

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA**



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
MEDICINA**

**Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH en médicos residentes del  
Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello y médicos generales en Atención  
Primaria del departamento de León, Abril-Julio 2012**

**AUTORES**

**Yahoska Vanessa Paguaga Lorío**

**Rosa María Parada Esquivel**

**TUTOR**

**Dr. Edgar Delgado Téllez**

**Especialista en Medicina Interna**

## INDICE

<b>CONTENIDO</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>2</b>
<b>ANTECEDENTES</b>	<b>4</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>7</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>8</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>9</b>
<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>10</b>
<b>DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>30</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>38</b>
<b>DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS</b>	<b>49</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>52</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>53</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>54</b>

## INTRODUCCIÓN

Denominada la pandemia del siglo, el VIH es una de las enfermedades que más estragos ha provocado en el siglo XX y continúa incrementándose de manera alarmante constituyéndose en un problema de Salud Pública (epidemia de la infección) que tiene su origen e implicaciones en ámbitos relacionados con las libertades individuales, los derechos humanos, género, pobreza, desarrollo, cultura, educación y justicia social, entre otros (epidemia del miedo y la discriminación).<sup>1</sup>

El VIH continúa siendo un problema de salud mundial de una magnitud sin precedentes. Más de 25 millones de personas murieron de SIDA desde 1981 en todo el mundo y ha generado profundos cambios demográficos en los países más afectados.<sup>2</sup>

La información sobre la epidemia en el mundo revela que en el año 2007 más de 6,800 personas adquirieron la infección por el VIH y más de 5,700 fallecieron a causa del SIDA, en la mayoría de los casos debido a un acceso inadecuado a los servicios de prevención y tratamiento.<sup>2</sup>

En América Latina, el total estimado de nuevas infecciones por el VIH en el año 2007 fue de 140,000 y el número de personas que viven con el VIH es de 1,7 millones. Según las estimaciones, aproximadamente 63,000 personas fallecieron a causa del SIDA en ese año.<sup>2</sup>

En Nicaragua, se registró el primer caso de SIDA en 1987, hasta el momento se tiene un total de 6,864 casos acumulados, correspondiendo el 36% (1, 608) a mujeres y 61% (2,669) a hombres, y sin datos de sexo el 3% (135). Hasta el año 2011, se reportan un total de 5,177 casos VIH, 695 casos SIDA y un total de 941 fallecidos. La forma de transmisión más frecuente es la sexual, con 94,3%, seguido de la transmisión vertical, la que ocurre durante el embarazo de madre a hijo, siendo esta de 3,7%.<sup>3</sup>

La comisión nicaragüense del SIDA (CONSIDA), ha desarrollado iniciativas para la capacitación de sus trabajadores y para desarrollar la prevención y mejorar la atención de los sectores de la población que atienden, incluyendo el ámbito laboral, de prevención y atención del VIH y el SIDA.<sup>4</sup>

Para el abordaje adecuado de los pacientes que conviven con el VIH, es necesario el conocimiento científico de la enfermedad así como de los fenómenos psicosociales que provoca, por lo que se vuelve una necesidad imperante la educación continua e integral de esta patología.<sup>5</sup>

## ANTECEDENTES

En Colombia en el año 1997 se realizó un estudio comparativo de conocimientos y actitudes relacionados al VIH y sus normas de bioseguridad entre el personal médico y paramédico del Hospital Carlos Monje Medrano y el Hospital de seguridad social en Juliaca; los resultados mostraron que el personal de ambos hospitales domina más los aspectos relacionados con la enfermedad de VIH que las normas de bioseguridad. Las actitudes de los trabajadores son en general, buenas, adecuadas o positivas para los distintos grupos ocupacionales de ambos Hospitales.<sup>6</sup>

En un estudio en Mérida dirigido a Médicos de familia, se encontró un 78% de actitud positiva asociado a un conocimiento adecuado, 39% tenían disponibilidad en la atención de pacientes seropositivos.<sup>7</sup>

En España en el Hospital de Huelva, se estudió la actitud y los conocimientos del personal de enfermería sobre el paciente VIH en el periodo 2000-2002; en el cual se detectó, además de un gran miedo al contagio, deficiencias en cuanto a ciertos conocimientos específicos respecto a la infección.<sup>8</sup>

En un estudio realizado en Nicaragua en el año 2002, se estudiaron a 172 individuos de los cuales 34 eran especialistas y 19 médicos residentes. Dicho estudio reveló que el mayor porcentaje de conocimiento lo tuvieron los médicos residentes, se mostró una actitud positiva sobre esta patología en médicos residentes y especialistas siendo los médicos internos los que presentaron en mayor proporción una actitud negativa. En términos generales se demostró buena práctica, sobresaliendo en esto los médicos de base.<sup>9</sup>

En el año 2003, Sánchez encuestó a 249 personas, de los cuales 94 eran médicos, incluyendo especialistas, médicos residentes y médicos generales y concluyó que el mayor porcentaje de individuos tenían conocimientos deficientes acerca de este tema,

además mostraban una actitud negativa en su mayoría y la práctica fue óptima solo en un tercio de los médicos encuestados.<sup>10</sup>

En el 2006, en el Hospital Fernando Vélez Páiz, se encontró que el nivel de conocimientos sobre VIH que predominó entre los encuestados fue insuficiente, las actitudes encontradas en estos fueron favorables y respecto a las prácticas relacionadas con su ejercicio profesional fueron de mediano riesgo, existiendo cumplimiento de las medidas de bioseguridad evaluadas.<sup>11</sup>

En el año 2007 en el Hospital Bertha Calderón Roque, se concluyó que el nivel de conocimientos de estos médicos acerca de VIH fue deficiente, independientemente del nivel académico de estos, con respecto a la actitud la mayoría se disponía a atender a pacientes con VIH, pero manifestaron temor ante esta situación e inconformidad en las medidas de bioseguridad garantizadas por la institución. En lo referente a prácticas solo 2/3 de los médicos solicitan prueba para VIH a pacientes de riesgo y no utilizan en su totalidad las medidas de bioseguridad para el examen físico de los pacientes en general, aunque en su totalidad si utilizan toda la protección brindada en procedimientos quirúrgicos.<sup>5</sup>

En el 2008, participaron 352 estudiantes de secundaria, de los cuales el 80% había recibido educación sexual sobre VIH, el 15% tendrían una actitud incorrecta frente a un estudiante que convive con el virus y se identificaron prácticas de riesgo entre los estudiantes tales como inicio temprano de las relaciones sexuales, cambio frecuente de pareja sexual, poco uso de condones, el uso de tatuaje, uso de licor y otras drogas.<sup>12</sup>

En enero del año 2009, en el Hospital Alemán Nicaragüense, se encontró que el conocimiento que poseían estos trabajadores fue catalogado como regular en cuanto a características fisiopatologías de la enfermedad, transmisión, prevención, diagnóstico y tratamiento, sin embargo se encontraron actitudes positivas hacia los pacientes con VIH y prácticas adecuadas en el personal de salud.<sup>13</sup>

En octubre del 2009 en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, se realizó estudio CAP sobre VIH-SIDA en residentes, concluyendo que en su mayoría estos tenían conocimientos regulares acerca de patogénesis, vías de transmisión, epidemiología, etapas clínicas, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, sin embargo mostraron actitudes favorables hacia personas con VIH y prácticas adecuadas según normas de bioseguridad.<sup>14</sup>

## JUSTIFICACIÓN

El VIH no tiene cura a pesar de los avances de la ciencia, nos queda la lucha preventiva como herramienta fundamental ante esta patología. Debido a la importancia que cada día va adquiriendo esta enfermedad se vuelve una necesidad que compete al personal médico que está en contacto directo con los pacientes que viven con VIH, sin embargo este enriquecimiento científico se dificulta por la falta de programas de educación continua dirigidos a este propósito en los diferentes niveles de enseñanza.

Debido a que en Nicaragua, hasta el 2011 el comportamiento epidemiológico se mantiene como una epidemia concentrada aún hay posibilidad de focalizar los esfuerzos de prevención, tratamiento, atención y apoyo en las subpoblaciones más afectadas, siendo León el tercer departamento con mayor prevalencia de VIH por lo que consideramos que es conveniente la utilización de los estudios de conocimientos actitudes y practicas (CAP), ya que estos proporcionan información fundamental para el diseño, ejecución y evaluación de las diferentes acciones de prevención y control del SIDA, evitando así de manera oportuna la propagación de la epidemia.

En el SILAIS-León se han realizado esfuerzos por mejorar la calidad de atención y prevención sobre VIH, realizando capacitaciones en coordinación con USAID para médicos generales y residentes en las que se abordan diferentes aspectos sobre VIH, por lo que se espera que esto haya mejorado, sobre todo en aspectos de conocimientos, ya que en el 2009, en un estudio similar estos conocimientos fueron regulares, razón por la cual se realiza este estudio para valorar el impacto de dichas capacitaciones.

Por lo antes descrito es importante analizar el conocimiento que tienen los médicos residentes del HEODRA y médicos generales de atención primaria sobre el VIH, de igual manera la actitud y práctica que toman ante un paciente portador de la enfermedad, personas en riesgo y aquellas relacionadas con estos pacientes para poder aportar recomendaciones que ayuden a fortalecer una atención de calidad para los pacientes, así como promover las medidas de protección del personal médico y disminuir el riesgo de infección.



## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La epidemia del VIH, es una problemática mundial. Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH (ONUSIDA), 65 millones de personas han sido infectadas y a finales del 2005 había en todo el mundo aproximadamente 40 millones de personas que viven actualmente con el VIH, de estos 15 millones son mujeres que dan a luz anualmente a 600,000 niños con VIH, cuya gran mayoría se encuentra en los países en vías de desarrollo.

Los conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH, es básico y primordial, para el personal de salud que a diario atienden a pacientes con esta patología y se relacionan con personas en riesgo, por lo que pretendemos dar respuesta a la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el VIH que poseen los médicos residentes del HEODRA y médicos generales de atención primaria, Abril-Julio 2012?

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Caracterizar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre VIH en médicos residentes del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello y médicos generales en atención primaria, Abril-Julio 2012.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Evaluar el nivel de conocimiento sobre VIH en médicos residentes del HEODRA y médicos generales en atención primaria.
3. Describir las actitudes que tiene el personal de médicos residentes y médicos generales ante pacientes con VIH, personas relacionadas con ellos y personas en riesgo.
4. Describir las prácticas de bioseguridad del personal médico en estudio, sobre atención de pacientes con VIH.
5. Comparar los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de VIH-SIDA entre médicos residentes y médicos generales en atención primaria.

## MARCO TEORICO

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) fue reconocido por primera vez como una entidad clínica nueva y distinta en 1981 y desde entonces ha alcanzado proporciones enormes. Siendo definido como un síndrome complejo debido a múltiples interacciones que ocurre entre el VIH y su huésped conllevándolo a una profunda inmunosupresión que lo predispone a infecciones oportunistas y a la muerte.<sup>15</sup>

Se conocen dos tipos de virus identificados como los agentes etiológicos del SIDA y que se han denominado Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Estos dos tipos de virus son genética y antigénicamente diferentes y se han llamado VIH-1 y VIH-2. El VIH-1 se le considera como el responsable de la epidemia mundial y el VIH-2 es considerado como endémico en África Occidental (Camerún, Costa de Marfil y Senegal), es raro encontrarlo fuera de esta región, sin embargo se le ha identificado en otras partes del mundo incluyendo Norteamérica (USA y Canadá).<sup>16</sup>

### **VÍAS DE TRANSMISIÓN**<sup>17, 18</sup>

La infección por VIH puede transmitirse mediante:

- Las relaciones sexuales sin protección con una persona infectada.
- La inyección o transfusión de sangre contaminada o de productos de la sangre (la infección mediante inseminación artificial, los trasplantes de piel y los trasplantes de órganos también es posible).
- Compartir el equipo de inyección no esterilizado que se utilizó previamente por alguien infectado.
- La transmisión materno-fetal (durante el embarazo, en el nacimiento y durante la lactancia).

