



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE SALUD
CIES - UNAN MANAGUA**



MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA 2006-2008.

INFORME PARA OPTAR AL TITULO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE VIH/SIDA.
HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE – MANAGUA.
PERÍODO ENERO - SEPTIEMBRE 2008.**

AUTOR

**OSWALDO RAMÍREZ URBINA
LICENCIADO MATERNO INFANTIL**

TUTORA

**ALMA LILA PASTORA ZEULI
MSC. DOCENTE INVESTIGADOR
CIES-UNAN, MANAGUA.**

MANAGUA, NICARAGUA, OCTUBRE 2009.

INDICE

	Página
RESUMEN.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II ANTECEDENTES.....	2
III JUSTIFICACIÓN.....	5
IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
V OBJETIVOS.....	7
VI MARCO DE REFERENCIA	8
VII DISEÑO METODOLÓGICO.....	40
VIII RESULTADOS.....	51
IX ANALISIS DE RESULTADOS.....	55
X CONCLUSIONES.....	62
XI RECOMENDACIONES.....	63
XII BIBLIOGRAFÍA.....	64
ANEXOS	

DEDICATORIA

Dedico este acto a...

Dios... ese ser maravilloso y diáfano que constituye el éter de todo lo posible e imposible, por su infinita misericordia e intangible divinidad que me ha permitido ser y alcanzar lo que soy, cada sueño, cada esperanza...

A Mariela... mi amada esposa, que día con día me apoyo con su amor, con su fortaleza, llenándose de paciencia y comprensión cuando las vicisitudes me embargaban, siendo ese elixir mágico, lleno de cariño, que ungía mi voluntad...

A Nora Sadary, y Erica Dayana, mis pequeñas princesas que con sus sonrisas, me hicieron sentir el rey del mundo, capaz de grandes proezas para alcanzar mis metas...

A Oswaldo Antonio y José Antonio, los pequeños grandes hombres de mi hogar, con quienes he tenido la dicha de compartir cada detalle de este sueño, con afán, con desvarío, sus caritas contentas han sido el sol que ilumina cada peldaño de la escalera de este triunfo...

A mi querida Profesora Alma Lila Pastora Zeuli, por su fuente inagotable de paciencia y sabiduría a mi lado, a la fortaleza y ternura con que dirige cada proceso de aprendizaje en nuestra lucha por ampliar nuestros conocimientos y ser pilares para el desarrollo de nuestra Patria...

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios... por la vida, por la felicidad, por el amor, por todo lo bueno y lo malo que me ha tocado vivir, sobre todo por que me ha permitido alcanzar el umbral de mis sueños.

Mi mayor agradecimiento a todas las personas que me apoyaron y ofertaron un granito de sabiduría, en cada uno de los episodios de este acto, sin su ayuda no hubiese llegado a culminar esta obra.

A mis compañeros de estudio, por cada momento compartido, tristezas, alegrías, afanes y enojos como parte del diario compartir, gracias por que me permitieron conocerles.

A mis Profesores y Profesoras por la cascada de conocimientos y sabiduría que me transmitieron en cada sesión y fuera de ella cuando en interminables búsqueda del saber me acerque a ellos y siempre me ayudaron.

A mis compañeros de trabajo por su cooperación, paciencia

A MSC. Damaris Peña

A Lic. María Leticia Sandoval

A Dr. Eric Bonilla

Y de manera muy especial por su comprensión, colaboración, dedicación y paciencia a MSC. Betzabeth Mara Rodríguez.

Lic. Rosario Sandino.

Muchas Gracias

RESUMEN

Con este estudio nos propusimos identificar los niveles de conocimiento, actitudes y prácticas que posee el personal de enfermería, sobre el manejo del VIH/sida en el hospital escuela Berta Calderón Roque.

80 personas constituido por Lic. En enfermería, enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería integraron el estudio descriptivo realizado en el hospital antes mencionado de enero a sep 2008, las que fueron encuestadas con el fin de conocer el grado de conocimiento, actitudes y practica que el personal de enfermería de este hospital tenia sobre el VIH/Sida para conocer el nivel básico de conocimientos sobre aspectos epidemiológicos medidas de bioseguridad.

Se caracterizó a las personas del estudio como una población mayor de 35 años (70%), predominando el sexo femenino (90%), originarios de Managua en su gran mayoría (73.8%) siendo auxiliares de enfermería la especialidad más encuestada, cuando se evaluó el Nivel de conocimiento que el personal encuestado tenia encontrándose que había suficientes conocimiento teóricos sobre la transmisión y el manejo de los procedimientos para evitar riesgos de contaminación, desconociendo a la persona a quien tenia que notificar los riesgos, en cuanto a la actitud del personal encuestado hacia el manejo de las personas con VIH/Sida se encontró que no había discriminación por esta parte hacia los pacientes y además el personal tenia un buen conocimiento del manejo de personas con alto riesgo de portadores VIH/Sida,

En relación a las prácticas, encontramos que 21% del personal de la salud no dan ningún tipo de Orientación o consejería sobre ITS y VIH/Sida, el restante dan algún tipo de Orientación, la prevención sigue siendo el arma fundamental.

I. INTRODUCCIÓN

La transmisión del VIH se produce a partir de las personas infectadas, la mayoría de las cuales no han desarrollado todavía el SIDA. La prevención continúa siendo el arma fundamental para hacer frente a la extensión de la epidemia. Aunque se reconoce la importancia de la prevención, el énfasis que se pone en ella en ocasiones no es suficiente para hacerla llegar a toda la población. Para ello, es necesaria la voluntad política, la asignación de recursos humanos, económicos suficientes y los mecanismos de evaluación de la administración de estos recursos.

La infección por el VIH y el SIDA son dos estadios de un mismo proceso infeccioso de Etiología vírica, caracterizado por su elevada letalidad y porque hasta la fecha no cuenta con un tratamiento que conduzca a la curación definitiva. Los avances en la Lucha contra el SIDA son constantes, pero hasta el momento no se ha logrado una vacuna, ni tratamientos que consigan revertir la situación de infectado.

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

Las investigaciones sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), pueden convertirse en instrumentos útiles para el diseño de programas educativos que a su vez incorporen un fundamento teórico para sus justificaciones. Existen una gran relación entre los estudios CAP y los estudios epidemiológicos, ambos tipos de estudios son complementarios y proporcionan información fundamental por el diseño, ejecución y evaluación de las diferentes acciones de prevención y control de SIDA, estos estudios CAP se ocupan de aspectos psicológicos, sociales y biológicos relacionados con la ocurrencia de la infección y los estudios epidemiológicos estudian la ocurrencia y causas de la misma.

El presente estudio sobre los conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH SIDA en el personal de enfermería del Hospital Bertha Calderón durante el período Enero-Septiembre 2008 es de mucha importancia, dada la trascendencia de la epidemia del VIH-SIDA a nivel mundial y nuestro país no es la excepción.

II. ANTECEDENTES

En Chile, 1989: actitudes y conocimientos sobre el SIDA en una sala de maternidad de Santiago de Chile, se comprobó que aunque aparentemente el grado de conocimiento general es bueno tanto en médicos, médicas, matronas y auxiliares de enfermería no poseen conocimientos adecuados sobre los mecanismos de transmisión del SIDA, prevención ni conocimientos específicos, junto a creencias erróneas sobre el tema.³³

En México, 1992: se realizó el estudio conocimientos, actitudes y prácticas en trabajadores de salud encontrando que los trabajadores de salud comparten muchos mitos sobre la enfermedad, estigmatizan a los afectados. Las campañas informativas han mejorado el nivel de conocimiento pero no han modificado las actitudes. En cuanto a las medidas de bioseguridad, se ha observado que estas se adoptan poco de forma sistemática y además que los profesionales de la salud temen tratar con los pacientes¹⁰.

En Colombia, 1995: Evaluación de la conducta del personal técnico de salud, relacionada a las medidas de bioseguridad para los pacientes VIH/SIDA en el hospital regional de Arequipa, los resultados obtenidos indicaron que un gran porcentaje de los técnicos en salud manifiestan los conocimientos sobre VIH/SIDA, en forma correcta en cuanto a las medidas de bioseguridad frente a esta enfermedad refieren que adoptarían la conducta adecuada en algunas circunstancias y en otras no.

Colombia, 1997: Estudio comparativo de conocimientos y actitudes relacionadas al VIH/SIDA y sus normas de bioseguridad entre el personal médico y paramédico del Hospital Carlos Monje Medrano y el Hospital de Seguridad social en Juliaca; los resultados mostraron que el personal de ambos hospitales domina más los aspectos relacionados con la enfermedad de VIH/SIDA que las normas de bioseguridad. Las actitudes de los trabajadores son en general, buenas, adecuadas o positivas por los distintos grupos ocupacionales de ambos hospitales.³²

Chile, 1997: Actitud de la enfermera y/o factores que influyen en la atención del

paciente con VIH/SIDA, los hallazgos mostraron que el 48.5% del personal de enfermería tienen actitudes favorables en la atención de pacientes con SIDA; un 41.6% mostraron tener actitudes indecisas y un 10.1% presentaron actitudes desfavorables en la atención de estos pacientes.³³

En Enero del 2005, un equipo dirigido por Róger J. Pomerantz, de la Universidad Thomas Jefferson de Filadelfia, EEUU, descubren una proteína que expulsa al VIH de sus reservorios; esta es una proteína - la interleucina -7 (IL-7) que permitiría hacer detectables y gracias a ello, eliminar las formas indetectables de VIH en los pacientes infectados.²

En Nicaragua, desde 1998 se han realizado estudios que al inicio estaban dirigidos a poblaciones de alto riesgo como trabajadores sexuales, homosexuales y militares, luego dirigidos a la población joven y a la población general, siendo en su mayoría investigaciones de conocimientos de actitudes y prácticas.²⁹

El personal de salud ha sido pocas veces objeto de estudio en este tema. Así tenemos:

1. El estudio: conocimiento, actitudes y prácticas del personal de enfermería en el SILAIS de León, 1995 determinó que la actitud fue positiva en no negar la atención a pacientes con SIDA, pero un 28% mantiene una actitud de prejuicio sobre los pacientes VIH-SIDA.
2. En un estudio realizado por la Fundación Xochiltquetzal, Marzo 1995 - Julio, 1996 sobre el Impacto psicosocial del VIH-SIDA en los trabajadores de la salud y sus consecuencias en la calidad de la atención se encontró: ambivalencia entre temor y aceptación (52%) temor y miedo (18%) ansiedad (0.9%), aceptación (0.2%). Demostrando que existe desconocimiento del VIH-SIDA en el personal de la salud.

3. Nivel de participación, conocimiento, actitud y prácticas de laboratorios privados y públicos en las actividades de prevención y notificación de posibles casos de VIH-SIDA al sistema de salud realizado por el Dr. Gerardo Alemán Robleto, febrero, 2001: existe falta de conocimiento científico - técnico sobre las posibilidades diagnósticas en sus resultados y en la conducta a seguir cuando estos resultan positivos. Existe una marcada diferencia entre el conocimiento y la práctica sobre los mecanismos de transmisión del VIH-SIDA.¹⁹

III. JUSTIFICACIÓN

La epidemia del VIH/SIDA, es una problemática mundial, en Nicaragua nos enfrentamos a un problema mucho mayor por el vacío en las políticas públicas de prioridad a esta situación, falta del personal capacitado y de un proceso de normatización en el manejo así como la poca sensibilización de la población en el tema, le confiere un comportamiento silencioso, donde el subregistro de los casos no permite conocer la verdadera magnitud.

Por lo tanto, el conocimiento sobre este tema, es básico y primordial, para el personal de salud que a diario atienden a pacientes de esta patología, no siendo el personal de enfermería la excepción, por lo que es necesario indagar sobre el conocimiento, actitudes y prácticas que tienen sobre el tema aspectos epidemiológicos y bioseguridad etc, para poder retomar recomendaciones que ayuden a fortalecer una atención de calidad para las y los usuarios, así como promover las medidas de protección del riesgo de infección, ya que en la práctica diaria el personal de enfermería se expone a todo tipo de fluidos corporales.

A pesar de que existen muchos estudios CAP sobre las diferentes especialidades médicas, no así en el personal de enfermería que revele conocimientos, actitudes y prácticas sobre la patología en estudio, por tal razón surgió la necesidad de realizar el presente estudio, tomando en cuenta que enfermería es el personal más involucrado en la atención directa del paciente, siendo este el personal con mayores factores de riesgo durante la atención médica.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los niveles del conocimiento, actitudes y prácticas que posee el personal de enfermería sobre el VIH/SIDA en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, durante el período Enero- Septiembre 2008?

¿Cuáles fueron las características sociolaborales de la población en estudio?

¿Cuál es el nivel de conocimiento en relaciona al VIH/SIDA en el personal de enfermería, seleccionado para el presente estudio?

¿Cuáles fueron las actitudes del personal de enfermería en relación al manejo del VIH/SIDA?

¿Cuáles son las prácticas del personal de enfermería en relación al manejo del VIH/SIDA?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas que posee el personal de enfermería sobre el manejo del VIH/SIDA, en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque. Enero -Septiembre 2008.

Objetivos Específicos

1. Describir las características sociolaborales del personal de enfermería en estudio.
2. Valorar el nivel de conocimientos del personal de enfermería en relación al manejo del VIH/SIDA, del personal en estudio.
3. Describir las actitudes del personal de enfermería en relación al manejo del VIH/SIDA.
4. Conocer las prácticas del personal de enfermería sobre el VIH/SIDA, que laboran en el hospital en estudio.

VI. MARCO DE REFERENCIA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) fue reconocido por primera vez como una entidad clínica nueva y distinta en 1981 y desde entonces ha alcanzado proporciones enormes.

Siendo definido como síndrome complejo debido a múltiples interacciones que ocurre entre el VIH y su huésped conllevándolo a una profunda inmunosupresión que lo predispone a infecciones oportunistas y a la muerte¹¹.

Se conocen dos tipos de virus identificados como los agentes etiológicos del SIDA y que se han denominado Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Estos dos tipos de virus son genética y antigénicamente diferentes y se han llamado VIH-1 y VIH 2. El VIH-1 se le considera como el responsable de la epidemia mundial y el VIH-2 es considerado como endémico en África Occidental (Camerún, Costa de Marfil y Senegal), es raro encontrarlo fuera de esta región, sin embargo se le ha identificado en otras partes del mundo incluyendo Norteamérica (USA y Canadá)²³.

El VIH-1 exhibe una gran variación genética a través de tres diferentes grupos: M (mayor), O (outlier), y N (nuevo). Las relaciones genéticas equidistantes de los genes del VIH1 se han definido dentro del grupo M, y comprenden los subtipos que se han denominado por las letras mayúsculas de la A-K. La predominancia de uno o varios de los subtipos de VIH-1 se ha visto que está asociada con ciertas regiones geográficas dentro del grupo O se han identificado al menos 5 subtipos, este grupo es considerado como muy heterogéneo y presenta una homología menor al 50% con el grupo M del VIH -1. También se conoce al menos cinco subtipos del VIH-2.

Los subtipos del VIH-1 del grupo M son grupos filogenéticamente asociados y son llamados subtipos A-K. Estos subtipos representan diferentes linajes de VIH., y tienen

algunas asociaciones geográficas. Los subtipos están distribuidos por todo el mundo, en África donde se piensa que la infección es más antigua, coexisten prácticamente todos los subtipos, los que predominan son el C, el A, el D, las formas recombinantes circulantes (FRC) como el subtipo E, además de la presencia del grupo O y del N del virus de inmunodeficiencia tipo 1, existe en la Región occidental la presencia del VIH-2.³²

En América Latina al igual que en Estados Unidos, México, El Caribe, América del Centro y Sur y en Europa los virus circulantes son principalmente subtipo B, aunque se ha encontrado la presencia del subtipo F en Brasil. El predominio regional de los subtipos del VIH-1, no se ha podido explicar de un modo satisfactorio, se cree que es el resultado inevitable de la movilidad de la población.

El virus de Inmunodeficiencia humana presenta un alta diversidad genética, esta es dada por dos acontecimientos muy importantes que son mutación y recombinación, ambas se manifiestan a lo largo de un genoma viral de 10,000 pares de bases, la enorme diversidad genética del VIH-1 pueden ser atribuidas a una extensión sin precedentes en la replicación viral, y a la natural tendencia al error que existe en el proceso de la transcripción en reserva (error - prone).

El epidemia en la región de Sub-Sahara en África es debida principalmente a subtipos que no pertenecen al subtipo B (llamados también como subtipos non-B) el principal subtipo circulante en esta región, es el C, el cual ha crecido explosivamente desde 1990, otros subtipos que también se han encontrado aquí, son los subtipos A, D, E y el subtipo menos prevalente es el B.

