



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Medicina Familiar

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HEPATITIS C DEL PERSONAL DE SALUD EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico General Guadalupe Torres Labra

Dirigido por:

Med. Esp. Jorge Velázquez Tlapanco

SINODALES

Med. Esp. Jorge Velázquez Tlapanco
Presidente

Med. Esp. Gustavo Guerrero Rodríguez
Secretario

M. en C. Minerva Escartín Chávez
Vocal

Med. Esp. Ma. del Rosario Ruelas Candelas
Suplente

Med. Esp. Martha Leticia Martínez Martínez
Suplente

Med. Esp. Benjamín Moreno Pérez
Director de la Facultad
de Medicina

Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y
Posgrado

Firma
Firma
Firma
Firma
Firma

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Enero 2007
México

BIBLIOTECA CENTRAL, U.A.Q.

No. Adq: 71A71531
No. Título _____
Clas: TS
616.3623
T693n

BIBLIOTECA

J.A.C.

RESUMEN

Introducción: El virus de la Hepatitis C (VHC), causa una elevada tasa de morbi-mortalidad a nivel mundial, las complicaciones que se desarrollan pueden prevenirse. La principal vía de ingreso del virus, es por contacto de secreciones; en el servicio de urgencias se manipulan pacientes desconocidos, con las mínimas medidas de protección, por olvido o desconocimiento, lo que propicia un riesgo para contraerlo. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento sobre Hepatitis C en el personal de salud que labora en un servicio de urgencias. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo transversal, en el servicio de urgencias de un hospital de la ciudad de Querétaro, en el periodo de diciembre 2005 a marzo del 2006. Incluyó 30 médicos, 63 enfermeras, 15 residentes de medicina familiar y 10 internos que aceptaron participar. Se les aplicó un cuestionario previamente validado por cinco expertos en la materia, resultando 29 reactivos que incluía las siguientes categorías: concepto, factor de riesgo, mecanismos de transmisión, medidas preventivas y cuadro clínico. Se estructuró con respuestas de falso, verdadero y no sé, evaluadas con un punto las acertadas, menos un punto las erróneas y cero las no sé. Se categorizó el conocimiento, como muy alto (28 a 22 aciertos), alto (21 a 16 aciertos), medio (15 a 9 aciertos), bajo (8 a 2 aciertos) y muy bajo (1 a -5). El análisis estadístico incluyó promedios, desviación estándar y prueba de Mann-Whitney. **Resultados:** El 41.5% de la población estudiada tuvo un nivel de conocimientos medio; por áreas: concepto y medidas de prevención ocupó el nivel alto, los factores de riesgo y mecanismos de transmisión un nivel medio. Los médicos y residentes tuvieron nivel alto, los internos medio y las enfermeras bajo. Existió diferencia significativa entre el nivel de conocimiento de los médicos, residentes e internos comparados con las enfermeras. **Conclusiones:** El nivel de conocimientos del personal de salud del servicio de urgencias de un hospital de la ciudad de Querétaro, Qro. sobre hepatitis C es de nivel medio.

(Palabras Claves: Hepatitis C, nivel de conocimiento, personal de salud)

SUMMARY

Introduction: The virus of Hepatitis C (VHC), causes a high rate of morbimortality to world-wide level, the complications that are developed can be prepared. The main one via of entrance of the virus, is by secretion contact; in the service of urgencies unknown patients manipulate themselves, with the measured minims of protection, by forgetfulness or ignorance, which causes a risk to contract it. **Objective:** To determine the knowledge level on Hepatitis C in the health personnel that toils in a service of urgencies. **Methodology:** A cross-sectional descriptive study was made, in the service of urgencies of a hospital of the city of Querétaro, in the period of December 2005 to March of the 2006. It included 30 doctors, 63 nurses, 15 residents of familiar medicine and 10 internal ones that accepted to participate. A questionnaire validated by five experts in the matter was applied to them previously, being 29 reagents that included the following categories: concept, factor of risk, mechanisms of transmission, preventive measures and clinical picture. It was structured with answers of false, true and I do not know, evaluated with a point the guessed right ones, except a point the erroneous ones and zero I do not know. Categorizó the knowledge, like very high (28 to 22 successes), stop (21 to 16 successes), means (15 to 9 successes), under (8 to 2 successes) and very under (1 to -5). The statistical analysis included averages, standard deviation and test of Mann-Whitney. **Results:** The 41,5% of the studied population had an average level of knowledge; by areas: concept and measures of prevention occupied the high level, the factors of risk and mechanisms of transmission a mean level. The doctors and residents had high level, internal the means and the nurses low. Significant difference between the level of knowledge of the doctors, compared internal residents and with the nurses existed. **Conclusions:** The level of knowledge of the personnel of health of the service of urgencies of a hospital of the city of Querétaro, Qro. on hepatitis C is of mean level.

(Key words: Hepatitis C, knowledge level, health staff)

DEDICATORIA

Dedico esta tesis con especial ahínco, a mis padres, que con su ayuda, consejos y apoyo incondicional, me brindaron su mano para continuar adelante en esta difícil cuesta arriba, permitiéndome llegar a la cima de un eslabón más en mi vida profesional, sueño que veía inalcanzable. Gracias apá.

En especial a ti amá, te agradezco, que permanezcas a mi lado, como gran combatiente invencible, con tu protector corazón, me acompañaste y no me dejaste sola en los momentos de adversidad, desesperación y arrebatos, alentándome con tu ejemplo, superando los obstáculos que pone la vida e impidiendo que me perdiera en esos días oscuros donde no se veía venir la luz.

A mis hermanos que me brindan su apoyo, cariño y comprensión gracias Paco y Rafa los quiero mucho. Diego y familiares por creer en mí.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la oportunidad de vivir estas inolvidables experiencias, que no hubiera sido fácil recorrer el camino lleno de pétalos y espinas, sin su infinita bondad.

Muy especial a mi maestro de la licenciatura y ahora en la especialidad Dr. Jorge Velázquez Tlapanco y a la Dra. Lety Martínez Martínez, que con su paciencia, conocimientos y experiencia prestada, permitieron concluir esta etapa de formación particularmente el presente escrito, que muchas lágrimas me causó pero también muchas satisfacciones y sueños hechos realidad. Gracias

Así como a la Dra. Rosario Ruelas Candelas, al Dr. Enrique Villarreal Ríos y al Dr. Jesús Contreras Soto, amigos, maestros y ejemplos a seguir.

A todos mis tutores, compañeros de la especialidad, médicos, residentes troncales, internos y amigos, que durante tres años me brindaron su amistad, ayuda, apoyo y ejemplo, al mencionarlos omitiría a más de uno, mi más grande admiración y respeto.

En muy particular y sin pasar de largo a todos los pacientes anónimos, adultos y niños, mujeres y embarazadas, hombres y ancianos, que día a día pusieron en mí, su absoluta e incondicional confianza, enseñándome en mi formación de este difícil arte humano que es la medicina.

Muchas gracias.

INDICE

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
Índice de gráficos	ix
I. INTRODUCCION	1
I.1 Objetivo general	3
I.2 Objetivos específicos	3
I.3 Hipótesis	3
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	4
III. METODOLOGÍA	13
III.1 Diseño	13
III.2 Aspectos éticos	17
III.3 Análisis estadístico	17
III.4 Material y métodos	18
IV. RESULTADOS	19
V. DISCUSIÓN	54
VI. CONCLUSIÓN	57

VII. PROPUESTAS	58
VIII. LITERATURA CITADA	59
IX.1 Anexo I	62

INDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
III.1	Distribución por categoría y número de cuestionarios según proporción de la plantilla adscrita al servicio de urgencias	14
III.2	Áreas analizadas y las preguntas correspondientes del instrumento	15
III.3	Nivel de conocimientos por área según aciertos	16
IV.1	Grupos de edad de la población de estudio por categoría	20
IV.2	Género por categoría	23
IV.3	Nivel de escolaridad	24
IV.4	Nivel de escolaridad por categoría	25
IV.5	Distribución por turno laboral	26
IV.6	Antigüedad laboral	27
IV.7	Antigüedad laboral por categoría	28
IV.8	Nivel de conocimientos sobre hepatitis C	30
IV.9	Nivel de conocimiento sobre hepatitis C por categoría	31
IV.10	Nivel de conocimientos sobre el "concepto" de hepatitis C	32
IV.11	Nivel de conocimientos sobre el "concepto" por categoría	33
IV.12	Nivel de conocimientos sobre "factores de riesgo" para hepatitis C	34
IV.13	Nivel de conocimientos de "factores de riesgo" por categoría	35
IV.14	Nivel de conocimientos sobre "mecanismos de transmisión" sobre hepatitis C	36
IV.15	Nivel de conocimientos de "mecanismos de transmisión" por categoría	37

IV.16	Nivel de conocimientos sobre “medidas preventivas” de hepatitis c	38
IV.17	Nivel de conocimientos sobre “medidas preventivas” por categoría	39
IV.18	Nivel de conocimientos sobre “cuadro clínico” de hepatitis C	40
IV.19	Nivel de conocimientos sobre “cuadro clínico” por categoría	41
IV.20	Nivel de conocimiento de los médicos por área sobre hepatitis C	43
IV.21	Nivel de conocimiento de las enfermeras por área sobre hepatitis C	44
IV.22	Nivel de conocimiento de los residentes por área sobre hepatitis C	45
IV.23	Nivel de conocimiento de los internos por área sobre hepatitis C	46
IV.24	Nivel de conocimiento de hepatitis c con las diferentes áreas analizadas	48
IV.25	Calificación promedio del conocimiento general sobre hepatitis C por categoría	49
IV.26	Calificación promedio de las áreas analizadas de hepatitis C en los trabajadores de salud del servicio de urgencias	50
IV.27	Significancia estadística global entre las diferentes categorías del servicio de urgencias	51
IV.28	Significancia estadística global entre las diferentes categorías del servicio de urgencias	53

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica		Página
IV.1	Grupos de edad de la población de estudio por categoría	21
IV.2	Género de la población en estudio	22

I. INTRODUCCIÓN

El virus de la Hepatitis C (VHC) causa una elevada tasa de mortalidad mundial. La Organización Mundial de Salud (OMS, 1999), informa que 170 millones de habitantes padecen la enfermedad y solo el 25% de ellos se saben portadores.

El Boletín Semanal de Vigilancia Epidemiológica del IMSS Querétaro, 2005 registró 458 casos de Hepatitis C.