Las infecciones ocupacionales del personal de atención a la salud o de los trabajadores del laboratorio también pueden ocurrir. No obstante en un estudio de 1995 se estimó que aunque hubo de 600,000 a 800,000 daños por piquete de aguja entre los

trabajadores de atención a la salud cada año en los Estados Unidos, la infección ocupacional no es frecuente. Se encontró que el riesgo de la transmisión ocupacional del VIH a los trabajadores de atención a la salud por las agujas contaminadas es de 0.3% en las series de casos anteriores a la disponibilidad de los antirretrovirales (ART) potentes).

A veces se tiene la preocupación de que puedan existir vías alternas de transmisión del VIH. Se debe manifestar claramente que el VIH no se transmite mediante los mosquitos, las moscas, las pulgas, las abejas ni las avispas.

El VIH no se transmite por el contacto casual cotidiano. No se han documentado casos de infección por VIH que hayan surgido de saliva sin sangre o de lágrimas. (Friedland 1986, Castro 1988, Friedland 1990, citado por Reyes Terán)

En opinión de los expertos, la exposición de la piel intacta a los fluidos corporales contaminados por VIH (por ejemplo la sangre) no es suficiente para la transferencia del virus.

### **Relaciones sexuales**

Las relaciones sexuales sin protección son la vía de transmisión más importante de infección por VIH en el mundo. Aun cuando se estima que el sexo anal receptivo tiene el mayor riesgo de infección, también se ha descrito la infección después de un contacto único de penetración. La presencia de otras enfermedades de transmisión sexual incrementa notablemente el riesgo de infección por VIH.

Un estudio prospectivo de 415 parejas discordantes para VIH en Uganda mostró que hubo 90 infecciones nuevas en un período máximo de 30 meses, y ninguna provino de una pareja con una carga viral menor a 1,500 copias/ml. El riesgo de infección incrementó con cada logaritmo de carga viral en un factor de 2.45 (Quinn 2000, citado por Reyes Terán). Es importante resaltar que no siempre hay correlación entre la concentración de la carga viral en la sangre con la de otros fluidos corporales.

Por tanto, el riesgo individual aún es difícil de calcular. Además, los pacientes infectados por VIH no están protegidos de la superinfección con nuevas cepas virales. A mayor carga viral, el paciente será más infeccioso. Esto es particularmente cierto para los pacientes durante la infección aguda por VIH. En este período, el virus se replica extensamente en ausencia de cualquier respuesta inmune de adaptación detectable, y alcanza concentraciones superiores a 100 millones de copias de RNA/ml de VIH-1.

### **Uso de drogas intravenosas**

El compartir equipo de inyección no esterilizado que previamente fue utilizado por alguien que está infectado, es una vía de transmisión importante del VIH en muchos países con alta prevalencia de usuarios de drogas intravenosas. En contraste con el daño accidental por el piquete de aguja, el riesgo de transmisión al compartir el equipo de inyección es mucho mayor.

### **Inyección o transfusión de productos sanguíneos contaminados**

En la mayoría de los países occidentales la administración o la transfusión de sangre contaminada o de productos de la sangre contaminados con VIH se ha convertido en un evento raro. Con los métodos actuales de prueba, el riesgo de adquirir el VIH de una unidad de sangre trasfundida es de aproximadamente 1:1,000 000.

Sin embargo, en tanto que en los países de Europa occidental, los Estados Unidos, Australia, Canadá y Japón se lleva a cabo un escrutinio para VIH estricto y obligatorio de la sangre donada, no en todos los países se efectúa.

### **Transmisión vertical o perinatal**

Solo en 25 a 30% de los casos de hijos nacidos de mujeres seropositivas se presenta la infección. Entre los factores más importantes que incrementan el riesgo de transmisión de madre a hijo están: la carga viral, niveles reducidos de linfocitos CD4, la elevación de antígenos vírales, la resistencia del virus a los antivirales, enfermedades de transmisión sexual contaminantes y la alimentación al seno materno.

Recientemente se ha informado que la ruptura de membranas antes del nacimiento es un factor fuertemente asociado a la transmisión perinatal del virus, se mostró un incremento cuando el período de latencia de la ruptura era mayor de cuatro horas. Todos los hijos de madres infectadas por el VIH tienen serología positiva como consecuencia de la transferencia pasiva de anticuerpos maternos. Los niveles de estos anticuerpos descienden gradualmente, de manera que al cabo de seis meses de edad la mayoría de los recién nacidos no infectados serán seronegativos. La presencia de una serología positiva como consecuencia de la transmisión pasiva de anticuerpos dificulta el establecimiento del diagnóstico de infección por VIH en el RN.

La evolución de los hijos de mujeres seropositivas puede ser:

- No infectarse, lo que sucede en aproximadamente 65 a 75% de los casos, sin tratamiento y en más del 90% de los casos tratados durante el embarazo, parto y el período neonatal.
- Infectarse, lo cual sucede por tres vías: transplacentarias, transnatal (a través de la contaminación con sangre y secreciones genitales de la madre), y la postnatal (por alimentación al seno materno). La transmisión perinatal del VIH puede darse durante el embarazo o la lactancia aunque en más del 50% de los casos ocurre durante el trabajo de parto.
- Mantenerse asintomático, serológicamente positivo, con crecimiento y desarrollo normales por períodos prolongados, manifestando el síndrome después de siete a nueve años de vida normal o manteniendo su aparente estado de salud más tiempo y cuyo seguimiento hasta hoy no ha demostrado cambios con la infección.

## **HISTORIA NATURAL DE LA INFECCION POR VIH CORRELACION ENTRE ESTADIOS CLINICOS E INMUNOLOGICOS**<sup>18</sup>

### **Síndrome retroviral agudo**

La infección primaria por el VIH generalmente es asintomático, pero el 50% de las personas con infección aguda pueden presentar un síndrome parecido a la mononucleosis infecciosa, el diagnóstico de esta fase es fácil de corroborar, lo difícil es sospecharlo en quienes lo presentan y solo del 20–30% de ellos requieren consultar.

Los síntomas se presentan en 2–4 semanas post infección y se caracteriza por fiebre, adenopatías, faringitis, úlceras de cavidad oral y un exantema morbiliforme. Durante este período se puede presentar una inmunodeficiencia importante con candidiasis oral y aun neumocistosis (*P. Carini*), el compromiso neurológico se observa en menos del 10% de los pacientes y se presenta como meningitis aséptica, neuropatía periférica, mielopatía, parálisis de Bell, encefalitis autolimitada y síndrome de Guillan Barré.

La duración de estos síntomas es de 14 días de promedio, aunque puede ser hasta de 2 meses y la mayor duración de estos se correlaciona con una progresión más rápida al SIDA. Los hallazgos de laboratorio característicos de este periodo son linfadenopatías con disminución del recuento de células CD4 y CD8 y altos títulos séricos de antígenos p24 por la viremia presente. El diagnóstico de la infección aguda se confirma con una prueba positiva de antígeno p24, generalmente acompañada de una prueba negativa para anticuerpos anti VIH.

### **Infección temprana (recuento de células CD4 mayor de 500/mm<sup>3</sup>)**

La mayoría de las personas VIH positivas carecen de síntomas durante este periodo de la infección, excepto por la presencia de adenopatías; estas se correlacionan con una adecuada respuesta inmune y su desaparición se considera un signo inminente de inmunodeficiencia.

Cuando se presentan síntomas o signos clínicos, estos son casi exclusivamente de piel y mucosas, entre ellos dermatitis seborreica en surco nasofaríngeo y línea de implantación del cabello, psoriasis de difícil manejo en quien la tenía previamente o un cuadro de aparición súbita y foliculitis pruriginosa causada por bacterias o por infiltración de eosinófilos. La leucoplaquia vellosa oral aparece, generalmente mas tarde en la evolución de la infección, pero puede presentarse en este momento y es hallazgo que siempre indica infección por VIH.

También puede presentarse ulceraciones en cavidad oral, bien sea por Herpes Simples o de etiología desconocida.

### **Enfermedad intermedia o moderada (recuento CD4 de 200–500 mm<sup>3</sup>)**

Aunque el recuento de células CD4 ya sea bajo, en este momento muchos pacientes son asintomáticos. La mayoría de las complicaciones que se presentan aparecen en la piel, entre ellas el agrandamiento o aparición, en forma recurrente, de las descritas en la infección temprana, además se presentan síntomas constitucionales como mialgias, cefalea, fatiga crónica, “sensación de malestar”, pérdida de peso y diarrea intermitente, también son frecuente en esta fase la aparición de Herpes Zoster y candidiasis orofaríngea.

El compromiso bacteriano principalmente bronquitis, sinusitis o neumonía, es frecuente y causado principalmente por gérmenes que afectan a la población general (Neumococo, Haemophilus Influenza, Moxarella, Micoplasma Neumoniae).

Se considera que este es el momento ideal para recibir la terapia antirretroviral, ya que con ella se logra aumentar el nivel de células CD4, el riesgo de desarrollar SIDA en 18-24 meses es de 20-30% y se reduce 2-3 veces en quienes toman antirretrovirales.

### **Enfermedad tardía (recuento entre 50–200 células CD4/mm<sup>3</sup>)**

Con este recuento de células CD4 por definición el paciente tiene diagnóstico de SIDA, aunque no presente signos y síntomas de complicaciones clínicas.

En este momento el riesgo de desarrollar algunas de las condiciones descritas como indicadores de SIDA es alto aunque puede ser modificado por el uso de antivirales o de esquemas profilácticos.



Además de las manifestaciones clínicas ya enumeradas, se pueden presentar complicaciones neurológicas caracterizadas por retinopatías, mielitis, neuritis o episodios transitorios de isquemia.

Las neoplasias cervicouterinas en las mujeres y anales en los hombres, asociados a papiloma virus son frecuentes en este momento así como, las citopenias especialmente de plaquetas, razón por la cual estas dos condiciones fueron incluidas en la definición de casos de SIDA. En esta fase puede presentarse también hipogonadismo, hipotiroidismo, trastornos menstruales y nefropatía por VIH.

Se recomienda en este periodo la terapia antirretroviral combinada, esquema profiláctico para infecciones oportunistas y soporte nutricional.

### **Enfermedad avanzada (recuento menor de 50 células de CD4/mm<sup>3</sup>)**

Aún con la terapia los pacientes en esta fase de la infección tienen una probabilidad muy alta de desarrollar infecciones oportunistas, algunas de ellas se presentan cuando la inmunosupresión es muy severa. En este momento de la historia natural de la infección aparecen varias características importantes:

- Desarrollo de complicaciones graves, múltiples y simultáneas.
- Recaídas permanentes, aun de las complicaciones que se están tratando.
- Estadío terminal con severa dificultades biosociales: su enfermedad severa le impide acudir a los servicios de salud, estos generalmente no los hospitalizan porque su diagnóstico y pronóstico ya están claros.
- Severo compromiso emocional del grupo social que rodea al paciente, por que están abocados a la pérdida de un ser querido y el rechazo social e institucional.
- Pobre estado nutricional, varios síntomas gastrointestinales y la necesidad de ingerir múltiples medicamentos, factores que en conjunto llevan a la caquexia severa.
- Mayor prevalencia del compromiso neurológico con demencia por VIH y trastornos de conducta que hacen más difícil la atención tanto para el personal de salud como para la familia.

## **DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR VIH EN EL ADULTO**<sup>19</sup>

Dado que la mayoría de las personas que viven con VIH se encuentran asintomáticas por un período significativo de tiempo, es importante establecer la posibilidad de riesgo o vulnerabilidad o la presencia de datos clínicos que obliguen a descartar la infección con la finalidad de realizar un diagnóstico temprano que tiene implicaciones pronósticas.

La entrevista inicial debe realizarse en un ambiente de confianza y respeto, asegurando la confidencialidad de la información. En dicha entrevista se sugiere interrogar por:

### **1. Antecedentes relacionados con transmisión sanguínea:**

- Transfusión de sangre o sus componentes.
- Trasplantes de órganos o inseminación artificial.
- Uso de drogas intravenosas.
- Personal de salud con antecedentes de exposición ocupacional a sangre o líquidos potencialmente infectantes.
- Punción con agujas o jeringas potencialmente contaminadas con sangre.

