

Conocimiento, Actitud y Práctica del Nutricionista Panameño sobre la Atención Nutricional a Personas con VIH

Knowledge, attitude and practice in Panamanian nutritionists about HIV nutrition-care

Lisbeth Escala¹, Israel Ríos-Castillo², Mabel de Mas³, Ana Atencio⁴, Hugo Farías⁵, Jayne Adams⁶

¹ MBA, Nutricionista, Programa Mundial de Alimentos de Naciones Unidas en Panamá, lisbeth.escala@wfp.org

² MC, Nutricionista, Programa Mundial de Alimentos de Naciones Unidas en Panamá, israelrioscastillo@gmail.com

³ MSP, Nutricionista, Ministerio de Salud Panamá, mbernal@minsa.gob.pa

⁴ MC, Nutricionista, Organización Panamericana de Salud/Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), Panamá, atencioa@pan.ops-oms.org

⁵ MC, Psicólogo, Programa Mundial de Alimentos de Naciones Unidas en Panamá, hugo.farias@wfp.org

⁶ MA, Socióloga, Programa Mundial de Alimentos de Naciones Unidas en Panamá, jayne.adams@wfp.org

RESUMEN

Objetivo: Determinar nivel de conocimiento, actitud y práctica de Nutricionistas en atención a personas con VIH.

Métodos: Estudio transversal descriptivo con 49 nutricionistas idóneos (90% femenino) del Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social de Panamá. Conocimiento fue medido utilizando las Guías de Atención Nutricional del MINSa 2011; actitud y práctica fueron medidas utilizando escala Likert. Se construyeron índices para conocimiento, actitud y práctica. Se utilizó regresión simple para determinar la relación entre las variables.

Resultados: La mediana (rango intercuartílico p75-p25) de edad fue 33(22,4) años; años de experiencia fue 7(15) años; 53% indicó que en su instalación existe una clínica de terapia antirretroviral (CTAR); y 78% no había recibido entrenamiento previo a la entrevista. El conocimiento se relacionó significativamente

($p < 0,05$) con la existencia de CTAR (β e IC95%) 0,96(0,1; 1,8); con años de experiencia -0,05(-0,1; -0,01); y con índice de práctica 0,11(0,1; 0,2). El índice de práctica se relacionó con existencia de CTAR 6,8(2,9; 10,8); con nivel de conocimiento 2,5(1,3; 3,8); y con índice de actitud 0,8(0,3; 1,4). El índice de actitud se relacionó con existencia de CTAR 2,4(0,4; 4,4); con haber recibido entrenamiento previo 2,7(0,3; 5,1); y con índice de práctica 0,2(0,1; 0,3).

Conclusión: La existencia de CTAR estuvo relacionada con mejor conocimiento, índice de actitud e índice de práctica. Mayor conocimiento e índice de actitud se relacionaron con un mayor índice de práctica. Entrenamiento previo estuvo relacionado con mayor índice de actitud. Se observó relación negativa entre años de experiencia y nivel de conocimiento.

Palabras Clave: VIH, SIDA, Nutrición, Consejería, Panamá

ABSTRACT

Aim: To determine the level of knowledge, attitude and practice on HIV nutrition-care in Panamanian nutritionists.

Methods: A cross-sectional study was made among 49 nutritionists who were enrolled in health centers. Knowledge was measured according to MoH HIV Nutrition-Care Guide 2011; attitude and practice were obtained using a Likert scale. Indices were constructed for knowledge, attitude and practice. Simple linear regression models were performed to determine the relation among variables.

Results: Median (iqr) age was 33(22,4); for year of experiences was 7(15). 49% reported work in the Minister of Health; 53% reported no anti-retroviral therapy clinic (ARTC) at place of work; 78% no having any previous training on HIV Nutrition Care. knowledge was significantly associated ($p < .05$) with the existence of a ARTC β (CI95%) 0.96(0.1;1.8); years of experience -0.05(-0.1;-0.01), and practice 0.11(0.1;0.2); practice was associated with ARTC 6.8(2.9;10.8); knowledge 2.5(1.3;3.8); and attitude 0.8(0.3;1.4); and attitude was associated with ARTC 2.4(0.4;4.4); prior training 2.7(0.3;5.1); and practice 0.2(0.1;0.3).

Conclusion: ARTC was associated with knowledge, attitude and practice. Better knowledge and attitude were associated with practice. Previous training was associated with attitude; and a negative association was observed between years of experience and knowledge.

Key words: HIV, AIDS, Nutrition, Counseling, Panama

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA) es considerada una infección crónica a nivel mundial (1). El tratamiento del SIDA, el cual tiene como objetivo mejorar el pronóstico y retrasar el inicio de las complicaciones propias del virus, es extremadamente costoso (2). Desde 1984, cuando el primer caso de SIDA fue detectado en Panamá, hasta septiembre de 2008 se habían reportado 9.959 casos, siendo mayor en el sexo masculino de 30 a 34 años (75%). Esta enfermedad representa un problema y un reto de salud pública para el sistema de salud panameño, así como también un reto para las políticas públicas de salud, social y de educación (3,4).

Poco se sabe sobre la percepción respecto al sistema de salud y las barreras en la atención a las personas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (5). América Latina y el Caribe, particularmente Panamá, enfrenta los mismos problemas de educación y la severidad del daño del VIH que han afectado a la mayoría de los países en el mundo por más de un cuarto de siglo. La prevalencia de VIH en Panamá es de 0,9% (3), pero como en el resto del mundo, los casos reportados están incrementando día a día, lo cual se traduce en que es necesario implementar estrategias de prevención para evitar complicaciones y los elevados costos de atención en esta población (6).

El conocimiento sobre el VIH y los cuidados de salud que estas personas reciben, especialmente referente a alimentación y nutrición, no han sido documentados en Panamá. Por lo tanto, los profesionales de salud, incluyendo a las y los nutricionistas, juegan un rol importante en el cuidado y manejo del tratamiento farmacológico de las personas con VIH (7).

