

UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL ESTADO DE PUEBLA

Sistema de Universidad Abierta



Tesis para Obtener el Título de Licenciadas en Enfermería y Obstetricia

COMPORTAMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON SIDA EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36 DEL IMSS PUEBLA

Presentan:

Esther Díaz Herrera

y

Rosa María Ramírez Tenorio

Asesores:

- Mtra. en Salud Pública Guadalupe Josefina Pérez Gutiérrez
- Dr. Ricardo Cortes Chávez

Puebla, Pue., Marzo del 2000



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION ESTATAL EN PUEBLA
CENTRO MEDICO NACIONAL "MANUEL AVILA CAMACHO"
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 36
JEFATURA DE EDUCACION MEDICA E INVESTIGACION

Julio 20 de 1998

Oficio No. 6061/411/040

ENFERMERA
ESTHER DIAZ HERRERA
PRESENTE

Me permito comunicar a usted, que el comité de investigación -- de esta unidad, con número de catálogo 411, tuvo a bien autorizar la elaboración de su protocolo titulado:

COMPORTAMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON SIDA EN EL H.G.R. 36 DEL IMSS PUEBLA.

A la vez solicito a usted, se proporcione información sobre el grado de avance de dicho trabajo, y deberá de hacer entrega -- junto con su tesis de un resumen no mayor de 200 palabras y un mínimo de 4 a 5 palabras claves, que pueden ser proporcionadas en el centro de documentación en salud de esta unidad.

ATENTAMENTE
"SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL"

DRA. ROSA MA. CARRASCO FERNANDEZ
JEFE DE EDUC. MEDICA

C.C.F. C. JESUS MTZ. MONTIEL, JEFE DE ARIMAC. -- PARA AUTORIZACION DE ACCESO AL ARCHIVO EN CASO DE REQUERIRLO Y EL PERIODO QUE CONSIDERE NECESARIO.

D'RMCF/Jxm



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION ESTATAL EN PUEBLA
CENTRO MEDICO NACIONAL "MANUEL AVILA CAMACHO"
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 36
JEFATURA DE EDUCACION MEDICA E INVESTIGACION

Julio 20 de 1998

Oficio No. 6061/411/040

ENFERMERA
ROSA MA. RAMIREZ TENDRIO
PRESENTE

Me permito comunicar a usted, que el comité de investigación - de esta unidad, con número de catálogo 411, tuvo a bien autorizar la elaboración de su protocolo titulado:

COMPORTAMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON SIDA EN EL H.G.R. 36 DEL IMSS PUEBLA.

A la vez solicito a usted, se proporcione información sobre el grado de avance de dicho trabajo, y deberá de hacer entrega -- junto con su tesis de un resumen no mayor de 200 palabras y un mínimo de 4 a 5 palabras claves, que pueden ser proporcionadas en el centro de documentación en salud de esta unidad.

ATENTAMENTE
"SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL"

DRA. ROSA M. CARRASCO FERNANDEZ
JEFE DE EDUC. MEDICA

C.C.F. C. JESUS MTZ. MONTIEL JEFE DE ARIMAC. - PARA AUTORIZACION DE ACCESO AL ARCHIVO EN CASO DE REQUERIRLO Y EL PERIODO QUE CONSIDERE NECESARIO.

D'RMCF/JLM



H.Puebla de Z. 21 de Noviembre de 1997

**ASUNTO: ACEPTACIÓN DE PROTOCOLO DE
INVESTIGACIÓN**

La que suscribe **E.D.P. FLORENTINA SALAZAR MENDOZA**, Coordinadora de la Escuela de Enfermería de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, establece la **A C E P T A C I Ó N** del Protocolo de Investigación titulado "Comportamiento del personal de Enfermería en el manejo del paciente con SIDA en el H.R.G. No. 36 Gral de Div. Manuel Ávila Camacho del IMSS Puebla" presentado por Díaz Herrera Esther y Ramírez Tenorio Rosa María, alumnas de la Licenciatura en Enfermería , continuando así con su investigación para sustentar examen profesional como requisito de titulación que establece el Reglamento General de Titulación de la Universidad y la Escuela de Enfermería.

ATENTAMENTE
"LA CULTURA AL SERVICIO DEL PUEBLO"

E.E.D.P. FLORENTINA SALAZAR MENDOZA
COORDINADORA DEL LA ESCUELA DE ENFERMERÍA



**E.E.D.P. FLORENTINA SALAZAR MENDOZA
COORDINADORA DE LA ESCUELA DE
ENFERMERÍA UPAEP AC**

P R E S E N T E:

La que suscribe **M.C. GUADALUPE JOSEFINA PÉREZ GUTIERREZ**, asesor de Tesis Profesional de la Escuela de Enfermería UPAEP, por medio de la presente hace constar que el trabajo de Investigación titulado "Comportamiento del personal de Enfermería en el manejo del paciente con SIDA en el H.G.R. No. 36 Gral. de Div. Manuel Ávila Camacho del IMSS, Puebla" presentado por las alumnas Díaz Herrera Esther y Ramírez Tenorio Rosa María, ha sido concluido para su presentación para Examen Profesional como única opción de titulación.

**A T E N T A M E N T E
"LA CULTURA AL SERVICIO DEL PUEBLO"**

**M.C. GUADALUPE JOSEFINA PÉREZ GUTIERREZ
ASESOR DE TESIS PROFESIONAL**

Agradecimientos

Damos gracias a Dios por permitirnos llegar a nuestra meta trazada.

Agradecemos a nuestros familiares más allegados por el apoyo brindado.

A la universidad que nos formó y a las autoridades del IMSS que nos permitieron realizar esta investigación.

Índice General

Agradecimientos	iii
Introducción	1
Planteamiento del Problema	3
Objetivo General	5
Objetivos Específicos	7
MARCO TEÓRICO	9
1 SIDA	11
1.1 Etiología	11
1.2 Estructura del VIH	11
1.3 Estructura Genética	12
1.4 Replicación del VIH	12
1.5 Distribución	13
1.6 Patogenia	14
1.7 Mecanismos de Transmisión	14
1.8 Manifestaciones Clínicas	15
1.9 Diagnóstico	15
1.10 Tratamiento	15
1.11 Pronóstico	16
1.12 Prevención	16
2 Antecedentes del Hospital General “Manuel Ávila Camacho” del IMSS	17

3	Comité de Infecciones Intra-Hospitalarias	19
4	Departamento de Enfermería	23
4.1	General	23
4.2	Específico del Sexto Piso	23
	ESPECIFICACIONES	25
	Hipótesis	27
	Metodología	29
	Criterios de Selección	31
	Inclusión	31
	Exclusión	31
	No-Inclusión	31
	Ubicación y Espacio	33
	Variables	35
	Independientes	35
	Dependientes	35
	RESULTADOS	37
	Resultados de la Metodología	39
	Cuadro I Antigüedad Categoría y Turno	40
	Cuadro II Nivel de Conocimientos	41
	Cuadro III Nivel de Conocimientos	42
	Cuadro IV Conocimientos Sobre Mecanismos de Transmisión del VIH	43
	Cuadro V Manejo de Pacientes con VIH/SIDA	44
	Cuadro VI Tiempo del Manejo en la Atención	45
	Cuadro VII Capacitación y Educación Continua	46
	Cuadro VIII Trato Afectivo	47

<i>Índice General</i>	vii
Comprobación de la Hipótesis	49
Conclusiones	51
Sugerencias	53
Anexo I Cuestionario sobre los conocimientos del VIH/SIDA	55
Bibliografía	59

Introducción

El SIDA es conocido como la pandemia del siglo; pandemia que afecta principalmente a los llamados grupos vulnerables, grupos que viven una situación de desventaja social: homosexuales, bisexuales, heterosexuales, sexo servidoras, usuarios de drogas, trabajadores emigrantes y niños de la calle entre otros.

