

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

“Dr. José Assef Yara”

CENTRO PROVINCIAL DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGIA

CIEGO DE ÁVILA



TÍTULO: VIH/SIDA. Intervención Educativa en médicos de familia del municipio Ciego de Ávila

AUTOR: Dra. Laidelys Alemán Veliz.
Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral
Profesor Instructor

TUTOR: Dr. Norman Gutiérrez Villa.
Especialista de 1er. Grado en Higiene y Epidemiología
Master en Enfermedades Infecciosas.
Profesor Asistente.

ASESOR: Dra. Grisel Chinaa Pérez
Especialista de 1er. Grado en Higiene y Epidemiología
Master en Enfermedades Infecciosas.
Profesor Instructor

**Informe final para optar por el Título de Master en
Enfermedades Infecciosas**

2010



Resumen

Se realizó un estudio pre-experimental (antes y después) de intervención educativa en el personal médico del municipio Ciego de Ávila, en el período de Enero 2008 hasta Diciembre de 2008. El universo de estudio lo constituyeron los 86 médicos de familia que atienden los consultorios del municipio en el período antes señalado a los cuales se les aplicó una encuesta (anexo 2) para evaluar los conocimientos de los mismos antes y después de la intervención educativa, los resultados fueron que el 100% de los médicos reconocieron los diferentes grupos de pesquisa; el 98,7% identificaron los grupos vulnerables a dispensarizar en su población, por otra parte el 100% después de realizada la intervención obtuvieron respuestas correctas relacionadas con las vías de transmisión del VIH/SIDA, el 97.7 % reconocieron los criterios diagnósticos a tener en cuenta, las diferentes etapas de la infección fueron identificadas por el 100% de los médicos capacitados y el 97.7 % de los capacitados incorporaron en sus conocimientos la conducta a seguir ante un caso confirmado de VIH/SIDA en el consultorio. Se aceptó la hipótesis trazada en la investigación ya que los médicos de la familia adquirieron conocimientos generales sobre el VIH/SIDA entre alto y medio con el 93.1 % y 5.8 % respectivamente después de la intervención educativa, para un 95% de confiabilidad por lo que la intervención aplicada fue efectiva y se cumplió con el objetivo propuesto en nuestra investigación.

Palabras Claves: Médicos de Familia; VIH/SIDA; Intervención Educativa.

Índice

<u>Contenido</u>	<u>Página</u>
Resumen	
Introducción _____	1
Objetivos _____	6
Marco Teórico _____	7
Material y método _____	22
Análisis y discusión de los resultados _____	29
Conclusiones _____	39
Recomendaciones _____	40
Referencias bibliográficas _____	41
Anexos	

Introducción

La epidemia del VIH, surgida en la década de los años 80 y convertida en una pandemia, constituye junto con la pobreza y el hambre , los más grandes azotes de la humanidad y amenaza con exterminar a la especie misma.

En Junio de 1981, científicos de los Estados Unidos identificaron los primeros casos del Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Desde entonces han pasado veintinueve años y la epidemia continua propagándose por todo el mundo.

En 1982 se define por primera vez el Sida, en 1985 se pone de manifiesto el alcance de esta epidemia, en cada región del mundo se notifica al menos un caso de VIH/SIDA. Estos antecedentes históricos de esta ITS en específico han revolucionado la ciencia con el fin de lograr encontrar una cura y la forma de evitar la propagación de esta enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud ha estimado que el VIH/SIDA, constituyen a escala mundial la causa de enfermedad más importante entre hombres de 15 a 44 años y la segunda causa más importante (después de la causa materna) en mujeres jóvenes en países en vía de desarrollo. (1)

La epidemia mundial de SIDA es uno de los mayores desafíos que afronta nuestra generación. El SIDA es un nuevo tipo de emergencia mundial es un fenómeno único en la historia de la humanidad por su rápida propagación, su alcance y la intensidad de su impacto Las tasas de la transmisión actual general de la infección por el VIH/SIDA siguen mostrando un aumento. Cada día 14 000 personas son infectadas por el VIH/SIDA, 2 000 de estas nuevas infecciones ocurren en niños, otras 12 000 en personas de 15 a 44 años, de ellas el 40 % son mujeres y el resto son jóvenes de 14 a 24 años. (2-3-4-5-6)

Un total de 39,5 millones (34,1-47,1 millones) de personas vivían con el VIH en 2006, 2,6 millones más que en el 2004, esa cifra incluye los 3,4 millones (3,6-6,6 millones) de adultos y niños infectados por el VIH estimados en 2006, alrededor de 400 000 más que en 2004. (7-8-9)

También ha dejado desde su comienzo una secuela de más de 13 000 000 de pequeños huérfanos en el mundo. Según datos de la OMS es ya la primera causa de muerte en África y la cuarta en el planeta. Según su comportamiento en la actualidad, a nivel mundial, el SIDA es más frecuente en el sexo masculino, con un incremento en la transmisión del virus en los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) de la población joven, también ha existido un aumento en los últimos años en mujeres jóvenes. (3- 4- 5-6)

En nuestro país la epidemia ha mantenido un lento pero sostenido crecimiento, pero el hecho de que la principal vía de transmisión siguen siendo las relaciones sexuales sin protección, evidencia que el peligro no está conjurado. (10)

En los análisis de pronóstico de la infección por VIH que se han realizado en nuestro país, se estima que de mantenerse las condiciones que determinan el comportamiento actual de la enfermedad, para los próximos 10 años serán diagnosticados alrededor de 6054 nuevas infecciones y unos 2532 nuevos enfermos. (10-11)

Desde 1986 hasta la actualidad, se han diagnosticado en Cuba un total de 10454 personas seropositivas al VIH, 3910 han enfermado de SIDA, 1847 fallecieron, de ellos 1721 por SIDA y 126 por otras causas. (11)

La prevalencia en la población de 15 y 49 años es del 0,1% y entre 15 y 24 años es de 0,05%.(4-12-13)

El 80% de los casos diagnosticados son del sexo masculino y el 85% de ellos son HSH. Proporción superior en Matanzas 89,5%, Ciudad de la Habana 88,69%, La Habana 87,82%.

En Cuba el Programa Nacional de Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA, se inició desde 1986, teniendo como objetivo fundamental evitar que el proceso de la infección-enfermedad se convierta en un importante problema de salud para la población cubana. El **componente educativo** dentro de éste programa tiene como propósito promover conductas sexuales, actitudes y prácticas saludables en la población, haciendo énfasis en los grupos más vulnerables. (12)

En nuestra provincia, desde 1986 hasta estos momentos, se han diagnosticado un total de 238 personas infectadas por el VIH y han fallecido por esta causa 33.

Durante el periodo de Enero-Diciembre de 2008 se diagnosticaron 46 casos de VIH/SIDA ,22 más que el año anterior para un 91.7 % de incremento. Las edades más afectadas se encuentran entre 20 y 44 años, y el sexo masculino representa el grupo más incidido, dentro de ellos los HSH. El municipio más afectado es Ciego de Ávila con tasas de detección por encima de la media provincial.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto nos hemos decidido a realizar una intervención educativa en dicho municipio dirigida a los médicos que se encuentran laborando en los consultorios de la atención primaria de salud perteneciente a las cinco áreas, durante el período de Enero 2008 a Diciembre de 2008.

Planteándonos la siguiente interrogante científica:

¿Como incrementar el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA en los médicos de familia que laboran en los consultorios tipo I del municipio de Ciego de Ávila?

Siendo nuestra hipótesis de trabajo la siguiente:

Si se aplica la intervención educativa sobre VIH/SIDA en los médicos de familia de los consultorios tipo I del municipio Ciego de Ávila se incrementarían significativamente los conocimientos sobre el tema.

Objetivos



OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la eficacia de la intervención educativa para incrementar el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en los médicos de familia que laboran en los consultorios tipo I del municipio Ciego de Ávila, después de aplicada la intervención educativa.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1- Valorar la eficacia de la intervención educativa para elevar significativamente los conocimientos en relación a las siguientes variables:

- Grupos de pesquisa.
- Conocimientos sobre grupos vulnerables
- Vías de transmisión.
- Etapas de la infección.
- Criterio de diagnóstico.
- Conducta a seguir ante un caso confirmado de VIH/SIDA.

2-Evaluar la eficacia de la intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento general promedio sobre VIH/SIDA en los médicos de la familia encuestados.



