

CONTENIDO

Artículos originales

Cuidados de enfermería a pacientes con accidente cerebro vascular (isquemico) en el servicio de terapia intensiva del hospital Santa Bárbara

NAVARRO Mamani Rossio 2

Información educación y comunicación para la prevención y control de la tuberculosis en la población, Monteagudo, 2016

COLQUE Téllez Natividad 9

Evaluación de la implementación del programa nacional de chagas en el distrito VII red I Sucre

HUAYGUA Pacheco Ana Luz..... 15

Calidad de atención en consulta externa, desde la percepción del usuario, en los centro de salud mercado campesino, mercado minorista, alto loyola

COPPEDE Irusta Ninfa..... 22

Conocimiento y aplicación de cuidados posquirurgicos inmediatos de la colecistectomia por el personal de enfermería en el Hospital Universitario

ORTEGA Rodríguez Graciela Julia 30

CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ISQUEMICO) EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL SANTA BARBARA

NAVARRO Mamani Rossio¹

Recibido en 08/2017
Aceptado en 10/2017

RESUMEN

La enfermedad cerebrovascular es una patología que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro, siendo esta una de las causas de mortalidad, y siendo causa para la internación pacientes que la padecen requieren de un cuidado especial, nace de ahí la motivación para la presente investigación se aborda el proceso de atención del personal de enfermería a pacientes con accidentes cerebro vasculares. El objetivo del estudio fue evaluar los cuidados de enfermería a pacientes que padecen Accidentes Cerebro Vasculares en el marco de las necesidades afectadas y de los procedimientos establecidos en la Unidad De Terapia Intensiva del Hospital Santa Bárbara de Sucre, fue aplicado una encuesta al personal de enfermería y una guía de observación de los procesos de atención y cuidados que realizan en el marco de estándares generales de cuidados a pacientes con Accidentes Cerebro Vasculares. Finalmente, se concluye que no existe un Plan de cuidados estandarizados para el cuidado a pacientes y que las actividades del personal de Enfermería, estas son realizadas de acuerdo a su capacitación personal y experiencia que adquieren.

PALABRAS CLAVE

Accidente Cerebro Vascular; Cuidados de Enfermería; Plan Estandarizado; Terapia Intensiva.

SUMMARY

Cerebrovascular Disease is a pathology that affects the blood vessels that supply blood to the brain, this being one of the causes of mortality, and being a cause for hospitalization patients who suffer from it require special care, hence the Motivation for the present investigation addresses the process of attention of nursing staff to patients with cerebrovascular accidents. The aim of the study was to evaluate the nursing care of patients suffering from Cerebrovascular Accidents within the framework of the affected needs and the procedures established in the Intensive Care Unit of the Hospital Santa Bárbara de Sucre, a survey was applied to the nursing staff and a guide to observe the processes of attention and care that they perform within the framework of general standards of care for patients with Cerebrovascular Accidents. Finally, it is concluded that there is no standardized care plan for patient care and that the activities of the nursing staff are carried out according to their personal training and experience they acquire.

KEYWORDS

Vascular Brain Accident; Nursing Care; Standardized Plan; Intensive therapy.

¹ Licenciada en Enfermería; nrossio@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cerebrovascular (ECV) es una patología que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. A esta enfermedad también se le conoce como ICTUS, infarto cerebral, ataque cerebral, embolia o trombosis cerebral. Los dos últimos términos, no obstante, se refieren más bien a distintas causas del ICTUS. En francés se conoce como *accident vasculaire cérébral* o *maladie cerebro-vasculaire*. En inglés se conoce de una manera más dura como *stroke*, que quiere decir golpe⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud estima que ocurren 20,5 millones de ICTUS anuales en todo el mundo, y 5,5 millones son fatales.⁸ El comportamiento epidemiológico en Cuba es similar al de la mayoría de los países industrializados. Ocasionan alrededor del 10 % de las muertes, además, es la principal causa de incapacidad a largo plazo en el adulto, lo que supone un enorme coste económico⁽²⁾.

Esta patología afecta gravemente a nuestra población, la mayor parte del daño cerebral se produce en las horas inmediatas posteriores al presentarse el evento; en algunos casos quedan con secuelas durante toda su vida y otros casos no, por lo que se hace más necesario realizar el proceso de atención de enfermería individualizado a cada paciente acorde a cada fase o etapa de la enfermedad en la que se encuentre y poder llevarlo de la total dependencia a la independencia y que realice sus actividades propias de la vida diaria humana⁽³⁾.

Una de las causas del retraso en la demanda de dicha atención, es el escaso conocimiento sobre las manifestaciones de los Accidentes Cerebro Vasculares y de su gravedad y secuelas, y lo que es

más importante, de la necesidad de un tratamiento inmediato.

Prevenir el Accidente Cerebro Vascular, es mejor que tener que adoptar medidas terapéuticas una vez que ha ocurrido. Se considera que la puesta en marcha de medidas eficaces de prevención puede evitar más muertes que todos los tratamientos en su conjunto.

En la etiología del Accidente Cerebro Vascular están implicados múltiples factores de riesgo vascular. Algunos no son modificables, pero otros sí se pueden controlar. La detección y modificación de estos factores es fundamental para prevenir un primer Accidente Cerebro Vascular (prevención primaria), y también para prevenir recurrencias después de un primer episodio (prevención secundaria). A menudo estos factores se presentan de forma asociada, potenciándose entre sí.

Durante el siglo XX, se produce la integración del método científico en el ámbito de la práctica enfermera, provocando una evolución del pensamiento enfermero y dando lugar a su vez a un cambio en el rol enfermero y haciendo evidente la necesidad del desarrollo de una terminología que identificara y clasificara los problemas y actividades dependientes de la enfermería. Esto supuso el origen y desarrollo de los diagnósticos enfermeros, que se convirtieron en la base de la atención y cuidados enfermeros⁽³⁾.

Posteriormente, con base a este proceso de pensamiento, se desarrollan los planes de cuidados estandarizados que suponen la organización de los cuidados enfermeros relativos a una patología o problema de salud concreto, creándose de esta manera un plan de actuación preestablecido basado en la evidencia

científica, en la observación del comportamiento de los pacientes u en la experiencia profesional; y que refleja los diagnósticos, objetivos y actividades que más frecuentemente se presentan en un perfil concreto, de forma que puede ser aplicado a todos los pacientes con ese perfil, adaptado a sus características individuales⁽⁴⁾.

La práctica de la enfermería se veía vinculada en un principio a la práctica exclusiva hospitalaria, en el cual sólo el paciente interesa al profesional en enfermería, hasta el concepto actual de la enfermería como proceso de su práctica con un enfoque biopsicosocial.

La identidad profesional puede tener ciertas diferencias en cada persona según sus características propias y antecedentes personales, familiares y el contexto en que cada individuo se desarrolla; es así como, sus creencias autoestima, visión que se tenga de la profesión, entre otros aspectos, influye de manera positiva o negativa en la construcción de la identidad profesional⁽⁵⁾.

Es así que los procesos de atención a los pacientes cerebrovasculares han cambiado en cuanto a su enfoque, siendo actualmente de carácter integral y centrado en los aspectos técnicos, interpersonales y del entorno y desde un enfoque integral de la atención de la salud.

Siendo que los pacientes con Accidentes Cerebro Vasculares, requieren de un cuidado especial, es que en la presente investigación se aborda el proceso de atención del personal de enfermería a pacientes con accidentes cerebro vasculares que se encuentran internados en la Unidad de Terapia Intensiva. El objetivo del estudio fue evaluar los cuidados de enfermería a pacientes que padecen Accidentes Cerebro Vasculares

en el marco de las necesidades afectadas y de los procedimientos establecidos en la Unidad De Terapia Intensiva del Hospital Santa Bárbara de Sucre.

El conocimiento de la eficacia del cuidado profesional en el nivel de respuesta alcanzado por el paciente, constituye una medida de impacto de la trascendencia del accionar de la enfermera; que en sí mismo, es un medio de retroalimentación para el perfeccionamiento y auto dirección de su práctica.

DISEÑO METODOLÓGICO

Estudio cualicuantitativo transversal, descriptivo que permite la descripción del objeto de estudio apoyado en métodos teóricos y empíricos, en un determinado tiempo, resulta ser una investigación con enfoque cuantitativo, porque para realizar un análisis más objetivo, se vale de métodos e instrumentos que permitieron realizar análisis estadísticos como la encuesta al personal de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Santa Bárbara de Sucre.

Población

La población de la presente investigación fue constituida por el total del personal de Enfermería que trabaja en la Unidad de Terapia intensiva del Hospital Santa Bárbara, haciendo un total de 12 enfermeras, no existiendo técnica de muestreo ni muestra por haberse trabajado con el total del personal al ser la población reducida. Por tanto, se incluyó a todo el personal de enfermería que desempeña funciones en la Unidad de Terapia Intensiva cuidando pacientes con Accidentes Cerebro Vasculares en el Hospital Santa Bárbara de Sucre.

Técnicas de investigación

Fue aplicado encuesta, con preguntas abiertas y cerradas para el personal de Enfermería de la Unidad de Terapia

Intensiva del Hospital Santa Bárbara de Sucre, con el objetivo de determinar conocimientos para el cuidado a pacientes con Accidentes Cerebro Vasculares.

Guía de observación estructurada, que tuvo el objetivo de describir los cuidados que realiza el personal de enfermería a pacientes con Accidentes Cerebro Vasculares en la Unidad de Terapia Intensiva de Sucre.

Para realizar una observación clasificada de la información se diseñó una tabla adecuada para la recolección de datos observables y representativos de las diferentes dimensiones en estudio sobre el diseño y el tipo de información que se requiere. Dicha tabla se elaboró en el marco de la atención integral, con la finalidad de garantizar la confiabilidad y validez.

RESULTADOS

Resultado de la encuesta al personal de enfermería que atiende a pacientes con ACV en la Unidad de Terapia intensiva del Hospital Santa Bárbara, se obtuvo que la edad cronológica del personal de enfermería es de 41 a 50 años en su mayoría, existiendo también personal que tiene más de 60 años y dos enfermeras entre 25 a 30 años. Esto da a entender que los procesos de capacitación deben ser permanentes y en el caso del personal con mayor edad, podría su trabajo ser rutinario, siendo una oportunidad para estandarizar tareas y actividades. La mayor cantidad del personal de enfermería tiene una antigüedad de 4 a 6 años trabajando en la UTI que puede ser una fortaleza para estandarizar actividades con el resto del personal que en mínima proporción es nuevo en el UTI del Hospital Santa Bárbara.