En la República Mexicana existe una minoría de personas que viven con VIH/SIDA, frente a una gran mayoría que sobreviven o mueren por VIH/SIDA a nivel mundial. Vivir con VIH sólo es posible con un diagnóstico oportuno y un seguimiento médico, con información fluida y asesoramiento, con el acceso de conteos de CD4 y a mediciones periódicas de las cargas virales, con tratamientos costosos para las infecciones oportunistas, con derecho a la confidencialidad, al trabajo y a la no-exposición a cualquier forma de discriminación.

Como sociedad y como personal de salud, no tomamos en consideración que los pacientes con SIDA, que requieren ser hospitalizados para su manejo y tratamiento, experimentan sentimientos de soledad, culpa, ansiedad, miedo e incertidumbre; todo esto aunado a la indiferencia y rechazo que en varias ocasiones encuentran desde el primer contacto con el personal interdisciplinario de una unidad hospitalaria, siendo notoria la discriminación, la marginación y el maltrato que a veces, tanto los familiares como el paciente con SIDA reciben.

Es de gran importancia que todo el personal de salud, pero en especial la enfermera, reconozca que los pacientes con SIDA, sin importar nivel económico, raza, credo, o forma en que hallan adquirido la infección, son personas que más atención afectiva y directa necesitan, tomando en cuenta que la conducta y reacciones cotidianas de paciente con SIDA durante su estancia hospitalaria responden en gran parte al trato que el personal de salud, y en especial la enfermera, les proporciona.

Planteamiento del Problema

A pesar del tiempo transcurrido desde el inicio de la epidemia del SIDA y de los esfuerzos informativos realizados, aun persisten una serie de dudas y mitos respecto a esta enfermedad, que hacen que la sociedad, la familia y el medio nosocomial rechace a un paciente con diagnóstico de SIDA.

Aun cuando la enfermedad tiene características específicas con relación a su mecanismo de transmisión, los portadores del virus VIH reciben trato poco afectivo y son estos los más afectados en la atención hospitalaria.

Por tal motivo nos planteamos la siguiente interrogante: *¿Es el desconocimiento de los mecanismos de transmisión del virus VIH y de su manejo la causa del rechazo por parte del personal de enfermería para dar atención a los mismos?*

Objetivo General

Identificar el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre los mecanismos de transmisión del VIH y el manejo de pacientes con SIDA.

Objetivos Específicos

- Saber el nivel de conocimientos que el personal de enfermería tiene sobre SIDA.
- Saber de la disponibilidad de la enfermera para la atención de los pacientes con SIDA.
- Investigar el interés del personal de enfermería en adquirir conocimientos sobre los avances en el manejo de esta enfermedad.
- Identificar si la enfermera proporciona el mismo trato a los pacientes portadores de SIDA que a los demás.
- Identificar la técnica y los procedimientos que se realizan en el paciente con SIDA.
- Medir el tiempo efectivo que el personal de enfermería ocupa en la atención a cada uno de los pacientes con SIDA.

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1

SIDA

En 1981, la aparición en Estados Unidos de infecciones oportunistas graves y tumores en varones homosexuales aparentemente sanos, llevó a los centros para control de las enfermedades (CDC) a definir el *Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida* (SIDA). Con fines de vigilancia epidemiológica, se incluía en la definición a individuos que padecían enfermedades indicadoras de alteraciones de inmunidad celular y en los cuales no se podía demostrar ninguna causa que la justifique. Desde entonces, se han realizado importantes avances en el conocimiento de la enfermedad. Se ha identificado su agente causal como un nuevo retrovirus, se ha definido la naturaleza del defecto inmunológico, se han desarrollado pruebas de laboratorio que permiten detectar la presencia de la infección y tratamientos antivíricos específicos. A pesar de estos enormes progresos, en un periodo de tiempo relativamente corto, el SIDA sigue desafiando a la comunidad científica y presenta aún retos importantes en el conocimiento mismo de la enfermedad y su control.

1.1 Etiología

El SIDA es causado por el **VIH**, un retrovirus humano del grupo de los lentivirus [1, pp 1622-1623]. Los retrovirus se caracterizan por ser virus RNA cubiertos, capaces de transcribir el RNA vírico en una copia de DNA, mediante una enzima denominada *transcriptasa inversa o DNA polimerasa RNA dependiente*. Dentro de la familia retroviridae, el VIH es un miembro de la subfamilia Lentiviridae, que también incluye el virus de la inmunodeficiencia del simio (VIS). Actualmente se reconocen dos clases de VIH, el VIH-1 y el VIH-2, ambos productores de enfermedades en seres humanos. El VIH-2 tiene al rededor del 40% de homología con el VIH-1 y se encuentra más estrechamente relacionado genéticamente con el VIS [1].

1.2 Estructura del VIH

La estructura básica del VIH, está constituido por una partícula envuelta por una membrana de dos capas lipídicas, derivadas de la membrana externa de la célula invadida;

ésta posee glucoproteínas (componentes principales): GP41, que atraviesa la membrana, y GP120, que se extiende en su superficie; la membrana y la envoltura proteica cubren un core hecho de proteínas, designadas como P24 y P18; el RNA viral, que se incluye en este core, contiene moléculas de la enzima transcriptasa invertida, la cual cataliza el ensamblaje del DNA viral, en el cual se integra a los cromosomas de las células para servir en el futuro como base de la replicación viral [2, pp 686-688].

1.3 Estructura Genética

El RNA vírico contiene distintos genes que expresan diferentes proteínas. Estos genes pueden dividirse, según sus funciones, en genes estructurales y genes reguladores. Los genes estructurales son los denominados *gag*, *pol* y *env*; que codifican las proteínas internas de la nucleocápside, las enzimas y las proteínas de la envoltura, respectivamente.

Los genes reguladores son siete (*tat*, *rev*, *upr*, *vif*, *upu*, *nef* y *vpf*) y se encargan globalmente de modular la latencia o expresión del material genético integrado, aunque la función e importancia de algunos de ellos no está todavía claramente establecida.