La hepatitis C es una enfermedad que cursa en el 80% de manera asintomática, 20% de toda la población será diagnosticada oportunamente y de estos el 15-30% evolucionaran satisfactoriamente (Stevens, 2000). Se manifiestan complicaciones reversibles si son detectadas oportunamente, de lo contrario evolucionan a la irreversibilidad en un 20%; de no tomar medidas adecuadas como el trasplante hepático, el paciente cursará con una muerte segura; detrás de esta evolución, conlleva meses de largos tratamientos, desgaste físico y emocional, por parte del paciente y sus familiares así como grandes pérdidas económicas por parte de las instituciones. Las complicaciones que se presentan por orden de frecuencia son: cirrosis hepática (20%), insuficiencia hepática descompensada (6%) y carcinoma hepatocelular (4 %) (Castañeda, 2004; Palafox, 1999).

El contacto de secreciones contaminadas sobre piel y mucosas con pérdida de continuidad, incrementa el riesgo de contraer el virus. Se contempla que existen varias vías de transmisión como: uso de medicamentos intravenosos o punciones con material punzocortante accidental 79%, vía sexual con múltiples parejas 6%, prácticas homosexuales 4%, recién nacidos de madres infectadas 5%, consumo de drogas intravenosas o inhaladas 4%; pacientes hemodializados 10%, donadores voluntarios en bancos sanguíneos 0.16%; alimentación de leche materna no se ha documentado su índice de contaminación, sin embargo si la madre es HCV-RNA positiva es del 4%. (American Medical Association, 1997; Ladrón, 2002; Rutala, 2001; Winston, 2005).

Es frecuente que durante la reanimación en servicios médicos y ejecución de procedimientos médico-quirúrgicos ocurra contaminación inadvertida. Algunos estudios demuestran que a pesar del conocimiento y programas de educación para el personal de salud, no se utilizan de manera consistente las medidas de precaución universal ni los elementos de protección personal. Por lo que esta población es altamente susceptible de contagio. Es importante hacer mayor énfasis en el uso de medidas universales precautorias durante la fase de adiestramiento tanto para médicos, enfermeras, paramédicos, así como en todos aquellos trabajadores que se encuentran en contacto directo con fluidos corporales, cuya finalidad es evitar en un futuro la transmisión, enfermedad y sus complicaciones (Winston, 2005).

El área de urgencias, es un servicio donde se concentra una gama de patologías, en donde se recibe a pacientes en calidad de desconocido con múltiples factores de riesgo, sin tomar la mayor atención a sus factores de riesgo para la transmisión de VHC y enfocándose únicamente a la atención primaria del motivo de urgencia (Lucena, 2002)

Se ha observado que los trabajadores de la salud, atienden a sus pacientes sin el menor cuidado de utilizar medidas y equipo mínimo para su auto-cuidado, por lo que existe una mayor contaminación y riesgo para contraer el VHC que en el resto de la población. Por lo tanto su importancia y relevancia del estudio, que a partir de la evaluación del nivel de conocimientos, poder identificar las áreas deficientes en el equipo de salud; capacitarlos e invitarlos, a utilizar las medidas de precaución universal en todos y en cada uno de sus pacientes, hacer conciencia en la institución y sus directivos proporcionar el mínimo material de protección a sus trabajadores, para evitar ser contagiados por el virus y así reducir en lo posible el número de accidentes hospitalarios, días de incapacidad e incluso en un futuro de complicaciones que acarrearía un gran peso para la institución y la sociedad

I.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento sobre la Hepatitis C, en el personal de salud de un área de urgencias de un Hospital de segundo nivel de la delegación IMSS-Querétaro en el periodo diciembre 2005 a marzo del 2006.

I.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel de conocimientos sobre hepatitis C, en relación a:
 1. Concepto
 2. Factores de riesgo
 3. Mecanismo de transmisión
 4. Medidas preventivas
 5. Cuadro clínico

- Identificar el nivel de conocimiento por categoría.

I.3 HIPÓTESIS.

El nivel de conocimientos sobre Hepatitis C en el personal de salud del área de urgencias es bajo.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

II.1 Generalidades

La hepatitis C (VHC) antes conocida como hepatitis no-A no-B fue identificado por Bradley et al., en 1980 hasta entonces se desconocía el tipo de nucleoproteína que componía al virus. No fue hasta 1989 cuando Choo et al., utilizando técnicas moleculares avanzadas identificaron al VHC y la enfermedad que produce, conociéndose desde entonces como Hepatitis C (HC) (Castañeda, 2004; Chiquete, 2005; Palafox, 1999;). Sin embargo el cuadro clínico de hepatitis asociada a transmisión parenteral se reconoció hace más de 100 años (Chiquete, 2005)

El virus pertenece a la familia *Flaviviridae*, lo compone una cadena simple de ARN que codifica un poliproteína de 3,000 aminoácidos, conformando sus proteínas estructurales y reguladoras. La región estructural codifica la proteína core y dos envoltura (E1 y E2), importantes para permitir la mutación del virus. La CD81 se une en el sitio de E2 y se expresa en hepatocitos y linfocitos. Se piensa que éste es el receptor del virus a las células (Castañeda, 2004; Palafox, 1999;).

El virus tiene seis genotipos que se diferencian unos de otros por su secuencia de nucleótidos y más de 90 subtipos en todo el mundo, esto tiene importancia por su patogenicidad (Castañeda, 2004). Se han estudiado estos genotipos relacionándose con etnias, por ejemplo el genotipo 1 es el más común en EEU y México (70 a 75%), tiene relevancia debido a que se relaciona con una menor respuesta al tratamiento. Los genotipos 2 y 3 representan (22%), respondiendo bien al tratamiento, mientras que los genotipos 4, 5, y 6 (4%), no tienen buena respuesta (Castañeda, 2004; Palafox, 1999;). Entre los mexicanos el 70% manifiesta el genotipo 1 y de éstos 40% el subtipo 1b. El 30% restante perteneció a los demás subtipos (Castañeda, 2004)

La mayor parte de las infecciones causadas por el VHC son subclínicas los casos sintomáticos representan no más del 25% del total, de tal suerte que la mayoría de los pacientes no tienen antecedentes de episodios

agudos de hepatitis o de ictericia, por lo que no es de extrañar que la forma de evidenciar el virus más frecuente es durante un examen bioquímico o como protocolo para transfusión sanguínea. En EEUU existe 30,000 casos anuales de HC, de estos el 0.4-1.5% de los donadores sanguíneos son asintomáticos pero portadores de anti-VHC positivos.

Alrededor de 100 millones de personas en el mundo están infectadas y es probablemente que sea la causa más común de hepatitis crónica. El 85% de las personas con HC aguda desarrollan hepatitis crónica, determinada por la persistencia de enzimas séricas anormales o virémicas. Casi todos los casos de infección crónica son silenciosos, pero la progresión hacia cirrosis, hepatopatía terminal o carcinoma hepatocelular es altamente probable, de hecho algunos expertos consideran que los cambios son secuenciales, progresivos e inevitables y ocurrirán en la mayor parte de las personas infectadas crónicamente (Palafox, 1999).

II.2 Historia Natural

Los únicos huéspedes del VHC conocidos hasta el momento son el humano y algunos primates menores, como el chimpancé. La infección es resultado del sistema inmune del huésped en un 15 a un 25% en individuos infectados sin presencia de tratamiento. El restante 75-85% desarrollan la enfermedad crónica, de los cuales 15 a 20% pueden desarrollar enfermedades severas como la cirrosis y el carcinoma hepatocelular.

El cuadro clínico agudo inmediato a la adquisición del VHC se ha descrito en casos en que el inóculo es grande, como en la hepatitis postransfusional, o en casos de inmunosupresión. Este cuadro consiste en malestar generalizado, ictericia y a menudo fiebre, con una elevación marcada de las enzimas hepáticas. El cuadro clínico agudo se relaciona con una mayor probabilidad de eliminación posterior al virus, ya que se considera que este cuadro es el resultado de una respuesta inmune poderosa. Las manifestaciones clínicas de la infección crónica por VHC son inespecíficas y consisten en cansancio crónico, dolor muscular, articular así como cambios en el rendimiento intelectual y emocional. Estos últimos pueden relacionarse a la

replicación en el sistema nervioso central y efectos en el metabolismo del mismo (Castañeda, 2004).

En la fase aguda el período de incubación va de dos semanas a seis meses; sin embargo, la replicación viral puede detectarse una semana después de la exposición. Los anticuerpos se detectan en 90% de los casos, tres meses después de la infección. En la mayoría de éstos, la hepatitis aguda es asintomática en un 70% o un 30% se manifiesta con síntomas como fatiga, anorexia, dolor abdominal, astenia e ictericia y desarrollar un cuadro grave pero rara vez mortal. En el laboratorio se reporta la alanina aminotransferasa (ALT) elevada en concentraciones mayores de 600 UI/ml así como la bilirrubina en un rango menor de 3 mg/dL. El curso es variable y se distingue por elevaciones fluctuantes de la ALT. La normalización de la alanina aminotransferasa puede significar recuperación total pero si este aumenta indica infección crónica.

La hepatitis crónica persiste por lo menos durante más de seis meses. En 85% de los casos la infección por VHC se vuelve crónica. No hay hallazgos clínicos que sean predictorios a la cronicidad. El síntoma más común es la fatiga, pero puede haber síntomas no específicos como depresión, anorexia, malestar abdominal, náuseas y dificultad para concentrarse. En estos pacientes hay elevaciones fluctuantes de alanina aminotransferasa; no obstante, un tercio de los casos está dentro de límites normales. En pacientes con hepatitis C crónica, seguidos por un transcurso de 20 años, la progresión a cirrosis es de 10 a 20%, el riesgo de padecer carcinoma hepatocelular es de 1 a 4% por año. Los factores de riesgo que predicen aumento de gravedad de la enfermedad hepática son: paciente del sexo masculino, mayor de 40 años y que ingieran alcohol más de 50 g por día. Además, la obesidad y la esteatohepatitis no alcohólica se han identificado como factores que aceleran la fibrosis hepática. El riesgo de muerte por enfermedad hepática crónica relacionada con el VHC es baja en un 1.6 a 6% (WHO, 1999).