### **2. Antecedentes relacionados con transmisión sexual:**

- Relaciones sexuales sin protección con personas cuyo estado de infección por VIH se desconoce.
- Ser o haber sido pareja sexual de alguien infectado con VIH.
- Tener un (a) solo (a) compañero (a) sexual pero que este (a) sea una persona con prácticas de riesgo.
- Tener múltiples parejas sexuales de manera secuencial o simultánea sin protección.
- Antecedentes de violación o abuso sexual.
- Ser trabajador (a) sexual.
- Tener antecedentes recientes de alguna infección de transmisión sexual.

### **3. Antecedentes relacionados con la transmisión perinatal:**

- Hijo menor de 5 años de madre o padre con prácticas de riesgo para infección por VIH o cuya madre tiene VIH.
- Ser menor de 5 años con datos clínicos que sugieren infección por VIH.

Una vez establecida la vulnerabilidad o la posibilidad de riesgo debe investigarse la posibilidad de infección por VIH por lo que se justifica solicitar una prueba de detección del VIH en sangre, previa consejería, de tal manera que se brinde información suficiente a la persona del porqué se solicita la prueba, su significado y repercusiones.

Así mismo, se debe solicitar al paciente o a su representante legal que autorice y haga constar por escrito la realización de la prueba.

El diagnóstico de infección de VIH se basa en las pruebas que detectan anticuerpos contra el virus. Estas pruebas se clasifican en:

- a) Pruebas de detección o tamizaje aglutinación, tiras reactivas diagnósticas para anticuerpos VIH 1 y 2 de origen genético diferente, ELISA.
- b) Pruebas confirmatorias: Western Blot, amplicor HIV1 monitor (PCR), NASBA HIV1 RNA QT (NASBA), quantiplex HIV RNA v2 (bDNA), p24.

Las pruebas de tamizaje para la identificación del VIH siempre deben interpretarse de acuerdo a los datos clínicos del paciente y a pruebas auxiliares de laboratorio (biometría hemática, conteo de linfocitos, química sanguínea, etc.).

En pacientes sin manifestaciones clínicas, ni otras pruebas disponibles, las pruebas de tamizaje siempre deben ser confirmadas.

### **Debe considerarse persona infectada por VIH aquella con los siguientes criterios diagnósticos de laboratorio:**

- Dos resultados positivos de pruebas de tamizaje, de diferentes origen de ADN (prueba rápida) para anticuerpo VIH 1 y 2, más una prueba de ELISA positiva, incluyendo a individuos asintomáticos.

- Dos resultados positivos de pruebas de tamizaje, de diferentes origen de ADN (prueba rápida) para anticuerpo VIH 1 y 2 más una prueba de ELISA positiva. En un paciente con cuadro clínico sugerente de infección por VIH positivo, es indispensable confirmar con Western Blot.
- Alguna prueba suplementaria positiva que determine la presencia del virus o de algún componente del mismo, Western Blot, cultivo viral, antígeno p24, PCR, NASBA HIV1, quantiplex HIV RNA v2.

**Debe considerarse persona no infectada por VIH aquellas con los siguientes criterios diagnósticos de laboratorio:**

- a) Sólo una de las pruebas para tamizaje de anticuerpos VIH 1 y 2 resultó positiva.
- b) Si el resultado Western Blot es negativo y si es la primera vez que se le realiza esta prueba.

**Si un resultado de Western Blot es indeterminado debe de considerarse lo siguiente:**

- a) Debe considerarse al paciente como una persona asintomática potencialmente infectada y así se le informará, además de recomendar repetir la prueba de Western Blot dos meses después.
- b) Si dos meses después el resultado de Western Blot es positivo o sea cumple el criterio de que dos de las bandas (24, 41, 120, 160) están positivas, este paciente se considerará infectado por el virus del VIH.

Si el resultado Western Blot es negativo o vuelve a dar indeterminado nuevamente se deberá de dar seguimiento a este paciente conforme a la historia clínica y repetir nuevamente a los tres meses, y se considera persona asintomática potencialmente infectada y así se le informará, a este paciente se le deberá dar seguimiento por un año ya que algunos pacientes tardan más de seis meses en tener un Western Blot positivo.

En algunos pacientes es posible encontrar que necesitan más de un año para tener un Western Blot positivo, estos casos son raros pero existen.

**El seguimiento serológico se recomienda en las siguientes situaciones:**

- a) En trabajadores de la salud con exposición a sangre o líquidos potencialmente infectantes que procedan de una persona infectada por el VIH o cuando se desconozca el estado serológico de la persona-fuente.
- b) En compañeros (as) sexuales de personas que viven con el VIH.
- c) En casos de violación.
- d) En caso de que el resultado del Western Blot sea indeterminado.
- e) En hijos (as) de madres infectadas por el VIH, menores de dos años.

En estos casos se recomienda realizar una prueba inicial y seguimiento al mes, a los tres meses, a los 6 meses y al año.

La notificación del resultado (sea positivo o negativo) debe ser personal, privado, confidencial, simple y concreto sobre la infección del VIH y de acuerdo al nivel de comprensión de la persona.

En las personas que sean clasificadas como infectadas por VIH, se debe recalcar la importancia de recibir atención médica periódica, así como de notificar a su(s) pareja(s), previo consentimiento de la persona infectada. Siempre debe darse el apoyo psicológico, sugerir la incorporación del paciente a grupos de autoayuda y explicar que debido a que la infección por VIH está sujeta a vigilancia epidemiológica debe realizarse la notificación correspondiente, garantizando, sin embargo, la confidencialidad y respeto que el paciente merece. En las personas que no sean clasificadas como infectadas por VIH, deberá realizarse consejería y enfatizar las medidas de prevención.

**En las pruebas de tamizaje debe tenerse en cuenta:**

1. Causas de falso negativo de la prueba:

- Período de ventana (tres a seis meses post-infección).
- Tratamiento inmunosupresor.
- Transfusión masiva.
- Transplante de médula ósea.
- Presencia de polvo de guante de laboratorio durante el procedimiento.

- Agammaglobulinemia.
- Estadíos finales de la enfermedad.
- Error técnico.

2. Causas de falso positivo de la prueba:

- Enfermedad autoinmune.
- Mieloma múltiple.
- Hepatitis.
- Vacunación reciente contra influenza.
- Cirrosis biliar primaria.
- Transferencia pasiva de anticuerpos.
- Error técnico.

Antes de iniciar la terapia antirretroviral, el médico debe asegurarse de que se haya realizado lo siguiente:

- Historia clínica y examen físico.
- Confirmación del diagnóstico de la infección por VIH. Es deseable que realice, con dos pruebas que tengan diferente origen genético más una prueba confirmatoria (Western Blot).
- Biometría Hemática completa.
- Perfil Bioquímico, que incluya glucosa, bilirrubina, transaminasas oxalacética, pirúvica, gamma, triglicéridos, colesterol, creatinina, nitrógeno de urea, amilasa, y examen general de orina.
- Recuento de células CD4+.
- Carga viral cuando el resultado de CD4+ es menor de 500 células/mm<sup>3</sup>.
- Situación nutricional y hábitos alimenticios.
- Evaluación de factores mentales, psicológicos, emocionales de manera positiva o negativa a la adherencia futura, tanto a los servicios de atención como a los posibles tratamientos que reciba, especialmente al tratamiento antirretroviral.

## **INDICACIONES PARA EL INICIO DEL TRATAMIENTO**<sup>20</sup>

### **1.- Pacientes sintomáticos:**

Todo paciente con diagnóstico establecido de VIH o SIDA (lo cual se define como cualquier condición que reúna los criterios de categoría A3, B3 o C1, C2, C3. Todos estos pacientes deben ser tratados con TAR.

### **2.- Pacientes asintomáticos (con conteo de linfocitos totales, CD4+ y CV):**

Para la decisión de iniciar TAR en este grupo de pacientes es muy importante contar con la disponibilidad de CV y conteo de linfocitos CD4+.

Actualmente, no se ha demostrado beneficio al iniciar tratamiento en las personas con conteo celular CD4+ mayores de 500 células. El consenso de los expertos sugiere iniciar tratamiento cuando el conteo de linfocitos CD4+ es igual o menor a 500 células/mm<sup>3</sup>.

## **PRECAUCIONES UNIVERSALES EN BIOSEGURIDAD**<sup>21</sup>

Para poder hablar de la bioseguridad no podemos dejar de hablar del riesgo, el cual, según la Real Academia Española, se define como:

**Riesgo:** *(del it. Risico o rischio y este del ár, clás. Rizq, lo que depara la providencia).*

Contingencia o proximidad de un daño.

El riesgo puede disminuirse, si se reducen los factores que lo determinan. Para disminuir la amenaza debemos llevar al mínimo las situaciones que puedan generar peligro; y para reducir la vulnerabilidad hay que conocer sus componentes e intervenir sobre ellos para minimizarlos.

Si consideramos que la amenaza es cualquier situación que pueda representar peligro y la vulnerabilidad está representada por las condiciones específicas de la exposición, el riesgo estaría determinado, por estos dos factores, según la siguiente expresión:

Riesgo = amenaza x vulnerabilidad

**Bioseguridad:**

Debe entenderse como una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral. Compromete también a todas aquellas otras personas que se encuentran en el ambiente asistencial, ambiente éste que debe estar diseñado en el marco de una estrategia de disminución de riesgos.

Los principios de Bioseguridad se pueden resumir en:

**1. Universalidad:** Las medidas deben involucrar a todos los pacientes de todos los servicios, independientemente de conocer o no su serología.

**2. Uso de barreras:** Comprende el concepto de evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos.

**3. Medios de eliminación de material contaminado:** Comprende el conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados a través de los cuales los materiales utilizados en la atención de pacientes, son depositados y eliminados sin riesgo.

Todos los trabajadores de la salud deben utilizar rutinariamente los métodos de barrera apropiados cuando deban intervenir en maniobras que los pongan en contacto directo con la sangre o los fluidos corporales de los pacientes. Por ejemplo el uso de guantes, de ropa especial, lentes, mascarillas, lavado de manos y otras superficies cutáneas antes y después de cada procedimiento médico, entre otras.

Tomar las precauciones necesarias al manipular agujas, bisturís, instrumentos y dispositivos en general, que puedan accidentalmente generar un accidente, se deben tomar todas las precauciones para disminuir al mínimo las lesiones producidas en el personal de salud por pinchaduras y cortes.

Para ello es necesario extremar el cuidado en el mantenimiento de una buena técnica para la realización de intervenciones quirúrgicas, maniobras invasivas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos.



Luego de su uso los instrumentos punzo cortantes y las agujas y jeringas, deben ser colocados en recipientes para su descontaminación previa al descarte o al lavado en caso de elementos reutilizables.

Estos recipientes deben ser preferentemente amplios, de paredes rígidas o semirígidas, con tapa asegurada para su posterior descarte y contener en su interior hipoclorito de sodio al 1%, preparada diariamente y estar ubicados lo más cerca posible del lugar de uso de los instrumentos.

En el caso particular de las jeringas y agujas, no se debe intentar la extracción de éstas, se debe aspirar la solución y manteniendo armado el equipo, se le debe sumergir en la solución. No se debe reintroducir la aguja descartable en su capuchón o tratar de romperla o doblarla. El material descartable podrá ser desechado luego de permanecer 30 minutos en la solución, siguiendo los procedimientos habituales. El material no descartable también permanecerá 30 minutos en la solución.

### **Precauciones para procedimientos invasivos<sup>22</sup>**

Para los fines de la aplicación de estas normas entendemos como procedimiento invasivo a las intervenciones quirúrgicas, canalizaciones, partos, punciones, endoscopias, prácticas odontológicas y cualquier otro procedimiento diagnóstico o terapéutico que implique en su desarrollo lesión de tejidos o contactos con la sangre.