1.4 Replicación del VIH

- Unión del virus a la célula huésped. Tiene lugar mediante la unión de la GP120 vírica al receptor CD4 de los linfocitos T Cooperadores. Además de los linfocitos T poseen el receptor y son por tanto, susceptibles de infectarse otras células, como los monocitos-macrófagos y algunas células del cerebro, fundamentalmente.
- Internalización, decapsidación y transcripción inversa.
- Tras la unión al receptor celular se produce la internalización de la nucleocápside vírica en la célula mediante la fusión de las membranas.
- Tras la ruptura de la cápside, el RNA vírico comienza el proceso de transcripción inversa por el que se produce una doble cadena de DNA. Este adquiere forma circular y va al núcleo celular donde se integra en el cromosoma como DNA provírico.
- Fase de latencia y activación. Integrado en el cromosoma celular, el DNA provírico puede eludir los mecanismos defensivos del huésped durante años permaneciendo latente, lo que potencialmente explicaría el largo período de incubación de la enfermedad. De modo alternativo por la influencia de estímulos aún no ven conocidos el DNA provírico podría ser activado para producir RNA vírico, RNA que llevaría a la síntesis de proteínas enzimáticas.
- Formación y salida de viriones maduros. El RNA vírico junto con las proteínas codificadas se ensamblan en un virión maduro que saldría por gemación de la célula, adquiriendo su envoltura a partir de la membrana de la misma donde previamente se han expresado las glucoproteínas del virus. Es importante señalar que para la

formación de las partículas maduras, ciertos precursores de la nucleocápsida vírica, la proteasa. Este paso es imprescindible para conferir infecciosidad al virus [3, pp 62].

1.5 Distribución

El SIDA fue informado por primera vez en 1981, pero en los Estados Unidos y en otras zonas del mundo (Haití, África y Europa) se produjeron casos aislados en el decenio de 1970; a mediados de 1990 se habían notificado más de 130 000 casos en los Estados Unidos. Si bien el mayor número de casos se ha registrado en los Estados Unidos, también se han informado casos de SIDA en casi todos los países del mundo y entre todas las razas, edades y clases sociales a nivel mundial.

En los Estados Unidos, hasta 1990 casi todos los pacientes de SIDA pertenecían a las siguientes categorías: hombres homosexuales o bisexuales (aproximadamente el 70%); consumidores de drogas intravenosas (20%); contactos heterosexuales de compañeros infectados (4%); niños nacidos de madres infectadas (1%) y pacientes hemofílicos (1%).

Las personas que recibieron sangre en transfusión antes de 1985 constituían otro grupo de riesgo. En promedio, el 90% de todas las personas con SIDA tenían de 20 a 49 años de edad.

De acuerdo a datos estimados de la OMS-ONUSIDA en 1997 la infección por el VIH se localiza en el Continente Americano, Europa, África subsahariana y muchos países más [4].

En la República mexicana hasta el 1^{ro} de abril de 1998 se tenían reportados un total de 35119 casos de SIDA de los cuales según su evolución se habían descartado 2404; defunciones 18511 y vivos 14204.

Por región geográfica el Distrito Federal cuenta con 9977 casos acumulados; la región Centro Oriente con 10276 destacando los estados de México con 4213; Puebla con 2000 y Veracruz con 1556, siendo el menos afectado Querétaro con 207 casos.

La Región Centro Occidente con 8043 casos, en donde Jalisco ocupa el primer lugar con 4004 casos, Guerrero con 1064, Michoacán con 1076 notificaciones siendo el menos afectado el estado de Colima con 104 casos.

La Región Norte disminuye considerablemente su frecuencia con 4419 casos acumulados siendo Baja California el que encabeza la lista con 1315 casos, Nuevo León con 947, en tanto que Baja California Sur tiene reportados únicamente 184 casos.

La Región Sur cuenta con 2 146 reportes, con 667 casos para Yucatán, 617 para Oaxaca y 140 casos para Campeche [5].

En el Estado de Puebla de febrero de 1986 a abril de 1998 se han notificado 2000 casos de SIDA, de los cuales 1490 son del sexo masculino y 510 corresponden al sexo femenino.

Con relación al grupo de edad 259 casos son de 15 a 24 años [6].

De enero a abril de 1998 se registraron 57 casos nuevos en donde 36 casos son del sexo masculino y 21 corresponden al sexo femenino.

En el servicio de la consulta externa del Hospital General Regional No. 36 del IMSS Puebla, se atienden en promedio por cuatrimestre, un total de 250 pacientes portadores de VIH/SIDA, de los cuales aproximadamente, por mes, entre 10 y 12 pacientes requieren hospitalización para su cuidado y manejo específico.

En el primer cuatrimestre de 1998 se han atendido, en el área de infectología, 36 pacientes con SIDA de los cuales 10 casos han fallecido.

1.6 Patogenia

El denominador común del SIDA es una profunda inmunosupresión, sobre todo de la inmunidad celular, que permite la aparición de múltiples procesos oportunistas, fundamentalmente ciertas infecciones y tumores (*Pneumocystis Carinii*, *Cryptosporidiosis* crónica, toxoplasmosis del S.N.C. candidiasis, citomegalovirus, algunos cánceres secundarios como sarcoma de Kaposi, linfoma de no Hodking o linfoma primario del cerebro) [7, pp 320 y 321].

La causa principal de la inmunodeficiencia asociada a la infección por VIH es la alteración cuantitativa y cualitativa de la subpoblación de linfocitos T colaboradores que poseen el receptor CD4; las células T se desarrollan en el timo, donde adquieren diferentes antígenos de superficie y características funcionales [2, pp 962].

Entre los mecanismos posibles se han propuesto la salida masiva de viriones de la superficie celular, con un aumento de la permeabilidad y lisis celular; la formación de sincitios entre células no infectadas con el receptor CD4 y células infectadas en cuya superficie se expresan las proteínas del virus; fenómenos autoinmunes inducidos por el virus; y la disminución de la producción de células maduras por infección de sus precursores, la reducción del número de linfocitos T4 por debajo de un número crítico, aproximadamente 200 células/mm³, favorece la aparición de la mayoría de las complicaciones que definen el SIDA.

1.7 Mecanismos de Transmisión

La transmisión del SIDA sólo se ha comprobado a través del contacto sexual, la transfusión de sangre y sus derivados así como el uso de jeringas y agujas, instrumentos cortantes y punzantes contaminados con sangre de portadores de VIH; también se transmite de madre a hijo, durante el embarazo, el parto o la lactancia; y mediante tejidos y órganos donadores.

La susceptibilidad es universal para ambos sexos, todas las edades y actividades. El peligro de adquirir la infección se establece en personas con riesgo permanente: hombres homosexuales y bisexuales, hombres y mujeres heterosexuales promiscuos o adictos a

drogas intravenosas; o con riesgo eventual: personas que reciben sangre o sus derivados, personal de salud expuestos a productos de portadores o enfermos, cuando no se toman medidas preventivas.

1.8 Manifestaciones Clínicas

Algunos enfermos desarrollan un proceso agudo aproximadamente de tres a seis semanas tras la infección primaria caracterizándose por: fiebre, escalofríos, artralgias, mialgias, erupción cutánea maculopapular, urticaria, calambres abdominales, diarreas y meningitis asépticas. Este síndrome desaparece espontáneamente de dos a tres semanas.

El tiempo transcurrido desde la infección inicial hasta la aparición de la enfermedad clínica varía en gran medida, el periodo medio se ha estimado entre ocho y diez años. Durante este periodo los pacientes se encuentran en la fase de infección asintomática. Aproximadamente el 75% de los pacientes presentan algún tipo de sintomatología durante los primeros siete años tras la infección inicial y en un 80 a 90% de los individuos infectados tienen cierto grado de deterioro de la función inmunitaria durante los primeros siete años de la infección habitualmente sin síntomas [1, pp. 1630 y 1631].