En cuanto al grado académico del personal de enfermería, la mayoría tienen un grado académico de licenciatura y la mitad del personal de enfermería está en proceso de formación pos gradual, lo que se constituye en una fortaleza para la institución.

En cuanto al conocimiento una gran parte de las encuestadas nos refiere que define a la enfermedad como una enfermedad del cerebro, una segunda parte nos dice que es una obstrucción del cerebro sin embargo otra tercera parte nos dice que es una hemorragia, sin embargo, una pequeña parte no define nada ya que se vio muy poca colaboración por parte de las encuestadas. En cuanto a la definición de la fisiopatología, signos, síntomas, complicaciones cuidados y planificación de tratamiento estas no fueron identificados, se podría decir que los conocimientos que tienen el personal de enfermería son generales y centrados en la dimensión técnica, no tomando en cuenta los otros factores como son los aspectos de relacionamiento interpersonal ni los referidos a aspectos del entorno.

En la revisión documental se pudo determinar que no se cuenta con un protocolo de atención de enfermería específico para este tipo de pacientes y de la misma manera cuando se consultó al personal de enfermería sobre si siguen un protocolo para la atención, fue señalado de forma negativa, indicado que no aplica protocolos estandarizados en la atención. Como también se pudo constatar que la Unidad de Terapia Intensiva no cuenta con un manual o protocolo que estandarice la atención que se realiza a pacientes con Accidentes cerebro Vasculares de Tipo isquémico.

En cuanto al nivel de cuidados que brinda el personal de enfermería a pacientes con

ACV en UTI del Hospital Santa Bárbara en las dimensiones técnica, interpersonal y

del entorno, resultado de la observación se obtuvieron los siguientes resultados:

DIMENSIONES	DESCRIPCION	NIVEL	INTERPRETACION
Dimensión técnica	Realiza todas las actividades propias y específicas de la profesión de enfermería.	MEDIO	Se pudo observar que el personal de enfermería realiza sus actividades de manera rutinaria, sin tomar en cuenta actividades de manera consecutiva.
Dimensión Interpersonal	Las relaciones interpersonales con el paciente y el entorno en lo que respecta a la calidad y calidez de atención.	BAJO	En cuanto a esta dimensión, se pudo observar un trabajo muy rutinario sin tomar en cuenta aspecto social afectivos ni del entorno del paciente.
Dimensión del entorno	Mantiene un entorno tranquilo y seguro en lo que respecta al entorno y las posibles barreras para la recuperación del paciente.	BAJO	Esta dimensión es asumida por la sor responsable y coordinadora y no así por el personal de enfermería.

Fuente: Elaboración propia

CONCLUSIONES

El ACV afecta gravemente a nuestra población, en algunos casos queda secuelas durante toda la vida, por lo que se hace necesario realizar el PAE individualizado a cada paciente acorde a cada fase o etapa de la enfermedad en la que se encuentra y poder llevarlo de la total dependencia a la independencia y que realice sus actividades propias de la vida diaria. Este plan de cuidados esta realizado sobre las necesidades más inmediatas del paciente tras el ACV, después del alta del servicio de neurología, queda el camino más largo en su recuperación, que empezara a realizar en la respectiva unidad de rehabilitación.

Los diagnósticos obtenidos, en base a las necesidades alteradas, pueden ser comunes a muchas patologías en el ámbito hospitalario, ya que muchos de los problemas son derivados por el reposo en cama y el deterioro físico o cognitivo. Ambas causas son habituales en

pacientes hospitalizados. En este tipo de patologías, los primeros cuidados tienen mucha importancia, ya que pueden traer secuelas que harían mucho más largo y laborioso el periodo de rehabilitación, a la vez que se reduce el gasto sanitario, es más económico invertir en prevención que en rehabilitación.

El nivel de cuidados que brinda el personal de enfermería a pacientes con ACV en UTI del Hospital Santa Bárbara en las dimensiones técnica, interpersonal y del entorno es insuficiente, puesto que los cuidados se centran solo en la dimensión técnica y no así en la interpersonal ni del entorno, constituyéndose así en una atención que no tiene carácter integral.

Entre los conocimientos que se pudo determinar del personal de enfermería para los cuidados a pacientes con ACV en la UTI del Hospital Santa Bárbara, se identificaron conocimientos generales y

empíricos centrados en la dimensión técnica, puesto que en la encuesta no supieron responder algunos dominios propios del cuidado a pacientes con accidentes cerebro vasculares. Asimismo, se pudo determinar la no existencia de normas que regulen y estandaricen la atención a pacientes con ACV en el UTI del Hospital Santa Bárbara, afectando directamente en la calidad y calidez de atención al paciente y su entorno. Los resultados de este estudio orientan a la creación y/o elaboración de

un plan de cuidados estandarizado en las dimensiones técnica, interpersonal y del entorno para mejorar el servicio y contribuir a brindar una atención de calidad y calidez a pacientes internados en terapia intensiva con accidentes cerebro vascular y ser un beneficio para la Institución, los profesionales de la salud y por ende al paciente; ya que la información obtenida permitirá la introducción o modificación de estrategias de mejoramiento en la "Calidad del Cuidado de Enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística (INE) INE base [acceso 15 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es>
2. Diaz J, Egido J.A, Gabriel R, Barbera G, Fuentes B, Fernandez C, Abilleira S. "Incidencia del ictus en España. Bases metodologicas del estudio Iberictus". Rev Neurol. 2008; 47(12):617-623.
3. Goyenechea F. "Hemorragia Parenquimatosa. Congreso Virtual Neurocirugía" [revista en Internet] 2011 [acceso 15 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.neuroc.sld.cu/papers/C-HParenquimatosa.htm>.
4. Johnson M, Maas M, Moorhead S. "Clasificación de Resultados de Enfermería" 2aed. Madrid: Elsevier; 2013.
5. Johnson M, Bulechek G, McCloskey M, Moorhead S. "Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones". Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Madrid: Elsevier; 2012.
6. Luis Rodrigo M.T. "Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica". 2aed. Barcelona: Masson; 2012.
7. McCloskey M, Dochterman J, Bulechek G.M. "Clasificación de Intervenciones de Enfermería". 4aed. Madrid: Elsevier; 2016
8. Brunner y Suddarth. "Enfermería medica quirúrgica". 10 a edición. Panamericana España 2007.
9. Gloria Cortez y Francisca Castillo. "Guía para elaborar NANDA, NIC, NOC proceso de atención de enfermería en especialidades". Peru 2008
10. Carpetino Linda Juall "diagnósticos de enfermería" interamericana Mc Graw- hill España 2006
11. Marriner Ann "modelos de atención de enfermería" Mosby/Doyna Barcelona 2006.

INFORMACIÓN EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LA POBLACIÓN, MONTEAGUDO, 2016

COLQUE Téllez Natividad¹

Recibido en 08/2017
Aceptado en 10/2017

RESUMEN

El presente estudio es de naturaleza descriptiva, transversal y cuantitativa, fue desarrollado con el fin de Identificar el nivel de información, educación y comunicación sobre la prevención y control de la tuberculosis en la población del Municipio de Monteagudo Departamento de Chuquisaca, realizado en los meses enero a junio del 2016, con una muestra de 193 habitantes de 18 a 60 años. Los resultados dan muestra que la población desconoce las formas de prevención y control de la tuberculosis debido a la poca información y educación que tienen sobre dicha patología lo cual se convierte en un riesgo de que contraigan dicha enfermedad. De la misma forma se utilizan pocos medios de comunicación para brindar información y educación sobre la tuberculosis.

PALABRAS CLAVE

Información, Educación y Comunicación; Tuberculosis; Prevención y Control.

SUMMARY

The present study is of descriptive, transversal and quantitative nature, was developed in order to identify the level of information, education and communication on the prevention and control of tuberculosis in the population of the Municipality of Monteagudo Department of Chuquisaca, carried out in the months January to June 2016, with a sample of 193 inhabitants from 18 to 60 years old. The results show that the population does not know the ways of prevention and control of tuberculosis due to the little information and education they have about this pathology which becomes a risk of contracting said disease. In the same way, few means of communication are used to provide information and education about tuberculosis.

KEYWORDS

Information, Education and Communication; Tuberculosis; Prevention and Control.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa que puede ser tratada y combatida para evitar desenlaces fatales en las personas. Sin embargo, según los datos del Hospital “San Antonio de los Sauces” de Monteagudo al menos 50% de

los casos se diagnostican cuando la enfermedad está avanzada. Si bien existe el Programa contra la tuberculosis que tiene muchos desafíos contra esta enfermedad mediante un tratamiento específico, aún persiste la falta de

¹ Licenciada em Enfermería; Hospital Dermatológico – Monteagudo; can-natividad@gmail.com

concientización de la población sobre esta terrible enfermedad, por ese motivo muchas personas se aproximan al hospital cuando la enfermedad está en etapa tardía.

Un aspecto principal para que esto ocurra es la poca información que tienen la población para prevenir la enfermedad de tuberculosis ya que no se han desarrollado muchos esfuerzos para realizar campañas contra la prevención de forma eficaz comprometiendo a toda la población y las instituciones públicas y privadas para que la promoción en salud tenga el impacto deseado.

Por otro lado, la falta de concientización de la población puede ocasionar que la enfermedad se expanda al entorno donde vive el o la persona con tuberculosis y los familiares estén expuestos a contagiarse de esta terrible enfermedad. Pese a que el tratamiento y la accesibilidad de las pruebas gratuitas, muchas personas inician el tratamiento cuando la enfermedad ya tiene un avance lo cual también es un motivo para exponer a su entorno social.

En estudio realizado en Guatemala con el tema de Tuberculosis en zona 6 de Guatemala: “un análisis del acceso a la información, educación y comunicación en la población vulnerable” cuyo objetivo fue desarrollar un análisis contextual de la situación de la tuberculosis e identificar las estrategias de información, educación y comunicación en la prevención y control de la tuberculosis realizada por el personal del Centro de Salud de la zona 6. Los resultados muestran que el modelo

de atención en salud tiene un enfoque predominantemente curativo, relegando a un segundo plano la prevención de enfermedades, por lo cual la estrategia de información, educación y comunicación tiene una cobertura restringida a grupos específicos. De la misma forma en otro estudio de la Universidad Península de Santa Elena, cuyo objetivo fue evaluar el Programa de Control de Tuberculosis en el área de influencia del centro de salud. Los resultados obtenidos de la investigación indican que existe un elevado porcentaje (40%) de la población que desconoce de esta enfermedad y el 72% desconoce de la existencia del Programa de Control de Tuberculosis.