En todos estos procedimientos son de aplicación las precauciones universales ya expuestas.

Uso de guantes, de barbijo y de protectores oculares si se prevén salpicaduras en cara, y delantales impermeables si es posible que la sangre atraviese la vestiduras normales (partos, cesáreas y ciertas intervenciones quirúrgicas).

En los partos vaginales o por cesárea, las precauciones deben mantenerse mientras dure la manipulación de la placenta y en el caso del recién nacido, hasta que de su piel haya sido eliminada la sangre y el líquido amniótico.

En la preparación del quirófano debe incluirse la incorporación de los botellones de aspiración, de solución de hipoclorito de sodio al 1% hasta cubrir 1/5 de su volumen.

Si un guante se rompe o es pinchado durante un procedimiento debe ser reemplazado de inmediato, previo lavado de manos. La aguja o el instrumento causante del daño, debe ser eliminado del campo estéril.

### **Conducta a seguir en un accidente laboral<sup>21</sup>**

Por seguridad del personal se elaboraron las conductas a seguir en caso de un accidente con material posiblemente infectado. Todo accidente, aunque parezca pequeño, debe ser notificado por las siguientes razones:

- Para proporcionar atención al accidentado.
- Para realizar un seguimiento de las consecuencias.
- Para estudiar medidas tendientes a evitar la repetición.

### **Primeros cuidados de urgencia<sup>21</sup>**

1. Pinchazos y heridas: Lavar inmediatamente la zona cutánea lesionada con abundante agua y jabón. Prevenir el sangrado en la herida o punción accidental.

Realizar antisepsia de la herida con alcohol al 70% vol. (3 minutos), o alcohol yodado o tintura de yodo al 2%. Dependiendo del tamaño de la herida cubrir la misma con gasa estéril.

2. Contacto con mucosas (ojo, nariz, boca): Lavar abundantemente con agua o con suero fisiológico. No utilizar desinfectantes sobre las mucosas.

3. Avisar al supervisor inmediatamente: Cada institución definirá si es el médico encargado, jefe de cirugía, jefe de laboratorio, o licenciada en enfermería quien registrará los datos a efecto de recabar la información necesaria para asegurar que se den todos los pasos correspondientes en forma eficiente.

4. En caso de corresponderle los beneficios y prestaciones del Banco de seguros, deberá ser enviado inmediatamente al mismo a los efectos de proseguir con las medidas a tomar.

5. El técnico designado por la institución en el punto 3 deberá con el asesoramiento técnico que corresponda, realizar la evaluación del tipo de riesgo generado por dicho accidente. No es conveniente que el propio trabajador accidentado sea el que realiza dicha evaluación. Tienen indicaciones de tratamiento los accidentes por exposición laboral de la categoría definida y masiva.
6. Cada institución (que no le corresponda los beneficios de Banco de Seguros) tendrá la medicación disponible en todo momento para iniciar un tratamiento con tres drogas (AZT zidovudina, 3TC lamivudina, inhibidores transcriptasa reversa y un inhibidor de las proteasas). Dicha medicación se iniciara antes de 6 horas de ocurrido el accidente (preferente antes de las 2 horas).
7. Realizar extracción de sangre para el VIH en el accidentado. En Ningún caso se demorara el comienzo de la medicación por dicho examen.
8. Conocer el estado clínico-serológico de la paciente fuente. Si el estado serológico es desconocido, el médico prescribirá la realización de los siguientes exámenes previo consentimiento del paciente. Serología para VIH y marcadores de hepatitis. En caso de no poderse evaluar el caso fuente este debe ser considerado como positivo y procederse en consecuencia.
9. Complementar el formulario de declaración de accidente laboral que se adjunta el cual se archivara en la institución tanto pública como privada.
10. Comunicar el accidente al Programa Nacional de ITS/SIDA.
11. Reevaluar la situación: A las 48 horas el médico de referencia deberá reevaluar toda la situación teniendo en cuenta la presencia de indicadores de riesgo de infección, el conocimiento de la serología de la paciente fuente y la tolerancia de la medicación. Con estos elementos se evaluarán la pertinencia de la continuación del tratamiento iniciado durante las 4 semanas recomendadas o la interrupción del mismo en caso de no ser justificado.
12. Situación médico-legal: Desde el punto de vista médico legal el test de VIH son exigidos al accidentado: Una serología debe repetirse al 3er. mes y un tercer examen al 6to mes con relación a la serología para la hepatitis se deben solicitar los marcadores correspondientes.

## **ESTUDIOS CAP**<sup>23</sup>

La investigación de las encuestas CAP, pueden convertirse en instrumentos útiles para el diseño de programas educativos que a su vez incorporen fundamentos teóricos para sus justificaciones. Existen una gran relación entre las encuestas CAP y los estudios epidemiológicos, ambos tipos de estudios son complementarios y proporcionan información fundamental para el diseño, ejecución y evaluación de las diferentes acciones de prevención y control de SIDA, ya que las encuestas CAP se ocupan de aspectos psicológicos, sociales y biológicos relacionados con la ocurrencia de la infección, y los estudios epidemiológicos estudian la ocurrencia y causa de la misma.

El monitoreo de CAP es también una medida que se recomienda para evaluar las modificaciones que se presenten y el efecto de las intervenciones que se realicen.

**Conocimiento:** El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada. El término se usa en el sentido de hecho, información, concepto, pero también, como comprensión y análisis; sin embargo el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que las personas hagan conscientes las razones para adoptar o modificar una determinada conducta.

**Actitudes:** “Una actitud es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación, que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada”. Estos términos suponen una serie de otros conceptos como valores, impulsos, propósitos, preferencias, aversiones, gustos, prejuicios, convicciones, otros.

Las actitudes son adquiridas y no heredadas, por tanto su desarrollo implica socialización y hábito. El nivel socio-económico y educacional, la ocupación y la edad tienen influencias sobre las actitudes y creencias. Las actitudes tienden a uniformar el comportamiento y las relaciones sociales. Las actitudes no son directamente observables si no que tienen que ser inferidas a partir de las respuestas de los individuos y estas pueden ser de tipo afectivas, cognitivas y conductuales.

**Prácticas:** Se definen como una respuesta establecida para cada situación común y son llamadas también hábitos. El comportamiento está formado por prácticas, conductas, procedimientos, reacciones, es decir, todo lo que le acontece al individuo y de lo que el participa.

## **LA RELACION CONOCIMIENTO-ACTITUD-PRACTICA<sup>23</sup>**

El conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona haga consciente las razones para adoptar o modificar una determinada conducta.

El conocimiento brinda un significado a las actitudes, creencias y prácticas.

El tipo de conocimiento adecuado en sexualidad y SIDA es el que estimula el auto análisis y es el elemento motor para la adopción de medidas preventivas en general y más importante aún, en el caso de los trabajadores de la salud.

Conociendo las actitudes y creencias de una persona respecto de algo es posible predecir más fácilmente sus prácticas, conviene aclarar que las actitudes y creencias son dinámicas y que existen más de una para cada situación.

### **La investigación respecto al conocimiento<sup>23</sup>**

En la encuesta, al formular las preguntas y seleccionirlas siempre se debe tener presente que existen muchos datos científicos sobre el SIDA y su agente causal, el VIH. Muchos de ellos son de gran interés para el investigador especializado; estos datos tienen, sin embargo diferente relevancia para la inmunología, la epidemiología, la prevención, la educación en salud y la bioseguridad.

### **La investigación acerca de la actitud<sup>23</sup>**

Tradicionalmente, las actitudes han sido estudiadas en relación con un objeto o situación.

En relación de las actitudes y las prácticas, los cuestionarios (con preguntas cerradas o abiertas) y las escalas son adecuados cuando las personas investigadas son:

- Capaces de comprender las preguntas que se le hacen.

- Tienen suficiente conciencia de sí mismos y del tema como para comunicar la información necesaria.
- Responden con honestidad a las preguntas, sin distorsionar deliberadamente sus respuestas.

Las escalas (Likert) se denominan como un conjunto de preguntas a las que un individuo puede responder expresando grados de acuerdo o desacuerdo.

Las preguntas o reactivos de una escala tienen un número predeterminado de respuestas las cuales, resultan en un puntaje que coloca al individuo en un lugar del continuo de intensidad del acuerdo o desacuerdo.

Las fuentes de información representan los medios en los cuales se origina la transmisión del conocimiento y a la que las personas recurren para satisfacer sus necesidades de información.

Una encuesta recoge datos más o menos limitados a partir de un número relativamente extenso de casos. Su finalidad es conseguir información sobre las variables y no sobre los individuos. El propósito de una investigación por encuesta es obtener información de poblaciones acerca de prevalencia, distribución e interrelaciones de variables dentro de una población.

## DISEÑO METODOLÓGICO

**TIPO DE ESTUDIO:** Estudio descriptivo, encuesta de tipo Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP).

**ÁREA DE ESTUDIO:** El Hospital Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), en la ciudad de León, que cuenta con servicios de Medicina Interna, Cirugía, Ortopedia, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Anestesia, Patología, Cirugía Plástica y unidades de salud de atención primaria del departamento de León.

**POBLACIÓN BLANCO:** Se conformó por 227 médicos de los cuales 113 eran residentes del primer al último año distribuidos en los diferentes servicios del HEODRA y 114 médicos generales que laboran en las distintas unidades de salud de atención primaria.

**POBLACIÓN DE ESTUDIO:** Se conformó por 193 médicos, de los cuales 101 eran residentes, 92 generales y 34 fueron excluidos por las siguientes razones: rechazo por parte de 8 médicos generales con cargos administrativos en algunas unidades de salud, ausencia de 14 médicos generales, de los cuales 5 se encontraban de vacaciones y 9 de subsidio, y de 12 residentes, de los cuales 11 estaban de vacaciones, y uno se encontraban realizando una rotación en el Hospital España de Chinandega.

**FUENTE DE INFORMACIÓN:** Primaria, porque se obtuvo información directamente del personal médico en estudio.

El instrumento de recolección de información fue una encuesta de preguntas cerradas, la cual fue estructurada de la siguiente manera:

- I. Datos generales:
  - Edad
  - Sexo
  - Estado civil

- Médico general
- Especialidad
- Año de especialidad
- Procedencia
- Religión

II. Conocimientos

III. Actitudes

IV. Prácticas

**PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:** Previo a la recolección de información, con el permiso de las autoridades correspondientes a cada servicio, se realizó una revisión minuciosa del instrumento, a través de una prueba piloto que se le aplicó a médicos en servicio social en un centro de salud para medir la claridez, validez y la duración del llenado del instrumento.

Posteriormente, se determinó un momento, en cuanto a los residentes, luego de la entrega de turno y a los médicos generales, se les localizó individualmente en sus centros de trabajo para la aplicación del instrumento. Se les explicó los objetivos del estudio, la importancia de este y que estos datos serán utilizados únicamente para fines de investigación. Se les pidió su colaboración para el llenado personal de la encuesta, la que al finalizar se les entregó a las investigadoras.

A los médicos que por algún motivo no pudieron ser reunidos en el momento determinado, se les buscó para realizarle la encuesta posteriormente.

Para el apartado sobre **conocimientos** se efectuaron 20 preguntas, que posteriormente fueron evaluadas, cada pregunta tuvo un valor de 5 puntos y dependiendo del número de preguntas correctas, se clasificó el nivel de conocimientos de acuerdo a la escala de equivalencia utilizada en el sistema escolar, en Excelente, Muy bueno, Bueno, Regular y Deficiente.



Escala de equivalencia:

Conocimiento Excelente	90-100 puntos
Conocimiento Muy bueno	80-89 puntos
Conocimiento Bueno	70-79 puntos
Conocimiento Regular	60-69 puntos
Conocimiento Deficiente	0-59 puntos

Para conocer las **actitudes** se elaboraron 9 preguntas, las cuales fueron valoradas de forma individual según los ítems de la escala de Likert, que cuenta con los siguientes incisos:

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indeciso
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

Finalmente para las **prácticas** se elaboraron 10 preguntas. Todas ellas planteaban situaciones de la práctica médica y medidas de protección para evitar el contagio con VIH, cada una se valoró con 10 puntos, y se clasificó de acuerdo a la escala de equivalencia utilizada en el sistema escolar, si responden afirmativamente. Estas preguntas fueron valoradas según normas de bioseguridad.

