

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CONDUCTAS ETICA Y PRACTICA DEL
CIRUJANO
ANTE EL PACIENTE CON S.I.D.A.**

Estudio descriptivo de corte transversal
realizado en los Hospitales de Enfermedad Común, General de Accidentes y
Juan José Arevalo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
Guatemala, junio-agosto de 1996.

TESIS

Presentada ante la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos

POR

RICARDO EMILIO ARRIAZA CIFUENTES

En el acto de investidura como

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, septiembre de 1996

35
(22/05)
3.3

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

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

La) MAESTRO EDUC. PRIMARIA; RICARDO EMILIO ARRIAZA CIFUENTES
et Universitario No. 90-13909

resentado para su Examen General Pùblico, previo a optar al Título
édico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

CONDUCTAS ETICA Y PRACTICA DEL CIRUJANO ANTE EL PACIENTE CON
SIDA

ajo asesorado por:
CARLOS SANDOVAL PALENCIA

or
visado por: CECILIA A. PAZ O.


or
nes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman
llan la presente **ORDEN DE IMPRESION.**

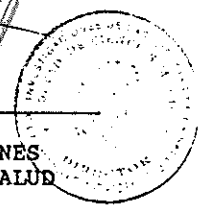
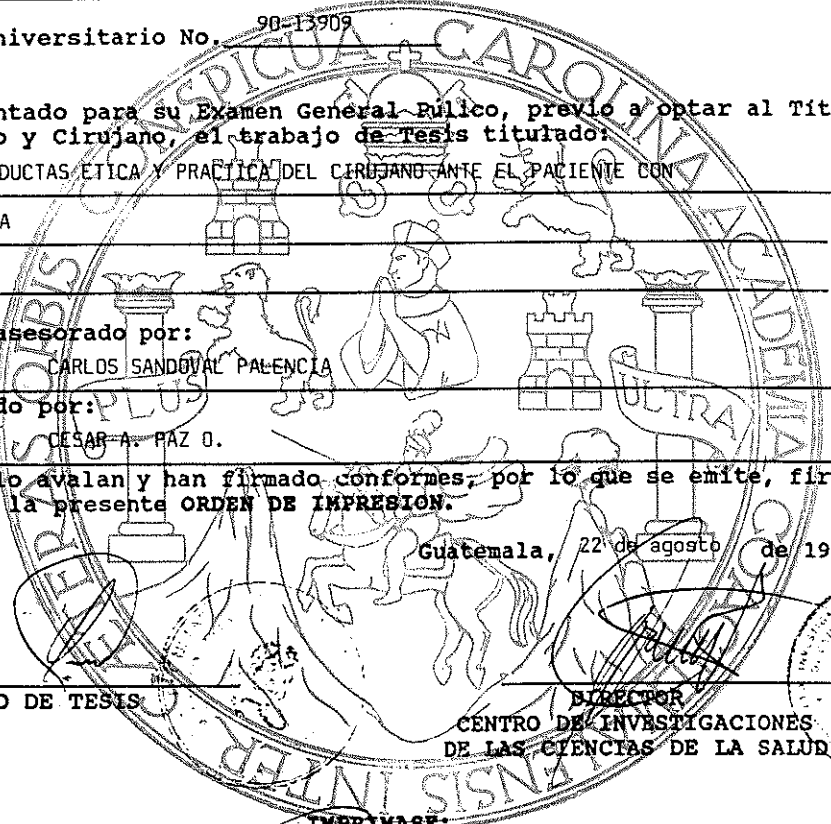
Guatemala, 22 de agosto de 1996.

NIDAD DE TESIS

DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRIMASE:


Dr. Edgar Arriola Oliva Gonzalez
DECANO



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



Guatemala, 22 de agosto de 1996

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Doctor
Carlos Humberto Escobar Juárez
COORDINADOR
Unidad de Tesis
Presente

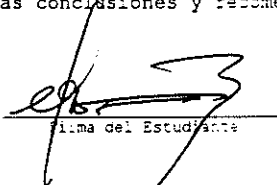
Se le informa que el MAESTRO EDUCACION PRIMARIA
RICARDO EMILIO ARRIAZA CIFUENTES

Nombres y Apellidos Completos

Carnet No.: 90-13909 ; ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

CONDUCTAS ETICA Y PRACTICA DEL CIRUJANO ANTE EL PACIENTE CON SIDA

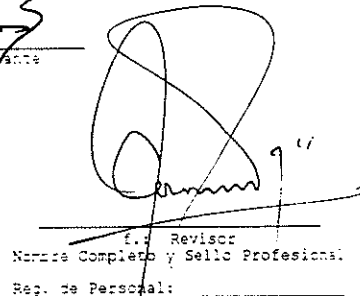
Del cual autor, asesor(es) y revisor nos hacemos responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos; así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.


Firma del Estudiante


Firma Asesor
Nombre Completo y Sello Profesional

apme

Carlos E. Sandoval Palencia
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado 7.454


Firma Revisor
Nombre Completo y Sello Profesional
Rep. de Personal: _____

DR. CESAR A. PAZ O.
MEDICO Y CIRUJANO
2747



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Of. APR- UT-161-96

Guatemala, 22 de agosto de 1996

INSTITUTO EDUC. PRIMARIA
DR. ARDO EMILIO ARRIAZA CIFUENTES
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MEDICAS
Guatemala, 22 de agosto de 1996
Presente.

Por este medio hago de su conocimiento que su Informe Final de Tesis,
sobre el tema CONDUCTAS ETICA Y PRACTICA DEL CIRUJANO ANTE EL PACIENTE CON SIDA

ha sido RECIBIDO, y luego de revisado se ha establecido que cumple con
los requisitos contemplados en el reglamento de trabajos de tesis; por
lo que es autorizado para completar los trámites previos a su
defensa.

Por otro particular me suscribo de usted.

Respetuosamente,

"DIGNIDAD Y ENSEÑANZA A TODOS"



Dr. Carlos Humberto Escobar Juárez.
COORDINADOR

La información y conceptos contenidos en el
presente trabajo es responsabilidad única del
autor.

INDICE

Introducción	1
Definición del problema	2
Justificación	3
Objetivos	4
Marco Teórico	5
V.1 Generalidades	5
V.2 Epidemiología	5
V.3 Mecanismos de Transmisión	6
V.4 Riesgo de Infección Asociado a otros Factores	8
V.5 Medidas Universales para Evitar la Infección	9
V.6 Precauciones para Técnicas Invasivas	10
V.7 Etica Médica	11
V.8 Antecedentes de Discriminación Hospitalaria	12
I. Metodología	14
II. Presentación de Resultados	22
III. Análisis y Discusión de Resultados	32
IV. Conclusiones	35
V. Recomendaciones	36
I. Resumen	37
II. Bibliografía	38
III. Anexos	41

I. INTRODUCCION:

El presente trabajo es un estudio descriptivo de corte transversal realizado en los Hospitales de Enfermedad Común, General de Accidentes y Juan José Arévalo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, y el cual tiene como objetivo principal la descripción de las conductas ética y práctica del cirujano ante el paciente con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.).

Como sujeto de estudio se tomó a los médicos especialistas en Cirugía de los hospitales anteriormente citados, así como al personal paramédico y principalmente a los pacientes con la mencionada enfermedad que han sido atendidos en los departamentos de Cirugía .

La información se recabó a través de tres boletas de recolección de datos y se procedió posteriormente al análisis y discusión de resultados, mostrando que los conocimientos de los médicos con respecto a la enfermedad han aumentado en relación a lo descrito en la Revista del Colegio de Médicos y Cirujanos de oct-dic. de 1992, pero aún se consideran superficiales porque se determinó que 75% de los entrevistados no conoce apropiadamente las medidas universales de bioseguridad, lo que asociado a otros factores de trascendental importancia, generan conductas inapropiadas que se traducen en rechazo y discriminación en algunos casos, lo que se ratifica por lo manifestado tanto por el personal de enfermería como los propios pacientes con S.I.D.A

Por lo anterior, este trabajo es una importante referencia para la evaluación de la conducta del Cirujano, así como para reconocer la importancia de implementar programas de educación continua que redundará al final en una mejor y más humana relación médico-paciente.

SECRETARÍA DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIONES
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
CALLE 10-10-83

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se caracteriza por infecciones oportunistas y cánceres poco comunes, debido a la alteración inmunitaria por la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Al SIDA se le confirió un carácter estigmatizante y vergonzoso desde sus orígenes por su relación con comportamientos sexuales socialmente rechazados, provocando la exacerbación de antiguos temores y respuestas disfuncionales de la población, producto de su miedo irracional al contagio, a la muerte y a la expresión de la sexualidad. A pesar de no estar infectadas muchas personas experimentan frente al SIDA temores y expectativas que implican grandes sufrimientos, limitaciones, esfuerzos innecesarios y perturbaciones que trascienden su vida íntima y se reflejan en sus condiciones de trabajo (14).

Las medidas de alarma, discriminación y rechazo que se han presentado en las instituciones de salud como en la población en general en relación al SIDA, son unas de las características que proceden del miedo y la ignorancia, y agravan el impacto social, económico y psicológico de la enfermedad sin ofrecer beneficio alguno (3).

Está descrito que la frecuencia de exposición accidental de los agentes de salud al HIV, depende de su profesión básica, de su actitud hacia la bioseguridad y de las condiciones del oficio. Según estudio realizado, los cirujanos representaban el 9.8% de los profesionales que sufrían exposiciones accidentales. (6,10).

En términos generales, el riesgo de infección entre quienes atienden la salud de los infectados se estima en menos de 1% y se considera estadísticamente igual al de la población general. (18,19,25).

Por lo descrito anteriormente y en vista de que no existe un estudio previo ni mucho menos una normatización respecto al tema, se hace necesaria una descripción de la situación real, en nuestro medio, en lo que a atención del paciente con SIDA, por el cirujano, se refiere; con lo cual se tendría una base para expedir una reglamentación que regule las conductas y acciones que, en este caso, el especialista en Cirugía como personal de salud, debe seguir para brindar una atención integral a los enfermos o con posibilidades de estarlo, en condiciones de respeto por su dignidad y sin discriminación de ningún tipo.