En este sentido se dice que la tuberculosis es una enfermedad grave que exige responsabilidad de los afectados y compromiso del personal de salud para lograr una atención oportuna de forma que se logre prevenir casos avanzados de pacientes con tuberculosis y se evite complicaciones que pueden derivar en la muerte.

En el municipio de Monteagudo, se puede ver una evolución de los casos de tuberculosis desde el año 2012 hasta el año 2015, donde los casos fueron incrementándose. Por tanto, es necesario que se lleve a cabo la siguiente investigación para el conocimiento de lo que sabe la población. El objetivo de este estudio fue identificar el nivel de información, educación y comunicación sobre la prevención y control de la tuberculosis en la población del Municipio de Monteagudo Departamento de Chuquisaca en la gestión 2016.

Es importante identificar las acciones que se llevan a cabo para la información, educación y comunicación que reciben y tiene la población ya que dicha información orienta a las instituciones como el Programa de Control de la Tuberculosis conocer la realidad del problema y se plantea estrategias y actividades para la prevención y control de la tuberculosis.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se trata de un estudio cuantitativo descriptivo, con el que se describe el nivel de información, educación y comunicación sobre la prevención y control de la tuberculosis en la población del Municipio de Monteagudo. Transversal, ya que fue desarrollada en determinado tiempo comprendido entre enero a junio de la gestión 2016.

Población y muestra

La población estuvo conformada por habitantes del municipio de Monteagudo, comprendidas entre las edades de 18 a 60 años, que según datos de población designado corresponde a un total de 13.367 habitantes.

Para determinar la muestra de las familias se toma en cuenta la siguiente fórmula estadística:

$$N = \frac{Z^2 * N * P * Q}{E^2 * (N - 1) + Z^2 * P * Q}$$

Donde:

N= Tamaño de la Muestra.

P= Porcentaje de habitantes que están dispuestos a participar en la investigación (0.5) 85%.

Q= Porcentaje de habitantes que no están dispuestos a participar en la investigación (0.5) 15%.

E= Representa el error permitido. El máximo error que se puede permitir en una investigación es del (0.05) 5%.

N= Es el tamaño de la población 13.367 habitantes de 18 a 60 años.

Z= Representa el margen de confianza, generalmente es del 95% que esta dado por el valor 1.96.

Aplicando al formula se tiene el siguiente tamaño de muestra.

$$M = \frac{1.96^2 * 13.367 * 0.85 * 0.15}{0.05^2 * (13.367 - 1) + 1.96^2 * 0.85 * 0.15} = 193$$

El tamaño de muestra obtenido es de 193 personas. Se aplicó el muestreo probabilístico para la selección de los sujetos bajo los siguientes criterios de inclusión: habitantes comprendido entre 18 a 60 años que viven en el centro del poblado correspondiente al área urbana del Municipio de Monteagudo.

Métodos y técnicas

Se utilizó este método para recabar datos sobre la información, la encuesta, para lo cual se se utilizó un cuestionario de encuesta diseñado en forma estructurada con opciones de respuesta para que la población del Municipio de Monteagudo marque la opción de su preferencia.

Procesamiento de la información

Para procesar la información se utilizó el paquete informático SPSS, con el fin de tabular los resultados y obtener las tablas con frecuencias absolutas y relativas, de la misma forma se obtendrá los gráficos para su respectiva interpretación y análisis.

RESULTADOS

Entre los resultados se obtuvo que el 38% de los habitantes encuestados se

encuentran entre la edad de 18 a 25 años, el 27% entre 26 a 30 años, el 21% entre 31 a 40 años, el 8% entre 41 a 50 años y el 6% entre una 51 a 60 años. La mayor parte de los habitantes del Municipio de Monteagudo son jóvenes comprendidos entre 18 a 30 años muy pocas personas de 51 a 60 años. La mayor (56%) parte de los encuestados, tienen un nivel de instrucción de primaria, el 31% tienen nivel de secundaria, el 8% son técnicos y 5% son profesionales. Los habitantes encuestados, en su mayoría tienen un nivel de instrucción de primaria y secundaria, este factor puede influir en el acceso a la información, educación y comunicación para la prevención y control de la tuberculosis.

En cuanto al conocimiento, se observó que existe un bajo nivel de conocimiento acerca de la Tuberculosis, demostrando que un 39% desconocen de esta morbilidad, un 25% responden que es una enfermedad mortal y un 36% que es una enfermedad que ataca a los pulmones. Considerando que el conocimiento de la población acerca de esta morbilidad es deficiente debido a que no tienen mucho acceso a información y educación suficiente sobre la prevención y control de la tuberculosis.

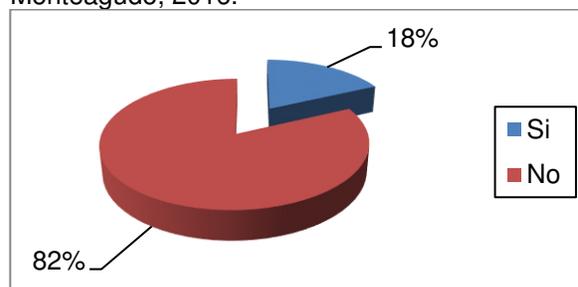
De la misma forma 76% de los habitantes del no tienen conocimiento sobre el programa de control de la tuberculosis, apenas el 24% indicaron que si tienen conocimiento. La mayoría de los habitantes encuestados del Municipio de Monteado no conocen sobre el programa de control de la tuberculosis, siendo un factor para que dichos habitantes no

acudan a un centro de salud cuando se presenta signos y síntomas de la tuberculosis.

En cuanto al conocimiento de los síntomas, el 88% no conocen los síntomas y causas de la tuberculosis, sólo el 12% si los conoce. Hecho que puede llevar a complicaciones ya que los habitantes al no tener conocimiento de los mismos acuden tardíamente al hospital cuando presentan signos y síntomas avanzados.

Sobre el control de la tuberculosis, el grafico 1 muestra que el 82% de los encuestados no conoce sobre el control de la tuberculosis, apenas 18% indican que si conocen.

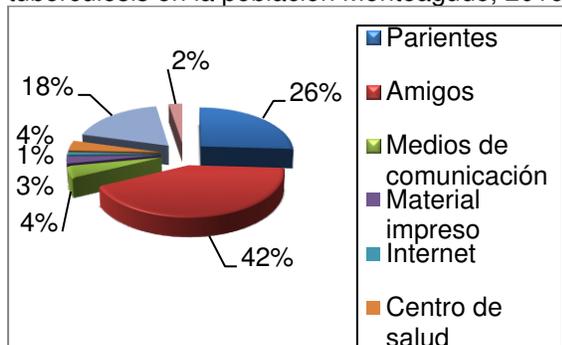
GRÁFICO 1. Conocimiento sobre actividades de control de la tuberculosis en la población Monteagudo, 2016.



Fuente: Elaboración propia

El 42% de los habitantes recibieron información sobre la tuberculosis a través de los amigos, el 26% mediante los parientes, el 18% indicaron ninguno, el 4% respondieron a través de los medios de comunicación, el 4% mediante el centro de salud, el 3% mediante material impreso y el 2% de otros. Entre los medios de comunicación, 29% señalan la televisión, 12% la radio la radio.

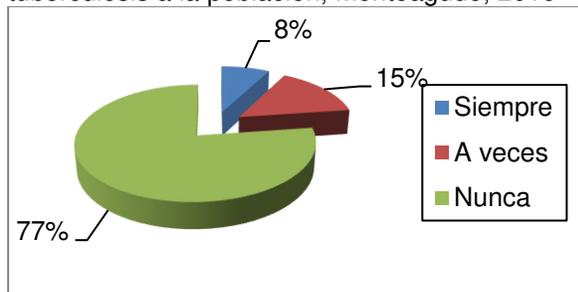
GRÁFICO 2. Fuente de información sobre la tuberculosis en la población Monteagudo, 2016.



Fuente: Elaboración propia

El 77% de los habitantes mencionaron que nunca el personal de salud visitó su casa o lugar de trabajo para que le hable sobre la tuberculosis, el 15% indicaron que a veces y el 8% respondieron que siempre.

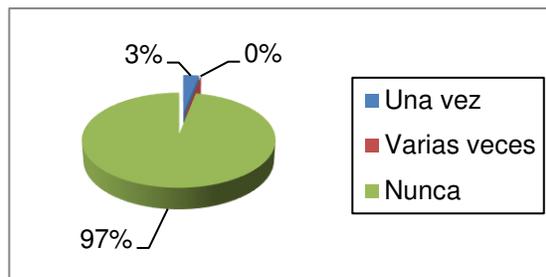
GRÁFICO 3. Visita del personal de salud en su casa o trabajo para educación sobre la tuberculosis a la población, Monteagudo, 2016



Fuente: Elaboración propia

El 97% de los habitantes del Municipio de Monteagudo no participaron de charlas educativas sobre la prevención de la tuberculosis que brinda el personal de salud, solamente el 3% indicaron que una vez participaron. Los habitantes no participan de charlas educativas sobre tuberculosis, puede ser debido a que el personal de salud no realiza este tipo de actividades con frecuencia, por tanto, es una debilidad que afecta para que los habitantes desconozcan sobre la prevención y control de la tuberculosis.

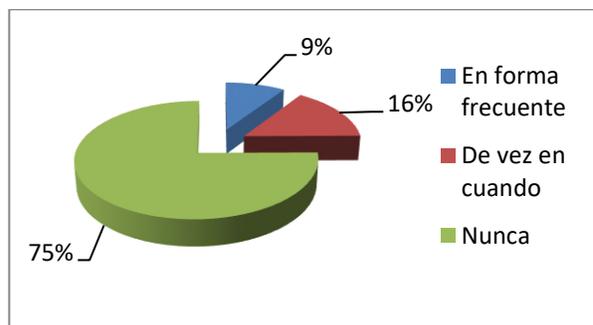
GRÁFICO 4. Participaron de charlas educativas sobre tuberculosis que brindó el personal de salud, Monteagudo, 2016



Fuente: Elaboración propia

El 75% de los habitantes indican que el personal de salud no realiza actividades para educar e informar sobre la tuberculosis, el 16% mencionaron de vez en cuando y apenas el 9% de forma frecuente.

GRÁFICO 5. Opinión de los habitantes de 18 a 60 años sobre las actividades que realiza el personal de salud para informar y educar a la población sobre la tuberculosis, Monteagudo, 2016



Fuente: Elaboración propia

CONCLUSIONES

En los últimos años se ha incrementado la cantidad de casos de tuberculosis desde el año 2012 al año 2014, sin embargo en la gestión 2015 bajó la cantidad de personas con tuberculosis, sin embargo, existe muchas personas que dejan el tratamiento y vuelven a recaer otra vez presentando cuadros clínicos complicados debido a la falta de prevención.