II.3 Manifestaciones Extrahepáticas

Las Hepatitis son enfermedades sistémicas cuyo órgano blanco es el hígado, las manifestaciones extrahepáticas de la HC reportadas hasta el momento son: glomerulonefritis membranoproliferativa, síndrome nefrótico, vasculitis leucocitoclástica, sialadenitis linfocítica, poliartritis. Además se ha observado una asociación elevada al 100% de pacientes con crioglobulinemia mixta esencial, tiroiditis autoinmune en un 5.2 a 12.4%, el 69 a 91% a porfiria cutánea tardía, a 38% de líquen plano y a una mayor tendencia para desarrollar linfomas como el linfoma no Hodgkin (Winston, 2005; WHO, 1999).

II.4 Factores de Riesgo

Los factores de riesgo son mediante la transmisión vertical materno-fetal en un 5%, sin tener relación entre un parto vía vaginal o vía cesárea. Es importante mencionar que los hijos de madres infectadas, se les debe hacer una determinación serológica hasta que cumplan los 12 o 18 meses, ya que es cuando aparecen los anticuerpos transmitidos por la madre. No hay evidencia que justifique la transmisión con ingesta de leche materna.

El contagio por vía sexual principalmente se manifiesta en aquellos que mantienen relaciones sexuales de alto riesgo, como son los que tienen múltiples parejas sexuales, prácticas violentas y lesivas. Sin embargo en estudios recientes se ha demostrado que por esta vía es extremadamente baja su contagiosidad.

En cuanto al consumo de drogas se ha documentado que por inhalación de cocaína también se puede transmitirse el VHC sin especificar su mecanismo. Como es bien sabido por vía intravenoso tiene un alto riesgo de contaminación por la manipulación y reutilización de agujas.

Se reporta que pacientes con tatuajes o perforaciones corporales también tienen factores de riesgo para adquirir el VHC.

El riesgo ocupacional (1.8%) se presenta en aquellas personas que trabajan en centros médicos, servicios de emergencias e higiene pública después de la exposición por vía percutánea a sangre con VHC positiva.

Actualmente se reconoce que los sujetos infectados por el VIH la primera causa de muerte es por el VHC por lo que se deben realizar pruebas serológicas para el VHC y VHB. La coinfección por el VHB y el VHC hacen que la enfermedad hepática avance con mayor rapidez y sea más grave que cualquiera de las infecciones por separado, causando incluso un mayor riesgo de carcinoma hepatocelular (Winston, 2005; Palafox, 1999; Castañeda, 2004; Chiquete, 2005)

II.5 Diagnóstico

Se debe inicialmente identificar los factores de riesgo, para posteriormente realizar pruebas de VHC mediante enzimoimmunoanálisis (EIA), ensayo de tercera generación que detecta anticuerpos frente al VHC, estos se identifican entre la 4-10 semana después de la infección, con una especificidad del más del 99%. Sin embargo es posible que resulte un falso negativo en pacientes sometidos a hemodiálisis o inmunodeprimidos, por lo que en este grupo se debe realizar un análisis de ARN. Se considera que último ensayo es confirmatorio para detectar presencia o ausencia del propio virus y no de los anticuerpos frente al mismo. EL ARN es detectable entre 1-3 semana después de la infección. Existen dos tipos de ensayos el cualitativo que indica si el ensayo es positivo o negativo y un segundo que es cuantitativo que determina mediante la carga viral en UI/ml (Winston, 2005; Palafox, 1999).

II.6 Tratamiento

Los interferones son citocinas potentes con actividad antiviral, inmunomoduladores y antiproliferativos. Los efectos antivirales son mediados por la inhibición de la penetración viral, síntesis de ARNm, traslocación de proteínas virales, ensamblado y liberación del virus. Además tienen interacciones complejas con el sistema inmunitario, porque aumenta la expresión antigénica del antígeno leucocitario de histocompatibilidad humana,

esto a su vez puede contribuir al aumento de efectos líticos con los linfocitos CD8.

La rivabirina es un nucleósido purínico modificado. Su mecanismo de acción es inhibir la síntesis del ARNm viral. Su biodisponibilidad es del 45% con una vida media terminal de 18 a 36 horas; 40% se excreta por vía renal y el resto por vía hepática. Sus efectos colaterales son anemia por hemólisis extravascular y supresión medular, es teratogénico por lo que esta contraindicado en embarazadas así como en pacientes que cursa con anemia menor de 10mg/dl, con insuficiencia renal u otras causas de anemia hemolítica.

Peginterferón alfa esta compuesto por la pegilación de distintos compuestos que consiste en conjugar una molécula de polietilenglicol a proteínas. Causando que la vida media del interferón aumente produciendo concentraciones plasmáticas sostenidas y aumente la actividad antiviral. Se puede administrar una sola vez por semana por vía subcutánea. El Peginterferón alfa 2ª (40kD) (pegasys) con o sin ribavirina es el tratamiento más utilizado

II.7 MEDIDAS PREVENTIVAS:

Medidas precautorias universales de salud son:

- Lavado de las manos con agua y jabón después de tocar secreciones.
- Uso de guantes para la manipulación de líquidos y secreciones corporales.
- Uso de tapabocas y visera en procedimientos con riesgo de salpicaduras.
- Uso de delantal impermeable en el manejo pacientes poli-contundidos o traumatizados.
- Siempre prever la posibilidad de contaminación independientemente del conocimiento de los antecedentes patológicos del paciente.

- Prohibición de re-encapsulamiento de agujas (múltiples estudios han demostrado que ésta es la principal causa de accidente).
- Mantener disponibilidad de recipientes rígidos para desechar elementos corto-punzantes. En condiciones ideales, estos recipientes deben contar con un mecanismo para desempatar las agujas y elementos corto-punzantes sin la manipulación de los mismos.
- Mantener disponibles soluciones antisépticas y toallas desechables para el lavado de manos.
- Capacitación del personal y seguimiento periódico de las prácticas observadas por el personal para la prevención de los accidentes y el control de los riesgos.
- Contar con lineamientos descriptivos de las medidas anteriores en áreas visibles (Lucena, 2002; Soto, 2004; Espinoza, 1996; Manual de vigilancia IMSS, 1993)

II.8 Antecedentes

Un estudio realizado por Vera y colaboradores, 2005 se da a la tarea de investigar el panorama epidemiológico a nivel nacional del VHC, encontrando que el factor principal de transmisión a nivel mundial así como en México sigue siendo las transfusiones de sangre infectada en un 64.2% y el uso de drogas intravenosas en un 4.5%. Entre el 30 y el 50% de los casos no es posible reconocer un factor de riesgo, por lo que se han postulado otras vías potenciales de adquisición de la infección, como la hemodiálisis, el contacto sexual, los tatuajes, las perforaciones corporales, la exposición ocupacional, la transmisión materno-fetal, el contacto intrafamiliar y la inhalación de cocaína. En este estudio además de lo mencionado reporta que posterior a cirugías puede presentar un 12.6%.

La prevalencia a hepatitis C en México se desconoce, los únicos estudios que intentan determinar la muestran es por datos en poblaciones seleccionadas. Por ejemplo en médicos residentes la prevalencia de anticuerpos contra el virus C es de 1.2%. Estudios realizados en poblaciones

de alto riesgo como son pacientes con insuficiencia renal en tratamiento sustitutivo muestran una prevalencia de 10.2% (Ladrón, 2002).

Se encuentra una mayor prevalencia de los casos registrados en los estados del norte encontrando a Sonora con 28.5%, Chihuahua 11.5% y Baja California Norte 5-7%. Los genotipos reportados fueron 2 y 3 probablemente como consecuencia de las vías de transmisión que se encuentra en el norte de la república (Chiquete, 2005; Valdes, 2004; Vera, 2005).

La incidencia entre los 40 y 60 años es alta, etapa productiva de la población y que evidencia un impacto económico importante. El antecedente de cirugía sin ningún otro factor asociado ocupa un lugar importante y tal vez traduzca un importante porcentaje de pacientes sin causa aparente para la infección (Chiquete, 2005; Espinoza, 1996; Vences, 2000).

Valdes et al., 1996 encontraron la relación de frecuencia en pacientes reportado como seropositivos en los diferentes servicios de un hospital. Existe una significativa importante entre los pacientes de consulta externa (62.4%) a los que se encuentran en sala (37.6%). En los diferentes servicios se encontró una mayor prevalencia en nefrología 40.3%, medicina interna 34.9%, terapia intensiva 11%, geriatría 8.29, urología 1.83. No encontraron diferencias entre los casos seropositivos y los meses del periodo de 1996 a 1998. En cuanto la relación con el género no se observó grandes diferencias. Esto nos puede dar un panorama claro que lo que se espera tener mayor riesgo es en aquellos pacientes que se encuentran en un servicio de nefrología, independientemente del sexo. Recordemos que ellos tienen una asistencia eventual a hospitalización por lo que se observa más frecuentemente en el servicio de consulta externa.

La relación de donadores con los factores de riesgo es revisado por Vences et al., informan que los donadores con y sin infección confirmada tienen una prevalencia de factores de riesgo a: acupuntura 11%, drogadicción intravenosa 8%, promiscuidad sexual 31%, transfusiones 31%, hospitalizaciones 73%, tratamiento dental 52%, cirugías 40%, alcoholismo 75%, infecciones de transmisión sexual 2%, antecedente de hepatitis 4% y

tatuajes 24%. Dentro de hospitalizaciones describe al material de uso médico reutilizable, como jeringas, agujas y hojas de bisturís esterilizados inadecuadamente, condicionando una infección adquiridas. Otros actos médicos que se han relacionado recientemente con la aparición de hepatitis C en pacientes hospitalizados son; la colonoscopia, las intervenciones quirúrgicas o el tratamiento en hemodiálisis, no obstante, la importancia actual de la transmisión nosocomial del VHC debe ser específicamente investigada (Vences, 2002)

Ahora bien, también se ha estudiado y aplicado cuestionarios al personal médico de un Hospital de Mérida Yucatán, según lo reportado por Góngora et al., 2002, indican un estudio sobre aspectos clínicos-epidemiológicos y dentro de sus preguntas involucran la edad, el diagnóstico previo de hepatitis, presencia de transfusiones sanguíneas, historia familiar con hepatopatías así como alcoholismo crónico (40 g de alcohol por día de manera constante durante 5 años). Encontraron que existe poca significancia en cuanto género, la edad osciló entre 40-60 años, teniendo mayor peso el antecedente del alcoholismo presente y que las transfusiones antes de 1992 son factores de importancia que se debe de tomar, ya que también en este estudio se reportó una alta prevalencia por aplicación de hemoderivados.