JUSTIFICACION

El SIDA ha sido una fuente importante de controversias y ha provocado en muchas ocasiones actitudes poco profesionales, y menos aún de solidaridad humana de parte de los profesionales de salud. La mayoría de esas actitudes ha sido provocadas por la ignorancia y prejuicios de tipo social y personal que se han manifestado en forma de maltrato a las personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), y con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Los médicos no han escapado de esa trampa y han incluso, abandonado a los afectados y en muchas ocasiones se han rehusado a atenderlos, aún cuando científicamente estaba indicado hacerlo. (14,20).

En 1994 se realizó un estudio que demostró que de los trabajadores de la salud enfermos por SIDA; el 15% son médicos y de estos el 60% son cirujanos. Sin embargo en la mayoría de los casos el mecanismo de contagio no fué por maniobras quirúrgicas. (16).

Considerando que el miedo y la ignorancia hacen que un médico se presente ante el paciente con una actitud de rechazo y discriminación y en los casos extremos, negación a intervenir quirúrgicamente a una persona que padece la enfermedad (19); este estudio pretende determinar la conducta de un cirujano frente a un paciente con SIDA, con lo que se establecerá un punto de partida para elaborar una reglamentación que regule las conductas y acciones del personal médico-quirúrgico ante los pacientes portadores de la enfermedad, lo cual redundará en beneficio del paciente enfermo así como del médico y principalmente jugará un papel esencial en el control de la epidemia.

IV. OBJETIVOS

GENERAL:

Describir la conducta que presentan los cirujanos de los Hospitales de Enfermedad Común General de Accidentes y Juan José Arévalo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social ante un paciente con SIDA.

ESPECIFICOS:

Evaluar los conocimientos del cirujano con respecto al SIDA, específicamente sobre mecanismos de contagio y prevención de los mismos.

Identificar los principales factores que determinan la conducta Ética y Práctica del cirujano ante un paciente con SIDA que amerita tratamiento quirúrgico.

Comparar la conducta médica regida por el Código Deontológico y la que realmente se toma por parte de los cirujanos sujetos de estudio.

Comparar la conducta médica referida por el personal paramédico y la descrita por el cirujano.

Comparar la conducta médica referida por el paciente con SIDA y la descrita por el médico.

V. MARCO TEORICO

V.1 GENERALIDADES

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), agente etiológico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), está clasificado dentro del género Lentivirus de la familia Retroviridae y se caracteriza por producir infecciones lentas, es decir, donde la aparición de síntomas está separada del momento de la infección por meses y aún años; además produce deterioro cuantitativo y progresivo del sistema inmunológico del hospedero hasta causar el SIDA. Este fué el primer Lentivirus descubierto, con implicaciones en patología humana y está relacionado genéticamente con el Virus de la Inmunodeficiencia Simiana (SIV), pero su semejanza no es suficiente para soportar la teoría, de que se deriva de los primates por transmisión horizontal al hombre. En 1981 se publicaron los primeros informes acerca de un nuevo síndrome que afecta hombres jóvenes, homosexuales, con aparición de infecciones oportunistas severas, especialmente neumonía a *Pneumocistis carinii* con marcada disminución de los linfocitos CD4; se denominó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). A partir de este momento se inician las investigaciones para encontrar el agente causal, el comportamiento clínico y epidemiológico. En 1983 en el instituto Pasteur, en un ganglio linfático de un paciente con SIDA, se encontró un retrovirus no transformante, el cual infectaba efectivamente los linfocitos CD4 y se parecía al ya conocido Lentivirus EIAV, Virus de la Anemia Infecciosa Equina. Era un lentivirus nuevo y lo denominaron Virus de las Linfadenopatías (LAV) . A finales de 1983 Mika Papovic identificó varias líneas de células que no morían tras la infección por el nuevo virus. Eran células leucémicas humanas T4, inmortales en cultivos que permitían cultivar el virus. En 1984 se logra cultivar el nuevo virus y se le denomina HTLV - III, Virus Linfotrópico Humano tipo III. A partir de este momento se empiezan a procesar muestras de pacientes con SIDA y se informa oficialmente, del descubrimiento del agente etiológico del nuevo síndrome. En 1985 se clasifica el nuevo virus como el primer lentivirus humano. (26).

V.2 EPIDEMIOLOGIA

A nivel mundial se estima que los casos acumulados de infección por el VIH era de 18 millones en 1994, y se proyecta alcanzar los 30 ó 40 millones de infectados dentro de 5 años (22).

En Guatemala, el primer caso de VIH se informó en 1984 en una mujer consumidora de drogas endovenosas (22). A finales del año 1994, se habían informado un total de 594 casos acumulados de SIDA, y 1852 casos asintomáticos de VIH. Para el área metropolitana se registró el 66% de todos los casos, mientras que en las áreas suroccidental y central se reportaron el 12% y 7% de los casos respectivamente. Sin embargo, de acuerdo a estimaciones basadas en el comportamiento de países industrializados, se considera que ésto representa un subregistro del 80% (24).

6
El riesgo de adquirir la enfermedad por exposición percutánea es de 0.3-0.4% para el virus de inmunodeficiencia humana. Los médicos residentes constituyen el grupo de mayor riesgo, siendo el grupo quirúrgico el más implicado (4,5).

V.3 MECANISMOS DE TRANSMISION

Los únicos reservorios naturales del HIV son los tejidos de los individuos infectados; no se ha establecido su existencia en especies animales, aire, agua, suelo o alimentos .

El VIH se ha identificado en casi todos los líquidos orgánicos de los individuos seropositivos, como partícula libre o en el interior de células infectadas; sin embargo su concentración varía para cada individuo infectado, para cada tejido y para diferentes momentos de la infección (7,8).

Transmisión Sexual de HIV:

El contagio a través del contacto sexual íntimo constituye el principal mecanismo de transmisión de la epidemia en todo el mundo. El riesgo de adquirir la infección por medio del contacto sexual íntimo con un infectado, se estima entre el 0.1-1% de los contactos y explica la mayoría de los casos nuevos en la población general. Sin embargo, no todo contacto sexual es igualmente efectivo para transmitir el VIH, pues el riesgo en particular depende de dos factores independientes: la probabilidad de un individuo sano de exponerse a una persona infectada, y la probabilidad del infectado de transmitir la infección (9).....

- a) **Contacto Homosexual:** la gran mayoría de los varones homosexuales que seroconvierten refieren el antecedente de coito anal pasivo (el que es penetrado) en los 6 meses previos a la seroconversión, pudiendo haberse infectado a través de esta práctica, con una tasa semestral de 3.8% de los expuestos. El coito anal activo (el que ejerce la penetración) se considera de menor riesgo, y la tasa semestral de seroconversión entre quienes practican únicamente este tipo de contacto, sin exposición a coito anal pasivo, se estima en el 0.9% de los expuestos. De todas formas, el coito anal no protegido se considera la práctica sexual de mayor riesgo para adquirir el VIH (15).
- b) **Contacto Heterosexual:** el riesgo de infectarse en un contacto heterosexual depende del estado serológico de la pareja, siendo mayor mientras más alta sea la prevalencia de individuos infectados en la población. La diseminación de este tipo constituye el patrón predominante en América Latina (18).

Entre los individuos que mantienen una actividad heterosexual, la seroconversión se ha asociado con el número diferente de parejas contactadas en el periodo. Mientras mayor sea el número de nuevas parejas mayor es la probabilidad de infección; por esta razón los hombres y mujeres que ejercen la prostitución se consideran de mayor riesgo; en el mismo sentido la probabilidad de infección es mayor entre sus clientes (15).

Transmisión iatrogénica del HIV:

Se ha descrito infección iatrogénica de pacientes a través de la exposición de transfusiones, inseminaciones artificiales, hemodiálisis, trasplantes, inyecciones intramusculares e intravenosas, acupuntura e instrumentación con equipos contaminados con sangre. Estas infecciones pueden evitarse mediante la esterilización apropiada de los instrumentos médico-quirúrgicos, la selección adecuada de donadores de sangre, semen y tejidos y del tratamiento térmico de los factores VIII y IX (16).

Transmisión madre-hijo:

La transmisión de la madre a su hijo durante la gestación se ha documentado como un mecanismo eficiente de contagio. La infección intraparto se considera posible, pero ha sido difícil distinguirla de la infección transplacentaria.

El HIV ha podido identificarse en las diferentes secreciones de la embarazada seropositiva, en el líquido amniótico y en tejidos embrionarios y fetales desde periodos tempranos del embarazo. El riesgo de infección en el producto de la gestación varía entre el 20% y 70% para diferentes series aceptándose que oscila alrededor del 50%. El riesgo de infección neonatal no varía con el hecho de que el parto ocurra o no por cesárea. Se considera que la mitad de los hijos de madres infectadas por el HIV nacerán también infectados (14).

Transmisión parenteral por objetos contaminados con el HIV.:

Se considera que a pesar de su labilidad a variaciones extremas del ambiente, el HIV puede persistir en agujas, jeringas, material quirúrgico, cuchillas, equipos de laboratorio y superficies que hayan sido contaminadas con líquidos o tejidos orgánicos infectados. El tiempo de supervivencia del virus en este medio, tanto en forma de partículas libres como en el interior de células infectadas, depende de múltiples factores como la concentración viral contaminante, el Ph, la temperatura, la humedad y la presencia de sustancias que afecten la estructura viral.

Se ha demostrado que la exposición parenteral a material contaminado con el VIH es un mecanismo efectivo de infección. La transmisión parenteral es un mecanismo especialmente importante entre usuarios de drogas intravenosas, asociándose con frecuencia de los pinchazos y el hábito de compartir jeringas o agujas previamente utilizadas por otros farmacodependientes. En este grupo poblacional, el riesgo de infección por exposición parenteral a jeringas contaminadas se estima entre el 0.15 y el 1.0% de pinchazos. (26).

Se ha descrito que la probabilidad de adquirir la infección por el HIV por punción con aguja contaminada con sangre se ha estimado en 0.004 (1/250).

Se considera que los pacientes con infección por VIH no deberían donar sangre para transfusiones autólogas, por el riesgo potencial que existe de que esta misma sangre sea utilizada en otro paciente. Se ha identificado que el riesgo de adquirir la infección por donación de sangre es prácticamente nulo (27).

V.4 RIESGO DE INFECCION ASOCIADO CON OTROS FACTORES:

Hasta la fecha no se ha demostrado que el Virus de Inmunodeficiencia Humana se contamina por alimentos, por piquetes de insectos o por inmunizaciones.(26).

