

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNAN-León**

Facultad de Ciencias Médicas



CARRERA DE MEDICINA

Tesis para optar al título de médico general

Título:

Conocimientos, actitudes y prácticas de VIH/SIDA en los trabajadores de la salud que laboran para el MINSA en el municipio de Somotillo.

Autores:

Autores:

Br. Luis Jesús Chamorro Arosteguí.

Bra. Nataly de la Concepción Betanco Altamirano.

Tutor:

Dr. Carlos Francisco López Carrillo.

Profesor titular Facultad de Ciencias Medicas

Resp. Clínica VIH HEODRA

Master VIH/SIDA

UNAN-León

“A la Libertad por la Universidad”

León, enero 2017.

Dedicatoria

Dedicamos este trabajo monográfico primeramente a Dios por ser luz y guía en nuestros caminos.

A nuestras familias por ser el pilar y base para seguir adelante en este largo camino.

Y a todas las personas que han fallecido a causa del VIH/SIDA

Víctimas de la ignorancia, discriminación y estigmatización.

Nataly de la Concepción Betanco Altamirano

Luis Jesús Cristiam Chamorro Arosteguí

Agradecimiento

A Dios padre celestial ser supremo y dador de vida

A nuestras familias por su apoyo incondicional día y noche y su comprensión

Y tolerancia para poder cumplir nuestras metas

Y a las personas que dijeron si a la realización de este trabajo.

Resumen

Se realizó un trabajo monográfico sobre VIH/SDIA con una encuesta de conocimiento actitudes y prácticas en los trabajadores de la salud que laboran para el MINSA en el municipio de Somotillo, seleccionando al personal médico, enfermería odontólogos y personal de laboratorio de dicha institución.

El universo fue de 55 personas de las cuales fueron incluidas en el estudio un total de 50, correspondiente al 91%, el restante 9% no cumplió con los criterios de inclusión o decidió no participar en el estudio.

Se encontró que la población evaluada correspondía en su mayoría al sexo femenino, conformada por una población joven y que su mayoría estaba dada por personal de enfermería correspondiente esta al estado civil soltera y religión católica.

El nivel de conocimiento evaluado de acuerdo a la encuesta fue bueno en términos generales aunque se evidencio debilidades en algunos aspectos

Las actitudes se dividieron en ámbito general y de la vida cotidiana y ámbito laborales; en términos generales las actitudes evaluadas individualmente fueron positivas en un 90% tanto en el ámbito personal como en el ámbito laboral, cabe destacar sin embargo que cierto porcentaje del personal le ocasiona temor atender paciente VIH positivo aun con protección adecuada, y se consideran personas con mucho riesgo de adquirir la enfermedad.

Las prácticas al ser evaluadas fueron divididas también en ámbito personal y sexual y ámbito laboral, encontrándose prácticas inadecuadas en un 60%, porcentaje el cual se ve más evidente al evaluar las prácticas relacionadas al ámbito personal y sexual.

Personal que en sus relaciones sexuales incluso de riesgo no utilizan preservativo, que alguna vez han tenido relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol o drogas, o que evitan contagio teniendo una pareja fiel y no teniendo muchas parejas fue lo que se encontró en un amplio porcentaje en cuanto a las practicas ligadas al ámbito personal y sexual.

Se estableció el nivel de conocimiento entre las diferentes profesiones evaluadas en el estudio y se encontró que el nivel de conocimiento más bajo se encontró en el personal de enfermería y auxiliares en enfermería con conocimiento regular aunque entre ellos prevaleció el conocimiento muy bueno y bueno.

Cabe destacar que el nivel de conocimiento más bajo encontrado fue el conocimiento regular, no se encontró entre los perfiles conocimiento deficiente.

INDICE

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Resumen.....	iii
I. Introducción.....	1
II. Antecedentes.....	2
III. Justificación.....	4
IV. Planteamiento del problema.....	5
V. Objetivos.....	6
VI. Marco teórico	7
VII. Diseñometodológico.....	25
VIII. Resultados	33
IX. Discusión	41
X. Conclusiones	44
XI. Recomendaciones	45
XII. Referencia bibliográfica	46
XIII. Anexos	50

Introducción.

El VIH/SIDA se ha convertido en una de las crisis de salud más importantes de la historia. Aparece por vez primera en la primavera de 1981 en los Ángeles EEUU. Desde entonces el mundo ha visto como una enfermedad que en un principio fue descrita solamente en países desarrollados, en hombres homosexuales y usuarios de drogas inyectables, se transformó en una pandemia que afecta a millones de hombres, mujeres y niños en todos los continentes.

Actualmente la mayoría de las infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ocurren en países en vías de desarrollo y sus efectos son muy graves en el mundo subdesarrollado y en los grupos marginados de los países industrializados. (1)

Solo en 2012, 33 millones de personas en el mundo vivían con el VIH y 2,7 millones de personas contrajeron el virus. En América Latina, el total estimado de nuevas infecciones por el VIH fue de 140.000 y, en consecuencia, el número de personas que viven con el VIH asciende a 1,7 millones. (2)

En Nicaragua el primer caso de VIH se presentó en 1987, en el departamento de Rivas, presentando una tendencia del comportamiento de la Epidemia hacia el incremento sostenido, con una epidemia de tipo concentrada. Registrando al 2016 11,376 personas afectadas por el VIH de las cuales a su vez hay un total de 3436 personas con tratamiento antirretroviral. (3)

La distribución por departamento de esta epidemia nos demuestra que existen 3 departamentos a nivel nacional clasificados como de alto riesgo, figurando en segundo lugar el departamento de Chinandega; la mayoría de ellos son zonas fronterizas y presentan factores de riesgos múltiples ante el VIH tales como: sexo comercial y poblaciones móviles que se trasladan desde países como Costa Rica y Honduras

Al 2013, la tasa de prevalencia Nacional es 236%, un total de 3 departamentos se encuentran por arriba de la media nacional siendo estos: Chinandega, RAAN y Managua. La prevalencia más baja del país se concentra en los departamentos, Río San Juan, Nueva Segovia, Matagalpa y las Minas. (4)

Los profesionales de la salud desempeñan un importante papel en esta epidemia, no solo por la atención que pueden prestar a las personas afectadas, sino también por la trascendencia que la opinión y la actitud de estos profesionales tienen a la hora de dar información para reducir el riesgo y evitar cualquier tipo de marginación de las personas que presentan VIH/SIDA. Ellos se enfrentan a una enfermedad conocida, pero muy estigmatizada que plantea un reto profesional por lo complejo de su abordaje científico pero especialmente personal por los temores a la trasmisión de VIH/SIDA.

Antecedentes

Aunque existen estudios sobre conocimiento actitudes y prácticas en jóvenes y demás poblaciones consideradas de mayor riesgo y vulnerabilidad, poco se ha indagado sobre conocimientos y prácticas frente al VIH presentes en los profesionales de salud, que son los principales agentes que transmiten esta información a las personas, y se cree que están altamente calificadas en el tema para la prevención, tratamiento y atención del VIH/SIDA.

De esta forma se considera que el nivel de conocimientos sobre la infección por el VIH es necesario tanto para la prevención como para la intervención, en la cual se reconozcan sus causas y consecuencias en la salud; sin embargo, no son suficientes para generar conductas preventivas frente a la infección

Algunas investigaciones establecen que las actitudes pueden influir en las conductas de riesgo que se emitan, lo cual genera que la actitud frente a la infección por el VIH determine el comportamiento de otros o los propios frente al VIH/SIDA. ⁽⁵⁾

La investigación de Uribe ⁽⁶⁾ relacionada con el tema de VIH/sida afirma que existe una serie de mitos, temores y estigmatizaciones que afectan a las actitudes de las personas frente a la infección por el VIH. Las actitudes de estigmatización hacia el VIH provienen de dos fuentes principales. La primera es el temor a la transmisión, que ha sido una fuente de estigma relacionado con las enfermedades en todos los tiempos. La segunda son las suposiciones negativas relacionadas con los valores acerca de las personas que viven con el VIH, las que, a su vez, fomentan los prejuicios y la discriminación ⁽⁷⁾

Los estudios o reportes acerca de la actitud que tiene el personal de salud ante el VIH/sida se han basado principalmente en discriminación y estigmatización ante estos pacientes, lo cual ha estado relacionado con los conocimientos que tienen los profesionales de la salud acerca de la infección por el VIH.

Los conocimientos sobre el VIH/sida influyen en las actitudes de las personas con relación a esta infección y con relación a las personas diagnosticadas ⁽⁸⁾. Las actitudes negativas frente a las personas diagnosticadas son mayores en la medida que se tengan bajos conocimientos sobre la infección por el VIH ^(9, 10).

Actualmente se siguen presentando actitudes negativas frente a las personas diagnosticadas de VIH/sida, debido a que se mantiene el estigma frente a la infección ⁽¹¹⁾. En India, los investigadores aplicaron un programa contra el estigma en tres importantes hospitales donde se registraron casos de maltrato hacia las personas que tenían el diagnóstico de VIH.

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

Después de educar al personal hospitalario acerca de la presencia de actitudes estigmatizantes, el programa puso en práctica una serie de políticas para mejorar la seguridad de los proveedores (p. ej., guantes, disponibilidad de profilaxis después de las exposiciones a sangre) y prohibió las prácticas discriminatorias, como la segregación o la demora en el tratamiento de pacientes con el VIH. Este programa multifacético causó una disminución significativa en las actitudes y las prácticas estigmatizantes de todos los niveles de profesionales de la salud y marcadas mejoras en el cumplimiento de las directrices de confidencialidad y consentimiento informado para el asesoramiento y las pruebas del VIH ⁽⁷⁾.

En España se estudió la actitud y los conocimientos del personal de enfermería sobre el paciente con VIH/ sida y se identificó miedo a la transmisión, y deficiencias en conocimientos específicos en el tema ⁽¹²⁾. De igual forma, en Barcelona el estudio realizado por Tomas *et al.* ⁽¹³⁾ con estudiantes de enfermería reportó actitudes perjudicadas respecto al VIH/sida.

En Bolivia el 34% de personal de salud refirió que tiene o tendría miedo de atender a una persona con el VIH/sida, por miedo a la infección y a la falta de material para realizar el test a todos los pacientes en los servicios de salud. El 32% afirmó que tiene el derecho de rechazar la atención a una persona diagnosticada de VIH/sida.

En Mérida (Venezuela), un programa dirigido a médicos de familia encontró un 78% de actitud positiva asociado a un conocimiento adecuado; 39% tenían disponibilidad en la atención de pacientes seropositivos ⁽¹⁴⁾.

En Nicaragua realizaron una encuesta a los trabajadores de la salud para valorar sus conocimientos; se encontró que 41% de las enfermeras tienen grandes brechas sobre el VIH/SIDA. ⁽¹⁵⁾

Autrey Sánchez ortega (2003) en su estudio CAP y fuentes de información del personal médico y de enfermería ante la epidemia del VIH/SIDA, que labora en las unidades del Ministerio de salud en el municipio de Managua , concluyo que los medios de educación social y los charlas son las principales medios de educación. ⁽¹⁶⁾

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

Justificación

El VIH/SIDA se ha convertido en una pandemia que afecta a los países de todo el mundo y no distingue raza religión credo político ni posición económica.

Pese a los conocimientos que se tiene sobre esta enfermedad, a los avances en la lucha contra esta y a la creación de estrategias para combatirla cada vez son más la personas infectadas con VIH sida, afectando regiones empobrecidas y subdesarrolladas y principalmente a personas jóvenes de estos países

Aunque Prácticamente no se dispone de datos recientes sobre el VIH en Nicaragua, estadísticas anteriores nos demuestran que no estamos exentos a esta epidemia, nuestra posición geográfica, nuestro nivel cultural y económico y nuestra cultura sanitaria no hace ser un país de alto riesgo para el avance de esta infección.

Según la distribución por SILAIS de esta epidemia Chinandega ocupa uno de los tres primeros lugares; tomando en cuenta que el departamento es una zona comercial y que posee dos de los principales puertos aduaneros del país lo convierte en una zona vulnerable (por la población móvil) para que aumenten nuevos casos de infección.

