



UNIVERSIDAD PÚBLICA DE EL ALTO
RECTORADO - VICERRECTORADO
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENCIA Y TECNOLOGÍA



REVISTA DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA

Nº 2 / 2015

Enfoques de Enfermería

Investigación - Educación

Instituto de Investigación de Enfermería y Salud

(IIES)



Carrera de Enfermería



UNIVERSIDAD PÚBLICA DE EL ALTO

RECTORADO - VICERRECTORADO

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

UNIVERSIDAD PÚBLICA DE EL ALTO

Lic. Claudio Marcapaillo
RECTOR UPEA

Ing. Reynaldo Cosme
VICERECTOR UPEA

Ing. Juan Ascencio Quisberth
DIRECTOR
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENCIA Y
TECNOLOGÍA-DICyT

M.Sc. Mario Roque Quispe
REVISIÓN TECNICA ESPECIALIZADA

Dra. Luz Soraya Vega Zenteno
DECANA DEL AREA DE SALUD

Lic. Paola Espejo de Maldonado
DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERÍA

Dra. Amparo Soledad Quisbert Bustamante
MsC. Erlinda Ameris Chuquimia Chuquimia
COORDINADORES DE PUBLICACIÓN
DE LA REVISTA

ARTES GRÁFICAS "REAL" Cels. 72510967-69813381
DISEÑO E IMPRESIÓN

NÚMERO DEPÓSITO LEGAL: 4 - 3 - 77 - 12 - P.O.

EDICIÓN 2015

Dirección UPEA: Av. Sucre s/n Zona Villa Esperanza
Teléfonos: (+591) 2-2844177 / (+591) 2-2845787
Fax: (+591) 2-2845800
www.upea.edu.bo

El Alto – Bolivia

Carrera de Enfermería

ANTECEDENTES

La carrera de enfermería nació en un ambiente hostil, dando inicio a sus labores académicas en la Universidad Pública y Autónoma de El Alto, en Septiembre del 2000, con 210 estudiantes aproximadamente distribuidas en cinco paralelos.

Las clases se desarrollaron en ambientes precarios, sin material educativo adecuado pese a estas falencias el sector estudiantil no desmayó, ni perdió las esperanzas de lograr su formación superior.

El compromiso y solidaridad de la carrera de Enfermería con la Universidad Pública y Autónoma de El Alto, se había manifestado con vigiliadas, resguardos diurnos y nocturnos, constantes movilizaciones con la participación de padres de familia, docentes y vecinos de la Universidad.

Se menciona al Lic. Víctor Taboada Sanjinés, como uno de los docentes pioneros de la Carrera de Enfermería que en esos momentos realizó un rol importante junto a docentes y estudiantes, y la Lic. Gloria Humerez Sebacollo como directora de Carrera nominada.

En fecha 16 de febrero y 21 de marzo del 2005, fueron posesionados en sesión del Honorable Consejo Universitario, por el presidente Ing. Mario Virreira Iporre, la Lic. Elizabeth Condori Quispe, como Directora de la Carrera, por primera vez se institucionaliza los cargos jerárquicos de Carrera, elegida en claustro Universitario, y el Lic. Víctor Taboada Sanjinés elegido en Asamblea Docente-Estudiantil como Sub-director de la Carrera.

En fecha 2 de abril del 2007 la Lic. Naldy Sanjines Lanza y la Magister Erlinda Ameris Chuquimia Chuquimia fueron posesionadas en el Honorable Consejo Universitario, como Directora y Sub Directora, cumpliéndose por segunda vez el proceso de institucionalización en los cargos de Dirección en la Carrera de Enfermería, quienes a su vez fueron las pioneras en la Titulación de los primeros profesionales en Enfermería y de la Universidad: posteriormente la Lic. Martha Hilari Ticona asume la dirección de carrera por el periodo de dos años. También elegido democráticamente el Lic. Víctor Taboada Sanjinés asume la dirección de carrera las gestiones académicas noviembre del 2011 a noviembre del 2013.

Actualmente la Lic. Paola Espejo de Maldonado es la Directora de la Carrera de Enfermería, elegido democráticamente y posesionado en el Honorable Consejo Universitario por las autoridades correspondientes, por las gestiones académicas diciembre del 2013 a diciembre del 2015.

JUSTIFICACIÓN

Los indicadores de alta pobreza de la ciudad de El Alto, son aspectos que motivan a pensar que la Universidad Pública y Autónoma de El Alto inicie estrategias de no excluir a la población estudiantil que permita asistir a esta casa Superior de Estudios y más concretamente a la Carrera de Enfermería, para cuyo efecto definir una malla curricular

acorde al sistema y a las exigencias de la sociedad, tomando en cuenta las bases y fundamentos de las instancias rectoras del Sistema Universitario.

Siguiendo los lineamientos de la última Reunión Sectorial de Carreras de Enfermería a nivel nacional; la Carrera de Enfermería de la Universidad Pública y Autónoma de El Alto, realizó las III jornadas Académicas en el mes de junio 2008 con la participación de docentes y estudiantes, con la finalidad de reformular el plan curricular, cambio que busca dar respuesta a las necesidades de atención en salud de la ciudad de El Alto y el país, con enfoque intercultural, académico, científico, tecnológico, investigación y producción, de modo que la formación sea pertinente competitivo y de calidad.

VISION.- La visión de la Carrera de Enfermería es:

Contar con profesionales en Enfermería competentes y competitivos que respondan a las exigencias de la población de la ciudad de El Alto y del país, potenciando la toma de decisiones en la solución de los problemas de salud y mantener la más alta calidad educativa, desarrollando innovaciones creativas en el proceso enseñanza aprendizaje a través de una gestión administrativa, científica y pedagógica eficaz y eficiente.

MISSION.- La Carrera de Enfermería a partir de su visión se plantea lo siguiente:

Formar profesionales competentes y competitivos en el desempeño de sus funciones en las áreas clínicas, comunitarias, administrativas, docencia e investigación con un enfoque holístico.

OBJETO DE LA PROFESION.-

Intervenir en el fomento de la salud, prevención de las enfermedades, recuperación y rehabilitación de la salud en el individuo, familia y comunidad, en los niveles de atención del sistema de salud.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL DE LA CARRERA

Formar profesionales con competencias de calidad y responsabilidad, para liderar el cuidado integral de Enfermería a la persona sana o enferma en el proceso de la vida, en su propio contexto familiar y grupal desarrollando actividades de promoción, prevención y rehabilitación de la salud en los diferentes niveles de atención.

Instituto de Investigaciones de Enfermería y de Salud

Antecedentes

El Instituto de Investigaciones de Enfermería y de Salud (IIES), dependiente de la Carrera de Enfermería y de la Dirección de Investigación Ciencia y Tecnología (DICyT), en proceso de organización en marzo del 2012 a través de la Resolución 044/2012 del Honorable Consejo de Carrera (HCC), como producto del interés de un grupo de Docentes y estudiantes de la Carrera, iniciando como responsable interina la Lic. MsC. Erlinda A. Chuquimia Chuquimia, conjuntamente con la Dirección de Carrera.

La misión, visión y objetivos del Instituto serán elaborados y consolidados en las próximas jornadas académicas a realizarse en el mes de septiembre del presente, entretanto se trabajara con la publicación de la primera revista científica.

Misión

El IIES es una unidad que realiza investigación sobre las problemáticas de las Ciencias de Enfermería y Ciencias de la Salud, donde confluyen investigaciones inter, multidisciplinarias, generando conocimientos para la construcción de soluciones de problemas relacionados con la profesión como tal y las ciencias de la Salud.

Visión

Establecerse como una unidad académica líder en la investigación de las Ciencias de Enfermería y de Salud en el Estado Plurinacional de Bolivia, desde perspectivas multi, interdisciplinarias, que articule, coordine y desarrolle las investigaciones y su incidencia e impacto reconocido a nivel nacional e internacional.

Objetivos

- Promover y formar profesionales que respondan al perfil de investigadores en Enfermería y sean portadores de instrumentos para el cumplimiento de las líneas de investigación y los propósitos de la UPEA.
- Fortalecer la capacidad investigativa de los docentes y estudiantes de la Carrera de Enfermería.

EDITORIAL

Tenemos la satisfacción de presentar la publicación del segundo número de la Revista Científica **"Enfoques de Enfermería. Revista de Investigación y Educación"** del Instituto de Investigación de Enfermería y Salud de la Carrera de Enfermería de la Universidad Pública de El Alto. Esta publicación tiene como objetivo difundir trabajos intelectuales y de investigación en el campo de la ciencia de Enfermería y Salud. Tenemos la esperanza de que el contenido sobre temáticas de enfermería y salud colme las expectativas y sea de utilidad a la comunidad universitaria, en especial a los estudiantes y docentes de la institución y a todas las personas que tengan interés y compromiso con la salud de la población boliviana.

La Revista Científica N° 2 contiene diferentes temáticas relativas al ámbito de Enfermería y Salud. Por una parte, tenemos investigaciones referidos a valores éticos de autoría de Luz Soraya Vega Zenteno; por otra, tenemos investigaciones concernientes a la salud y enfermedad como las de Erlinda A. Chuquimia Chuquimia, Mariela Choque, Nancy Cachaca y Nancy Nina; Sobre conocimientos de anticonceptivos de Marina Palma Monsterios, Ruth Rosario Mamani Apaza; Otro sobre conocimientos de normas de bioseguridad y VIH de Jaqueline Muños Bravo, Julia Palma Mullisaca, Joany Felipez Mita, Mery Condori Pari. También sobre conocimientos y prácticas de lactancia materna de Rossi. Yujra, Beatriz Condori Cachaca y Susana Pérez Mamani. A su vez presentamos un artículo vinculado con la valoración de hábitos de alimentación, actividad física y condición nutricional de Paddy Chalco Chalco, Joany Felipez Mita, Lourdes Choque Tantani y Wendi Paxi. Por otro lado tenemos investigación sobre el enfoque psicológico y fisiológico del dolor en Enfermería de Jorge Rodríguez Cardenas. Presentamos ensayos que están vinculados a intoxicación por sulfato ferroso de Sonia Quisbert Ticona, Factores en la calidad de atención en Enfermería de Simona Coaquira Yujra y sobre la formación en valores ético morales de estudiantes de Pinaforta Apaza Huanca. Contamos con investigaciones referidos a la Enfermera ante la muerte de María Teresa Rocabado Camacho y Erlinda A. Chuquimia Chuquimia; Riesgo de contraer enfermedades diarreicas y su incidencia en estudiantes de Esperanza Naldy Sanjinés Lanza y Miruslava Carillo Pinaya; Prevalencia de pie plano en niños de 3 a 11 años de Amparo Quisbert Bustamante y Karen Villarreal Román. E investigación referida a Factores de riesgo asociados con la anemia en embarazadas del hospital La Paz correspondiente a Ana María Fernández Veizaga.

Esperamos contar para las siguientes publicaciones con más artículos científicos de docentes y estudiantes para la construcción y desarrollo en la formación de futuros científicos en Enfermería.

Dra. Luz Soraya Vega Zenteno
DECANA DEL AREA DE SALUD

Lic. Paola Espejo de Maldonado
DIRECTORA DE LA CARRERA DE
ENFERMERÍA

MsC. Erlinda A. Chuquimia Chuquimia
COMISIÓN ACADÉMICA CARRERA
DE ENFERMERÍA

Lic. Jaqueline Muños
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN
CARRERA DE ENFERMERÍA

Lic. Magali Ohxa
COMISION DE INVESTIGACION
CARRERA DE ENFERMERIA

Dra. Amparo Quisbet Bustamante
COMISIÓN ECONÓMICA
CARRERA DE ENFERMERÍA

Contenido

VALORES ÉTICOS EN PREUNIVERSITARIOS DE LAS CARRERAS DE ENFERMERÍA -
MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE EL ALTO

Ethical values in pre-college schools of nursing - health care public university of el
alto 1

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A FLUJOS VAGINALES EN ESTUDIANTES DE
LA CARRERA DE ENFERMERIA 2013 (CURSOS INICIALES Y CURSOS
AVANZADOS)

Risk factors associated with vaginal flows in students of nursing career 2013 (initial and
courses advanced courses) 12

CONOCIMIENTO SOBRE EL ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA DE LOS
ESTUDIANTES DE 2 AÑO, PARALELO "A" DEL DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA,
DE LA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE EL ALTO GESTIÓN 2013

Knowledge about the 2 year students emergency contraception, parallel "a" of The School
of Nursing, The Public University of The High management 2013 20

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA SOBRE
NORMAS DE BIOSEGURIDAD Y VIH, UNIVERSIDAD PUBLICA DE EL ALTO, GESTIÓN
2012

Levels of knowledge about biosecurity and HIV policies of nursing students at the Public
University of El Alto, La Paz, in 2012 27

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACION
COMPLEMENTARIA

Knowledge and practical on maternal nursing and complementary feeding 39

VALORACIÓN DE HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y CONDICIÓN
NUTRICIONAL EN ESTUDIANTES DE LA U.P.E.A

Evaluation of eating habits and physical activity patterns and nutritional statues in U.P.E.A.
students 46

BREVE ENFOQUE PSICOLÓGICO Y FISIOLÓGICO DEL DOLOR

Psychological and physiological approach brief pain 52

INTOXICACION POR SULFATO FERROSO

Intoxication for ferrous sulfate 59

FACTORES QUE DETERMINAN LA CALIDAD DE ATENCION DE ENFERMERIA

Factors determining the quality care nursing 64

LA FORMACION EN VALORES ETICO MORALES EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA
DE NFERMERIA

Values education in students moral and ethical nursing career 70

LA ENFERMERA ANTE LA MUERTE

The nurse to death

75

RIESGO DE CONTRAER ENFERMEDADES DIARREICAS Y SU INCIDENCIA EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE EL ALTO

Risk of diarrheal diseases and their student impact on Public University of El Alto

83

PREVALENCIA DE PIE PLANO EN NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS, EN LA ESCUELA DE DEPORTES LA PAZ, AÑO 2011

Prevalence of flat foot in children 3 to 11 years in school sports la paz, year 2011

90

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA ANEMIA EN EMBARAZADAS DEL HOSPITAL LA PAZ PRIMER TRIMESTRE DEL 2013

Risk factors associated with anemia in pregnant women in the hospital la paz first quarter of 2013

100

LA INFLUENCIA DE FACTORES CULTURALES QUE IMPIDEN EL ACCESO AL CONTROL PRE NATAL EN EL CENTRO DE SALUD CALAMA RED COREA EL ALTO SEGUNDO TRIMESTRE 2011

The influence culture agents that prohibit the ingress to the prenatal control in the health-center Calama Red Corea El Alto second trimester 2010

109

VALORES ÉTICOS EN PREUNIVERSITARIOS DE LAS CARRERAS DE ENFERMERÍA - MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE EL ALTO

Ethical values in pre college schools of nursing - health care public university of el alto

Vega, Luz S.¹

¹ Docente de la Carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

Abstract

In the current national and international context because of technological progress and scientific advance college most of the various areas of knowledge try to get a broad and specific about the advances in the different sciences, so it was dropped comprehensive training of future professionals considering human ethical values that relate to the people who dedicate their studies, observing, so malpractice, medical malpractice, claims constant and even refusing to be treated by health personnel: therefore the interest of meeting the ethical values that come with pre-college students to careers in nursing and medicine and observe the degree of knowledge they have, they took into account a representative sample of pre-university courses nursing and medicine at the steps 2010 and 2011, the results agree with the hypothesis regarding the need to strengthen ethical values in students during their undergraduate preparation for better training in the area of health, besides try to strengthen these values by example by teachers and also the inclusion of a subject related to the topic as fundamental in the curricula of both races, suggesting finally make corresponding planning to carry out this process of strengthening, taking into account the willingness of authorities and teachers of the races mentioned.

Keywords: Ethical, undergraduate training, strengthening of values.

Resumen

En el actual contexto nacional e internacional debido al avance tecnológico y el avance científico la mayor parte de universitarios de las diversas áreas de conocimiento tratan de recibir una formación amplia y concreta respecto a los adelantos en las diferentes ciencias, es así que se dejó de lado la formación integral de los futuros profesionales tomando en cuenta los valores éticos humanos que los relacionan con las personas a las cuales dedican sus estudios, observándose, por esto las malas prácticas, la negligencia médica, los reclamos constantes e incluso el rechazo a ser atendido por el personal de salud; por esto el interés de conocer los valores éticos con los que llegan los estudiantes preuniversitarios a las carreras de enfermería y medicina y observar el grado de conocimiento que ellos tienen; se tomó en cuenta una muestra representativa de los cursos preuniversitarios de enfermería y medicina de las gestiones 2010 y 2011, los resultados obtenidos coinciden con la hipótesis planteada en relación a la necesidad de fortalecer los valores éticos en los estudiantes durante su preparación en pregrado para lograr una mejor formación en el área de la salud, además de tratar de fortalecer estos

valores por medio del ejemplo por parte de los docentes y además la inclusión de una materia relacionada al tema como algo fundamental en la curricula de ambas carreras, sugiriéndose finalmente realizar la planificación correspondiente para llevar adelante este proceso de fortalecimiento, tomando en cuenta la predisposición de autoridades y docentes de las carreras mencionadas.

Palabras claves: Valores éticos, formación de pre grado, fortalecimiento de valores.

1. Introducción

La gran cantidad de problemas que regularmente surgen en nuestra sociedad y muestran a los profesionales en salud como aquellos individuos que incurren en negligencia, mala praxis o por ultimo en desinterés, son problemas que vienen a expresar la falta de una formación integral del individuo que obviamente debería ser otorgada primero en la familia luego la escuela, el colegio y por último en la formación de pregrado.

Como menciona la autora L. Bustamante en su libro sobre la educación en valores en trabajadores de la atención primaria de salud... "En cada sociedad existe un código de valores éticos predominantes que está determinado por la base socioeconómica existente", justamente en este entendido, no podemos decir que solo los profesionales en el área de salud son aquellos que diariamente tropiezan con problemas que conllevan la falta de la aplicación de valores éticos para el ejercicio profesional, pero si podemos decir que son estos los que deben tener como prioridad a los mismos, ya que el tratar con seres humanos requiere una alta responsabilidad y respeto.

En diferentes cumbres mundiales y regionales (Edimburgo 1988,1993,

Bogotá 1995, Rancho Mirage 1997 y Paris 1998) sobre la educación médica o de pre grado, se exige de manera tanto general como particular el cambio que debe existir en la formación de profesionales en salud, en todos ellos se toma en cuenta el fortalecimiento que debe existir en relación a los ASPECTOS ÉTICOS en su formación para de esta manera también tener un cambio en su actuación una vez egresados de las universidades en las carreras del área de la salud.

Lamentablemente el formar profesionales en las actuales condiciones en todas las universidades públicas y privadas dejó una profunda brecha para la formación integral, ya sabemos que lo que principalmente se realiza es una proceso formativo en conocimientos - muy buenos en ciertos casos- pero no así un proceso de formación integral como ser humano o como persona, creyendo tal vez que esta situación ya fue fortalecida en la educación secundaria.

Son muchos los autores que se han dado a la tarea de retomar este tema por las grandes dificultades que se están observando en nuestra sociedad respecto a las críticas hacia el

equipo de salud en su conjunto, si las universidades no muestran el interés y decisión de tomar en cuenta este tipo de formación, tal vez tengamos que seguir contemplando problemas mucho mayores en el trato a las personas que denominamos pacientes; esto ha dado lugar a que se trate de mejorar la calidad de los servicios de salud pero también se ha hecho hincapié en lo que significa la CALIDEZ con que se debe atender al paciente, ambos conceptos abarcan la gran utilización de los valores éticos por parte de todos los profesionales relacionados con la prestación de servicios en salud.

Se debe tener en cuenta que las instituciones relacionadas con la formación de estos profesionales deben poner empeño en la formación integral conociendo los valores con los que llegan los estudiantes a sus primeros años universitarios pero además tener la misión de fortalecer dichos valores, obviamente primero con el gran ejemplo que deben dar los docentes pero también con la enseñanza de actitudes de respeto hacia los seres humanos a los cuales prestarán sus servicios. Para esto Galvizu K. nos hace referencia en su texto principios y valores éticos que... "Es necesaria la permanente superación de los docentes desde el punto de vista científica-metodológica y psico-pedagógica para asumir la formación de valores en los estudiantes de ciencias médicas." Tomando en cuenta que el formador de valores debe también estar mejor preparado para impartir las nociones básicas de los que estos valores significan. Asimismo, teniendo en cuenta el inciso e) de las funciones y misiones de la educación superior emanadas en la conferencia mundial sobre la educación superior en el siglo

XXI del 9 de octubre de 1998 que menciona: "contribuir a proteger y consolidar los **valores de la sociedad**, velando por inculcar en los jóvenes los valores en que reposa la ciudadanía democrática y proporcionando perspectivas críticas y objetivas a fin de propiciar el debate sobre las opciones estratégicas y el fortalecimiento de enfoques humanistas", se debe reconocer el papel amplio e importante que debe tomar el docente en la consolidación de los diversos valores éticos de los estudiantes de pregrado.

El presente trabajo está destinado a mostrarnos estos valores éticos con los que llegan los estudiantes desde secundaria al curso preuniversitario de las carreras de medicina y enfermería. Valores éticos que si bien conocen en diferentes etapas de su formación escolar y de secundaria deberán ser fortalecidos en el pregrado de manera que podamos formar profesionales en salud capaces de ser respetados por su trato al paciente dentro de la norma ética.

Este estudio fue elaborado con estudiantes del curso pre universitario de la gestión 2011 de las carreras de enfermería y medicina de la universidad Pública de El Alto.

El problema fue planteado de la siguiente manera: Cuáles son los valores éticos más importantes que tienen los estudiantes de secundaria que llegan a los cursos preuniversitarios de las carreras de medicina - enfermería y como se deberían fortalecer los mismos en su formación de pregrado?

La hipótesis de trabajo planteada fue la siguiente: "los valores éticos más importantes que tienen los estudiantes de secundaria que llegan a la UPEA son la

responsabilidad, la solidaridad y dedicación, debiendo ser fortalecidos mediante el ejemplo de sus docentes para mejorar el desarrollo de su práctica profesional”

Con la realización del trabajo de investigación se fue a verificar esta hipótesis y podemos mencionar que la misma fue afirmativamente respondida. Los resultados obtenidos confirman la

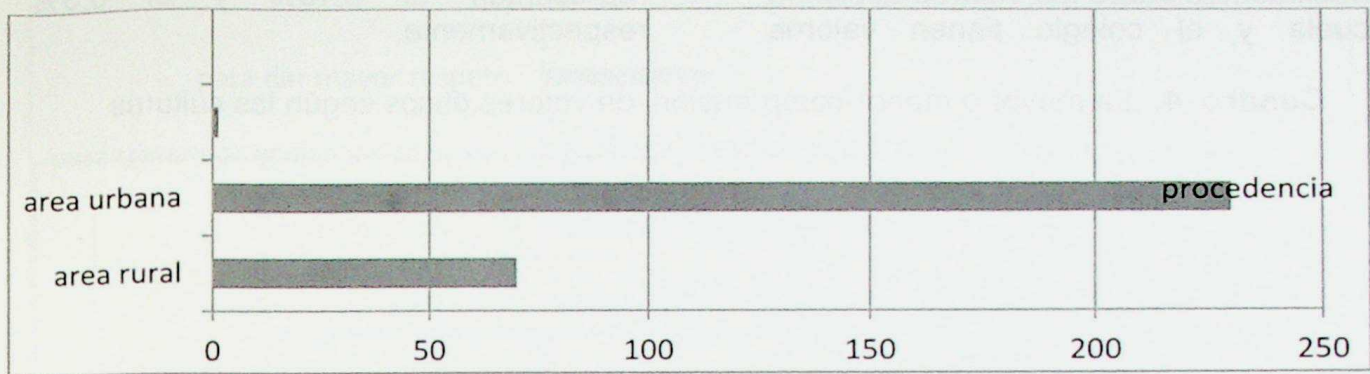
hipótesis inicial de que los estudiantes consideran como los principales valores éticos el respeto, la responsabilidad y la puntualidad, asimismo, esperan ser fortalecidos en el tema mediante el actuar de los docentes, mejorando su preparación sobre la significancia de los conceptos de los valores a ser aplicados en la vida profesional cotidiana y por tanto optimizar el trato con el paciente.

2. Materiales y métodos

Esta investigación fue realizada en la Universidad Pública de El Alto, en las carreras de enfermería y medicina durante el curso pre universitario de la gestión 2011, se realizó una investigación de tipo exploratoria, con enfoque cualitativo utilizando los métodos analítico sintético y deductivo inductivo, se realizó la recolección de datos primarios o de campo con la aplicación de un cuestionario el cual fue respondido por cada uno de los participantes.as diferentes. La muestra que se tomó fue una muestra probabilística de 300 estudiantes de un universo de 800. Asimismo, el nivel de confianza es del 95%, se trabajó con un margen de error del 5%.

En las técnicas de procesamiento de información se utilizó el análisis estadístico simple, además de los análisis no paramétricos, para el procesamiento de datos se usó el programa R, versión Windows y el paquete Excel para la mejor manipulación de la información. Los datos obtenidos fueron procesados de acuerdo a las preguntas realizadas en el cuestionario, de este modo tenemos los siguientes cuadros:

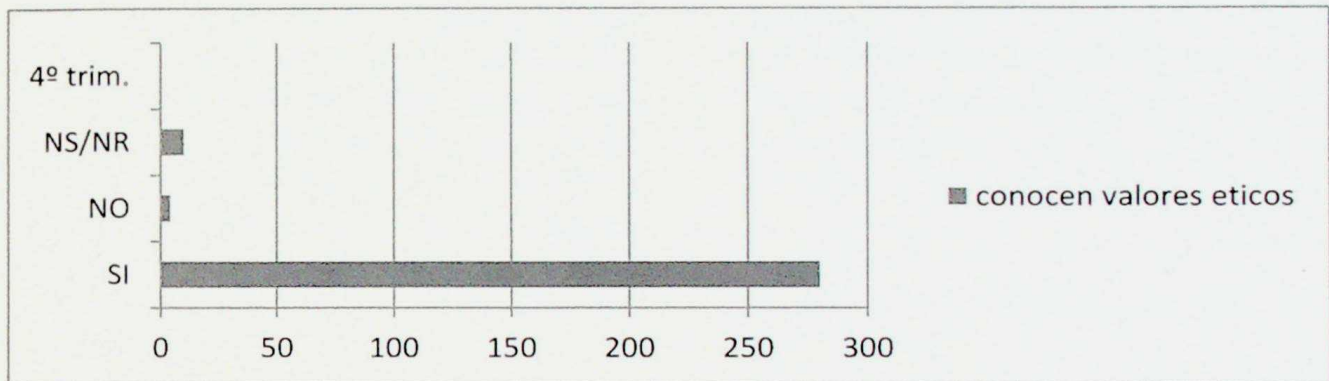
Cuadro 1. Procedencia de los estudiantes que resolvieron el cuestionario



Fuente: Elaboración propia

Podemos apreciar que el 76% de las personas proceden del área urbana y el resto, el 24% provienen del área rural.

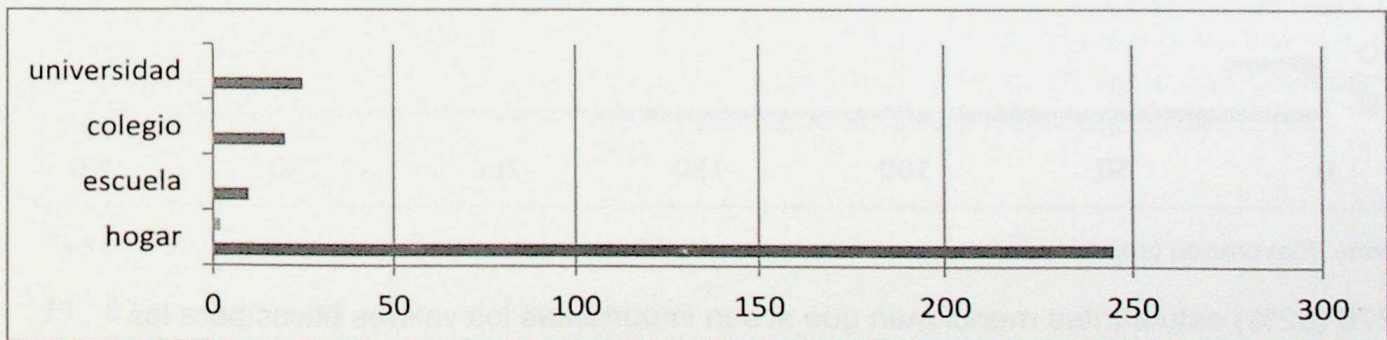
Cuadro 2. Estudiantes que conocen el significado de los valores éticos



Fuente: Elaboración propia

En este cuadro podemos apreciar que el 93,3 % (280) conocen sobre lo que son los valores éticos, el 3,3% (10) no sabe ni responde y el 1,3% (4) dice no saber que son los valores éticos

Cuadro 3. Donde se aprenden los valores éticos



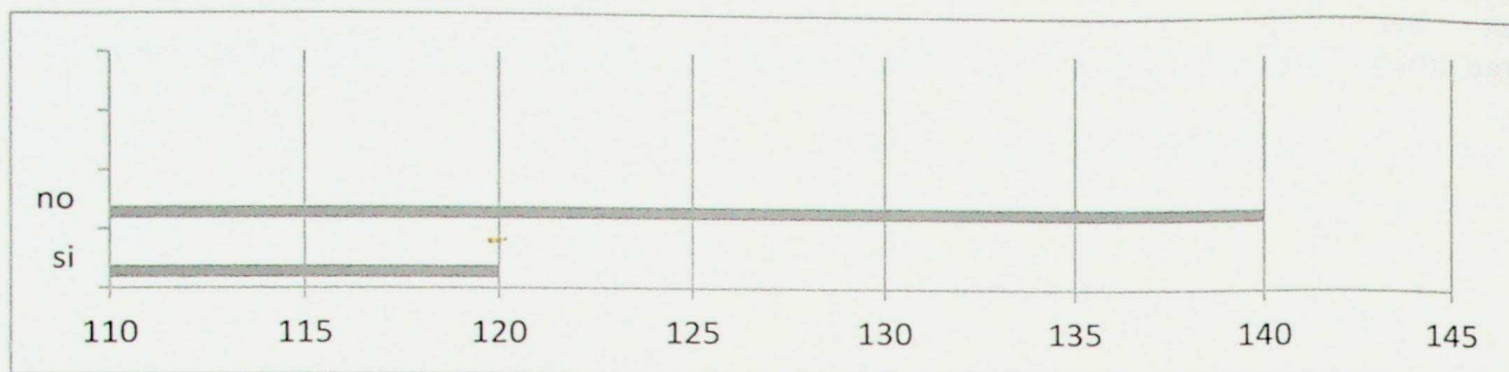
Fuente: Elaboración propia

Se observa que el 81,6 % (245) considera que es el hogar el lugar donde se forman los valores éticos, siendo solo el 1,3 (25) quienes esperan que sea la

universidad la que le otorgue conocimientos sobre los valores éticos, la escuela y el colegio tienen valores

menores entre 10 y 20 estudiantes que representan el 0,15% y el 0,3% respectivamente.

Cuadro 4. La mayor o menor comprensión de valores éticos según las culturas



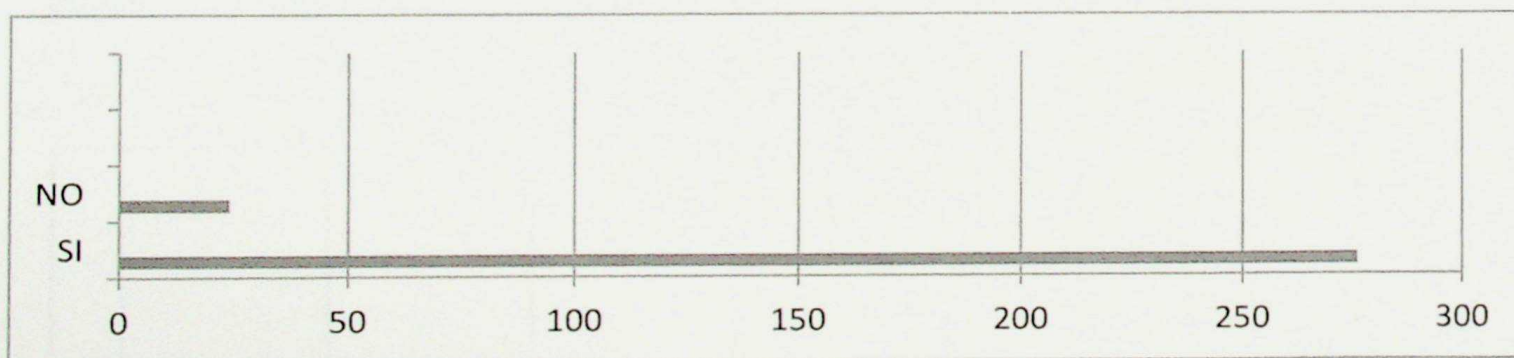
Fuente: Elaboracion propia

En este cuadro se puede observar que la mayor parte de los estudiantes el 46 % consideran que nada tiene que ver la cultura para comprender la existencia de los valores éticos frente al 40% que considera que la cultura juega un papel importante en el desarrollo de los valores éticos.

De todo esto, 40 estudiantes considera que no se respetan las culturas ancestrales para seguir sus valores

éticos, 20 estudiantes creen que comprenden mejor los valores éticos cuando conocen mejor su cultura, otros 20 consideran que al no haber unidad en las culturas cada una designa sus valores éticos, algunos también opinan que se destruyen los valores al querer unir las diversas culturas, mencionan también que solo son las familias y no las culturas las que mantienen los valores éticos.

Cuadro 5. Consideran que los valores éticos son importantes para los profesionales en salud

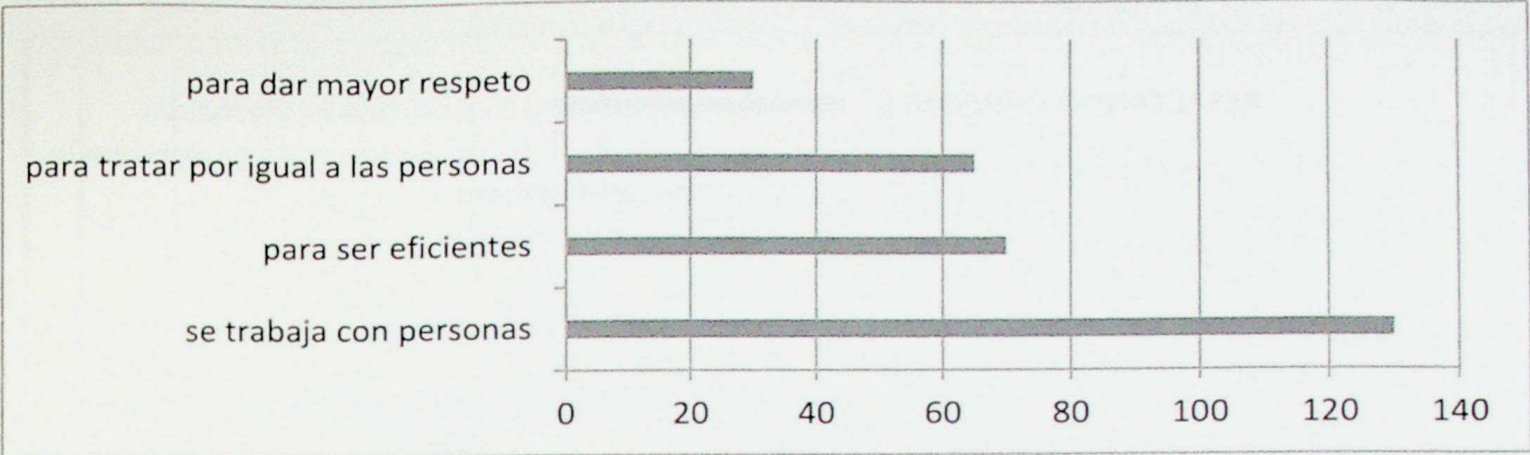


Fuente: Elaboración propia

276 (92%) estudiantes mencionan que si son importantes los valores éticos para los profesionales en salud, el resto opinan que no son importantes

A la pregunta del porque creen esto, las respuestas fueron las siguientes:

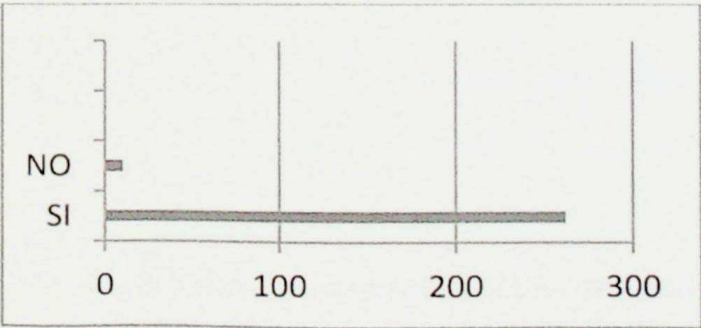
Cuadro 6. Porque los valores éticos son importantes para los profesionales en salud



Fuente: Elaboración propia

Nos muestran en primer lugar que los valores éticos son importantes porque se trabaja con seres humanos (43,3%) en segundo lugar el trabajo con conocimiento de valores éticos sería mucho más eficiente (23,3%), igualmente 65 estudiantes mencionan que los valores éticos ayudan a tratar por igual a las personas (21,6%),y 35 (11,6%) estudiantes creen que existe mayor respeto a las personas conociendo los valores éticos.

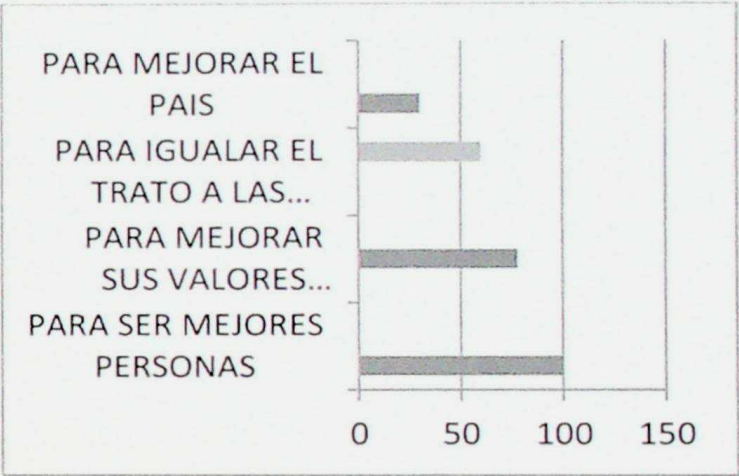
Cuadro 7. Las carreras del área, deberían profundizar la formación en valores éticos en sus estudiantes?



Fuente: Elaboración propia

El 87% respondió que si se debe profundizar la formación en valores éticos en las carreras del área de salud, al responder por qué deberían profundizar tenemos el siguiente cuadro:

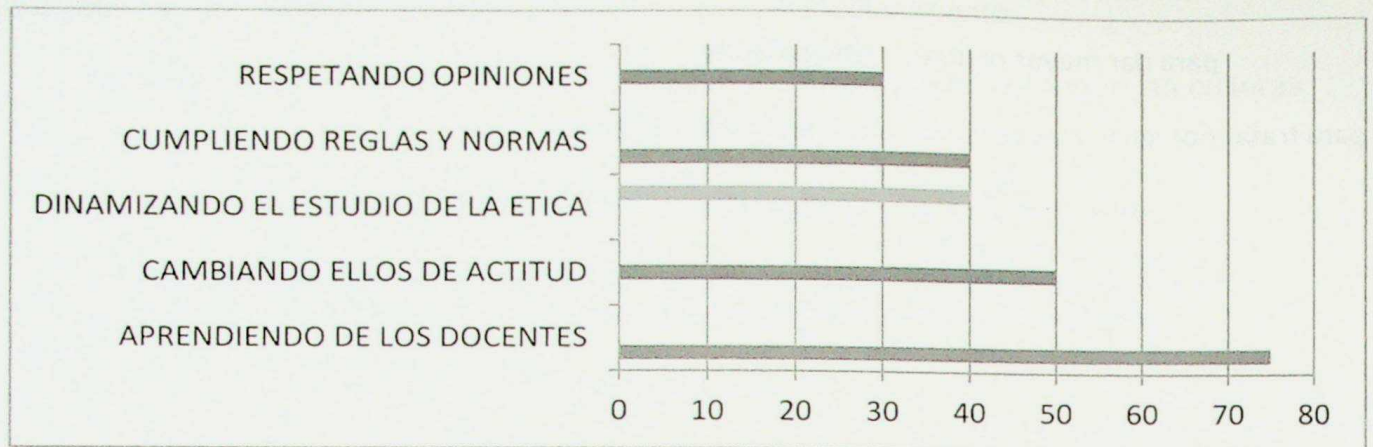
Cuadro 8. Porque se debe profundizar la formación en valores éticos?



Fuente: Elaboración propia

En el cuadro observamos, 100 personas creen que les ayudará a ser mejores personas, 78 piensan que así mejorarán sus valores, 60 estudiantes creen que de esta manera se igualará el trato a las personas y otras 30 personas consideran que se podrá mejorar el país.

Cuadro 9. Como deberíamos mejorar la formación ética en las carreras de salud ?

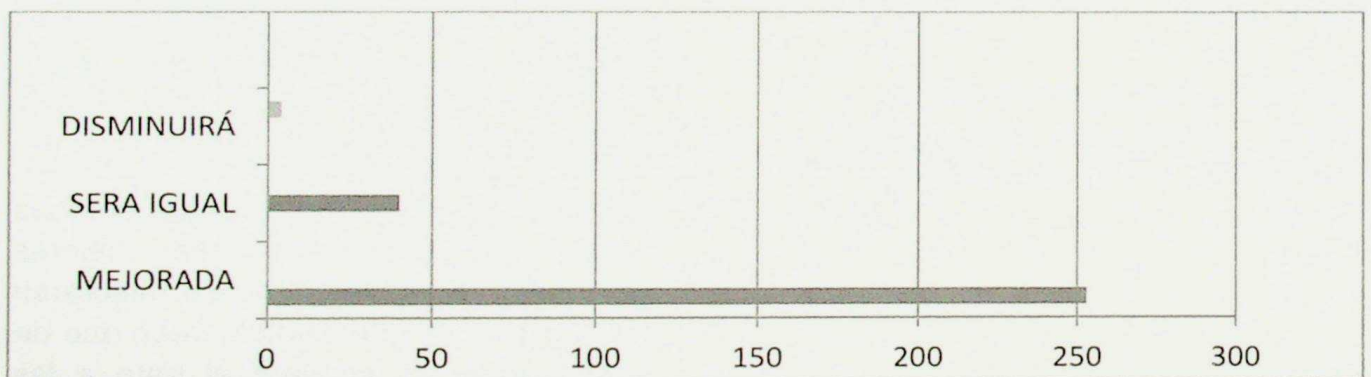


Fuente: Elaboración propia

75 Estudiantes consideran que mejorarán sus conocimientos en ética aprendiendo de sus docentes, 50 estudiantes creen que son ellos los que deberán cambiar de actitud, 40 consideran que se debe aprender en las aulas los valores éticos y

otros 40 consideran que mejorarán sus valores éticos cumpliendo reglas y normas, otros 30 consideran que se cumplen los valores éticos respetando las opiniones de los demás.

