

ISSN Impreso 2664-5114
Virtual 2664-5742



**Revista científica oficial
de la Facultad de Ciencias Químico Farmacéuticas y Bioquímicas**

Vol.1 N°1 enero - junio 2018





Revista científica oficial de la Facultad
de Ciencias Químico Farmacéuticas y Bioquímicas

CREADA EN 2018
UNIVERSIDAD MAYOR, REAL Y PONTIFICIA DE SAN FRANCISCO XAVIER DE CHUQUISACA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICO FARMACÉUTICAS Y BIOQUÍMICAS

 C. Dalence N°51 Sucre, Bolivia  591-4-6452504  www.usfx.bo <https://farbio.usfx.bo/>  bioscientia@usfx.bo

DIRECTORIO DE LA REVISTA

MSc. Ana Sirley Calderón Flores
DECANA FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICO FARMACÉUTICAS Y BIOQUÍMICAS

MSc. Myriam Sofía Corrales Corrales
DIRECTORA CARRERA DE BIOQUÍMICA Y BIOLOGÍA

MSc. Nelly Morales Barroso
DIRECTORA CARRERA DE QUÍMICA FARMACÉUTICA

MSc. Scarley Martínez Pérez
EDITORA EN JEFE

EQUIPO DE APOYO

MSc. Guillermo Calvo Ayaviri
ESTILO DE REVISIÓN

Ing. David Mamani
SOPORTE TÉCNICO

Bio Scientia es una publicación académica científica semestral de la Facultad de Ciencias Químico Farmacéuticas y Bioquímicas de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca que publica contribuciones originales relacionadas con la salud pública en general y con las disciplinas de Bioquímica, Químico Farmacéutica y Biología en cualquiera de sus ámbitos de desempeño.

FORMATOS

Bio Scientia, se encuentra disponible en formato físico, con tiraje de 250 ejemplares para el presente número y volumen y en formato virtual en revistas.usfx.bo

ISSN IMPRESO: 2664 - 5114 ISSN VIRTUAL: 2664 - 5742

Vol.1 N°1, junio 2018

Periodicidad: semestral

Sucre, Bolivia



COMITÉ CIENTÍFICO

| | |
|--------------------------------------|--|
| José Ramón Alonso Peña PhD | Universidad de Salamanca España |
| Sarah Sullivan MPH | Touro University California EEUU |
| Alvaro Padilla Omiste PhD | Escuela Militar de Ingeniería Bolivia |
| José Manuel Saiz Alvarez PhD | Tecnológico de Monterrey México |
| Jenny Virginia Durán Pérez PhD | Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca Bolivia |
| Thania Mila Castillo Vladislavic MSc | Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca Bolivia |
| María Adela Patricia Poppe López MSc | Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca Bolivia |
| Jenny Flavia Verónica Auza Navía MSc | Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca Bolivia |
| Renzo Vargas Rodriguez PhD | Universidad La Serena Chile |
| Rodrigo Zarate Bladés PhD | Universidad Federal de Santa Catarina Brasil |

COMITÉ ARBITRAL

Universidad Nacional de Chile - Chile
BACG, PhD
HDRA, PhD

Universidad de Salamanca - España
ILG, PhD
JMC, PhD

Universidad de Valencia - España
ECM, PhD

Universidad Mayor de San Simón - Bolivia
OAG, PhD

Universidad Mayor San Andrés - Bolivia
CRA, PhD
ACG, MSc

Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca - Bolivia
SRM, MSc.
MEPM, PhD.
IRM, PhD
JCB, MSc

Contenido

| | |
|---|----|
| PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES BIOQUÍMICOS RESPECTO A LA AUDITORIA EN EL DIAGNOSTICO LABORATORIAL | 1 |
| OLIVERA Norha, ECHALAR R. Jhean Carla | |
| FRECUENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN PACIENTES GESTANTES | 6 |
| CORDERO Quispe Magdalena Dalma; FLORES Llanes Bety | |
| PREVALENCIA DE ARTRITIS REUMATOIDEA EN PACIENTES ASEGURADOS A LA CAJA NACIONAL DE SALUD..... | 10 |
| MENDOZA, Orosco Víctor Hugo; DAZA, Téllez Jeanet | |
| PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS SOBRE CALIDAD DEL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA..... | 15 |
| GIRÓN CH. Ariel Nadim | |
| CONOCIMIENTO, ACTITUDES, PRÁCTICAS Y PERCEPCIÓN SOBRE LA TUBERCULOSIS, EN PACIENTES AFECTADAS POR LA ENFERMEDAD | 23 |
| MARTINEZ P. Scarley, NINA M. Abigail Roxana | |
| INSTRUCCIONES PARA AUTORES | 34 |
| CÓDIGO ÉTICO | 36 |
| FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES..... | 39 |
| FORMULARIO DE ORIGINALIDAD..... | 40 |
| FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN..... | 41 |

PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES BIOQUÍMICOS RESPECTO A LA AUDITORIA EN EL DIAGNOSTICO LABORATORIAL

PERCEPTION OF BIOCHEMICAL PROFESSIONALS REGARDING THE AUDIT IN THE LABORATORY
DIAGNOSIS

OLIVERA Norha, ECHALAR R. Jhean Carla,
*Universidad San Frncisco Xavier de Chuquisaca, Facultad de Ciencias Químico Farmacéuticas y Bioquímicas,
Carrera de Bioquímica.
Jheancarlaer@gmail.com
Sucre, Bolivia*

Recibido en 13 de abril de 2018
Aceptado en 25 de mayo de 2018



Resumen

El presente trabajo de investigación tuvo el objetivo de valorar la necesidad que existe en crear instrumentos específicos para la auditoria en casos de negligencia en el sector Bioquímico. La muestra comprende a Bioquímicos responsables de laboratorios de la ciudad de Sucre. El 60% de los participantes alguna vez cometió errores en el laboratorio y el 97 % identifico uno, el 70% de los errores se cometen en el reporte de los resultados, el 55 % de los errores cometidos terminaron en una queja, de ellas el 30% provienen de los médicos, 20% corresponde al paciente, apenas un 5% corresponde a una queja formal de dirección del hospital. Si bien el 95 % afirma que existe la necesidad de crear instrumentos específicos en casos de negligencia en laboratorios, ninguno reportó algún error de su servicio que termin en denuncia ante el ministerio público. Si bien existe la necesidad de crear instrumentos específicos de auditoria en caso de negligencia para el sector bioquímico, primero es necesario que los laboratorios cuenten con Gestión de Calidad. Respecto al tipo penal y sus sanciones, los administradores de justicia indican que los casos son pocos o casi nulos en relación a las denuncias de negligencia por sector médico.

Palabras clave: Auditoria en Laboratorio, negligencia, errores de laboratorio

Abstract

The present research work aimed to assess the need to create specific instruments for auditing in cases of negligence in the Biochemical sector. The sample includes Biochemists responsible for laboratories in the city of Sucre. 60% of the participants once made mistakes in the laboratory and 97% identified one, 70% of the mistakes are made in the report of the results, 55% of the mistakes made ended up in a complaint, of which the 30% come from doctors, 20% corresponds to the patient, only 5% corresponds to a formal complaint of hospital management. Although 95% affirm that there is a need to create specific instruments in cases of negligence in laboratories, none reported any error in their service that ended in a complaint before the public prosecutor. Although there is a need to create specific audit instruments in case of negligence for the biochemical sector, it is first necessary that laboratories have Quality Management. Regarding the criminal nature and ITS sanctions, the administrators of justice indicate that the cases are few or almost null in relation to allegations of negligence by medical sector.

Keywords: Laboratory Audit, negligence, laboratory errors

Introducción

En el contexto actual de Bolivia, se puede evidenciar que en los últimos años se ha prestado mayor importancia a los errores producido por el sector salud, Cada semana en Bolivia hay tres denuncias de muertes o lesiones de pacientes por mala praxis, según datos del Comité de Víctimas de Negligencia Médica, de estos, solo el 5% ha tenido resolución legal favorable a las víctimas y se sabe que al menos cuatro casos concluyeron con sentencias condenatorias. Tomando en cuenta este dato, desde la perspectiva del usuario externo de salud se podría afirmar que los casos de negligencia han aumentado y que existe un 95 % de ellos que no fueron resueltos, en cambio desde la perspectiva del usuario interno de salud se podría asegurar que 5 % realmente fueron casos de negligencia y el restante 95 % denuncias sin fundamento legal. En todo caso el personal de salud se siente vulnerable ante las nuevas normativas y proyectos de ley respecto a la negligencia en salud, y como consecuencia cada profesional tiende a “cuidar sus accionar”. Aunque en principio la responsabilidad total en casos de negligencia médica caía sobre el personal médico, ahora este sector, como es lógico, tiende a deslindarse de responsabilidades (1), es por eso que los profesionales de salud de otras ramas han elaborado sus propios instrumentos de auditoria en casos de negligencia médica y otros están en el proceso de hacerlo. Pero en nuestro país no es el caso del sector bioquímico, no existe ninguna normativa y mucho menos instrumentos para que puedan ser auditados, la Jefatura de Laboratorio dependiente del Servicio Departamental de Salud cuenta con instrumentos de evaluación y acreditación para laboratorios. Esto seguramente por la complejidad ya que cada metabolito y pruebas de diagnóstico laboratorial tiene su propio protocolo de procesamiento y análisis de la

muestra, muchas prueban tienen su rango aceptable de variación en cuanto a la exactitud y precisión, otras tienen limitaciones respecto a la sensibilidad y especificidad. Las auditorias en casos de mala praxis de un bioquímico, se podrían centrar en las tres fases generales y comunes del diagnóstico en laboratorio, que corresponden a la fase pre-analítica, fase analítica y la post-analítica.

Si bien el laboratorio clínico es un servicio de salud que desde su concepto general se refiere a todo un equipo de profesionales capacitados en el diagnóstico clínico a través del análisis de diversas muestras biológicas que como resultado brindan parámetros de diagnóstico certeros, base para la profilaxis, diagnóstico, tratamiento, control de enfermedades y es uno de los servicios de salud que por sí solo aporta datos estadísticos sobre prevalencia de enfermedades utilizados en la salud pública. El concepto de diagnóstico bioquímico se encuentra limitado a solo diagnóstico de muestras biológicas, en sí, se parece olvidar que cada muestra proviene de un paciente, traduciéndolo a una persona con sus propias características socio culturales y económicas, estado de salud, estado de ánimo, estrés, preocupaciones, etc. y por otro lado está la calidad de equipamiento, infraestructura e insumos que se le brindan al profesional Bioquímico para que realice su trabajo.

En Bolivia no existen instrumentos para el peritaje de mala praxis para un profesional bioquímico, incluso a nivel nacional hasta 2018 no se ha podido realizar la acreditación de los Laboratorios, según las normas establecidas por los servicios departamentales de salud. Las inspecciones o auditorías a los laboratorios son más de carácter preventivo, incluyen uso de normas de bioseguridad, uso de reactivos en fechas vigentes, las documentaciones requeridas para el funcionamiento, entre algunas que se pueden mencionar. Muchas de las denuncias que van

encontrar de los profesionales del laboratorio, se centran principalmente en el trato al paciente, considerando que las políticas gubernamentales han realizado un cambio, incluyendo políticas de no discriminación, trato digno, que implica el respeto a sus usos y costumbres, de alguna manera continua el trato preferencial a cierto tipo de pacientes, ejemplo, por parentesco, amistad, influencia de jerarquía, condición social y toda situación de privilegio; otras denuncias van en el sentido de la no coherencia de los resultados con la clínica médica, y muchas otras más en la no coincidencia de reportes entre resultados de diferentes laboratorios (2,3).

El profesional bioquímico, como cualquier profesional de salud va en la búsqueda de la perfección de su diagnóstico, la institución donde trabaja, la situación económica del país y la falta de coordinación con el área médica, enfermería y otros servicios administrativos no le brindan las condiciones necesarias que requiere para el desempeño de sus funciones. Las nuevas leyes y su difusión en medios sociales hacen que la población lo considere como un generador de resultados de muestras biológicas, que no se le permite equivocación, pero el avance en las investigaciones nos muestran que existen muchos factores relacionados al paciente, como los factores genéticos, determinantes sociales que afectan de gran manera a la calidad de la muestra, también no contar con el equipamiento necesario y reactivos garantizados hace que no se tengan resultados confiables. Es un inconveniente al momento de pretender reportar resultados que sean cien por cien fidedignos, todo lo anteriormente mencionado nos lleva a evaluar la necesidad que se tiene de crear instrumentos para la auditoría.

En un trabajo publicado en 1997, Mario Plebani y Paolo Carraro sostenían que el foco del control de calidad se centraba hasta entonces principalmente en las actividades

analíticas del laboratorio clínico. Sin embargo, la tarea del laboratorio comienza en el momento de la recepción de la solicitud médica y abarca todos los procedimientos que se desencadenan desde entonces hasta la entrega del resultado al médico. No debe descuidarse por lo tanto, buscando oportunidades de mejora de la calidad, el seguimiento de las fases preanalítica y postanalítica. De hecho, diferentes autores han encontrado que la frecuencia de errores en estas fases es mayor que en la analítica. Al respecto, Pierangelo Bonini y colaboradores revisaron los resultados encontrados en la bibliografía en un período comprendido entre enero de 1994 y junio de 2001, reportando un promedio de 55% del total de errores para la fase preanalítica. Por lo general todos los instrumentos que se tienen disponibles van en el sentido de hacer una vigilancia en el mismo proceso del desempeño profesional como la auditoría clínica para vigilar y reducir la magnitud de errores analíticos en el Laboratorio y respecto a instrumentos en casos de negligencia por parte del personal bioquímico, no se pudo encontrar mucha información en la bibliografía al respecto, las que existen se refieren a casos de errores, manejo de incidentes y no conformidades en el laboratorio clínico, con protocolos e instrumentos internos del laboratorio (4,5).

Evaluación y Auditorías en laboratorios

Una evaluación puede definirse como el análisis sistemático de una parte (o a veces la totalidad) del sistema de gestión de la calidad para demostrar a todas las personas interesadas que el laboratorio cumple con los requisitos reguladores, de acreditación de los usuarios externos. Los laboratorios de nivel central normalmente están familiarizados con los procesos de evaluación, puesto que la mayoría se habrá sometido a algún tipo de análisis por parte de un grupo externo. No obstante, los laboratorios de nivel intermedio

o periférico de los países con pocos recursos quizá no se evalúen muy a menudo. Las normas aceptadas, ya sean internacionales, nacionales, locales o de organizaciones de acreditación, constituyen la base de la evaluación del laboratorio (6,7).

En este sentido, la evaluación está interrelacionada con las normas y la acreditación. En una evaluación, una persona formula las siguientes preguntas:

1. ¿Qué procedimientos y procesos se están siguiendo en el laboratorio?
2. ¿Qué se está haciendo?
3. ¿Los procedimientos procesos actuales cumplen con las políticas procedimientos escritos?
4. ¿hay políticas y procedimientos escritos?
5. ¿Son conformes las políticas y procedimientos escritos a las normas, reglamentaciones y requisitos?