Marco Teórico

En el año 1981 varios varones homosexuales de Nueva York y California comenzaron a fallecer víctimas de enfermedades oportunistas ocasionadas por la depresión del sistema inmunológico, es allí donde surge por primera vez el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), descrita por el Dr. M. Gottlieb, en sus inicios se pensaba que era una enfermedad solo de homosexuales y usuarios de drogas inyectables pero posteriormente esto se fue transformando en una pandemia que afecta a millones de hombres, mujeres y niños de todo el continente. Al parecer, la propagación extensa del SIDA comenzó a fines del decenio de 1970 y comienzos del de 1980 entre hombres y mujeres sexualmente promiscuos en África oriental y central y entre hombres homosexuales y bisexuales en determinadas zonas urbanas de las Américas, Europa occidental, Australia y Nueva Zelanda. En la actualidad el virus se está transmitiendo en todos los países. (14)

Concepto:

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, esta definido por una serie de enfermedades oportunistas asociadas a la inmunodepresión que están relacionadas con los efectos que produce el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), en el sistema inmunológico. Este virus es miembro de la familia de los Retrovirus y de la subfamilia de los Lentivirus, presenta una cubierta externa y un mensaje genético compuesto por ARN, también una enzima (reversotranscriptasa) que convierte el Ácido Ribonucleico (ARN) del virus a Ácido Desoxirribonucleico(ADN) en la célula hospedera. La membrana celular está formada por una capa bilipídica donde están las glicoproteínas: gp 120 y gp41, las cuales se van a unir al receptor CD4 dentro de esta membrana está la nucleocápsida compuesta por la proteína p 17 y dentro de unidades de proteínas p24, tiene la característica de infectar y replicarse en una amplia variedad de células humanas del sistema inmunológico, dentro de las que se encuentran los linfocitos TCD4, el sistema monocito macrófagos y las microglías en

el Sistema Nervioso Central. Pero es la infección del linfocito TCD4 (auxiliador cooperador), la que produce los efectos más catastróficos en la respuesta inmunológica. (15)

Tipos de VIH

Se reconocen dos tipos de virus: el VIH 1 y el VIH 2, ambos se distinguen por el examen de anticuerpos, pero los dos causan SIDA de manera indistinguible, no obstante el VIH 2 parece ser más difícil de transmitir, y el periodo de incubación es más prolongado, también los diferencia su distribución geográfica, pues el VIH 2 es más frecuente en el África occidental, el VIH- 1 es más extendido en el mundo.

Se conocen además diferentes cepas circulantes de VIH que presentan heterogenicidad de genotipos y subtipos virales. Dentro del VIH-1 se han descrito dos grandes grupos: el grupo M (Main on Principal) subdivididos en 10 subtipos desde la A hasta la J, y el grupo O (Outlier) con varios aislados diferentes entre sí. Para el VIH- 2 se han descrito 6 subtipos desde la A hasta la F. (16,17)

Patogénesis de la infección por el virus del VIH. (18, 19,20)

El VIH invade y destruye los linfocitos TCD4, al acceder al interior de estos y de algunas otras células del sistema inmunitario que también portan en su superficie el receptor TCD4, uniendo la proteína gp 120 de su membrana viral con la molécula del receptor TCD4 de la membrana celular y a un correceptor de superficie, conocido como correceptor de quimioquinas y que juegan un papel fundamental para que se efectúe la fusión de ambas membranas; lo que permite liberar el contenido genético viral en el citoplasma celular, garantizando de esta manera su ciclo vital de replicación.

La retrotranscriptasa (enzima a la cual debe su nombre los retrovirus) es la encargada de copiar el ARN de simple cadena. La enzima integrasa se encarga de realizar los empalmes permanentes del ADN del VIH en forma de provirus a los cromosomas de las células del huésped. La proteasa viral corta las nuevas moléculas de proteína fragmentos que son unidos con el fragmento ARN del virus, asegurando la formación de nuevas partículas virales que salen por gemación de la

célula a infectar a otras células, de manera que, cuando la célula TCD4 positiva, en cuyo interior se encuentra el ADN viral (provirus), es estimulada por diferentes agentes (como puede hacer cualquier otro microorganismo) para su replicación, producen nuevas copias del genoma y las proteínas virales, de forma tal que cada linfocito infectado se convierta en una verdadera fábrica productora de virus, lo que implica un deterioro gradual de las funciones del linfocito y la muerte del mismo.

Vías de transmisión del VIH. (21, 22)

EL VIH se encuentra en todos los líquidos corporales del organismo, pero solo en cantidades suficientes para que se transmita la infección lo encontramos en la sangre, semen, líquido preseminal, secreciones vaginales y leche materna, de esto se derivan las tres principales vías de transmisión.

Sanguínea

- ✓ A través de intercambio de jeringuillas.
- ✓ Transfusiones de sangre y/o hemoderivados.
- ✓ Transplante de órganos.
- ✓ Tatuajes.
- ✓ Hemodiálisis y diálisis.

Sexual

- ✓ Relaciones sexuales desprotegidas de personas de cualquier orientación psicosexual: heterosexual; homosexual y bisexual.
- ✓ Relaciones sexuales desprotegidas: vaginal, bucogenital y anal

Perinatal

- ✓ Transmisión del virus de una mujer portadora del VIH durante el embarazo, el parto y/o la lactancia materna a su hijo.

Prácticas sexuales por la que no se transmite el VIH

- Compartir socialmente con personas seropositivas.
- El sexo seguro.
- El contacto directo con la persona infectada, sin que haya contactos con fluidos corporales, ejemplo: estrecharse las manos, abrazarse y acariciarse.
- La utilización de servicios sanitarios.
- El uso de ropa de la persona infectada, o de sus utensilios (vasos, peines, cubiertos, etcétera).
- El beso.
- El contacto con la saliva, orina, sudor, heces fecales y lágrimas.
- Las relaciones sexuales protegidas, anales, vaginales y orales.

Epidemiología del VIH. (23,24)

Para que la transmisión del VIH pueda ser efectiva es necesario que el virus sea viable, procedente de un individuo infectado, a través de las barreras naturales, piel o mucosas.

Esto ocurre cuando las secreciones contaminadas con una cantidad suficiente de virus, entran en contacto con los tejidos de una persona a través de una solución de continuidad de la piel (como úlceras, dermatitis, excoiaciones y traumatismos cortopunzantes) o contacto directo con mucosas.

El alto índice de replicación viral que se produce desde los momentos iniciales de la infección (período de mayor transmisibilidad), trae como consecuencia una proporción elevada de muertes de células TCD4 positivas. En esta etapa que puede durar de 3 a 6 semanas, después de la infección aguda, es que un porcentaje de individuos (50-70%) presenta síntomas que se asocian con la aparición de anticuerpos contra el VIH, en un intento del organismo por controlar la infección.

Estos síntomas son semejantes a los de la mononucleosis infecciosa, que se caracteriza por fiebre, aumento de tamaño de ganglios linfáticos, erupciones en la piel, diarreas, pérdida de peso, dolores musculares y cefaleas, entre otro, y se le conoce como Infección Primaria Sintomática o Retrovirosis Aguda. Estas dolencias

se eliminan con o sin tratamiento en aproximadamente tres semanas, a medida que el sistema inmunitario comienza a ejercer el control (aunque no totalmente) de la infección.

Otro porcentaje de individuos no desarrolla síntomas alrededor de la infección temprana (Infección Temprana Asintomática).

Mientras un individuo no sea capaz de elevar suficientemente los niveles de anticuerpos, no será posible detectarlos, mediante las pruebas de laboratorio (ELISA y WESTERN BLOT). A este período previo a la seroconversión y a los síntomas de infección aguda, se le denomina período de ventana o período preserológico, donde a pesar de que el individuo está infectado resulta negativo a la prueba de anticuerpos al VIH; y se desconoce por tanto su condición de infectado y puede, inconscientemente transmitir la infección a otro individuo por cualquiera de las vías ya mencionadas.

Después de la infección aguda (con síntomas o no), una proporción de individuos tiende a recuperarse (aunque pese a toda la actividad inmunológica desarrollada para combatir el virus éste no puede ser eliminado completamente), las partículas virales en el plasma disminuyen a niveles mínimos y los linfocitos T-CD4 positiva alcanzan cifras que se acercan prácticamente a la normalidad, y así el sistema inmunitario conserva la capacidad de defenderse frente a diversos agentes patógenos. Este estado basal, por así llamarlo, puede variar de un individuo a otro y sirve como elemento definitorio, pronóstico que permite conocer la evolución posterior de la enfermedad. Puede decirse, entonces que el individuo ha pasado a la fase de portador asintomático, que puede durar entre 10 y 11 años, a pesar de que se mantiene la replicación viral en cifras constantes de aproximadamente 10 nuevos viriones por día y que los linfocitos CD4 irán mostrando una reducción lineal de alrededor de 50 a 70 células/mm³ al año. (Es conveniente aclarar que este es la historia natural de la enfermedad en un paciente sin tratamiento.)

Las concentraciones a RNA del VIH en el plasma son tomadas como factor predictivo de especial importancia en el curso de la infección.

Existen personas que durante años mantienen bajas tasas de replicación viral y se definen como progresores lentos o no progresores.

Cuando el nivel de linfocitos T-CD4 positivo cae en cifras inferiores a $200 \times \text{mm}^3$ es cuando se dice que desde el punto de vista inmunológico el individuo clasifica como caso SIDA, porque es cuando el sistema inmunológico cae en bancarrota, que se tornan totalmente vulnerables a las enfermedades oportunistas que lo caracterizan.

De aparecer las enfermedades oportunistas, definitorias del SIDA, el individuo es también tributario de ser clasificado caso SIDA, esta vez desde el punto de vista de su condición clínica e independientemente de las cifras de linfocitos CD4 positivo que posea en esos momentos.

En el período de portador asintomático la infección se mantiene latente aproximadamente 11 años, durante los cuales el paciente no presenta síntomas o signos sugerentes de enfermedad, excepto en algunos casos que presentan adenopatías persistentes generalizadas con altas concentraciones de VIH en el organismo humano. Este período de latencia está en dependencia de los niveles de replicación viral en el individuo.