El municipio de Somotillo reporta el mayor número de caso en el norte de Chinandega (55 casos registrados), representa una zona aduanera importante del país y es la puerta de entrada hacia los municipios del norte de Chinandega (Santo Tomas del Norte, Cinco Pinos, San Pedro del Norte y San Francisco del Norte). Tomando en cuenta estos datos tanto geográficos como epidemiológico y que ningún personal de salud debe escapar de la influencia de esta problemática de salud pública se nos hace de suma importancia conocer el nivel de conocimiento que tiene nuestro personal de esta región sobre VIH/Sida, así como la actitud ante esta infección y las practicas orientada principalmente a la protección y prevención.

El personal de salud desempeña un papel importante no solo por la atención al paciente sino también por la promoción y consejería adecuada a la población con respecto a sexualidad y protección ante ITS y VIH/SIDA.

Este estudio permitirá conocer las principales debilidades sobre el tema, informar sobre ellas a las autoridades sanitarias correspondientes y de esta manera mejorar sobre esta problemática de salud tan importante en nuestros días y en nuestro medio.

Planteamiento del problema

El VIH/SIDA se ha convertido en uno de los principales problemas de salud del desde finales del siglo pasado hasta nuestros días, afectando todos los sectores tanto culturales, sociales y económicos de nuestra humanidad, siendo una enfermedad cuyas características virológicas e inmunológicas la convierten en un problema poco conocido en la mayoría de sectores; una enfermedad sin un tratamiento específico para controlarla hasta ahora y cuyos estigmas relacionados a su transmisión hace que su control y prevención involucre a todos los países a nivel mundial.

Todo lo anterior está íntimamente relacionado al nivel de conocimiento que se tenga sobre esta enfermedad, a las medidas preventivas que se pongan en práctica para evitar su propagación y a las actitudes frente a un paciente VIH tomando en cuenta el estigma y la discriminación.

El personal de salud es el que tiene mayor contacto con personas diagnosticadas y sectores vulnerables (jóvenes y adolescentes) por lo tanto juega un papel primordial en la prevención, control y seguimiento de esta enfermedad por ende en teoría deberían ser el sector más capacitado sobre este problema de salud, es por eso que realizamos la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA que tiene los médicos, enfermeras(os), odontólogos y laboratoristas que laboran para el ministerio de salud en el municipio de Somotillo?

Objetivos

Objetivo general:

Determinar los conocimientos actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA en el personal médico, enfermería, de laboratorio y odontólogos que laboran para el MINSA en el municipio de Somotillo.

Objetivos específicos

1. Describir las principales características sociodemográficas de la población a estudio.
2. Determinar el nivel de conocimiento que tiene la población a estudio sobre VIH.
3. Describir las actitudes que tiene la población a estudio ante pacientes con VIH-SIDA, personas relacionadas con ellos y personas en riesgo.
4. Evaluar las prácticas sobre bioseguridad y protección del personal de salud a estudio sobre atención de pacientes con VIH.

Marco teórico.

Conocimientos, actitudes y prácticas¹⁷.

Conocimientos:

El término conocimiento involucra datos específicos sobre los que se basa un individuo para decidir lo que se debe o se puede hacer ante una situación determinada. Este término está asociado a los hechos, conceptos, información, análisis y comprensión de determinado tema.¹³

No obstante el conocimiento no es sinónimo de buena conducta, sino que juega parte esencial de la persona a la hora de adoptar o modificar ciertas conductas de una manera más consiente; nos brinda un reflejo de las actitudes, creencias y prácticas.

Actitudes:

El estudio de las actitudes es considerado uno de los principales elementos dentro del campo de la psicología social. El término actitud involucra una serie de conceptos que asociados logran valorar esta característica, entre los cuales encontramos valores, impulsos, propósitos, preferencias, gustos, prejuicios, convicciones, etc. Además se consideran que estas son adquiridas porque están basadas en la sociabilización y hábitos. Los factores socioeconómicos, educacional, ocupacional y la edad tienen influencia sobre las actitudes sexuales.

➤ **Prácticas:**

El comportamiento se encuentra conformado por un conjunto de prácticas, conductas, procedimientos y relaciones; las prácticas regulares suelen denominarse hábitos y están definidos como una respuesta establecida para una situación común.

EI VIH/ SIDA:

I. Definición¹⁸:

La infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) tipo 1 o tipo 2, se caracteriza por el deterioro progresivo del sistema inmune y clínicamente por una infección asintomática o poco sintomática durante un período variable de hasta alrededor de 8 años (actualmente se considera de 10 años), debido al equilibrio entre la replicación viral y la respuesta inmunológica del paciente. Posteriormente se rompe este equilibrio aumentando la carga viral y deteriorándose la función inmune, lo que permite la aparición de diversas infecciones, clásicas y oportunistas, y tumores con lo que se llega a la etapa de SIDA.

Síndrome: conjunto de signos y síntomas

Inmuno: relativo al sistema de defensa

Deficiencia: disminución (sistema inmunológico)

Adquirida: alude al carácter no congénito (secundario a la infección por VIH).

II. Historia¹⁹.

En 1981 investigadores clínicos de Nueva York y California observaron en hombres homosexuales jóvenes que habían gozado previamente de buena salud, un inusual conjunto de enfermedades poco frecuentes en particular sarcoma de Kaposi e infecciones oportunistas como la neumonía por neumocitis carini como también casos de linfadenopatías inexplicables y persistentes. Pronto se hizo evidente que estos hombres tenían un déficit inmunológico común, que se traducía en una disminución del sistema inmunológico celular, con una pérdida significativa de células TCD4

El hecho de que hubiera sido hombres homosexuales los primeros en contraer SIDA en Estados Unidos, llevo a pensar que el estilo de vida homosexual se relacionaba directamente con la enfermedad; esto fue desechado al descubrir diferentes tipos de transmisión y en personas heterosexuales.

Varios expertos en salud pública llegaron a la conclusión de que el conjunto de casos de SIDA y el hecho de darse en diversos grupos de riesgo solo podía explicarse si el SIDA era originado por un agente infeccioso transmisible a la manera del virus de la Hepatitis B

En 1983. Numerosos grupos de investigación se habían concentrado en los retrovirus para hallar claves que condujeran como se originaba el SIDA. Dos retrovirus entonces recientemente reconocidos HTLV1 y HTLV2 eran los únicos virus estudiados capaces de infectar a los linfocitos T. En 1986 el comité de taxonomía rebautizo a los diferentes virus con el nombre de virus de inmunodeficiencia humana.

Aunque el primer indicio reportado se presentó en Estados Unidos, en diferentes partes del mundo desde años atrás se reportó asociación cronológica similar al VIH/SIDA principalmente en países empobrecidos de América y África.

El VIH recién se transformó en una epidemia 20 o 30 años después de su descubrimiento, quizás como consecuencias de las migraciones de zonas rurales a centros urbanos de países desarrollados, de individuos jóvenes, pobres y sexualmente activos, con el consiguiente retorno a su zona de origen; e internacionalmente como consecuencias de guerras, turismo, viajes de negocios, comercio y tráfico de drogas.

III. Agente causal^{20,21,22,23}.

El VIH pertenece a la familia de los retrovirus, en esta familia existen dos subfamilias que contienen patógenos humanos, los oncovirus y los lentivirus. Dentro de los oncovirus se encuentra HTLV-I y HTLV-II, el primero asociado a neoplasias malignas de células T y alteraciones neurológicas y el segundo sigue en duda de ser patógeno y asociado a leucemia de células peludas.

Los lentivirus se han aislado de muchas especies, existen dos tipos distintos de virus humanos que causan SIDA VIH-1 y VIH-2, los dos tipos se distinguen entre sí por la organización de su genoma y de sus relaciones filogenéticas con otros lentivirus primates.

Características generales:

Estos virus tienen una serie de características específicas que son determinantes en la compleja patogenia de la infección por el VIH:

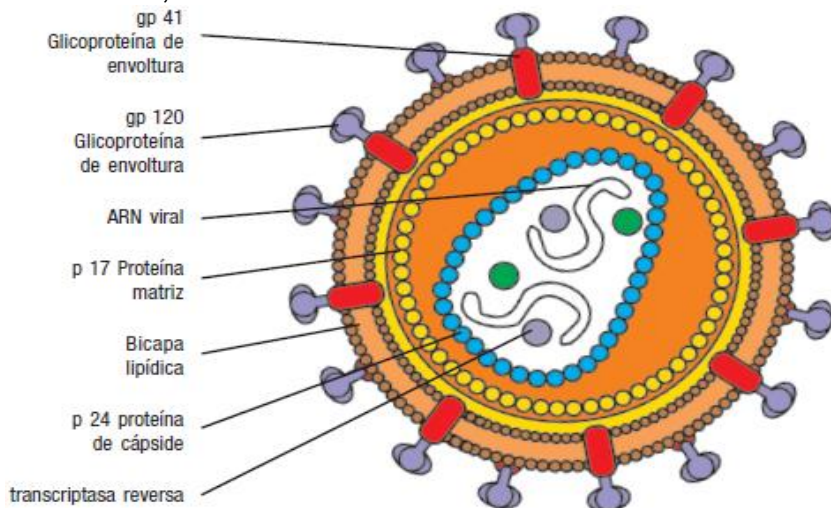
- Gran diversidad genética (virus ARN) y genoma muy complejo (lentivirus)
- En su ciclo vital hay 2 fases: virión infectante (ARN) y provirus (ADN). Esta fase intermedia de integración en el genoma huésped le permite prolongados periodos asintomáticos (latencia), a pesar de una viremia persistente.
- Se replica mediante un mecanismo inverso al habitual en los virus ARN. El papel fundamental lo juega una enzima llamada transcriptasa inversa (TI).
- Sus células huésped son los linfocitos CD4+, macrófagos, células nerviosas de la microglía y células dendríticas residentes en mucosas (células de Langerhans).

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

Desde el punto de vista morfológico es un virión esférico de 100 – 200 nm de diámetro (fig. 1), El core del VIH se halla encerrado en una nucleocápside electrondensa en forma de cono, rodeada de una bicapa lipídica que proviene de la membrana de la célula huésped, donde se insertan proteínas virales constituidas por moléculas de glicoproteína 120 (gp 120) unida no covalentemente a una proteína que integra la membrana, la glicoproteína 41 (gp 41). El core encierra dos copias del genoma del ARN de simple cadena , múltiples moléculas de la enzima viral TR y otras proteínas que presentan funciones regulatorias que conforman la nucleocápside.

La nucleocápside encierra dos copias de ARN y tres enzimas virales (proteasa, transcriptasa reversa e integrasa) **fundamentales para el ciclo biológico del virus.** Este ARN está constituido por 3 genes estructurales (gag, pol y env) y por otros genes (tat, rev, vif, nef, vpr y vpu) encargados de la regulación de la síntesis y replicación viral. Los genes gag, pol y env codifican proteínas precursoras que serán divididas por la acción de la proteasa formando proteínas estructurales.

El VIH. Contiene su información genética en el ARN y para su reproducción necesita del ADN de la célula huésped en un proceso denominado transcripción. Tanto las enzimas (transcriptasa reversa) como el mecanismo de multiplicación son exclusivos de este tipo de virus que, por esta razón, reciben el nombre de retrovirus.



Con base en la secuencia del gen VIH-1 comprende tres grupos distintos de virus (M, N, O) el grupo M predominante contiene 11 subtipos o clades (A-K excluyendo E, I). De

manera similar se han identificado seis subtipos de VIH-2 (A-F) dentro de cada subtipo existe una gran variabilidad.

IV. Ciclo de replicación^{24,25}

El VIH-1 es hoy por hoy el patógeno infeccioso emergente más significativo de este siglo. Hay diferentes pasos en el ciclo de replicación del VIH-1: adherencia y entrada, transcripción reversa del genoma viral, integración, expresión genética, ensamblaje salida y maduración.

Adherencia y entrada:

El primer paso en el ciclo de replicación es la adherencia de la cubierta viral a los receptores celulares específicos del hospedero. El receptor específico del hospedero es la molécula CD4, la cual es una glicoproteína que se expresa en la superficie de los linfocitos CD4, CD8 y los macrófagos. La molécula CD4 no es suficiente para permitir la entrada del VIH-1 al interior de la célula, necesita de co-receptores específicos para lograr este objetivo. A la fecha se han descrito varios co-receptores, siendo los más importantes las moléculas CCR5 y CXCR4.

Se ha demostrado que el CCR5 representa el mayor co-receptor para los VIH-1 macrófago-trópicos (cepas M-Trópicas o R5). Estas cepas no inducen la formación de sincitios, predominan en las primeras etapas de la infección del VIH-1 y prevalecen durante la fase asintomática de la enfermedad. Los virus M-trópicos son igualmente los predominantes en la infección adquirida por transmisión sexual y en menor proporción en la adquirida por transfusión de sangre infectada lo cual indica una posible selección de cepas en el evento de la transmisión sexual.