Las evaluaciones se realizan de varias formas y bajo muchas circunstancias diferentes. Las normas de la Organización Internacional de Normalización (ISO) son muy específicas en cuanto a los requisitos de las evaluaciones y el término “auditoría” se utiliza en lugar de “evaluación”.

Los términos podrán considerarse intercambiables el uso local determinará la terminología real necesaria. La definición de la ISO para auditoría es “proceso sistemático, independiente documentado para obtener pruebas y evaluarlas de forma objetiva con el fin de determinar hasta qué punto se cumplen los criterios necesarios”. Una evaluación o auditoría permite al laboratorio conocer su nivel de rendimiento en comparación con una referencia o norma. Toda brecha o no conformidad en el rendimiento puede poner de manifiesto si las políticas y procedimientos que ha establecido el laboratorio requieren

revisión o no se están siguiendo. El laboratorio necesita esta información sobre su rendimiento para planificar e implementar el sistema de la calidad supervisar la eficacia del sistema de la calidad y corregir las deficiencias que se hayan identificado y trabajar hacia la mejora continua. Las evaluaciones que realizan los grupos o las agencias externas al laboratorio se llaman auditorías externas. Pueden ser evaluaciones para fines de acreditación, certificación o licencia. Otro tipo de evaluación que pueden utilizar los laboratorios es la auditoría interna, en la que el personal que trabaja en una zona del laboratorio realiza evaluaciones en otra zona del mismo laboratorio. Esto facilita información rápida y fácilmente sobre el rendimiento del laboratorio y si es conforme a los requisitos de la política (8,9,10).

Métodos

Se realizaron encuestas a 64 laboratorios de la ciudad de Sucre Bolivia. La muestra consta de 54 laboratorios de la Ciudad de Sucre, calculados con un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 5 %

Se realizaron entrevistas semiestructuradas 8 jueces, la elección de los entrevistados fue de acuerdo a la voluntariedad de participar en el estudio.

Consideraciones éticas. Los participantes del estudio firmaron un consentimiento informado.

Análisis estadístico: Se trata de un análisis descriptivo

Resultados

Gráfico 1

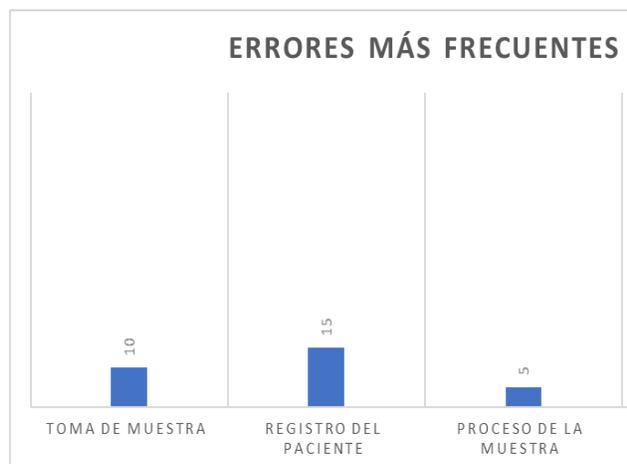


Gráfico 2

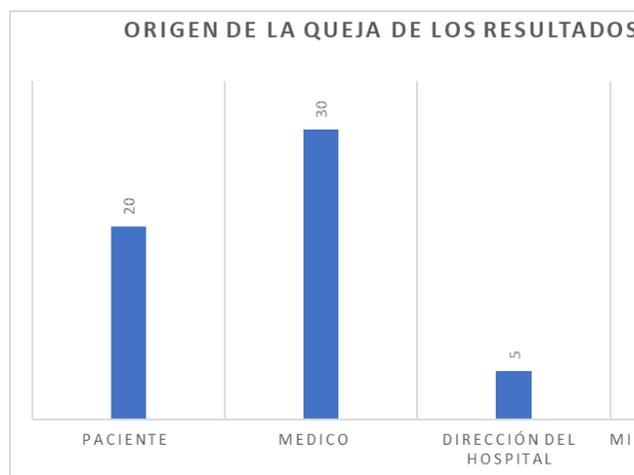
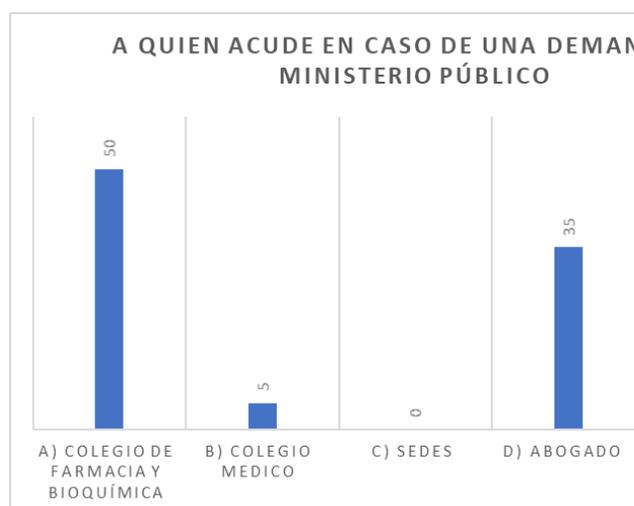


Gráfico 3



Discusión

El trabajo de investigación nos muestra, que si existe una percepción de vulnerabilidad del sector bioquímico, pero quizás en una percepción que todo el personal de salud, en relación al sector médico se puede considerar más protegido, por el mismo hecho de la complejidad de los protocolos, las limitaciones de las pruebas de laboratorio, que si bien son instrumentó para el diagnóstico de certeza, por si solas no podrían dar un diagnóstico clínico y por otro lado no son el único instrumentó que utiliza el médico. Obviamente ante un resultado errado se podrían involucrar a muchas personas, desde quien tomo la muestra, los proveedores, la sobresaturación de muestras, etc. y así ir diluyendo las responsabilidades. Pero al final la firma que respalda el resultado del reporte es muchas veces la que determina la responsabilidad del error ante la ley

Conclusiones

El 60% de los participantes alguna vez cometió errores en el laboratorio y el 97 % identifico uno, los errores más frecuentes se los comete en el reporte de los resultados con un 70%, a diferencia de otros países que indican que los errores se comenten en la toma de muestra, esto seguramente porque a diferencias de ellos, la mayoría de los bioquímicos se encarga del reporte escrito del resultado ya que no se cuenta con personal administrativo para este efecto. El 55 % de los errores cometidos terminaron en una queja formal, Las quejas formales las cuales provienen de los médicos son un 30% seguidas de 20% que corresponde al paciente, otra gran diferencia del sector médico en caso de errores, es que apenas un 5% tiene queja formal de dirección del hospital y no existe al parecer quejas ante el ministerio público. Si bien el 95 % afirma que existe la necesidad de crear instrumentos específicos

en casos de negligencia en laboratorios, ninguno reporto que algún error de su servicio terminara en denuncia ante el ministerio público.

Haciendo una valoración subjetiva en base a los resultados obtenidos, se puede afirmar que si bien existe la necesidad de crear instrumentos específicos de auditoria en caso de negligencia para el sector bioquímico, esta necesidad no es determinante, ya que respecto al tipo penal y sus sanciones, los jueces indican que los casos son pocos o casi nulos en relación

a los de negligencia en el sector médico y que en el caso de que se diera se solicitaría la opinión de un perito en el tema, existe desconocimiento de cómo debe ser el procedimiento del diagnóstico laboratorial y cuales las limitaciones de los instrumentos que se utilizan, aunque afirmaron que el reporte del resultado y la firma del responsable podrían ser las únicas evidencias necesarias, más la confirmación del error por otros laboratorios, sin tomar en cuenta las limitaciones de los equipos y pruebas.

Bibliografía

1. Burgos Portillo Roxana Bernardet. LA RESPONSABILIDAD MÉDICA. Rev. Méd. La Paz, 2014; 20(2): 3-4. Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200001&lng=es.
2. Fuente-Del-Campo Antonio, Rios-Rufz Alma. El ejercicio de la Medicina y su entorno legal. Cir. plást. iberolatinoam. 2018 Jun;44(2): 123-130. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922018000200002&lng=es.
3. Escalona Veloz Rafael. Crítica al artículo "Repercusión social de iatrogenias por el uso de recursos de diagnóstico en el laboratorio clínico". MEDISAN, 2012, Jun; 16(6): 829-831. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000600001&lng=es.
4. Gálvez Cabrera Elisa, Gálvez Cabrera Marta, Santiesteban Díaz Marisel, Morales Ponce Leonel. Criterio profesional acerca del error médico. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998 Feb ; 14(1): 32-37. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000100005&lng=es.
5. Donayre Pierina Cecilia, Zeballos Holger Elmer, Sánchez Billy Joel. Reality of the pre-analytic phase in clinical laboratory. Rev Med Hered. 2013 Oct; 24(4): 325-326. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2013000400013&lng=es.
6. Figueroa-Montes Luis Edgardo. Gestión de riesgos en los laboratorios clínicos. Acta méd. peruana. 2015 Oct; 32(4): 241-250. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172015000400008&lng=es.
7. Fraiz Francisco José. Organización funcional de los laboratorios de análisis clínicos. Rev Diagn Biol. 2003 Mar; 52(1): 40-45. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-79732003000100006&lng=es
8. Ug Guevara Grisela, Rodríguez Socarrás Isis Patricia, León Ramentol Cira Cecilia, Gregori Caballero Alexis. Evaluación externa de la calidad mediante la veracidad en las investigaciones de laboratorio clínico. AMC. 2014 Ago; 18(4): 359-370. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552014000400002&lng=es.
9. Rodríguez-Benavides Gerarda, Blanco-Sáenz Rigoberto. Aseguramiento de la calidad analítica y norma ISO 17 025 en laboratorios clínicos y químicos. Rev. costarric. cienc. Méd. 2001 June; 22(1-2): 83-97. Available from:
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-29482001000100009&lng=en.
10. Vera Carrasco Oscar. CÓMO PREVENIR PRESUNTAS DEMANDAS DE MALA PRAXIS MÉDICA. Rev. Méd. La Paz . 2016 ;22(2): 60-69. Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000200011&lng=es.

FRECUENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN PACIENTES GESTANTES

FREQUENCY OF SEXUAL TRANSMISSION INFECTIONS IN MANAGING PATIENTS

CORDERO Quispe Magdalena Dalma; FLORES Llanes Bety
*Hospital Virgen de Remedios – Sopachuy
Sucre, Bolivia*

Recibido en 23 de marzo de 2018
Aceptado en 20 de abril de 2018



Resumén

El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia de infecciones de transmisión sexual en gestantes que asistieron al hospital virgen de remedios del municipio de sopachuy gestión 2017. Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo, donde se realizó un análisis de los cuadernos de registro del laboratorio, donde se extrajeron una muestra de 64 pacientes gestantes que se realizaron análisis laboriales durante la gestión 2017. La recolección de datos se realizó en los meses de marzo y abril del 2018. Entre los resultados se tiene que la frecuencia de infecciones de transmisión sexual en las pacientes gestantes es de 39,06%, siendo las más prevalentes la candidiasis (65,3%) y la sífilis (26,9%).

Palabras clave: Infecciones de transmisión sexual; mujeres gestantes; hospital.

Abstract

The objective of this study was to determine the frequency of sexually transmitted infections in pregnant women who attended the virgen de remedios hospital in the municipality of sopachuy, 2017. This is a quantitative, descriptive, transversal and retrospective study, where an analysis of the the laboratory's record bookkeepers, where a sample of 64 pregnant patients were collected, carried out the labor analyzes during the 2017 management. The data collection took place in the months of march and april of 2018. Among the results is the frequency of sexually transmitted infections in pregnant patients is 39.06%, being the most prevalent candidiasis (65.3%) and syphilis (26.9%).

Keywords: Sexually transmitted infections; pregnant women; hospital.

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), son consideradas uno de los problemas de salud más importantes en nuestra época, tienen efectos profundos en la salud sexual y reproductiva en todo el mundo.

Muchas de estas enfermedades son asintomáticas por un largo periodo de tiempo en la mayoría de los pacientes, lo que lleva a creer que el individuo se encuentra sano y tenga relaciones sexuales sin protección, contagiando a su pareja.

Según la OMS cada día más de un millón de personas contraen una infección de transmisión sexual, se estima que anualmente unos 357 millones de personas contraen una de las 3 infecciones de transmisión sexual siguientes (clamidia, gonorrea, sífilis).

Algunas ITS, como herpes y sífilis, pueden multiplicar el riesgo de contraer VIH por tres o más, la transmisión de madre a hijo puede dar lugar a muerte prenatal, muerte neonatal, prematuridad, conjuntivitis neonatal, neumonía septicemia y deformidades congénitas. Más de 900.000 mujeres contrajeron sífilis en 2012, lo que causó complicaciones en alrededor de 350 000 casos incluidos casos de muerte prenatal.

Los únicos análisis rápidos y económicos actualmente disponibles en relación con una ITS son los de sífilis y de VIH, los resultados se obtienen en 15 o 20 minutos. Estos análisis rápidos han dado lugar a un aumento del número de embarazadas que se examinan para detectar una posible sífilis.

La transmisión materno infantil del VIH contribuye de forma importante a la transmisión del virus, se calcula que 260 000 niños se infectaron con el VIH y 3,3 millones ya estaban infectados en 2012.

A pesar de los considerables esfuerzos realizados para identificar intervenciones

simples que puedan reducir los comportamientos sexuales de riesgo, los cambios de ese comportamiento siguen suponiendo un desafío complejo. (5)

En Bolivia, las ITS se encuentran entre las causas de morbilidad materna y perinatal más importantes. Las complicaciones graves de las ITS como el embarazo ectópico, la enfermedad pélvica inflamatoria, el trabajo de parto prematuro, el aborto espontáneo, la muerte fetal y las infecciones congénitas, pueden conducir a una discapacidad crónica (como infertilidad y cáncer genital) y la muerte. El aumento en el riesgo de adquirir VIH/sida es otra consecuencia de las ITS.

La tasa de ITS en Bolivia está entre las más altas de la región en el año 2000 se registraron 56 000 casos (14 por 1000 habitantes en edad fértil) en los servicios públicos de salud. Los procesos migratorios internos sumados a factores tales como el machismo el escaso poder de la mujer para negociar el uso de condón, el consumo excesivo de alcohol, la falta de conocimiento de VIH/sida y sus formas de transmisión y prevención, los altos índices de violencia y los prejuicios y las falsas creencias del tema, favorecen la rápida transmisión de ITS y VIH en el país. (6)

Conocer la frecuencia de infecciones de transmisión sexual en las gestantes del municipio de Sopachuy es necesario, ya que este conjunto de enfermedades representa un serio problema tanto en términos de salud como económicos y sociales y su control es decisivo para mejorar la salud reproductiva de la población y representa uno de los grandes desafíos de la salud pública.