Definición de los pacientes VIH+, según la progresión de la enfermedad. (25)

Progresores Rápidos (5 - 10%)

- ✓ Progresan a SIDA antes de 5 años de la infección.
- ✓ Bajos niveles de anticuerpos contra proteínas del VIH.
- ✓ Rápida disminución de la respuesta no citolítica de células T, CD8+; supresora de la actividad vírica.
- ✓ Altos niveles de marcadores de progresión a SIDA.
- ✓ Carga viral alta ($> 10\,000$ copias de RNA/ml) desde el inicio de la infección y sin caída importante luego de fase aguda.

Progresores Típicos (80 - 90%)

- ✓ Progresan a SIDA después de 5 años de la infección con una media de 10 años.
- ✓ Disminución progresiva de los niveles de linfocitos T, CD4+.
- ✓ Altos niveles de anticuerpos neutralizantes.
- ✓ Respuesta no citolítica de células T, CD8+; supresora de la actividad vírica, importante tras primoinfección, luego disminuye progresivamente.

- ✓ Cepas virales homogéneas en la primoinfección.
- ✓ Cepas NSI, en fase latente, y aparición de cepas SI, con mayor velocidad de replicación, en la fase de progresión a SIDA. Caída importante de la carga viral luego de fase aguda de la primoinfección.
- ✚ No Progresores (5 - 10%)
- ✓ Asintomáticos con más de 10 años de seguimiento con más de 500/mm³ linfocitos TCD4+; sin haber recibido tratamiento antirretroviral.
- ✓ Fuerte respuesta inmunológica celular y humoral linfocitos T, CD8+ y Th1 > Th2.
- ✓ Anticuerpos neutralizantes a múltiples cepas de VIH.
- ✓ No predominio de HLA de moléculas MHC clase I sobre II.
- ✓ Carga viral muy baja o indetectable
- ✓ Fenotipo NSI, del VIH.
- ✓ Gen NEF, intacto

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida constituye la etapa final de la infección por el VIH no tratada. Se caracteriza por la aparición de enfermedades oportunistas que comúnmente no se observan en individuos inmunocompetentes. A partir de 1994 se agregan a la clasificación las categorías inmunológicas o de laboratorio por lo que, un individuo, para clasificar como SIDA no necesariamente tiene que presentar sintomatología clínica.

Categorías Clínicas. (26,27,28)

Categoría A: Se aplica a la infección primaria y a los pacientes asintomáticos con o sin Linfadenopatías Generalizadas Persistente (LGP).

Categoría B: Se aplica a los pacientes que presentan o han presentado enfermedades relacionadas con VIH (no pertenecientes a la categoría C) o cuyo manejo o tratamiento puedan verse complicado debido a la presencia de la infección por VIH. Como ejemplo, podemos tener las siguientes patologías:

Angiomatosis basilar; Candidiasis oral; Candidiasis vulvovaginal persistente, frecuente o que responde mal al tratamiento; Displasia cervical o carcinoma in situ; temperatura superior de 38,5 Grados centígrados o diarreas de más de un mes de

duración; Leucoplasia vellosa oral; Herpes Zóster; Púrpura trombocitopénica idiopática; Listeriosis; Enfermedad inflamatoria pélvica; Neuropatía periférica.

Categoría C: se aplica a pacientes que presenten o hayan presentado alguna de las complicaciones ya incluidas en la definición SIDA, cuando el paciente tiene una infección por el VIH bien demostrada y no existen otras causas de inmunodeficiencia que pueda explicarla: Candidiasis traqueal, bronquial, pulmonar o esofágica; Criptococosis extrapulmonar; Criptosporidiasis o isoporidiasis con diarrea más de un mes; Infección por CMV en el niño de más de un mes de edad (en otra localización distinta a hígado, bazo o ganglios linfáticos); Rinitis por CMV; Encefalopatía por VIH; Herpes simple que causa una úlcera cutánea de más de un mes de evolución, bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración, que afecten a un paciente de más de un mes de edad; Histoplasmosis diseminada (en una localización diferente o además de los pulmones, ganglios cervicales o hiliares); Sarcoma de Kaposi; Linfoma de Burkitt o equivalente; Linfoma inmunoblástico o equivalente; Linfoma cerebral primario o equivalente; Tuberculosis pulmonar, extrapulmonar, o diseminada; Infección por M. avium intracelular o M. kansasii diseminada o extrapulmonar; Infección por otras micobacterias extrapulmonar o diseminada; Neumonía por P carinii; Neumonía recurrente (más de 2 episodios/año); leucoencefalopatía multifocal progresiva; Sepsis recurrente por Salmonella sp. diferente a S typhi; Toxoplasmosis cerebral; Síndrome caquético (Wasting síndrome); Carcinoma de cérvix invasivo; Coccidiomicosis diseminada (en una localización diferente o además de la pulmonar o los ganglios linfáticos cervicales o hiliares).

Categoría inmunológicas

Categoría 1: Conteo de linfocitos CD4 mayor o igual a 500mm en número absoluto o bien porcentaje de CD4 mayor o al 29%.

Categoría 2: Conteo de linfocitos CD4 entre 200 y 400mm o bien entre 14-28%.

Categoría 3: Conteo de linfocitos CD4 menor de 200/mm³ o bien % CD4 menor del 14%.

Matriz clínico-inmunológica

Categorías inmunológicas	Categorías clínicas		
	A	B	C
1. CD4 \geq 500 ó CD4 \geq 29%	A1	B1	C1
2. CD4 200 – 499 ó CD4 14 – 28%	A2	B2	C2
3. CD4 \leq 200 ó CD4 \leq 14 ^o %	A3	B3	C3

Diagnóstico de la infección por VIH. (18, 29, 30,31)

Existen en el país diferentes opciones para el pesquisaje del VIH/SIDA en diferentes grupos poblacionales, cada vez que se indica una prueba de VIH, debe especificarse el grupo de pesquisa al que pertenece la persona según las circunstancias que motivaron la indicación de la prueba

Los grupos de pesquisa son los siguientes: donantes de sangre, gestantes, contacto de VIH, ITS, captados, espontáneos, reclusos, tuberculosis, nefrópatas, donantes de órganos o tejidos, hemopatías, ingresos, emigrantes, extranjeros.

El diagnóstico de la infección por VIH se realiza usualmente sobre la base de la detección de anticuerpos al virus.

Los ensayos serológicos utilizados se clasifican en:

- ✚ Pruebas de cribaje
- ❖ Serología VIH (microelisa)
 - Altamente sensible y poco específica.
 - Detecta anticuerpos a la infección.

Falsos resultados negativos:

- ✓ Las personas recientemente infectadas (período de ventana).
- ✓ Niños nacidos de madres infectadas.

- ✓ Etapas finales de la infección.

Falsos positivos:

- ✓ Embarazo.
- ✓ Enfermedades infecciosas.

El estudio de ELISA puede ser indicado por cualquier personal de la salud. Este estudio debe ser clasificado según los grupos de pesquisa; debe llevar la dirección clara, además de los datos generales de la persona. La extracción se realiza en todos los laboratorios de las unidades de salud, y se envía el suero hacia los laboratorios municipales o provinciales destinados para esta finalidad, los estudios a este nivel se informa como realizado, los estudios positivos son remitidos al laboratorio nacional de referencia (LNR) donde se comprueba el resultado de ELISA y además, se realiza Western Blot.

De confirmarse la positividad en este primer estudio, se le informa al epidemiólogo que debe enviar una segunda muestra, la cual recibe el nombre de muestra confirmatoria.

Pruebas de confirmación.

A través de los epidemiólogos municipales que atienden el programa de control en los municipios, se localiza a la persona y se obtiene la muestra, que debe acompañarse de Consejería Cara a Cara.

- ❖ Western Blot (WB)

Técnica de confirmación del VIH. Permite discriminar frente a que antígenos virales se dirigen los anticuerpos presentes en la muestra.

Posibles resultados:

- ✓ Positiva: Se observan anticuerpos al VIH (2 anticuerpos de membrana externa gp 120 y 41) y uno del núcleo (p17 0 p24).
- ✓ Negativo: No se observan anticuerpos al VIH.

- ✓ Indeterminados: Aparecen algunos anticuerpos al VIH, pero no lo suficientes para dar como positivo el diagnóstico. Período de ventana o portador de otro retrovirus.
- ❖ Inmunoanálisis de tipo lineal (LIA)

Es una prueba altamente sensible y específica. Puede dar falsos negativos frente a la infección aguda por el VIH 1 y en el caso de los niños.

- ❖ Inmunofluorescencia indirecta (IFI)
- ❖ Análisis por radioinmunoprecipitación (RIPA)

En la actualidad existen métodos directos, que determinan la presencia del virus o de sus constituyentes (proteínas y ácidos nucleicos):

Cultivo viral.

Antiginemia.

Detección de ácidos nucleicos: PCR cualitativa o cuantitativa (carga vírica).

Examen muy costoso, por lo que su empleo es limitado.

Tratamiento. (29, 30,32,33,34,35)

Desde los inicios de la infección por el VIH, la terapia antirretroviral ha sido uno de los objetivos fundamentales de los investigadores para lograr el control de la infección. Años atrás, la infección por VIH era invariablemente una enfermedad progresiva y mortal que sumía en el desconcierto a especialistas, a enfermos y a sus familiares.