Dentro de los factores de riesgo más importante para la infección sigue siendo la transmisión por vía parenteral, por ejemplo mediante el uso de drogas, accidentes con material potencialmente contaminado como agujas y el material punzocortante utilizado con mayor frecuencia en centros hospitalarios, los tatuajes, entre otros, Sin embargo algunos grupos de población se encuentra en mayor riesgo de adquirir el VHC como los hemofílicos, hemodializados y a los que son sometidos a trasplante renal. En este estudio Uribe et al., 2002, muestran que la Hepatitis C se presenta en drogadictos, hemofílicos y talasémicos en un 80%, hemodializados y homosexuales en un 26% y en homosexuales consumidores de drogas menos del 5%, Por lo que nos podemos orientar sobre los diferentes formas de transmisión de la enfermedad (Ladrón 2002; Rotula, 2001; Stevens, 2000).

III. METODOLOGÍA

III.1 Diseño del Estudio

Se realizó un estudio transversal descriptivo, en los trabajadores del área médica que laboran en el servicio de urgencias en un Hospital del estado de Querétaro, en el periodo de diciembre 2005 a marzo del 2006. Se incluyó al personal de base y de sustitución en las categorías de médicos y enfermeras así como residentes de medicina familiar y médicos internos de pre-grado que rotaron por el servicio de urgencias al momento de la toma de la muestra y que aceptaron participar en el estudio. No se eliminó ninguna encuesta, ya que todas fueron contestadas al 100%.

El tamaño de la muestra se obtuvo mediante la fórmula de porcentaje para población finita, en una población total de 162 trabajadores con un nivel de confianza del 95%, una frecuencia esperada del 50% para el nivel bajo y peor aceptable del 45%, obteniendo un total de 118 encuestas, distribuidas en forma proporcional a la plantilla laboral del servicio de urgencias (Cuadro III.1) de los turnos matutino, vespertino, nocturno y acumulado. El muestreo fue no probabilístico por cuota.

Cuadro III.1. Distribución por categoría y número de cuestionarios según proporción de la plantilla adscrita al servicio de urgencias

Categoría	Cuestionarios	
	No.	%
Médicos	30	25.4
Enfermeras	63	53.4
Residentes en Medicina Familiar	15	12.7
Médicos internos de pre-grado	10	8.5
Total	118	100

Para la construcción y validación del instrumento se inició con cuarenta reactivos que fueron sometidos a la ronda de cinco expertos en la materia, concluyendo con un acuerdo de 29 reactivos; de los cuales 16 respuestas eran verdaderas y 12 falsas que analizaron cinco áreas sobre hepatitis C. (Cuadro III.2).

Cuadro III.2 Áreas analizadas y las preguntas correspondientes del instrumento

Área Analizada	Preguntas correspondientes del instrumento	Número de preguntas	%
Concepto	1,2,3,4,7,9,10.	7	24
Factores de Riesgo	5,12,13,14,15.	5	17
Mecanismos de Transmisión	8,17,18,19,20,21.	6	21
Medicina Preventiva	11,22,23,24,26,28,29.	4	24
Cuadro Clínico	6,16,25,27.	4	14
Total de preguntas	1 a la 29	29	100

La manera de contestar era señalar con una cruz la respuesta que considerara: correcta como verdadero, incorrecta como falsa y no sé, si se desconocía dicha respuesta. Los resultados correctos sumaban un punto, los incorrectos restaron uno y con las respuestas no sé, no agregaron ni quitaron puntos.

Para la medición del instrumento, se utilizó una escala de: muy alto, alto, medio, bajo y muy bajo. Dependiendo del número de reactivos de cada área analizada (Cuadro III.3).

Cuadro III.3. Nivel de conocimientos por área según aciertos

Área Analizada	Muy Alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
Concepto	6	5 a 3	2 a 0	-1 a -3	-4 a -6
Factores de Riesgo	5	4 a 3	2 a 1	0 a -1	-2 a -3
Mecanismos de Transmisión	6 a 5	4 a 3	2 a 1	0 a -1	-2 a -3
Medidas Preventivas	5 a 4	3 a 2	1 a 0	-1 a -2	-3 a -5
Cuadro clínico	4	3	2	1 a 0	-1 a -2
General	28 a 22	21 a 16	15 a 9	8 a 2	1 a -5

III.2. Aspectos Éticos

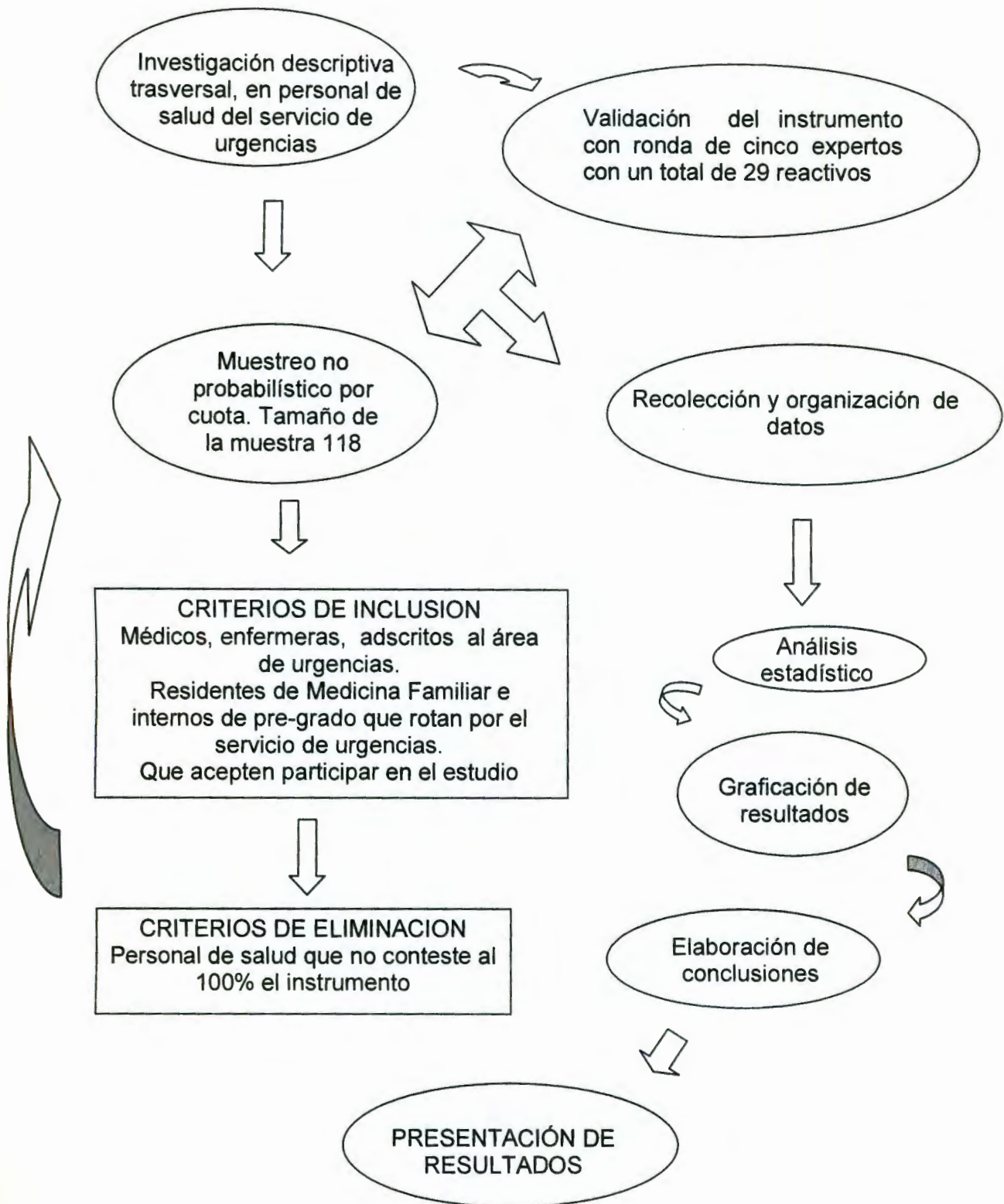
Para el presente estudio, se consideró la declaración de Helsinki y las recomendaciones hechas para el desarrollo de investigaciones biomédicas en seres humanos; la cual se adaptó a la 18ª Asamblea Médica Mundial en 1964. Conforme a la norma oficial de investigación, se sujeta su reglamentación ética, al uso del consentimiento informado, garantizando la confiabilidad de los resultados para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el estudio, sin fines de evaluación ni promoción.

Se solicitó autorización a la Dirección del Hospital General Regional No. 1 Delegación Querétaro, para abordar a los sujetos en estudio.

III.3. Análisis Estadístico

Se aplicó estadística descriptiva a través de promedios, desviación estándar y la prueba de Mann-Whitney para determinar significancia, con un nivel de confianza del 95%. Se utilizó el paquete estadístico SPSS V12.

III.4. MATERIAL Y MÉTODOS



IV. RESULTADOS

Se aplicaron 118 cuestionarios distribuidos en las diferentes categorías laborales del área de urgencias.

La edad promedio de todos los encuestados fue de 37.6 ± 9.7 años, con 33.9%, por grupo erario y categoría se plasma en la (Tabla IV.1); El grupo que más sobresale en la (Gráfica IV.1) en un 64%, son de 30 a 39 años que corresponde a médicos y enfermeras.

Sobresale la población femenina con 64% (Gráfica IV.2), en su mayoría las enfermeras (Tabla IV.2 y Gráfica IV.2).

En el 39.8% el nivel educativo técnico predominó entre las enfermeras (Tabla IV.3), la especialidad se situó en segundo lugar con 23.7% (Tabla IV.3).

Una tercera parte de los trabajadores de la salud en el área de urgencias, laboran en un el turno mixto (Tabla IV.5), integrado por residentes e internos que realizan sus actividades sin horario fijo y en días indistintos, así como a los suplentes de enfermeras y médicos.