Así como también, en el apoyo para el desarrollo e implementación de programas de educación alimentaria y nutricional dirigidos a este grupo. Cada una de estas tareas requiere de una sólida base de conocimiento y deseo de ayudar, además de una atención de calidad en la orientación y los servicios ofrecidos (8,9).

Las instalaciones de atención primaria de salud tienen el espacio adecuado para brindar servicios de nutrición y los profesionales de la nutrición tienen la experticia para contribuir a mejorar el estado nutricional y las prácticas alimentarias entre las personas con VIH. Por lo tanto, es importante abordar la mala práctica y actitud en relación al VIH lo cual afecta negativamente el estado de salud de estos sujetos. Idealmente, la información compartida con los clientes y la concientización entre los profesionales de la salud deberían ser primordiales, así como también, la aceptación sin perjuicios y comportamientos inadecuados relacionados con la atención de personas con VIH.

Generalmente la falta de conocimiento, una actitud negativa y el temor al contagio dificultan la efectividad de la atención de salud brindados a personas con VIH (10). Debido a esta tendencia, es esencial que los profesionales de la salud estén apropiadamente informados y actualizados en esta temática, para mejorar la calidad de la atención ofrecida.

El presente trabajo tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento, actitud y práctica de las y los Nutricionistas-Dietistas panameños respecto de la atención a personas que viven con el VIH.

MATERIALES Y MÉTODOS

Sujetos: se trata de un estudio de corte transversal descriptivo realizado con 49 nutricionistas panameños del Ministerio de Salud (MINSa) y de la Caja de Seguro Social (CSS) de Panamá. La recolección de información se realizó de marzo a octubre de 2012. Se incluyeron nutricionistas de ocho provincias (Bocas del Toro, Chiriquí, Coclé, Colón, Herrera, Los Santos, Panamá y Veraguas) y dos comarcas indígenas (Comarca Güna Yala y Ngöbe Buglé),

con una edad mediana y rango intercuartílico (riq) de 33 (22,4) años; 44 (90%) fueron del sexo femenino. Cada nutricionista fue visitado en su unidad de atención o de trabajo, principalmente en los centros de salud, policlínicas y hospitales. Debido a que se trató de un estudio de corte transversal, no se calculó tamaño de la muestra. Sin embargo, de acuerdo a la Asociación Panameña de Nutricionistas Dietistas (APND) existen 432 profesionales de la nutrición idóneos a nivel nacional, de los cuales 60 (42%) laboran en el MINSa y 83 (58%) en la CSS (11,12). Por lo tanto, el presente estudio tuvo una representatividad del 34% de los nutricionistas que laboran en ambas instituciones públicas.

Muestreo: el método de muestreo fue por conveniencia y utilizando la técnica de bola de nieve, en donde se le preguntaba a las nutricionistas de las instalaciones visitadas cuáles otras colegas pudiera ser entrevistada en cada área.

Criterios inclusión y de exclusión: se incluyeron en el presente estudio a las y los nutricionistas con idoneidad expedida por el Consejo Técnico de Salud del MINSa, con edad <60 años. Fueron excluidos aquellos nutricionistas que no laboraran en las instalaciones de salud pública del MINSa o la CSS. Se trató de obtener una razón de 1:1 de nutricionistas en ambas instituciones de salud.

Consideraciones éticas: la participación fue voluntaria, garantizando la confidencialidad de los datos de los participantes. A cada sujeto se le explicó los beneficios y posibles riesgos de participar en este estudio y se le solicitó firmar una forma de consentimiento informado.

Además, se obtuvo aprobación para la realización del estudio a la Dirección del Programa Nacional de VIH/SIDA del MINSa así como también a la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud a nivel Nacional.

Procedimientos: los datos fueron obtenidos mediante un cuestionario auto-administrado y pre-codificado, el cual contaba de preguntas cerradas con referencia al t3pico. Completar la encuesta tuvo una duraci3n de ~15 minutos. La encuesta estaba conformada por 4 secciones: 1) Informaci3n General; 2) Conocimiento b3sico respecto a la Gu3a de Atenci3n Nutricional a Personas con VIH del Ministerio de Salud de Panam3, edici3n 2011 (13), la cual incluy3 8 preguntas con opci3n de selecci3n m3ltiple; 3)

Secci3n para determinar la empat3a con enunciados que determinan la actitud hacia la atenci3n de personas con VIH, 3sta secci3n fue dise3ada por un psic3logo investigador y buscaba medir la actitud a nivel cognitivo; 4) la secci3n de pr3ctica constaba de 6 enunciados para determinar la implementaci3n del protocolo de atenci3n nutricional a personas con VIH detallado en las Gu3as del MINSA. En el caso de las instalaciones de salud que reportaron no contar con una Cl3nica de Terapia antirretroviral (CTAR), se utiliz3 un an3lisis para determinar la intensi3n de tratar.

El puntaje para el determinar el nivel de conocimiento fue establecido de acuerdo al nivel de conocimiento sobre las Gu3as de Atenci3n a Personas con VIH del MINSA 2011 (13), el cual inclu3a ocho preguntas cerradas. El rango posible de respuestas correctas fue cero, si no respond3a ninguna respuesta correcta, y de ocho si respondi3 todas las preguntas correctamente. Se decidi3 utilizar un cuestionario de ocho 3tems debido a que las visitas fueron programadas a las instalaciones de salud y el debi3 ajustarse a la disponibilidad de atenci3n en consideraci3n a la demanda de atenci3n de pacientes en el consultorio.

Para los enunciados de actitud y pr3ctica, la puntuaci3n fue basada en 6 3tems cada secci3n con cinco opciones de respuesta, se utiliz3 una escala tipo Likert.

