

CONTENIDO

Artículos Originales

Conocimiento y aplicación de cuidados enfermeros a pacientes colostomizados en el servicio de cirugía del hospital Santa Bárbara, sucre, 2016

BELTRÁN Alejandro Verónica..... 2

Cuidados emocionales que brinda el personal de enfermería a pacientes quirúrgicos del servicio de cirugía del hospital Marcos C. Rojas Zurita, municipio Padilla

FALÓN Padilla Dilma..... 8

Factores de riesgo que influyen en la transmisión del vih/sida en jóvenes de 15 a 28 años. Sopachuy, 2016

MAMANI Astoraique Leonilda..... 15

Caracterización de las acciones de prevención del personal de salud de los centros de primer nivel de atención en relación al embarazo en adolescentes

FLORES Choque Laura Cristina 25

Barreras en la implementación del programa chagas hospital San Antonio de los Sauces, municipio de Monteagudo, 2016

LLANOS Nuñez Edwin 33

Evaluación de manejo de citostáticos al personal de enfermería según protocolos en aplicación de tratamiento de quimioterapia a pacientes oncológicos, en el Instituto Cupertino Arteaga

GARCIA Zelaya Reinalda 43

CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS A PACIENTES COLOSTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA BÁRBARA, SUCRE, 2016

BELTRÁN Alejandro Verónica¹

Recibido en 03/2018
Aceptado en 05/2018

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de conocimiento y aplicación de cuidados enfermeros a pacientes colostomizados en el servicio de cirugía del Hospital Santa Bárbara Sucre, enero-julio 2016. Se utilizó la metodología descriptiva, a través de una encuesta realizada a las enfermeras para conocer el nivel de conocimiento y una guía de observación que permitió vislumbrar y comparar el conocimiento versus la práctica sobre cuidados en pacientes colostomizados. El estudio fue realizado con 12 enfermeras del hospital Santa Bárbara de la ciudad de Sucre. Entre los resultados se tiene que el 58% de las enfermeras no siguen un procedimiento igual en lo referente a la preparación de pacientes para cirugía, trabajan de acuerdo a criterio y experiencia propia, 50% de las mismas eluden los cuidados sobre la seguridad de los pacientes, de la misma manera, no prevén las posibles complicaciones post operatorio, por otra parte, el 50% de las enfermeras no aplican prácticas de cómo evitar las infecciones y aplacar el dolor de los pacientes colostomizados.

PALABRAS CLAVE

Cuidados de Enfermería; Pacientes Colostomizados; Hospital; Cirugía.

SUMMARY

The objective of this study was to determine the level of knowledge and application of nursing care to patients with colostomies in the surgical service of the Hospital Santa Bárbara Sucre, January-July 2016. The descriptive methodology was used, through a survey carried out by nurses to know the level of knowledge and an observation guide that allowed to glimpse and compare the knowledge versus the practice on care in colostomized patients. The study was carried out with 12 nurses from the Santa Bárbara hospital in the city of Sucre. Among the results, 58% of the nurses do not follow an equal procedure in relation to the preparation of patients for surgery, they work according to their own criteria and experience, 50% of them avoid care about the safety of the patients. Patients, in the same way, do not foresee the possible postoperative complications, on the other hand, 50% of nurses do not practice practices of how to avoid infections and alleviate the pain of colostomized patients.

KEYWORDS

Nursing Care; Colostomized patients; Hospital; Surgery.

¹ Licenciada en Enfermería; verito_155_5@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas degenerativas constituyen uno de los problemas de salud a nivel mundial; lo cual incrementa las tasas de morbimortalidad, que afecta tanto a hombres como a mujeres. Entre estas se tienen a las enfermedades digestivo - oncológicas como el cáncer de colon que se ha constituido en un problema. Según la Organización Mundial de Salud¹ el 35% de las muertes están asociadas a causas de enfermedades digestivo – oncológicas y para el tratamiento respectivo se realiza una colostomía como alternativa de solución.

La colostomía es considerada por diversos autores como la intervención digestiva más antigua, realizada por primera vez con éxito en 1793 por Duret. La colostomía se define como la exteriorización del colon a la pared abdominal, con el objeto de crear una salida artificial para el contenido fecal¹. La causa más frecuente para la realización de una colostomía es el carcinoma de recto.

En Bolivia, según la Organización Mundial de Salud y el Ministerio de Salud, se practican un promedio de 1.390 cirugías relacionadas con la colostomía con el fin de tratar a pacientes que sufren de enfermedades digestivo – oncológicas que aquejan sus vidas y deben pasar por este tipo de cirugías como alternativa de tratamiento. En la ciudad de Sucre además de ser considerado un Municipio con muchas necesidades, posee ciertas características demográficas que

incrementan sus niveles de riesgo al contraer de forma más frecuente y habitual las enfermedades digestivo – oncológicas por los malos hábitos alimenticios.

Los pacientes sometidos a una colostomía requieren de cuidados antes y después de la cirugía, los cuales están expuestos a riesgos de contaminación e infecciones por las heridas causadas. La existencia de infecciones en pacientes colostomizados en el nosocomio es más probable, por lo que el campo de la asepsia y cuidados constituye una labor minuciosa para el trabajo de enfermeras, por el mismo hecho que las heridas están en contacto con materia fecal contaminada. Sin embargo, el porcentaje de infecciones que esta entre 10% requiere de una reflexión y de una estrategia para bajar los niveles.

En el Hospital Santa Barbará de la ciudad de Sucre, se evidencia una elevada incidencia de cirugías de colostomía que se practican como solución a las enfermedades digestivo – oncológicas que presentan los pacientes, por tanto, es necesario que el personal de enfermería adquiera los conocimientos apropiados y realice los cuidados de forma correcta para evitar complicaciones en los pacientes colostomizados. En ese sentido el objetivo del presente estudio fue identificar la aplicación de conocimientos y prácticas sobre los cuidados que brinda el personal de enfermería a los pacientes colostomizados en el servicio de Cirugía

del Hospital Santa Bárbara de la ciudad de Sucre, enero - julio 2016;

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Investigación

El tipo de investigación del presente estudio fue, descriptiva, exploratoria. Descriptiva, porque se describió la situación actual sobre los conocimientos y prácticas del personal de enfermería sobre los cuidados a pacientes colostomizados. Exploratoria, porque se investigó y describió un campo de la medicina complicada desde el punto de vista de los cuidados en heridas comprometidas con los intestinos cuyos campos de tratamiento profiláctico constituyen focos de mucha contaminación al realizar la colocación de colectores de heces fecales.

Población

La población constituye 12 enfermeras que trabajan en el área de cirugía en el Hospital Santa Bárbara. Debido al tamaño de la población, no se realizará ningún tipo de muestreo tomando en cuenta a la totalidad de enfermeras del servicio, siendo esta una muestra de conveniencia. El criterio de inclusión fue enfermera que brinde cuidado a paciente con colostomía.

Métodos y técnicas

La observación como método, pudo utilizarse en distintos momentos de la investigación desde la etapa inicial para el diagnóstico del problema de investigación de gran utilidad en el diseño de la investigación. El tipo de observación para la presente investigación fue directo porque los sujetos a ser entrevistados

conocen que van a ser observados según el propósito del problema.

La técnica de recopilación de información mediante una encuesta, con aplicación de un instrumento elaborado con preguntas cerradas y validadas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Entre los resultados obtenidos en la tabla 1 se evidencian que 75% del personal de enfermería tienen estudios de licenciatura, el 17% tienen especialidad y el 8% maestría. La mayoría del personal de enfermería cuenta con estudios a nivel de licenciatura lo que muestra que no cuentan con cursos de especialización que podría estar influyendo en el desarrollo de su trabajo.

En cuanto al conocimiento, los resultados obtenidos evidencian que el 58% de las enfermeras tienen conocimiento y destrezas de que se debe tomar en cuenta durante la preparación quirúrgica, el 33% de las enfermeras cuando se les observa lo realizan correctamente, en cambio el 8% realizaba a veces el seguimiento de manera correcta pero el 58% no realizan la preparación quirúrgica de pacientes que serán sometidos a una colostomía. Es importante que las enfermeras preparen a los pacientes que ingresan a una cirugía para que estén orientados ya psicológicamente. Por tan solo la experiencia y permanencia de muchos años dentro del Hospital Santa Bárbara hace que cumplan correctamente los cuidados a los pacientes.

El 75% de las enfermeras conocen como deben realizar la enseñanza pre quirúrgica, el 50% de las enfermeras

aplican como deben realizar una enseñanza pre quirúrgica, el 17% aplica a veces, el 33% de las enfermeras se olvidan la enseñanza que les deben brindar a los pacientes que serán sometidos a una colostomía. Es importante que la enfermera realice la enseñanza pre quirúrgica para que el paciente sienta miedo, susto es decir deber estar preparado psicológicamente para su intervención quirúrgica. 42% de las enfermeras tienen conocimiento como brindar seguridad pre quirúrgica. En relación a la aplicación de la práctica el 50% de las enfermeras brinda seguridad pre quirúrgica correctamente, el 33% de las enfermeras se olvidan de la misma. Es importante considerar el tipo de seguridad para evitar el movimiento del paciente durante y después de la operación, las extremidades inferiores y superiores, la disposición de la cabeza, cuello deben estar inmovilizadas.

El 58% de las enfermeras tienen conocimiento de cómo evitar complicaciones tempranas de pacientes colostomizados, en cambio el 42% de las enfermeras aplica los cuidados para evitar complicaciones tempranas y el 25% a veces aplica, el 42% de las enfermeras no evitan de manera adecuada de cómo prevenir complicaciones tempranas. El 75% de las enfermeras tienen conocimiento del manejo del dolor, sin embargo, sólo el 58% de las enfermeras aplican siempre el manejo del dolor y el 25% a veces aplica, el 42% no aplican el manejo de dolor de forma adecuada.

El 83% de las enfermeras tienen conocimiento de cómo evitar infecciones,

pero en sólo el 50% se pudo evidenciar que aplican las formas para evitar infecciones, el 25% a veces aplica y el 25% se olvida de cómo evitar infecciones. En relación a los pasos correctos en la administración de los medicamentos, el 100% de las enfermeras señala conocerlo, sin embargo, sólo en el 75% de ellas se pudo evidenciar que la aplican, el 8% a veces aplica y el 17% no aplica las formas correctas no lo aplican por falta de tiempo y falta de recursos, hecho que puede llevar al paciente a consecuencias muy graves. En relación al autocuidado, 75% de las enfermeras conoce como realizar el auto cuidado y sólo el 42% de las enfermeras aplica correctamente la enseñanza del auto cuidado, este factor de no enseñanza del auto cuidado puede llevar al paciente retornar después de su alta por falta de enseñanza y las malas prácticas de cuidado en su hogar.

CONCLUSIONES

A la conclusión del presente estudio se tiene:

Conforme a la comparación de los conocimientos y la aplicación en la práctica sobre cuidados en pacientes colostomizados; El 58 % de las enfermeras no siguen un procedimiento igual en lo referente a la preparación de pacientes para cirugía, trabajan de acuerdo a criterio y experiencia propia, 50 % de las mismas eluden los cuidados sobre la seguridad de los pacientes, de la misma manera, no prevén las posibles complicaciones post operatorio, por otra parte el 50 % de las enfermeras no aplican prácticas de cómo evitar las infecciones y

aplacar el dolor de los pacientes colostomizados.

Debido a la inexistencia de un plan estandarizado o guías de seguimiento de cuidados de pacientes colostomizados, se

requiere implementar en la unidad de cirugía una herramienta para cumplir con todos los pasos y dar mejor servicio a los pacientes; como resultados del diagnóstico y verificación de las actividades de las enfermeras.

TABLA 1. Conocimiento y aplicación del personal de enfermería de los cuidados a pacientes que serán sometidos a una colostomía en el servicio de cirugía en el Hospital Santa Bárbara. Sucre, 2016.

	CONOCIMIENTO			PRÁCTICA	
	n	%		n	%
Cuidados durante la preparación pre quirúrgica					
Poco	7	58%	Cumple	4	33%
Medio	2	17%	a veces	1	8%
Mucho	3	25%	Nunca	7	58%
Realización de la enseñanza pre quirúrgica					
Poco	9	75%	Cumple	6	50%
Medio	3	25%	a veces	2	17%
Mucho	0	0%	Nunca	4	33%
Brindar seguridad pre quirúrgica					
Poco	3	25%	Siempre	6	50%
Medio	4	33%	a veces	2	17%
Mucho	5	42%	Nunca	4	33%
Cuidados para evitar las complicaciones tempranas					
Poco	2	17%	Siempre	5	42%
Medio	3	25%	a veces	3	25%
Mucho	7	58%	Nunca	5	42%
Manejo del dolor					
Poco	1	8%	Siempre	7	58%
Medio	2	17%	a veces	1	8%
Mucho	9	75%	Nunca	4	33%
Cuidados para evitar infecciones					
Poco	1	8%	Siempre	6	50%
Medio	1	8%	a veces	3	25%
Mucho	10	83%	Nunca	3	25%
Pasos de la administración de medicamentos					
Poco	0	0%	Siempre	9	75%
Medio	0	0%	a veces	1	8%
Mucho	12	100%	Nunca	2	17%
Realización del autocuidado del paciente					
Poco	0	0%	Siempre	5	42%
Medio	2	17%	a veces	3	25%
Mucho	9	75%	Nunca	5	42%
Total	11	92%	Total	13	108%

Fuente: Elaboración propia

BIBLIOGRAFÍA

1. Gelabert L., López M. Tipus de dispositius. En: Cursd'atenció integral al pacientostomitzat. CorporacióParcTaulí. Maig 2004
2. Luelmo J. Complicaciones dermatológicas de las ostomías. En: Cursd'atenció integral al pacientostomitzat. CorporacióParcTaulí. Maig 2004
3. Pino C., Bombardó J. Complicaciones de las ostomías. En: Cursd'atenció integral al pacientostomitzat. CorporacióParcTaulí. Maig 2004
4. González E., Titos M., Medel M. Protocols i marcatge de les ostomies. En: Cursd'atenció integral al pacientostomitzat. CorporacióParcTaulí. Maig 2004
5. Taller sobre los cuidados de enfermería al paciente ostomizado. CorporacióParcTaulí. Juny 2000.
6. Lara LuqueR., Ramajo Pérez B., BezunarteaUllod T., Aguilera Velasco E. Atención de enfermería en recién nacidos ostomizados. HGU "Gregorio Marañón". Madrid.
7. Liliana Alejandra Calvijon, Metodología de la investigación (2005)
8. Parry A. Stoma Care in neonates. Journal of Neonatal Nursing. January 1998. 8-11.
9. MinkesRK., McLean SE., Mazziotti MV., Langer JC. Stomas of the small and large intestine. April 2004. <http://www.emedicine.com/ped/topic2994.htm>
10. Guia de cuidados de enfermeria en pacientes ostomizados. Grupo C.I.D.O. 1997. <http://www.coloplast.es> <http://www.estomaterapia.com>
11. Solé Ripio P., TegidoValentí M., Ruiz Fernández D., Casanova Millán B., Fuertes Ran C., Juan Ballina C., VazquezQuiñoy C. Ostomías de alimentación. La Sonda Peg (Gastrostomía Endoscópica Percutánea). En: Revista ROL. Volumen 27 nº6 Junio 2004. Pág. 33-36
12. McConell EA. Administración de medicación a través de una sonda de gastrostomía. Nursing 2003; 21(6):45
13. Pedrón Giner C., Martínez Costa C. Indicaciones y técnicas de soporte nutricional. AnEspPediater 2001; 55(3):260-266
14. SeguelRamírezF., Ollero Fresno JC., Morató Robert P., RollánVillamarín V., AlvarezBernaldo de Quirós, M. Experiencia en la colocación de la gastrostomía endoscópica percutánea en 60 niños. Cir Podiatric 2003; 16: 125-127
15. Duszak, Jr. R., Hodge JC., Coombs BD., Coldwell DM., Krasn y RM., Haskal ZJ. Percutaneous Gastrostomy and Jejunostomy. March 2003 <http://www.emedicine.com/radio/topic798.htm>

CUIDADOS EMOCIONALES QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA A PACIENTES QUIRÚRGICOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL MARCOS C. ROJAS ZURITA, MUNICIPIO PADILLA

FALÓN Padilla Dilma¹

Recibido en 03/2018
Aceptado en 05/2018

RESUMEN

La presente investigación toma como eje los cuidados emocionales que debe brindar el personal de enfermería a pacientes quirúrgicos, la mayoría de los pacientes siente temor, ansiedad, preocupación, estrés al enfrentarse a intervenciones quirúrgicas u otros procedimientos, en ese sentido es importante que el personal de enfermería asuma un rol humanista al crear espacios donde los pacientes se sienta seguros de la atención que reciben. Esta investigación se basa en el modelo de Marie Françoise Colliere, porque su teoría se fundamenta en los cuidados, quien sostiene que todos los seres humanos tenemos capacidades que nos permiten influir en los demás, para recabar la información, se aplicó la encuesta, guías de observación que permitió interpretar datos, los mismos que se presentan a través de tablas y gráficos con la finalidad de conocer sobre los cuidados emocionales que brindan el personal de enfermería, durante los procesos pre y postquirúrgicos. El personal de enfermería del hospital distrital de Padilla, no cuenta con un protocolo de atención sobre cuidados emocionales para pacientes quirúrgicos, que permitan guiar, orientar, ejecutar, evaluar los resultados.