Infección ocupacional:

Se ha documentado ampliamente la exposición de los trabajadores de la salud a enfermos con SIDA y sus secreciones; sin embargo, solo exposiciones parenterales y mucocutáneas abiertas a material contaminado, se han asociado con infección. La exposición profesional, por vía parenteral o mucosa, a la sangre de pacientes infectados por el virus del SIDA, se ha documentado específicamente, como un mecanismo eficaz de contagio.(2,5).

La frecuencia de exposición accidental de los agentes de salud al HIV, depende de su profesión básica, de su actitud hacia la bioseguridad y de las condiciones del oficio. Según estudio realizado los cirujanos representaban el 9.8% de los profesionales que sufrían exposiciones accidentales.(6,10)

Desde los comienzos de la epidemia y hasta 1990 sólo se habían comprobado en el mundo 18 casos de transmisión ocupacional; los pinchazos se identificaron como el mecanismo más frecuente de infección; los demás casos se atribuyen a la exposición mucocutánea contaminada con sangre y a cortaduras.(12).

Entre los trabajadores de salud, la exposición a sangre es el único mecanismo documentado de infección ocupacional por el HIV; no se ha demostrado transmisión ocupacional a otro tipo de secreciones o tejidos diferentes a la sangre.(13,17).

En términos generales, el riesgo de infección entre quienes atienden la salud de los infectados se estima en menos de 1% y se considera estadísticamente igual al de la población general.(18,19,25).

V.5 MEDIDAS UNIVERSALES PARA EVITAR LA INFECCION

Las precauciones deben ser universales, lo que implica asumir que todo paciente puede ser portador del VIH y por lo tanto potencialmente infeccioso hasta que se demuestre lo contrario. Estas precauciones tendrán en cuenta cualquier fluido corporal excepto aquéllos en los que no se ha demostrado transmisión de la infección o de que la probabilidad es muy baja, como es el caso de heces, secreciones nasales, esputo, sudor, lágrimas, vómito, orina y saliva excepto en el último caso cuando se lleven a cabo manipulaciones orales. No obstante en algunos servicios en los que la probabilidad de sufrir un accidente es mayor, las precauciones deberán extremarse.(20,23).

1. Todos los trabajadores sanitarios deben utilizar rutinariamente medidas profilácticas para prevenir la exposición cutánea o de membranas mucosas, siempre que sea posible el contacto con sangre u otros fluidos corporales de cualquier paciente. Deben usar guantes para tocar sangre u otros fluidos, mucosas o piel no intacta de cualquier paciente, en el manejo de utensilios o superficies manchadas con sangre o fluidos corporales y para llevar a cabo flebopunciones y otras técnicas de accesos vasculares. Las mascarillas y gafas protectoras se usarán durante las técnicas que posiblemente generen salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales para prevenir la exposición de las mucosas de la boca, nariz y ojos. Por otro lado, en las técnicas que pueden generar salpicaduras de sangre u otros fluidos también se utilizarán batas.
2. Tanto las manos como otras superficies corporales deben lavarse inmediatamente si se contaminan con sangre u otros fluidos. Después de quitarse los guantes deben lavarse las manos inmediatamente.

3. Todos los trabajadores sanitarios deben tomar precauciones con el fin de evitar pinchazos u otras lesiones con instrumentos afilados o durante las diferentes técnicas. Para prevenir los pinchazos con agujas, éstas no deben ser recapuchadas o extraídas de la jeringa, ni debe realizarse otro tipo de manipulaciones con ellas. Después de usar las jeringas y otro instrumentos cortantes o afilados deben colocarse en contenedores resistentes a las punciones previamente destinados a ese fin. Estos contenedores se colocan tan cerca como sea posible del área donde se lleva a cabo la técnica. Los instrumentos no desechables se colocarán en otros contenedores resistentes a las punciones para transportarlos a la zona de esterilización.
4. Si bien la saliva no ha sido implicada en la transmisión del VIH, en las zonas que es de prever que puedan ser necesarias maniobras de resucitación boca a boca se dispondrá del material de intubación y otros instrumentos de ventilación para atender adecuadamente estas situaciones y minimizar el riesgo de transmisión del virus.
5. Los trabajadores sanitarios que presenten lesiones cutáneas exudativas deben abstenerse del contacto directo con el paciente y del manejo de utensilios relacionados con su cuidado hasta que las lesiones se resuelvan.
6. Las trabajadoras sanitarias embarazadas no presentan un mayor riesgo de infección por el VIH que el resto.

Esta generalización de las medidas de precaución para todos los pacientes elimina la necesidad de utilizar la categoría de aislamiento parenteral recomendada por los CDC (Center for Disease Control) para aquellos pacientes con sospecha o certeza de infecciones potencialmente transmisibles por la sangre u otros fluidos corporales.(26).

V.6 PRECAUCIONES PARA TECNICAS INVASIVAS:

Se considera técnica invasiva toda acción en la que exista la posibilidad de entrar en contacto con sangre u otros fluidos corporales de un paciente. Las precauciones universales previamente citadas junto a las que incluye este apartado serán las mínimas que tener en cuenta para toda técnica invasiva.

Todo trabajador sanitario que participe en una técnica invasiva de forma rutinaria adoptará las precauciones necesarias para prevenir el contacto cutáneo o de mucosas con sangre u otros fluidos de cualquier paciente. Los guantes y mascarillas se usarán en toda técnica invasiva. En las técnicas que fácilmente generan salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales se usarán además gafas protectoras, así como batas de material que actúe como barrera de forma efectiva.

Si un guante se rompe o sufre un pinchazo, tan pronto como la situación del paciente lo permita debe procederse a su recambio. La aguja o elemento involucrado en el incidente debe eliminarse del campo estéril.

V.7 ETICA MEDICA

En el Código Deontológico adoptado por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala han establecido ciertas normas que deben ser observadas por todos los miembros de la ciudadanía. Tales normas están basadas en el principio eterno e inmutable que reza: "Ejercer corosamente la profesión rodeándola de prestigio, consideración y el respeto que amerita la ciencia, moral y social del médico, sobreponiendo siempre la salud y el bienestar de los enfermos a cualquier otro interés".

Considerando que no existe reglamentación que rija la conducta del médico ante el paciente con SIDA, se enuncian a continuación los artículos que pueden aplicarse al estudio:

Artículo 1. El médico debe ejercer la profesión con dignidad, decoro y conciencia de los deberes y con estricto apego a la ética profesional.

Artículo 2. El respeto a la persona y su vida, es la esencia de los ideales médicos. Nuestro arte y nuestra ciencia son un tributo a la cultura y a la civilización. El médico como protector de la salud del ser humano, no debe establecer diferencias de naturaleza religiosa, política, social, económica, racial o de otra índole.

Artículo 6. Son actos contrarios a la ética profesional:

a) *Llevar a cabo prácticas que comprometan la salud de sus semejantes.*

Artículo 26. El médico no debe abandonar sin causa justificada a ningún paciente cualquiera que sea la fase o naturaleza de la enfermedad.

Artículo 30. El médico deberá respetar las creencias religiosas y costumbres de los pacientes, siempre que ello no repercuta desfavorablemente en sus condiciones de salud.

Artículo 33. El médico evitará alarmar o deprimir al enfermo y a sus familiares, con sus actos, gestos o palabras.

Artículo 43. Al médico no le es permitido acortar la vida del paciente encomendado a su ciencia, siendo por el contrario su obligación moral, prodigarle curación, alivio o consuelo, no debiendo recurrir a técnicas o procedimientos de suyo infructuosos cuando ya se ha establecido la muerte cerebral.(2).

V.8 ANTECEDENTES DOCUMENTADOS DE DISCRIMINACION EN LA ATENCION A PACIENTES CON VIH/SIDA EN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS (1)

Estos datos fueron recopilados del informe que presentó la Asociación Guatemalteca de Prevención y Control del SIDA, ante la experta independiente en Derechos Humanos de las Naciones Unidas para Guatemala señora Mónica Pinto en su visita al país en octubre de 1,995.

En tales casos se evidencia claramente la violación de los derechos individuales de las personas con VIH/SIDA, así como la discriminación de que fueron objeto por parte del personal médico y paramédico de instituciones hospitalarias. Cabe hacer notar que ninguno de los casos aquí descritos pertenece a la institución del Seguro Social.

CASO EGRS 01-64-65, Sexo Femenino

Edad y lugar de nacimiento: 35 años, Chiquimula

Ocupación: Oficios Domésticos

VIH POSITIVO, sintomática (tuberculosis ganglionar, histoplasmosis, candidiasis oral severa).

Paciente que entró al hospital de Chiquimula en junio de 1,995, y su prueba salió positiva. Pocos días después una enfermera divulgó dentro de todo el personal sobre la infección de la paciente, con lo cual empezó el rechazo por parte de médicos y paramédicos, no así por parte del Director del Hospital.

Después hubo noticias en radio y televisión sobre tres casos de SIDA en el hospital, tal información contenía datos específicos que relacionaban a la paciente y a su esposo; posteriormente fué sacada del hospital con el argumento de que ya no se podía hacer nada por ella y que iba a morir. El 3 de julio de 1,995 se ingresó al Hospital General San Juan de Dios, con diagnóstico de tuberculosis ganglionar, histoplasmosis y candidiasis oral severa. Después de una semana de estar internada, fué dada de alta y al regresar a su casa fué rechazada por sus vecinos y hasta por su propia familia, ha sido hasta el momento traída al Hospital General para que sea reingresada con el argumento de padecer de un trastorno mental.

CASO RJC 01-115-94, Sexo Femenino

Edad y lugar de nacimiento: 30, Ciudad de Guatemala

Ocupación: Secretaria

VIH POSITIVO, asintomática.

Paciente que había trabajado en el ejército por casi ocho años, su esposo falleció de SIDA en el CMM (Centro Médico Militar) en 1,993, por lo cual se le realizó a ella la prueba, la cual fué positiva, por lo que fué expulsada de su comando militar con el argumento de que iba a infectar a todo el mundo.

Al querer solicitar atención médica al CMM, por un absceso dental, a pesar de haber sido referida por un Coronel, se le fué negada la atención por personal médico de la entidad, por lo que debió de solicitar atención a un médico privado. Mensualmente se descuenta de su pensión para cubrir gastos de atenciones eventuales en el CMM, en donde no son brindadas.