Cuadro 10. Su formación ética durante sus estudios será:

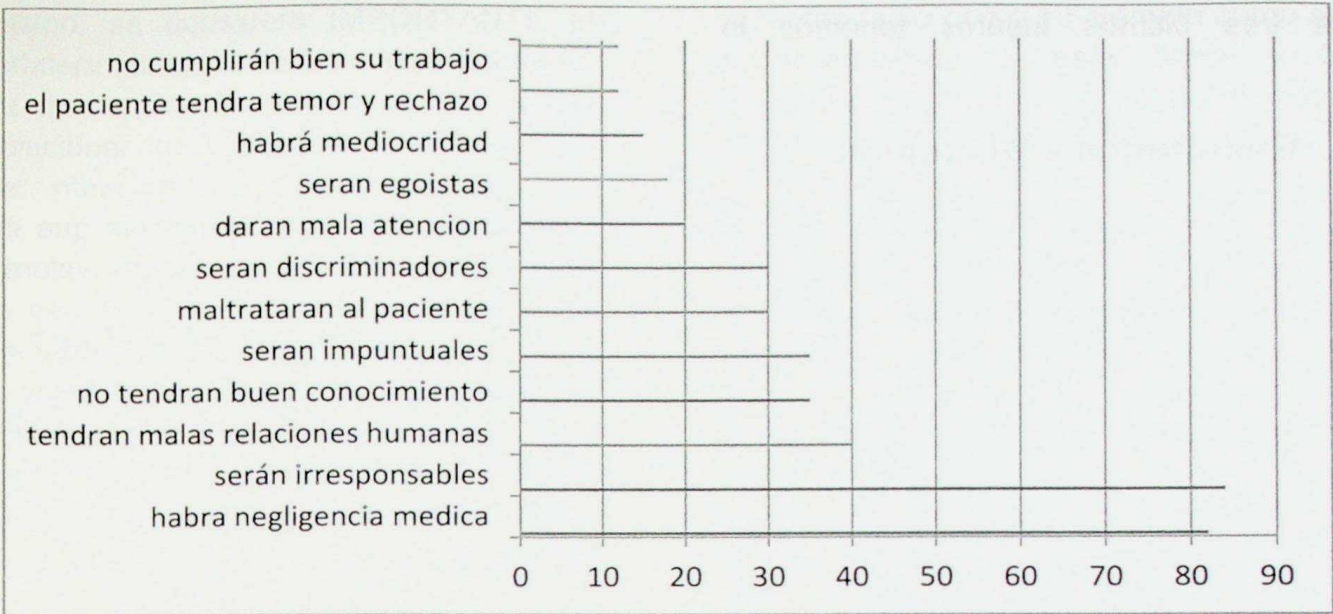


Fuente: Elaboración propia

En el cuadro se puede observar que 253 estudiantes esperan que su formación de pregrado fortalezca también su formación ética. 40 estudiantes creen que

su formación ética será la misma y 4 estudiantes creen que disminuirá su formación ética.

Cuadro 11. Cuales son las consecuencias en el ejercicio profesional al no tener una buena formación ética

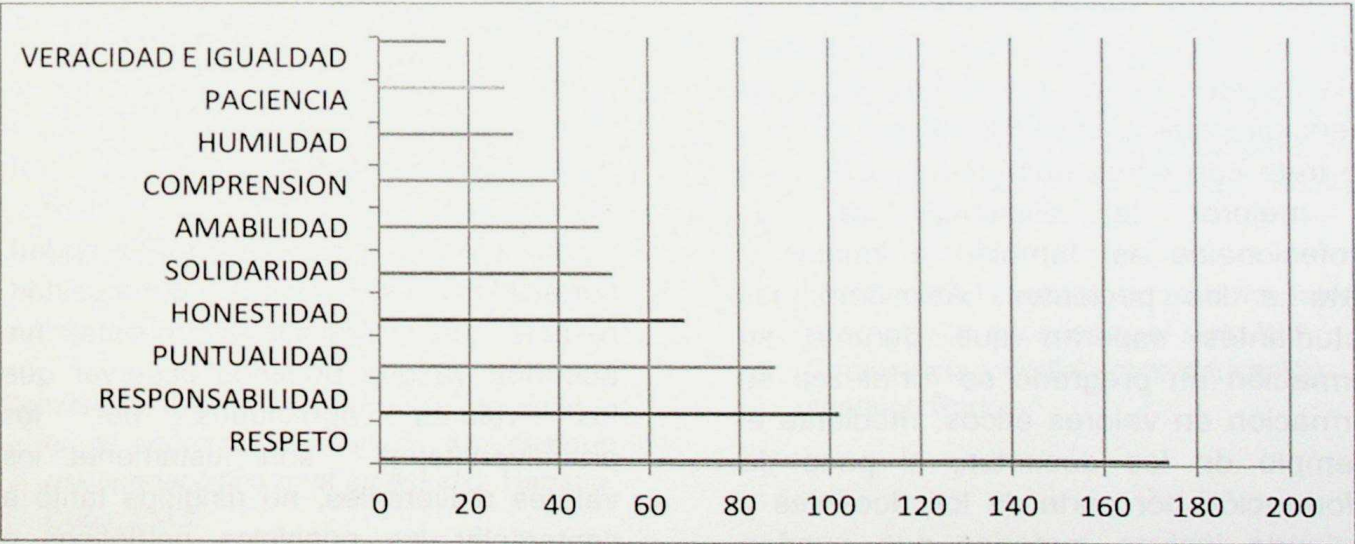


Fuente: Elaboración propia

82 estudiantes opinan que el fruto de no tener una buena formación ética será la negligencia médica y la mala praxis; 84 mencionan que los profesionales serán irresponsables, 40 consideran que

tendrán malas relaciones humanas, también creen que tendrán un menor conocimiento y serán impuntuales, 30 personas opinan que maltratarán al paciente, y serán discriminadores.

Cuadro 12. Cuales consideran los valores éticos más importantes para un profesional en salud



Fuente: Elaboración propia

En el cuadro se puede observar los diez primeros valores considerados por los preuniversitarios al llegar a esta Casa

Superior de Estudios, el primer valor tomado en cuenta es el respeto, el segundo la responsabilidad, el tercero la

puntualidad, como cuarto valor se encuentra la honestidad, seguido por la solidaridad, amabilidad y comprensión en los tres últimos lugares tenemos la

3. Resultados y Discusión

Como se puede observar en la presentación de los datos obtenidos, podemos ver que la hipótesis lanzada a inicios del trabajo fue verificada afirmativamente.

Los estudiantes son conocedores de lo que son los valores éticos, conocen también que éstos deben ser impartidos desde el hogar, no consideran que la cultura mejore o empeore los conocimientos de los valores éticos, dando una mayor importancia a las familias y no tanto a las costumbres culturales para mejorar sus valores éticos, además se considera que en la actualidad las culturas fueron desintegradas lo cual hace que la aplicación cultural de valores pase a un segundo plano.

Respecto a la importancia del manejo de valores éticos en las profesiones relacionadas con salud la mayoría menciona que sí son importantes porque se trata con seres humanos y ayudarían a mejorar la eficiencia de los profesionales así también a igualar el trato a los pacientes. Asimismo, los estudiantes esperan que durante su formación en pregrado se fortalezca su formación en valores éticos, mediante el ejemplo de los docentes, el paso de información por parte de los docentes y teniendo incluso materias que puedan fortalecer a los mismos, aunque también consideran que ellos mismos deberán cambiar en sus actitudes; de la misma manera el cumplimiento de normas y reglas ayudará a fortalecer estos valores.

humildad, paciencia y la veracidad e igualdad que tuvieron la misma cantidad de respuestas.

En relación a las consecuencias que se tendrían en caso de no aplicar valores éticos tenemos una opinión amplia en el sentido que se presentarán en el futuro mayores casos de negligencia médica y mala praxis, mayor irresponsabilidad, malas relaciones humanas, discriminación, mediocridad y rechazo de parte de los pacientes.

Al final se pueden apreciar cuales son los principales valores éticos con los que llegan los estudiantes de secundaria al curso preuniversitario teniendo al respeto como el más importante valor ético, seguido por la responsabilidad y en un tercer lugar la puntualidad, posteriormente siguen la honestidad, solidaridad y amabilidad, en un último lugar se presentan dos aspectos la veracidad e igualdad.

Al iniciar el trabajo consideramos que los valores éticos que se encontrarían con mayor frecuencia en los estudiantes, eran los valores éticos generales o universales como la dignidad personal, la sinceridad, honestidad, la sencillez, generosidad, respeto etc. Consideración que fue acertada ya que pudimos observar que los valores apreciados por los preuniversitarios son justamente los valores universales, no dirigidos tanto a contemplar los principios patrióticos o sociales. Aunque se esperaba que los valores tengan una relación directa con las culturas ancestrales existentes en nuestro país, esto fue descartado, siendo considerado por los estudiantes que no

hace mucho la cultura a la cual se pertenezca, sino más bien la educación familiar que todos ellos reciban. Así mismo, se considera IMPORTANTE el fortalecimiento de estos valores durante su formación de pregrado para lograr solucionar los problemas más que todo de mala praxis o negligencia que

últimamente fueron en aumento, además de considerarse que el fortalecimiento de los valores deberá ser dado por los docentes tanto como su ejemplo como en el tratamiento de este tema y la consideración del mismo dentro la malla curricular de la carrera.

4. Conclusiones

Tomando en cuenta los resultados obtenidos llegamos a las siguientes conclusiones:

- Los preuniversitarios ven la necesidad de fortalecer sus valores éticos en su formación de pregrado
- Consideran que ese fortalecimiento está en base a la actitud de los docentes, pero también a la inclusión de este tema como una forma de

conocimiento en el desarrollo de su formación

- Los estudiantes son conocedores que mejoraran su formación con el fortalecimiento de los valores éticos
- Se debe planificar a futuro de qué manera se fortalecerán estos valores en el desarrollo de la formación de pregrado, algo que se encuentra en manos de las direcciones de las carreras y de los docentes.

5. Referencias bibliográficas

Bustamante. (1996). *La educación en valores en trabajadores de la atención primaria de salud en Cuba*. Habana, Cuba.

Galvizu, K. Pérez. (1996). *Principios y valores éticos* .f.c.m. "Dr. Salvador Allende" Habana, Cuba: ISCM

González, M. (2000) *La educación de valores en el currículo universitario. Un enfoque psicopedagógico para su estudio* .Habana, Cuba: EMS.

Fabelo, J. (1996, 7-19) *La crisis de valores: conocimiento, causas y estrategias de superación; la formación de valores en las nuevas generaciones*. Habana, Cuba: Cs. Sociales.

Fernández, J.A. (2001) *Aspectos éticos de la educación médica. Apuntes para una discusión de grupo* Tarija, Bolivia: CENAPEM.

UNESCO (1996) *Declaración mundial sobre la educación superior en el siglo XXI*. Conferencia mundial sobre educación superior. París

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A FLUJOS VAGINALES EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ENFERMERIA 2013 (CURSOS INICIALES Y CURSOS AVANZADOS)

Risk factors associated with vaginal flows in students of nursing career 2013 (initial and courses advanced courses)

Chuquimia E.¹; Choque M.²; Cachaca N.³; Nina N.⁴

¹ Docente de la Carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

² Docente de la Carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

^{3,4} Profesionales del área de salud

Abstract

They use an internationally validated questionnaire which measures risk factors associated with pathological vaginal discharge, with 21 items Likert questions and 7 questions. The aim is to identify the factors associated with vaginal discharge of college students, is a descriptive study of cross section, which was classified in four risk factors also called dimensions which was based to describe the association between the presence of variables.

Being able to identify these factors is an achievement for our upper house of studies in the future to facilitate the design and evaluation of programs and promotion and prevention workshops not only in the university population of nursing career if not the entire university community, to promote healthy living and female students in general. Whereas it is one of the main features of the undergraduate course

Key words: Vaginal discharge, Risk Factors, Students University

Resumen

Se utilizó un cuestionario validado a nivel internacional el cual mide los factores de riesgo asociados a flujos vaginales patológicos, con 21 ítems de preguntas tipo Likert y 7 de preguntas. El objetivo es identificar los factores asociados a los flujos vaginales de estudiantes universitarias, es un estudio descriptivo de corte transversal, en la cual se clasifico los cuatro factores de riesgo denominados también dimensiones en los cuales se basó para describir la presencia de asociación entre las variables.

Poder identificar estos factores constituye un logro para nuestra casa superior de estudios por que facilitara a futuro el diseño y evaluación de programas y talleres de promoción y prevención no solo en la población universitaria de la carrera de Enfermería si no con toda la comunidad universitaria, a fin de promover una vida saludables de las y los estudiantes

en general. Considerando que es una de las principales funciones de la carrera de Enfermería.

Palabras Clave: Flujos vaginales, Factores de riesgo, Estudiantes universitarias

1. Introducción

Los flujos vaginales patológicos se consideran una de las primeras causas de consulta ginecológica en mujeres en edad reproductiva. Fernández, M. (2002), Valdeiglesias - Medrano (2001). Se estima que, aproximadamente, las dos terceras partes de las mujeres sufren de flujo vaginal anormal en algún momento de sus vidas y que sólo esta causa explica más del 10% de las consultas externas en las consultas ginecológicas Fuenmayor, A (2003).

Aunque la etiología de estas molestias es diversa, los agentes infecciosos suelen estar implicados en una proporción importante de los casos; porque ocurran alteraciones en la flora vaginal normal, que conducen a la proliferación excesiva de alguno de sus miembros habituales, o por la adquisición de microorganismos patógenos exógenos a través del contacto sexual.

Los microorganismos causantes de los flujos vaginales patológicos son bacterias, hongos, parásitos y virus; de los cuales tres son los agentes etiológicos frecuentes: *Gadnerella vaginalis*, *Trichomona vaginalis* y *Cándida albicans* Medina R. et al (1999).

La prevalencia de infección vaginal, en países vecinos es del 42.2%; siendo, vaginosis bacteriana la infección más frecuente, (23%), seguido de candidiasis vaginal (16.2%) y tricomoniasis vaginal (7.8%) (Rev. Med Hered 1999; 10: 144-150) y Fuenmayor B. et al (2009).

La importancia clínica de este cuadro radica en su asociación con afecciones ginecológicas y obstétricas, tales como ruptura prematura de membranas, parto prematuro, corioamnionitis, endometritis y enfermedad inflamatoria pelviana.

Los factores de riesgo preponderantes en el desarrollo y prevalencia de las leucorreas, según bibliografía, son los hábitos higiénicos y las prácticas sexuales riesgosas, entre otros factores.

Pregunta de investigación

¿Cuáles serán los factores de riesgo higiénicos y prácticas sexuales riesgosas que se asocian a los flujos vaginales en estudiantes de cursos iniciales y avanzados de la Carrera de Enfermería de la Universidad Pública de El Alto?

Justificación

En hospitales de primer y segundo nivel, una de las consultas ginecológicas mas frecuentes son los flujos vaginales de diferentes etiologías, según bibliografía dos terceras partes de las mujeres lo han contraído por lo menos una vez en algún momento de su vida.

La bibliografía también indica que los flujos vaginales pueden ser fisiológicos y patológicos dentro de este último tenemos a las parasitarias, bacterianas y virales, de las que las más frecuentes son *Trichomonas vaginalis*, *Cándida albicans* y *Gadnerella vaginalis*.

Debido a la elevada prevalencia de las leucorreas en mujeres en edad fértil, es

importante conocer los factores de riesgo que los desencadenan, según literatura los hábitos alimenticios, higiene, contacto sexual, entre otros son los factores predisponentes mas frecuentes.

Con el fin de promover la salud integral de las mujeres se pretende fomentar la orientación en base a estrategias de comunicación en la Carrera de Enfermería de la Universidad Pública de el Alto.

Objetivos

Objetivo general

Identificar los factores de riesgo asociados a los flujos vaginales en estudiantes de cursos iniciales y avanzados de la carrera de Enfermería en la Universidad Pública de el Alto.

Objetivo específico

Implementar el cuestionario de fiabilidad para aplicar los factores de riesgo y su asociación con la presencia de flujos vaginales.

Describir los factores de riesgo que intervienen en los flujos vaginales.

Determinar cual de los factores tiene mayor predominancia.

determinar la confianza y validez de la asociación de los factores de riesgo y los flujos vaginales con el cuestionario.

Utilizar resultados para la programación de talleres de información acerca de los factores que intervienen en la presencia de flujos vaginales patológicos en la carrera de enfermería

tiempo dado es decir durante los meses mayo a julio en la gestión 2013.

Universo de estudio

Constituida por los estudiantes de 1er año 258 por tratarse de cursos iniciales y estudiantes de

4to año 197 por tratarse de cursos avanzados, teniendo un total de 455 estudiantes.

Muestra

La muestra esta constituida en base a una población finita, mediante la fórmula de Erik Parklan la cual demuestra 95% de fiabilidad y 5 % de error; llegando a constituida por 52 estudiantes de primeros años y por 43 estudiantes de 4to año de la carrera de enfermería Universidad pública de El Alto.

Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica utilizada en este estudio fue la aplicación del cuestionario de los factores de riesgo y su asociación con los flujos vaginales, instrumento que fue validado a nivel internación por medio de la prueba de consistencia de alpha de Crombach.

Identificación de Variables

Flujos vaginales

Lavados de manos

Higiene de genitales

Intervalos de cambio de productos de higiene femenina

Prácticas sexuales riesgosas

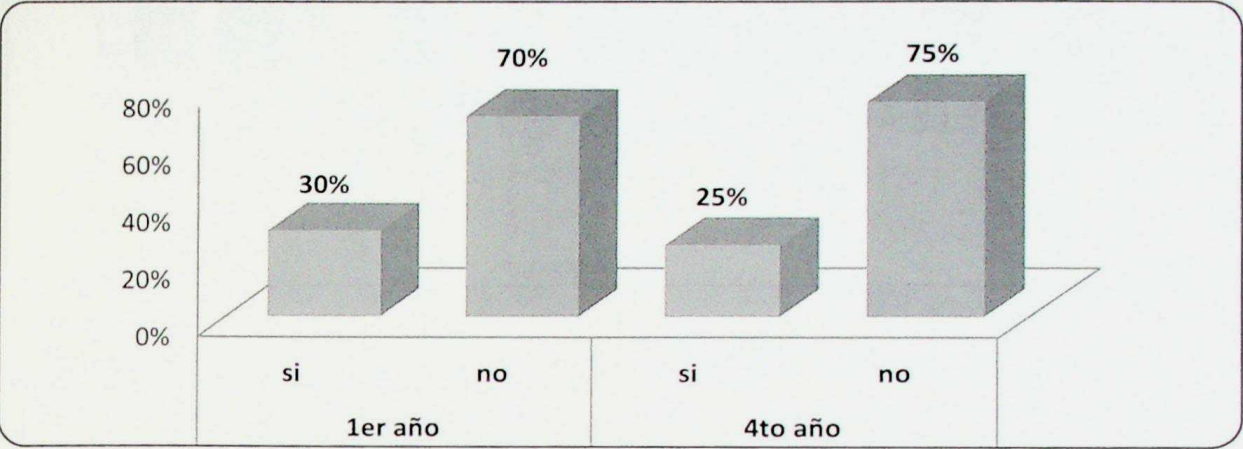
La tabulación y presentación de datos, se realizó con la ayuda de los paquetes Excel para Windows, facilitando el proceso de ordenamiento, organización y recuento de la información.

2. Diseño metodológico

Es un estudio descriptivo de correlación por tratarse de factores de riesgo y su asociación a los flujos vaginales; de corte transversal por que se lo realiza en un

3. Resultados

Grafico 1: Flujos vaginales en estudiantes universitarias de cursos iniciales y cursos avanzados de la carrera de enfermería, Universidad Pública de el Alto, 2013

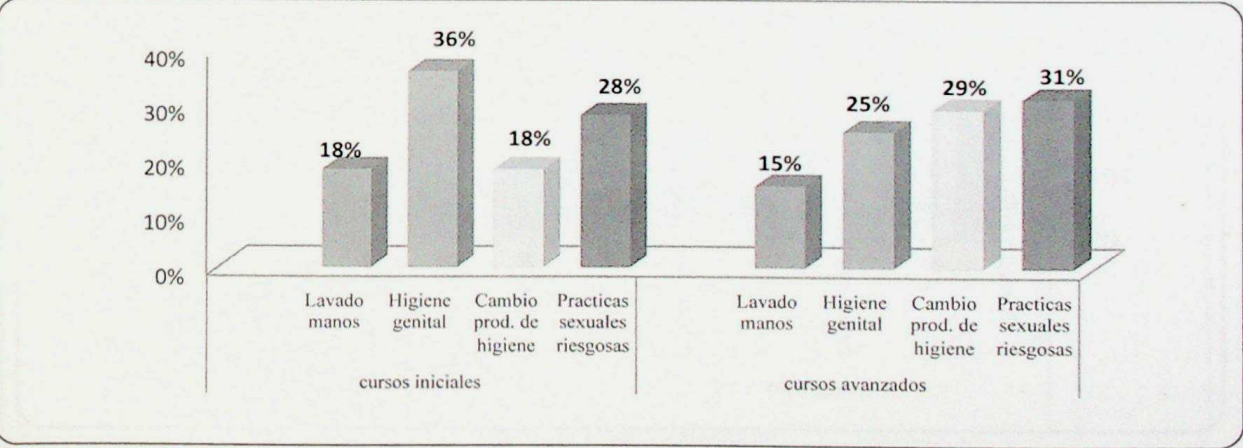


Fuente: Elaboración propia

Esta gráfica, muestra que existe poca diferencia en la presencia de flujos vaginales en estudiante de cursos avanzados con respecto a cursos

iniciales, también está claro que dentro se enseñan buenos hábitos de higiene personal desde el inicio de la carrera de enfermería.

Grafico 2: Factores que influyen en la presencia de flujos genitales en estudiantes de



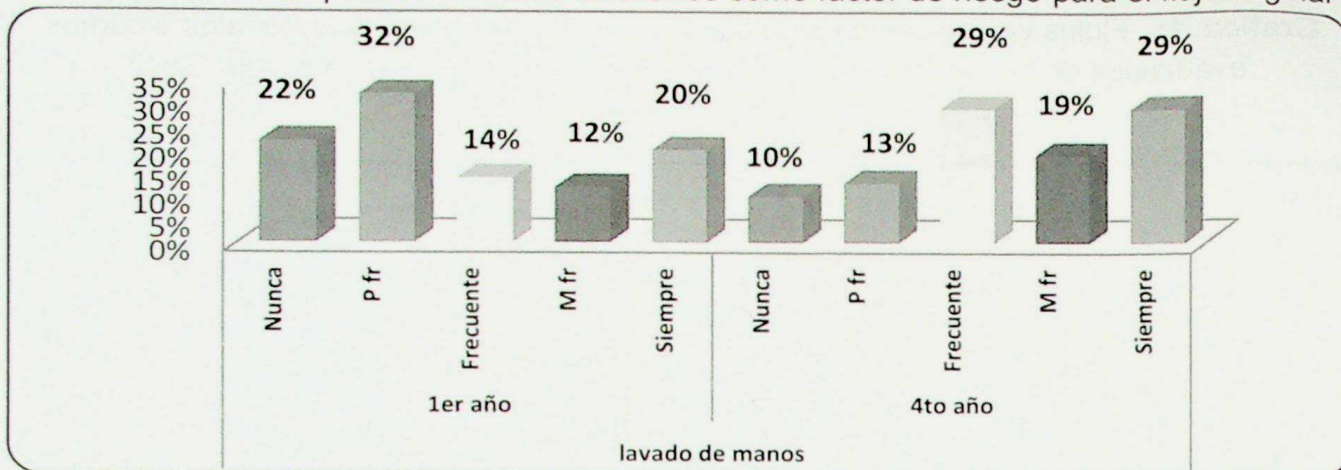
Fuente: Elaboración propia

El grafico muestra que los factores que más inciden en la presencia de flujos vaginales en estudiantes universitarias son lavado de manos, higiene genital, intervalo de cambio de productos de

higiene femenina y prácticas sexuales riesgosas, para poder determinar estos factores como los más cercanos a producir flujos vaginales se tomo en cuenta dos de los cinco parámetros

presentes en el cuestionario es decir nunca y con poca frecuencia

Grafico 3: Descripción del lavado de manos como factor de riesgo para el flujo vaginal

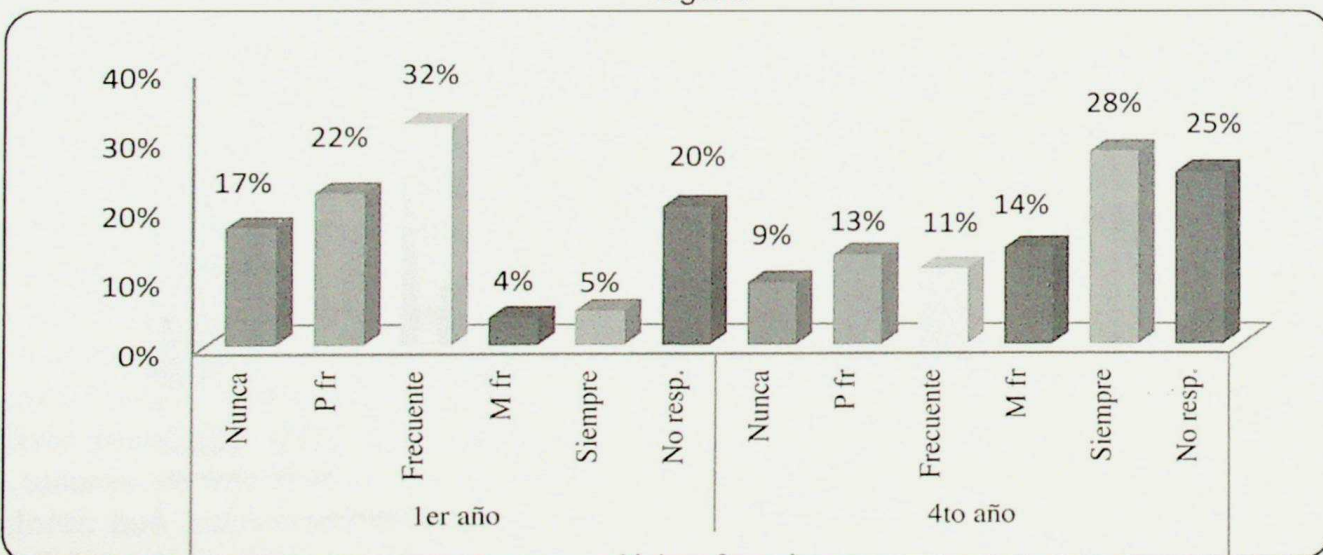


Fuente: Elaboración propia

El grafico muestra que en efecto las estudiantes con flujo genital en cursos iniciales manifiestan lavarse las manos con poca frecuencia o nunca, sin embargo no es un factor predominante en cursos avanzados pero no debe dejarse

de lado ya que existe un porcentaje considerable tomando en cuenta que existen estudiantes que con sinceridad manifiestan nunca lavarse las manos o realizan esta actividad con poca frecuencia.

Grafico 4: Descripción de higiene de los genitales como factor de riesgo para el flujo vaginal

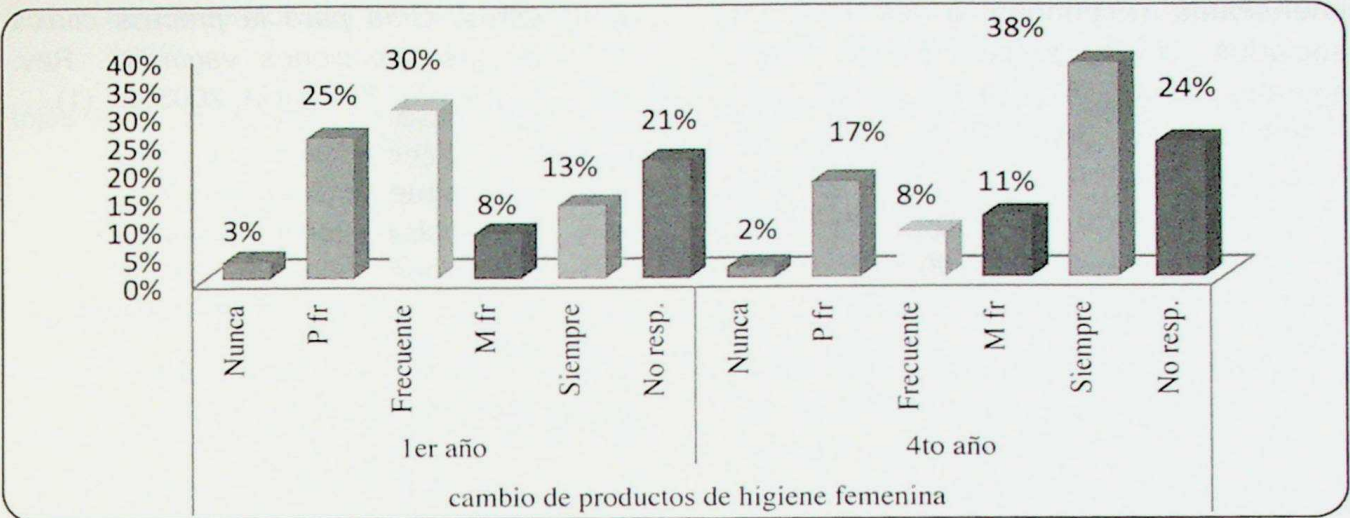


Fuente: Elaboración propia

El grafico muestra, un número considerable que no respondieron a estas preguntas aglomeradas en dimensiones, dentro de este factor se tomo los ítems 2, 8, 9, 12,16, 20 del cuestionario

establecido, los cuales hablan en general de los modos, métodos, técnicas e implementos que se utilizan para realizarse el aseo genital.

Grafico 5: Intervalos de cambio de productos de higiene femenina como factor de riesgo para el flujo vaginal

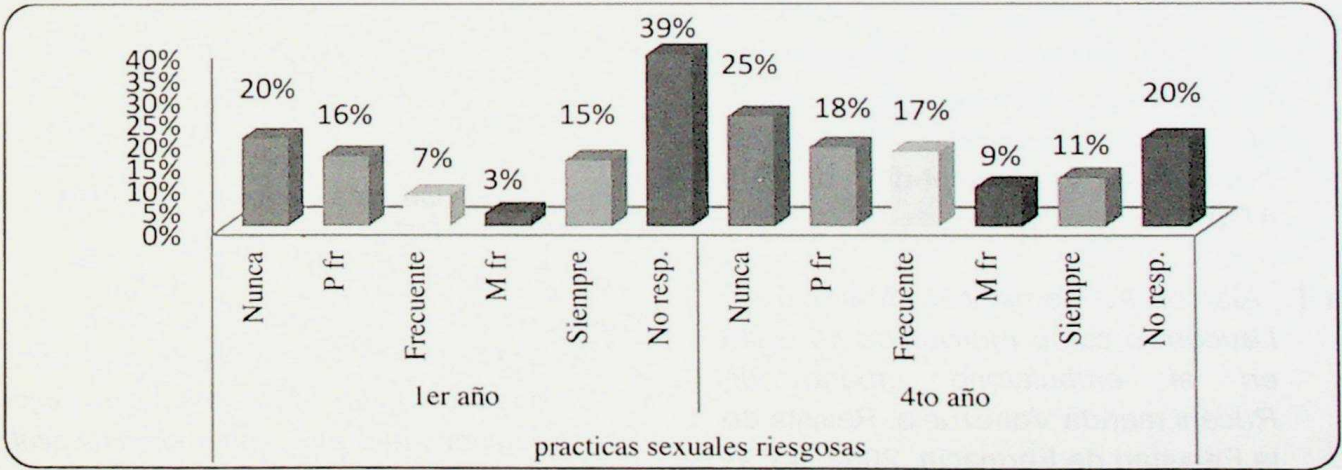


Fuente: Elaboración propia

El grafico muestra claramente que en cursos iniciales el intervalos de cambio de productos se realiza frecuentemente, sin embargo en cursos avanzados puede ser por las consecuencias que conocen puede producirse de no hacer estas actividades respondieron que siempre.

Para responder a este factor se clasifico como dimensión en la cual ingresan los ítems 3, 5, 7,11, 14, en las cuales se evalúan el intervalo, la cantidad, el tipo de productos de higiene que se utilizan para determinar este factor de riesgo.

Grafico 6: Prácticas sexuales riesgosas como factor de riesgo para el flujo vaginal



Fuente: Elaboración propia

El grafico muestra que el factor de riesgo clasificado como dimensión de prácticas sexuales dentro de los cuales se encuentran los ítems 4, 13, 17, 18, 21, por tratarse de preguntas de carácter íntimo en

especial para las estudiantes de cursos iniciales es muy difícil de responder, sin dejar de lado que de igual manera en cursos avanzados aun causa cierto temor la respuesta a estos ítems

4. Conclusiones

Los ítems que conforman cada una de las dimensiones responden a los factores asociados a la presencia de flujos vaginales que si bien existió un porcentaje de estudiantes que se limitaron a responder, se pudo identificar que estos factores de riesgo propuestos influyen en la presencia de flujos vaginales de una determina cantidad.

Se logro describir los factores de riesgo por medio de dimensiones asociadas en cada una por los diferentes ítems, identificando las actividades realizadas en cada una por la frecuencia de con que se practica determinada actividad como ser lavado de manos, higiene de los genitales, intervalo del intercambio de productos de higiene femenina y las prácticas sexuales riesgosas.

5. Referencias bibliográficas

- Fernandez M., Vulvovaginitis y cervicitis en la práctica diaria. Semergen, 2002; 28: 15-20.
- Valdagesias N., Medrano A. *Vaginitis en mujeres sexualmente activas*. Cetro de Slaud Urubamba, enero-abril 2001. Situa 2001 sept-dic; 10 (19): 47-9.
- Silva T., Alarcon A., Ramirez M., Mariano, O. *Leucorrea como motivo de consulta en el ambulatorio urbano de Rucaní*.merida Venezuela. Revista de la Facultad de Farmacia. 2002; 43: 2-6
- Espinosa I, Álvarez E, Amaral C, Alonso M, Lorenzo M, *Obtención de un conjugado látex inmunoglobulina para el diagnóstico de Gardnerellavaginalis*. Rev. Cubana MedTrop v.52, n.2, mayo-ago; 2000
- Cires, P., Freijoso, S., Silva, H., Vergara, F. y Otros. *Guía para la práctica clínica de las infecciones vaginales*. Rev. Cubana de Farmacia. 2003; 37 (1).
- Cutié, B., Almaguer, J. & Álvarez, F. *Vaginosis bacteriana en edades tempranas*. Rev.CubanaObstetriciaGinecología. 1999; 25 (3): 174-80.
- Faro, S. *Flujos vaginales: causas infecciosas e inbalances en el ecosistema vaginal*. Rev. Tribuna Médica. 1996; 94 (1): 35-44.
- León, E., Vita, A., Yiniet, A., Cejas, R. & Rey, S. *Intervención estudiantil en un gran problema de salud*. Trabajo de grado. Facultad de Ciencias Médicas de Granma Celia Sánchez Manduley Manzanillo. Bolivia. 2005.
- López J, Martínez A, Blanco M, Vulvovaginitis. *Guías Clínicas*, 5 (30), 2005, disponible en fisterra.com
- Maciques I, Alonso M, Romero M. *Juego para el diagnóstico rápido de la Trichomoniasis vaginal en la mujer*. Rev. Cubana Obstet. yGinecol., vol.28, n.2, mayo-ago, 2002
- Medina, R., Rechkemmer, A. & García, M. *Prevalencia de vaginitis y vaginosis bacteriana en pacientes con flujo vaginal anormal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza*. Rev. Médica Heredia. 1999; 10 (4): 144-50.
- Orozco, G., Ospina, C., Dilemote, E., Trujillo, M. y Otros *Guías de manejo clínico infecciones cervicovaginales*. Rev. Tribuna Médica. 1990; 82 (1): 13-20.

Rojas L R, Solano, Sariego I R. - *Frecuencia de trichomoniasis vaginal en mujeres supuestamente sanas*. Rev Cubana HigEpidemiol vol.37 n.2 May.-Aug. 1999

Rojas L R, Rodríguez M E, Sariego I R, Sarría C P *Trichomonosis vaginal en un grupo de personas VIH positivas* Rev Cubana MedTrop , v.52 n.3 sep.-dic. 2000

Rojas L R , Rodríguez M P , Sarría C, Palma S M, Sariego I, Fraga J *Frecuencia de infección por Trichomonas vaginalis en parejas con trastornos de la fertilidad* Rev Cubana MedTrop v.54 n.2 mayo-ago. 2002

Rojas L R, Izquierdo A, Sarría C, Sariego I y Fraga J. *Comportamiento de la Trichomoniasis vaginal en un grupo de adolescentes*. Rev. Cubana Med. Trop. Vol 55, no 3, 2003.

Toraño G P, Tamargo I M, Falcon R M, Fuentes K G, Pérez M M, Sánchez L V. *Evaluación de reactivos cubanos elaborados para el diagnóstico rápido de Haemophilus influenzae tipo B*. Rev. Cubana Farm., 25 (2), Ago., 2001.

Silva, L., Alarcón, T., Silva, A & Ramírez, F. *La leucorrea como motivo de consulta en el ambulatorio urbano 1 de Tucaní*. Mérida Venezuela. Rev. Facultad de Farmacia. 2002; 43: 2-6

CONOCIMIENTO SOBRE EL ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA DE LOS ESTUDIANTES DE 2 AÑO, PARALELO "A" DEL DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA, DE LA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE EL ALTO GESTIÓN 2013

Knowledge about the 2 year students emergency contraception, parallel "a" of The School of Nursing, The Public University of The High management 2013

Palma M.¹; Mamani R.²

¹ Docente de la Carrera de Enfermería. Universidad Pública de El Alto.

² Docente de la Carrera de Enfermería. Universidad Pública de El Alto.

Abstract

Emergency contraception is an important strategy for fertility regulation, to use when you have had unprotected intercourse and prevent both unwanted pregnancy and the subsequent abortion in unsafe conditions. Emergency contraception is not ultimately an abortive method. To generate the expansion of emergency contraception to global access, Emergency Contraception, should students acquire knowledge nursing career solids, since as members of health, which must be consistent with its community commitment. The results to evaluate 60 students aged 19-30 years among men and women, the parallel "A" of the nursing career Public University of El Alto; one can clearly deduce that have the level of information which is not enough is suitable for health precursors.

It is necessary to carry out extensive and massive activities and sexual education strategies.

Keywords: Emergency Contraception, Knowledge.

Resumen

La anticoncepción de emergencia es una importante estrategia de regulación de la fertilidad, para utilizar cuando se han tenido coitos sin protección y prevenir tanto el embarazo indeseado como el subsiguiente aborto en condiciones de riesgo. La anticoncepción de emergencia no es en definitiva un método abortivo. Para generar la expansión de la anticoncepción de emergencia hacia el acceso global, de la Anticoncepción de Emergencia, deben los estudiantes de la carrera de enfermería adquirir conocimientos sólidos, ya que como miembros de la salud, los cuales deben ser coherentes con su comprometimiento comunitario. Los resultados al evaluar a 60 estudiantes de entre 19 A 30 años entre varones y mujeres, del paralelo "A" de la carrera de enfermería de la universidad Pública de El Alto, se pueden deducir claramente que poseen el nivel de

información insuficiente lo cual no es apto para los precursores de la salud. Es necesario adelantar amplias y masivas actividades y estrategias de educación sexual.

Palabras claves: Anticonceptivo de Emergencia, Conocimiento.

1. Introducción

El planteamiento de esta investigación va dirigido a los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Pública de El Alto, se cree que el conocimiento del anticonceptivo de emergencia ya sea con escasa o suficiente información, puede influir de alguna manera en una o varias situaciones en el que el estudiante se encuentre con dificultades al momento de hacer uso de este método, es también conocido que los estudiantes reciben información pero no de la manera correcta y el resultado de esto es el embarazo no planificado, de esto es que se enfrentan a situaciones más difíciles como: la deserción universitaria ,abortos inducidos los cuales pueden acabar con la vida la persona y múltiples problemas sociales.

Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de información sobre el anticonceptivo de emergencia y las acciones para prevenir el embarazo no planificado en las/os estudiantes de 19 a 30 años del paralelo "A", segundo año de la carrera de enfermería en la Universidad Pública de El Alto en la gestión académica 2013?

Objetivo general

Determinar cuál es el nivel de información sobre el anticonceptivo de

emergencia de los estudiantes del paralelo "A", segundo año de la carrera de enfermería en la Universidad Pública de El Alto en la gestión académica 2013.

Objetivo específico

- Identificar el nivel de conocimiento de los estudiantes frente a los anticonceptivos de emergencia.
- Implementar una estrategia de intervención educativa para elevar los conocimientos sobre el anticonceptivo de emergencia de los estudiantes de 17 a 30 años de edad
- Evaluación del nivel de conocimientos sobre riesgo reproductivo preconcepcional después de la aplicación de la estrategia de intervención.

Justificación

La presente investigación nos muestra la problemática que es el embarazo en jóvenes que están iniciando su carrera profesional y por causa de no tener un buen conocimiento de Métodos Anticonceptivos, se enfrentan a problemas de deserción y abortos. El embarazo no planificado en jóvenes que están iniciando su carrera profesional es un problema muy frecuente, ya que el sistema académico universitario, es muy diferente a lo del colegio.

Esta situación se puede observar en todos los países del mundo y sobre todo en aquellos en vías de desarrollo, donde muchas veces no se encuentran programas de prevención y educación sexual adecuados a las necesidades reales de la población.

La Organización Mundial de la Salud OMS, define al anticonceptivo de emergencia, como un método de anticoncepción hormonal, que se utiliza para prevenir un embarazo no esperado, no planificado o no deseado; después de haber tenido una relación sexual sin protección o cuando existe falla de otro método. Existe la norma legislativa nacional de reglas, protocolos y procedimientos en anticoncepción del año 2010, que en su capítulo 3 hace referencia y una descripción del anticonceptivo de emergencia. Además, se encuentra el Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Bolivia de 2009 a 2015, la misma indica: "Que la anticoncepción de emergencia es un método anticonceptivo que las mujeres pueden usar para prevenir un embarazo no deseado después de una relación coital sin protección". Por otra parte, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2003, muestra que el conocimiento relacionado a este método anticonceptivo es muy bajo, sólo 14% de

hombres unidos y 13% de mujeres en la misma situación conocen las características del anticonceptivo de emergencia. De acuerdo a datos del Censo Nacional de Población y Vivienda realizado el 21 de noviembre de 2012 registró 10.389.903 habitantes en el Estado Plurinacional de Bolivia.

2. Diseño de la investigación

Hipótesis

El mayor nivel de conocimientos sobre el anticonceptivo de emergencia previene embarazos no planificados en las/os estudiantes de 19 a 27 años del paralelo "A", segundo año de la carrera de enfermería en la Universidad Pública de El Alto en la gestión académica 2013.

Variable dependiente

El nivel de información sobre el anticonceptivo de emergencia y las acciones para prevenir el embarazo no planificado.

Variable independiente

Varones y mujeres de 19 a 27 años del paralelo "A", segundo año de la carrera de enfermería en la Universidad Pública de El Alto en la gestión académica 2013.

Operalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Instrumento
EL NIVEL DE INFORMACIÓN	El nivel de información es el conocimiento adquirido de los modos de actuar en cuanto al manejo y utilización del anticonceptivo de emergencia.	El estado de quien conoce o sabe algo, y por otro lado, los contenidos sabidos o conocidos que forman parte del patrimonio cultural de la humanidad. Saber que se consigue mediante la experiencia personal, la observación o el estudio.	adquisición de información	Encuesta

Tipo de estudio

La presente investigación es de orden descriptiva, ya que se maneja un análisis de forma detallada.

Universo

Estudiantes de la carrera de enfermería

Muestra

Estudiantes del segundo año de la carrera de enfermería.

Unidad de la muestra

Estudiantes del paralelo “A” del segundo año de la carrera de enfermería

Técnicas e instrumentos

Las técnicas e instrumento emplear será la encuestas.