PALABRAS CLAVES

Cuidados Emocionales; Protocolo de Cuidados; Pacientes Quirúrgicos, Enfermería.

SUMMARY

The present investigation takes as axis the emotional cares that the nursing personnel must offer to surgical patients, analyzing the contextual reality, anxiety, worry, stress when facing surgical interventions or other procedures, in that sense It is important that the nursing staff assume a humanistic role when creating spaces where patients feel confident in the care they receive. This research is based on the model of Marie Françoise Colliere, because her theory is based on care, who maintains that all human beings have capacities that allow us to influence others, to gather information, the survey was applied, observation that allowed to interpret data, the same ones that are presented through tables and graphs in order to know about the emotional care provided by the nursing staff, during the pre and postsurgical processes. The nursing staff of the district hospital of Padilla, does not have a protocol of attention on emotional care for surgical patients, which allow to guide, guide, execute, evaluate the results.

KEYWORDS

Emotional Care; Care Protocol; Surgical Patients, Nursing.

¹ Licenciada em Enfermería; Hospital Marco Rojas C. Zurita – Padilla; dilmafalonpadilla@gmail.com

INTRODUCCION

A través de la revisión de la literatura, la observación, la experiencia de la realidad en el ambiente hospitalario, se puede apreciar que los enfermos quirúrgicos inmediatos y mediatos, se encuentran frecuentemente en situaciones traumáticas, durante el proceso de internación y recuperación, llevándolo a vivenciar ansiedad, miedo y angustia, estrés que son emociones que afectan a las personas de manera negativa en su recuperación, por tanto requiere del apoyo del profesional de enfermería, quien brinda un conjunto de cuidados basado en sus necesidades fisiológicas, de seguridad y protección; de amor y pertenencia considerando sus expectativas y percepciones fortaleciendo las emociones positivas para la salud como alegría, buen humor, optimismo, esperanza que repercuten en mejorar la salud. De este modo los cuidados emocionales bio psico-sociales afectivas favorecen su recuperación y disminuyen el tiempo de permanencia hospitalaria, superando las expectativas que espera el paciente, a través de una atención apropiada y oportuna. Considerándose que los cuidados emocionales de los pacientes son esenciales para la recuperación y reinserción a la vida social.

Según la investigación titulada Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza, se llegaron a las siguientes conclusiones, se debe evaluar la calidad de los cuidados de enfermería y la satisfacción de los pacientes, para la reorganización de las actividades

asistenciales, gerenciales y de enseñanza, respecto a la calidad del cuidado prestado por el equipo de enfermería según la perspectiva del paciente, se pudo concluir que hay un déficit de la calidad de los cuidados de enfermería prestados en la institución. Entre las limitaciones del estudio está la utilización de un instrumento elaborado en contextos de sistema de salud y clientela diferentes, que puede haber influido en los resultados encontrados, el estudio indicó que, para la prestación de servicios de enfermería de calidad son necesarias intervenciones, basadas en investigaciones científicas, dirigidas a la realización de gestión del cuidado, utilizando para ese fin: el establecimiento de indicadores que permitan la evaluación de resultados; el comprometimiento y el involucramiento de todos en el proceso de mejora continua⁽¹⁾.

La investigación que titula atención al paciente quirúrgico llega a las siguientes conclusiones; Es muy importante, conocer los distintos roles a ser cumplidos alrededor del paciente en la cirugía. Tanto los profesionales de la salud, como familiares tienden a tener distintas reacciones frente a los mecanismos de defensa naturales del paciente en cuestión. Los niveles de progreso tanto en la adaptación preoperatoria como en la recuperación postoperatoria, dependen mucho del rol del médico, el grupo de enfermería. No hay que dejar de destacar el ámbito familiar el cual varía mucho de acuerdo al estado de ánimo del paciente, pero estos también influyen sobre este

con sus características y roles sociales predeterminados⁽²⁾.

La investigación sobre cuidados emocionales que brindan los enfermeros a pacientes quirúrgicos llevo a las siguientes conclusiones: De las variables estudiadas, el 66,66% de la población, percibe la necesidad de cuidado emocional en el paciente quirúrgico, el 54,16% si logra planificar cuidados emocionales individualizados, el 37,5% brinda cuidados emocionales a los pacientes quirúrgicos⁽³⁾.

Según el trabajo titulado cuidar al otro se llega a la siguiente síntesis el conocimiento y la comprensión de la circunstancia del sujeto cuidado, el análisis de sus necesidades, la capacidad de anticipación, el respeto y promoción de la identidad del sujeto cuidado, el autocuidado como garantía de un cuidado correcto, la vinculación empática con la vulnerabilidad del otro es importantes para la subsistencia humana⁽⁴⁾.

En la actualidad gran parte del personal de enfermería se enfoca a cuidados físicos, sin considerar los cuidados emocionales que se debe brindar, siendo los mismos de gran importancia para la etapa pre y post operatoria del paciente quirúrgico, en la comunidad científica ya se acepta que las emociones tienen cierta influencia en la salud: se reconoce un vínculo físico entre el sistema nervioso y el inmunológico, así, las emociones negativas y el estrés afectan al sistema inmunológico, haciéndolo más vulnerable; y las emociones positivas, el buen humor, el optimismo y la esperanza, junto al

apoyo de otros, ayudan a soportar una enfermedad y facilitar su recuperación⁽⁵⁾.

Analizando las conclusiones que aportan investigaciones relacionadas a los cuidados emocionales, que debe brindar el personal de enfermería a pacientes quirúrgicos, es importante considerar al paciente como ser holístico, no así como una máquina que solo requiere de repuestos, sino como ese ser que piensa, siente y es parte de un medio social, que necesita recibir cuidados físicos y emocionales en los procesos quirúrgicos, para lograr ese cometido es necesario que el personal que brinda los servicios de enfermería trabaje con protocolos sobre los cuidados emocionales, que brinde guías, orientaciones, capacitación, para ejecutar el desempeño laboral, evaluando los resultados y las acciones que se brindan a los pacientes.

Los cuidados a pacientes quirúrgicos se abordan desde una práctica que descuida el aspecto emocional, olvidando que estas situaciones provocan mayor vulnerabilidad al ser humano cuando es sometido a procedimientos quirúrgicos programados y de urgencia⁽⁶⁾.

El personal de enfermería es asistencialistas, educadora, investigadora, administradora, pero en la actualidad la práctica profesional se enfoca a brindar cuidados asistenciales sin tomar en cuenta la parte emocional, que es fundamental para que el paciente pueda recuperar el estado de salud, donde se sienta en confianza, seguro, de los procedimientos que se realizara, lamentablemente al no contar con el

personal suficiente en los nosocomios, se obvian los cuidados emocionales que deben consistir en reducir las emociones negativas por las que atraviesa, fortaleciendo las emociones positivas como la alegría, buen humor, seguridad, confianza, esperanza, optimismos que repercuten en la etapa preoperatoria y post operatoria.

Para una mejor interpretación se realiza un análisis situacional sobre los aspectos que posiblemente influyen en los cuidados emocionales que brindan los enfermeros a los pacientes quirúrgicos, estos aspectos están relacionados con la cantidad de camas disponibles, la distribución de las mismas, el RR. HH de enfermería no se dedica específicamente a un servicio, siendo responsable de todo el área de internación, servicio en el área comunitaria, la institución al ser un nosocomio de segundo nivel, tiene gran afluencia de pacientes, donde las enfermeras al no contar con un protocolo sobre cuidados emocionales a pacientes quirúrgicos que permita guiar, orientar, capacitar, para responder a las necesidades por las que atraviesa el paciente, evaluar el desempeño profesional.

El profesional de enfermería no solo debe asistir las necesidades fisiológicas alteradas, sino también a cada situación social y emocional que se presenta en cada individuo, familia, en general no se sale del círculo determinado por las políticas sanitarias establecidas que ven al "ser humano" con una mirada totalmente biológica y que es dominada ampliamente, incluyendo a la disciplina de

enfermería. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue identificar si el personal de enfermería brinda cuidados emocionales a los pacientes quirúrgicos durante el período de internación en el servicio de cirugía del Hospital Distrital Padilla Marcos C. Rojas Zurita

DISEÑO METODOLÓGICO

El tipo de investigación es descriptivo, transversal porque se registró la información e interpretó, de acuerdo al período y secuencia de los hechos.

Universo y Muestra

El universo fue constituido por 8 enfermeras del Hospital Distrital de Padilla "Marcos C. Rojas Zurita", específicamente al personal que trabaja en área de internación, quienes están en contacto directo con el paciente. Como muestra se trabajó con el total del universo en vista que es reducida.

Métodos y Técnicas

Como técnicas se utilizó la encuesta a través de cuestionarios donde los encuestados se sintieron en confianza, las preguntas fueron diseñadas para que todos las interpreten de igual manera, también se aplicó la observación a través de la guía de observación que ayudo al investigador obtener datos de manera directa, las técnicas utilizadas permitieron brindar conclusiones, recomendaciones y propuesta de trabajo destinadas a mejorar la situación Problemática.

RESULTADOS Y DISCUSION

En la tabla 1, se puede observar que el 50% cuenta con una antigüedad laboral de 18 a 26 años, con una antigüedad de 1

a 8 años 37%, de 9 a 17 años de antigüedad laboral representa el 13%.

En la tabla 1 se observa que el 67% de las enfermeras entrevistadas dice si escucha al paciente, 22% no lo hace, el 11% a veces, sin embargo mediante la observación se pudo evidenciar que apenas el 50% de ellas asume actitud de escucha activa, el resto no lo hace, esto significa que el personal de enfermería en gran porcentaje dice escuchar, pero no todos asumen dicha actitud debido al factor tiempo y gran afluencia de pacientes, que puede repercutir en situaciones donde algunos pacientes se sienten inseguros, con temores y otras emociones negativas y por ende en su salud. Sobre la educación, orientación, el 62% del personal de enfermería dice que, si lo realiza, 25 % no y 13% a veces, algo incongruente con la observación realizada donde se verifica que 75% de las enfermeras no educa/orienta por factor tiempo y gran afluencia de pacientes, solamente el 25% si educa y orienta a pacientes permitiéndoles conocer sobre su situación de salud y procedimientos que se les realizara, ya sean procedimientos quirúrgicos, de tratamiento y/o rehabilitación.

Sobre la observación permanente, el 62% dice realizarlo, 25%no lo realiza y 13% a veces, lo cual es preocupante porque con la guía de observación solo se pudo evidenciar que 37% de las enfermeras realiza la observación permanente de los pacientes, lo cual significa que la mayoría del personal de enfermería no realiza la observación del físico emocional del paciente, para intervenir de manera

inmediata brindando cuidados, ya que es un aspecto fundamental para intervenir de manera oportuna. Así como el 75% del personal de Enfermería dice que siempre demuestra actitud empática a los pacientes quirúrgicos, sin embargo, el 75% de las enfermeras no asume actitudes empáticas según la observación que se les realizó y solamente el 25% asume actitud empática ayudando en la recuperación de los pacientes.

En cuanto al acompañamiento del paciente, 62% del personal de enfermería dice brindarlo 25% no y 13% a veces, sin embargo, es contradictorio con la observación realizadas donde solo 25% acompaña a los pacientes en momentos de tensión, miedo, depresión y el restante no lo realiza principalmente por la gran afluencia de paciente y personal reducido. El acompañamiento facilita brindar atención oportuna con calidad y calidez, satisfaciendo necesidades, por ejemplo, temores, ansiedad, momentos de tensión, estado emocional, donde la interacción enfermera paciente coadyuva en el tratamiento y rehabilitación.

En cuanto a la prestación de cuidados emocionales, el 50% del personal de enfermería dice afirmativamente brindar cuidados emocionales, contradictorio a la observación donde solo el 25% si brindan cuidados emocionales a los pacientes quirúrgicos, lo que significa que no todos realizan la reducción de emociones negativas por las que atraviesa un paciente quirúrgico, olvidando que el paciente es un ser holístico con necesidades biopsicosociales, esto repercutiendo en la satisfacción del

paciente. Esta falta de cuidados emocionales en este tipo de pacientes puede deberse a la falta de protocolo de cuidados emocionales, ya que no se cuenta con ninguna guía que oriente y permita satisfacer las necesidades emocionales del paciente, evaluando el desempeño y promoviendo una visión holística de cuidado en el servicio de cirugía, pero mismo no habiendo este documento un mínimo porcentaje presta este tipo de cuidados de forma empírica, de acuerdo a sus posibilidades y conocimientos, sin planificarlos.

Analizando los datos obtenidos a través de la encuesta y la observación se puede evidenciar que no todo el personal asume compromiso en considerar al paciente como un ser holístico que necesita la atención para reducir emociones negativas como ser el temor, ansiedad, estrés, tristeza y otros. El tiempo y la gran afluencia de pacientes influye en el hecho de no prestar cuidados emocionales a los pacientes quirúrgicos, por esta razón estos resultados orientan a implementación de un protocolo de atención sobre cuidados emocionales para pacientes quirúrgicos en el servicio de cirugía, esto permitirá organizar, guiar, orientar, ejecutar, evaluar las acciones que se realiza con los pacientes que necesitan cuidados, preparándolos holísticamente, donde los mismo puedan disminuir el estado de estrés, ansiedad, temor, así mejorando la atención, promoviendo una salud de calidad y calidez para el vivir bien.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos identifican que el 62,5 % del personal de enfermería no brinda los cuidados emocionales a pacientes quirúrgicos durante el período de internación, repercutiendo en la salud, el 37,5% brinda cuidados de manera empírica.

El factor tiempo, reducido personal de enfermería y la gran afluencia de pacientes influye en los cuidados que se debe brindar a pacientes quirúrgicos, se prioriza la parte asistencial, dejando de lado las emociones.

Se verifico que en el servicio de cirugía del hospital distrital Padilla no cuentan con un protocolo que permita al personal de enfermería organizar, planificar, guiar orientar, ejecutar, evaluar los cuidados emocionales que se debería brindar a pacientes quirúrgicos.

El reducido número de recursos humanos, factor tiempo y gran afluencia de pacientes influye en el personal de enfermería, donde un porcentaje considerable no brinda educación, orientación, actitud de empatía, escucha y observación al brindar cuidados emocionales a pacientes quirúrgicos. Las investigaciones y las teorías relacionadas concuerdan sobre la importancia de brindar cuidados emocionales a pacientes quirúrgicos posibilitando la recuperación y reinserción de la sociedad.

TABLA 1. Cuidados emocionales del personal de Enfermería, Hospital Marcos C. Rojas Zurita. Padilla, 2016

VARIABLES	DICE REALIZAR		REALIZA	
	n	%	n	%
Actitud de escucha al paciente				
Si	5	67	4	50
No	2	22	4	50
A veces	1	11	0	0
Orienta/educa al paciente				
Si	5	62	2	25
No	2	25	6	75
A veces	1	13	0	0
Observación permanente				
Si	5	62	3	37
No	2	25	5	63
A veces	1	13	0	0
Acompañamiento al paciente				
Si	5	62	2	25
No	2	25	6	75
A veces	1	13	0	0
Empatía con el paciente				
Si	6	75	2	25
No	2	25	6	75
A veces	0	0	0	0
Cuidados emocionales				
Si	4	50	2	25
No	4	50	6	75
A veces	0	0	0	0
Plan de cuidados emocionales				
Si	0	0	0	0
No	8	100	8	100
Total	8	100	8	100

Fuente: Elaboración propia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rev. Latino-Am. Enfermagem mayo-jun. 2014;22(3):454-60 DOI: 10.1590/0104-1169.3241.2437 www.eerp.usp.br/rlae
2. [Http://rinconenfermeria.blogspot.com/2008/02/paciente-quirurgico.html](http://rinconenfermeria.blogspot.com/2008/02/paciente-quirurgico.html)
3. Bustamante, Carlos, Ferreyra, Nadia, Cuidados Emocionales que Brindan los Enfermeros a Pacientes Quirúrgicos
4. María Amparo Benavent Garcés. Esperanza Ferrer Ferrandiz y Cristina Francisco del Rey Fundamentos de enfermería, 2012
5. Cuidados postoperatorios en la unidad de hospitalización código: pt-gen-111 Versión: 2 Entrada en vigor:21/12/2012 Página 5 de 7
6. Ana Marriner Tomey. Martha Raile Alligod. Modelos y Teorías en Enfermería, España Barcelona, 2002.

FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA EN JÓVENES DE 15 A 28 AÑOS. SOPACHUY, 2016

MAMANI Astoraique Leonilda¹

Recibido en 04/2018
Aceptado en 06/2018

RESUMEN

La investigación se desarrolló como una necesidad de la sociedad y del personal de salud de conocer los factores de riesgo que influyen en la transmisión del VIH/SIDA. El objetivo fue identificar los factores de riesgo que influyen en la transmisión del VIH/SIDA en jóvenes de 15 a 28 años que viven en la comunidad de Amancaya del Municipio de Sopachuy del Departamento de Chuquisaca a junio del 2016. Estudio de tipo observacional, descriptiva, analítica, y trasversal con un enfoque cuantitativo realizado con 227 adolescentes y jóvenes comprendidos en la edad de 15 a 28 años que se encuentran en la comunidad de amancaya, para la recolección de la información se aplicó una encuesta mediante un cuestionario estructurado. Entre los resultados se pudo identificar como factores de riesgo, la edad, lugar de radicatoria, la estructura familiar, el nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA, las actitudes ante la trasmisión del VIH/SIDA, el inicio temprano de relaciones, no uso de preservativo en las relaciones sexuales.

PALABRAS CLAVE

Factores de Riesgo; Transmisión del VIH; Adolescentes y Jóvenes; VIH/SIDA.

SUMMARY

The research was developed as a need of society and health personnel to know the risk factors that influence the transmission of HIV / AIDS. The objective was to identify the risk factors that influence the transmission of HIV / AIDS in young people aged 15 to 28 who live in the community of Amancaya in the Municipality of Sopachuy, Department of Chuquisaca, in June 2016. An observational, descriptive study, analytical, and cross-sectional with a quantitative approach carried out with 227 adolescents and young people between the ages of 15 and 28 who are in the community of Amancaya, for the collection of information a survey was applied through a structured questionnaire. Among the results it was possible to identify as risk factors, age, place of residence, family structure, level of knowledge about HIV / AIDS, attitudes towards the transmission of HIV / AIDS, early start of relationships, non-use of condom in sexual relations.

KEYWORDS

Risk factor's; HIV transmission; Adolescents and Youth; HIV AIDS.

¹ Licenciada en Enfermería; Hospital Virgen de Remedios – Sopachuy; leonildamamani@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La epidemia del VIH/sida es desde su inicio en los años ochenta una de las mayores problemáticas vividas a nivel mundial de los siglos XX y XXI, durante las últimas décadas el VIH/sida ha ido propagándose a lo largo de los cinco continentes, afectando en mayor o menor medida a todos los estratos sociales y culturales de países desarrollados y especialmente de países en vías de desarrollo¹.

Los informes anuales sobre la epidemia del VIH/sida en el mundo dejan entrever estas diferencias mencionadas, ya que se observa cómo los datos epidemiológicos de mayor calidad y representatividad son aquellos que proceden de países desarrollados, mientras que la implantación y desarrollo adecuado de los sistemas de vigilancia epidemiológica del VIH/sida en los países en vías de desarrollo es todavía un objetivo primordial a mejorar.

En nuestro país el registro de casos de VIH muestra un aumento paulatino en el número de notificaciones sobre todo en los últimos años lo que a priori podría indicar un crecimiento de la epidemia, aunque no existen estudios de incidencia como tal, dicho aumento también refleja una mejora notable en el sistema de notificación e implementación de la prueba rápida. Los datos de notificación de casos revelan que proporcionalmente existe mayor proporción de hombres con VIH y una concentración en el grupo de edad de 25 – 34 años².

Por otra parte, es importante destacar que, tras la aparición del tratamiento antirretroviral a partir de 1996, el sida se

ha convertido en una enfermedad crónica para todos aquellos que tienen acceso a dicho tratamiento. La epidemia del VIH/SIDA tiene diferente curso y consecuencias en cada grupo poblacional, como es el caso de las mujeres, los adolescentes y niños y en cada región como ser los municipios rurales de nuestro país donde se encuentran casos de VIH. Dentro del campo de la epidemiología y prevención del VIH, es importante tener en cuenta los diferentes sectores poblacionales vulnerables al VIH y/o afectados de cara a la adecuada comprensión de la evolución de la epidemia a través de los datos epidemiológicos y el diseño e implantación de estrategias preventivas del VIH¹.

Por su parte, la adolescencia y la juventud es el período en el que se inicia generalmente la actividad sexual, es una etapa en la que el comportamiento sexual se ve sujeto a infinidad de condicionantes procedentes del entorno del adolescente, circunstancia que puede favorecer una disminución del control de la situación y una mayor desprotección frente al VIH, otras infecciones de transmisión sexual y a los embarazos no deseados.

Se trata de condicionantes o influencias como el consumo de drogas, la falta de planificación de las relaciones sexuales, la novedad de las parejas, la baja disponibilidad de preservativos, etc. Todos estos factores constituyen un riesgo añadido a la propia actividad sexual de los jóvenes, colocándoles en una posición de mayor vulnerabilidad ante la infección por VIH. La relación determinante que existe entre epidemia

y la sexualidad humana, logra que todos coincidan con la necesidad de promover programas y proyectos de educación sexual que posibiliten detener las tasas de la epidemia y la complejidad de elementos que influyen en ella, ponen al descubierto la realidad de las sociedades latinoamericanas en muchos aspectos, no solo el desconocimiento, los mitos y tabúes existentes sobre sexualidad, sino que muestran las deficiencias de los sistemas de recolección de datos, las limitaciones de los servicios de salud y educación, la fragilidad de la relación del estado con las organizaciones de la sociedad civil, la marginación de grupos humanos, las inequidades de Género, la incomprensión de la relación entre la organización social, económica y cultural y sus expresiones en lo cotidiano de las personas, la multicausalidad de la pobreza, etc.

El primer caso reportado de VIH en Bolivia data de 1984, desde entonces hasta la gestión del 2015 se ha notificado 6.472 casos. La epidemia del VIH en Bolivia es considerada de tipo concentrada y de bajo nivel con una prevalencia de 0,05% en la población general y superior al 5% en poblaciones vulnerables, principalmente el grupo de hombres Gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans¹. En los últimos años la implementación de la prueba rápida ha permitido incrementar la cobertura de notificación de casos de forma más oportuna, la tendencia de la proporción de casos notificados de VIH y sida, observándose un crecimiento de casos notificados en etapa VIH y una reducción

de casos notificados con la etapa avanzada de la infección por VIH, Sida.

Esta tendencia demuestra que existe más acceso al diagnóstico, sobre todo explicado por la prueba rápida, las personas se realizan la prueba de diagnóstico del VIH de manera más oportuna y existe más conciencia acerca del VIH en el personal de salud. Además, existe una concentración en los grupos de edad que representan a adolescentes y adultos jóvenes: seis de cada 10 personas con VIH tienen entre 15 y 34 años.

Varios estudios han colaborado que la epidemia del VIH en Bolivia es concentrada, es decir que supere el 5% en algunos grupos vulnerables y que es menor al 1% en mujeres embarazadas como representantes de la población en general. En un estudio reciente se detectó prevalencias de VIH en hombres que tienen sexo con hombres de 12,7% (Santa Cruz: 15,0%, Cochabamba: 10,2, La Paz y El Alto: 9,6% En cuanto a la población general, se estima que la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas es 0,16% y 0,02% en jóvenes de 20 a 24 años de edad⁴.

El 100% de VIH positivos reportados en Bolivia proceden del área urbana, con un 89.6% ubicados en Santa Cruz, Cochabamba y La Paz, departamentos del corredor central del país, con mayor movimiento económico, y que reciben el mayor flujo migratorio interno. Desde el inicio de la epidemia, estos tres departamentos han reportado todos los años diagnósticos seropositivos, mientras que en el resto del país la notificación ha sido más bien esporádica.

Este hecho ha contribuido a la incompreensión de la importancia de la epidemia en los distintos departamentos del país. Como se mencionó anteriormente, los datos contribuyen a la conformación de erróneas percepciones que inciden en la desprotección de la población frente al aumento del VIH / SIDA en el país.

Un estudio situacional sobre educación para la sexualidad en la ciudad de Sucre, en 47 establecimientos escolares y 26 servicios de salud, señalan que la mayor dificultad de los/las adolescentes para hablar de sexualidad con sus profesores es el temor y/o vergüenza, dado que en el colegio no le dan importancia a la temática; el 70% de los adolescentes encuestados no tiene conocimiento adecuado sobre fisiología sexual; y la gran mayoría no diferencia sexualidad de sexo. El 50.7 % de padres y madres de adolescentes no conversa con sus hijos sobre aspectos relacionados a la sexualidad.

Los mitos sobre sexualidad especialmente en el área rural de nuestro país, refuerzan los prejuicios que se han generado en torno a la epidemia, en Bolivia a pesar del enorme incremento de la transmisión del VIH en relaciones heterosexuales, aún se relaciona la infección con las prácticas sexuales homosexuales y con las trabajadoras del sexo, estigmatizando a estas poblaciones y soslayando la posibilidad, cada vez más generalizada, de adquirir el virus. Pero la problemática no está solo en las grandes ciudades de nuestro país, hoy en día se puede ver que los casos reportados de VIH/SIDA que se presenta también en los Municipio del área rural como ser en el

Municipio de Sopachuy del Departamento de Chuquisaca donde hasta la fecha se presentaron veinte ocho casos desde la gestión 2010 hasta el mes de agosto gestión 2016, de los cuales catorce son reportados de la Comunidad de Amancaya nueve masculinos, cinco femeninos y los otros casos son reportados de las diferentes comunidades como ser: Horcas, Paslapaya, Sipicani, Mamahuasi, Milanés, Matelilla, Cuevas y Sopachuy.

La problemática de transmisión que va de forma creciente en los indicadores de esta región nos llama a la atención ya que existe un gran número de pobladores que se encuentran en riesgo de contagiarse esta enfermedad, no se cuenta con medidas de prevención que ayuden a evitar esta enfermedad por lo que se convierte en un problema para el personal de salud que trabaja en esta región, por lo que el objetivo de este estudio fue identificar los factores de riesgo que influyen en la transmisión del VIH/SIDA en jóvenes de 15 a 28 años que viven en la comunidad de Amancaya del Municipio de Sopachuy del Departamento de Chuquisaca a junio del 2016.

DISEÑO METODOLÓGICO.

Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo, observacional, descriptiva, analítica, y transversal con un enfoque cuantitativo y fundamentada en un paradigma positivista.

Población y muestra

La población de estudio estuvo determinada por todas las personas de la comunidad de Amancaya del

Municipio de Sopachuy comprendidas en la edad de 15 a 28 años registradas en un censo de población que se desarrolló el año 2015 por el personal de salud llegando a ser 558. El tamaño de la muestra se determinó mediante una fórmula estadística para población finita, con margen de error del 5%, siendo así el tamaño de la muestra de 227 personas.

Para la selección de los sujetos se utilizó la técnica de muestreo probabilística aleatoria sistemática en base a las carpetas familiares escogiendo 1 persona comprendida en la edad de 15 a 28 años cada 3 carpetas hasta completar el tamaño de la muestra que es de 227 personas.

Métodos y técnicas

La técnica que se aplicó en la investigación es la encuesta y como instrumento el cuestionario con preguntas cerradas y abiertas las cuales se aplicaron a la población en estudio.

Una vez aplicado el instrumento para la recolección de los datos se procedió a centralizar la información donde se asignó valores para determinar el nivel de conocimiento que tiene 6 ítems y las actitudes que tienen 9 ítems de la siguiente manera:

<u>Conocimientos</u>	<u>Actitudes</u>	<u>Prácticas</u>
Alto: 4-6	Favorables 24 - 45	Adecuadas 3-5
Bajo: 0-3	Desfavorables 0 - 23	Inadecuadas 0-2

Una vez obtenido los puntajes de acuerdo a los valores asignados para cada variable de estudio se clasificó a la población de estudio en población en riesgo y población que no se encuentra en riesgo de transmisión del VIH/SIDA. Se considero población en riesgo

puntuaciones de 28-56 y población que no está en riesgo de 0-27 puntos.

La identificación de factores de riesgo que influyen en la transmisión del VIH/SIDA fue mediante análisis estadístico de Odds. Ratio. Si el OR es mayor a 1, significa que la exposición aumenta el riesgo, por lo que estaríamos frente a un factor de riesgo. Si el OR es igual a 1, significa que el efecto estudiado es nulo, ya que no hay diferencia de riesgo asociado a la exposición, es decir, la exposición no aumenta ni disminuye el riesgo. Finalmente, si el OR es menor que 1, significa que la exposición disminuye el riesgo, por lo que estaríamos frente a un factor de protección.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La edad de la población en estudio, el 70% se encuentran en una edad entre los 15-21 años y el 30% se encuentran en una edad entre los 22-28 años. El 60% es de sexo masculino y 40% de sexo femenino. La mayoría de los participantes de este estudio tienen un grado de instrucción primaria con 64%, seguido de los que cursan o cursaron la secundaria con el 28% seguido de la población que tiene alguna formación o se encuentra en algún proceso de formación superior con el 5% y con un grupo más reducido se encuentran los analfabetos que son el 3%, lo cual muestra que la educación de la población es baja ya que un mínimo porcentaje alcanza educación superior.

En lo que se refiere al lugar de radicación, la mayoría (70%) radica en el interior del país como ser en Sucre, Santa Cruz y Cochabamba que migran por trabajo y mejores condiciones de

vida. Según la estructura familiar de la población en estudio se puede ver que la mayoría tiene padres separados o divorciados siendo el 55% le siguen los que tienen sus padres casados o tienen una relación estable siendo el 30% y el 9% los que tienen su padre o madre soltera (o) es decir que son padres o madres solos (as), este asunto es preocupante ya que puede repercutir en la actitud y comportamiento del adolescente.

En cuanto a los factores cognitivos, el nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA de la población en estudio se evidencia que la mayoría no conocen sobre esta enfermedad siendo el 63% obtuvo un nivel bajo de puntuación y solo el 37% conocen o saben acerca del VIH/SIDA. Sus actitudes son desfavorables en el 57% ya que muchos de ellos no tienen una actitud que ayude a prevenir esta enfermedad o saber más sobre el tema siendo solo el 43% de tiene una actitud favorable ante esta enfermedad. La actitud desfavorable de los adolescentes o jóvenes puede ser debido a la etapa misma por la que están pasando, donde no le dan importancia a asuntos de prevención, su salud y es más diversión e interés por conocer nuevas cosas.

En la autosuficiencia del adolescente se observa la dificultad de acceso al uso del preservativo en la mayoría, solo el 32% tiene una autosuficiencia favorable, quienes tratan de conseguir y utilizar el preservativo antes de una relación sexual. Ser activos sexualmente sin pareja estable expone ante el riesgo de contraer alguna enfermedad sexual transmisible como es el VIH/SIDA. De los participantes del estudio se observa que 81% iniciaron su vida sexual entre

los 15 y 21 años y 19% entre los 22 y 28 años. El 72% no realiza uso del preservativo en sus relaciones sexuales lo cuales es muy alarmante ya que es un medio de protección para prevenir no solamente el VIH/SIDA, así como también embarazos no deseados, denotando que son adolescente y jóvenes donde se podría decir que aún no tienen un soporte económico. En cuanto al número de parejas sexuales se observa que 20 % manifiesta que tiene más de una pareja sexual, factor importante de considerar ya que la promiscuidad es un elemento negativo para la transmisión del VIH/SIDA.

El 87% de los encuestados consume alcohol o algún tipo de droga y solo el 13% manifiesta que no consume, este resultado llama la atención ya que el consumo de alcohol y drogas es otro elemento que se asocia con la práctica irresponsable de relaciones sexuales las cuales las realizan de una manera inconsciente en muchos casos. Al evaluar en riesgo en el que encuentran los adolescentes y jóvenes, se tiene que 57 % de los encuestados se encuentra en riesgo de contraer el VIH/SIDA.