La interacción con el co-receptor CXCR-4 ocurre primordialmente con virus que crecen en líneas de células T (T-trópicos o X4). Los virus T-Trópicos emergen tardíamente en el transcurso de la infección, inducen la formación de sincitios en líneas de células CD4, infectan las células mononucleares de sangre periférica más rápidamente y se replican más agresivamente que las cepas M-Trópicas, lo que significa que tienen un poder citotóxico y citopático mayor.

Estos cambios se deben a transformación en la afinidad del VIH-1 por las células del sistema inmune que sucede en el tiempo dentro de un mismo paciente infectado. Inicialmente el virus es M-Trópico, posteriormente, sin embargo, el VIH-1 puede llegar a tener doble tropismo. Tales cepas producen moléculas gp 120 capaces de reconocer tanto CCR-5 como CXCR-4 en la superficie de los linfocitos CD4 y pueden infectar macrófagos y células T. Posteriormente la mayoría de la población viral puede cambiar su preferencia a los receptores CXCR-4 y predominar las T-Trópicas.

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

Los cambios de conformación que desencadenan la unión a correceptores permiten la interacción de la gp41 sobre la membrana celular y el ingreso del *core* viral dentro de la célula.

Etapa de síntesis del ADN (transcripción reversa):

Luego del ingreso del *core* viral el genoma viral (ARN de cadena simple) sufre un proceso de retrotranscripción que lo convierta en ADN de cadena doble. La transcriptasa reversa es quien lleva a cabo esta reacción. El ADN resultante es transportado al núcleo donde se constituirá el estado de provirus.

Etapa de integración:

La etapa de integración consiste en la unión covalente entre el ADN proviral y el ADN celular para que esto se cumpla debe estar formado el complejo de integración el cual permite que la enzima integrasa (IN) esconada el ADN vírico dentro del propio ADN de la celula anfitriona. Este ADN provirico permanece inactivo por mucho tiempo sin producir nuevas copias del virus o produciendo muy pocas.

Transcripción y expresión genética:

Cuando la célula anfitriona recibe señal para volverse activa, el provirus usa una enzima anfitriona llamada polimerasa del ARN para crear copias del material genómico del VIH y segmentos más cortos del ARN conocidos como ARN mensajero (ARNm). El ARNm se utiliza como modelo o patrón para la formación de cadenas largas de proteínas del VIH.

Ensamblaje:

La enzima del VIH llamada proteasa divide las cadenas largas de proteínas del VIH en pequeñas proteínas individuales. A medida que las proteínas pequeñas del VIH se unen a las copias del material genético del ARN del VIH, se ensambla una nueva partícula del virus.

Salida y maduración:

Una vez sintetizadas las proteínas virales, deben ser procesadas de forma postraduccional antes de ensamblarse en partículas virales maduras. En este proceso participan las proteínas virales Vif; Vpu; una proteasa celular en el procesamiento de la gp160 en gp41 y gp120; y la proteasa viral, que procesa la poliproteína precursora gag-pol (que produce proteínas del virus, como la proteína de la matriz, de la cápside, etc). El procesamiento por la proteasa viral es esencial en la maduración del VIH.

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

Finalmente, una vez han madurado los viriones y se han ensamblado correctamente las proteínas virales, el nucleoide se desplaza a la membrana celular donde se recubre de la membrana lipídica y de glucoproteínas de superficie adheridas a ella y es liberado por gemación

V. Patogenia^{26,27,28,29,30}

La infección por VIH es un proceso crónico que implica una producción elevada y constante de nuevos viriones, acompañada de la consecuente destrucción de los CD4 (efecto citopático). Esta destrucción celular es compensada durante varios años, hasta que las reservas corporales se agotan, lo que desemboca en una depleción de estos linfocitos que son las células coordinadoras de la respuesta inmune, razón por la cual se produce una inmunodeficiencia adquirida.

Los **linfocitos CD4** constituyen una subpoblación heterogénea de células con variadas funciones: inductora, ayudadora o colaboradora (helper) y de memoria. Son tan importantes en la ejecución de una adecuada función inmune, que su disminución trastornará las demás respuestas inmunológicas y, a su vez, la susceptibilidad del huésped a infecciones oportunistas y neoplasias raras.

Además de los linfocitos CD4 el VIH infecta también monocitos, macrófagos, células de Langerhans, células dendríticas, gliales, neurales, astrocitos del epitelio del timo, plexo coroideo, células progenitoras de la médula ósea y células B.

De este modo la interacción entre VIH y hospedador se da en un espectro amplio de reservorios celulares situación que dificulta aún más la neutralización viral por parte del sistema inmunológico.

Primo infección síndrome retroviral agudo:

En la forma más común de transmisión la sexual, después de la exposición a mucosa el virus atraviesa el epitelio se unen a las células dendríticas que viajan a los ganglios linfático y presentan el virus a los linfocitos T CD4, dando lugar a una primera viremia con elevada carga viral (entre 1 y 10 millones de copia por ml de plasma), descenso brusco del conteo de linfocitos CD4. El paciente puede permanecer asintomático o presentar un proceso clínico caracterizado por una enfermedad leve tipo mononucleosis, con fiebre mialgia odinofagia etc.

Este síndrome primario, primoinfección es auto limitado y resuelve dentro de las 12 semanas de la infección esto debido principalmente a la acción de la respuesta inmunológica celular medida por los linfocitos T citotóxicos (LT CD8) y posteriormente a través de anticuerpos específicos neutralizantes(seroconversión) . Después de esta respuesta los niveles plasmáticos de carga viral suelen disminuir aumentando el recuento de células CD4, aunque sin llegar a las cifras de preinfección y sin erradicar el virus.

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

Fase crónica asintomática:

Luego de la infección primaria por el VIH, se observa un prolongado periodo asintomático. La viremia disminuye respecto a la primoinfección, pero el virus continúa replicándose, sobretodo en tejido linfoide, el gran reservorio de la infección. Sólo en una proporción muy baja de los linfocitos infectados (<1%) el VIH se replica de forma activa, en el resto permanece de forma latente. La carga viral en los órganos linfoides es entre 10 y 10.000 veces superior a la circulante, con tendencia progresiva a igualarse. Los niveles de CD4+ se mantienen relativamente estables, pero van descendiendo paulatinamente. Esta fase es asintomática, con o sin adenopatías, plaquetopenia o mínimos trastornos. Rondas continuas de nuevas infecciones replicación viral y rápido recambio de células, establece un equilibrio dinámico que mantiene un punto de partida de viremia (*set point*) que predice el desarrollo crónico a largo plazo. El estado estacionario se pierde cuando la replicación viral y la destrucción celular resultante exceden la capacidad de control por parte del sistema inmune.

Fase avanzada (SIDA):

Con el tiempo se da una incapacidad progresiva del sistema inmunitario para contener la replicación viral, que junto a la emergencia de variantes más agresivas (cepas X4) que aumentarán la destrucción inmunológica, desplazarán ese equilibrio entre virus y huésped a una fase de replicación viral acelerada y de profunda inmunosupresión. El deterioro del sistema inmune, "agotamiento", se refleja en la disminución de la respuesta humoral y celular: disminuyen los niveles de anticuerpos p24, anticuerpos neutralizantes, actividad citotóxica y el número de linfocitos CD8. Esta etapa se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas y síntomas constitucionales, descenso de los niveles de CD4+ (menor de 200/ μ l) y aumento de la carga viral, igualándose la carga viral circulante y la de los ganglios linfáticos. La mediana de progresión a sida es de 10 años, alrededor del 20% progresan a sida en menos de 5 años y un 10% no habrá progresado a los 20 años (progresores lentos). Los factores asociados a la no progresión pueden ser de carácter inmunológico (respuesta CTL anti-VIH más potente y niveles altos de anticuerpos neutralizantes), virológico (niveles bajos o indetectables de viremia, infección).

VI. Formas de transmisión³¹

▪ Transmisión sanguínea:

- a. Uso de drogas por vía intravenosa.
- b. Punción con agujas o jeringas contaminadas con sangre.
- c. Trasplante de órganos.
- d. Transfusión de sangre y sus componentes.
- e. Inseminación artificial.

▪ Transmisión sexual:

- a. Ser trabajadora sexual.
- b. Ser o haber sido pareja sexual de alguien infectado con VIH.
- c. Tener relaciones sexuales sin protección con personas que desconocemos su estado de infección por VIH.
- d. Tener múltiples parejas sexuales sin utilizar protección.
- e. Antecedentes reciente de alguna infección de transmisión sexual.

▪ Transmisión perinatal/vertical:

- a. Niño menor de 5 años con madre o padre que realicen prácticas de riesgo para infección de VIH o madre VIH positivo.
- b. Niño menor de 5 años con datos clínicos sugerentes de VIH.

VII. Diagnóstico^{32,33,34}

El diagnóstico definitivo de la infección por el VIH sólo puede establecerse por métodos de laboratorio, ya que en ningún caso las manifestaciones clínicas son lo suficientemente específicas. Los métodos directos detectan al propio virus o alguno de sus componentes, como proteínas o ácidos nucleicos, mientras que los indirectos reconocen los anticuerpos específicos producidos por el sistema inmunitario como respuesta a la infección vírica.

Métodos indirectos

La detección de anticuerpos específicos anti-VIH es la forma habitual de diagnosticar una infección por VIH. Los métodos se dividen en: a) pruebas de screening, diseñadas con un máximo de sensibilidad para detectar todas las muestras positivas, y b) pruebas confirmatorias, caracterizadas por su especificidad y que permiten asegurar la positividad de una muestra previamente reactiva con un test de screening.

Pruebas de screening

Las técnicas inmunoenzimáticas (EIA) son las más empleadas debido a su metodología relativamente simple, alta sensibilidad, nivel de automatización y diseño para realizar un gran número de tests de forma simultánea. En principio se basaron en la utilización de lisados víricos (ensayos de primera generación), y fueron de enorme utilidad para conocer el alcance de la epidemia de SIDA en los primeros años y establecer las primeras medidas preventivas. Posteriormente fueron sustituidas por EIA que utilizaban antígenos más específicos obtenidos por recombinación genética o mediante síntesis (ensayos de segunda generación) utilizando EIA indirectos o competitivos. Estas técnicas tenían una mejor especificidad pero planteaban problemas de sensibilidad en el diagnóstico de la infección aguda, debido a que detectaban la seroconversión de seis a doce semanas después de producirse la infección. Para resolver esta cuestión se han diseñado técnicas que detectan en una misma prueba anticuerpos de distinta clase (IgG, IgM ó IgA) mediante un diseño de tipo sándwich o de inmunocaptura, utilizando como antígenos proteínas recombinantes o péptidos sintéticos específicos del VIH-1 (a veces asociados con otros específicos del VIH-2). De este modo se consigue reducir el periodo ventana a tres semanas (ensayos de tercera generación). Los EIA de cuarta generación permiten la detección simultánea de antígeno y anticuerpos. Tienen como ventaja reducir en una semana el periodo ventana, estableciéndolo en dos semanas desde el inicio de la infección.

Las muestras positivas en la prueba de screening requieren ser confirmadas con un test muy específico, empleándose el *Western blot* (WB), la inmunofluorescencia indirecta (IFI) o la radioinmunoprecipitación (RIPA). El WB es el método recomendado y permite

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

discriminar, por la aparición de bandas reactivas, frente a qué antígenos víricos se dirigen los anticuerpos presentes en la muestra. La interpretación del WB se puede realizar según diversos criterios aunque el más aceptado es el de la OMS que exige la presencia de al menos dos bandas de la envoltura. La muestra negativa implica una ausencia de bandas reactivas y cualquier situación intermedia se interpreta como reacción indeterminada.

La reactividad indeterminada del WB puede ocurrir en determinadas situaciones relacionadas con la infección por el VIH. En casos de seroconversión reciente en las que aún no han aparecido todas las bandas, en recién nacidos de madres seropositivas, estén infectados o no, y en pacientes con enfermedad avanzada y grave deterioro inmunológico. También hay que valorar la posibilidad de presentar una infección por el VIH-2 (algunos tests llevan adherida una banda de antígeno específico del VIH-2) o por un subtipo del VIH-1 distinto al habitual. Un resultado indeterminado en WB obliga a un control del paciente y a la repetición de la determinación a los 3-6 meses siendo recomendable utilizar métodos de diagnóstico directo para resolver el problema.

