

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE
SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA),
EN PACIENTES EMBARAZADAS**

Estudio realizado en 150 pacientes que asistieron
a su control prenatal en el Hospital Nacional
Pedro de Bernancourt Antigua Guatemala,
Septiembre 1993, Guatemala.

T E S I S

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.

P. O. R.

FLORINDA CIPRIANO RUIZ

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, OCTUBRE DE 1993.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

HOSPITAL NACIONAL
PEDRO DE BETHANCOURT

ANTIGUA GUATEMALA
TELEFONOS: 322509 - 322511 - 17

DL
05
T(6629)

San Felipe de Jesús, Antigua G.,
25 de Octubre de 1,993.

Doctor
Raúl Castillo Rodas
Director CICS, Unidad de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos
Guatemala.

Sr. Director:

Por este medio me dirijo a usted para informarle que la
Br. Florinda Cipriano Ruiz, realizó en este hospital el
trabajo de tesis titulado "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y
PRACTICAS SOBRE SIDA EN PACIENTES EMBARAZADAS", durante el
mes de septiembre del presente año, por lo que he evaluado
el informe final. Considero que este trabajo cumple
satisfactoriamente con los requisitos establecidos para su
elaboración, por lo que doy mi dictamen de conformidad.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,

Dr. Fernando Marroquín V.
Jefe Depto. de Maternidad
Hospital Nacional de Antigua G.



/sbrc.
c.c. -Archivo.



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 21 de octubre
DIF-290-93

de 1993

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: BACHILLER: FLORINDA CIPRIANO
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
RUIZ Carnet No. 84-15776
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA
(SIDA), EN PACIENTES EMBARAZADAS"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Firma del estudiante

Asesor
Firma y sello personal

JORGE BOLIVAR DIAZ C.
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 2699

Revisor
Firma y sello

Registro Personal 9912
Edgar Rodolfo de León Barillas
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 4040

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

H A C E C O N S T A R Q U E :

El Bachiller: FLORINDA CIPRIANO RUIZ

Carnet Universitario No. 84-15776

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), EN PACIENTES EMBARAZADAS"

Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente
ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 21 de octubre de 1993

Dr. Edgar R. De León Batallas
Por Unidad de Tesis

Dr. Raúl A. Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

I M P R I M A S E :

Dr. ~~Faeth Ernesto~~ Cabrera Franco

DECANO



INDICE

	PAGINA
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA	3
III. JUSTIFICACION	5
IV. OBJETIVOS	7
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	9
VI. METODOLOGIA	29
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	33
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	41
IX. CONCLUSIONES	47
X. RECOMENDACIONES	49
XI. RESUMEN	51
XII. BIBLIOGRAFIA	53
XIII. ANEXOS	57

I. INTRODUCCION

Nos encontramos frente a una epidemia mundial de una enfermedad que no tiene solución a corto plazo. Una enfermedad que representa un costo social y económico sin precedentes para las personas, las familias, las comunidades y aún países enteros. Una enfermedad que no solo tiene como medio de propagación el cuerpo sino también la ignorancia humana, el temor y la resistencia al cambio, esa enfermedad es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). (8)

El SIDA es llamada la pandemia del siglo XX con una letalidad elevada del 100% pues no tiene curación ni existe vacuna. Constituyendose en una amenaza muy seria para la salud pública actualmente y en un futuro previsible. (26)

Las mujeres al igual que los hombres, necesitan estar informadas y conocer modos más seguros de tener relaciones sexuales. Sin embargo, en muchos lugares jamás llega al conocimiento de las mujeres de las áreas rurales, o aquellas que tienen poco acceso a la educación formal, y si a ello le sumamos el riesgo que tiene con respecto a la transmisión perinatal se hace aún más importante las campañas educativas.

La educación e información son la única estrategia que puede despertar en cada individuo, la percepción que conduce a cambios voluntarios significativos y permanentes de comportamiento. Para este flagelo dichas estrategias son las medidas más eficaces, de bajo costo, que generan un impacto favorable para prevenir su transmisión. Es imperativo por lo consiguiente reconocer las CAPs en relación al SIDA como método eficaz para aprovechar, impulsar y apoyar aquellas estrategias que contribuyen al control y prevención de la infección por el VIH en la población. (10, 19)

Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto se realizó el presente estudio en 150 pacientes embarazadas que acudieron a su control prenatal en el Hospital Nacional de Antigua. Evaluando conocimientos, actitudes y prácticas que tiene dicha población con respecto al SIDA. En el presente trabajo se hace una revisión sobre conceptos actuales de VIH SIDA, epidemiología en Guatemala y su diagnóstico en países latinoamericanos y el Caribe. (15)

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

El virus del SIDA gradualmente destruye el sistema inmune del cuerpo. La persona infectada, se muestra cada vez más vulnerable ante cualquier tipo de infección, causada por cualquier otro virus, bacteria, hongo o parásito. Estas infecciones oportunistas, no comunes en el ser humano, pueden ocurrir en la piel, los pulmones, el sistema digestivo, el sistema nervioso y el cerebro. Las personas afectadas por el SIDA pueden presentar un periodo indeterminado de enfermedad. En Guatemala ste oscila entre los dos o tres años posteriores al diagnóstico; sin embargo en países desarrollados puede incrementarse hasta 5 años; condicionado por factores que vienen desde el estado nutricional, hasta determinadas conductas, tales como el uso de (alcohol, tabaquismo, etc.), o bien otro tipo de enfermedades inmunosupresoras, pero que siempre desencadena en la muerte. (24, 26, 30, 31)

Guatemala al igual que el resto de los países del mundo sufre actualmente la pandemia del SIDA a diferencia de los países desarrollados, no cuenta con los recursos económicos suficientes para hacerle frente; existe un programa a nivel nacional que intenta prevenir y controlar la infección por VIH/SIDA. Sin embargo existen grupos como el de la mujer joven, que actualmente está jugando un papel importante para la transmisión por ende la transmisión vertical, ejerciendo consecuentemente un factor de riesgo para el recién nacido.

El grupo etareo más afectado ha sido y continua siendo el comprendido entre los 20 y 30 años; es importante señalar que sta, es la población económicamente activa. En los países en desarrollo como el nuestro donde más de las dos terceras partes de la población pertenece al grupo materno infantil en edad reproductiva, la transmisión perinatal representa un serio problema, ya que de la madre infectada con VIH, del 30-50% de los niños nacen con SIDA, por lo tanto la expectativa de vida al nacer está decreciendo; en Guatemala ya se han

reportado 6 casos de transmisión vertical en solo 6 meses (dic. 92-jun.1993). (27)

En la actualidad se está proporcionando orientación a la mujer pero dicha intervención no está dirigida a puntos específicos, debido a que no se tiene evidencia de las deficiencias en los conocimientos de este grupo, en lo que respecta a la transmisión por el VIH/SIDA. Este trabajo pretende por lo tanto; enriquecer con evidencia y fundamento epidemiológico la información existente, para así orientar las estrategias del programa nacional y lograr por lo consiguiente un costo/beneficio más productivo de los escasos recursos del programa.

III. JUSTIFICACION

El síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es llamada la enfermedad del siglo XX, con una letalidad elevada del 100% pues hasta el momento no tiene curación, ni existe vacuna. En muchos países de América Latina y el Caribe el número de casos de SIDA se duplica cada 6 a 8 meses. (26)

Dado, que al principio de la pandemia en el mundo, el grupo más afectado fué el de los homosexuales; se creía y aún se cree, en nuestro país, que la infección por VIH se presenta exclusivamente en personas de este tipo de conducta; pero, la evidencia epidemiológica hasta junio de 1993 demuestra que el grupo de personas con conducta heterosexual es el más afectado. (15)

La transmisión (madre-feto) ha sido demostrada, un número cada vez mayor de mujeres se está infectando con el virus de inmunodeficiencia humana (HIV), por lo tanto, se puede esperar un número mayor de casos de SIDA en el grupo materno-infantil. (29)

El SIDA es una patología básicamente prevenible, por lo que la educación y orientación en la población de un país en lo relacionado a las consecuencias de la infección por VIH/SIDA es vital para una efectiva estrategia preventiva.

Para tales efectos debe hacerse primero un diagnóstico del nivel de conocimientos, tradiciones, actitudes, prácticas de la población donde se tiene planeado intervenir, por lo consiguiente el presente trabajo pretende en base a datos obtenidos en él, reforzar programas y actividades educativas dirigidas a estos grupos.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

1. Determinar los conocimientos, actitudes y practicas sobre la transmisión del VIH en mujeres embarazadas que asisten a control prenatal, a la consulta externa del Hospital Nacional PEDRO BETHANCOURT de Antigua Guatemala.
2. Determinar la influencia de los medios de comunicación que más impacto han tenido como fuente de información sobre las formas de prevención del SIDA en las pacientes embarazadas; y de esta forma reforzar la calidad de las mismas.
3. Contribuir con las investigaciones de: conocimientos, actitudes y practicas (CAPs); especialmente en pacientes embarazadas, con el fin de establecer estrategias de prevención más eficaces, para este grupo de riesgo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.a. Identificar el nivel de conocimientos con respecto a la transmisión y prevención por el VIH/SIDA, en las mujeres embarazadas, que asisten a control prenatal en el Hospital Nacional PEDRO BETHANCOURT Antigua Guatemala.
- 1.b. Identificar las actitudes y practicas sobre la infección de VIH/SIDA en pacientes embarazadas que asisten a control prenatal en el Hospital Nacional PEDRO BETHANCOURT Antigua Guatemala.
- 1.c. Determinar el porcentaje de pacientes que reciben información sobre el SIDA durante su control prenatal.
- 1.d. Que este estudio sirva de fuente de información para la realización de futuras investigaciones.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA
EPIDEMIOLOGIA EN GUATEMALA

Hasta el 31 de junio de 1,993 el total de casos de SIDA reportados en nuestro país asciende a 417 casos y 428 pacientes infectador por el VIH "asintomáticos", siendo este el grupo más peligroso para convertirse en transmisores del SIDA. El departamento del país más afectado continua siendo el de Guatemala con 585 casos; seguido de Quetzaltenango con 34 casos; Suchitepequez con 27 casos; Escuintla con 27 casos; sin embargo podemos decir que no existe ningún departamento que por lo menos ya cuente con más de un caso.