Los signos y síntomas crónicos incluyen linfadenopatía generalizada, pérdida de peso, fiebre intermitente, malestar y letargia, diarrea crónica, condilomas rectales, linfopenia, leucopenia, anemia, trombocitopenia idiopática y candidiasis oral. Las infecciones oportunistas son: neumonía por *Pneumocystis Carinii*, criptosporidiosis crónica, toxoplasmosis; el cáncer oportunista puede ser sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodking o linfoma primario del cerebro. Trastornos neurológicos: meningitis séptica aguda y crónica, neuropatías periféricas, déficit focales, alucinaciones y demencia progresiva.

1.9 Diagnóstico

El diagnóstico de SIDA se establece mediante: antecedentes epidemiológicos, historia clínica, análisis del laboratorio, observación directa por macroscopía electrónica, aislamiento viral por técnica de cultivo en linfocitos T y ELISA para antígenos virales, Western-Blot; siendo esta última la más específica [2, pp 692].

1.10 Tratamiento

El tratamiento para el SIDA puede orientarse en dos sentidos, primero erradicando el virus mediante el uso de fármacos antivíricos; segundo mediante la restauración del sistema inmune con el empleo de modificadores de la respuesta biológica o inmunomoduladores. En la actualidad los únicos medicamentos aprobados para uso en seres humanos son la *Zidovudina*, la *Didanosina* y la *Zalcitabina* [3, pp 57].

1.11 Pronóstico

El pronóstico de las personas infectadas sobre todo en cuadro sintomático avanzado, es prácticamente mortal. No obstante, con la administración de *Zidovudina* prolonga de forma limitada la supervivencia en pacientes con SIDA, y retrasa la evolución de la enfermedad; y mediante un régimen quinioterapéutico para la infección por VIH, se espera hará de esta enfermedad un proceso crónico estable [1, pp. 1630 y 1631].

1.12 Prevención

La educación sanitaria, el asesoramiento y las pautas de modificación de la conducta son las claves en la prevención de la infección por el VIH; se recomienda el uso correcto y constante del condón, estudio de sangre donada para transfusiones y pruebas voluntarias para la detección del VIH de las personas no infectadas pero que tienen pareja sexual portadora del SIDA.

La persistencia de tasas elevadas de nuevas infecciones entre los drogadictos por vía intravenosa requiere grandes esfuerzos dirigidos al tratamiento de la drogadicción junto con la aplicación de pautas de modificación de conducta.

Los trabajadores de la salud deben poner en práctica las normas básicas de prevención para manejo de sangre y líquidos corporales.

Capítulo 2

Antecedentes del Hospital General “Manuel Ávila Camacho” del IMSS

El Centro Médico Nacional “Manuel Ávila Camacho” Puebla, es un conjunto hospitalario que tiene la forma de “H” lo conforman cinco edificios, 2 laterales y uno central, fue inaugurado el 15 de Junio de 1976. En su inicio funcionó con 200 camas censables y 722 plazas autorizadas para atención gineco-obstétrica exclusivamente. Su primera denominación fue “Hospital Gineco-obstétrica”.

En enero de 1979 debido a la reestructuración por niveles de atención, se conceptuó como “Hospital General de Zona 2^{do} nivel”, incrementándose las especialidades de: Cirugía general, Traumatología y Ortopedia, Medicina interna, Otorrinolaringología, Oftalmología y Pediatría. Siendo necesario el incremento de 220 camas para hacer un total 420 camas censables y al mismo tiempo se autorizaron 876 plazas haciendo un total de 1598.

En junio de 1986 se catalogó como “Hospital General Regional y Unidad Médica Familiar No. 36, Puebla 3^{er} nivel”. En ese mismo año, el comité de infecciones y autoridades del hospital ven la necesidad de implementar una área especial para todos los padecimientos infecto-contagiosos exclusivamente, ubicándola en el sexto piso del hospital, con una capacidad de 6 camas censables.

Por la inauguración del Hospital de Traumatología y Ortopedia, el 13 de noviembre de 1988, disminuyeron 96 plazas y 50 camas censables.

En septiembre de 1990 se constituyó como “Centro Médico Manuel Ávila Camacho”, nombre que prevalece hasta la fecha.

Actualmente cuenta con 21 especialidades, siendo estas:

- Anestesiología
- Angiología
- Cardiología
- Cirugía General

- Cirugía Pediátrica
- Cirugía Máxilo Facial
- Cirugía Plástica y Reconstructiva
- Citología - Genética
- Ginecología
- Medicina Interna
- Neonatología
- Neumología
- Obstetricia
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Pediatría
- Patología
- Perinatología
- Reumatología
- Urología

Dado que es un Hospital General Regional, se atiende tres grupos de urgencias: Pediátricas, de Adultos y Gineco-Obstétricas [8].

Introducción

El SIDA es conocido como la pandemia del siglo; pandemia que afecta principalmente a los llamados grupos vulnerables, grupos que viven una situación de desventaja social: homosexuales, bisexuales, heterosexuales, sexo servidoras, usuarios de drogas, trabajadores emigrantes y niños de la calle entre otros.

En la República Mexicana existe una minoría de personas que viven con VIH/SIDA, frente a una gran mayoría que sobreviven o mueren por VIH/SIDA a nivel mundial. Vivir con VIH sólo es posible con un diagnóstico oportuno y un seguimiento médico, con información fluida y asesoramiento, con el acceso de conteos de CD4 y a mediciones periódicas de las cargas virales, con tratamientos costosos para las infecciones oportunistas, con derecho a la confidencialidad, al trabajo y a la no-exposición a cualquier forma de discriminación.

Como sociedad y como personal de salud, no tomamos en consideración que los pacientes con SIDA, que requieren ser hospitalizados para su manejo y tratamiento, experimentan sentimientos de soledad, culpa, ansiedad, miedo e incertidumbre; todo esto aunado a la indiferencia y rechazo que en varias ocasiones encuentran desde el primer contacto con el personal interdisciplinario de una unidad hospitalaria, siendo notoria la discriminación, la marginación y el maltrato que a veces, tanto los familiares como el paciente con SIDA reciben.

Es de gran importancia que todo el personal de salud, pero en especial la enfermera, reconozca que los pacientes con SIDA, sin importar nivel económico, raza, credo, o forma en que hallan adquirido la infección, son personas que más atención afectiva y directa necesitan, tomando en cuenta que la conducta y reacciones cotidianas de paciente con SIDA durante su estancia hospitalaria responden en gran parte al trato que el personal de salud, y en especial la enfermera, les proporciona.

Planteamiento del Problema

A pesar del tiempo transcurrido desde el inicio de la epidemia del SIDA y de los esfuerzos informativos realizados, aun persisten una serie de dudas y mitos respecto a esta enfermedad, que hacen que la sociedad, la familia y el medio nosocomial rechace a un paciente con diagnóstico de SIDA.

Aun cuando la enfermedad tiene características específicas con relación a su mecanismo de transmisión, los portadores del virus VIH reciben trato poco afectivo y son estos los más afectados en la atención hospitalaria.

Por tal motivo nos planteamos la siguiente interrogante: *¿Es el desconocimiento de los mecanismos de transmisión del virus VIH y de su manejo la causa del rechazo por parte del personal de enfermería para dar atención a los mismos?*

Objetivo General

Identificar el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre los mecanismos de transmisión del VIH y el manejo de pacientes con SIDA.