Escala de equivalencia:

Práctica Excelente	90-100 puntos
Práctica Muy buena	80-89 puntos
Práctica Buena	70-79 puntos
Práctica Regular	60-69 puntos
Práctica Deficiente	0-59 puntos

**PLAN DE ANÁLISIS:** Una vez recogida la información, fue revisada y se procedió a la introducción en la base de datos en el programa SPSS 12. Para el análisis se realizó distribución de frecuencia y porcentaje para las variables categóricas. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos.

**CONSIDERACIONES ÉTICAS:** Para la realización de la investigación, se solicitó permiso al jefe de docencia del HEODRA para emplear el presente trabajo a los residentes de los diferentes servicios y al director del SILAIS-León, para la aplicación del estudio a los médicos generales. Se les explicó a los médicos el objetivo del estudio, su importancia y que los resultados fueron únicamente utilizados para fines de investigación, quedando sus nombres anónimos.

**LIMITACIONES ENCONTRADAS:**

- Rechazo por parte de 8 Médicos generales con cargos administrativos en algunas unidades de salud para el llenado de la encuesta.
- Ausencia de 14 médicos generales, de los cuales 5 se encontraban de vacaciones y 9 de subsidio, y de 12 residentes, de los cuales 11 estaban de vacaciones, y uno se encontraban realizando una rotación en el Hospital España de Chinandega.

**FORTALEZAS:**

- Estrategias utilizadas para que los médicos realicen el llenado del instrumento.

**OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:**

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA/VALORES
<b>DATOS GENERALES</b>		
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.	<b>Años</b>
<b>Sexo</b>	Condición orgánica de género.	<b>Femenino</b> <b>Masculino</b>

<b>Estado civil</b>	Condición legal de unión del residente con su pareja.	<b>Casado (a)</b> <b>Soltero (a)</b> <b>Divorciado (a)</b> <b>Viudo (a)</b>
<b>Médico</b>	Profesional que practica la medicina y que intenta mantener y recuperar la salud humana mediante el estudio, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del paciente.	<b>General</b> <b>Residente</b>
<b>Especialidad</b>	Rama de una ciencia cuyo objeto es una parte limitada de ella, sobre la cual poseen habilidades muy precisas.	<b>Anestesia</b> <b>Pediatría</b> <b>Ginecología</b> <b>Patología</b> <b>Cirugía</b> <b>Medicina Interna</b> <b>Ortopedia</b>
<b>Año de especialidad</b>	Año que cursa durante la especialidad.	<b>Años</b>
<b>Procedencia</b>	Lugar de origen.	<b>Rural</b> <b>Urbana</b>
<b>Religión</b>	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella del encuestado.	<b>Católica</b> <b>Evangélica</b> <b>Testigo de Jehová</b> <b>Otra</b>
<b>Capacitación sobre VIH/SIDA</b>		<b>Si</b> <b>No</b>
<b>CONOCIMIENTOS Familia a la que pertenece el VIH</b>	Nivel teórico del aprendizaje en el médico.	<b>Si</b> <b>No</b> <b>No se</b>
<b>Afinidad por linfocitos CD4 y CD8</b>		<b>Si</b> <b>No</b> <b>No se</b>
<b>Vías de transmisión del VIH</b>		<b>Si</b> <b>No</b> <b>No se</b>
<b>Transmisión vertical del VIH</b>		<b>Si</b> <b>No</b> <b>No se</b>
<b>Detección del VIH en líquidos corporales</b>		<b>Si</b> <b>No</b> <b>No se</b>
<b>Probabilidad de infección</b>		<b>El riesgo es menos del 10%</b>

<b>ante punción con aguja infectada</b>		de probabilidad El riesgo es del 40% de probabilidad El riesgo es del 50% de probabilidad No se
<b>Grupo de mayor tasa VIH positivo</b>		Varones homosexuales Varones heterosexuales Mujeres homosexuales Mujeres heterosexuales Niños, hijos de madres VIH positivo Niños y adultos que ejercen la prostitución No se
<b>Historia natural del VIH</b>		Si No No se
<b>Manifestaciones clínicas de la infección primaria por VIH</b>		Si No No se
<b>Categoría clínica B de la infección por VIH</b>		Si No No se
<b>Definición de seroconversión en el diagnóstico de VIH</b>		Si No No se
<b>Diagnóstico temprano de la infección por VIH</b>		Linfocitos CD4 Neopterina Antígeno P24 No se
<b>Conducta a seguir luego de test de ELISA positivo</b>		Repetir el examen Wester Blot Iniciar tratamiento para el VIH Indica test de ELISA a sus contactos sexuales Indica test de ELISA a sus hijos No se
<b>Prueba diagnóstica indicada para la detección de VIH en un recién nacido</b>		Linfocitos CD4 Neopterina Cultivo viral y/o PCR

<b>Causa de falsos positivo en prueba de tamizaje para VIH</b>		<b>Si</b> <b>No</b> <b>No se</b>
<b>Grupos de antirretrovirales</b>		<b>Si</b> <b>No</b> <b>No se</b>
<b>Definición de Terapia Antirretroviral</b>		<b>Si</b> <b>No</b> <b>No se</b>
<b>Iniciar tratamiento con conteo de CD4 <math>\leq</math> 350 células/mm<sup>3</sup></b>		<b>Si</b> <b>No</b> <b>No se</b>
<b>Mayoría de antirretrovirales son teratogénicos</b>		<b>Si</b> <b>No</b> <b>No se</b>
<b>Ley de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH/SIDA</b>		<b>Si</b> <b>No</b> <b>No se</b>
<b>ACTITUDES</b>	Forma de percibir y pensar sobre VIH.	<b>Totalmente de acuerdo</b> <b>De acuerdo</b> <b>Indeciso</b> <b>Desacuerdo</b> <b>Totalmente en desacuerdo</b>
<b>Considera paciente con ITS, portador de VIH</b>		
<b>Atiende personas con ITS, como posible portador de VIH</b>		
<b>Asume que al realizar procedimiento en paciente tatuado es portador de VIH</b>		
<b>Siente riesgo de adquirir VIH</b>		
<b>Atiende personas con VIH con temor</b>		
<b>Considera necesario guardar las medidas de autoprotección en el manejo de fluidos corporales</b>		
<b>Considera necesario utilizar medidas de bioseguridad solamente en pacientes de riesgo</b>		
<b>Se niega a atender</b>		

<b>pacientes con VIH</b>		
<b>Disposición a realizarse prueba de VIH</b>		
<b>PRÁCTICAS</b> <b>Recomienda pruebas diagnósticas en pacientes de riesgo</b>	Medidas de bioseguridad que realiza el médico.	<b>Si</b> <b>No</b>
<b>Deposita materiales descartables en recipientes resistentes</b>		<b>Si</b> <b>No</b>
<b>Toma medidas de bioseguridad al examinar pacientes</b>		<b>Si</b> <b>No</b>
<b>Cambia guantes al notar que éste está roto</b>		<b>Si</b> <b>No</b>
<b>Utiliza mascarillas y lentes al atender parto o realizar procedimiento</b>		<b>Si</b> <b>No</b>
<b>Brinda consejería sobre ITS y VIH</b>		<b>Si</b> <b>No</b>
<b>Indaga sobre prácticas riesgosas para adquirir VIH</b>		<b>Si</b> <b>No</b>
<b>Recomienda pruebas de VIH en pacientes con síntomas presuntivos</b>		<b>Si</b> <b>No</b>
<b>Se realiza examen de VIH de manera rutinaria</b>		<b>Si</b> <b>No</b>
<b>Se ha realizado examen de VIH recientemente</b>		<b>Si</b> <b>No</b>

## RESULTADOS

A continuación se detallan los resultados de nuestra investigación acerca de los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH en los médicos residentes del HEODRA y médicos generales en atención primaria del departamento de León.

Respecto a los datos sociodemográficos de los médicos encuestados se encontró que el 44% eran mayores de 35 años y el 54% pertenecían al sexo femenino. En relación al estado civil el 66% eran casados, el 92.2% eran del área urbana y el 75.1% eran católicos (ver tabla 1).

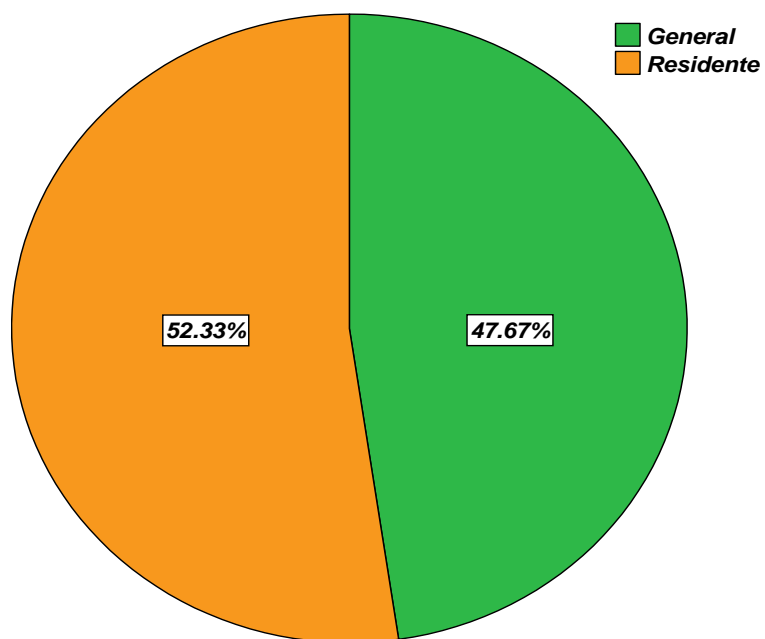
**Tabla 1. Datos sociodemográficos de los médicos residentes del HEODRA y médicos generales en atención primaria del departamento de León.**

Variable		Frecuencia	Porcentaje N=193
<b>Edad</b>	Menores de 30 años	53	27.5
	De 30 a 35 años	55	28.5
	<b>Mayores de 35 años</b>	<b>85</b>	<b>44</b>
<b>Sexo</b>	<b>Femenino</b>	<b>104</b>	<b>54</b>
	Masculino	89	46
<b>Estado civil</b>	<b>Casado</b>	<b>127</b>	<b>65.8</b>
	Soltero	52	26.9
	Divorciado	14	7.3
<b>Procedencia</b>	<b>Urbana</b>	<b>178</b>	<b>92.2</b>
	Rural	15	7.8
<b>Religión</b>	<b>Católica</b>	<b>145</b>	<b>75.1</b>
	Evangélica	28	14.5
	Testigos de Jehová	4	2.1
	Ninguna	16	8.3

Fuente: Encuesta n= 193

En cuanto a la distribución de los médicos encuestados el 52.3% fueron residentes.  
(Ver gráfico 1)

**Gráfico 1. Distribución porcentual de los Médicos Residentes del HEODRA y Médicos Generales en atención primaria del departamento de León**

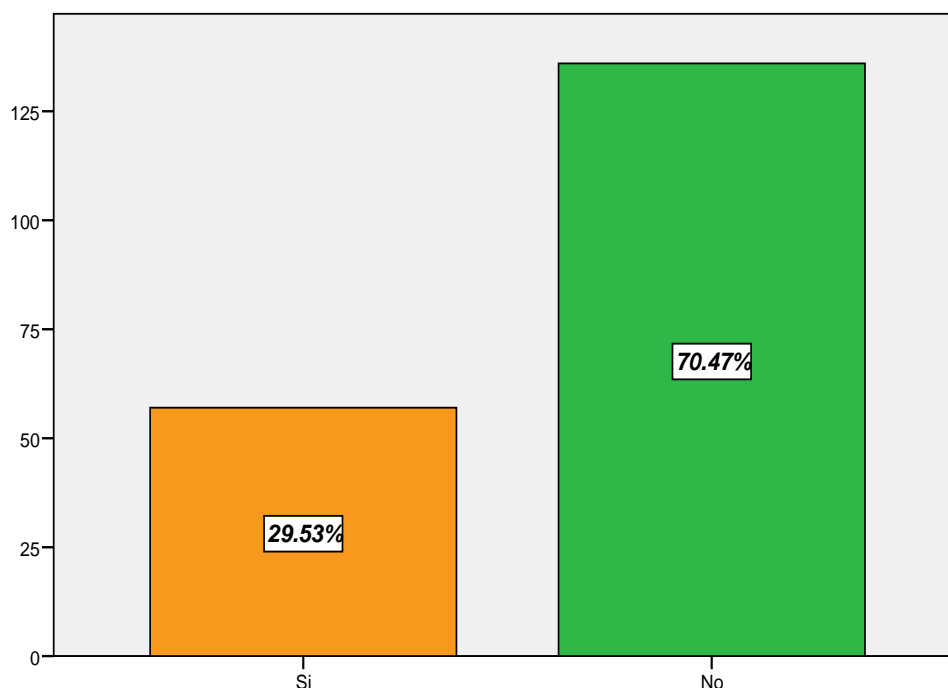


*Fuente: Encuesta n= 193*



De los 193 médicos encuestados encontramos que el 70.4% refieren no haber recibido recientemente capacitación sobre VIH-SIDA (Ver gráfico 2).