Los resultados muestran que la mayoría de la población del Municipio de Monteagudo no tienen mucho conocimiento sobre la prevención y control de la tuberculosis ocasionando que estén en constante riesgo de contraer dicha enfermedad que puede afectar la calidad de su vida.

Los habitantes del Municipio tienen poco acceso a la información, educación y comunicación sobre la tuberculosis, ya que reciben educación e información sobre la prevención y control de la tuberculosis a través de amigos, parientes

y en la calle, de la misma forma son pocos los medios de comunicación por los cuales se enteran sobre la tuberculosis únicamente la televisión y la radio. Así mismo reciben muy pocas estrategias por parte del personal de salud referido a la prevención y control de la tuberculosis ya que se realizan pocas charlas educativas, escaso nivel de visita a los habitantes en sus casas o lugar de trabajo debido a que el personal de salud no cuenta con tiempo y también por la falta de mayor personal ocasionando que no se realicen mayor cantidad de actividades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) "Informe mundial sobre la tuberculosis 2014, Madrid. España. 2015.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS) Un mundo sin tuberculosis 2010, Disponible en: <http://www.who.int/tb/es/> fecha de acceso 17 de abril de 2016.
3. OPS "Condiciones de salud en las Américas". Editorial Trillas, México D.F. 2010
4. Salazar Gonzales, Clara Lina, et.al. Factores de riesgo para el abandono al tratamiento contra la TBC en la Ciudad de Medellín .2001 (citado 14 – 07 - 11).Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/.../online/> fecha de acceso 11 de mayo de 2016.
5. Periódico La Razón "Dia Mundial de la tuberculosis" 24 de marzo de 2014. Disponible en www.periodicorazon.com.bo fecha de acceso 11 de mayo de 2016.
6. Servicio Departamental de Salud de Chuquisaca (SEDES) "Datos estadísticos sobre la tuberculosis", Sucre, Bolivia, 2015.
7. Hospital San Antonio de los Sauces "Datos estadísticos sobre tuberculosis", Monteagudo. Chuquisaca. 2016.
8. Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. "Manejo de la tuberculosis". México. D.F. 2000.
9. Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias: Guía de enfermería para la implementación y expansión de la estrategia DOTS/TAES. México D.F. 2007 www.iuatld.org/pdf/guiaenfermeria_Final_2007.pdf fecha de acceso 18 de junio de 2016.

EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE CHAGAS EN EL DISTRITO VII RED I SUCRE

HUAYGUA Pacheco Ana Luz¹

Recibido en 09/2017
Aceptado en 11/2017

RESUMEN

La enfermedad de Chagas es uno de los principales problemas de salud pública en el departamento de Chuquisaca en especial en los Valles y el Chaco por su clima cálido, la pobreza y las condiciones de salubridad favorables para la reproducción del vector. El objetivo de este estudio fue evaluar la implementación del Programa Nacional de Chagas en el distrito VII Red I Sucre. 2016. Estudio de tipo Analítico, observacional y transversal, realizado con el personal de salud del distrito VII red I Sucre, para la recolección de la información se aplicó un cuestionario y una guía de observación. Entre los resultados el personal de salud del distrito VII no cuenta con capacitaciones continuas sobre la enfermedad de Chagas, la asistencia de la población a talleres de capacitación por el personal de salud es muy limitada y el material de Información, educación y comunicación (I.E.C.) es insuficiente en el distrito. El 54% del personal encuestado no conoce los componentes del Programa Nacional de Chagas, y el 93% no conoce el nombre científico del vector causante de la enfermedad de Chagas "Triatoma infestans", pero si conocen las formas de transmisión y las medidas para que exista el control vectorial.

PALABRAS CLAVE

Programa Nacional de Chagas; Evaluación; Centros de Salud.

SUMMARY

Chagas disease is one of the main public health problems in the department of Chuquisaca, especially in the valleys and the Chaco due to its warm climate, poverty and favorable health conditions for the reproduction of the vector. The objective of this study was to evaluate the implementation of the National Chagas Program in District VII Red I Sucre. 2016. Analytical, observational and cross-sectional study, carried out with the health personnel of the district VII network I Sucre, for the collection of the information, a questionnaire and an observation guide were applied. Among the results, district VII health personnel do not have continuous training on Chagas disease, the population's attendance at training workshops by health personnel is very limited, and the information, education and communication (IEC) material It is insufficient in the district. 54% of the personnel surveyed do not know the components of the National Chagas Program, and 93% do not know the scientific name of the vector causing Chagas' disease "Triatoma infestans", but they do know the ways of transmission and the measures for there is vector control.

KEYWORDS

National Chagas Program; Evaluation; Health centers.

¹ Licenciada en Enfermería; ana_hp99@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Chagas o tripanosomiasis americana afecta a las poblaciones más pobres de Bolivia y de toda América Latina, donde viven entre 16 y 18 millones de personas infectadas, y 100 millones se encuentran en riesgo de adquirir la enfermedad. En las zonas rurales, el vector agente transmisor, tras realizar un sorpresivo ataque, defeca y a la vez elimina una gran cantidad de parásitos - *Tripanosoma Cruzi*- que penetran en el organismo a través de pequeñas heridas. En las ciudades, generalmente libres de vectores, la enfermedad se transmite por transfusión de sangre.

Los factores socioeconómicos y culturales, además de los biológicos, configuran el contexto propicio para que esta enfermedad incida en la población más pobre, tanto de áreas periurbanas como en comunidades rurales. La edificación de viviendas con paredes de barro y techo vegetal, con poca ventilación y oscuras, el hacinamiento y las malas condiciones de higiene facilitan la proliferación de vectores. Éste es el caso de Bolivia, donde la enfermedad de Chagas es de extrema gravedad, pues tiene los mayores índices de incidencia, prevalencia, morbilidad, y los menores niveles de cobertura de programas de control, lo que ha dado lugar al desarrollo de programas de prevención ubicados en el marco de interés de la Organización Mundial de la Salud⁽¹⁾.

Sin lugar a dudas, uno de los temas más importantes y preocupantes para la salud pública es la enfermedad de Chagas, debido a que principalmente en las zonas periurbanas y rural la edificación de viviendas con paredes de barro y techo vegetal, con poca ventilación y oscuras, el hacinamiento y las malas condiciones de

higiene facilita la proliferación de vectores. La enfermedad de Chagas es una enfermedad endémica en Bolivia porque actualmente cerca de dos millones de personas viven con este mal, es decir el 22% de la población boliviana tiene Chagas⁽¹⁾.

La enfermedad fue descubierta y descrita en 1.909 por el médico brasileño Dr. Carlos Ribeiro Justiniano Chagas (1.879-1.934), quien trabajaba como médico higienista en el Instituto Bacteriológico de Manguinhos (llamado hoy en día Instituto Oswald Cruz) de Rio de Janeiro en Brasil. En 1.907, durante una campaña anti malaria al noreste del estado de Mina Gerais (Brasil), Chagas se enteró de la existencia de un insecto hematófago llamado localmente “barbeiro”, que pululaba en las chozas de adobe, paja y cañahueca en la zona y que atacaba al hombre en la oscuridad de la noche. Carlos Chagas capturó y estudió estos insectos y los identificó como *Conorrhinus sanguessug* (hoy *Panstrongylus megistus*), descubrió que el intestino posterior de estos insectos estaba poblado de parásitos “con las características morfológicas de las *Crithidias*”, que supuso era una forma intermedia de un tripanosoma.

El Dr. Oswald Cruz (Director del Instituto Bacteriológico de Manguinhos) infectó con estos parásitos a pequeños monos de la especie *Callitrix penicillata* y algunos días más tarde, pudo identificar el parásito en la sangre periférica de los monos. En honor a su mentor, el Dr. Oswaldo Cruz, Chagas nombro a este nuevo parásito *Trypanosoma Cruzi*. Posteriormente, diversos animales de laboratorio (conejiños de indias, perros, conejos y otros monos) pudieron igualmente ser infectados por inoculación.

En Bolivia, el primer caso de Chagas agudo fue descrito por Rafael Torrico en la ciudad de Cochabamba (Torrico, 1.946, Romero y Borda, 1.978)⁽²⁾. En Bolivia, existen alrededor de 3 millones de personas con esta enfermedad, especialmente en la zona de los Valles y el Chaco. Particularmente, en Chuquisaca, el segundo departamento con extrema pobreza, se estima que el 33% de la población vive con la enfermedad; entre las zonas endémicas del departamento se encuentran, los municipios de Villa de Huacaya y Villa Vaca Guzmán donde, en los últimos seis años, la incidencia de la enfermedad fue del 80% en personas mayores de 21 años, vale decir que, de cada 10 personas adultas 8 respectivamente son portadores de esta enfermedad, según el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS)⁽³⁾.

La enfermedad de Chagas afecta seriamente a la salud de la población debido a que “El 30 por ciento de los enfermos tiene problemas del corazón, y un 10 por ciento digestivos, que les puede provocar la muerte. Los síntomas de la enfermedad son asintomáticos, generalmente se manifiestan a largo plazo”⁽⁴⁾.

La enfermedad de Chagas representa un serio problema de salud pública, tanto por su magnitud como por su impacto. El área conocida de dispersión del principal vector *Triatoma infestans* de la enfermedad de Chagas en Bolivia, cubre aproximadamente el 60% del territorio en zonas geográficas comprendidas entre los 300 a 3.500 m.s.n.m., ocupando casi toda la superficie de los departamentos de: Tarija, Chuquisaca, Cochabamba, Santa Cruz y parcialmente Potosí y La Paz; con una población en riesgo de 3.700.000 habitantes. La transmisión por vector representa más del 80% de todos los

casos y de la cadena epidemiológica de la enfermedad, el vector en domicilio es el más vulnerable⁽⁵⁾.

Siendo Chuquisaca uno de los departamentos con mayor incidencia de dicha enfermedad y estando el distrito VII red I Sucre entre los más afectados por su ubicación en la zona de los Valles y el Chaco tanto por su clima cálido como por la pobreza que repercute en sus viviendas de adobe y corrales que son los lugares propensos para la proliferación del vector existe mayor cantidad de población en riesgo. Asimismo, la insuficiente cantidad de personal médico y de enfermería en el distrito VII repercute con la limitada información, educación y comunicación hacia la población sobre la importancia y el riesgo constante a los que se encuentran expuestos en su entorno familiar.