Objetivos Específicos

- Saber el nivel de conocimientos que el personal de enfermería tiene sobre SIDA.
- Saber de la disponibilidad de la enfermera para la atención de los pacientes con SIDA.
- Investigar el interés del personal de enfermería en adquirir conocimientos sobre los avances en el manejo de esta enfermedad.
- Identificar si la enfermera proporciona el mismo trato a los pacientes portadores de SIDA que a los demás.
- Identificar la técnica y los procedimientos que se realizan en el paciente con SIDA.
- Medir el tiempo efectivo que el personal de enfermería ocupa en la atención a cada uno de los pacientes con SIDA.

Capítulo 3

Comité de Infecciones Intra-Hospitalarias

El Hospital General Regional No.36 cuenta con un comité de detección, prevención y control de infecciones hospitalarias que está actualizado de acuerdo a las políticas de la Subdirección General Médica y normas emitidas por sus jefaturas (Dictamen No. 27 del Comité de Normas Jurídicas y de operación interna de IMSS) y que actúa en función al instructivo de Organización y Procedimientos para las infecciones intra-hospitalarias.

El contenido del manual de Normas Jurídicas y de Operación interna del IMSS, es el siguiente:

- I. Introducción
- II. Marco Legal
- III. Definiciones
- IV. Políticas
- V. Objetivos
- VI. Ámbito de aplicación
- VII. Organización
- VIII. Funciones
 - Generales
 - Presidente
 - Coordinador ejecutivo
 - Secretario ejecutivo
 - Subdirector Médico
 - Subdirector Administrativo

- Jefe de Enseñanza
- Jefe de Enfermeras
- Jefe de laboratorio
- Asesores

IX. Procedimiento y diagramas de flujo

- Detección y diagramas de flujo
- Control y análisis de casos notificados y no notificados de infección hospitalaria
- Investigación bacteriológica
- Promoción de salud en el personal (PSP) y controles bacteriológicos
- Control y reporte delegacional de infecciones hospitalarias

X. Información

- Informe mensual de vigilancia epidemiológica de I.H. (FVEIH/1/84)
- Hoja de notificación, control y seguimiento de vigilancia epidemiológica de infecciones hospitalarias (FVEIH/2/84)
- Tabla para la determinación de costos y modelos de impacto financiero (FVEIH/3/84)

XI. Evaluación de actividades y resultados

XII. Diagramas generales

- Diagrama de flujo operativo
- Módulo de control y de vigilancia epidemiológica

El manual contiene tres objetivos generales

1. Disminuir o prevenir reingresos, complicaciones y muertes por infecciones hospitalarias
2. Disminuir el promedio de estancia hospitalaria
3. Abatir los costos de la atención médica

El Comité de Detección, Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias, está integrado por el siguiente personal:

- Director de la unidad Presidente
- Jefe clínico de cirugía Coordinador ejecutivo
- Enfermera epidemióloga Secretario ejecutivo

- Médico epidemiólogo Secretario adjunto

Las funciones generales del comité de detección, prevención y control de infecciones hospitalarias, se resume de la siguiente manera:

- Establece y adecua sistemas de vigilancia Epidemiológica Hospitalaria
- Recaba notificación y efectúa análisis conjunto con el J.D.C. y médico responsable de los casos de infecciones hospitalarias
- Realiza investigación de operaciones y sistemas
- Verifica vigilancia bacteriológica (especialmente en áreas críticas)
- Promueve y vigila la salud del personal (según programa de la unidad)
- Efectúa control sanitario de alimentos
- Verifica controles en el manejo de ropa, desechos, técnicas de esterilización y de sanitización
- Conduce al análisis epidemiológico de casos notificados y los estudios de brotes epidémicos, así como del índice endémico
- Programa e interpreta estudios de incidencia
- Realiza estudios de prevalencia
- Asesora de investigación de sistemas y operaciones
- Informa a los miembros del comité, de los resultados del análisis de casos notificados y los estudios clínicos y epidemiológicos realizados, informes estadísticos y generales (Específicamente los relevantes y que ameritan establecer nuevas medidas de control no definidas con anterioridad)
- Coordina los programas educativos con el Jefe de Enseñanza, de capacitación y la difusión y promoción de actividades del comité [9]

Capítulo 4

Departamento de Enfermería

4.1 General

La estructuración del personal de enfermería en el Hospital General Regional No. 36 funciona de la siguiente manera:

1	.....	Jefe de enfermeras
28	....	Subjefes de enfermeras
82	....	Jefes de Piso
48	....	Enfermeras especialistas
411	...	Enfermeras generales
308	...	Auxiliares de enfermería
5	.....	Enfermeras generales asignadas al traslado de pacientes de urgencia de unidad a otra unidad

Haciendo un total de 934 plazas autorizadas del personal de enfermería.

4.2 Específico del Sexto Piso

La estructura del personal de enfermería que labora en el sexto piso queda de la siguiente manera:

- Los turnos matutinos y vespertinos cuentan cada uno con:

2	.....	Jefes de piso
5	.....	Enfermeras generales fijas
5	.....	Auxiliares de enfermería fijas
2	.....	Enfermeras generales cubre descansos
2	.....	Auxiliares de enfermería cubre descansos

- Los turnos nocturnos A y B cuentan cada uno con:

- 1 Jefes de piso
- 5 Enfermeras generales fijas
- 5 Auxiliares de enfermería fijas
- 2 Enfermeras generales cubre descansos
- 2 Auxiliares de enfermería cubre descansos

Haciendo un total de 62 enfermeras que laboran en el sexto piso. Cabe mencionar que el personal operativo del sexto piso es 50% profesional y 50% no profesional.

ESPECIFICACIONES

Hipótesis

La atención de enfermería que recibe el paciente con SIDA está en relación con el conocimiento de los mecanismos de transmisión del virus VIH y de la enfermedad en general.

Metodología

El tipo de investigación fue documental, transversal, descriptivo y analítico.

Criterios de Selección

I. Criterios de Inclusión:

- Personal de enfermería de base de los turnos matutino, vespertino, nocturno A y nocturno B del Hospital General Regional No. 36 del sexto piso Medicina Interna e Infectología

II. Criterios de Exclusión:

- Personal médico y paramédico
- Personal de servicios generales

III. Criterios de No-Inclusión:

- Personal de enfermería de base que este de vacaciones, incapacidad o de licencia
- Personal eventual
- Personal de enfermería de base que no acepte participar en la investigación

Ubicación y Espacio

El área asignada para la atención de pacientes con SIDA, esta ubicada en el sexto piso ala sur del Hospital General Regional No. 36 del IMSS Puebla. Esta cuenta con seis camas exclusivas para pacientes con padecimientos infectocontagiosos, mismos que son atendidos por el 100% del personal de enfermería asignado al sexto piso en forma rotatoria mensual.

Variables

I. Independientes: Nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre SIDA.

- Conocimiento de la enfermera sobre VIH/SIDA
- Categoría del personal
- Turno en que labora el personal de enfermería
- Antigüedad

II. Dependientes: Atención al paciente con SIDA.

- Trato afectivo
- Venopunción
- Manejo de excretas
- Atención simultanea
- Tiempo de atención

RESULTADOS

Resultados de la Metodología

Una vez autorizado el protocolo de investigación por la comisión de investigación de la institución educativa e institucional, se procedió a la aplicación de una prueba piloto para validar el cuestionario, quedando integrado por 18 preguntas, dirigido al personal de enfermería profesional y no profesional que labora en el Hospital General de Zona No. 36 del IMSS, en los cuatro turnos, donde se atienden a pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA.