En nuestro país el inicio de la epidemia (1984), el 100% de la población afectada fué el grupo de los homosexuales; posteriormente aparecen los hemofilicos, drogadictos, bisexuales y transfundidos; pero a partir de 1,987 se observa un aumento progresivo en el grupo heterosexual, sobrepasando al grupo de los homosexuales en 1,990, prevalenciando hasta 1,992, como principal conducta de riesgo, con un porcentaje de casi el 80%.

Se observa que durante los primeros dos años de la epidemia el 100% de los afectados por VIH fueron de sexo masculino; a finales de 1,992 el 25% de las infecciones por el VIH corresponden al sexo femenino, lo que hace suponer que de seguir el patrón de transmisión, es de esperar que dentro de algunos años el contacto heterosexual, hará que la relación mujer/hombre será de 1:1.(15)

DEFINICION DE TERMINOS:

VIH. Virus de Inmunodeficiencia Humana.

SIDA. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

PORTADOR ASINTOMATICO. Es la persona que ha sido infecta por el VIH y que no presenta signos y síntomas de enfermedad porque esta infección es subclínica; pero, está en potencial riesgo de desarrollar SIDA. Este grupo es el más peligroso de transmitir la infección porque la mayoría de ellos desconocen que la padecen.

CASO DE SIDA. Es el caso de una persona que posee el VIH en su organismo y ha desarrollado signos y síntomas que caracterizan a las enfermedades oportunistas asociadas a la infección por el VIH.

TRANSMISION PERINATAL: Es la transmisión de la infección de la madre infectada por el VIH hacia el feto que puede ser durante el embarazo, parto, o lactancia materna (no se sabe con exactitud la proporción en esta última).

EPIDEMIA: Es el aumento del número de casos de una enfermedad en una población dada; sobrepasando los registros anteriores.

PANDEMIA: Es una epidemia que abarca todas las regiones de una población o país. (35)

INFECCION POR EL V.I.H.

Historia del Desarrollo del SIDA; Un importante antecedente lo constituye la creencia de que la aparición del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en los humanos podría señalarse tan tempranamente como al inicio de la década de los años 50, afirmación basada principalmente en estudios de Genealogía para el virus.

Se ha señalado que las infecciones por el VIH y el SIDA fueron detectadas en Africa Central en los años 70, en gente que solía comer carne y cerebro de mono verde (*Cercopithecus Aethiops*) crudo, se implica este fenómeno que fue el que hizo viable el paso del VIH del mono verde al ser humano, siendo también lo que aparentemente provocó su mutación de una forma inocua --viviendo en este tipo de mono-- a una forma modificada en humanos muy agresiva e invasiva, productora de infección en primera instancia; y SIDA secundariamente.

Fué en la década de los años 70 que la infección por el VIH comenzo a diseminarse más evidentemente sin ser un reconocido microorganismo de la ciencia médica, pudiendo haber producido para entonces algunas muertes.

Hay una posibilidad para explicar la participación y aparición del VIH en los Estados Unidos de América, el cual parece haber sido importado por los turistas norteamericanos, que lo adquirieron de personas haitianas dedicadas a la prostitución. (35)

Progresión Cronológica de VIH y de SIDA:

AÑO 1,978

- a- Los primeros casos entre haitianos de lo que podría ser SIDA FUERON REPORTADOS.

- b- Científicos trabajando en Africa encontraron signos y síntomas de una epidemia no identificada, que pertenecían a enfermedades conocidas por la ciencia, pero presentes en formas más dramáticas y virulentas.
- c- En este año, ocho casos de SIDA fueron reportados en los Estados Unidos de América.

AÑO 1,979

- a- Un grupo de científicos encontró los primeros casos de personas mostrando evidencia de padecer del complejo relacionado al SIDA (CRS) que es un conjunto de signos y síntomas propios de esta etapa en la que aún no hay amenaza para la vida del paciente.

AÑO 1,980

- a- Los primeros casos de SIDA fueron encontrados en personas de Haití, en Miami, Florida.
- b- Fueron reportados 46 casos de SIDA en los Estados Unidos de América.

AÑO 1,981

- a- La definición de SIDA se dio a conocer en este año.
- b- El SIDA comenzó a manifestarse en forma de epidemia.
- c- 337 casos de SIDA fueron reportados en todo el mundo.

AÑO 1,982-1,983

- a- Marcan claramente el brote epidémico del SIDA.
- b- Autoridades de Salud Pública supieron exactamente cuales eran las vías que el VIH usaba para su contagio.
- c- Fue calculado en los Estados Unidos que el costo por cada caso de SIDA oscilaba entre 50 y 100 mil dólares.
- d- Fueron diagnosticados los primeros casos de Sarcoma de Kaposi en Zimbawe.
- e- A nivel mundial se reportaron 4,100 casos de personas infectadas y con padecimientos de SIDA.
- f- La Organización Mundial de la Salud indicó que el SIDA estaba distribuido en 33 países.

AÑO 1,983-1,984

- a- Se logró aislar el VIH como el agente causante de SIDA por científicos de Estados Unidos y Francia.

- b- El SIDA sigue una progresión con más de 2,000 personas muertas.
- c- A nivel mundial se reportan 7,025 casos de personas con SIDA.

AÑO 1,985

- a- En ese año fue renombrado como VIH, el microorganismo.
- b- 19,000 casos de personas con SIDA fueron reportados en todo el mundo (O.M.S.).
- c- En el mundo una persona podría infectarse con el VIH aproximadamente cada 90 minutos.
- d- En abril de ese año el SIDA FUE OBSERVADO EN TODOS LOS CONTINENTES.

AÑO 1,986-1,987

- a- 28,000 casos de SIDA se reportaron en todo el mundo (OMS)
- b- Más de 13,000 personas murieron de SIDA en ese año.
- c- Se estimó que el número de nuevos casos de personas infectadas por el VIH en el mundo, podría alcanzar los 4 millones; lo que significó un incremento de 2 millones en un año solamente.
- d- Se inicia una campaña masiva de educación al público, para contrarrestar la diseminación de la infección por el VIH en Estados Unidos.
- e- 126 países fueron reportados con casos de SIDA.

AÑO 1,988-1989

- a- Se estimó que habría entre 5 y 10 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo.
- b- Se reporta que en los Estados Unidos nacieron entre 1,200 y 1,500 niños infectados por el VIH.
- c- La presencia de SIDA fue reportada en 152 países.

AÑO 1,990-1992

- a- El SIDA habría alcanzado ya 159 países.
- b- Se ha calculado para 1,992 que 3 millones de niños nacerán de madres infectadas por el VIH (OMS). (34 , 35).

EL VIRUS

El virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), el virus que causa el SIDA, pertenece a una clase de virus denominada retrovirus. Específicamente el virus T Linfotrópico Humano tipo III virus asociado con linfadenopatía, HTLV-III-LAV (por sus iniciales en inglés). Dicha denominación fue cambiada por un Comité de expertos en mayo de 1,986 a virus humano de inmunodeficiencia HIV, como se reconoce en la actualidad.

Como todo virus los retrovirus se reproducen únicamente en las células vivas de una especie que les sirve de huésped. En el caso del HIV ataca los glóbulos blancos encargados de coordinar el sistema de defensa inmunitario del ser humano, llamados linfocitos T4, llegando a causar la destrucción de estas células e inhabilitando el sistema de defensa en el ser humano contra infecciones del organismo humano, específicamente las células de fenotipos T-OKT-4 (ayudantes inductoras) a T-OK8 (supresoras tóxicas).

Lo que distingue a los retrovirus en su método singular de reproducción, en la que interviene una enzima llamada transcriptasa inversa. La transcriptasa inversa deja que el virus copie la información genética de éste de una forma que pueda integrarse el propio código genético de la célula huésped. Cada vez que se divide una célula huésped, se reproducen copia virales junto con más células huésped, cada una de las cuales contiene el código viral.

Una vez que el virus penetra una célula huésped, la infección es permanente. No obstante un retrovirus puede no causar ningún efecto adverso por muchos años, luego en ciertas circunstancias puede que el material genético se active y produzca nuevos virus. Con el HIV, que infecta principalmente ciertas células del sistema inmunológico. Las investigaciones en curso sobre el tratamiento de la infección está centrando la atención en los medicamentos que obstruyen la función de la transcriptasa inversa e impedir que el virus infecte las nuevas células. (17,18,21,22,26,29,30,31,35)

Hasta el momento hay dos tipos de HIV, (HIV-1 HIV-2) el HIV-2 también es un retrovirus, pero su estructura es más similar a los virus causantes de la inmunodeficiencia en simios el HIV-2 causa SIDA de la misma forma que el HIV-1. (1)

FISIOPATOLOGIA

El primer paso para la proliferación del virus es su adhesión a la superficie de la célula objetivo, en el caso del HIV los objetivos son células especializadas del sistema inmunitario conocidas como linfocitos T auxiliaadoras (T4 o CD 4) y macrófagos.