Por esto es importante verificar el conocimiento del personal de salud para que el Programa Nacional de Chagas, en vista de que no existe dicho estudio en el distrito y aún no se tiene con claridad la razón por la que el objetivo de este estudio fue evaluar el grado de implementación del Programa Nacional de Chagas en el distrito VII Red I Sucre, 2016.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio

Analítico, porque evalúa la relación causa-efecto del problema identificado y trata de identificar cuál es la causa para que no exista una buena implementación del Programa Nacional de Chagas. Transversal, porque en una misma cohorte de tiempo se recogen simultáneamente todas las variables.

Universo y muestra

La presente investigación fue desarrollada en la red I del Distrito VII Sucre. 2016. El

universo de estudio fue el personal de salud (médicos, licencias en enfermería y auxiliares de enfermería) del distrito VII red I Sucre, vale decir 20 personas. La muestra con la que se realizó la investigación, es el personal de salud de los 4 centros de salud y de los 2 puestos de salud a los que se puede acceder del Distrito VII, vale decir 15 personas.

Instrumentos: Los instrumentos que fueron utilizados será el cuestionario y una guía de observación.

RESULTADOS

Según los resultados obtenidos el 27% del personal entrevistado trabaja en el centro de salud de Chuqui Chuqui, lugar donde existe mayor cantidad de recursos humanos en el distrito VII, seguido de los centros de salud de La Palma y Surima teniendo un 20% cada uno del total de los recursos humanos, posteriormente el centro de salud del Chaco y el puesto de salud de Imilla Huañusca con un 13% del personal total y por último el puesto de salud de Cantu Molino con tan solo un 7% del personal de salud de todo el distrito. El 60% del personal es de sexo femenino y el 40% de sexo masculino. El 47% del personal de salud son licenciados en medicina, seguido de personal auxiliar de enfermería con un 33% del total del distrito VII y tan solo el 20% del personal son licenciadas/os en enfermería.

El 47% del personal de salud realiza al menos 1 a 2 capacitaciones anualmente a la población sobre la enfermedad de Chagas, el 41% del personal encuestado realiza 6 o más capacitaciones anuales, asimismo un 6% de la población realiza de 3 a 5 capacitaciones anuales y un mismo porcentaje (6%) indicó que no realiza ninguna capacitación anual. Esta situación es preocupante ya que todo el personal de salud y no solo el 41% debería realizar 6 o más capacitaciones a

la población siendo el Chagas una enfermedad tan propensa en esta población hasta llegar a sensibilizarlos para tomar las medidas adecuadas para evitar el contacto directo con el vector causante de la enfermedad (*Triatoma infestans*). Entre las actividades de educación que realiza, el 20% realiza una feria y un mínimo porcentaje (7%) señala que realiza tres ferias educativas trimestrales en su comunidad, el 20% del personal realiza una sesión educativa y el mismo porcentaje (20%) realiza 2 sesiones educativas y el 7% indicó que realiza 5 sesiones educativas a la población de su comunidad sobre la enfermedad de Chagas.

Del personal encuestado, el 33% realizan 4 a 5 visitas trimestralmente para promoción, captación y seguimiento a la población del distrito VII del departamento de Chuquisaca, el 27% del personal no realiza visitas domiciliarias trimestralmente, el 26% del personal indicó que realiza 2 a 3 visitas de forma trimestral, el 7% afirma que realiza de 6 a 9 visitas 10 o más visitas a la población de forma trimestral. Sin embargo, una cantidad considerable no realiza visitas domiciliarias y no entra en el entorno de la población para poder sensibilizarlos sobre la enfermedad de Chagas.

El 86% del personal de salud encuestado nunca recibió ningún certificado de felicitación u otro tipo de reconocimiento al realizar su labor en beneficio de la salud de la población del distrito VII, un 7% del personal indica que recibe algún tipo de reconocimiento o felicitación pocas veces y un mismo porcentaje (7%) indica que su trabajo siempre es reconocido, en este sentido 47% del personal de salud afirma encontrarse muy motivado en su área de trabajo, el 33% afirmó que se encuentra poco motivado y el 20% que se encuentra

casi nada motivado, situación que debería preocupar a los gestores de la salud.

En cuanto a los conocimientos, 54% del personal encuestado no responden el cuestionario de conocimientos acerca de los componentes del Programa Nacional de Chagas, el 33% responde de manera correcta (3 o más componentes) y el 13% de forma regular a esta pregunta (2 componentes). Sobre las acciones que se deben realizar para el control vectorial el 73% del personal de salud encuestado respondió de manera correcta y el 27% del personal respondió de manera regular, así como el 93% del personal de salud encuestado responde incorrectamente el nombre del vector doméstico principal de la enfermedad de Chagas "Triatoma infestans", sin embargo en cuanto a la transmisión el 80% del personal respondió de manera correcta sobre los modos de transmisión del Trypanosoma Cruzi y el 20% respondió de manera regular.

En cuanto al control vectorial, el 93% del personal encuestado indicó que las viviendas del distrito VII solo son fumigadas a veces, vale decir; (hasta 2 veces anuales) y un 7% del personal indicó que dichas viviendas nunca son fumigadas, lo cual es preocupante debido a que esto favorece a la proliferación del vector de la enfermedad de Chagas, el triatoma infestans. En dicho distrito, la totalidad de las viviendas deben de ser fumigadas por ser un lugar donde existe gran incidencia de la enfermedad de Chagas y para poder disminuir estos índices y evitar el contacto del vector con las nuevas generaciones o personas que aún no han sido infectadas. Así mismo el 53% del personal afirma que la mayoría de las viviendas del distrito son propensas para la propagación del vector, el 60% indicó que las viviendas son de difícil acceso para llegar a toda la población, el 35% del personal señala que una de las

barreras más importantes que impiden realizar visitas domiciliarias a la población con fines de promoción de la enfermedad de Chagas de forma más frecuente es el insuficiente personal de salud, de tal manera que si existiera una mayor cantidad de personal de salud no tendrían que encontrarse todos en el servicio y podrían estar en mayor contacto con la población del distrito realizando más visitas domiciliarias para la sensibilización de la población de todo el distrito.

En cuanto a la disposición de material, el 60% del personal encuestado indica que el material de Información, Educación y Comunicación (I.E.C.) es insuficiente para realizar acciones de promoción a la población del distrito VII, 27% señala usar videos educativos para llegar a la población y 74% del personal de salud indicó que las capacitaciones que reciben sobre la enfermedad de Chagas son insuficientes para estar actualizados sobre la enfermedad de Chagas. Siendo que 53% del personal afirma que durante el último año no recibió ninguna capacitación sobre la enfermedad de Chagas, apenas el 47% indica haber recibido una capacitación, cuando se espera que el total del personal reciba capacitaciones frecuentemente.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Chagas es un tema muy importante en América latina, principalmente en el departamento de Chuquisaca, teniendo un gran impacto en el distrito VII Red I Sucre por lo que se tiene que tomar medidas de prevención de la enfermedad para poder disminuir los casos de Chagas de la población.

Actualmente no se da la importancia que se merece a la enfermedad de Chagas por lo que los casos siguen en aumento en la población del distrito VII y las condiciones de salud no prosperan en

esta población, de no existir un cambio de actitud principalmente del personal de salud, seguido de la población del distrito estas condiciones el Chagas seguirá afectando a las nuevas generaciones que habitarán este distrito.

Para que el proyecto en beneficio de la población del distrito VII tenga éxito y los indicadores de Chagas disminuyan de forma notable, se debe contar con el apoyo del personal de salud y su organización respectiva al momento de la ejecución del proyecto.

Debido a que el personal de salud no cuenta con cursos de actualización constante no realizan capacitaciones a la

población del distrito VII con la información más actualizada. Teniendo en cuenta que la mayor cantidad de las viviendas del distrito VII son propensas para la proliferación del vector causante de la enfermedad de Chagas es de vital importancia tomar acciones para exterminar al vector y educar a la población para mejorar las condiciones de sus viviendas por el bien de su familia y de la población que los rodea, dichas acciones que el personal de salud debe promover a las familias del distrito, tales como: (revocar sus paredes o tapar las grietas, realizar fumigaciones contantes, evitar el contacto con este vector, etc.).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Verdú J, Ruiz MT. Control del Chagas en comunidades guaraníes: conocimiento y hábitos higiénicos dentro del Proyecto de Mejoramiento de Viviendas en Bolivia. *Gac Sanit.* abril de 2003;17(2):166–8.
2. Ruiz Guzmán J. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS. *Gac Médica Bolív.* 2007;30(2):70–3.
3. Consecuencias del Chagas en Bolivia. [citado el 26 de enero de 2016]; Disponible en: <http://www.elpaonline.com/index.php/2013-01-15-14-16-26/nacional/item/167271-cerca-de-2-millones-de-personas-tienen-chagas-en-bolivia>
4. Cortez MR. Triatomíneos de Bolivia y la enfermedad de Chagas. Ministerio de Salud y Deportes, Unidad de Epidemiología, Programa Nacional de Chagas; 2007. 356 p.
5. OMS | Salud mental: un estado de bienestar [Internet]. WHO. [citado el 1 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
6. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad [Internet]. [citado el 1 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_3_04/est09304.htm
7. Side E. Enfermería: Ciencia y Arte: Antecedentes Históricos y definición de Enfermería [Internet]. *Enfermería.* 2013 [citado el 1 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://esenciaenfermeriacienciayarte.blogspot.com/2013/06/antecedentes-historicos-y-definicion-de.html>
8. OMS | Atención primaria de salud [Internet]. WHO. [citado el 1 de diciembre de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

9. Modelos y teorías de la enfermería. En: Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. 2016 [citado el 1 de noviembre de 2016]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Modelos_y_teor%C3%ADas_de_la_enfermer%C3%ADa&oldid=94646459
10. Modelo de salud SAFCI y CIMES | Medicina Intercultural [Internet]. [citado el 1 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://medicinaintercultural.org/contenido/2011-11-15-modelo-de-salud-safci-y-cimes> [citado el 1 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0688.pdf>
11. Ros MBZ. La prevención en salud. Algunos referentes conceptuales [Internet]. [citado el 1 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/>
12. OMS | Información sobre las enfermedades transmitidas por vectores [Internet]. WHO. [citado el 1 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2014/vector-borne-diseases/es/>

CALIDAD DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA, DESDE LA PERCEPCIÓN DEL USUARIO, EN LOS CENTRO DE SALUD MERCADO CAMPESINO, MERCADO MINORISTA, ALTO LOYOLA

COPPEDE Irusta Ninfa¹

Recibido en 09/2016
Aceptado en 11/2016

RESUMEN

La calidad de atención para una satisfacción del usuario; constituye una dimensión muy relevante, siendo considerada como uno de los principios orientadores de la actual Política de Salud; se la define como: "El grado de cumplimiento por parte del sistema de salud respecto de las expectativas del usuario, en relación a los servicios que éste ofrece en consulta externa". Desde el punto de vista del Ministerio de Salud, la calidad de atención para la satisfacción del usuario es: "El conjunto de acciones que permiten cumplir con calidad, equidad y eficiencia, los requisitos, necesidades y exigencias de los beneficiarios del Sistema Público de Salud"; un servicio de calidad en los servicios de salud razón por la cual el presente trabajo sobre la calidad de atención que reciben los/as personas en los centro de salud, Mercado Minorista, Mercado Campesino, Alto Loyola. Según los resultados de la encuesta se llegó a la conclusión de que las variables que necesitan mayor atención son la confiabilidad y la empatía para cambiar la percepción del usuario y lograr la atención de calidad en consulta externa.