El impacto creciente que tiene sobre las embarazadas, los neonatos y la conexión que existe entre este grupo de enfermedades son elemento de gran importancia para que sean consideradas un problema prioritario en la

morbimortalidad materno infantil, debido a ocasiona consecuencias graves como abortos espontáneos, muerte fetal y/o materna, partos prematuros, bajo peso al nacer, infección ocular y pulmonar de los neonatos, y sífilis congénita. Por lo que los resultados del estudio providencia al personal del centro de salud datos reales para controlar, prevenir y tratar estas enfermedades, así también dar a conocer a la población sobre la detección, tratamiento y prevención de estas infecciones. Delante de todo lo expuesto el objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia de infecciones de transmisión sexual en gestantes que asistieron al hospital virgen de remedios del municipio de Sopachuy gestión 2017.

Se partió de la hipótesis de que la frecuencia de infecciones de transmisión sexual es mayor al 20% en las gestantes que asistieron al hospital “virgen de remedios” del municipio de Sopachuy durante la gestión 2017.

Métodos

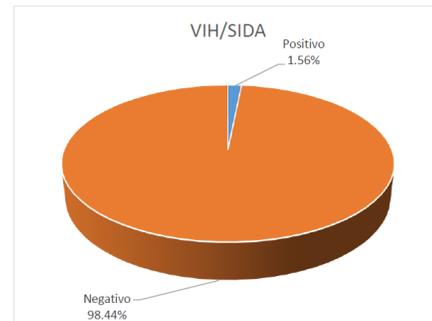
Para el estudio se realizó un diseño con enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, ya que el análisis de los datos fue de la gestión 2017.

La población de estudio fueron 145 pacientes embarazadas que acudieron al laboratorio del hospital virgen de remedios durante la gestión 2017 para realizarse análisis laboratorial. Para lo cual se aplicó el no probabilístico, donde se extrajo una muestra de 64 pacientes bajo los siguientes criterios de inclusión: pacientes embarazadas que se realizaron examen bacteriológico y pruebas rápidas para VIH y sífilis durante la gestión 2017.

Los datos se recolectaron del libro de registro del laboratorio del hospital virgen de remedios en los meses de marzo y abril del 2018.

Resultados

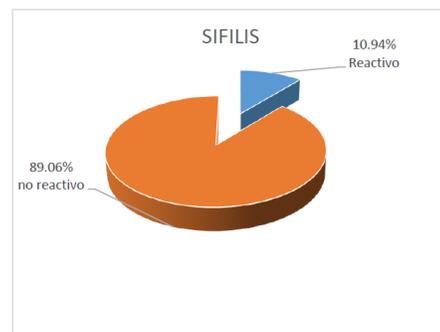
Gráfico 1. Frecuencia de infecciones de transmisión sexual: VIH/sida en gestantes que acuden al hospital virgen de remedios. Sopachuy - 2018.



Fuente: elaboración propia

De los 64 pacientes gestantes, los resultados de la prueba rápida muestran el 1,56% casos positivos para VIH/sida, equivalente a un caso positivo detectado, esto porque las pruebas se realizan solo a las que asisten al hospital virgen de remedios, sin considerar la población que no realiza con troles prenatales.

Gráfico 2. Frecuencia de infecciones de transmisión sexual: sífilis en gestantes que acuden al hospital virgen de remedios. Sopachuy - 2018.

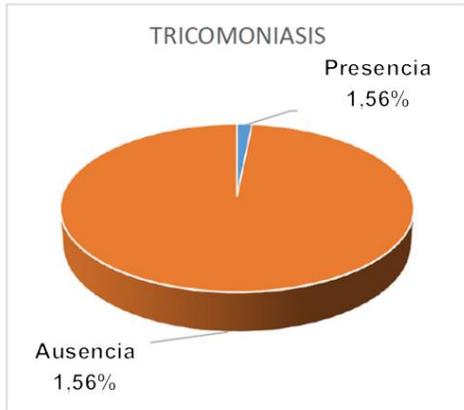


Fuente: elaboración propia

Por medio de la prueba RPR – carbon, el 10.94% de las pacientes gestantes presenta sífilis, considerando que el mayor grupo de edades está comprendido entre los 30 y 34

años, entonces no parece estar asociada al ITS temprano sino más bien a la conducta sexual.

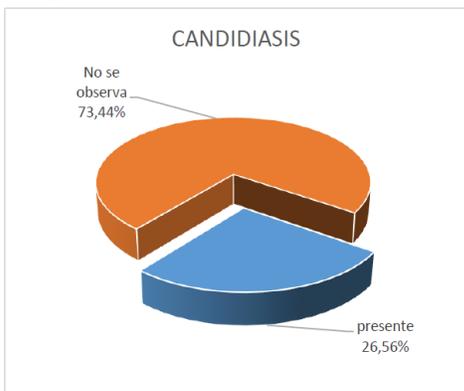
Gráfico 3. Frecuencia de infecciones de transmisión sexual: tricomoniasis en gestantes que acuden al hospital virgen de remedios. Sopachuy - 2018.



Fuente: elaboración propia

Según el examen en fresco, solamente se logró detectar la tricomoniasis en las mujeres gestantes en el 1,56%, considerando que deben reunirse condiciones para la obtención de la muestra, en algunos casos las muestras fueron llevadas a laboratorio en condiciones inadecuadas.

Gráfico 3. Frecuencia de infecciones de transmisión sexual: candidiasis en gestantes que acuden al hospital virgen de remedios. Sopachuy - 2018.



Fuente: elaboración propia

Para la detección de la candidiasis se realizaron la prueba de examen en fresco y tinción de gran. Del cual los resultados muestran que el 26,56% de gestantes fue diagnosticada con candidiasis porque esta infección presenta mecanismos patogénicos variables, dependientes de las condiciones de las pacientes, estado inmune, hábitos higiénicos y otros.

Tabla 1. Frecuencia de infecciones de transmisión sexual en pacientes gestantes. Hospital virgen de remedios. Sopachuy - 2018.

| ITS | N° POBLACION | % |
|---------------|--------------|---------|
| VIH/SIDA | 1 | 3.85% |
| SIFILIS | 7 | 26.92% |
| TRICOMONIASIS | 1 | 3.85% |
| CANDIDIASIS | 17 | 65.38% |
| Total | 26 | 100.00% |

Fuente: elaboración propia

Del total de pacientes que acudieron a laboratorio de hospital, se observa que existe un alto porcentaje de personas diagnosticadas con candidiasis (65.38%) y sífilis (26.92%).

Conclusiones

De acuerdo a las pruebas serológicas, los casos identificados fueron: sífilis (10,94%) y VIH (1,56%). Por medio del examen en fresco se identificó tricomoniasis en un 1,56%. Los casos identificados según examen bacteriológico fueron: candidiasis (26,56%).

La infección de transmisión sexual predominante fue: candidiasis (65,38%), seguido de sífilis (26,92%) y fue detectado un caso de una paciente con más de una ITS (VIH y sífilis). Por tanto, la frecuencia total de ITS en gestantes es del 40, 63%, valor que supera la hipótesis planteada inicialmente.

El examen bacteriológico para determinar la presencia de infecciones de transmisión sexual

se debe realizar a todas las gestantes que asistan al hospital virgen de remedios, ya que las pruebas realizadas a todas las embarazadas solo fueron; prueba de VIH/sida y sífilis, algunas no se realizaron el examen bacteriológico. Por lo que la investigación solo toma en cuenta a las gestantes que tenían todas pruebas de infección de transmisión sexual sin tomar en cuenta a las pacientes que no se realizaron el examen bacteriológico.

Los resultados de la presente investigación nos llevan a recomendar que se debe mantener el seguimiento a cada paciente que esté diagnosticada con una infección de transmisión sexual, para evitar un riesgo tanto para la paciente embarazada y recién nacido, así como orientar a todas las pacientes embarazadas sobre la prevención y los riesgos que asumen madre e hijo con las infecciones de transmisión sexual.

Bibliografía

1. Secretaria nacional de salud (strio. Joaquin mostacedo). Salud reproductiva. La paz-bolivia: editorial ops. 1994.
2. Piedrola gil. Medicina preventiva y salud publica. Décima edición. Editorial masson. 2002.
3. Gorena carrasco s, prevalencia de tricomoniasis en trabajadoras sexuales comerciales registradas en el sedes chuquisaca durante la gestión 2012” sucre 2012, (tesis para optar el grado de licenciatura en bioquímica). Sucre-bolivia (usfxch) 2013.
4. Ayelen moscoso quispe.prevalencia de candidiasis y tricomoniasis en embarazadas hospital gineco-obstétrico mayo diciembre 2016. Sucre 2016 (tesis para optar el grado de licenciatura en bioquímica.sucre- bolivia (usfx)2016. (hipótesis)
5. Infecciones de transmisión sexual.oms.2016. (26 de julio de 2018) url disponible en: [www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
6. Plan estratégico nacional de salud sexual y reproductiva 2009-2015. Ministerio de salud bolivia.2015. (16 de agosto de 2018). Url disponible en: www.minsalud.gob.bo/images/documentacion/redes_salud/plan%20estrategico%20nacional%20de%20salud%20sexual%20y%20reproductiva.pdf.
7. Guía para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita. Unicef. Bolivia. Ministerio de salud. 2014. (28 de mayo de 2018). Url disponible en: www.unicef.org/bolivia/ovia_para_la_prevenccion_transmision_maternoinfantil
8. Ajuste de plan de desarrollo municipal de sopachuy (pdm sopachuy) 2006-2010. Bolivia. 2011. Url disponible en: http://es.eslideshare.net/doctora_edilicia/padem-sopachuy
9. Las enfermedades de transmisión sexual durante el embarazo: hoja informativa de los ccd. Clinton road atlanta, división de prevención de enfermedades de trasmisión sexual (dstdp). 26 de mayo de 2016. (18 de abril de 2018). Url disponible en: www.cdc.gov/std/spanish/embarazo/stds-pregnacy-spanish-may-2016-pdf.

PREVALENCIA DE ARTRITIS REUMATOIDEA EN PACIENTES ASEGURADOS A LA CAJA NACIONAL DE SALUD

PREVALENCE OF RHEUMATOID ARTHRITIS IN PATIENTS INSURED TO THE NATIONAL HEALTH BOX

MENDOZA, Orosco Víctor Hugo; DAZA, Téllez Jeanet
*Policlínico 3 de Abril – CNS
Camargo, Bolívia*

| |
|---|
| Recibido en 13 de abril de 2018 Aceptado en 21 de mayo de 2018 |
|---|



Resumén

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de artritis reumatoidea en pacientes que asisten del policlínico 3 de abril CNS del municipio de Camargo. Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal realizado en los meses de marzo del año 2017 a marzo de 2018, con 81 pacientes asegurados a la c.n.s. que acudieron al laboratorio. Entre los resultados se obtuvo que existe una prevalencia del 20% de artritis reumatoide, siendo más prevalente ne la población de sexo femenino (63%) y entre las edades de 66 a 75 años.

Palabras clave: Artritis reumatoidea; prevalencia; pacientes asegurados; caja nacional de salud.

Abstract

The objective of this study was to determine the prevalence of rheumatoid arthritis in patients attending the polyclinic april 3 CNS of the municipality of camargo. This is a quantitative, descriptive, cross-sectional study conducted in the months of march 2017 to march 2018, with 81 patients insured to the c.n.s. they went to the lab. Among the results it was obtained that there is a 20% prevalence of rheumatoid arthritis, being more prevalent in the female population (63%) and between the ages of 66 to 75 years.

Keywords: Rheumatoid arthritis; prevalence; insured patients; national health fund.

Introducción

La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad autoinmune de etiología desconocida, que se caracteriza por la inflamación crónica que afecta a las articulaciones diartrodiales, de curso progresivo, y que provoca deformidad articular, discapacidad funcional y, en última instancia, disminución de la calidad y la expectativa de vida. Su patogenia se caracteriza por una alteración de la inmunidad celular y humoral, y por una alteración de los elementos celulares residentes en el tejido conectivo de la membrana sinovial (MS), que se comportan de forma pseudotumoral, invadiendo y destruyendo los tejidos contiguos. (1)

Las primeras manifestaciones de la respuesta inflamatoria articular reumatoidea parecen deberse a un cambio microvascular y a un incremento en el número de células del lining o hiperplasia sinovial. Estas alteraciones van acompañadas de una regulación alterada de citocinas, un aumento en el número de fibroblastos reumatoides con proliferación en exceso de células inflamatorias, principalmente macrófagos y linfocitos, destrucción tisular y angiogénesis. Los fibroblastos sinoviales reumatoides son células mesenquimales secretoras de citocinas proinflamatorias y factores de crecimiento angiogénico que favorecen el reclutamiento de células al espacio sinovial. (1)

Para la organización mundial de la salud (OMS), la ar constituye un problema de salud pública. Según las estadísticas, una de cada 10 personas padece de ar y cada año se diagnostican 40 nuevos casos por cada 100 mil habitantes. La artritis reumatoidea es una enfermedad crónica autoinmune y sistémica en la que el mismo organismo produce anticuerpos que atacan el funcionamiento de diferentes órganos del cuerpo humano,

principalmente el sistema músculo-esquelético y las articulaciones

A nivel mundial su prevalencia varía de acuerdo con la población de estudio, pero se encuentra en un rango entre 0,2% y 5% en el mundo. (2) en Latinoamérica hay estudios de prevalencia realizados en argentina y en Brasil donde esta ha sido reportada en el 0,9 y el 0,45%, respectivamente y en Colombia también existe un estudio que reporta una prevalencia del 0,01%. (3) se estima que en Bolivia afecta entre al 0,5 y 1% de las personas, eso significa que hay 100.000 afectados con este mal, y, sobre todo, son individuos que se encuentran en la etapa productiva de la vida, cuyas edades oscilan entre los 25 y 45 años. (4)

Al ser la artritis reumatoidea un problema de salud pública a nivel mundial, representa una creciente amenaza para la salud en toda Bolivia y los municipios ya que afecta tanto a hombres como a mujeres, sin distinción de raza, sexo. Por lo la realización de la presente investigación proporciona datos actuales sobre la prevalencia de artritis reumatoidea en los pacientes del policlínico 3 de abril del municipio de Camargo. Considerando que en las personas mayores es más frecuente la incidencia de enfermedades reumáticas que disminuyen la capacidad motriz de las personas. Se propuso determinar la prevalencia de artritis reumatoidea en pacientes que asisten del policlínico 3 de abril CNS del municipio de Camargo, para así promover acciones de prevención, y por ende mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La hipótesis planteada inicialmente es que la prevalencia de artritis reumatoidea diagnosticada en el policlínico 3 de abril C.N.S. es de 20%.

Métodos

Es un estudio descriptivo, observacional y transversal donde se tomaron datos directamente de los registros de química serología del laboratorio del policlínico 3 de abril del municipio de Camargo. Las muestra fueron tomados a 81 pacientes asegurados y beneficiarios, mayores de 45 años que acudieron a consulta, al policlínico 3 de abril durante los meses de marzo del año 2017 a marzo de 2018 y se procedió a su registro de la siguiente manera:

Registro del paciente: se registró a todos los pacientes que acudieron al laboratorio durante el periodo de estudio y se tomó la muestra según protocolo del laboratorio del policlínico 3 de abril del municipio de Camargo.