CASO DST 01-62-95, Sexo Femenino

Edad y lugar de nacimiento: 23, Escuintla

Ocupación: ama de casa

VIH POSITIVO, sintomática (tuberculosis pulmonar)

Estando ingresada en el Hospital General San Juan de Dios, se le diagnosticó HIV positivo el 22 de junio de 1,995, asociado a diarrea de dos meses de evolución, fiebre crónica y tuberculosis. Se le dió de alta y dos semanas después fue ingresada al Hospital San Vicente; refiere que su caso no fué confidencial, ya que todo el personal estaba enterado de su diagnóstico y en numerosas ocasiones se le hicieron preguntas sobre su conducta sexual. El 25 de septiembre un periodista y un camarógrafo preguntaron sobre su caso a personal del hospital, con lo cual todos los pacientes se dieron cuenta de su seropositividad y también fue rechazada, ella ahora tiene el temor que vuelvan los medios de comunicación y la fotografien sin su permiso, ya que de su familia sólo su esposo conoce de su enfermedad.

VI. METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en el cual se evaluó la conducta del cirujano ante el paciente con SIDA, tomando en cuenta los puntos de vista del médico, el personal paramédico y el mismo paciente.

SUJETO DE ESTUDIO

Médicos reconocidos como especialistas en Cirugía por la Universidad de San Carlos de Guatemala, que se encuentran laborando en el Hospital de Enfermedad Común, Hospital Juan José Arévalo y Hospital de Accidentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

- Personal paramédico que labora en las salas de encamamiento del departamento de Cirugía de los hospitales en estudio.
- Pacientes con diagnóstico de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, que esten internados o hayan estado ingresados en las salas de encamamiento del departamento de Cirugía de los hospitales en estudio.

POBLACION

Se estudió el universo de médicos especialistas en cirugía que laboran en los Hospitales de Enfermedad Común (6 médicos), Juan José Arévalo (6 médicos) y General de Accidentes (28 médicos) del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Se encuestaron 40 miembros del personal de enfermería que laboran en las salas de encamamiento de los departamentos de cirugía de los hospitales citados.

Se encuestó el universo de pacientes con diagnóstico de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida que se encuentren ingresados o lo hayan estado desde enero de 1996, en las salas de encamamiento del departamento de cirugía de los hospitales en estudio (8 pacientes).

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Se incluyeron a los médicos con especialización en cirugía general y subespecialidades quirúrgicas que actualmente laboran en los Hospitales de Enfermedad Común, General de Accidentes y Juan José Arévalo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Se excluyeron a los médicos generales, médicos residentes y médicos que pertenecen a especialidades diferentes a la cirugía.

ÉTICA DEL ESTUDIO

ACEPTACION VOLUNTARIA:

Para obtener el consentimiento voluntario se le informó al encuestado en un lenguaje claro y comprensible de los objetivos del estudio y sus posibles riesgos; asegurándose que éste estuviera debidamente informado sobre el proyecto.

CONFIDENCIALIDAD:

Todos los datos recabados tienen carácter de confidencial, respetando la identidad del informante y del paciente, definiéndose las condiciones bajo las que se publicarán o divulgarán los resultados del estudio.

REGLAMENTOS ETICOS:

Como investigador se tiene presente el compromiso de cumplir las recomendaciones éticas así como los reglamentos del departamento de investigación, de la Universidad de San Carlos de Guatemala y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

RECURSOS

A. Materiales:

Boletas de recolección de datos para cirujanos, para personal paramédico y para enfermeras, hojas y útiles de oficina en general.

B. Físicos:

Biblioteca de la facultad de medicina de la USAC.
 Biblioteca del INCAP.
 Biblioteca casa farmacéutica Roemmers.
 Biblioteca del hospital general San Juan de Dios.
 Biblioteca del hospital Roosevelt
 Archivo de clínica 19A del hospital general San Juan de Dios.
 Archivo de la Asociación Guatemalteca de Prevención y Control del SIDA.

C. Humanos:

Médicos cirujanos laborantes en los hospitales en estudio del IGSS del área metropolitana.

Personal paramédico laborante en servicios de Cirugía de los hospitales descriptos.

Pacientes con SIDA que hayan ameritado tratamiento quirúrgico en los mismos hospitales.

PLAN PARA RECOLECCION DE DATOS

Para recolectar los datos necesarios en el presente estudio, se utilizaron tres boletas especiales, elaboradas conjuntamente con el médico asesor y el médico revisor del trabajo de investigación. (Ver anexos)

Una de las boletas fué aplicada a todos los médicos cirujanos que cumplieron con los criterios de inclusión antes descriptos. La segunda se aplicó al personal paramédico de los servicios de Cirugía donde hayan pacientes con SIDA. La tercera se dirigió a pacientes con SIDA que estaban o hayan estado internados en tales servicios; realizándose posteriormente la tabulación. Las boletas de recolección de datos fueron aplicadas por el estudiante investigador.

VARIABLES

- a) Conducta Ética
- b) Conducta Práctica
- c) Complicación post-operatoria
- d) Medidas universales de bioseguridad
- e) Conocimiento
- f) Recursos institucionales
- g) Paciente de mal pronóstico
- h) Riesgo de contagio
- i) Procedimiento quirúrgico
- j) Situación de emergencia
- k) Situación electiva
- l) Aguja contaminada
- m) Confidencialidad
- n) Conducta Referida por el Personal Paramédico
- o) Conducta Referida por el Paciente con SIDA

Definición de Variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Conducta Práctica	Forma como se ordenan y dirigen los elementos para la ejecución de determinados actos.	Manejo del cirujano ante el paciente con SIDA.	Cualitativa	Nominal
Conducta Ética	Forma como se ordenan y dirigen los elementos y que se manifiestan en actitudes profesionales.	Conjunto de actitudes que son manifestadas por el cirujano ante el paciente con SIDA.	Cualitativa	Nominal
Complicación Postoperatoria	Fenómeno que sobreviene posteriormente a una intervención quirúrgica y que agrava la situación del paciente.	Se definirá como positiva cuando se describa como condicionante para la toma de una conducta.	Cualitativa	Nominal
Medidas Universales de Bioseguridad	Conjunto de medidas preventivas aprobadas internacionalmente para evitar el contagio de enfermedades infecciosas como el SIDA.	Conocimiento sobre: lavado de manos, uso de equipo protector (guantes, lentes, bata, etc.), esterilización de equipo.	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Conocimiento	Conjunto de datos e información que han sido acumulados en la mente.	Se definirá como adecuado, cuando las respuestas sean acertadas (en base a la información científica dada a la fecha) en porcentaje mayor al 75% y se definirá inadecuado cuando sea menor al 75%.	Cuantitativa	Ordinal

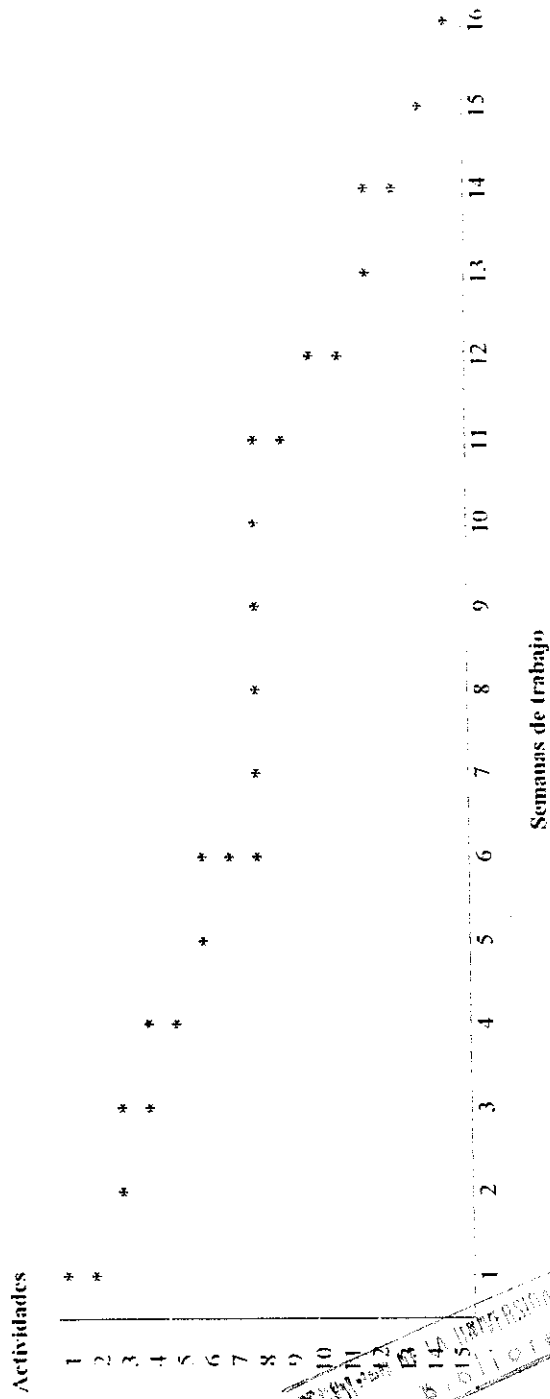
Recursos Institucionales	Conjunto de elementos materiales y características físicas de la institución hospitalaria que intervienen activamente en el tratamiento adecuado del paciente	Acceso del paciente a equipo medico quirurgico basico en sala de operaciones, y personal adecuado para la atencion del mismo.	Cualitativa.	18 Nominal Dicotomica
Paciente de Mal Pronóstico	Juicio más o menos hipotético acerca de la terminación fatal de una enfermedad en un individuo determinado.	Posible razón que se tomará como determinante en la conducta de un cirujano ante el procedimiento a realizar a un paciente con SIDA.	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Riesgo de Contagio	Posibilidad de transmisión del VIH por contacto mediato o inmediato.	Riesgo al que esta expuesto el personal médico y paramédico de la institución y que influye en la atención de un paciente.	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Procedimiento Quirúrgico	Manera de practicar un acto u operación por metodos manuales o con la ayuda de instrumentos especiales.	Procedimiento que debe ser realizado a un paciente y que puede ser omitido debido a su seropositividad.	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Situación de Emergencia	Conjunto de circunstancias que afectan a una persona en un momento de necesidad que pueden llegar a poner en juego la vida del paciente y que necesita atención inmediata.	Situación en la que el paciente debe ser atendido mediante procedimiento quirurgico de emergencia. Se definirá positiva o negativamente, dependiendo si se realiza o no.	Cualitativa	Nominal Dicotómica