Las acciones médicas eran encaminadas al tratamiento de las enfermedades oportunistas; consecuencia del grave y progresivo deterioro del sistema inmunológico que sufrían las personas viviendo con VIH.

En la actualidad con el amplio conocimiento que existe sobre el comportamiento del virus en el organismo y de sus mecanismos fisiopatogénicos, comprendiéndose mejor como interrumpir los diferentes pasos de su ciclo vital, potentes fármacos se suman día a día al arsenal con que se dispone en la lucha contra el VIH, múltiples son los fármacos que se utilizan para el tratamiento antirretroviral, todos con la intención de lograr un alargamiento del período de

incubación, ya que ninguno, hasta el momento, ha logrado eliminar el virus, de tal manera que pueda hablarse de curación.

Existen dos grupos básicos de medicamentos antirretrovirales.

Inhibidores de la enzima reversotranscriptasa:

- ❖ Nucleósidos análogos: Interfieren en la reproducción viral, para lograr una disminución significativa en el número de virus, y con ello que el tiempo de vida, sin ningún síntoma sea superior.
 - ✓ Zidovudina (AZT)
 - ✓ Didanosina (DDI)
 - ✓ Zalcitabina (DDC)
 - ✓ Stavudina (D4T)
 - ✓ Lamivudina (3TC)
 - ✓ Abacavir (Ziagen)
 - ✓ Zidovudina + Lamivudina (Combivir)
 - ✓ Zidovudina + Lamivudina + Abacavir (Trizivir)
- ❖ Nucleósidos no análogos: Actúan de la misma forma que los análogos, aunque su efecto a corto plazo es superior; pero tienen el inconveniente de que se produce resistencia rápidamente
 - ✓ Delavardina (Rescriptor)
 - ✓ Nevirapine (Viramune)
 - ✓ Efavirenz (Sustiva)
- ❖ Tipo nucleótido
 - ✓ Tenofovir (Viread)

Inhibidores de la proteasa: Inhibir la producción de nuevos virus por parte de las célula infectada

- ✓ Saquinavir (Invirase)
- ✓ Indinavir (Crixivan).
- ✓ Ritonavir (Norvir).

- ✓ Nelfinavir (Viracept)
- ✓ Amprenavir (Agenerase)
- ✓ Lopinavir + Ritonavir (Kaletra)

Además del tratamiento antirretroviral, se tratan las diferentes enfermedades oportunistas que vayan apareciendo.

A toda esta gama de tratamientos se le añade el tratamiento higiénico dietético, basado en una dieta balanceada y adecuada, rica en proteínas y complementos vitamínicos.

Medidas de prevención. (18,19,23,36)

Existen formas muy efectivas de evitar o prevenir esta enfermedad por la vía sexual: Como son las de retardar el inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia, y practicar el sexo seguro (caricias, abrazos, besos, masturbaciones mutuas...), en las que no hay intercambio de líquidos corporales (semen, secreciones vaginales) y por lo tanto no hay fluido transmisor de infección, limitar la actividad sexual a un único y mutuamente fiel compañero o compañera o sea pareja estable, uso del preservativo o condón.

Para evitar la transmisión nosocomial deben evitarse las exposiciones a sangre o fluidos potencialmente contaminados, como es imposible identificar a todos los pacientes que pueden estar infectados, estas medidas o precauciones universales deben aplicarse a todos los pacientes:

- 1.- Normas de higiene personal: Las cortas o heridas cubrirán con apósitos impermeables antes de iniciar la actividad laboral, las lesiones cutáneas de las manos se cubren con guantes. Se lavaran las manos antes y después de tocar a cada paciente, aunque se hayan usado guantes.
- 2.- Deben usarse barreras protectoras (Guantes, batas, mascarillas y protectores oculares).
- 3.- Todas las muestras de sangre o fluidos potencialmente contaminados se recogerán en recipientes claramente identificables y se transportaran y eliminaran de acuerdo con las normas de materiales infecciosos, se debe procurar que los objetos o instrumentos que penetren en los tejidos o entren en contacto con la

sangre sean de un solo uso (desechable) y si no es posible esterilizarlo entre paciente y paciente.

Prevención por vía parenteral:

- 1.- No se debe compartir jeringuillas u otro componente del equipo para inyectarse.
- 2.- Se plantea en alguna bibliografía censada que en los usuarios de drogas en algunos países se ha demostrado la eficacia de los programas que enseñan a los usuarios a descontaminar las agujas así como de un programa de intercambio de agujas.

Prevención del VIH por sangre, hemoderivados y órganos sólidos:

- 1.- Se analiza toda la sangre y sus hemoderivados en todos los banco de sangre (con prueba de VIH, serología y antígeno de superficie para Hepatitis) desechando aquella que sea positiva.
- 2.- Además de la selección adecuada de donantes. (Ejemplo los que han sido notificados con ITS, con conducta sexual de riesgo, etc).

Prevención de la transmisión vertical:

Para evitar el contagio del feto:

- 1.- Se aconseja evitar el embarazo en mujeres seropositivas con métodos anticonceptivo, pero esto no se debe imponer porque la maternidad es un derecho de toda mujer.
- 2.- En caso de embarazo se aconseja el inicio de tratamiento antirretroviral a partir de las 14 semanas de embarazo (AZT).
- 3.-Cesárea
- 4.- Se le pone tratamiento al niño con AZT por vía oral hasta 6 semanas después del parto.
- 5.- Suspender la lactancia materna.

Vacunas y VIH.

Hasta el momento actual no existe en el mundo ninguna vacuna eficaz para el tratamiento del VIH/ SIDA, muchos han sido los esfuerzos por encontrar la vacuna eficaz que controle la pandémica. En el momento actual están a prueba más de 20 candidatos vacúnales en estudio de fase 1, 2 o 3 en fase II.

La vacuna del VIH pudiera ser de 3 tipos:

- Preventivas.
- Curativas.
- Perinatales



Se realizó un estudio epidemiológico pre-experimental (antes y después) de intervención educativa con los médicos de familia de los consultorios tipo I de las cinco áreas de salud (Norte, Sur, Centro, Belkys y Ceballos) del municipio Ciego de Ávila, en el periodo de Enero de 2008 a Diciembre de 2008, con el objetivo de evaluar la eficacia de la misma para elevar el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA, después de aplicada la intervención educativa.

El universo estuvo constituido por los 86 médicos de familia que representan el total de los profesionales que laboran en dichos consultorios y áreas de salud del municipio cabecera, en el período antes mencionado a los que se les aplicó una encuesta (anexo No.2) validada por un comité de expertos compuesto por especialistas de epidemiología y del Centro Provincial de Educación para la Salud.

Criterios de inclusión:

- Aceptar participar en el estudio.
- Ser graduado de Medicina General.
- Laborar en los consultorios del médico de familia de las áreas de salud del municipio Ciego de Ávila durante el período comprendido en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Se excluyeron todos los que no reúnen los requisitos antes mencionados, además de los que deseen voluntariamente retirarse del estudio durante su ejecución.

A los médicos de la familia que participaron en el estudio se les aplicó una encuesta (Anexo 2) donde se utilizaron las siguientes variables:

- Años de graduado.
- Capacitaciones recibidas en el último año.
- Conocimientos sobre grupos de riesgos
- Vías de transmisión.
- Etapas de la infección.
- Criterios de diagnósticos.
- Conducta a seguir por el médico de familia ante un caso confirmado de VIH/SIDA.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

1-Métodos del nivel teórico:

- Análisis síntesis: Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, se determinó lo importante a partir de la bibliografía revisada y extrajo lo necesario para la solución del problema.
- Análisis histórico lógico: Se seleccionó con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de su historia.
- Inducción deducción: En la investigación se establecieron generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.
- Hipotético deductivo: Se dedujo la hipótesis como respuesta al problema de la investigación trazado en la investigación.

2-Métodos empíricos:

- La encuesta o instrumento evaluativo (anexo 2): Fuente primaria de recolección de la información que se aplicó a los médicos de familia de los consultorios tipo I del municipio Ciego de Ávila antes y después de desarrollar la intervención educativa, validado por un comité de expertos.
- El procesamiento estadístico: Se utilizó para comparar los datos obtenidos como resultado del pre test y post test aplicado; el procesamiento se realizó en una microcomputadora PENTIUM, utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows y se utilizaron los programas Microsoft Word y Excel 2007.

Los datos obtenidos de la encuestas fueron vaciados en cuadros estadísticos para su presentación y análisis, utilizando medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas (porcentaje). Para evaluar el nivel de conocimientos y la efectividad de la intervención se utilizó el **Test de comparación de medias** para ambos momentos (antes y después) con un nivel de significación de $\alpha=0.05$. Para el análisis estadístico de la hipótesis usamos que:

$H_0: \mu_a = \mu_d$ Las medias son iguales en ambos momentos

$H_1: \mu_a \neq \mu_d$ Las medias difieren en ambos momentos

Estadígrafo de prueba:

$$Z = \frac{\bar{x} - \mu_0}{\frac{\sigma}{\sqrt{n}}}$$

Entonces la regla de decisión sería rechazar H_0 si la $Z_{\text{observada}} > Z_{\text{tabulada}}$ ($Z_0 > Z_{1-\alpha/2}$), en caso de utilizar un software estadístico se rechazara la H_0 si la probabilidad asociada al estadígrafo ($p < \alpha$). Se calcularon también los Intervalos de confianza para la media:

$$\bar{x} \pm Z_{\alpha/2} \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

Prueba de Hipótesis

Nuestra hipótesis nula (H_0): Si aplicamos la intervención educativa no se incrementarían significativamente los conocimientos de los médicos de familia en relación con el VIH/SIDA.