Procedimiento laboratorial

Técnica

Aglutinación al latex

Fundamento de la técnica:

Consiste en utilizar partículas de polietileno de látex sensibilizados con igr humano que reaccionan con sueros que tienen anticuerpos fr produciendo reacción de aglutinación

Reactivos

R1.- partículas de látex con anti fr

R2. - control positivo

R3.- control negativo

Prueba cuantitativa

La muestra que presente aglutinación deberán ser tituladas realizando diluciones resiadadas en tubos o en las mismas placa (1/2,1/4, 1/8....etc.) Con el diluyente de la muestra (tampón glicina o suero fisiológico) y procesar cada dilución de acuerdo al procedimiento anterior.

Lectura e interpretación

Positivo: aglutinación visible macroscópicamente en el lapso de 2 minutos.

Negativo: ausencia de alutinação

Valores de referencia

Mayores de 8mg/dl

Resultados de los ensayos cuantitativos

El título del suero es el recíproco de la mayor dilución que presenta una reacción positiva. Los títulos de aglutinación mayores a 1/8 – 1/16 con la prueba en la lámina son sumamente indicativos de una inflamación reciente.

Resultados

Tabla 1. Prevalencia de artritis reumatoidea en pacientes. Policlínico 3 de abril C.N.S. Camargo – 2018.

| Resultado | Número | Porcentaje |
|-----------|--------|------------|
| Positivo | 16 | 20% |
| Negativo | 65 | 80% |
| Total | 81 | 100% |

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla 1 se observa que de un total de 81 muestras de los pacientes del Policlínico 3 de abril del municipio de Camargo, se observó que un 20% son casos positivos y un 80% de casos negativos, considerando así que los casos de negativos son de mayor prevalencia.

En la tabla 2, se tiene los datos de los pacientes con diagnóstico positivo y negativo de Artritis Reumatoidea según el sexo, donde el 12% de las mujeres resultaron ser positivas y 63% negativas. En los hombres 8% resultaron ser positivos y 17% negativos de un total de 81 pacientes, siendo el mayor porcentaje de casos positivos en el sexo femenino con 75%.

En relación a la edad de los pacientes, 2% son casos positivos entre las edades de 56 a 65 años, 4% casos positivos 45 a 55 años, 6% casos positivos en persona con más de 76 años y 7% casos positivos entre las edades de 66 a 75 años (Tabla 3).

Tabla 2. Prevalencia de artritis reumatoidea en pacientes, según sexo. Policlínico 3 de abril C.N.S. de Camargo - 2018

| Sexo | Positivo | | Negativo | | Total | Porcentual |
|-----------|----------|-----|----------|-----|-------|------------|
| | Nº | % | Nº | % | | |
| Femenino | 10 | 12% | 5 | 63% | 61 | 75% |
| Masculino | 6 | 8% | 14 | 17% | 20 | 25% |
| Total | 16 | 20% | 65 | 80% | 81 | 100% |

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 3. Prevalencia de artritis reumatoidea en pacientes, según edad. Policlínico 3 de abril C.N.S. de Camargo - 2018

| Edad | Negativo | | Positivo | | Total | % |
|----------|----------|-----|----------|-----|-------|------|
| | Nº | % | Nº | % | | |
| 45 - 55 | 9 | 11% | 3 | 4% | 12 | 15% |
| 56- 65 | 35 | 43% | 2 | 2% | 37 | 46% |
| 66-75 | 12 | 15% | 6 | 7% | 18 | 22% |
| 76 a más | 9 | 11% | 5 | 6% | 14 | 17% |
| Total | 65 | 80% | 16 | 20% | 81 | 100% |

Fuente: Elaboración Propia

Conclusiones

La hipótesis fue confirmada, puesto que se halló un porcentaje igual a 20% de casos de artritis reumatoide en los pacientes del policlínico 3 de abril del municipio de Camargo.

En términos generales se dice que la enfermedad es más frecuente en las mujeres que en varones lo cual es validado y que la artritis aumenta a medida que pasa los años lo que se corrobora con los resultados donde 7% de los pacientes se encontraban entre las edades de 66 a 75 años, 6% entre 76 años y más, 4% entre 45 a 55 años y 2% en las edades de 56 años a 65 años.

Bibliografía

- Gonzalo-gil e, galindo-izquierdo m. Papel del factor de crecimiento transformador-beta (tgf- β) en la fisiopatología de la artritis reumatoide. (spanish). Reumatología clinica [serial on the internet]. (2014, may), [cited june 13, 2016]; 10(3): 174-179. Available from: mediclatina.
- Revista colombiana de reumatología. La epidemiología de la artritis reumatoide [revista de internet] 2015 marzo (22) [citado 2018 abr 25]; 145-147.
- Longo dl, kasper dl, jameson jl, fauci as, hauser sl, loscalzo j. Harrison: principios de medicina interna. 18ª edición. Editorial mc graw-hill. 2012. México. [Http://scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1024-06752004000300015](http://scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1024-06752004000300015)
- Álvarez, lario bonifacio. El libro de la artritis reumatoide. España: ediciones díaz de santos. 2003.
- Ramos nf, bernard mg, lom oh. Manual clínico de reumatología. 2a ed. México: manual moderno; 2004.
- Ernesth hs. Choy md, gabriel s, panayi md. Cytokine pathway sand joint in? ammation in rheumatoid arthritis. N engl j med. 2001; 344: 907-916 file:///e:/artritis%20reumatoide%204.pdf

7. Schumacher r, klipper h, koopman wj. Compendio de las enfermedades reumáticas. Atlanta: arthritis foundatio.
8. Morales j, cázares jm, gámez-nava ji, triano m, villa ai, lópez ma et al. La atención médica en reumatología en un hospital de segundo nivel de atención. Reumatol clin.
9. Morales j, cázares jm, gámez-nava ji, triano m, villa ai, lópez ma et al. La atención médica en reumatología en un hospital de segundo nivel de atención. Reumatol clin. 2005; 1: 87-94.
10. Dr. Nestor morales villazon i.n.l.s.a manual de inmunologia para laboratorios de nivel ii
11. Mcinnes ib, schett g. The pathogenesis of rheumatoid arthritis. N engl j med. 2011 dec 8;365(23):2205-19. Doi: 10.1056/nejmra1004965. Review. Pubmed pmid: 22150039.
12. Vennapusa b, de la cruz l, shah h, michalski v, zhang qy. Erythrocyte sedimentation rate (esr) measured by the streck esr-auto plus is higher than with the sediplastwestergren method: a validation study. Am j clin pathol. 2011; 135 (3): 386-390. Pubmed pmid: 21350092.

PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS SOBRE CALIDAD DEL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

PERCEPTION OF USERS ON QUALITY OF HUMANIZED CARE PROVIDED BY THE NURSING PROFESSIONAL

GIRÓN CH. Ariel Nadim
Seguro Social Universitario
Sucre, Bolivia

Recibido en 2 de abril de 2019
Aceptado en 8 de mayo de 2019

Resumen

El presente artículo está orientado a determinar la percepción y satisfacción de las usuarias sobre la calidad del cuidado Humanizado que brinda el Profesional de Enfermería en el Hospital Gineco Obstétrico y Neonatal Dr. Jaime Sánchez Porcel. Es un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal. Como técnica de recolección de datos se utilizó la entrevista y como instrumento el cuestionario, la muestra del estudio estuvo conformado por 136 usuarias a quienes se les aplicó una encuesta y 14 Licenciadas en Enfermería a las que se aplicó la ficha de observación, que permitió describir la situación actual de la atención brindada por el personal de Enfermería. Se aplicó tratamiento estadístico descriptivo a los datos y se obtuvo los resultados de que un 48.97% de las usuarias indica que existe una baja satisfacción con referencia al cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería, el 49.48% indica que no son atendidas oportunamente, y el 46.39 90% manifiesta su insatisfacción con la atención recibida por parte del personal de enfermería. Se concluye que el cuidado humanizado es dado en forma regular y es necesario implementar estrategias, planes de mejoras y capacitación continua con la finalidad de generar la sensibilización del personal de enfermería para aplicar buen trato al paciente desde un abordaje basado en valores humanos.

Palabras clave: Cuidado Humanizado, Enfermería, Cuidado

Summary

This article is aimed at determining the perception and satisfaction of the users about the quality of Humanized care provided by the Nursing Professional at the Dr. Jaime Sánchez Porcel Gynecological and Neonatal Hospital. It is a quantitative, descriptive and cross-sectional study. The interview was used as a data collection technique and as a questionnaire instrument, the sample of the study was made up of 136 users to whom a survey was applied and 14 Nursing Graduates to whom the observation sheet was applied, which allowed describing the current situation of the care provided by the Nursing staff. Descriptive statistical treatment was applied to the data and the results were obtained that 48.97% of the users indicate that there is low satisfaction with reference to the humanized care provided by the nursing professional, 49.48% indicate that they are not treated in a timely manner, and 46.39 90% expressed dissatisfaction with the care received by the nursing staff. It is concluded that humanized care is given on a regular basis and it is necessary to implement strategies, improvement plans and continuous training in order to generate the awareness of nursing staff to apply good treatment to the patient from a human values based approach.

Keywords: Humanized Care, Nursing, Care

Introducción

En nuestra sociedad contemporánea, se siente cada día más la necesidad de humanizar el cuidado al paciente con la finalidad de sensibilizar al profesional de la salud, ante los problemas psico-sociales que el paciente trae cuando está enfermo. Además, es preciso reflexionar que en nuestra realidad, la ciencia y la tecnología están avanzando y se están dejando de lado la actitud humanitaria de parte de los profesionales de salud. Este cuidado humanizado requiere actos como pensar, ser, hacer, lo que involucra tanto al ser que es cuidado, como al profesional que lo cuida, sin tener en cuenta el significado del cuidado; es decir, resulta fundamental comprender la esencia del ser humano como algo integral, único, indivisible, autónomo y con libertad de escoger. Los pacientes requieren cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. La Enfermera debe comprender que su labor principal, es diagnosticar las reacciones humanas; esto incluye brindar una atención en forma cálida y respetando los valores éticos del paciente. Debe existir entre los profesionales de la salud y el paciente una verdadera amistad, que convierta a la Enfermera en un ser humano, perito en la ciencia y el arte de cuidar.(1)

La enfermería es una profesión que se encarga del cuidado y la atención de la salud. Es una disciplina de carácter social, guiada por normas y principios que rigen su accionar, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta sus características socioculturales, necesidades y derechos, así como el ambiente físico, social que influye en la salud, en el bienestar del usuario.(2)

El profesional de enfermería ha de ser sensible a las necesidades que presente la usuaria para mantener una actitud crítica reflexiva frente a

la realidad del ser humano y sus derechos, haciendo de su práctica diaria un medio propicio para la investigación, aplicación de modelos teóricos, que proporcionan un cuidado con calidad, calidez y sensibilidad humana, que le permiten un crecimiento como persona, profesional, y que genere un espíritu transformador para sí misma, y en las instituciones de salud al mismo tiempo proporciona un cuidado competente. Cuando un individuo padece de una enfermedad recurre a los profesionales de la salud, los cuales trabajan por un objetivo común sanar al enfermo, durante este proceso el individuo experimenta cambios en forma física, psicológica dependiendo del tipo de relación, comunicación que establece con la enfermera.(3)

En la enfermería no se puede negar la existencia de la deshumanización en lo que respecta a la atención de salud; como también la indiferencia ante las necesidades emocionales y espirituales de los pacientes; los términos de deshumanización y despersonalización hacen referencia, sobre todo, al grado de considerar como un “objeto” más al paciente enfermo durante la estancia hospitalaria; ante ello surge la necesidad de determinar la percepción del cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería con la finalidad de contribuir en el cumplimiento las demandas biopsicosociales de las usuarias.(4)

En el Hospital Gineco Obstétrico y Neonatal Jaime Sánchez Porcel se ha recibido quejas por parte de las usuarias de la atención que reciben de las enfermeras, refieren que no son tratadas con amabilidad, individualmente, se mostraban muy frías, no les inspiran confianza, no se dedican a ellos y nunca les explican cómo deben tomar sus medicamentos otras indicaron, que no respetaban la privacidad de sus cuerpos llegando algunas veces exponerlos a la vista de los presentes,

afirman también que en muchas oportunidades tienen mal carácter, levantaban la voz y otros referían su incomodidad porque no eran atendidos oportunamente y no se esforzaban por brindarles comodidad física o en el peor de los casos, les atienden sin respetar la dignidad del ser humano.

Además, se ha percibido que la enfermera muestra un desempeño laboral rutinario, carente de creatividad y algunas veces de mal humor. Si bien, algunos pacientes emiten opiniones negativas de la atención que se les brinda, aun no se conoce datos estadísticos cómo es en realidad el cuidado que se les brinda a los pacientes hospitalizados. En conclusión la Enfermera enfrenta un reto en su desempeño profesional donde debe brindar un cuidado humano, el cual implica una actitud consciente y de responsabilidad; sin embargo, existe una amenaza que actualmente está presente en todos los contactos de la vida social, es aquella que tiene que ver con la deshumanización, porque vivimos en una época en la que se hace preciso realizar una profunda reflexión sobre afectos humanos, actitudes y valores de las enfermeras.(5)

En la actualidad la humanización en los hospitales es una necesidad que demanda los usuarios como parte de un derecho es aquí que las políticas de salud están enfocadas a establecer normativas legales que asegure el buen trato al usuario. El ser humano cuando sufre deterioro de su salud requiere de ayuda y cuidados profesionales para lograr la adaptación, explicaciones acerca como abordar los procesos de salud y vivir momentos de incertidumbre por el desconocimiento de la enfermedad y de los procesos de atención hospitalarias, es aquí la necesidad que los profesionales de la salud deben comprender que el paciente necesita participar de sus cuidados conjuntamente con la familia. El usuario exige hoy en día el reconocimiento de su derecho como un acto de

dignidad para recibir una atención en salud, de tal manera que él se sienta valorado como persona en sus dimensiones humanas.(6)

Organización Mundial de la Salud (OMS), ha motivado la promulgación de la política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en búsqueda de la protección de los derechos de las personas, a partir del lema: “Trato humanizado a la persona sana y enferma” este organismo enfatiza que la Humanización. Es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida.(7)

Por todo ello el cuidado humanizado se convierte en una filosofía de vida aplicada en la práctica profesional de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera - paciente. De tal forma que el profesional de enfermería tiene el compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de la dignidad y la conservación de la vida, mediante un cuidado humanizado, en los pacientes.(8)

Según la Teoría del Cuidado Humanizado de Watson J, sustenta la necesidad de integrar sus preceptos teóricos en las diferentes esferas del quehacer enfermero, gestión, asistencia, formación, docencia e investigación. El cuidado transpersonal es una forma singular que aborda el enfermero es “una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera, de proteger y realzar la dignidad humana”, lo que permitirá trascender el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en la práctica.(9)

Algunos autores coinciden que la conceptualización del cuidado, arte esencial de Enfermería, es el cuidar el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente llegar a ser, este ser, un ser en relación a otro que lo invoca, en una fundamentación de ética y filosófica. El cuidado humanizado representa una guía iluminadora y el apoyo a la práctica por su beneficio en cultivar una conciencia de cuidados, y el establecimiento de una relación terapéutica fuerte y sostenible; por lo que el cuidado representa el quehacer de enfermería, basado en valores humanísticos con el fin de satisfacer las necesidades de los pacientes y mejorar su calidad de vida.(10)

Métodos

Dentro de la metodología, la investigación es cuantitativa, de tipo descriptivo y de corte transversal. Se utilizaron métodos teóricos, empíricos y estadísticos. Como técnica de recolección de datos se utilizó la entrevista y como instrumento de recolección de datos se utilizó el cuestionario “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE 3ª versión”, creado por Rivera y Triana en el año 2005 en la Clínica del Country y adaptado por Oscar Javier González Hernández en 2014, en el Centro Policlínico del Olaya IPS Colombia la cual se aplicó a las usuarias internadas en el servicio de Gineco – Obstetricia, del Hospital Gineco Obstétrico y Neonatal Dr. Jaime Sánchez Porcel.