Materiales y métodos

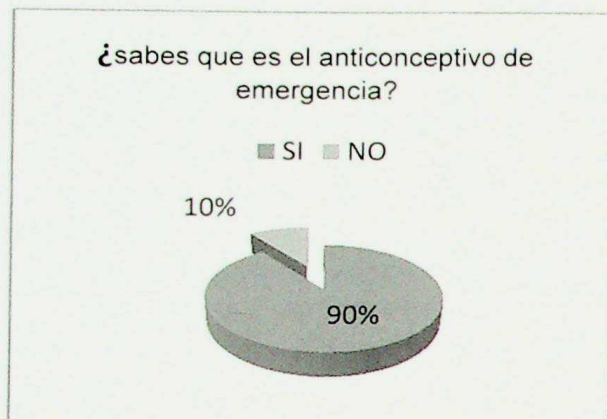
Una vez elaborado e protocolo de investigación se recogió la investigación de fuente primaria o directa, obtenida a través de la aplicación de encuesta.

Al realizar este trabajo de campo se determinó la muestra de estudio que consistió en 60 estudiantes del paralelo “A” del segundo año de la carrera de enfermería.

Los datos obtenidos se ordenaron de acuerdo a las variables en relación a los objetivos de la investigación y la hipótesis planteada.

3. Resultados

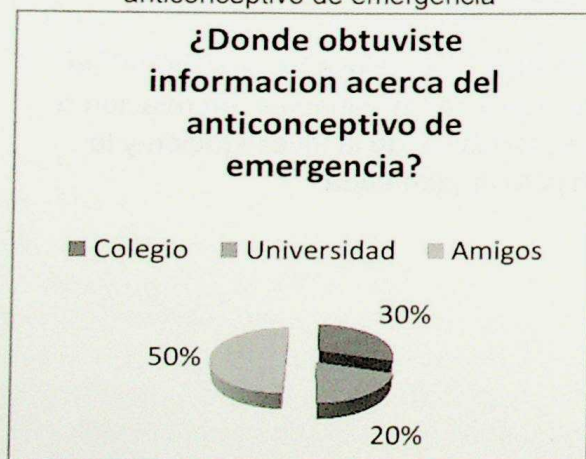
Grafico 1: Conocimientos sobre el anticonceptivo de emergencia



Fuente: Elaboración Propia

El 90% del total de los estudiantes encuestados dan la respuesta de que Si saben que es el anticonceptivo de emergencia, y el 10 % no sabe o no conoce el anticonceptivo de emergencia, esto significa que los estudiantes del paralelo "A" de segundo año de la carrera de enfermería podrían prevenir embarazos no planificados.

Grafico 2: Medio de información del anticonceptivo de emergencia



Fuente: Elaboración Propia

Del 90% del total de los estudiantes encuestados dan la respuesta de que Si saben que es el anticonceptivo de emergencia, y el 30% indica que obtuvieron la información en el colegio, el 20 % indica que obtuvieron la información en la universidad y el 50 % lo obtuvo por amigos o familiares, esto significa que los estudiantes del paralelo "A" de segundo año de la carrera de enfermería tienen conocimientos vagos acerca del anticonceptivo de emergencia.

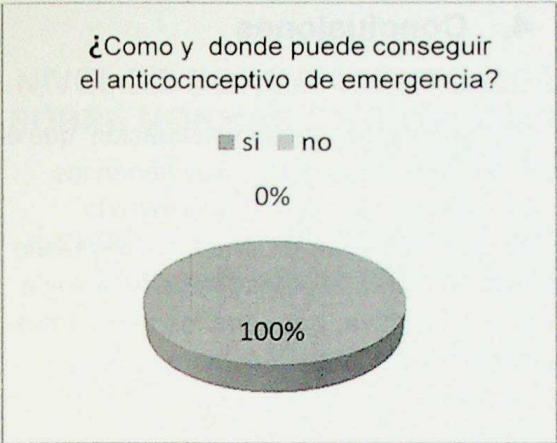
Grafico 3: Conocimiento sobre la función que cumple el anticonceptivo de emergencia



Fuente: Elaboración Propia

Del 90% del total de los estudiantes encuestados que dieron la respuesta de que Si saben del anticonceptivo de emergencia, solo el 33% sabe cómo funciona el anticonceptivo de emergencia, y el 67 % no sabe o no conoce su funcionamiento, esto significa que los estudiantes del paralelo "A" de segundo año de la carrera de enfermería no saben cómo funciona y necesitan mayor información acerca del anticonceptivo.

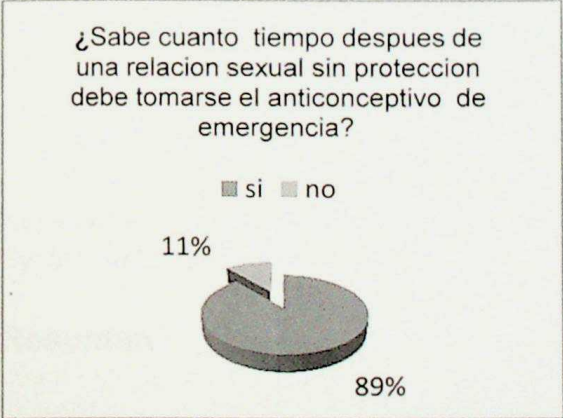
Grafico 4: Como y donde conseguir el anticonceptivo de emergencia



Fuente: Elaboración Propia

Del 90% del total de los estudiantes encuestados que dieron la respuesta de que **SI** saben del anticonceptivo de emergencia, el 100% sabe cómo y dónde conseguir el anticonceptivo de emergencia, esto significa que los estudiantes del paralelo “A” de segundo año de la carrera de enfermería pueden adquirir el anticonceptivo de emergencia en farmacias.

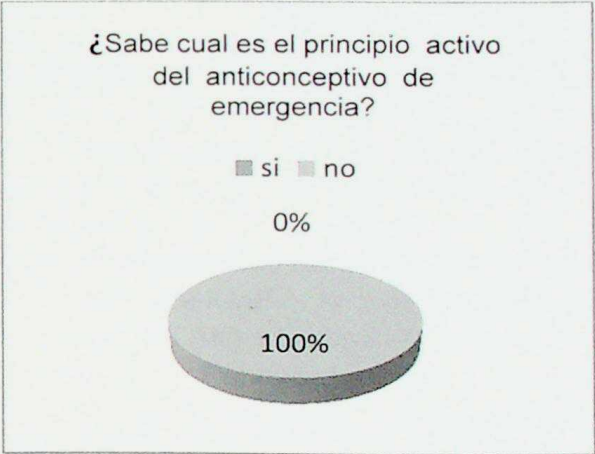
Grafico 5: Tiempo correcto del uso del anticonceptivo de emergencia



Fuente: Elaboración Propia

Del 90% del total de los estudiantes encuestados que dieron la respuesta de que **SI** saben del anticonceptivo de emergencia, solo el 89% sabe el tiempo correcto (72 horas.) en que se debe tomar el anticonceptivo de emergencia, y el 11 % no sabe o no conoce su el tiempo límite de toma. Esto significa que los estudiantes del paralelo “A” de segundo año de la carrera de enfermería saben tiempo límite de toma.

Grafico 6: Conocimiento sobre el principio activo del anticonceptivo de emergencia



Fuente: Elaboración Propia

Del 90% del total de los estudiantes encuestados que dieron la respuesta de que **SI** saben del anticonceptivo de emergencia, el 100% no sabe el componente del principio activo (levonorgestrel). Esto significa que los estudiantes del paralelo “A” de segundo año de la carrera de enfermería no saben el principio activo del anticonceptivo de emergencia.

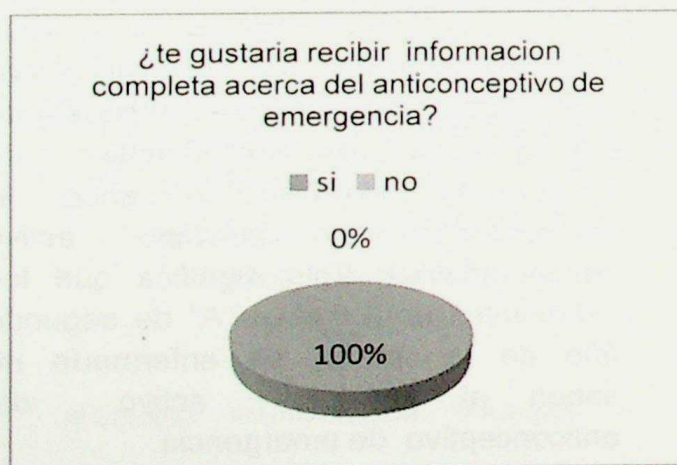
Grafico 7: Conocimiento eficacia del anticonceptivo de emergencia



Fuente: Elaboración Propia

Del 90% del total de los estudiantes encuestados que dieron la respuesta de que **SI** saben del anticonceptivo de emergencia, el 55% sabe que la eficacia del anticonceptivo de emergencia alcanza el 90% de efectividad y el 45 % no sabe.

Grafico 8: Inquietud de profundizar sobre el uso del anticonceptivo de emergencia



Fuente: Elaboración Propia

Del 100% del total de los estudiantes encuestados el 100% de la muestra

desea recibir información completa acerca del anticonceptivo emergencia.

4. Conclusiones

Se concluye en esta investigación que el nivel de conocimiento que tienen los estudiantes es bajo. Por lo tanto la hipótesis no fue probada. Es necesario realizar cursos detallados de tecnología anticonceptiva, para que los estudiantes tengan claro para qué sirve y cómo funciona el anticonceptivo de emergencia.

5. Referencias bibliográficas

INE, Bolivia en cifras 2012 *Revista panamericana de la salud* estudio realizado por Marie Stopes Bolivia 2006

Apprende Bolivia (*asociación para la prevención de embarazos no deseados*) Publicado por GAIA Noticias

Marie Stopes International, *expertos en protección sexual y salud reproductiva*.

Programa Red Norte Central de Alto Miraflores María Luisa Santibáñez, Publicado por GAIA Noticias.

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA SOBRE NORMAS DE BIOSEGURIDAD Y VIH, UNIVERSIDAD PUBLICA DE EL ALTO, GESTIÓN 2012

Levels of knowledge about biosecurity and HIV policies of nursing students at the Public University of El Alto, La Paz, in 2012

Muñoz J.¹ ; Palma J.² ; Felipez J.³ ; Condori M.⁴

¹ Docente de la, Carrera de Enfermería. Universidad Pública de El Alto

² Docente de la Carrera de Enfermería. Universidad Pública de El Alto

³ Docente de la Carrera de Enfermería. Universidad Pública de El Alto

⁴ Docente de la Carrera de Enfermería. Universidad Pública de El Alto

Abstract

Knowledge of biosafety and forms of HIV transmission in students in Nursing schools are essential to prevent accidents. A study was organized about the level of knowledge among students of the School of Nursing at the Public University of El Alto on biosafety standards and modes of transmission of HIV, and then relate the level of knowledge with years of training and hospital experience. It was a descriptive and analytical study, cross-sectional and prospective, using a questionnaire methodology for students in the initial and final levels of their studies. Of the 87 participants belonging to initial and 17 final levels, the final level and initial have good knowledge about routes of HIV transmission, have a poor grasp on the actions to take in case of accidents with sharp objects, has an average knowledge of actions to take when caring for a pregnant woman and her newborn as a PLWHA And initial level has deficient knowledge. have a poor grasp of biosecurity measures, the students have poor knowledge about HIV testing, the final level has a good knowledge. Many nursing students at risk of accidents that expose them to HIV have a poor level of knowledge in universal precautions and HIV transmission routes ,requiring training.

Keywords: Occupational Risks, Occupational Exposure, Acquired Immunodeficiency Syndrome/transmission.

Resumen

El conocimiento sobre bioseguridad y formas de transmisión del VIH en estudiantes de la Carrera de Enfermería de nivel inicial y final son fundamentales para prevenir accidentes laborales. **Objetivos:** Evaluar el nivel de conocimiento en estudiantes de la Carrera de Enfermería sobre normas de bioseguridad y formas de transmisión de VIH. Relacionar el nivel de conocimiento con los años de formación recibidos y su experiencia en el área hospitalaria. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo y analítico, prospectivo de corte

transverso, con la aplicación de un cuestionario, a estudiantes de nivel inicial y final de la Carrera de Enfermería. **Resultados:** La muestra de la investigación consta de 104 Estudiantes de la Carrera de Enfermería, de los que 87 (83.6%) participantes que pertenecen al nivel inicial y 17 (16.4%) del nivel de formación final. En cuanto a los resultados principales: Las estudiantes de Enfermería de nivel final e inicial tienen un buen conocimiento sobre las vías de transmisión del VIH – SIDA, sobre las acciones a realizar en caso de accidente con objeto cortopunzante ambos grupos tienen un conocimiento deficiente, las estudiantes de nivel final cuentan con un regular conocimiento sobre las acciones a realizar en caso de atender a una mujer gestante con VIH y a su Recién nacido y es deficiente en el nivel inicial ; acerca del conocimiento de las medidas de Bioseguridad es deficiente a regular ; en cuanto a la prueba de VIH su conocimiento es deficiente a regular **Conclusiones:** Personal de salud en formación muy expuesto a sufrir accidente laboral que cuenta con un nivel de conocimiento deficiente en precauciones universales y formas de transmisión del VIH, siendo necesaria su capacitación.

Palabras claves: Riesgos Laborales, Exposición Profesional/análisis, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida/transmisión.

1. Introducción

Generalidades y antecedentes

De acuerdo al informe de la ONUSIDA sobre la Epidemia Mundial de SIDA 2010, Min.S y D (2011) Se estima que en el año 2009, 370.000 niños menores de 15 años se infectaron con el VIH y el número de niños menores de 15 años que viven con el VIH es de 2.5 millones.

Más del 90% de los niños que viven con el VIH contrajeron el virus durante el embarazo, el parto o la lactancia, todas estas formas de transmisión que pueden prevenirse. A nivel Nacional “el primer caso de SIDA fue diagnosticado en Santa Cruz en 1984, desde entonces el número de casos continua aumentando.

Actualmente todos los departamentos de Bolivia reportaron la presencia del VIH.

La progresión de la enfermedad en Bolivia está difundiéndose rápidamente. Hasta fines del 2003, la epidemia era considerada como incipiente.

Actualmente la OPS la clasifica como epidemia concentrada.

Min, S y D (2011) Los jóvenes de 15 a 25 años constituyen un grupo de alta vulnerabilidad.

Las cifras oficiales del Ministerios de Salud y Deportes, no representan la magnitud real del problema en Bolivia. Esto se debe a que la infección con el VIH no presenta ningún síntoma o signo hasta la etapa SIDA (después de 10 a 15 años). Muchos no saben que viven con el VIH y que pueden transmitirlo, por el estigma, la discriminación y el rechazo de la sociedad hacia las personas que viven con el VIH estas solo acuden a los servicios de salud cuando la enfermedad está muy avanzada.

Riesgo de contaminación en el área de salud

Se debe tener presente que no existen medios para determinar si el paciente que se atiende es portador de enfermedades infecciosas; la historia clínica no es un indicador absoluto de que el paciente no padece ninguna infección, pues éste puede ignorar que se encuentra enfermo y es portador del VIH.

Las precauciones universales han sido estipuladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), con el objeto de disminuir o eliminar el riesgo de contaminación con infecciones como el VIH.

Para determinar la gravedad de la lesión, se tiene en cuenta una serie de atenuantes tales como: profundidad de la herida, presencia de sangre visible en el instrumental, que el dispositivo haya estado dentro de una vena o arteria, que el paciente tenga diagnóstico de SIDA o tenga resistencia farmacológica, que falte tratamiento antirretroviral después de la exposición o que la profesional de salud se encuentre en embarazo. Roque I. (2008) "El riesgo de seroconversión, después de una lesión en el trabajo, con exposición directa de sangre infectada, es 50 veces mayor a favor de VHB (25%) frente al VIH (0,5%)"

La enfermería constituye una profesión que requiere de una profunda entrega y sacrificio a favor del paciente con un alto sentido del humanismo y la responsabilidad que harán de él un ser humano más sensible y más capaz de enfrentarse a todas las adversidades y dificultades que se presenten durante su camino como profesional.

Bioseguridad: Debe entenderse como una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral.

Compromete también a todas aquellas otras personas que se encuentran en el ambiente asistencial, ambiente éste que debe estar diseñado en el marco de una estrategia de disminución de riesgos.

Los principios de BIOSEGURIDAD se pueden resumir en:

A) Universalidad: Las medidas deben involucrar a todos los pacientes de todos los servicios, independientemente de conocer o no su serología. Todo el personal debe seguir las precauciones estándares rutinariamente para prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas, en todas las situaciones que puedan dar origen a accidentes, estando o no previsto el contacto con sangre o cualquier otro fluido corporal del paciente. Estas precauciones, deben ser aplicadas para TODAS las personas, independientemente de presentar o no patologías.

B) Uso de barreras: Comprende el concepto de evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos. La utilización de barreras (Ej. guantes) no evitan los accidentes de exposición a estos fluidos, pero disminuyen las consecuencias de dicho accidente.

C) Medios de eliminación de material contaminado: Comprende el conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados a través de los cuales los materiales utilizados en la atención de pacientes, son depositados y eliminados sin riesgo.

Por el momento no existe tratamiento eficaz para curar la enfermedad y tampoco se dispone de una vacuna que permita inmunizar a las personas contra la infección de VIH.

Legislación sobre vih/sida

En nuestro país el 8 de agosto de 2007 se promulga la Ley N° 3729 PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH SIDA, PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y ASISTENCIA INTEGRAL MULTIDISCIPLINARIA PARA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH-SIDA

En la mencionada Ley se incluye:

Art. 25 Cumplimiento de las normas de bioseguridad. El Ministerio de Salud y Deportes velará por el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad para el manejo y uso de materiales, instrumentos y equipo en todo establecimiento de salud acreditado en el manejo de pacientes o muestras del VIH – SIDA.

Art. 26. Medidas de protección hospitalaria. Todos los centros que brinden atención en salud, tienen la obligación de ofrecer protección, capacitación y condiciones de bioseguridad a las personas que se encuentran en sus dependencias a fin de garantizar su seguridad y minimizar el riesgo de transmisión de VIH

Art. 30. Accidente laboral y riesgo profesional. Cualquier persona, que

como efecto del trabajo hubiera sido expuesta al VIH – SIDA y se conozca un riesgo real de adquirir VIH, deberá recibir de inmediato el tratamiento antirretroviral profiláctico establecido para estos casos, de acuerdo a normas que establece el Ministerio de Salud y Deportes. El hecho se considerará como accidente de trabajo y recibirá el tratamiento legal previsto para estos casos. De verificarse la transmisión del VIH – SIDA se considerará como enfermedad profesional, de acuerdo al Sistema de Seguridad Social Vigente, además de recibir el tratamiento previsto en este caso.

Todos los trabajadores de la salud deben utilizar rutinariamente los métodos de barrera apropiados cuando deban intervenir en maniobras que los pongan en contacto directo con los materiales, la sangre o los fluidos corporales de los pacientes.

Dicho contacto puede darse tanto en forma directa, atendiendo un paciente, como durante la manipulación de instrumental o de materiales extraídos para fines diagnósticos como la realización de procedimientos invasivos, incluyendo en ellos a las venopunturas y extracciones de sangre. En todos los casos es necesario el uso de guantes.

Normas de seguridad para el personal de enfermería

Moreira S. (1998) Según algunos estudios se pudo evidenciar que “del 65 al 70% de los accidentes ocurren en el personal de enfermería, seguido del personal de laboratorio (10-15%). Los accidentes ocurren con más frecuencia en la habitación del enfermo (60-70%), en una Unidad de Cuidados Intensivos (10-15%) fundamentalmente en caso de

excitación de los pacientes al manipular jeringas y al intentar reencapuchonar la aguja luego de su utilización (frente a estas circunstancias se recomienda siempre trabajar en equipo). En el caso de maniobras quirúrgicas los cortes con bisturí se producen al momento de pasar el instrumental.

El tipo de accidente: la naturaleza de la exposición puede clasificarse en 4 categorías de exposición:

Dudosa: Cualquier lesión causada con instrumental contaminado con fluidos no infectantes, o exposición de piel intacta o fluidos o sangre infectante.

Probable: Herida superficial sin sangrado espontáneo con instrumentos contaminados con sangre o fluidos infectantes o bien mucosas expuestas a sangre o fluidos infectantes.

Definida: Cualquier herida que sangre espontáneamente contaminada con sangre o fluidos infectantes o bien, cualquier herida penetrante con aguja u otro instrumentos contaminado con sangre o fluidos infectantes.

Masiva: Transfusión de sangre infectada por VIH.

Inyección accidental de más de 1 ml de sangre o fluidos contaminados. Cualquier exposición parenteral a materiales de laboratorio o de investigación conteniendo virus VIH.

Se recomienda:

- * No re encapuchar las agujas.
- * No doblarlas.
- * No romperlas.
- * No manipular la aguja para separarla de la jeringa.
- * De ser posible usar pinzas para manipular instrumentos corto punzantes.

*Los recipientes descartadores deben estar lo más próximo posible al área de trabajo.

En los rarísimos casos en que una enfermera ha contraído una infección por el VIH en el curso de su trabajo, las vías de infección han sido la parenteral o la exposición de mucosas o lesiones cutáneas a la sangre infectada por el VIH.

La exposición parenteral se produce cuando una enfermera se pincha con una aguja hipodérmica o se corta con un bisturí u otro instrumento cortante contaminado con sangre de un paciente infectado. El riesgo de infección consecutivo a esa exposición suele depender de dos factores:

- a) el volumen de sangre a que haya estado expuesta la enfermera, y
- b) la contagiosidad del paciente.

Aunque el VIH puede estar presente por igual en casos asintomáticos y sintomáticos, ciertos estudios recientes hacen pensar que los sujetos con SIDA sintomático o en una fase avanzada de la infección por el VIH tienden a ser más contagiosos. Según varios estudios prospectivos, el riesgo de adquirir la infección por el VIH por un pinchazo de aguja hipodérmica u otra exposición parenteral al VIH es inferior al 1%.

El riesgo de adquirir la infección por el VIH por exposición de mucosas o lesiones cutáneas a la sangre infectada es muy bajo, aunque más difícil de cuantificar. Sin embargo, en casos individuales, se ha visto que existe un riesgo cuando las enfermeras se contaminan con sangre infectada por el VIH a través de heridas abiertas, abrasiones o exposición de mucosas (bucal o labial, conjuntiva).

El personal de enfermería tanto como el personal sanitario de primera línea en contacto directo con las personas infectadas por el VIH, sus familiares y su entorno social, se están enfrentando con un problema que requiere creatividad, energía y recursos sin precedentes. La medida en que dicho personal quiera y pueda hacer frente a ese problema puede tener un profundo impacto en la evolución futura de la epidemia causada por el VIH.

Establecer la rutina de evaluar, controlar y prevenir accidentes de trabajo, y de infecciones asociadas a la práctica de enfermería. Al igual que el manejo integral del paciente, dentro de un esquema que incorpora al equipo de salud, garantiza mejor atención y calidad de vida, no solamente para las personas portadoras del VIH/SIDA, sino para los pacientes en general.

Roque I. (2008) En otros estudios muestran que: "en cuanto al grado de conocimiento, 72% tuvo resultados no satisfactorios y 28%, satisfactorios, lo que significa que la mayor parte del personal encuestado tiene alto grado de desconocimiento sobre el VIH/SIDA. Esto no es un hecho aislado, ya que en estudios realizados en China se encontró que 46 a 62% de los trabajadores no había recibido información sobre el VIH/SIDA, en Marruecos 11% no estaba seguro de los medios de transmisión, en Singapur 10 a 25% creía que el virus se transmitía por mosquitos y en Managua, 41 % de las enfermeras tenían grandes desconocimientos sobre el VIH/SIDA"

Al indagar sobre precauciones universales, vías de transmisión, población de riesgo y atención al paciente enfermo de SIDA según calificación profesional, "las enfermeras generales

tuvieron mayor proporción de resultados no satisfactorios (78,0%) que las licenciadas en enfermería (52%), con 22% y 48% de resultados satisfactorios, respectivamente. Hernández y colaboradores comunicaron que más de un cuarto del personal de enfermería tenían falta de conocimiento de las precauciones universales."

El desconocimiento de estas precauciones y la necesidad de capacitar al personal de la salud expuesto a riesgo, en general, ha sido destacado en otros estudios.

En un estudio similar realizado por López Fernández y colaboradores, respecto a la variable "equipos de protección" se encontró que 31,3 % de las personas carecían de equipos de protección personal o no los usaban, frente a 69,8 % que afirmaba lo contrario

Conducta a seguir en el caso de un accidente de exposición a sangre o fluidos corporales (aes):

Primeros cuidados de urgencia

1. *Pinchazos y heridas** Lavar inmediatamente la zona cutánea lesionada con abundante agua y jabón. * Permitir el sangrado en la herida o punción accidental. * Realizar antisepsia de la herida con alcohol al 70% vol. (3 minutos), o alcohol yodado o tintura de yodo al 2%.* Dependiendo del tamaño de la herida cubrir la misma con gasa estéril.
2. *Contacto con mucosas (ojo, nariz, boca)* Lavar abundantemente con agua o con suero fisiológico. No utilizar desinfectantes sobre las mucosas.

3. Avisar al supervisor inmediato. Cada Institución definirá si es el Médico encargado, Jefe de Cirugía, Jefe de Laboratorio, o Licenciada en Enfermería quien registrará los datos a efectos de recabar la información necesaria para asegurar que se den todos los pasos correspondientes en forma eficiente.

4. La persona encargada debe, realizar la evaluación del tipo de riesgo generado por dicho accidente. No es conveniente que el propio trabajador accidentado sea el que realice dicha evaluación. Tienen indicación de tratamiento los accidentes por exposición laboral de las categorías definida y masiva.

5. Cada institución tendrá la medicación disponible en todo momento para iniciar un tratamiento con tres drogas (AZT, 3TC y un inhibidor de las proteasas). Dicha medicación -se iniciará antes de 6 horas de ocurrido el accidente. (Preferente antes de las 2 horas).

6. Se realizará extracción de sangre para el VIH en el accidentado. En ningún caso se demorará el comienzo de la medicación por dicho examen.

7. Es necesario conocer el estado clínico-serológico del paciente fuente. Si el estado serológico es desconocido, el médico prescribirá la realización de los siguientes exámenes previo consentimiento del paciente. - **Serología para VIH. y Marcadores de hepatitis.** En caso de no poderse evaluar el caso fuente éste debe ser considerado como positivo y procederse en consecuencia.

8. Se complementará el formulario de declaración de accidente laboral que se

adjunta el cual se archivará en la Institución tanto pública como privada.

9. Comunicar el accidente al Programa Nacional de ITS-SIDA.

10. A las 48 horas el médico de referencia deberá reevaluar toda la situación, teniendo en cuenta la presencia de indicadores de riesgo de infección, el conocimiento de la serología del paciente fuente y la tolerancia de la medicación.

Con estos elementos se evaluará la pertinencia de la continuación del tratamiento iniciado durante las 4 semanas recomendadas o la interrupción del mismo en caso de no ser justificado.

11. Desde el punto de vista médico legal 3 test de VIH son exigidos al accidentado: Una serología debe ser realizada antes del 8vo. día del accidente.

La segunda serología debe repetirse al 3er. mes y un tercer examen al 6to. mes. Con relación a la serología para la hepatitis se deben solicitar los marcadores correspondientes.

Medidas de bioseguridad y accidentes biológicos de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas

El riesgo de accidente biológico en los estudiantes de Enfermería es poco conocido, debido a los escasos estudios que se han realizado en este tema. Por esto, nos parece interesante investigarlo, pues no cabe duda que es alto dada la inexperiencia, el escaso desarrollo de las habilidades manuales, la necesidad de utilizar elementos punzantes o cortantes,

la manipulación de líquidos corporales y la falta de uso de las medidas de prevención primaria.

Además, constituyen los miembros del equipo de salud con menos capacidad de toma de decisiones y pueden sentirse amenazados si rechazan llevar a cabo tareas para las cuales no están adecuadamente preparados.

La exposición accidental con riesgo biológico puede reducirse si se aplican adecuadamente las precauciones estándares. Estas precauciones, introducidas por primera vez en 1985 por el Center for Disease Control, se basan en la premisa de que todos los pacientes son potencialmente infecciosos, por lo que el manejo de la sangre y de los fluidos corporales deben ser manejados cautelosamente.

Roque I. (2008) En una investigación que se realizó "El 97% de los estudiantes manifiesta conocer las precauciones estándares y el 100% afirma que deben ser aplicadas a todos los pacientes. Sin embargo, en la práctica clínica, las medidas de bioseguridad son aplicadas parcialmente: como media, un 60,2% manifiesta realizar las normas de higiene personal, un 66,1% manifiesta el uso de elementos de protección de barrera y un 44% manifiesta el manejo de objetos cortantes o punzantes. El 32,25% de los estudiantes ha sufrido un accidente biológico, con mayor incidencia en el segundo curso, administrando una inyección (24%), extrayendo sangre con agujas tipo venojet (18%) y reencapsulando la aguja"

Problema de investigación

¿Cuál es el nivel de conocimiento de los estudiantes de Enfermería sobre normas

de Bioseguridad y VIH, Universidad Pública de El Alto, gestión 2012?

Objetivos

Determinar el nivel de conocimiento de las estudiantes de Enfermería sobre normas de Bioseguridad y formas de transmisión del VIH

Relacionar el nivel de conocimiento con los años de formación recibidos y su experiencia en el área hospitalaria

Hipótesis

Los estudiantes del área de Enfermería cuentan con conocimientos básicos sobre algunos aspectos de la enfermedad del VIH, sin embargo no cuentan con conocimientos elementales sobre Bioseguridad en el manejo de pacientes con VIH.

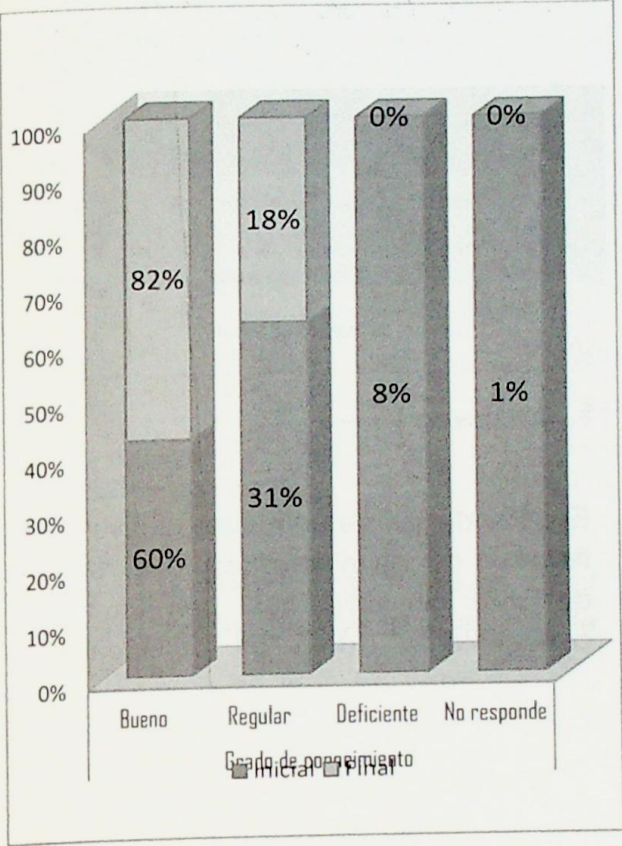
2. Diseño de la investigación

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, analítico y transversal para evaluar el nivel de conocimiento en estudiantes de la Carrera de Enfermería sobre normas de bioseguridad y formas de transmisión de VIH, en una muestra de 104 correspondiendo a 87 estudiantes de Enfermería de nivel inicial y 17 de nivel final. El tipo de muestreo que se utilizó es no probabilístico se tomaron en cuenta a aquellos estudiantes que están inscritos formalmente en la Carrera. Para la recolección de la información se utilizó como instrumento un cuestionario con preguntas abiertas y para la escala calificadora se usó los siguientes parámetros: más del 80% de respuesta correcta es Bueno, entre 50% a 80% es

regular y menos de 50% de la respuesta es deficiente.

3. Resultados

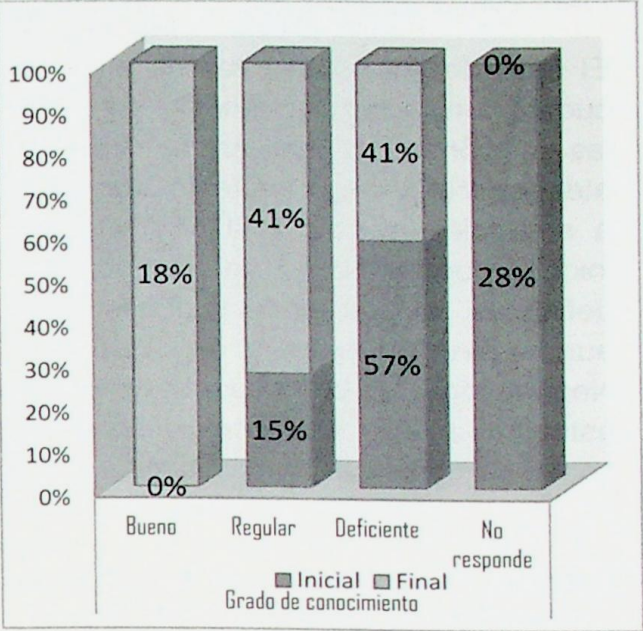
Grafica 1: Conocimiento de las vías de transmisión del VIH, estudiantes del nivel inicial y final, Carrera de Enfermería UPEA



Fuente: Elaboración propia

En la presente grafica podemos observar que el 82% de las Estudiantes de Enfermería de nivel final tienen un buen conocimiento sobre las vías de transmisión del VIH – SIDA, seguido de un 60% de las estudiantes de nivel inicial, lo cual da a entender que reconocen las vías de transmisión, este conocimiento pudo haber sido adquirido de manera informal y formal durante su formación universitaria.

Grafica 2: Conocimiento sobre las acciones a realizar en caso de sufrir un accidente con objeto corto punzante en el lugar de práctica de Enfermería



Fuente: Elaboración propia

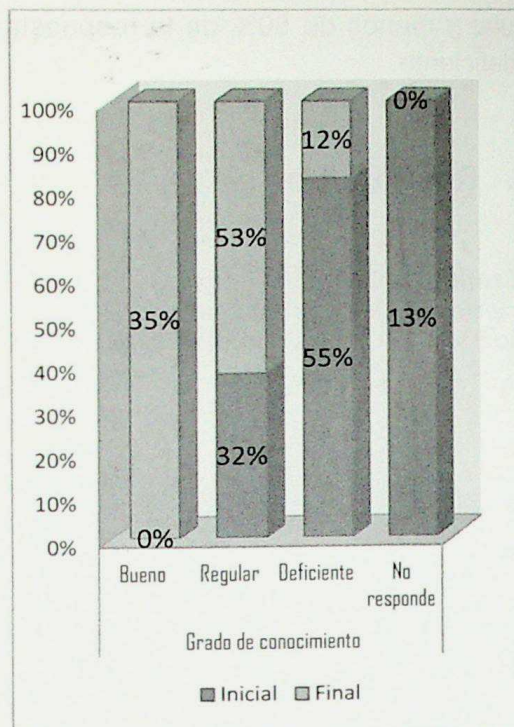
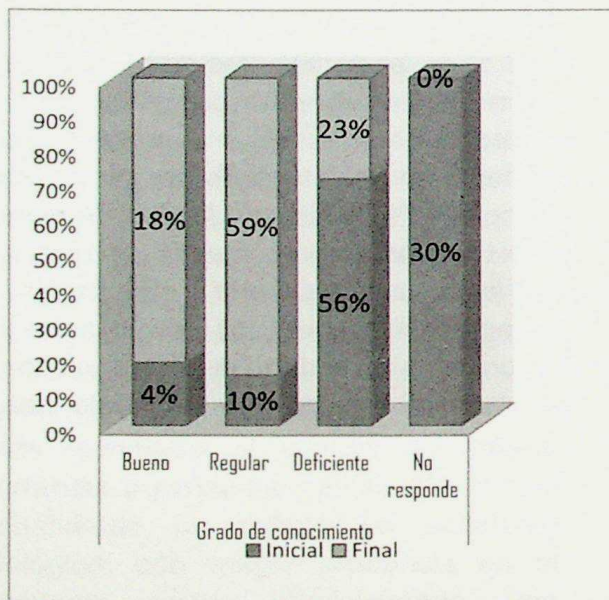
El 57 % de las estudiantes de nivel inicial tienen un conocimiento deficiente sobre las acciones a realizar en caso de accidente con objeto corto punzante, así mismo el 41% de las estudiantes de nivel final. Lo cual es preocupante ya que si ocurriera un accidente durante su formación en las prácticas hospitalarias y comunitarias no podrían realizar acciones de manera apropiada, siguiendo las normas.

Grafica 3: Conocimiento sobre las acciones a realizar en caso de atender a una mujer gestante con VIH y su Recién nacido

Fuente: Elaboración propia

El 59% de las estudiantes de nivel final cuenta con un regular conocimiento sobre las acciones a realizar en caso de atender a una mujer gestante con VIH y a su recién nacido y el 56% del nivel inicial cuenta con un conocimiento deficiente, lo cual es de suponer ya que aun no llevaron materias de Obstetricia y Neonatología, lo preocupante es que las estudiantes de nivel final deberían de contar con buenos conocimientos.

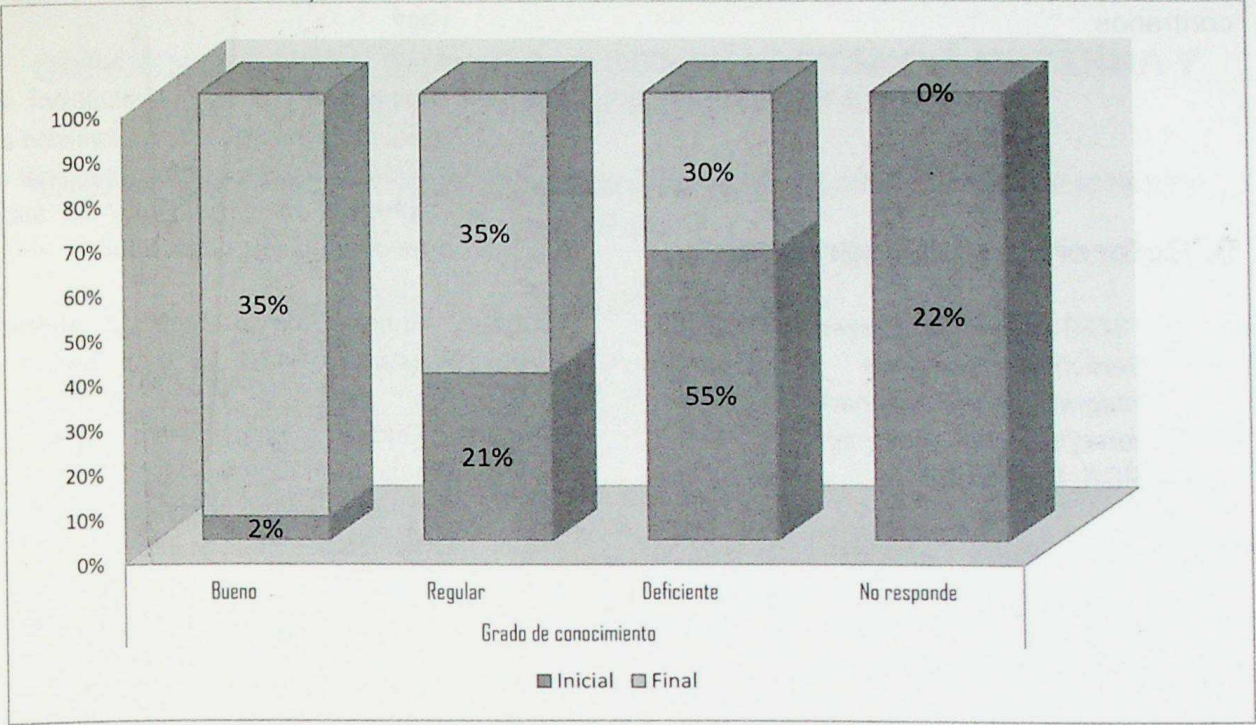
Grafica 4: Conocimiento de las medidas de bioseguridad en la atención de paciente con VIH positivo



Fuente: Elaboración propia

El 55% de las estudiantes de nivel inicial tiene un conocimiento deficiente, seguido de 53% del nivel final con un regular conocimiento de las medidas de Bioseguridad, el cual es preocupante ya que podrían poner en riesgo su salud ya que durante sus prácticas hospitalarias y comunitarias estar en constante riesgo por la manipulación de residuos infecciosos y corto punzantes.

Grafica 5: Conocimiento sobre la realización de la prueba rápida de VIH



Fuente: Elaboración propia

El 55% de las estudiantes de nivel inicial tiene conocimiento deficiente acerca de la prueba de VIH, y el nivel final cuenta con un conocimiento Bueno y regular de 35% respectivamente, lo que también es

preocupante ya que como promotoras de la salud deberían conocer cuando, quienes y como se hace esta prueba de diagnóstico.

4. Conclusiones

Las normas de Bioseguridad nos indican cómo hacer para cometer menos errores y sufrir pocos accidentes y si ellos ocurren como debemos minimizar sus consecuencias.

Es necesario que los profesores del área de Enfermería prioricen en su enseñanza aspectos relacionados con el manejo de normas de Bioseguridad en pacientes con VIH los cuales se verán reflejados en el conocimiento y habilidades de los

estudiantes de esta manera se podrá evitar o disminuir los accidentes laborales con objetos infecciosos y corto punzantes y de una manera indirecta estaremos enseñándoles a protegerse de todo lo que constituye un riesgo.

También podemos concluir que a mayor formación académica deberían tener buen conocimiento en el manejo de normas de Bioseguridad en pacientes

con VIH, el presente trabajo de investigación muestra resultados contrarios.

5. Referencias bibliográficas

Ley n° 3729. *Para la prevención de los Derechos Humanos y Asistencia Integral Multidisciplinaria para las personas que viven con el VVIH – SIDA.* Bolivia. 2007

Ministerio de Salud y Deportes. *Guía para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita.* Publicación N° 221. Bolivia. 2011.

Moreira, Sornma. *Normas de Bioseguridad del Ministerio de Salud Pública, Uruguay.* 1997

Roque Ivonne y otros. *Evaluación de conocimientos sobre la transmisión del VIH/SIDA ocupacional en personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de atención.* Cuba 2008

Saudan, Anne. *Guía Pedagógica Abriendo Puertas.* Bolivia 3ra Edición. 2006

Torales, Godoy. *Conocimiento Sobre la Transmisión Ocupacional del VIH y las Normas de Bioseguridad en Profesionales de la Salud.* Paraguay. 2008



CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

Knowledge and practical on maternal nursing and complementary feeding

Yujra R.¹ ; Condori B.² ; Perez S.³

¹ Docente de la Carrera de Enfermería. Universidad Pública de El Alto.

² Docente de la Carrera de Enfermería. Universidad Pública de El Alto.

³ Docente de la Carrera de Enfermería. Universidad Pública de El Alto.