Para determinar la actitud se pregunt3 s3 estaba de acuerdo o en desacuerdo con relaci3n a los enunciados (totalmente en desacuerdo / en desacuerdo / indiferente / de acuerdo / totalmente de acuerdo); y para los enunciados de pr3ctica se pregunt3 si realizan las actividades descritas con

una escala que iba de nunca hasta siempre (nunca / rara vez / algunas veces / casi siempre / siempre). Para los datos de actitud y pr3ctica se construyeron 3ndices de acuerdo a los valores num3ricos seleccionados en la escala Likert. Para el 3ndice de actitud el rango posible estaba entre 1 y 30 puntos y para el 3ndice de pr3ctica el rango estaba entre cero a 28 puntos. Para ambos 3ndices, actitud y pr3ctica, una puntuaci3n mayor indicaba una actitud m3s positiva y una mayor realizaci3n o intensi3n de tratar de las actividades descritas en la gu3a de atenci3n.

An3lisis estad3stico: los datos fueron analizados con el programa de an3lisis estad3stico STATA 11.0 (StataCorp LP, College Station, Texas). An3lisis univariado fue realizado para presentar los datos, utilizando mediana y rango intercuart3lico (p75 – p25) as3 como tambi3n proporci3n (%). 3ndices para conocimiento, actitud y pr3ctica fueron calculados. Para comparar los 3ndices de conocimiento, actitud y pr3ctica con la existencia de CART se utiliz3 la prueba no param3trica Wilcoxon Mann-Whitney.

Para determinar la relaci3n de las variables socio-demogr3ficas con el nivel de conocimiento, el 3ndice de actitud y el 3ndice de pr3ctica se utilizaron modelos independientes de regresi3n lineal simple. Se presenta el coeficiente beta (β) y el intervalo de confianza del 95% (IC95%). Se estableci3 significancia estad3stica cuando el valor p de las pruebas realizadas fue <0,05.

RESULTADOS

Descripci3n de las caracter3sticas sociodemogr3fica: se incluyeron en el estudio 49 participantes, de las cuales 44 (90%) eran del sexo femenino. La edad mediana (riq) fue de 33 (22,4) a3os. La mediana (riq) para los a3os de experiencia laboral fue de 7 (15) a3os. Respecto al lugar de trabajo, 24 (49%) eran del MINSA y 25 (51%) era de la CSS. Del total de participantes, el 53% report3 trabajar en instalaciones con CTAR, el resto, 47% report3 al lugar de trabajo, 24 (49%) eran del MINSA y 25 (51%) era de la CSS.

Del total de participantes, el 53% reportó trabajar en instalaciones con CTAR, el resto, 47% reportó que en sus instalaciones no existía una CTAR. Sólo el 22% reportó haber recibido capacitación previa a la entrevista, el restante, 78% indicó nunca haber sido capacitado (tabla 1). La mediana (riq) para el puntaje de conocimiento fue de 6 (2); para el índice de actitud fue de 24 (6); y para el índice de práctica fue de 10 (1) (tabla 1).

Conocimiento sobre VIH y Guía de Atención Nutricional-MINSA: El 96% conoce los aspectos básicos de educación nutricional en VIH, tales como alimentación fraccionada,

ingesta de bebidas de alto valor proteico y calórico y preparación de alimentos atractivos. El 94% identifica claramente efectos secundarios propios del virus de VIH sobre el estado nutricional. El 90% reportó correctamente conocer la guía de atención nutricional a personas con VIH del MINSA. El 88% reconoció los mensajes claves a ser brindados a personas con VIH ante problemas por cambio de sabor, tales como consumir alimentos fríos como sorbetos, helados; utilizar cítricos como el limón, naranja o piña; y utilizar condimentos naturales. El 80% contestó correctamente ejemplos de lo que ocurre con la interacción fármaco – nutriente al tratamiento antirretroviral (absorción pobre de nutrientes, dificultad para ingerir alimentos e inhibición de la absorción de micronutrientes). El 53% respondió correctamente los efectos secundarios del tratamiento antirretroviral sobre el estado nutricional en PVV (alteración de la distribución de la grasa corporal, hipertrigliceridemia, aumento del riesgo cardiovascular, y alteración del sentido del gusto). El 47% conocía el porcentaje extra de energía que se debe adicionar a los requerimientos energéticos de personas con VIH

en la fase asintomática (10% extra a la recomendación de ingesta de energía según sexo y edad); y sólo el 39% respondió correctamente el porcentaje extra de energía que se debe adicionar a las personas con VIH en fase sintomática (20-30% extra a la recomendación de ingesta de energía según sexo y edad) (tabla 2). La mediana (riq) para el puntaje de conocimiento fue de 6 (2)

puntos. Sin embargo, al comparar según la existencia de CTAR (con vs. sin) en el lugar de trabajo, la mediana (riq) fue de 6 (1) puntos y 5 (3) puntos, respectivamente, encontrando diferencia significativa $p=0,0486$ (prueba Wilcoxon Mann-Whitney) (gráfica 1). **Empatía a enunciados de actitud:** En cuanto a la empatía a enunciados que medían la actitud, el 98% consideraba importante la atención y manejo nutricional de personas con VIH. El 69% consideró que la atención se diera en un lugar especializado, como lo es la clínica de terapia antirretroviral. El 55% consideró sentirse emocionalmente cómodo al momento de la atención. El 37% de los participantes consideraron no sentirse con los conocimientos suficientes para un manejo nutricional adecuado (tabla 3). La mediana (riq) del índice de actitud para todos los participantes fue de 24 (6) puntos; al comparar según existencia de CTAR (con vs. sin) fue de 25 (5) puntos y 21 (7) puntos, respectivamente, encontrando diferencia significativa $p=0,0237$ (prueba Wilcoxon Mann-Whitney) (gráfica 1).