Nuestra hipótesis alternativa (H_1): Si aplicamos la intervención educativa se incrementaría significativamente los conocimientos de los médicos de familia en relación con el VIH/SIDA.

H_0 : La metodología no es efectiva.

H_1 : La metodología es efectiva (Diferencia, Cambio)

Conceptualización y operacionalización de las variables:

VARIABLE DEPENDIENTE:

Conocimiento sobre VIH/SIDA: La adquisición de conocimientos a través de la vida de temas relacionado con la enfermedad para poder realizar un diagnóstico precoz y un seguimiento oportuno en la población.

Operacionalización de esta variable

Conocimientos sobre VIH/SIDA en los médicos de familia de las cinco áreas de salud del municipio Ciego de Ávila en cuanto a las variables siguientes:

- Grupos de pesquisa.
- Conocimientos sobre grupos vulnerables
- Vías de transmisión.
- Etapas de la infección.
- Criterio de diagnóstico.
- Conducta a seguir ante un caso confirmado de VIH/SIDA.

A partir de estos se establecieron las dimensiones y los indicadores, así como la técnica que evaluará los mismos (anexo 3).

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Intervención educativa: Sistema de actividades educativas efectiva para lograr cambios de comportamientos específicos y sostenidos en sectores de la población; Debe estar centrado en el sujeto, implicándolo afectivamente, con una comunicación horizontal.

Operacionalización de esta variable:

Centrado en el sujeto: El profesional de la salud que atiende su población es el centro de la actividad, siendo sujeto y objeto a la vez.

Comunicación horizontal: Cuando los elementos del conocimiento necesario se transmiten sin diferencia de nivel entre sujetos de diferentes estratos.

Métodos educativos: Son las vías y los modos de la actividad conjunta entre los sujetos para lograr los objetivos propuestos.

Implicado afectivamente: Cuando no se limita el sujeto a conocer sobre el problema, sino que éste está relacionado con sus necesidades y motivos.

Variables	Tipo	Operacionalización	
		Escalas	Descripción
Tiempo de graduado (años).	Cuantitativa continua	Menor de 1 año. 1-4 años. 5-9 años. Más de 10 años.	Según certificado de graduado.
Capacitación Recibidas (último año).	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Según encuesta.

Se diseñó una intervención educativa (Anexo 4) para cumplir los objetivos propuestos, utilizándose las variables antes mencionadas, dicha intervención constó con 4 secciones de trabajo que se impartieron por separado en cada área de salud, con frecuencia semanal para un total de 20 frecuencias. Las técnicas educativas empleadas fueron conferencias videos, debates, técnicas, reflexivas y participativas.

A las tres semanas de haber concluido la intervención educativa se evaluó el nivel de conocimiento adquirido sobre la enfermedad mediante la aplicación del instrumento. (Anexo 2) y se comprobaron los conocimientos antes y después de la intervención educativa.

Fundamentación ética de la investigación

En el desarrollo de la investigación se establecieron pautas donde se cumplieron los principios éticos, se elaboró una intervención educativa con el objetivo de evaluar la utilidad de la misma en el incremento de los conocimientos sobre VIH/SIDA en los médicos de familia.

Consideramos que la investigación tiene valor científico social ya que se realizó revisión bibliografía de documentos científicos actuales además al lograr incrementar conocimientos de los médicos de familia con relación al tema repercuten a nivel social mejorando la calidad de vida de nuestra población.

Además se cumple con el principio de proporción favorable de riesgo beneficio, ya que los beneficios obtenidos con la intervención educativa son mayores que los riesgos.

Se cumple con el principio de consentimiento informado ya que a todas las personas involucradas en la investigación (médicos de familia) se les informó todo lo relacionado con el proceso de la investigación y se le dio la oportunidad de retirarse de la investigación cuando lo desearan.

Se cumple con el respeto a las personas a lo largo de todo el proceso de investigación ya que durante el desarrollo de la intervención educativa se respetó las opiniones y los criterios de cada cual, cumpliendo así el principio de autonomía.

Los resultados se expresaron en forma de tablas los que se analizaron en correspondencia con los objetivos propuestos para emitir las conclusiones, se revisó la bibliografía nacional e internacional, realizándose un análisis crítico de la misma

Se redactó un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el departamento de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.



VIH-SIDA. Intervención educativa en médicos de familia del municipio Ciego de Ávila .Año 2008.

Tabla No 1: Nivel de conocimiento de los médicos de la familia acerca de grupos de pesquisa del VIH antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Aceptable	42	48.9	81	94,2
Mínimo aceptable	11	12.7	5	5,8
Inaceptable	33	38.4	0	0
Total	86	100	86	100

Fuente: Encuesta

p=0.001

Inicialmente la tabla No 1 refleja el conocimiento de los médicos de familia de nuestro municipio sobre los diferentes grupos de pesquisa donde antes de la intervención educativa el 48.9 % de los mismos respondió de forma aceptable, el 12.7 % dio una respuesta media aceptable y el 38.4 % desconocían el grupo de pesquisa al que pertenecían las personas.

Después de realizada la intervención educativa se incrementan los conocimientos, el 94,2 % de los mismos da respuestas acertadas, y medias aceptables el 5,8 %.

Un estudio realizado por Bolaños, en el municipio de Marianao encontró que antes de la intervención los conocimientos acerca del pesquisaje del VIH en el

40% de los mismos eran insuficientes, después de la capacitación el 100% se calificó con nivel suficiente. (37)

Al obtener la probabilidad asociada al estadígrafo de prueba $p=0.001$ es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$ lo que demuestra una variación significativa de esta variable debido a la efectividad de la intervención.

Tabla No 2: Conocimiento de los médicos de familia sobre los grupos vulnerables VIH/SIDA antes y después de la intervención

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Aceptable	27	31.4	79	91.9
Mínimo aceptable	15	17.4	6	6.9
Inaceptable	44	51.1	1	1.2
Total	86	100	86	100

Fuente: Encuesta

$p=0.000$

Con respecto al conocimiento de los médicos de familia sobre los grupos vulnerables de VIH-SIDA (tabla No 2), del total de los encuestados (86); antes de la intervención educativa el 51.1% (44 profesionales) obtuvieron nivel de conocimiento inaceptable, reconociendo dos o menos grupos de riesgos, seguido por el 17.4 % (15 encuestados) con un nivel aceptable, por estos resultados se pudo comprobar que los galenos tienen dificultades para llevar a cabo su trabajo de prevención.

Una vez aplicada la intervención educativa se logró enriquecer el conocimiento de los mismos, el incremento de sus conocimientos fue notable (91.9%) obtuvieron un nivel aceptable pues reconocían entre cinco y cuatro grupos de riesgos, seguido del 6.9 % que adquirieron conocimientos mínimos aceptables,

obteniéndose en estos dos niveles de conocimiento el 98.8 % de respuestas correctas.

Es bueno señalar que solo el 1.2 % se mantuvo con conocimientos inaceptables después de la intervención educativa, los cuales coincidieron con los médicos que tienen menos de un año de graduado.

En la bibliografía consultada encontramos que lo planteado por Gutiérrez Bolaño y Pérez Rojo en la investigación de conocimientos y actitudes de los médicos de familia en VIH-SIDA en el municipio de Marianao en el año 2002 coincide con nuestros resultados pues el 42.8 % de los médicos fueron calificados con conocimientos insuficientes y medianamente suficientes el 31.5 %. (38)

El estudio realizado por Ochoa Soto en el 2006 sobre vulnerabilidad y VIH difiere del nuestro pues refleja que el mayor porcentaje de los médicos tenía conocimientos suficientes sobre el trabajo con los grupos vulnerables. (39)

En este caso el análisis estadístico ofrece como resultado que la probabilidad marginal ($p=0.000$), siendo menor que α por lo que se rechaza H_0 aceptamos H_1 .

Tabla No 3: Conocimiento de los médicos de familia sobre las vías de transmisión del VIH-SIDA

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Aceptable	76	88.4	84	97.7
Mínimo aceptable	9	10.4	2	2.3
Inaceptable	1	1.1	0	00
Total	86	100	86	100

Fuente: Encuesta

$p=0.002$

En la tabla 3 que mide el conocimiento de los médicos sobre las vías de transmisión planteadas en VIH-SIDA observamos al aplicar las encuestas antes de la intervención el 88.4 % de los médicos conocían las vías de transmisión de la enfermedad, el 10.4 % alcanzó niveles mínimos aceptable y solo el 1.1 % no respondió correctamente.

Después de aplicada la intervención educativa el 100 % de los médicos de familia encuestados elevaron su nivel de conocimiento obteniendo calificaciones correctas entre aceptables y mínimas aceptables.