tuación Electiva	Conjunto de circunstancias que afectan a una persona en un momento de necesidad no urgente con lo cual se pueden buscar las condiciones más adecuadas para su resolución	Procedimiento quirúrgico que a consideración del médico tratante puede ser retardado hasta encontrar condiciones favorables. Se definirá positiva o negativamente, dependiendo si el cirujano lo realizaría o no	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Aguja Contaminada	Aguja que se encuentra infectada por contacto con el virus de la inmunodeficiencia humana.	Equipo médico que se considera de importancia para la transmisión del VIH. Se definirá positiva o negativamente, dependiendo de la respuesta dada.	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Confidencialidad	Característica que se define como transmisión privada de un conocimiento.	Característica considerada esencial en la realización de una prueba de VIH. Se planteará positiva o negativamente.	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Conducta médica Referida por el Personal Paramédico	Forma como se ordenan y dirigen los elementos, para la ejecución de determinados actos, referidos por el personal paramédico	Este se evaluará en base a una encuesta dirigida a dicho personal de salud.	Cualitativa	Nominal.
Conducta Médica Referida por el paciente	Forma como se ordenan y dirigen los elementos, para la ejecución de determinados actos, referida por el paciente con SIDA.	Se evaluará en base a una encuesta dirigida la paciente con SIDA.	Cualitativa	Nominal.

ACTIVIDADES PARA LA EJECUCION DE LA INVESTIGACION

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

Grafica de Gantt



INSTITUCIÓN DE INVESTIGACIONES Y SERVICIOS DE ENFERMERIA
 Biblioteca Central

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS:

Cuadro No. 1
Actitudes del Cirujano del I.G.S.S.
ante el paciente con S.I.D.A. Guatemala , junio -agosto de 1996

Preguntas*	SI	%	NO	%
# 1	38	95	2	5
# 2	12	30	28	70
# 5	38	95	2	5
# 6	32	80	8	20
# 7	21	52.5	19	47.5
# 8	36	90	4	10
# 13	22	55	18	45
# 14	35	87.5	5	12.5
# 16	19	47.5	21	52.5
# 17	25	62.5	15	37.5
# 18	38	95	2	5

* 1. Cree usted que el paciente con SIDA tiene los mismos derechos que los demás pacientes?

2. Debe pedirse autorización a un paciente para realizarle la prueba de V.I.H.?

5. Realizaría usted un procedimiento quirúrgico a una persona con SIDA, en una situación de emergencia?

6. Realizaría usted un procedimiento quirúrgico a una persona con SIDA, en una situación electiva?

7. Operaría usted al cónyuge o hijos de un paciente con SIDA, sin conocer su seropositividad?

8. Si usted fuera dueño de un hospital privado, permitiría el ingreso de un paciente con SIDA?

13. Aislaría usted a un paciente por sospechar que padece de SIDA?

14. Debe respetarse la confidencialidad respecto al diagnóstico del paciente con SIDA?

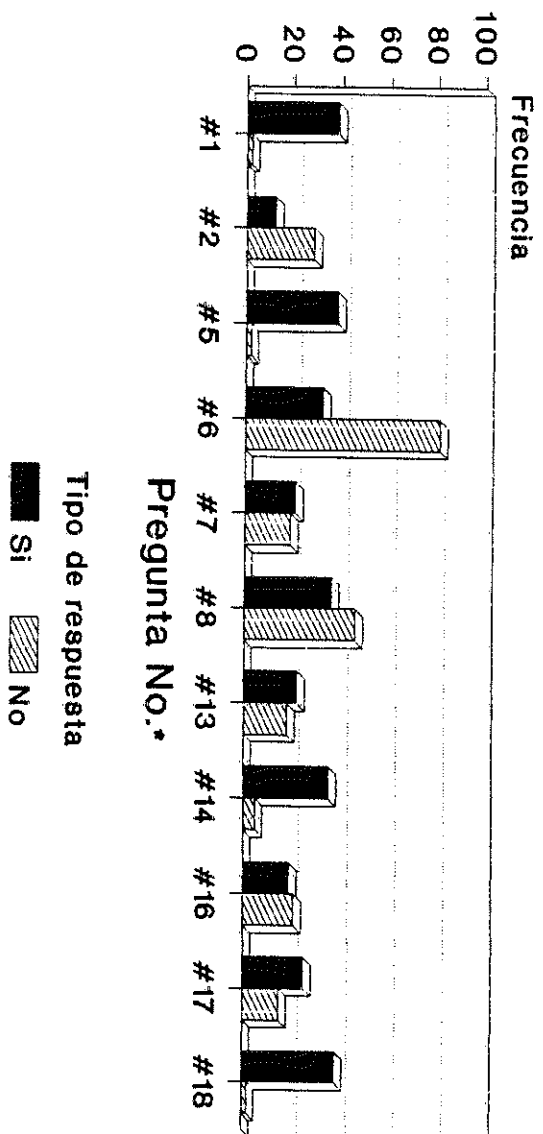
16. Considera usted que en su hospital existe confidencialidad para las pruebas de VIH?

17. Aislaría usted a un paciente portador asintomático de VIH?

18. Le donaría usted sangre a un paciente con SIDA?

Fuente : Boleta de recolección de datos No. 1

Actitudes de los Cirujanos del I.G.S.S. ante el paciente con SIDA. Guatemala, junio-agosto de 1996



Fuente: Cuadro No. 1

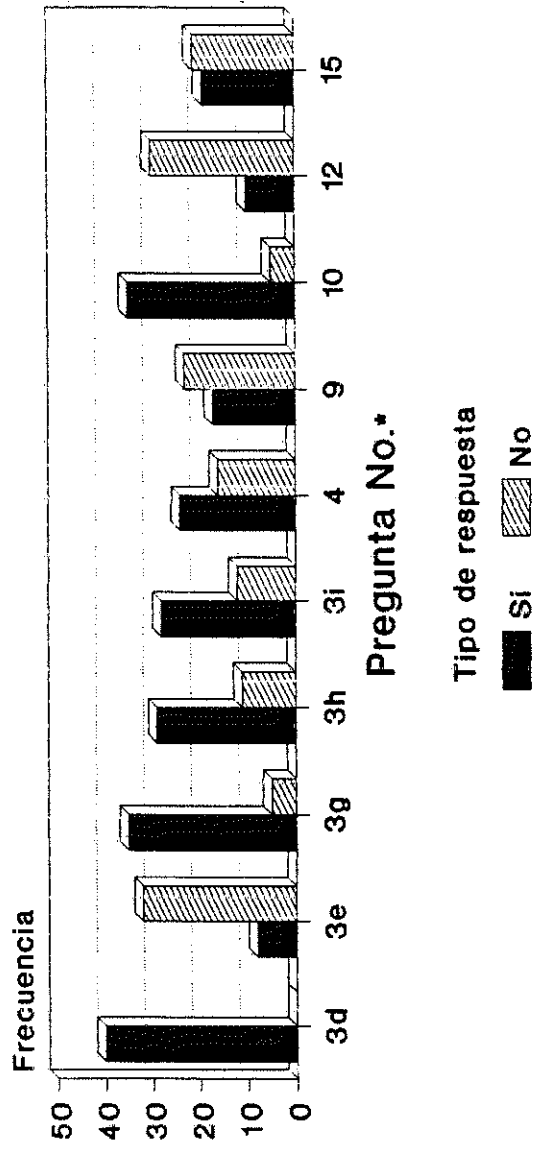
Cuadro No.2
Conocimientos sobre el SIDA,
de los cirujanos del I.G.S.S. Guatemala, junio-agosto 1996

<i>Preguntas*</i>	<i>Si</i>	<i>%</i>	<i>NO</i>	<i>%</i>
# 3d	40	100	0	0
# 3e	8	20	32	80
# 3g	35	87.5	5	12.5
# 3h	29	72.5	11	27.5
# 3i	28	70	12	30
# 4	24	60	16	40
# 9	17	42.5	23	57.5
# 10	35	87.5	5	12.5
# 12	10	25	30	75
# 15	19	47.5	21	52.5

- * 3d: Se transmite el V.I.H. por contacto sexual con hombre o mujer VIH positivo sin uso de condón?
 3e: Se transmite el V.I.H. por contacto sexual con hombre o mujer VIH positivo usando condón?
 3g: Se transmite por pinchazo con aguja hipodérmica contaminada?
 3h: Se transmite por contacto con secreciones del paciente VIH positivo?
 3 i: Se transmite por pinchazo con aguja de sutura?
 4: Considera el condón como método seguro para prevenir el SIDA?
 9: Cuál es el porcentaje de riesgo de contagio de VIH por punción accidental con aguja con sangre?
 10: Cuál es el tiempo que pasa desde el momento de la infección hasta el apareamiento de los síntomas?
 12: Cuáles son las medidas de bioseguridad que conoce?
 15: Considera que los pacientes con VIH positivo deberían donar sangre para autotransfusión?

Fuente: Boleta de recolección de datos No. 1.