Abstract

This article is the result of research conducted in the 4 Health Facilities Network 6 Viacha Township, Department of La Paz during the months of February and March, 2013. We used interview techniques and direct observation and sampling methodology LQAS (Lot Quality Assurance Survey), was appointed to each health facility, as a research area, each area with 19 samples, making a total of 76 samples, selected random and its distribution is proportional to the size of the cluster population, with an accuracy of 90% accuracy, the goal was to study and analyze knowledge and practices related to breastfeeding and complementary feeding in mothers with children under two years who were subjects of research. The results indicate that mothers are knowledgeable about breastfeeding Immediate and Prolonged Exclusive and in the beginning of Complementary Feeding with a percentage higher than 80%, is a clear indication that there is a potential for changes in behavior, but in relation to the practice of breastfeeding Immediate coverage is less than expected, reinforcing strategies recommended standards Breastfeeding by Health team. Furthermore Exclusive Breastfeeding is applied above 80% of mothers, with an acceptable result and finally evidence Complementary Feeding is initiated at six months of age. However, it is important to continue to strengthen the knowledge and practices through strategies Comprehensive Child Care five years, (IMCI - Nut), within the program MALNUTRITION ZERO

Keywords: Breastfeeding immediately LMI, Exclusive breastfeeding – LME, Extended Breastfeeding – LMP, Complementary feeding - AC, Malnutrition, Pathology.

Resumen.

El presente artículo, es el resultado de una investigación, realizada en los 4 Establecimientos de Salud de la Red 6 del Municipio de Viacha, del Departamento de La Paz durante los meses de febrero y marzo, del año 2013. Se utilizó técnicas de entrevista y observación directa y la metodología de muestreo LQAS (Lot Quality Assurance Survey), se designó a cada Establecimiento de Salud, como un Área de Investigación, cada Área con 19 muestras, haciendo un total de 76 muestras, seleccionada de manera aleatoria y su distribución es proporcional al tamaño de la agrupación poblacional, con una precisión de

90% de veracidad, el objetivo fue estudiar y analizar conocimientos y prácticas relacionadas con la lactancia materna y la alimentación complementaria en las madres con niños menores de 2 años, quienes fueron sujetos de investigación. Los resultados obtenidos indican que las madres de familia tienen conocimientos sobre la Lactancia Materna Inmediata, Exclusiva y Prolongada, así como en el inicio de la Alimentación Complementaria, con un porcentaje mayor a 80%, es una clara muestra de que existe un potencial para lograr cambios de conducta, pero en relación a la práctica de Lactancia Materna Inmediata no llega a las coberturas esperadas, se recomienda reforzar las estrategias de las normas de la Lactancia Materna por parte del equipo de Salud. Por otro lado la Lactancia materna Exclusiva es aplicada por encima del 80% de las madres, siendo un resultado aceptable y por último se evidencia que la Alimentación Complementaria es iniciada a los seis meses de edad. No obstante es pertinente continuar fortaleciendo los conocimientos y las practicas a través de las estrategias de la Atención Integral al Menor de cinco años, (AIEPI – Nut), dentro del programa DESNUTRICION CERO.

Palabras claves: Lactancia materna inmediata –LMI, Lactancia materna exclusiva – LME, Lactancia materna prolongada – LMP, Alimentación complementaria – AC, Desnutrición, Patología, Morbi mortalidad

1. Introducción

La desnutrición infantil es uno de los principales problemas en nuestro país considerando que además tiene efectos individuales y sociales, algunos de estos son: elevadas tasas de morbi – mortalidad, limitaciones en el desarrollo cognitivo y psicomotor, bajo rendimiento escolar, deserción, ausentismo laboral, y en términos económicos, altos gastos y menor productividad.

La desnutrición considerada una patología no contagiosa es producto de muchos factores, entre ellas sociales, culturales, económicas, individuales, principalmente la falta de conocimiento y educación hace que las madres de familia no cumplan con las normas de la lactancia materna y no inicien la alimentación complementaria en la edad

indicada, estos problemas son una de las causas principales que repercuten en la salud del infante.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la lactancia materna debe ser la **alimentación exclusiva** de un niño en sus primeros 6 meses de vida ya que, por sus propiedades, resulta indispensable para el desarrollo saludable. Una vez superada dicha etapa, la lactancia materna debe mantenerse, pero debe iniciarse la **alimentación complementaria**, incorporando alimentos propios de la región y en forma de papilla. Junto a la introducción de la **alimentación complementaria** en forma progresiva. La OMS recomienda que la **lactancia materna** debiera

desarrollarse hasta, al menos, los 2 años de vida.¹

La lactancia materna es un acto natural, de gran importancia no solamente para el niño o niña sino que también para la madre y la familia, la leche materna posee los nutrientes perfectos, es fácil de digerir, protege de las diferentes infecciones, ayuda al vínculo madre – niño, actúa como método de anticoncepción, etc.

A partir de los seis de meses edad la leche materna no es suficiente por si misma y el niño necesita iniciar la alimentación complementaria. Esta alimentación complementaria es adicional y complementario a la leche materna, deben ser nutritivos y ser administrados en cantidades adecuadas. El inicio temprano o muy tardío de la alimentación complementaria, coloca al niño o niña en una situación de riesgo que en adelante podría alterar su salud y por lo tanto su crecimiento y desarrollo.²

Tanto la lactancia materna inmediata, exclusiva, prolongada y la alimentación complementaria sin duda alguna son factores influyentes para evitar la desnutrición.

El fomento de la lactancia materna a través de programas de educación, capacitación y acompañamiento a las madres y familias, se ha convertido en una de las estrategias efectivas para el aumento en la duración y el mantenimiento de esta práctica, que ha sido considerada como factor protector en la prevención de la morbilidad y mortalidad materna e infantil, siendo incluida dentro de programas como seguridad materna y atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI).³

Por lo expuesto anteriormente se pretende obtener una información verídica de los conocimientos y practicas relacionadas con la lactancia materna y la alimentación complementaria por parte de las madres de familia hacia sus hijos en la comunidad de Viacha, enfocando cuatro establecimientos de salud pertenecientes a la red No. 6 y utilizando herramientas como la entrevista y la observación directa

¹ OMS/UNICEF IHAN, Revisada, Ampliada e Integral 2006 – 2009

² AIEPI-Nut Clínico. Bases Técnicas, Publicación 144, La Paz – Bolivia, 2009.

³ OMS, Consejería para la alimentación del lactante y del niño pequeño: El curso Integrado 2007.

De acuerdo a los resultados se darán recomendaciones dirigidas a mejorar dichas prácticas a través de estrategias comunicativas ya sean individuales y grupal

Tabla LQAS: Valor para la Toma de Decisión para muestras de 12-30 y niveles de logro meta / promedio de 10%-95%																		
Tamaño de la muestra	Nivel de logro promedio(Línea de base)/ Nivel de logro meta anual(Monitoreo y evaluación)																	
	10%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%	85%	90%	95%
12	N/A	N/A	1	1	2	2	3	4	5	5	6	7	7	8	8	9	10	11
13	N/A	N/A	1	1	2	3	3	4	5	6	6	7	8	8	9	10	11	11
14	N/A	N/A	1	1	2	3	4	4	5	6	7	8	8	9	10	11	11	12
15	N/A	N/A	1	2	2	3	4	5	6	6	7	8	9	10	10	11	12	13
16	N/A	N/A	1	2	2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	11	12	13	14
17	N/A	N/A	1	2	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
18	N/A	N/A	1	2	2	3	5	6	7	8	9	10	11	11	12	13	14	16
19	N/A	N/A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
20	N/A	N/A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	11	12	13	14	15	16	17
21	N/A	N/A	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	14	16	17	18
22	N/A	N/A	1	2	3	4	5	7	8	9	10	12	13	14	15	16	18	19
23	N/A	N/A	1	2	3	4	6	7	8	10	11	12	13	14	16	17	18	20
24	N/A	N/A	1	2	3	4	6	7	9	10	11	13	14	15	16	18	19	21
25	N/A	1	2	2	4	5	6	8	9	10	12	13	14	16	17	18	20	21
26	N/A	1	2	3	4	5	6	8	9	11	12	14	15	16	18	19	21	22
27	N/A	1	2	3	4	5	7	8	10	11	13	14	15	17	18	20	21	23
28	N/A	1	2	3	4	5	7	8	10	12	13	15	16	18	19	21	22	24
29	N/A	1	2	3	4	5	7	9	10	12	13	15	17	18	20	21	23	25
30	N/A	1	2	3	4	5	7	9	11	12	14	16	17	19	20	22	24	26

N/A: No aplicable , significativo LQAS no puede ser usada en esta evaluación porque el nivel de logro es muy bajo o muy alto para evaluar u

área de supervisión

: Celdas sombreadas indica que el error alfa o beta es mayor o igual a 10%

: Sombreado más oscuro indica que el error alfa o beta es mayor al 15%

2. Metodología

La Investigación se realizó en el Municipio de Viacha, a madres que asisten con niños menores de 2 años a los Centros de Salud Florida, Hilata, Chacoma y Viacha perteneciente a la Red No, 6, tuvo una **duración** de 2 meses, durante el mes de febrero y marzo de 2013.

El **Tamaño de muestreo** de la investigación, para la obtención de información relacionada con los conocimientos y prácticas sobre la lactancia materna inmediata, exclusiva y prolongada así como en el inicio de la alimentación complementaria de niños menores de 2 años, se utilizó la metodología denominada **muestreo LQAS** (Lot Quality Assurance Survey). La metodología LQAS permite el cálculo de

coberturas de varios indicadores de conocimientos y de algunas prácticas. Según esta metodología LQAS se consideró dividir la muestra en cuatro áreas de Investigación, cada área con 19 muestras, haciendo un total de 76 muestras, según esta metodología logra una precisión de 90% de veracidad. Las 19 muestras en cada área de investigación son obtenidas de manera

aleatoria y su distribución es proporcional al tamaño de las agrupaciones poblacionales.

Los **métodos empleados** para la recolección de datos, fueron la entrevista, la observación directa y revisión de documentos.

Los **instrumentos** utilizados para registrar la información son los siguientes:

- Encuestas y formularios diversos.
- Lista de madres que asisten a los establecimientos de Salud.
- Resumen de la Metodología LQAS
- Planilla para el tabulado manual de datos según Base de Datos del programa elaborado para esta investigación

Se **procedió** en las siguientes etapas.

Primera Etapa: Se organizó al equipo de encuestadores. Se obtuvo un mapa del

ámbito (municipio) que incluya las comunidades. Se utilizó el mapeo de la gestión 2012. Se estima la población de cada Establecimientos de Salud y se obtiene la población acumulada. Se identifica el número de observaciones/encuestas, por Establecimiento de Salud que deberán realizarse para obtener las 19 observaciones en 4 Áreas de Investigación.

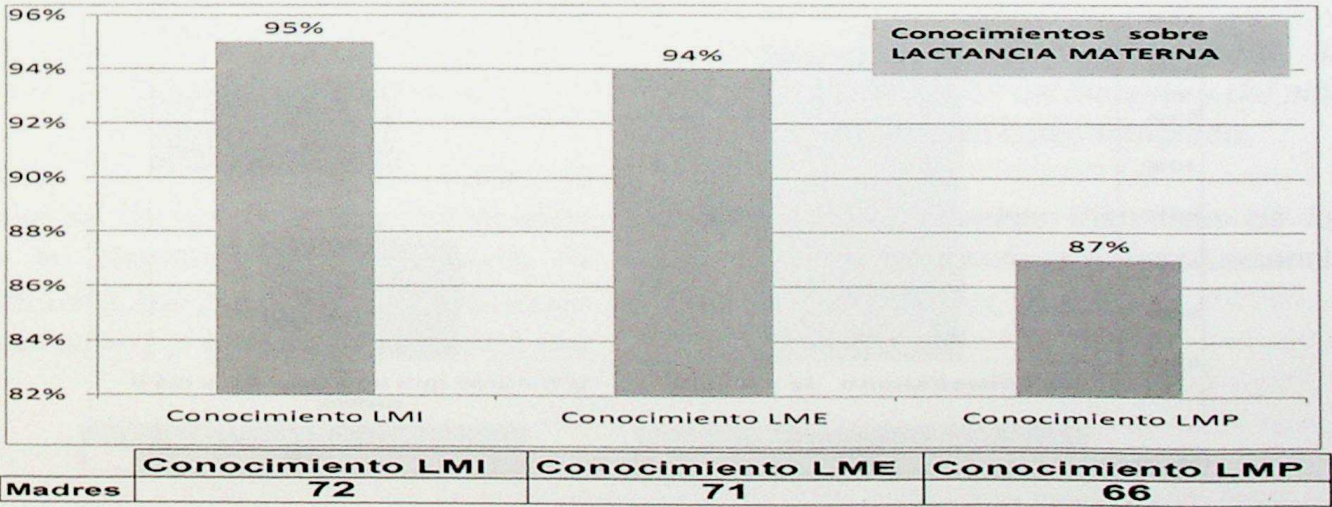
Segunda etapa: Se distribuye las encuestas y formularios. Se identificó madres con niños menores de 2 años para su entrevista. Se realiza la recolección de información en campo.

Tercera Etapa: Se realizó la tabulación al software elaborado para esta investigación y elaboración de cuadros y gráficos y su respectivo análisis de los resultados

3. Resultados

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA en madre con niño menor de 2 años.

Grafico 1. Conocimientos sobre la lactancia materna

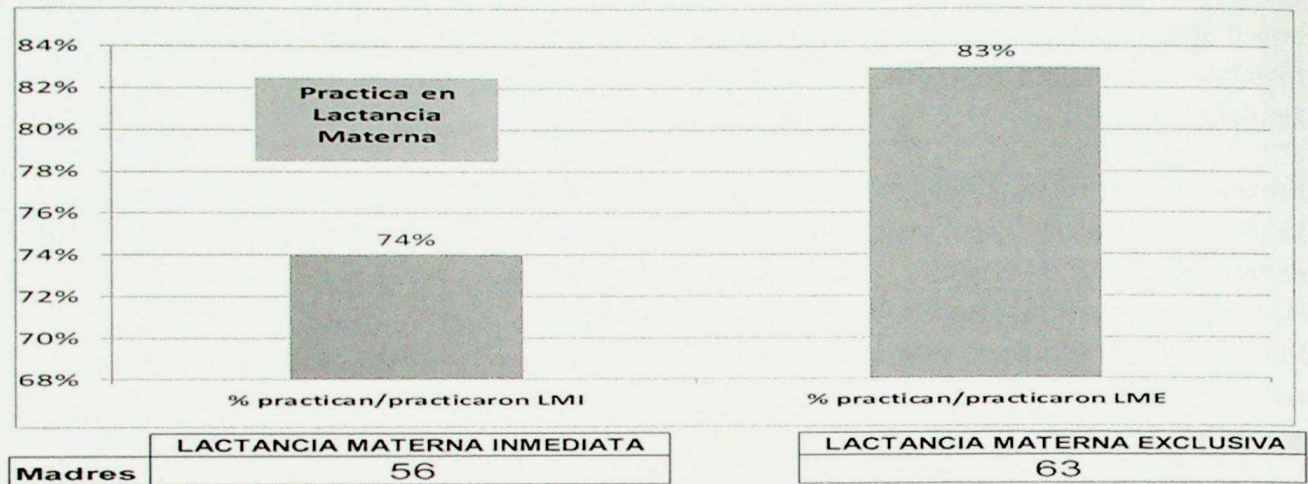


Fuente: Elaboración propia

El presente grafico nos muestra que: en 72 madres (95%) conocen que es la **Lactancia Materna Inmediata (LMI)**, 71 madres (94%) tienen conocimientos sobre la **Lactancia Materna Exclusiva**

(**LME**), 66 mujeres entrevistadas (87%) indican conocer que la **Lactancia Materna Prolongada (LMP)** debe ser hasta los 2 años cumplidos o más. De un total de 76 mujeres entrevistadas.

Grafico 2. Practicas sobre lactancia materna



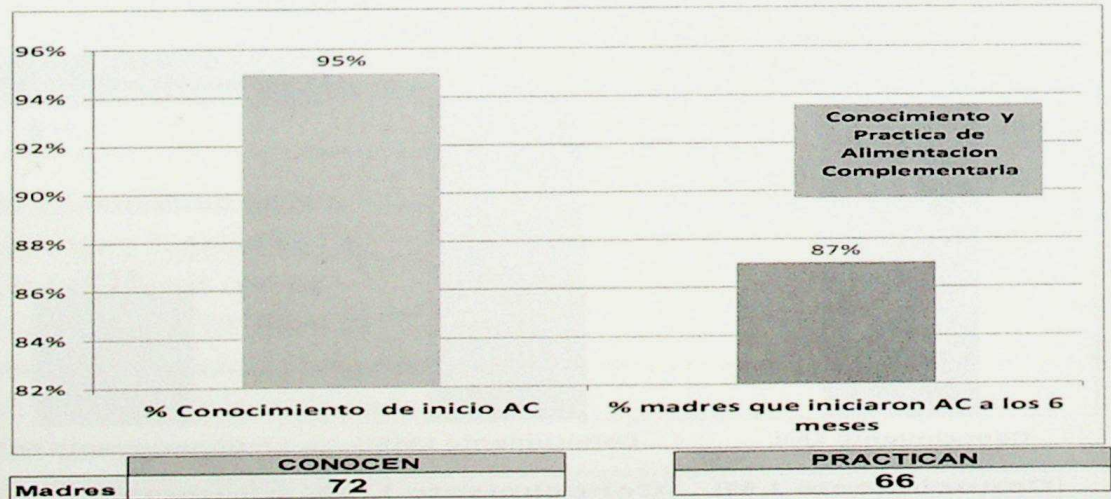
Fuente: Elaboración propia

El Grafico No. 2 nos muestra que: 56 madres (74 %) indican que su hijo inicio la Lactancia Materna Inmediata (LMI), durante la primera hora después de

haber nacido, y 63 madres (83%) indican que su niño lactó hasta los 6 meses (LME)

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA_en madre con niño menor de 2 años.

Grafico 3. Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna



Fuente: Elaboración propia

En 72 madres (95%) indican que deben iniciar la Alimentación Complementaria a los 6 meses de edad, de un total de 76

madres entrevistadas y 66 madres (74%) indican que su niño inicio durante los 6 meses de edad.

4. Conclusiones

Los Conocimientos de las madres, sobre **Lactancia Materna Inmediata, Exclusiva y Prolongada son adecuadas** ya que pasan por encima del 80% de las coberturas esperadas, la implementación de las estrategias de las Practicas Claves de Alimentación, Nutrición y Salud, del AIEPI – Nut y del Programa Desnutrición Cero, fortalecen dichos conocimientos en el grupo objetivo.

En relación a la **práctica de la Lactancia Materna Inmediata**, no pasaron el porcentaje esperado, este dato indica que se debe fortalecer el conocimiento y lograr la práctica.

La **Lactancia Materna Exclusiva en la práctica** logra la cobertura por encima del 80%, viendo de esta manera que las madres que asisten a los Establecimientos de Salud de Municipio de Viacha están concientizadas y saben que deben hacer lactar solamente leche materna hasta los 6 meses de vida.

Tanto los conocimientos como la prácticas de las madres, sobre el inicio de la alimentación complementaria es adecuada porque pasan las coberturas esperadas con el 80%, lo que indica que

los Establecimientos de Salud, utilizan metodologías adecuadas para su enseñanza de las estrategias de las Practicas Claves de Alimentación y Nutrición y Salud, (AIEPI – Nut y Programa Desnutrición Cero).

5. Referencias bibliográficas

- Bartos A. (1990). *Lactancia Materna. Influencias del sector de salud*, RevSoc Bol Ped.
- MSD. (2009). AIEPI-Nut Clínico. *Bases Técnicas, Publicación 144*, La Paz – Bolivia.
- MSD. (2013). *Normas Técnicas de la Iniciativa Hospitales Amigos de la Madre y la Niñez*, Publicación 217, La Paz – Bolivia.
- OMS/UNICEF IHAN. (2006 – 2009) Revisada, Ampliada e Integral.
- OMS. (2007). *Consejería para la alimentación del lactante y del niño pequeño: El curso Integrado*.
- OMS, (1998). *Pruebas Científicas de los 10 pasos para una Feliz Lactancia Natural*.

VALORACIÓN DE HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y CONDICIÓN NUTRICIONAL EN ESTUDIANTES DE LA U.P.E.A.

Evaluation of eating habits and physical activity patterns and nutritional statuses in U.P.E.A. students

Chalco P.¹; Felipez J.²; Choque L.³; Paxi W.⁴.

¹ Docente de la Carrera de Enfermería. Universidad Pública de El Alto.

² Docente de la Carrera de Enfermería. Universidad Pública de El Alto.

³ Docente de la Carrera de Enfermería. Universidad Pública de El Alto.

⁴ Docente de la Carrera de Enfermería Universidad Pública de El Alto

Abstract

Bolivia is living a nutritional and health transition characterized by an increase in chronic diseases, most of them related to eating patterns and physical inactivity, requiring promoting healthful lifestyles especially in university student population. In this study, 300 students U.P.E.A. were randomly selected and surveyed on nutritional habits and physical activity patterns. Nutritional status was classified according to their body mass index. The results showed that most of the students present a low consumption of fruits, vegetables, dairy products and fish, and an excessive consumption of sugar and fat. More than 60% of subjects were sedentary and 26% were overweight. The habits evaluated in this population of young people project a high incidence of obesity and chronic diseases in their adult life.

Key words: eating pattern, exercise, university students.

Resumen

Bolivia está viviendo una transición epidemiológica caracterizada por un incremento de enfermedades crónicas relacionadas con una mala alimentación y sedentarismo. Ante esta realidad existe la necesidad de promover hábitos de vida saludable, en particular en la educación universitaria, donde se sobreponen el sistema escolar y la formación profesional. En este estudio se encuestaron aleatoriamente 300 alumnos de la U.P.E.A. requiriendo acerca de hábitos alimenticios y de actividad física. Se valoró su condición nutricional a través del cálculo del IMC. Los resultados revelaron que la mayoría de los estudiantes presenta un bajo consumo de frutas, verduras, lácteos y pescados y un excesivo consumo de azúcar y alimentos grasos. Más de 60% de sujetos son sedentarios y 26% presentan sobrepeso. Los hábitos evaluados en esta población de jóvenes, proyectan alta incidencia de obesidad y enfermedades crónicas relacionadas en su vida adulta.

Palabras claves: hábitos alimentarios, ejercicio, estudiantes universitarios.

1. Introducción

En Bolivia se ha producido una transición epidemiológica caracterizada por un incremento en la morbi mortalidad asociada a enfermedades crónicas no transmisibles; como la obesidad, diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, la mayoría de las cuales está directa o indirectamente relacionada con malos hábitos alimentarios y sedentarismo. En la U.P.E.A., describe que cerca del 90% de los estudiantes son sedentarios y que más del 60% de los adultos mayores de 17 años sufre de sobrepeso. Ante esta realidad, se realiza este trabajo para plantear la necesidad de concentrar esfuerzos en la prevención y promoción de una vida saludable, donde se sobreponen el sistema escolar y la formación profesional.

Al analizar en detalle la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la ciudad de El Alto, es notoria la diferencia entre el grupo de 17 y 24 años, que corresponde aproximadamente a la edad del universitario y sujetos de edades mayores, lo que sugiere que durante este período de la vida universitaria podrían adquirirse hábitos de vida poco saludables, y causando el posterior deterioro en los indicadores de salud.

Con este estudio diagnóstico, se busca conocer mejor los hábitos de alimentación y actividad física de los estudiantes de la U.P.E.A. y así valorar su condición nutricional y establecer comparaciones con los datos disponibles a nivel nacional. La investigación se integra además en un programa de universidad saludable con la creación de la cafetería en la misma universidad y pretende brindar alimentación nutritiva y equilibrada.

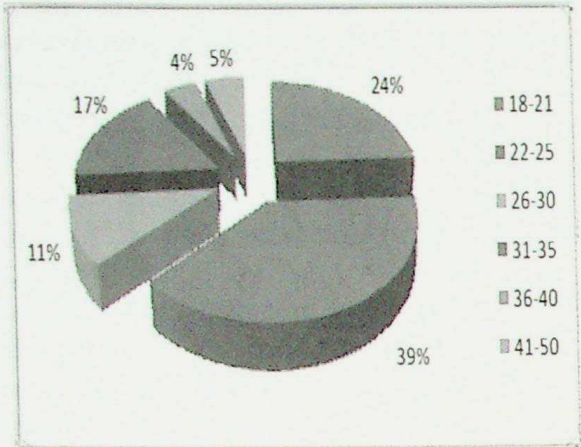
2. Metodología

El estudio es descriptivo que se llevó a cabo durante el primer semestre del 2013. Incluyó la aplicación de un cuestionario, diseñado a partir de la revisión bibliográfica en la mayoría de sus preguntas, ha sido construido a partir de dos búsquedas fundamentales: aspectos relacionados con la problemática de la adquisición de conductas alimentarias correctas y la actividad física que fue contestado por los estudiantes, lo que permitió su revisión y corrección. En el que se indagó acerca de patrones de actividad física y de hábitos alimentarios como ingesta de frutas, verduras, lácteos, pescados, bebidas azucaradas y alimentos ricos en grasas.

Las mediciones fueron realizadas en forma individual, en horarios matinales en la misma Universidad. La encuesta sobre los hábitos de alimentación saludable en este estudio fueron considerados el consumo regular de frutas, verduras, lácteos y pescados. Como hábitos indicativos de una alimentación poco saludable fueron considerados el consumo excesivo de bebidas azucaradas y alimentos ricos en grasas. Para analizar la adecuación de la alimentación y el nivel de actividad física.

3. Resultados

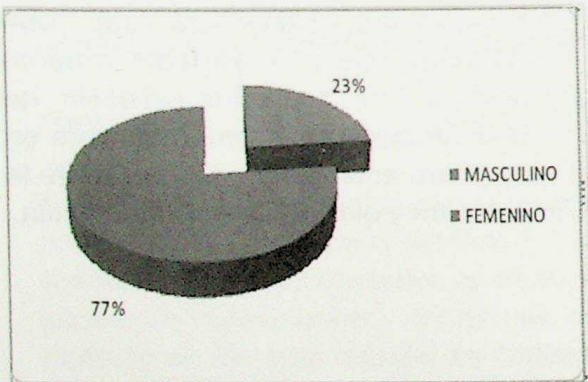
Grafico 1: Distribución porcentual de encuestados según edades



Fuente: Elaboración Propia

El % es el mayor porcentaje que corresponde a 22–25 años, % que corresponde a 18-21 años y en menor porcentaje de 26-50 años del total de los encuestados

Grafico 2: consumo diario de verduras según género

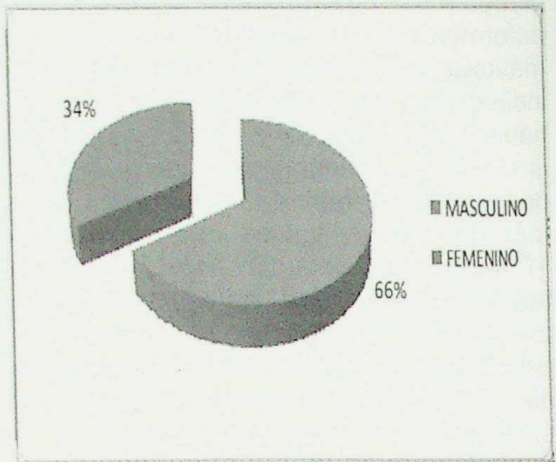


Fuente: Elaboración Propia

El porcentaje de la muestra que consume más verduras en forma adecuada, diferenciados según género, es el género

femenino con él % y el genero masculino con un % en menor cantidad.

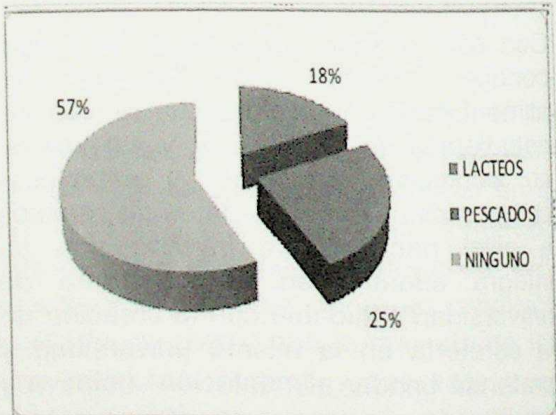
Grafico 3: Consumo diario de frutas según genero



Fuente: Elaboración Propia

El porcentaje de la muestra que consume más frutas en forma adecuada, diferenciados según género, es el género masculino con él % y el género femenino con un % en menor cantidad.

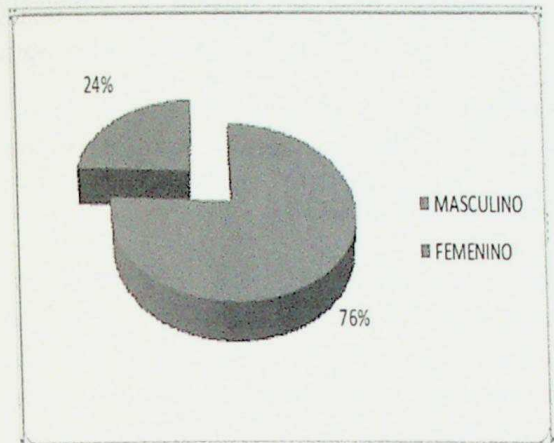
Grafica 4: Consumo diario de lácteos y pescados



Fuente: Elaboración Propia

El % siendo alto el número de la muestra que no consume lácteos y pescados y el % refiere que solo consume pescados y él % que consume

Grafico 5: Consumo de bebidas gaseosas según genero

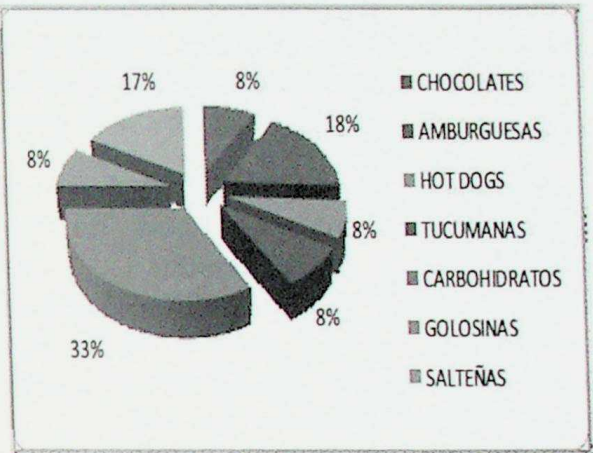


Fuente: Elaboración Propia

Las bebidas gaseosas contienen entre 110 y 120 gramos/litro. Se acepta una ingesta diaria de azúcar que no sobrepase el 10% de las calorías totales, lo que equivale a un máximo de 55 gramos por día (10). El % de los varones y el % de las mujeres consumían al menos 1/2 litro diario de bebidas de este tipo, lo que supera sin considerar otras fuentes alimentarias de azúcar, la ingesta límite recomendada.

lácteos. Siendo que la comunidad universitaria tiene déficit alarmante en le bajo consumo de estos alimentos esenciales para el aprendizaje.

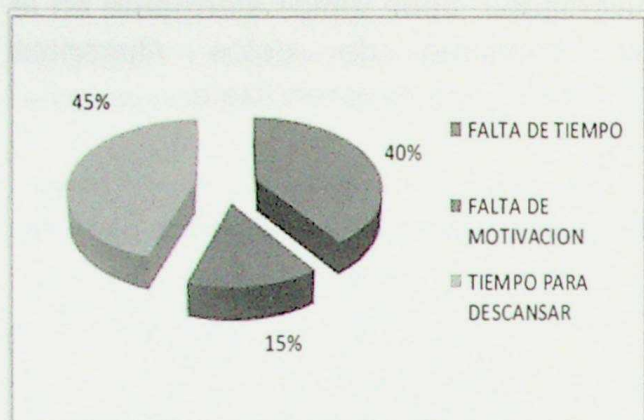
Grafico 6: Consumo de alimentos ricos en grasas



Fuente: Elaboración Propia

El total de la muestra refieren consumir alimentos ricos en grasas y/o de alta densidad calórica. Ya que es lo que se encuentra en los alrededores de la universidad. Lo que más consumen son carbohidratos, hamburguesas, golosinas y chocolates, tucumanas y hot dog.

Grafico 7: Motivos porque no desarrolla actividad física



Fuente: Elaboración Propia

El mayor porcentaje prefiere el sedentarismo entre el total de los estudiantes encuestados que corresponde a % refiere que prefieren descansar, y el % que no realiza actividad física por falta de tiempo y él % no se sienten motivados. Lo que debiera ser un factor a considerar al ofertar alternativas de ejercicio en un programa para universitarios

Discusión

Los estudios universitarios, van cambiando sus hábitos de alimentación, y parece que estos cambios son más evidentes en el grupo de las mujeres. Las estudiantes aumentan el consumo de alimentos del grupo de los carbohidratos acompañados en poca cantidad de verduras, y, con ello, la ingesta de poco o nada de lácteos y pescados. Además, tanto hombres y mujeres consumen más alimentos ricos en grasas durante sus estudios universitarios. Entre los hombres también se observa el alto consumo de bebidas gaseosas; así, disminuye entre éstos el consumo de alimentos del grupo de verduras y aumenta el consumo de grasas.

Este desequilibrio se refleja en el patrón de consumo de alimentos de los estudiantes. Por un lado, se observa que las dietas son pobres en cereales, verduras, frutas y legumbres; es decir, no consumen la suficiente cantidad. Por otro lado, consumen en exceso aceites vegetales, carne, embutidos, dulces, snacks y grasas; los cuales son alimentos ricos en lípidos y colesterol.

4. Conclusiones

Si comparamos los hábitos de alimentación del alumnado con las recomendaciones nutricionales de las instituciones sanitarias para prevenir las enfermedades de mayor prevalencia en nuestra sociedad (enfermedades cardiovasculares), observamos que dichos hábitos se encuentran lejos de las recomendaciones.

Los estudiantes universitarios sigan una dieta equilibrada y saludable deben cambiar sus hábitos de alimentación, puesto que el mayor porcentaje de los estudiantes consume la comida principal del día en alrededores de la Universidad y la mitad de ellos comen de bocadillo.

En conjunto, un escaso porcentaje de los estudiantes encuestados presenta hábitos de alimentación saludable, predominando en la mayoría un bajo consumo de frutas, verduras, lácteos y pescados y un consumo excesivo de azúcar, carbohidratos y alimentos grasos. En hábitos de actividad física, predomina el sedentarismo, preocupando la inactividad total de la mayoría, sin un aparente impacto sobre los niveles de obesidad. Se plantea el interés de precisar en un estudio prospectivo si la

progresivamente al persistir este patrón de hábitos de mala alimentación y sedentarismo durante el periodo de vida universitaria.

5. Referencias bibliográficas

1. Albala C, Crovetto M. *Promoción de salud en la transición epidemiológica de argentina*. Edición 2010
2. Lange I, Vio F. *Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior* MINSAL, Santiago. Chile 2011
3. MIN Zacarías I, Vera G. *Selección de alimentos, uso nutricional para una alimentación saludable*. Uruguay 2010
4. Muzzo S. *Evolución de los problemas nutricionales en el mundo*. Ecuador 2012
5. Organización Mundial de la Salud. *Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Ginebra. Suiza. 2012

BREVE ENFOQUE PSICOLÓGICO Y FISIOLÓGICO DEL DOLOR

Psychological and physiological approach brief pain

Rodriguez, J.R.¹

¹ Docente de la Carrera de Enfermería. Universidad Pública de El Alto.

Abstrac

Pain is a complex phenomenon determined by multiple causes. It results from the interaction of psychological, physiological and sociocultural factors. It is studied by different disciplines, such as Psychophysiology. The patient's personality may affect the painful sensation, that is, what is felt by the subject or his expression of pain (what he communicates). The anterior cingulate cortex takes part in the process of information of the stimuli related to unpleasant or disagreeable sensations. Pain in its physical and psychical manifestations accompanies inevitably the human being during his life linked to historical processes, or to environmental phenomena, physiological and pathological processes. This paper intends to go deep into the mechanisms producing pain and the factors influencing on the organism. There are interindividual physiological and psychological differences that may be evaluated a priori that allow to prognosticate the behavior of combatants in the face of anxiety and pain.

Keywords: Threshold

Resumen

El dolor es un fenómeno complejo, determinado por múltiples causas, resulta de la interacción de factores psicológicos, fisiológicos y socioculturales. Es estudiado por diferentes disciplinas, entre las que se encuentran la Psicología. La personalidad del paciente puede afectar a la sensación dolorosa, es decir, lo que es sentido por el sujeto o su expresión de dolor (lo que da a conocer). La corteza cingulada anterior interviene en el proceso de la información de los estímulos relacionados con sensaciones desagradables o displacenteras. El dolor en sus manifestaciones físicas y psíquicas acompaña inevitablemente al ser humano durante su vida, ligada a procesos históricos, fenómenos ambientales, procesos fisiológicos y patológicos. Este pequeño trabajo pretende adentrarse en los mecanismos de producción del dolor y los factores que influyen en el organismo. Existen diferencias interindividuales psicológicas y fisiológicas que pueden ser evaluadas a priori y permitir pronosticar el comportamiento de los pacientes ante situaciones de ansiedad y dolor.

Palabras claves: Umbral – Nociceptivas – Neuroticismo – displacentero – Psicofisiológico – Somatosensorial

1. Introducción

Dentro de lo que significan las investigaciones científicas, es necesario aclarar que el presente trabajo se encuadra enmarcado en lo que refieren las investigaciones documentales, ya que el enfoque del "dolor" consta de un estudio muy amplio y que adquiere gran significación en el área de la salud y aplicaciones en las diferentes especialidades, por lo tanto; el ser humano por su esencia Psico-bio-Social, tiene características que lo hacen diferente a los demás, gracias a su psiquismo y al funcionamiento de su aparato mental, comprendidas en su fases neo y paleo encefálicas que van a marcar la diferencia de que "todos somos iguales, pero nadie es idéntico". En las últimas dos décadas, entre el siglo XX e inicios de nuestro siglo; se evidencia un gran interés científico local, internacional y mundial, en lo relacionado con el dolor tanto leve, grave y profundo; agudo como crónico, y en todos sus aspectos, algunos de los cuales poseen una gran importancia ante todo en los medios relacionados con la salud integral humana. Para ello se han empleado modelos experimentales tanto humanos como animales. Es así como señalan Bars, Gozariu, y Cadden. 2009, que realizando estudios experimentales en animales sobre lo que significa el dolor agudo, es que la mayoría de las pruebas permiten solo una medición del umbral que va relacionado en forma de arco de intensidad, mientras que el dolor localizado es clínicamente casi siempre prolongado; que su evidencia es indirecta y correlativa y se han mencionado sus limitaciones o incapacidades de expresar un índice conductual para el componente afectivo del dolor. No obstante, se han logrado avances significativos en los conocimientos de los mecanismos de producción del dolor y los factores que

influyen en su interacción con el organismo.

Dentro los mismos experimentos en animales, se ha revisado la relación entre las pruebas de dolor agudo y la actividad motora desde diferentes puntos de vista, en especial la influencia que la regulación postural del animal pueda ejercer sobre la respuesta motora en las extremidades y la significación de los reflejos extensores y flexor. Las observaciones han permitido formular que toda sensación de dolor tiene connotaciones homeostáticas añadidas, que incluye fenómenos como ansiedad y manifestaciones vegetativas. Donde podemos sugerir la siguiente definición como "un estímulo efectivo" aquel que activa las terminaciones nerviosas nociceptivas después de una acción física que transcurre a través de una "lente periférica" que regula su intensidad por diferentes causas físicas, a pesar de su origen biológico. Estos mismos autores, señalan que el "sistema doloroso" forma parte de un conjunto de subsistemas, como ser el sensorial, motor, vegetativo, emocional y motivacional, que el método científico por su natural tendencia de reducir el campo de investigación no se puede estudiar como un todo. Sin embargo, se pueden considerar los resultados de las pruebas nociceptivas dentro de este contexto general.

CONCEPTOS ACTUALES SOBRE EL DOLOR

El dolor es un fenómeno complejo y multideterminado, resulta de la interacción de factores psicológicos, fisiológicos y socioculturales y es estudiado por diferentes disciplinas, entre

las que se encuentran la Psicofisiología. Esta especialidad se dedica, entre otras cosas, a precisar las variables o determinantes psicofisiológicas que pueden influir en el dolor y la eficacia de determinadas terapias en el control de la experiencia dolorosa. También se ha empleado como un medio de exploración en la valoración clínica de pacientes, sobre todo infantiles.

Los problemas psicológicos relacionados con la percepción dolorosa son particularmente importantes en aquellos estadios en los que se agregan componentes psíquicos relacionados con la personalidad del paciente.

En este trabajo se van a distinguir dos modalidades de dolor:

Dolor interoceptivo que es de origen endógeno o visceral, donde predomina el componente afectivo y la participación emocional.

Dolor exteroceptivo en el que el factor predominante es sensitivo y donde el componente emocional no es tan notorio.

Muchos factores ambientales, genéticos y culturales pueden modificar la intensidad del dolor que perciben los diferentes individuos, apartándonos de la influencia que tengan en la vivencia dolorosa, los recuerdos de situaciones similares. Existen marcadas diferencias en cuanto a la actitud del individuo frente a la experiencia dolorosa. En algunas sociedades el dolor se soporta sin manifestaciones externas, como sucede muchas veces en nuestras mujeres aymaras en el momento y después de dar a luz, mientras que en otras se acostumbra a expresar públicamente que se está experimentando gran dolor, inclusive con intenciones de magnificación del mismo. Pero sin lugar a

dudas y en base a nuestras experiencias y estudios, una de las manifestaciones que están íntimamente asociada con el dolor es la ansiedad, que es un estado subjetivo en el que se producen cambios fisiológicos mediados por el sistema neurovegetativo, como taquicardia, sudación, entre otras. La ansiedad puede ser anticipadora ante determinado evento, o ser componente emocional de la experiencia dolorosa, tal como citan los resultados de Fuller.

Así por ejemplo podemos observar en los centros hospitalarios, que pacientes de cirugía programada clasificados en categorías altas y bajas respecto a la manifestación de rasgos de ansiedad, difieren en la magnitud de la ansiedad, en un caso de manera exagerada, en el otro con un aguante extraordinario, mostrando; especialmente los pacientes con rasgo ansioso alto, mayor estado de ansiedad anticipadora. (Greisen J. 2006) Estas variables son fácilmente observables, por lo tanto mensurables con diferentes pruebas psicológicas y observacionales de carácter estándar que guardan relación con el dolor, tal como se relata en una reciente publicación de Rodríguez, J. 2011.

Por otra parte, también se ha señalado que la personalidad del paciente puede afectar a la sensación dolorosa, es decir, lo que es sentido por el sujeto o su expresión de dolor (lo que comunica). Estudios realizados por diversos autores, relacionando el dolor y algunas dimensiones de la personalidad, manifiestan que pacientes con elevado índice de neuroticismo (inestabilidad) acompañan valoraciones importantes de dolor y que índices altos de extroversión aumentan las quejas acerca de este. Otros estudios relacionan el consumo de

analgésicos posoperatorios a puntuaciones elevadas de neuroticismo en el preoperatorio.

El factor ansiedad es vísperas de una crisis dolorosa modifica la receptividad al dolor e influye sobre la intensidad con que lo experimenta el sujeto; por ejemplo, un soldado herido que se encuentra lejos del frente de batalla y para quien la guerra ha terminado -aunque solo sea momentáneamente resiste en mejores condiciones anímicas el dolor, que un paciente hospitalizado después de una intervención quirúrgica equivalente.

Se han descrito casos de extensos traumatismos, como el de la amputación de un brazo en un accidente de tránsito, en un lugar alejado de un determinado centro citadino, según el relato de personas accidentadas en la carretera a los Yungas paceños, que no se acompañó de dolor porque toda su atención estaba concentrada en cómo luchar y sobrevivir y pedir ayuda en aquel barranco, a más de 100 metros de profundidad. Por lo que se llega a la conclusión de que el factor atención y el compromiso emocional son de importancia decisiva en la percepción dolorosa.