Los factores que influyen en el riesgo de transmisión se describen en la tabla 1, donde la edad es un factor de riesgo ya que aumenta su efecto en 1.1 sobre la transmisión del VIH/SIDA considerando que la mayoría se encuentra en una edad de 15 a 21 años edad comprendida dentro de la adolescencia primaria y parte de la juventud. El sexo es un variable que no aumenta el riesgo de la transmisión ya que el valor del Odds Ratio es menor a uno. El grado de instrucción no adquiere un valor significativo para tornarse como factor

de riesgo, considerando que una mayoría tiene un nivel de instrucción aceptable. El lugar de radicaría se convierte en un factor de riesgo muy alto, aumentando el riesgo en 6.3 veces más por la exposición a este factor. La variable relacionada con la estructura familiar se convierte en un factor de riesgo muy grande ya la probabilidad de riesgo es 4.1 veces más considerando que una mayoría no tiene una estructura familiar adecuada porque tiene padres divorciados o en definitiva no tiene padres que velen por ellos.

El nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA se convierte en un factor de riesgo considerando que aumenta el riesgo a la transmisión del VIH/SIDA en 1.7 más por la exposición a este factor. La variable de actitud ante el VIH/SIDA aumenta el riesgo en 1.7 más por la exposición a este factor. La Autosuficiencia (percepción de dificultad

de acceso al uso del preservativo) en relación al riesgo de la transmisión del VIH/SIDA se convierte en un factor de riesgo con 8.2 veces más por la exposición a este factor.

En cuanto a las variables de práctica, la edad de inicio de las relaciones sexuales es un factor de riesgo considerando que una mayoría comenzó su actividad sexual a temprana edad por lo que se convierte en un factor de riesgo de 1.4 veces más por la exposición a este factor. El uso del preservativo durante la relación sexual de la misma forma es factor de riesgo en 1.3 veces más por la exposición a este factor. El número de parejas sexuales que tienen se convierte en un factor de protección ante la transmisión del VIH/SIDA, el consumo de alcohol, y drogas se convierte en un factor de riesgo en 3.1 veces más por la exposición a este factor.

TABLA 1. Factores que en el riesgo de transmisión del VIH/SIDA. Sopachuy, 2016.

VARIABLES	Población en riesgo	Población que no está en riesgo	Total	Odds Ratio.
Edad				
15 a 21	93	66	159	1.1
22 a 28	38	30	68	
Sexo				
Masculino	71	64	135	0.5
Femenino	60	32	92	
Grado de Instrucción				
Adecuado	98	76	174	0.7
Inadecuado	33	20	53	
Lugar de radicaría				
En el pueblo	52	9	61	6.3
En el interior o exterior del país	79	87	166	
Estructura familiar				
Adecuada	54	14	68	4.1
Inadecuada	77	82	159	
Nivel de conocimiento				
Alto	56	29	85	1.7
Bajo	75	67	142	
Actitud ante el VIH/SIDA				
Favorable	64	34	98	1.7
Desfavorable	67	62	129	

TABLA 1. Factores que en el riesgo de transmisión del VIH/SIDA. Sopachuy, 2016.

VARIABLES	Población en riesgo	Población que no está en riesgo	Total	Odds. Ratio.
percepción de dificultad de acceso al uso del preservativo				
Favorable	64	10	74	8.2
Desfavorable	67	86	153	
Edad de inicio de las relaciones sexuales				
De 15-21 años	110	75	185	1.4
De 22-28 años	21	21	42	
Uso de preservativo en las relaciones sexuales				
Si	40	24	64	1.3
No	91	72	163	
Número de parejas sexuales				
Una(o)	96	86	182	0.3
Más de una (o)	35	10	45	
Consumo de Alcohol o drogas				
Si	121	76	197	3.1
No	10	20	30	

Fuente: Elaboración propia

CONCLUSIONES

Los factores sociodemográficos que influyen en la transmisión del VIH/SIDA en jóvenes de 15 a 28 años en la comunidad de Amancaya del Municipio de Sopachuy identificados como factores de riesgos son: La edad, lugar de radicación y la estructura familiar considerando que la mayoría tiene una edad entre los 15 y 20 años y que radican en la comunidad de Amancaya y tiene una estructura familiar inadecuada.

Los factores cognitivos que influyen en la transmisión del VIH/SIDA en jóvenes de 15 a 28 años en la comunidad de Amancaya del Municipio de Sopachuy se relacionan con el nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA que es bajo y las actitudes ante la transmisión del VIH/SIDA que es desfavorable al igual que la

Autosuficiencia (percepción de dificultad de acceso al uso del preservativo).

Los factores conductuales que influyen en la transmisión del VIH/SIDA en jóvenes de 15 a 28 años en la comunidad de Amancaya del Municipio de Sopachuy se relacionan con la Edad de inicio de las relaciones sexuales que es muy temprana, uso de preservativo en las relaciones sexuales el cual no lo realizan y sobre todo el consumo de Alcohol o drogas que es muy frecuente en los adolescentes y jóvenes.

El plan de acción educativo para prevenir los factores de riesgo que influyen en la transmisión del VIH/SIDA en jóvenes de 15 a 28 años en la comunidad de Amancaya del Municipio de Sopachuy como una alternativa preventiva que ayude a mejorar los niveles de

conocimiento actitudes y conductas ante el VIH/SIDA. De acuerdo a los resultados obtenidos, se concluye que factores sociodemográficos, cognitivos y

conductuales son un factor de riesgo en la Transmisión del VIH/SIDA en jóvenes de 15 a 28 años en la comunidad de Amancaya del Municipio de Sopachuy.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. H. Hunter Hansfield, MD "ETS, Editorial Marban Libros, S.L, 2da Edición, 2002. Madrid España, Primera Parte, Sección 1, Cáp. 1, p. 3-15.
2. Guía de atención de las enfermedades de Transmisión sexual. Servicio de Salud Colombia. Ediciones Colombia. 2009. p. 1-6
3. Infecciones de transmisión Sexual. ITS – VIH – SIDA. Comportamientos de Riesgo. OPS, La Paz Bolivia. 2006 Pág. 1-5.
4. Kotton, Camille "Comportamientos Sexuales de Alto Riesgo", Editorial Previously reviewed. 2da Edición; 2005. Universidad de Meryland Central, Primera Parte, Sección 1, 2005. p. 1-2.
5. Resolución Ministerial No. 0711 Para La prevención y Vigilancia del VIH-SIDA en Bolivia", Ministerio de Salud y Deportes- Programa Nacional ITS/SIDA, Edición. La Paz Bolivia.2009. p 67 68
6. Guía del MANEJO Sindromatico de las Infecciones de transmisión sexual. Serie de Documentos Técnicos, Programa Nacional de ITS/SIDA; Edición enero 2001. La Paz Bolivia. 2011. p 45 46
7. Hatcher A., Robert "Lo Esencial de la Tecnología anticonceptiva", Programa de Información en Población, Editor de Population Reports; 1998, Maryland, USA, Cáp. 6-16.2011. p. 5-16.
8. Díaz, Guillermo, "Los Grupos Focales. Su Utilidad para el Médico de Familia", ENSAP. Calle Línea Esquina I., Vedado, Municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba. Marzo 2005. p 234 235
9. Maldonado, Ramiro, "el VIH sida dentro de la salud pública", Editorial CSRA. Edición 1995. La Paz Bolivia. 2009. Pág. 47.
10. Barragán, Rossana, "Guía Para la Formulación y evaluación de Proyectos de investigación", Editorial. PIEB. Edición Tercera. La Paz Bolivia. 2003. p 78 79.
11. Ministerio de salud "Plan estratégico programa VIH sida", Editorial Mc. Edición. La Paz Bolivia. 2009.p 66 67
12. Ramírez, Susana, "Donde el Viento Llega Cansado", Sistemas y Practicas de Salud en la Ciudad de Potosí, Cooperación Italiana. La Paz Bolivia. Pág. 2011. p 253.
13. Zalles, Jaime, "Políticas de salud en Bolivia (VIH), Agencia Española de Cooperación internacional. Segunda Edición. La paz Bolivia. 2006. p 44 45
14. Fernández, Gerardo, "Médicos y Yatiris", Salud e Interculturalidad del Altiplano Aymara. Ministerio de Salud y previsión social, CIPCA y ESA, OPS/OMS. Cuadernos de Investigación No 51. La Paz Bolivia. p 99-100

15. Faílde, J.M., Lameiras, M. y Bimbela, J.L. Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. *Gaceta Sanitaria*, Madrid España. 1997. p 511-519
16. Espada, J.P., Morales, A., Orgilés, A. y Ballester, R. Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual. *Ansiedad y Estrés*. Madrid España. 2009. p 31-41.
17. Di Clemente, R.J., Crosby, R.A. y Wingood. La prevención del VIH en adolescentes. Deficiencias detectadas y enfoques nuevos. *Perspectivas*, 2ª ed. Ediciones sol. Buenos Aires Argentina. 2009. p 23-50
18. Cortés, A., García, R., Monterrey, P., Fuentes, A. y Pérez, D. Sida, adolescencia y riesgos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2011. p 253-260.
19. Castillo, M.D. Sexualidad y sida: grado de conocimientos y actitud de los escolares. *Medicina de Familia*, Andalucía. 1ª ed. ediciones de colección. 2009. España. p 223-230
20. Caballero, R. y Villaseñor, A. Conocimientos sobre VIH/sida en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres, *Salud Pública de México*, 2009. p 45, 108-114.

CARACTERIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD DE LOS CENTROS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN RELACIÓN AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

FLORES Choque Laura Cristina¹

Recibido en 04/2018
Aceptado en 06/2018

RESUMÉN

La presente investigación se centra en las acciones del personal de salud de primer nivel de atención en relación a la prevención de embarazo en adolescentes, nos permite identificar los factores que favorecen, ayudan o limitan la práctica profesional, para comprender mejor el objeto de estudio la investigación se basa en La Guía Nacional de Atención Integral y Diferenciada de Adolescentes y Jóvenes. El estudio tiene un enfoque cuantitativo y se fundamenta en un paradigma positivista ya que se pretende conocer las prácticas que tiene el personal de salud sobre la prevención de embarazo en las adolescentes, se utilizó métodos teóricos y empíricos y se usó como instrumento de recolección de los datos una encuesta en la cual se planteó un cuestionario estructurado para el personal de salud que trabaja en los centros de salud de primer nivel de atención del distrito III Red I Sucre. Entre los resultados se tiene que el personal de salud no realiza prácticas de prevención en los centros de salud para la prevención de embarazo adolescente, entre los que realizan se limitan a pocas charlas y ferias educativas.

PALABRAS CLAVE

Prevención de embarazo; Adolescente; Personal de Salud; información, Educación y Comunicación.

SUMMARY

This research focuses on the actions of health personnel at the first level of care in relation to the prevention of pregnancy in adolescents, allows us to identify the factors that favor, help or limit professional practice, to better understand the object of study. The research is based on the National Guide for Integral and Differentiated Care of Adolescents and Youth. The study has a quantitative approach and is based on a positivist paradigm since it is intended to know the practices that health personnel have on the prevention of pregnancy in adolescents, theoretical and empirical methods were used and it was used as an instrument to collect the data a survey in which a structured questionnaire was proposed for the health personnel working in the health centers of the first level of care in district III Red I Sucre. Among the results, health personnel do not carry out preventive practices in health centers for the prevention of adolescent pregnancy, among which they carry out only a few lectures and educational fairs.

KEYWORDS

Prevention of pregnancy; Teen; Health personnel; Information, Education and Communication.

¹ Licenciada en Enfermería; laura_criss24@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

América latina es la segunda región en desarrollo con tasa de fecundidad adolescente más alta: 82 partos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años en 2008, indica el reporte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de la gestión 2011. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) afirma que el embarazo en adolescentes es uno de los grandes problemas que América Latina y el Caribe tiene que enfrentar⁽¹⁾.

Latinoamérica es la segunda región del mundo con mayor fecundidad adolescente⁽²⁾. En la región, una de cada tres jóvenes es madre antes de los 20 años. Los países con más porcentaje de madres jóvenes son: Nicaragua (28%), Honduras (26%), Rep. Dominicana (25%), Guatemala y El Salvador (24%), Ecuador (21%) y Bolivia y Colombia (20%)⁽²⁾. El embarazo no deseado en un adolescente es un problema social cada vez más frecuente a nivel mundial. Los adolescentes inician sus relaciones sexuales cada vez a más temprana edad trayendo aparejadas diversas consecuencias como lo es un embarazo⁽⁸⁾. Este evento produce riesgos a nivel social como lo son familias con mayor número de hijos, mayor deserción escolar, desempleos o empleos mal remunerados, alta proporción de hijos ilegítimos. Repercute también en la salud de la madre y el recién nacido, aumentando el riesgo de morbilidad de ambos, y más aún cuando el embarazo

se produce en cercanías de la menarquía⁽⁸⁾.

Los cambios culturales hacen que la vida sexual se inicie cada vez más precozmente, lo que conlleva un aumento del embarazo adolescente, realidad que se presenta en países desarrollados y en desarrollo⁽¹⁾, con importantes consecuencias sociales como es la perpetuación de la pobreza, la deserción escolar, la estigmatización social, etc., y consecuencias médicas como es la mayor morbilidad materno-perinatal e infantil de las madres adolescentes y de sus hijos⁽⁹⁾.

La mortalidad materna en países en desarrollo es un enorme problema de salud pública, no resuelto en la gran mayoría de ellos y el embarazo adolescente contribuye a ella significativamente⁽⁹⁾.

En Bolivia la población adolescente de 10 a 19 años representa alrededor del 23% de la población total del país, de la cual un 49% corresponde a adolescentes de sexo femenino⁽³⁾. Según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA 2008) cerca del 18% de las adolescentes de 15 a 19 años ya son madres o están embarazadas; este porcentaje resulta idéntico al de la subregión andina.

De estos embarazos al menos el 70% no fueron planificados. En el área rural se observa un incremento del 22% en 2003 en adolescentes madres o embarazadas a un 25% en 2008⁽³⁾.

Las mujeres adolescentes y jóvenes en el área rural alcanzan un promedio más alto de hijos que en el área urbana de 6 a 3 hijos⁽⁵⁾. Las parejas desean tener 2 hijos en promedio pero tienen 4⁽⁵⁾. En Chuquisaca el índice de embarazos en adolescentes tiende a subir, de enero a mayo de 2015 el porcentaje se situó en 21.8% sobre el total de embarazos en el Departamento contra un 8.5% que se registró el año 2014 en el mismo periodo⁽⁶⁾. En Sucre cerca de la mitad de las mujeres entre 15 y 19 años ha tenido al menos un embarazo, el 60% de las mujeres entre 15 y 19 años no usan métodos anticonceptivos y la edad promedio de la primera relación sexual en mujeres adolescentes y jóvenes es 18 años, 39% de las adolescente (entre 15 y 19 años) experimentan su primer embarazo que generalmente es no deseado (62%)⁽⁶⁾. Las madres adolescentes tienen más probabilidades que las madres mayores de 20 años de dar a luz prematuramente. Los bebés que nacen demasiado temprano corren un riesgo alto de presentar problemas de salud y hasta la muerte⁽²⁾.

El embarazo adolescente continúa siendo uno de los desafíos más importantes en materia de derechos y de salud sexual y reproductiva para la región. Es, sin lugar a dudas, la causa y la consecuencia de grandes desigualdades sociales, económicas y de género, que afectan a la salud y al desarrollo individual, educativo y social de las y los adolescentes⁽¹⁶⁾.

El embarazo en adolescentes afecta su salud, educación, proyecto de vida, relaciones sociales y culturales, y su

economía entre otros aspectos. Ser madre o padre adolescente suele iniciar y/o reforzar, sin distinciones sociales, una serie de condiciones de vulnerabilidad asociadas a la falta de preparación para esta nueva responsabilidad, características propias del desarrollo en esa etapa y a la adopción de roles de género tradicionales, así como a la pérdida de vivencias y adquisición de conocimientos propios de la adolescencia. La maternidad y paternidad temprana, suele tener efectos negativos graves en los hijos e hijas de las y los adolescentes, exponiéndolos a condiciones adversas que obstaculizan su desarrollo⁽¹⁷⁾.