Por haberse aplicado en otro contexto la encuesta de PCHE 3ª versión fue sometido a juicio a expertos para otorgarle validez. Los cuatro especialistas fueron elegidos por su vasta trayectoria académica y conocimiento sobre el tema de calidad de atención, las cuales fueron: jefa del departamento de enfermería del Hospital Gineco Obstétrico, jefa del servicio de Ginecología del Hospital Gineco Obstétrico, jefa del servicio de Obstetricia del Hospital Gineco Obstétrico y el responsable de la oficina

de gestión de la calidad de dicho hospital. Se les proporcionó información sobre la investigación y una hoja de calificación sobre el instrumento que contiene criterios tales como: claridad, secuencialidad, correspondencia y sugerencias. Al aplicar la prueba binomial se obtuvo que las apreciaciones de los jueces expertos concuerden en un 97% dándole solo validez de contenido al instrumento.

Se tomó en cuenta como población a 383 usuarias internadas en el mes de septiembre de la gestión 2014-2016, 14 Licenciadas en Enfermería del servicio de Gineco – obstetricia, Para la obtención de la muestra se aplicó la formula estadística para población finita donde se obtuvo como resultado 136 usuarias, de las cuáles 74 usuarias de la especialidad de Obstetricia y 62 a Ginecología, a quienes se les aplico una encuesta, 14 Licenciadas en Enfermería, 8 Licenciadas en Enfermería del servicio de Obstetricia y 6 Licenciadas en Enfermería del servicio de Ginecología, a las cuáles se aplicó la ficha de observación, que permitió describir la situación actual de la atención brindada por el personal de Enfermería.

Resultados

De acuerdo a la tabulación de datos se reflejan en la tabla 1.

Tabla 1. tabla de correlación entre la satisfacción de las usuarias, atención humanizada, atención oportuna y atención recibida. Hospital Gineco-Obstétrico.

| Correlaciones | | | Satisfacción de las Usuaris | Atención Humanizada | Atención Oportuna | Atención Recibida |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------|-------------------|-------------------|
| Rho de Spearman | Satisfacción de las Usuaris | Coefficiente de correlación | 1,000 | ,442** | ,147* | ,108 |
| | | Sig. (bilateral) | . | ,000 | ,041 | ,133 |
| | | N | 194 | 194 | 194 | 194 |
| | Atención Humanizada | Coefficiente de correlación | ,442** | 1,000 | ,111 | -,011 |
| | | Sig. (bilateral) | ,000 | . | ,125 | ,875 |
| | | N | 194 | 194 | 194 | 194 |
| | Atención Oportuna | Coefficiente de correlación | ,147* | ,111 | 1,000 | ,117 |
| | | Sig. (bilateral) | ,041 | ,125 | . | ,103 |
| N | | 194 | 194 | 194 | 194 | |
| Atención Recibida | Coefficiente de correlación | ,108 | -,011 | ,117 | 1,000 | |
| | Sig. (bilateral) | ,133 | ,875 | ,103 | . | |
| | N | 194 | 194 | 194 | 194 | |

**La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

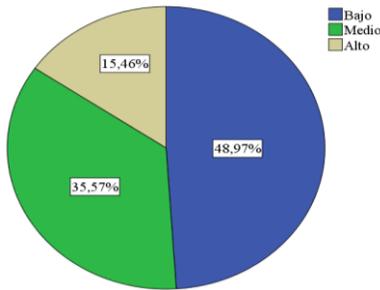
*La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Elaboración Propia

Se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre la satisfacción de las usuarias y la atención humanizada que brinda el personal de enfermería (Rho:442; Sig ,000), así como entre la satisfacción de las usuarias y la atención oportuna que brinda el personal de enfermería.; (Rho:147; Sig ,045)

Se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre la atención humanizada y la satisfacción de las usuarias en el momento que recibe atención por parte del personal de enfermería. ;(Rho: ,442; Sig, 000) y entre la atención oportuna y la satisfacción de las usuarias al momento de recibir atención por el personal de enfermería. ;(Rho: ,147; Sig, 041).

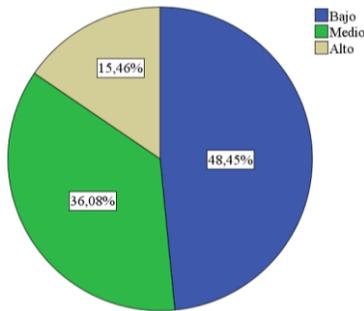
Gráfico 1. Satisfacción de las usuarias del Hospital Gineco-Obstétrico.



Fuente: Elaboración Propia

Los resultados obtenidos nos muestran con un 48,97% que existe una baja satisfacción de las usuarias, un 15,46% una alta satisfacción.

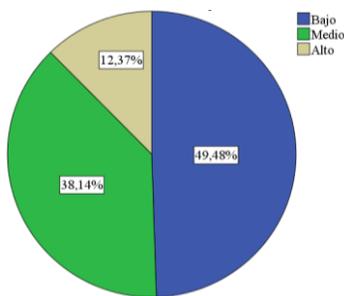
Gráfico 2. Percepción de atención humanizada de las usuarias del Hospital Gineco-Obstétrico.



Fuente: Elaboración Propia

Un 48,45% la atención con respecto a la humanización mostro un nivel bajo y un 15,46% se posesionó en un al nivel alto con respecto a la percepción de la atención humanizada de las usuarias.

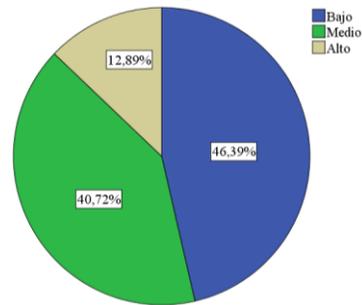
Gráfico 3. Percepción de la atención oportuna de las usuarias del Hospital Gineco-Obstétrico.



Fuente: Elaboración Propia

El 49,48% de las usuarias no son atendidas oportunamente, y el 12,37% son atendidas oportunamente.

Gráfico 3. Percepción de la atención recibida de las usuarias del Hospital Gineco-Obstétrico.



Fuente: Elaboración Propia

El 46,39 90% de las usuarias manifiestan su insatisfacción con la atención recibida por parte del personal de enfermería, el 12,89% manifiesta su satisfacción,

Discusión

Luego del análisis de datos se evidencia que tan solo un 15% de las usuarias encuestadas se sienten satisfechas con la atención recibida por parte del profesional de Enfermería, dicho resultado dista al estudio de Gonzales y Quintero que realizaron un estudio con la finalidad de conocer la percepción de comportamientos humanizados en el servicio de urgencias de Gineco- Obstetricia de la Clínica de Salud Coop de Veraguas, donde el 78% siempre percibió dichas cualidades como buenas.

De igual manera, en el estudio de Rivera y Triada en la Clínica Contry Colombia, donde el 89,4% perciben dichas cualidades como bueno. Así también, el estudio de Espinoza et al en el Hospital Gustavo Lanatta Lujan en el 2010 concluye en que el 32,2% percibieron como regular. De igual manera el estudio de Acosta et al en una Institución Publica de Salud de tercer nivel en Cartagena obtuvo que el 67,8% siempre percibe las cualidades de la enfermera como buena.

Pero en el presente estudio el 48.9% de las usuarias del servicio de Gineco - Obstetricia percibieron un nivel bajo al momento de ser atendidas, cuando dialogan con el profesional de enfermería, el 48.4% percibieron un nivel bajo con respecto a la atención humanizada, el 49.4% percibieron un nivel bajo con respecto a la atención oportuna y el 46.3% de las usuarias encuestadas percibieron un nivel bajo con respecto a la atención oportuna

De igual manera, Alvis con respecto a la categoría del hacer de enfermería hace referencia al óptimo desempeño del personal de enfermería identificado por el paciente, en rasgos que describen una enfermera atenta, que hace las cosas con sencillez, humildad y agrado, que explica con amabilidad y propicia el diálogo, además su desempeño es profesional en cuanto al conocimiento que refleja en su trabajo, cumple con el deber profesional, reconoce sus debilidades, sigue la indicaciones del tratamiento, brinda apoyo a sus compañeras, trabaja en equipo y, muestra capacidad de liderazgo frente al grupo.

Se evidencia la acción de una (un) enfermera(o), dentro de una relación interpersonal y transpersonal que va más allá del paciente, involucrando a la familia del paciente, su grupo de trabajo y el medio ambiente laboral, que en las palabras de Jean Watson corresponde a: "cuidado humano que involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y sus consecuencias". Contrastando los resultados con el marco teórico, se puede apreciar que a la mayoría de las usuarias del servicio de Gineco - Obstetricia no le generan confianza cuando lo cuidan, no son tratadas con amabilidad y no sienten que las atienden bien; las enfermeras son ajenas al dolor físico y emocional que ellas sienten, muestran una actitud rígida creando una brecha que impide que las usuarias manifiesten sus emociones, sus preocupaciones, problemas y

dudas en el caso de madres primerizas o poco instruidas.

La falta de confianza y amabilidad produce rechazo hacia el profesional de Enfermería viéndolo ajeno a su entorno y realidad, en este sentido los usuarios reconocen la habilidad y conocimiento de las enfermeras, pero considera a la Enfermería como una disciplina dependiente de los médicos, esto debido a la visión biomédica que tienen de la salud lo que impide su posicionamiento ante la sociedad.

También se concluye evidenciando que existe gran parte de profesionales que brindan una atención rutinaria, olvidándose del lado humanitario, por lo que es necesaria una reflexión permanente sobre los valores, conocimientos, actitudes, aptitudes. Sin duda, tal reflexión estimula las acciones y orienta el ejercicio profesional hacia la búsqueda del mejoramiento continuo, como condición para el diseño y ejecución de estrategias que privilegien cuidar con calidad y calidez las necesidades del usuario.

Conclusiones

Después de haber realizado el presente trabajo de investigación y según los análisis, tabulación e interpretación de resultados, se estableció las siguientes conclusiones:

La percepción de las usuarias sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en el servicio de Gineco - Obstetricia es deficiente. Actualmente se ha priorizado la tecnificación y conocimientos teóricos que son elementos importantes en la atención en salud, pero no son suficientes si se vulneran los derechos de los usuarios a un trato humano y digno.

Existen ciertas situaciones en donde, el profesional de enfermería no se abastece con la cantidad de pacientes que tiene a su cargo, ya que la institución es pública y de referencia, por ende la demanda de pacientes en labor de

parto, con alguna patología asociada al embarazo, al puerperio o ginecológica son numerosas y de emergencia; las usuarias que acuden a dicho hospital por lo general son provenientes de la zona rural y periurbana y por lo mismo de una condición socioeconómica baja, de igual manera el idioma podría conllevar a una barrera entre los profesionales de salud y el paciente, manifestado con un trato frío y despreocupado lo que se evidencia con insatisfacción de los servicios de salud, menor productividad, eficiencia y eficacia disminuida del profesional y deficiente calidad de atención, entre otros.

En el presente estudio el 48.9% de las usuarias del servicio de Gineco - Obstetricia percibieron un nivel bajo al momento de ser atendidas, cuando dialogan con el profesional de

enfermería, el 48.4% percibieron un nivel bajo con respecto a la atención humanizada, el 49.4% percibieron un nivel bajo con respecto a la atención oportuna y el 46.3% de las usuarias encuestadas percibieron un nivel bajo con respecto a la atención oportuna.

También se concluye evidenciando que existe gran parte de profesionales que brindan una atención rutinaria, olvidándose del lado humanitario, por lo que es necesaria una reflexión permanente sobre los valores, conocimientos, actitudes y aptitudes. Sin duda, tal reflexión estimula las acciones y orienta el ejercicio profesional hacia la búsqueda del mejoramiento continuo, como condición para el diseño y ejecución de estrategias que privilegien cuidar con calidad y calidez las necesidades del usuario.

Referencias

1. Troncoso MP, Suazo SV. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(4):499-503.
2. López-Parra M, Santos-Ruiz S, Varez-Peláez S, Abril-Sabater D, Rocabert-Luque M, Ruiz-Muñoz M, et al. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enferm Clínica.* 2006;16(4):218-221.
3. Álvarez LNR, Triana Á. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del Country. Bogotá Dispon En. 2007;
4. Espinoza L, Huerta K, Pantoja J, Velásquez W, Cubas D, Ramos A. El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho. *Rev Esp Rev En Internet.* 2010;13(5):2010.
5. Arista Chávez G. Interacción enfermera paciente en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en agosto-diciembre 2003. 2004 [citado 12 de octubre de 2017]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2686>
6. Quintero B. Ética del cuidado humano bajo los enfoques de Milton Mayeroff y Jean Watson. *Cienc Soc.* 2001;26(1):16-22.
7. NAJERA RM, Castrillón Mara C. La Enfermería en América Latina Situación actual, áreas críticas y lineamientos para un Plan de Desarrollo [Internet]. Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia; 2010 [citado 12 de octubre de 2017]. Disponible en: http://aladefe.org/articulos/la_enfermeria_en_america_latina.pdf
8. Vergel H, Luis L, Zequeira Betancourt DM, Guerra M, de Jesús A. La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. *Rev Cuba Enferm.* 2010;26(1):30-41.
9. Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Cienc Enferm.* 2011;17(3):11-22.
10. Ferré-Grau C, Rodero Sánchez V, Cid Buera D, Vives Relats C. El relato de la experiencia depresiva: Aplicando los factores cuidados de Jean Watson. *Index Enferm.* 2008;17(1):22-24.