La antigüedad laboral predominó en más de 10 años por médicos y enfermeras (Tabla IV.6 y 7),

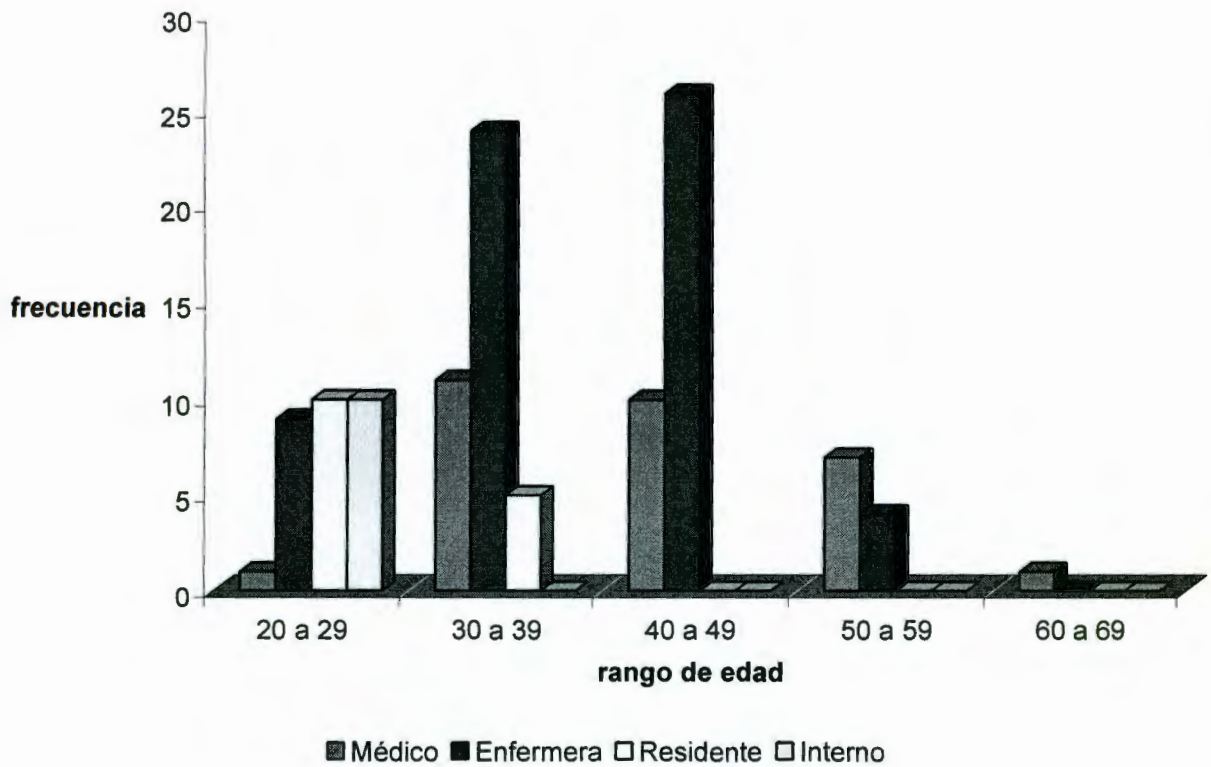
CUADRO IV.1 GRUPOS DE EDAD DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO POR CATEGORIA

Edad	Médicos		Enfermera		Residente		Interno		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
20 a 29	1	3.3	9	14.3	10	66.7	10	100	30	25.4
30 a 39	11	36.7	24	38.1	5	33.3	0	0.0	40	33.9
40 a 49	10	33.3	26	41.3	0	0.0	0	0.0	36	30.5
50 a 59	7	23.3	4	6.3	0	0.0	0	0.0	11	9.3
60 a 69	1	3.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.8
Total	30	100	63	100	15	100.0	10	100.	118	100

Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C, en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

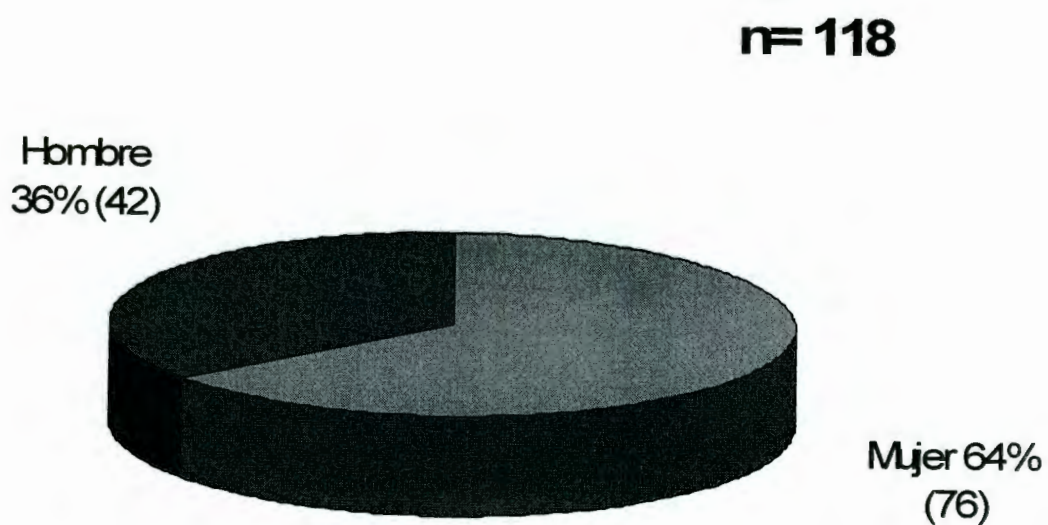
GRAFICA IV.1 GRUPOS DE EDAD DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO POR CATEGORIA

n= 118



Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C, en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

GRÁFICA IV.2 GÉNERO DE LA POBLACION EN ESTUDIO



Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C, en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

CUADRO IV.2 GÉNERO POR CATEGORÍA

Género	Médico		Enfermeras		Residentes		Internos		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Mujer	10	33.3	49	77.8	10	66.7	7	70.0	76	64.4
Hombre	20	66.7	14	22.2	5	33.3	3	30.0	42	35.6
Total	30	100.0	63	100.0	15	100.0	10	100.0	118	100.0

Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C,
en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

CUADRO IV.3 NIVEL DE ESCOLARIDAD

Nivel escolar	Frecuencia	Porcentaje
	No.	%
Técnico	47	39.8
Estudiante	10	8.5
Licenciatura	20	16.9
Residente	13	11.0
Especialista	28	23.7
TOTAL	118	100.0

Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C,
en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

CUADRO IV.4 NIVEL DE ESCOLARIDAD POR CATEGORÍA

Nivel de escolaridad	Médico		Enfermera		Residente		Interno		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Técnico	0	0.0	47	74.6	0	0.0	0	0.0	47	39.8
Estudiante	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10	100.0	10	8.5
Licenciatura	4	13.3	14	22.2	0	0.0	0	0.0	18	15.3
Residencia	0	0.0	0	0.0	15	100.0	0	0.0	15	12.7
Especialista	26	86.7	2	3.2	0	0.0	0	0.0	28	23.7
Total	30	100.0	63	100.0	15	100.0	10	100.0	118	100.0

Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C, en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

CUADRO IV.5 DISTRIBUCIÓN POR TURNO LABORAL

Turno laboral	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	30	25.4
Vespertino	20	16.9
Nocturno	31	26.3
Acumulado	1	0.8
Mixto*	36	30.5
TOTAL	118	100.0

*Mixto.- se refiere al turno especial que desempeñan los residentes e internos, durante las guardias así como los médicos y enfermeras suplentes que no cuentan con un horario fijo.

Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C, en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

CUADRO IV.6 ANTIGÜEDAD LABORAL

Antigüedad	Frecuencia	Promedio
Menos de 1 año	22	18.6
1 a 5 años	24	20.3
6 a 10 años	16	13.6
Más de 10 años	56	47.5
TOTAL	118	100

Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C, en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

CUADRO IV. 7 ANTIGÜEDAD LABORAL POR CATEGORÍA

Años laborando	Médico		Enfermera		Residente		Interno		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
menos 1 año	2	6.7	3	4.8	7	46.7	10	100.0	22	18.6
1 a 5 años	3	10.0	14	22.2	7	46.7	0	0.0	24	20.3
6 a 10 años	8	26.7	8	12.7	0	0.0	0	0.0	16	13.6
más 10 años	17	56.7	38	60.3	1	6.7	0	0.0	56	47.5
Total	30	100.0	63	100.0	15	100.0	10	100.0	118	100.0

Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C,
en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

El nivel de conocimientos sobre hepatitis C en el 41.5% de la población en estudio fue de nivel medio (Tabla IV.8); en todas las categorías predominó este nivel a excepción de las enfermeras que ubicaron en el bajo (Tabla IV.9). Nadie obtuvo un nivel muy alto.

En el análisis de diferentes áreas de conocimientos sobre hepatitis C, la correspondiente a "concepto", obtuvo un nivel alto en 44.1%, siendo los internos los de calificación mayor (tabla IV.10 y 11). Los "factores de riesgo" fueron identificados en un nivel medio por el 49.2% de la población (Tabla IV.12); los internos conocen más que el resto en un 70%, seguido de los residentes con 53.3% (Tabla IV.13).

Para los "mecanismos de transmisión" el nivel de conocimiento fue medio (42.4%) (Tabla IV.14). El mayor conocimiento lo tuvieron los internos con 60%, seguido de los médicos y residentes con 40% (tabla IV.15).

El nivel de conocimiento sobre las "medidas preventivas" se sitúan en el nivel alto, (Tabla IV.16) los médicos obtuvieron la mayor puntuación 56.7%, seguida de los internos con 50%. (Tabla IV.17) el nivel muy bajo lo obtuvieron las enfermeras

EL conocimiento sobre "cuadro clínico" correspondió al nivel bajo con 41.5%, (Tabla IV.18), los internos obtuvieron el 60%, conocimiento más alto que el resto de la población estudiada (Tabla IV.19).

CUADRO IV.8 NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE HEPATITIS C

Nivel de Conocimiento	Total	
	No.	%
Muy Bajo	13	11.0
Bajo	46	39.0
Medio	49	41.5
Alto	10	8.5
Muy Alto	0	0.0
Total	118	100.0

*Muy alto: 28 a 22 puntos; Alto: 21 a 16 puntos; Medio 15 a 9 puntos; Bajo 8 a 2 puntos; Muy Bajo 1 a -5 puntos.

Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C, en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

**CUADRO IV.9 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HEPATITIS C
POR CATEGORÍA**

Nivel de Conocimiento	Médicos		Enfermeras		Residentes		Internos	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Muy Alto	0	0	0	0	0	0	0	0
Alto	6	20	1	1.6	3	20	0	0
Medio	16	53.3	18	28.6	9	60	6	60
Bajo	7	23.3	33	52.4	3	20	3	30
Muy Bajo	1	3.3	11	17.4	0	0	1	10

*Muy alto: 28 a 22 puntos; Alto: 21 a 16 puntos; Medio 15 a 9 puntos; Bajo 8 a 2 puntos; Muy Bajo 1 a -5 puntos.

Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C, en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

**CUADRO IV.10 NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL "CONCEPTO" DE
HEPATITIS C**

Concepto	Total	
	No.	%
Muy Bajo	4	3.4
Bajo	12	10.2
Medio	38	32.2
Alto	52	44.1
Muy alto	12	10.2
Total	118	100.0

*Muy alto: 6 puntos; Alto: 5 a 3 puntos; Medio 2 a 0 puntos; Bajo -1 a -3 puntos; Muy Bajo -4 a -6 puntos.

Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C, en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

**CUADRO IV. 11 NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL " CONCEPTO"
POR CATEGORIA**

Nivel de Conocimiento	Médicos		Enfermeras		Residentes		Internos	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Muy Alto	3	10	1	1.6	7	46.7	1	10
Alto	19	63.3	18	28.6	7	46.7	8	80
Medio	7	23.3	29	46.0	1	6.7	1	10
Bajo	1	3.3	11	17.5	0	0	0	0
Muy Bajo	0	0	4	6.3	0	0	0	0

*Muy alto: 6 puntos; Alto: 5 a 3 puntos; Medio 2 a 0 puntos; Bajo -1 a -3 puntos; Muy Bajo -4 a -6 puntos.

Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C, en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

CUADRO IV.12 NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE “FACTORES DE RIESGO” PARA HEPATITIS C

Factores Riesgo	Total	
	No.	%
Muy Bajo	4	3.4
Bajo	20	16.9
Medio	58	49.2
Alto	29	24.6
Muy alto	7	5.9
Total	118	100.0

*Muy alto: 5 puntos; Alto: 4 a 3 puntos; Medio 2 a 1 puntos; Bajo 0 a -1 punto; Muy Bajo -2 a -3 puntos.

Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C, en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

**CUADRO IV.13 NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE" FACTORES DE RIESGO"
POR CATEGORIA**

Nivel de Conocimiento	Médicos		Enfermeras		Residentes		Internos	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Muy Alto	5	16.7	2	3.2	0	0	0	0
Alto	7	23.3	15	23.8	6	40	1	10
Medio	14	47	29	46	8	53.3	7	70
Bajo	3	10	15	23.9	1	6.7	1	10
Muy Bajo	1	3.3	2	3.2	0	0	1	10

*Muy alto: 5 puntos; Alto: 4 a 3 puntos; Medio 2 a 1 puntos; Bajo 0 a -1 punto;
Muy Bajo -2 a -3 puntos.

Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C,
en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

CUADRO IV.14 NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE" MECANISMOS DE TRANSMISION" SOBRE HEPATITIS C

Mecanismos de Transmisión	Total	
	No.	%
Muy Bajo	10	8.5
Bajo	32	27.1
Medio	50	42.4
Alto	22	18.6
Muy Alto	4	3.4
Total	118	100.0

*Muy alto: 6 a 5 puntos; Alto: 4 a 3 puntos; Medio 2 a 1 puntos; Bajo 0 a -1 punto; Muy Bajo -2 a -3 puntos.

Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C, en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

CUADRO IV.15 NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE "MECANISMOS DE TRANSMISIÓN" POR CATEGORIA

Nivel de Conocimiento	Médicos		Enfermeras		Residentes		Internos	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Muy Alto	2	6.7	1	1.6	1	6.7	0	0
Alto	6	20	10	15.9	4	26.7	2	20
Medio	12	40	26	41.3	6	40	6	60
Bajo	6	20	22	35	2	13.3	2	20
Muy Bajo	4	13.3	4	6.3	2	13.3	0	0

*Muy alto: 6 a 5 puntos; Alto: 4 a 3 puntos; Medio 2 a 1 puntos; Bajo 0 a -1 punto; Muy Bajo -2 a -3 puntos.

Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C, en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

CUADRO IV.16 NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE “MEDIDAS PREVENTIVAS” DE HEPATITIS C

Medidas Preventivas	Total	
	No.	%
Muy Bajo	3	2.5
Bajo	12	10.2
Medio	32	27.1
Alto	57	48.3
Muy Alto	14	11.9
Total	118	100.0

*Muy alto: 4 a 5 puntos; Alto: 3 a 2 puntos; Medio 1 a 0 puntos; Bajo -1 a -2 punto; Muy Bajo -3 a -5 puntos.

Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C, en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

CUADRO IV.17 NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE “MEDIDAS PREVENTIVAS” POR CATEGORIA

Nivel de Conocimiento	Médicos		Enfermeras		Residentes		Internos	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Muy Alto	5	16.7	6	9.5	3	20	0	0
Alto	17	56.7	29	46.0	6	40	5	50
Medio	6	20	22	35	3	20	1	10
Bajo	2	6.7	3	4.8	3	20	4	40
Muy Bajo	0	0	3	4.8	0	0	0	0

*Muy alto: 4 a 5 puntos; Alto: 3 a 2 puntos; Medio 1 a 0 puntos; Bajo -1 a -2 punto; Muy Bajo -3 a -5 puntos.

Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C, en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

CUADRO IV.18 NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE “CUADRO CLINICO” DE HEPATITIS C

Cuadro clínico	Total	
	No.	%
Muy Bajo	15	12.7
Bajo	49	41.5
Medio	40	33.9
Alto	7	5.9
Muy Alto	7	5.9
Total	118	100.0

*Muy alto: 4 puntos; Alto: 3 puntos; Medio 2 puntos; Bajo 1 a 0 punto; Muy Bajo -1 a -2 puntos.

Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C, en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

**CUADRO IV.19 NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE “CUADRO CLINICO”
POR CATEGORIA**

Nivel de Conocimiento	Médicos		Enfermeras		Residentes		Internos	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Muy Alto	4	13.3	0	0	2	13.3	1	10
Alto	1	3.3	3	4.8	2	13.3	1	10
Medio	13	43.3	16	25.4	9	60	2	20
Bajo	11	36.7	30	47.7	2	13.3	6	60
Muy Bajo	1	3.3	14	22.2	0	0	0	0

*Muy alto: 4 puntos; Alto: 3 puntos; Medio 2 puntos; Bajo 1 a 0 punto; Muy Bajo -1 a -2 puntos.

Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C,
en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

Por categorías, los médicos tuvieron su mayor puntuación en el nivel alto que abarcó, área de concepto (63.3%) y medidas preventivas (56.7%); para el nivel medio los factores de riesgo (46.7), mecanismos de transmisión (40%), cuadro clínico (43.3) y contexto general (53.3%) (Tabla IV.20)

El área que mejor conocen las enfermeras a un nivel alto, son las medidas preventivas (46%); en el nivel medio, los mecanismo de transmisión (41.3%). el concepto y factores de riesgo ambos con (46%); la menor puntuación se ubico en el nivel bajo, que correspondió al cuadro clínico (47.6%) y contexto general (52.4%) (Tabla IV.21)

Los residentes manejan apropiadamente el área de concepto en un nivel muy alto con 46.7%; las medidas preventivas 40% los ubica en el nivel alto; y para los factores de riesgo (53.3%), mecanismos de transmisión (40%), cuadro clínico y contexto general ambas en un (60%) se encuentran en un nivel medio (tabla IV.22).

Los internos en el área de concepto y medidas preventivas obtuvieron su mayor puntuación con 80% y 50% respectivamente ubicándolos en el nivel alto. Los factores de riesgo (70%), mecanismos de transmisión y contexto general en (60%), que correspondió a nivel medio; donde están con nivel bajo de conocimiento es en el cuadro clínico con un 60% (tabla IV.23)

**CUADRO IV.20 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS MEDICOS
POR AREA SOBRE HEPATITIS C**

Nivel de Conocimiento	General	Concepto	Factores de Riesgo	Mecanismos de Transmisión	Medidas Preventivas	Cuadro Clínico
	%	%	%	%	%	%
Muy Bajo	3.3	0.0	3.3	13.3	0.0	3.3
Bajo	23.3	3.3	10.0	20.0	6.7	36.7
Medio	53.3	23.3	46.7	40.0	20.0	43.3
Alto	20.0	63.3	23.3	20.0	56.7	3.3
Muy Alto	0.0	10.0	16.7	6.7	16.7	13.3
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C,
en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

**CUADRO IV.21 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS POR
AREA SOBRE HEPATITIS C**

Nivel de Conocimiento	General	Concepto	Factores de Riesgo	Mecanismos de Transmisión	Medidas Preventivas	Cuadro Clínico
	%	%	%	%	%	%
Muy Bajo	17.5	3.2	6.3	4.8	22.2	6.3
Bajo	52.4	23.8	34.9	4.8	47.6	17.5
Medio	28.6	46.0	41.3	34.9	25.4	46.0
Alto	1.6	23.8	15.9	46.0	4.8	28.6
Muy Alto	0.0	3.2	1.6	9.5	0.0	1.6
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C,
en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

**CUADRO IV.22 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS RESIDENTES POR
AREA SOBRE HEPATITIS C**

Nivel de Conocimiento	General	Concepto	Factores	Mecanismos	Medidas	Cuadro
			de riesgo	Transmisión	Preventivas	Clínico
	%	%	%	%	%	%
Muy Bajo	0.0	0.0	0.0	13.3	0.0	0.0
Bajo	20.0	0.0	6.7	13.3	20.0	13.3
Medio	60.0	6.7	53.3	40.0	20.0	60.0
Alto	20.0	46.7	40.0	26.7	40.0	13.3
Muy Alto	0.0	46.7	0.0	6.7	20.0	13.3
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C,
en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

**CUADRO IV.23 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS INTERNOS POR
AREA SOBRE HEPATITIS C**

Nivel de conocimiento	General	Concepto	Factores de riesgo	Mecanismos de Transmisión	Medidas Preventivas	Cuadro Clínico
	%	%	%	%	%	%
Muy Bajo	10.0	0.0	10.0	0.0	0.0	0.0
Bajo	30.0	0.0	10.0	20.0	40.0	60.0
Medio	60.0	10.0	70.0	60.0	10.0	20.0
Alto	0.0	80.0	10.0	20.0	50.0	10.0
Muy Alto	0.0	10.0	0.0	0.0	0.0	10.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C, en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

Se analizó el nivel de conocimiento de las diferentes áreas encuestadas sobre hepatitis C, reportando al cuadro clínico en un nivel bajo con 41.5%; al los factores de riesgo 49.2%, mecanismos de transmisión 42.4% y contexto general con 41.5%; en el nivel alto al concepto con 44.1% y las medidas preventivas con 48.3%, ninguna de las áreas se ubicó en el nivel muy alto (Tabla IV.24).