La prevención del embarazo en adolescentes ha sido una preocupación a nivel Internacional, Latinoamericano y en especial del gobierno boliviano debido a su incremento acelerado en los últimos años. Por ejemplo, entre 2010 y 2011 aumentó del 18% a un 25% en mujeres con edades entre los 12 a 18 años⁽⁷⁾. En este sentido, el objetivo de este estudio es Determinar las Acciones de Prevención del Personal de Salud en relación al Embarazo en Adolescentes en los Centros de Salud de Primer Nivel de atención del Distrito III. Municipio Sucre. Gestión 2016, identificando los factores que inciden en la atención y la prevención. Se espera que los resultados puedan brindar información relevante, para tratar de manera más adecuada el abordaje y la prevención del embarazo en adolescentes, y ofrecer mejores estrategias de atención al adolescente.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal donde la obtención de los datos se realizó en una sola medición en el tiempo.

Población y muestra

La población total para la presente investigación fue de 51 personas de personal de salud de 12 centros de salud de primer nivel de atención del distrito III de la Red I Sucre, con los siguientes criterios de inclusión: Profesionales en salud, Médicos, Licenciadas en Enfermería y Auxiliares de Enfermería.

Técnica

La técnica que se utilizó fue la aplicación de un cuestionario para la recolección de información primaria fue la encuesta con aplicación de un cuestionario, compuesto por un conjunto de preguntas cerradas diseñadas que generan los datos necesarios para alcanzar los objetivos del estudio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Entre las características demográficas del personal de salud se tiene que, el 33.3% se encuentra entre la edad de 25 a 30 años y un 13,7% entre 36-40 años de edad. Con estos datos se logra identificar que existe una buena cantidad de personal joven mismos que recién empezaron a ejercer su profesión, esto puede ser una fortaleza como también una debilidad entre el personal de salud porque tienen poca experiencia para brindar información y prevenir embarazo en adolescentes. El 68% es de sexo

femenino y el 32% de sexo masculino, estos resultados se deben a la característica propia de las profesiones donde en su mayoría son de sexo femenino y este puede ser una ventaja para que las adolescentes se sientan en mayor confianza con el personal de sexo femenino.

El 53% del personal de salud son médicos, un 39% son licenciadas en enfermería y un 9% son auxiliares de enfermería. A través de estos resultados se logra identificar que existe un gran equipo de trabajo y es favorable para nuestra investigación, ya que es un equipo de salud multidisciplinario. Siendo el 74,5% del personal de salud tiene años de antigüedad en el servicio y 25% tiene meses trabajando. A través de estos resultados se logra identificar que existe un gran número de personal de salud que es antiguo, sin embargo, este personal es cambiado constantemente de lugar de trabajo lo cual es una desventaja para la población del distrito, además existe personal nuevo con contratado por meses lo cual es una desventaja porque no logran dar confianza a la población y los mismos no llegan a conocer a su población como lo quisiera.

En cuanto a los conocimientos del personal de salud sobre la prevención del embarazo en adolescente, se tiene que 64,7% del personal de salud considera que su conocimiento es bueno sobre la prevención de embarazo adolescente, un 13,7% el conocimiento es malo, con esto se identifica que el conocimiento del personal de salud es bueno, pero es un dato subjetivo propio del mismo

profesional. En cuanto al conocimiento de la Guía Nacional de atención al adolescente, el 58,8% del personal de salud respondió que conoce y un 9,8% menciona que no existe. El 100% del personal de salud no conoce sobre la semana de prevención de embarazo adolescente, lo cual nos muestra el poco involucramiento del personal en actividades a nivel nacional, y son ellos quienes deberían ser los primeros en conocer sobre este tema para la realización de cualquier actividad promocional preventiva para el adolescente.

En cuanto a la capacitación el 56,9% del personal de salud asiste frecuentemente a cursos de actualización un 15,7% casi nunca, un gran número de personal de salud que asiste frecuentemente a cursos de capacitación esto es favorable para la atención al adolescente y la población en general porque existe un personal actualizado.

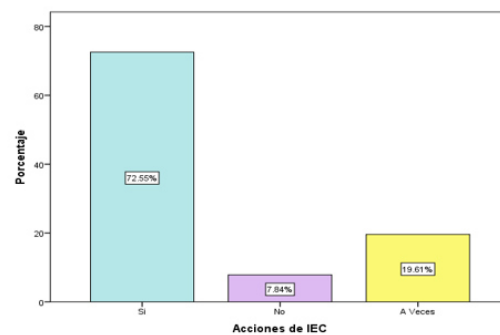
En cuanto a la disponibilidad de materiales e insumos para la atención del adolescente, el 62,7% del personal de salud no dispone la guía de atención al adolescente, y un 5,9% no sabe si existe.

Estos resultados demuestran que existe un gran porcentaje de personal de salud que no dispone de la guía nacional de atención al adolescente, estos resultados son una desventaja para la población adolescente. El 100% del personal de salud respondió que el distrito no cuenta con un club de adolescentes, resultado que no es favorable porque se nota claramente que para el personal de salud no es una prioridad la atención al

adolescente, un club para el adolescente sería una estrategia de prevención de embarazos en las adolescentes.

En cuanto a las prácticas que realiza el personal de salud para la de prevención del embarazo en adolescente, el 72,5% del personal de salud realiza acciones de prevención de embarazo adolescente, 19,6% los realiza a veces y un 7,8% no los realiza (grafico 1).

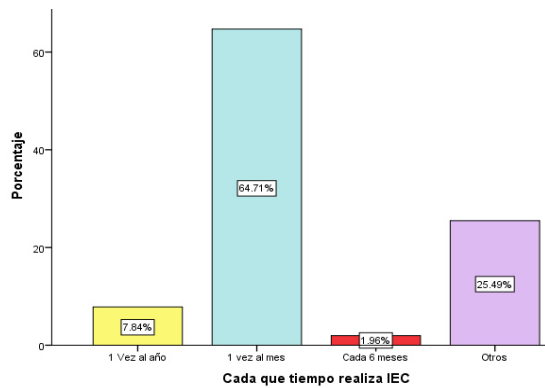
GRAFICO 1. Distribución porcentual del personal de salud según la ejecución de acciones para la prevención de embarazo en adolescentes Distrito III – Red 1Sucre Junio– septiembre 2016



Fuente: Elaboración Propia

Del personal que realiza acciones, el 64,7% realiza 1 vez al mes y el 2% que realiza dos veces al año. Estos resultados demuestran que existe un gran porcentaje de personal de salud no realiza acciones de IEC este resultado es muy desfavorable, si bien la respuesta fue que realizan IEC pues no se observó ningún registro (grafico 2).

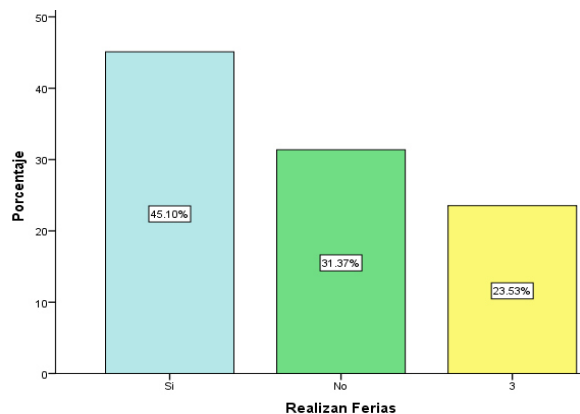
GRAFICO 2. Distribución del personal de salud según el intervalo que realiza IEC en relación a la prevención de embarazo en adolescentes Distrito III– Red 1Sucre Junio– septiembre 2016



Fuente: Elaboración Propia

En cuanto a las actividades que realiza el personal, el 45% del personal de salud respondió que realiza ferias educativas y un 23% que no realiza. A través de estos resultados se logra identificar que existe menos del 50% del personal de salud que si realiza ferias educativas este resultado son muy desfavorable.

GRAFICO 3. Distribución porcentual del personal de salud según la realización de ferias para la prevención de embarazo en adolescentes distrito III– Red 1Sucre Junio– septiembre 2016



Fuente: Elaboración Propia

CONCLUSIONES

Se logró realizar un diagnóstico del estado actual del conocimiento del personal de

salud en primer nivel de atención sobre la guía nacional de atención integral y diferenciada de adolescentes y jóvenes, se puede inferir que el problema científico planteado inicialmente, ha sido resuelto en la medida en que se ha logrado profundizar sobre el objeto de estudio, lo cual ha permitido conocer y analizar de forma cualitativa y respaldar con datos cuantitativos en relación a las prácticas del personal de salud que ejecuta, para la prevención de embarazo adolescente.

Si bien existe un personal equitativo en cuanto a la antigüedad laboral, lo asombroso es la falta de conocimiento del personal de salud en relación a la Guía Nacional de Atención Integral y Diferenciada de Adolescentes y Jóvenes, más de la mitad del personal de salud encuestado no conoce la definición del concepto de adolescencia; esto nos conlleva a identificar que una de las causas para el incremento de embarazo adolescente, es la carencia de información del personal de salud.

En relación a las prácticas que ejecuta el personal de salud de los centros de salud sobre la prevención de embarazo adolescente los resultados fueron que en diversos centros de salud, no realizan acciones de IEC, no realizan ferias, esto nos lleva a reflexionar e interrogarnos cuales son las causas por las cuales no ejecutan medidas de prevención y la respuesta más lógica de acuerdo a la investigación realizada es la falta de material educativo respecto al adolescente, priorización de otros programas, sobrecarga laboral y desmotivación del personal.

Finalmente se considera que las prácticas apropiadas para la atención a los que ejecuta el personal de salud no son adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. En Bolivia ya son madres 88 de cada 1.000 menores de 19 años. 18 de junio de 2016 [citado 18 de junio de 2016]; Disponible en: <http://www.bolpress.com/art.php?Cod=2013092305>
2. Latinoamérica, segunda región con mayor fecundidad adolescente. rpp.pe [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2015]; Disponible en: <http://rpp.pe/vida-y-estilo/salud/latinoamerica-es-la-segunda-region-del-mundo-con-mayor-fecundidad-adolescente-noticia-838713>
3. Bolivia A. Aprende Bolivia: El Ministerio de Salud revela que hay 46 mil menores en estado de gestación en todo el territorio nacional [Internet]. Aprende Bolivia. 2013 [citado 18 de junio de 2016]. Disponible en: <http://aprendebol.blogspot.com/2013/05/el-ministerio-de-salud-revela-que-hay.html>
4. Ch R. 10 adolescentes por hora se embarazan en Bolivia | Bolivia Informa. ago de 2016;1-2.
5. 09 Dante.pdf [Internet]. [citado 3 de julio de 2016]. Disponible en: http://conferencias.cepal.org/Inclusion_social2015/18/pdf/09%20Dante.pdf
6. Sur DDC del. Chuquisaca: 22 embarazadas de cada 100 son adolescentes. Diario Correo del Sur: Noticias de Sucre, Bolivia y el Mundo [Internet]. [citado 18 de junio de 2016]; Disponible en: http://correodelsur.com/panorama/20150726_chuquisaca-22-embarazadas-de-cada-100-son-adolescentes.html
7. Embarazo_en_adolescentes.pdf [Internet]. [citado 18 de junio de 2016]. Disponible en: http://www.cides.edu.bo/webcides/images/pdf/Embarazo_en_adolescentes.pdf
8. Karina Elizabeth Parra MGU. Riesgos en el embarazo adolescente. 153. 2006;13-7.
9. Embarazo adolescente: un problema país. Rev Chil Obstet Ginecol. 2008;73(5):291-2.
10. Díaz A, Sanhueza R P, Yaksic B N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev Chil Obstet Ginecol. 2002;67(6):481-7.
11. Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. Salud Publica Mex. 1997;39(2):137-43.
12. 5_embarazo adolescente.pdf [Internet]. [citado 18 de agosto de 2016]. Disponible en: http://clasev.net/v2/pluginfile.php/37834/mod_resource/content/1/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf

13. Bolivia atraviesa por un problema de salud pública al año se embarazan 1.500 adolescentes| Noticias Del Mundo y Bolivia [Internet]. El Boliviano En Vivo. 2015 [citado 22 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://elbolivianoenvivo.com/bolivia-atraviesa-por-un-problema-de-salud-publica-al-ano-se-embarazan-1-500-adolescentes/>
14. eabolivia. Embarazo en adolescentes un problema de salud pública por alto riesgo [Internet]. [citado 22 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.eabolivia.com/salud/6317-embarazo-en-adolescentes-un-problema-de-salud-publica-por-alto-riesgo.html>
15. Germán Rojas. 80 mil adolescentes embarazadas en Bolivia. eju.tv [Internet]. 13 de octubre de 2012 [citado 22 de agosto de 2016]; Disponible en: <http://eju.tv/2012/10/80-mil-adolescentes-embarazadas-en-bolivia/>
16. ONU: El embarazo juvenil es el mayor problema poblacional - La Razón [Internet]. [citado 22 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.la-razon.com/sociedad/ONU-embarazo-juvenil-problema-poblacional_0_1888011207.html
17. Embarazo En La Adolescentes: La Importancia De La Prevención [Internet]. Mujer Saludable. [citado 22 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.muwersaludable.com/index.php/home/mejor-prevenir-que-lamentar/155-embarazo-adolescente>.

BARRERAS EN LA IMPLMENTACIÓN DEL PROGRAMA CHAGAS HOSPITAL SAN ANTONIO DE LOS SAUCES, MUNICIPIO DE MONTEAGUDO, 2016

LLANOS Núñez Edwin¹

Recibido en 05/2018
Aceptado en 07/2018

RESUMEN

Objetivo: Determinar las Barreras en la implementación del Programa Chagas en sus componentes de IEC Control Vectorial, Diagnóstico-Tratamiento en el Hospital San Antonio de los Sauces, Municipio de Monteagudo. Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, realizado con 175 expedientes de usuarios con diagnóstico de Chagas positivo y 10 personal de salud. Se utilizó la técnica de la revisión documental y la encuesta aplicando un cuestionario. Se realizó un análisis descriptivo y Bivariado en algunos de los resultados utilizando Chi cuadrado. 7 de los 10 RRHH en salud encuestados, señalan que las principales barreras en el componente IEC son; la falta de recurso humano a dedicación exclusiva y la ausencia de medios IEC. De los usuarios diagnosticados con Chagas positivos, 3 de cada 10 usuarios accedieron al tratamiento. 4 de cada 10 usuarios abandonaron tratamiento. Usuarios Chagas Positivos menores de 30 años tienen mayor acceso al tratamiento, la retención en tratamiento es igual entre mujeres y varones.

PALABRAS CLAVES

Programa Chagas; Barreras; Implementación; Componentes.

SUMMARY

Objective: Determine the Barriers in the implementation of the Chagas Program in its components of Vector Control IEC, Diagnosis-Treatment in the San Antonio de los Sauces Hospital, Municipality of Monteagudo from. A quantitative study was conducted, descriptive of cross section, made with 175 files of users with positive Chagas diagnosis and 10 health personnel. The technique of the documentary review and the survey using a questionnaire were used. A descriptive and Bivariate analysis was performed on some of the results using Chi square. 7 of the 10 health HRs surveyed indicated that the main barriers in the IEC component are; the lack of human resources for exclusive dedication and the absence of IEC media. Of the users diagnosed with positive Chagas, 3 out of 10 users agreed to the treatment. 4 out of 10 users abandoned treatment. Positive Chagas users under 30 have greater access to treatment, retention in treatment is equal between women and men.

KEYWORDS

Chagas Program; Barriers; Implementation; Components

¹ Licenciado en Enfermería; Gerencia de red - Monteagudo; edwin87@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Se calcula que en el mundo hay entre 6 a 7 millones de personas infectadas por *Trypanosoma Cruzi* (el parásito causante de la enfermedad de Chagas), la mayoría de ellas en América Latina. Inicialmente, la enfermedad de Chagas estaba confinada a la Región de las Américas, principalmente en América Latina, pero en la actualidad se ha propagado a otros continentes. Hasta un 30% de los enfermos crónicos presentan alteraciones cardíacas y hasta un 10% padecen alteraciones digestivas, neurológicas o combinadas (OMS; La enfermedad de Chagas "tripanosomiasis americana", 2015).

La enfermedad de Chagas se constituye en una amenaza permanente para casi la cuarta parte de toda la población de América Latina. Si bien la enfermedad se encuentra presente en casi toda América Central y del Sur, sus manifestaciones y características epidemiológicas son altamente variables entre una y otra zona endémica (OMS, 1991).