El universo de trabajo considerado en el protocolo señala 56 enfermeras, sin embargo en el momento de la aplicación del instrumento solo 47 enfermeras participaron rehusándose a participar 9 enfermeras; por tanto a partir de los resultados, consideraremos como 100% la tabulación de respuestas obtenidas de 47 cuestionarios aplicados.

Se representa antigüedad, categoría y turno de nuestro universo de trabajo (cuadro No. I)

Para saber el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA que tiene el personal de enfermería, se engloban las 8 primeras preguntas en grupos de 4 por cada representación. Las preguntas restantes se representan y se analizan en forma separada de acuerdo a objetivos específicos. Al final se comprueba la hipótesis con la fórmula de la Chi cuadrada:

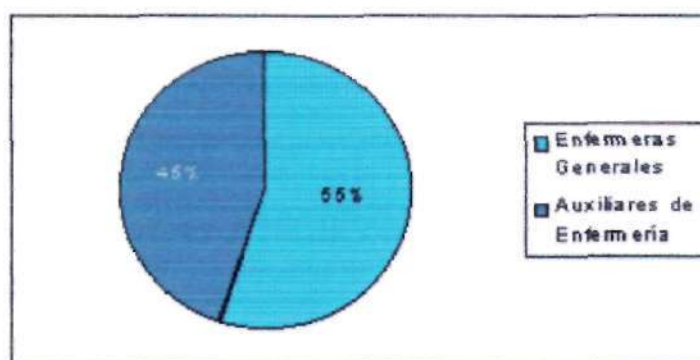
$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Donde O = *Lo observado* y E = *Lo esperado*.

Cuadro I

Antigüedad Categoría y Turno

Antigüedad	Categoría y Turno					
	E.G.			A.E.		
	M	V	N	M	V	N
1-4				1		
5-9	4	3		4	2	2
10-14	3	1	5	1	1	7
15-19		2	6	1		2
20-24	1		1			
Subtotal:	8	6	12	7	3	11
TOTAL 47:	26			21		



Descripción de resultados

La antigüedad se consideró de los rangos de 1-4 hasta 20-24 años; siendo de 10-14 donde se observa la mayor frecuencia.

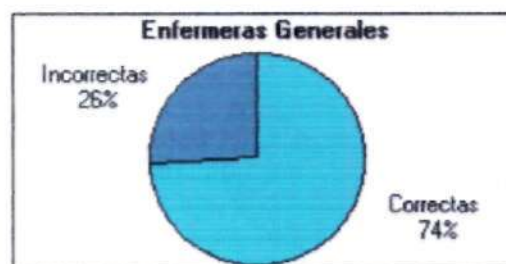
Por categorías el 45% de las enfermeras generales y por turno era de esperarse el mayor número en el turno matutino.

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de enfermería del sexto piso del Hospital General Regional No. 36 del IMSS en los meses de junio y julio de 1998.

Cuadro II

Nivel de Conocimientos

Indicador	E.G.		A.E.	
	Correctas	Incorrectas	Correctas	Incorrectas
1. Concepto VIH	3	23	1	20
2. Seropositividad	23	3	16	5
3. Concepto de SIDA	25	1	20	1
4. Sintomatología	26	0	21	0
Total:	77	27	58	26



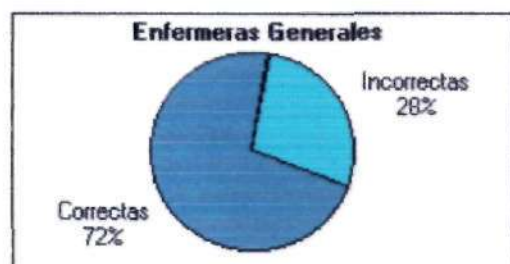
Descripción de resultados

En relación con la medición de conocimientos se observa que el 74% de las enfermeras generales y el 69% de auxiliares de enfermería contestaron correctamente, lo cual indica que el nivel de conocimientos con respecto a VIH/SIDA es adecuado con relación a las primeras cuatro preguntas del instrumento a excepción del concepto de VIH/SIDA.

Cuadro III

Nivel de Conocimientos

Indicador	E.G.		A.E.	
	Correctas	Incorrectas	Correctas	Incorrectas
5. Sistemas que afectan VIH	22	4	18	3
6. Susceptibilidad del huésped	26	0	21	0
7. Infectividad	2	24	7	14
8. Medidas preventivas	25	1	21	0
Total:	75	29	67	17



Descripción de resultados

En la representación de las primeras 4 respuestas de las primeras 8 agrupadas se observa que el nivel de conocimientos el mayor porcentaje corresponde a las auxiliares de enfermería con una acertividad del 80%, en tanto que la enfermera general resulto contestar correctamente un 72% señalando que en ambas categorías la respuesta del número 7 sobre infectividad (tiempo en que se manifiesta la enfermedad) es respondida en forma incorrecta.

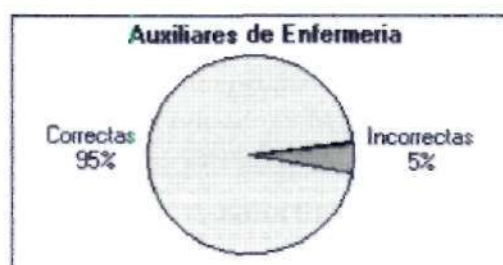
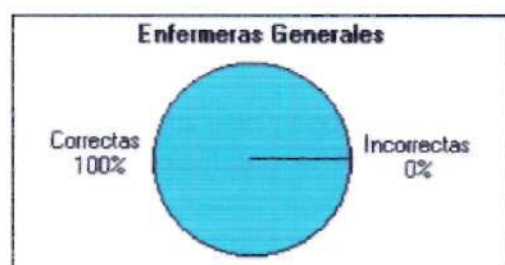
FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de enfermería del sexto piso del Hospital General Regional No. 36 del IMSS en los meses de junio y julio de 1998.

Cuadro IV

Conocimientos Sobre Mecanismos de Transmisión del VIH

Respuestas	E.G.		A.E.	
	Correctas	Incorrectas	Correctas	Incorrectas
9. A	26	0	20	1
B	0	0	0	0
C	0	0	0	0
Subtotal	26	0	20	1
Total:	26		21	

- a) Vía anal y vaginal, vía sanguínea y por punciones con utensilios punzantes y quirúrgicos cortantes contaminados.
- b) Secreciones vaginal y bucal.
- c) Secreciones anal, vaginal, bucal y lagrimal.



Descripción de resultados

El 100% de enfermeras generales tienen conocimiento sobre el mecanismo de transmisión del VIH; con relación al personal de auxiliares de enfermería mostró sólo un 5% de respuestas incorrectas lo cual se observa que el personal de ambas categorías identifican correctamente los mecanismo de transmisión para adquirir el virus.