El VIH-1 subtipo B predomina en regiones geográficas donde las vías de transmisión son principalmente a través de contacto homosexual y de uso drogas intravenosas; en cambio subtipos no B como el C y el E predominan en regiones donde prevalece la transmisión sexual.

VI.a) Etiología e Inmunopatogenénesis del SIDA

Es un virus RNA familia de los retrovirus. Mide 80 nm - 130 nm contiene un núcleo o "core" que encierre el material genético y las enzimas necesarias para la aplicación viral. Tiene una envoltura bicapa lipídica derivada de la célula huésped donde se insertan las glicoproteínas con 72 proyecciones externas.

El virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) pertenece al género lentivirus de la familia retrovirus. No se conocen reservorios animales de HIV aunque la semejanza entre los lentivirus humanos y los simios sugieren que se originaron a partir de un ancestro común.

La infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana produce un deterioro cualitativo y cuantitativo del sistema inmune del hospedero hasta llevarlo a su deficiencia completa, la cual se traduce en severas complicaciones infecciosas y neoplásicas que caracterizan el síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).²

El virus del VIH consta de cuatro capas básicas:

- * Un núcleo cilíndrico con dos bandas idénticas de RNA por las proteínas p9, copias de la enzima transcriptasa reversa y proteínas nucleares.
- * Capa de proteínas de la cápside constituido por el antígeno p24.
- * Capa de la matriz compuesta por el antígeno p17, que sirve como revestimiento interno de la envoltura viral externa.
- * Doble capa de lípido de la envoltura, derivada de la membrana plasmática de la célula huésped. En ella se encuentra la proteína transmembrana gp41, donde se ancla la glicoproteínas de superficie Gp120, que sirve como sitio de inserción primaria de las partículas de VIH a las moléculas de superficie en las células huéspedes.

VI. b) Mecanismo de Replicación Viral²

El genoma de VIH-1 es relativamente pequeño, constituido por genes que codifican proteínas estructurales, reguladoras y accesorias. La partícula viral se une a las células huésped susceptible, que incluyen linfocitos T, monocitos, macrófagos, células dendríticas foliculares y células de microglia. Se produce un enlace de alta afinidad entre las gp 120 de la superficie viral y la molécula receptora CD4 de la célula huésped. Las membranas celulares se fusionan y el virus se introduce, quedando al descubierto su RNA. Se postula que después de la infección ocurre una regulación descendente de la expresión CD4 de la superficie de la célula infectada, lo que impide una súper infección, permite una aplicación eficaz del virus y aminora las posibilidades de muerte celular temprana o apoptosis.

En una etapa temprana, se activa la transcriptasa reversa viral y otros factores, formándose copias completas de DNA de doble hebra a partir del RNA viral. Esta copia de DNA se transporta al núcleo celular y se une al DNA de la célula huésped mediante la integrasa viral conformando el llamado provirus. Este puede permanecer latente durante un período, no conociéndose bien los factores del huésped que determinan el período de latencia. En células activadas, la transcripción pro viral genera RNA genómico para su incorporación a nuevos viriones y RNA mensajero cuya traducción genera proteínas estructurales y varias proteínas reguladoras y accesorias que facilitan la replicación, ensamblaje y liberación viral. El sistema inmunitario del adulto tiene varios componentes críticos para la infección por VIH como son los linfocitos B y T, células presentadoras de antígenos, antígenos de histocompatibilidad mayor (tipo I y II), células natural killer, citoquinas y complemento. Siempre antes de una infección o estimulación antigénica, los linfocitos B se encuentran como células “ingenuas”. Después de su estimulación, forman dos subgrupos específicos para VIH, los que secretan activamente anticuerpos contra el virus. De manera similar hay linfocitos T “inocentes” y otros no con memoria específica por una exposición previa al virus. En la gran mayoría de las personas infectadas, la invasión por VIH trastorna las reacciones inmunitarias normales e induce una disfunción crónica, progresiva, multifacética, que en un momento dado las hace vulnerables a infecciones oportunistas, cánceres, afecciones neurológicas y muerte prematura.

El tiempo promedio desde el momento de adquirir la infección hasta el desarrollo de enfermedades es de 10 años, pero la progresión de la infección varía dependiendo de factores del hospedero como el receptor CCR 5 mutado, receptor CXCR4, la adherencia de beta quimoquinas a los dos receptores anteriormente descritos que impide que el virus del VIH infecte a las células blanco, los factores de histocompatibilidad propias (HLA), la tendencia en la declinación de las células CD4 y las infecciones adquiridas en el pasado y de características del virus como del fenotipo y la virulencia de la cepa. Dicha progresión es alterada también por la intención terapéutica con antirretrovirales y la mediación profiláctica que reciba el infectado.

VI. c) Características Epidemiológicas

Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH (ONUSIDA) 65 millones de personas han sido infectadas y a finales del 2005 había en todo el mundo aproximadamente 40 millones de personas que viven actualmente con el VIH, de estos 15 millones son mujeres que dan a la luz anualmente a 600,000 niños con VIH/SIDA, cuya gran mayoría se encuentra en los países en vías de desarrollo. El año 2005 a nivel mundial, el número de nuevas infecciones con el virus ascendió a 4,1 millones de personas y 2,8 millones que murieron por enfermedades relacionadas con el SIDA. De los 6,8 millones de personas que viven con VIH en los países de bajos y medianos ingresos, quienes necesitan medicamentos antirretrovirales (debido a que el nivel de deterioro de sus sistemas inmunológicos justifica el tratamiento inicial), sólo el 24% (del total de 1,6 millones) tienen acceso. La brecha en el acceso al tratamiento es mucho mayor para niños menores de 15 años. Solamente de 8 a 13% de los 800,000 niños que necesitan tratamiento contra el VIH tienen acceso. Menos de uno en cada cinco - 4% a 16% - de personas en alto riesgo de infección tienen acceso a la prevención eficaz.¹⁹

En América Latina en 2005 había un total de 1.6 millones de personas que vivían con el VIH, y alrededor de 140,000 se infectaron por el virus. Unos 32,000 niños vivían con el VIH, en el 2005 y el SIDA se cobró unas 59,000 vidas.

Aproximadamente 249,000 personas estaban recibiendo terapia antirretroviral en América Latina a final del 2005, lo que representa el 73% de las 404000 personas que se estima que la necesitaban³³.

En México, al igual que en el resto de los países del mundo, el VIH/SIDA se ha convertido en un serio problema de salud pública, con múltiples repercusiones sociales, éticas, económicas y políticas, convirtiéndose en la tercer causa de muerte en los hombres con edades que oscilan entre 25-35 años de edad y la sexta entre mujeres de la misma edad. Al 15 de Noviembre del 2005, se han registrado de manera acumulada 90,043 casos de SIDA sin tomar en cuenta el 35% el retraso en la notificación, se calcula que existen más de 160,000 personas infectadas por el VIH en el grupo 15-44 años (individuos sexualmente activos) de la que obtiene una prevalencia estimada de personas viviendo con VIH/SIDA de 0.3%.¹⁰

El Brasil alberga más de un tercio del número total de personas que viven con el VIH SIDA en América Latina (620000 adultos y niños) y su prevalencia nacional del VIH era del 0.5 en 2005.

Se estima que en Argentina había 130000 personal que vivían con el VIH en 2005, lo que supone una prevaecía en adultos del 0.6%.¹⁹

En Colombia había unas 16000 personas que vivían con el VIH, se han detectado niveles de infección de hasta el 20% entre varones que tienen relaciones sexuales en Bogotá. Entre las mujeres que resultaron VIH positivas en proyectos dirigidos a prevenir la transmisión materna - fetal del VIH, el 72% mantenía relaciones sexuales estables con su pareja²¹.

Honduras es uno de los países afectados en la región, con una prevalencia nacional del VIH del 1.5% y 63,000 personas que vivían con el virus a finales del 2005. El SIDA es la principal causa de mortalidad entre las mujeres Hondureñas.¹¹

La situación es similar en Guatemala donde hay 61,000 que viven con el VIH y la prevalencia nacional en adultos se mantienen en 0.9%. Belice está sufriendo una intensa epidemia con una prevalencia nacional del VIH en adultos del 2.5% a finales del 2005.

VI. d) Situación del VIH/SIDA en Nicaragua

En dicho contexto, CONISIDA formuló el Proyecto Nicaragua, Compromiso y Acción ante el SIDA, Tuberculosis y Malaria para dar respuesta al VIH-SIDA y limitar sus secuelas a futuro. El proyecto fue aprobado en enero del 2003 y la Federación Red Nica Salud fue nombrada como la institución administradora de los fondos. En Agosto de 2004 los sub receptores del proyecto de Fondo, en base al Plan de Acción del primer año del proyecto asumen la realización de la estrategia de Comunicación en VIH/SIDA.

La epidemia en Nicaragua aún se encuentra en fase concentrada, lo cual permite continuar desarrollando intervenciones para evitar su evolución hacia una generalizada. La prevalencia de la enfermedad en el país es de 29.35 por 100,000 habitantes siendo los departamentos más afectados por esta enfermedad Chinandega (61.1), Managua (60.1) y la RAAS (38.6). Sin embargo, altos índices de migración laboral y se retorno en los últimos años, el tipo de patrón epidemiológico, el comportamiento geográfico de la epidemia y el limitado acceso a la información en lo que respecta a la prevención del VIH/SIDA, lo coloca en un lugar propicio para la diseminación de la epidemia.

Hasta el nonestre 2006 tenemos 270 personas vivienda con el virus del SIDA (PVVS) en TAR (Terapia anti retrovial), según OPS/OMS la cobertura de pacientes en TAR tiene que ser al 100% de los casos SIDA y al 20% de los casos VIH para obtener un 100% de cobertura. En nuestro país nuestros casos al nonestre son 306 y el 20% de los VIH corresponde a 265 pacientes, por tanto para tener una cobertura de TAR al 100% tendríamos que tener en ella 571, lo que significa que en este momento tenemos un % de cobertura de 47% para TAR.

La transmisión sexual sigue siendo la vía más frecuente de infección, para un total de 92% (2,119) de los casos notificados. La transmisión de madre e hijo representa un 3%, 2.8% que vincula a personas drogodependientes y 0.2% se asocia a transfusiones sanguíneas.

La población autodenominada heterosexual es el grupo que presenta mayor número de casos, lo que corresponde a un 75%, el 15% corresponde a hombres que tienen sexo con hombres y el 10% a población bisexual.

En el año 2006 se capturaron en el centro nacional de Cruz Roja Nicaragüense un total de 32,711 donaciones de sangre provenientes de personas “sanas” de estos, 305 fueron casos sin confirmar, de un total de 43 personas se confirman VIH positivo y 20 fueron indeterminados.⁵

Existen diferentes percepciones con relación a la magnitud real de personas que viven con el VIH/SIDA (PVVIH/SIDA) en el país. Se menciona que a la fecha no se ha logrado diagnosticar a todas las personas que viven con el VIH/SIDA (PVVIH/SIDA). Basándose en un sub registro de la información, a como se ha abordado para todas las ETS, existiendo factores y condiciones favorables que permitan la presencia de una mayor magnitud de la epidemia en el país, entre otros factores, los más relevantes son los siguientes:

- * Altas tasas de ITS.
- * Migración poblacional hacia países con elevadas incidencias y prevalencia.
- * Falta de educación en salud (sexual y productiva).
- * Cultura patriarcal
- * Alta tasa de fecundidad

Se mencionan algunas características que han podido influir en una baja incidencia de la enfermedad, dentro de las cuales se destacan:¹¹

- * El bloqueo económico en décadas anteriores.
- * Bajo nivel de drogadicción en décadas anteriores.
- * No comercialización de la sangre y sus derivados.
- * Disminución del comercio sexual en décadas anteriores.

Sin embargo la incidencia de la enfermedad en los últimos años demuestra que el problema tiene una tendencia clara hacia el incremento.

A partir de esa fecha, el número de personas viviendo con VIH/SIDA se ha incrementado (PVVIH/SIDA), aunque no en la magnitud que se proyectaba y de acuerdo al comportamiento que ha tenido en otros países de la región, como por ejemplo Honduras, El Salvador, Guatemala, etc.²⁹

La clasificación de las sub epidemias según ONUSIDA: es de baja transmisión o incipiente; cuando la prevalencia en poblaciones centinelas es menor del 5%, epidemia en etapa inicial y está localizada en determinadas poblaciones. Para el seguimiento se aconseja realizar estudios en dichas poblaciones.

Epidemia concentrada cuando la prevalencia en poblaciones centinela es mayor o igual al 5%, pero en la población general es menor del 5%, se trata de una epidemia que se está desplazando desde poblaciones con riesgo hacia la población general, y se requiere de intervenciones en ambas poblaciones.

La epidemia generalizada es cuando la prevalencia en poblaciones centinelas es mayor del 5% lo cual refleja que el virus se encuentra circulando en toda la población. Estudios en ambas poblaciones.³³

VI.e) Impacto del VIH/SIDA en Nicaragua²⁰

Las principales actividades desarrolladas tanto por el MINSA como las ONGs, y sus logros, se resumen a continuación:

Preventivas

- * Capacitaciones de personal de salud de cara al conocimiento del VIH/SIDA, diagnóstico, tratamiento, prevención, consejería y temas relacionados.
- * Desarrollo de actividades de información, educación, capacitación sobre el VIH/SIDA y su prevención dirigido hacia poblaciones metas, grupos con comportamiento y condiciones de mayor riesgo y población en general.

- * Desarrollo de sistemas de vigilancia epidemiológica.
- * Desarrollo de investigaciones para obtener mayor conocimiento sobre seroprevalencia, comportamiento de riesgo, conocimientos, actitudes y prácticas a la población, personal de salud.
- * Capacitación de personal con efecto multiplicador (brigadistas, maestro(as), religioso(a)s, trabajador(a)s de salud.
- * Información sobre uso y distribución de condones.
- * Elaboración de leyes en beneficios de las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVIH/SIDA) y programas paralelos de MINSA que incluye el VIH/SIDA en sus actividades (atención integral a la mujer, la niñez y la adolescencia, educación sexual y reproductiva).

VI.f) Normas Jurídicas de Nicaragua²⁰

Decretos Legislativos No. 2378 Gaceta No. 238 del 14 de Diciembre del año 1999.

Reglamento de la ley No. 238 de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el SIDA.

De los Derechos

Artículo 5. - No se podrá exigir ningún tipo de prueba del VIH/SIDA, para poder optar a trabajo, estudio o servicio de salud, de parte de los empleadores o sus representantes en instituciones públicas y privadas, nacionales y extranjeras, centros educativos de todos los niveles, centros de salud de atención primaria, secundaria y terciaria del gobierno y de la sociedad civil. Quienes soliciten o exijan el examen a sus trabajadores, estudiantes, usuarios y pacientes como condición para el inicio o continuación de la relación laboral, la admisión y mantenimiento de la condición del estudiante y la admisión y atención hospitalaria al paciente, serán sancionados con multa de 20 a 60 mil córdobas con mantenimiento de valor. Los montos de las multas deberán ser enterados según lo establecido en el artículo 4 de este reglamento.

De la Prevención

Artículo 14 - El Ministerio de Salud, entregará trimestralmente a las asociaciones y colegios profesionales, información científica, ética y normas de bioseguridad con relación al VIH/SIDA. La asociación correspondiente deberá garantizar que dicha información sea recibida por cada uno de sus asociados.

Artículo 17. - Las medidas, normas universales y medios de bioseguridad a que se refiere el artículo 16 de la Ley, serán dictados por el Ministerio de Salud a través de decreto ministerial. Cualquier empleador que no garantice a sus empleados, las normas de bioseguridad dictadas por el Ministerio de Salud, será sancionado de manera escalonada con cierres temporales hasta la clausura definitiva cada vez que las incumpla, pudiendo los trabajadores de forma individual o grupal, denunciar su incumplimiento.

Todo centro que se dedique al trabajo en salud, deberá tener en lugares visibles las normas establecidas por el MINSAL y darles a conocer al personal que labora en ellos, para su debido cumplimiento.

Con respecto a la realización de las pruebas de diagnóstico, en Nicaragua existen unidades de salud tanto públicas como privadas, dentro de las cuales son las siguientes: Centro Nacional de Diagnósticos y Referencia del MINSAL (CNDR), Cruz Roja Nicaragüense, unidades hospitalarias públicas y privadas y laboratorios privados.

La prueba de Western Blot en Nicaragua se realiza única y exclusivamente por el CNDR del MINSAL, pero no está disponible en un 100%, debiendo recurrir el mismo centro a otras alternativas fuera del país, lo cual conlleva a períodos prolongados de espera tanto para el usuario como para el personal de salud que lo atiende así como con las consecuencias en las alteraciones físicas y psíquicas en los pacientes²⁰.

El país cuenta con un sistema nacional de vigilancia, el cual tiene cobertura a lo largo y ancho del territorio nacional. Sin embargo, hay áreas en las que debido a su inaccesibilidad tienen seguimiento menos frecuente.