Participación de los sistemas nervioso central y vegetativo

El sistema nervioso central cumple la función de relacionar el organismo con el mundo circundante mediante receptores específicos, centros de reflexión y vías eferentes que tienen relación con la movilización del cuerpo. El sistema nervioso vegetativo, en cambio, controla el mundo "interior", con todas las funciones viscerales, inconscientes a través del sistema simpático y parasimpático.

En una publicación realizada por Barber.1998, se anuncia de que con el empleo del método de análisis matemático del ritmo cardíaco por medio del electrocardiograma se puede evaluar el estado funcional del organismo y de su equilibrio neurovegetativo. La actividad cardíaca es el último eslabón de los mecanismos neuroreflejos y neumohumorales, está relacionada orgánicamente con otros sistemas reguladores, que participan en la adaptación al medio exterior y por consiguiente, es dependiente de ellos. De aquí que se pueda admitir que por las variaciones en el "aparato de dirección" del nódulo sinusal, con una probabilidad conocida; se pueda juzgar acerca del carácter de la reorganización de los torrentes de información en el organismo en su conjunto. El análisis matemático del ritmo cardíaco, de esta manera, pertenece a los métodos indirectos de evaluación del estado funcional del organismo para la investigación de los procesos que transcurren al nivel de dirección de las reacciones fisiológicas. Los conceptos actuales del dolor en los humanos reconocen varios componentes interrelacionados que se identifican en diferentes estructuras. Uno de estos componentes se vincula con la codificación y la percepción de los parámetros de los estímulos (localización, intensidad y cualidad), y otro, con la codificación de la significación afectiva o displacentera de la acción del agente doloroso. Es posible que estos componentes estén mediados por sistemas neuronales separados. Una proyección del cuerno espinal dorsal a través del tálamo lateral la corteza somatosensorial transmitiría información vinculada con los parámetros de los

estímulos nocivos. Se ha descrito otro sistema originado en el cuerno espinal dorsal con proyección por medio de los núcleos medial e intralaminar talámicos hacia la corteza cingulada anterior (CCA), que intervendría en el proceso de la información vinculada con los estímulos ligados a sensaciones displacenteras. En los años recientes, los estudios con el uso de técnicas de neuroimagen funcional han contribuido a una mayor comprensión de estos mecanismos. Las imágenes de resonancia magnética funcional y la tomografía por emisión de positrones han demostrado el incremento de la actividad neuronal en la CCA (como se infiere por los cambios el flujo sanguíneo regional) después de la acción nociceptiva. Notablemente, estas mediciones indirectas de la actividad neuronal en la CCA se han correlacionado específicamente con el componente afectivo del dolor en los humanos. Por lo que se puede colegir que existen profesionales que empleando la sugestión "psicovehicular", son capaces de incrementar o disminuir aquellas sensaciones subjetivas del dolor en su intensidad. (Ejemplo mashet Rodriguez. J. 2012)

Así también según Beck. 1991, las modulaciones de los sentimientos displacenteros están asociados con las modulaciones correspondientes a la actividad neural en la CCA sin participación de la corteza somatosensorial. Esta evidencia apoya la noción de una vía paralela nerviosa relacionada con el procesamiento de distintos componentes de la experiencia dolorosa e implica específicamente a la CCA en el proceso de sensaciones displacenteras o afectos negativos ligados con el dolor.

2. Metodología

Este trabajo se constituye en la iniciación investigativa que es muy amplia, por tal razón se considera un enfoque metodológico explicativo, con un acercamiento a la realidad que en este caso el paciente o "enfermo" de cualquier índole o con cualquier dolencia, siente mientras atraviesa por sensaciones displacenteras, cual es el dolor en todos su grados y magnitudes; esto se lo consigue, mediante la observación de aquellas dolencias tipificadas, para ingresar inclusive en el estudio de diferentes caracterologías biotipológicas. El tipo de investigación es correlacional, en cuanto se va determinando los orígenes o causas de tales o cuales agentes causales sobre la profundidad y/o superficialidad del dolor, centrando su objetivo en conocer el por qué de dicho fenómeno que es tan diferenciado en similitud de casos, concluyendo en cierto tipo de relaciones psio-bio-sociales.

Acotar también que es un estudio teórico, puesto que en sus consideraciones están materiales escritos por diferentes autores que se dedican al estudio simpar respecto a las sensaciones, específicamente del dolor en todas sus magnitudes y que es un área tan compleja que atañe al ser vivo en general y ser humano en particular.

Metodológicamente, también se pretende ingresar en cierto tipo de comparaciones de diversas formas de observacionales de interpretar el "dolor", visto de diversos ángulos, confluyendo en similitudes que tienen la misma causa psico-bio-social.

Entre las técnicas de estudio, cuentan las técnicas de estudio empírico

observacional y de diagnóstico, por ser la mas valedera en cuanto la observación sistemática, en su rama perceptual concreta del acontecer en salud.

Herramientas utilizadas en el trabajo de campo están constadas por lo siguiente:

Fichaje, matrices teóricas e imagenológicas de estudio, boletas de observación, opiniones de personas afectadas en su salud y profesionales en salud.

3. Resultados

El dolor es un fenómeno de enorme complejidad, por cuanto se trata de un "sistema de alarma" que compromete a todo el organismo y en el que intervienen: el sistema nervioso periférico y central, el sistema nervioso vegetativo, el sistema endocrino, factores psicológicos que se refieren a la personalidad del sujeto que experimenta el dolor, factores históricos (experiencia previa), ambientales (círculo familiar) y circunstanciales (condiciones en que se experimenta el dolor).

Se ha demostrado por diversos estudios que existe una correlación directa y significativa entre la autovaloración del dolor y los estados emocionales de temor y ansiedad y que los pacientes extrovertidos presentan una mayor percepción dolorosa y un incremento de las expresiones verbales y conductuales de dolor. De la misma manera se ha observado una respuesta adaptativa de los sujetos ante la experiencia dolorosa aguda, con ciertas particularidades en los pacientes con tendencia a la introversión, que es mayor cuando se hace un análisis individual de los casos. De particular importancia fue el resultado encontrado al analizar la variable ansiedad como rasgo

de la personalidad, se ha observado que aquellos pacientes con sobrevaloración del temor, la ansiedad y del dolor real, tienden a pasar por amplios momentos ansiógenos a diferencia de aquellos cuya relación directa consigo mismo y con los demás (familiares), es significativa, lo cual produce una baja de esos estadios ansiógenos.

Estos indicadores psicológicos pueden ser de gran utilidad para tenerlos en cuenta en la preparación de cualquier acto, tanto terapéutico como quirúrgico, en situaciones catastróficas o de accidentes, así como la selección del personal. El dolor en sus manifestaciones físicas y psíquicas, acompaña inevitablemente al ser humano a lo largo de su vida, dependiendo mucho del motivo y la intensidad del mismo, que también puede ir ligado a procesos históricos, como las guerras, revoluciones, fenómenos ambientales, procesos fisiológicos, enfermedades, etc. Por lo que se puede apreciar; se ha estudiado ampliamente la anatomía, fisiología y farmacología del dolor. Un gran avance es el descubrimiento de las vías nerviosas descendentes que se originan en el tronco cerebral y bajan a la médula espinal modulando la actividad nociceptiva espinal. Los estudios con registros magnetoencefálicos en seres humanos con amputación de miembros y dolor de extremidades fantasmas han suministrado evidencias de cambios funcionales en la corteza somato sensorial primaria modulados a través de los impulsos nociceptivos.

4. Conclusiones

Como en un principio se había acotado, en la constitución biotípica del ser

humano, se observan realmente diferencias interindividuales psicológicas y fisiológicas que pueden ser evaluadas a priori y permitir pronosticar el comportamiento de los pacientes ante situaciones de ansiedad por la proximidad de un acontecimiento crítico quirúrgico, el cual en su recuperación necesariamente estará presente el dolor. Como también es innegable de que existen distinciones entre grupos de individuos que se manifiestan por las características socioculturales y que pueden determinar, en última instancia, la conducta a adoptar frente al dolor, aquí resaltamos los niveles de aceptación o resistencia que cada persona tiene frente al dolor, resaltando en porcentajes mayores esta resistencia en el género femenino, frente al masculino.

Es así que se hace necesario para el estudio más completo de este fenómeno precisar la influencia de las motivaciones, intereses y valores de los sujetos en la respuesta al dolor; explorar diferentes técnicas de medición de los umbrales de dolor y otras técnicas como el análisis espectral del ritmo cardíaco y la estimulación de los reflejos bazarreceptores para estudiar el equilibrio neurovegetativo antes y durante la experiencia dolorosa.

5. Referencias bibliográficas

- Barber, J. (1998). *La psicología clínica específica en el control del dolor*. Mexico D.F. SDC.
- Beck, L. (1991). *El uso de terapias alternativas en el control del dolor*. España: Normandia.
- Bruehl S, Carlson R, Wilson F, Norton A, Clough G, Brady J. (1996). *El psicoanálisis como aplicación en el control del dolor en pacientes hipersensibles*. España: Barcelona.
- Fuller BF. (2007). *Los umbrales del dolor en niños, En la Sociedad Pediatrica de Neurocirugía*. Italia: Gudess
- Greisen J., Juhl C., Grofte T., Vilstrup H. (2006). *La inducción de la insulina y los anestésicos en pacientes quirúrgicos*. Washington: Wiley.
- Le Bars, D., Gozariu M., Cadden SW. (2009) *Técnicas de reanimación en casos críticos de accidentes de tráfico vehicular*. España: Macmillam.
- Ovechkin, A.M. (1999). *Estudio de la analgesia acupuntural: ansiedad y autovaloración en extracciones dentales*. Rev. Cubana Med Militar (pp34 – 42). Cuba.
- Rodriguez, J. R.,(2011) *Psicología del desarrollo humano*. Bolivia: La Paz
- Rodriguez, J.R., (2012) *La psicología en la aplicación odontológica*. Bolivia: El Alto
- Taylor, M.(2001) *Manejo post-operatorio en pacientes con cirugías mayores*. Nueva York: Volumen académico.

INTOXICACION POR SULFATO FERROSO Intoxication for ferrous sulfate

Quisbert S.¹

¹ Docente de la Carrera de Enfermería. Universidad Pública de El Alto.

Abstract

The sharp intoxication for iron is a medical urgency potentially lethal in children, it causes serious lesions in different organs, Its toxicity range includes effects on the gastrointestinal, cardiovascular system, metabolic effects and on the central nervous system, even the death if it is not immediately, it is important to mention that the caused damages will be in connection with the ingested quantity. The diagnosis is carried out mainly with the clinic and laboratory which indicated abnormal values of iron in blood, the quick treatment with Desferoxamina, it allows the easy iron elimination.

The intoxication for ferrous sulfate should be assisted quick and immediately, It is one of the main intoxication causes in the pediatric age, mainly for accidental ingest. In the mature age it is almost always an uncommon situation related with intents of suicides.

Key words: Intoxication with Iron, Desferoxamina, Ferrous Sulfate

Resumen

La intoxicación aguda por hierro se trata de una urgencia médica potencialmente letal en niños, provoca lesiones graves en diferentes órganos, Su rango de toxicidad incluye efectos sobre el sistema gastrointestinal, cardiovascular, efectos metabólicos y sobre el sistema nervioso central, incluso la muerte si no se trata inmediatamente, es importante mencionar que los daños ocasionados estarán en relación con la cantidad ingerida. El diagnóstico se realiza principalmente con la clínica y laboratorio el cual indicara valores anormales de hierro en sangre, el tratamiento rápido con Desferoxamina, permite la fácil eliminación de hierro.

La intoxicación por sulfato ferroso debe ser atendida rápida e inmediatamente, Es una de las principales causas de intoxicación en la edad pediátrica, sobre todo por ingesta accidental. En la edad adulta se trata de una situación infrecuente casi siempre relacionada con intentos de suicidios.

Palabras claves: Intoxicación con hierro, Desferoxamina, Sulfato Ferroso

Moderado: 300 - 500 mg/dl
 Grave: 1000 mg/dl. Los valores máximos se encuentran entre 2 y 6 horas pos ingesta y disminuyen después de 6 horas.

Comparaciones:

Presentaciones: Sulfato ferroso (sulfato de hierro) es la sal hidratada $\text{FeSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$, es una sal hidratada, contiene un 20% de hierro. Sulfato ferroso anhidro (contiene 30% de hierro elemental). Fumarato ferroso (contiene un 33% de hierro elemental). Gluconato ferroso (contiene el 12% de hierro). La dosis efectiva de estos

preparados está basada en el contenido de hierro.

Dosis profiláctica:

1-2 mg/kg/ día

Dosis de tratamiento:

4-5 mg/kg/ día

Cinética del hierro

Absorción: se produce estando en su forma ferrosa a nivel de duodeno.

Las formas férricas son reducidas por el HCl a ferrosas a nivel gástrico.

Distribución: transportado en la sangre, unido a la proteína "transferrina".

Eliminación fecal, biliar, urinaria y por flujo menstrual.

CUADRO CLÍNICO DE INTOXICACIÓN POR HIERRO

ESTADIO	EFFECTOS	INICIO DEL SINTOMA	CUADRO CLINICO
I	irritación de la mucosa gástrica	30 min a 2 hrs.	nauseas vomitos, dolor abdominal, diarrea, hemorragia digestiva
II	Deposito de hierro en la mitocondria y diversos órganos	4 a 6 hrs hasta 12-24 hrs después de la ingesta	Recuperación transitoria
III	Lesiones celulares	12 a 48 hrs después de la ingesta	Hemorragia gastrointestinal, hepatotoxicidad, acidosis metabólica, hiperglucemia, choque y coma.
IV	Cicatrización de lesiones	2 a 4 hrs después de la ingesta	Estenosis pilórica y cirrosis hepática
V	Obstrucción intestinal por cicatrices a nivel píloro	4 a 6 semanas después de la ingesta	Dolor abdominal persistente.,

Fuente: Elaboración propia

Es importante también solicitar una radiografía simple de abdomen, que confirma, el diagnóstico y la severidad del cuadro clínico, valora indirectamente la presencia de hierro en el tracto gastrointestinal como material radio-opaco, y permite valorar perforación intestinal si se presenta

Tratamiento: 1. Establezca vía respiratoria y mantenga la respiración. 2. Evacuación gástrica: Lavado gástrico con Bicarbonato de Sodio: El bicarbonato forma complejos solubles con el hierro generando "carbonato ferroso", con lo que se disminuye su absorción. Cantidad a utilizar en niños: 5 ml/kg.

del tratamiento. La radiología, es otro examen complementario útil para diagnosticar esta patología.⁽⁸⁾

Una vez diagnosticado el cuadro, se lo puede tratar según la gravedad de este; dentro de los tratamientos tradicionales, se tiene el uso de calzados correctores o plantillas correctoras, en todos los casos; mientras que en la actualidad el uso de estos zapatos, se reserva sólo para los cuadros dolorosos, y si el pie plano es flexible se recomienda el uso de zapatos normales, zapatillas deportivas con o sin plantillas y la resolución espontánea de este con ayuda de ejercicios. En los casos muy severos se realizaran las cirugías correctivas.⁽⁸⁾

Planteamiento del problema

El pie plano se constituye actualmente en uno de los principales motivos de consulta del médico general, pediatra, ortopedista y traumatólogo infantil, pese a que el pie plano en algunas circunstancias es de base fisiológica y puede resolverse de manera espontánea, también es muy importante reconocer aquellas situaciones en las cuales esta enfermedad tiene mayor gravedad y requiera un tratamiento oportuno o condiciones en las que pueda tornarse discapacitante, llegando a requerir tratamiento quirúrgico, para evitar secuelas irreversibles.

La prevalencia del pie plano es muy variable dependiendo de la edad, en algunos países como Chile es de 22% en menores de 1 a 15 años; en México la prevalencia en pre escolares es de 31,9% y en Cuba de 60,4% niños de 3 a 5 años. Los estudios realizados en estos países han permitido conocer las características de esta patología y de esta manera realizar un buen diagnóstico temprano y oportuno que permita

prevenir sus repercusiones biomecánicas y funcionales a nivel de las articulaciones comprometidas.⁽²⁴⁾

En Bolivia no existen estudios sobre la prevalencia del pie plano por todo lo expuesto es necesaria la realización de un trabajo sobre este tema, que permita conocer sus características clínico epidemiológicas, para una adecuada prevención de futuras complicaciones.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de pie plano en niños de 3 a 11 años, en la Escuela de Deportes de la ciudad de La Paz, en el año 2011?

Objetivo general

Determinar la prevalencia del pie plano en niños de 3 a 11 años de edad, de la Escuela de Deportes de la ciudad de La Paz en el año 2011.

Objetivos específicos

Conocer la frecuencia de pie plano de acuerdo a sexo y grupo etáreo.

Determinar la prevalencia de pie plano de acuerdo al deporte practicado.

Identificar la prevalencia de pie plano según el estado nutricional.

Relacionar la presencia de pie plano con el estado nutricional.

2. Diseño metodológico

Tipo de estudio; estudio observacional descriptivo de corte transversal.

Población, la población estuvo constituida por todos los niños de 3 a 11 años de edad, inscritos en la Escuela de Deportes, de la ciudad de La Paz, que cumplieran con los criterios de inclusión.

3. Tomar muestras para determinar nivel de Hemoglobina, Leucocitos, Hierro sérico, concentración de electrolitos y hemoclasificación. 4. Radiografía de abdomen si sospecha riesgo de perforación gástrica. 5. Iniciar Líquidos endovenosos para corregir trastornos hidroelectrolíticos y la deshidratación, mantener la tensión arterial y transfundir si es necesario. 6. Ranitidina IV: evita la absorción del hierro disminuyendo la acidez gástrica. 7. Antídoto: Desferoxamina IM cada 6 horas, Casos graves 15 mg/kg/h IV lenta en DAS durante 12 horas

Tiene una acción quelante al unirse al hierro. Forma con el hierro un complejo soluble llamado "feroxamina" que es de fácil eliminación renal. Un gramo de desferoxamina quema 85 mg de hierro férrico.

Precaución: produce hipotensión.

Presentación: DESFERAL. Amp x 500 mg.

Principios del tratamiento de urgencia

El primero y más importante de los principios por aplicar en casos de intoxicaciones tratar en primer término al niño, y no el compuesto tóxico. Ello implica prestar atención inmediata a las medidas de sostén de la vida, incluidas las respiratorias o circulatorias, así como el control de convulsiones.

El primer paso es la interrupción de la exposición a la sustancia tóxica.

El segundo la identificación (inicio de tratamiento). El tercer paso la extracción de la sustancia tóxica (lavado gástrico) El cuarto paso tratamiento sintomático. El quinto paso apoyo emocional al niño y familia, prevención de las recurrencias, etc.

3. Conclusión

La intoxicación por hierro en niños generalmente es de causa accidental, la frecuencia de intoxicaciones por sulfato ferroso en países como Argentina, Chile es bastante frecuente y es tratada como una urgencia médica. En nuestro país no se tienen estimaciones de la frecuencia con la que se presenta pero si se reportan casos que fueron graves.

Por lo cual es considerada como una urgencia médica, esto debido a que hay una fácil disponibilidad de fármacos que contienen hierro y que se encuentran en las casas. Ingestión de preparados prenatales que se encuentran al alcance de los niños, que parecen "tabletas de chocolate"

Es importante mencionar que el hierro es tóxico en estado libre, en el organismo, se une a proteínas como la ferritina y la transferrina para evitar el daño tisular. En una intoxicación las proteínas se saturan y el hierro queda libre provocando lesión cáustica en la mucosa gastrointestinal y produciendo daño grave a otros órganos sistemas, cardíaco, metabólico, sistema nervioso central.

El manejo y tratamiento debe de ser de inmediato en lo posible utilizar los antídotos específicos como la Desferoxamina, entre otros bicarbonatos de sodio, jarabe de ipecacuana, con el objetivo de evitar efectos dañinos del hierro y facilitar su eliminación.

4. Referencias bibliográficas

- Arrieta Clerigue N. *Antídotos más utilizados en intoxicaciones pediátricas*, Santiago Mintegui Grupo de Trabajo de Intoxicaciones, manual de intoxicaciones en pediatría, Edición n° 1 Madrid, Ergon, C/Arboleda 1, 28220 Majadahonda ,2003 pag. 15-151.
- Brodkin E, Copes R et al. Lead and mercury exposures: interpretation and action. CMAJ Canadian Medical Association Journal 2007; V 176 (1); 59-63.
- Curci O. *Sales de hierro*. En: Cursi O. Toxicología. 3ª Ed. Buenos Aires: La Prensa Médica, Argentina, 2008: Pág. 252-255
- Díaz M., Cabrerizoa S; *Sulfato ferroso intoxicación grave con un medicamento de empleo frecuente*, Arch Argent Pediatr 2011;V. 109N.1:e 1-3
- Donna L. Wong,R.N. m.N. *tratado de pediatría Pediátrica* .Ed. interamericana, México, 4ta Edición. Pg, 431-9
- Martínez M, Ortega R, Blázquez R. *Intoxicación por sales de hierro: Como gesto autolítico*. Revista Clínica de Medicina de Familia. Rev. Clin. Med. Fam. 2009; Albacete jun. V2 pg.7
- Perrone J. Iron. En: Hoffman R, Nelson L, Howland M, Goldfrank L, et al. Goldfrank s. *Manual of toxicologic emergencies*. Nueva York: Mc Graw Hill, 2007. Pág. 342-350
- Sandoval O. *Intoxicaciones en Pediatría*. En Tamayo L., Mazzi E. Díaz M. Aranda, Bartos A. Peñaranda, EDS. Texto de la Cátedra de pediatra 4ta ed. La Paz. Elite Impresiones 2010 p. 303-7
- Salazar V, Patino C, Intoxicación aguda por hierro en un lactante menor. Rev. bol. ped. La Paz jun 2008; V47 N.2
- Sandoval O. *Intoxicaciones en Pediatría*. En Tamayo L., Mazzi E. Díaz M. Aranda, Bartos A. Peñaranda, EDS. Texto de la Cátedra de pediatra 5ta ed. La Paz. Elite Impresiones 2010 p. 241-7
- Teres N. *Intoxicación. Medidas específicas*. En: Manual de Actuación y Protocolos en Urgencias. Toledo: FISCAM; 2007.
- Seoane E. *Intoxicación en la unidad de cuidados intensivos del hospital del niño* Dr. Ovidio Aliaga Uría .Rev. Sociedad Boliviana de Ped. 2004; V 43 N 3: pág. 144-148.
- Teres N. *Intoxicación. Medidas específicas*. En: Manual de Actuación y Protocolos en Urgencias. Toledo: FISCAM; 2007.

FACTORES QUE DETERMINAN LA CALIDAD DE ATENCION DE ENFERMERIA

Factors determining the quality care nursing

Coaquira S.¹

¹ Docente de la Carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

Abstract

The quality of care is an essential element that is used to evaluate the effectiveness and efficiency effectiveness of health services, we reviewed several definitions of quality of care, it is considered as the achievement of the desired results on the health of individuals and society in general. It is very important to the quality assessment for health policy definitions, since the beginning of its application are mentioned structure analysis methods, processes and outcomes. It also describes the factors that determine the quality of nursing care, sets forth the components of quality, quality assurance in nursing is the process by which establishes a set of rules, policies, techniques, procedures and standards that guide activities and procedures to control, timely detect the deviations and take corrective actions to achieve a degree of excellence in nursing care, indicators are instruments for measuring quality in health services. Through studies on the factors that determine the quality of nursing care were identified several problems such as workload, working conditions, wages, interpersonal relationships and lack of application of the nursing process, the to improve through continuous improvement program in nursing services for which we will consider professional practice, health and safety, resource utilization, patient opinion and professional satisfaction.

Keywords: Attention, quality nursing factors

Resumen

La calidad de atención es un elemento esencial que sirve para evaluar la eficiencia efectividad y eficacia de los servicios de salud, se revisaron varias definiciones sobre la calidad de atención, se considera como el logro de los resultados deseados en la salud de los individuos y en la sociedad en general. Es muy importante la evaluación de la calidad para definiciones de políticas de salud, desde los inicios de su aplicación se mencionan métodos de análisis de estructura, procesos y resultados. También se describen los factores que determinan la calidad de atención de enfermería, se enuncia los componentes de la calidad, garantía de calidad en enfermería que es el proceso mediante el cual se establecen una serie de normas, políticas, técnicas, procedimientos y estándares que guían las actividades y permiten controlar los procedimientos, detectar de manera oportuna la desviaciones y tomar medidas correctivas para lograr un grado de excelencia de los

cuidados de enfermería, los indicadores son instrumentos para medir la calidad en los servicios de salud. A través de los estudios realizados acerca de los factores que determinan la calidad de atención de enfermería se identificaron varios problemas como ser la carga laboral, condiciones de trabajo, salarios, relaciones interpersonales y la falta de aplicación del proceso de atención de enfermería, con el objetivo de mejorar mediante el programa de mejora continua en los servicios de enfermería para lo cual se tomará en cuenta la práctica profesional, prevención de riesgos, utilización de recursos, opinión del paciente y satisfacción de los profesionales.

Palabras claves: Atención, calidad, enfermería, factores

1. Introducción

Este artículo pretende dar a conocer los factores que influyen en la calidad de la atención de enfermería, a través de la revisión bibliográfica e investigaciones realizadas para mejorar la calidad de atención a los usuarios que acuden a los servicios de salud. Ya que actualmente se percibe insatisfacción de los usuarios por la atención proporcionada por parte del personal de enfermería.

La calidad en la atención de enfermería es un concepto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, afín de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y para asegurar su continuidad.

Los principales componentes del cuidado que hacen posible alcanzar dichos objetivos son carácter tangible, fiabilidad, rapidez, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, oportunidad, comunicación, conocimiento de la situación del paciente.

La comisión Internacional de enfermería define la calidad de los servicios de enfermería como "La atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda, el personal de enfermería de acuerdo con estándares

definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios "lo cual requiere de una planeación óptima, que el cuidado sea efectivo y seguro. Las intervenciones seguras tienen la capacidad de producir un impacto positivo sobre la mortalidad, morbilidad, incapacidad y complicaciones en los usuarios y determinan la garantía de calidad de cuidado. No obstante, para que dicha garantía esté implícita en las actividades de enfermería, es necesario desarrollar la gestión para la calidad del cuidado.

La garantía de calidad de acuerdo con Donabedian es "el conjunto de arreglos y actividades que tienen como fin salvaguardar, mantener promover la calidad de atención. Este concepto no solo se refiere al costo eficacia de los servicios sino que hace posible que estos concuerden con las necesidades de los pacientes y optimiza los recursos

humanos, materiales y económicos disponibles. es necesario contar con un sistema de evaluación continua de los factores que afectan la calidad, así como un sistema de auditorías periódicas.

Para medir la calidad se utilizan los indicadores y los estándares son instrumentos que sirven como referencia para evaluar si la calidad de la asistencia corresponde a una práctica profesional aceptable. Es importante la gestión de calidad del cuidado de enfermería porque se trata de administrar recursos necesarios, los responsables de esta actividad son los que dirigen los servicios de enfermería, en las diversas instituciones de salud, que otorgan cuidados de diferente nivel y clasificación, que conozcan, analicen e incorporen los elementos conceptuales para la gestión del cuidado y desarrollen sus propios modelos de gestión de acuerdo con las políticas, misión, visión y entorno institucional.

2. Metodología

En la revisión de las diferentes teorías, existen varias definiciones acerca de la calidad de la atención para Donabedian, es el cambio en el estado de salud actual y futuro del paciente que puede atribuirse a la atención precedente en salud". Según OMS la calidad de atención "Es asegurar que cada paciente reciba servicios de diagnósticos, terapéuticos mas adecuados para conseguir una atención optima y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente".

Para obtener este resultado es necesario tomar en cuenta algunos aspectos importantes como ser:

Los componentes de la calidad asistencial, que los servicios de salud sean adecuados, accesibles, el personal debe tener niveles óptimos de conocimientos y habilidades, las relaciones personales son elementos muy importantes consiste en respetar las creencias, valores, opiniones de pacientes, el buen trato durante la atención de parte del personal. Otro componente importante es la seguridad que debe brindar los servicios de salud así como las instalaciones que reúnan las condiciones necesarias, el componente comodidad son las instalaciones, espacios físicos, mobiliario y comunicaciones, quiere decir si el servicio cuenta con teléfono y otros medios de comunicación. Finalmente el componente satisfacción que es importante para el personal de enfermería y para el paciente.

Para lograr la calidad de atención se debe aplicar el control de calidad de estructura, proceso y resultado que son enfoques de valoración de calidad. El control de calidad es evitar a que se produzcan errores, valora el estado de calidad y mantiene en niveles óptimos, servicios de salud con cero errores y abarca a todas las áreas, servicios de la institución y comprende a todo el personal. Es necesario que los servicios de salud elaboren programas de garantía y mejora de la calidad asistencial para lo cual se debe tomar en cuenta los siguientes aspectos: Asignar responsabilidad, Delinear ámbitos. Identificar aspectos

- Definir indicadores
- Establecer estándares
- Recoger información
- Evaluar diferencias producidas
- Adaptar medidas
- Asegurar mejoras
- Comunicar la información

Las enfermeras y la calidad de atención desde el inicio de la profesión con Florence Nightingale, quien enunció que las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados. El lugar que ocupan las enfermeras en los servicios de salud hace de este grupo profesional un importante elemento en la definición y consecución de niveles adecuados en la calidad asistencial. Los cuidados de los enfermos son parte sustancial del contexto total, también se considera que todos los profesionales mantengan elevados niveles de competencia.

El análisis de la estructura de la institución consiste en verificar la disposición física de los espacios asistenciales, administrativos y si el personal es suficiente, este análisis es un método directo de la valoración de la calidad que proporciona datos sobre el funcionamiento de un servicio, el análisis del proceso es la actuación de los profesionales y si los procedimientos aplicados fueron adecuados. el análisis de los resultados evalúan las actividades realizadas por el personal de la Institución. También se debe tener indicadores de calidad que son parámetros para medir la calidad de atención.

Los indicadores de estructura son los protocolos, normas, registros de actividades y personal. Los indicadores de proceso son pacientes atendidos, técnicas realizadas y cuidados

específicos. Los indicadores de resultado son los beneficios producidos en el paciente, aplicación de cuidados de enfermería, cambios observados en el paciente y la opinión de los pacientes.

Los servicios de salud deben buscar la calidad total que implica obtener la atención sanitaria por este motivo incluye decisivamente en la calidad global por la que se valora la calidad de atención en una institución. En primer lugar hay que destacar las acciones del personal de enfermería en los servicios de salud. En segundo lugar el volumen de trabajo del personal de enfermería. En tercer lugar en las modernas instituciones de salud hay que tener en cuenta que cada vez mas, las enfermeras tienen la capacidad de planificar, ejecutar y evaluar sus acciones profesionales en un contexto de autonomía y responsabilidad profesional.

Gestión de calidad del cuidado

Es la administración de todos los recursos, necesarios y disponibles, con el propósito de crear y desarrollar la estructura que brinda cuidados de enfermería óptimos, eficaces, oportunos y humanos con niveles de calidad que siempre tiendan a la excelencia.

3. Resultados

Los factores que determinan la calidad de atención de salud son: El factor estructural se refiere a la capacidad del servicio para proveer una atención adecuada. Se califica en términos de realidad de la estructura física del servicio, en número y la calidad del

personal, la adecuación del material técnico y la eficiencia de la organización.

El factor proceso de la atención, se refiere al número y tipo de actividades ejecutadas y evaluadas, de acuerdo con normas profesionales previamente establecidas como los cuidados de enfermería.

El factor resultado del proceso de provisión de servicios, son los efectos del proceso de la atención en el estado de salud y bienestar de los pacientes como ser la satisfacción del usuario

Factores que influyen la calidad de atención de enfermería

Código de ética

Educación sobre y para la calidad

Información al usuario

Sistema de mejora continua

Reconocimiento del desempeño de las personas e instituciones

Estandarización de los procesos

Monitoreo de resultados

Certificación de individuos y organizaciones

Racionalización estructural y regulativa

Participación social.

Estudios relacionados

Algunos estudios acerca de los factores que determinan la calidad de atención de enfermería se mencionan a continuación. Según Moreno (1997) en un estudio revela que la percepción de calidad de cuidado que proporciona el personal de enfermería es producto de una serie de factores de higiene como: condiciones laborales, salarios y relaciones interpersonales.

Taylor en 1989 (citado por Hoelsing y Kirk en 1990). Entrevistó a un grupo de pacientes, quienes identificaron tres tipos de cuidado de calidad en la práctica de enfermería, como calidad el contar con

personal adecuado a que la enfermera atienda al paciente la mayor parte durante su hospitalización, el medio ambiente del paciente debe ser limpio, recibir atención de enfermería con conocimiento y habilidad técnica.

Otro estudio realizado por Sierra (2002) indica que el trato que proporciona enfermería presentó asociación significativa con la satisfacción del paciente.

En México (2011) estudio realizado por la universidad de Santa Ana. Concluye que el 70 por ciento del personal de enfermería no brinda una atención con calidad y calidez al usuario. Se debe guiar por normas y principios éticos como el respeto a las personas, beneficencia, efectividad e integridad. También indicaron que los expedientes clínicos en un 50% no contienen la hoja de anotaciones de enfermería.

En Colombia Rojas (2010), presenta un estudio en la unidad de terapia intensiva, donde explica que la falta de tiempo durante el turno, el personal solo se dedicaba a la administración de medicamentos. Esto es un factor determinante para no aplicación del PAE. Ya que es una herramienta científica para dar el cuidado de enfermería con calidad.

Otro estudio del Instituto Mexicano del Seguro social (2012) menciona que la carga de trabajo del personal de enfermería si influye en la calidad de atención y no así la motivación.

Estudios relacionados en Bolivia

Según Mendoza y Ávila (2006) presentaron un estudio en la que revela, que la infraestructura no es adecuada, número de personal inadecuado, falta de protocolos de atención, personal no entrenado para prestar atención a los pacientes geriátricos.

4. Conclusiones

Después de realizar una revisión bibliográfica y de análisis de estudios realizados, se llega a la siguiente conclusión acerca de los factores que determinan la calidad de atención de enfermería los cuales son la carga laboral, salarios bajos, relaciones interpersonales el trato, la falta de aplicación del PAE. En Bolivia, algunos estudios señalan que la infraestructura de las instituciones de salud no son adecuados, no existen personal suficiente, ni instrumentos para realizar evaluación de la calidad de atención. Después de identificar estos problemas las instituciones de salud deberían aplicar la gestión de calidad para una mejora continua.

5. Referencias bibliográficas

- Ariza Olarte Claudia (2008). *Calidad del Cuidado de Enfermería al Paciente Hospitalizado* 1ra. Edición – Bogotá.
- Donabedian, A(1989). *La Calidad de la Atención Médica, Definición y Métodos de Evaluación*.
- Esteban A,(1988). *El Control de la Calidad Asistencial una Responsabilidad Compartida*, Revista Clínica España. 182:166.
- Gutiérrez R. Rubio, M. Fernández J. Navarro C. (2004). *Calidad Asistencial*: Revista :19(2)88 – 91.
- Mendoza Sassi, R.S Béria, J.(2001). *Utilización de los Servicios de Salud : Una revisión sistemática sobre los factores relacionados*.
Codernos de Saúde Publica 17 (4) ,819-832.
- Montiel Morales G. (1988), *Evaluación de la Calidad de Atención de los Servicios de Enfermería*, México DPS – CIES.
- Organización Mundial de la Salud: *Calidad Asistencial en los Servicios Sanitarios. Control de Calidad Asistencial* 5, 1, 22-26.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Informe sobre la Salud en el Mundo*.
- Ortega Suarez (2009). *Manual de Evaluación de la Calidad del Servicio de Enfermería*. 2 da. Edición. Editorial Médica Panamericana.
- Otero H, (2008). *Hacia una Comunicación Efectiva y Humanista en Ámbitos de Salud*. Revista de Ciencias Médicas de la Habana.
- Riberos, J & Berne, C(2007). *Análisis de la Opinión de Usuarios sobre la Calidad Percibida y Satisfacción con Hospitales Públicos*: Estudios de caso desde la Perspectiva de la Aplicación
<http://www.Enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv2-13.pdf>
<http://webcache.googleusercontent.com/search>
<http://docs.Google.com/view?as-v&9-cache>
<http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid-s1012>

LA FORMACION EN VALORES ETICO MORALES EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ENFERMERIA

Values education in students moral and ethical nursing career

Apaza P.¹

¹ Docente de la Carrera de Enfermería. Universidad Pública de El Alto.

Abstract

This work considers some aspects of moral ethical values to be observed in the training and development of future nurses.

The formation of these values should be strengthened during the time of their formation, as a professional is often under the influence of a range of professional and personal values in their relationship and care to patients who come to seek his services as a professional nurse.

The university as training human resources will respond to the health needs of the population should consider the inclusion of values as a cross-cutting in every career college career particularly those that serve as racing area particularly health and nursing career.

Keywords: Education, values

Resumen

El presente trabajo considera algunos aspectos relacionados con los valores ético moral que se deben observar y desarrollar en la formación de la futura profesional de enfermería. La formación de estos valores debe fortalecerse durante el tiempo de su formación ya que como profesional estará frecuentemente bajo la influencia de una escala de valores profesionales y personales en su relación y atención a los pacientes que acudan a solicitar sus servicios como profesional enfermera.

La universidad como formadora de recursos humanos que vayan a responder a las necesidades de salud de la población debe considerar la inclusión de los valores como una materia transversal en todas las carreras de la universidad particularmente en aquellas que carrera que brindan servicios como las carreras del área de la salud y particularmente la carrera de enfermería.

Palabras claves: Formación, valores

1. Introducción

Estamos viviendo una época en la que se han dejado atrás los valores y principios que deben regir la vida de cada persona, especialmente de la estudiante de enfermería que por la naturaleza de la profesión debe estar en contacto con personas que necesitan su ayuda, no es extraño observar y escuchar por los medios de comunicación situaciones en las que tanto hijos como padres y terceros ejercen violencia unos contra otros, la prensa de crónica roja está llena de ellas. En lo que respecta a los profesionales del área de la salud se denuncia por parte de los usuarios maltrato a los pacientes/clientes y negligencia, ¿a qué se debe esta situación?, ¿la estudiante de la carrera de enfermería está fortaleciendo valores que vayan en beneficio propio y de los usuarios de los servicios de salud? ¿Qué valores debe desarrollar la/el estudiante de la carrera de enfermería?

2. Metodología

Parto de lo siguiente: Básicamente la educación sobre los valores ético morales se inicia en el seno familiar desde que el niño nace, prolongándose en el tiempo, sin embargo es crucial en la infancia y la etapa escolar tiempo en el que el niño asimila todo lo que ve y escucha, su consciencia ética se va desarrollando a través del tiempo. Al nacer los niños no son buenos ni malos, desconocen las reglas, las normas de la ética y los valores de la familia y la sociedad en la que nacieron, por lo tanto son los padres los que juegan un rol determinante en la inculcación de los valores ético morales no solo de forma oral sino especialmente de forma práctica, porque como lo dijimos líneas arriba el niño es como una esponja que absorbe todo lo que escucha y practican los padres

Los niños no diferencian lo malo de lo bueno, los actos correctos de los incorrectos, es con el pasar de los años que aprenden a diferenciarlos por eso es tan importante el papel de los padres y las personas de su entorno en la enseñanza de los valores, estos más tarde le permitirán desarrollarse y aprenderán a convivir en una sociedad más justa, más solidaria.

Cuando los padres muestren un comportamiento que transmita respeto, solidaridad, tolerancia, confianza, sinceridad, justicia hará que los niños aprendan y actúen respetando los mismos.

Los valores han estado y son parte de la humanidad, para el ser humano siempre han existido cosas valiosas como el bien, la verdad, etc., sin embargo el criterio para darles valor ha cambiado a través del tiempo, sin embargo valores como la justicia, solidaridad, responsabilidad por citar algunos no ha cambiado. Pero habrá que preguntarse. ¿Qué son los valores? Podemos decir que son normas de conducta según las cuales se comportan las personas y que están de acuerdo con lo que se llama correcto. El valor abarca contenidos y significados diferentes, puede referirse a una excelencia o a una perfección, por ejemplo se considera un valor decir la verdad en vez de la mentira, trabajar en vez de robar.

El proceso de valoración del ser humano incluye una serie de condiciones intelectuales y afectivas, las personas valoran al preferir, estimar, elegir una cosa en lugar de otras, al formular metas y propósitos personales. Las valoraciones se expresan mediante creencias,

intereses, sentimientos, convicciones, actitudes, juicios de valor y acciones.

Los valores ético morales constituyen un elemento de protección de los derechos de los individuos, en enfermería estos protegen tanto a los usuarios como a las enfermeras/os. La ética gobierna la conducta implica lo que es bueno o malo, lo que es una responsabilidad moral y una obligación, entonces para un desempeño exitoso la profesional enfermera no solo debe conocer los fundamentos de la ética sino practicarlos en el desarrollo de sus actividades y la vida cotidiana, para de esa forma constituirse en líder del equipo de salud.

La enfermería vive en un sociedad determinada en la que existen valores propios de una cultura estos valores tienen que estar o ser parte de las profesiones que tienen mayor interacción con la sociedad, entre las que se encuentra la enfermería por estar relacionada con la salud del ser humano, por eso la necesidad de la capacitación de la enfermera/o desde el punto de vista teórico práctico basado en principios, normas y valores.

Enfermería tiene como base principios ético morales como la dignidad, solidaridad, autonomía, responsabilidad, autoestima, equidad tolerancia, respeto, prudencia, justicia, compasión optimismo, disciplina, y compromiso con el individuo, familia y comunidad con el fin de mantener y promocionar la salud.

Estos valores fundamentales deben guiar el accionar de cualquier persona, pero en el ámbito de la educación superior especialmente en aquellas carreras que por las características de su profesión interactúan con la sociedad en su conjunto, donde la vida de un ser humano depende de la actuación de los futuros profesionales de la salud, particularmente

de la futura profesional enfermera deben estar presentes los valores aprendidos en la vida familiar y ser reforzados por los docentes de estas carreras, deben ser parte del currículo de la carrera de enfermería de manera transversal.

3. Conclusiones

La carrera de enfermería debe enfatizar algunos valores en la currícula de su formación, aunque debemos decirlo, los valores no se aprenden teóricamente sino que son una práctica constante, ya sea en el aula, el hogar o el lugar donde este, pero se considera que se pueda reforzar algunos de ellos que tiene que ver con la actuación de enfermería en diferentes servicios en los que la estudiante realizara sus prácticas tanto hospitalarias como comunitaria durante su formación y una vez que haya alcanzado su profesionalidad.

La estudiante de enfermería debe desarrollar la prudencia que le permitirá prever y evitar faltas, peligros, tomar decisiones acertadas, conservar la calma aun en situaciones difíciles y comprenderlos como es el caso en la atención de un paciente/cliente.

La prudencia es decidida, activa, emprendedora, comprensiva, hace que una persona tenga un trato justo, digno, lleno de generosidad, confianza con quienes la rodean. Podemos decir que la prudencia se manifiesta por la forma en la que uno se conduce no solo en la atención del paciente/cliente en el ámbito laboral sino en la vida diaria.

La mayoría de los desaciertos en la toma de decisiones y maltrato a las personas deriva de la precipitación, la emoción, el mal humor, una percepción equivocada de la realidad, la falta de información adecuada y completa, por lo que la falta de prudencia puede llevar a consecuencias lamentables tanto a nivel personal como social.

Cada una de las acciones deben estar dirigidos a salvaguardar la integridad física emocional de los demás en primera instancia como símbolo de respeto que debemos a todos los seres humanos y en especial al paciente/cliente que busca los servicios de la futura profesional enfermera.

El ser prudente no quiere decir que uno nunca se equivoca, mas al contrario, la persona prudente muchas veces a errado pero ha tenido la habilidad de reconocer sus fallas y limitaciones, aprendiendo de ellos rectifica, pide perdón y solicita consejo.