La infección y destrucción de estos elementos clave del sistema inmunitario son la causa básica de SIDA. En general el HIV solo puede adherirse a los linfocitos CD4 y a los macrófagos ya que ambos poseen un receptor apropiado en su superficie, este receptor es la proteína CD4.

Básicamente el retrovirus al atacar a las células T4 produce citólisis y provoca una disminución marcada de éstas, que conlleva a la pérdida de la función de las células efectoras que dependen de las señales emitidas por las células coadyuvantes T y se ven afectadas las funciones de las células sudresoras, lo que hace la aparición de fenómenos autoinmunes... (2,4,6,12,26,35) .

TRANSMISION

El VIH sólo puede transmitirse por el contacto sexual en todas sus formas (oral, anal, vaginal) directo, de persona a persona, por la exposición a sangre, productos derivados de la sangre o líquidos corporales contaminados con sangre o leucocitos, y por instrumentos médicos empleados durante la realización de procedimientos invasivos y de madre al niño durante el embarazo o parto. No por contacto casual con un individuo infectado o con SIDA, o por medio de la picadura de insectos. (2,4,12,17,21,25,26,35).

TRANSMISION SEXUAL.

Durante el acto sexual, el hombre habitualmente transfiere líquidos corporales e intercambio numerosos microorganismos dependiendo del contacto sexual que se trate, los líquidos corporales que transfiere son: semen, secreciones vaginales y cervicales, saliva, moco rectal, orina o heces fecales. Aun cuando el VIH ha sido aislado en todos esos líquidos, solamente se ha demostrado de manera incontrovertible que la sangre, el semen y las secreciones vaginales y cervicales son capaces de transmitir el virus.

La mucosa rectal lacerada, debido a lo delgado del epitelio de la mucosa, permite con facilidad el paso del VIH a los linfocitos presentes en el tejido. Aún cuando no se encuentra dañada la mucosa rectal, puede permitir la entrada al virus debido a que las células de langerhans de su epitelio poseen receptores para el VIH por medio del cual pueden captarlos, almacenarlos y posteriormente liberarlos al interior del organismo.

La mucosa vaginal se encuentra formada por varias capas de células escamosas, que lo hace ideal para poder resistir la fricción mecánica durante el coito, además posee pocas células de langerhans. La mujer joven tiene mayor riesgo de adquirir el VIH debido a que posee una mucosa poco madura.

Durante la menstruación se corre mayor riesgo de infección debido a los cambios que se producen en la mucosa vaginal por la acción hormonal, así como la mayor vascularidad de la misma. (2,4,12,21,22,28).

TRANSMISION SANGUINEA

Es un hecho demostrado que el VIH se transmite a través de la sangre y sus derivados. El periodo de incubación, calculado como el intervalo entre la transfusión y el diagnóstico del SIDA, es en promedio 31 meses en el adulto y 14 meses en el niño. Los hemofílicos poseen un mayor riesgo de adquirir la infección por VIH ya que requieren de 80 a 100 mil unidades de factor VIII al año, lo que significa una gran

exposición a donadores.

Las agujas contaminadas con sangre infectada, constituyen un mecanismo de transmisión de la infección; esto tiene particular importancia en los drogadictos que comparten agujas contaminadas. (1,11,18,26).

TRANSMISION PERINATAL

La transmisión perinatal del VIH puede ocurrir in utero a través de:

- VIA TRANSPALCENTAL
- AL TIEMPO DEL NACIMIENTO EN QUE HAY UN INTERCAMBIO MATERNO/FETAL.
- DESPUES DEL PARTO A TRAVES DE LA LACTANCIA MATERNA U OTRAS RUTAS POSIBLES.

El diagnóstico de la infección por VIH en los niños es complicado debido a la semejanza de las características clínicas del SIDA en los niños con otras enfermedades endémicas --como las infecciones parasitarias, la diarrea y la desnutrición que son extremadamente comunes en nuestro país-- y por falta de procedimientos diagnósticos confiables para detectar la infección por VIH en los recién nacidos. En todos los niños nacidos de madres infectadas con VIH se les puede detectar anticuerpos al VIH que, consiste en IgG materno transferido pasivamente a través de la placenta, por lo que diagnóstico de infección por VIH en niños solo se puede confirmar hasta el año de nacido.

No se conoce con claridad cual es la contribución de la lactancia a la transmisión perinatal del VIH, aunque se le haya aislado de la leche materna y se hayan declarado casos anecdóticos de transmisión posnatal por esta vía. Es probable sin embargo, que la lactancia represente solo un riesgo incremental pequeño si la transmisión de la madre al niño se compara con la transmisión in Utero.

Se estima de 30 a 50% el riesgo de transmisión del VIH de una madre infectada a su hijo. (13,17,24).

MANIFESTACIONES CLINICAS

La definición de " OPS/CARACAS", fue propuesta en el Seminario de Caracas Venezuela en Febrero de 1989, para uso en los Países Latinoamericanos y del Caribe, tomando en cuenta las enfermedades endémicas de la región, y las limitaciones de los países en desarrollo para efectuar exámenes diagnósticos sofisticados (radiología, citología, etc.) especialmente en las áreas rurales.

Cuando la suma de los puntos asignados a cada una de las enfermedades, signos y síntomas descritos, es igual o mayor de 6 puntos, se interpreta como diagnóstico clínico de SIDA, el cual DEBE SER CONFIRMADO serológicamente. Además deberán excluirse otras causas de inmunosupresión tales como cáncer, quimioterapia o tratamiento con esteroides. La definición de Caracas abarca tres grupos definidos de enfermedades, signos y síntomas que son:

GRUPO A

SARCOMA DE KAPOSÍ: (6 puntos)

Placas o nódulos de color azul oscuro o café violáceo que se localizan generalmente en la porción distal de las extremidades. La coloración es debida a la naturaleza vascular de las lesiones cuya subsecuente extravasación crónica de eritrocitos ocasiona el depósito de hemosiderina subcutánea. Las lesiones generalmente están acompañadas, y a veces precedidas por linfedema crónico.

En un principio, puede ser una proliferación múltiple autóctona y reactiva de las células linforreticulares y endoteliales más bien que una neoplasia, que posteriormente se manifiesta en una franca y agresiva transformación sarcomatosa, siendo ésta la forma comúnmente observada en pacientes con SIDA. El diagnóstico definitivo es eminentemente histopatológico.

Confirmativo de SIDA si es redundante y hay serología positiva.

TUBERCULOSIS (6 puntos):

Agente causal: Mycobacterium Tuberculosis y Mycobacterium Bovis.

Diseminada:

Sucede cuando los bacilos tuberculosos a través de la circulación general, llegan a sitios distantes para formar, focos metastásicos de infección. Da como sintomatología, fiebre y síntomas leves. Generalmente se localizan en sitios con elevada tensión tisular de oxígeno. (ver tuberculosis extrapulmonar).

Pulmonar no Cavitaria:

Puede seguir a la infección inicial directamente o después de un periodo corto o leve de latencia. Sus principales características:

- 1) Falta de exposición reciente a un caso de Tuberculosis.
- 2) Tendencia a la Cronicidad y cavitación.
- 3) Producción de tejido fibroso.

Sintomatología: Fiebre hasta de 40° C., malestar general, irritabilidad, depresión y fatiga al final del día, sudor nocturno y pérdida de peso, asociados frecuentemente a síntomas abdominales. Cefalalgia vespertina ocasional, amenorrea en su estado avanzado, tos considerada como "de fumador" es frecuente y a veces de acompaña de hemoptisis.

Puede ser de comienzo súbito, con fiebre tos productiva o dolor pleurítico, sugestivos de neumonia bacteriana.

Extrapulmonar:

Encontrada en diferentes órganos tales como:

1. Ganglios linfáticos hiliares: Muestran crecimiento moderado ó brusco que puede causar obstrucción y ulceración de un bronquio importante. La adenitis cervical o escrófula puede ser tardía, los ganglios son grandes y confluentes en una masa dura con un área blanda de fluctuación.
2. Riñón: Órgano más frecuentemente afectado después de los lóbulos pulmonares superiores en la infección tardía.

La sintomatología aparece cuando hay manifestación de cistitis o epididimitis. Hematuria y piuria macroscópica o microscópica con orina "estéril" en cultivo ordinario, deben hacer pensar en tuberculosis.