Al revisar la bibliografía coincidimos en nuestro estudio con los autores Hobstová Cancio y Reymond que plantean que el VIH/SIDA se transmite a través de tres vías fundamentales, la sanguínea, sexual y la perinatal donde en este último la transmisión del virus de una mujer portadora del VIH a su hijo ocurre durante el embarazo, el parto y/o la lactancia materna. (23-40)

Al aplicar el test de comparación de medias descartamos H_0 aceptando H_1 al ser $p < \alpha$ lo que demuestra una variación significativa de estos parámetros.

Tabla No 4: Conocimiento de los médicos de familia sobre etapas de la infección del VIH antes y después de la intervención.

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Aceptable	15	17.4	81	94.2
Mínimo aceptable	4	4.6	5	5.8
Inaceptable	67	77.9	0	0.0
Total	86	100	86	100

Fuente: Encuesta

p=0.000

En esta tabla No. 4 en relación al conocimiento que muestran los médicos de familia de nuestro municipio sobre etapas de la enfermedad antes de la intervención educativa el 77.9 % mostró un nivel de conocimiento no aceptable, el 4.6 % mínimo aceptable y el 17.4 % tenía un conocimiento total de esta variable utilizada.

Después de aplicada la intervención educativa se incrementan los porcentajes de respuestas correctas alcanzando entre el nivel aceptable y medio con 100 %.

Cuando consultamos la bibliografía encontramos que resultados similares se obtuvieron en el estudio realizado por el Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública de México.

Para un 95% de confiabilidad se rechaza H_0 y se acepta H_1 por lo que existe una significación estadística y por ende hay una marcada relación entre el antes y el después de la intervención, pues la adquisición de conocimientos sobre el VIH/SIDA en los médicos de la familia del municipio de Ciego de Ávila se elevó significativamente.

Tabla No 5: Conocimiento de los médicos de familia sobre criterios diagnósticos VIH-SIDA antes y después de la intervención.

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Aceptable	18	20.9	81	94.2
Mínimo aceptable	5	5.8	3	3.5
Inaceptable	63	73.2	2	2.3
Total	86	100	86	100

Fuente: Encuesta

p=0.000

En la tabla 5 donde se miden los conocimientos de los médicos de familia del municipio Ciego de Ávila antes de la intervención educativa el 73.2 % no conocían los criterios diagnósticos, el 20.9 % alcanzó en sus respuestas un nivel aceptable y el 5.8 % obtuvieron un mínimo aceptable en sus afirmaciones.

Después de aplicada la intervención educativa observamos cambios significativos en esta variable con un incremento del nivel de conocimiento del 94.2 % con respuestas aceptables y el 3.5 % con mínimas aceptables y tan solo el 2.3 % desconocían esta variable.

Al consultar la bibliografía encontramos que:

Nuestro estudio coincide con lo planteado por Castilla y Lorenzo, para que un paciente sea diagnosticado independientemente de la epidemiología y la clínica las pruebas de cribaje o screening que se confirman con otras de alta especificidad: las pruebas confirmatorias, así como los métodos directos constituyen en la actualidad métodos infalibles para su detección. (41)

Siendo el valor de la probabilidad marginal menor que el nivel de significación al evaluar el conocimiento de los médicos sobre criterios diagnósticos, se demuestra la eficacia de la intervención educativa en relación con esta variable.

Tabla No 6: Conocimiento de los médicos de familia sobre la conducta a seguir ante un caso confirmado de VIH-SIDA. Antes y después de la intervención.

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Aceptable	14	16.3	79	91.9
Mínimo aceptable	8	9.3	5	5.8
Inaceptable	64	74.4	2	2.3
Total	86	100	86	100

Fuente: Encuesta

p=0.000

En la tabla No 6 donde se analiza la conducta del médico de familia ante un caso confirmado de VIH/SIDA en la atención primaria de salud, antes de la intervención educativa los encuestados respondieron con nivel de conocimiento no aceptable el 74.0 %, el 9.3 % respondió con un nivel mínimo aceptable, y el 16.3 % tomo decisiones correctas.

Al realizar la intervención educativa los niveles de de conocimiento se incrementaron notablemente el 91.9 % responde con nivel aceptable, el 5.8 % respondió de forma mínima aceptable, encontrándose en estos niveles el 97.7 % de respuestas correctas y solo el 2.3 % no logra responder adecuadamente.

Con respecto al análisis estadístico de la variable conducta a seguir ante un caso confirmado de VIH/SIDA antes y después de la intervención, podemos afirmar que existe significación estadística, ya que se acepta a H_1 al ser el valor de $p < \alpha$.

Resultan extremadamente pobres las experiencias de otros autores en relación con esta variables implicadas en la conducta a seguir ante un caso confirmado de VIH/SIDA, sin embargo en Ciudad de la Habana Escobedo detecto que el 82.9% de los galenos encuestados tenía un nivel de conocimientos suficientes sobre el

seguimiento a las personas con VIH, no obstante en este caso que nos ocupa al igual que la mayoría de las enfermedades existe un documento programático que norma y regula las actividades del personal de salud en los diferentes niveles de atención, siendo los médicos de familia de la atención primaria de salud los principales responsables del caso.

Tabla No 7: Nivel de conocimiento general de los médicos de familia sobre VIH-SIDA antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Aceptable	31	36.0	80	93.1
Mínimo aceptable	9	10.5	5	5.8
Inaceptable	46	53.5	1	1.1
Total	86	100.0	86	100.0

$\alpha = 0.05$ $p=0.03$

La tabla No 7 que mide el conocimiento general de los médicos de familia sobre VIH/SIDA en el municipio de Ciego de Ávila antes de realizar la intervención educativa el 53.5 % del total de los encuestados respondió de forma no correcta las variables exploradas, el 10.5 % alcanzo niveles mínimos aceptables y el 36 % mostró respuestas aceptadas.

Después de realizada la intervención educativa se incrementaron los niveles de conocimiento sobre VIH/SIDA en los médicos que laboran en los consultorios de nuestro municipio, alcanzando respuestas correctas el 98.9 % del total de los encuestados (aceptables y mínimos aceptable).

Al realizar el análisis de la comparación de medias en el análisis estadístico y comparar ambos momentos buscando comprobar la efectividad de la intervención aplicada encontramos los siguientes resultados:

MOMENTOS	MEDIA	INTERVALO DE CONFIANZA
ANTES	58.45	(56.96;71.23)
DESPUES	89,80	(87.10;92.49)

La media para el primer momento (antes de la intervención) fue de 58.45 por lo que clasifica a los encuestados en la categoría de nivel mínimo aceptable, ya en un segundo momento (después de la intervención) la media es de 89.80 lo que los clasifica en la categoría de nivel aceptable. Al obtener el resultado de la probabilidad asociada al estadígrafo de prueba (p) $p= 0.03$ como este resultado es menor que el nivel de significación utilizado $\alpha = 0.05$, ($p < \alpha$) se rechaza la hipótesis nula, que se complementa si observamos los intervalos de confianza calculados donde la media se encuentra en el mismo pudiendo entonces afirmar con una confiabilidad del 95% que las medias difieren en ambos momentos por lo que la intervención aplicada fue efectiva y se cumplió con el objetivo propuesto en nuestra investigación.

En nuestro caso los galenos encuestados antes de la intervención educativa presentaron bajos niveles de conocimiento sobre los temas impartidos repercutiendo en las poblaciones que atiende situación que se revierte después de aplicada la misma y que nos demuestra que las capacitaciones deben ser sistemáticas, para reafirmar y perfeccionar los conocimientos necesarios de nuestro personal de salud y así brindar una mejor atención a la población y elevar su calidad de vida.

Conclusiones



- 1- La intervención educativa resultó eficaz por el incremento significativo del nivel de conocimientos de los médicos en relación a las variables siguientes: grupos de pesquisa, grupos vulnerables, vías de transmisión, etapas de la infección, criterios diagnósticos y conducta a seguir ante un caso confirmado de VIH/SIDA.

- 2- Se demostró la eficacia de la intervención educativa al incrementarse significativamente el conocimiento general sobre VIH/SIDA en los médicos de la familia encuestados.

Recomendaciones



- 1- Sistemática en las capacitaciones y divulgación al personal de salud de la atención primaria sobre VIH-SIDA.

- 2- Desarrollar esta intervención educativa en el resto de los municipios de la provincia.

Referencias Bibliográficas



- 1- Cuba. MINSAP. Infecciones de Transmisión Sexual. Pautas para su tratamiento: 2004.
- 2- Resumen mundial de la epidemia de VIH-SIDA [Base de datos en Internet].2005. [Citado 17 Abril 2006].Disponible en [http:// www. Unaids, org / epid 2005 / index. htm /](http://www.Unaids.org/epid2005/index.htm/).
- 3- Trinquete Díaz, Dixie Edith.Adolescentes y VIH-SIDA: ¿Quién dijo que todo está perdido? Revista Sexología y Sociedad. 2005 Abril 27.
- 4- Resumen mundial de la epidemia [Base de datos en Internet].2005. [Citado 17 Abril 2006].Disponible en [http://www.Sid.Cu / galerías / pdf / servicios / SIDA / resumen mundial de la epidemia. 2005, pdf](http://www.Sid.Cu/galerías/pdf/servicios/SIDA/resumen_mundial_de_la_epidemia.2005.pdf).
- 5- ONU. SIDA / OMS. Informe sobre la epidemia mundial del VIH-SIDA. Ginebra.2003. [CD-ROM]. La Habana. Ciencias Médicas; 2005.
- 6- Corrales Rodríguez, Lázaro. Vivir con VIH-SIDA: Un reto para las mujeres. Revista Sexología y Sociedad.2005 Agosto 28.
- 7-ONUSIDA. Situación de la Epidemia de SIDA. [monografía en Internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2006. [citado 10 may 2007]. Disponible en: http://www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/2006_EpiUpdate_es.pdf
- 8- Cuba; Ministerio de Salud Pública .Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/SIDA 2001-2006.Ciudad de la Habana: MINSAP; 2001.
- 9- Castilla J, Lorenzo JM, Izquierdo A, Lezaun ME, López I, Moreno-Iribas C et al. Características y tendencias epidemiológicas de los nuevos diagnósticos de

infección por el VIH. Libro de Resúmenes del IX Congreso Nacional Sobre el Sida. Barcelona, 29-31 de marzo de 2007. MR-8.