Cada persona, en esta caso particular, cada estudiante de enfermería puede alcanzar la prudencia recordando la experiencia pasada y reflexionando sobre lo que ha sucedido, si no ocurre esto lamentablemente la persona no podrá aprender a vivir, debe asumir las limitaciones con humildad trabajando para poder superarlas, discernir los hechos, confrontando un hecho con otro, ya que la experiencia es importante para actuar y tomar las mejores decisiones.

Otro valor a considerar es la justicia, consiste en el reparto equitativo de beneficios, evitando la discriminación en el acceso a los servicios sanitarios como a la atención por parte de la enfermera, este valor impone límites a la autonomía, pretende que la autonomía de un individuo no atente a la vida y libertad de

otras personas, es un valor que inclina a dar a cada uno lo que le pertenece.

La compasión es entendida como un sentimiento de ternura y lástima por los males y necesidades ajenas, porque se tiene compasión es que la estudiante de enfermería debe compartir y participar de las dificultades materiales, personales y espirituales que aquejan a los demás con el interés y la decisión de emprender acciones que los faciliten y ayuden a superar las condiciones adversas.

La estudiante de enfermería debe tener compasión por el sufrimiento de las personas que dependen de ella, situarse en el lugar del que sufre, del que se siente débil y vulnerable, necesitado de ayuda; sin compasión es imposible desarrollar la práctica de la enfermería.

La responsabilidad es la toma de decisiones en forma consciente y asumir las consecuencias de los actos, es la voluntad de cumplir con las obligaciones, normas, compromisos que uno contrae.

La responsabilidad es una obligación moral y/o incluso legal.

La responsabilidad es signo de madurez, ya que cumplir una obligación cualquiera no es agradable porque implica esfuerzo. Gracias a la responsabilidad se puede vivir pacíficamente y decir ¡deber cumplido!

En enfermería se es responsable por la salud y bienestar de quien nos ha sido encomendado, como es el paciente/cliente que requiere los servicios de enfermería.

El respeto es el valor que permite que una persona pueda reconocer, aceptar, apreciar y valorar las cualidades del prójimo y sus derechos, vale decir que el respeto es una forma de reconocimiento

del valor propio y de los derechos de los demás, es un aprecio y valoración de las cualidades de los demás ya sea por su conocimiento, experiencia o valor como persona.

El respeto permite que la sociedad viva en paz, en una convivencia sana en base a normas e instituciones, implica reconocer en sí y en los demás los derechos y obligaciones. La falta de respeto genera violencia y enfrentamientos.

La estudiante y futura profesional de enfermería debe tener respeto por la vida de las personas tanto de los que están enfermos como por la familia y la comunidad.

Optimismo, es el valor que nos ayuda a enfrentar dificultades y obstáculos con buen ánimo y perseverancia, es un arma poderosa que ayuda a conseguir las metas y deseos, que hacen descubrir lo positivo que tienen las personas y las circunstancias.

El optimismo es una actitud permanente de "recomenzar", de volver al análisis y al estudio de las situaciones para ver donde estuvieron las fallas, los errores, para poder corregirlos y superarlos.

Es el optimismo que nos hace tener una buena disposición hacia los demás, la persona optimista reconoce el momento para dar aliento, para motivar y para servir. El optimista encuentra en la adversidad un estímulo para superarse, encuentras en las equivocaciones y errores una experiencia positiva de aprendizaje.

La enfermera debe tener una actitud optimista ante toda situación, porque vendrán a solicitar sus servicios personas que han perdido toda esperanza que solo

quizás esperan la muerte, las enfermeras deben alentar a las personas a seguir adelante pese a las dificultades en la que se encuentren aquellos que buscan ayuda.

Disciplina, es una regla, orden, entrenamiento que corrige, moldea, da fortaleza y perfecciona, forma buenos hábitos, establece reglas personales que llevan al compromiso con uno mismo, es cumplir con las obligaciones haciendo un poco más de lo esperado, es la capacidad de actuar ordenadamente para conseguir un bien, este valor es básico y fundamental para desarrollar otras virtudes como la fortaleza, ante las adversidades, la estudiante de enfermería debe tener disciplina para tener excelencia académica e ir perfeccionando hábitos favorables para la salud, y constituirse en ejemplo de la población en la cual desarrollaran sus actividades profesionales.

Estos son algunos valores que deben desarrollar las estudiantes de enfermería para ser profesionales comprometidos con ellas mismas, con su profesión y con la sociedad a la que prestaran sus servicios, profesionales que no sólo sean excelentes técnicamente sino que ante todo ofrezcan un trato humanizado.

5. Referencias bibliográficas

<http://www.aquichan.unisabana.edu.co>

<http://www.emagister.com.curso-valoresmorales>

<http://www.proyectosalohogar.com/Diverso-temas/optimismo.htm>

LA ENFERMERA ANTE LA MUERTE

The nurse to death

Rocabado M¹.; Chuquimia E².

¹ Docente de la Carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

² Docente de la Carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

Abstract

Future nurse practitioners should be trained to listen, accompany and assist the patient in the difficult moments that precede death, as well as to collaborate to understand this fact to those who suffer the loss of their loved ones. (1). Both the nurses and the doctors are with death more often than most of the people in the normal course of their lives. This forces to reflect on the inescapable reality of the health-disease - death, cycle in order to understand a process in which nursing professionals, specifically, may be a response to a demand from society on health (2) this work aims to reflect on the role of the nurse to death in order to understand assume and joining, in nursing practice, this social reality often be denied but that happens every day, but even in the halls of hospitals.

Keywords: Feminine death; murder

Resumen

Los futuros profesionales en enfermería deben estar capacitados para escuchar, acompañar y ayudar al paciente en los difíciles momentos que preceden a la muerte, así como para colaborar a comprender este hecho a los que sufren la pérdida de sus seres queridos. (1). Tanto las enfermeras como los médicos se encuentran con la muerte con mayor frecuencia que la mayoría de las personas en el curso normal de su vida. Esto obliga a reflexionar sobre la realidad ineludible del ciclo Salud-enfermedad-muerte, a fin de comprender un proceso en el que los profesionales de enfermería, específicamente, pueden ser una respuesta a una demanda de la sociedad en materia de salud (2) Este trabajo tiene la finalidad de reflexionar sobre el papel de la enfermera ante la muerte con el fin de comprender, asumir y entroncar, en la práctica de enfermería, esta realidad social que suele ser negada pero que ocurre diariamente, mas aun en las salas de los hospitales.

Palabras claves: Enfermero, muerte

1. Introducción

La conservación de la vida, el alivio del sufrimiento y el restablecimiento de la salud están íntimamente relacionados con la enfermería. La sociedad

occidental exalta la salud, la vida y la juventud. La muerte es un tema que suele evitarse; incluso cuando es inminente, suele negarse. No obstante la muerte es un fenómeno constante que

ocurre en las salas de un hospital y en la comunidad. Por la naturaleza intrínseca de su trabajo, las enfermeras y los médicos se encuentran con la muerte con mayor frecuencia que, la mayoría de las personas en el curso normal de su vida; sin embargo, la frecuencia con que se encuentra no facilita el tener que afrontarla.

El comportamiento del profesional frente a los familiares de un paciente fallecido sea por muerte repentina o por una enfermedad prolongada, es una de las situaciones más difíciles en la práctica de enfermería. Esta situación inquieta particularmente al joven estudiante de enfermería que quizás nunca antes se haya enfrentado a esta realidad.

Para cualquier joven estudiante de enfermería, la muerte es un suceso trascendente en su vida, tal como es reprobado un examen, presenciar un accidente de automóvil, el divorcio de los padres, terminar las relaciones con un ser amado, los desastres ambientales y la pérdida de un miembro o parte vital de un cuerpo. En consecuencia, los sentimientos naturales de angustia del estudiante por la pérdida de un paciente son cosas que tienen que afrontar del mismo modo que el enfermo y sus familiares. Por ello, es útil que comprenda la naturaleza del proceso de la aflicción, a fin de estar más capacitado para manejar sus propias reacciones y poder ayudar a los pacientes y a sus familiares a satisfacer sus necesidades de consuelo. (3).

Los resultados de una investigación realizada en Querétaro el año 2006, sobre "La percepción del personal de enfermería sobre el proceso de muerte en pacientes terminales". (4) confirma en sus hallazgos que los profesionales en enfermería viven el proceso de muerte con miedo a la pérdida, manifestado con dolor, impotencia y tristeza. El dolor y la tristeza se relaciona con el tiempo de convivencia y lo que le significa el paciente. La impotencia de no poder

hacer más por el paciente ó de que no sirvió de mucho todo su esfuerzo, tiempo y recursos dedicados a su atención, y finalmente no saber cómo apoyar a la familia.

Los resultados anteriores demuestran concluyentemente que los profesionales de enfermería, a pesar de su experiencia, también son afectados por la muerte de sus pacientes, lo que confirma la necesidad de preparar a los estudiantes tanto científicamente como humanamente para escuchar, acompañar y ayudar realmente a cualquier persona en los difíciles momentos que preceden a su muerte, así como comprender y acompañar a los que sufren la pérdida de sus seres queridos.

El presente artículo pretende revisar aspectos importantes de la Tanatología, necesarios en la formación de los futuros profesionales en enfermería.

2. Análisis

Los dos extremos de la vida, el nacer y el morir, ofrecen quizá los problemas más frecuentes y más delicados desde el punto de vista moral.

La etapa final de la vida del ser humano era, en otros tiempos, poco complicada desde el punto de vista moral. En nuestra sociedad, debido al desarrollo técnico, y los progresos de la medicina, la fase última de la vida es objeto de controversias ético morales.

Aunque se suele decir que la muerte nos iguala a todos, la realidad nos ofrece imágenes muy variadas en relación con la muerte y el proceso que conduce a ella. Desde principios de siglo hasta hoy, las causas de la muerte han variado sensiblemente; antes tenían un gran peso

las enfermedades infecciosas o contagiosas (gripes, neumonías, tuberculosis etc.); ahora abundan las muertes por trastornos cardiovasculares, cáncer, accidentes de tráfico y han aumentado las enfermedades crónicas y degenerativas. (4) La esperanza de vida en relación a siglos pasados ha aumentado; merced a los progresos técnicos y a los mejores cuidados de la salud, por tanto la muerte viene con mayor lentitud y el proceso del morir se alarga.

La muerte ha cambiado de lugar: se muere en casa mucho menos que en otros tiempos y con mayor frecuencia en instituciones y centros de salud, lejos del hogar y la familia. El camino hacia la muerte se ve ahora mucho más marcado por la presencia de la técnica, especialmente en las unidades de cuidados intensivos. El clima que rodea la última fase de la vida suele ser acusado de mayor deshumanización que en el pasado. (5)

3. El proceso de la muerte digna

El interés por una muerte digna del ser humano representa, de por sí, una conquista moral. El imperativo ético de mirar por una muerte acorde con la dignidad personal se puede traducir en múltiples concreciones, en detalles pequeños o en atenciones básicas y amor.

Morir es una condición humana y la reflexión ante la muerte existe en todas las culturas desde el comienzo de la historia la realización de la finitud de la vida ha sido una fuerza poderosa e influyente sobre el hombre; sin embargo e inevitablemente no significa aceptación, ya que todos tenemos problemas emocionales frente a la muerte.

La expresión morir con dignidad, implica que existen muchas maneras de morir, unas más dignas que otras. Si cada día son más las voces que se alzan a favor de una muerte digna, es porque cada vez

la gente ve como algún conocido o familiar muere de forma inhumana, indigna y temen que les ocurra lo mismo, de ahí que esté proliferando en la gran mayoría de los países el conocido "Testamento Vital", en el que el paciente, en pleno uso de sus facultades y libremente, decide que no se le mantenga en vida, si ésta es considerada degradante e inhumana. (6)

El Término "Dignidad" (7) está referido a la excelencia, elevación, honor, nobleza, mérito que se otorga a la persona. Esta expresión puede ser considerada como redundante, pues el propio término "persona", considerado en sí mismo, apunta formalmente a subrayar la nobleza de aquello de lo que se predica. Sto. Tomás sostiene a este respecto, que la voz "persona" se reserva en exclusiva a los seres más excelentes (Dios, Ángeles, Hombres) y, justamente, para realzar su magnificencia. Kant, en su "Metafísica de las costumbres", se refiere a este concepto afirmando: "La humanidad misma es una dignidad, porque el hombre no puede ser tratado como un simple medio o instrumento, sino siempre como un fin; es en esto precisamente en lo que estriba su dignidad (personalidad)". Igualmente remite la dignidad a la autonomía de la voluntad y a la libertad.

La "Dignidad Persona" se hace patente en el hecho de que la persona se configura como una realidad única e irrepetible. Cada persona y en su conjunto aportan una auténtica novedad al conjunto de la creación. Esta argumentación nos lleva a deducir:

Toda persona, incluso plagada de taras y deficiencias, aporta al Universo una contribución única e irrepetible que hace de ella algo radicalmente irremplazable.

Toda persona tiene un derecho absoluto a ser considerada como un fin, por lo que no cabe ser subordinada a causa alguna, por muy alta que esta sea, si ello lesiona su dignidad constitutiva.

Tomando como referencia de partida esta breve argumentación existirían grandes dificultades para definir una formulación general y única de "muerte digna" o "buena muerte". Se podría afirmar que existen tantas opiniones acerca de lo que es morir con dignidad como individuos. En este concepto estarían comprendidas las opiniones de cada persona sobre el modo de vivir el proceso que culmina en la muerte, así como observaciones compartidas (socioculturalmente) sobre el hecho de la muerte.

Existen una serie de circunstancias que pueden frustrar la posibilidad de morir dignamente: un estado vegetativo o de coma irreversible, un dolor insoportable, una parálisis total, una demencia, una muerte traumática, pero también unas desmedidas e impersonales intervenciones sanitarias, que lo único que pretenden es prolongar una muerte segura, en aras de la ciencia o del "juramento Hipocrático" de luchar por la vida de todo ser humano hasta las últimas consecuencias. (8)

Resulta obvio que la vida es un derecho, pero jamás puede ni debe ser considerada como un deber. Nadie puede ser obligado a vivir en contra de su voluntad ni, tampoco, a tener que agonizar o vegetar, víctima de alguna enfermedad terminal, violentando la conciencia y el deseo en contra expresado por el propio enfermo.

El proceso de "muerte digna" se ve supeditado a múltiples factores. Entre estos, adquieren especial importancia los siguientes:

A) Solidaridad

Difícilmente se puede concebir el proceso del morir como digno sin una presencia solidaria de los demás, especialmente del profesional en enfermería ya que es el indicado de brindar las últimas atenciones.

El ser humano es un ser social, necesita de otras personas para ser él mismo en la vida, y esta condición es la misma en la etapa final. Todos los hombres en la última etapa de su vida, requieren una asistencia intensiva para poder tener una muerte digna de un ser humano. (10)

B) Alivio del dolor

El personal en enfermería es el indicado en la eliminación del dolor o al menos en su alivio. Colabora en un acercamiento a la muerte, en mejores condiciones humanas.

La prudencia humana y cristiana sugiere, para la mayor parte de los enfermos el uso de las medicinas que sean adecuadas para aliviar o suprimir el dolor. (9)

C) Asistencia de tipo psicológico

Un acompañamiento psicológico es siempre un buen servicio, principalmente ante la perspectiva de la muerte, porque no es extraño que en el proceso de morir aparezca la ansiedad, la depresión, la pérdida de la capacidad e independencia. El alivio de estos sufrimientos supone prestar atención al conjunto de la vivencia del paciente, lo cual implica que la enfermera tenga la disponibilidad de escuchar. (5)

C) Asistencia religiosa

La enfermera accede a atender esta exigencia debido al respeto a la persona enferma. (10)

D) Verdad al enfermo

Durante siglos la tradición médica ética no vio la necesidad de afirmar el derecho del enfermo a conocer la verdad de su situación, por el contrario, la norma general era el silencio, la discreción de la enfermera. Esta actitud se inscribe y se comprende dentro de la concepción de la profesión médica en las sociedades antiguas.

Una excepción a esta norma general, en los ámbitos cristianos, señalaba la obligación de avisar al paciente cuando se acercaba la hora de su muerte. Esta actitud estaba justificada por la necesidad de cuidar la preparación religiosa para la muerte y tomar disposiciones de tipo familiar u otros asuntos.

Fuera de esta excepción, en los grandes textos éticos se silencia un posible deber de informar al paciente. El Código de la asociación médica americana de 1847 apoya más bien algún tipo de engaño. La Declaración de Ginebra de 1948 no dice una palabra; y según el Código de la asamblea médica americana de 1957 la cuestión se debe dejar en manos del médico. (3)

E) Libertad

Una de las ideas más acentuadas en relación con una muerte digna es la necesidad de reconocer amplios espacios de libertad a la persona en decisiones que la afectan. Esta reivindicación de autonomía personal se afirma con mayor fuerza en dos tipos de decisiones: el derecho a rechazar la prolongación de la vida por medios extraordinarios, desproporcionados, carentes de sentido y la libertad para pedir la eutanasia. (5)

F) Otras atenciones

Existen múltiples molestias frecuentes en la etapa final de la vida, especialmente en una enfermedad larga: náuseas, vómitos, pérdida del apetito, estreñimiento, astenia, disnea, prurito, boca seca, problemas de incontinencia, insomnio, llagas por posición fija, problemas por sonda etc.

El alivio de estas molestias es importante para un bienestar aceptable de la persona. Un cierto confort material como un lecho adaptado, espacio suficiente, armonía en la habitación, un ritmo de vida adaptado a sus posibilidades, oportunidades de aislamiento e intimidad son también aspectos que pueden contribuir a que el morir de una persona transcurra en un contexto más acorde con la dignidad humana. (4)

G) Testamento vital

Es el documento que el interesado mismo da indicaciones sobre las decisiones a tomar ante una enfermedad final, puesto que no va a poder expresarse luego. La persona en el ejercicio normal de sus facultades psíquicas pide que se respeten determinados deseos suyos sobre cuidados de su salud. El deseo más constantemente expresado en estos documentos se refiere a la no prolongación de la vida por medios desproporcionados.

La vigencia del documento, empieza a regir cuando el paciente no se encuentra en condiciones de expresar su voluntad oralmente y su situación es irre recuperable. (4)

Cuidados paliativos

En 1967, Cecily Saunders, sentó las bases de lo que actualmente conocemos como Cuidados Paliativos/ Medicina Paliativa. Su propósito es el apoyo y el cuidado de las personas en las últimas fases de su enfermedad^ para que puedan vivirlas tan plena y confortablemente como sea posible. Los Cuidados Paliativos/Medicina Paliativa no son un conjunto de omisiones terapéuticas que buscan poner término a un sufrimiento y por ningún motivo debe

confundirse con la muerte asistida o la eutanasia.

Es una filosofía que encierra el concepto de morir con dignidad, que debe ocurrir en su momento, sin acelerarla, pero tampoco alargarla inútilmente y de una forma cruel. (13)

Entre los tratamientos para mantener la vida, uno de los que más debates está suscitando recientemente es el de la alimentación e hidratación artificial. La pregunta sobre su obligatoriedad, o de la licitud de suspenderla o de no acudir a ella, se puede plantear en situaciones muy diversas en enfermos próximos a la muerte: comatosos persistentes, enfermos con disminuciones importantes de vitalidad, pero cuya vida no corre peligro, etc.

Ya hace varias décadas autores católicos admitían la lasitud de la alimentación intravenosa en circunstancias particulares, partiendo del supuesto de que en ese caso no constituía un medio ordinario.

Dentro de la iglesia encontramos hoy dos puntos de vista. Por un lado el respeto a la vida humana exige continuar alimentando, incluso artificialmente, a los enfermos graves sin excluir a quienes se encuentran en coma irreversible, puesto que alimento e hidratación forman parte de los cuidados mínimos exigidos por la compasión. Por otro lado, diversos teólogos y filósofos sostienen que el recurso de la alimentación e hidratación artificial no implican la misma obligación moral de ingerir alimentos sólidos o líquidos. Constituye una técnica médica semejante a un tratamiento mas que cuidados esenciales. La Academia Pontificia de las Ciencias incluye en una declaración suya la alimentación dentro del concepto de cuidados no de tratamientos. (10)

B) Reanimación

Un paro cardíaco ocurre, en algún momento, en el proceso del morir de todo ser humano, cualquiera que sea la causa

de la muerte. De aquí que la decisión de reanimar o no al paciente presenta un interés potencial para todos. La historia de la reanimación va muy unida al desarrollo del instrumental médico, a los avances en anestesia, cirugía y a la investigación médica en general.

Derechos fundamentales de la persona moribunda.

El proceso de "Muerte Digna" de la persona requiere, por parte de los profesionales del equipo de salud, una actuación que favorezca la atención integral y que asegure el máximo bienestar al paciente (1-1,12). En dichos pacientes adquieren especial relevancia como argumentos dignificantes los derechos admitidos internacionalmente para todo paciente hospitalizado.

Entre ellos destacamos como fundamentales:

Derecho a la HOSPITALIDAD

Derecho a la INTIMIDAD (Interna y externa). Al Bienestar del paciente contribuye el marco de intimidad, tan difícil de conseguir en el hospital. Se deberán arbitrar las medidas necesarias que aseguren la adecuada intimidad al moribundo y seres queridos. Este aspecto es ya una realidad en hospitales que han creado unidades específicas de Cuidados Paliativos.

Derecho a la PERSONALIZACIÓN (atención individualizada).

Derecho a VIVIR ACOMPAÑADO EL PROCESO DE LA MUERTE. La familia es un factor fundamental de apoyo al paciente en fase terminal. El Centro favorecerá el contacto del paciente con

sus seres queridos. A veces la familia, por cansancio emocional, duelo, etc., se retrae de este compromiso. Es necesario ayudar a los familiares en las situaciones de dificultad, ya que su actitud es definitiva para la consecución del objetivo de una "buena muerte".

Derecho a SER INFORMADO siempre que lo desee.

Derecho a NO SER OBJETO DE EXPERIMENTACIÓN y ENSEÑANZA sin previo consentimiento.

Derecho a la ASISTENCIA ESPIRITUAL qué demande.

Derecho a MORIR EN PAZ y con el mayor nivel de bienestar. Es necesario que la persona siga siendo, en cierto modo, agente y no mero paciente, para lo cual es positivo que conozca y comparta las medidas terapéuticas y de cuidados a los que será sometido o sobre el modo de pasar el tiempo de vida que le queda.

4. Conclusión

La principal responsabilidad del personal en enfermería con respecto a los pacientes que están muriendo es ayudarlos a lograr una muerte apacible y con dignidad.

Los profesionales tienen que garantizar que el paciente sea tratado dignamente, con honradez y respeto debido a que los pacientes moribundos sienten a menudo que han perdido el control sobre sus vidas.

Las responsabilidades específicas del profesional de enfermería son:
Proporcionar alivio ante la soledad, el miedo y la depresión.

Mantener los sentimientos de seguridad, auto confianza, dignidad y autovaloración.

Mantener la esperanza.

Proporcionar bienestar físico y psicológico.

Tales puntos han de ser tomados en cuenta por los futuros profesionales en enfermería, los que en definitiva, necesitan una formación específica en cuidados a pacientes en situaciones terminales, que les ayude a enfrentarse a la muerte y a aportar una ayuda no sólo física sino psíquica y espiritual, que es lo que demandan en ese momento. (14)

5. Referencias bibliográficas

Kluber Ross, E. *La muerte: un amanecer*. Barcelona, Luciérnaga 1997 en Demandas ante un proceso de muerte. Rev. Electrónica: Enfermería Global, N° 1, Noviembre 2002. www.um.es/eglobal//.

Frutos, M. Iglesias, J.A. Calle, A. *La persona en el proceso de muerte*. Rev. Electrónica: Enfermería Global, N° 10, Mayo 2007. wwwum.es/eglobal//.

Winter Du Gas B., Sabara Marie Dugas B. (1979) *Tratado de enfermería practica*. Cuarta edición. México D.F: Editorial interamericana.

Vargas E., Galicia R., Martínez L. (2006) *La investigación y el desarrollo científico en Querétaro*, Memorias y mejores trabajos, Simposio.

Javier ElizariBasterra J.E. *Bioética*. (1991) 2° Edición. Madrid España: Editorial San Pablo.

Clavé, E. (2000) *Ante el dolor, reflexiones para afrontar la enfermedad y la muerte*, Madrid, Temas de hoy.

Kass LR. (1990) *Vivir y Morir con dignidad*. Revista de Medicina de la Universidad de Navarra

Julio-Septiembre; Vo. LXXXIV,
N° 3: 56-8.

Gil M, Rodríguez A.(1992) *La fase terminal de la vida*. ROL de Enfermería Octubre; N° 170: 16-20

Kozier B., Erg G, Kblais, J.M. Wilkinson.(2002) *Fundamentos de enfermería*. 5 Edición. México D.F: Editorial McGraw-Hill Interamericana.

Graciela Gómez Galindo *La enfermera ante la muerte*. Cuidados paliativos en el enfermo terminal.
inhotep@enfermeriaconxion.com.

Fornos, J S. Gómez, A.M.Moreü, R. (2006) *Cuidados de enfermería al enfermo terminal*. Proyecto de una guía de acompañamiento a la muerte. Agathos. Atención sociosanitaria y bienestar.-Año 6,N°4.

Gómez S. M. (1998). *Cuidados Paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*. ICEPPS.

Campos M., Rojas P; Armero D, Gonzales A, Muñoz D., Hernández V, • (2002) *Demandas ante un proceso de muerte*, Rev. Electrónica: Enfermería Global ,N° 1.

RIESGO DE CONTRAER ENFERMEDADES DIARREICAS Y SU INCIDENCIA EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE EL ALTO

Risk of diarrheal diseases and their student impact on Public University of El Alto

Sanjinés E¹.; Carrillo M.²

¹ Docente de la Carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto

² Docente de la Carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

Abstract

Diarrhoeal infections cause a problem in the health of the general population because of different factors such as unsafe water supply, poor sanitation, coupled with this lack of hygiene and health measures on the handling of food by vendors and customers. In order to reaffirm this problem it has been conducted this investigation in the city of El Alto, particularly in the Public University of El Alto, in the village hope, for this purpose the methodological descriptive study type was used and Prospective lasting approximately three months, we used the descriptive technique and the instrument used was direct interview and individualized survey. This research is performed on students in the health area, the sample consists of 462 students of both sexes, random, representing 12% of total 4200 students during the first quarter of 2014, according to the results obtained determine that there is a greater chance of getting this infection by eating fast food on the street expended characterized by excessive elements contain saturated fat, carbohydrates, sugars and the use of additives and food substantially alter their original form and reduce their nutritional value.

Key words: street food, fast food, gastroenteritis.

Resumen

Las infecciones diarreicas originan un problema en la salud de la población en general, debido diferentes factores como ser el abastecimiento de agua insalubre, saneamiento deficientes, sumado a esto la falta de medidas higiénico-sanitario sobre la manipulación de alimentos por parte de vendedores y clientes. Con el propósito de reaffirmar este problema se ha realizado la presente investigación, en la ciudad de El Alto, concretamente en la Universidad Pública de El Alto, en la zona de villa esperanza, para este cometido se empleó el estudio metodológico de tipo observacional descriptivo y prospectivo con una duración aproximada de tres meses, empleamos la técnica descriptiva y el instrumento utilizado fue la entrevista directa y la encuesta individualizada. Se realiza la presente investigación en estudiantes del área de salud, la muestra está constituido por 462

estudiantes de ambos sexos, al azar, representando al 12% de un total 4200 estudiantes durante el primer trimestre del año 2014, de acuerdo a los resultados obtenidos se determinan que existe la mayor posibilidad de sufrir esta infección por el consumo de comida rápida expendida en la calle caracterizada por contener elementos excesivos en grasas saturadas, carbohidratos, azúcares y el uso de añadidos y que alteran substancialmente el alimento de su forma original y reducen su valor alimenticio.

Palabras clave: comida callejera, comida rápida, gastroenteritis.

1. Introducción

Las infecciones gastrointestinales constituyen un problema higiénico-sanitario que incide en alto grado sobre la salud de la población. Numerosos experimentos y la observación de pueblos y personas, muestra que la alimentación y la higiene del mismo constituyen los factores más importantes para mejorar y mantener la salud, es importante desde el punto de vista de la salud que el ser humano cuente con una información adecuada respecto a los alimentos que debe consumir, la conservación, la manipulación y las medidas higiénico-sanitarias. Debido a la falta de información adecuada sobre el particular, las infecciones gastrointestinales se constituyen en un problema médico sanitario en todo el mundo.

La Organización Mundial de la Salud estiman que: Un 88 % de las enfermedades diarreicas son producto de un abastecimiento de agua insalubre, de saneamiento y una manipulación de alimentos e higiene deficientes; un sistema de abastecimiento de agua potable eficiente y bien manejado reduce

entre un 6 y un 21 % la morbilidad por diarrea, si se contabilizan las consecuencias graves; la mejora del saneamiento reduce la morbilidad por diarrea en un 32 %; las medidas de higiene, el manejo de alimentos, entre ellas la educación sobre el tema y la insistencia en el hábito de lavarse las manos, pueden reducir el número de casos de diarrea en hasta un 45%; la mejora de la calidad del agua de bebida mediante el tratamiento del agua doméstica, por ejemplo con la cloración en el punto de consumo, puede reducir en un 35-39 % los episodios de diarrea.

En Bolivia después de un estudio realizado por el programa mundial de la alimentación, dio cifras preocupantes de riesgo de 52.89 % en poblaciones rurales y periurbano de vulnerabilidad en la inseguridad alimentaria de la población que vive en pobreza con carencia de agua, luz y alcantarillado en consecuencia son comunes las infecciones intestinales. Cualquier alimento es susceptible de producir infecciones gastrointestinales (infección o infestación) dependiendo la ocurrencia del lugar donde se consume los alimentos (domicilio, vía pública, restaurantes) quien prepara los alimentos, (personal que no

cumple mínimas reglas de higiene) consumo de alimentos vencidos o en mal estado de conservación

El mayor riesgo de ingerir alimentos contaminados se da en el momento de servirse la comida, los alimentos pueden ser vehículos de transmisión de gérmenes patógenos de origen fecal cuya fuente puede ser las heces fecales agua contaminada, moscas, otros insectos, los animales domésticos, utensilios y recipientes sucios, manos mal lavadas durante la preparación y conservación de los alimentos.

La crisis mundial y la falta de empleo, ha obligado a muchas familias, a lanzarse al mercado laboral a la venta de comida en busca del logro de sustento para los integrantes de su familia, a ello se suma las enormes distancias que tiene que recorrer el o la estudiante para llegar a la U.P.E.A., para satisfacer la necesidad de alimentarse, acuden a puestos callejeros de comida rápida y/o pensiones de dudoso expendio con o sin adecuada salubridad.

Todo ello muestra que la población estudiantil es la más vulnerable, este problema debería llevarnos a la reflexión, tanto a consumidores de comida rápida (chatarra) como a los que expenden productos alimenticios de dudosa calidad en los diferentes lugares, así mismo las autoridades encargadas del control.

La investigación está centrada en el riesgo de contraer enfermedades diarreicas y su incidencia en los estudiantes de la Universidad Pública de El Alto.

2. Metodología material, técnicas e instrumentos

Este trabajo se llevó a cabo en la ciudad de El Alto, en la Universidad Pública de El Alto, ubicada en la zona de Villa Esperanza, con entrevistas y encuestas de los estudiantes al azar de las diferentes carreras del área de salud.

Establecido el estudio metodológico de tipo observacional descriptivo y prospectivo, con una duración cerca de tres meses.

Técnicas, se utilizó el análisis estadístico-descriptivo

Instrumentos, fue la entrevista directa y la encuesta individualizada con preguntas cerradas

Universo y muestra, la muestra está constituido por 462 estudiantes de ambos sexos, al azar, representando al 12% de un total 4200 estudiantes durante el primer trimestre del año 2014

3. Resultados

Cuadro N°1
CONSUMO DE COMIDA EN LA CALLE

COMIDA EN LA CALLE	N° DE ESTUDIANTES	PORCENTAJE
Continuamente	309	67%
Alguna vez	111	24%
No	42	9%
TOTAL	462	100%

Fuente: Elaboración propia

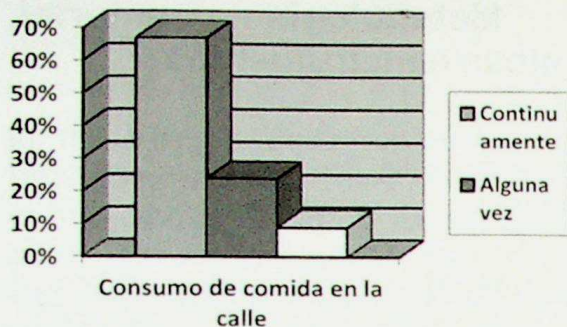


Grafico N°1 Porcentajes obtenidos por los estudiantes en el área de comida en la calle.

Análisis.- Se observa que el 67% de los estudiantes se ubicó en la categoría "comida en la calle continuamente", seguido de un 24% "alguna vez comida en la calle" y un 9% "no comida en la calle".

Cuadro N°2
FRECUENCIA DE LA INFECCION INTESTINAL

FRECUENCIA	N° DE ESTUDIANTES	PORCENTAJE
Más de tres veces	14	3%
Más de dos veces	300	65%
Una vez	148	32%
TOTAL	462	100%

Fuente: Elaboración propia

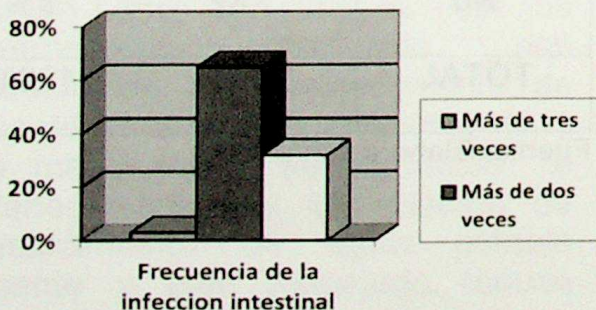


Grafico N°2 Porcentajes obtenidos por los estudiantes en el área de frecuencia de la Infección intestinal.

Análisis.- Al considerar la frecuencia se destaca que el mayor porcentaje 65% se concentró en la categoría de "infección intestinal más de dos veces", seguida de un 32% en la categoría "infección intestinal una vez" y un 3% de "infección intestinal más de tres veces"

Cuadro N°3
LUGAR HABITUAL DE COMIDA

LUGAR HABITUAL	N° DE ESTUDIANTES	PORCENTAJE
DOMICILIO	42	9%
PENSIÓN	134	29%
PUESTO CALLEJERO	286	62%
TOTAL	462	100%

Fuente: Elaboración propia

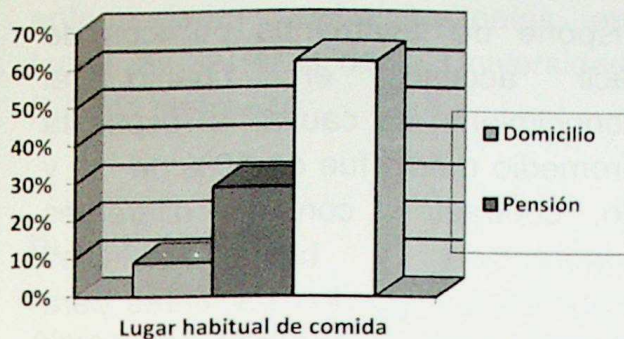


Gráfico N° 3 Porcentajes obtenidos por los estudiantes en el área de frecuencia de lugar habitual de comida.

Análisis.- Se aprecia que el lugar habitual el porcentaje mayor fue "Puesto callejero" con un 62%, seguido a "Pensión" con 29% y por ultimo "Domicilio" con 9%.

Cuadro N°4
HABITO DE LAVADO DE MANOS

LAVADO DE MANOS	N° DE ESTUDIANTES	PORCENTAJE
Siempre	148	32%
A veces	203	44%
No	110	24%
TOTAL	462	100%

Fuente: Elaboración propia

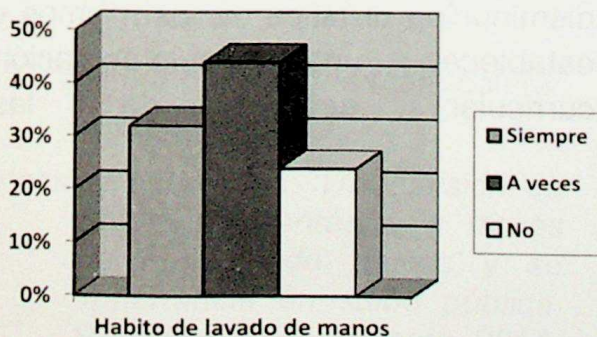


Gráfico N° 4 Porcentajes obtenidos por los estudiantes en el área de hábito de lavado de manos.

Análisis.- En el cuadro y gráfico 4 se observa que el hábito de lavado de manos "a veces" con un porcentaje de 44%, "Siempre" con un porcentaje de 32% y "No" con el porcentaje de 24%.

Cuadro N°5
CONOCE LA CAUSA DE LA ENFERMEDAD

CONOCE	N° DE ESTUDIANTES	PORCENTAJE
SI	245	53%
NO	217	47%
TOTAL	462	100%

Fuente: Elaboración propia

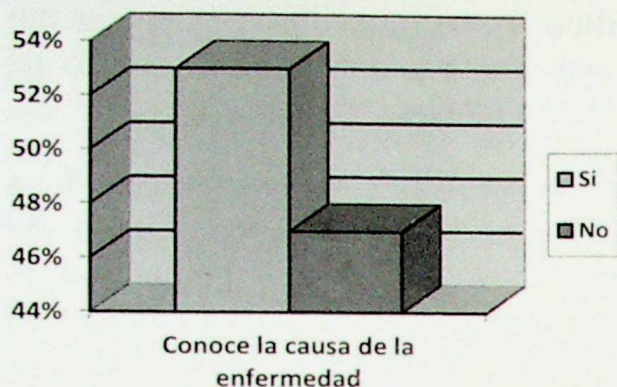


Grafico N° 5 Porcentajes obtenidos por los estudiantes en el área de conoce la causa de la enfermedad.

Análisis.- Se destaca en la categoría "Si" conoce la causa de la enfermedad corresponde a un 53%, "no" conoce la causa de la enfermedad 47%.

Discusión

Los resultados obtenidos indican que la gran mayoría de los estudiantes tienen por lugar de hábito comer en la calle, o a pie de calle, caracterizada por contener grandes cantidades de grasas saturadas, hidratos de carbono, y excesiva cantidad de azúcares. En el momento de responder el número de veces que se contagio con la enfermedad prevalece la respuesta de dos veces, y más de tres veces, manifiestan que durante su actividad diaria de alguna manera está consumiendo comida en la calle y solo al retornar a domicilio consumen comida adecuadamente preparada, al momento responder si se lava las manos y si conoce la causa de la enfermedad, la mayoría responden que si tiene el hábito del lavado de manos, sin embargo sabemos que el medio callejero no se

dispone de lavamanos públicos de fácil acceso, en cuanto al conocimiento de causa, la respuesta promedio medio fue de 50% de si, y no, contrasta con las diferentes sugerencias y hasta múltiples manifestadas por los pacientes para conocer, saber e informarse de cómo cuidarse del problema que ocasiona el agente etiológico.

4. Conclusiones

La incidencia expuesta en este trabajo de investigación referente a las infecciones diarreicas, constituyen factor de riesgo en todas las edades, articulada al comportamiento de hábito alimenticio que involucra a la población en general por la accesibilidad de los puestos callejeros de comida rápida y por la dinámica de la población estudiantil, aseverando de esta manera los resultados de estudio que la mayoría de los estudiantes, están consumiendo comida callejera, por cuanto en el estudio no se encontró ni uno que no hubiese sido afectado por infección gastrointestinal.

Definidos los factores predisponentes y causantes de estas enfermedades, sugerimos consolidar las acciones destinadas a la disminución drástica de los mismos y establecer una implementación curricular acerca de las

enfermedades gastrointestinales, en todas las carreras de la Universidad Pública de El Alto.

5. Bibliografía

Almeida Elsa (2006) *Manual Buena Salud – España* (Séptima Edición) edición central S.A.

Betancourt Oscar (1999) *atención primaria de salud*, Quito-Ecuador (Quinta Edición) Editorial Don Bosco)

Diork asociados, *Manual de enfermería*. Barcelona- España:Editorial Lexus,2006.Cuba (1ra edición) Ediciones Diana.

HammerlyMarcelo (1997– *viva más y mejor* – Bogotá – Colombia (quinta edición) salud.Disponible:

[http://: ns 8.Servidorlinux.com/patología/CD1-001htm](http://ns.8.Servidorlinux.com/patología/CD1-001htm).12/10/12009.

Bruner y Suddarth*EnfermeríaMedicoQuirúrgico* .séptima edición

Gutierrez. Estudio de caso – Enfermedades Transmitidas por Alimentos en Nicaragua.Nicaragua.2007. Disponible:

<http://bvs.per.paho.org/texcom/colera/Nicaragua.pdf>

Rincon D asociados. *Transmisión de Salmonella entérica a través de huevos de gallina y su importancia en salud pública*. RevUnivvol43 . Agosto 2011. Disponible:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072011000200008

Bayona M. Microbiological evaluation of food acquired in streets of a northern área of Bogota.Revista UDCA actualidad y divulgación científica , vol12,n 2. Disponible :

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012342262009000200002&script=sci_abstract

Lopez j. *Elaboración higiénica de los alimentos*. Dirección Académica del Colegio de Bachilleres del Estado de Sonora. Mexico.Junio 2010. Disponible :

http://www.cobachsonora.edu.mx:8086/portalcobach/pdf/modulosaprendizaje/semestre3/ELAB_HA LIM_CPT3S.pdf

Fernandez S asociados. *Diseño y Valoración de Material Educativo sobre Alimentación Complementaria y Destete* Dirigido a Madres de familia del Sector Rural cantón Chambo 2009. 8 diciembre 2011. Disponible:

<http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/1060>

PREVALENCIA DE PIE PLANO EN NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS, EN LA ESCUELA DE DEPORTES LA PAZ, AÑO 2011

Prevalence of flat foot in children 3 to 11 years in school sports la paz, year 2011

Quisbert, A.¹ ; Villarreal, k.²

¹ Docente de la Carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto

² Docente de la Carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto

Abstract

To determine the prevalence of flat feet in children aged 3-11 years old, in the School of Sports in the city of La Paz, in 2011. Material and Methods: observational, descriptive and transversal study. A medical record drawn up at the University of Chile was used. 224 subjects participated, measured with the same measuring rod, heavy on one scale and evaluated by the same examiner; It took the Podograma by direct staining sole. To analyze data SPSS package was used 16®, graphics and pictures were made with the program Microsoft Excel 2003. Results: The prevalence of flat foot varies according to age, gender, sport practiced and nutritional status. Regarding age, in the group of 3-5 years 59%, from 6-8 years 42% and from 9-11 years 11% it will be introduced. The male presented this disease in 43% and 35% female. Regarding the sport practiced, psychomotor occurred in 54%. The group of overweight children presented flatfoot 44% to 67%. Conclusions: flatfoot as diagnosis was more prevalent in males; the age group most cases was 3-5 years, reducing its prevalence in older children. The sport with more cases was psychomotor and presented fewer cases, gymnastics. Overweight children had higher percentage of flat feet, than those with normal weight and underweight.