CONOCIMIENTO, ACTITUDES, PRÁCTICAS Y PERCEPCIÓN SOBRE LA TUBERCULOSIS, EN PACIENTES AFECTADAS POR LA ENFERMEDAD

KNOWLEDGE, ATTITUDES, PRACTICES AND PERCEPTION ON TUBERCULOSIS, IN PATIENTS AFFECTED BY THE DISEASE

MARTINEZ P. Scarley¹, NINA M. Abigail Roxana²

¹Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca, Facultad de Ciencias Químico Farmacéuticas y Bioquímicas Carrera de Bioquímica. ²Instituto de Formación Superior Hernández Vera. martinez.scarley@usfx.bo
Sucre, Bolivia

Recibido en 10 de febrero de 2018
Aceptado en 21 de marzo de 2018

Resumen

El objetivo de este estudio fue identificar el conocimiento, las actitudes, prácticas y percepción sobre la tuberculosis de Pacientes Afectadas por Tuberculosis (PATB) en la ciudad de Sucre. Se trata de un estudio de carácter cuali-cuantitativo no experimental, descriptivo, sincrónico o transversal, realizada con 28 PATB que realizan su tratamiento en centros de primer nivel de la ciudad de Sucre. Para la recolección de los datos se aplicó la encuesta con uso de cuestionarios previamente elaborados y validados. Entre los resultados se obtuvo que la mayoría de las personas afectas por TB eran del sexo masculino (53.6%), 35.1% casados, y la edad abarca de 18 a 86 años, siendo el promedio de edad de 42.8 años. El 33.8% concluyó la primaria, el 40.5% refirió trabajar. En lo que refiere al conocimiento la mayoría (65.5%) refiere conocer sobre la enfermedad, el 71.2% reconoce los síntomas de la enfermedad así como el 93.3% manifiesta la forma correcta de contagio. En cuanto al tratamiento, el 100% de las pacientes lo realizan en servicio público, de los cuales el 52% manifiestan hablar sobre su enfermedad con el personal de salud. El 44.8% de los pacientes percibe como muy buena la calidad de los servicios de apoyo, finalmente la mayoría (78.5%) de los pacientes se sienten bien informados a la hora de la encuesta.

Palabras clave: Conocimientos Actitudes y Prácticas, Percepción, Pacientes, Enfermedad de Tuberculosis.

Abstract

The objective of this study was to identify the knowledge, attitudes, practices and perception regarding tuberculosis of Patients Affected by Tuberculosis (PATB) in the city of Sucre. This is a non-experimental qualitative, quantitative, descriptive, synchronous or cross-sectional study, conducted with 28 PATBs that perform their treatment in first level centers in the city of Sucre. To collect the data, the survey was applied using previously developed and validated questionnaires. Among the results it was obtained that the majority of people affected by TB were male (53.6%), 35.1% married, and the age ranges from 18 to 86 years, being the average age of 42.8 years. 33.8% finished primary school, 40.5% referred to work. With regard to knowledge, the majority (65.5%) report knowing about the disease, 71.2% recognize the symptoms of the disease as well as 93.3% state the correct form of infection. Regarding treatment, 100% of patients perform it in public service, of which 52% say they discuss their illness with health personnel. 44.8% of patients perceive the quality of support services as very good, finally most (78.5%) of patients feel well informed at the time of the survey.

Keywords: Knowledge Attitudes and Practices, Perception, Patients, Tuberculosis Disease.

Introducción

La presencia de Tuberculosis en el mundo, es inmemorial, tan antigua como la humanidad, aunque no se puede especular siquiera del origen del primer caso de tuberculosis, lo que sí es cierto es su gran capacidad de transmisión y contagio¹.

La tuberculosis es una pandemia que ocupa los primeros lugares dentro de las enfermedades de elevada prevalencia a nivel mundial, ya que se producen 8.800.000 de casos por año (OMS/OPS 2005), especialmente en la India y China, que representan el 35% de la carga mundial y África con el 29%. A nivel global, la tasa de detección de TBP BAAR (+) fue de un 62% en el 2005 con relación al 70% esperado y la tasa de éxito de tratamiento para ese mismo año fue de 84% en relación al 85% esperado (Indicador 24 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio).

Según el reporte 2005 de la OPS/OMS de la región de Las Américas, el número de casos de tuberculosis en todas sus formas (TB TSF) fue de 352.000, TBP BAAR (+) de 157.000, que en proporción representa el 44,6% y el número de muertes de tuberculosis de 49.300 (14%).

De igual manera, el Reporte de la OMS – Control Global de la Tuberculosis 2007, con relación a los objetivos de la OMS, la tasa de detección de casos TBP BAAR (+) para el 2006 fue del 69%, la cobertura del DOTS del 91%, ambos indicadores con una tendencia secular ascendente desde 1997 al 2006, a diferencia del éxito de tratamiento que presentó una tendencia estacionaria hasta el 2003, registrando un descenso de 80 a 78% en el 2006 respecto al total notificado. La prevalencia de la coinfección TB/VIH estimada

para el 2005 fue de 14% para Brasil, Trinidad y Tobago, Guyana 13% y Haití 12%. La mortalidad atribuida al VIH fue de 8,5% para el 2007.

Pocos son los escritos que relatan la historia de la tuberculosis en Bolivia, pero sin duda son recopilaciones^{2,3} que relatan la presencia de esta enfermedad en el país. Enfermedad que continúa siendo un problema de gran magnitud y trascendencia, clasificada dentro de los 12 países con alta carga en las Américas, ocupando el segundo lugar después de Haití.

Durante los últimos años la tendencia de la incidencia de la tuberculosis pulmonar BAAR (+) ha ido disminuyendo gradualmente, desde una tasa de 80,1x 100.000 Habitantes del 2001 a 57,5 x 100.000 Habitantes para el 2007 y 5001 x 100.000 Habitantes para el 2011.

Según el promedio nacional, los Departamentos de Santa Cruz, Pando, Tarija y Beni presentan tasas de incidencia de TBP BAAR (+) superiores a 57,5/100.000 habitantes, el resto por debajo de este promedio, atribuyéndose entre otras causas a una sub notificación y baja detección de casos. La tasa de incidencia más baja se encuentra en Oruro con 22,2/100.000 habitantes y la más alta en Santa Cruz con 86,9/100.000 habitantes.

El número de Sintomáticos Respiratorios (SR) captados en todo el país durante los últimos años ha tenido un discreto aumento, de 6.6% entre los años 2001 a 2010 (de 84078 a 89641 SR). Siendo notable el incremento de baciloscopias diagnósticas en un 27.3 % entre los mismos años.

Sin embargo, la tendencia de detección de casos de TBP BAAR (+) ha presentado una

¹Pinto Morales Enrique. *Neumología. Facultad de Medicina, La Paz – Bolivia 1995*

²Ministerio de Salud y Previsión Social, Dirección General de Servicios de Salud, Programa Nacional de Control de la

Tuberculosis. Plan Quinquenal 1999 – 2004., La Paz – Bolivia, 1999

³Sociedad Boliviana de Historia de la Medicina de La Paz. *Número dedicado a la Historia de la Tuberculosis. La Paz Bolivia, 1996, Vol. 2.*

disminución de un 15.3% entre los años 2001 a 2007 (de 6672 a 5652 casos), que puede obedecer a problemas en la calidad de la muestra para el diagnóstico (laboratorio) o en la definición de Sintomático Respiratorio. En las últimas 10 gestiones, las mayores tasas de incidencia se presentaron en pacientes del sexo masculino. Los grupos etáreos por encima de 55 años y el comprendido entre los 15 a 24 años, fueron los que presentaron las mayores tasas de incidencia, denotando aún una alta transmisión del bacilo en la comunidad.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) como respuesta al gran desafío epidemiológico que la tuberculosis representa declaró, en 1996, a la tuberculosis como prioridad sanitaria a aplicar la estrategia DOTS/TAES.

Desde entonces, se trazó una política regional que buscó extender y/o implementar la estrategia DOTS/TAES, posicionar el control de la TB como prioridad de la salud para los gobiernos y sensibilizar a los socios y agencias donantes internacionales para apoyar a los países de la Región. Entre 1996 y 2003, se inició la implementación y posterior expansión del DOTS/TAES a prácticamente todos los países, alcanzando una cobertura del 88% de la población de las Américas para 2009.

En Bolivia entre los años 2004 y 2011, basado en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el PNCT desarrolló sus Planes Operativos Anuales regionales, con las metas establecidas a cumplir hasta el 2015. En 2007 se refrendó el Esquema I de tratamiento para casos nuevos, de 8 a 6 meses: 2RHZE/4RH, mismo que se implementó a nivel nacional a partir de 2009.⁴

Los pacientes con síntomas respiratorios sugestivos de tuberculosis buscan atención con base en conocimientos, información diversa, experiencias previas, orientación de

terceros y/o necesidades específicas, seleccionando a ese fin, a un proveedor de salud de su comunidad dependiendo de la accesibilidad, aceptabilidad y otros factores, lo que motivó a realizar este estudio cuyo objetivo fue identificar el conocimiento, las actitudes, prácticas y percepción en relación a la tuberculosis de las personas afectadas por Tuberculosis en la ciudad de Sucre.

La generación de información local y las acciones que se deriven de ésta identificación, son de beneficio no solo de pacientes que cursan con un cuadro tuberculoso y que pueden acceder a más y mejores servicios, sino también, de sus familias, amigos y comunidad toda que podrá recibir herramientas de prevención e identificación temprana de signos de alarma, contribuyendo al control epidemiológico y erradicación de la enfermedad.

Métodos

El estudio combina una metodología de evaluación y CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas), ésta ha sido seleccionada como la metodología de investigación cuantitativa que, por haber sido internacionalmente validada, provee más y mejores posibilidades de realizar una aproximación a la realidad.

Es un estudio de carácter cuali-cuantitativo no experimental, descriptivo, sincrónico o transversal, realizada en la ciudad de Sucre, con la población de Pacientes Afectadas por la Tuberculosis (PATB), como muestra del estudio se tomó el 50% del total de PATB, bajo los siguientes criterios de inclusión:

Personas (hombres o mujeres) de 18 años o más, que se encuentren recibiendo el tratamiento para la TB, bajo la estrategia DOTS, asistidos por personal del servicio de

⁴Ministerio de Salud y Deportes. Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis en Bolivia 2008-2015

salud de la zona y por un periodo igual o mayor a 20 días.

Sucre posee 31 servicios de primer nivel, constituyendo 6 cabeceras de distrito, se recurrió a los distritos para la selección de la muestra de PATB. Según el informe proporcionado por el programa TB, en la gestión 2017 se tiene 51 PATC, de los cuales la muestra quedó conformada de la siguiente manera:

| DISTRITO | BK+ Programados | BK+ Captados | MUESTRA |
|---------------------------|-----------------|--------------|-----------|
| Santa Bárbara Norte | 36 | 17 | 9 |
| El Tejar | 63 | 7 | 4 |
| San José | 66 | 4 | 2 |
| Valle Hermoso | 57 | 5 | 3 |
| Central | 33 | 5 | 3 |
| Santa Bárbara Sur | 34 | 13 | 7 |
| TOTAL MUESTRA PATB | | | 28 |

Siendo 28 la muestra la muestra del estudio, la cual fue seleccionada al azar de las fichas de registro de los servicios de salud consignados en el estudio.

Para la recolección de datos, se aplicó la encuesta con uso de cuestionarios. La confección de los cuestionarios, se basó en encuestas muestra disponibles en la guía estandarizada de CAP del STOP TB de la OMS, las versiones originales de las preguntas en inglés, traducidas al español, y re-traducidas al inglés para asegurar certeza, fueron adecuadas y replanteadas de forma pertinente a nuestro medio. Los cuestionarios fueron estructurados y pre-codificados e incluían solamente unas pocas preguntas abiertas. Estos cuestionarios, culturalmente adecuados al entorno, fueron probados en campo y ajustados antes del inicio de su administración. Antes de cada entrevista se solicitó el consentimiento informado de cada uno de los participantes del estudio.

Resultados

Entre los resultados se obtuvo que el 53.6% de las personas afectadas con TB son del sexo masculino y 46.4% del sexo femenino. En la distribución por edad, 15.0% de las personas entrevistadas tenía de 35 a 39 años y 11.6% estaba en el grupo de 50 a 54 años. El grupo que tuvo la menor participación fue el de 60 a 64 años con 4.8%, seguido de los de menos de 20 años, 3 con 5.4%. El promedio de edad es de 42.8 años, siendo la menor de 18 y la mayor de 86 años.

Con relación al estado conyugal de las personas entrevistadas poco más de una tercera parte (35.1%) eran casados(as) y 27.7% solteros(as). En cuanto al nivel de estudios aprobado alrededor de una tercera parte (33.8%) concluyó la primaria y tres de cada diez (30.4%) la secundaria. Vale la pena mencionar que la proporción de personas afectadas con TB sin escolaridad es alta (10.8%), mientras la proporción de personas con maestría o doctorado fue de tan sólo 0.7%.

Alrededor de dos quintas partes (40.5%) de las personas entrevistadas manifestaron trabajar y una proporción semejante señaló que se dedica a las tareas domésticas (39.2%). Por otro lado, es importante mencionar que 10.1% de las personas entrevistadas señalaron ser desempleados(as). De aquellos que trabajan, 83.1% percibe un salario por la labor desempeñada, alrededor de tres cuartas partes (74.6%) trabajan diariamente y 25% ocasionalmente.

En lo relativo a la propiedad de la vivienda poco menos de dos terceras partes (64.1%) de las personas entrevistadas manifestaron que es propia, en tanto que 18.6% señalaron que es rentada y 15.2% prestada. Asimismo, 85.8% de las personas entrevistadas indicaron que residían con sus familiares, uno de cada diez (10.1%) declaró vivir solo(a), y en menor

cantidad se encontraban los que vivían con amigos con 3.4%.

Conocimiento sobre la Tuberculosis

En lo que se refiere al conocimiento de la tuberculosis, casi dos terceras partes (65.5%) de las personas afectadas con TB manifestaron haber oído hablar de la tuberculosis antes de su enfermedad, asimismo, tres cuartas partes (75.8%) señalaron que esta enfermedad era muy grave, 14.8% algo grave y 6.7% mencionaron que no era tan grave. Al indagar sobre la seriedad del problema de tuberculosis la mitad (51.0%) señaló que era muy serio, poco más de una cuarta parte (26.8%) algo serio y 14.1% no tan serio; en menor medida se encontraron las personas que indicaron no saber de la seriedad del problema en su lugar de residencia, con 6.7%.

En cuanto a los signos y síntomas de la tuberculosis señalados, el 71.2% de ellos manifestó que la tos es uno de ellos, seguido de la fiebre con dos terceras partes (66.7%) y de la tos con flemas con 65.3%. Por el contrario, los signos y síntomas menos mencionados fueron el vómito, el insomnio y el cuerpo cortado con 78.9%, 75.5% y 70.7% respectivamente; de manera correcta, ya que estos síntomas no se asocian con TB.

En lo relacionado con las formas de contraer la tuberculosis: 93.3% de la población encuestada manifestó que esta enfermedad se transmite a través del aire cuando tose o estornuda una persona con TB, mientras que poco más de cuatro quintas partes (83.9%) señalaron la convivencia con personas que padecen TB y en 69.8% cuando se comparten los alimentos. Por el contrario, alrededor de tres cuartas partes (73.6%) mencionaron de manera correcta que la tuberculosis no se contrae por un saludo de manos, poco más de dos terceras partes (67.1%) señaló que la enfermedad no es hereditaria y 65.8% considera que no se transmite por medio de

relaciones sexuales. Aunado a lo anterior, 59.1% de las personas entrevistadas señalaron que la tuberculosis no se contrae por exceso de trabajo.