Empatía a enunciados de actitud: En cuanto a la empatía a enunciados que medían la actitud, el 98% consideraba importante la atención y manejo nutricional de personas con VIH. El 69% consideró que la atención se diera en un lugar especializado, como lo es la clínica de terapia antirretroviral. El 55% consideró sentirse emocionalmente cómodo al momento de la atención. El 37% de los participantes consideraron no sentirse con los conocimientos suficientes para un manejo nutricional adecuado (tabla 3). La mediana (riq) del índice de actitud para todos los participantes fue de 24 (6) puntos; al comparar según existencia de CTAR (con vs. sin) fue de 25 (5) puntos y 21 (7) puntos, respectivamente, encontrando diferencia significativa $p=0,0237$ (prueba Wilcoxon Mann-Whitney) (gráfica 1).

Empatía a enunciados para práctica: En lo referente a la práctica o intención de tratar se encontró que el 65% no participa de reuniones interdisciplinaria correspondientes a temas sobre la atención de personas con VIH, a pesar de existir (casi en la mitad) en sus instalaciones, dicha clínica. Sólo el 20% y el 16% reportaron casi siempre y siempre realizar evaluación del estado nutricional utilizando indicadores antropométricos como IMC, % de cambio de peso, medidas de pliegues cutáneo, circunferencia del brazo y circunferencia media muscular del brazo (tabla 4). La mediana (riq) del índice de práctica fue de 10 (15) puntos en todos los participantes y al comparar según la existencia de CTAR (con vs. sin) fue de 15 (11) puntos y 2 (11) puntos, respectivamente, siendo significativamente mayor el índice de práctica en las nutricionistas que reportaron CTAR en sus lugares de trabajo, $p=0,0011$ (prueba Wilcoxon Mann-Whitney) (gráfica 1).

Relación entre conocimiento, práctica y actitud con variables socio-demográficas: Las variables relacionadas significativamente con el puntaje de conocimientos fueron la existencia de la CTAR ($\beta= 0,96$; IC95%= 0,1; 1,8); años de experiencia laboral ($\beta= -0,05$; IC95%= -0,1; -0,01); y el índice de práctica obtenido ($\beta= 0,11$; IC95%= 0,1; 0,2). No se encontró asociación entre el puntaje de conocimiento y edad, sexo, área de trabajo o haber recibido capacitación previamente (tabla 5). Las variables relacionadas significativamente con el índice de actitud fueron

la existencia de CTAR ($\beta= 2,4$; IC95%= 0,4; 4,4); haber recibido capacitación previa ($\beta= 2,7$; IC95%= 0,3; 5,1); y el índice de práctica ($\beta= 0,18$; IC95%= 0,06; 0,31). No se observó asociación entre el índice de actitud y el puntaje de conocimiento, años de experiencia laboral, sexo, edad o área de trabajo (tabla 5). Las variables relacionadas con el índice de práctica o intención de tratar fueron la existencia de la CTAR ($\beta= 6,8$; IC95%= 2,9; 10,8); el puntaje de conocimiento ($\beta= 2,5$; IC95%= 1,3; 3,8); y el índice de actitud ($\beta= 0,8$; IC95%= 0,3; 1,4). No se asociaron con el índice de práctica el sexo, la edad, área de trabajo (rural vs urbana), años de experiencia laboral ni haber recibido capacitación previa (tabla 5).

DISCUSIÓN

En este estudio se observó relación entre la existencia de una clínica CTAR en el lugar de trabajo con el nivel de conocimiento, mejor actitud hacia la atención y mayor índice de práctica. Además, se observó relación entre haber recibido capacitación o entrenamiento previo con una mejor actitud. Así como también, un mejor conocimiento estuvo relacionado con un mayor índice de práctica. Por su parte, un mayor índice de práctica estuvo relacionado con una mejor actitud. Adicionalmente, se encontró una relación negativa entre el nivel de conocimiento y los años de experiencia profesional.

La nutrición es reconocida como un factor clave y determinante en los programas de atención de salud para las personas con VIH el cual impacta inclusive en una mejor adherencia y resultados positivos de la terapia antirretroviral (14,15). La malnutrición no sólo afecta el sistema inmune y la salud en general, acelerando la progresión del virus, sino que además reduce la efectividad de las drogas empleadas en el tratamiento e incrementa los efectos adversos de éstas (16,17).

De acuerdo a la Guía de Atención Nutricional a Personas con VIH del MINSA en Panamá (13), queda claro que la nutrición es un componente esencial, en donde el Nutricionista-Dietista es una parte clave en el equipo multidisciplinario. Por lo tanto, un nivel de conocimiento básico respecto al marco regulatorio del cuidado es ciertamente un tema relevante. En general los hallazgos del presente estudio indican que el nivel de conocimiento respecto a la atención nutricional es alto, especialmente en aspectos básicos de consejería nutricional.

La relación observada entre la existencia de una CTAR y un mayor conocimiento, mejor actitud y práctica ha sido descrita previamente en estudios realizados en Vietnam y en los Estados Unidos de América (18,19), en donde se reportó que un nivel alto de conocimiento en VIH entre médicos y enfermeras estuvo relacionado con un mayor volumen de pacientes atendidos.

En concordancia con nuestros hallazgos, en referencia a la relación negativa entre años de experiencia y nivel de conocimiento, estos estudios además reportaron que el nivel de conocimiento no estuvo determinado por la especialidad o los años de experiencia (18).

A pesar del hecho de que la mayoría (98%) de los nutricionistas entrevistados indicaron la importancia de la atención nutricional en el manejo de personas con VIH, lo cual refleja una mejor actitud, así como también de que el 43% reportó utilizar con regularidad instrumentos de atención tales como la Guía del MINSA (13,20), sólo el 65% reportó no participar de las reuniones o talleres con el equipo multidisciplinario, especialmente considerando de que el 53% reportó que en su instalación de salud cuenta con una CTAR.