**Gráfico 2. Distribución porcentual de los Médicos que han recibido recientemente capacitación acerca de VIH-SIDA**



Fuente: Encuesta n= 193

De los médicos encuestados, tanto residentes como generales, con el 67.3% y 73.3%, respectivamente, refirieron no haber recibido ninguna capacitación sobre VIH-SIDA (Ver tabla 2).

**Tabla 2. Capacitación acerca de VIH-SIDA, en médicos generales y residentes.**

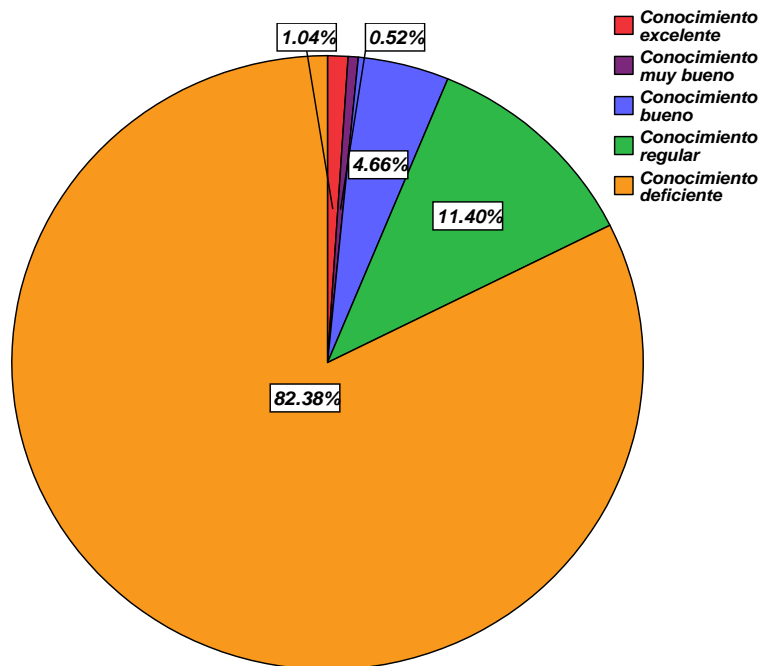
Médicos	Si		No		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Médicos Generales</b>	30	32.6	62	67.3	92	100
<b>Médicos Residentes</b>	27	26.7	74	73.3	101	100

Fuente: Encuesta n= 193

## CONOCIMIENTOS

En cuanto al nivel de conocimientos encontrados en los médicos encuestados, el 82.3% de ellos tenían conocimientos deficientes acerca de VIH-SIDA (Ver gráfico 3).

**Gráfico 3. Nivel de conocimientos de los médicos residentes del HEODRA y médicos en atención primaria del departamento de León.**



Fuente: Encuesta n= 193

De acuerdo al nivel de conocimiento según el sexo, el 82% del sexo femenino obtuvieron conocimientos deficientes. En cuanto al sexo masculino, de igual manera la mayoría (83%) obtuvieron conocimientos deficientes.

Respecto al nivel de conocimientos de los médicos residentes en comparación con los médicos generales, encontramos que en ambos grupos la mayoría tenían conocimientos deficientes acerca de VIH-SIDA, con el 81.1% y 84%, respectivamente (Ver tabla 3).

**Tabla 3. Distribución del Nivel de conocimientos según médicos residentes del HEODRA y médicos en atención primaria del departamento de León.**

Nivel de conocimientos	Médicos Residentes		Médicos Generales	
	N°	%	N°	%
<b>Conocimiento excelente</b>	0	0	2	2.1
<b>Conocimiento muy bueno</b>	1	0.9	0	0
<b>Conocimiento bueno</b>	5	5	4	4.3
<b>Conocimiento regular</b>	13	13	9	9.7
<b>Conocimiento deficiente</b>	<b>82</b>	<b>81.1</b>	<b>77</b>	<b>84</b>
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta n= 193

## ACTITUDES

De los médicos encuestados el 40.9% respondieron que estaban en desacuerdo al considerar a todo paciente con ITS como portador de VIH, así mismo, la mayoría, con el 43.5%, refirieron estar de acuerdo en que es correcto atender a una persona con ITS como posible portador de VIH.

En cuanto a considerar que una persona tatuada puede tratarse de un paciente VIH positivo, el 31% de los médicos en estudio estuvieron de acuerdo.

Ante la afirmación de sentir el riesgo de adquirir el VIH, el 53.8% de los médicos encuestados respondieron estar totalmente de acuerdo y al sentir temor a atender a un paciente con VIH-SIDA la mayoría de los médicos con el 31.6% también estuvieron totalmente de acuerdo.

Respecto a si es necesario guardar todas las medidas de auto protección al manejar sangre, fluidos corporales y excreciones en todos los pacientes, el 90.6% de los médicos respondieron estar totalmente de acuerdo y ante la afirmación de si es necesario utilizar máscara para boca y protección ocular durante la atención del parto y realización de procedimientos solamente en aquellos pacientes con comportamiento de riesgo, la mayoría de los médicos con el 42% respondieron estar totalmente de acuerdo.

En cuanto a negarse a realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos a un paciente con VIH aún con protección adecuada, la mayoría de los médicos encuestados, con el 43.5% estaban en desacuerdo.

El 76.6% de los médicos encuestados afirmaron estar totalmente de acuerdo en realizarse la prueba del VIH en este momento (Ver tabla 4).

**Tabla 4. Distribución de las actitudes acerca de VIH-SIDA según médicos residentes del HEODRA y médicos en atención primaria del departamento de León.**

ACTITUDES	Residentes N= 101		Generales N= 92		Total N= 193	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>¿Considera usted que a toda paciente que se le diagnostique ITS debe ser considerada como portador de VIH?</b>						
<b>Totalmente de acuerdo</b>	10	10	13	14.1	23	12
<b>De acuerdo</b>	15	15	8	8.6	23	12
<b>Indeciso</b>	6	6	5	5.4	11	5.6
<b>En desacuerdo</b>	<b>40</b>	<b>39.6</b>	<b>39</b>	<b>42.3</b>	<b>79</b>	<b>41</b>
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	30	29.7	27	29.3	57	29.5

ACTITUDES	Residentes N= 101		Generales N= 92		Total N= 193	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Es correcto atender a una persona que padece una ITS como posible portador del VIH. Usted está:</b>						
<b>Totalmente de acuerdo</b>	32	31.6	32	34.7	64	33.1
<b>De acuerdo</b>	<b>46</b>	<b>45.5</b>	<b>38</b>	<b>41.3</b>	<b>84</b>	<b>43.5</b>
<b>Indeciso</b>	3	2.9	3	3.2	6	3.1
<b>En desacuerdo</b>	15	14.8	14	15.2	29	15
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	5	4.9	5	5.4	10	5.1

ACTITUDES	Residentes N= 101		Generales N= 92		Total N= 193	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Cuando al atender un parto, realizar cesárea, cirugía u otro procedimiento de un paciente tatuado, asume que podría tratarse de un paciente VIH positivo. Usted está:</b>						
<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>28</b>	<b>27.7</b>	<b>22</b>	<b>23.9</b>	<b>50</b>	<b>25.9</b>
<b>De acuerdo</b>	31	30.6	29	31.5	60	31
<b>Indeciso</b>	15	14.8	6	6.5	21	10.8
<b>En desacuerdo</b>	16	15.8	27	29.3	43	22.2
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	11	10.8	8	8.6	19	9.8

ACTITUDES	Residentes N= 101		Generales N= 92		Total N= 193	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>¿Siente usted riesgo de adquirir el VIH?</b>						
<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>59</b>	<b>58.4</b>	<b>45</b>	<b>48.9</b>	<b>104</b>	<b>53.8</b>
<b>De acuerdo</b>	33	32.6	35	38	68	35.2
<b>Indeciso</b>	4	3.9	2	2.1	6	3.1
<b>En desacuerdo</b>	4	3.9	7	7.6	11	5.6
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	1	0.9	3	3.2	4	2

ACTITUDES	Residentes N= 101		Generales N= 92		Total N= 193	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>¿Atender a pacientes con VIH le ocasiona temor?</b>						
<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>39</b>	<b>38.6</b>	<b>22</b>	<b>23.9</b>	<b>61</b>	<b>31.6</b>
<b>De acuerdo</b>	26	25.7	26	28.2	52	26.9
<b>Indeciso</b>	1	0.9	3	3.2	4	2
<b>En desacuerdo</b>	23	22.7	32	34.7	55	28.4
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	12	11.8	9	9.7	21	10.8

ACTITUDES	Residentes N= 101		Generales N= 92		Total N= 193	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Ante la siguiente afirmación: es necesario guardar todas las medidas de autoprotección al manejar sangre, fluidos corporales y excreciones con todo paciente. Usted está:</b>						
<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>93</b>	<b>92</b>	<b>82</b>	<b>89.1</b>	<b>175</b>	<b>90.6</b>
<b>De acuerdo</b>	7	7	10	10.9	17	8.8
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	1	0.9	0	0	1	0.5

ACTITUDES	Residentes N= 101		Generales N= 92		Total N= 193	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Ante la siguiente afirmación: Es necesario utilizar máscara para boca y protección ocular durante la atención del parto, realización de cirugías u otros procedimientos, solamente en aquellos pacientes en las que se identificó comportamientos de riesgo. Usted está</b>						
<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>44</b>	<b>43.5</b>	<b>37</b>	<b>40.2</b>	<b>81</b>	<b>41.9</b>
<b>De acuerdo</b>	5	4.9	6	6.5	11	5.6
<b>Indeciso</b>	2	1.9	0	0	2	1
<b>En desacuerdo</b>	21	20.7	27	29.3	48	24.8
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	29	28.7	22	23.9	51	26.4

ACTITUDES	Residentes N= 101		Generales N= 92		Total N= 193	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>¿Se negaría a realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos a un paciente con VIH aún con protección adecuada?</b>						
<b>Totalmente de acuerdo</b>	9	8.9	2	2.1	11	5.6
<b>De acuerdo</b>	1	0.9	0	0	1	0.5
<b>Indeciso</b>	7	6.9	7	7.6	14	7.2
<b>En desacuerdo</b>	<b>44</b>	<b>43.5</b>	<b>40</b>	<b>43.4</b>	<b>84</b>	<b>43.5</b>
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	40	39.6	43	46.7	83	43