Métodos directos

Están basados en la detección del virus o alguno de sus componentes. Incluye el cultivo vírico, la determinación de antígeno p24 en plasma o suero y la demostración de genoma vírico mediante técnicas moleculares.

Cultivo celular

Aunque es la técnica más específica para el diagnóstico de la infección su utilización suele reservarse para estudios básicos de variabilidad genética, epidemiología molecular, patogénesis vírica o resistencia a fármacos, debido a la complejidad y riesgo que supone su realización.

Antigenemia de p24

El antígeno p24 de la cápside del VIH (core), detectado en suero o plasma mediante una reacción de EIA, es un marcador precoz de infección aguda por VIH. A lo largo de la infección su detección es variable debido al incremento de anticuerpos anti-p24 neutralizantes o a la escasa replicación del virus.

Técnicas moleculares

Aunque el diagnóstico de la infección por el VIH debe establecerse mediante la detección de anticuerpos específicos del virus, puede ser conveniente la utilización de técnicas moleculares basadas en el reconocimiento de fragmentos del genoma del virus. Estas situaciones especiales se producen en casos de hipogammaglobulinemia, infección perinatal, infección silente o infección por variantes del virus que pueden

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

escapar a la detección con las técnicas habituales serológicas, como son el VIH-2 y el subtipo O del VIH-1. La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es el método de elección para el diagnóstico molecular de la infección por el VIH.

VIII. Clasificación³⁵

Con el fin de uniformar la clasificación de los pacientes infectados con VIH/SIDA en base a su estado evolutivo y su indicación de TARV se utiliza la clasificación de CDC de 1993. Esta clasificación establece 9 estadios basados en el nadir (valor mínimo registrado) de linfocitos CD4 que se clasifican de 1 a 3; y el estadio clínico de la infección en lo referente a la aparición de síntomas e infecciones oportunistas atribuibles a la infección por VIH clasificados como A B y C. Ver tabla 1y 2.

Tabla 1. Sistema de clasificación de la CDC de Atlanta

Sistema de clasificación

Conteo de células CD4+	Categoría clínica		
	A	B	C
1. Mayor o igual a 500/mm ³	A1	B1	C1
2. 200–499/mm ³	A2	B2	C2
3. Menor a 200/mm ³	A3	B3	C3

El área sombreada constituye SIDA.

Tabla 2

**Clasificación de la infección por VIH y definición expandida para
vigilancia epidemiológica en adultos.
Centers for diseases control (CDC) 1993 modificada**

Categoría A	Categoría B	Categoría C
<p>Infección asintomática por VIH Linfadenopatía generalizada. Enfermedad primaria por VIH.</p>	<p>Sintomático, sin condiciones de categoría clínica A o C. Angiomatosis bacilar. Candidiasis vulvovaginal persistente o con pobre respuesta al tratamiento. Candidiasis orofaríngea. Displasia cervical severa o carcinoma in situ. Síndrome constitucional (fiebre, pérdida de peso). Diarrea mayor de un mes</p>	<p>Candidiasis esofágica, traqueal y bronquial. Coccidioidomicosis extrapulmonar. Criptococosis extrapulmonar. Cáncer cervicouterino invasor. Criptosporidiasis intestinal crónica (mayor de un mes). Retinitis por CMV. Encefalopatía por VIH. Herpes simplex con úlcera simplex mayor de un mes, bronquitis, neumonía. Histoplasmosis diseminada extrapulmonar. Isosporidiasis crónica (mayor de un mes). Sarcoma de Kaposi. Linfoma de Burkitt inmunoblástico primario del cerebro. Infección por <i>M. avium</i> o <i>M. kansasii</i> extrapulmonar. Neumonía por <i>P. carinii</i>. Neumonía recurrente (dos episodios por año). Leucoencefalopatía multifocal progresiva. Bacteremia recurrente por <i>Salmonella</i> <i>Toxoplasmosis cerebral</i> <i>Síndrome de desgaste</i></p>

IX. Tratamiento^{35, 36,37}

Los fármacos antirretrovirales actúan en dos fases fundamentales del ciclo replicativo del VIH. Unos fármacos inhiben la transcriptasa inversa, evitando la síntesis de la cadena de DNA proviral, y otros inhiben la proteasa del VIH, evitando la formación de las proteínas estructurales del VIH, necesarias para la formación de partículas virales maduras.

Actualmente no es posible erradicar el VIH-1 con los tratamientos antirretrovirales actuales. Esto se debe fundamentalmente al establecimiento temprano, durante la infección aguda por el VIH-1, de un reservorio de linfocitos CD4+ latentes infectados que poseen una vida y persisten aún con supresión prolongada de la viremia plasmática. De manera que los objetivos que deben perseguirse al iniciar la TARV son los siguientes:

1. Supresión virológica máxima y duradera.
2. Reconstitución y/o preservación de la función inmune.
3. Mejoría de la calidad de vida.
4. Reducción de la morbi-mortalidad asociada a la infección por el VIH.
5. Epidemiológico, reducir la transmisión.

Indicación para el inicio del tratamiento antirretroviral.

Población	Recomendación
Adultos y adolescentes ≥ 10 años	Iniciar TAR si conteo de CD4 es \leq a $500/\text{mm}^3$ <ul style="list-style-type: none">• De forma prioritaria en toda persona con enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios clínicos 3 o 4 de la OMS) o ≤ 350 células CD4/mm³
	Iniciar TAR independientemente del estadio clínico de la OMS y del conteo de CD4 en <ul style="list-style-type: none">• Pacientes con TB activa• Pacientes coinfectados por VHB con hepatopatía crónica grave• Embarazadas y mujeres lactantes infectadas por VIH• Personas VIH-positivas con pareja serodiscordante (para reducir el riesgo de transmisión del VIH)

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

Niños de más de 5 años	<p>Iniciar TAR si conteo de CD4 es \leq a 500/mm³</p> <ul style="list-style-type: none"> • De forma prioritaria en todo niño con enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios clínicos 3 o 4 de la OMS) o \leq 350 células CD4/mm³
	<p>Iniciar TAR independientemente del estadio clínico de la OMS y del conteo de CD4 en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estadio clínico 3 o 4 de la OMS • TB activa
Niños de 1 a 5 años	<p>Iniciar el TAR en todos, independientemente del estadio clínico de la OMS y del número de células CD4</p> <ul style="list-style-type: none"> • De forma prioritaria en todo niño infectado por VIH de 1 a 2 años o con enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios clínicos 3 o 4 de la OMS) o un número de células CD4 \leq 750/mm³, o $<$ 25% si ello representa una cifra menor
Lactantes de menos de 1 año	<p>Iniciar el TAR en todos los lactantes, independientemente del estadio clínico de la OMS y del número de células CD4</p>

Existen seis grandes grupos de antirretrovirales que comprenden 29 productos comerciales aprobados por la FDA de Estados Unidos de América para el tratamiento de la infección por VIH. Los médicos que utilicen estos fármacos deberán conocer sus características a profundidad:

Inhibidores de la transcriptasa reversa análogos nucleósidos (ITRAN)

1. Zidovudina (AZT, ZDV)
2. Didanosina (ddl)
3. Zalcitavina (ddC)
4. Estavudina (d4T)
5. Lamivudina (3TC)
6. Abacavir (ABC)
7. Tenofovir (TDF)
8. Emtricitabina (FTC)*

Inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleósidos (ITRNN)

1. Nevirapina (NVP)
2. Delavirdina*
3. Efavirenz (EFV)

Inhibidores de Proteasa (IP)

1. Saquinavir (SQV)
2. Ritonavir (RTV)

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

3. Indinavir (IDV)
4. Nelfinavir (NFV)
5. Amprenavir (APV)*
6. Lopinavir (LPV)
7. Atazanavir (ATV)
8. Fosamprenavir (FPV)*
9. Tipranavir (TPV)*

Inhibidores de fusión

1. Enfuvirtide (T-20, ENF) *

Antagonista de CCR5

1. Maraviroc (MVC) *

Inhibidores de integrasa

1. Raltegravir (RAL) *

Comercialmente existen diferentes co-formulaciones de varios antirretrovirales que facilitan la adherencia:

1. AZT+3TC
2. LPV/RTV
3. AZT/3TC/Efavirenz
4. 3TC/ABC
5. TDF/FTC
6. TDF/FTC/EFV
7. 3TC/ABC/EFV

* No disponibles en el país.

x. **Precauciones universal en bioseguridad** ³⁸

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 esté 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 logra 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 riesgo.

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 barrera: 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 riesgos.

Todos los trabajadores de la salud debe utilizar rutinariamente los métodos de barrera adecuado cundo deban intervenir en maniobras que los pongas en contacto directo con la sangre o los fluidos corporales de los pacientes.

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

Tomar las precauciones necesarias al manipular agujas, bisturí, instrumento 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.

Diseño metodológico.

Tipo de estudio: Estudio descriptivo, encuesta de tipo conocimientos, actitudes y prácticas (CAP).

Área de estudio

Hospital primario de Somotillo, ubicado en el municipio de Somotillo el cual brinda servicio de especialidades como: cirugía, medicina interna, ginecología y obstetricia, pediatría y anestesiología además de medicina general, odontología y atención integral en los puestos de salud y en emergencia por parte de enfermería así como la realización de exámenes de laboratorio.

Población a estudio

Nuestra unidad de estudio se compone por un total de 55 trabajadores de la salud que laboran para el MINSA en el municipio de Somotillo los cuales se encuentran divididos entre médicos especialistas, médicos generales (que incluye a los médicos en servicio social) enfermeros (profesionales y licenciados en enfermería), auxiliares en enfermería, odontólogos y laboratoristas.

Criterios de inclusión.

- Personal de salud que labore para el MINSA en el municipio de Somotillo con profesión de médico especialista, médico general, enfermero, auxiliar en enfermería, odontólogo y laboratorista.
- Personal con vida sexual activa.
- Personal que desee participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Personal de salud con profesión ajena a la ya descrita.
- Estudiantes que estén realizando prácticas en esta unidad al momento de la encuesta.
- Personal de salud que aún no haya iniciado vida sexual activa.
- Personal de salud que no desee participar en el estudio.

Fuente de información

Primaria: se utilizó una encuesta que se aplicó directamente a la población participante en el estudio.

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

Instrumento de recolección de la información:

El instrumento de recolección de la información es una encuesta con preguntas cerradas, la cual fue sometida a una prueba piloto con la misma población a estudio en el municipio de san pedro del norte para su validación, estructurada de la siguiente manera:

- I. Datos generales
 - Edad
 - Sexo
 - Estado civil
 - Profesión
 - Religión
- II. Conocimientos
- III. Actitudes
- IV. Practicas

Procedimiento de recolección de datos

Se determinó un momento en el que se encontraron reunidos todo el personal de la unidad y sus puestos de salud para la aplicación del instrumento al personal incluido en el estudio. Se les explicó el objetivo del estudio, la importancia de este y que los datos recolectados serán utilizados únicamente para los fines de la investigación. Se le pidió la colaboración para el llenado de la encuesta la cual entregaron al finalizarla de forma anónima y depositaran en un buzón previamente elaborado.

Para el apartado de conocimientos se efectuarón 20 preguntas, que posteriormente serán evaluadas, cada pregunta tiene el valor de 5 puntos y dependiendo del número de preguntas correctas, se clasificó el nivel de conocimiento de acuerdo a la escala de equivalencia de la siguiente manera.

Escala de equivalencia:

Conocimiento excelente	90-100 puntos
Conocimiento muy bueno	80-89 puntos
Conocimiento bueno	70-79
Conocimiento regular	60-69
Conocimiento deficiente	0-59

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

Para conocer las actitudes se elaboraron 6 preguntas, las cuales se valoraron de forma individual según los ítems de la escala de Likert, con preguntas de carácter favorable y desfavorable dividido esto en 2 ámbitos: ámbito general y de la vida cotidiana, y ámbito laboral.

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

Finalmente para las prácticas se elaboraron 10 preguntas. 2 de ellas son preguntas que responde a variables independientes y no serán evaluada,³ son situaciones relacionadas a la vida sexual y de protección personal ante el VIH, las restantes 5 preguntas plantean situaciones relacionadas a la práctica profesional para evitar contagio. Considerándose como una práctica adecuada si el encuestado obtiene más del 60% de preguntas correctas (más de 4 preguntas con respuesta adecuada).