PALABRAS CLAVE

Calidad de Atención; Primer Nivel; Percepción del Usuario; Consulta Externa.

SUMMARY

The quality of attention for a user satisfaction; it constitutes a very important dimension, being considered as one of the guiding principles of the current Health Policy; it is defined as: "The degree of compliance by the health system with respect to the user's expectations, in relation to the services it offers in outpatient consultation". From the point of view of the Ministry of Health, the quality of care for user satisfaction is: "The set of actions that allow quality, equity and efficiency to be met, the requirements, needs and requirements of the beneficiaries of the Public Health System "; a quality service in health services, which is why the present work on the quality of care received by people in the health center, Retail Market, Farmers Market, Alto Loyola. According to the results of the survey, it was concluded that the variables that need greater attention are reliability and empathy to change the perception of the user and achieve quality care in outpatient consultation.

KEYWORDS

Attention quality; First level; Perception of the User; External Consultation.

¹ Licenciada en Enfermería; Hospital San Pedro Claver – Sucre; maricita_rollano@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

“El concepto de calidad no es nuevo, ha sido una preocupación permanente y parece tan antiguo como la humanidad”⁽¹⁾. Las antiguas civilizaciones del mundo eran ya rigurosas con los problemas de calidad. Así, por ejemplo, los fenicios, egipcios y mayas contaban con normas y leyes en relación a la calidad de los productos. Los egipcios tenían inspectores que comprobaban la perpendicularidad de los bloques de piedras y los mayas empleaban métodos similares. Los fenicios, comerciantes famosos por la gran calidad de sus productos, cortaban la mano derecha de los operarios que elaboraban mal estos productos y, de esta manera, pretendían evitar la repetición de errores.

“En el contexto de la salud, existe evidencia del interés por la calidad en papiros egipcios, en el código de Hammurabi y en el tratado «La Ley» de Hipócrates. En todos estos casos, el buscar lo mejor para el paciente parece ser la esencia de la calidad en el ejercicio de la práctica clínica. De esta forma, se crea el inseparable binomio: ética y calidad. En un contexto global, la calidad ha evolucionado en la misma medida que han evolucionado las sociedades, las personas, los métodos de producción y distribución, el transporte, los medios de comunicación, la tecnología de la información y los mercados. Se ha transitado desde la típica inspección del siglo XIX, seguida de una fuerte vocación por el control estadístico, hasta los conceptos más recientes que tienen que

ver con la calidad total y el mejoramiento continuo de la misma”⁽²⁾.

Es un estudio sobre el significado del concepto “calidad de atención” entre las poblaciones quechua y aymara y entre los prestadores de los servicios de salud. Uno de sus objetivos es conocer de qué manera los centros de salud interculturales existentes en la zona altiplánica responden a las expectativas de la población en todo aquello que se refiere a calidad de atención. En el año 2004, el Ministerio de Salud y Deportes se refería a la calidad de la atención de la siguiente manera: “La calidad en los servicios es un concepto estrechamente ligado a la prestación de los servicios de salud, tanto desde el punto de vista de recursos humanos como de estructura y procedimientos”⁽³⁾.

Por el contrario, la mayoría de los estudios de Antropología y salud efectuados sobre la realidad altiplánica de Bolivia otorgan una importancia crucial al trato que se presta en la relación personal sanitario/paciente y dentro de ese trato, enfatizan el desentendimiento cultural procedente del desconocimiento del lenguaje del paciente por parte de los prestadores de los servicios de salud.

“Bolivia incorporó en el discurso sanitario el término de salud intercultural y fue planteado como una estrategia para la mejora de la calidad de atención y por tanto para mejorar los índices de morbimortalidad del país. A lo largo de los últimos años la creación de centros denominados de “salud con adecuación

intercultural” en los que se prima y enfatiza lo materno infantil ha dado paso a acciones como la creación de infraestructura”(4).

A nivel de municipio y más específicamente a nivel de ciudad en Sucre se viene integrando mejoras para incrementar la calidad en salud mediante el equipamiento de centros de salud, pero estos no son muy evidentes en especial en el centro de salud Mercado Minorista correspondiente al Distrito II Área Santa Bárbara Sur.

Tomando en cuenta la importancia del tema salud en la sociedad y que este mide el grado de desarrollo de los pueblos, actualmente se ve una necesidad de mejorar el sistema y para ello es indispensable determinar datos que reflejen la calidad de atención en el centro de Salud Mercado Minorista, tanto de forma cualitativa como cuantitativa de forma tal que estos datos sirvan de base para la toma de decisiones y el establecimiento de propuestas de solución que puedan responder eficientemente a los problemas identificados.

Por otro lado, es importante mencionar que en los últimos años se viene avanzando en mejoras en la infraestructura equipamiento, pero aún no se ha tocado el tema de calidad de atención en los centros de salud.

Actualmente no se cuenta con datos que permitan medir la calidad de atención en los centros de salud Mercado Minorista, Mercado Campesino y Alto Loyola, para determinar y mejorar los mismos, por lo

que se ve la necesidad de establecer cual la calidad de atención actual en dichos centros de salud, tampoco existen reportes que midan la evolución del mismo desde su fundación a la fecha, ello tomando en cuenta que estos tienen varios años en funcionamiento. Por lo que el objetivo de este estudio fue determinar la calidad de atención que actualmente se prestan en los Centros de Salud Mercado Minorista, Mercado Campesino y Alto Loyola, en consulta externa, para que los resultados orienten al mejoramiento de la calidad de atención del servicio, mediante un análisis de la situación actual.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de investigación

La investigación corresponde al tipo descriptivo y explicativo.

Población y muestra

La población asignada a los Centros de Salud de Mercado Minorista, Mercado Campesino y Alto Loyola abarca un total de 15183 personas. La muestra fue calculada por la fórmula para población finita como se muestra a continuación:

$$n = \frac{Z^2 \alpha/2 PQN}{\epsilon^2 (N - 1) + Z^2 PQ}$$

Dónde:

n = tamaño necesario de la muestra?

Z = margen de confiabilidad. 1,96

p = probabilidad de éxito. 0,5 (ocurrencia de un evento)

q = Probabilidad de fracaso. 0,5 (no ocurrencias del evento o suceso medido)

e = Error de estimación. 0,05

N = Tamaño de la población 15183 personas

Reemplazando se tiene:

$$\frac{1,96^2 * 15183 * 0,5 * 0,5}{0,05^2 * (15183 - 1) + 1,96^2 * 0,5 * 0,5}$$

n= 375 personas que serán objeto de estudio

La selección de los sujetos fue por muestreo probabilístico con el criterio de inclusión de personas que acuden y pertenecen a los centros de Salud Mercado Minorista, Mercado Campesino y Alto Loyola, con edad igual o mayor a 15 años de edad, fueron excluidos las personas dependientes.

Técnicas de investigación

Las técnicas utilizadas en el desarrollo de la investigación de acuerdo a necesidades fueron la técnica de la encuesta y la entrevista. La encuesta, técnica que permite la obtención de datos de primera fuente, donde interviene dos personas, una que es el encuestador que es el que realiza las preguntas, y el otro que es el encuetado, quien responde las preguntas, mismas que pueden ser abiertas, cerradas, o mixtas y para la redacción de las mismas previamente se deben definir las variables a medir y de acuerdo con los objetivos planteados la técnica fue aplicada a las familias que pertenecen al centro de salud Mercado Minorista, Mercado Campesino, Alto Loyola. Con aplicación de un instrumento denominado cuestionario, que consiste en el establecimiento de preguntas y respuestas pre elaboradas plasmadas en una hoja.

RESULTADOS

De acuerdo con las encuestas aplicadas, se pudo determinar que el 57% de los

usuarios son que asisten a los centros de primer nivel Mercado Minorista, Mercado Campesino y Alto Loyola son de sexo femenino y 43% del sexo masculino, denotando la concurrencia mayoritaria de las mujeres. El 43% de los encuestados se encuentra entre las edades de 35 a 44 años, 30% entre 25 a 34 años, 14% mas de 50 años y 13% entre 15 a 24 años.

De acuerdo con la percepción de los usuarios de los centros de salud (Mercado minorista, Mercado Campesino y Alto Loyola) el estado de la infraestructura de estos centros de salud es regular según la afirmación del 67% que representa a la mayoría de los usuarios y solo un 29% que representa a poco más de la cuarta parte de los usuarios afirma que de acuerdo con su percepción el estado de la infraestructura del centro está en buenas condiciones y 4% indican que es malo la infraestructura. En cuanto a la higiene de los ambientes, el 78% de los usuarios de los centros de Salud mantiene limpios los ambientes tanto los ambientes como los elementos físicos que utiliza para la atención de los usuarios en consulta externa y en todo el centro de salud. Lo cual indica que según la percepción del usuario el mantenimiento de la higiene es muy importante para el centro de salud y por tanto la prestación de los servicios son realizados de forma higiénica. El 44% de los usuarios señalan que las camillas y sillas destinados al paciente son regularmente confortables y según el 37% estos son muy confortables y por último un 19% indica que no es nada confortable, de acuerdo a la percepción de los usuarios se evidencia una opinión muy

dividida, pero la mayoría califica el confort de las camillas y silla como regular

En cuanto a la percepción de la presentación del personal, el 93% de los usuarios del servicio de consulta externa de los centros de salud, el encargado de la atención de medicina general muestra un uniforme que lo identifica y caracteriza, mismo que de acuerdo con la opinión de los usuarios siempre es impecable y brinda mayor confianza, según el 4% de los usuarios el encargado de la atención de medicina general a veces se encuentra poco presentable lo cual de cierta forma influye en los pacientes.