La definición de casos utilizados actualmente es la de OPS-Caracas, 1990. La búsqueda de casos es pasiva, por demanda a servicio de salud y en las clínicas de donantes de sangre. No se cuenta con vigilancia de sitio o grupos centinelas permanentes solo a través de estudios con metodología centinela.

A cada paciente que acude al sistema y se le oferta una prueba para VIH, se le da consejería, se llena una ficha epidemiológica y una boleta de solicitud de prueba de laboratorio con consentimiento informado. Una copia se refiere en el centro que genera la ficha y se envían dos copias al SILAIS. El SILAIS recibe la muestra y las fichas y se realiza una prueba rápida. Si existe positividad, entonces se confirma finalmente con Western Blot. Si existe concordancia, el resultado se confirma como positivo y se da la notificación a la unidad primaria, como al nivel nacional para su ingreso al sistema. No existe seguimiento a los casos con resultados negativos⁵.

La Cruz Roja y Unidades Hospitalarias del MINSA realizan la prueba a todos y cada uno de los donantes de sangre.

VI.g) Mecanismo de Transmisión

Sexual

A nivel mundial la transmisión por vía sexual es responsable de más del 80% de las infecciones por el VIH-1.

El virus se encuentra en las secreciones genitales de los sujetos infectados, asintomáticos o enfermos. Las relaciones sexuales que favorecen las lesiones e irritaciones, aumentan el riesgo de transmisión, las relaciones anales son las más infecciosas por que no son más traumáticas y la mucosa anal es más frágil que la mucosa vaginal, el riesgo de transmisión es mayor de hombre a mujer que de mujer a hombre, el riesgo aumenta si la mujer está menstruando.

Parenteral

La seroprevalencia de infección ha oscilado entre 5 -75% en las ADVP, según las poblaciones estudiadas. Por transfusiones sanguíneas y/o hemoderivados (de sangre no analizada), a través de semen para inseminación artificial, tejidos u órganos contaminados, por intercambio de maquinarias de afeitar, por hacerse tatuajes en un lugar que no cumpla con normas de higiene básica, mediante el uso de jeringas y agujas infectadas, en el caso de los drogadictos que utilizan drogas intravenosas, en el intercambio de elementos corto punzantes que contengan sangre contaminada, además por sangre y fluidos corporales por exposición accidental del personal de salud.

Vertical

- * **Intrauterina (20-60%):** Ocurre vía transplacentaria o por transfusión materno-fetal, especialmente por micro desprendimiento placentarios. Los principales mecanismos sería por contaminación con sangre materna en el espacio intervelloso, en el corion y su pasaje por el líquido amniótico y desde la decidua baso con la contaminación directa de células de trofoblasto. Generalmente la infección ocurre los últimos 15 días previos al parto. El VIH-1 se ha aislado en abortos de 8 semanas y en sangre periférica de RN al nacer, además se comprueba este traspaso por el síndrome dismórfico del RN descrito por el VIH.
- * **Intraparto (70%):** Es lo más común. Por contacto directo el feto con sangra materna infectada y con secreciones del tracto genital durante el parto, micro transfusiones materno-fetales durante contracciones uterinas, infección ascendente por el cérvix, absorción de virus por el tracto digestivo del niño. Su ocurrencia se ha comprobado por el aislamiento viral en secreciones vaginales y porque se reduce el contagio neonatal al realizar una cesárea. La transmisión post parto es de 14 a 29%.
- * **Nacimientos múltiples:** En estos casos el primer gemelar se infecta más (el doble), tanto en partos vaginales como en cesáreas.
- * **Lactancia materna:** Si no se suspende la lactancia materna es materna es de 15% por este mecanismo, bajando a 60% la transmisión intrauterina y a 25% la intraparto. La infección ocurre generalmente en los primeros meses y es mayor cuando la seroconversión es posparto hasta en un 29%. También es mayor ante mastitis materna e infección de la mucosa oral del RN¹³. El virus se ha aislado de células del calostro, de histiocitos y de extractos no celulares en leche de mujeres infectadas¹¹.
- * **Riesgo ocupacional:** La exposición percutánea es del 0.3% exposición de mucosas 0.0009% y la exposición en piel no es cuantificada. En un estudio

realizado en Estados Unidos CDC, Atlanta da un total de 94 trabajadores de la salud sobre la probabilidad de adquirir infecciones de VIH, las enfermeras ocuparon el 52.1% (alto riesgo) seguido de los médicos 21.2% (mediano riesgo) y técnicos de laboratorio 9.6% entre otros proveedores de servicios y trabajadores de seguridad (bajo riesgo)¹⁷.

- * Son riesgo potencialmente infectantes y han sido implicado en la transmisión del VIH, sangre, secreciones genitales (semen, vagina) líquido cefalorraquídeo, pleural, peritoneal, sinovial, pericárdico, amniótico y no son considerado riesgo para la transmisión: la orina, saliva, heces, vómitos, lágrimas, sudor¹⁷.

Factores que Influyen en la Transmisión Madre – Hijo²⁰

- * Momento de la transmisión: uterina, intraparto y por leche materna.

Factores maternos: porcentaje de células CD4, infección primaria o enfermedad avanzada por VIH (están relacionados con el baño inmunitario y la carga viral). También otras infecciones y antecedentes de conductas y hábitos.

- * Favores virales: carga viral en sangre y en el canal de parto. Genotipo y fenotipo del virus en madre y el recibido por el feto. Se sabe que existe mayor afinidad a células fetales o del cordón por ciertos tipos virales (macrófago tróficos), como también distinta virulencia (mayor virulencia los virus formadores de sincicio, que rara vez infectan el feto).
- * Factores obstétricos¹³: hay mayor riesgo en el parto prematuro, en la Corioamnionitis se permite el pasaje del virus o de linfocitos infectados al feto; la rotura de membranas favorecen infección ascendente; en el trabajo de parte prolongado se producen micro transfusiones materno fetales; en nacimientos múltiples (primer gemelar); en los procedimientos invasivos hay riesgo de exposición del niño a sangre materna infectada.

- * Otros factores: enfermedades ETS, infecciones tipo vaginosis o candidiasis; estado nutricional, estilo de vida y por supuesto el no uso de terapia retroviral profiláctica.

El virus infecta de preferencia a linfocitos CD4+ por lo que es posible que pueda recuperarse de cualquier sitio donde se encuentren estas células²³.

Las prácticas o conductas, consideradas de alto riesgo y relacionadas casi siempre con la infección por VIH incluyen coito vaginal, anal receptivo, o ambos, y otras actividades sexuales potencialmente traumáticas con sujetos infectados por VIH¹¹.

VI. h) Evaluación de la Enfermedad

En el mes de Enero de 1993 los Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), basado en múltiples estudios que han demostrado el valor del recuento de las células CD4 como un marcador predictivo de riesgo de desarrollar complicaciones clínicas asociadas al VIH. Estado nueva clasificación ofrece ventajas dado que permite conocer con mayor precisión el estado de inmunocompromiso del infectado para definir la necesidad de iniciar terapia antirretroviral o profilaxis para evitar reactivaciones infecciones³.

Categoría en la Historia Natural de la infección VIH correlación entre estudios Clínicos e Inmunológicos²⁷:

Síndrome Retroviral Agudo

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

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

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

Infección Temprana (recuento de células CD4 mayor de 500/mm³)²⁷

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

Cuando se presentan síntomas o signos clínicos, estos casi exclusivamente de piel y mucosas, entre ellos dermatitis seborreica en surco nasofaríngeo y línea de implantación del cabello, psoriasis de difícil manejo en quien la tenía previamente o un cuadro de aparición súbita y foliculitis pruriginosa causada por bacterias o por infiltración de eosinófilos.

La leucoplaquia vellosa oral aparece, generalmente más tarde en la evolución de la infección, pero puede presentarse en este momento y en hallazgo que siempre indica infección por VIH. También puede presentarse ulceraciones en cavidad oral, bien sea por Herpes Simple o de etiología desconocida.

Enfermedad Intermedia o Moderada (recuento CD4 de 200-500mm³)²⁷

Aunque el recuento de células CD4 ya sea bajo, en este momento muchos pacientes son asintomáticos. La mayoría de las complicaciones que se presentan aparecen en la piel, entre ellas el agrandamiento o aparición, en forma recurrente, de las descritas en la infección temprana, además se presentan síntomas constitucionales como mialgias, cefalea, fatiga crónica, “sensación de malestar”, pérdida de peso y diarrea intermitente, también son frecuentes en esta fase la aparición de Herpes Zoster y candidiasis orofaríngea. El compromiso bacteriano principalmente bronquitis, sinusitis o neumonía, es frecuente y causado principalmente por gérmenes que afectan a la población general (Neumococo, Haemophilus Influenza, Moraxella, Micoplasma Neumoniae).

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

Enfermedad Tardía (recuento entre 50-200 células CD4/mm³)²⁷

Con este recuento de células CD4 por definición (CDC, 1992) el paciente tiene diagnóstico de SIDA, aunque no presente signos y síntomas de complicaciones clínicas. En este momento el riesgo de desarrollar algunas de las condiciones descritas como indicadores de SIDA (CDC, 1987) es alto aunque puede ser modificado por el uso de antivirales o de esquema profilácticos.

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

Las neoplasias cervicouterinas en las mujeres y anales en los hombres, asociados a papiloma virus son frecuentes en este momento así como, las citopenias especialmente de plaquetas, razón por la cual estas dos condiciones fueron incluidas en la definición de casos de SIDA (CDC, 1993). En esta fase puede presentarse también hipogonadismo, hipotiroidismo, trastornos menstruales y nefropatía por VIH.

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

Enfermedad Avanzada (recuento menor de 50 células de CD4/mm³)²⁷

Aún con la terapia los pacientes en esta fase de la infección tienen una probabilidad muy alta de desarrollar infecciones oportunistas, algunas de ellas se presentan cuando la inmunosupresión es muy severa.

En este momento de la historia natural de la infección aparecen varias características importantes, como:

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

Definición Clínica de Vigilancia para Sida de la Organización Mundial de la Salud²¹.

Considerando la situación anterior y el serio problema que implica a todo el mundo el sub registro de la epidemia. La OMS propuso una definición clínica de casos de SIDA

para efectos de vigilancia sin exigir confirmación de laboratorio para el VIH ni para infecciones oportunistas. Esta definición se recomendó en los países que tuvieran problemas con la aplicación de los criterios de CDC.

Donde no se disponga de pruebas de laboratorio para VIH, un enfermo se considera caso de SIDA cuando haya descartado otras causas de inmuno supresión y cumpla uno o cualquiera de los siguientes criterios:

- 1) Sarcoma de Kaposi diseminado
- 2) Meningitis por Criptococo
- 3) Presencia de dos signos mayores y por lo menos uno de los signos menores.

SIGNOS MAYORES	SIGNOS MENORES
<p>Pérdida de más de 10% del peso.</p> <p>Diarrea por más de un mes.</p> <p>Fiebre intermitente por más de un mes.</p>	<p>Tos por más de un mes.</p> <p>Linfadenopatía generalizadas.</p> <p>Dermatitis pruriginosa generalizada.</p> <p>Historia de Herpes Zoster recurrente en los cinco años previos.</p> <p>Candidiasis oro faríngea</p> <p>Herpes simple diseminado crónico y progresivo.</p>

VI.j) Métodos Diagnóstico para la Infección VIH³.

Los métodos para diagnosticar la infección por el VIH se divide en tres grupos:

- * Detección del virus completo o sus proteínas: aislamiento viral y detección del antígeno p24.
- * Detección de anticuerpos contra el VIH: pruebas presuntivas y confirmatorias.
- * Detección de genoma viral: hibridación y sondas genéticas.

Aislamiento Viral

Infección primaria dado que en este momento la sero conversión va a transcurrir un período de 8-10 semanas durante las cuales el estudio es negativo.

Diagnostico precoz en el recién nacido hijo(a) de madre sero positiva, ya que recibe anticuerpos de la madre infectada, anulando el valor diagnóstico de la prueba serológica, hasta los 18 meses de edad.

La evaluación del pronóstico clínico, pues el paciente que se acerca a la fase final tiene altos títulos de virus circulante. Como método diagnóstico en aquellos casos cuando los resultados serológicos muestran patrones indeterminados, con una especial utilidad en los donantes de sangre.

Detección de Antígenos P24

Infección aguda (período de ventana) por VIH cuando la prueba de anticuerpo es negativa, aunque en este período es menos sensible que el cultivo. Detección del antígeno en el sobrenadante de cultivos para aislamiento del VIH es el método de preferencia y es de 2 veces más sensible que la de transcriptasa reversa. Busca directamente fragmentos claves del VIH (proteína p24), que se encuentra en la cubierta externa del VIH.

Para vigilar la progresión de la enfermedad. Evolución del tratamiento retroviral. Diagnóstico de la infección en el recién nacido. Detección de antígenos en el LCR de pacientes con demencia por VIH.

Detección del Genoma del VIH

Detección del DNA pro vial en personas con pruebas serológicas positivas que fueron negativas en el cultivo.

- * Cuantificación del ADN pro viral, para medir el número de células infectadas
- * Diagnóstico temprano de la infección
- * Para definir la infección en personas con Western Blot indeterminado de forma persistente.

- * En la tipificación de los 2 serotipos del VIH.
- * Para definir el diagnóstico de infección en el recién nacido.
- * Para vigilar la aparición de resistencia a las drogas intravenosas.

Pruebas de Anticuerpos³

Elisa, Aglutinación, Saliva, Orina, otras.

Son aquellas que detectan anticuerpos totales, sin especificar a cuáles proteínas del virus son muy sensibles, por eso todas las muestras informadas reactivas por técnicas presuntivas requieren de una prueba confirmatoria o simplemente, se emplean para tamizaje en bancos de sangre y para diagnóstico en personas con riesgos de infecciones y se realiza en plasma y suero.

Pruebas Confirmatorias

Inmunofluorescencia, Radioinmunoprecipitación, Western Blot.

Las muestras con resultados repetidamente reactivos para VIH deben ser analizadas por una prueba de mayor especificidad, con un principio técnico y antígeno diferente a los empleados en la primera prueba. Las muestras tradicionales aceptadas como confirmatorias son Western Blot, RIPA e inmunofluorescencia.

Interpretación Diagnóstica de Infección por VIH^{5, 23}.

Varias pruebas se emplean para establecer el diagnóstico del VIH. El virus de inmunodeficiencia humana se puede aislar o cultivar en concentrados de linfocitos de sangre periférica y con menor frecuencia de líquidos corporales. Sin embargo, el cultivo es difícil, costoso, tarda varios días, no está disponible en la mayor parte de los laboratorios y es positivo con mayor frecuencia en las etapas iniciales de la infección que en las etapas tardías.

El antígeno viral puede detectarse desde 2 semanas después de la infección y en general está presente durante 3 -5 meses. Con gran frecuencia se utiliza la prueba ELISA (ensayo de inmunoabsorbencia vinculado a enzima) para detectar la presencia de anticuerpos VIH tipo I y II. La reacción ELISA también se emplea para diagnosticar de manera indirecta la infección por VIH.

Una pruebas de ELISA positiva o reactiva debe repetirse utilizando la misma muestra de sangre, si la prueba resulta otra vez positiva se debe efectuar una prueba de Western Blot o la prueba indirecta de anticuerpo fluorescentes (IFA). Resultados positivos de Western Blot e IFA confirman la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana.

- * ELISAS: Detecta la presencia de anticuerpos al VIH en sangre. Reacción antígeno anticuerpo la muestra del paciente se enfrenta a un componente vírico.
- * WESTERN BLOT.: Detecta la presencia de las proteínas del VIH en sangre. Es una prueba de discriminación de antígeno frente a los que se dirigen los anticuerpos y se basa en la separación de proteínas del cultivo del virus p24, GP41, GP160, 120.
- * RADIOIMUNOENSAYO: Similar al Western Blot, pero más específica y sensible. Es una prueba cara y complicada.
- * REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR): Amplifica porciones de DNA o RNA, permitiendo la detección temprana de la infección, previa incluso al desarrollo de la respuesta de anticuerpos.

Durante la etapa aguda de la infección, cuando el virus está presente pero aun no ha desarrollado una respuesta de anticuerpo, puede ocurrir que los resultados de la prueba VIH sean negativos. A veces el período en que no se detectan anticuerpos es de casi seis meses. En este lapso una prueba para antígeno VIH (p24) puede sugerir la infección con el virus.

En la enfermedad contraída por vía peri natal cuando los neonatos poseen los anticuerpos VIH maternos, muchas autoridades en la materia se apoyan en la PCR RNA-VIH (carga viral), para detectar infección por VIH.