3. Genitales masculinos: Infección secundaria a la renal, puede abarcar próstata, epidídimo y vesículas seminales; se manifiesta con dolor escrotal.
4. Genitales femeninos: El *Mycobacterium* por vía hematógena llega a las trompas de Falopio, luego al endometrio (endometritis), o peritoneo (peritonitis). Sus manifestaciones son: Secreción vaginal blanca, dolor abdominal, metromenorragia, dispareunia y esterilidad. La cicatrización tubaria puede dar lugar a embarazo ectópico.
5. Osea: Es más frecuente en los niños, debido a la elevada presión de oxígeno coexistente con la vascularización en las epífisis durante el crecimiento. Se hace evidente cuando afecta la articulación adyacente (cadera, rodilla, muñeca o codo), causando la inflamación y edema subsecuentes. La espondilitis tuberculosa (mal de Pott), se presenta en la infancia o en edad avanzada, puede haber dolor localizado en la espalda durante muchos meses antes de haber evidencia radiológica, ésta se manifiesta primeramente por destrucción y estrechamiento del disco intervertebral, después destrucción del cuerpo. Un absceso paravertebral puede verse como una densidad fusiforme extendida a lo largo de varias vértebras, que en ocasiones diseca hasta el área inguinal.
6. Peritoneo: Se manifiesta por aumento de la circunferencia abdominal, fiebre, sudores nocturnos, debilidad, diarrea y dolor abdominal. Pensar en TB. siempre que el líquido ascítico contenga más de 3 gm de proteína por 100ml. y DHL elevada.
7. Pericardio: Se manifiesta por derrame pericárdico crónico, con hepatomegalia, edema, frote pericárdico, cardiomegalia durante la fase activa y constricción

durante la fase de fibrosis, generalmente se acompaña de fiebre vespertina o sudoración nocturna y reacción positiva a la tuberculina.

8. **Suprarrenales:** Generalmente son destruidas por el proceso tuberculoso, dando lugar a deficiencia corticosuprarrenal. Debe diferenciarse de la Enfermedad de Addison y la histoplasmosis.
9. **Meninges:** Pueden ser afectadas como parte de la TB. miliar o bien, a partir de un foco de infección dentro del cerebro. Los síntomas son, cefalalgia, inquietud e irritabilidad, acompañadas por fiebre, malestar, sudoración nocturna y pérdida de peso. Náusea y vómitos también son relevantes. Generalmente existe rigidez de nuca y signo de Brudzinski. La punción lumbar revela aumento de la presión, con líquido claro (proteínas aumentadas y glucosa reducida). (16)

Confirmativo de SIDA si hay serología positiva.

GRUPO B

CANDIDIASIS (3 puntos):

Agentes causales: La más común es *Cándida Albicans*, pero también se pueden encontrar, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, *C. guilliermondii*, *C. krusei*.

Por ser comensal, esta asociada a inmunodeficiencia, especialmente la mucocutánea. Clínicamente se presenta en forma de placas blancas adherentes bien delimitadas de la mucosa oral o faríngea; generalmente son lesiones indolorosas, excepto cuando se localizan en los ángulos de la boca.

La candidiasis mucocutánea crónica (granuloma por *Cándida*), presenta lesiones cutáneas hiperqueratósicas circunscritas, uñas distróficas, alopecia parcial y alododncillo tanto bucal como vaginal. La epidermofitosis crónica, displasia dental e hipofunción de la paratiroides, suprarrenales o tiroides, están más asociadas a deficiencia de las células T.

En el esófago y aparato G.I. pueden presentarse múltiples pequeñas ulceraciones, las esofágicas generalmente causan disfagia y dolor retroesternal.

La diseminación hematogena se presenta con fiebre y toxicidad, pero con pocos signos de localización, abscesos retinianos pueden extenderse lentamente al humor vítreo, que se manifiesta por dolor en la órbita, visión borrosa, escotoma u opacidades que flotan a través del campo visual. Las manifestaciones focales de la enfermedad diseminada comprenden: Osteomielitis, lesiones pustulosas de la piel, miositis y absceso cerebral.

La candidiasis pulmonar es casi siempre hematogena y resulta visible en la radiografía de tórax sólo cuando los abscesos son numerosos causando un infiltrado nodular difuso.

Debe estar asociada a otra enfermedad incluida en la definición (Ej. Tuberculosis pulmonar cavitaria), o síntomas (Ej. fiebre por más de un mes y astenia por más de un mes), para ser sospechosa de SIDA y debe ser confirmada con serología.

TUBERCULOSIS PULMONAR CON CAVITACION O INESPECIFICA (3 puntos):

Caracterizada por extensa necrosis tisular y licuefacción del tejido pulmonar, dando como resultado la formación de una cavidad donde abundan los bacilos tuberculosos.

Sus manifestaciones clínicas son:

Hemoptisis, que puede ser masiva poniendo en peligro la vida del paciente.

Pleuresia con o sin derrame, producida por una lesión tuberculosa superficial que afecta la pleura que la recubre. Se manifiesta por dolor pleurítico localizado a la inspiración profunda, o bien un foco pulmonar caseoso que puede erosionar la pleura visceral y expulsar líquido caseoso. En adultos jóvenes (15-35 a), como respuesta y a consecuencia de la reacción inflamatoria, se puede producir derrame pleural con

líquido amarillo pálido, con características hiperproteicas (3g/100ml, DHL elevada y un Ph. - 7.20.).

Es importante diferenciar las micosis pulmonares de la tuberculosis pulmonar, mediante pruebas serológicas cutáneas específicas para la coccidioidomicosis, histoplasmosis y aspergilosis. Blastomicosis, mucormicosis criptocosis y esporotricosis, se diagnostican mediante biopsia o cultivo.

Debe estar asociada a otra enfermedad incluida en la definición (Ej. Herpes Zoster en menores de 60 años), o síntomas (Ej. pérdida de más del 10% del peso corporal sin causa aparente y astenia por más de un mes), para ser sospechosa de SIDA y debe ser confirmada con serología.

HERPES ZOSTER (3 puntos):

Es una enfermedad de las fibras nerviosas de la piel; afecta a los nervios torácicos (55%), cervicales (20%), lumbares y sacros (15%), además se clasifica la división oftálmica del nervio trigémino. Las manifestaciones clínicas, fiebre y dolor localizados en las áreas que inerva el nervio afectado pueden aparecer cuatro a cinco días antes de la erupción cutánea. Esta lesión comienza con enrojecimiento localizado seguido por la aparición de pápulas rojas que se hacen vesículas y pústulas durante las siguientes 2 semanas y terminan en costras semejando la evolución de las pústulas individuales que acompañada a la varicela.

La distribución de la lesión es unilateral y característica en forma de banda, los grupos de vesículas siguen las líneas radicales, corriendo en sentido transversal a lo largo de un hemitórax o vertical a lo largo del brazo o la pierna.

Si esta afectado un nervio craneal individual se producen los siguientes síntomas:

Ganglio del trigémino (de Gasser); hay dolor a lo largo de este nervio, cefalalga y debilidad de los músculos del párpado.

Ganquio geniculado; se presenta parálisis de Bell, trastornos en la audición y vértigo, lesiones herpéticas unilaterales en el oído externo y el conducto así como la porción anterior de la lengua.

Debe estar asociada a otra enfermedad incluida en la definición (Ej. Tuberculosis pulmonar cavitaria), o síntomas (Ej. pérdida de más del 10% del peso corporal sin causa aparente y anomalías hematológicas), para ser sospechosa de SIDA y confirmarse con serología. (35).

DISFUNCION DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (3 puntos):

Los siguientes síntomas y signos son característico de la persona con disfunción del sistema nervioso central asociado a la presencia del VIH en el organismo y sugieren su investigación mediante prueba serológica.

- * - Confusión mental (Ejemplo: Desorientación en tiempo y espacio).
- * - Demencia.
- * - Nivel de conciencia disminuido (ejemplo: Estupor o coma).
- * - Convulsiones.
- * - Meningitis o encefalitis (viral o criptocócica).
- * - Exámenes cerebrales anormales (por ejemplo inhabilidad para tamborilear el dedo índice a una velocidad igual o menor de veinte veces en cinco segundos).

Debe estar asociada a otra enfermedad incluida en la definición (Ej. Tuberculosis pulmonar cavitaria), o síntomas (Ej. pérdida de más del 10% del peso corporal sin causa aparente y anomalías hematológicas), para ser sospechosa de SIDA y confirmarse con serología. (16) .

GRUPO C

En este grupo están comprendidos una serie de signos y síntomas comúnmente observados en nuestros países pero que también pueden estar relacionados con la presencia del VIH en los pacientes que los presentan. Por esta razón y para evitar falsos diagnósticos positivos basados únicamente en ellos, se

les asignan solamente 2 puntos a cada uno:

- * - Diarrea presente por más de un mes (2 puntos).
- * - Fiebre presente durante un mes o más (2 puntos).
- * - Caquexia o disminución del 10% del peso normal (2 puntos).
- * - Astenia (pérdida de fuerza) durante un mes o más (2 puntos).
- * - Dermatitis persistente (2 puntos).
- * - Anormalidades hematológicas (2 puntos), en una o más de las siguientes:
 - a- Anemia:
 - Hematrocito 30% en hombres, 25% en mujeres.
 - Hemoglobina 11g en hombres y 10g. en mujeres.
 - b- Linfopenia absoluta: Recuento leucocitario menor de 1000 células por milímetro cúbico.
 - c- Trombocitopenia: Recuento plaquetario menor de 100,000 por milímetro cúbico.
- * - Infiltrados pulmonares intersticiales difusos o bilaterales (2 puntos).
- * - Tos persistente (2 puntos).

La unión de tres o más de las anteriores manifestaciones clínicas orientan a la confirmación serológica del VIH; pueden además estar asociadas a otras enfermedades incluidas en la definición.

Es importante el conocimiento y manejo de los términos descritos en ésta definición para ajustar nuestro conocimiento epidemiológico del VIH/SIDA a la realidad de la morbilidad presente en cada país y poder traducir ese ajuste, en medidas de prevención control y seguimiento de mayor eficacia a nivel nacional. (16).

Diagnóstico SEROLOGICO.

Depende de la detección de anticuerpos específicos contra el VIH (en cultivos de especímenes clínicos) o de la detección de material genético en las células infectadas.