10- Cuba. MINSAP. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015. La Habana; 2006.

11- Cuba. MINSAP. Respuesta Ampliada a la Epidemia del VIH-SIDA, dirigida a los sectores sociales; 2002.

12- Cuba. MINSAP. Manual para médicos de familia sobre ITS / VIH - SIDA: 2003.

13-Cancio Enrique I, Sánchez Fuentes J, Reymond González V, López Rodríguez V. Información básica sobre la infección por VIH-SIDA. En: Información básica sobre la atención integral a personas viviendo con VIH-SIDA. La Habana. Ed. CNP ITS-VIH-SIDA, 2007.

14-Epidemiología del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. Niveles actuales, tendencia y tipología de la Epidemia. [página en Internet] 2004[actualizado 2005; citado 10 may 2007] [aprox. 6 pantallas] Disponible en: [http://www.sld.cu/galerías/pdf/sitios/bmn/epidemilogía_del SIDA_VIH_en américa_latina_y_el_caribe_.pdf](http://www.sld.cu/galerías/pdf/sitios/bmn/epidemilogía_del_SIDA_VIH_en_américa_latina_y_el_caribe_.pdf).

15- Lamotte.JA. Infección-enfermedad por VIH/SIDA. En: Roca Goderich R, Smith Smith VV, Paz.Presilla E, Losada Gómez J, Serret. Rodríguez B, LLamos Sierra N, et al. Temas de medicina interna. 4 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2002; t 3: 579-95

16- Soler Cedré G. Una guía para conocer mejor el VIH [página en Internet] 2005 [citado 28 de enero de 2008]. [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.sld.cu/saludvida/temas.php?idv=10898>

17- Phair JP, Murphy RL. Patogenia de la infección por VIH. En: Actualización diagnóstica y terapéutica en las infecciones por VIH/SIDA. Barcelona: DOYMA, 1999; 7-14.

18- Pérez Pérez F, Álvarez González A, Cachón Asusta L, Amargós González GM, Villalón Oramas M, Rivero Villalón M, et al. Conociendo sobre VIH. La Habana: MINSAP; 2004

19- Jiménez Sandoval O, Álvarez González A, Alfonso Cruz MA, Villalón Oramas M, Reyes Chacon X, Carnota del Busto R, et al. Conocimiento sobre el VIH. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1999.p. 1-9.

20- Lamotte.JA. Infección-enfermedad por VIH/SIDA. En: Roca Goderich R, Smith Smith VV, Paz.Presilla E, Losada Gómez J, Serret. Rodríguez B, LLamos Sierra N, et al. Temas de medicina interna. 4 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2002; t 3: 579-95

21- Haffmann C, Rockstrah JK, Kamps BS. HIV Mediline 2006[monografía en Internet]. Paris: Flying Publisher; 2006[citado 28 ene 2008]. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1514189&blobtype=pdf>

22- [Mayben JK](#), [Kramer JR](#), [Kallen MA](#), [Franzini L](#), [Lairson DR](#), [Giordano TP](#). Predictors of delayed HIV diagnosis in a recently diagnosed cohort. AIDS Patient Care STDS. 2007 Mar;21(3):195-204.

23- Cancio Enriques I, Sánchez Fuentes J, Reimond González V, López Rodríguez VJ. Información Básica sobre la atención integral a personas Viviendo con VIH/SIDA. La Habana: Editorial Lazo Adentro; 2006.

24-Oropesa González L. Debut clínico de SIDA en Cuba. Rev. Cubana Med Trop [serie en Internet]. 2007 [citado 25 de enero de 2008]; 59(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mtr/vol59_2_07/mtr08207.htm

25- Organización Panamericana de la Salud. Pautas para la atención clínica de la persona adulta infectada por James OK, Bruce.DW.Acute human immunodeficiency virus type 1 infection. New Engl J Med 1998;339(1):33-9.

26- Wong K, Lee S, Hon Kei Low, Wan W. Temporal trend and factors associated with late HIV diagnosis in Hong-Kong, a low HIV prevalence locality. AIDS Patient Care STDs 2003;17.

27- Jaffar S, Grant AD, Whitworth J, Smith PG, Whittle H. The natural history of HIV-1 and HIV-2 infections in adults in Africa: a literature review. Bull World Health Organ 2004;82:462-9.

28- Cunningham CO, Sohler NL, Wong MD, Relf M, Cunningham WE, Drainoni ML, [Bradford J](#), [Pounds MB](#), [Cabral HD](#). Utilization of health care services in hard-to-reach marginalized HIV-infected individuals. AIDS Patient Care STDS. 2007 Mar; 21(3):177-86.

29- Ortega Gonzáles LM. Infecciones por virus de la inmunodeficiencia humana. En Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago ER, Batista Moliner R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2001.p 417-421.

30- Manfredi R, Calza L. HIV infection and AIDS in advanced age. Epidemiological and clinical issues, therapeutic and management problems. Infez Med 2004; 12(3):152-73.

- 31- Jaffar S, Grant AD, Whitworth J, Smith PG, Whittle H. The natural history of HIV-1 and HIV-2 infections in adults in Africa: a literature review. Bull World Health Organ 2004;82:462-9.
- 32- McKnight I, Maas B, Wood E, Tyndall MW, Small W, Lai C, Montaner JS, Kerr T. Factors associated with public injecting among users of Vancouver's supervised injection facility. Am J Drug Alcohol Abuse. 2007; 33(2):319-25.
- 33- [Wright PB](#), [Stewart KE](#), [Fischer EP](#), [Carlson RG](#), [Falck R](#), [Wang J](#), [Leukefeld CG](#), [Booth BM](#). HIV risk behaviors among rural stimulant users: variation by gender and race/ethnicity. AIDS Educ Prev. 2007 Apr; 19(2):137-50.
- 34- [Dieckhaus KD](#), [Odesina V](#). Outcomes of a multifaceted medication adherence intervention for HIV-positive patients. [AIDS Patient Care STDS](#). 2007 Feb; 21(2):81-91.
- 35- Orrell C, Harling G, Lawn SD, Kaplan R, McNally M, Bekker LG, Wood R. Conservation of first-line antiretroviral treatment regimen where therapeutic options are limited. Antivir Ther. 2007; 12(1):83-8.
- 36- El origen del virus del SIDA. SIDA-CA. [serie en Internet] 2004[citado 6 may 2007]; 1(1): [aprox. 2p.]. Disponible en:
http://www.cav.sld.cu/sida/vol1/images/pages_0002.htm
- 37- Ortega Escudero ,Bolaño Rodriguez, , Francis. Anda Seguro. Primera Edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
- 38- Gutiérrez Bolaños RM, Pérez Rojo N, Carbonel Escobedo AA,Sánchez Peláez O .Conocimientos y actitudes de los médicos de la familia en VIH .Centro Nacional de Prevención de las ITS- VIH/SIDA. La Habana.2006.
- 39- Ochoa Soto Rosaida. Vulnerabilidad y VIH-SIDA [CD-ROM]. La Habana: Ciencias Médicas; 2005.

I

40-[Hobstová J](#), [Vitous A](#). Infectious diseases of drug users in the Czech Republic. Cas Lek Cesk. 2007;146(2):137-41; discussion 141-3.

41- Castilla J, Lorenzo JM, Izquierdo A, Lezaun ME, López I, Moreno-Iribas C et al. Características y tendencias epidemiológicas de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH. Libro de Resúmenes del IX Congreso Nacional Sobre el Sida. Barcelona, 29-31 de marzo de 2006. MR-8.

Anexos

ANEXO 1

Consentimiento de participación en proyecto de investigación médica.

El/La que suscribe _____

doy mi conformidad para participar en la investigación “Intervención educativa para elevar el

nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA”. Para dar este consentimiento he obtenido una explicación amplia de la utilidad de la misma por la Dra Laidelys Alemán Veliz quien me ha informado que:

1. Esta investigación tiene como objetivo principal evaluar el nivel de impacto de la intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA.
2. Esta investigación contribuirá a mejorar el grado de información de los médicos sobre temas como los diferentes grupos de pesquisas, las vías de transmisión, etapas de la infección, criterio diagnóstico y conducta a seguir ante un caso confirmado.
3. Me han hecho saber que mi participación en el estudio es voluntaria.
4. Tengo el derecho a retirarme de la investigación cuando lo considere adecuado, sin explicación.

Voluntariamente firmo este consentimiento junto con el médico que me proporcionó las explicaciones a los ____ días del mes de _____ de 200_.