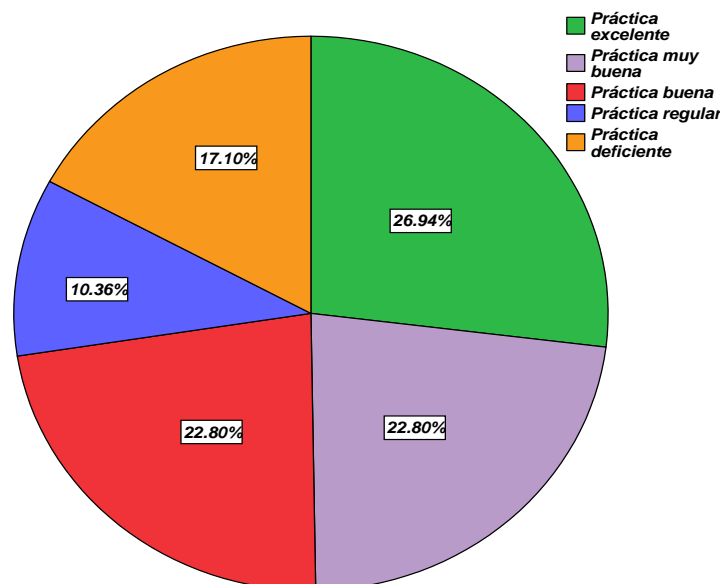
ACTITUDES	Residentes N= 101		Generales N= 92		Total N= 193	
	N°	%	N°	%	N°	%
¿Estaría dispuesto a realizarse la prueba del VIH en este momento?						
<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>70</b>	<b>69.3</b>	<b>78</b>	<b>84.7</b>	<b>148</b>	<b>76.6</b>
<b>De acuerdo</b>	19	18.8	19	20.6	38	19.6
<b>Indeciso</b>	2	1.9	2	2.1	4	4.3
<b>En desacuerdo</b>	1	0.9	1	1	2	1
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	1	0.9	0	0	1	0.5

Fuente: Encuesta n= 193

## PRÁCTICAS

En cuanto a las prácticas, el 27% de los médicos encuestados realizan prácticas excelentes (Ver gráfico 4).

**Gráfico 4. Prácticas que realizan los médicos residentes del HEODRA y médicos generales en atención primaria del departamento de León.**



Fuente: Encuesta n= 193



De acuerdo a las prácticas según el sexo que realizan los médicos encuestados, el 27% del de ambos sexos realizan prácticas excelentes.

Respecto a las prácticas de los médicos residentes en comparación con los médicos generales, encontramos que ambos grupos realizan prácticas de bioseguridad excelentes acerca de VIH-SIDA, con el 25.7% y 28.2%, respectivamente (Ver tabla 5).

**Tabla 5. Distribución de los médicos residentes del HEODRA y médicos en atención primaria del departamento de León, según prácticas que realizan.**

Prácticas	Médicos Residentes		Médicos Generales	
	N°	%	N°	%
<b>Práctica excelente</b>	<b>26</b>	<b>25.7</b>	<b>26</b>	<b>28.2</b>
Práctica muy buena	20	20	24	26
Práctica buena	25	24.7	19	20.6
Práctica regular	11	11	9	9.7
Práctica deficiente	19	19	14	15.2
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta n= 193

## DISCUSION DE LOS RESULTADOS

En nuestro estudio, se observó que el conocimiento sobre aspectos generales de VIH en su mayoría fue deficiente, tanto en los médicos residentes como en médicos generales y solo el 1% obtuvieron conocimiento excelente. No se encontró un estudio previo similar, en el que se compare el nivel de conocimientos entre médicos de atención primaria y secundaria, para poder cotejar este resultado, sin embargo en el HEODRA en el 2009 se encontró que el nivel de conocimientos que predominaba en los residentes era regular, lo cual consideramos que es preocupante pues ha empeorado el conocimiento de los residentes sobre VIH. Así mismo el resultado encontrado en nuestra investigación concuerda con el estudio realizado en Managua en el Hospital Bertha Calderón, en el cual se encontró que la mayoría de los médicos tenían conocimientos malos acerca del tema, de igual manera en el 2003, Audrey Sánchez describe en su investigación que el mayor porcentaje de sus encuestados estaban incluidos dentro de las categorías de deficiente y muy deficiente, lo que predispone a no brindar una adecuada orientación a los pacientes con VIH en torno a las alternativas de diagnóstico y tratamiento e igualmente facilita la omisión de la consejería pre y pos prueba violentando así los derechos de las personas con VIH.<sup>5, 10, 14</sup>

Si se analizan los resultados según el nivel académico encontramos que no hubo diferencia marcada entre el nivel de conocimiento encontrado en los residentes y en los médicos generales, lo cual nos muestra que tanto en atención primaria como secundaria no existe actualización acerca de este tema, esto se evidencia en que en ambos grupos la mayoría refiere no haber recibido capacitación reciente acerca de VIH. Cabe destacar que los conocimientos excelentes fueron encontrados en médicos generales, lo cual no es de esperarse, ya que los residentes están supuestos a tener mejores conocimientos acerca del tema, pues son los que tratan a los pacientes con VIH-SIDA y tienen mayor exposición al realizar procedimientos invasivos.

Valorando el nivel de conocimientos de acuerdo al sexo, encontramos que no existe diferencia estadística, ya que se obtuvieron conocimientos deficientes en ambos, siendo

esto similar al resultado encontrado en el estudio en residentes del HEODRA en el 2009 en el que se mostró igual nivel de conocimientos sin importar el sexo.<sup>14</sup>

En cuanto a actitudes planteadas la mayoría de los médicos entrevistados están totalmente en desacuerdo en considerar a un paciente con una infección de transmisión sexual como portador del VIH y de acuerdo en que tal paciente debe ser atendido como posible portador del virus, lo cual no coincide con el estudio de Morales Roque, realizado en el Hospital Bertha Calderón, en el cual el 90% de los encuestados consideran que esto es una exageración.<sup>5</sup>

En los encuestados existe el sentimiento de riesgo de adquirir el VIH en un 53.8%, lo que es de esperar ante la naturaleza del desempeño médico; de igual manera la mayoría de los médicos manifestaron tener temor a atender a un paciente VIH positivo, lo que coincide con el estudio de Morales Roque en el que la población de estudio también sentía el temor de adquirir VIH y con el estudio realizado en el HEODRA en los residentes en el año 2009, en el cual el 96.1% de los encuestados, tenían el sentimiento de riesgo. Sin embargo el 43.5% de la población en nuestro estudio, representando a la mayoría, refieren estar en desacuerdo a negarse a realizar procedimientos en pacientes VIH positivo con la protección adecuada con lo que se expresa el servicio de atención al paciente y la confianza en las medidas de bioseguridad, coincidiendo de igual manera con los estudios mencionados anteriormente.<sup>5, 14</sup>

Respecto a si es necesario guardar todas las medidas de autoprotección al manejar sangre, fluidos corporales y excreciones en todos los pacientes, el 90.6% de los médicos en nuestro estudio respondieron estar totalmente de acuerdo y ante la afirmación de utilizar máscara para boca y protección ocular durante la atención del parto y realización de procedimientos solamente en aquellos pacientes con comportamiento de riesgo, el 42% respondieron estar totalmente de acuerdo, lo cual consideramos que es errado ya que las medidas de bioseguridad deben ser utilizadas con todos los pacientes, incluso aquellos sin prácticas de riesgo.

En cuanto a las prácticas relacionadas con el ejercicio profesional según las normas de bioseguridad, la mayoría de ellos realizaban prácticas excelentes, muy buenas y buenas, sin encontrar diferencias entre médicos generales y residentes, lo que coincide con el estudio realizado en el HEODRA en el 2009 en el que más del 60% de los encuestados tuvieron prácticas adecuadas, de igual manera concuerda con el estudio de Escobar en el que la mayoría realizaban una práctica adecuada y con el de Sánchez en el que hubo predominio de prácticas óptimas.<sup>14, 10</sup>

No es de esperarse que los médicos que tienen conocimientos deficientes sobre VIH (incluyendo medidas de bioseguridad) realicen prácticas excelentes, probablemente esto se puede explicar porque el aprendizaje se da enfocado en la experiencia de los recursos aunque muchas veces no tienen una base teórica de sus conocimientos.

## CONCLUSIONES

1. La población en estudio fue predominantemente mayor de 35 años (44%), de sexo femenino (54%), casados (65.8%), de procedencia urbana (92.2%) y de religión católica (75.1%) y el 52.3% fueron residentes.
2. La mayoría de los médicos encuestados (70.4%) no han recibido recientemente capacitaciones sobre VIH-SIDA.
3. El nivel de conocimiento sobre VIH que predominó en los médicos generales y residentes fue deficiente (82.3%) en cuanto a patogénesis, vías de transmisión, epidemiología, etapas clínicas, diagnóstico, tratamiento y aspecto legal.
4. Las actitudes de los médicos fue de disposición a atender pacientes con VIH, sin embargo manifestaron temor en esta situación, tanto en médicos generales como residentes.
5. Las prácticas relacionadas con el ejercicio profesional realizadas por los médicos encuestados fueron excelentes, muy buenas y buenas.

## RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud:

1. Que en coordinación con las autoridades responsable de docencia del HEODRA y SILAIS realicen capacitaciones a los médicos acerca de aspectos generales y legales sobre VIH, que incluyan deberes y derechos de estas personas, y además se realicen evaluaciones periódicas que puedan ser reflejadas en las fichas de desempeño laboral.
2. Normar e informar a los médicos sobre todo lo concerniente a las medidas de bioseguridad, que incluya el protocolo en casos de accidente laboral con riesgo de contaminación con el VIH.

A los médicos generales del SILAIS-León y residentes del HEODRA:

1. Que se informen sobre aspectos generales y las normas de bioseguridad ante el VIH para trabajadores de la salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. MINSA. **Boletín epidemiológico. Situación de VIH y SIDA en Nicaragua.** 2008. [<http://www.minsa.gob.ni>]
2. ONUSIDA. **Situación de la epidemia mundial de VIH.** Capítulo 2. 2008. pp 29-62
3. Ministerio de salud (MINSA). **Paquete pedagógico para desarrollo de competencias de los recursos humanos en salud en la atención de: planificación familiar, materno-infantil y VIH/SIDA.** Managua, Nicaragua. 2012
4. USAID. **El VIH y el SIDA en Nicaragua y la intervención de USAID.** Febrero, 2002. [www.usaid.gov/espanol/hivnicaragua.pdf](http://www.usaid.gov/espanol/hivnicaragua.pdf)
5. Morales Roque, Alfredo José. **Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA en Médicos de ginecología y obstetricia en el hospital Bertha Calderón Roque.** Febrero 2007.
6. Vélez, H.; Rojas, M. **Corporación para Investigaciones Biológicas.** Fundamentos de Medicina, Manual de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. Medellín, Colombia. 2005
7. Barron Rivera y col. **Actitud del médico familiar ante el paciente con VIH/SIDA.** Factores relacionados. Rev. Med. IMSS; 38(3): 203-209, mayo- junio 2000.
8. Jiménez, Juan Ramón. **Actitudes y Conocimientos de profesionales de Enfermería sobre el paciente VIH+/SIDA.** Angeles Merino Godoy. Unidad de Infecciosos del Hospital General de Huelva. Nure Investigación, nº 6, Junio 2004.

9. Gutiérrez, María y Col. **Conocimientos, Actitudes y Prácticas por parte del personal de salud hacia la atención de las personas que viven con VIH-SIDA en el Hospital Escuela Roberto Calderón Gutiérrez.** Agosto 2001–Enero 2002.
10. Sánchez Ortega Audrey. **Conocimiento, Actitud, Práctica y fuentes de información del personal médico y de enfermería ante la epidemia del VIH/SIDA, que laboran en las unidades de salud del Ministerio de Salud en el Municipio de Managua.** Mayo–Junio 2003.
11. Rocha Valdivia, Nelson Felipe. **Conocimientos actitudes y prácticas de los médicos asistenciales encuestados sobre VIH-SIDA en los servicios de Gineco-obstetricia y Pediatría del hospital materno infantil Dr. Fernando Vélez Páiz.** Octubre 2006.
12. García Treminio, Carlos; Molina Peña, Jessica Raquel. **Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el VIH/SIDA en Estudiantes de quinto año de secundaria en la ciudad de León.** León, Nicaragua. Noviembre, 2008.
13. Escobar Montenegro, Michelle. **Conocimientos, actitudes y prácticas de VIH/SIDA en personal médico, enfermería y laboratorio, Hospital Alemán Nicaragüense, Enero 2009.** Managua, Nicaragua. Febrero 2009.
14. Paguaga, Yahoska; Parada, Rosa. **Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH en los médicos residentes del HEODRA en el periodo de Junio-Agosto 2009.** León, Nicaragua. Octubre 2009.
15. FNUAP/MINSA. **Manual Nacional del Programa VIH/SIDA.** MINSA, Nicaragua. 1997. pp. 20.