Estos hallazgos pudieran ser considerados además como evidencia que permite expandir el cuerpo de conocimiento en esta temática, lo cual se traduce a su vez en una mayor concientización sobre la importancia de brindar una atención en salud y apoyo a las personas con VIH (20). Entre las principales metas en la atención a personas con VIH están reducir la estigmatización hacia aquellos que conviven con el VIH, contribuir a incrementar la confidencialidad entre el personal de salud y los clientes, y lograr los más óptimos resultados en el control y/o tratamiento, especialmente relacionados a la adherencia a la terapia antirretroviral (21).

Por otro lado, con referencia a la hipótesis de que la consejería nutricional pudiera mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral, Au y cols. (2006), en un estudio realizado en Rwanda, África, encontraron que el acceso a una adecuada nutrición es el mayor determinante a largo plazo de la adherencia al tratamiento antirretroviral. Ellos reportaron que el 76% de 71 sujetos con VIH indicaron que uno de los principales obstáculos para la iniciación y adherencia al tratamiento prescrito fue su miedo a desarrollar un mayor apetito y no contar con los medios suficientes para alimentarse (22).

En el presente análisis, el haber recibido entrenamiento previo estuvo positivamente relacionado con una mejor actitud hacia la atención a personas con VIH. En este estudio el

78% de los entrevistados reportaron no haber recibido entrenamiento previo (tabla 1). De igual manera, el 43% reportó sentirse con insuficiente conocimiento para brindar un buen tratamiento dietético-nutricional a personas con VIH (tabla 3). El entrenamiento o capacitación en general y en específico a educación alimentaria y nutricional juega un importante rol en los sistemas de salud (23,24). El crear empoderamiento, concientización y empatía entre los profesionales de la salud hacia la atención de personas con VIH y su cuidado, es un punto clave en la provisión de la atención integral y por lo tanto a el acceso universal (25).

Hermann y cols. (2009), en un estudio realizado en África Sub Sahariana, reportaron que la aparente insuficiente atención a los temas tales como monitoreo de la calidad de la atención en salud y el pobre entrenamiento han resultado en una reducción de la calidad de los programas destinados a la atención en salud de personas con VIH (26).

Entre las limitaciones del presente estudio se pudiera considerar el tamaño y las características de la muestra, lo cual no nos permite inferir los hallazgos en todos los profesionales de la salud y particularmente de la nutrición en Panamá. Sin embargo, esta limitación no invalida lo encontrado, especialmente porque el estudio incluyó nutricionistas de 8 de las 9 provincias del país y aún de las áreas comarcales indígenas. Por lo tanto, estos hallazgos pudieran aportar el panorama real de la atención nutricional a personas con VIH en Panamá.

Por su parte, dado de que el tema de VIH es considerado sensitivo y que debería manejarse con la mayor precaución posible, especialmente debido al estigma que aún prevalece en la sociedad, así como también a que los instrumentos utilizados para la entrevista fueron confidenciales, podemos señalar que unas de las fortalezas es que obtuvimos información válida para la realización de los análisis. Sin embargo, debido a que las características cualitativas de la información recopiladas pudieran variar en el tiempo,

se hace necesario seguir monitoreando estos temas, no solo en el campo de la nutrición sino que también abarcando a los otros profesionales de la salud que interactúan con las personas con VIH.

Finalmente, es importante visibilizar este tipo de evidencias mientras se continúa en la mejora y actualización de los componentes de los programas de salud destinados a las personas con VIH. De igual manera, creemos necesario seguir abogando por la no estigmatización como una de las metas más importantes para mejorar la calidad de vida de las personas con VIH. La comunicación social pudiera ser usada como vehículo para la sensibilización y concientización en referencia a este tema. Con respecto a los profesionales de la salud, la creación de herramientas prácticas de fácil utilización puede servir para fortalecer las debilidades en la atención, permitiendo además el empoderamiento de los profesionales que conforman el equipo multidisciplinario, traduciéndose en una mejor calidad de atención.

Adicionalmente, coincidimos con la premisa de que el fortalecimiento de las capacidades técnicas de los profesionales de la salud, y particularmente de la nutrición, sigue siendo necesario para brindar una atención de calidad en los sistemas de salud (27). Por lo tanto, la capacitación continua basada en la evidencia científica actualizada, pudiera permitir a los profesionales de la nutrición brindar la consejería y terapia dietética y nutricional en cualquier instalación de salud del país.

Conclusión: el conocimiento, actitud y práctica están relacionados con la existencia de una clínica de terapia antirretroviral en las instalaciones de salud. El nivel de conocimiento y una mejor actitud se relacionó con una mayor realización de las actividades básicas descritas en el protocolo de atención a personas con VIH. El entrenamiento previo se relacionó con una mejor actitud. Los años de experiencia profesional se relacionaron negativamente con el nivel de conocimiento.

Agradecimiento: los autores desean agradecer a las colegas nutricionistas que aceptaron participar de esta investigación.

Financiamiento: este estudio fue financiado por “Unified Budget, Results and Accountability Framework (UBRAF)”, Proyecto del Programa Mundial de Alimentos de Naciones Unidas, Oficina de Panamá.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access: progress report 2011 [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization, HIV/AIDS Department; 2011. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986_eng.pdf
2. Gilks CF, Crowley S, Ekpini R, Gove S, Perriens J, Souteyrand Y, et al. The WHO public-health approach to antiretroviral treatment against HIV in resource-limited settings. *Lancet*. World Health Organization, Department of HIV/AIDS; 2006;368(9534):505–10.
3. Comisión Nacional para la Prevención y Control del VIH Panamá. Plan Estratégico Nacional de carácter Multisectorial para ITS VIH y Sida 2009 -2014 [Internet]. Panama: Ministerio de Salud, Programa Nacional de ITS VIH SIDA; 2009. Available from: http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/prevention/resources/national_strategic_plans/Panama_2009-2014_Spanish.pdf.
4. Valverde EE, Waldrop-Valverde D, Anderson-Mahoney P, Loughlin AM, Del Rio C, Metsch L, et al. System and patient barriers to appropriate HIV care for disadvantaged populations: the HIV medical care provider perspective. *J Assoc Nurse AIDS C*. 2006;17(3):18–28.
5. Mahat G, Scoloveno MA. HIV/AIDS knowledge, attitudes and beliefs among Nepalese adolescents. *J Adv Nurs*. 2006;53(5):583–90.
6. Quinn TC. Global burden of the HIV pandemic. *Lancet*. London: J. Onwhyn, 1823-; 1996;348(9020):99–106.