En cuanto a la percepción de la atención, la mayoría de los usuarios (65%) indica que existe un orden lógico en la atención de pacientes, lo que genera un grado de confianza por parte de los usuarios para con el centro, dado que no existen privilegios ni discriminación según la percepción de la mayoría, lo cual reduce el grado de confiabilidad en los pacientes para con el servicio, el 35% de los usuarios contradice dicha afirmación y afirma que no existiría continuidad en la atención de los pacientes, lo cual se deberá tomar muy en cuenta considerando el porcentaje de usuarios insatisfechos con la forma de atención. El 59% de los usuarios percibe que el personal no muestra un interés por la solución de los problemas de salud de los pacientes y se limita a la realización de procesos regulares independientemente de los resultados obtenidos, lo cual muestra una baja calidad de atención, un 41% niega dicha afirmación ya que según ellos el personal encargado de consulta

externa si muestra un interés por la solución de problemas de salud de los pacientes. El 75% de los usuarios percibe que el encargado de la atención de medicina general guarda y maneja el registro de información de los pacientes de forma muy cuidadosa, lo cual muestra una la ética y el profesionalismo del encargado. Así como el 68% de los encuestados señala que el encargado de la atención en consulta externa, muestra agilidad en la prestación del servicio, lo que permite una atención de un mayor número de pacientes y la reducción del tiempo de espera de los pacientes, además muestra la eficiencia del personal. Lo que crea una mayor confianza en los usuarios.

Otro aspectos de importancia para medir la calidad de atención de consulta externa de los centros de salud es la percepción que tienen los usuarios en cuanto a las garantías del servicio de salud, la confiabilidad en el personal, y la credibilidad del personal de salud en consulta externa en los pacientes, ya que ello depende del profesionalismo y capacidad de atención que el personal muestra para con sus pacientes.

De acuerdo con el 55% de los usuarios, el personal de salud encargado de la atención de consulta externa siempre brinda respuestas satisfactorias a las interrogantes de los pacientes, lo que permite que estos se sientan más seguros y confiados en el servicio, un (12%) indica que las respuestas que el personal oferta nunca son satisfactorias. El 73% de los señala el cumplimiento de las medidas de seguridad para evitar accidentes y sobre

todo contagios, desechando correctamente los materiales utilizados en cada atención y mediante procesos rutinarios como el lavado de manos y desinfección de los instrumentos para la atención de cada paciente. Lo cual eleva el nivel de seguridad en los pacientes para con el servicio.

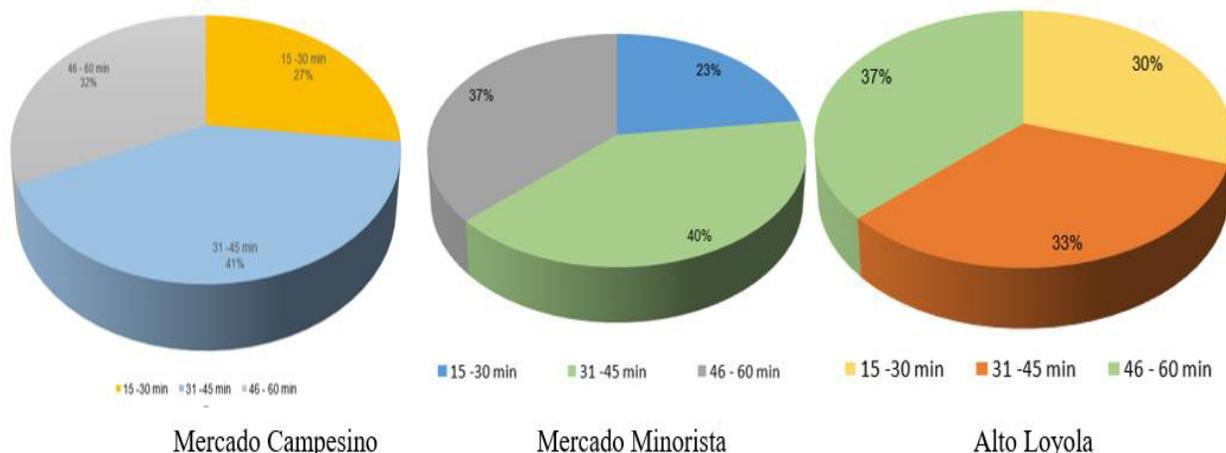
Otro de los aspecto de gran importancia tomado en cuenta para la determinación de la calidad de atención en consulta externa, según la percepción del usuario es la empatía o capacidad de atención individualizada que el personal de salud que oferta al usuario que permite una relación más estrecha entre doctor y paciente, para lo cual se centra en el grado de amabilidad con la que el personal de salud, presta la atención, la comprensión y la capacidad de comunicación que tiene con su paciente. Como se muestra en el grafico 1, la mayoría (55%) de los usuarios encuestados el personal de salud, encargado de consulta externa, no siempre muestra un trato amable para con sus pacientes, 41% dice que el trato es siempre amable y cordial, por último, se tiene un mínimo porcentaje que del 4% que afirma que el personal de salud, nunca oferta un trato amable, y al contrario este sería frío y poco cordial.

GRAFICO 1. Amabilidad en la atención de los usuarios por parte del encargado de la atención de consulta externa, Sucre 2016.



Fuente: Elaboración propia

El tiempo de espera en la atención es otro factor que evalúa la calidad del servicio prestados, por lo que esta variable fue evaluada de forma separado para cada centro de salud, donde se tiene que usuarios del centro de salud del mercado campesino, el 41% afirma que el tiempo de espera es de 31 a 45 minutos, el 32% indica que fue de 46 a 60 minutos y el 27% espera de 15 a 30 minutos. Los usuarios del mercado minorista en un 40% indican un tiempo de 31 a 45 min, el 37 % indica que espera un tiempo de 46 a 60 min y el 23% indica que espera un tiempo de 15 a 30 minutos. Finalmente, los usuarios de Alto Loyola, 37% de ellos afirma que tienen que esperar de 46 a 60 min para ser atendidos y el 30% indica que tiene un lapso de espera de 15 a 30 min para ser atendidos por el médico. Como se puede observar que existen diferencias en los porcentajes, sin embargo, no son diferencias bien marcadas.

GRAFICO 2. Tiempo de espera para la atención, centro de salud del Mercado Campesino, Mercado Minorista y Alto Loyola. Sucre 2016.

Fuente: Elaboración Propia

CONCLUSIONES

De acuerdo con el diagnóstico interno de los Centro de Salud Mercado Minorista, Mercado Campesino, Alto Loyola y el análisis FODA realizado, se llegó a la conclusión de que los problemas más relevantes que impiden el mejoramiento de las condiciones físicas de los Centros de Salud, para mejorar la calidad de atención que presta actualmente el centro, están asociados al ajustado presupuesto con el que cuenta el centro y la dificultad de generar inversiones considerables.

De acuerdo con el análisis de los resultados de la encuesta aplicada a los usuarios para medir el grado de

satisfacción con el servicio de consulta externa, que presta el centro de salud Mercado Minorista, Mercado Campesino, Alto Loyola, se llegó a la conclusión de que un poco más del 50% se encuentra satisfecho, pero es importante lograr la satisfacción del 100% de los usuarios para alcanzar una elevada calidad en la atención del paciente en consulta externa.

Según los resultados de la encuesta se llegó a la conclusión de que las variables que necesitan mayor atención son la confiabilidad y la empatía para cambiar la percepción del usuario y lograr la atención de calidad en consulta externa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miyahira J. Calidad en la atención médica: ¿Paciente o cliente? Rev Med Hered. 2001.
2. Ávalos GMI. La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud: consideraciones teóricas y metodológicas. Calidad y Gestión de Servicios de Salud.
3. Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio. Metodología de la investigación. Mc Graw Hill. México 2003

4. Ballesteros & García, metodologías de la investigación 1995.
5. Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio. Metodología de la investigación. Mc Graw Hill. México 2003
6. DONABEDIAN A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quaterly, 1966; 44: 166-206.
7. MIRA, J.J.; LORENZO, S.; RODRIGUEZ-MARÍN, J.; ARANAZ, J. Y SITGES, E. La gestión de la mejora continua de la calidad: aplicaciones al sector sanitario. Calidad Asistencial, 1.998; 13: (en prensa).
8. ARANAZ, J.M. Y BUIL, J.A. Gestión Sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. Med Clín (Barc), 1995;106: 182-184.

CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE CUIDADOS POSQUIRURGICOS INMEDIATOS DE LA COLECISTECTOMIA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO

ORTEGA Rodríguez Graciela Julia¹

Recibido en 09/2017
Aceptado en 11/2017

RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue realizado con el objetivo de describir el nivel de conocimiento y grado de aplicación de cuidados de enfermería en la fase post quirúrgico inmediato de pacientes colecistectomizados del Hospital Universitario San Francisco Xavier servicio de Cirugía y Pensionado. La investigación corresponde a un diseño Metodológico de tipo descriptivo realizado con 16 profesionales Licenciadas en enfermería. Los instrumentos utilizados fueron la encuesta de conocimientos y una guía de observación. Los resultados principales fueron que la mayor debilidad del personal es el cumplimiento de la aplicación de cuidados de enfermería a consecuencia de poca valoración al personal de enfermería, así como no contar con guías de observación en sus servicios. Por otro lado, existe un deficiente conocimiento sobre metodologías NANDA, NIC, NOC, falta de cursos de actualización.

PALABRAS CLAVE

Cuidados Postquirúrgico; Colecistectomía; Cuidados de Enfermería; Hospital Universitario.

SUMMARY

The present research work was carried out with the objective of describing the level of knowledge and degree of application of nursing care in the immediate postoperative phase of cholecystectomized patients of the San Francisco Xavier University Hospital, Surgery and Pensioner service. The research corresponds to a methodological design of descriptive type made with 16 professionals licensed in nursing. The instruments used were the knowledge survey and an observation guide. The main results were that the greatest weakness of the staff is compliance with the application of nursing care as a result of poor assessment of the nursing staff, as well as not having observation guides in their services. On the other hand, there is a lack of knowledge about NANDA, NIC, NOC methodologies, lack of refresher courses.

KEYWORDS

Post-surgical Care; Cholecystectomy; Nursing Care; University Hospital.