16. Murria, D. Richard. **Manual de VIH para profesionales de la salud**. Plan Estratégico Nacional de lucha contra el SIDA. Manual Moderno ONUSIDA, PASCA México. DDF. 1995:pp.23:44.
17. Amigos PRODIGY contra el SIDA. **Los virus del SIDA: VIH Y SIDA**. México DF. 1996–2000.
18. Reyes-Terán, Gustavo et al. **HIV Medicine 2005**. CIENI-INER. México, D. F. 2005.
19. Salido Regel Francisco. **SIDA Manejo del paciente con VIH**. México el Manual Moderno. 2da Ed. 1997. pp. 65, 78 – 80.
20. MINSA. Programa nacional ITS/VIH/SIDA. **Pautas de tratamiento antirretroviral**. Managua, Nicaragua. 2005.
21. Delgado, Beatriz. **Manual de técnicas básicas de bioseguridad aplicables a trabajadores de la salud**. Programa Nacional de prevención y control de las ITS/VIH/SIDA. MINSA, Nicaragua. Julio 2003. pp. 75–82.
22. UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ROSARIO. Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas. **Introducción a la Biotecnología I**. Unidad N° 2: Bioseguridad. Seminario Introductorio a la Problemática de la Química. 2009. [www.ib1.wikispaces.com/file/view/Material+de+Estudio+Bioseguridad.doc](http://www.ib1.wikispaces.com/file/view/Material+de+Estudio+Bioseguridad.doc)
23. CONASIDA. **Manual OPS de encuesta CAP sobre SIDA y ETS**. OPS–OMS. 2007.

# ANEXOS

**ANEXO I**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA**  
**MEDICINA**  
**ENCUESTA**

**Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH en los médicos residentes del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), y médicos generales de atención primaria en el periodo de Abril-Julio 2012.**

Estimados compañeros, somos médicos en servicio social, realizando un estudio acerca de conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH en los médicos residentes.

La información es confidencial y anónima por lo que solicita apoyo y sinceridad en sus respuestas.

**I. DATOS GENERALES:**

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_  
Estado civil: Casado (a) \_\_\_ Soltero (a) \_\_\_ Divorciado (a) \_\_\_  
Médico: General \_\_\_  
Residente: Especialidad \_\_\_\_\_  
Año que cursa \_\_\_\_\_  
Procedencia: Rural \_\_\_ Urbana \_\_\_  
Religión: Católica \_\_\_ Evangélica \_\_\_ Ninguna \_\_\_  
✚ ¿Ha recibido recientemente capacitación sobre VIH/SIDA?  
Sí \_\_\_ No \_\_\_

**II. CONOCIMIENTOS:**

c

**MARQUE CON UNA "X" SU RESPUESTA**

Patogénesis

- 1 El virus de inmunodeficiencia humana pertenece a la familia de Retrovirus y sub-familia Lentiviridae.   
Si \_\_\_ No \_\_\_ No se \_\_\_
- 2 El virus de inmunodeficiencia humana tiene afinidad exclusiva por los linfocitos CD4 y CD8.   
Si \_\_\_ No \_\_\_ No se \_\_\_

Vías de transmisión

- 3 Las vías de transmisión del VIH incluyen la transmisión sexual, a través de sangre, hemoderivados, transmisión perinatal, trasplante de tejidos u órganos.   
Si \_\_\_ No \_\_\_ No se \_\_\_
- 4 En la transmisión vertical o perinatal solo el 10% de hijos nacidos de mujeres seropositivos presentan la infección.   
Si \_\_\_ No \_\_\_ No se \_\_\_

5 El VIH ha sido detectado en sangre, semen, secreciones vaginales, orina, líquido cefalorraquídeo, lágrimas, saliva, heces y leche materna.

Si \_\_\_ No\_\_\_ No se \_\_\_

6 Ante una punción accidental con aguja proveniente de un paciente portador de VIH: ¿Cuál de los siguientes enunciados es correcto, con relación al riesgo de contraer la infección?

a. El riesgo es menos del 10% de probabilidad \_\_\_

b. El riesgo es del 40% de probabilidad \_\_\_

c. El riesgo es del 50% de probabilidad \_\_\_

d. No se \_\_\_

### Epidemiología

7 En la actualidad, aquí en Nicaragua ¿Cuál de los siguientes grupos tiene mayor tasa de VIH positivo?

a. Varones homosexuales \_\_\_

b. Varones heterosexuales \_\_\_

c. Mujeres homosexuales \_\_\_

d. Mujeres heterosexuales \_\_\_

e. Niños, hijos de madres VIH positivo \_\_\_

f. Niños y adultos que ejercen la prostitución \_\_\_

g. No se \_\_\_

### Etapas clínicas

8 La historia natural del VIH se divide en 3 etapas: a. Infección primaria, b. linfadenopatía generalizada persistente, c. infección sintomática.

Sí \_\_\_ No\_\_\_ No se \_\_\_

9 Durante la infección primaria o seroconversión se presentan manifestaciones clínicas específicas.

Si \_\_\_ No\_\_\_ No se \_\_\_

10 La candidiasis orofaríngea, el carcinoma cervical in situ, diarrea mayor de un mes pertenece a la categoría clínica B.

Si \_\_\_ No\_\_\_ No se \_\_\_

### Diagnóstico

11 En el diagnóstico de VIH, la seroconversión es la presencia de antígenos en suero.

Si \_\_\_ No\_\_\_ No se \_\_\_

12 El diagnóstico temprano (periodo de ventana) de la infección por VIH se hace por medio de la determinación de:

a. Linfocitos CD4 \_\_\_

b. Neopterina \_\_\_

c. Antígeno P24 \_\_\_

- d. No se \_\_\_\_
- 13 ¿Cuál es la conducta correcta a seguir ante una persona que por primera vez resulta con un test de ELISA positivo?
- a. Repetir el examen \_\_\_\_
  - b. WesterBlot \_\_\_\_
  - c. Iniciar tratamiento para el VIH \_\_\_\_
  - d. Indica test de ELISA a sus contactos sexuales \_\_\_\_
  - e. Indica test de ELISA a sus hijos \_\_\_\_
  - f. No se \_\_\_\_
- 14 ¿Cuál es la indicación correcta para conocer el estado del hijo de una madre VIH positiva, al momento del nacimiento?
- a. Linfocitos CD4 \_\_\_\_
  - b. Neopterina \_\_\_\_
  - c. Cultivo viral y/o PCR \_\_\_\_
  - d. No se \_\_\_\_
- 15 La transfusión masiva, trasplante de medula ósea, tratamiento inmunosupresores, son causa de falso positivo en las pruebas de tamizaje para VIH.
- Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ No se \_\_\_\_

#### Tratamiento

- 16 Existen 2 grandes grupos de antirretrovirales utilizados en el tratamiento SIDA.
- Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ No se \_\_\_\_
- 17 Se llama Terapia antirretroviral altamente activa (TARA) a la combinación de al menos 2 antirretrovirales.
- Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ No se \_\_\_\_
- 18 Se sugiere iniciar tratamiento con conteo CD4 menor o igual a 350 células/mm<sup>3</sup>.
- Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ No se \_\_\_\_
- 19 La mayoría de los medicamentos antirretrovirales son Teratogénicos.
- Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ No se \_\_\_\_

#### Aspecto legal

- 20 Existe en Nicaragua una ley de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH / SIDA.
- Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ No se \_\_\_\_

**ACTITUDES:**

c

1. ¿Considera usted que a toda paciente que se le diagnostique ITS debe ser considerada como portador de VIH? Usted está:   
Totalmente de acuerdo \_\_\_\_ De acuerdo \_\_\_\_ Indeciso \_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_ Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_
2. Es correcto atender a una persona que padece una ITS como posible portador del VIH. Usted está:   
Totalmente de acuerdo \_\_\_\_ De acuerdo \_\_\_\_ Indeciso \_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_ Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_
3. Cuando al atender un parto, realizar cesárea, cirugía u otro procedimiento de un paciente tatuado, asume que podría tratarse de un paciente VIH positivo. Usted está:   
Totalmente de acuerdo \_\_\_\_ De acuerdo \_\_\_\_ Indeciso \_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_ Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_
4. ¿Siente usted riesgo de adquirir el VIH?   
Totalmente de acuerdo \_\_\_\_ De acuerdo \_\_\_\_ Indeciso \_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_ Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_
5. ¿Atender a pacientes con VIH le ocasiona temor?   
Totalmente de acuerdo \_\_\_\_ De acuerdo \_\_\_\_ Indeciso \_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_ Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_
6. Ante la siguiente afirmación: es necesario guardar todas las medidas de autoprotección al manejar sangre, fluidos corporales y excreciones con todo paciente. Usted está:   
Totalmente de acuerdo \_\_\_\_ De acuerdo \_\_\_\_ Indeciso \_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_ Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_
7. Ante la siguiente afirmación: Es necesario utilizar máscara para boca y protección ocular durante la atención del parto, realización de cirugías u otros procedimientos, solamente en aquellos pacientes en las que se identificó comportamientos de riesgo. Usted está:   
Totalmente de acuerdo \_\_\_\_ De acuerdo \_\_\_\_ Indeciso \_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_ Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_
8. ¿Se negaría a realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos a un paciente con VIH aún con protección adecuada?   
Totalmente de acuerdo \_\_\_\_ De acuerdo \_\_\_\_ Indeciso \_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_ Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_
9. ¿Estaría dispuesto a realizarse la prueba del VIH en este momento?   
Totalmente de acuerdo \_\_\_\_ De acuerdo \_\_\_\_ Indeciso \_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_ Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_

## PRÁCTICAS

c

### **RESPONDA DE ACUERDO A LO QUE USTED REALIZA EN SU PRÁCTICA MÉDICA DIARIA Y NO A LO QUE IDEALMENTE REALIZARÍA.**

1. ¿Recomienda usted, pruebas diagnósticas para VIH en pacientes con prácticas sexuales riesgosas?   
Si \_\_\_ No \_\_\_
2. ¿Deposita usted, los materiales descartables en un recipiente resistente a los pinchazos y compatibles con incineración?   
Si \_\_\_ No \_\_\_
3. ¿Toma usted las medidas de bioseguridad necesarias al examinar a todos sus pacientes?   
Si \_\_\_ No \_\_\_
4. ¿Cambia de guante, previo procedimiento de lavado de mano al notar que este se ha roto o está pinchado?   
Si \_\_\_ No \_\_\_
5. ¿Durante la atención de partos, realización de cirugías u otros procedimientos ha utilizado máscara para boca y protectores oculares?   
Si \_\_\_ No \_\_\_
6. ¿Brinda usted consejería sobre ITS y VIH por considerarla necesaria en la prevención de nuevos casos?   
Si \_\_\_ No \_\_\_
7. ¿Indaga sobre las prácticas riesgosas para adquirir VIH en todo paciente?   
Si \_\_\_ No \_\_\_
8. ¿Recomienda usted, pruebas diagnósticas para VIH; en toda paciente con pérdida de peso de más del 10%, diarrea, fiebre y tos de más de un mes de evolución?   
Si \_\_\_ No \_\_\_
9. ¿Se realiza usted examen de VIH de manera rutinaria y sistemática?   
Si \_\_\_ No \_\_\_
10. ¿Se ha realizado recientemente (últimos 3 años) algún test para detección del VIH?   
Si \_\_\_ No \_\_\_