En la interpretación pruebas VIH siempre se debe recordar que una prueba positiva de la infección por VIH no significa SIDA, pues este síndrome es un diagnóstico clínico. La infección por VIH es el espectro continuo de estadio clínico que varía desde un síndrome similar o mononucleosis infecciosa relacionado con sero conversión que pasando por infección VIH sintomática puede llegar a infección por VIH sintomática por último SIDA.

VI. k) Indicaciones para una prueba de VIH¹².

Criterio Epidemiológico:

Toda persona que refiera conducta (promiscuidad, drogadicto, tatuajes, etc.) o antecedente que la hayan expuesto razonablemente al VIH, debe practicarse una prueba para detectar marcadores de ésta infección. No hay ninguna justificación para ordenar una prueba a un paciente consciente sin explicar previamente porque requiere examen.

Criterio clínico:

El diagnóstico de alguna de las entidades clínicas aceptadas por el centro de control de enfermedades de Atlanta (CDC), como criterios sugestivos de una infección por VIH o SIDA, es una indicación para ordenar una prueba de VIH.

Criterio Ético - Legal:

Se refiere al análisis de sangre, hemoderivados y órganos para transplante.

Precauciones Universales en Bioseguridad⁹

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

Los principios de bioseguridad se pueden resumir en:

- * **Universalidad:** Las medidas deben involucrar a todos los pacientes de todos los servicios, independientemente de conocer o no su serología.
- * **Uso de barreras:** Comprende el concepto de evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos.

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

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

Tener las precauciones necesarias al manipular agujas, bisturí, instrumentos y dispositivos en general, que puedan accidentalmente generar un accidente, se deben tomar todas las precauciones para disminuir al mismo las lesiones producidas en el personal de salud por pinchaduras y cortes⁹.

Para ello es necesario extremar el cuidado en el mantenimiento de una buena técnica para la realización de intervenciones quirúrgicas, maniobras invasivas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Luego de su uso los instrumentos punzo cortantes y las agujas y jeringas, deben ser colocadas en recipientes para su descontaminación previa al descarte o al lavado en caso de elementos reutilizables.

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

En el caso particular de las jeringas y agujas, no se debe intentar la extracción de éstas, se debe aspirar la solución y mantenimiento armado el equipo, se le debe sumergir en la solución.

No se deben reintroducir la aguja descartable en un capuchón o tratar de romperla o doblarla. El material descartable podrá ser desechado luego de permanecer 30 minutos en la solución, siguiendo los procedimientos habituales. El material no descartable también permanecerá 30 minutos en la solución.

Precauciones para procedimientos invasivos

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

En todos estos procedimientos son de aplicación las precauciones universales ya expuestas. Uso de guantes, de barbijo y de protectores oculares si se prevén salpicaduras en cara y delantales impermeables si es posible que la sangre atraviese las vestiduras normales (partos, cesáreas y ciertas intervenciones quirúrgicas).

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

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

Deben extremarse los cuidados para mantener la mejor técnica operatoria y evitar remover hojas de bisturí y reenebrar agujas. Para ello es conveniente tener la suficiente cantidad de agujas enhebradas y más de una hoja de bisturí ya montada. Se debe utilizar doble mesa quirúrgica o receptáculo intermedio para evitar el contacto mano a mano.

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

Conducta a seguir en un accidente laboral¹⁷

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

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

Primeros Cuidados de Urgencia⁹

- * **Pinchazos y heridas:** Lavar inmediatamente la zona cutánea lesionada con abundante agua y jabón. Prevenir el sangrado en la herida o punción accidental. Realizar antisepsia de la herida con alcohol al 70% vol (3 minutos) o alcohol yodado o tintura de yodo al 2%. Dependiendo del tamaño de la herida cubrir la misma con gasa estéril.

- * **Contacto con mucosas:** (ojo, nariz, boca): lavar abundantemente con agua o con suero fisiológico. No utilizar desinfectante sobre las mucosas.

- * **Avisar al supervisor inmediatamente:** Cada institución definirá si es el médico encargado, jefe de cirugía, jefe de laboratorio, o licencia de enfermería quien registrará los datos a efecto de recabar la información necesaria para asegurar que se den todos los pasos correspondientes en forma eficiente.
En caso de corresponderle los beneficios y prestaciones del banco de seguros, Deberá ser enviado inmediatamente al mismo a los efectos de proseguir con las Medidas a tomar.

- * **El técnico designado** por la institución en el punto 3 deberá con el asesoramiento técnico que corresponda, realizar la evaluación del tipo de riesgo generado por dicho accidente. No es conveniente que el propio trabajador accidentado sea el que realiza dicha evaluación. Tienen indicaciones de tratamiento los accidentes por exposición laboral de la categoría definitiva y masiva.

- * **Cada institución** (que no le corresponda los beneficios de Banco de Seguros) tendrá la mediación disponible en todo momento para iniciar un tratamiento con tres drogas (AZT zidovudina, 3TC, lamivudina, inhibidores transcriptasa reversa y un inhibidor de las proteasas). Dicha mediación se iniciará antes de 6 horas de ocurrido el accidente (preferente antes de las 2 horas).

- * Realizar extracción de sangre para el VIH en el accidentado. En ningún caso se demorará el comienzo de la mediación por dicho examen.
- * Conocer el estado clínico - serológico de la paciente fuente. Si el estado serológico es desconocido, el médico prescribirá la realización de los siguientes exámenes previo consentimiento del paciente. Serología para VIH y marcadores de hepatitis. En caso de no poderse evaluar el caso fuente este debe ser considerado como positivo y procederse en consecuencia.
- * Complementar el formulario de declaración de accidente laboral que se adjunta el cual se archivará en la institución tanto pública como privada.
- * Comunicar el accidente del Programa Nacional del ITS-SIDA.
- * **Reevaluar la situación:** A las 48 horas el médico de referencia deberá reevaluar toda la situación teniendo en cuenta la presencia de indicadores de riesgo de infección, el conocimiento de las serologías de la paciente fuente y la tolerancia de la mediación. Con estos elementos se evaluarán la pertinencia de la continuación del tratamiento indicado durante las 4 semanas recomendadas o la interrupción del mismo en caso de no ser justificado.
- * **Situación médico - legal:** Desde el punto de vista médico legal el test de VIH son exigidos al accidentado. Una serología debe repetirse al 3er. mes y un tercer examen al sexto mes con relación a la serología para la hepatitis se debe solicitar los marcadores correspondientes.

VI. k) Conocimientos, actitudes y prácticas⁸

La información puede entenderse de forma general como piezas y fragmentos de los conocimientos en tal sentido la información es una representación formal del conocimiento.

En cambio el conocimiento es más amplio, involucra experiencia, percepciones, significados, entendimientos así como acción y sabiduría¹⁸.

Conocimiento⁸. El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe hacer ante una situación determinada⁴⁰. El término se usa en el sentido de hecho, información, concepto, pero también como comprensión y análisis, sin embargo el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que las personas hagan conscientes las razones para adoptar o modificar una determinada conducta.

Actitudes⁸. Una actitud es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación, que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada. Estos términos suponen una serie de otros conceptos como valores, impulsos, propósitos, preferencias, aversiones, gustos, prejuicios, convicciones, otros.

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

Prácticas⁸. Se definen como una respuesta establecida para cada situación común y son llamadas también hábitos. El comportamiento está formado por prácticas, conductas, procedimientos, reacciones, es decir todo lo que le acontece al individuo y de lo que el participa.

El proceso de educación se efectúa en todo momento, si un individuo no está aprendiendo un hecho nuevo por lo menos experimenta algo, está desarrollando una actitud adecuarla o no y está reaccionando a esa actitud de modo correcto o incorrecto, su práctica.

SOBRE UN ESTUDIO CAP⁸

Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de enfermería sobre VIH/SIDA del Hospital Berta Calderón Roque, Managua Enero – Diciembre 2008.

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

La información puede entenderse de forma general como piezas y fragmentos de los conocimientos en tal sentido la información es una representación formal del conocimiento⁸.

En cambio⁸ el conocimiento es más amplio, involucra experiencia, percepciones, significados, entendimientos así como acción y sabiduría¹⁸.

Conocimiento⁸- El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada. El término se usa en el sentido de hecho, información, concepto, pero también, como comprensión y análisis; sin embargo el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que las personas hagan conscientes las razones para adoptar o modificar una determinada conducta.

Actitudes⁸: Una actitud es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación, que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada". Estos términos suponen una serie de otros conceptos como valores, impulsos, propósitos, preferencias, aversiones, gustos, prejuicios, convicciones, otros.

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

Prácticas⁸: Se definen como una respuesta establecida para cada situación común y son llamadas también hábitos. El comportamiento esta formado por practicas, conductas, procedimientos, reacciones, es decir, todo lo que le acontece al individuo y de lo que el participa.

El proceso de educación se efectúa en todo momento, si un individuo no esta aprendiendo un hecho nuevo por lo menos experimenta algo, esta desarrollando una actitud adecuarla o no y esta reaccionando a esa actitud de modo correcto o incorrecto, su practica.

Relación conocimiento - actitud práctica⁸.

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

El conocimiento brinda un significado a las actitudes, creencias y prácticas. El tipo de conocimiento adecuado en sexualidad y SIDA es el que estimula el auto análisis y es el elemento motor para la adopción de medidas preventivas en general y mas importante aun en el caso de los trabajadores de la salud.

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

La investigación respecto al conocimiento:

En la encuesta, al formular las preguntas y seleccionarlas siempre se debe tener presente que existen muchos datos científicos sobre el SIDA y su agente causal, el VIH. Muchos de ellos son de gran interés para el investigador especializado; estos datos tienen, sin embargo diferente relevancia para la inmunología, la epidemiología, la prevención, la educación en salud y la bioseguridad. Por tanto, es necesario establecer previamente los criterios teóricos y prácticos que habrán de regir la formulación y selección de las preguntas⁸.

: La investigación acerca de la actitud

Tradicionalmente, las actitudes han sido estudiadas en relación con un objeto o situación⁴⁰. En relación de las actitudes y las prácticas, los cuestionarios (con preguntas cerradas o abiertas) y las escalas son adecuados cuando las personas investigadas son: ⁸

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

Las escalas (Liker) se denominan como un conjunto de preguntas a las que un individuo puede responder expresando grados de acuerdo o desacuerdo. Las preguntas o reactivos de una escala tienen un número predeterminado de

respuestas las cuales, resultan en un puntaje que coloca al individuo en un lugar del continuo de intensidad del acuerdo o desacuerdo.

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

Una encuesta recoge datos más o menos limitados a partir de un número relativamente extenso de casos. Su finalidad es conseguir información sobre las variables y no sobre los individuos.

El propósito de una investigación por encuesta es obtener información de poblaciones acerca de prevalencia, distribución e interrelaciones de variables dentro de una población. De acuerdo a Pólit y Hungler la palabra encuesta puede utilizarse para designar cualquier actividad de investigación en la cual el investigador acopia datos de una parte de una población a fin de examinar características, opiniones o intenciones de la población²⁸.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

a. Tipo de estudio

Descriptivo, tipo Cáp. (Conocimientos, actitudes, prácticas), realizado con el personal de Enfermería que labora en el Hospital Escuela Berta Calderón Roque. Managua. Período Enero - Septiembre 2008.

b. Lugar de Estudio

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Berta Calderón Roque.

c. Universo y muestra

Constituidos por (80) enfermeras representando el 100% del personal de enfermería asistencial, entre:

Lic. En enfermería.

Enfermeras profesionales.

Auxiliares de enfermería.

Que laborando en el Hospital en estudio, con el perfil profesional mencionado anteriormente.

d. Unidad de análisis

Cada uno de los recursos del personal de enfermería que laboran en hospital.

e. Criterios de inclusión

- * Que tengan el nivel profesional de:
- * Licenciadas(os) en enfermería
- * Enfermeras profesionales
- * Auxiliares de enfermería
- * Aceptar y llenar encuesta
- * Aceptar voluntariamente ser parte del estudio

f. criterios de exclusión

- * No estar dispuesto a llenar la encuesta
- * Enfermeras y licenciadas que laboran en el área administrativa (oficina de enfermería, supervisoras, etc) del Hospital Berta Calderón Roque.

g. Variables

Variables en consideración cada uno de los objetivos específicos del presente estudio, entre ellas:

- Edad del personal en estudio
- Sexo del personal en estudio
- Procedencia
- Categoría laboral
- Conocimiento sobre el VIH/SIDA
- Conocimientos sobre la situación del VIH-SIDA en el país
- Conocimiento de los grupos con mayor tasa de VIH positiva
- Conocimientos de los riesgos laborales
- Conocimiento del responsable ante notificación de riesgo laboral
- Conocimientos sobre procedimientos ante el riesgo de contaminación del VIH/SIDA
 - Conocimiento de los fluidos corporales probables de transmitir el VIH.
- Conocimiento ante pruebas de VIH a mujeres sometidas a cirugía
- Actitudes ante personas padeciendo ITS
- Actitud ante mujeres puérperas pos quirúrgicas tatuadas
- Actitudes ante el cumplimiento de Normas y Procedimientos establecidos ante el VIH
- Actitudes ante el cumplimiento de medidas de bioseguridad
- Actitud ante las medidas de asepsia y antisepsia por punciones accidentales
- Actitudes ante la realización del test del VIH al personal de enfermería accidentad

- Prácticas ante los procedimientos riesgosos de contaminación
- Prácticas ante accidentes laborales riesgosos de contaminación
- Prácticas ante las orientaciones de prevención de contaminación por parte de las Pacientes atendidas en el Hospital en estudio

- Prácticas ante los materiales descartables

f. Fuente de información

La fuente de información fue primaria, a través de una entrevista directa con el personal de Enfermería del Hospital Berta Calderón Roque.

g. técnicas para la recolección de la información

Para la recolección de la información se diseñó una encuesta con un nivel básico de conocimientos, sobre aspectos, epidemiológicos medidas de bioseguridad, y preguntas para conocer actitudes y prácticas del personal de enfermería, sobre esos mismos aspectos.

La recolección de la información se realizó diariamente durante 15 días consecutivos, durante el período de estudio en todos los servicios del Hospital Berta Calderón, previa solicitud de Departamento de Enfermería, Jefas de Unidades, Dirección, Departamento de Epidemiología.

A los participantes se les solicitó llenar un formulario con 4 grupos de preguntas de opción múltiple, para conocer acerca de las capacitaciones que han recibido quien la ha brindado y sobre que aspectos, estas preguntas no acumulan puntaje.

Para el apartado sobre conocimientos se efectuaron 9 preguntas cada una de ellas con un puntaje y posteriormente a cada uno de los encuestados se les asignó un puntaje final, esto con el fin de conocer como se distribuiría ese puntaje ente los 80 entrevistados entre los que se encuentran: Lic. En Enfermería, Enfermeras Profesionales y Auxiliares de enfermería.

La distribución se realizó de la siguiente manera:

0 – a 3 preguntas correctas	Conocimiento insuficiente
4 a 6 preguntas correctas	Conocimiento regular
7 a 9 preguntas correctas	Conocimiento suficiente

Para conocer las actitudes se elaboraron 11 preguntas, todas ellas podían ser respondidas con la siguiente escala:

Totalmente de acuerdo/ de acuerdo / indeciso/ En desacuerdo.

Cada una de las respuestas recibió un puntaje en correspondencia con la respuesta marcada a los que marcaron la primera opción se les otorga 5 puntos y a medida que contestaban las siguientes opciones recibieron un puntaje menos.

La pregunta No. 8 recibió un puntaje similar pero otorgado a la inversa de las preguntas restantes.

En total la cantidad de puntos que se podía obtener era de 60 para cada uno de los encuestados. El puntaje de la totalidad de los 80 encuestados se distribuyó de la siguiente manera:

Menos de 20 puntos	Actitud desfavorable
De 21 a 40 puntos	Actitud indiferente
Más de 40 puntos	Actitud favorables

Finalmente para las prácticas se elaboraron 9 preguntas, todas ellas planteaban situaciones de la práctica del ejercicio profesional de enfermera, algunas de ellas riesgosas, otras más bien protectoras, como el uso de métodos de barreras para evitar el riesgo de contaminación; el puntaje otorgado era más alto para las más riesgosas y más bajo para las no riesgosas ejemplo:

Durante el 2008, ¿con que frecuencia, durante procedimientos quirúrgicos sus métodos de barrera (guantes) se rompieron y entró en contacto con sangre, fluidos corporales o secreciones?

Más de 8 y + 4 puntos

Entre 5 y 7: 3 puntos

Entre 3 y 4: 2 puntos

1-2: 1 puntos.

El puntaje máximo de las prácticas fue de 51 puntos de tal manera, el puntaje individual de cada uno de los 80 recursos (enfermeros/as) encuestados era más alto mientras más riesgosa había sido la practica en el 2008 y más baja mientras más medidas de protección había utilizado, menos accidentes sufridos o se mantuvo en la búsqueda de casos a partir de la identificación de los marcadores de riesgos de sus pacientes.