Conocimientos de los Cirujanos del I.G.S.S. en relación al S.I.D.A. Guatemala, junio-agosto de 1996

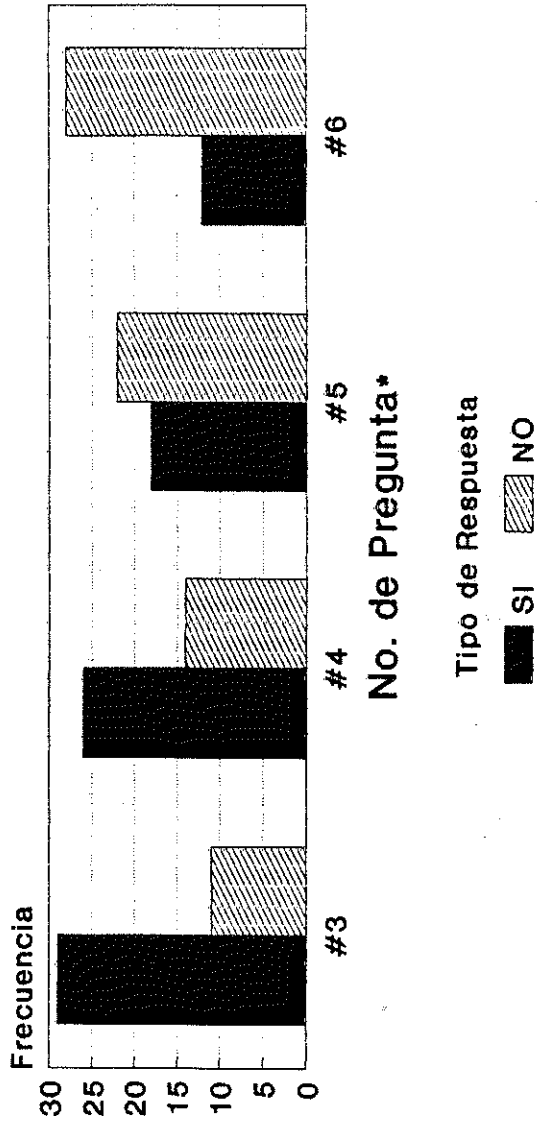


Cuadro No. 3
 Razones por las cuales un Cirujano del I.G.S.S.
 se abstendría de operar a un paciente con S.I.D.A.
 Guatemala, junio-agosto de 1996.

Razones	No.	%
Riesgo de contagio	18	45
Por considerar mal pronóstico del paciente	20	50
Falta de recursos institucionales para aplicar las medidas universales de bioseguridad	31	77.5
Posibles complicaciones postoperatorias	5	12.5

Fuente: Boleta de recolección de datos No. 1.

Conducta del Cirujano ante el paciente con SIDA observada por el personal paramédico. Guatemala 1996



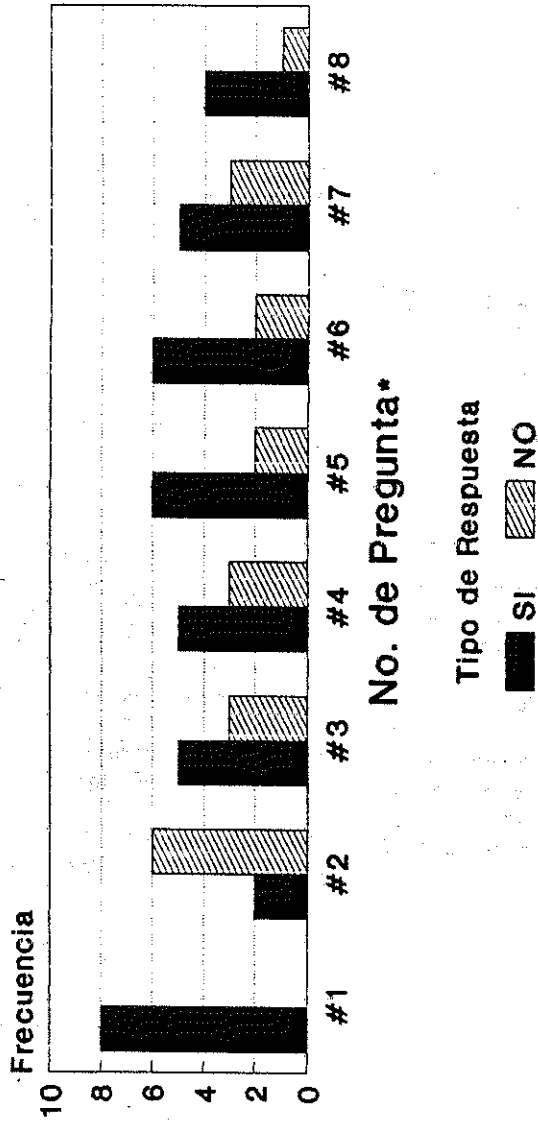
Cuadro No. 5
 Conducta del Cirujano del I.G.S.S ante el paciente con S.I.D.A.
 observada por el propio paciente
 Guatemala, junio-agosto de 1996.

Preguntas*	SI	%	NO	%
# 1	8	100	0	0
# 2	2	25	6	75
# 3	5	62.5	3	37.5
# 4	5	62.5	3	37.5
# 5	6	75	2	25
# 6	6	75	2	25
# 7	5	62.5	3	37.5
# 8	4	80	1	20

- * 1: Cree usted que tiene los mismos derechos que los demás pacientes?
- 2: Le preguntó algún médico si podían realizarle la prueba de VIH?
- 3: Al darle los resultados de estos exámenes, fué en forma confidencial?
- 4: Ha sentido usted alguna actitud de rechazo por parte de su médico tratante, durante su estancia hospitalaria?
- 5: Cree usted que su médico demuestra interés en su caso?
- 6: Lo ha tratado su médico cirujano de distinta forma, en comparación con los demás pacientes?
- 7: Ha sido usted aislado de los demás pacientes?
- 8: Si lo han aislado, le explicó su médico la razón de su decisión?

Fuente: Boleta de recolección de datos No. 3.

Conducta del Cirujano del IGSS ante el paciente con SIDA observada por el propio paciente. Guatemala 1996



VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Este estudio evalúa los conocimientos y actitudes que intervienen en la conducta de los cirujanos ante los pacientes con S.I.D.A., para lo cual se encuestó a 40 médicos especialistas en Cirugía que laboran en el I.G.S.S.; A 40 miembros del personal de enfermería y a 8 pacientes con S.I.D.A., durante los meses de junio a agosto de 1996.

La evaluación realizada a los médicos contenía preguntas enfocando tres aspectos principales: conocimientos básicos sobre la enfermedad (utilizándose como referencia lo publicado en la Revista del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala en diciembre de 1992), actitudes específicas ante los pacientes y conocimientos sobre medidas de prevención de tipo laboral. Obteniendo los siguientes resultados:

Los médicos evaluados evidenciaron tener conocimientos básicos adecuados de la enfermedad. Al evaluar las medidas de bioseguridad se presentaron deficiencias; el 25% de los cirujanos encuestados conocen 3 o más medidas, el 17.5% dos, 20% conoce una y un 37.5% no describió ninguna de estas medidas al ser consultados (Este dato se tabuló para fines de presentación del cuadro No. 1 como afirmativamente cuando el médico refirió por lo menos 3 medidas de bioseguridad y negativamente cuando planteó 2 o menos).

En relación con la conducta del cirujano frente al paciente con S.I.D.A., puede decirse que a pesar de los avances científicos que se han hecho en relación al tema, aún existe un 5% de los médicos entrevistados que considera que un paciente de esta naturaleza no tiene los mismos derechos, aduciendo en sus respuestas que deben ser tratados en instituciones especializadas. Por otro lado, se demostró que 70% de los cirujanos afirma que no debe pedirse autorización al paciente para realizarle la prueba de V.I.H., cuando lo contrario ha sido ampliamente discutido y difundido en la literatura médica, incluso contraviene hasta cierto punto la ética profesional, pero contradictoriamente se apoya en el artículo No. 30 del Código Deontológico (...siempre que ello no repercuta desfavorablemente en sus condiciones de salud). También se demostró que el 95% y el 80% operaría a un paciente con S.I.D.A. en situaciones de emergencia y electiva respectivamente, pero únicamente el 52.5% de los cirujanos operaría a un familiar del paciente con esta enfermedad, sin conocer su seroconversión, lo cual parece incomprensible porque si se corre el riesgo de operar al paciente a quien se le ha comprobado la enfermedad, por qué no hacerlo con un pariente de esta persona, si básicamente las medidas de prevención a utilizar son exactamente las mismas en ambos casos; con lo cual puede inferirse que el desconocimiento de aspectos esenciales de la enfermedad por parte del personal médico intervienen considerablemente en la formación de prejuicios para con este tipo de pacientes. El 90% de los médicos entrevistados afirmó que en el caso de que estuviera a cargo de un hospital privado, permitiría el ingreso de un paciente con S.I.D.A., de estorcentaje, el 55% aislaría a un paciente por sospechar que padece la enfermedad y 62.5% aislaría a un paciente V.I.H. positivo, cuando ésto es absolutamente innecesario, lo que demuestra que aún persisten ideas equivocadas en las mentes de los médicos, lo que podría atribuirse a ignorancia ante la patología en estudio. Con estas actitudes negativas no

solo se daña al paciente, sino también se transgreden los enunciados en los artículos 1 y 2 del Código Deontológico adoptado por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala.

En el cuadro No. 3 pueden evidenciarse más claramente actitudes propias de los cirujanos ante los pacientes con S.I.D.A. en situaciones propiamente quirúrgicas: cerca de la mitad (45%) de los médicos entrevistados no operaría a un paciente de este tipo, por temor a contagiarse de la enfermedad, con lo cual se demuestra claramente que aún existen temores derivados del desconocimiento de la transmisibilidad del virus y las medidas básicas de prevención (Cuadro # 1). El 50% de los galenos no intervendría quirúrgicamente a este tipo de pacientes porque considera que independientemente que se le opere o no de todas maneras el desenlace será el mismo. Es muy importante hacer notar que el 77.5% de los médicos entrevistados no operaría a un paciente con S.I.D.A. porque la institución hospitalaria no cuenta con los recursos para aplicar adecuadamente las medidas de bioseguridad en sala de operaciones. Con tal aseveración podrían inferirse dos cosas: 1. Puede ratificarse el desconocimiento del médico entrevistado con respecto a la bioseguridad, pues no se necesita mayor presupuesto para aplicar las medidas mínimas de prevención al contagio de enfermedades infecciosas, y 2. Que ciertamente, el hecho de que el I.G.S.S. no cuente con esos recursos mínimos para aplicar tales medidas, justifica en gran parte el temor del médico a adquirir la infección al operar a un paciente en este estado. El 12.5% de los cirujanos, sujetos de estudio, opina que no operaría a un paciente con esta enfermedad porque las probabilidades de que presente complicaciones postoperatorias que podrían precipitar su muerte son elevadas considerando que en el país no se cuenta con recursos adecuados para tales incidentes.

A pesar de que no es la totalidad, si es considerable el porcentaje de cirujanos que no operarían a los pacientes con S.I.D.A. Claro que existen argumentos que podrían considerarse valederos pero hay otros que se oponen a lo planteado en los artículos 26, 30, 33 y 43 del Código Deontológico.