Plan de análisis:

La información recolectada se introdujo en una base datos en el programa SPSS 20. Para el análisis se realizaron distribuciones de frecuencia y porcentajes para las variables categóricas. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos.

Consideraciones éticas:

Para la realización de esta investigación se solicitó permiso al jefe de docencia del hospital primario de Somotillo y a la directora municipal. Se les explicó que los resultados serán utilizados únicamente para los fines de la investigación, encuesta totalmente anónima no requiere anotar nombres ni apellidos.

Operacionalización de las variables:

Variables	Definición	Escala /valores
Datos generales		
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta	<ul style="list-style-type: none">• 15-19• 20-34• 35-49• 50-64

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

Sexo	Características biológicas que diferencian al hombre y la mujer	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino
Estado civil	Condición legal que tiene cada individuo ante la ley con relación a su pareja actual	<ul style="list-style-type: none"> • Casado (a) • Unión de hecho • Soltero (a) • Divorciado
Profesión	Actividad de una persona para la que se ha preparado y al ejercerla tiene como derecho a recibir una remuneración o salario.	<ul style="list-style-type: none"> • Médico general • Médico especialista • Enfermero(a) • Aux. de enfermería • Laboratorista • Odontólogo (a)
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella del encuestado	<ul style="list-style-type: none"> • Católica • Evangélica • Testigo de jehová • otra • ninguna
Conocimiento		
Información recibida sobre VIH/Sida en los últimos 6 meses	Conocimientos adquiridos sobre VIH/Sida en los últimos 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Si • no
Procedencia de la información recibida sobre VIH/Sida	Medios por los cuales recibe o recibió información sobre VIH/Sida	<ul style="list-style-type: none"> • Radio • Televisión • Libros • Artículos de revista científica • Periódicos • Internet
Hablar del VIH es igual que hablar de Sida.	Nivel teórico y vivencial en el personal de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No sabe

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

Significado de siglas VIH		<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Significado de siglas Sida		<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Conocimiento de paciente VIH positivo		<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Conocimiento de persona muerta por VIH/Sida		<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Procedimiento para realizarse prueba de VIH		<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Tiempo para realizarse prueba de VIH luego de relación sexual de riesgo		<ul style="list-style-type: none"> a) antes de los 3 meses b) Después de los 3 meses c) Desconoce
Auto protección ante el VIH		<ul style="list-style-type: none"> Correcta Incorrecta
Forma de contagio del VIH	Nivel teórico del aprendizaje en el personal e salud.	<ul style="list-style-type: none"> Sabe No sabe
Conocimiento sobre transmisión vertical del VIH		<ul style="list-style-type: none"> Conoce desconoce
Definición de periodo de ventana		<ul style="list-style-type: none"> Conoce desconoce
Definición de seroconversión en la infección por el VIH		<ul style="list-style-type: none"> Sabe No sabe
Epidemiología con respecto a Nicaragua		<ul style="list-style-type: none"> Conoce Desconoce
Contagio por punción en riesgo laboral		<ul style="list-style-type: none"> Conoce Desconoce

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

Actitudes		
Comer con una persona infectada por VIH	Forma de percibir y pensar sobre la infección del VIH.	Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
Trabajar con un compañero infectado por VIH		Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
Cuidar de un familiar infectado por VIH		Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
Comprar comida a un paciente infectado por VIH		Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
Siente riesgo de contraer el VIH.		Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso Desacuerdo Totalmente en desacuerdo

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

Se realizaría la prueba de VIH en este momento		Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
Divullgar casos positivos en su municipio para una mejor atención y protección		
Atiende pacientes VIH positivo con temor		Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
Considera necesario guardar las medidas de autoprotección en el manejo de fluidos corporales en todas las personas		Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
Considera necesario utilizar medidas de bioseguridad solamente en pacientes de riesgo.		Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
Se niega a atender a pacientes VIH aun con protección adecuada.		Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso Desacuerdo Totalmente en desacuerdo

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

Prácticas		
Preferencia sexual	Atracción sexual, erótica emocional o amorosa a determinado grupo de personas definidas por su sexo	Heterosexual Homosexual Bisexual
Inicio de relaciones sexuales	Contacto sexual erótico con otra persona	Si No
Tiempo de inicio de la relación sexual	Edad en la que inicio el contacto sexual	10-14 15-19 20-34 35-49 50-54
Utilización de preservativo en primera relación sexual	Uso de protección en el primer contacto sexual	Si No
Utilización de alcohol o droga en relaciones sexuales	Utilización de drogas estimulantes en alguna relación sexual	Si No
recomienda pruebas diagnósticas en pacientes de riesgo	Medidas de bioseguridad que realiza el personal de salud	Si no
Deposita materiales descartables en recipientes adecuados y resistentes		Si no
Toma usted las medidas necesarias al brindar sus servicios a todos sus pacientes		Si no
Consejería pre y post prueba		Si no
Consejería sobre VIH e ITS como medida para evitar contagios		Si No

Resultados

Los resultados que se presentan a continuación, fueron obtenidos a través de la encuesta auto administrada realizada al personal de salud que labora para el MINSA en el municipio de Somotillo.

De un total de 55 trabajadores seleccionados entre médicos especialistas, médicos generales, enfermeros, auxiliares en enfermería, odontólogos y laboratoristas fueron captados 50 trabajadores que equivalen al 91%, el restante 9% no acepto participar en el estudio o no cumplían los criterios de inclusión.

De los trabajadores encuestados el 80% corresponde al sexo femenino el restante 20% al sexo masculino, con una media de edad de 33 años, el estado civil predominante fue el de solteros en un 42% seguidos el de casados con 30%, unión de hecho y divorciado continúan en la lista de frecuencia con un 24% y 4% respectivamente. La religión predominante fue la religión católica en un 86% seguida de la evangélica con un 12%.

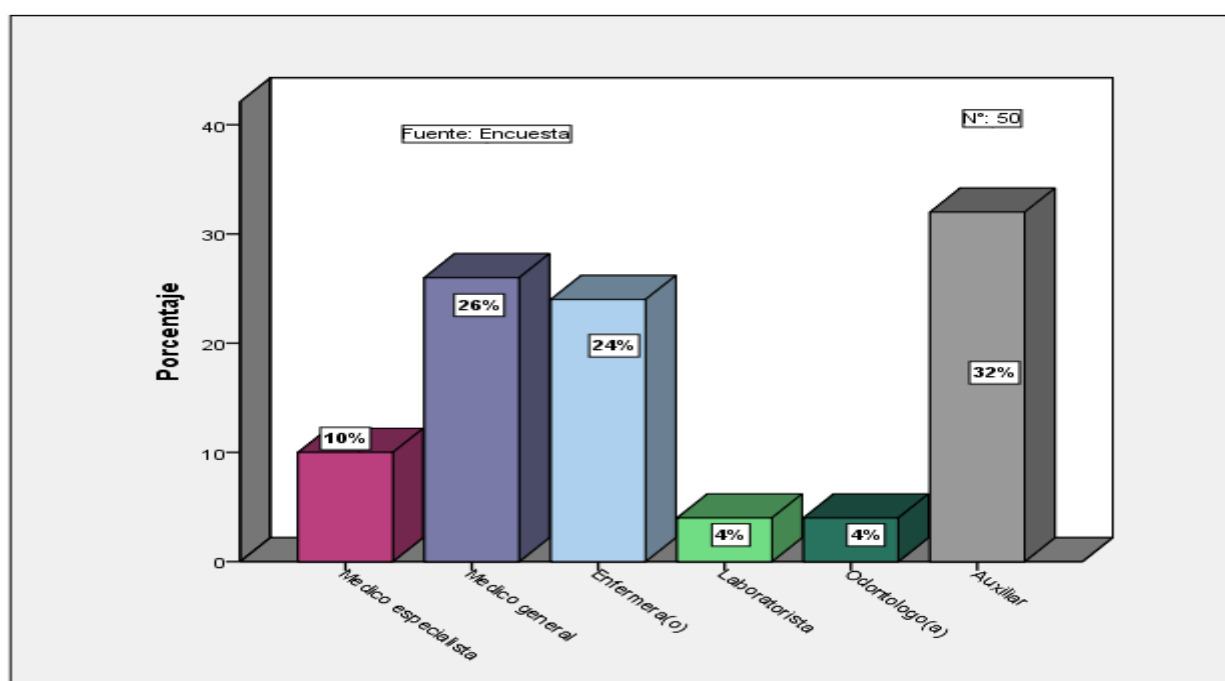
Tabla N° 1. Características sociodemográficas del trabajador de la salud que laboran para el MINSA en el municipio de Somotillo incluidos en el estudio.

Sexo	Número	Porcentaje
Femenino	40	80%
Masculino	10	20.0%
Total	50	100%
Estado civil	Número	Porcentaje
Casado	15	30%
Soltero(a)	21	42%
Divorciado	2	4%
Unión de hecho	12	24%
Total	50	100%
Religión	Número	Porcentaje
Católica	43	86%
Evangélica	6	12%
Testigo de Jehová	1	2%
Total	50	100%

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

Los profesionales encuestados corresponden 10% a médicos especialistas, 26% a médicos generales, 24% enfermeros, 32% auxiliares en enfermería, 4% odontólogos y laboratoristas.

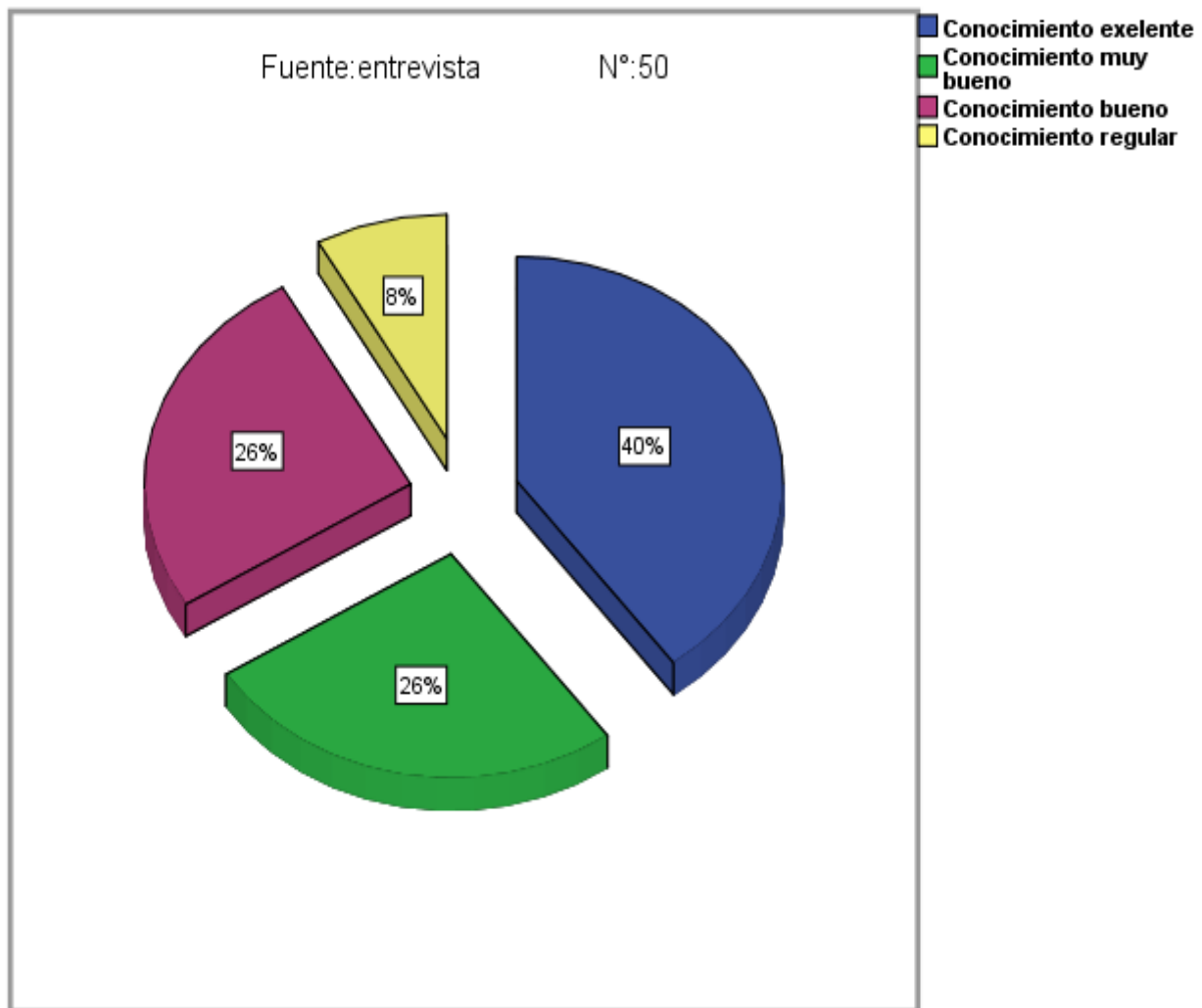
Grafico 1. Distribución en porcentaje de los trabajadores de la salud que laboran para el MINSA en el municipio de Somotillo incluidos en el estudio.



Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

El nivel de conocimiento obtenido por los trabajadores de salud evaluados a través de la encuesta fue: conocimiento excelente un 40% seguido de conocimiento muy bueno y conocimiento bueno con un 26% cada una de estas categorías y finalmente se presenta un conocimiento regular en un 8%.

Grafico N°2. Nivel de conocimiento obtenido por el personal entrevistado.



Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

En cuanto a las actitudes tenidas sobre la infección del VIH en ámbitos generales y de la vida cotidiana se tiene una actitud positiva ante la infección. Un 100% está completamente de acuerdo en comer con alguien que tuviera la infección. Si un familiar presentara la enfermedad un 96% está de acuerdo y totalmente de acuerdo en darle los cuidados necesarios.

En ámbito laboral personalmente un 96% se considera como alguien de alto riesgo para presentar la enfermedad, un 88% se muestra como una persona que atender pacientes VIH positivo les ocasiona temor. El 92% está totalmente de acuerdo y de acuerdo en realizarse la prueba de VIH en estos momentos.

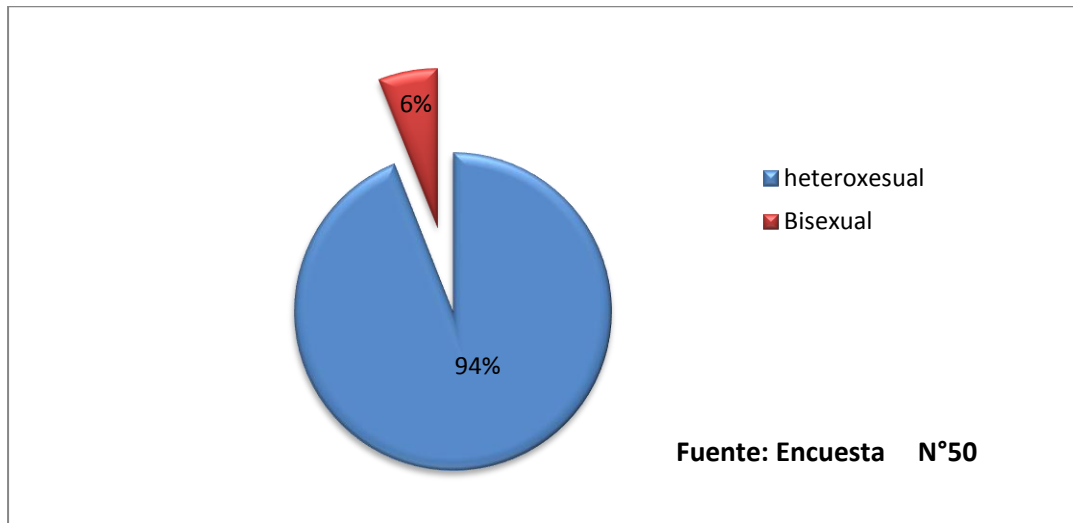
Tabla N°2. Actitudes positivas relacionadas al VIH/SIDA del personal de salud incluido en el estudio.

Actitudes relacionadas a la vida cotidiana	Actitud positiva (porcentaje)	Actitud negativa (porcentaje)
Comería con una persona si supiera que está infectada con VIH/SIDA	100%	0%
Si un paciente suyo se contagia con VIH/SIDA estaría dispuesto a cuidarlo	96%	4%
Actitudes relacionadas al ámbito laboral	Actitud positiva (porcentaje)	Actitud negativa (porcentaje)
Te consideras como alguien que tiene mucho riesgo de contraer VIH/SIDA	4%	96%
Te gustaría hacerte la prueba de VIH en estos momentos	92%	8%
Atender a pacientes VIH le ocasiona temor	12%	88%
Te negarías a realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos a pacientes VIH positivo aun con protección adecuada	92%	8%

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

El personal encuestado se identifica como heterosexual en un 94% y bisexual en un 6%.

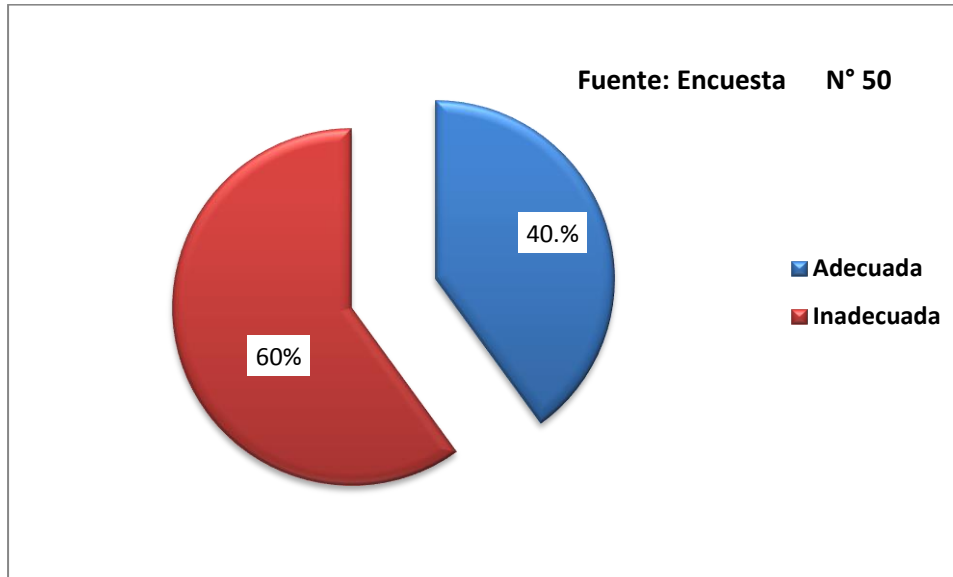
Gráfico N°3. Preferencia sexual del personal encuestado



Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

Al evaluar las prácticas relacionadas al ámbito personal y sexual así como al ámbito laboral se encontró que existe una práctica inadecuada en un 60% del personal encuestado y adecuada un 40%.

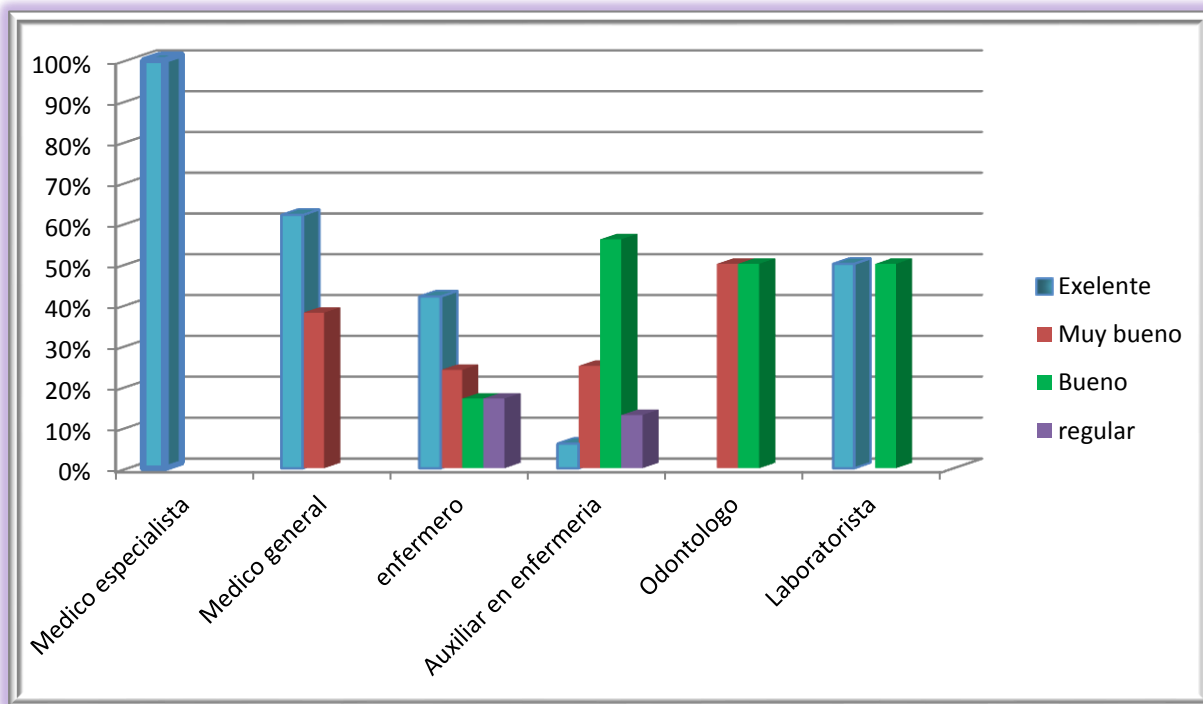
Gráfico N°4. Práctica evaluada entre el personal de salud incluido en el estudio



Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

Se identificó el nivel de conocimiento entre los diferentes perfiles del personal encuestado encontrando que los médicos especialistas presentan un conocimiento excelente en un 100%, los médicos generales conocimiento excelente en un 62% y muy bueno en un 38%, los enfermero y enfermera conocimiento excelente 6%, muy bueno 25% conocimiento bueno 56% y existe entre este perfil un conocimiento regular en un 13%, entre los odontólogos los porcentajes están dividido en 50% conocimiento muy bueno y 50% conocimiento bueno, al hablar de los auxiliares en enfermería se evidencia un conocimiento excelente en un 6%, conocimiento muy bueno en un 25%, conocimiento bueno en un 56% y existe un conocimiento regular en un 13%. Y finalmente el personal de laboratorio divide sus conocimientos en el tema en conocimiento excelente 50%, conocimiento bueno 50%

Gráfico N° 5. Nivel de conocimiento entre el personal encuestado según profesión.



Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

	Excelente	Muy bueno	Bueno	regular	deficiente
Médico especialista	100%	0%	0%	0%	0%
Médico general	62%	38%	0%	0%	0%
enfermero	42%	24%	17%	17%	0%
Auxiliar en enfermería	6%	25%	56%	13%	0%
Odontólogo	0%	50%	50%	0%	0%
Laboratorista	50%	0%	50%	0%	5%

Discusión.

De acuerdo a los datos obtenidos en el estudio en lo que corresponde a las características sociodemográficas encontramos que el sexo predominante es el sexo femenino, esto es debido a que la población predominante es enfermera y auxiliar de enfermería, profesión en la que mayormente se prepara y la ejerce el sexo femenino, la media de edad es de 33 años, con una edad mínima de 24 años y máxima de 55 años, se trata de una población mayoritariamente femenina y una población relativamente joven, situación semejante a la del estudio realizado en el hospital de referencia nacional Antonio Lenin Fonseca en el que la mayoría de la población corresponde al sexo femenino y la media de edad corresponde a 30 años.³⁹

Población soltera en su mayoría, con religión predominantemente católica, situación que influye mucho al momento de tomar en cuenta las actitudes frente a la enfermedad y las prácticas relacionadas a la vida personal y sexual.

Se evidenció en el estudio que la mayoría del personal evaluado tiene como profesión el ser enfermero y enfermera, de ellos los auxiliares en enfermería ocupan el mayor porcentaje, este dato nos evidencia que en su mayoría la población de Somotillo y los pacientes que requieren un servicio en las unidades de salud no son atendidos por el personal que profesionalmente se encuentra más capacitado, incluye esto a personas con VIH/SIDA o no, y a situaciones relacionadas tanto con la promoción y prevención de una sexualidad sana y riesgos de Infección.

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), desde que surgieron, han estado acompañados por el miedo, el estigma, la discriminación y, en muchos países, la marginación. Estos factores han determinado las actitudes, mitos o creencias que se tienen de la infección, incluso en los grupos que juegan un papel primordial en el apoyo a las personas con VIH, como el personal de salud, lo cual se evidenció en esta investigación.