Finalmente se agrupó el resultado acerca de las prácticas de la siguiente manera:

Hasta 17 puntos	Bajo riesgo
18 a 34 puntos	Mediano riesgo
Más de 35 puntos	Alto riesgo

i. Procesamiento y análisis de la información.

Se realizó de manera electrónica con el programa computarizado Epi info. Versión 3.4.3 para la recopilación de los datos.

Se calcularon frecuencias simples y porcentuales de los datos encontrados. Se construyeron Tablas y Gráficos en el Programa Epi info. Y el documento final se transcribió en el Programa Word 2007.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición de Variable	Escala	Indicador	Instrumento
b) Ante una persona padeciendo ITS.	Es una reacción afectiva, positiva o negativa hacia las personas padeciendo ITS.		Cuantitativa.	Encuesta
c) Ante mujeres puérperas post quirúrgicas tatuadas.	Es una reacción positiva negativa ante mujeres puérperas post quirúrgicas tatuadas	Aptitudes: Desfavorables Indiferente Favorables	Cuantitativa.	Encuesta
d) ante el cumplimiento de normas y procedimientos establecidos ante el VIH	Es una reacción positiva negativa ante el cumplimiento de normas de procedimiento establecidos ante el VIH.	Aptitudes: Desfavorables Indiferente Favorables	Cuantitativa.	Encuesta
e) Ante el cumplimiento de medidas de bioseguridad	Es una reacción positiva ante el cumplimiento de bioseguridad	Aptitudes: Desfavorables Indiferente Favorables	Cuantitativa.	Encuesta

Variable	Definición de Variable	Escala	Indicador	Instrumento
f) ante las medidas de asepsia y antisepsia por punciones accidentales	Es una reacción afectiva positiva ante las medidas de asepsia	Aptitudes: Desfavorables Indiferente Favorables	Cuantitativa.	Encuesta
g) ante la realización del test del VIH al personal de enfermería accidentado	Es una reacción afectiva positiva ante la realización del test del VIH al personal de enfermería accidentado	Aptitudes: Desfavorables Indiferente Favorables	Cuantitativa.	Encuesta

Variable	Definición de Variable	Escala	Indicador	Instrumento
d) De los riesgos laborales	Datos concretos que poseen sobre riesgos laborales	Conocimientos Insuficientes Conocimientos Regular Conocimiento Suficientes	0-4preg correctas 5-9 p.c +de 10 p.c	Encuesta
e) Del responsable de notificación de riesgos laborales	Datos concretos que poseen el responsable de notificación de riesgos laborales	Conocimientos Insuficientes Conocimientos Regular Conocimiento Suficientes	0-4preg 5- 9 p.c +de 10 p.c	Encuesta
f) procedimiento ante el riesgos de contaminación del VIH/sida	Conocimientos suficientes y concretos de los diferentes procedimientos ante el riesgo de contaminación del VIH/sida.	Conocimientos Insuficientes Conocimientos Regular Conocimiento Suficientes	0-4preg 5-9 p.c +de 10 p.c	Encuesta
g) De los fluidos corporales probables de transmitir el VIH/sida.	Conocimientos suficientes y concretos de los fluidos corporales probables de transmitir el VIH/ sida.	Conocimientos Insuficientes Conocimientos Regular Conocimiento Suficientes	0-4preg correctas 5-9 p.c +de 10 p.c	Encuesta

Variable	Definición de Variable	Escala	Indicador	Instrumento
h).ante pruebas de VIH a mujeres sometidas a cirugías	Conocimientos suficientes y concretos ante pruebas de VIH a mujeres sometidas a cirugía.	Conocimientos Insuficientes Conocimientos Regular Conocimiento Suficientes	0-4preg correctas 5-9 p.c +de 10 p.c	Encuesta
Nivel de Actitud	Actitud ante las medidas de bioseguridad	Actitudes: Desfavorables Indiferente Favorables	-	Encuesta
a) Sobre el VIH/sida.	Forma de percibir, pensar acerca de las personas con VIH/sida, es una organización de creencias que predisponen a reaccionar perfectamente de una u otra manera	Actitudes: Desfavorables Indiferente Favorables	Menos de 20 ptos 21-40 ptos Mas de 40 ptos	Encuesta

Variable	Definición de Variable	Escala	Indicador	Instrumento
Nivel de Práctica	Práctica del personal de enfermería sobre el VIH/sida	Prácticas de: Bajo Riesgo Mediano Riesgo Alto Riesgo	Cuantitativa	Encuesta
a) Sobre el VIH/sida	Formadas por Conductas, procedimientos y reacciones, es la forma de actuar y brindar servicios de salud a pacientes con VIH/sida	Prácticas de: Bajo Riesgo Mediano Riesgo Alto Riesgo	cuantitativa	Encuesta
b) Ante los procedimientos riesgosos de contaminación	Formadas por Conductas, procedimientos y reacciones, ante los procedimientos riesgosos de contaminación.	Prácticas de: Bajo Riesgo Mediano Riesgo Alto Riesgo	cuantitativa	Encuesta
c).ante los accidentes laborales riesgosos de contaminación	Esta formada por conducta procedimiento y reacciones ante los accidente riesgo de contaminación	Prácticas de: Bajo Riesgo Mediano Riesgo Alto Riesgo	cuantitativa	Encuesta

Variable	Definición de Variable	Escala	Indicador	Instrumento
d) ante las orientaciones de prevención de contaminación por parte de las pacientes atendidas en el hospital de estudio	Esta formada por conducta y procedimientos ante las orientaciones de prevención de contaminación por parte de las PTE atendidas en el hospital	Prácticas de: Bajo Riesgo Mediano Riesgo Alto Riesgo	cuantitativa	Encuesta
e) ante los materiales descartables.	Esta formada por conducta y procedimientos ante los materiales descartables.	Prácticas de: Bajo Riesgo Mediano Riesgo Alto Riesgo	cuantitativa	Encuesta

VIII. RESULTADOS

Características socio laborales del personal de enfermería en estudio

En relación a los rangos de edad, se encontró que de 20 a 29 años hay un 12.5 %, y del rango de 30 a 35 años hay un 17.5%, y mayor de 35 años 70%, estos resultados están en concordancia con la antigüedad que tienen los trabajadores de laborar en el Ministerio de Salud.

Igualmente encontramos que el sexo femenino prevalece con un 72%, del total de sujetos del estudio.

Aunque en este estudio es irrelevante la procedencia, porque el mismo se realizó en la ciudad capital no debe dejar de señalarse que el 26.3% proceden de los departamentos del país.

En relación con la categoría laboral, sin ser dirigido el estudio, la mayor población encuestada fueron auxiliares de enfermería con 50%, Licenciados @ en enfermería 33.8% y enfermeras profesionales 16.3 %. **Ver en Anexos, Tabla No 1.**

Nivel de Conocimiento (Capacitaciones) del Personal de Enfermería.

En relación a las frecuencias de las capacitaciones recibidas por el personal encuestado, ninguna vez se capacitó el 27.5%(22) personas, una vez 30% (24) personas, de 2ª 5 veces ,20% (16) personas, mas de 6 veces 10% para (8) personas. Recibieron capacitaciones.

Sobre los aspectos en que se ha hecho énfasis en las capacitaciones, se encontró que si bien han sido pocas para la mayoría de los sujetos del estudio, éstas han sido completas en epidemiología, 17.5% prevención.8.8% Bio-seguridad con 2.5% y todas las anteriores 71.3% ha recibido capacitación

Sobre los datos que si conoce los grupos que tienen mayor tasa de VIH positiva, encontramos que la población sujeto del estudio con un 85% para un total de (68) personas, asevera que conocen, el 15% para (12) personas refleja que no conoce

Sobre el conocimiento que se maneja a nivel de los encuestados en relación a los grupos de riesgo, en el que considera estar por su condición de enfermera. 78.8% para (63) personas consideran estar en alto, el 7.5% para 6 personas consideran estar en bajo riesgo, 6.3% para (6) personas consideran estar en mediano riesgo, y el 7.5% para (6) personas no sabe.

En relación a la situación del VIH/sida en el país, el 3.8% para (3) personas refieren que no hay epidemia 23.8% para (19) personas hay una epidemia incipiente 30.0% para (24) personas hay epidemia diseminada, 8.8% para (7) personas hay epidemia diseminada 33.8% para (27) personas no saben nada. **Ver en Anexos, Tabla No 2.**

Actitudes del personal de enfermería en relación al VIH/Sida.

Ante los procedimientos riesgosos de contaminación el 68.8% para (55). Personas refieren que el riesgo es del 50% de probabilidad, 10% para (8) personas refieren que el riesgo es menor del 10% y 5.0% para 4 personas el riesgo es menor del 10% ,16.3% para (13). Personas no saben.

En relación a los accidentes laborales riesgosos de contaminación (al rompérseles métodos de barrera) el 21.3% para (17) personas sujeto del estudio los métodos de barrera se les rompieron de 1ª 4 veces, el 21.3 para (17) personas sus métodos se rompieron de 5ª 12 veces, el 11.3% para (9) personas sus métodos de barrera se rompieron mas de 12 veces el 46.3 para (37) personas sus métodos nunca se rompieron.

Ante las orientaciones de prevención de contaminación por parte de las pacientes atendidas en el hospital el 51.3% para (41) personas refieren dar orientación el 17.5% para (14) personas orientan aproximadamente la mitad de las veces y el 31.3 para (25) personas nunca dieron ninguna tipo de orientación.

Sobre las orientaciones del depósito de materiales descartables en recipientes resistentes a los pinchazos y compatibles con incineración los sujetos del estudio responden: el 86.3% para (41) personas responden siempre el 2.1% para (2) personas respondieron aproximadamente la mitad de la veces el 11.3% para (9) personas afirman que nunca. **Ver en Anexos, Tabla No 3.**

Prácticas del Personal de Enfermería sobre el VIH/Sida.

Sobre la consideración de que a todo paciente que se le diagnostique ITS, se le considere posible portador del VIH, los sujetos del estudio determinan en un 63.8% para (51) personas estar totalmente de acuerdo en que se les consideren posibles portadores. El 23.8% para (19) personas están en desacuerdo. El 12.5% para (10) personas están indecisos en sus respuestas.

Considerando la siguiente información: “yo guardo todas las medidas de bio-seguridad al manejar sangre, fluidos corporales y excreciones con todo paciente”, los sujetos del estudio respondieron en el 88.8% para (71) personas están de acuerdo; el 6.3% para (5) están en desacuerdo; el 12.5% para (10) personas están indecisos.

Sobre la consideración que al atender pacientes púrpuras y/o pos quirúrgica, tatuadas y asumir que podría tratarse de una paciente VIH positiva, el 31.8% para (31) personas están de acuerdo. El 33.8% para 27 personas están en desacuerdo. El 27.5% para (22) personas estuvieron indecisos en sus respuestas.

En relación si creen los sujetos del estudio si es suficiente realizar antisepsia de heridas o punciones accidentales de personas de enfermería con alcohol 70% luego de lavado con agua y jabón, responden: el 45.0% para (24) personas están en desacuerdo, el 27.5% para (22) personas están totalmente de acuerdo, el 17.5% para (36) personas están de acuerdo, el 41.3% para (33) personas están en desacuerdo, el 13.8% para (11) personas están indeciso.

Ante la orientación hospitalaria o superior de que debe realizarse pruebas de VIH cada seis meses a todo el personal de salud, la actitud de los sujetos del estudio fue en el 71.3% para (57) personas, están de acuerdo; el 16.3% para (13) personas, en

desacuerdo; el 5% para 4 personas están indecisos; el 3.8% para (3) personas están en desacuerdo; el 12.5% para (10) personas, están indecisos.

Sobre la consideración de los trabajadores sujetos del estudio de que el hospital debe tener como norma y procedimientos de estricto cumplimiento, realizar pruebas de VIH a todas las pacientes con conductas de alto riesgo, responde el 3.8% para (75) personas están de acuerdo.

El 3.8% para (3) personas están en desacuerdo. El 2.5% para (2) personas están indecisos. **Ver en Anexos, Tabla No 4.**

Sobre los fluidos probables de transmitir el VIH/sida el personal encuestado respondieron el 61.3% para (49) personas que es el líquido amniótico, el 8.8% para (7) personas que es el líquido pleural, el 6.3% para (5) personas que es el líquido sinovial, y el 23.8%, para (19) personas no saben.

Sobre los aspectos capacitados los encuestados respondieron el 17.5% para (14) personas en epidemiología, 8.85% para (7) personas en prevención, el 2.5% para (2) personas en bioseguridad, y el 71.3% para (57) refieren que en todas las anteriores.

En relación al manejo de los procedimientos en accidentes laborales riesgosos de contaminación con el VIH es el mismo independientemente que se conozca o no el resultado de la serología, el 63.8% para (51) persona refieren que si conocen el procedimiento el 36.3% para (29) personas desconocen el procedimiento ante un accidente.

Al preguntar de que si conocen al responsable para la notificación de riesgo laborable el personal encuestado respondió el 80% para (64) personas que es epidemiología el 7.5% para (6) personas respondieron que es el jefe de servicio el 6.3% para (5) personas es la supervisora de turno ,3.7% para (3) personas el jefe de turno y el 2.5% para %2) personas no saben. **Ver en Anexos, Tabla No 5.**

IX. ANALISIS DE RESULTADOS

En este cuadro observamos las características del personal, sujetos del estudio, encontrando que en los rangos de edad de 20 a 29 años con un 12.5 %, y del rango de 30 a 35 años hay un 17.5%, y mayores de 35 con un 70% es decir en concordancia con la antigüedad que tienen los trabajadores de laborar en el >Ministerio de salud.

Igualmente encontramos que el sexo femenino prevalece con un 90%, del total de sujetos del estudio.

Aunque en este estudio es irrelevante la procedencia, por que el mismo se realizo en la ciudad capital no debe de dejar de señalarse que el 26.3% proceden de los departamentos.

En relación con la categoría laboral, sin ser dirigido el estudio, la mayor población encuestada es auxiliares de enfermería con 50%, Licenciados @ en enfermería 33.8% y enfermeras profesionales 16.3 %

Podemos observar que las capacitaciones no son constantes, ni con seguimiento, mucho menos con carácter de obligatoriedad, esto debe ser una alerta verde para las personas que dirigen el programa de VIH/sida, por que del conocimiento de las personas que atienden a los pacientes del programa, depende la calidad de la atención y la seguridad del personal de salud.

Si se considera que debe existir una concatenación entre los diversos aspectos del manejo y dominio del VIH/sida, al no existir constancia y seguimiento en cada componente difícilmente se podrá corregir, elevar y/o mantener la calidad en la atención y la seguridad del personal de salud

Es inaceptable y claramente se visualiza que la actitud de las personas que manejan el programa del VIH/sida, son irresponsables desde el inicio de la consecución del problema, ya que el personal de las áreas intuitivamente manejan que hay epidemia incipiente, otros que concentrada y en el peor de los casos no lo saben, por eso no hay conocimiento, y al no existir una información veraz, no se modulan las actitudes y por tanto la práctica es directamente proporcional al dominio del tema.

Este cuadro refleja la falta de dominio, conocimiento y manejo del VIH/sida, ya que ni siquiera logran verificar con seguridad cuales son los grupos con mayor tasa de positividad.

Es interesante observar como los y las trabajadoras de la salud, aún sin manejar cifras exactas ni promedios sobre la situación del VIH en el país, desconocen si existe endémica, mucho menos epidemia, manejan la mayoría que están en alto riesgo de contraer la enfermedad, contradiciendo su respuestas sobre el conocimiento y manejo de la enfermedad como tal.

Es importante este resultado porque un porcentaje maneja con exactitud cuales son los procedimientos a seguir en caso de un accidente laboral que implique riesgo de contaminación con la enfermedad en cuestión, sin embargo no hay consonancia ni secuencia en el manejo de las actitudes y las prácticas.

Este dato fortalece aún más las situación que se han ido evidenciando desde el inicio del análisis de los resultados, ya que el personal de salud, en determinado momento maneja el qué hacer, cómo hacerlo y en que momento hacerlo, pero como medio de sobre vivencia y protección a sus vidas, no como un estándar de procedimiento, lo cual es francamente irresponsable pero es proporcional al infrecuencia de las capacitaciones.

Como podemos observar las actitudes y prácticas en relación al conocimiento, manejo, seguimiento y protección sobre el VIH-SIDA, tiene el personal de salud, es alarmante que las personas que deben atender al paciente desconozcan o no manejen con seguridad en detalle todas las incidencias que sobre la enfermedad deben tener los trabajadores de la salud, en donde observamos que tampoco son capaces de orientar a las PVVS, e incidir paulatinamente en la no propagación de la enfermedad como tal.