En las últimas dos décadas se han incrementado considerablemente los conocimientos acerca de la enfermedad de Chagas, tanto entre los científicos como entre las autoridades sanitarias en general. Además, han aumentado las inversiones en programas de investigación, con apoyo nacional e internacional. Al mismo tiempo, varios países han iniciado o reforzado sus programas nacionales de control, algunos de ellos con resultados sumamente alentadores (OMS, 1991).

La enfermedad de Chagas, como tal, existe en el medio natural desde hace miles de años, utilizando como reservorio los animales (Briceño León, 2009). Según estudios efectuados en el Brasil, en general se acepta que en el 30% de la población infestada se manifestará la enfermedad clínicamente; es decir, que se puede presumir que un total de 4.8 a 5.4 millones de personas presentan síntomas clínicos atribuibles a la enfermedad de Chagas (OMS, 1991).

En 1986 se inicia el Primer Programa Regional de Control Integral de la Enfermedad de Chagas en Bolivia, conocido como la experiencia de Tupiza, que demuestra cómo el control vectorial con participación comunitaria es capaz de interrumpir la transmisión vectorial de la enfermedad, lo cual fue comprobado por evaluaciones serológicas en las poblaciones nacidas después de las intervenciones realizadas (R., Cassab, Noireau, & Guillén, 1999).

Desde 1916, se realizaron las primeras investigaciones en Bolivia relacionadas con la enfermedad de Chagas, se confirmó la presencia de *Trypanozoma Cruzi* en vinchucas examinadas en la provincia Modesto Omiste y en 1943 se diagnosticó el primer caso en humanos (R., Cassab, Noireau, & Guillén, 1999).

Gobiernos de la región en 1991 tomaron el reto de eliminar la transmisión vectorial y transfusional de la enfermedad de Chagas en el cuadro de la Iniciativa del Cono Sur (INCOSUR), de la cual la Organización Panamericana de la Salud y

Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) ha venido funcionando como Secretariado, apoyando a los países miembros en transferencia de conocimiento y tecnologías, evaluaciones periódicas, certificaciones de eliminaciones de transmisión, divulgación de información, desarrollo de investigaciones operativas y apoyo a publicaciones. Los avances en el logro de los objetivos del INCOSUR han tenido sustantivos resultados, principalmente en Uruguay y Chile (R., Cassab, Noireau, & Guillén, 1999).

A partir de 1998 Bolivia se incorporó de manera concreta con fuerte decisión política al grupo de países que esperan lograr la interrupción de la transmisión vectorial y transfusional de La enfermedad de Chagas. Esto contó con apoyo financiero del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el respaldo técnico de La OPS/OMS apoyando La gran capacidad técnica existente en el personal boliviano (R., Cassab, Noireau, & Guillén, 1999).

En Bolivia, el *Triatoma* infestans, constituye el vector más importante de la enfermedad de Chagas, especie adaptada a convivir tanto en el interior, como exterior de la vivienda humana, conocida en los valles como vinchuca, diversos estudios muestran que un 20% a 70% de las vinchucas examinadas están infectadas (Campos & Mercado, 2014).

En Bolivia desde el momento de la implementación del Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas que fue en el año 1986, hasta la fecha no se pudo encontrar estudios, que hayan

realizado la evaluación integral del programa, que hasta el día de hoy no tuvo avances de gran relevancia; obviamente sin desmerecer los aportes significativos en promoción y prevención de la enfermedad. Por otro lado, cabe mencionar los avances en diagnóstico y tratamiento Chagas congénito fueron avanzando a pasos agigantados; pero dejando atrás el diagnóstico y tratamiento de Chagas crónico reciente infantil y Chagas adulto.

Monteagudo se constituye en una de las zonas con alta endémica a la enfermedad de Chagas, a 3 décadas de la implementación del Programa Nacional de Control de esta enfermedad, se manejan datos estadísticos que de cada 10 personas del municipio de Monteagudo 5 tienen la enfermedad de Chagas, datos realmente alarmantes (Unidad de epidemiología Servicio Departamental de Salud – SEDES, Chuquisaca), lo cual nos llevó a plantearnos el siguiente problema: ¿Cuáles son las Barreras percibidas en la implementación del Programa Chagas en sus componentes (Información-Educación-Comunicación (IEC), control vectorial y diagnóstico-tratamiento)? El objetivo del estudio fue: Identificar las barreras en la implementación del Programa Chagas en sus componentes de IEC, Control Vectorial, Diagnóstico-Tratamiento, en el Hospital San Antonio de los Sauces.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de investigación

La presente investigación es cuantitativa, descriptiva y transversal.

Población

Se consideró como población de estudio al personal de salud que trabaja con el Programa Chagas, un total de 10 personas, incluyéndose a todos en la muestra del estudio. Y se consideró como población o universo a los usuarios con diagnóstico Chagas Positivo en el Hospital San Antonio de los Sauces (SAS) desde junio 2015 hasta mayo 2016, un total de 444 personas.

Muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra de usuarios Chagas Positivos, se utilizó la fórmula de muestreo aleatorio simple con universo finito:

$$n = \frac{NZ^2(PxQ)}{d^2(N-1) + Z^2(PxQ)}$$

Dónde:

n= Tamaño de la muestra

N= Tamaño del universo

Z= Nivel de confianza (95%) Z=1.96

P= Porcentaje o proporción desconocida (50%)

Q= 100-P = 50%

d= Precisión deseada o margen de error menor a 6%

Haciendo el cálculo con un universo de 444 pacientes Chagas positivos, según resultado del cálculo de la muestra corresponde a 167 personas, a esto se incrementó un 5% adicional (8 pacientes más) para reponer posibles casos que podrían depurarse, haciendo una muestra total de 175 usuarios Chagas positivos atendidos en el Hospital San Antonio de los Sauces.

Para seleccionar la muestra de usuarios se utilizó el muestreo sistemático que consistió en dividir el universo entre el

tamaño de la muestra $444/175=2.5$, con dicha constante se seleccionó la muestra tomando como marco muestral la lista de usuarios Chagas Positivos del Servicio de Laboratorio.

Técnicas e Instrumentos

Las técnicas utilizadas en la presente investigación fueron dos:

La encuesta, utilizándose un cuestionario que fue auto-aplicado por el personal de salud que trabaja muy de cerca con el Programa Chagas, con la encuesta se recolectaron datos sobre las barreras percibidas por el personal de salud, sobre la disponibilidad de recurso económicos y materiales, además de opiniones, conocimientos, actitudes y sugerencias referidas a la implementación del Programa Chagas en sus tres componentes esenciales.

La Revisión documental de expedientes clínicos, cuyos datos fueron recolectados en una planilla de datos, que contempló todas las variables de interés, para determinar el alcance del componente de diagnóstico-tratamiento en el acceso al tratamiento de usuarios con diagnóstico Chagas positivo.

Procesamiento y análisis de los datos

Concluida la recolección de los datos, se realizó el procesamiento de los mismos. Se revisaron los datos del cuestionario verificando que los mismos estuvieran completos, se realizó la transcripción a una planilla Excel, posteriormente fueron exportados al paquete estadístico SPSS para su análisis. Se elaboraron tablas de frecuencia absoluta y relativa en todas las

variables, en el caso de las preguntas con respuesta de opción múltiple, se definieron conjuntos de respuesta múltiple para el análisis.

El procesamiento de los datos recolectados de los expedientes clínicos, se inició con la transcripción de los mismos a una hoja electrónica de Excel, se realizó el control de calidad revisando que las variables estén completas y los datos sean coherentes, se realizó el procesamiento de los mismos utilizando el paquete estadístico SPSS, se construyeron tablas de frecuencia de todas las variables, se calcularon medidas descriptivas en las variables cuantitativas y proporciones en las variables cualitativas.

Para el análisis bivariado, se re categorizaron las variables de interés, posteriormente se realizó la comparación de proporciones utilizando el Test de Chi cuadrado con su valor P para determinar la existencia de diferencias estadísticas significativas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La percepción del personal de salud sobre las Barreras en el componente de Información-Educación-Comunicación (IEC), 7 de los 10 RRHH señalan que las principales barreras en este componente son; la falta de recurso humano a dedicación exclusiva y la ausencia de medios de información, educación y comunicación. Entre las principales Barreras del componente de control vectorial 9 de 10 señalan que RRHH de vectores son insuficientes, seguido de falta de coordinación con otros

componentes. En cuanto a la opción con más alto porcentaje, el personal de salud encuestado afirma que, a causa de esto, no se llega al 100% de las viviendas y si se lo hace es gracias al sacrificio que hacen los técnicos vectores.

Sobre las barreras del componente de control vectorial; responsables de Puestos de Información Vectorial (PIV) comunitarios, se pudo observar que; todos los encuestados coinciden en señalar que las principales barreras encontradas son; La falta de material-equipos de trabajo y la falta de incentivos. Al señalar estas opciones afirman que, como consecuencia de esto, muchos de los PIV, no están cumpliendo con sus funciones asignadas y muchos de ellos dejaron de ejercer el cargo.

Sobre las barreras del componente diagnóstico, se observó que, de las 10 personas encuestadas 6 señalan que la principal barrera encontrada en este componente es el Recurso Humanos del servicio insuficiente. Pese a la falta de RRHH, se denota que el personal del área de laboratorio es comprometido con su trabajo, entregando a tiempo los resultados para el inicio del tratamiento a usuarios Chagas positivos.

La principal barrera en el componente de tratamiento para el no inicio y/o abandono se encuentra el temor a las reacciones adversas, 7 de los 10 encuestados señalan que muchos de sus usuarios tienen aún mucho temor a las reacciones adversas ocasionadas por el medicamento, en tanto que 6 encuestados aseguran que los usuarios

no inician tratamiento por falta de información sobre el tratamiento. Estos resultados guardan relación con las barreras encontradas en el componente de Información-Educación-Comunicación (IEC) en el sentido que, si bien hay un responsable, no tiene medios educativos e informativos suficientes, para poder realizar sus actividades con los usuarios, entre ellas, el informar sobre el tratamiento a usuarios Chagas positivos.

También se indagó sobre la disponibilidad de recursos económicos, los 10 Recursos Humanos (RRHH) en salud, coinciden en señalar que los recursos económicos con los que cuenta el Programa Chagas son insuficientes. De igual manera, todos los encuestados coinciden en señalar, que el Programa Chagas no cuenta con el equipamiento, materiales e insumos para brindar la atención a la población beneficiaria del programa.

En relación a los usuarios afectados por la enfermedad de Chagas, se recolecta información de sus expedientes clínicos de 17 usuarios Chagas Positivos diagnosticados entre junio de 2015 y mayo de 2016, donde se pone en evidencia con mayor frecuencia la población afectada es de sexo femenino (58%), se puede analizar que esta proporción es diferente a la población nacional, cuya relación es 1:1 entre ambos sexos, esta situación podría explicarse porque las mujeres tienen mayor acceso a consultas o a la prestación de otros servicios de salud. Según datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), de cada 10 consultas que se realizan en el Hospital

San Antonio de los Sauces, 6 consultas son a usuarias de sexo femenino. Referente a la estructura poblacional por edad y sexo existe un predominio del sexo femenino en la mayoría de los grupos etarios, a excepción de los grupos de 10 a 14 años y los de 30 a 34 donde existe un predominio de los varones. La edad mínima fue 7 y la máxima 84, un promedio de 42.8 y una mediana de 44 años.

En cuanto al diagnóstico de esta enfermedad, se constató que en la gestión 2015 se realizaron más diagnósticos positivos para Chagas, con un 87%. Es decir, cerca de 9 de cada 10 usuarios diagnosticados con Chagas positivos fueron realizados en esta gestión y apenas un 13% la gestión 2016. Este resultado puede deberse al hecho del inicio del Programa Chagas en el Hospital San Antonio de los Sauces (junio 2015) como un piloto para el municipio de Monteagudo con la oferta del diagnóstico gratuito que generó gran afluencia de usuarios a realizarse el diagnóstico. Desde una mirada institucional, llama la atención la brusca disminución en el número de diagnósticos positivos en la gestión 2016 que sin duda refleja el menor número de tamizajes realizados en esta gestión.

De los 175 usuarios con diagnóstico de Chagas Positivos, 63 poseen Historia clínica y 112 no, 59 iniciaron tratamiento y 116 no iniciaron tratamiento, evidenciándose una baja retención de los usuarios. Estos resultados llaman la atención porque entre sus objetivos no solo está el diagnosticar a los usuarios, sino también otorgar el tratamiento y

además asegurar el cumplimiento del mismo y entre los respaldos para la no existencia de historia clínica se encuentran la falta de un modelo de atención, falta de un responsable del Programa Chagas a dedicación exclusiva y también asegura que muchos usuarios acuden directamente a laboratorio a realizarse el diagnóstico de Chagas sin pasar por admisión ni por la consulta médica, esta última afirmación revelaría una falta de coordinación entre los componentes del Programa (Diagnóstico y Tratamiento).

En cuanto al medicamento recetado a los usuarios con diagnósticos Chagas positivos en el Hospital San Antonio de los Sauces; se puede ver que todos los usuarios iniciaron tratamiento con el medicamento de primera línea Benznidazol, de los cuales uno solo cambió a Nifurtimox a causa de una severa reacción adversa.

Sobre el año de inicio de tratamiento de los 59 usuarios que iniciaron el mismo año. Al respecto, se puede advertir que muchos de los usuarios con diagnóstico Chagas positivo diagnosticados en la gestión 2015 recién iniciaron tratamiento la gestión 2016, ya que los diagnosticados en la gestión 2016 incluidos en el análisis son un porcentaje mínimo. El tiempo transcurrido entre la fecha del diagnóstico y la fecha de inicio del tratamiento de los 59 usuarios que accedieron al mismo, se tiene un mínimo de cero días es decir que iniciaron tratamiento el mismo día del diagnóstico y un máximo de 384 días (más de un año), un promedio de 148 y una mediana de 100 días, es decir la mitad de

los usuarios que iniciaron tratamiento lo hicieron después de 100 días o más de su diagnóstico.

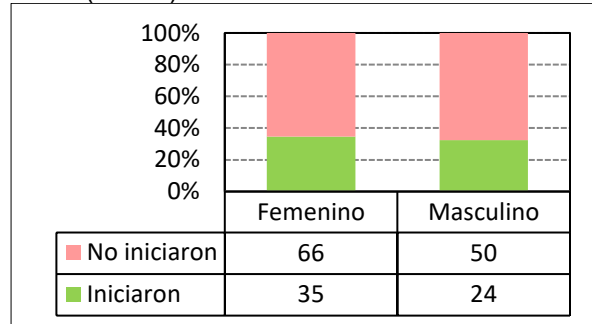
La situación actual de los 59 usuarios que iniciaron tratamiento, alrededor de la mitad (53%) de los usuarios completaría el tratamiento, en tanto que cerca de 4 de cada 10 usuarios habrían abandonado el mismo, poniendo en evidencia por una parte la falta de seguimiento, falta de información u orientación para la adherencia que debiera brindarse al usuario antes del inicio del tratamiento y finalmente por la poca responsabilidad de los usuarios con el autocuidado de su salud.

Finalizado el análisis descriptivo de los resultados y a objeto, por una parte, de identificar el grupo poblacional con menor acceso al tratamiento y con mayor abandono, por otra parte para evaluar la existencia de mejoras en el acceso y cumplimiento del tratamiento en la gestión 2016 en comparación de la gestión 2015, se realizó el análisis bivariado entre las variables sexo, edad, año de diagnóstico y año de inicio de tratamiento con las variables inicio y abandono del tratamiento, cuyas variables fueron re categorizadas.

Con relación al sexo, se observa que la proporción de usuarias Chagas Positivas que iniciaron tratamiento es ligeramente mayor a la proporción de inicio observada entre los varones (35% y 32% respectivamente). Como es de esperarse, la diferencia observada no es estadísticamente significativa (0.094), que permite concluir, que no existe diferencia

en el inicio del tratamiento entre hombres y mujeres.

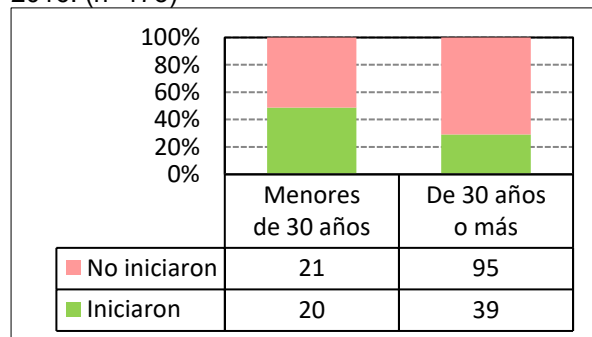
GRÁFICO 1. Proporción de usuarios Chagas Positivos que iniciaron tratamiento según sexo. Hospital San Antonio de los Sauces, Monteagudo, 2016. (n=175)



Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

Con relación a la edad, los resultados muestran claramente un mayor acceso al tratamiento de los usuarios menores de 30 años (49%) en comparación con los de mayor edad que iniciaron tratamiento solo el 29%. La diferencia observada es estadísticamente significativa (0.017).