7. Santana RT, Monzon OT, Mandel J, Hall TL, Hearst N. AIDS education for hospital workers in Manila: effects on knowledge, attitudes, and infection control practices. *AIDS* [Internet]. 1992;6(11):1359–63. Available from: http://journals.lww.com/aidsonline/abstract/1992/11000/aids_education_for_hospital_workers_in_manila_.20.aspx
8. Adebajo SB, Bangbala AO, Oyediran MA. Attitudes of health care providers to persons living with HIV/AIDS in Lagos State, Nigeria. *Afr J Reprod Heal*. 2003;7(1):103–12.
9. Fink R, Thompson CJ, Bonnes D. Overcoming barriers and promoting the use of research in practice. *J Nurs Admin* [Internet]. 2005;35(3):121–9. Available from: http://journals.lww.com/jonajournal/Abstract/2005/03000/Overcoming_Barriers_and_Promoting_the_Use_of.5.aspx
10. Lohrmann C, Välimäki M, Suominen T, Muinonen U, Dassen T, Peate I. German nursing students' knowledge of and attitudes to HIV and AIDS: two decades after the first AIDS cases. *J Adv Nurs*. 2000;31(3):696–703.
11. MINSA, Consejo Técnico de Salud, Panamá. Asociación Panameña de Nutricionistas Dietistas, Listado de Nutricionistas Dietistas Panameños Idóneos. [Internet]. 2013. Available from: <http://www.nutricionistas.com.pa/wp-content/uploads/2014/03/NUTRICIONISTAS-DIETISTAS-IDONEOS-2013-PDF.pdf>
12. Defensoría del Pueblo, República de Panamá. Nodo de Transparencia, Planilla y Gastos de Representación de la Caja de Seguro Social y del Ministerio de Salud, filtrado por cargo de Nutricionista. [Internet]. 2013. Available from: <http://www.defensoriadelpueblo.gob.pa/transparencia/>
13. Ministerio de Salud Panama. Guía para la atención nutricional a personas con VIH [Internet]. 2nd ed. Panama: MINSA, OPS/OMS, PMA, INCAP, CSS; 2011. Available from: http://new.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=279&Itemid=224
14. Weiser SD, Fernandes KA, Brandson EK, Lima VD, Anema A, Bangsberg DR, et al. The association between food insecurity and mortality among HIV-infected individuals on HAART. *J Acq Immun Def Synd*. 2009;52(3):342–9.
15. Anema A, Vogenthaler N, Frongillo EA, Kadiyala S, Weiser SD. Food insecurity and HIV/AIDS: current knowledge, gaps, and research priorities. *Curr HIV/AIDS Rep*. Current Medicine Group LLC; 2009;6(4):224–31.
16. Gillespie S, Kadiyala S. HIV/AIDS, and Food and Nutrition Security: from Evidence to Action. *Food policy review 7* [Internet]. Washington, DC: International Food Policy Research Institute (IFPRI).; 2005. Available from: <http://www.ifpri.org/sites/default/files/pubs/pubs/fpreview/pv07/pv07.pdf>
17. Ivers LC, Cullen KA, Freedberg KA, Block S, Coates J, Webb P. HIV/AIDS, undernutrition, and food insecurity. *Clin Infect Dis*. 2009;49(7):1096–102.
18. Quach L, Mayer K, McGarvey ST, Lurie MN, Do P. Knowledge, attitudes, and practices among physicians on HIV/AIDS in Quang Ninh, Vietnam. *AIDS Patient Care ST*. 2005;19(5):335–46.
19. Stone VE, Mansourati FF, Poses RM, Mayer KH. Relation of physician specialty and HIV/AIDS experience to choice of guideline-recommended antiretroviral therapy. *J Gen Intern Med*. Blackwell Science Inc; 2001;16(6):360–8.
20. Food and Nutrition Technical Assistance Project. HIV/AIDS: A Guide For Nutritional Care and Support [Internet]. 2nd ed. Washington, DC: FANTA Project, Academy for Educational Development; 2004. Available from: http://www.fantaproject.org/downloads/pdfs/HIV_AIDS_Guide02.pdf

21. Torpey KE, Kabaso ME, Mutale LN, Kamanga MK, Mwangi AJ, Simpungwe J, et al. Adherence Support Workers: A Way to Address Human Resource Constraints in Antiretroviral Treatment Programs in the Public Health Setting in Zambia. Pai M, editor. PLoS One. Public Library of Science; 2008;3(5):9.
22. Au JT, Kayitenkore K, Shutes E, Karita E, Peters PJ, Tichacek A, et al. Access to adequate nutrition is a major potential obstacle to antiretroviral adherence among HIV-infected individuals in Rwanda. AIDS. US: Lippincott Williams & Wilkins; 2006;20(16):2116–8.
23. Hecker LM, Kotler DP. Malnutrition in patients with AIDS. Nutr Rev. 1990;48(11):393–401.
24. Resler S. Nutrition care of AIDS patients. J Am Diet Assoc [Internet]. 1988;88(7):828–32. Available from: http://www.journals.elsevierhealth.com/medline/record/ivp_00028223_88_828
25. World Health Organization. Towards universal access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: Progress report 2010 [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization, HIV/AIDS Department; 2010. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500395_eng.pdf
26. Hermann K, Van Damme W, Pariyo GW, Schouten E, Assefa Y, Cirera A, et al. Community health workers for ART in sub-Saharan Africa: learning from experience—capitalizing on new opportunities. Hum Resour Heal. Health Unlimited's Quechua Community Health Project Writing Group, Ayacucho, Peru. hulima@terra.com.pe; 2009;7(January):31.
27. Schneider H, Blaauw D, Gilson L, Chabikuli N, Goudge J. Health systems and access to antiretroviral drugs for HIV in Southern Africa: service delivery and human resources challenges. *Reprod Heal Matters*. 2006;14(27):12–23