Con este resultado, podría concluir de manera alarmante que en detalle los trabajadores de la salud no están conectados con sus actitudes y prácticas en relación al VIH-SID

Estos datos fortalecen la apreciación que se ha obtenido en cada resultado de la encuesta, donde ha prevalecido el desconocimiento de los trabajadores de la salud sobre la verdadera importancia que adquiere el VIH-SIDA en cada aspecto específico.

Este cuadro refleja esquemáticamente que no existe o que no está establecido una línea de mando que controle las situaciones de emergencia relacionadas con la atención de pacientes con VIH-SIDA, por parte de los trabajadores de la salud, hay desconocimiento de hacia donde y con quien deben avocarse en situaciones de riesgo.

Sobre los resultados, específicamente sobre las ITS, a la fecha puedo concluir que los trabajadores de la salud no están familiarizados con el manejo de las mismas, ni las incidencias que como tales puede traer a la infestación con el virus del VIH-SIDA.

Sobre la consideración que al atender pacientes puérperas y/o post quirúrgicos, tatuados, asume que podría tratarse de una paciente VIH positiva.

EL 12.5% para 10 personas están totalmente en desacuerdo, el 21.3% para 17 personas están en desacuerdo, el 27.5% para 22 personas están indeciso, el 38.8% para 31 persona están total mente de acuerdo.

En relación a esta consideración hay alto estándar de diferencia e indecisión sobre la actitud a tomar, lo cual recalca la falta de capacitación y/o reforzamiento en la secuencia de aspectos específicos de la mencionada enfermedad.

La inexistencia de un patrón estándar de atención y parámetros de seguimiento sobre cada aspecto específico incide considerablemente en la conducta, practicas y actitudes de los trabajadores de la salud, como en este caso que apenas un poco más de la mitad de los encuestados concuerdan en que todas las pacientes que son sometidas a cirugías deben realizarse las pruebas de VIH, en el mismo grupo encontramos que hay quienes están indecisos y otros en desacuerdo

Aún con orientaciones Ministeriales en relación a las prevenciones del virus del VIH-SIDA, las actitudes y prácticas del personal de salud son totalmente transversas, no hay concatenación, probablemente se deba a la misma situación relacionada con la falta de capacitación y seguimiento en cada aspecto de la enfermedad como tal.

El desconocimiento sobre la prevención y la detección temprana de la enfermedad no permite que el personal de la salud oriente su protección ante la enfermedad, desconociendo o respondiendo de manera indecisa sobre la importancia de realizarse el test de Elisa, por las condiciones de alto riesgo en que se labora en las unidades hospitalarias, siendo más de la mitad de los encuestados quienes aseguran estar de acuerdo con la realización de la prueba, cuando debiesen ser todos de manera absoluta los que deberían exigir la misma.

Sobre si los trabajadores de la salud, guardan las medidas de bio-seguridad al manejar sangre, fluidos corporales, y secreciones... etc., observamos que las personas sujetos del estudio no están de acuerdo, o que están indecisos, estas respuestas giran siempre sobre la falta de capacitaciones en el manejo, actitudes y practicas de la enfermedad, y el no designar con carácter de obligatoriedad el cumplimiento de las mismas

Sin el carácter de obligatoriedad en el cumplimiento de las normas en la atención de riesgo, con la consecuente supervisión continua y cotidiana, en relación al manejo de medios de protección, difícilmente se va a incidir en reducir los riesgos de contaminación, afectación y crecimiento de las altas cifras de portadores existentes al fecha con datos conocidos y controlados por el MINSA, sin incluir aquellos datos de personas que no se reportan en las unidades y centros de salud, en este estudio menos de la mitad apenas está de acuerdo con el uso de los medios en la atención del parto.

Si los datos anterior refleja que las personas no utilizan los medios de bio-seguridad para atender situaciones de riesgo relacionadas con el VIH-SIDA, en este cuadro entendemos el por qué del incumplimiento, ya que además del desconocimiento en la mayoría de los casos de la importancia del uso de los medios de protección, hay una relación directamente proporcional a que sencillamente estos medios no son garantizados en tiempo y forma al personal que labora en la atención, lo cual implica que el manejo del programa como tal no esta resultando favorable a los trabajadores de la salud, exponiéndolas a verdaderas situaciones de riesgo.

Con este análisis podría concluir que los trabajadores de la salud, deben recibir un refrescamiento total en el manejo epidemiológico de las diversas situaciones de

atención en salud que realizan, para manejar un solo tipo de antisepsia, coordinación, seguimiento, atención, orientaciones que modifiquen sus actitudes, conocimientos y prácticas en relación con las enfermedades que de manera directa son puntos de riesgos para su salud y que menoscaba la calidad de la atención que realiza.

El desconocimiento de la importancia de diagnosticar a tiempo la enfermedad, al relacionarse con la medida de exigir desde el punto de vista médico legal el test del VIH-SIDA previo y sub.-Secuente a cualquier accidente del personal de salud que se accidente, es inadmisibles que apenas el 76% consideren que es una medida correcta, el restante estén indecisos y en el peor de los casos no están de acuerdo, esta situación únicamente tiene que ver con el mal manejo de los conocimientos y las prácticas que determinaran las actitudes de los trabajadores de la salud.

En este cuadro encontramos que el 21% de las personas de salud no dan ningún tipo de orientación o consejería sobre ITS y VIH-SIDA, el restante dan algún tipo de orientación, sin embargo la condición del contenido de estas orientaciones es dudoso, si se toma en cuenta que estas trabajadoras de la salud, no se les ha estado brindando orientaciones en esta materia, ni seguimiento a los cursos que se imparten.

Dentro de lo que corresponde a las capacitaciones sobre VIH-SIDA, se debe fortalecer los aspectos sutiles de la comunicación y el abordaje al paciente que permita indagar sobre las prácticas riesgosas que podrían incidir en la contaminación con VIH-SIDA, dado que esta enfermedad es un comprobante fatídico, no todo el personal en salud cuenta con esa habilidad que le permitirá desarrollar aptitudes para el manejo de las situaciones.

En este análisis se trata de conceptualizar cuantas orientaciones se han dado en el transcurso del año para que los pacientes atendidos se realicen la prueba del VIH-SIDA, y observamos que al no existir un estándar específico como meta para esta orientación se hace difícil hacer una medición exacta sobre la reglamentación del mismo

La orientación efectiva y el mensaje del Aprender haciendo, pierde su institucionalidad en esta parte de la encuesta, ya que se hace difícil modular la etapa persuasiva sobre la orientación de realizarse determinado tipo de pruebas o exámenes, si el personal que lo ha de orientar, no esta plenamente convencido de la importancia de la realización

del mismo, ya que en cuadro observamos que más de la mitad de los sujetos encuestados no se ha realizado nunca la prueba del VIH-SIDA.

Esta información tiene que ver con el suministro de medios de protección, en el caso de que esta fuese fluida y relativa a la productividad, sin embargo debe relacionarse con la calidad de los mismos y las maneras de utilizarse, en este sentido a los encuestados se les pregunta cuantas veces, se le han dañado los guantes en el momento de un procedimiento, y de manera alarmante responden que nunca menos de la mitad, es decir que el restante de trabajadores de la salud ha estado en múltiples ocasiones en situaciones de riesgo.

En las preguntas del inicio se hace mención de si el trabajador de la salud sabe a quien dirigirse en caso de una lesión cuando se este procediendo a atender a un paciente infectado, encontramos en ese momento que no existe una línea de mando al frente de estas situaciones, en este caso la pregunta se relaciona con el contacto directo con sangre, fluidos corporales o secreciones del paciente, de las personas de salud, sujetos del estudio y que atienden directamente, aunque el 70 % de los mismos responden que nunca el 30% restante aseguran que en algún momento si estuvieron en riesgo, sin embargo hacia quienes deben de haberse dirigido, lo cual queda sin respuesta

En este dato hace referencia al uso de medios de bioseguridad en la atención del parto y del recién nacido, la respuesta debe relacionarse con la disposición y suministro de tales medios, lo cual determina en la practica la frecuencia del uso que modifica la actitud.

Es importante encontrar en los resultados de este cuadro que la mayoría del personal cumple la orientación de depositar los materiales descartables en recipientes resistentes a los pinchazos y compatibles con incineración, en relación al incumplimiento de otras prácticas orientadas en el proceso de atención en esta patología.

En relación a que si se realiza el cambio de guantes, previo procedimiento de lavado de manos al notar que este se ha roto o esta picado, los resultados establecen que hay una muy buena práctica y actitud en esta actividad, a pesar de que otras de gran envergadura no son reales.

En relación al comportamiento de los sujetos del estudio ante los pacientes después de un accidente corto punzante, afirman que más de la mitad en esa situación mantienen la calma y controlan la situación, y el restante reaccionan con desesperación, esto tiene que ver con el desconocimiento en detalle de la enfermedad como tal y paso a paso de los procedimientos que van a determinar sus actitudes y practicas.

X. CONCLUSIONES

1. se encontró que los rangos de edades oscilan entre 20– 35 años y mayores de 35 años 56 personas es decir en concordancia con la antigüedad que tienen de laborar en el Ministerio de Salud, prevaleciendo el sexo femenino con el 72% del total de los sujetos estudiados. En relación a la procedencia el 26.3% proceden de los departamentos, y con la categoría laboral sin ser dirigido el estudio, la mayor población encuestada son auxiliares de enfermería con un 50%, seguidos de las (os) licenciados en enfermería en un 33.8% y el 16% enfermeras profesionales.
2. El nivel de conocimientos del personal de enfermería del hospital Berta Calderón considera que el VIH/SIDA es una enfermedad incurable, conocen el procedimiento a seguir en caso de accidente laboral que implique riesgo de contaminación con VIH. (Considerándolo como conocimiento suficiente)
3. Las actitudes encontradas entre los encuestados fueron expresadas que parcialmente reciben equipos y materiales de bioseguridad en el ejercicio de la profesión (Clasificándola como una actitud indiferente) y un porcentaje considerable de los encuestados están de acuerdo que al personal de enfermería accidentado le realicen el test del VIH.(siendo esta una actitud favorable)
4. En la práctica del ejercicio profesional el personal de enfermería reporta que sufrió cortaduras y/o pinchazos y no fueron reportados como accidente laboral, considerado como alto riesgo de contaminación. Sobre la relación de contraer la infección ante una punción accidental con aguja proveniente de un paciente VIH los encuestados respondieron que la probabilidad del riesgo de contagio es del 50 %. Sobre los fluidos corporales que tienen mayor probabilidad de transmitir el VIH, los encuestados respondieron que el 61.3 % es el líquido amniótico.. Quizás esta repuestas se deban a la característica del hospital en estudio Aun así llama la atención dado que el porcentaje que desconocen es alto.

XI. RECOMENDACIONES

1. El MINSA en coordinación con la sub. Dirección docente del HBCR debe capacitar, al personal de enfermería sobre aspectos generales del VIH/sida. La prevención del VIH/sida solo será eficaz si se logra un compromiso político y comunitario absoluto para cambiar o disminuir los comportamientos de alto riesgo de contagio VIH/sida y/o a los estudiantes Auxiliares de enfermería de la escuela Yolanda Mayorga impartirles conocimientos concretos y los medios necesarios para disminuir su frecuencia y evitar conductas peligrosas.
2. Normar todo lo concerniente a las medidas de bioseguridad que incluya el protocolo de accidente laboral con riesgo de contaminación con VIH/sida. Y garantía de calidad, al igual se deben hacer valer el derecho de la ley general de salud y ley 238 vigente en nuestro país.
3. Garantizar equipos de protección, así como la supervisión y el uso adecuado de los mismos al momento de asistir a nuestras pacientes.
4. Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica creando un comité de VIH/sida.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre R. SIDA y Escucha: prevención en convivencia. **Informe Sanitario, sobre la dinámica de la infección por el VIH-SIDA en la comunidad**, SIDA: sociedad y derechos humanos: Madrid: Cruz Roja Española: 1992 pp. 12-14.
2. Amigos prodigy contra el SIDA: **Los virus del SIDA; VIH y SIDA**. Médico DF 1996-2000.
3. CDC Atlanta. Center for Disease Control .**Gudeline HIV testing**. USA. MMWR 1996, 45,316.
4. Características de los **conocimientos, actitudes y prácticas de las normas de control de infecciones**, entre los alumnos del cuarto y quinto año de odontología: Universidad Nacional “San Luís Gonzaga” del ICA 1997 pp. 69.
5. Cruz Roja Nicaragüense **protocolo de atención al usuario**. 2008
6. Cousins N: **Head fist the biology of hope**: Universidad de California: USA 1998 pp.49.
7. Cordero Rizo. Martha. **Evaluación del Programa ETS/VIH/SIDA en 13 municipios de SILAIS de Matagalpa**: Nicaragua. Nov. 2007 pp. 39.
8. CONASIDA: Manual OPS de encuesta Cáp. Sobre SIDA y ETS: OPS-OMS.
9. Delgado. **Beatriz. Manual de Técnicas Básicas de bioseguridad aplicables a trabajadores de la salud**. Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH/SIDA: MINSA: Nicaragua Julio 2003 pp. 75. – 82.

10. Estrada Hugo **Editorial: SIDA HOY**, No. 77 México: Abril 2003 PP. 2.
11. FNUAP/MINSA: **Manual Nacional del Programa VIH/SIDA**: MINSA Nicaragua: 1997 pp. 20.
12. GARCIA ROM OPS, **Manual Auto educativo, EL SIDA** Vol.105 Oficina Sanitaria Panamericana: México, 1990 pp.5y 6.
13. Haaron Salooje: Avy violari, **Infección por VIH en niños**, BMI. América central y del caribe, Primer Trimestre 2002, pp. 2 y 3.
14. Hernández. Juane **Grupo de Trabajo Sobre tratamientos de VIH**, Barceló España: abril 2003.pp2 y 3.
15. Hernández AM. Enfoque de en **Investigación Sobre VIH/SIDA. Salud Reproductiva**. Instituto Nacional de Salud Publica México ,1995 pp.67.
16. Uruguay. 1998 16. Informe Epidemiológico Nacional del MSP. **Programa Nacional de Control ITS /SIDA**, Ministerio de Salud Publica pp.23.
17. JAMA .2007, 296, 1055-62.
18. LOPEZ M, Mario R: **Proceso de Enseñanza**, Equipo CATIE MIP –AF – NORAD: UNAN – Managua, Nicaragua, Enero 2003 pp12 y 16.
19. Melgar Ivonne: **Organizado: SIDA HOY**: No.80: julio 2003 pp.14
20. MINSA: **Manual Nacional del Programa ITS /VIH/SIDA**: Nicaragua, 2002. pp.12.

- 21 MINSA- OPS: **Comisión Nacional de Lucha contra el SIDA:** Nicaragua 2000 - 2004
22. Murillo David Alberto: prodigy amigos: **Libres expresión: SIDA HOY**, num. 78
México: Mayo 2003 pp. 11
- 23 Murria: D. Richard. **Manual de VIH para profesionales de la salud.** Plan Estratégico nacional de lucha contra el SIDA. Manual Moderno ONUSIDA, PASCA México. DDF.1995: pp.23:44
24. Pazos Luís: **Educación del personal:** Arto, SIDA HOY: numero 77: México: abril 2003. pp. 7.
25. Richard son Diane: Políticas y prevención, **Peligro oculto de la mujer y SIDA**
Editorial Manual Moderno 1990, pp. 116 117
- 26 Riegelman Richard K: Hirisch Robert. **Como estudiar un estudio y como aprobar una prueba:** Literatura Médica OPS. No. 531: México 1989.Cáp.8, 9. 26.
27. Salido Regel Francisco **Manual SIDA Manejo del paciente con VIH:** México el Manual Moderno: 2da Ed: 1997: pp. 65: 78-80.
28. Sanpieri Hernández Roberto: **Metodología de la Investigación:** 3ra Edición McGraw .9 Hill: México 1997: pp. 277-299, Cap.8, 9.
- .
29. SIU Cano: **Candida: Calidad de los programas VIH / SIDA:** Ocotal, Nicaragua: diciembre 2002: pp.9.
30. Urbina Aguilera: Julia: **Evaluación del programa VIH / SIDA.** SILAIS, Masaya, Nicaragua, Diciembre 2002.pp. 59

31. Velásquez de V. G. Darío. G. R. **Fundamentos de Medicina. SIDA Enfoque integral.** Medellín: Colombia. 1996. pp.82- 84.