El promedio global sobre conocimiento de hepatitis C es de 6.32; los residentes destacaron con 6.82, mientras que las enfermeras obtuvieron el promedio más bajo con 5.59 (Tabla IV.25).

En las diferentes áreas analizadas sobre hepatitis C el promedio más destacado por categorías estudiadas, fueron de la siguiente manera: concepto con 7.80, cuadro clínico con 7.50 y factores de riesgo 6.66 para los residentes; medidas de transmisión con 6.66 para los internos y medidas preventivas con 6.71 para los médicos. (Tabla IV.26) Cabe hacer mención que las enfermeras arrojaron los más bajos promedios en la gran mayoría de los reactivos analizados.

La comparación del nivel de conocimiento global entre categorías tuvieron significancia estadística entre los médicos-enfermeras (0.000), residentes-enfermeras (0.000) e internos-enfermeras (0.014), (Tabla IV.27).

**CUADRO IV.24 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE HEPATITIS C CON
LAS DIFERENTES ÁREAS ANALIZADAS**

Nivel de Conocimiento	General	Concepto	Factores	Mecanismos	Medidas	Cuadro
	%	%	Riesgo	Transmisión	Preventivas	Clínico
	%	%	%	%	%	%
MUY BAJO	11.0	3.4	3.4	8.5	2.5	12.7
BAJO	39.0	10.2	16.9	27.1	10.2	41.5
MEDIO	41.5	32.2	49.2	42.4	27.1	33.9
ALTO	8.5	44.1	24.6	18.6	48.3	5.9
MUY ALTO	0.0	10.2	5.9	3.4	11.9	5.9

Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C,
en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

**CUADRO IV.25 CALIFICACION PROMEDIO DEL CONOCIMIENTO
GENERAL SOBRE HEPATITIS C POR CATEGORIA**

Categoría	Calificación
Médicos	6.60
Enfermeras	5.59
Residentes	6.82
Internos	6.27
Promedio General	6.32

n=118

Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C,
en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

**CUADRO IV.26 CALIFICACION PROMEDIO DE LAS AREAS ANALIZADAS
DE HEPATITIS C EN LOS TRABAJADORES DE SALUD DEL SERVICIO DE
URGENCIAS**

Categoría	Concepto	Factores de riesgo	Medidas Transmisión	Medidas preventivas	Cuadro clínico
Médicos	6.61	6.73	6.33	6.71	6.66
Enfermeras	4.80	5.93	6.00	5.94	4.60
Residentes	7.80	6.66	6.11	6.19	7.50
Internos	7.14	5.60	6.66	5.71	6.00

n= 118

Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C,
en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

**CUADRO IV.27 SIGNIFICANCIA ESTADISTICA GLOBAL ENTRE LAS
DIFERENTES CATEGORIAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS**

Categorías	Valor de p *
Médico-enfermera	0.000
Médico-residente	0.329
Médico-interno	0.382
Enfermera-residente	0.000
Enfermera-interno	0.014
Residente-interno	0.177

*Prueba estadística U de Mann-Whitney

Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C,
en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

La significancia estadística entre medicos_enfermeras destacó en concepto y cuadro clínico con 0.000; enfermeras_residentes de igual manera que las anteriores; enfermeras_internos en concepto 0.001; médicos_residentes 0.008, con el resto de las poblaciones no existo significancia estadística (Tabla IV.28)

**CUADRO IV.28 SIGNIFICANCIA ESTADISTICA GLOBAL ENTRE LAS
DIFERENTES CATEGORIAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS**

Categorías	Concepto	Factores	Medidas	Medidas	Cuadro
		de riesgo	Transmisión	Preventivas	Clinico
	Valor de p *	Valor de p *	Valor de p *	Valor de p *	Valor de p *
Médico-enfermera	0.000	0.071	0.314	0.011	0.000
Médico-residente	0.008	0.979	0.800	0.245	0.148
Médico-interno	0.450	0.167	0.678	0.123	0.379
Enfermera-residente	0.000	0.098	0.645	0.581	0.000
Enfermera-interno	0.001	0.697	0.168	0.767	0.058
Residente-interno	0.160	0.129	0.605	0.567	0.062

*Prueba estadística U de Mann-Whitney

Fuente: Instrumento de medición del Nivel de Conocimiento sobre Hepatitis C,
en un área de urgencias de diciembre 2005 a marzo 2006.

V. DISCUSIÓN

La enfermedad por hepatitis C es una pandemia, con curso silencioso y desenlace mortal de no detectarse oportunamente. Una principal vía de ingreso es el contacto directo con fluidos corporales contaminados. En el área de urgencias, como en otros servicios hospitalarios, existe un mayor riesgo de contaminarse, por descuido o ignorancia, al momento de prestar atención a pacientes desconocidos en su totalidad, al administrar medicamentos, manipular material punzocortante, etc.; una vez inoculado el virus no existen tratamiento profiláctico como en la hepatitis B o el mismo virus de la inmunodeficiencia humana; mientras tanto, solo resta vigilar cotidianamente con pruebas de baja sensibilidad y especificidad y una vez determinada la presencia del virus, se dará paso a recibir tratamientos prolongados y costosos, para así evitar fatales complicaciones.

Para el presente estudio se realizó una búsqueda exhaustiva de información sin encontrar material sobre nivel de conocimiento de hepatitis C, por lo que dicho estudio ayudará en futuras investigaciones.

Un estudio realizado por Cuéllar et al., 2004, intervinieron en la prevención y control de infecciones intrahospitalarias, observando que en la práctica cotidiana no se llevan a cabo los reglamentos básicos para la protección laboral y que posterior a implementar programas de capacitación y vigilancia estrecha, hubo un notable cambio positivo. En nuestro estudio se reportaron las medidas de prevención en un nivel de conocimiento alto con 48.3%, comparado con el estudio de Cuellar et al., 2004 se observó similitud de resultados, al obtener en este mismo aspecto un nivel alto del 48%; ellos después de su intervención se incrementó el conocimiento teórico y práctico a un 114%, esto indica que si se aplicará a la población estudiada se estimaría un aumento seguramente en todas las áreas del conocimiento sobre hepatitis C específicamente.

Se identificó el conocimiento sobre hepatitis C, en un nivel medio que lo traduce a una calificación de 6.32, situación alarmante por los antecedentes inicialmente descritos; los residentes obtuvieron las mayores calificaciones en

las áreas, seguramente por la disciplina que conlleva el estar en una especialidad, así como el contacto directo de sus pacientes y revisión continua de bibliografía reciente. Los médicos por su parte, lograron el 6.60 seguido de los residentes, esto quizá por la continua capacitación a la que están sometidos. Los internos recién egresados de la universidad y en fase de adiestramiento hospitalario alcanzaron el 6.27.

Todos las categorías anteriormente mencionadas están dentro de un rango aceptable de conocimiento, si esto se tradujera a una escala escolar se reportarían como aprobados; sin embargo tristemente la enfermeras obtuvieron el más bajo promedio, quizá porque la mayor población tiene estudios técnicos, o quizá porque sus actividades son más manuales que resolutivas, pero esto no tiene que ver con las medidas generales que involucra autocuidado laboral, resultados similares se encontraron en los estudios de Cuellar et al. 2004, donde el más bajo nivel de conocimiento sobre infecciones nosocomiales incluía a las enfermeras y auxiliares en enfermería.

En el instrumento se preguntó acerca de las medidas de protección universal al utilizarse única y específicamente con ciertos pacientes, respondiéndola acertadamente únicamente el 8.5%, la respuesta correcta es, utilizar en todos los pacientes sin excepción las medidas generales de protección universal como el empleo de una buena técnica del lavado de manos, cubre boca, guantes, etc., indicado por la norma técnica oficial mexicana para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, así como el manual de bioseguridad (cove); Gould et al. 2004, mencionaron que una tercera parte de las enfermeras en un hospital de Inglaterra, realizan el lavado de manos antes y después de cualquier procedimiento en pacientes, justificándolo por una sobre carga de trabajo y poca disponibilidad de agentes descontaminantes, en dicho estudio la población que más se apegó a las medidas de autoprotección fue en el servicio de terapia intensiva; en consecuencia hace suponer que la población estudiada del servicio de urgencias, pasa por alto estas medidas o utilizando en cierto tipo de pacientes.

En una revisión literaria realizada por Rutala et al., 2001, indican que los trabajadores de salud están en contacto continuo de secreciones sanguíneas, y están en riesgo de sufrir punciones percutáneas con agujas u objetos-punzocortantes contaminadas, condicionando una seroconversión de 1.8% y ser presa fácil entre el 1 al 2%, de adquirir patologías transmitidas por sangre. En el estudio realizado todas las categorías estudiadas conocen adecuadamente los factores de riesgo, medidas preventivas y mecanismos de transmisión, finalmente aspectos relevantes a llevarse a cabo en sus actividades laborales, pero realmente se llevan a cabo en la práctica cotidiana las medidas adecuadas. Esta interrogante queda en duda.

VI. CONCLUSIONES

El nivel de conocimiento sobre hepatitis C en los trabajadores del servicio de urgencias es medio, con mayor dominio en los residentes, seguida de médicos e internos. Hay una diferencia significativa de conocimientos entre enfermeras contra residentes, internos y médicos. Ubicándolas en un nivel bajo.

Existe una diferencia estadística significativa cuando se relaciona este nivel entre médicos y enfermeras; médicos contra residentes y enfermeras e internos. En las áreas de conceptos entre médicos y enfermeras, en cuadro clínico enfermeras y residentes

VII. PROPUESTAS

Es importante dar a conocer y llevar a cabo evaluaciones constantes en los trabajadores de salud, para identificar su nivel de conocimiento sobre qué hacer ante la presencia de factores de riesgo, como de la aplicación de medidas iniciales ante un evento accidental de contaminación y la forma de enfrentar situaciones adversas, para evitar el contagio por el VHC y reducir así la prevalencia de Hepatitis C.

Capacitar a toda la población que labora en un hospital, por medio de la implementación de programas educativos, que abarquen desde conocimientos básicos generales, medidas generales de prevención tan sencillas como el lavado de manos, uso apropiado de las medidas generales de protección las mínimas esenciales básicas, etc., vigilancia estrecha en las prácticas empleadas y dependiendo de cada una de los sectores laborales evaluarlos constantemente sobre la hepatitis C y a la par todas las enfermedades de transmisión sanguínea que conlleva la vida hospitalaria cotidiana y así disminuir riesgos por estas patologías.