Se encontró que en términos generales se tiene un buen nivel de conocimiento entre el personal encuestado sin embargo se tiene actitudes negativas y algunos temores asociados al contacto con personas que tienen el diagnóstico de VIH/SIDA, así como existe también un porcentaje con conocimiento regular sobre esta enfermedad, Esto predispone a tener un comportamiento estigmatizaste; además, el tener un conocimiento regular no permite brindar una adecuada orientación de los pacientes con VIH en torno a las alternativas de diagnóstico y tratamiento, igualmente facilita la

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

omisión de la consejería pre y post prueba violentando así los derechos de las personas con VIH. Este resultado es similar al estudio realizado en Colombia en los trabajadores de la salud pública de este país en donde también se tuvo un buen nivel de conocimiento sin embargo existe debilidad en algunos aspectos.²

Una situación importante al momento de evaluar las actitudes ante el VIH y pacientes con esta infección es que un porcentaje importante del personal el atender pacientes con VIH le ocasiona temor, actitud que también tiene mucha relación con que además cierta parte de la población incluida en el estudio se considera personalmente como alguien con alto riesgo de contraer VIH/SIDA. De esta forma, se siguen manteniendo aún prejuicios y discriminación frente a las personas con VIH, las cuales se mantienen en los resultados de la investigación realizada y que además dichos resultados se ponen de manifiesto en otras investigaciones aplicadas tanto a nivel nacional como a nivel internacional.^{15,40}

En el ámbito personal las actitudes son positivas en términos generales, el personal encuestado comería con una persona infectada con VIH/SIDA y al preguntarle sobre si cuidaría de un familiar con VIH/SIDA la mayoría contestó de manera positiva.

Las prácticas al ser evaluadas se nos presenta un dato negativo: En un 60% se tiene practicas inadecuadas al realizarle cuestionamientos relacionado a la vida personal y sexual y a prácticas relacionadas al ámbito laboral y bioseguridad, se ha demostrado en la parte teórica de este estudio que la única manera de evitar el contagio por VIH hoy por hoy es la utilización del preservativo, nuestra población incluida en este estudio considera que al tener una pareja fiel, el no tener muchas parejas sexuales y el conocer bien a la pareja es un método utilizado para evitar contraer VIH/SIDA.

En las prácticas profesionales un porcentaje importante de trabajadores de la salud no brinda consejería pre y post pruebas, ni tampoco brinda consejería a personas de riesgo como una forma necesaria para evitar nuevos contagios, se tiene practicas adecuadas sin embargo al atender a pacientes con VIH se toman todas las medidas necesarias al momento de la atención, así también se hace un correcto manejo de los

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

materiales descartables en recipientes adecuados. Podemos observar que las prácticas de riesgo evaluadas se ven más evidentes en las prácticas sexuales y de la vida personal donde además un porcentaje importante no utiliza preservativo aun con personas de riesgo y han tenido alguna vez relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol o drogas ilegales.

Con base en esto, con los profesionales de la salud es fundamental un trabajo de coherencia entre su vida personal y profesional, sobre todo en la reflexión sobre la vulnerabilidad percibida, las conductas de riesgo y de protección y el establecimiento de estrategias de autocuidado.

Al determinar el nivel de conocimiento entre los diferentes niveles de profesión de la población a estudio. Nos encontramos que el conocimiento regular se ve evidenciado en el perfil de enfermería y auxiliares en enfermería, situación debida probablemente a que es el sector mayoritario del personal de salud, obviando esta razón causa temor saber que a pesar que este sector tiene en términos generales un conocimiento bueno, existe un porcentaje de conocimientos regulares sobre VIH/SIDA, sector que por ser mayoritario es el que atiende con mayor frecuencia a la población que en su gran mayoría no sabe ni se dan cuenta de un posible contagio de VIH así como personas de riesgo que pasarían desapercibida ante esta infección. Cómo podemos ver y por razones profesionales obvia no es el personal que más está capacitado en esta enfermedad, situación como ya lo dijimos se traduce en estigma, discriminación y atención que no es de la calidad debida, otra situación importante a tomar en cuenta es que en ninguna de nuestra población hubo un conocimiento deficiente lo que nos hace pensar que existe conocimiento de la enfermedad pero con debilidades en muchos aspectos.

Conclusiones.

- ✚ Personal de salud mayoritariamente femenino y relativamente joven.
- ✚ La profesión predominante es la de enfermería incluyendo esto licenciados, enfermeros profesionales y auxiliares en enfermería.
- ✚ Conocimientos buenos en términos generales aunque existe debilidad en ciertos temas que influyen mucho en la atención a pacientes con VIH/SIDA y que predispone a actitudes estigmatizantes, de riesgo y discriminantes.
- ✚ Se presenta actitudes positivas en la mayoría de aspectos, con ciertas actitudes negativas que se relacionan muchos con el déficit en algunos conocimientos claves encontrados en el estudio.
- ✚ A pesar del alto grado de conocimiento y de las prácticas de seguridad implementadas, la mayoría presenta temor al atender pacientes con esta patología.
- ✚ Aun a pesar de tener un alto grado de conocimiento sobre el tema existe una práctica inadecuada en el ámbito personal y sexual dentro del personal en estudio mayor del 50%. Lo que nos orienta que existe una discrepancia entre lo teórico y laboral y lo aplicado al ámbito personal.
- ✚ Entre los perfiles del personal en estudio, enfermería incluido los auxiliares en enfermería es en términos generales en donde se presenta menos conocimiento sobre el tema de VIH-SIDA. Situación preocupante ya que es el sector profesional mayoritario en este municipio que es de mucho riesgo en el departamento de Chinandega.

Recomendaciones

- ✚ Realizar campañas continuas de sensibilización sobre VIH dirigidas a todo el personal de salud, priorizando el personal de enfermería donde existe menos información sobre el tema.

- ✚ Capacitar al personal de enfermería de manera continua sobre las normas de atención de los pacientes con VIH.

- ✚ Dar seguimiento a este estudio para tener un conocimiento previo sobre la situación intelectual del personal de salud que labora en la unidad y si han habido avances en cuanto al estudio piloto sobre el tema, ya que es una zona vulnerable, tanto por estar en uno de los departamentos más afectados por VIH-SIDA y también por ser un lugar fronterizo.

- ✚ Realizar dicho estudio en otras unidades de salud de referencia como es en el hospital España, y hacer una evaluación global del personal que labora así como de realizar comparaciones con fines de encontrar debilidades con el fin de superarlas y mejorar la atención y las actitudes de riesgo.

- ✚ Proveer al personal de salud las condiciones de bioseguridad necesarias para atender a los pacientes de manera integral y adecuada.

Referencia bibliográfica:

1. organización mundial de la salud /ONUSIDA. Dato epidemiológico del VIH/SIDA. Ginebra; Diciembre 2002.
2. Uribe A, Orcasita L. Evaluación de conocimiento, actitudes y susceptibilidad y autosuficiencia frente al VIH/sida en profesionales de la salud. Av. Enferm., XXIX (2): 271-284, 2011.
3. MCP. Compromiso y acción ante SIDA, la malaria y la tuberculosis. Informe final SIDA. Managua; mayo 2016.
4. Ministerio de salud. Situación epidemiológica del VIH/sida y TARV en Nicaragua. Managua; 2014.
5. Sánchez G. Representaciones psicosociales sobre el sida. Información Psicológica. 1997; 63:198-200.
6. Uribe AF. Evaluación de factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH/sida en adolescentes colombianos. [Tesis doctoral]. Granada (España): Universidad de Granada, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico; 2005.
7. Onusida. Informe sobre la epidemia mundial de sida 2008 [consultado 14 de noviembre 2015]. En: <http://www.unaids.org>.
8. Bermúdez MP, Teva I. Situación actual del sida en España: análisis de las diferencias entre comunidades autónomas. Rev. int. psicol. clín. Salud. 2004; 4:553-570.
9. Edwards S. Sexually active adolescents have less knowledge and less fear of HIV than their abstinent peers. Fam. plan. perspect. 1992; 24:142-143.
10. Imperato AM. Acquired immunodeficiency syndrome and suburban adolescents: Knowledge, attitudes, behaviors and risks. J. community health. 1996; 21:329-347.

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

11. García MA. Educación y prevención del sida. An. psicol. 2005; 21:50-57.
12. Jiménez JR. Actitudes y conocimientos de profesionales de enfermería sobre el paciente VIH/sida. Ángeles Merino Godoy. Unidad de Infecciosos del Hospital General de Huelva. Nure Investigación. 2004; 6:1-6.
13. Tomas J *et al.* Actitud ante el sida en estudiantes de enfermería: ¿cuál es el papel de la formación académica? Educ. Med. 2003; 6(2).
14. Barrón R, Adalberto J, Cham P, Gonzalo A, Huerta J. Actitud del médico familiar ante el paciente con VIH/sida. Factores relacionados. Rev. Med. IMSS. 2000; 38(3):203-209.
15. Foreman M, Lyra P, Breinbauer C. Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/sida en el sector salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
16. Autrey S. estudio CAP y fuentes de información del personal médico y enfermería ante la epidemia del VIH/SIDA, que laboran en las unidades del Ministerio de salud en el municipio de Managua. Managua; 2003.
17. Cisneros R. Conocimientos, actitudes y prácticas ante el VIH- SIDA en jóvenes estudiantes de 5 años de la facultad de Ciencias. [En línea] Managua, Nicaragua; 2007. [Fecha de acceso: 05 de agosto del 2016]. URL disponible en: <http://cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t475/doc-contenido.pdf>
18. Ministerio de salud. Guía clínica síndrome de Inmuno deficiencia adquirida VIH/SIDA. 1ª ed. Santiago: MINSAL, 2010.
19. Programa Conjunto de las Naciones unidas sobre el VIH/SIDA. Guía técnica para implementar encuestas serológicas centinelas de VIH en mujeres embarazadas y otros grupos. [En línea]. Washington, Estados Unidos; 2005. [Fecha de acceso: 11 de enero del 2016]. URL disponible en: http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/sida/2005_oms1.PDF.
20. Soto Ramírez Luis Enríquez. Mecanismos patogénicos de la infección por vih. Rev. invest. clin. [Revista en el internet]. 2004 Abr [citado 2016 Ener 23]; 56(2):143-152. Disponible en: [http:// www.scielo.org.mx/scielo.php](http://www.scielo.org.mx/scielo.php).
21. Lamotte.JA. Infección-enfermedad por VIH/SIDA. En: Roca Goderich R, Smith Smith VV, Paz.Presilla E, Losada Gómez J, Serret.Rodríguez B, LLamos Sierra N, et al. Temas de medicina interna. 4 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2002; t 3: 579-95.

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

22. Braselli A, Chiparelli H. Infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-sida) – guías para diagnóstico, tratamiento antirretroviral y monitorización adultos y embarazadas. Uruguay: ministerio de salud ,2006.
23. Dean M, Carrington M, Winkler C et al. Genetic Restriction of HIV-1 Infection and Progression to AIDS by a Deletion Allele of the CCR5 Structural Gen. *Science*. 273; 1853-1862.
24. Connick E, Lederman MM, Kotzin BL et al. Immune Reconstitution in the First Year of Potent Antiretroviral Therapy and Its Relationship to Virologic Response. *J Infec Dis*. 2000; 181: 358–63.
25. info SIDA.ciclo de vida del VIH. USA: Mayo 2005 [consultado 25 de enero 2016]. URL disponible en <http://www.aidsinfo.nih.gov/infoSIDA>.
26. stocker H, scheller C, jassoy C. destruction of primary CD4 (+) T cells by cell-cell interaction in human inmunodeficiency virus type 1 infection in vitro. *J Gen virol* (England) 2000;81 (Pt 8): 1907-11.
27. Guillén M. Infección por el VIH, Epidemiología, etiopatogenia e historia natural. En: Pérez. A. Infección por el VIH. Barcelona: Emisa, 1996:9-28.
28. Aquaro S, Ronga L, Pollicita M, Antinori A, Ranazzi A, Perno CP. Human inmunodeficiency virus infection and acquired inmunodecicncy síndrome dementia complex: Rolex of cells of monocyte-macrophage liniage. *J Neurovirol* 2005; 11(3): 58-66.
29. Phair JP, Murphy RL. Patogenia de la infección por VIH. En: Actualización diagnóstica y terapéutica en las infecciones por VIH/SIDA. Barcelona: DOYMA, 1999; 7-14.
30. Rullas J, Alcamí J. Inmunopatogenia de la infección por el VIH. En: Ortega E (eds.). Avances en el manejo del paciente infectado por VIH 2000. Madrid: TEAM PHARMA, 2000; 1-20.
31. Programa Conjunto de las Naciones unidas sobre el VIH/SIDA. Guía técnica para implementar encuestas serológicas centinelas de VIH en mujeres embarazadas y otros grupos. [En línea]. Washington, Estados Unidos; 2005. [Fecha de acceso: 11 de Julio del 2014]. URL disponible en: http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/sida/2005oms1.PDF.
32. Soriano V, Gutiérrez M, Bravo R, González-Lahoz J. Diagnóstico serológico de la infección por VIH-1. *Rev Clin Esp* 1994; 194:558-67.