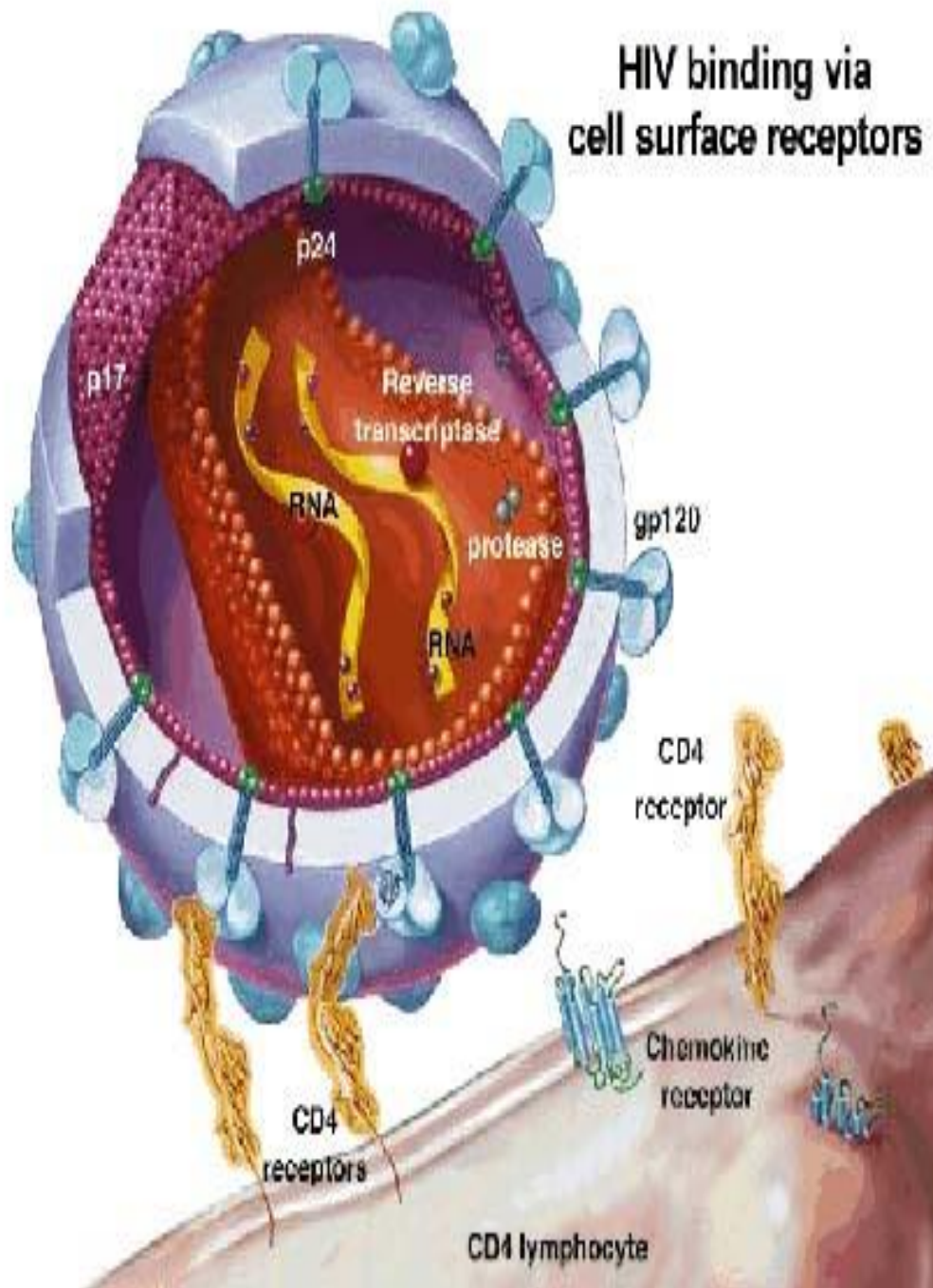
32. Vélez: H, Rojas: M; **Corporación para Investigaciones Biológicas:** Fundamentos de Medicinas: Medellín: Colombia: 1993.

33. Villamil Jenaro: **Informe del Grupo de Trabajo Mundial establecido contra la pandemia del VIH,** México, Marzo 2005 pp. 51.

34. WHO,Recommended Surveillance Standards Second; edition , USA . Octubre. 2004,pp.99,cap. 2 .

ANEXOS

HIV binding via cell surface receptors





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA ALUD
INSTRUMENTO Nº. 1.



ENCUESTA CAP SOBRE VIH/SIDA

Estimado personal de enfermería, agradezco su participación en esta encuesta, los resultados de esta investigación serán utilizados para proponer algunas medidas o normas que nos protejan del riesgo laboral al que estamos expuestas durante la atención de los pacientes VIH - SIDA y a mejorar la calidad del servicio brindados a estos pacientes; además estos datos serán mantenidos bajo confidencialidad por lo que serán llenados anónimamente.

I. Características Socio Demográficas:

- | | |
|--------------------|-----------------------------|
| 1) Edad años _____ | 4) Categoría laboral |
| 2) Sexo _____ | Lic. enfermería ____ |
| Masculino____ | Enfermería profesional ____ |
| Femenino____ | Auxiliar de enfermería ____ |
| 3) Procedencia____ | |

II. Conocimientos sobre el VIH/SIDA.

4.- ¿Qué conocimientos tiene usted sobre el VIH Sida?

- Que es una enfermedad incurable_____
- Que solo la padecen los jóvenes_____
- Que solo la padecen los y las trabajadoras del sexo_____
- Que solo la padecen los homosexuales_____
- Que solo lo padecen los niños de madres con VIH/SIDA
- Que solo se transmite por contacto con fluidos del cuerpo humano
- Con que frecuencia a recibió capacitaciones acerca del VIH/ sida durante el 2008

Fue.

Ninguna vez-----

- Una vez-----
- Tres veces-----
- 2—5 veces-----
- 10 veces-----
- Mas 10 veces-----

EN que aspectos ha recibido más capacitaciones

Epidemiología-----

Aspectos epidemiológicos (grupos más afectados, factores de riesgos etc.

Prevención-----

Bioseguridad (Prevención de accidente, como punciones y heridas, contaminación -----

--

Todas las anteriores-----

Ninguna de las anteriores-----

Las siguientes preguntas pretenden obtener información sobre sus conocimientos en torno el ejercicio profesional con relación el VIH - SIDA.

5.- Según los datos del MINSA, la situación del VIH-SIDA en Nicaragua es la siguiente:

No hay epidemia. _____

Hay epidemia incipiente _____

Hay epidemia diseminada _____

Hay epidemia concentrada _____

No se _____

6.- En la actualidad, aquí en Nicaragua ¿Cuál de los siguientes grupos tiene mayor tasa de VIH positiva?

Varones homosexuales _____

Varones heterosexuales _____

Mujeres homosexuales _____

Mujeres heterosexuales ____
Niños, hijos de madres VIH positivo ____
Niños y adultos que ejercen la prostitución ____
No se ____

7.- En que grupo de riesgo considera estar usted, por su condición de enfermeras/os o personal de salud?

Bajo riesgo ____
Mediano riesgo ____
Alto riesgo ____
No se ____

8.- Conoce usted el procedimiento a seguir en caso de accidente laboral que implique riesgo de contaminación con VIH?.

Si ____ No ____

9.- Conoce el procedimiento a seguir en caso de accidente laboral que implique el riesgo de contaminación con VIH, es el mismo independientemente que se conozca o no los resultados de la serología del caso: Fuente de contagio”.

Si se ____
No se ____

10.- Conoce usted cuál es el procedimiento a seguir ante una persona que por primera vez resulte con un test de Elisa positivo.

Repetir el examen ____
Realizar un Wester blot ____
Iniciar tratamiento para VIH ____
Indicar test de Elisa a sus contactos sexuales ____
Indicar test de Elisa a sus hijos ____

11.- Ante una punción accidental con aguja proveniente de un paciente de VIH ¿Conoce usted cuál de los siguientes enunciados es correcto con relación al riesgo de contraer la infección?

El riesgo es menos del 10% de probabilidad ____

El riesgo es de 40% de probabilidad ____

El riesgo es de 50% de probabilidad ____

No se ____

12.- ¿Conoce usted cuál de los siguientes fluidos corporales es más probable de transmitir el VIH?

Líquido amniótico ____

Líquido pleural ____

Líquido sinovial ____

No se ____

13.- ¿Conoce usted quién es la persona responsable de recibir notificación de accidente laboral como herida o punciones con riesgo de contraer infección por VIH en este Hospital?

Jefe de turno ____

Jefe servicio ____

Supervisor de turno ____

Epidemióloga ____

Director de atención médica ____

No se a designado a quien notificarlo este tipo de accidente ____

No se a quien notificar ____

14.- ¿Conoce usted los procedimientos ante una mujer sometida a cirugía, con VIH/SIDA?

Si____ No_____

III. Actitudes ante personas con VIH/SIDA:

Los siguientes acápites pretenden obtener información acerca de cómo actuaría usted ante determinadas situaciones del ejercicio profesional.

15.- Considera usted que a toda paciente que se le diagnostique ITS debe ser considerada como posible portador de VIH usted está?

Totalmente de acuerdo. _____

De acuerdo. _____

Indeciso. _____

En desacuerdo. _____

Totalmente en desacuerdo _____

16.- Considera Usted que al atender pacientes puérperas y/o post quirúrgicas, tatuadas asume que podría tratarse de una paciente VIH positiva?.

Totalmente de acuerdo. _____

De acuerdo. _____

Indeciso. _____

En desacuerdo. _____

Totalmente en desacuerdo _____

17.- Considera Usted que el hospital debe tener como una de las normas hospitalaria de estricto cumplimiento realizar pruebas VIH a toda paciente con conducta de alto riesgo?

Totalmente de acuerdo. _____

De acuerdo. _____

Indeciso. _____

En desacuerdo. _____

Totalmente en desacuerdo _____

18.- Como actúa usted ante las pacientes que se les debe realizar la prueba de VIH/SIDA antes de ser sometida a cirugía?

Con mucha precaución_____

Si temor_____

Con calma_____

Desconoce como actuar_____

19.- Como actúa usted ante la orientación Ministerial o Superior de realizar pruebas de VIH a toda mujer embarazada durante el control prenatal?

De acuerdo.____

Totalmente en desacuerdo.____

Indeciso.____

En desacuerdo.____

Totalmente en desacuerdo.____

20.- Como actúa usted ante la orientación hospitalaria o superior de debe realizarse previamente pruebas de VIH cada 6 meses a todo el personal de salud?

De acuerdo.____

Totalmente de acuerdo.____

Indeciso.____

En desacuerdo.____

Totalmente en desacuerdo.____

21.- Como actúa usted ante todas las medidas de bioseguridad al manejar sangre, fluidos corporales y excreciones de todo paciente?

Con mucha precaución_____

Si temor_____

Con calma_____

Desconoce como actuar_____

No Sabe_____

22.- Ante la siguiente afirmación: es necesario utilizar máscara tapa boca y protección ocular durante la atención del parto, solamente en aquellas pacientes que identifiquen comportamientos de riesgos ¿Cómo actúa usted?.

Totalmente de acuerdo._____

De acuerdo._____

Indeciso._____

En desacuerdo._____

Totalmente en desacuerdo._____

23.- Recibe Usted todo el equipo y material de Bioseguridad en el ejercicio de su profesión para la atención de paciente potenciales VIH/SIDA

Si completamente_____

Si parcialmente_____

No _____

Innovaciones con materiales_____

24.- Como actúa usted ante las medidas de antisepsia de heridas o punciones accidentales?

Con precaución_____

Utilizando un buen lavado con agua abundante y jabón en la parte afectada_____

Utilizando alcohol al 70%, posterior al lavado correcto_____

25.- Ante la medida de exigir desde el punto de vista médico legal, el Test de HIV previo y los subsecuentes al personal de enfermería, accidentado ¿Usted está?.

Totalmente de acuerdo._____

De acuerdo._____

Indeciso._____

En desacuerdo._____

Totalmente en desacuerdo._____

Prácticas del personal de enfermería ante el paciente con VIH/SIDA:

Los siguientes acápite pretenden obtener información acerca de sus prácticas en torno al ejercicio profesional.

26- Brinda usted consejería sobre ITS y VIH/SIDA por considerarla necesaria en la prevención de nuevos casos

26- Brinda usted consejería sobre ITS y VIH/SIDA por considerarla necesaria en la prevención de nuevos casos

Indaga sobre las prácticas riesgosas para adquirir VIH - SIDA (sexuales o no) en toda paciente?

Siempre.____

Casi siempre._____

Aproximadamente la mitad de las veces._____

Casi nunca._____

Nunca._____

27.- Durante el año 2008 ¿A cuántos pacientes les orientó realizarse pruebas de VIH?.

Más de 12_____

Entre 1 – 4_____

Entre 9 – 12_____

Nunca _____

Entre 5 – 8_____

28.- Durante el año 2007 ¿Cuántas veces se realizó usted pruebas de VIH?

2 veces al año._____

1 vez al año._____

Nunca._____

29.-Durante el año 2008 ¿Con qué frecuencia durante procedimientos quirúrgicos, sus métodos de barrera (guantes) se rompieron y entró en contacto con sangre, fluidos corporales o excreción?.

Más de 12 veces. _____

Entre 9 - 12 veces. _____

Entre 5 - 8 veces. _____

Entre 1 - 4 veces. _____

Nunca. _____

29.- Durante 2008, el sufrir cortaduras o punciones que entraron en contacto con sangre corporales o excreción de su paciente ¿Reportó usted los accidentes?.

Siempre. _____

Casi siempre. _____

Aproximadamente la mitad de las veces. _____

Casi nunca. _____

Nunca. _____

30.- Durante la atención del parto y cuidados del recién nacido ha utilizado tapa boca y protectores oculares?.

Siempre. _____

Casi siempre. _____

Aproximadamente la mitad de las veces. _____

Casi nunca. _____

Nunca. _____

31.- Deposita usted los materiales descartables en un recipiente resistente a los pinchazos y compatibles con incineración?.

Siempre. _____

Casi siempre. _____

Aproximadamente la mitad de las veces. _____

Casi nunca. _____

Nunca. _____

32.- Cambia de guante, previo procedimientos de lavado de manos al notar que este se ha roto o está picado?.

Siempre. _____

Casi siempre. _____

Aproximadamente la mitad de las veces. _____

Casi nunca. _____

Nunca. _____

33. ¿Cuál es su comportamiento ante el paciente después de un accidente corto punzante?

Calma y control de la situación _____

Desesperación _____

Desconocimiento _____

Tabla 1 Características Socio-Demográficas del personal de enfermería del Hospital Berta Calderón
Conocimientos, Actitudes y Prácticas del Personal de Enfermería del Hospital “Berta Calderón Roque” de Managua Enero-Septiembre 2008

Características Socio-Demográficas	No	%
Encuestados	80	100.0
Grupo de Edad		
De 20 a 29 años	10	12.5
De 30 a 35 años	14	17.5
Mayor de 35 años	56	70.0
Sexo		
Femenino	72	90.0
Masculino	8	10.0
Procedencia		
Managua	59	73.8
Departamento	21	26.3
Categoría Laboral		
Lic. en Enfermería	27	33.8
Enfermeras Profesionales	13	16.3
Auxiliares de Enfermería	40	50.0

Fuente: Encuesta

Tabla 2 Nivel de conocimiento (Capacitaciones) del personal de enfermería del Hospital Berta Calderón
Conocimientos, Actitudes y Prácticas del Personal de Enfermería del Hospital “Berta Calderón Roque” de Managua Enero-Septiembre 2008

Capacitaciones	No	%
Encuestados	80	100.0
Frecuencia de las capacitaciones		
Ninguna vez	22	27.5
Una vez	24	30.0
De 2 a 5 veces	16	20.0
Más de 6 veces	8	10.0
Aspectos Capacitados		
Epidemiología	14	17.5
Prevención	7	8.8
Bioseguridad	2	2.5
Todos los anteriores	57	71.3
Conoce los grupos que tienen mayor tasa de VIH positivo		
SI	68	85.0
NO	12	15.0
Grupo de riesgo en el que considera estar por su condición de enfermer@		
Alto Riesgo	63	78.8
Bajo Riesgo	6	7.5
Mediano Riesgo	5	6.3
No se	6	7.5
Situación del VIH/sida en el país		
No hay Epidemia	3	3.8
Hay Epidemia Insipiente	19	23.8
Hay Epidemia Diseminada	24	30.0
Hay Epidemia Concentrada	7	8.8
No se	27	33.8

Fuente: Encuesta

**Tabla 3. Nivel de Conocimiento del personal de enfermería del HBCR
Conocimientos, Actitudes y Prácticas del Personal de Enfermería del Hospital
“Berta Calderón Roque” de Managua Enero-Septiembre 2008**