Al consultar al personal paramédico (específicamente enfermería, por ser quienes más contacto tienen con el paciente) con respecto a que si consideran que la institución hospitalaria brinda igual atención a los pacientes con S.I.D.A. en relación a otro tipo de pacientes, el 72.5% manifestó que sí, pues el ser afiliados les da el derecho de ser admitidos para su tratamiento pero el 27.5% considera que no se brinda igual atención pues aunque el paciente tenga este derecho, la institución no cuenta con los recursos necesarios para tratar adecuadamente a estos pacientes. El 65% del personal de enfermería entrevistado considera que el cirujano de su sala si muestra una actitud ética ante estos pacientes y el 35% considera que no es así pues aún hay médicos que no los tratan de igual forma e incluso el 45% del personal entrevistado considera que si existe discriminación por parte del cirujano ante estos pacientes y 30% refiere haber presenciado algún acto específico en que esto suceda. Con las aseveraciones planteadas por el personal paramédico entrevistado lejos de contradecir lo descrito por los cirujanos, lo confirma; y aún más evidencia que consciente o inconscientemente el médico discrimina al paciente con la patología en estudio, lo que contraviene como ya se mencionó anteriormente, la deontología médica.

Vale hacer notar, previo a analizar la información vertida por los pacientes con S.I.D.A., que podría pensarse que el número de entrevistados es demasiado pequeño para considerarse una muestra estadísticamente significativa, sin embargo, también vale decir que en este caso no se está evaluando a los pacientes sino a los cirujanos que los han tratado, siendo la opinión y el punto de vista de aquéllos, lo que nos interesa conocer únicamente como patrón de control de la información vertida por el personal médico y paramédico consultado anteriormente.

Todos los pacientes entrevistados consideran que tienen los mismos derechos que las otras personas. El 25% de los pacientes refiere que no fué consultado al hacerle la prueba de VIH, lo que confirma lo aseverado por los cirujanos en el cuadro # 2. El 62.5% de los pacientes refiere que al darle los resultados de sus exámenes fué en forma confidencial pero el 37.5% refiere que esto no fué así, ratificando en parte lo que mencionaron los médicos entrevistados al preguntárseles si existía confidencialidad en el manejo de resultados en el laboratorio, negando este hecho el 52.5%, lo cual puede constituirse directa o indirectamente en generación de prejuicios de parte del personal tratante.

El 25% de los pacientes cree que el médico que lo trata no muestra interés en su caso, 62.5% de estas personas refiere haber sentido en algún momento alguna actitud de rechazo por parte del cirujano de la sala de encamamiento. Ochenta por ciento cree que su médico lo trata en distinta forma en relación a los demás pacientes; 62.5% ha sido aislado de los demás; de tal porcentaje, tomado como total, 80% recibió una explicación de su médico, considerándose valedera para fines éticos únicamente el 20% de éstas. Todo esto no hace más que ratificar lo que ya se había confirmado previamente respecto a las actitudes negativas que aún persisten en los cirujanos de nuestro medio.

IX. CONCLUSIONES:

Es admisible hacer notar, antes de concluir respecto a los datos obtenidos y al análisis realizado, que mucha de la información que nos permitiría inferir las razones exactas para que un cirujano manifieste determinada conducta, es tan amplia que se necesitaría profundizar más de lo que se ha hecho en este trabajo, en el cual únicamente se describen someramente los datos que, se espera, sirvan como base para extender la investigación en relación al tema. En base únicamente a lo investigado, se pudo concluir que:

1. Los conocimientos de los cirujanos, sujetos de estudio, en relación al S.I.D.A. han aumentado considerablemente, aunque todavía existe mucha superficialidad en la fijación de estos.
2. Entre los cirujanos, a pesar de constituir el grupo médico de mayor riesgo laboral y más susceptible de adquirir la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, aún existe 75% de ellos que no conoce adecuadamente las medidas universales de bioseguridad.
3. El 70% de los médicos entrevistados no considera necesario consultar al paciente respecto a su aprobación a realizarle la prueba de V.I.H.
4. Los principales factores que determinan la decisión del cirujano de NO operar a un paciente con S.I.D.A. son:
 - Desconocimiento de la enfermedad
 - Temor al contagio
 - Falta de recursos institucionales para aplicar medidas de bioseguridad
 - La calidad de vida que obtendrá el paciente con su intervención
 - Mal pronóstico del paciente
5. El Código Deontológico y los derechos del paciente con S.I.D.A. son desconocidos e/o irrespetados en forma considerable por los cirujanos sujetos de estudio.
6. Un porcentaje muy significativo (45%) del personal de enfermería entrevistado considera que existe discriminación por parte del personal médico hacia el paciente con S.I.D.A., confirmando lo definido por las actitudes que determinan la conducta referida por los propios cirujanos.
7. Existe un porcentaje elevado de pacientes que refiere ser objeto de rechazo (62.5%) y discriminación (80%) por parte de los cirujanos, lo que también ratifica lo evaluado al entrevistar a los médicos respecto a su conducta ante estos pacientes.
8. Considerando que los hospitales en estudio captan un porcentaje muy considerable de la población capitalina, y dado que en ésta es donde se encuentra una de las mayores concentraciones de pacientes con S.I.D.A. en el país, puede inferirse que los resultados de esta investigación son un reflejo de la situación general en los demás hospitales nacionales de Guatemala.

X. RECOMENDACIONES:

1. Instituir programas de educación continua, dirigidos no sólo a residentes sino a jefes de servicio de los Departamentos de Cirugía de los hospitales nacionales y el I.G.S.S., principalmente en relación al S.I.D.A.

2. Efectuar revisión y modificaciones al Código Deontológico adoptado por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, en relación al S.I.D.A., para que exista una serie ordenada de escrituras matrices dirigida al personal médico. Para tal fin se plantean las siguientes propuestas.

--Determinar claramente si se debe o no solicitar la autorización del paciente para realizarle la prueba de V.I.H., lo que podría adjuntarse al enunciado del artículo # 30 del citado código.

--Determinar claramente los lineamientos para respetar la confidencialidad en las pruebas de V.I.H.

--Establecer una reglamentación específica en relación al manejo y tratamiento de este tipo de pacientes.

--Plantear los mecanismos necesarios para ejercer control adecuado sobre la conducta que debe mostrar un médico cirujano ante las personas con esta patología.

3. Utilizar la información que se describe en los resultados de este trabajo, sabiendo que provienen de una muestra de la población médica guatemalteca, para la realización de estudios posteriores que puedan ampliar cada vez más los conocimientos del V.I.H./S.I.D.A., teniendo en cuenta que la descripción real del problema es el primer paso de la investigación; así como también una referencia en el manejo integral que se le debe dar a este tipo de pacientes por parte del personal médico.

4. Extrapolar la información aquí recabada hacia los otros hospitales nacionales.

XI. RESUMEN:

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, desde su origen, se ha caracterizado por generar una serie de respuestas conductuales en la población, principalmente asociadas al rechazo y a la discriminación, justificadas por la ignorancia ante la enfermedad, lo que es permisible, sin embargo lo que no es admisible es que se produzcan este tipo de reacciones entre el personal médico, quien se supone preparado teórica y prácticamente para solventar situaciones en las cuales deba apegarse a la ética profesional, dejando a un lado los juicios preformados, impulsados por la cultura que nos caracteriza.

El objetivo principal de este trabajo fué identificar las razones que intervienen determinando la conducta que presentan los cirujanos ante los pacientes con esta enfermedad.

Se pudo constatar, por la información vertida por los propios cirujanos, el personal paramédico y los pacientes con S.I.D.A. que aún existen conocimientos superficiales en relación a la patología descrita y que un alto porcentaje (75%) tiene un conocimiento inapropiado de las medidas universales de bioseguridad, lo que asociado a otros factores de trascendental importancia van a repercutir en desconfianza, temor e incluso en actitudes de rechazo hacia este tipo de personas.

Considero que es importante que esta información no sea únicamente aplicada a los médicos del Seguro Social, sino que todos los datos, conclusiones y recomendaciones se extrapolen hacia los hospitales nacionales del área metropolitana y departamentales, porque la población estudiada es sólo un reflejo de la situación general del país. Además podría tomarse como base para ampliar y profundizar más en el tema.

III. BIBLIOGRAFIA

1. Asociación Guatemalteca de Prevención y Control del SIDA.(1,995). Informe de caso de pacientes de las clínicas de atención de pacientes con HIV +, en el hospital general San Juan de Dios y Roosevelt. Talleres holísticos de la AGPCSS. Guatemala.
2. Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala (1,993). Compendio de leyes, estatutos y reglamentos. Pags 46-52. Guatemala.
3. Bartlett, J.G.(1992). "Infections and Surgeons" Current Problems in Surgery . Vol. 4. pag. 201.
4. Bayer, R.; Gostin, L.(1990). "Aspectos Legales y Eticos Relativos al SIDA." Boletín de la Organización Panamericana de la Salud. Vol. 108. pag.473.
5. Bell, D.M.; Shapiro, C.N.; Holmberg, S.D.(1990). "HIV and the Surgical Team" American College Surgical Bulletin. Vol. 75. pag.7.
6. Bell, D.M.; Marton, W.J.; Culver, D.H. (1991). "Risk of Endemic HIV and Hepatitis B Virus (HBV) Transmission to Patients During Invasive Procedures. Abstract MD 59 VII International Conference on AIDS. Firenze.
7. Boulliot, J.L.(1995). "Role of Laparoscopic Surgery in the Management of Acute Abdomen in the HIV-Patients" Journal of Laparoendoscopic Surgery. Mayo: 169 (5A suppl) pag. 34-38.
8. Burack, J.H.; Mandel, S.M. (1989). "Emergency Abdominal Operation in the Patients with AIDS" Annals of Surgery. vol. 124. pag. 285.
9. Center for Disease Control. (1987). "Recommendations for the Prevention of HIV Transmission in Health Care Setting MMWR. VOL. 36. PAG. 185.
10. Center for Disease Control. (1988). "Recommendations for the Prevention of HIV Transmission in Health Care Setting MMWR. VOL 36. pag. 25.
11. Ciricillo, S.F.; Roseblum, M.L.(1994). " AIDS and the Neurosurgeon update". Advances Technicals in Neurosurgeon. Vol. 21. pag. 155-56.
12. Crawley, T; Gourville, L.S.(1994). "Surgical Intervention in Children with HIV infection". Nursery Clinics of North America. Dec. 29(4) pag. 631