Tabla 1. Descripción de las características socio-demográfica

Variable	N = 49	mediana (riq) o n (%) ¹
Edad	Años	33 (22,4)
Años de experiencia como nutricionista	Años	7 (15)
Puntaje de Conocimiento	Puntos	6 (2)
Índice de Actitud	Puntos	24 (6)
Índice de Práctica	Puntos	10 (15)
Sexo	Femenino	44 (90%)
	Masculino	5 (10%)
Lugar de trabajo	MINSA	24 (49%)
	CSS	25 (51%)
¿Existe CTAR en su unidad de atención de salud?	Sí	26 (53%)
	No	23 (47%)
¿Recibió capacitación sobre manejo nutricional de personas con VIH?	Sí	11 (22%)
	No	38 (78%)

¹ valores expresados como mediana (mínimo y máximo) o como frecuencia (%).
riq= rango intercuartílico (p75 – p25)

Tabla 2. Porcentaje de respuesta correcta para las preguntas de conocimiento en base a la Guía de atención nutricional a personas con VIH (n=49)

Preguntas de Conocimiento	n (%) respuesta correcta
1. Aspectos básicos de educación nutricional que deben ser brindados a personas con VIH ante la pérdida de apetito: “Alimentación fraccionada, ingerir bebidas de alto valor proteico y calórico, preparar alimentos atractivos”	47 (96%)
2. Efectos secundarios correctos propios del virus del VIH sobre el estado nutricional: “pérdida de peso, síndrome de desgaste, absorción pobre de nutrientes”	46 (94%)
3. Documento en nutrición que forma parte de las Normas de Atención a Personas con VIH: “Guía para la Atención Nutricional a Personas con VIH”	44 (90%)
4. Aspectos básicos de educación nutricional que deben ser brindados a personas con VIH ante problemas por cambio de sabor de las comidas: “Consuma alimentos fríos como sorbeto, helados; utilice limón, piña o naranja; utilice condimentos naturales, albaca, tomillo, orégano, perejil”	43 (88%)
5. Ejemplos correctos de lo que ocurre con la interacción fármaco-nutriente del tratamiento antirretroviral: “Absorción pobre de nutrientes, dificultad para ingerir alimentos, inhibición de la absorción de micronutrientes”	39 (80%)
6. Efectos secundarios correctos del tratamiento antirretroviral sobre el estado nutricional en las personas con VIH: “Alteración de la distribución de la grasa corporal, hipertrigliceridemia, aumento del riesgo cardiovascular, alteración del sentido del gusto”	26 (53%)
7. Porcentaje (%) extra de energía que se debe adicionar a los requerimientos energéticos de personas con VIH en la fase asintomática: “10%”	23 (47%)
8. Porcentaje (%) extra de energía que se debe adicionar a los requerimientos energéticos de personas con VIH en la fase sintomática: “20-30%”	19 (39%)

Valores presentados como frecuencia y porcentaje (%).

En cursiva y entre comillas la respuesta correcta.

Tabla 3. Declaración de empatía a enunciados de actitud

Enunciados de actitud	Escala Likert				
	1	2	3	4	5
1. Considero importante la atención y manejo nutricional de personas con VIH	0 (%)	0 (%)	0 (%)	1 (2%)	48 (98%)
2. Me siento emocionalmente cómodo al momento de la atención de personas con VIH	1 (2%)	1 (2%)	5 (10%)	15 (31%)	27 (55%)
3. Tengo los conocimientos necesarios para un buen manejo nutricional de personas con VIH	3 (6%)	18 (37%)	3 (6%)	20 (41%)	5 (10%)
4. Considero que las personas con VIH necesitan ser atendidas en un área o espacio físico especializado, como las clínicas de terapia antirretroviral	1 (2%)	0 (%)	2 (4%)	12 (24%)	34 (69%)
5. He tomado o tomaría cursos, seminarios, diplomados o cualquier otra actividad educativa para mejorar mis conocimientos sobre el manejo nutricional de personas con VIH	12 (25%)	15 (31%)	4 (8%)	11 (22%)	7 (14%)
6. Utilizo y considero importante el documento en nutrición que forma parte de la Norma de Atención a Personas con VIH	8 (16%)	1 (2%)	4 (8%)	15 (30%)	21 (43%)

Escala Likert

1: Totalmente en desacuerdo;

2: En desacuerdo;

3: Indiferente;

4: De acuerdo;

5: Totalmente de acuerdo.

Valores presentados como frecuencia y porcentaje (%).

Tabla 4. Declaración de práctica e intención de práctica

Enunciados de práctica	Escala Likert				
	0	1	2	3	4
1. Atiendo a personas con VIH en mi consulta/servicio de nutrición	14 (29%)	15 (31%)	12 (24%)	3 (6%)	5 (10%)
2. Participo de reuniones del equipo interdisciplinario de la clínica de atención antirretroviral o de atención en salud de personas con VIH	32 (65%)	6 (12%)	5 (10%)	4 (8%)	2 (4%)
3. Realizo la evaluación del estado nutricional utilizando los indicadores antropométricos: IMC, % de cambio de peso, pliegues cutáneos, circunferencia del brazo y circunferencia media muscular del brazo	14 (29%)	9 (18%)	8 (16%)	10 (20%)	8 (16%)
4. Realizo el cálculo de los requerimientos energéticos de personas con VIH considerando los factores de actividad física y estrés	17 (35%)	6 (12%)	5 (10%)	7 (14%)	14 (29%)
5. Realizo los ajustes de distribución de macro y micro nutrientes ante condiciones específicas de salud de personas con VIH, por ejemplo: afecciones pulmonares, composición corporal, deficiencias nutricionales, complicaciones hepáticas, entre otras	19 (39%)	5 (10%)	7 (14%)	5 (10%)	13 (26%)
6. Entrego consejería dietética específica para manejar los efectos secundarios (propios del virus, del tratamiento antirretroviral y de la interacción fármaco-nutrientes) a personas con VIH	18 (37%)	5 (10%)	7 (14%)	8 (16%)	11 (22%)