Nivel de Conocimiento	No	%
Encuestados	80	100.0
Fluidos corporales probables de transmitir el VIH/SIDA		
Líquido amniótico	49	61.3
Líquido pleural	7	8.8
Líquido sinovial	5	6.3
No se	19	23.8
Aspectos Capacitados		
Epidemiología	14	17.5
Prevención	7	8.8
Bioseguridad	2	2.5
Todos los anteriores	57	71.3
Manejo de los procedimientos en accidentes laborales con riesgo de contaminación con VIH		
SI	51	63.8
NO	29	36.3
Conoce al responsable para la notificación de riesgos laborales		
Epidemiología	64	80.0
Jefe de servicios	6	7.5
Supervisora de turno	5	6.3
Jefe de turno	3	3.7
No se	2	2.5

Fuente: Encuesta

Tabla 4.
Actitudes del personal de enfermería del Hospital Berta Calderón
Conocimientos, Actitudes y Prácticas del Personal de Enfermería del Hospital
“Berta Calderón Roque” de Managua Enero-Septiembre 2008

Actitudes del personal	No	%
Piensa que las personas con I T S son consideradas como posibles portadores de VIH/sida.		
De acuerdo	51	63.8
En desacuerdo	19	23.8
Indeciso	10	12.5
Cumplimiento de medidas de bioseguridad.		
De acuerdo	71	88.8
En desacuerdo	5	6.3
Indeciso	4	5.0
Mujeres puérperas post quirúrgicas tatuadas		
De acuerdo	31	31.8
En desacuerdo	27	33.8
Indeciso.	22	27.5
Medidas de asepsia y antisepsia por punciones accidentales.		
De acuerdo	36	45.0
En desacuerdo	33	41.3
Indeciso	11	13.8
Realización del test VIH al personal de enfermería accidentado.		
De acuerdo	57	71.3
En desacuerdo	13	16.3
Indeciso	10	12.5
Cumplimiento de normas y procedimiento establecido ante el VIH		
De acuerdo	75	3.8
En desacuerdo	3	3.8
Indeciso	2	2.5

Fuente: Encuesta

Tabla No 5.
Conocimientos, Actitudes y Prácticas del Personal de Enfermería del Hospital
“Berta Prácticas del personal de enfermería del Hospital Berta Calderón
Calderón Roque” de Managua Enero-Septiembre 2008

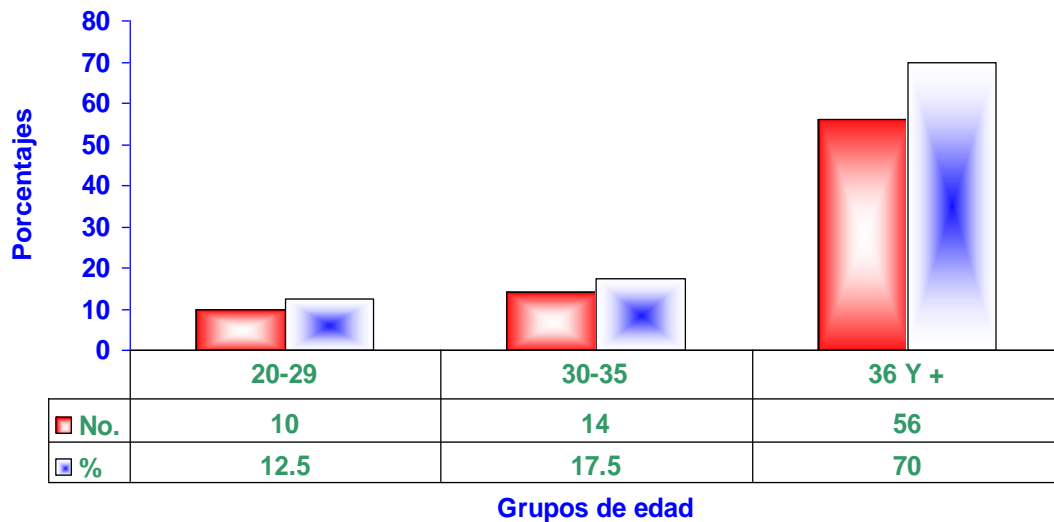
practicass del personal	No	%
Encuestados	80	100.0
Ante los procedimiento riesgoso de contaminación		
Riesgo de 50% de probabilidad	55	68.8
Menor del 10%	8	10.0
Es de 40 %	4	5.0
No se	13	16.3
Accidentes laborales riesgo de contaminación		
De 1 a 4 veces	17	21.3
De 5 a 12 veces	17	21.3
Mas de 12 veces	9	11.3
Nunca	37	46.3
Orientaciones de prevención de contaminación por parte de las pacientes atendidas en el hospital		
Siempre		
Aproximada mente la mitad de las veces	41	51.3
Nunca	14	17.5
	25	31.3
Ante los materiales descartables		
Siempre	69	86.3
Aproximada la mitad de las veces	2	2.1
Nunca	9	11.3

Fuente: Encuesta

GRAFICOS

I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICA DE LAS PERSONAS DEL ESTUDIO

(n=80)

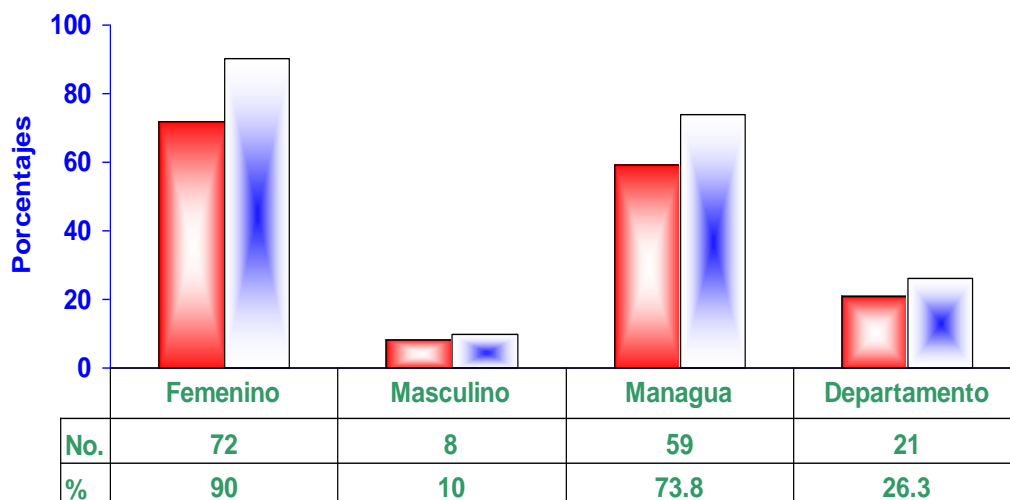


Fuente: Tabla: 1

Grupos de edad	
<input type="checkbox"/>	<u>No.</u>

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICOS DE LAS PERSONAS DEL ESTUDIO

(n=80)

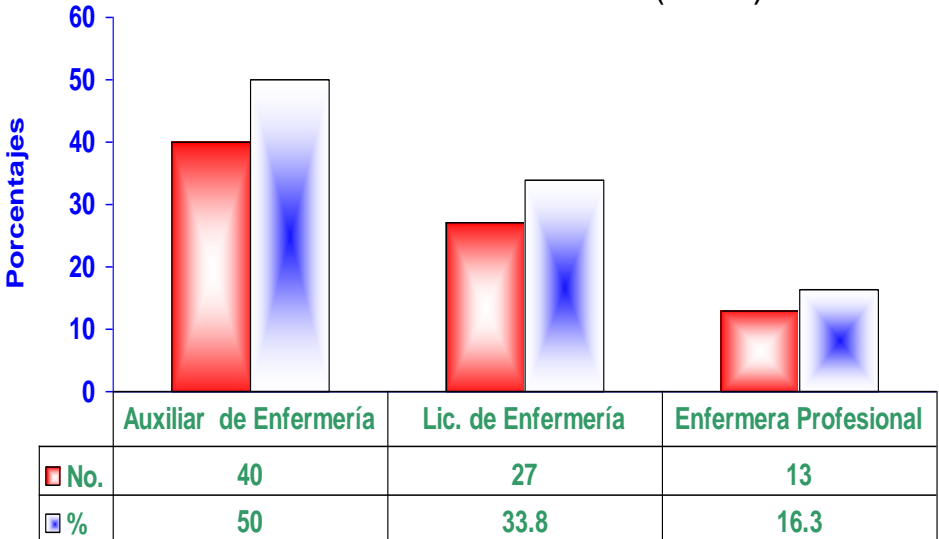


Fuente: Continuación de la 1

■ No.

CARACTERISTICAS SOCIOLABORAL DE LAS PERSONAS DEL ESTUDIO

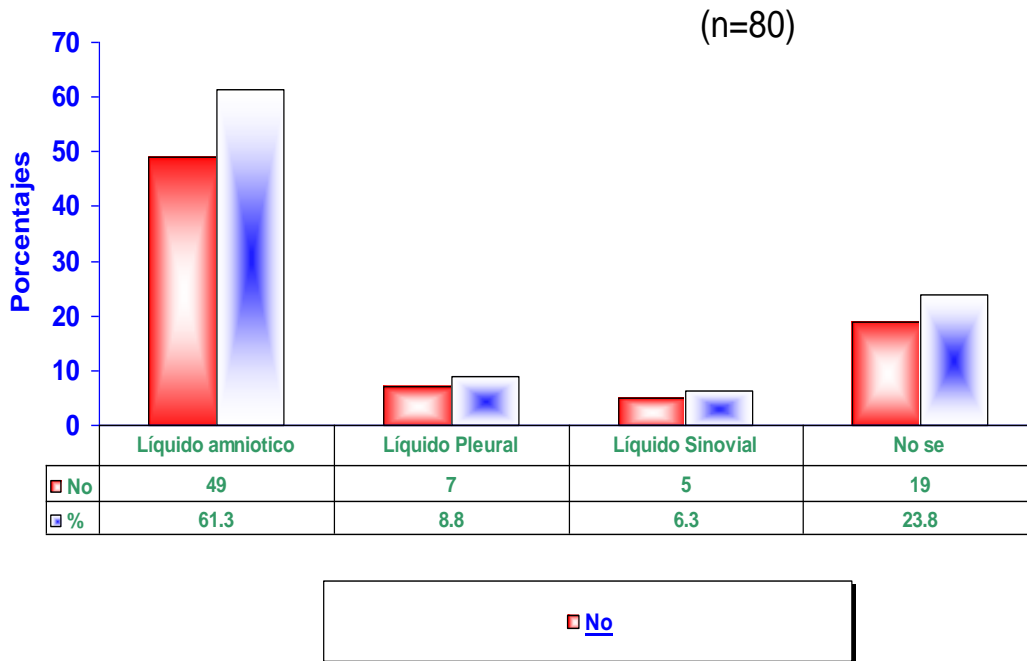
(n=80)



Fuente: Continuación de la 1

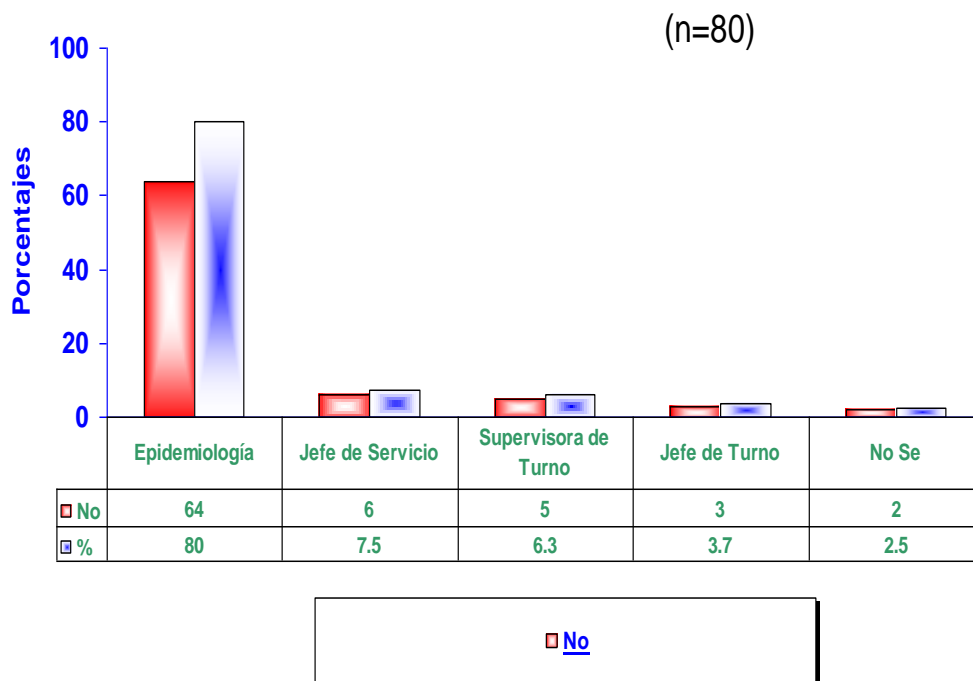
No.

II. NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MANEJO DE VIH/SIDA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA



Fuente: Tabla: 7

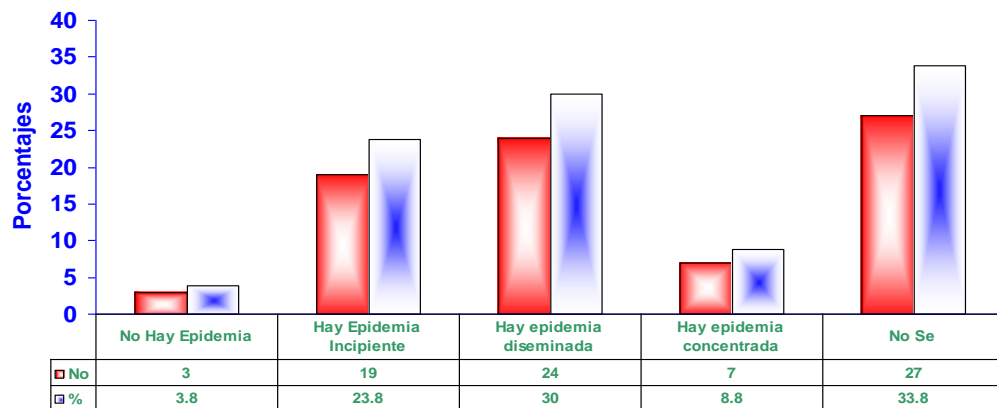
II. CONOCE AL RESPONSABLE PARA LA NOTIFICACIÓN DE RIESGO LABORALES



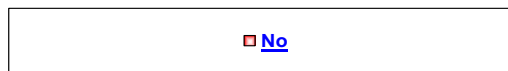
Fuente: Tabla: 7

SITUACION DEL VIH/sida EN EL PAIS

(n=80)



Fuente: Tabla 11



III. ACTITUDES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL

VIH/SIDA. (Piensa que las personas con ITS son consideradas como posible portadora de VIH/sida)

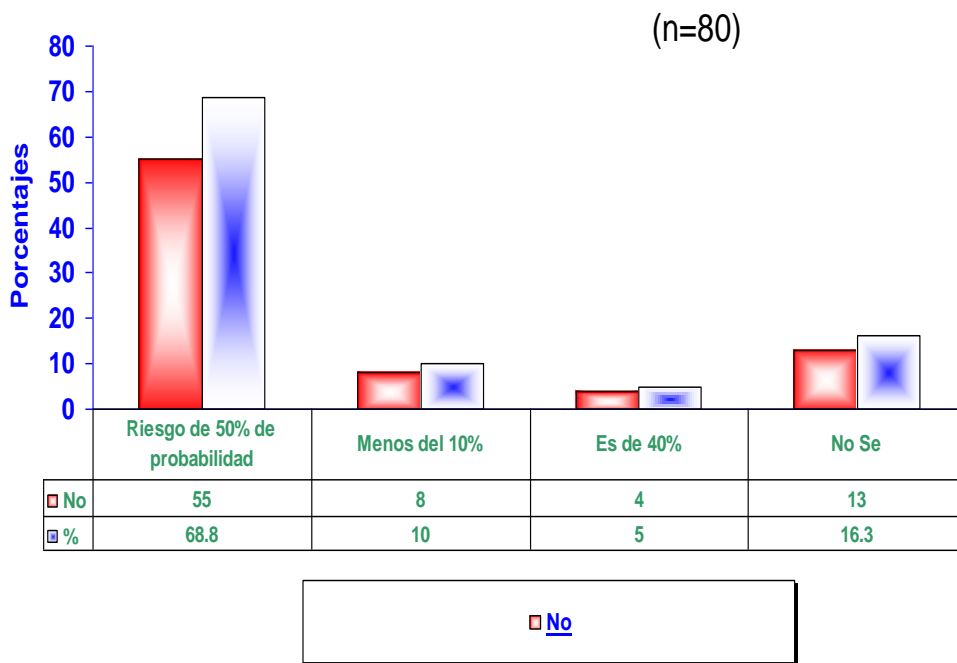
(n=80)



No

Fuente: Tabla 17

IV. PRACTICAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL VIH/SIDA. (consejería sobre ITS y VIH/sida por considerarla necesaria en la prevención de nuevo casos)



Fuente: Tabla 22