1. **Detección de Anticuerpos:** Está basado en la observación del desarrollo de anticuerpos específicos de personas infectadas por el HIV, que pueden ser detectados en las primeras semanas o meses (periodo de ventana) estos anticuerpos persisten durante la infección latente que puede durar de 5-10 años y la progresión al desarrollo del SIDA, y en los casos terminales estos disminuyen. La especificidad y sensibilidad de los diferentes Kits disponibles oscila entre 93% y 99%.

Entre los principales están: Retroccel, Serodia, Elisa y el Western Blot.

2. **Detección de Antígeno:** Existe un periodo llamado de Ventana en el cual la persona infectada no ha desarrollado anticuerpos contra el HIV y que dura entre seis semanas y tres meses, tiempo en el que es posible la detección del antígeno p24 en suero, plasma o líquido, empleando el método de Elisa.
3. **Cultivo de Virus:** El virus fue identificado inicialmente en cultivos celulares por microscopia electrónica; en la actualidad se detecta indirectamente a través del ensayo de la actividad de la transcriptasa inversa en sobrenadante de cultivos celulares. (9,18,19).

DETECCION DE MATERIAL GENETICO:

Una alternativa reciente empleada en la detección del VIH en paciente con cultivos negativos es la hibridación molecular.

Utilizando ADN y células mononucleares no linfoides proveniente de la sangre periférica. La proteína C reactiva

se utiliza en la técnica de la ampliación genética para detectar los antígenos virales de HIV.

Otros hallazgos de laboratorio que aparecen en forma temprana incluyen: anemia, linfopenia, hipocolesterolemia y serología positiva para sífilis. (19).

TRATAMIENTO:

Se desconoce droga que cure o la vacuna que prevenga.

Hasta la FECHA NO SE HA DESCUBIERTO NINGUN TRATAMIENTO EFICAZ contra la infección por el virus.

Los esfuerzos encaminados a la elaboración de una vacuna han resultado insatisfactorios y se ha debido fundamentalmente a:

- a) La naturaleza del virus: evasivo, cambia constantemente su composición proteica externa y gran capacidad para incorporar sus genes dentro del material genético del hospedero.
- b) La falta de un modelo animal de la enfermedad que permita las investigaciones de laboratorios de diferentes estrategias de vacunación.
- c) Las dificultades para llevar a cabo las pruebas clínicas por el prolongado periodo de incubación que presenta la infección.

El tratamiento consiste en medicamentos para las enfermedades oportunistas o los procesos malignos que se presentan, se ha intentado restaurar el sistema inmunitario por diversos procedimientos; como: trasplantes de médula osea o administración de potenciadores del sistema inmunitario como interleukina, interferon gama y hormonas químicas además de diversas sustancias sintéticas.

Hasta hoy día el tratamiento con mayor probabilidad de éxito sería que combine la administración de productos antiviricos con potenciadores de la inmunidad administrándose

en una fase temprana del síndrome.

La búsqueda de una vacuna pese a la falta de respuesta inmunológica AL VIRUS por parte de la persona infectada algunos autores señalan haber observado indicios de inmunorreacción, y se está tratando de descubrir que parte de virus puede ser responsable de esos indicios y si se puede aislar y potenciarse. Se está utilizando tecnología nueva y de producirse la vacuna habrá de ser sometida a una rigurosa y prolongada evaluación y a pruebas de inocuidad antes de que pueda salir al mercado. En todo caso la vacuna serviría para proteger a la población de la infección primaria pero no podrá evitar o mitigar los efectos clínicos en las personas ya infectadas. (2,3,18,19) .

Existen en el mercado medicamentos que obstruyen el paso de una o más etapas esenciales para la proliferación del virus entre estos medicamentos están:

AZIDOTIMIDINA (AZT)

DIDEOXICITIDINA (DDC)

DIDEOXINOSINA (DDI)

El mejor tratamiento continúa siendo la prevención a través de más y mejor campaña de educación dirigida a los grupos de riesgo y población en general. (14,23,33,34).

VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO:

El presente trabajo es de tipo descriptivo observacional.

B. SUJETO DE ESTUDIO:

El sujeto de estudio fué una muestra por captación; de mujeres embarazadas que demandaron atención de control prenatal, en la consulta externa del Hospital Nacional PEDRO BETHANCOURT de Antigua Guatemala; durante el mes de septiembre de 1993.

C. TAMANO DE LA MUESTRA

Por ser un número variable en la población materna; se realizó un promedio de consultas prenatales de meses anteriores. En base a esto se encuestaron 150 pacientes.

D. CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluyeron a todas las pacientes que demandaron atención prenatal durante el mes de septiembre, y que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

E. VARIABLES A ESTUDIAR

a. CONOCIMIENTOS:

Definición: entender un asunto con facultad para ello.

Escala de Medición:

Conocimiento Adecuado: Cuando el encuestado responde a las preguntas 1 y 2; todos los anteriores, Pregunta 3 promiscuos; pregunta 4 NO; pregunta 5 SI; pregunta 6 no hay curación.

Conocimiento Parcial: Cuando el encuestado responde a las preguntas 1, 2 y 3 una de las alternativa; que hayan respondido NO SABE a las preguntas 4 y 5 y que haya respondido Tx de sosten en la pregunta 6.

Desconocimiento: Que haya respondido NO SABE en las preguntas 1, 2 y 3; SI en la pregunta 4, NO en la pregunta 5, NO SABE en la pregunta 6.

b. ACTITUD:

Definición conceptual: El significado se constituye concatenándose los significados con los propios fantasmas del sujeto, (expresados en las prácticas).

Definición operacional: Las reacciones afectivas (positivas o negativas) en relación al SIDA.

Escala de Medición:

Positiva: Cuando el encuestado expuso elementos de comprensión, apoyó búsqueda de ayuda, ir al médico y luchar contra la epidemia, preocupación de no infectarse o infectar al recién nacido.

Negativa: Rechazo, abandono, aislamiento, indiferencia, propagar la enfermedad.

Ambiguas: Aquella respuesta incapaz de definir una actitud clara (positiva negativa) o bien aquella en la que representa elementos de comprensión y rechazo.

c. PRACTICAS:

Definición conceptual: Momento del proceso fenoménico que se concretiza en acción.

Definición operacional: Las actividades categorizadas en:

NEGATIVAS: Nocivas al bienestar del hombre.

POSITIVAS: Que favorecen al bienestar del hombre. (cuantificándolas en información escrita).

Escala de medición: De acuerdo a la respuesta.

d. EDAD

Definición conceptual: tiempo transcurrido desde la fecha del nacimiento de la persona hasta la fecha. En años cumplidos.

Definición operacional: respuesta a pregunta directa.

Escala de Medición: 15-19; 20-24; 25-29; 30-34; 35-

39; 40-44 años.

e. **ESTADO CIVIL:**

Definición Conceptual: Condición en la que se encuentra determinado sujeto con respecto a su libertad de elección marital.

Escala de Medición: de acuerdo a la respuesta.

f. **AREA DE DONDE PROVIENE:**

Escala de Medición:

Urbano; rural.

F: RECURSOS:

1. **Humanos**

- a. Población objeto de estudio.
- b. Autor del estudio.
- c. Colaborador estadístico.

2. **Materiales**

- a. Instalaciones del Hospital Nacional de Antigua Guatemala, área de maternidad.
- b. boletas estructuradas para recabar información.
- c. Mobiliario y equipo de escritorio.

3. **Económicos**

Costo a cuenta del investigador.

G. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

Se considera que el presente estudio dará a conocer conocimientos básicos para un programa de prevención del SIDA en las áreas de control prenatal, no sólo en el establecimiento de estudio; sino a nivel nacional, la investigación se realizó por medio de un cuestionario en forma individual, confidencial y voluntaria.

H. PLAN PARA LA RECOLECCION DE DATOS

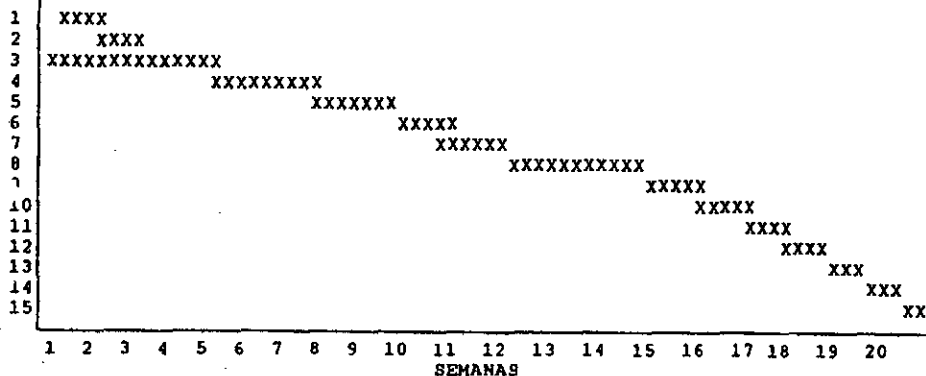
El estudio se realizó en mujeres embarazadas que asistieron a su control prenatal en el Área de maternidad del Hospital Nacional Pedro Bethancourt de Antigua Guatemala, durante el mes de septiembre de 1993; el instrumento a utilizar para dicha recolección de datos fue un cuestionario básico y sencillo sobre el tema investigado.

La recopilación de datos estuvo a cargo del propio investigador con previa autorización de la Dirección del Hospital y de la respectiva área a estudiar, terminada la recolección de datos se procedió a realizar la tabulación de los mismos, con los cuadros estadísticos correspondientes, para el informe final respectivo.