Keywords: Flat foot, Podograma

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia de pie plano en niños de 3 a 11 años de edad, en la Escuela de Deportes de la ciudad de La Paz, en el año 2011. Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se utilizó una ficha médica confeccionada en la Universidad de Chile. Participaron 224 sujetos, medidos con un mismo tallímetro, pesados en una sola balanza y evaluados por el mismo examinador; se tomó el Podograma mediante la tinción directa de la planta del pie. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete SPSS 16®, los gráficos y cuadros se realizaron con el programa Microsoft Excel 2003. Resultados: La prevalencia de pie plano varía de acuerdo a la edad, sexo, deporte practicado y estado nutricional. Con relación a la edad, en el grupo de 3 a 5 años, se presentó 59%, de 6 a 8 años 42% y de 9 a 11 años 11%. El sexo masculino presentó esta patología en 43% y el sexo femenino en 35%. Respecto al deporte practicado, la psicomotricidad se presentó en 54%. El grupo de niños con sobrepeso presentó pie plano en 44% a 67%. **Conclusiones:** El pie plano como diagnóstico, tuvo mayor prevalencia en el sexo masculino; el grupo etario con mayores casos fue de 3 a 5 años, reduciendo su prevalencia en los niños con mayor edad. El deporte con más casos, fue la psicomotricidad y el que presentó menos casos, la gimnasia.

Los niños con sobrepeso, tuvieron mayor porcentaje de pie plano, que aquellos con peso normal y bajo peso.

Palabras clave: Pie plano, Podograma

1. Introducción

El pie, constituye el segmento terminal del miembro inferior y presenta una gran variabilidad en su forma, constituye con la pierna un ángulo casi recto, se encuentra en la parte inferior del cuerpo humano y está en contacto con el suelo. ⁽¹⁾

El pie puede sufrir varias deformidades y por tanto alteraciones funcionales, como ser el pie plano, pie zambo y otros. ⁽²⁾ El arco del pie se desarrolla durante la infancia y primera niñez, como parte de los procesos de crecimiento normales de músculos, tendones, ligamentos y huesos. Se debe mencionar que el lactante nace con pie plano y el arco longitudinal se va desarrollando de modo espontáneo con el crecimiento. ⁽³⁾ La ejercitación del pie, mediante ejercicios específicos y andar descalzo en terreno irregular, puede facilitar la formación de los arcos durante la niñez. El pie plano es una deformidad que se manifiesta con el aplanamiento del arco longitudinal del pie y que es posible observar aproximadamente a la edad de 30 meses en adelante. ⁽⁴⁾ Debido a que es muy improbable que los niños puedan sospechar o identificar que tienen pie plano, son los padres los que deben cumplir un papel fundamental, en la verificación de cómo tienen los arcos de los pies sus hijos. Además de la inspección visual, los padres deben prestar atención si un niño comienza a caminar en forma extraña, por ejemplo apoyado sobre los cantos exteriores de los pies, como se comporta durante caminatas prolongadas, y preguntarle al

niño, si no es que experimenta dolor o cansancio durante estas actividades. El pie plano, si bien se trata de un problema leve, requiere un diagnóstico oportuno por personal especializado para que pueda tener un tratamiento correcto y de fácil aplicación, como ser la resolución con ejercicios simples, uso de ortesis o como última opción un tratamiento quirúrgico. ⁽⁵⁾ El pie plano valgo infantil, es considerado por algunos autores como una patología de la civilización, ya que el pie no se ejercita al adoptar una posición rígida, al usar zapatos y al transitar por terrenos regulares y planos. ⁽⁶⁾

La presencia de problemas ortopédicos posteriores, puede deberse a problemas no diagnosticados oportunamente en la infancia y estos pueden causar a su vez limitaciones en la vida adulta, estas afecciones pueden ser el pie plano y el genu valgo, entre otros; los cuales en algunas ocasiones se pueden presentar sin molestias, ni sintomatología clínica y por ende pasar desapercibidos por los padres; pero al llegar a la vida adulta, algunos de los casos pueden desencadenar en cuadros con limitaciones físicas y restar estética corporal. ⁽⁷⁾ El pie plano debe ser tratado desde los dos o tres años de edad, en esta etapa se puede valorar correctamente al niño, porque disminuye la grasa corporal y la laxitud ligamentaria.

⁽⁶⁾ El diagnóstico se lo puede realizar mediante el fotopodograma, que es una prueba muy importante y sencilla de hacer; este examen también se lo puede utilizar en el seguimiento

del tratamiento. La radiología, es otro examen complementario útil para diagnosticar esta patología.⁽⁸⁾

Una vez diagnosticado el cuadro, se lo puede tratar según la gravedad de este; dentro de los tratamientos tradicionales, se tiene el uso de calzados correctores o plantillas correctoras, en todos los casos; mientras que en la actualidad el uso de estos zapatos, se reserva sólo para los cuadros dolorosos, y si el pie plano es flexible se recomienda el uso de zapatos normales, zapatillas deportivas con o sin plantillas y la resolución espontánea de este con ayuda de ejercicios. En los casos muy severos se realizaran las cirugías correctivas.⁽⁸⁾

Planteamiento del problema

El pie plano se constituye actualmente en uno de los principales motivos de consulta del médico general, pediatra, ortopedista y traumatólogo infantil, pese a que el pie plano en algunas circunstancias es de base fisiológica y puede resolverse de manera espontánea, también es muy importante reconocer aquellas situaciones en las cuales esta enfermedad tiene mayor gravedad y requiera un tratamiento oportuno o condiciones en las que pueda tornarse discapacitante, llegando a requerir tratamiento quirúrgico, para evitar secuelas irreversibles.

La prevalencia del pie plano es muy variable dependiendo de la edad, en algunos países como Chile es de 22% en menores de 1 a 15 años; en México la prevalencia en pre escolares es de 31,9% y en Cuba de 60,4% niños de 3 a 5 años. Los estudios realizados en estos países han permitido conocer las características de esta patología y de esta manera realizar un buen diagnóstico temprano y oportuno que permita

prevenir sus repercusiones biomecánicas y funcionales a nivel de las articulaciones comprometidas.⁽²⁴⁾

En Bolivia no existen estudios sobre la prevalencia del pie plano por todo lo expuesto es necesaria la realización de un trabajo sobre este tema, que permita conocer sus características clínico epidemiológicas, para una adecuada prevención de futuras complicaciones.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de pie plano en niños de 3 a 11 años, en la Escuela de Deportes de la ciudad de La Paz, en el año 2011?

Objetivo general

Determinar la prevalencia del pie plano en niños de 3 a 11 años de edad, de la Escuela de Deportes de la ciudad de La Paz en el año 2011.

Objetivos específicos

Conocer la frecuencia de pie plano de acuerdo a sexo y grupo etáreo.
Determinar la prevalencia de pie plano de acuerdo al deporte practicado.
Identificar la prevalencia de pie plano según el estado nutricional.
Relacionar la presencia de pie plano con el estado nutricional.

2. Diseño metodológico

Tipo de estudio; estudio observacional descriptivo de corte transversal.

Población, la población estuvo constituida por todos los niños de 3 a 11 años de edad, inscritos en la Escuela de Deportes, de la ciudad de La Paz, que cumplieran con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión, niños de 3 a 11 años de ambos sexos, inscritos en la Escuela de Deportes el año 2011.

Criterios de exclusión, niños con antecedentes de enfermedad neurológica o neuromuscular, niños con cualquier tipo de alteración genética, niños con cualquier tipo de lesión traumática en el miembro inferior, niños con malformaciones en algún segmento del miembro inferior.

Técnicas y procedimientos

Para determinar la prevalencia de pie plano en los niños de 3 a 11 años de edad, se utilizó una ficha médica elaborada en la Universidad de Chile, que fue previamente validada, para

Consentimiento informado

El Consentimiento Informado del presente trabajo, cuenta con los tres parámetros exigidos para su elaboración; voluntariedad, información y comprensión. La aceptación o el rechazo a la participación fue otorgada por el padre, madre o apoderado, por tratarse de menores de edad.

28 (12,5%) practican atletismo y 28 (12,5%) practican básquetbol.

Según el estado nutricional, 180 (80%) de los participantes corresponden a estado nutricional normal, 26 (12%) tenían bajo peso y 18 (8%) presentaron sobrepeso.

Según el diagnóstico del pie izquierdo, 138 (62%) presentaban pie normal y 86 (38%) pie plano.

3. Resultados

En el estudio participaron 224 niños, de los cuales 98 (44%) eran varones y 126 (56%) mujeres.

Según el grupo etáreo, participaron del estudio 100 (45%) niños de 3 a 5 años, 48 (21%) de 6 a 8 años y 76 (34%) de 9 a 11 años.

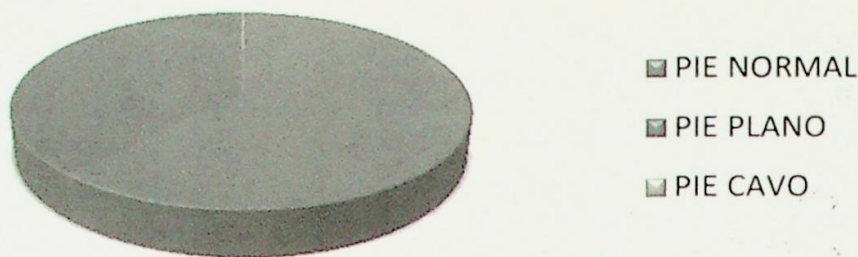
Según el deporte que practican 112 (50%) participantes corresponden a psicomotricidad, 28 (12,5%) practican gimnasia, 28 (12,5%) practican voleibol, (Figura 1)

determinar las alteraciones más frecuentes de las extremidades inferiores y su relación con estado nutricional. ⁽²⁴⁾

Análisis de los datos

El análisis de los datos obtenidos se realizó con el paquete Microsoft Excel 2003 y el Paquete SPSS 16[®].

FIGURA N° 1. PORCENTAJE DE PARTICIPANTES SEGÚN DIAGNÓSTICO DE PIE IZQUIERDO

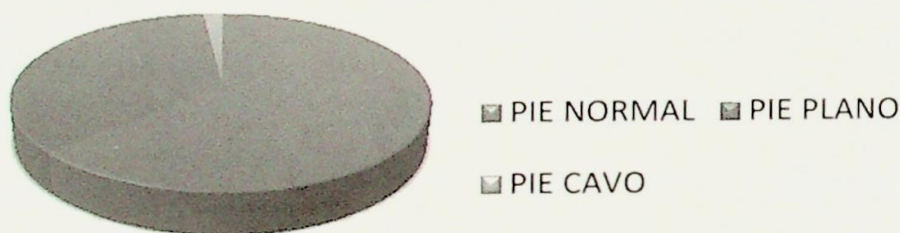


Fuente: Ficha Médica, "Prevalencia de Pie Plano en la Escuela de Deportes, 2011"

Según el diagnóstico del pie derecho 141 (63%) presentaban pie normal, 79 (35%) pie plano y 4

Según el diagnóstico del pie derecho 141 (63%) presentaban pie normal, 79 (35%) pie plano y 4 (2%) pie cavo. (Figura 2)

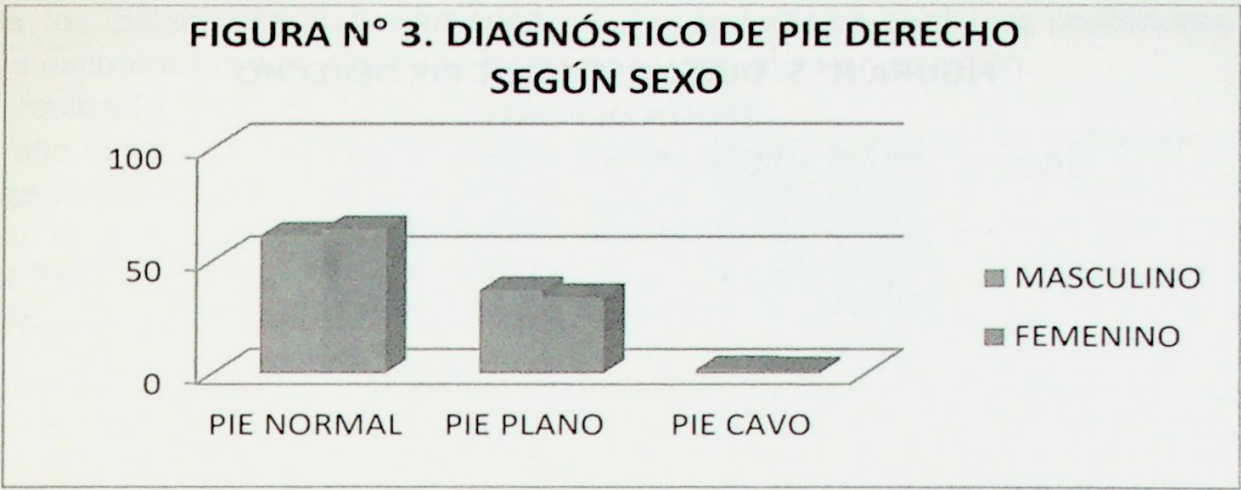
FIGURA N° 2. PORCENTAJE DE PARTICIPANTES SEGÚN DIAGNÓSTICO DE PIE DERECHO



Fuente: Ficha Médica, "Prevalencia de Pie Plano en la Escuela de Deportes, 2011"

En cuanto al diagnóstico del pie izquierdo según el sexo, 43% de los niños de sexo masculino presentaron pie plano, mientras que en el sexo femenino se encontró 35%.

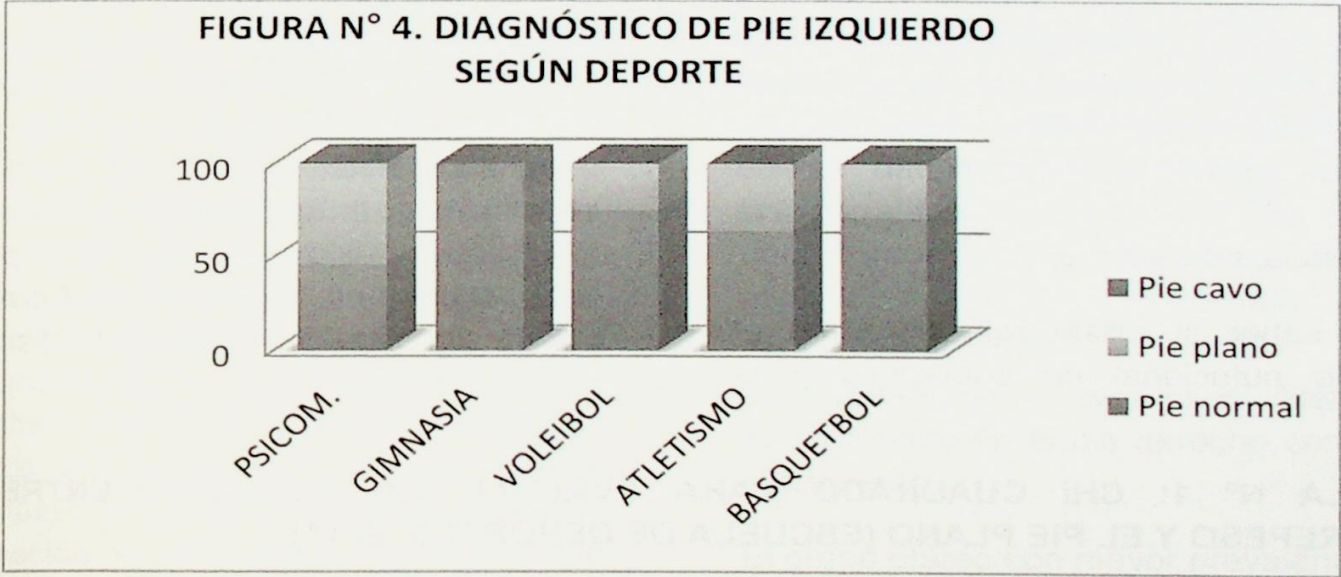
En relación al diagnóstico del pie derecho, el sexo masculino presentó 37% de pie plano y 2% pie cavo, el sexo femenino presentó 34% pie plano y 2% pie cavo. (Figura3)



Fuente: Ficha Médica, "Prevalencia de Pie Plano en la Escuela de Deportes, 2011"

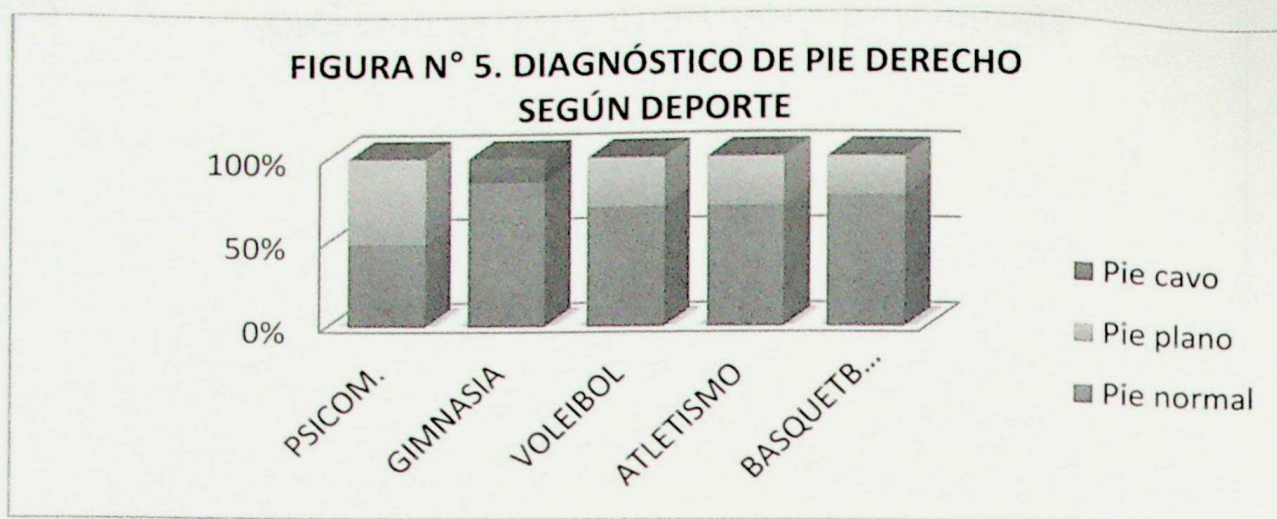
Según el diagnóstico del pie izquierdo, el grupo etáreo de 3 a 5 años presentó pie plano en 58%; mientras que el de 9 a 11 años presentó 11%. El diagnóstico del pie derecho con relación a la edad fue, pie plano 59% en

el grupo de 3 a 5 años y 9% en el grupo de 9 a 11 años. Presentaron pie plano, en el miembro inferior izquierdo, el 54% de los participantes que practicaban psicomotricidad, mientras que en gimnasia se obtuvo 0%. (Figura 4)



Fuente: Ficha Médica, "Prevalencia de Pie Plano en la Escuela de Deportes, 2011"

En el miembro inferior derecho el 51% de los participantes que practicaban psicomotricidad, presentó pie plano; mientras que en gimnasia fue 0%. (Figura 5)



Fuente: Ficha Médica, "Prevalencia de Pie Plano en la Escuela de Deportes, 2011

Presentaron pie plano en el miembro inferior izquierdo, 67% de los participantes con sobrepeso y 27% de los que tenían bajo peso.

El diagnóstico de pie plano en el pie derecho, fue de 44% en los participantes que tenían sobrepeso, mientras que en los que tenían bajo peso fue de 31%.

Los niños con pie plano con y sin conocimiento de su patología son 79 (35%). (Tabla 1), excluyendo a los niños que tenían el diagnóstico de pie plano preestablecido y que creían que el deporte solucionaría el problema son 68 (32%). (Tabla 16) Si bien existe alguna diferencia, esta es muy baja.

Para saber si existe relación entre el estado nutricional de sobrepeso y el

diagnóstico de pie plano, se realizó la prueba del Chi cuadrado obteniendo el siguiente resultado, Chi cuadrado igual a 11, 77. Con base al valor estadístico del Chi cuadrado calculado, siendo mayor a 3,84, se verifica que existe relación o asociación entre la exposición a sobrepeso y el diagnóstico de pie plano, estadísticamente significativa al nivel de 5% de significancia y 95% de confianza.

TABLA N° 1: CHI CUADRADO PARA EVALUAR LA RELACIÓN ENTRE EL SOBREPESO Y EL PIE PLANO (ESCUELA DE DEPORTES, 2011)

	Pie plano	No pie plano	
Sobrepeso	12	3	15
Sin sobrepeso	74	135	209
	86	138	224

Chi² = 11,77

Discusión

La bibliografía muestra resultados variables, sobre la prevalencia de pie

plano en los países de Latinoamérica. Los datos encontrados son similares a un estudio realizado por Jiménez H. en Cuba el año 1998.⁽⁷⁾ Se encontró un alto porcentaje de pie plano en los niños de 3 a 5 años de edad, siendo el tipo más frecuente el pie plano flexible, este diagnóstico tiene una evolución favorable y su resolución es satisfactoria, ya que en los niños con mayor edad esta prevalencia va disminuyendo.

Los resultados encontrados en el trabajo realizado en la Escuela de Deportes, coinciden con el estudio efectuado por Baar A.⁽²⁴⁾ en Chile el año 2006; Arizmendi A.⁽⁴⁾ en México el año 2004 y Jiménez H.⁽⁷⁾ en Cuba el año 1998, donde se puede evidenciar el descenso de la prevalencia de pie plano a mayor edad, lo que resulta en una importante similitud en la forma de evolución de esta patología en los diferentes países de Latinoamérica.

Otro punto que llama importantemente la atención de los resultados obtenidos, es la presencia de pie plano en mayor porcentaje en los niños con sobrepeso, lo cual coincide con los resultados de los trabajos realizados por Laguna M.⁽³²⁾ en España el año 2010 y Arizmendi A.⁽⁴⁾ en México el año 2004, que describe al sobrepeso como factor de riesgo para pie realización de más trabajos que analicen la relación entre estos factores, para corroborar

4. Conclusiones

En el estudio realizado el sexo masculino presentó mayor prevalencia de pie plano plano, lo que puede deberse a la sobrecarga corporal o bien a tejido adiposo existente en el arco interno del pie, estos aspectos deberán analizarse

en trabajos analíticos posteriores sobre la temática en cuestión.

También llama la atención en los resultados encontrados que la psicomotricidad tiene el mayor porcentaje de pie plano, esto se debe a que en este grupo se concentran los niños de menor edad, otro grupo que llama la atención es el de gimnasia que no presentó ningún caso de pie plano, pudiendo deberse a que los niños que practican este deporte hacen uso de zapatillas de goma que son completamente flexibles y que el deporte exige posiciones de ballet que obligan a mantener el pie en arco sobre todo en el pie derecho, posiblemente esta también sea la causa de encontrar pie cavo en este tipo de pie.

En el estudio realizado por Echarri J. en el Congo, en el año 2003 se evidenció que los niños que no usan zapatos desde muy pequeños sufren menos la patología de pie plano, que los que usan zapatos desde temprana edad, este aspecto también coincide con los resultados encontrados en el presente trabajo, aunque será necesaria la este planteamiento.⁽³³⁾

que el femenino, siendo la diferencia mínima tanto en el pie derecho como en el izquierdo.

El grupo etáreo con mayor prevalencia de pie plano fue el de 3 a 5 años, esta prevalencia va disminuyendo con la edad, siendo el grupo etáreo de 9 a 11 años, el que presentó el menor porcentaje. Esta diferencia fue similar en el lado izquierdo y en el derecho.

El deporte que presentó mayor prevalencia de pie plano fue la psicomotricidad, mientras que el que presentó menor prevalencia fue la gimnasia, hay que mencionar que en esta

5. Bibliografía

1. Testut L, Jacob O. *Compendio de anatomía topográfica*. 4ª Ed. Barcelona: Editorial Salvat; 1978.
2. Hernández R. *Prevalencia del pie plano en niños en las edades de 9 a 12 años*: Rev int med cienc act fis deporte 2006; 6(23). [citado 15 Mar 2011]. Disponible en: <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista23/artieplano.pdf>
3. Pfeiffer M, Kotz R, et al. *Prevalencia de los pies planos en los niños preescolares*: Pediatrics 2006; 62 (2):530-534. [citado 15 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/10/10v62n02a13113486pdf001.pdf>
4. Arizmendi A, Pastrana E, Rodríguez B. *Prevalencia de pie plano en niños de Morelia*: Rev Mex Pediatr 2004; 71 (2): 66-69.
5. Salazar C. *Pie plano, como origen de alteraciones biomecánicas en cadena ascendente*. Fisioterapia 2007; 29(2):80-9. [citado 15 Mar 2011]. Disponible en:

disciplina se evidenció la presencia de pie cavo, sólo en el lado derecho; aunque en porcentaje mínimo.
6. Gonzales A, Puentes M. *Valoración radiológica del pie plano flexible tratado con endoprótesis cónica*. Acta Ortopédica Mexicana 2008; 22(3): 169-174. [citado 15 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ortoped/or-2008/or083f.pdf>
7. Jiménez H, Fuentes F, Machado A. *Las deformidades podálicas en la infancia un problema de salud en los círculos infantiles*: Rev. Cubana Med Gen Integr 1998; 14(4): 311-315.
8. Moya H. *Malformaciones congénitas del pie y pie plano*: Rev. Chil pediatr 2000; 71(3): [citado 15 Mar 2011]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000300011
9. Ebri J. *El pie crecimiento y desarrollo*. De formidades más frecuentes: Pie doloroso: Pediatría integral 2002; 6(5): 431-452: [citado 15 Mar 2011]. Disponible en:

Según el estado nutricional, los participantes con sobrepeso presentaron mayor porcentaje de pie plano, en relación a los otros dos grupos, los casos de pie cavo sólo fueron registrados en pacientes con peso bajo o normal

- [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Pie_deformidades\(1\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Pie_deformidades(1).pdf)
10. Meneghello J, Fanta E, Paris E, Puga T. *Pediatría*. 5ta. Edición. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana, 2002.
 11. Viladot A. *Anatomía funcional y biomecánica del tobillo y el pie*. Rev Esp Reumatol 2003;30(9): 469 – 477: [citado 15 Mar 2011]. Disponible en: [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Pie_deformidades\(1\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Pie_deformidades(1).pdf)
 12. Muñoz J. *Deformidades del pie*. An Pediatr Contin 2006; 4(4): 251-258: [citado 15 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.neonatos.org/DOCUMENTOS/Pie.pdf>
 13. Pérez Ma. *Epidemiología del pie plano en la población preescolar de Málaga*. [tesis de Doctorado]. España: Universidad de Málaga, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia; 1999. [citado 15 Mar 2011]. Disponible en: http://www.biblioteca.uma.es/bbldoc/tesis_uma/16279499.pdf
 14. Angulo Ma. *Biomecánica de la extremidad inferior. Exploración de las articulaciones del pie*. Rev Reduca 2009; 1(3): 50-67: [citado 15 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/114/135>
 15. Grimán A. *Frecuencia de defectos ortopédicos en preescolares, consulta de niños sanos*. Ambulatorio "Daniel Camejo Acosta". [trabajo de especialización]. Universidad Centro-Occidental "Lisandro Alvarado", Escuela de Medicina "Dr. Pablo Acosta Ortiz"; 2001. [citado 15 Mar 2011]. Disponible en: <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TWS270G752002.pdf>
 16. Zegarra H, Barrera S, Gallardo V. *Pie plano*: Rev Pacea Med Fam 2009; 6(10):68-74
 17. Tobia R. *Epidemiología de pie plano en Guatemala*. [tesis de grado]. Universidad Francisco Marroquín, Facultad de Medicina; 1992
 18. Padilla V. *Evaluación del tratamiento ortopodológico en el pie plano flexible en niños de tres a cinco años de edad*. Reduca 2011; 3(2): 265-288. [citado 15 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reducaenfermeria/article/viewFile/745/762>
 19. Rome K, Ashford R, Evans A. *Intervenciones no quirúrgicas para el pie plano pediátrico*. Base de Datos Cochrane. 2011; 9. [citado 15 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.update-software.com/PDF-ES/CD006311.pdf>
Santonja F. *Pie plano. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia* 2006. [citado 15 Mar 2011]. Disponible en: <http://ocw.um.es/cc.-de-la-salud/afecciones-medico-quirurgicas-iii/material-de-clase-1/pie-plano-cap-237.pdf>
 20. Barrera R, Siles J, Velasco L. *Aplicación didáctica para la valoración de un fotopodograma en las clases de*

Educación Física. Efdeportes 2010. 141. [citado 15 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd141/valoracion-de-un-fotopodograma.htm>

21. Viladot A. *Anatomía del hallus valgus*. Rev Ortop Traumatol 2001; 1: 3-9. [citado 15 Mar 2011]. [citado 15 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/129/129v45n01a10022081pdf001.pdf>
22. Pardo P. Pie Bott. *Cirugía ortopédica y traumatología*. [citado 15 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/clase29.pdf>
23. Baar Z Alejandro, Ibáñez L Angélica, Gana A Natalia. *Pie plano flexible: ¿qué y por qué tratar?*. Rev. chil. pediatr. 2006 ; 77(4): 350-354. [citado 15 Mar 2011]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062006000400003&script=sci_arttext
24. Balarezo E, Bernal C, Bravo P, Robles E. *Prevalencia del pie plano flexible en escolares de Quito*: LILACS (Internet) 1995: 91. [citado 15 Mar 2011]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=206485&indexSearch=ID>
25. Martínez A. *Pie plano en la infancia y adolescencia. Conceptos actuales*. Rev. de Ortopedia Pediátrica 2009; 11(1): 5-13. [citado 15 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/opediatria/op-2009/op091b.pdf>
26. Ruiz A, Gomez C, Londoño D. *Investigación clínica: epidemiología, clínica aplicada*. Primera edición. Bogotá, Colombia: Centro editorial Javeriana, 2001
27. Galvez A, Orosco J. *Obtención del consentimiento informado*. Primera edición. Bolivia: Ministerio de Salud y deportes, 2008
28. García G, García F. *Tratamiento quirúrgico del pie plano Valgo laxo, flexible o Hipermóvil*, Rev Esp de Cir Ost (309-314) 1989.
29. Manual CTO de Medicina y Cirugía. Traumatología. 4ta Edición. Madrid España, Editorial Cañizares Artes Gráficas, S.A. 2003.
30. Negrín Pérez, R. *El pie, su importancia en la función de apoyo y su relación con la actividad física*. Julio 2001. Mayo 2006.
31. Laguna M, Alegre L, Aznar S, Abián J, Martín L, Aguado X. *¿Afecta el sobrepeso a la huella plantar y al equilibrio de niños en edad escolar?*. Medicina de L'Esport. 2010; 45 (165): 9-16.
32. Echarri J, Forriol F. *Desarrollo de la morfología de la huella plantar en niños congoleños y su relación con el uso del calzado*. Rev Ortp Traumatol. 2003; 47(6): 395-399.



FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA ANEMIA EN EMBARAZADAS DEL HOSPITAL LA PAZ PRIMER TRIMESTRE DEL 2013

Risk factors associated with anemia in pregnant women in the hospital la paz first quarter of 2013

Fernández, A.¹

¹ Docente de la Carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto

Abstract

Anemia is a common condition during pregnancy. It means that the quantity and/or size of red blood cells of women is lower than normal, because the red blood cells of anemia during pregnancy is iron deficiency can also vary the altitude above sea level (s.n.m.) of where the person lives.

This research was considered to 339 pregnant women at the hospital La Paz, during the first quarter of 2013. In the same some obstetric risk factors associated with anemia and gestational were recorded in the medical record were analyzed.

To collect information Perinatal Information System was used – SIP, and for statistical data processing software EPI INFO Version 7 was applied obtaining crossing variables and 2x2 tables. The OR (odds ratio) and confidence interval 95% (CI) was calculated corresponding. As key results established that the most relevant factors were maternal, poor prenatal care and educational level and parity as factors related to the occurrence of anemia during pregnancy. We also considered low birth weight and gestational age. All these variables had significant values, it means that directly affect pregnancy gestation.

Keywords: Anemia, Pregnancy, Risk factors.

Resumen

La anemia es una condición común durante el embarazo. Significa que la cantidad y/o tamaño de los glóbulos rojos de las mujeres inferiores a los valores normales, puesto que los glóbulos rojos transportan el oxígeno al organismo y al bebé. Cabe mencionar que la causa más común de anemia durante el embarazo es la deficiencia de hierro además puede variar según la altitud sobre el nivel del mar (s.n.m.) del lugar donde viva la persona. En esta investigación se consideró a 339 embarazadas atendidas en el Hospital La Paz, durante el primer trimestre de 2013. En las mismas se analizaron algunos factores de riesgo obstétrico relacionados con la anemia gestacional y que fueron registrados en la historia clínica. Para la recolección de la información se utilizó el sistema de la información Perinatal-SIP, y para el tratamiento de datos se aplicó el Software estadístico EPIINFO Versión 7 obteniendo así el cruce de variables y las tablas 2 x 2. Se calculó el OR (razón de productos cruzados) y el Intervalo de Confianza al 95% (IC) correspondiente.

Como resultados fundamentales se estableció que los factores más relevantes fueron la edad materna, el deficiente control prenatal, así como el nivel de estudios y la paridad, como factores relacionados con la ocurrencia de anemia durante el embarazo. También se consideró el bajo peso al nacer y la edad gestacional. Todas estas variables tuvieron valores significativos, es decir, que inciden directamente en el embarazo en etapa de gestación.

Palabras claves: Anemia, Embarazo, factores de riesgo.

1. Introducción

La anemia por deficiencia de hierro constituye el déficit nutricional de mayor prevalencia en la población mundial, situación más acentuada en países de menor desarrollo por la dieta pobre en hierro biodisponible. Por sus altos requerimientos y una dieta relativamente pobre en hierro, la lactancia (6 a 24 meses de edad) es el periodo más susceptible al déficit de hierro. En Chile, en poblaciones de niveles socioeconómicos bajos, la anemia por deficiencia de hierro se detecta en 25% a 45% de los lactantes de esa edad, etapa que corresponde a la de mayor vulnerabilidad del sistema nervioso central".

La anemia es una de las principales enfermedades nutricionales que afecta a todas las poblaciones del mundo, atacando principalmente a los niños, mujeres en edad fértil y mujeres embarazadas. Durante el embarazo las necesidades de hierro se incrementan puesto que el feto y la placenta crecen y el volumen de sangre también se incrementa. La mayoría de las mujeres llegan al final del embarazo con Si una mujer embarazada presenta valores de Hb<11g/dl, existe un incremento del riesgo tanto para ella como para su hijo, como por ejemplo

insuficientes reservas de hierro y que conduce a la anemia. A partir de su sexta semana de gestación, la mujer embarazada presenta aumento en su volumen plasmático y en la masa eritrocitaria. Sus valores se incrementan aún más a medida que la gestación avanza.

Por otra parte que los cambios que conducen a esa hemodilución son adaptaciones necesarias para una gestación sana. Estas variaciones fisiológicas que se llevan a cabo durante un embarazo normal provocan además un lógico descenso en los niveles de hemoglobina (Hb) que no siempre constituirán anemia. Por esta razón, sería incorrecto considerar las cifras de Hb estipulados como límites para el diagnóstico de anemia en una mujer adulta no grave y aplicar lo a las mujeres embarazadas. Es más racional entonces utilizar valores de Hb<11 g/dl para establecer este diagnóstico en las mujeres grávidas, cifra que se considera como estándar por la mayoría de los sistemas sanitarios.

complicaciones hemorrágicas durante el embarazo, niños con bajo peso al nacer o bien mayor número de enfermedades neonatales.

Según un estudio difundido por la pontificia Universidad Católica de Chile, el factor de riesgo nutricional materno es elevado en países en desarrollo. Al ser una anemia de lenta instalación, la mujer presenta muy pocos síntomas hasta que los valores hematológicos son muy bajos. La anemia ferropénica se produce cuando hay una disminución de la cantidad total de hierro del organismo que es de aproximadamente 3 a 4 g. Inicialmente disminuyen los depósitos y luego comienzan a limitarse la producción de hemoglobina lo que lleva a la anemia. La mujer en edad fértil que presenta anemia debe ser indagada sobre sus ciclos menstruales que muy frecuentemente presentan alteraciones que producen un sangrado abundante. Esta es sin duda la causa más frecuente de anemia en este grupo. El 40% de todas las muertes maternas que ocurren antes, durante y después del parto, están asociadas a anemia. La anemia además de incrementar la mortalidad materna incrementa la prematurez y también puede causar bajo peso al nacer. La evaluación del estado nutricional en la embarazada aporta indicadores epidemiológicos de calidad teniendo en cuenta que es más frecuente en mujeres con peso bajo para la talla al inicio de la gestación y entre las que tienen poca ganancia de peso durante el embarazo. Sin embargo, a pesar de los avances obtenidos en materia de salud materno infantil, persisten deficiencias nutricionales en la

Planteamiento del problema

A nivel mundial, se considera que la anemia es uno de los problemas de salud más importantes. En el año 2005, la anemia afectó a 1620 millones de personas en el mundo, equivalente al mujer embarazada, por diversos factores: gestación temprana, déficit

ponderal al momento de la concepción, hábitos alimentarios y nivel socioeconómico deficiente. El presente trabajo de investigación está orientada a la detección de los factores asociados a la anemia durante el embarazo en mujeres gestantes que acuden a Control prenatal y puerperio inmediato en el Hospital La Paz, pretendiendo el éxito de la atención durante el desarrollo de sus actividades asistenciales en beneficio de la usuaria previniendo el incremento del riesgo de lesión materno fetal. Para realizar el estudio de investigación en mujeres durante el control prenatal, el presente trabajo tiene el objetivo de determinar los factores socioeconómicos asociados a la anemia para prevenir el riesgo de lesión materno fetal y en consecuencia mejorar la satisfacción del usuario y la calidad de prestación de servicios de enfermería.

El universo y muestra se constituyó por el total de las mujeres embarazadas durante el control prenatal, atención durante el parto y puerperio, para tal efecto se utilizan métodos de recolección de datos a través del sistema informativo perinatal, la historia clínica perinatal y una guía de observación estructurada y así lograr la determinación de factores de riesgo asociados a la anemia en mujeres embarazadas que asisten al Hospital La Paz.

24,8% de la población mundial, siendo el grupo más afectado los niños en edad preescolar con un 47,4%, seguido del grupo de mujeres gestantes con el 41,8% (OMS).

Durante el embarazo, la anemia es un cuadro clínico frecuente, asociada a diversos factores entre los cuales sobresale la dieta inadecuada, por bajo contenido de hierro. Según la OMS, su prevalencia es alta en mujeres que se encuentran en proceso de gestación, lo cual incrementa los riesgos de desarrollar enfermedades que afectan a la madre o al producto.

El estado nutricional previo al embarazo, durante el embarazo y después son etapas de un proceso continuo estrechamente ligadas entre sí. Los requerimientos normales nutricionales de una mujer aumentan durante el embarazo para satisfacer las necesidades de los propios tejidos de la mujer, de la placenta, del útero, las

Objetivo General

Determinar los factores de riesgo asociados con la anemia para disminuir el riesgo y mejorar la satisfacción de las embarazadas que asisten al Hospital La Paz, durante el primer trimestre de 2013.

2. Diseño metodológico

El método fue **retrospectivo** puesto que “indaga sobre hechos ocurridos en el pasado”. Así como también de **casos y controles**, siendo que “se desea conocer qué parte de una población que presenta un determinado problema de salud o fenómeno, estuvo expuesta a la causa o al factor que se supone asociado al problema”.

Cabe mencionar que con relación al tipo de investigación fue el **analítico**, debido a que “están dirigidos a relacionar causa o factor de riesgo y efecto.

El enfoque al que se apegó la presente investigación fue el **cuantitativo**, puesto que el mismo “determina

mamas y del feto, por ello el hierro y ácido fólico son indispensables en la dieta de las mujeres gestantes, porque el riesgo de anemia aumenta durante el embarazo lo cual puede ser muy desfavorable para la gestación, teniendo como consecuencia bebés prematuros, hemorragias después del parto, y otros.

La anemia en mujeres gestantes provoca efectos adversos tanto en la madre como el niño, convirtiéndose en una preocupación, por el alto índice de morbilidad y mortalidad perinatal. Ante esta situación, en el presente estudio se pretende estudiar los factores de riesgo asociados con la anemia en embarazadas atendidas en el Hospital La Paz.

cuantitativamente los atributos y relaciones de los objetos, emplean procedimientos estandarizados, métodos e instrumentos que permiten medir y expresar las conductas y relaciones términos numéricos”. Es así que este enfoque permitió que se conozcan la prevalencia de factores de riesgo relacionados con la anemia en embarazadas atendidas en el Hospital La Paz, durante el primer trimestre de 2013.

Universo

El universo es el "conjunto de sujetos en quienes se pretende efectuar el estudio". En el presente estudio se consideró a las embarazadas que asistieron al control prenatal, pacientes con atención de partos y puerperio inmediato de la

Muestra

En la investigación no se optó por ningún tipo de muestreo, es decir, que se tomó en cuenta a todo el universo de embarazadas que asciende a 339,

Maternidad del Hospital La Paz, 2013. Las mismas ascienden a un número de 339 pacientes a fin de conocer la cantidad de embarazadas que presentan y las que no presentan anemia

debido que todas cumplían con los criterios de inclusión que fueron propuestos para la investigación.

Contexto o lugar de intervención

En 1995 el 7 de Agosto, se funda el centro de salud "La Paz" con las especialidades de Medicina General, Obstetricia, Pediatría, Radiología, Laboratorio y vacunas, frente a la tradicional plazoleta Garita de Lima, gracias a los aportes del Servicio Cooperativo interamericano de Salud Pública instalada (SCLSP/USAID).

Capacidad Instalada: El Hospital La Paz tiene una capacidad instalada para internaciones, consulta externa, laboratorio, rayos X, otros afines para atender en las siguientes especialidades: Gineco-obstetricia, medicina interna, cirugía general y pediatría.

Estructura y Servicios

Fuentes de información

Como fuentes primarias se tomó en cuenta a la historia clínica de cada paciente, registrada en el SIP, extrayendo los datos más relevantes en función a la operacionalización de variables.

Por otro lado como fuentes secundarias, basados en la revisión bibliográfica se acudió a libros, revistas especializadas, y otros medios impresos y digitales para fundamentar el marco teórico.

Técnicas e instrumentos

En cuanto a las técnicas e instrumentos de investigación fueron el conjunto de reglas y procedimientos que permitieron

la obtención de información. Historias clínicas de embarazadas del primer trimestre del 2013

Plan de análisis de datos

Con el fin de obtener resultados determinados de los datos recabados, se utilizó el programa estadístico

llamado EPIINFO Versión 7, en la obtención de las tablas de 2x2 queriendo especificar el OR correspondiente y el Intervalo de

Confianza(IC), para efectos de las gráficas se utilizó el programa Microsoft Excel Versión 2010, que ayudaron a simplificar y representar visualmente el

contenido de los datos, dando como resultado información necesaria para el estudio.