Sería conveniente, que a toda la población analizada se les realizarán pruebas serológicas, así como vigilancia estrecha de sus procedimientos frente al paciente, para determinar la congruencia entre los conocimientos y la práctica cotidiana.

VII. LITERATURA CITADA

- American Medical Association. 1997. Recommendations for follow-up of health-care workers after occupational exposure to hepatitis C virus. *MMWR*. 46:603-606
- Base de datos de defunciones de INEGI/Secretaría de Salud. 2003. Dirección General de Información en Salud
- Boletín Semanal de Vigilancia Epidemiológica del IMSS. 2005. Semana 39:3
- Castañeda R, Muñoz L. 2004. Hepatitis C. *Medicina Universitaria*. 6(24):194-203
- Cuéllar L, Rosales R, Aquino F. 2004. Eficacia de un programa educativo para la prevención y el control de infecciones intrahospitalarias en el Instituto Especializado de Enfermedades Neoplásicas, Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 20(1): 506-07
- Chiquete E, Sánchez L, Panderó A. 2005. Virus de la Hepatitis C. La hepatología molecular un enfoque multidisciplinario. 7:19-25
- Espinoza F, Lee J, Muñoz M, Talavera N. 1996. Conocimientos sobre la Hepatitis B del personal paramédico del Hospital Alemán Nicaragüense. Managua, Nicaragua.
- Exposición laboral a los virus de la hepatitis B y C y al virus de la inmunodeficiencia humana. 2002. *Rev Panam Salud Publica*. 11(2):132-141
- Góngora R, Castro C, González P, Lara D, Garrido J, et al. 2003. Frequency of antibodies against the hepatitis C virus in patients with hepatic cirrhosis in Yucatán, México. *Salud Publica Mex*. 45:346-350
- Gould D, Wilson B, Ream E. 1996. Nurses infectious control practice: hand decontamination, the use of gloves and sharp instruments. *Int J Nurs Stud*. 33:143-60

- Hagan H, Des J, Friedman S, Purchase D, Alter M. 1995. Reduced risk of hepatitis B and hepatitis C among injection drug users in the tacoma syringe exchange program. American Public Health Association, Inc. 85(11):1531-1537
- Ladrón L, Gómez N, Vázquez M. 2002. Prevalencia y factores de riesgo para hepatitis c en donadores de sangre Rev Gastroenterogy. 67:13-16
- Lucena M. 2002. Prevención y control de los riesgo ocupacionales del personal de urgencia Capítulo XII. Guías para manejo de urgencias
- Manual del Sistema de vigilancia epidemiológica de la Hepatitis viral. 1993. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Muñoz F, Zamorano F, Martínez J, Garrido M. 2006. Conocimiento que tiene el médico familiar en estomatología preventiva. Rev Med Inst Mex Seguro soc. 44(1):83-87
- Palafox Z, López A, Valencia F. 1999. Hepatitis por virus C. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 55(9):520-38
- Preboth M. 2001. PHS guidelines for management of occupational exposure to HBV, HCV and HIV: management of occupations blood exposure. AAFP. 15:1-5
- RutalaW, WeberD. 2001. The emerging nosocomial pathogens cryptosporidium, escherichia coli O157:H7, Helicobacter pylory, and hepatitis C: epidemiology, environmental survival, efficacy of disinfection, and control measures. Infection control and hospital epidemiology. 22(5):307-17
- Soto V, Olano E. 2004. Conocimiento y cumplimiento de medidas de bioseguridad en personal de enfermería. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga. Chiclayo 2002. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 65(2):103-10

- Stevens. 2000. Hepatitis C virus: an important occupational hazard?. *Occup Med.* 50:377-82
- Uribe M, Méndez N. Hepatitis C en México. Consenso de Hepatitis C. S2-7 S2-8
- Valdés J, Rodríguez O, Cárdeña L. 2004. Hepatitis C I. Frecuencia de seropositivos al VHC en los diferentes servicios del Hospital "Calixto García" en el trienio 1996-1998. *Invest Biomed.* 23(4):201-8
- Vences M, González F. 2002. Diagnóstico de la infección por el virus de la hepatitis C en donadores de sangre. *Rev Mex Patl Clin;*52(1):6-12
- Vera de León L, Juárez J, Díaz M, Méndez J, Chirino R, et al. 2005. Panorama Epidemiológico y Situacional de la Hepatitis C en México. *Rev gastroenterol Mex.* 70(1):25-32
- Winston D, Winston D. 2005. Tratamiento de la Hepatitis C por parte del médico de atención primaria: Pautas de monitorización. *Hepatitis C Support Proyect.* 1-49
- World Health Organization. 1999. *Weekly Epidemiological Report.* 74:421-428

IX ANEXOS

CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO DE HEPATITIS C EN PERSONAL DE SALUD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Instrucciones Generales: El presente cuestionario es absolutamente confidencial y es parte de un proyecto de investigación de tipo académico, sus resultados no tienen ninguna implicación laboral.

Lea cuidadosamente las preguntas y seleccione la respuesta que considere correcta. Las respuestas consideradas acertadas dan 1 punto, los desaciertos restan 1 punto y no sé, no otorga ni quita puntos.

A continuación conteste el cuestionario con los indicadores VERDADERO, FALSO, NO SE. Recuerde NO ES UNA EVALUACIÓN institucional.

FOLIO _____

EDAD: _____ años	GENERO ___ 1-Femenino ___ 2.Masculino	NIVEL DE ESTUDIO ___ 1.Nivel técnico ___ 2.Estudiante ___ 3.Licenciatura ___ 4.Residente ___ 5.Especialista	TURNO ___ 1. Matutino ___ 2. Vespertino ___ 3. Nocturno ___ 4. Acumulada	AÑOS LABORANDO ___ 1) < de 1 año ___ 2) 1 a 5 años ___ 3) 5 a 10 años ___ 4) > de 10 años	PUESTO QUE DESEMPEÑA ___ 1.Médico ___ 2.Enfermera ___ 3.Residente ___ 4.Méd int de pregrado
-----------------------------------	--	---	---	--	--

1.-La Hepatitis C anteriormente se considera Hepatitis No-A y No B
 1. Verdadero _____ 2.Falso _____ 3- No se _____

2. La Hepatitis C, es una bacteria.
 1. Verdadero _____ 2.Falso _____ 3- No se _____

3. El VHC se inactiva bajo luz ultravioleta
 1. Verdadero _____ 2.Falso _____ 3- No se _____

4.- El VHC tiende a mutar permitiéndole que se replique eficientemente y resista ante los mecanismos inmunológicos.

1. Verdadero _____ 2. Falso _____ 3- No se _____

5.- El VHC se multiplica en hepatocitos provocando destrucción directa en las células hepáticas.

1. Verdadero _____ 2. Falso _____ 3- No se _____

6. Las enfermeras corren con mayor riesgo de contaminación que los médicos

1. Verdadero _____ 2. Falso _____ 3- No se _____

7. Interno de pregrado que se encuentra en un servicio de urgencias, llega a su consulta femenina de 20 años de edad, por presencia de cuerpo extraño en ojo, el cual se encuentra con lágrima abundante. Al momento olvida usar guantes y así realiza su exploración. Este trabajador de la salud se encuentra potencialmente en riesgo de contaminarse, por ser un líquido corporal.

1. Verdadero _____ 2. Falso _____ 3- No se _____

8. Se trata de masculino de 58 años de edad, con antecedentes de alcoholismo (+) practica que continua hasta la fecha, se le detectó anticuerpos anti -VHC (+). El continuar con el alcoholismo le condicionaría un acelerado progreso hacia la hepatitis crónica

1. Verdadero _____ 2. Falso _____ 3- No se _____

9. Trabajadora de limpieza, madre de un hijo de 3 meses de edad, lo alimenta al seno materno. Al encontrarse en sus labores, accidentalmente se punciona la mano con objeto punzocortante, ubicado en el área de reanimación, donde se encontraba a un paciente que llegó chocado por presencia de sangrado de tubo digestivo alto activo, se le observa en la piel tatuajes y perforaciones corporales en abdomen y boca . Esta trabajadora debe suspender la lactancia materna y actividad sexual mientras se encuentra en periodo de seguimiento.

1. Verdadero _____ 2. Falso _____ 3- No se _____

10. La misma trabajadora, se encuentra en periodo de estudio, pero tiene familiar que requiere de transfusión sanguínea de manera urgente, ella es candidata ideal para donar ya que es la única compatible de todos los integrantes de la familia y si no lo hace moriría su familiar. Esta es una práctica recomendable.

1. Verdadero _____ 2. Falso _____ 3- No se _____

11. Se considera mecanismo de transmisión el contacto directo de sangre contaminada sobre las mucosas, en los trabajadores de salud

1. Verdadero _____ 2. Falso _____ 3- No se _____

12. En la unidad de hemodiálisis tiene menor riesgo de contaminación que el servicio de urgencias, teniendo en cuenta que en este último se tiene una sobrecarga de trabajo, estrés y mayor riesgo de accidentabilidad.

1. Verdadero _____ 2. Falso _____ 3- No se _____

13. A nivel hospitalario los procedimientos dentales, ortopédicos, endoscópicos, colonoscopias, etc. se consideran procedimientos para contraer VHC.

1. Verdadero _____ 2. Falso _____ 3- No se _____

27. Se encuentra usted reanimando a un paciente, que es llevado por haber sufrido accidente automovilístico, el paciente se encuentra con un sangrado profuso en cabeza accidentalmente sufre salpicadura de secreción sobre su mucosa ocular, desconoce antecedentes del paciente. Este es un mecanismo de transmisión para que probablemente se contamine del VHC.

1. Verdadero _____ 2. Falso _____ 3- No se _____

28. Son medidas de precaución universal el lavado de manos, uso de guantes, tapabocas, uso de visera y delantal para manipular todo tipo de pacientes en el servicio de urgencias.

1. Verdadero _____ 2. Falso _____ 3- No se _____

29. En la trabajadora de limpieza que se accidentó punccionándose con objeto punzocortante, altamente sospechoso de contaminación, es una medida preventiva determinarse anticuerpo contra HCV mediante la prueba de ELISA de tercera generación de primera instancia

1. Verdadero _____ 2. Falso _____ 3- No se _____