Cuadro V

Manejo de Pacientes con VIH/SIDA

Indicador	E.G.			A.E.		
	A	B	C	A	B	C
10. Atención simultanea	3	23	0	1	19	1
	11.54%	88.46%	0.00%	4.76%	90.48%	4.76%
11. Manipulación de Excretas	4	13	9	1	16	4
	15.38%	50.00%	34.62%	4.76%	76.19%	19.05%
12. Venopunción	25	1	0	18	1	2
	96.15%	3.85%	0.00%	85.71%	4.76%	9.52%

10.
 - a) Lo atiende al final del turno.
 - b) Lo atiende al mismo tiempo que a los demás pacientes.
 - c) Procura que los familiares hagan la mayor parte de su atención.
11.
 - a) Pide que las maneje el familiar.
 - b) Frecuentemente las maneja usted.
 - c) Si no tiene guantes y bata usted nunca las maneja.
12.
 - a) Lo hace inmediatamente que se necesita.
 - b) Procura localizar al médico, y si este no lo ordena usted lo deja sin canalizar.
 - c) Consulta a su superior para ver a quien le corresponde la canalización.

Descripción de resultados

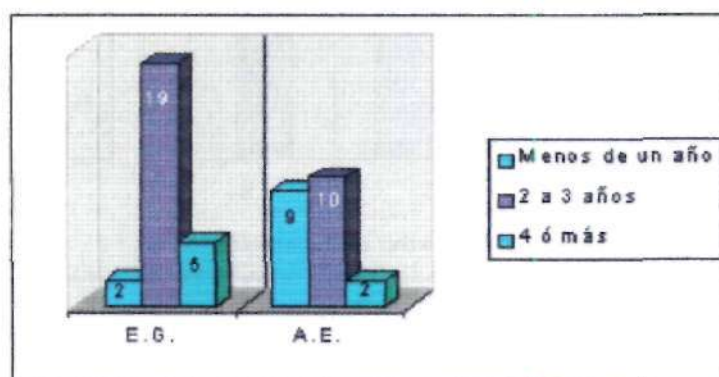
10. Con relación a la pregunta sobre manejo del paciente con VIH/SIDA en la atención simultanea, un 88.46% de enfermeras generales respondió afirmativamente, en comparación con el personal auxiliar de enfermería que mostró hacerlo en un 90.48%.
11. Sobre el manejo de excretas encontramos que son manipuladas frecuentemente por la enfermera; mostrando que un 50% de enfermeras generales y un 76.19% de auxiliares de enfermería lo efectúan ellas mismas siempre y cuando cuenten con protección adecuada.
12. Cuando un paciente presenta reacción en el sitio de venopunción el 96.15% de enfermeras generales tomo la iniciativa de recanalizar al paciente en forma inmediata, mientras que solo el 85.71% de auxiliares de enfermería hacen lo mismo y el 9.52% consulta a su superior inmediato para recibir una indicación, dado que en su profesiograma no esta contemplada como una actividad inherente a su categoría.

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de enfermería del sexto piso del Hospital General Regional No. 36 del IMSS en los meses de junio y julio de 1998.

Cuadro VI

Tiempo del Manejo en la Atención

13. Tiempo	E.G.		A.E.	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Menos de un año	2	7.69%	9	42.86%
2 a 3 años	19	73.08%	10	47.62%
4 ó más años	5	19.23%	2	9.52%
Total:	26	100.00%	21	100.00%



Descripción de resultados

La respuesta referente al tiempo en años que el personal de enfermería ha atendido a pacientes con VIH/SIDA se observa que en ambas categorías han dado atención durante dos a tres años a pacientes con padecimientos infecto-contagiosos en general; cabe señalar que existe un plan de rotación institucional por servicio para cada dos años.

Cuadro VII

Capacitación y Educación Continua

Indicador	E.G.		A.E.	
	Si	No	Si	No
14. Recibió capacitación	2	24	1	20
16. Desea actualización	26	0	21	0



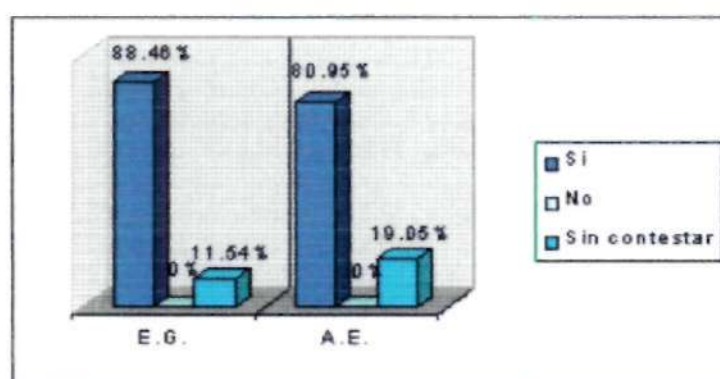
Descripción de resultados

El Cuadro No. VII nos indica que del total de personal de enfermería general y auxiliar (47 personas), el 78.57% (44 de ellas) no ha recibido capacitación; así la pregunta número 15 con relación al número de temas recibidos por año, quedó sin contestar, y el 100% del personal desea cursos de actualización del tema VIH/SIDA.

Cuadro VIII

Trato Afectivo

Respuesta	E.G.		A.E.	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Si	23	88.46%	17	80.95%
No	0	0.00%	0	0.00%
Sin contestar	3	11.54%	4	19.05%



Descripción de resultados

La interrogante referente al trato afectivo a ese tipo de pacientes muestra, que las enfermeras generales si lo otorgan (88.46%) en tanto que las auxiliares de enfermería muestran un 80.95% de afectividad al paciente.

Comprobación de la Hipótesis

Hipótesis La atención de enfermería que recibe el paciente con SIDA está en relación con el conocimiento de los mecanismos de transmisión del VIH y de la enfermedad en general.

Para comprobarla aplicamos la formula de la Chi cuadrada: $\chi^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$ utilizada para variables cualitativas, se construyó la tabla de cuatro casillas para considerar los conocimientos sobre los mecanismos de transmisión y la sumatoria de los conocimientos generales sobre VIH/SIDA.

	<i>O</i>	<i>E</i>	$\frac{(O-E)^2}{E}$
Mecanismo de transmisión (si)	46	35.88	2.85
Mecanismo de transmisión (no)	1	11.11	9.20
Conocimientos generales (si)	277	287.11	0.36
Conocimientos generales (no)	99	88.88	1.15

$$\chi^2 = 13.56$$

$$\begin{aligned} Gl &= (r - 1) \times (c - 1) \\ &= (2 - 1) \times (2 - 1) \\ &= 1 \times 1 \\ &= 1 \end{aligned}$$

Con nivel de confianza del 95% el resultado debe ser 3.841 y con el 99% de 6.635 dado que nuestro resultado es de 13.56 se acepta la hipótesis de investigación.

Conclusiones

El personal de enfermería que atiende a estos pacientes con VIH/SIDA tiene los conocimientos sobre la enfermedad y los mecanismos de transmisión.

La atención que se brinda es simultanea, sin importar el diagnóstico, el manejo de excretas se realiza solo cuando cuentan con protección adecuada.

Con relación al procedimiento de la venopunción la enfermera general es la responsable de llevarla a cabo dado las funciones institucionales marcadas.

La calidad de atención no esta en relación con la antigüedad en servicio, sin embargo, los resultados nos indican que se otorga un trato afectivo sin importar el diagnóstico.