En lo relacionado con las formas de evitar el contagio de la tuberculosis, alrededor de tres cuartas partes (75.5%) indicaron que cubriéndose la boca y la nariz cuando se tose o estornuda, en tanto aproximadamente tres quintas partes (61.1%) señaló que abriendo las ventanas y ventilando bien la casa y/o a través de una buena nutrición y comiendo bien. En menor medida se ubican quienes mencionaron que esta enfermedad puede evitarse vacunándose (47.2%) y cuando no se comparten alimentos (46.5%). Por otro lado, 90.9% de las personas entrevistadas manifestaron saber que el contagio de la tuberculosis no se evita cerrando las ventanas de la casa, así como no orando con 86.8% y teniendo relaciones sexuales con 85.3%.

De acuerdo con la percepción de las personas entrevistadas, la mayor parte señaló que cualquier persona puede contraer la tuberculosis (66.2%), en tanto que en 51.7% y 50.3% indicaron que las personas con un sistema de defensas débil y los individuos con desnutrición respectivamente. Por otro lado, 72.4% de las personas afectadas con TB señalaron que quienes han estado en prisión no son un riesgo para contraerla tuberculosis, así como las personas sin hogar y los(as) alcohólicos(as) con 66.0% y 64.8% de manera respectiva.

Poco más de nueve de cada diez (91.3%) de las y los encuestados refirieron que la tuberculosis puede curarse, de los cuales nueve de cada diez (92.6%) indicaron que la forma de aliviarse de esta enfermedad por medio de medicamentos específicos recetados en un centro de salud, en tanto que 54.4% opinó que tomando los medicamentos con la supervisión del personal de salud. Por el

contrario, 99.3% de las personas mencionaron que la tuberculosis no se cura descansando en casa sin tomar medicamentos, o tomando baños de sol todos los días, con 97.8%. Tampoco se cura tomando remedios a base de hierbas u orando con 96.3% y 94.9% respectivamente.

Experiencia con el tratamiento y la atención médica en tuberculosis

Al consultar entre las personas entrevistadas sobre su estado de salud al momento de aplicarles la encuesta, 42.3% señalaron que su salud era buena, 24.8% muy buena y 20.8% regular. En menor medida se encontraban quienes expresaron que su estado de salud era excelente y malo.

Entre las personas entrevistadas, se destaca que 100% acude al servicio público de salud para recibir atención a su problema de tuberculosis y no realizan ningún pago del mismo. Respecto al tiempo de transporte para los servicios de salud, cerca de tres quintas partes (59.1%) de las personas entrevistadas manifestaron que para llegar al servicio se demoran entre diez y treinta minutos, mientras que para poco menos de una cuarta parte (23.5%) le toma alrededor de diez minutos y para 15.4% entre media y una hora.

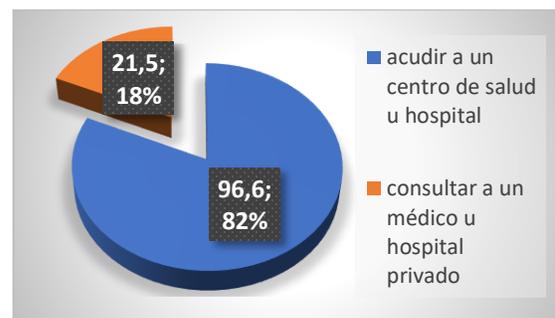
En cuanto al tiempo de espera en el centro de salud, alrededor de dos quintas partes (40.9%) de las personas entrevistadas señalaron que antes de ser atendidos esperan menos de diez minutos y la misma proporción espera entre diez y treinta minutos. En menor medida se encuentran las personas que dijeron que el tiempo de espera en la institución de salud es de más de una hora con 10.7% y de más de treinta minutos y hasta una hora con 7.4%. Aproximadamente una tercera parte (33.1%) de las personas entrevistadas generalmente se va caminando al servicio de salud para ser atendidos, en tanto que poco más de una

cuarta parte (27.7%) utiliza los autobuses urbanos.

En otro orden de ideas, poco más de la mitad (52.0%) de la población entrevistada que padece TB habla de su enfermedad con la enfermera u otro trabajador del área de la salud, 43.9% con su cónyuge, alrededor de dos quintas partes (39.9%) con su padre o madre y 37.8% con sus hijos. En menor medida se encuentra el médico con 36.5% y otro miembro de la familia con casi tres de cada diez (29.7%). En la misma línea, 43.2% señalaron que durante su enfermedad han recibido apoyo de la enfermera u otro trabajador del área de la salud, así como de su familia y en menor proporción están los hijos.

Ahora bien, en caso de que algún familiar o conocido de las personas entrevistadas presentara los síntomas de la TB, la mayoría (96.6%) de éstos les recomendaría acudir a un centro de salud o institución médica, mientras que poco más de una quinta parte (21.5%) les aconsejaría consultar a un médico u hospital privado. (GRÁFICO 1)

Gráfico 1. Distribución porcentual de recomendación que daría una PATB a una persona con síntomas de TB. Sucre 2017



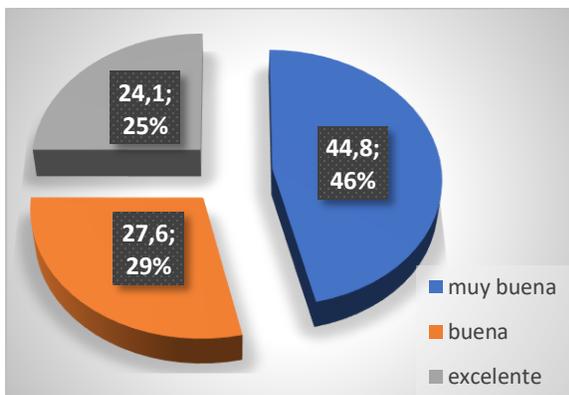
Fuente: Elaboración propia

En la mayoría de los casos la población estudiada no le recomendaría a sus familiares o conocidos buscar otras opciones de tratamiento por su cuenta, buscar un curandero tradicional o acudir a una farmacia.

El 42.3% de las y los encuestados manifestaron haber tenido efectos secundarios desagradables cuando toman su tratamiento para la tuberculosis. Asimismo, 11.5% indicaron que interrumpieron su tratamiento en alguna ocasión, de los cuales 29.4% lo hizo por problemas de adicción, 17.6% por dificultades económicas y en una misma proporción por los efectos secundarios. El tiempo promedio en el que dejaron el tratamiento fue de 1.3 años, donde lo mínimo fueron algunas semanas, mientras que el máximo de 6 años. Aunado a lo anterior, 35.3% de las personas entrevistadas afirmaron que reanudaron el tratamiento al sentirse nuevamente enfermo.

En cuanto a la calificación de la calidad de los servicios auxiliares como laboratorio, rayos X y farmacia, 37.6% de las personas afectadas con TB indicaron que fue buena, 36.2% muy buena y 18.1% la consideraron como excelente. En términos generales, 44.8% de las personas entrevistadas calificaron como muy buena la calidad de los servicios de apoyo recibidos, en tanto que 27.6% y 24.1% como buena y excelente respectivamente. (GRÁFICO 2)

Gráfico 2. Distribución porcentual de percepción de calidad de los servicios de apoyo recibidos para la TB, según PATB. Sucre 2017

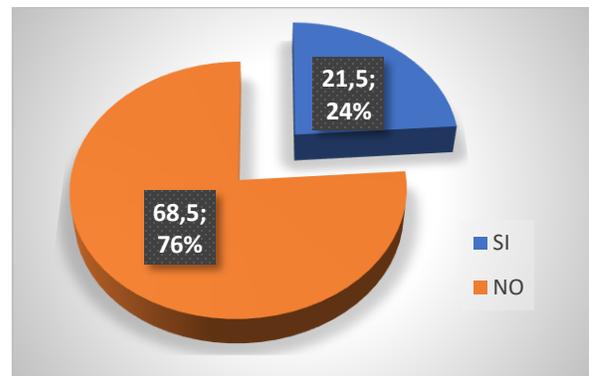


Fuente: Elaboración propia

Concientización acerca de la TB y los recursos de información

Al preguntar entre las y los encuestados sí antes de contraer la enfermedad creían que podían en algún momento padecer la tuberculosis, 21.5% mencionaron que sí, en tanto que 68.5% dijeron que no (GRÁFICO 3). De los primeros, 28.1% justificó su respuesta indicando que se confiaron mucho, que sólo escuchaban hablar de la enfermedad. Asimismo, una cuarta parte (25.0%) respondieron que podían en algún momento padecer TB porque tenían un familiar enfermo, mientras que 18.8% mencionaron que ya lo presentían, se sentían mal, y en una misma proporción porque a cualquier persona le puede dar dicho padecimiento.

Gráfico 3. Distribución porcentual de creencia de los PATB sobre la posibilidad de contraer la TB, antes de que ello sucediera. Sucre 2017



Fuente: Elaboración propia

De quienes mencionaron que no creían que podían en algún momento padecer la enfermedad, 31.3% argumentó que nunca se habían puesto a pensar en la TB y mucho menos en contagiarse, mientras que 21.2% indicaron que no se enferman con frecuencia, están vacunados y muy sanos. En menor medida se encuentra la población estudiada que señaló no conocer la TB y mucho menos sus síntomas, además de que no han estado con afectados.

Al consultar sobre la reacción de las personas entrevistadas cuando les diagnosticaron tuberculosis, poco más de la mitad (53.4%) lo tomó con tristeza o desesperanza, 41.8% con sorpresa y 39.7% con temor. En menor medida se encuentran quienes reaccionaron con pena y vergüenza con 18.5% y 7.5% de manera respectiva.

En el mismo orden de ideas, 15.3% de las personas entrevistadas señalaron que la noticia de adquirir la enfermedad les provocó otros sentimientos, destacándose con 13.6% la desesperación y la preocupación, 9.1% la precaución y en la misma proporción la incredulidad y curiosidad.

Por otra parte, entre las y los encuestados que recuerdan parte de la información que recibieron sobre tuberculosis alrededor de cuatro quintas partes (79.5%) tenían conocimiento de que la TB es curable, aproximadamente tres quintas partes (59.6%) de que no se puede suspender el tratamiento y en 57.5% de que el tratamiento dura seis meses.

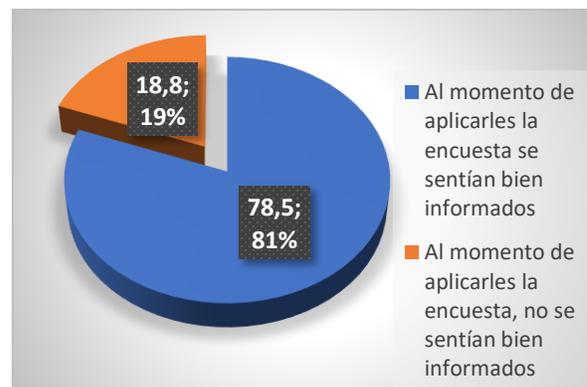
En menor proporción se encuentran las personas entrevistadas que recuerdan haber recibido información sobre los síntomas de la TB, con 50.7%, así como sobre las visitas y exámenes requeridos con 37.0%

En lo relativo al por qué se sienten bien informados las personas afectadas con TB, casi tres quintas partes (59.2%) dieron como principal argumento que en el servicio de salud les explicaron muy bien durante todo el tratamiento, 54.9% porque en el servicio de salud les explicaron muy bien durante la primera consulta y en 30.3% porque en el servicio de salud les entregaron folletos y materiales sobre la enfermedad. En menor medida se encuentra las personas entrevistadas que buscaron información por su propia cuenta con 14.2%, y quienes

buscaban información de salud junto con sus familias en libros o documentos con 7.7%

Al consultar entre las personas afectadas con TB si al momento de aplicarles la encuesta se sentían bien informados sobre la enfermedad, poco más de tres cuartas partes (78.5%) señalaron que sí, mientras que 18.8% dijeron que no. Además, 91.9% manifestaron que desearían obtener mayor información sobre la TB.

Gráfico 4. Distribución porcentual de percepción de los PATB sobre nivel de información sobre TB. Sucre 2017



Fuente: Elaboración propia

Dos quintas partes de las y los encuestados (40.1%) declararon que escucharon hablar por primera vez de la enfermedad en los centros de salud y/o por los trabajadores del área de la salud, 30.6% por medio de familiares, amigos y vecinos, y 10.9% por la televisión.

En lo que respecta al lugar donde las personas entrevistadas obtienen la información médica, la mayor proporción (96.6%) la conseguía en los centros de salud y/o por medio de los trabajadores del área de la salud, los folletos, póster y otro material impreso con 59.7% y la televisión con 46.2%. Del mismo modo, los líderes religiosos, los(as) maestros(as)/escuelas y los compañeros de trabajo son las fuentes de información en las que en menor proporción se obtienen la información médica.

En cuanto a las fuentes de información más confiables para la población de estudio, nuevamente se destacan los centros de salud y/o los trabajadores del área de la salud; los folletos, pósters y otro material impreso y la televisión los que tienen una mayor participación, con respecto a otros medios, con 91.9%, 47.7% y 40.1% de manera respectiva.

Por otro lado, al indagar entre las personas entrevistadas qué es lo que más les preocupa cuanto piensan en la tuberculosis, tres de cada diez (30.2%) mencionaron que proteger a la familia y no contagiar a nadie, 28.2% que se complique la enfermedad, que le queden secuelas y que el tratamiento no funcione. En menor medida se encuentran las personas que señalaron que les preocupa no ver avances en el tratamiento, no poderse curar, el cómo quedarán los pulmones, así como el toser con sangre o llegar a morir, con 12.8%; mientras que a 8.7% les preocupa su salud y curarse.

Percepción sobre la tuberculosis

Con respecto a la percepción que tiene la población afectada con TB sobre quienes padecen su misma enfermedad, 45.0% señalaron estar en desacuerdo con que algunas personas con TB se sientan culpables por ser una carga para su familia, en tanto que 36.9% estuvieron de acuerdo. De igual manera, en lo que se refiere a que algunas personas con TB guarden su distancia con otras para evitar contagiarlas con gérmenes de la enfermedad, casi tres quintas partes (59.1%) de la población encuestada estuvieron de acuerdo, mientras que por el contrario alrededor de una cuarta parte (26.8%) en desacuerdo.

Al comentario de que algunas personas con TB se sienten solas, casi dos quintas partes (39.6%) de las personas entrevistadas están en desacuerdo, así como 37.6% de acuerdo. Por otro lado, algunas personas con TB se sienten lastimadas por la manera en que los demás reaccionan cuando se enteran que

padecen la enfermedad, a lo que las y los encuestados respondieron en 43.6% estar de acuerdo, mientras que 36.2% en desacuerdo.

En el mismo orden de ideas, respecto al enunciado de que algunas personas con TB pierden a sus amigos(as) cuando les comentan que tienen la enfermedad, las personas entrevistadas señalaron en casi la mitad (49.0%) estar en desacuerdo y una tercera parte del total (33.6%) de acuerdo.

Respecto al enunciado de que algunas personas con TB tienen miedo de decirles a sus familias que tienen la enfermedad, las y los encuestados están en desacuerdo 46.3% de los casos, mientras que en poco menos de tres de cada diez (28.9%) indicaron estar de acuerdo. Igualmente.

Por último, al comentario de que algunas personas con TB se sienten culpables de haber contraído la enfermedad por fumar, tomar o por otras conductas irresponsables, 47.4% de las personas entrevistadas estuvieron en desacuerdo y 27.5% de acuerdo.