I. EJECUCION DE LA INVESTIGACION

GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES



ACTIVIDADES:

1. Selección del tema del proyecto de investigación
2. Elección del asesor y revisor
3. Recopilación de material bibliográfico
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor
5. Aprobación del proyecto por el comité de investigación del Hospital o Institución en donde se efectuará el estudio
6. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis
7. Diseño de los instrumentos que se utilizarán para la recopilación de la información
8. Ejecución del trabajo de campo
9. Procesamiento de los datos, elaboración de tablas y gráficas
10. Análisis y discusión de resultados
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen
12. Presentación del informe final para correcciones
13. Aprobación del informe final
14. Impresión del informe final y trámite administrativo
15. Examen público de defensa de la tesis.

PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO # 1

Distribución de la población en estudio por: GRUPO DE EDAD
(Pacientes embarazadas que acudieron a control prenatal
en el Hospital Nacional PEDRO BETHACOURT Antigua Guatemala
durante el mes de septiembre de 1993)

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15-19	32	21.4 %
20-24	42	28.0 %
25-29	30	20.0 %
30-34	31	20.6 %
35-39	11	7.44%
40-44	4	2.66%
TOTALES	150	100.00%

FUENTE: Boleta de recolección de información.

CUADRO # 2

Medio de comunicación que más utilizan según área de
procedencia
(Pacientes embarazadas que acudieron a su control prenatal
en el Hospital Nacional PEDRO BETHANCOURT Antigua Guatemala
durante el mes de septiembre de 1993)

AREA DE PROCEDENCIA	MEDIO DE COMUNICACION					TOTAL
	T.V.	RADIO	PRENSA	ENTR GENTE	Todas las anterio- res	
URBANO	16.0%	7.33%	1.33%	1.33%	12.66%	38.7%
RURAL	21.33%	27.33	0.0%	0.66%	12.0%	61.3%
TOTAL	37.33%	34.66%	1.33%	1.99%	24.66%	100.0%

FUENTE: Boleta de recolección de información.

CUADRO # 3

Conocimientos que posee la población en estudio sobre SIDA
(Pacientes embarazadas que acudieron a su control prenatal
en el Hospital Nacional PEDRO BETHANCOURT Antigua Guatemala.
Durante el mes de septiembre de 1993)

PREGUNTA	Conocimiento Adecuado	Conocimiento Parcial	Desconocimiento
1. Sabe ud. que es la enfermedad del SIDA?	27.3%	36.1%	36.6%
2. El SIDA se transmite por:	41.3%	52.6%	6.1%
3. Considera ud. que el SIDA se contamina más en:	77.5%	22.5%	0.0%
4. Considera ud. que la picadura de mosquito nos podría contaminar con el virus del SIDA	13.3%	0.0%	86.7%
5. Una mujer embarazada infectada por el virus del SIDA puede contaminar a su hijo durante el embarazo ó el parto?	80.6%	0.0%	19.4%
7. Si usted estuviera enferma del SIDA que utilizaría para curarse?	19.3%	24.0%	56.7%
	$\frac{259.3}{6} = 43.21\%$	$\frac{135.2}{6} = 22.53\%$	$\frac{205.5}{6} = 34.25\%$

FUENTE: Boleta de recolección de información.
(ver metodología y anexo # 1).

CUADRO # 4

Actitudes que tomaría la población en estudio hacia el enfermo
y la enfermedad del SIDA
(Pacientes embarazadas que acudieron a su control prenatal
en el Hospital Nacional PEDRO BETHANCOURT Antigua Guatemala.
Durante el mes de septiembre de 1993)

PACIENTES	POSITIVAS	NEGATIVAS
8. Si ud. estando embarazada adquiere el virus del SIDA y nace su hijo con SIDA que haría?	88.7%	11.3%
9. Si ud. estuviera contaminada con el virus del SIDA y su hijo no, le daría de mamar?	90.0%	10.10%
10. Podría convivir en una casa donde hubiera una persona con SIDA?	28.0%	72.0%
11. Le daría la mano o un beso a una persona con sida?	23.4%	76.6%
12. Ha hablado alguna vez con su conyugue sobre el SIDA?	44.7%	55.3%
13. Si ud. sabe que su esposo tiene SIDA tendría relaciones sexuales con él?	97.3%	2.7%
	$\frac{372.1}{6} = 62\%$	$\frac{227.9}{6} = 38\%$

FUENTE: Boleta de recolección de información/
(Ver metodología y anexo # 1)

CUADRO # 5

Prácticas positivas y negativas que realiza la población en estudio hacia la enfermedad del SIDA
(Pacientes embarazadas que acudieron a su control prenatal en el Hospital Nacional PEDRO BETHANCOURT Antigua Guatemala. Durante el mes de septiembre de 1993)

PREGUNTAS	POSITIVO	NEGATIVO
14. Si tiene relaciones sexuales con su conyuge que método utilizaría para prevenir el SIDA?	42 %	58 %
16. Ha tenido ud. o su esposo en los últimos 5 años alguna enfermedad de transmisión sexual?	93.3%	6.7%
18. Le han hablado durante su control prenatal sobre lo que es SIDA?	21.3%	78.7%
19. Considera que durante su control prenatal sería recomendable que le hablaran más a fondo sobre lo que es el SIDA	94.0%	6.0%
20. Si le dieran una capacitación sobre SIDA, durante su control prenatal, estaría de acuerdo en ser promotora de prevención en su comunidad?	84.0%	16.0%
21. Tiene usted relaciones sexuales con más de una persona?	98.6%	1.4%
	$\frac{433.2}{6} = 72.2\%$	$\frac{166.8}{6} = 27.8\%$

FUENTE: Boleta de recolección de información.
(Ver metodología y anexo # 1).

CUADRO # 6

Respuestas a las preguntas # 18 19 (ver anexo)
 (Pacientes embarazadas que acudieron a su control prenatal
 en el Hospital Nacional PEDRO BETHANCOURT Antigua Guatemala.
 Durante el mes de septiembre de 1993)

PREGUNTAS	R E S P U E S T A S				
	FRECUENCIA SI	PORCENTAJE	FRECUENCIA ND	PORCENTAJE	TOTALES
18. Le han hablado durante un control prenatal sobre lo que es el SIDA	32	21.3%	118.0	78.7%	100%
19. Considera que durante un control prenatal sería recomendable que le hablarán más a fondo sobre lo que es el SIDA	141	94.0%	0	6.0%	100.2%

FUENTE: Boleta de recolección de información.

IX. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

VARIABLES obtenidas según estudio realizado en: Pacientes embarazadas que acudieron a su control prenatal en el Hospital Nacional PEDRO BETHANCOURT Antigua Guatemala. Durante el mes de septiembre de 1993.

CUADRO No. 1

De los resultados obtenidos nos podemos dar cuenta que la suma de los rangos entre 20-29 años de edad el 40.6% del total de las pacientes en estudio, se encuentra en este rango; situándose en las edades que más ha sido afectada por el SIDA en nuestro país. Por lo que se hace necesario brindarles más información a ese grupo de riesgo.

CUADRO No. 2

Como se puede ver en este cuadro el 37.33% de la población en estudio se informó de SIDA en la televisión, de los cuales el 16% corresponde al área urbana y el 21.3% al área rural. En segundo lugar el 34.66% se informó en la radio del cual el 7.33% corresponde al área urbana, y el 27.33% al área rural.

Como se puede ver, el medio de comunicación que más impacto ha tenido en el área rural como fuente de información sobre SIDA es la radio, quizá por que es a la que más acceso tienen un gran porcentaje de los habitantes de nuestro país. En el estudio realizado se evidenció que el mayor porcentaje de la población, proviene del área rural, por lo que se debe mejorar la calidad de la información sobre SIDA, transmitida por la radio; y de esta manera contribuir a contrarrestar la epidemia.

CUADRO No. 3

PREGUNTA No. 1:

Sabe ud. que es la enfermedad del SIDA?

De la población en estudio el 4.7% respondió, que es una

enfermedad incurable; el 6.7% respondió que es una enfermedad que lleva a la muerte; el 24.7% respondió que es una enfermedad que se transmite a otra persona; el 27.3% respondió TODOS LOS ANTERIORES y el 36.7% respondió que NO SABE.

Como podemos observar un gran porcentaje de la población ni siquiera sabe de que se trata la enfermedad.

PREGUNTA No. 2:

El SIDA se transmite por:

De la población en estudio el 51.3% respondió, al tener relaciones sexuales con muchas personas; el 1.3% respondió que se transmite por transfusiones; el 41.4% respondió TODAS LAS ANTERIORES (ver anexo), y el 6% respondió que no sabe lo que es la enfermedad (como se puede ver sólo tienen un conocimiento superficial de SIDA).

PREGUNTA No. 3:

Considera que el SIDA se contamina más en:

De la población en estudio el 19.3% respondió que en homosexuales; el 3.3% respondió que en los drogadictos y el 58.7% respondió en los promiscuos y el 18.7% respondió que todas las anteriores.

Como nos podemos dar cuenta la población en estudio está consciente que las personas promiscuas son las que están en mayor riesgo de contraer la enfermedad.

PREGUNTA No. 4:

Considera ud. que la picadura de mosquito nos podría contaminar con el virus del SIDA.

De la población en estudio el 70% respondió que SI; el 8.7% respondió que NO; y el 16.7% respondió QUE NO SABE.