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

13. Daniels, N.(1992) "Infection Professionals, Patients Rights and the 'Switching Dilemma'" *JAMA*. 267. 1368.
14. Gatell, R.J. (1992) *Guia Práctica del SIDA. Clínica, Diagnóstico y Tratamiento*. Ca 20. Masson-Salvat. España.
15. Lipsett, P.A.; Alío, M.(1988). "The AIDS". *Surgical Clinics of North America*. vol.68 pag. 73.
16. Manzano Trovamala, José; Guerrero, María; Márquez, Miguel (1994). "SIDA y Cirug (parte II)". *El Cirujano General*. Julio-Septiembre. Vol. 16, Num. 3 Mexico.
17. Mourox, J; Riquet. M. (1995). "Surgical Management of Thoracic Manifestations in HIV-POSITIV pacientes" *Britannian Journal of Surgery*. Jan. 82 (1): 39.
18. Mueller, G.P. (1995). "Surgical Infections in AIDS Patients" *American Journal of Surgery*. May. 169.p.345.
19. Newdick, C. (1994). "Is self-Sufficiency Financially viable and ethically justifiable?-- Legal Aspects" *Blood, Coagulation and Fibrinolysis*. Dec. 5 suppl.4 pag. 37.
20. Organización Panamericana de la Salud. (1989). "SIDA, Perfil de una Epidemia. Parte Pag. 141-142. Washington, Estados Unidos. Publicación Científica #514.
21. Patz, J.A. (1995). "Occupational Health in Surgery: Risks extended Beyond the Operating Room". *Australian, New Zealand Journal of Surgery*. Sept. 65(9):pag. 627.
22. Pérez, L.; Mejía, C. (1992). "Actitudes, Conocimientos y Etica del Médico ante el SIDA" *Revista del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala*. Oct-Dic. pag. 39-41. Guatemala.
23. Proyecto SIDA. (1990). *El Médico Frente al SIDA*. Primera Edición. Pag. 125 IGSS. Seccion de Epidemiología.
24. Samayoa, Blanca; Boy, Erick; Villatoro, Elba.(1995). "Impacto Socioeconómico del VIH/SIDA en Guatemala". *Revista del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala*. Oct-Dic. Vol. 5. # 1. pag. 4-9. Guatemala.
25. Quebberman, E.J.(1995). "Care of de Trauma Patients in the Age of the VIH". *Surgic Clinics of North América*. April 75.(2) pag. 327

26. Velasquez, Gloria; Gómez, Ruben. (1993). *SIDA: Enfoque Integral. Primera Edición.* cap 15. Corporación para las Investigaciones Biológicas. Colombia.
27. Vhanston, V.; Smith, D. and Eisennstaedt, R. (1995). "Should Patients with Human Immunodeficiency virus Infection or Chronic Hepatitis donate blood for autologus use?". *Transfusion.* Vol 35, No. 4.
28. Zanedo Dorantes, Luis (1987). *Investigación Clínica.* Cap. 5 Editorial Interamericana, Mexico, D.F.

XIII. ANEXOS



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS No. 1

INSTRUCCIONES. La presente boleta tiene como objetivo recabar la información sobre conocimientos básicos en relación al SIDA. Específicamente derechos del paciente, infectividad, mecanismos de transmisión y medidas de prevención de la enfermedad, así como actitudes que se toman en determinadas circunstancias. Los datos del cuestionario son ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIALES. Sírvase responder marcando con una "X" o llenando los espacios necesarios con la información que se le pide.

1. Cree usted que el paciente con SIDA tiene los mismos derechos que los otros pacientes

Si ___ No ___

Por qué: _____

2. Debe pedirse autorización a un paciente para efectuarle la prueba de VIH?

Si ___ No ___

3. Cuáles considera usted que son los mecanismos de transmisión del VIH?

a) Al dar la mano

b) Por los platos utilizados por el paciente.

c) Por el beso húmedo

d) Por contacto sexual con hombre o mujer VIH positivo sin uso de condón.

e) Por contacto sexual con hombre o mujer VIH positivo usando condón.

f) Piquete de mosquito

g) Pinchazo con aguja hipodérmica contaminada.

h) Contacto con secreciones del paciente con VIH positivo.

i) Pinchazo con aguja de sutura.

4. Considera el condón como un método seguro para prevenir el SIDA?

Si ___ No ___

6. Realizaría usted un procedimiento quirúrgico a una persona con SIDA, en una situación en que estuviera en juego la supervivencia inmediata del paciente?

Si ___ No ___

- i. Realizaría usted un procedimiento quirúrgico a una persona con SIDA, en una situación electiva?

Si ___ No ___

7. Operaría usted al cónyuge o hijos de un paciente con SIDA, sin conocer su seropositividad?

Si ___ No ___

8. Si usted fuera dueño de un hospital, permitiría el ingreso de un paciente con SIDA?

Si ___ No ___

9. Cual de los siguientes es el porcentaje de riesgo de contagio de VIH por punción accidental con aguja contaminada con sangre?

- a. 1%
- b. 0.5%
- c. 0.004%
- d. 2%
- e. 20%

10. Cuál es, según la literatura, el margen de tiempo que transcurre desde el momento de la infección por el VIH hasta el apareamiento de los síntomas de SIDA?

- a. 11-15 días
- b. 0-10 días
- c. 16-30 años
- d. 6 meses-15 años

11. A continuación se presenta una lista de razones por las cuales podría abstenerse de operar a un paciente con SIDA. Marque la(s) que a su juicio son válidas:

- a) Riesgo de contagio.
- b) Por considerar mal pronóstico del paciente.
- c) Falta de recursos institucionales en sala de OP. para aplicar las medidas universales de bioseguridad.
- d) Posibles complicaciones pos-operatorias
- e) Otras, especificar.

12. Cuáles son las medidas de bioseguridad que conoce ?

13. Si usted estuviera a cargo de un hospital privado aislaría a un paciente perteneciente a un grupo con prácticas de alto riesgo, por tener sospecha de padecer SIDA?

SI ___ NO ___

14. Considera usted que debe respetarse la confidencialidad respecto al diagnóstico del paciente con SIDA?

SI ___ NO ___

15. Según usted, los pacientes con VIH POSITIVO deberían donar sangre para autotransfusión?

SI ___ NO ___

16. Considera usted que en su hospital existe confidencialidad en el laboratorio para las pruebas de VIH?

SI ___ NO ___

17. Si usted estuviera a cargo de un hospital privado aislaría a un paciente portador asintomático de VIH?

SI ___ NO ___

18. Le donaría usted sangre a un paciente con SIDA?

SI ___ NO ___

REFERENCIAS:

1. Pérez, L.; Mejía, C. (1992). "Actitudes, Conocimientos y Ética del Médico ante el SIDA". Revista del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. Oct-Dic. pag. 39-41. Guatemala.
2. Proyecto SIDA. (1990). El Médico Frente al SIDA. Primera Edición. IGSS, Sección de Epidemiología.
3. Vanston, V.; Smith, D. and Eisenstaedt, R. (1995). "Should Patients with human immunodeficiency virus infection or chronic hepatitis donate blood for autologous use?". Transfusion. Vol. 35, No. 4.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS PARA PERSONAL PARAMEDICO (#2)

INSTRUCCIONES: La presente boleta tiene como objetivo recabar información respecto a la conducta ética y práctica que manifiesta un cirujano frente a los pacientes con SIDA, la cual se dirige al personal paramédico, para tener una visión distinta a la manifestada por el propio médico. Los datos del cuestionario son ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIALES. Responda marcando con una "X" o llenando los espacios necesarios con la información que se le solicita.

1. Cree usted que el paciente con SIDA tiene los mismos derechos que los demás pacientes?

SI ___ NO ___

Por qué: _____

2. Sabe a qué se refiere el término "Ética Médica"?

SI ___ NO ___

A qué se refiere: _____

3. Cree usted que la institución brinda igual atención a un paciente con SIDA y a un paciente que no padece la enfermedad?

SI ___ NO ___

Por qué: _____

4. Cree usted que el cirujano muestra una actitud ética ante el paciente con SIDA?

SI ___ NO ___

Por qué: _____

5. Considera usted que existe discriminación por parte del cirujano ante el paciente con SIDA?

SI ___ NO ___

Por qué: _____

6. Usted ha presenciado algún acto por parte del personal médico de su servicio en el cual se agrada o discrimine al paciente con SIDA?

SI ___ NO ___

Describalo: (SIN MENCIONAR NOMBRES)

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS PARA EL PACIENTE CON SIDA (#3)

INSTRUCCIONES: La presente boleta tiene como objetivo recabar la información sobre conducta ética y práctica que presenta un cirujano ante un paciente con SIDA, desde el punto de vista del mismo paciente, para tener un punto de vista diferente al manifestado por el profesional médico. Los datos del cuestionario son ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIALES. Sírvase responder marcando con una "X" o llenando los espacios necesarios con la información que se le pide. GRACIAS.

1. Cree usted que tiene los mismos derechos que los demás pacientes?

SI___ NO___

Por qué: _____

2. Le preguntó algún médico a usted si podían realizarle las pruebas para confirmar su enfermedad?

SI___ NO___

3. Al darle los resultados de estos exámenes, fue en forma confidencial?

SI___ NO___

4. En algún momento, durante su estancia hospitalaria, ha sentido alguna actitud de rechazo por parte de su médico tratante?

SI___ NO___

5. Cree usted que su médico demuestra interés en su caso?

SI___ NO___

Por qué: _____

6. Lo ha tratado su médico cirujano de distinta forma, en comparación con los demás pacientes de su sala?

SI ___ NO ___

7. Ha sido aislado usted de los demás pacientes?

SI ___ NO ___

LAS SIGUIENTES DOS PREGUNTAS SOLO RESPONDALAS SI SU ANTERIOR RESPUESTA FUE POSITIVA.

8. Si lo han aislado, le explicó su médico la razón de su decisión?

SI ___ NO ___

9. Si le explicó la razón, por favor describala con sus propias palabras, SIN REFERIR LOS NOMBRES.