Escala Likert

0: Nunca;

1: Muy pocas veces;

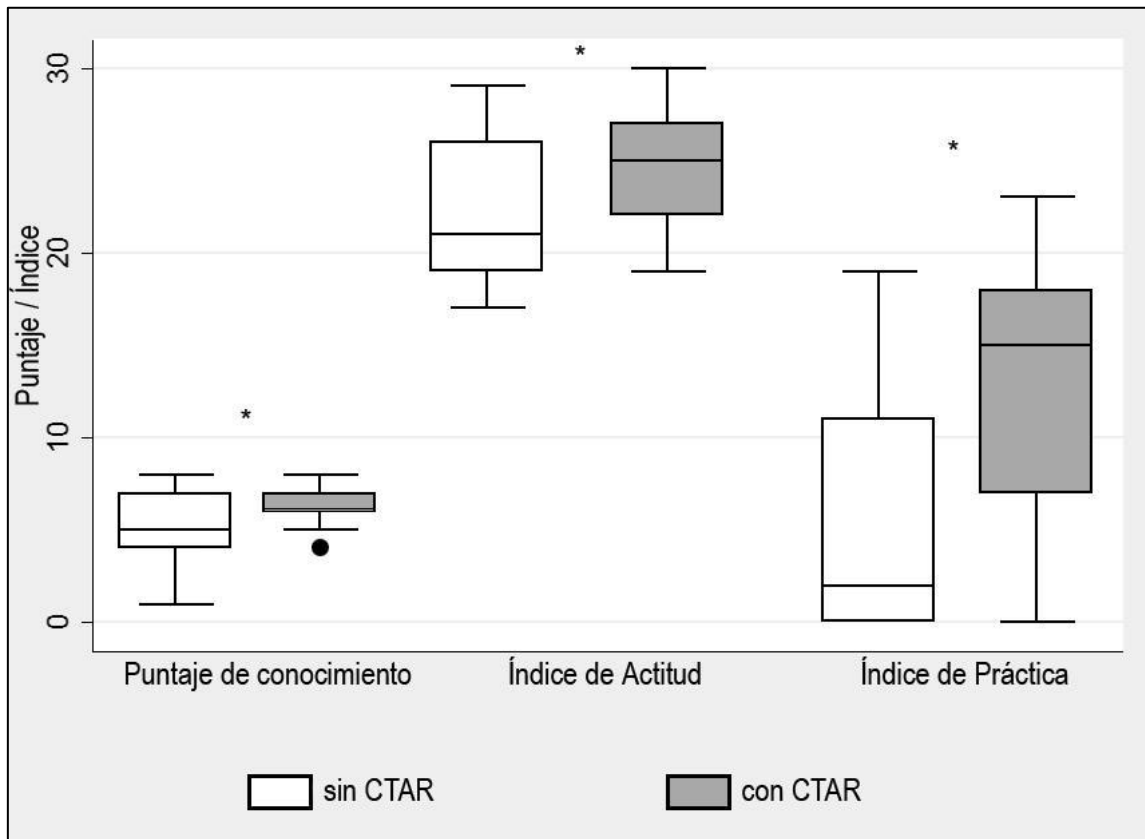
2: Algunas veces;

3: Casi siempre;

4: Siempre

Valores presentados como frecuencia y porcentaje (%).

Gráfica 1. Puntaje de Conocimiento, Índice de Actitud y de Práctica según la existencia de una Clínica de Terapia Antirretroviral en la instalación de trabajo.



Box Plot del puntaje de conocimiento, índice de actitud y de práctica.

* $p < 0.05$, valor p de la prueba no paramétrica Wilcoxon Mann-Whitney comparando las variables con la existencia de una CTAR.

CTAR: clínica de terapia antirretroviral.

Tabla 5. Regresión lineal simple para determinar relación entre conocimiento, práctica y actitud con variables socio-demográficas

Variables		Conocimiento	Práctica	Actitud
		Coef β (IC 95%)	Coef β (IC 95%)	Coef β (IC 95%)
Existencia de CTAR	Sí vs no	0,96 (0,1; 1,8)†	6,8 (2,9; 10,8)†	2,4 (0,4; 4,4)†
Años de experiencia como nutricionista	Δ 1 año	-0,05 (-0,1; -0,01)†	-0,13 (-0,35; 0,09)	0,02 (-0,08; 0,13)
Puntaje de conocimiento	Δ 1 pto.		2,5 (1,3; 3,8)†	0,62 (-0,03; 1,27)
Índice Práctica	Δ 1 pto.	0,11 (0,1; 0,2)†		0,18 (0,06; 0,31)†
Índice Actitud	Δ 1 pto.	0,12 (-0,01; 0,24)	0,8 (0,3; 1,4)†	
Sexo	F vs M	-0,16 (-1,66; 1,34)	-2,3 (-9,6; 4,99)	1,97 (-1,45; 5,40)
Área de trabajo	Rural vs urbana	-1,17 (-2,51; 0,18)	-5,5 (-12,1; 1,1)	-1,2 (-4,4; 2,0)
Haber recibido capacitación	Sí vs no	0,8 (-0,3; 1,8)	4,3 (-0,9; 9,4)	2,7 (0,3; 5,1)†