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

33. Constantine N, van der Groen G, Belsey EM, Tamashiro H. Sensitivity of HIV-antibody assays determined by seroconversion panels. AIDS 1994; 8:1715-20.
34. Weber B, Gürtler L, Thorstensson R, et al. Multicenter evaluation of a new automated fourth-generation human immunodeficiency virus screening assay with a sensitive antigen detection module and high specificity. J Clin Microbiol 2002; 40:1938-46.
35. MINSA. Plan de atención integral para el abordaje del VIH. MINSA, Nicaragua. JUNIO 2014.
36. MINSA. Guía de terapia antirretroviral en personas con VIH. MINSA, Nicaragua junio 2015.
37. OMS. Directrices unificadas sobre el uso de los antiretrovirales en el tratamiento y prevención del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública, junio 2013.
38. Delgado, Beatriz. Manual de técnicas básicas de bioseguridad aplicables al trabajador de la salud. Programa nacional de prevención y control de las ITS/VIH/SIDA. MINSA, Nicaragua. Julio 2003.
39. Gaitán, Francisco. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/sida en personal médicos y de enfermería del hospital escuela Antonio Lenin Fonseca. Managua, noviembre 2011.
40. Escobar m, Trejos n, Espinoza. Conocimientos, actitudes y prácticas de VIH/sida en personal médico, enfermería y laboratorio del hospital alemán Nicaragüense. Managua. Enero 2009.

ANEXOS

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

Encuesta de conocimientos actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA de los trabajadores de la salud del municipio de Somotillo

Introducción

Por favor dedique un poco de su tiempo para resolver esta encuesta; somos médicos en servicio social y la información que proporcione nos ayudará a realizar nuestro estudio monográfico de pregrado “conocimiento, actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA con el propósito de optar a título de médico general.

CONSENTIMIENTO Y CONFIDENCIALIDAD:

Tu participación es de carácter voluntario y anónimo, sin embargo, tu aporte es fundamental para el desarrollo de la investigación. Se le realizarán una serie de preguntas sobre sus conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VIH/SIDA y salud sexual. Le garantizamos que la información suministrada será completamente confidencial, sin ningún fin diferente a los objetivos del estudio. No existen respuestas buenas ni malas solo se requiere de tu opinión personal, científica y profesional.

Cuestionario n°: _____

Fecha: _____

I. Datos sociodemográficos

Edad ____ Sexo: Femenino ____ Masculino ____

Estado civil: Casado(a) ____ Soltero(a) ____ Divorciado ____

Unión de hecho ____

Profesión:

Médico general ____ Médico especialista ____ Auxiliar de enfermería ____

Enfermero(a) ____ laboratorista ____

Odontólogo(a): ____

Religión: Católica ____ Evangélica ____ Testigo jehová ____ Otra ____

Ninguna ____

II. Conocimiento

1) En los últimos 6 meses has recibido información sobre el virus del VIH/SIDA

Si: _____

No: _____

2) Procedencia de la información recibida.

Programas de TV _____ Programas de radio _____

Artículos en revista científicas _____ Artículos en periódicos _____

Libros _____ Internet: _____

3) Hablar de VIH es lo mismo que hablar de SIDA

Si: _____

No: _____

No se: _____

4) Sabe que significan las siglas VIH?

Sí _____ No _____

Si su respuesta es **sí** escríbalo aquí _____

5) ¿Sabe que significan las siglas SIDA?

Sí _____ No _____

Si su respuesta es **sí** escríbalo aquí _____

6) Conoces a alguien que este infectado por el VIH/SIDA?

Si _____ No _____

7) ¿Conoces a alguien que haya muerto por el VIH/SIDA?

Si _____ No _____

8) Si una persona está interesada en hacerse la prueba del VIH ¿Usted conoce cómo es el procedimiento?

Si _____ No _____

Si su respuesta es sí, diga brevemente cómo? _____

9) Si una persona infectada tiene relaciones con una persona sana, cuánto tiempo después de ésta relación debería de hacerse la prueba del VIH, para saber si fue infectado?

d) antes de los 3 meses

e) Después de los 3 meses

f) Desconoce

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

10) ¿Pueden las personas protegerse a sí mismas del VIH, de las siguientes maneras?

- a) Utilizando condón cada vez que tenga relaciones sexuales. Si ___ No___
- b) Al tener una pareja fiel que no esté infectada Si___ No___
- c) Dejando de tener relaciones sexuales. Si___ No___

11) ¿Puede una persona infectarse de VIH de las siguientes maneras:

- a. Por la picadura de un mosquito Si___ No___
- b. Al compartir la comida con alguien que está infectado. Si___ No___
- c. Al inyectarse con una aguja que alguien más ya utilizó si ___No___
- d. Donando sangre. Si___ No___
- e. Recibiendo transfusión de sangre Si___ No___
- f. Por relaciones sexuales Si___ No___
- g. Por compartir objetos Si___ No___

12) ¿Puede una mujer embarazada que está infectada con VIH o SIDA transmitir el virus a su bebé?

Si___ No___ No se _____

13) Si una mujer embarazada está infectada con VIH/SIDA ¿Qué puede hacer para disminuir el riesgo de transmisión a su bebé?

- a. Tomar medicamentos (antirretrovirales) si ___ No___
- b. Evitar dar seno materno Si___ No___
- c. Parto por vía cesárea Si___ No___
- d. Separarse de su bebé Si___ NO___
- e. No puede hacer nada Si ___ NO___

14) Una mujer recién parida que está infectada con el virus de VIH/SIDA puede transmitir el virus al recién nacido por medio de la leche materna?

Si___ No___ No sé___

15) ¿Cree usted que una persona que se ve saludable puede estar infectada con VIH?

Si___ No___ No sé___

16) Sabe usted que es periodo de ventana

Si___ No___

Si la respuesta es si describa brevemente _____

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

- 17) Piensa usted que el número de personas infectadas por VIH/SIDA ha aumentado o disminuido en Nicaragua?
- a. Aumentado__
 - b. Disminuido__
 - c. No sé__
- 18) ¿Cuál de estos tres departamentos tiene mayor prevalencia de VIH/SIDA?
- a. Managua__
 - b. León__
 - c. Chinandega__
- 19) En el tiempo que llevas laborando como personal de salud, te han orientado acerca del tema del VIH/SIDA?
- Si__ No__
- 20) 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 menor al 10%__
 - b. El riesgo es de 40%__
 - c. El riesgo es del 50%__
 - d. No se _____

III. Actitudes sobre el VIH/Sida

- 21) Comerías con una persona si supieras que está infectado con VIH/SIDA?
- Totalmente de acuerdo
De acuerdo
Indeciso
En desacuerdo
Totalmente en desacuerdo
- 22) ¿Si un compañero de trabajo, tiene el VIH/SIDA, pero no presenta los síntomas de la enfermedad; crees que se le deben seguir permitiendo trabajar como personal de salud?
- Totalmente de acuerdo
De acuerdo
Indeciso
En desacuerdo
Totalmente en desacuerdo
- 23) ¿Si un pariente suyo se contagiará del virus, estarías dispuesto a cuidarlo?
- Totalmente de acuerdo
De acuerdo
Indeciso
En desacuerdo
Totalmente en desacuerdo

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

24) ¿Conociendo a alguien que vende comida y es VIH positivo, le comprarías comida?

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

25) ¿Te consideras personalmente como alguien que tiene poco, mucho o ningún riesgo de contraer VIH/SIDA?

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

26) ¿Te gustaría hacerte la prueba del VIH/SIDA en este momento?

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

27) Considera usted que debería de darse a conocer los pacientes VIH en su municipio para una mejor atención y como medida de protección para evitar el contagio a través de accidentes laborales en las unidades de salud.

Usted esta:

- Totalmente de acuerdo___ De acuerdo___ indeciso___
- En desacuerdo _____ totalmente en desacuerdo_____

28) ¿Atender a paciente con VIH le ocasiona temor?

- Totalmente de acuerdo___ De acuerdo___ indeciso___
- En desacuerdo _____ totalmente en desacuerdo_____

29) Ante la siguiente afirmación: es necesario guardar todas las medidas de autoprotección al manejar sangre, fluidos corporales y excreción con todo paciente.

Usted esta:

- Totalmente de acuerdo___ De acuerdo___ indeciso___
- En desacuerdo _____ totalmente en desacuerdo_____

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

30) Ante la siguiente afirmación: es necesario utilizar mascara para boca y protección ocular durante la atención de partos, cirugías u otros procedimientos, solamente en aquellos pacientes en las que se identificado comportamiento de riesgo

Usted esta:

Totalmente de acuerdo___ De acuerdo___ indeciso___

En desacuerdo ___ totalmente en desacuerdo_____

31) ¿Se negaría a realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos a pacientes con VIH aun con protección adecuada?

Totalmente de acuerdo___ De acuerdo___ indeciso___

En desacuerdo ___ totalmente en desacuerdo_____

IV. Práctica

32) Preferencia sexual:

- a. Heterosexual___
- b. Homosexual___
- c. Bisexual___

33) Alguna vez has tenido relaciones sexuales?

Si___ No___ (Si tu respuesta es No pasa a la sección V)

34) ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

Años de edad___

35) La primera vez que tuviste relaciones sexuales fue por :

- a. Propio deseo___
- b. Te convenció tu pareja___
- c. Tu pareja te obligó___
- d. Forzado por alguien más___

36) En tu primera relación sexual utilizaste (o tu pareja) condón para protegerte?

Si_____ no_____

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

37) Alguna vez has tenido relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas?

Si___ No___

a. Bajo el efecto de drogas Si__ No___

b. Bajo el efecto de alcohol Si__ No___

Si___ No___

38) Qué has hecho para evitar contraer el VIH/SIDA? (Marque con una x si su respuesta es

Sí)

a. Relaciones sin penetración ___

b. Usar condón ___

c. Tener una pareja sexual fiel ___

d. No tener muchas parejas ___

e. Evitar relaciones con prostitutas ___

f. Evitar relaciones con homosexuales ___

g. Evitar relaciones con bisexuales ___

h. Hacerse la prueba ___

i. Evitar el sexo oral___

j. Conocer bien a la pareja ___

k. Evitar sexo anal ___

l. No ha hecho nada ___

Práctica profesional

39) ¿Recomienda usted, pruebas diagnósticas para VIH en pacientes con prácticas riesgosas?

Si___ no___

40) ¿Deposita usted, los materiales descartables sin tapar y en un recipiente resistente a los pinchazos y compatibles con incineración?

Si___ no___

41) ¿Toma usted las medidas de bioseguridad necesarias al examinar a todos sus pacientes?

Si___ no___

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

42) ¿Al enviar usted pruebas rápidas de VIH brinda consejería pre y post prueba?

Si_____ no_____

43) ¿Brinda usted consejería sobre ITS y VIH por considerarla necesaria en la prevención de nuevos caso?

Si_____ NO_____

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/Sida.

Dra. Julia Amanda Rivera

León, 20 de junio 2015

Delegada del poder ciudadano para la salud

Somotillo –Chinandega

Estimada Dra. Rivera saludos cordiales.

Somos médicos en servicio social II y el motivo de la presente es para solicitarle su aprobación para realizar nuestro estudio monográfico de pregrado para optar al título de médico general en el ministerio de salud que usted honorablemente dirige en el municipio de Somotillo, el cual lleva como tema conocimientos actitudes y practicas relacionadas a VIH en los trabajadores de dicho ministerio, se aplicara una encuesta sencilla y practica cuyo fines son los únicos de los objetivos del estudio. Esperamos su respuesta positiva.

Sin más que agregar no despedimos diciéndole éxito en sus funciones.

Br. Nataly de la Concepción Betanco Altamirano.

Br. Luis Jesús Cristiam Chamorro Arostegui.