En términos generales, dos terceras partes de las opiniones de la población afectada con TB estuvieron centrados principalmente en estar en desacuerdo con los enunciados propuestos, lo cual refleja la autoestima de la población mencionada, en no sentirme menos que los demás por el hecho de padecer la enfermedad, y el afrontar las situaciones con el mayor empeño y entusiasmo.

Conclusiones

Es evidente que la necesidad de mayor información, atención y cuidado para las PATB continúa siendo una necesidad. La información sobre control de infección que enfatice los mecanismos de transmisión y de cómo no se transmite contribuirá posiblemente a aminorar la carga y la culpa que sienten las PATB. Es importante contar con especialistas

en salud mental y/o consejería, pero debe involucrarse al equipo completo de salud (médicos, enfermeras, trabajadores/as sociales, etc.) en estos temas. Las PATB califican a las enfermeras dentro de los centros de salud como la principal fuente de apoyo, y en menor medida consideran a familiares y médicos como apoyo. El personal de salud continúa siendo considerado como una fuente confiable de información respecto al tema de TB, y una gran mayoría de las PATB entrevistadas desearían recibir más información, lo que también podría indicar que la información recibida no fue del todo suficiente.

Respecto a conocimientos, si bien cerca de 6 de cada 10 recuerdan los síntomas básicos de la enfermedad, sería de esperarse que más personas conocieran o recordaran la información detallada, toda vez que se entrevistaron a PATB en tratamiento. Aún más

una proporción todavía considera que el abstenerse de relaciones sexuales ayuda a prevenir la transmisión de la TB.

Como abrumadores pueden calificarse los sentimientos que invaden a las PATB. Si bien, solo una cuarta a tercera parte considera que la comunidad exhibe conductas discriminatorias, es evidente que el auto-estigma y posiblemente la auto-discriminación están presentes, pues una proporción importante experimentan soledad, manifiestan perder amigos al recibir el diagnóstico de TB, o se sienten culpables por poder transmitir la enfermedad a otros. Esperamos que estos hallazgos sean de utilidad para los tomadores/as de decisión, y contribuyan a mejorarla prevención y el control de la tuberculosis en el país, así como los servicios que se proveen a las personas y comunidades afectadas por TB.

Bibliografía

1. Alianza comunitaria SOLUCION TB. De la Tos a la Curación. Hallazgos de encuestas en hogares. Reporte Publicado en Junio de 2010.
2. Alianza comunitaria SOLUCION TB. De la Tos a la Curación. Hallazgos de encuestas en familiares de PATB. Reporte Publicado en Junio de 2010.
3. Alianza comunitaria SOLUCION TB. De la Tos a la Curación. Hallazgos de encuestas en Proveedores de servicios de salud. Reporte Publicado en Junio de 2010.
4. Consenso Nacional para el Control de la Tuberculosis en España. Grupo de Trabajo sobre Tuberculosis. MedClin (Barc.) 1992; 98: 24-31.
5. Documento de Consenso sobre el Estudio de Contactos en los Pacientes Tuberculosos. Grupo de Estudio de Contactos de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (UITB). MedClin (Barc) 1999; 112: 151-156.
6. Documento de Consenso sobre la Prevención y Control de la Tuberculosis en España. Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (UITB). Area de Tuberculosis e Infecciones Respiratorias de La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y Grupo de Estudio de Sida (GESIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). MedClin (Barc) 1999; 113: 710-715.
7. Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD. Harrison. Principios de Medicina Interna. 13ª Edición 1994. Editorial Interamericana. McGraw-Hill.
8. La Tuberculosis: Un Problema de Salud Pública. 1ª Edición 1999. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

9. Mandell G L, Bennett JE, Dolin R. Enfermedades Infecciosas. Principios y Práctica. Cuarta Edición 1995. Editorial Médica Panamericana.
10. Moreno S, Guerrero C y Ramirez C. Tuberculosis. En: Soriano V, Gonzalez-Lahoz J, eds. Manual del SIDA. Madrid: IDEPSA, 1997; 301-309.
11. Rodrigo T, Caylá JA. Evaluación de los Programas de Control de Tuberculosis de las Comunidades Autónomas de España. MedClin (Barc) 1999; 113: 604-607.
12. Tratamiento de la Tuberculosis: Directrices para los Programas Nacionales. Segunda Edición 1997. Organización Mundial de la Salud.

INSTRUCCIONES PARA AUTORES

1. ACÁPITE DE TITULO

1a) *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. No debe incluir abreviaciones o formulas químicas.

1b) *Nombres de los autores*. (en letras mayúsculas y minúsculas). Todos los autores listados deben haber participado directamente y substancialmente en el estudio que dio pie al artículo. Los autores deben ser enumerados por su primer nombre completo en mayúsculas, la inicial del segundo, y por su apellido completo (ej: JUAN C. Aguilar Salame).

1c) *Institución(es)*. Donde la investigación fue llevada (laboratorio, instituto, carrera o facultad, universidad, hospital, ciudad, país). Cuando los autores estén afiliados a diferentes departamentos o instituciones, use números en superíndices después del apellido de cada autor y antes del departamento o institución correspondiente.

1d) *Autor Correspondiente*. Nombre completo del autor a quien la correspondencia debe ser enviada, email y números de teléfono.

2. RESUMEN

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

TERMINOS CLAVES. 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)

3. TEXTO

El cuerpo del trabajo no deberá exceder las 2000 palabras, se dividirá en secciones, tal como se indica a continuación.

INTRODUCCIÓN. Esta sección plantea el propósito del artículo sin un despliegue extensivo del tema, utilizando sólo las referencias más pertinentes. Indica las razones que motivaron a la investigación, sus objetivos y, cuando corresponda, da cuenta de la hipótesis postulada.

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 los Análisis Estadísticos realizados e indicar la manera en que los resultados están expresados.

RESULTADOS. Los resultados deben ser descritos en esta sección sin discusión de sus significados. Señalar al lector clara y exactamente lo que fueron sus resultados e intentar cuantificar cuando sea posible.

Solo expresar los datos en Tablas o en Figuras cuando sea estrictamente necesario, pero los mismos datos no debe ser reportados bajo las dos formas. No repetir en el Texto todos los datos que aparecen en las Tablas y las Ilustraciones.

DISCUSIÓN. Esta sección debe ser concisa y requiere enfatizar tanto los nuevos e importantes aspectos del estudio como las conclusiones provenientes de ellos.

La discusión debe enfocarse en la interpretación de los resultados obtenidos. El énfasis debe estar puesto en la significancia de los efectos y hallazgos novedosos, se debe indicar si los resultados obtenidos proporcionan una respuesta a las preguntas o apoyan la hipótesis presentada en la Introducción.

La discusión de las observaciones previas debe relacionarse con los resultados actuales y las especulaciones deben basarse en dichos resultados. 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.

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

4. REFERENCIAS

Las referencias deben estar ordenadas alfabéticamente por apellido del autor. Si hay más de una referencia para un autor o un grupo de autores, éstas deben estar listadas en orden cronológico, empezando con la publicación más antigua.

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

CÓDIGO ÉTICO

La Revista "Bio Scientia" se compromete a cumplir y mantener los estándares de comportamiento ético en todas las etapas del proceso de publicación. A fin de lograr este cometido, nos adherimos a los preceptos del Comité de Ética de Publicaciones (COPE)⁵, que establece estándares y proporciona pautas para las mejores prácticas editoriales.

Sobre esta base, las pautas de Bio Scientia para editores, autores y revisores son:

Responsabilidades del Editor y del Consejo Editorial

- *Asegurar la confidencialidad de los datos de los autores/as en el proceso de revisión.*
- *Asegurar la custodia de los textos no aceptados y explicitar la forma de destrucción de los mismos.*
- *Definir y explicitar los criterios de aceptación de los artículos para su revisión.*
- *Evitar tratos de favor o detrimento de autores/as.*
- *No tener conflicto de intereses en relación con los textos que se presentan.*
- *No hacer ningún uso de los textos ni de los datos que en ellos se presentan, más allá de los de ser publicados.*
- *Establecer criterios claros y objetivos de revisión para evitar la subjetividad de los revisores.*
- *Establecer unos plazos claros para dar respuesta a los autores sobre la aceptación o no aceptación del texto.*
- *Revisar incidentes sospechosos de plagio y resolver cualquier conflicto de intereses.*
- *Evaluar manuscritos sólo por su contenido intelectual, sin importar la raza, el género, la orientación sexual, creencias religiosas, origen étnico, la nacionalidad, o la filosofía política de los autores.*

Responsabilidades de los Autores/as:

- *Autoría: Confirmar que la autoría del texto es realmente de las personas que lo firman. La condición de autor implica la participación activa en la realización del trabajo fuente del artículo presentado, en la redacción del texto y en las revisiones del mismo.*
- *Originalidad: Asegurar la originalidad de los trabajos y que éstos no hayan sido publicados por ningún otro medio.*
- *Veracidad: Aportar datos y resultados veraces y mostrar que se han recogido de acuerdo a la metodología declarada y de forma técnicamente correcta.*
- *Plagio: No hacer plagio total o parcial de otras obras ya publicadas por otros o los mismos autores.*

⁵ <https://publicationethics.org/news/core-practices>

- *Conflicto de intereses: declarar cualquier asociación comercial que pueda suponer un conflicto de intereses en conexión con el artículo remitido.*
- *Fuentes: Indicar las fuentes de información utilizadas diferenciando las que se han utilizado de forma directa de las que se han utilizado indirectamente y citar su procedencia correctamente.*
- *En el caso de ser aceptado el artículo, los autores deben comprometerse si les es solicitado, a hacer las modificaciones en el plazo estipulado.*
- *Presentar, en los casos que se considere procedente, la documentación que asegura que se han seguido unos criterios éticos mínimos en la investigación, como es el consentimiento informado.*

Responsabilidades de los Revisores/as

- *Hacer una revisión justa y objetiva de los artículos.*
- *Exponer con claridad los argumentos de su valoración.*
- *No aceptar artículos para revisar en los que pueda haber algún conflicto de intereses que limiten su objetividad (por ejemplo, ser parte interesada en la investigación que se presenta en el artículo, mantener una relación personal –parentesco...- con los autores/as del texto o estar en una situación de disputa en contra del mismo o de la persona o grupo que lo presenta).*
- *Mantener la confidencialidad sobre la información y los datos de los artículos evaluados.*
- *Evaluar manuscritos sólo por su contenido intelectual, sin importar la raza, el género, la orientación sexual, creencias religiosas, origen étnico, la nacionalidad, o la filosofía política de los autores.*

POLÍTICA DE TRANSPARENCIA PROCEDIMIENTOS PARA TRATAR CONFLICTOS ÉTICOS

El proceso editorial de Bio Scientia se rige por la buena fe. El Directorio y Consejo Editorial de la revista confían en lo que dicen los autores y en la objetividad/imparcialidad de los revisores pares. Los autores, a su vez, deben confiar en la integridad de los editores y revisores.

Conductas inapropiadas.

- *Pueden ser identificadas y comunicadas al editor y al Consejo Editorial de la revista, por cualquier persona natural.*
- *El denunciante tiene el deber de suministrar pruebas suficientes para la investigación formal. Todas las delaciones deberán contar con un proceso abierto, hasta llegar a una decisión.*

Proceso investigativo.

- *El editor realizará una investigación y buscará asesoramiento jurídico en la institución responsable de la revista.*
- *Se recopilarán las pruebas y mantendrá el anonimato en todo momento, para evitar filtraciones en el ámbito científico.*

Infracciones leves.

-
- *Se puede dar solución sin necesidad de mayores trascendencias. El autor podrá responder a las acusaciones y hacer descargo de pruebas.*

Infracciones graves.

- *Se notificará a los empleadores del acusado y se le notificará al autor o revisor mediante carta, que se ha detectado una conducta inapropiada, por ende, una violación al Código de Ética de la revista.*

Consecuencias.

- *Publicación de un editorial de la revista en el que se detalle la conducta inapropiada.*
- *Retiro formal de la publicación de la revista.*
- *Veto al autor o revisor por un período definido por el directorio.*

FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES



Revista Científica Oficial
de la Facultad de Ciencias
Químico Farmacéuticas
y Bioquímicas

ISSN: 2664 - 5114

FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Conforme a lo estipulado en el apartado de conflicto de interés de las Normas de Publicación de la revista "BIO SCIENTIA", y para garantizar la independencia, objetividad y rigor científico de los trabajos publicados, es necesario comunicar por escrito la existencia de cualquier relación entre los autores del artículo y entidad pública o privada de la que pudiera derivarse algún posible conflicto de intereses.

Un potencial conflicto de intereses puede surgir cuando los autores mantienen relaciones económicas (e.g., contratos, financiación de la investigación, consultoría, etc.) o personales (e.g., relación familiar) con otras personas u organizaciones que puedan influir interesadamente en sus trabajos.

La política de la revista no es impedir que publiquen autores con conflictos de intereses potenciales, sino que éstos puedan ser identificados abiertamente, para que los revisores y, en su caso, lectores puedan juzgar el manuscrito con la declaración completa de los hechos y, de esta forma, puedan determinar si los autores, al margen de los intereses, presentan una predisposición que pueda tener un impacto directo en el trabajo.

Título del artículo

| | |
|--|--|
| | |
| Fuentes de financiamiento de la investigación ¹ : | |

El primer autor del manuscrito, en su nombre y en el de todos los autores firmantes, declara que no existe conflicto de intereses relacionado con el artículo.

| | |
|---------------------------|--------------------------|
| (Nombre del primer autor) | (Firma del primer autor) |
|---------------------------|--------------------------|

¹ Expresar en porcentajes hasta totalizar el 100% (Ej. Fuentes personales:70%, Empresa XX 30%)

FORMULARIO DE ORIGINALIDAD



Revista Científica Oficial
de la Facultad de Ciencias
Químico Farmacéuticas
y Bioquímicas

ISSN: 2664 - 5114

FORMULARIO DE ORIGINALIDAD

Sucre, Bolivia ____ de ____ de 20__

Afirmo que el artículo:

Es ORIGINAL, es inédito, es de mi autoría y la de mis coautores y nos hacemos responsables por su contenido.

Que no ha sido ni será presentado en otra revista con fines de publicación mientras esté vigente el proceso con Bio Scientia.

Además, entiendo y acepto que los resultados de la dictaminación son inapelables.

_____ Firma del autor principal (Signature)

_____ Nombre del autor principal (Name)

_____ Número de documento de identidad

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN



Revista Científica Oficial
de la Facultad de Ciencias
Químico Farmacéuticas
y Bioquímicas

ISSN: 2664 - 5114

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Sucre, Bolivia, ___ de _____ de 20__

Habiendo postulado el artículo

Acepto que los resultados de la dictaminación son inapelables y en caso de ser aceptado para publicación, autorizo a la Revista "Bio Scientia" a difundir mi trabajo en los números de la revista que el editor decida, así como en redes electrónicas, colecciones de artículos, antologías, memorias y cualquier otro medio utilizado por la revista para alcanzar un mayor auditorio.

_____ *Firma del autor principal*

_____ *Nombre del autor principal*