Firma _____

ANEXO 2

ENCUESTA

Instrumento diseñado para la evaluación.

Tu participación será muy útil para tu vida profesional. Necesitamos que respondas cada una de las preguntas cuidadosamente, después de leerlas y pensar cual es la mejor respuesta. (Marcar las respuestas con una o más X si fuera necesario).

NOMBRE. _____.

C.M.F No _____. Área_____.

1)-Tiempo de graduado.

1.1 _____ Menor de año.

1.2 _____ De 1-4 años.

1.3 _____ De 5-9 años.

1.4 _____ Más de 10 años

2)-Capacitaciones recibidas en el último año sobre la enfermedad.

2.1 _____ Si.

2.2 _____ No.

3) ¿Cuántos grupos de pesquisa existen y menciónelos?

4)- ¿Marque con una "X" las personas que usted considere con conducta sexual de riesgo en la población que atiende ?

4.1- _____ Alcohólicos o usuarios de drogas.

4.2- _____ Hombres que tienen sexo con otros hombres.

4.3- _____ Hombres y mujeres cuyo empleo los aleja por plazos prolongados de sus familias o de sus compañeros sexuales regulares.

4.4- _____ Personas de ambos sexos sin pareja sexual conocida o que cambian frecuentemente de pareja.

4.5- _____ Las personas que tengan relaciones sexuales y usen condón.

4.6- _____ Adolescentes y jóvenes de ambos sexos.

4.7- _____ Hombres y mujeres que practican la prostitución.

4.8- _____ El que usa condón a veces.

5)- ¿Cuáles son las vías de transmisión del VIH/SIDA? .Marque con una X

5.1- _____ A través de las relaciones sexuales desprotegidas.

5.2- _____ Jeringuillas contaminadas.

5.3- _____ Intercambio o transfusión de sangre.

5.4- _____ Mosquitos.

5.5- _____ Relaciones sexuales con condón.

5.6- _____ De la madre al feto.

5.7- _____ Por besos profundos.

5.8- _____ Por la leche materna

5.9- _____ A través de la menstruación.

6) ¿Cómo usted realiza el diagnostico de la infección por VIH?

6.1 _____ Cuadro Clínico y Micro Elisa.

6.2 _____ Clínica, antecedentes epidemiológicos, y diagnostico serológico (MicroElisa y Western Blot).

6.3 _____ Clínica y antecedentes epidemiológicos.

6.4 _____ Clínica, antecedentes epidemiológicos, y diagnóstico serológico con microelisa.

7)- Relacionado con las diferentes etapas de infección enlace columna A con la B.

A

7.1- Portador Asintomático.

7.2-Período de ventana.

7.3- Infección aguda sintomática o Retrovirosis Aguda.

7.4-Caso SIDA.

B

_____ Puede durar 3-6 semanas, pueden aparecer síntomas semejantes a la mononucleosis infecciosa o algunos no desarrollan síntomas.

_____ Aparecen enfermedades oportunistas.

_____ Las partículas virales disminuyen a niveles mínimos y los linfocitos CD4 alcanzan prácticamente la normalidad, puede durar 10 y 11 años.

_____ El individuo está infectado pero resulta negativo a la prueba de anticuerpos del VIH

_____ El nivel de linfocitos TCD4 cae a cifras inferiores 200 x mm³.

_____ Personas durante años mantienen bajas tasas de replicación viral.

8)-¿Cuál es la conducta a seguir ante un caso confirmado en su consultorio del médico de la familia?

8.1 _____ Dispensarizarlo grupo II o grupo III.

8.2 _____ Seguimiento por consulta y terreno cada tres meses.

8.3 _____ Aislarlo de la familia.

8.4 _____ Prueba de la tuberculina y citología anual.

- 8.5 _____ Prueba citológica cada 6 meses caso Sida y anual seropositiva.
- 8.6 _____ Chequeo de contactos.
- 8.7 _____ Carga viral y CD4 anual.
- 8.8 _____ Prueba de la tuberculina cada 6 meses.
- 8.9 _____ Carga viral y CD4 a los 3, 6 meses y al año de comenzada la terapia.

ANEXO 3: Dimensiones e Indicadores.

VARIABLE	DIMENSIONES	TÉCNICA DE EVALUACIÓN
<p>1. Conocimiento sobre el VIH/SIDA de médicos de familia del los consultorios tipo I del municipio Ciego de Ávila.</p>	<p>Acceptable: Si conoce entre 10 y 14 grupos de pesquisas,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocen de 4 a 6 grupos vulnerables. • Si conocen 4 a 5 vías de transmisión. • Enlazar 4-5 etapas de la infección. • Como realizar el diagnóstico. • Conducta a seguir ante un caso confirmado de VIH/SIDA(entre 5-6) <p>- Mínimo aceptable:</p> <p>Si conoce entre 7 y 9 grupos de pesquisas,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocen de 2 a 3 grupos vulnerables. • Si conocen 2 a 3 vías de transmisión. • Enlazar 2-3 etapas de la infección. 	<p>- Encuesta</p> <p>Pregunta 3: (3 ptos por 14 inciso correctos total 42 puntos).</p> <p>Pregunta 4: (3 ptos por 6 incisos correctos total 18 puntos).</p> <p>Incisos:4.1,4.2,4.3,4.4,4.6,4.7</p> <p>Pregunta 5: (3 ptos por 5 incisos correctos total 15 puntos)</p> <p>Incisos: 5.1,5.2, 5.3, 5.6, 5.8,</p> <p>Pregunta 6: (3 ptos por el inciso correcto total 3 puntos)</p> <p>Inciso: 6.2</p> <p>Pregunta 7: (2 ptos por 5 inciso correctos total 10 puntos)</p> <p>Incisos: ordenarlo en la columna B de la siguiente forma 7.3, 7.4, 7.1, 7.2, 7.4 dejando el último en blanco.</p> <p>Pregunta 8: (2 ptos por 6 incisos correctos total 12 ptos)</p> <p>Incisos: 8.1, 8.2, 8.5, 8.6, 8.8 y 8.9</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Como realizar el diagnóstico. • Conducta a seguir ante un caso confirmado de VIH/SIDA(entre 3-4). <p>Inaceptable: Si no conoce: Menos de 7 grupos de pesquisa..</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos sobres grupos vulnerables. Uno o menos. • Vías de transmisión Identificar 1. • Etapas de la infección Conocer una o menos . • No identificar criterio diagnóstico. • Conducta a seguir ante un caso confirmado de VIH/SIDA.2 o 1. 	<p>Evaluación</p> <p>Aceptable: 75-100 puntos.</p> <p>Minino aceptable.29-74.9 puntos.</p> <p>Inaceptable: menos 29 puntos.</p>
--	---	---

ANEXO 4

Intervención educativa para elevar el conocimiento de los médicos de familia que laboran en los consultorios tipo I del municipio de Ciego de Ávila sobre el manejo y diagnóstico precoz de un paciente con VIH/SIDA.

Tema No.1: Presentación del programa

Sumario:

1. Presentación del proyecto.
2. Aplicación de la encuesta
3. Cierre

Objetivo: Crear un ambiente de confianza, desinhibición, establecer reglas del grupo dentro de los profesionales de la salud a capacitar.

Tipo de actividad: Dinámica de grupo

Recursos: Papel, lápiz, pápelo grafo.

Frecuencia: Semanal

Responsable: Psicóloga del área y jefe de programa.

Participantes: Profesionales a capacitar

Tema No.2: Epidemiología del VIH/SIDA

Sumario:

1. Situación epidemiológica del VIH/SIDA.
2. Vías de transmisión, período de incubación.
3. Etapas de la infección.
4. Criterios diagnósticos.

Objetivo: Valorar los conocimientos acerca del tema, así como las nuevas experiencias a las que se puedan enfrentar los profesionales de la salud en su consultorio del médico de familia.

Tipo de actividad: Conferencias.

Recursos: Pizarra, Computadora.

Frecuencia: Semanal.

Responsable: Jefe del Programa de VIH/SIDA.

Participantes: Profesionales de los consultorios del médico de familia.

Tema No.3: Conducta a seguir ante un caso diagnosticado de VIH/SIDA en la atención primaria de salud

Sumario:

1. Que hacer después del diagnóstico cuando el paciente llega a su consultorio.
2. Cual es el seguimiento del caso .

Objetivo: Que los profesionales de la salud que atienden consultorios del médico conozcan que hacer con un paciente diagnosticado.

Tipo de actividad: Conferencia

Recursos: Hojas, lápices, papeógrafo.

Frecuencia: Semanal.

Responsable: Jefe del programa VIH/SIDA.

Participantes: Profesionales de salud que atienden consultorios del médico de familia.

Tema No.4: Cierre y evaluación

Sumario:

1. Reafirmación del contenido
2. Aplicación de la encuesta

Objetivo: Que los profesionales de la salud que atienden la población de cada consultorio eleven los conocimientos sobre la conducta a seguir ante el diagnóstico de un caso de VIH/SIDA en su comunidad.

Tipo de actividad: Debate.

Recursos: Hojas, lápices, papeógrafo.

Frecuencia: Semanal.

Responsable: Jefe del programa VIH/SIDA.

Participantes: Profesionales de la salud que atienden consultorios del médico de familia tipo I.