Como podemos ver un gran porcentaje de la población en estudio, tiene mucha información errada. Esto refleja la falta de información ó que se les proporciona una información incompleta.

PREGUNTA No. 5:

Una mujer embarazada infectada por el virus del SIDA, podría contaminar a su hijo durante el embarazo ó el parto.

El 80.7% de la población en estudio respondió que SI; el 8.7% respondió que NO; y el 10.7% respondió que NO SABE.

De lo anterior se puede deducir que un gran porcentaje de la población en estudio está consciente que al infectarse ellas, también pueden contaminar a su hijo, aunque en la literatura revisada reportan que de los hijos de madres infectadas sólo el 30-50% de ellos pueden nacer infectados.

PREGUNTA No. 7:

Si ud. estuviera enferma de SIDA que utilizaría para curarse.

El 56.7% refirió que NO SABE; el 24% refirió que tratamiento médico; el 19.3% refirió que no hay curación.

Como se puede ver un gran porcentaje de la población no sabe que la enfermedad no tiene curación ni existe vacuna, por ello no le toman la importancia debida.

Como podemos observar en relación a los Conocimientos en general el 43.41% de la población en estudio posee un conocimiento adecuado pero el 22.53% posee un conocimiento parcial y el 34.25% posee un total desconocimiento con respecto al SIDA.

Tomando en cuenta lo anterior se hace necesario información sobre el SIDA a estos grupos de riesgo.

CUADRO No. 4**PREGUNTA No. 8:**

Como se puede observar en este cuadro el 88.7% de la población en estudio buscaría ayuda médica lo cual refleja una actitud positiva, el 1.3% de la población en estudio respondió que buscaría al Brujo en lo cual demuestra una actitud negativa y de ignorancia a la vez; el 10% respondió que NO SABE lo que haría, lo que también demuestra una actitud negativa.

PREGUNTA No. 9:

El 90% de la población en estudio respondió que NO le daría de mamar ya que si ella está infectada contaminaría a su hijo, el 10% respondió que si le daría de mamar ya que necesita alimentarlo y que si ella está contaminada lo más seguro es que su hijo también lo este.

PREGUNTA No. 10:

El 28% de la población en estudio respondió que SI viviría allí; pero el 72% respondió que NO porque se contaminaría.

Lo anterior evidencia que hay una actitud de rechazo hacia la enfermedad de A.

PREGUNTA No. 11:

El 76.7% respondió que no le daría la mano ni mucho menos un beso porque se podría contaminar, pero el 23.3% respondió que SI; porque de esa forma no es como se contaminan las personas de SIDA.

PREGUNTA No. 12:

El 44.7% de la población encuestada refirió que no ha conversado con su esposo sobre SIDA porque nolo cree necesario; el 55.3% respondió que si ha hablado con su esposo sobre SIDA porque considera que el hombre es el que está más expuesto a ser contaminado por ser promiscuo, demostrando de esta forma una actitud positiva hacia la enfermedad evitando que ella sea contaminada.

PREGUNTA No. 13:

El 93.3% de la población en estudio respondió que no tendría relaciones sexuales con él; demostrando de esta forma una actitud positiva evitando ser contaminada; el 2.7% respondió que SI, lo cual demuestra una actitud negativa hacia la enfermedad.

De todo lo anterior nos podemos dar cuenta que el 62% del total de pacientes encuestadas tiene una actitud positiva hacia el SIDA a pesar que sus conocimientos son deficientes o nulos.

CUADRO No. 5

PREGUNTA No. 14:

Del total de pacientes entrevistadas el 42% respondió que utilizaría el preservativo lo cual demuestra una práctica positiva; aunque para evitar la contaminación aún no existe un método cien por ciento seguro, pero en la actualidad es lo único con que se cuenta para evitar ser infectado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana. El 58% demostró una práctica negativa hacia la enfermedad ya que respondió que no utilizaría ningún método, porque a su esposo no le gusta.

PREGUNTA No. 16:

El 93.3% refirió que no ha presentado ninguna enfermedad de transmisión sexual. El 6.7% refirió que ha tenido papilomatosis pero que ha sido tratada; esto es una práctica negativa ya que constituye un factor de riesgo para la diseminación del VIH.

PREGUNTA No. 18:

De la población en estudio sólo al 21.3% de la población se le dio información sobre SIDA en su control prenatal; y el 78.7% no se le dio información. Por último representa una práctica negativa para la población, ya que las personas que desconocen la enfermedad son las que se encuentran en mayor riesgo de adquirirla, porque no toman las precauciones necesarias.

PREGUNTA No. 19:

El 94% de la población en estudio respondió que le gustaría sería promotora porque de esa forma muchas personas se enterarían. De la existencia de la enfermedad. Sólo el 16% respondió que NO le daría tiempo de propagar la información.

PREGUNTA No. 21:

El 98% de la población respondió que NO; y el 2% respondió que SI lo que nos demuestra una práctica positiva hacia la enfermedad ya que las personas que tiene una vida sexual desordenada son la que están en mayor riesgo de

adquirir la enfermedad.

En base a todas las respuestas anteriores nos podemos dar cuenta que a pesar de tener conocimientos deficientes su práctica es positiva en un 72%.

CUADRO No. 6

Como se puede ver en este cuadro, del total de pacientes en estudio el 78.7% no recibió información sobre SIDA en su control prenatal, esto evidencia que no se le ha dado la importancia que merece la enfermedad, para contrarrestar la misma; siendo la población en estudio un grupo de riesgo se le debería informar en su control prenatal.

XI. CONCLUSIONES

1. En Guatemala la población heterosexual, aporta el mayor número de casos notificados de SIDA. El 80.8% de los casos reportados se encuentran entre las edades de: 20-39 años de edad. (hasta junio 1993). (15)
2. El 43.21% de la población entrevistada tiene conocimientos básicos adecuados sobre SIDA; el 23.53% tiene conocimiento parcial y el 34.25% desconoce la enfermedad; a pesar de existir mayor información en los diferentes medios de comunicación por lo que puede deberse a que la mujer se excluye del problema.
3. El 46.25% de la población en estudio presentó una actitud positiva y el 53.75% una actitud negativa, ello evidencia que existe una actitud de rechazo social hacia el enfermo y la enfermedad del SIDA.
4. El 88.6% de la población en estudio proviene del área rural, siendo esta área donde hay poco acceso a la educación por lo que es necesario implementar programas dirigidos a estos grupos de riesgo.
5. El 37.33% de la población en estudio se informó de SIDA en la televisión; el 34.66% se informó por la radio de los cuales el 7.33% corresponde al área urbana y el 27.33% al área rural, como se puede ver, el medio de comunicación que más impacto ha tenido como fuente de información sobre SIDA es la radio quizás porque es a la que más acceso tiene un gran porcentaje de los habitantes en nuestro país. Aunque las pacientes han oído hablar del SIDA por los medios de comunicación masiva su nivel de conocimientos es muy superficial; por lo que se hace necesario un programa de educación dirigida a esta área.

XI RECOMENDACIONES

1. Que se desarrollen e implementen programas específicos a la población en edad reproductiva, de información y educación sobre SIDA, haciendo énfasis en la prevención; tomando en cuenta el problema del analfabetismo, el bajo nivel educacional y diversidad cultural.
2. Implementar programas de información sobre SIDA en el Departamento de Consulta Externa, Area de Control Prenatal, no sólo en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala, sino de todos los hospitales departamentales; impartidos por estudiantes de medicina donde los hubiere ó personal capacitado para impartir dichos temas. Ya que según el estudio realizado el 78.7% de las pacientes encuestadas refirieron no haber recibido información sobre SIDA durante su control prenatal; siendo la transmisión perinatal un grupo de riesgo.
3. Que se promueva y se desarrollen más estudios sobre: conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) sobre SIDA; ya que conociendo a ciencia cierta cuales son las deficiencias del mismo, se podrá orientar las estrategias del programa a deficiencias ya conocidas, y lograr lo máximo con un mínimo de recursos.
4. Concientizar al estudiante de medicina de la responsabilidad que asume el médico en la prevención de diversas enfermedades entre ellas el SIDA. (Orientando y educando a la población en riesgo); ya que el mejor tratamiento para dicha pandemia continua siendo la prevención a través de más y mejores campañas de educación, dirigidas a los grupos de riesgo y población en general.

RESUMEN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es una enfermedad transmisible, causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH); que pertenece a la familia de los retrovirus, este virus destruye el sistema inmune del cuerpo humano, mostrándose cada vez más vulnerable ante cualquier infección oportunista; que tarde o temprano, desencadena en la muerte. Los mecanismos de transmisión son: sexual, sanguíneo y perinatal; siendo este último un factor de riesgo, se realizó el presente estudio en 150 pacientes embarazadas que asistieron a su control prenatal en el Hospital Nacional Pedro Bethancourt Antigua Guatemala.

Determinando los conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) frente al SIDA, con el objeto de proveer información calificada para apoyar en el diseño de una campaña de prevención del SIDA, dirigida a esta población.

Se encontró que el 43.21% de las 150 pacientes en estudio, tienen conocimientos básicos adecuados sobre SIDA; el 22.53% tiene un conocimiento parcial y el 34.25% desconoce la enfermedad. Con respecto a las actitudes (o sea las reacciones afectivas hacia el SIDA), el 62% son positivas y el 38% tienen una actitud negativa; en las prácticas (o sea aquellas actividades positivas, ó que favorecen al bienestar del hombre); el 72% son positivas y el 27.8% son negativas, lo anterior evidencia que a pesar de tener conocimientos sobre el SIDA, aun existen actitudes de rechazo hacia el enfermo y la enfermedad del SIDA, por lo que se hace necesario brindarles mayor información sobre el SIDA haciendo énfasis en la transmisión y prevención.