GRÁFICO 2. Proporción de usuarios Chagas Positivos que iniciaron tratamiento según edad. Hospital San Antonio de los Sauces, Monteagudo, 2016. (n=175)

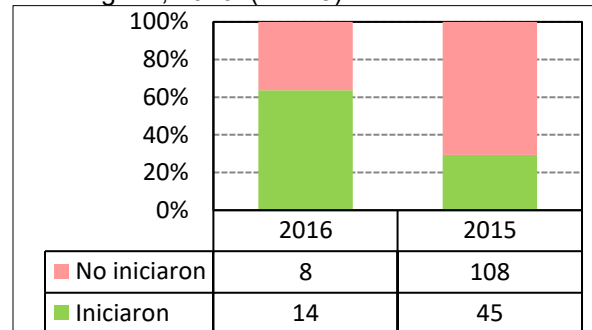


Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

Referente al año de diagnóstico, se observa una marcada diferencia de inicio del tratamiento en los usuarios diagnosticados el año 2016 (64%) en comparación con los usuarios cuyo diagnóstico se realizó el 2015 (29%), la

diferencia observada en el acceso al tratamiento según el año del diagnóstico es altamente significativa ($P=0.002$). O sea, el tratamiento en la gestión 2016 ha mejorado significativamente en comparación con la gestión pasada.

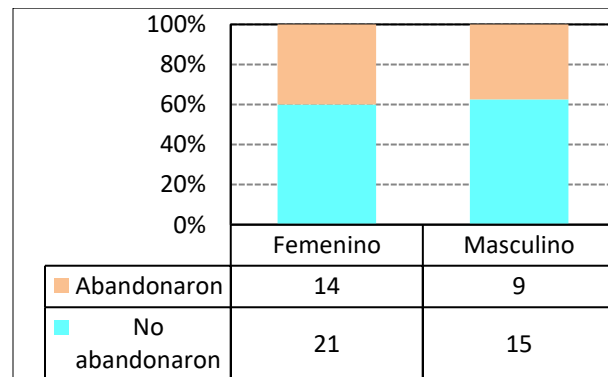
GRÁFICO 3. Proporción de usuarios Chagas Positivos que iniciaron tratamiento según año de diagnóstico. Hospital San Antonio de los Sauces, Monteagudo, 2016. (n=175)



Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

El análisis comparativo de cumplimiento o retención en tratamiento, categorizado como "No abandono" según sexo, se observa una retención ligeramente mayor en los varones (63%), comparado con las mujeres (60%), esta diferencia observada no es estadísticamente significativa.

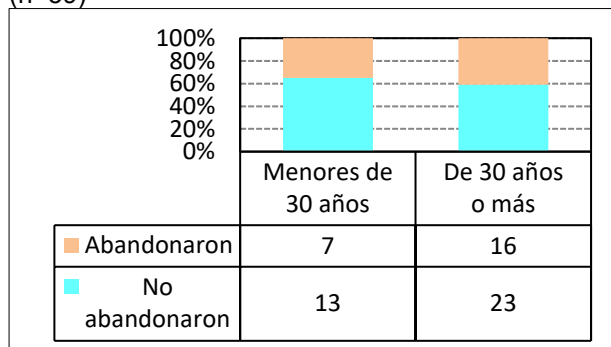
GRÁFICO 4. Usuarios Chagas Positivos que No abandonaron el tratamiento según sexo. Hospital San Antonio de los Sauces, Monteagudo, 2016. (n=59)



Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

Con relación a la edad, se observa una mayor proporción de retención en tratamiento entre los usuarios menores de 30 años (65% no abandonaron el tratamiento), comparado con los de 30 años o más (59% no abandonaron el tratamiento). Sin embargo, la diferencia observada no es estadísticamente significativa.

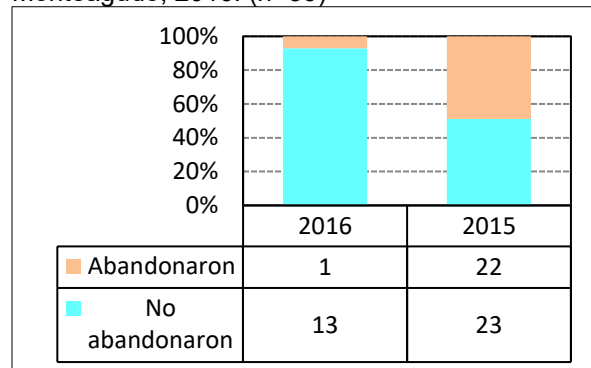
GRAFICO 5. Usuarios Chagas Positivos que No abandonaron el tratamiento según edad. Hospital San Antonio de los Sauces, Monteagudo, 2016. (n=59)



Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

Según el año de diagnóstico, los resultados revelan que la retención en tratamiento (no abandono) es marcadamente mayor en los usuarios diagnosticados el 2016 que iniciaron tratamiento (93%), comparado con aquellos que igualmente iniciaron tratamiento, pero cuyo diagnóstico fue realizado el 2015 (51%), siendo estadísticamente significativa ($P=0.004$). Permitiendo concluir que, con relación a la gestión anterior, ha mejorado significativamente la retención en tratamiento de los usuarios diagnosticados el 2016 que iniciaron tratamiento.

GRAFICO 6. Usuarios Chagas Positivos que No abandonaron el tratamiento según año de diagnóstico. Hospital San Antonio de los Sauces, Monteagudo, 2016. (n=59)



Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

Con relación al año de inicio de tratamiento, igualmente se evidencia que mayor porcentaje de retención (no abandono) entre los usuarios que iniciaron tratamiento la gestión 2016 (76%), en comparación con los usuarios que lo hicieron la gestión 2015 (24%), resultado estadísticamente significativo ($p<0.001$).

CONCLUSIONES

El presente estudio realizado en el municipio de Monteagudo Hospital San Antonio de los Sauces, se concluye que, entre las barreras identificadas en los componentes del Programa Chagas giran en torno a los RRHH: RRHH de Información-Educación-Comunicación sin dedicación exclusiva (IEC), RRHH de Vectores insuficiente (Vectores), RRHH del servicio insuficiente (Laboratorio). Así mismo a los recursos económicos como ausencia de medios de Información-Educación-Comunicación para el componente (IEC), falta de material y equipo de trabajo (Vectores), falta de incentivos (Vectores), falta de coordinación con los otros componentes,

recursos económicos, equipamiento, materiales e insumos insuficientes que corroboran las barreras identificadas.

Al inicio del programa como centro piloto en el municipio, hubo mucha afluencia de la población a realizarse el diagnóstico, lo que actualmente no ocurre, se evidencio que no todos los usuarios se encuentran

registrados en expedientes clínicos, lo cual es una gran debilidad que a futuro puede traer problemas incluso de tipo legal. En la gestión 2015 a partir de junio a diciembre se diagnosticaron muchos usuarios con Chagas positivo, de los cuales pocos iniciaron tratamiento, de los pacientes que iniciaron tratamiento, más de la mitad abandonaron el tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guía para Personal de salud, Conocimiento y tecnica basica de IEC para actividades de educacion a la comunidad. (2010). Managua, Nicaragua.
2. OMS; La enfermedad de Chagas "tripanosomiasis americana". (03 de 2015). Recuperado el 13 de 02 de 2016, de Sitio web de OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs340/es/>
3. Briceño León, R. (2009). La enfermedad de Chagas en las Américas: una perspectiva de ecosalud. (71).
4. Campos, P., & Mercado, J. (2014). Seguimiento de chagas congénito en menores de 1 año nacidos de madres serológicamente positivas municipio de San Lucas, Mayo a Octubre gestión 2009. Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca; Facultad de Ciencias Químico Farmacéuticas y Bioquímicas, chuquisaca, sucre.
5. Canale, D., Martín García, M., & Spillmann, C. (s.f.). Programa Nacional de Chagas, Argentina. Guía para el control vectorial de la enfermedad de Chagas. Buenos Aires, Argentina.
6. Coa, R., & H Ochoa, L. (2008). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Ministerio de Salud y Deportes, La Paz, La Paz.
7. Gauna, D. F. (2014). Evaluación de la implementación del programa de cribado y diagnóstico de la enfermedad de chagas, en mujeres embarazadas latinoamericanas en una muestra de unidades de atención a la salud sexual y reproductiva catalunya 2010 2012. Barcelona.
8. Montero Irala, H. (2014). PEI SEDES chuquisaca 2015-2020. Sucre, Oropeza, Bolivia: SEDES Chuquisaca.
9. OMS, i. d. (1991). control de la enfermedad de chagas. OMS, Ginebra.
10. R., J., Cassab, A., Noireau, F., & Guillén, G. (1999). La enfermedad de chagas: conocimientos científicos al inicio del programa de control 1998-2002 (Primera ed.). La Paz, Bolivia: Ediciones Gráficas "E.G."

EVALUACION DE MANEJO DE CITOSTATICOS AL PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN PROTOCOLOS EN APLICACIÓN DE TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA A PACIENTES ONCOLÓGICOS, EN EL INSTITUTO CUPERTINO ARTEAGA

GARCIA Zelaya Reinalda¹

Recibido en 05/2018
Aceptado en 07/2018

RESUMEN

El objetivo de la investigación es conocer el grado de cumplimiento del manejo de citostáticos por parte del personal de enfermería a los pacientes oncológicos con tratamiento de quimioterapia. Para el desarrollo de la investigación se aplicaron instrumentos como ser: entrevistas al director del Hospital y la jefa de enfermeras para determinar la situación actual del Instituto en el manejo de fármacos citostáticos; se aplicaron también encuestas tanto al personal de salud como a los pacientes y para contrastar esta información se fueron aplicando a la par guías de observación. Entre los resultados se confirma que no tienen ni aplican protocolos sobre el manejo de citostáticos ya que es tan imprescindible, el cuidado de estos fármacos corrosivos y tóxicos para la salud del personal Enfermero, paciente y el mismo ambiente.

PALABRAS CLAVE

Evaluación; manejo de citostáticos; Enfermería; Paciente Oncológico.

SUMMARY

The objective of the research is to know the degree of compliance of the management of cytostatics by the nursing staff to cancer patients with chemotherapy treatment. For the development of the research, instruments were applied such as: interviews with the director of the Hospital and the head nurse to determine the current situation of the Institute in the handling of cytostatic drugs; Surveys were also applied to both health personnel and patients, and to verify this information, observation guides were applied to the pair. Among the results it is confirmed that they do not have or apply protocols on the management of cytostatics since it is so essential, the care of these corrosive and toxic drugs for the health of nurses, patients and the same environment.

KEYWORDS

Evaluation; handling of cytostatics; Nursing; Oncological Patient.

¹ Licenciada en Enfermería; alondra_r1974@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Según datos de la Organización Mundial de las Salud, el cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo; en 2012 hubo unos 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer. Se dice que dentro de 20 años los casos aumentaran en un 70%, el 2012 los Cánceres más diagnosticados en el sexo masculino fueron de pulmón, próstata, colon y recto, estomago e hígado. En el sexo femenino, fueron los de mama, colon y recto, pulmón, cuello uterino y estómago. Aproximadamente un 30% de las muertes por cáncer son debidas a cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol. Unas de las causas más importantes de la muerte a nivel mundial del cáncer en general es el consumo de tabaco en un 20% y un 70% cáncer de pulmón, en un 20% son causadas por virus como ser Papiloma Virus Humano, Virus de la Hepatitis B Y C. y estos casos generalmente se dan en países de ingreso bajo y medio como el nuestro. Se prevé que los casos anuales de cáncer aumentarán de 14 millones en 2012 a 22 millones en las próximas dos décadas. En Bolivia se observa que existe una prevalencia y factores de riesgos semejantes a los datos de nivel mundial y latino américa, en hombres entre adulto y jóvenes la prevalencia de consumo de tabaco es de 62.9%, consumo de frutas y

verduras no se observan cifras ni porcentajes, consumidores de alcohol 65%, actividad física no se observa cifras ni porcentajes, por Índice de Masa Corporal 10% y en el caso de mujeres la prevalencia de factores de riesgos entre adulto y jóvenes la prevalencia de consumo de tabaco es de 34.4%, consumo de frutas y verduras no se observan cifras ni porcentajes, consumidoras de alcohol 55%, actividad física no se observa cifras ni porcentajes, por Índice de Masa Corporal 27.1% y en el caso de muertes por cáncer en hombres un 17% de próstata, un 5% de pulmón, en el caso de las mujeres las muertes se dan 21% por cáncer cérvico uterino y un 8% cáncer de mama.

El cáncer del cuello uterino, es un problema de salud pública en Bolivia, porque de 100 mil mujeres, alrededor de 87 mujeres tienen en algún grado de cáncer del cuello uterino avanzado.

De acuerdo a la oficina de Registro Nacional del Cáncer del Ministerio de Salud, en Bolivia se estima, que cada año se diagnostican 2.618 mujeres con cáncer de cuello uterino, 2.006 personas con cáncer de mama, 816 de vesícula biliar, 442 de estómago y 374 con problemas de ovario entre otros.

En Sucre podemos ver una gran relación o comparación de prevalencia del cáncer a nivel general, de acuerdo a las ultimas noticias que se dieron en sucre el 16 de agosto del 2015 del Instituto Cupertino Arteaga, ese centro de salud por el gran

número de pacientes de Cancerología atiende diariamente a pacientes con cáncer de cuello uterino, que es la mayor patología, además de otros tipos de cáncer como mamas, piel, gástricos y otras patologías. El número de pacientes va en ascenso año tras año.

Al ser el cáncer una de las principales causas de morbi – mortalidad en la ciudad de Sucre, registrándose varios tipos de cáncer solamente en el Instituto Cupertino Arteaga, es de suma importancia tocar el tema también de los tratamientos oncológicos, entre los que se encuentra el tratamiento de quimioterapia (cistostáticos). Este tratamiento debe tener un manejo especial, al ser estos fármacos (compuestos químicos), corrosivos y tóxicos tanto para el personal enfermero como también para el paciente, y el medio ambiente, si es que no se administra y maneja de acuerdo a protocolos de manejo de citostáticos.

Se ha podido observar que el instituto no cuenta con personal suficiente (especialistas en el área oncológica) para la atención exclusiva y efectiva de los pacientes, la misma también no cuenta con la infraestructura adecuada para brindar los tratamientos correspondientes. De la misma manera al llevar a cabo un tratamiento oncológico específico a los pacientes, como es el caso de las quimioterapias, los tratamientos de citostáticos se preparan en la misma unidad donde es admitido el paciente. El objetivo de este estudio fue conocer el grado de cumplimiento de manejo de citostáticos por parte del personal de enfermería, según protocolos en

aplicación de tratamiento de quimioterapia a pacientes oncológicos, en el Instituto Cupertino Arteaga, Sucre, junio-agosto 2016.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo observacional descriptiva, mixta y transversal ya que se realizó una descripción basada principalmente en la observación del nivel de cumplimientos de cuidados enfermeros aplicados a pacientes en tratamiento de quimioterapia en el instituto Cupertino Arteaga.

Población y muestra

La población estuvo conformada por personal de salud de enfermería y pacientes con tratamientos quimioterapéuticos del Instituto Cupertino Arteaga. La muestra en el personal de Enfermería fue el total de la población, que asciende a un total de 8 enfermeras que trabajan en el instituto cubriendo los tres turnos establecidos. En el caso de los pacientes durante la realización del estudio se captaron siete pacientes recibiendo tratamiento de quimioterapia, los cuales conformaron los sujetos del estudio.

Técnica

Para la presente investigación se aplicó la entrevista, para recolectar información primaria, y así poder obtener datos reales y de suma importancia para la investigación, esta técnica se les realizó al personal de Salud Enfermero y a los pacientes que reciben tratamiento de quimioterapia. Así mismo se aplicó una

guía de observación con una lista de cotejo correspondiente al cumplimiento o no de las actividades.

RESULTADOS

Según los resultados de las entrevistas el INCA viene funcionando desde hace 69 años, esto es de conocimiento tanto por parte del director como por la Jefa de enfermeras y nace con la finalidad de brindar servicios especializados en oncología, como ser la detección, prevención y tratamiento de estas afecciones.