No se cuenta en el servicio con un programa específico de educación continua sobre VIH/SIDA, es así que el 100% del personal desea actualización sobre el tema.

Sugerencias

- a) Elaborar un programa de capacitación y educación continua dirigido a todo el personal del servicio.
- b) Diseñar un modelo de atención de enfermería que permita otorgar una calidad en las actividades propias de pacientes con VIH/SIDA.
- c) Asignar una área exclusiva para atención a pacientes con VIH/SIDA.
- d) Proporcionar material de protección para el manejo adecuado de pacientes infecto-contagiosos.
- e) Ofrecer al paciente apoyo psicológico durante su estancia hospitalaria que incluya la participación de la familia.
- f) Sensibilizar al personal sobre una atención afectiva y de respeto a estos pacientes.
- g) Como trabajadoras-investigadoras proponemos la elaboración y realización de un protocolo para una mejora sobre la dotación y abasto de medicamentos, dado que en la actividad diaria observamos una estancia prolongada ante una dotación insuficiente de retrovirales, ocasionando aumento en los costos de atención.

Anexo I

UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL ESTADO DE PUEBLA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA POR
HOMOLOGACIÓN DE ESTUDIOS EN SISTEMA ABIERTO

HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 36 DEL IMSS
JEFATURA DE ENFERMERAS

Instructivo: Le pedimos conteste con veracidad seleccionando la letra que correspondan a cada pregunta (esta información es confidencial)

Cuestionario sobre conocimientos del VIH/SIDA.

Nombre(Iniciales): _____

Turno: _____

Categoría: _____

Antigüedad: _____

1. ¿Qué es VIH?

- a) *Una enfermedad que afecta al sistema inmunológico.*
- b) *Un síndrome.*
- c) *Un virus.*

2. ¿Cuándo se dice que un paciente es seropositivo, se entiende por?

- a) *Que la persona tiene SIDA.*
- b) *Cuando una persona tiene resultado falso positivo de ELISA.*
- c) *Ser portador del VIH determinado por pruebas de laboratorio ELISA y Western Blot.*

3. ¿Qué es SIDA?

- a) *Una enfermedad adquirida.*
- b) *Un Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.*
- c) *Fase avanzada de la infección.*

4. Algunas de las manifestaciones más frecuentes de pacientes con diagnóstico de SIDA son:

- a) *Diarreas frecuentes acompañadas de melena.*
- b) *Diarreas, infecciones de vías respiratorias altas, fiebre, pérdida de peso.*
- c) *Estados gripales frecuentes.*

5. ¿Qué sistema afecta el VIH?

- a) *Respiratorio, circulatorio y digestivo.*
- b) *Inmunológico.*
- c) *Hematológico y respiratorio.*

6. ¿Qué personas son más susceptibles para adquirir el virus?

- a) *Cualquier persona que halla sido transfundida antes de 1987 que comparta jeringas con otras personas o que tenga relaciones sexuales sin protección con varias parejas.*
- b) *Pacientes hospitalizados.*
- c) *Cualquier paciente que sea intervenido quirúrgicamente.*

7. Una vez adquirido el virus, ¿hasta qué tiempo después puede haber manifestaciones?

- a) *Uno a nueve años.*
- b) *Cuatro a siete años.*
- c) *De dos a diez años.*

8. Algunas medidas de prevención son:

- a) *Alimentarse sanamente, tener solo una pareja sexual.*
- b) *Al transfundirse, de ser necesario, se hará con "sangre segura", usar condón, evitar punciones con agujas contaminadas, practicar el sexo solo con una pareja.*
- c) *Mantener hábitos higiénico-dietéticos.*

9. Los mecanismos de transmisión de virus VIH son:

- a) *Vía anal y vaginal, vía sanguínea y por punciones con utensilios punzantes y quirúrgicos cortantes contaminados.*
- b) *Secreciones vaginal y bucal.*
- c) *Secreciones anal, vaginal, bucal y lagrimal.*

10. Si tiene un paciente con SIDA usted:

- a) *Lo atiende al final del turno.*
- b) *Lo atiende al mismo tiempo que a los demás pacientes.*
- c) *Procura que los familiares hagan la mayor parte de su atención.*

11. En un paciente con SIDA, para el manejo de excretas:

- a) *Pide que las maneje el familiar.*
- b) *Frecuentemente las maneja usted.*
- c) *Si no tiene guantes y bata usted nunca las maneja.*

12. Al recanalizar a un paciente con SIDA usted:

- a) *Lo hace inmediatamente que se necesita.*
- b) *Procura localizar al médico, y si este no lo ordena usted lo deja sin canalizar.*
- c) *Consulta a su superior para ver a quien le corresponde la canalización.*

13. ¿Qué tiempo a manejado usted a estos pacientes?

- a) *Menos de un año.*
- b) *Dos a tres años.*
- c) *Más de cuatro años.*

14. ¿Ha recibido usted alguna capacitación?

- a) *Sí*
- b) *No*

¿Qué tema(s)?

R. _____

15. ¿Cuántas veces ha recibido usted capacitación?

- a) *Un tema por año.*
- b) *Tres temas por año.*
- c) *Más de tres temas por año.*

16. ¿Qué tema le gustaría que le impartiera?

R. _____.

17. ¿Desea saber más sobre VIH/SIDA?

- a) *Sí*
- b) *No*

¿Por qué?

R. _____.

18. ¿Da usted trato amistoso-afectuoso a su paciente con SIDA?

- a) *Sí*
- b) *No*

¿Por qué?

R. _____.

19. ¿Cuántos procedimientos realiza usted a cada paciente con SIDA?

- a) *Menos de tres.*
- b) *De cuatro a seis.*
- c) *Más de seis.*

20. Mencione usted el promedio de tiempo que dedica a cada paciente con SIDA

- a) *Menos de diez minutos.*
- b) *De once a quince minutos.*
- c) *De dieciséis a veinte minutos.*
- d) *Más de veinte minutos.*

Bibliografía

- [1] Harrison, *Principios de medicina interna*, Vol. II, 12a ED., Edit. Interamericana, Madrid España, 1991
- [2] González Zaldaña Napoleón, *Infectología Clínica*, 4a ED., Edit. Trillas, México 1990
- [3] "Tratado de medicina práctica" en *Medicine*, 4a ED., México 1996
- [4] OMS-ONUSIDA, *Vigilancia Mundial*, México, 1997.
- [5] Consejo nacional para la prevención y control del SIDA (CONASIDA), México, 1998
- [6] Comité Estatal para el Control y prevención del SIDA (COESIDA), Puebla, Abril de 1998
- [7] Merck, *Manual de diagnóstico y terapéutica*, 8a ED., Edit. Doyma, Estados Unidos, 1989.
- [8] IMSS, *Boletín del Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho"*, Puebla, 1991
- [9] IMSS, *Instructivo de Organización y Procedimientos del Comité de Detección, Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias*; México, 1997
- [10] IMSS, *Manual para lineamientos generales para la atención y control de personas con infección de virus de la Inmuno deficiencia humana*, 2a ED., 1989
- [11] S. Beneson Abram, *El Control de las Enfermedades transmisibles en el hombre*, 15a ED., Edit. Panamericana de la Salud, Estados Unidos, 1992.