Con respecto a los medios de comunicación como fuente de información sobre SIDA el 37.33% de la población en estudio se informó de SIDA por la televisión; seguido de la radio en un 34.66%. Determinándose que el medio de comunicación que más utiliza la población en la área rural es la radio en un 27.33%; por lo que se debe mejorar la calidad de la información sobre SIDA transmitida por este medio, y de esta manera contribuir a contrarrestar la epidemia.

XII BIBLIOGRAFIA

- 1.-A.G.P.C.S. Normas para prevenir el contagio de la inmunodeficiencia Humana, en el ambiente del empleado de salud. Guatemala, 1,989 18 pag. (3,4) (Publicación de la Asociación Guatemalteca para la Prevención y Control del SIDA).
- 2.-Alvarez H. Sergio F. Estudio seroepidemiológico del virus de la inmunodeficiencia humana por medio del Test de Elisa. - Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, agosto 1,992 55 pag.
- 3.-Asociación Guatemalteca para la prevención y Control del SIDA Los Mitos y las Realidades del SIDA. Guatemala, Diciembre 1,992 16 pag. (6,7).
- 4.-Boletín Epidemiológico de O.P.S. La Situación del SIDA en las Américas Washington; 1988 16 pag. (publicación científica de la OPS vol. 9 No. 4).
- 5.-Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Presencia del VIH en la leche materna. Febrero de 1,993 (vol. 114 No. 2.)
- 6.-Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Conocimientos y actitudes de los adolescentes de Barbados sobre el SIDA. Enero de 1,993 (Vol. 114 No. 1). Walrond E. et al
- 7.-Boletín Epidemiológico de la O.P.S. Investigación sobre VIH/SIDA En América Latina y el Caribe: 1,983-1,991. Washington Marzo de 1993 (Vol 14 No. 1).
- 8.-Boletín de O.M.S. El día Mundial del Sida 1,990. Dedicado a las Mujeres. Informe de OMS, Ginebra 1,990.
- 9.-Boletín Internacional sobre Control y Prevención del SIDA. Cuando, porqué y a quien hacer la prueba del VIH. Enero de 1,992 No. 14 pag. 16 (7).
- 10.-Bond Lydia s. A. Portfolio of AIDS/STD Behavioral Interventions and Research. Washington, 1,992 314 pag.
- 11.-Calderon G. Edgar E. Creencias, Actitudes y Prácticas en adolescentes, en grupos de alto riesgo en relación al SIDA. Tesis (Médico Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, Marzo 1992 73 pag. (15-19).
- 12.-CONAVISIDA El SIDA en Guatemala y su transmisión en personas asintomáticas. Boletín mensual de la Comisión de Vigilancia y Control del SIDA. Guatemala, agosto de

1,992 4 pag.

- 13.-CONAVISIDA, Boletín mensual de la Comisión de Vigilancia y Control del SIDA. El Drama de una Madre con SIDA. Guatemala Mayo de 1,992 No. 6 4 pag.
- 14.-Comité de Infecciones Nosocomiales Hospital Roosevelt. Aspectos Éticos del Manejo del Paciente HIV positivo y del paciente con SIDA. Guatemala 1,990.
- 15.-Díaz J. B. Análisis de la Epidemia del SIDA en Guatemala por Años, sus Tendencias. Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA D.G.S.S. Guatemala 1,992 4 pag.
- 16.-Del Busto José A. El Médico Frente al SIDA. Antigua Guatemala Hospital Nacional de Antigua, 1,990 173 pag.
- 17.-Haward L. Minkoff M.D. Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana durante el Embarazo. En sus Clínicas de Ginecología y Obstetricia, México Interamericana. McGraw Hill 1,990 p 457-629.
- 18.-Instituto Panos SIDA y Tercer Mundo. España, 1,988 192 pag.
- 19.-Melendes C. César E. Conocimientos Actitudes y Prácticas en Estudiantes Universitarios en relación al SIDA. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1,992.
- 20.-Organización Panamericana de la Salud. Prevención del SIDA mediante la Educación. Boletín Epidemiológico, Jun 1,988 104 (6): 390-401
- 21.-Organización Mundial de la Salud. Directrices para la asistencia de enfermería a las personas infectadas por el VIH. Serie OMS sobre el SIDA, No. 3.- Guatemala 1,988 44 pag.
- 22.-Organización Panamericana de la Salud. Transmisión Heterosexual del SIDA. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 104 (1):63 Enero 1,988.
- 23.-Organización Mundial de la Salud. Jonathan Mann. Intercambio sobre la Promoción de la Salud y la lucha contra el SIDA. Una nueva plataforma. 1,992 11 pag.
- 24.-Pape J. et al Transmisión Perinatal del Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida SIDA. Perfil de una epidemia. Washington O.M.S. 1,988 71-82 pag.

- 25.-Peña S. Irma C. Conocimientos, Prácticas y Actitudes que sobre el SIDA poseen los Cirujanos Dentistas y Mecánicos Dentales. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1,991 40 pag.
- 26.-Populations Reports El SIDA una crisis de salud pública USA. Serie L No. 6 Abril 1,977, 43 pag. (6-19).
- 27.-Programa Nacional del SIDA D.G.S.S. Epidemia del SIDA en Guatemala. (Acumulado hasta junio de 1,993) Informe de la reunión de un grupo técnico de DGSS. Guatemala Junio de 1,993 6 pag.
- 28.-Revista Médica de Panamá. (Infectología) SIDA en panameños. Reyes Ricardo R. et al Panamá 1,986 Vol. 18 No. 2 pag. 169-175.
- 29.-Rodas M. Armando H. Frecuencia del VIH en Pacientes de Control Prenatal del Hospital Roosevelt. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala 1,990 54 pag.
- 30.-Solorzano B. Jorge, El SIDA un problema mundial. APROFAM Guatemala 1,988 año VIII No. 4 27 pag. (4-5).
- 31.-Suarez Ch. Raúl et al Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida en su. SIDA Orígenes causas y Consecuencias. Mediencia editora Abril 1,989 pag. 27-55.
- 32.-Sumary A. Practical Synopsis of the VII International Conference SIDA. Philadelphia 1991 June pag. 350 (16-21).
- 33.-Surbone A. et al Tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y el complejo relacionado al SIDA. (CRS) con un regimen de 3Azido2-3 dedeoxitimidina,- AZT ó Zidovudina y Aciclovir. Infectología 1,988 pag. 4-6/
- 34.-The Medical Letter. Azidotimina para el Tratamiento FRL SI. Noviembre de 1,986 Vol. 128 No. 726, pag. 30-32.
- 35.-Toledo L. José A. SIDA Actualización de un Problema Contemporáneo. Guatemala AGAYC 1,992 103 pag.

XIII. ANEXOS

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICASENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE SIDA,
EN PACIENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A SU CONTROL PRENATAL.

EDAD _____ ESTADO CIVIL _____

OCUPACION _____ PROVIENE DEL AREA: RURAL _____
URBANA _____

1. Sabe ud. qué es la enfermedad del SIDA.
 - a. Una enfermedad incurable
 - b. Una enfermedad que lleva a la muerte
 - c. Una enfermedad que se transmite a otra persona
 - d. Todos los anteriores
 - e. No sabe

2. El SIDA se transmite por:
 - a. Tener relaciones sexuales con muchas personas
 - b. Transfundir sangre contaminada
 - c. Usar jeringas no esterilizadas
 - d. Todas las anteriores
 - e. No sabe

3. Considera ud. que el SIDA se contamina más en:
 - a. Los homosexuales
 - b. Los drogadictos que se inyectan
 - c. Los hombres y mujeres que tienen muchas relaciones sexuales con mujeres u hombres desconocidos
 - d. Todos los anteriores
 - e. No sabe

4. Considera ud. que las picaduras del mosquito nos podría contaminar con el virus del SIDA.
SI _____ NO _____ NO SABE _____

5. Una mujer embarazada, infectada por el virus del SIDA, puede contaminar a su hijo durante el embarazo o el parto.
SI _____ NO _____ NO SABE _____

6. Si ud. durante su embarazo le informan que tiene SIDA, qué haría?

7. Si ud. estuviera enferma del SIDA, qué utilizaría para curarse?

8. Si ud. estando embarazada adquiere el virus del SIDA, y nace su hijo con SIDA, qué haría?
Matarlo _____ Abandonarlo _____
9. Si ud. estuviera contaminada con el virus del SIDA, le daría de mamar a su hijo.
SI _____ NO _____ POR QUE _____
10. Podría convivir en una casa donde hubiexa una persona con SIDA
SI _____ NO _____
11. Le daría la mano o un beso a una persona con SIDA
SI _____ NO _____
12. Han hablado alguna vez con su coyugue o conviviente sobre el SIDA.
SI _____ NO _____ NO SABE _____
13. Si ud. sabe que su esposo tiene SIDA, tendría relaciones sexuales con él
SI _____ NO _____
14. Si tiene relaciones sexuales con su esposo, qué método utilizaría para prevenir el SIDA.
a. Condón b. Pastillas anticonceptivas c. T. de cobre
d. Ninguno
15. El uso correcto del preservativo o condón, nos protege del SIDA
SI _____ NO _____