En cuanto a protocolos de cuidados enfermeros a pacientes con tratamientos de quimioterapia, las autoridades afirman que el hospital no cuenta con el protocolo.

Entre los resultados de las encuestas al personal de enfermería que trabaja en el INCA, se observa que el 13% son especializados en el área oncológica de enfermería, y el 87% del personal no tiene ninguna especialidad, pero son licenciadas en enfermería. El 50% tiene una antigüedad laboral de más de 12 años, el 25% tiene una antigüedad de entre 7 a 9 años, el 13%, tiene una antigüedad de entre 10 a 12 años, y solo el 12% tiene una antigüedad de entre 4 a 6 años. Estos resultados van de la mano con los resultados de las entrevistas donde se afirma que el personal no es

especializado pero que si se cuenta con varios años de experiencia.

En la tabla 1 se puede observar que casi en todas las fases y procesos de cuidados y tratamientos oncológicos que brinda el personal de salud, la mayoría de las enfermeras responde que siempre realizan esos procedimientos. Son solo algunas las enfermeras que responden que no siempre cumplen a cabalidad con cada uno de los procedimientos de las fases y procedimientos para los cuidados enfermeros de los pacientes con tratamiento oncológico. Estos procedimientos generalmente recaen en realizar una evaluación del procedimiento que aplicó, vigilar los efectos del tratamiento que se aplicó, prestar atención a los cambios fisiológicos que presenta el paciente, identificar la localización del dolor, realizar la valoración al paciente y elaborar un diagnóstico de enfermería.

En cuanto al trato y cuidado humanísticos que brinda el personal de enfermería, aseguran que brindan información tanto al paciente como a los familiares sobre el tratamiento que están recibiendo, pero al momento de brindar apoyo psicológico y emocional, no todos brindan este apoyo, en cuanto al seguimiento a los estados de ánimo del paciente durante el tratamiento, ninguna de las enfermeras realiza este seguimiento.

TABLA 1. Fases y procesos que realiza el personal enfermero en el Instituto de Cancerología Cupertino Arteaga, Sucre, 2016.

FASES Y PROCESOS	Siempre	Algunas veces	Nunca
Toma en cuenta el diagnóstico médico del paciente para dar el cuidado de enfermería	8	0	0
Elabora el diagnóstico de enfermería	2	4	2
Toma en cuenta la atención al paciente	8	0	0
Cuenta con material necesario para llevar a cabo el tratamiento	6	1	1
Estándares de proceso			
Realiza la valoración al paciente	4	2	2
Propicia la confianza necesaria al paciente	7	1	0
Identifica la localización de dolor	6	2	0
Emplea escalas de valoración del dolor	7	0	1
Presenta atención a los cambios fisiológicos que presenta el paciente	5	2	1
Reporta al médico de los datos del dolor	6	1	1
Trato del paciente			
Proporciona información tanto al paciente como a los familiares sobre el tratamiento	7	1	0
Brinda apoyo psicológico y emocional.	8	0	0
Vigila los estados de ánimo de los pacientes durante el tratamiento.	5	3	0
Estándares de resultado			
Realiza el procedimiento de acuerdo a los cinco correctos	7	1	0
Tiene información sobre la técnica que realiza	8	0	0
Se siente seguro al realizar el tratamiento	8	0	0
Realiza una evaluación del procedimiento aplicado	5	3	0

Fuente: elaboración propia

En la tabla 2 se muestra los resultados de la encuesta en general a los pacientes que reciben atención en el INCA, donde se observa que califican como indiferente el cuidado que reciben por parte del personal de enfermería, siendo sólo algunos de los procesos que cumplen y saben de sus funciones, pero existen otros procesos que son descuidados casi totalmente.

En cuanto al dominio técnico profesional el personal enfermero es calificado con un puntaje promedio de 3.6 lo que quiere decir que los pacientes están de acuerdo con

que la mayoría del personal de enfermería tiene un buen dominio técnico profesional. En cuanto al dominio de la confianza, el personal tiene una calificación promedio de 3.0, lo cual significa que según los pacientes el personal es muy indiferente con los pacientes, y no les brindan la confianza necesaria. Para el dominio Educacional el personal enfermero recibe una calificación promedio de 3.7, lo que representa que los pacientes están de acuerdo con el personal de enfermería tiene una buena educación profesional.

TABLA 2. Opinión de los pacientes sobre los cuidados del personal de Enfermería, Sucre, 2016.

DOMINIOS	Promedio
Dominio técnico profesional	3.6
El personal atribuye con gran importancia a seguir las indicaciones médicas	4,3
El personal enfermero es desorganizado	3,4
Dan muy buenos consejos	3,4
Saben de lo que el doctor está hablando	4,0
Son muy lentos al hacer los procedimientos	3,1
No realizan sus funciones de manera correcta	3,4

Son habilidosos para ayudar al médico en los procedimientos	3,4
Dominio confianza	3.0
Deberían ser más atentos	2,1
Son personas agradables	4,4
Se siente cómoda(o) con ellos	4,0
Deberían ser más agradables	1,7
Deberían ser más empáticos	2,1
Son comprensivos	3,9
No tienen mucha paciencia	2,6
No se puede conversar con ellos	2,9
Dominio educacional	3,7
Cuando la enfermera le explica sobre su enfermedad lo entiende	3,7
Explican las cosas en un lenguaje simple	4,1
Sería bueno que nos dieran más información sobre nuestra situación	1,6
Proveen orientaciones cuando son necesarias	4,0
Siempre dan explicaciones suficientes.	3,3
Promedio general	3.4

Fuente: elaboración propia

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos o investigación el instituto Cupertino Arteaga no cuenta con una infraestructura adecuada, unidad específica para el tratamiento de citostáticos y menos con los instrumentos necesarios, como ser la campana de flujo laminar y otros materiales de bioseguridad para los mismos que son tan indispensables.

Al caracterizar al personal enfermero del INCA, se puede concluir que el personal enfermero tiene bastantes años de experiencia, lo que les beneficia en cuanto a brindar los cuidados oncológicos, pero no cuentan con la especialización en la rama de oncología y al ser Instituto un hospital de tercer nivel, se hace necesario que su personal este especializado específicamente en la rama oncológica.

En la actualidad el personal de enfermería desarrolla sus actividades laborales en condiciones precarias, no cuentan a

cabalidad con el material de bioseguridad para el manejo de los citostáticos y la especialidad en la rama oncológica. Por lo tanto, el personal de enfermería no desarrolla el tratamiento de quimioterapia, y el manejo de citostáticos bajo una norma o reglamento según protocolos, recalando que tampoco el instituto cuenta con un protocolo específico para el manejo de citostáticos. Esto desemboca en un riesgo para la salud, tanto del personal de enfermería, como para el paciente y el medio ambiente en el que se desarrolla.

Los cuidados enfermeros que brinda el personal de enfermería a los pacientes en el instituto Cupertino Arteaga a nivel de calidez percibido por los pacientes es indiferente y en cambio a nivel de calidad en sus procedimientos, los pacientes calificaron como satisfactorios en cuanto al tratamiento que reciben.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. "Attitudes to Chemotherapy: Comparing Views of Patients with Cancer with Those of Doctors, Nurses, and General Public. | the Bmj". Accedido 28 de enero de 2016. <http://www.bmj.com/content/300/6737/1458?variant=abstract>.
2. "Aseguran que colapsaron las instalaciones del Instituto de Cancerología 'Cupertino Arteaga' en Sucre". Accedido 2 de febrero de 2016. <http://tierraplus.com.bo/Bolivia/Sociedad/Aseguran-que-colapsaron-las-instalaciones-del-Instituto-de-Cancerologia-Cupertino-Arteaga-en-Sucre/>.
3. Informe mundial sobre el cáncer 2014, IARC de Martel C, Ferlay J, Franceschi S, et al. Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis. *The Lancet Oncology* 2012; 13: 607-615.
4. Protocolo consensuado de manipulación, administración y tratamiento de complicaciones físicas de los fármacos citostáticos; Hospitales Virgen de la Luz Cuenca; mayo 2005; investigación en web, disponible en: http://www.hvluz.es/docs/proto_manipulacion.pdf; accedido en mayo del 2016.
5. Arizábal Moreno Maura J.; Cuidados paliativos del paciente oncológicos; 2º Edición; Editorial visión Libros; Madrid España; 2011.
6. Cuidados de enfermería durante la sesión de quimioterapia; artículo en web, disponible en: <http://medicarteoncologia.com/cuidados-de-enfermeria-durante-la-sesion-de-quimioterapia/>, consultado en mayo del 2016
7. Cisneros G., Fanny; Modelos y teorías de enfermería; Universidad Del Cuaca, Programa de Enfermería Fundamentos de Enfermería; marzo del 2005.
8. De la Torre Gálvez Isabel, Cobo Dols Manuel Ángel, Maleo Rodríguez teresa, Vicente Peralta Luz Inmaculada; Cuidados enfermeros al paciente oncológico; Editorial Vértice; España; 2008.
9. Cabello Korrodi Marjorie; Comunicación y relación enfermera – paciente; Escuela de enfermería de la Cruz Roja; investigación en web, disponible en: <http://es.slideshare.net/mandapioce/comunicacion-y-relacion-enfermera-paciente>; consultado en marzo del 2016.
10. Meza Galván Miguel A.; humanismo en enfermería; investigación en web, disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092i.pdf>: consultado en abril del 2016
11. Gracia, García Julián, Protocolo de cuidados de enfermería al paciente sometido a cateterismo diagnóstico y terapéutico; Complejo Hospitalario Universitario Albacete; investigación en web, disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/f529d555a2540c7c48e6f7823693b272.pdf>; consultado en junio del 2016
12. Campero, Fernando; Bolivia en el siglo XX: la formación de la Bolivia contemporánea. La Paz: Harvard Club de Bolivia. ISBN 99905-0-018-5.; 1996

13. UNFPA, Bolivia; cáncer de Cuello Uterino; Investigación en web, disponible en: <http://bolivia.unfpa.org/content/cancer-de-cuello-uterino>; consultado en julio del 2016
14. Organización Panamericana de la Salud; Calidad en atención y seguridad del paciente; Organización Mundial de la Salud; investigación en web, disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3412%3A2010-calidad-atencion-seguridad-paciente&catid=1530%3Apatient-safety&Itemid=1557&lang=es; consultado en junio del 2016.
15. Díaz F. Marcela E.; Enfermería oncológica: estándares de seguridad en el manejo del paciente oncológico; Revista Médica Clínica Las Condes; artículo en web, disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013702098>; consultado junio del 2016
16. Manejo de citostáticos, Calidad Hosla; investigación en web, disponible en: <https://sites.google.com/site/calidadhosla/home/indice-general-protocolos/manejo-citostaticos>; consultado en julio del 2016.
17. Buedo Gracia López; Citostáticos en el hospital; Manejo y precauciones; Artículo científico; diplomado en Enfermería; 1998.

INSTRUCCIONES PARA AUTORES

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES

Nombre y apellidos. Los autores deben seguir el formato de Apellido en Mayúscula y Nombre (primera letra mayúscula) separados por guión. Si son varios autores separados por coma.

Ejemplo: APELLIDO – Nombre, APELLIDO – Nombre.

Correspondencia. Se debe incluir el nombre y la dirección completa del autor responsable para intercambiar correspondencia.

Institución. Se pueden incluir hasta tres jerarquías de la institución que pertenece (por ejemplo, Carrera, Facultad, Universidad).

Formato del documento

- Formato de archivo: Word.
- Tamaño de papel: carta (21.6 cm x 27.9 cm).
- Márgenes: superior, inferior y laterales de 2,5 cm
- Fuente: Arial 12 en todo el texto, archivo escrito en formato doc, docx, o .rtf
- Espacio: 1.15 en todo el documento excepto en las tablas, que deben tener un espaciado sencillo.
- Resaltados: Utilizar cursiva para los resaltados. No se permite en el texto: negrita, subrayado, palabras en mayúsculas, marcadores de MS Word
- Número de palabras: Artículos originales y revisión: 5000 palabras.
- Evitar notas de rodapié, excepto en caso imprescindible.

Tablas

- Hasta 5 elementos entre tablas y figuras, que contienen un título informativo, claro y completo, ubicado encima de la tabla, que indica lo que se pretende representar en ella. Contiene: participantes del estudio, variables, ubicación y tiempo de recolección de datos.
- Letra arial, tamaño 10, interlineado simple.

PREPARACIÓN DEL ARTÍCULO

Estructura

- Título del artículo
- Autores
- Resumen
- Palabras clave
- Introducción
- Método
- Resultados
- Discusión
- Conclusiones
- Referencias

TÍTULO

Título del trabajo. (en letras mayúsculas y minúsculas). El título debe ser conciso pero informativo, ya que es frecuentemente usado para hacer índice por materias, éste no deberá exceder el número de 15 palabras. No debe incluir abreviaciones, acrónimos, formulas químicas y ubicación geográfica.

RESUMEN

Un párrafo simple que no exceda las 200 palabras, debe indicar clara el objetivo de la investigación, los procedimientos básicos, es decir el método, los principales resultados y las conclusiones más importantes. Debe ser evidente para alguien que no ha leído el texto.

PALABRAS CLAVE

2 a 4 términos claves para permitir que el manuscrito sea puesto en un índice apropiadamente. Estos términos deben aparecer debajo del resumen. Se pueden utilizar palabras solas o términos compuestos (ej.: atención primaria, síndrome de Burnout, Hipertensión), se recomienda la utilización del Tesauro de Enfermería de la OPS

INTRODUCCIÓN

Esta sección plantea el propósito del artículo sin un despliegue extensivo del tema, define claramente el tema estudiado, destacando su importancia y las brechas del conocimiento. Incluir referencias actualizadas y nacionales e internacionales. Describir el (los) objetivos (s) del estudio al final de esta sección.

MÉTODOS

Describe los procedimientos utilizados en forma breve, pero con suficiente detalle para que otros investigadores puedan reproducir los resultados.

La sección Métodos debe incluir información precisa sobre el tipo de estudio, ubicación, periodo, población, criterios de inclusión y exclusión, muestra, variables del estudio, forma de recolección de datos, organización y análisis de datos y aspectos éticos.

RESULTADOS

Los resultados deben ser descritos en esta sección sin discusión de sus significados o comparaciones, señalar al lector clara y exactamente lo que fueron sus resultados.

Pueden ser expresados en tablas o en figuras cuando sea estrictamente necesario, pero los mismos datos no debe ser reportados bajo las dos formas. El texto contempla los datos importantes y no repite lo que describen las tablas y figuras.

DISCUSIÓN

Esta sección debe enfatizar los aspectos nuevos e importantes del estudio, realizando su comparación y contraste de los resultados con otros estudios, y proporcionar los posibles mecanismos o explicaciones de los resultados obtenidos e indicar si los resultados obtenidos proporcionan una respuesta a las preguntas o apoyan la hipótesis planteada. Cabe destacar que los resultados negativos pueden aportar igualmente conclusiones útiles y merecen por ello publicarse, siempre que hayan sido obtenidos a través de experimentos que fueron cuidadosamente diseñados y realizados. Deberá incluir referencias.

CONCLUSIONES

Describir claramente las conclusiones a las que se llegaron con el estudio, este debe responder a los objetivos planteados previamente, restringiéndose a los datos encontrados. No citar referencia y no repetir los resultados.

RECONOCIMIENTOS. Especificar el apoyo de fondos económicos. Mencione sólo aquellos individuos que han hecho contribuciones substanciales al estudio y quienes estén de acuerdo en ser nombrados.

REFERENCIAS

Se aplicará a las referencias bibliográficas y de citas, las normas Vancouver.

Formato de las citas en el texto

- Números arábigos, superíndices y entre paréntesis. Por ejemplo, (12).
- Ordenado consecutivamente, sin saltar referencia.
- Citas de referencias secuenciales: separadas por guiones en lugar de comas, sin espacios entre ellas. Por ejemplo, (1-2), (4-5), (5-9).
- Citas de citas interpoladas: separadas por comas, sin espacios entre ellas. Ej. (8,14), (10,12,15).

Formato de las referencias al final

- Sin límite máximo ya que todos ellos son apropiados para el texto y con enlace de acceso a la verificación de texto.
- Referencias con más de 6 autores: seis primeros seguidos de et al.
- Citar la versión del documento en inglés si se tiene disponible.
- Insertar DOI o enlace de acceso en todas las referencias.
- Evitar en lo posible referencias obsoletas o inaccesibles a la comunidad científica (literatura gris) (excepto las esenciales). Literatura gris son libros, tesis, monografías, manuales, normas y legislación, etc.