INTRODUCCIÓN

La colecistectomía es un tratamiento quirúrgico de emergencia u urgencia en el cual el profesional de enfermería juega un

rol muy importante, el cual es un método más común para tratar las enfermedades de la vesícula biliar. Antiguamente el

¹ Licenciada en Enfermería; Centro de Salud Luis Espinal – Sucre; jhuly-greis-13@hotmail.com

tratamiento de las patologías biliares como la colelitiasis y colecistitis se realizaba a través de la extirpación de la vesícula mediante una incisión en el abdomen (colecistectomía abierta), actualmente el método de elección es la extirpación de la vesícula por laparoscopia⁽¹⁾.

La primera colecistectomía laparoscópica se llevó a cabo en Francia 1987 por Mouret Leyton, el cual fue aceptado 10 años después tanto para la colelitiasis no complicada o aguda. Durante los últimos años las estadísticas de los servicios de cirugía general indican un crecimiento en el número de colecistectomías laparoscópicas que fueron convertidas a cirugías abiertas de emergencia como electivas, aumentando la morbilidad, prolongando el tiempo de estancia hospitalaria, el empleo de insumos y recursos hospitalarios, y también el número de complicaciones postoperatorias como: lesión del conducto biliar, hemorragia, infecciones, íleo paralítico, presentándose estas generalmente en las primeras 48 - 72 horas luego de efectuado el procedimiento quirúrgico generando un impacto económico en el sistema de salud y sobretodo en el paciente⁽²⁾.

La colecistectomía laparoscópica es la intervención quirúrgica más frecuente a nivel mundial considerada por muchos autores como el "patrón de oro". Las patologías biliares más frecuentes por la que se realiza una colecistectomía laparoscópica están relacionadas con los cálculos, entre las causas más importantes están relacionados con el

exceso de peso o con las pérdidas rápidas de peso, también algunos medicamentos o los factores genéticos⁽³⁾.

La vesícula biliar es un órgano que se sitúa en el lado derecho del abdomen, justo debajo del hígado, es fácilmente reconocible por su forma de pera, que tiene como función principal el de almacenar la bilis que produce el hígado, para llevarla al duodeno después de comer y ayudar a la digestión, es así cuando la vesícula se complica la opción más recurrente es extirparla y el proceso de extirpación de la vesícula biliar se conoce como colecistectomía ya sea abierta (convencional) y laparoscópica⁽⁴⁾.

La Colecistectomía Laparoscópica presenta, como ventajas frente al abordaje convencional, menor dolor postoperatorio y una hospitalización y convalecencia más cortas, con rápida reincorporación a la actividad normal, además los días de hospitalización suelen ser 1 día, en comparación con los 5-6 que son necesarios cuando la cirugía es abierta⁽⁵⁾.

Es la razón por la que se maneja como la técnica de elección para el tratamiento de la colelitiasis y colecistitis, además de que los resultados fueron favorables y con baja morbilidad y mínima mortalidad. Así mismo disminuye el periodo de hospitalización y recuperación con mínimas complicaciones relacionadas con la herida postquirúrgica el resultado estético es mejor dado que se elimina la gran cicatriz, realizándose pequeñas micro incisiones, pero con una desventaja que a no a todos los pacientes se les

puede realizar la colecistectomía laparoscópica, sobre todo a pacientes con antecedentes de intervenciones abiertas o pacientes con episodios de colecistitis graves⁽³⁾.

Es por eso que las acciones de enfermería se caracterizan por ser polivalentes, altamente flexibles, con un gran contenido multidisciplinario, pero también lleno de paradojas; se nos pide que desarrollemos el pensamiento crítico, la capacidad de análisis, que consideremos los elementos de la globalización que afectan los sistemas de salud. En la etapa postquirúrgica la intervención del profesional de enfermería es muy esencial para los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente. Es la razón por la que el profesional debe actuar con conocimiento científico, en el proceso posquirúrgico, además de estar pre dispuesto a brindar la ayuda necesaria para disminuir cualquier estado de reacción que presenten los pacientes.

Cada vez es mayor la preocupación y concienciación de los profesionales sanitarios por conseguir unos cuidados de calidad que ofrezcan una atención segura y basada en evidencias científica, sin embargo, las intervenciones quirúrgicas exponen a los pacientes al riesgo de infección y dolor, por esta razón se requieren cuidados enfermeros eficientes, basados en los modelos de enfermería siendo como un mecanismo para mejorar la calidad de vida. La Enfermera que presta cuidados a estos pacientes debe responder a las necesidades individuales, identificando las necesidades de los enfermos consultando con ellos y

respetando sus elecciones ya que es la manera más efectiva de garantizar un cuidado de calidad y preservar la autonomía del individuo, es la razón por la se dice que el cuidado es la esencia de la Enfermería, la importancia que implica la investigación cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento y aplicación de los cuidados posquirúrgicos inmediatos en pacientes colecistectomizados por el personal de enfermería en el servicio de Cirugía y Pensionado Colectivo, Hospital Universitario San Francisco Xavier, Sucre Febrero -Junio del 2016.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Investigación.

La presente investigación es de tipo descriptiva, debido a que se pretende describir el nivel de conocimiento y aplicación de los cuidados de enfermería en la fase post quirúrgico inmediato de pacientes colecistectomizados, con un enfoque cuantitativo.

Población y muestra

La población está constituida por el personal de enfermería del Hospital Universitario San Francisco Xavier, un total es 16 profesionales licenciadas en enfermería del servicio de cirugía y pensionado colectivo. El tamaño de muestra lo constituye el total de la población, siendo estos seleccionados por el tipo de muestreo es por conveniencia no probabilístico con el criterio de inclusión ser licenciada en enfermería que presta cuidado a pacientes postquirúrgicos inmediatos colecistectomizados del servicio de cirugía y pensionado colectivo.

Métodos y técnicas

Para la presente investigación se empleó la técnica de la observación. El tipo de observación para la presente investigación fue directo porque los sujetos a ser entrevistados conocen que van a ser observados según el propósito del problema, así mismo se aplicó una encuesta, técnica cuantitativa que sirvió para recabar información por medio de la aplicación de un cuestionario sobre los conocimientos que tiene el personal de enfermería y la aplicación de los cuidados a pacientes posquirúrgicos inmediatos colecistectomizados realizando preguntas elaboradas y validadas.

RESULTADOS

Según la encuesta realizada a los profesionales de enfermería, se obtuvo que la mayoría (94%) de los que participaron en la investigación son profesionales de sexo femenino, 81% tienen el grado académico de licenciadas, 13% a nivel de diplomado y un 6% especialista. En cuanto a la experiencia laboral con 44% igualan los años de 1 a 5 años y mayor a 5 años, y en mínimo porcentaje de menor que un año (12%).

Cuando cuestionados sobre la recepción de cursos de actualización, el 75% responde que sí y 25% que no, este resultado es subjetivo, pero es favorable ya que el personal manifiesta estar actualizándose ya sea en la que propicia la institución o por cuenta propia. Cuando se explora el conocimiento de la sistematización de cuidados por medio del NANDA, NIC y NOC, 62% señala conocerlo, pero no lo aplican para

proporcionar cuidados de enfermería y 38% no lo conocen.

Así mismo el 87% de las enfermeras responde conocer los procedimientos quirúrgicos de la colecistectomía en los servicios de cirugía y pensionado y en el 13% existe falencia en cuanto al conocimiento teórico procedimiento quirúrgico. En cuanto a las complicaciones intraoperatorias de la colecistectomía, el 56% de las enfermeras señala no conocer, sin embargo, en las complicaciones postoperatorias el 75% de ellas señala conocer, estas pueden estar relacionado al hecho que las enfermeras estudiadas prestan cuidados en sala, es decir en la fase postoperatoria.

CONCLUSIONES

Se logró identificar el grado de conocimiento las metodologías NANDA, NIC, NOC y los cuidados posquirúrgicos inmediatos de la colecistectomía basados en el instrumento establecido.

Se evaluó la aplicación de los cuidados posquirúrgicos inmediatos en pacientes colecistectomizados al personal de enfermería del servicio de cirugía y pensionado mediante la aplicación de la guía de observación. Se ha podido establecer a partir del diagnóstico realizado que el personal de enfermería de los servicios de cirugía y pensionado del Hospital Universitario, tienen falencias en la aplicación de los cuidados posquirúrgicos inmediatos, de ahí la necesidad de realizar talleres sobre plan de cuidados para la aplicación de un instrumento que les permitirá registrar todo el hacer de la enfermera en el ámbito

del cuidar al paciente. Así como existe una necesidad de elaborar un plan de cuidados estandarizado de la misma forma capacitar al personal de enfermería sobre dicho plan de cuidados

estandarizado posquirúrgico inmediato para pacientes colecistectomizados con la finalidad de mejorar la calidad de cuidado hacia los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Domínguez L, Rivera A, Bermúdez CH, Herrera W. Análisis de los factores de conversión durante colecistectomía laparoscópica a abierta en una cohorte prospectiva de 703 pacientes con colecistitis aguda. Consultado febrero a abril 2016
2. Hernández Juana Coneza Historia de la enfermería. Madrid España. Consultado abril a mayo 2016
3. Troncoso, M. P., & Suazo, S. V. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm, Consultado abril a junio 2016
4. Figueroa, J. R. H., & Flores, I. M. C. (2015). Percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado invisible del profesional de Enfermería de los servicios de medicina y cirugía del Hospital II de Vitarte-EsSalud, 2011. Revista Científica de Ciencias de la Salud Consultado abril a junio 2016.
5. Alfaro-Lefevre, R. (1999) Aplicación del Proceso Enfermero: Guía paso a paso. Ed. Spronger 4^a edición. España. Consultado mayo a junio 2016.
6. Morse J. Análisis Comparativo de la conceptualización y teorías de cuidado. Cuarta edición. JB Lippincott Company. Philadelphia. Consultado mayo a junio 2016
7. Baracco V. La colecistectomía laparoscópica. Experiencia personal de 500 casos. Rev. Consultado mayo a junio 2016.
8. De Vinatea De Cárdenas, José; Aguilar Vaccari, Felipe; Villanueva Alegre, Luis; Salinas Sedó, Gustavo. Colecistectomía laparoscópica: reporte de 43 casos rev. Soc. Cir. Perú. Consultado mayo a junio 2016.

INSTRUCCIONES PARA AUTORES

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES

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

Ejemplo: APELLIDO – Nombre, APELLIDO – Nombre.

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

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

Formato del documento

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

Tablas

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

PREPARACIÓN DEL ARTÍCULO

Estructura

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

TÍTULO

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

RESUMEN

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

PALABRAS CLAVE

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

INTRODUCCIÓN

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

MÉTODOS

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

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

RESULTADOS

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

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

DISCUSIÓN

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

CONCLUSIONES

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

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

REFERENCIAS

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

Formato de las citas en el texto

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

Formato de las referencias al final

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