Consideraciones éticas

En complemento, cabe mencionar, que se debe actuar con ética y suficiente habilidad para mantener confidencialidad, asegurar al paciente que puede recibir ayuda para su

problema, explicar y disipar mitos y creencias erróneas sobre su problema. Debe respetar al paciente así como a sus necesidades

3. Resultados

Cuadro 1. Presencia de Anemia en Embarazadas del Hospital La Paz, 2013

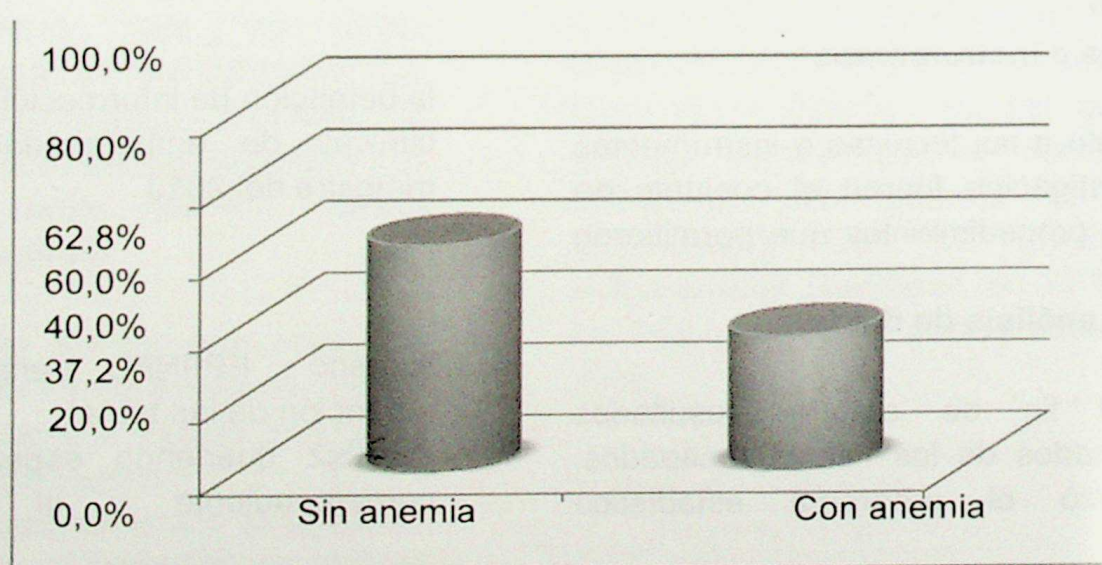
EMBARAZADAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin anemia	213	62,8%
Con anemia	126	37,2%
TOTAL	339	100,0%

Fuente: Elaboración propia con base a los datos.

Para conocer los resultados es necesario tomar en cuenta el número de embarazadas que tienen anemia en

comparación con las que no tienen anemia, así se puede conocer la frecuencia de esta enfermedad.

Cuadro 2. Presencia de embarazadas con anemia



Fuente: Elaboración propia con base a los datos

Obtenidos los datos del SIP, como resultado importante se tiene que de 339 embarazadas, 213 no tienen anemia, y 126 embarazadas tienen anemia. De esta manera, se procederá a realizar la comparación de estos dos grupos, a fin de identificar cuáles son los factores de riesgo en el embarazo asociados a la anemia.

4. Conclusiones

De la presente investigación se suscitan las siguientes conclusiones:

Con relación a la población de embarazadas, se establece que el 37,2% tiene anemia, considerándose en este sentido un factor incidente en el embarazo que causa la mortalidad materno- infantil. Así también mencionar que la presencia de la anemia varía en función al nivel del mar en el que se encuentra la embarazada, de esta manera se ha tomado en cuenta que en la ciudad de La Paz, puesto que en la misma se encuentran las embarazadas en estudio, por lo tanto se encuentra a 3.800 msnm, hallazgo de menos 14g/dl de hemoglobina.

En función a dar cumplimiento al objetivo general, se determinó como factores de riesgo asociados con la anemia a la paridad, siendo que la misma incide en la anemia, puesto que a mayor número de hijos existe mayor riesgo, esto podría relacionarse al tipo de alimentación y al tiempo de diferencia entre los hijos; Por otro lado un factor fundamental identificado fue el bajo peso al nacer y la edad gestacional, con relación al primero, se orienta a nacimientos precoces que incide en el peso ideal del niño; con relación al segundo, la anemia no permite la culminación de la gestación, lo cual de igual manera incide en el nacimiento ideal del niño o niña. En complemento se conoce que aquellos bebés de mujeres con anemia tienen 4 veces más riesgo de tener bajo peso entre <2500 o menos.

Cabe mencionar que según los datos de la investigación se conoció que es poco probable que la anemia, a menos que sea severa, sea nociva para el bebé, aunque la deficiencia de hierro se ha vinculado con un mayor riesgo de nacimiento prematuro y bajo peso al nacer.

En complemento se tiene que la cantidad de hierro recomendada que una persona necesita se duplica durante el embarazo y pasa de aproximadamente 15 miligramos a 30 miligramos por día. La mayoría de las mujeres embarazadas ingiere esta cantidad

mediante una combinación de alimentos ricos en hierro y vitaminas prenatales.

Al respecto del análisis de la asociación entre el número de controles prenatal y la anemia, se identificó en las adolescentes que no acuden al médico–primer control prenatal–de manera precoz tiene mayor riesgo, puesto que el seguimiento del embarazo no es oportuno y se retrasan los cuidados correspondientes del embarazo, cabe hierro suficientes para satisfacer las crecientes demandas de su cuerpo, particularmente durante el segundo y tercer trimestre.

Por otro lado, la escasa realización de controles prenatales, es determinante, siendo que consiste en la orientación al consumo de hierro, un suplemento y Complemento de alimentación tanto para la madre como para el niño o niña; se determinó que aquellas mujeres que no cumplían por lo menos con cuatro controles prenatales tenían 2 veces más probabilidad de presentar anemia.

Finalmente, con relación a los factores menos importantes, sin dejar de ser significativos se puede mencionar al estado civil

5. Referencias bibliográficas

Alomar, María Victoria.(2008).Factores de riesgo para anemia en niños de 6a 23añosde edad en un Centro de Salud de la ciudad de Rosario. Argentina-Rosario.

Disponible en:<http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC081602.pdf>

BARBA y Cabanillas.(2007).Factores asociados a la anemia durante el embarazo en un grupo de gestantes mexicanas. México.

BECERRAC, Gonzales GF, Villena A ,De la Cruz D, Florián A.(2011). Prevalencia de anemia en gestantes ,Hospital Regional de Pucallpa .Perú. (4)

CRUZ Morales Lidia; y Rivas Muentes, Rocío Liliana. Anemia en adolescentes

FARNOT.(2010). Anemia y embarazo. Disponible en:
<http://www.hvil.sld.cu/instrumental-Quirurgico/biblioteca.pdf>. Recuperado el: 22-07-13.

embarazadas de la parroquia Picoaza del Canton

Portoviejo de la Provincia de Manabí. 2011.

Disponible en:<http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream.pdf>

DALLMANP., Yip R., Johnson C.(2010).La anemia en embarazadas. Disponible en <http://www.centrodecontroldeanemia.pdf>.

DOMÉNECH Climent, Vicente y Agatángelo Soler Días, José Ignacio. (2012).Anemiasyembarazo.HospitalVirgen de los Lirios.España- Alicante. Disponible en:
<http://www.webmedicaargentina.com.pdf>
.Recuperado el:02-10-13.

FAUNDES, A. (1999). Control prenatal. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo.

FRANC, Edith. (2008). Estudio de la nutrición de hierro en lactantes. Mapuches del sur de Chile. Chile.

GODFREY KM, Redman CW, Barker DJ, Osmond C. (2012). The effect of maternal anaemia and iron deficiency on the ratio of fetal weight to placental weight.

HERNÁNDEZ, Sampieri, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. México: Mc-Graw Hill;

HERRERA, Lorenzo; Martínez, Armando y Barros, Otilia. (2007). Peso, edad gestacional e historias genésicas previas de la gestante. Revista Cubana de Salud Pública. Scielo. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.ph>. Recuperado el: 26-07-13.

Hospital La Paz. (2008). Estudio realizado sobre el control prenatal.

HUGHES, E. (2009). Anemia en el mundo. Disponible en: <http://www.anemiaenelmundo.pdf>. Recuperado el: 22-07-13.

LAGOS, Rudecindo; Ossa, Ximena; Bustos, Luis. (2011). Índices antropométricos para la evaluación de la embarazada y el recién nacido: Cálculo mediante tablas bidimensionales. Revista chilena de obstetricia y ginecología. Scielo. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>. Recuperado el: 22-07-13.

MARINGH, Tentoni J, Cicchetti G. Anemia megaloblástica: su estudio en forma rápida y económica.

MARTÍNEZ Rojas, Doris Anabell; Ruíz Siles, Fátima del Rosario. (2010). Anemia en embarazadas ingresadas al Programa de Atención prenatal del Centro de Salud Bello Amanecer.

Matutino La Razón. (2012). Anemia y embarazo. Disponible en: www.larazon.com/sociedad/mortalidad-infantil-Bolivia-2012. Recuperado el: 5-08-13.

MEJÍA, Hector. Factores de riesgo para muerte neonatal: Revisión sistemática de la literatura. (2010). Disponible en: <http://www.ops.org.bo/pdf>. Recuperado el: 22-07-13.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES y otros. (2009). Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA-2008). Informe. Disponible en:

[http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR228/FR228\[08Feb2010\].pdf](http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR228/FR228[08Feb2010].pdf) Ministerio de Salud. (2005). Anemia crónica-Atención a la mujer y al Recién Nacido. Segunda edición. Ministerio de Salud. (2012). Programa Nacional de Desnutrición Cero Norma boliviana de salud NBMSD 02-2000. (2005). Atención a la mujer y al recién nacido en puesto de salud, centros de salud y hospitales básicos de apoyo. La Paz-Bolivia.

LA INFLUENCIA DE FACTORES CULTURALES QUE IMPIDEN EL ACCESO AL CONTROL PRE NATAL EN EL CENTRO DE SALUD CALAMA RED COREA EL ALTO SEGUNDO TRIMESTRE 2010

The influence culture agents that prohibit the ingress to the prenatal control in the health-center Calama Red Corea El Alto second trimester 2010

Aliaga, N.¹

¹ Docente de la Carrera de Enfermería. Universidad Pública de El Alto.

Abstract

In Bolivia shows the problem more complex, reflecting the poverty of a developing country with multiethnic and multicultural characteristics, in the sense of their beliefs and cultural expressions, due to a patriarchal organization of society. The purpose of this research into the social issues of multiculturalism is to investigate, describe and analyze socio-cultural aspects surrounding the issue of maternal morbidity and mortality, it is a priority for the health service providers and patients, since in the past decade health programs targeting women have been energized with new approaches, under the slogan "health for all", but for different reasons inaccessibility is a barrier, and even force the bond Juana SUMI Azurduy Padilla (mother-child) whose objective: to reduce maternal and child mortality and chronic malnutrition (as) under 2 years old, has individualized prenatal care and delivery in order to promote, protect and / or recover health of the mother and fetus. And the comparison between Western medicine and traditional medicine, two systems of social and cultural factors. That according to the referential framework multiculturalism and seeks health care with warmth, but cultural resistance is associated with the Andean worldview and gender inequality. On whether the research question as to whether go for consultation giving attention biologista fact influencing prenatal care, preventive activities in the CS "Calama" in their objectives, prospective longitudinal study, study population: women, study area established as study group methodology, reference and health workers, and techniques such as interviews and observation. With results-based analysis and as directed.

Key Words: Morbi- mortalidad materna, aspectos socioculturales

Resumen

El presente trabajo de investigación dentro de la temática social de la interculturalidad nos muestra aspectos socio-culturales que rodean al problema de la **morbi-mortalidad materna**, tomando en cuenta a los prestadores de servicios de salud y los pacientes, el insuficiente conocimiento de los factores culturales, la poca predisposición de los prestadores de salud, en la implementación de un servicio con enfoque intercultural hace que no se tome en cuenta las prácticas y costumbres de los usuarios que acuden al

servicio, por consiguiente se hace necesaria la implementación de estrategias integrales que logren la competencia Intercultural en el equipo de salud en la última década los programas de salud dirigidos a las mujeres han sido dinamizados con nuevos enfoques, bajo el lema "salud para todos", pero la inaccesibilidad por diferentes causas es una barrera, aún vigente el SUMI y el bono Juana Azurduy de Padilla (madre-niño) cuyo objetivo: reducir la mortalidad materno-infantil y desnutrición crónica en niños(as) menores de 2 años, ha individualizado la atención de consulta prenatal y parto con el propósito de promover, proteger y/o recuperar la salud de la gestante y el feto. La comparación entre la medicina occidental y medicina tradicional, dos sistemas de factores sociales y culturales, la interculturalidad y salud busca una atención con calidez, pero la resistencia cultural está asociada a la cosmovisión andina y la inequidad de género.

Palabras claves: Morbi- mortalidad materna, aspectos sococulturales

1. Introducción

"La maternidad en Bolivia, refleja la pobreza de un país en vías de desarrollo con características pluriculturales y multiétnicas, cuyas consecuencias afectan en general a las mujeres y con matices de mayor vulnerabilidad a la mujer indígena a través de la marginación étnica, violando el derecho a la salud y a la vida de la mujer"⁴.

Más allá de la gran heterogeneidad de situaciones que viven las mujeres Bolivianas tienen a menudo dificultades sobre el control para tomar sus propias decisiones ya que los roles de género contruidos socialmente le asignan un papel de subordinación con respecto al varón de la familia; es decir fijan una forma de relación con los hombres en que la complementariedad de la pareja marca muchas veces sus prácticas organizativas, políticas y sociales compartiendo la condición de opresión

de la organización patriarcal de la sociedad. Muchas mujeres en caso de embarazo esperan la decisión de la pareja para acudir al control prenatal. Por otra parte en áreas alejadas de la ciudad (EL Alto) como en zonas periferias suelen tener barreras geográficas, culturales e institucionales que bloquean la oferta/demanda de servicios porque los sistemas de referencia transporte y comunicación no existen o funcionan inadecuadamente

Bajo este contexto y aun con la implementación de políticas y estrategias de salud dirigidas a la mujer y al niño como el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, Seguro Básico y actualmente el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) mas la ultima implementación del Bono Juana Azurduy de Padilla la situación de la maternidad se mantiene sin cambios significativos en el última década, "expresada en la tasa de mortalidad materna mas elevada del continente que

⁴ Ministerio de Salud y Deportes "Plan Nacional de Maternidad y Nacimientos Seguros (2004-2008)"; pag. 232

alcanza a 230 por 100.000 nacidos vivos”⁵

El propósito de este trabajo de investigación pretende ser el punto de partida para futuras investigaciones que comprometan no solo los factores biológicos, sociales, sino culturales y sus componentes como barreras que impiden el acceso a la salud,. Dicho trabajo de investigación se realizará en la RED DE SALUD COREA EL ALTO, CENTRO DE SALUD “CALAMA”

Justificación

La presente investigación surge ante la importancia que ha alcanzado dentro de la temática social de la interculturalidad y el más cuestionado a cerca de la inasistencia de las mujeres gestantes al control prenatal las que causan altas tasas de mortalidad

En nuestro país multicultural, donde los prestadores de salud ofertan servicios que expresa su propia cultura adquirido por una formación universitaria e institucional y los demandantes en todo el sentido de sus creencias y expresiones culturales, organizan su vida de la misma forma de su lugar de origen, no obstante, ambos persiguen el mismo objetivo de proteger y promover la salud materna

Sin embargo, el problema muestra mayor complejidad y por ello es prioritario y necesario motivar a la creación de un nuevo estilo de relación entre los prestadores de servicios de salud y los pacientes, tomando en cuenta la situación de las diferentes percepciones y

prácticas que tienen, pero cuya relación no debe estar basada en la transmisión de prácticas y mensajes unidireccionales sino en el establecimiento de una relación intercultural solidaria permanente, que coadyuve a la revalorización de la cultura de las pacientes pudiendo expresar libremente y sin temor sus problemas

Con el propósito de mejorar el acceso de las mujeres a los servicios de salud durante los primeros controles prenatales a un atención segura, controlando y previniendo los riesgos oportunamente incidiendo en la disminución de la mortalidad materna en el marco de políticas actuales de salud, se plantea una estrategia concertada e intercultural En ese sentido, la presente investigación tiene el propósito de indagar, describir y analizar los aspectos socio-culturales que rodean al problema de la morbi-mortalidad materna.

De esta manera, creemos que se puede contribuir a mejorar el conocimiento de esta problemática, su interpretación y sus posibles soluciones en el marco de una política intercultural. Sin embargo, falta aún indagar las opiniones de las mujeres con respecto al fenómeno del problema durante el embarazo concomitantemente con los controles prenatales; tal vez ellas les den importancia a factores que no son tomados en cuenta por las normas institucionales ya que estas podrían tener una gran utilidad y que a través de él se podrá contribuir a comprender mejor esta problemática, a estimular la participación de las mujeres en la priorización de sus problemas durante el embarazo y ser parte activa durante el proceso de parto de acuerdo a sus y vivencias para lograr una mayor identificación con las ideas e

⁵ OPS “Servicios de salud con enfoque de Género”; pag 13

imágenes acerca de los problemas en el embarazo.

El Centro de Salud se encuentra ubicado en zona de Villa Calama y en la actualidad cuenta con el siguiente personal:

CARGO	Nº
Medico General	2
Odontología	1
Lic. en enfermería	1
Aux. en enfermería	1
Personal administrativo	1
Recaudaciones	1
Farmacia	1
portera	1
FUENTE: Centro de Salud "Calama" , 2010	

De acuerdo a los datos registrados en el mismo Centro de salud 2010 tenemos los siguientes

Población total	Mujeres en edad fértil	Embarazos esperados
12844	3635	408

Fuente: Gerencia de salud Red Corea 2009

**Cobertura de control prenatal
enero a septiembre 2008**

No. De Controles	%
primer control pre natal	33
4to control prenatal	25

Fuente: Centro de salud calama, 2011

**Cobertura de control prenatal
enero a septiembre 2009**

No. De Controles	%
primer control pre natal	40
4to control prenatal	23

Fuente: Centro de salud calama, 2011

Observando los cuadros obtenidos podemos mencionar que en el 2008 de los meses de enero-septiembre en la primera consulta prenatal asistieron solo el 33% de mujeres y solamente continuaron un 25% de mujeres para realizar el 4to control prenatal y en el 2009 realizaron solo un 40% el primer control prenatal y acudiendo un 23% para el 4to control prenatal (captadas antes o después del quinto mes de embarazo), . Este índice de captación en el primer nivel es inferior a la meta establecido por el SEDES de la Paz. Razón fundamental para realizar y ver las causas socioculturales, de la mujer, esposo familiar o el personal de salud

que impiden el acceso al servicio de salud.

Pregunta de investigación

¿Cuáles serán los factores culturales que impiden el acceso al control prenatal en el Centro de Salud Calama Red Corea El Alto segundo trimestre 2010?

Objetivo general

Determinar los factores culturales que impiden el acceso al Control prenatal en el Centro de Salud "Calama"

Objetivos específicos

Identificar si el idioma es un determinante para interferir en el acceso al control prenatal de mujeres gestantes que acuden al centro de Salud

Determinar si el grado de instrucción, estado civil y procedencia son determinantes para no acudir al Centro de Salud para el control prenatal

Establecer de qué manera interfiere la concepción cultural de salud y enfermedad en el acceso al control pre natal en el Centro de salud Calama

Establecer de que manera influyen los mitos y costumbres de las mujeres que no asisten al centro de Salud para su control prenatal

Determinar los aspectos que le causan miedo, desconfianza para no acudir al Centro de Salud

Establecer si las relaciones interpersonales (personal de salud-usuaria) son determinantes para que las mujeres no asistan a su control Prenatal en el Centro de Salud "Calama"

2. Diseño metodológico

Es longitudinal prospectivo. El diseño es de tipo cualitativo.

Poblacion : La población en estudio para nuestra investigación son las mujeres que no acuden a la atención de Control prenatal en el centro de Salud "Calama,zona Villa Calama, ciudad de El Alto provncia murillo departamento La Paz.

Muestra: Se toma como muestra criterios de selección a través de la conformación de dos grupos : Un grupo de estudio;mujeres en edad fértil (15-45 años), mujeres que nunca asistieron a controles prenatales en (Centros de salud, Hospitales, etc.), mujeres que no asistieron a algún servicio de salud y haber permanecido dos o más años en el área de investigación. Un grupo de referencia; Mujeres en edad fértil (15-45 años), mujeres que asistieron a algún servicio de salud (Centros de salud, Hospitales, etc.) y mujeres que han realizado por lo menos 2 controles prenatales. Al personal de salud; Personal de salud que trabaja en la Red Corea, correspondencia abierta con la comunidad haber reconocido la problemática cultural de acceso Para cada grupo se realizó 10 encuestas y cada una elaborada con 10 preguntas

3. Resultados

Cuadro 1: Mujeres gestantes que no asisten a los servicios de salud en atención de control prenatal, según edad estado civil, grado de instrucción, procedencia e idioma.

VARIABLES	ESCALA DE DISTRIBUCION	PORCENTAJE
EDAD	15 a 35	85
	35 a mas	15
ESTADO COVIL	Soltera	20
	Casada	30
	Union estable	50
	Viuda	-
GRADO DE INSTRUCCION	Primaria	80
	Secundaria	10
	Universitaria	5
	Tecnica	5
PROCEDENCIA	Urbana	40
	Rural	60
IDIOMA	Aymara	50
	Quechua	1
	Español	40
	Quechua-español	9
	Aymara- español	-
NUMERO DE HIJOS	De 1 a 4	50
	De 5 a mas	50

Fuente: Elaboración propia

Del 100% de mujeres entrevistadas del grupo de estudio un 85% pertenecen a las edades de 15 a 35 años respectivamente y un 15% refieren pertenecer a las edades de 35 a más años de edad. Observando y realizando el análisis de estos resultados podemos deducir que en su mayoría son mujeres jóvenes las entrevistadas. En relación con el estado civil de las mujeres entrevistadas, el 50% mencionan vivir en Unión estable con su pareja, precedido del 30% que refieren estar casadas legítimamente y por ultimo un 20% son madres solteras que viven sin su pareja . En lo que respecta al grado de instrucción podemos decir que el 80% solo ha cursado el primer grado de primaria, es decir no ha culminado sus estudios, comentando que solo sabe leer y escribir. Un 10% curso el nivel secundario, precedido del 55 que cursó la Universidad y por último el otro 5% restante habría culminado sus estudios en técnicas (Aux. de enfermería, auxilia contable, secretaria, etc.) Las mujeres entrevistadas reconocen que un 60% provienen del área rural debido a las constantes migraciones y la falta de trabajo en dichas áreas, seguido de un 40% que pertenecen al área urbana

(ciudad) En lo que se refiere al idioma aymará del 100% de las entrevistadas mencionan que el 50% habla el idioma aymará debido a que la mayoría son migrantes del área rural como idioma materno seguido por el 40% que habla español, un 9% que habla los dos idiomas (español-aymará) y el 1% de la entrevistada que solo habla el quechua. El número de hijos que tienen nuestra entrevistadas es de 1 a 4 hijos que constituyen el 50% y el otro 50% tiene de 5 a más hijos.

Cuadro 2: Número de embarazos de las mujeres objeto de estudio

Mujeres	Numero de embarazos
1 - 2	2
3 - 4	3
4 - mas	5
TOTAL	10

Fuente: Elaboración propia

De las 10 mujeres entrevistadas con referencia a los embarazos que tuvieron, 5 entrevistas relataron tener de 4 a mas embarazos justificando que el hecho de tener mas hijos ayuda en los quehaceres familiares asignándoles tareas de

acuerdo a los roles de genero Otra parte muy significativa que tan solo 3 mujeres entrevistadas menciona haber tenido de 3 a 4 embarazos y que tan solo 2 mujeres tuvieron de 1 a 2 embarazos

Cuadro 3: Testimonios sobre donde acostumbra acudir en caso de embarazo

- No acudo a ningún lugar (entrevista 1; nov. 2009)
- Si voy donde mi comadre ellas es matrona (entrevista 2,nov. 2009
- No acudo a ningún lugar el embarazo no es una enfermedad es algo
- natural que cualquier mujer tiene (entrevista 3, nov. 2009
- Voy donde la partera, donde ella nomás acudo (entrevista 4, nov. 2009
- No voy al Hospital mi esposo nomás me cuida (entrevista 5,nov. 2009)

Fuente: Elaboración propia

La mujeres entrevistas refieren no asistir a ningún establecimiento de salud, y en caso de encontrarse embarazada acuden a un conocido muy cercano a ellas;

(partera, matrona, comadre) o bien no acuden a ningún lugar justificando que el embarazo es normal en las mujeres

Cuadro 4: Testimonios sobre quienes le realizan los controles en el embarazo

- Como no acudo solo mi marido nomás me cuida (entrevista 1; nov.2010)
- Sabe mi comadre ella es la matrona de la zona (entrevista 2,nov. 2010)
- No responde (entrevista 3, nov. 2010
- La partera es persona de confianza (entrevista 4, nov. 2010)
- Mi esposo me cuida, me dice que el embarazo es normal (entrevista 5,nov. 2010)

Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la realización de hacerse controlar por personas conocidas por ellas mismas, las mujeres entrevistadas refieren que el proceso del embarazo es normal y que no deslindan los conocimientos de las parteras, matronas

o del propio marido ya que todos ellos les brinda una confianza. Sin embargo podemos deducir que la mujer sigue asumiendo el papel de subordinación hacia el hombre.

Cuadro 5: Testimonios sobre la asistencia a un centro de salud para el control prenatal

- No, porque es perder el tiempo (entrevista 1; nov. 2010)
- Por que el personal de salud me trato mal (entrevista 2, nov. 2010)
- No, se ir al Centro de Salud (entrevista 3, nov. 2010)
- No porque me hicieron desvestir (entrevista 4, nov. 2010)
- Te piden toda clase de laboratorios para 3-4 semanas y se tarda mucho tiempo (entrevista 5, nov. 2010)

Fuente: Elaboración propia

Cuando una usuaria acude a un establecimiento de salud para ser atendido lo primero que busca es una buena atención (calidez amabilidad, rapidez, etc.) Pese a muchas limitaciones que existe en el Centro de Salud "Calama" como ambiente pequeño, la falta de comodidad entre otras, lo que conlleva a la no aceptación de estos

servicios o sea, la respuesta generalmente es negativa, por el trato no adecuado, a la señora la han hecho esperar mucho, ya que tiene actividades laborales en ese horario, que la obligaron a desvestir para el examen, cuando hacia frío, y los laboratorio lo realizan con mucho tiempo.

Cuadro 6: Testimonios sobre la decisión de no asistir al centro de salud

- Es perder el tiempo todo el día hay que ir pararse ahí (entrevista 1; nov. 2, nov. 2010)
- Me hicieron esperar mucho (entrevista 3, nov. 2010)
- Me hicieron desvestir (entrevista 4, nov. 2010)
- Te hacen caminar por todos lados pidiendo laboratorios y los resultados tardan semanas e incluso se pierde y hay que empezar a ser de nuevo (entrevista 5, nov. 2010)

Fuente: Elaboración propia

Con referencia a la pregunta realizada a las mujeres entrevistas ellas decidieron no ir a los establecimiento de salud ya que la justificación mas relevante es que pierden mucho tiempo en asistir a estos Centros dejando de lados sus

quehaceres o labores domesticas incluso refieren que la espera para ser atendida tarda mucho. Otro aspecto que mencionan ellas es de que los laboratorios que les piden no dan los resultados rápidos

Cuadro 7: Testimonios sobre el maltrato del personal de salud

- Si, (entrevista 1; nov. 2010)
- Si, me trato mal la enfermera (entrevista 2,nov. 2010)
- El doctor me ha reñido (entrevista 3, nov. 2010)
- Si pues, todos son malos, mas son las enfermeras (entrevista 4, nov. 2010)
- No responde (entrevista 5,nov. 2010)

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al trato que se recibe de parte del personal de salud, esto puede significar un obstáculo para las personas que si están convencidas de la efectividad del tratamiento que van a recibir, las humillaciones, un trato verbal

denigrante hacia los pacientes, en especial a los de estratos bajos que no suelen ser la excepción. Las entrevistas refieren recibir o que recibieron malos tratos por parte del personal de salud en especial de las enfermeras.

Cuadro 8: Testimonios sobre tipo de maltrato que recibió

- Verbal pues señora (entrevista 1; nov. 2010)
- Solo te riñen y de paso te atiende de mala gana (entrevista 2,nov. 2010)
- No me ha pegado pero me ha reñido (entrevista 3, nov. 2010)
- Que le puedo decir son muy malos (entrevista 4, nov. 2010)
- No responde (entrevista 5,nov. 2010)

Fuente: Elaboración propia

Ante la pregunta, las mujeres entrevistadas mencionan que el tipo de maltrato que recibieron por parte del personal de salud fue psicológico; es decir, que recibieron un trato

desagradable, humillante, lo que repercute a que ellas no puedan asistir a los Establecimientos de salud para su correspondiente atención.

Cuadro 9: Testimonios sobre realización del control prenatal durante el embarazo

- No el embarazo no es una enfermedad (entrevista 1; nov. 2010)
 - No creo (entrevista 2,nov. 2010)
 - No responde (entrevista 3, nov. 2010)
 - A veces creo yo (entrevista 4, nov. 2010)
- Para que si el tener wawa es normal (entrevista 5,nov. 2010)

Fuente: Elaboración propia

Las entrevistas hacen referencia, a que el embarazo es un ciclo natural que atraviesa la mujer después de que ella tiene relaciones con su pareja y que el control prenatal no es imprescindible para

ellas aun sabiendo que conlleva algunas complicaciones durante todo el proceso del embarazo pero que en su mayoría no les ha afectado.

Cuadro 10: Testimonios sobre perjuicio al no realizar sus controles prenatales en un centro de salud

- No creo (entrevista 1; nov. 2010)
- En que me puede perjudicar (entrevista 2, nov. 2010)
- No, porque yo me cuido bastante en mi embarazo (entrevista 3, nov. 2010)
 - No (entrevista 4, nov. 2010)
 - No responde (entrevista 5, nov. 2010)

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con las mujeres entrevistadas ella refieren no perjudicarles en ningún aspecto para la realización de sus controles prenatales ya que ellas no acuden a los

establecimientos que prestan servicios en salud. Más al contrario ellas mencionan ser perjudicadas cuando asisten a los Centros de salud porque se pierde mucho tiempo, es decir la atención no es rápida.

Cuadro 11: Testimonios sobre complicación durante el embarazo

- Solo le digo a mi esposo (entrevista 1; nov. 2010)
- Fui donde la matrona (entrevista 2, nov. 2010)
- No, porque yo me cuido bastante en mi embarazo (entrevista 3, nov. 2010)
 - A ningún lugar no tuve complicaciones (entrevista 4, nov. 2010)
 - No, a ningún lugar (entrevista 5, nov. 2010)

Fuente: Elaboración propia

Con referencia a las complicaciones de su embarazo ellas gran parte de las manifiestan conocer las complicaciones que pueden causar incluso la muerte de mujer durante el embarazo Si ellas

necesitan ayuda consultan al esposo, a la perta o generalmente tratan de hacer reposo aconsejadas por esposos o la madre

Cuadro 12: Testimonios sobre confianza hacia el personal de salud

- NO se señora, porque yo nunca he ido al doctor (entrevista 1; nov. 2010)
 - No se (entrevista 2, nov. 2010)
 - No, responde (entrevista 3, nov. 2010)
 - No sabría decirle (entrevista 4, nov. 2010)
 - No (entrevista 5, nov. 2010)

Fuente: Elaboración propia

Las mujeres entrevistadas desconocen que el personal de salud brinde la

confianza ya que ellas no acuden a los establecimientos de salud y que su

embarazo solo es controlado por matrona, parteras empíricas y el mismo

esposo que coadyuva en la atención.

Cuadro 13: Testimonios sobre beneficios que presta el centro de salud a las mujeres embarazadas

- Si que es gratuito (entrevista 1; nov. 2010)
- Si que recién ha salido el Bono Juana Azurduy pero hay que hacer muchos papeles y es pérdida de tiempo (entrevista 2, nov. 2010)
- Si no se paga nada (entrevista 3, nov. 2010)
- No todavía no conozco (entrevista 4, nov. 2010)
- Si, creo que si (entrevista 5, nov. 2010)

Fuente: Elaboración propia

Con respecto a esta pregunta las mujeres entrevistadas refieren conocer que hay un Seguro de Maternidad y Niñez (SUMI) que presta servicios a las mujeres embarazadas y hasta los 6 meses después del parto (puerperio) de forma gratuita y que además se ha implementado el Bono Juana Azurduy de Padilla que consiste en pagos o cuotas a

cambio de la realización de controles prenatales. Sin embargo podemos deducir que si bien son gratuitos o que dan dinero en efectivo esto no mejora la atención ni menos inspira confianza de parte del personal de salud lo que ocasiona que las mujeres no se beneficien con la gratuidad de estos servicios

Cuadro 14: Testimonios sobre comprensión de costumbres en el centro de salud

- No porque son bien fríos, no tiene paciencia con la gente en especial con las señora de pollera (entrevista 1; nov. 2010)
- No, porque no entiende mi idioma (entrevista 2, nov. 2010)
- No, se no le puedo decir (entrevista 3, nov. 2010)
- No a esa gente no le interesa nuestras costumbres (entrevista 4, nov. 2010)
- No responde (entrevista 5, nov. 2010)

Fuente: Elaboración propia

Las costumbres y tradiciones de cada usuaria que asiste a cualquier establecimiento de salud es diferente de una a otra región al que pertenece, pero debido a la gran afluencia de usuarias que asisten en algunos establecimientos estás no son respetadas debido a

factores como el trato, la vestimenta, el idioma, donde en su mayoría son discriminados. Ante la pregunta de que si el Centro de Salud comprende las costumbres que las mujeres tienen ellas mencionaron que no se respetan.

GRUPO DE REFERENCIA

Cuadro 15: Mujeres gestantes que asisten a los servicios de salud en atención de control prenatal)

EDAD	15 a 35	70
	35 a mas	30
ESTADO CIVIL	Soltera	30
	Casada	10
	Union estable	60
	Viuda	-
GRADO DE INSTRUCCION	Primaria	20
	Secundaria	30
	Universitaria	10
	Tecnica	40
PROCEDENCIA	Urbana	70
	Rural	30

Fuente: Elaboración propia

Del 100% de mujeres entrevistadas del grupo de referencia un 70% oscilan entre las edades de 15 a 35 años respectivamente y un 30% pertenecen a las edades de 35 a más años de edad. Este dato es importante ya que podemos mencionar que dichas mujeres son jóvenes. Con respecto al estado civil de las mujeres entrevistadas, ellas refieren que un 60% viven en Unión estable, el 30% son mamás solteras, es decir que no

viven con sus parejas y que el 10% representa a una mujer legalmente casada. El grado de instrucción se distribuye en 40% de mujeres que hicieron carreras técnicas, el 30% con educación secundaria, el 20% primaria y el 10% poseen instrucción universitaria. Con referencia al lugar de procedencia el mayor porcentaje, es decir un 70% indica haber sido de la ciudad y un 30 % indica ser del área rural respectivamente.

Cuadro 16: Número de embarazos que tuvo

EMBARAZOS QUE TUVO	
1-2	5
3-4	4
4- mas	1
TOTAL	10

Fuente: Elaboración propia

De las 10 mujeres entrevistadas con referencia a los embarazos que tuvieron, 5 entrevistas relataron tener de 1 a 2 embarazos justificando que la situación económica que ellas atraviesan no alcanza para poder mantener a más hijos

Otra parte significativa como es el de 4 mujeres que mencionan haber tenido de 3 a 4 embarazos y solamente 1 entrevistada refiere haberse embarazado 4 veces

Cuadro 17: Testimonios sobre importancia de la realización del control prenatal

- Si, para no tener complicaciones más después (entrevista 1; nov. 2010)
- Si hay que hacerse chequear para saber cómo está el bebé (entrevista 2, nov. 2010)
- Claro así sabremos cómo está la wawa en nuestro vientre o por hay lo tengo con cesárea (entrevista 3, nov. 2010)
- Si, siempre hay que acudir al médico, bien no más te revisa (entrevista 4, nov. 2010)
- Si, claro es importante además para saber si es hombrechito o mujercita (entrevista 5, nov. 2010)
- Si para saber que la wawa esta bien (entrevista 6, nov. 2010)
- Si es importante (entrevista 7, nov. 2010)

Fuente: Elaboración propia

En este grupo a diferencia de las mujeres del grupo de estudio, la totalidad de las entrevistas comenta que toda mujer debería hacerse el control prenatal durante el embarazo. Las razones más comunes fueron para saber cómo estaba

la wawa, en buena posición, o para saber el sexo e incluso si el parto sería normal o necesitaría una cesárea. Además opinaron que sería bueno que todas las mujeres embarazadas deberían realizar.

Cuadro 18: Testimonios sobre controles prenatales que realizo en su último o actual embarazo

- Yo he realizado cada mes porque me ha dicho el doctor que tenía la cadera estrecha (entrevista 1; nov. 2010)
- Hice cuatro controles prenatales de mi hijo (entrevista 2, nov. 2010)
- En mi ultimo embarazo realice 2 controles nada mas (entrevista 3, nov.2010)
- En este embarazo estoy en mi cuarto control prenatal (entrevista 4, nov.2010)
- Cada vez que me pedía el doctor yo iba a hacer mis controles prenatales (entrevista 5, nov.2010)
- No me acuerdo cuantos controles hice pero siempre cumplía (entrevista 6, nov. 2010)

Fuente: Elaboración propia

Con relación al periodo del embarazo, la mayoría de las entrevistadas han hecho sus controles prenatales, recurriendo al Centro de Salud "Calama" ellas indican

que realizaron sus controles cuando el doctor les pedía, esto debido a los casos que se presentaban ya que una mujer es diferente a otra.

Cuadro 19: Testimonios sobre satisfacción con el control prenatal

- Si, bien nomás atiende el doctor (entrevista 1; nov 2010)
- Claro además te dan pastillas para que la wawa sea fuerte (entrevista 2; nov 2010)
- Si, todo me hacen, me pesan, me miden la presión y me han dicho el doctor cuando va a nacer la wawa (entrevista 3; nov 2010)
- Si, estoy satisfecha porque bien buenito es el doctor (entrevista 4; nov 2010)
- Si, esta bien nomás ,además es gratis (entrevista 5; nov 2010)

Fuente: Elaboración propia

Todas las mujeres entrevistadas quedaron satisfechas sobre el control prenatal que realizaron o que están realizando, porque les atendieron bien y

les avisaron cuando iba a nacer la wawa, les dieron seguridad y tranquilidad. Además las que realizaron el control indican que le suministraron tabletas de

hierro; la mayoría las tomó sin causarles ningún problema. Paralelo a ello también mencionaron que la atención es gratuita

justificando que deberían aprovechar los beneficios que brinda a las mujeres embarazadas

Cuadro 20: Testimonios sobre veces que debe acudir una mujer embarazada a su control prenatal

- Debe acudir cuando el doctor le pida (entrevista 1; nov 2010)
- Las veces que pueda (entrevista 2; nov 2010)
- Cuatro a cinco controles (entrevista 3; nov 2010)
- Cada mes cuando uno se entera que esta embarazada (entrevista 4; nov 2010)
- Cada mes en especial los primeros tres meses (entrevista 5; nov 2010)

Fuente: Elaboración propia

Con referencia a la pregunta de que cuantas veces cree que debe acudir un mujer embarazada a su control prenatal las mujeres entrevistadas afirman que se debería acudir a los controles prenatales cuando el doctor lo sugiera debido

algunas complicaciones que se puedan presentar durante el proceso del embarazo. El numero de controles que debería realizar fluctúa 3 veces hasta 8 veces

Cuadro No. 21: Testimonios sobre Temor al asistir al control prenatal

- No, el doctor es bueno (entrevista 1; nov 2010)
- El doctor , la enfermera me inspiran confianza (entrevista 2; nov 2010)
- Tranquila ya estoy acostumbrada (entrevista 3; nov 2010)
- No, voy con seguridad (entrevista 4; nov 2010)
- No, estoy tranquila nomás (entrevista 5; nov 2010)
- La primera ves tuve miedo (entrevista 6; nov 2010)

Fuente: Elaboración propia

El temor de asistir por primera vez al control prenatal es común en todas las mujeres, más que un temor es un miedo pero las mujeres entrevistadas

mencionan no tener temor ya que el personal de salud en este caso el doctor o la enfermera les inspira confianza y respeto

Cuadro 22: Testimonios sobre comprensión del personal de salud que le atiende

- A veces porque al medico parece que esta cansado y te atiende rápido (entrevista 1; nov 2010)
- Le entiendo nomás al doctor(entrevista 2; nov 2009)
- Le entiendo mejor al doctor del turno de la mañana y también a la enfermera (entrevista 3; nov 2010)
- No le entiendo mucho porque yo poquito hablo español, se hablar aymará nomás (entrevista 4; nov 2010)
- Si, se hace entender el doctor (entrevista 5; nov 2010)
- El medico de la mañana bien nos explica, le comprendo (entrevista 6; nov 2010)

Fuente: Elaboración propia

La comprensión entre el personal de salud y la usuaria que acude a los Centros de salud y/o hospitales en busca de una atención en salud debería ser importante, dichas mujeres entrevistadas refieren que el medico les explica sobre su situación, haciendo referencia mas al turno de la mañana. Otro aspecto que influencia es el carácter del médico de

turno a veces puede que sea la rutina misma (cansancio) o bien la falta de carisma hacia la persona que acude a recibir ayuda A excepción de una entrevistada que refiere tener el idioma aymará y que no comprende muy bien sobre los consejos que le da el doctor de turno

Cuadro 22: Testimonios sobre confianza en el personal de salud

Si, todos son buenos más que todo el doctor de la mañana (entrevista 1; nov 2010)
Claro (entrevista 2; nov 2009)
Si, confió en el doctor bien nomas nos receta (entrevista 3; nov 2010)
El doctor es bueno nomas (entrevista 4; nov 2010)
Le tengo confianza al médico (entrevista 5; nov 2010)

Fuente: Elaboración propia

Las razones más comunes expresadas por las mujeres entrevistadas refieren que el personal de salud les inspira confianza. Esos resultados hacen ver que

las mujeres no solo acuden cuando están embarazadas sino que asisten a otros tipos de atenciones.

Cuadro 23: Testimonios sobre trato del medico

- Si (entrevista 1; nov 2010)
- El doctor es bien bueno (entrevista 2; nov 2010)
- Bien nos trata (entrevista 3; nov 2010)
- Sin comentarios (entrevista 4; nov 2010)
- Si, la enfermera y el doctor son buenos (entrevista 5; nov 2010)
- El medico nos trata bien pero quisiera que atienda a mas pacientes (entrevista 6; nov 2010)

Fuente: Elaboración propia

La mayor parte de las mujeres de este grupo de referencia refieren que el trato que el medico les dá es aceptable existiendo en ellas y el personal de salud

una confianza única. Pese a ello ellas sugieren que se atienda a mas pacientes donde todas las que acuden el centro de Salud puedan estar satisfechas

Cuadro 24: Testimonios sobre satisfacción por la atención en el centro de salud

- Si, solo que no quiero que cambien de doctor (entrevista 1; nov 2010)
- Si, quisiera que atiendan los sábados y los domingos porque cuando nos enfermamos no sabemos donde vamos a acudir (entrevista 2; nov 2010)
- Si solo que tardan mucho (entrevista 3; nov 2010)
- A veces se pierde toda la mañana en el Centro (entrevista 4; nov 2010)
- Si, pero quisiera que haya otras especialidades (entrevista 5; nov 2010)
- A veces (entrevista 6; nov 2010)

Fuente: Elaboración propia

Las mujeres entrevistadas refieren sentirse satisfechas con la atención que brinda el Centro de Salud "Calama" pero también opinan que la atención debería realizarse de lunes a domingo, con diferentes especialidad

Trabajadores en salud

Características generales del personal de salud encuestado

Personal sanitario, medico, y paramédico de la Red Corea. El cargo que ocupan corresponde a 60% auxiliares de enfermería, 20% médicos 5% Licenciada en enfermería y el restante del 15% personal administrativo. El idioma que

Del 100% del personal encuestado consideran que el respeto a las costumbres y tradiciones que tienen las usuarias que asisten al Centro de Salud es fundamental, esto con el objetivo que la usuaria retorne al Centro. El personal de salud tiene que dar el primer paso para captar a la mayor población mejorando sus coberturas no solo en el control prenatal sino en los demás servicios que brinda dicho Centro.

Idioma como dificultad importante en su trabajo

Si bien el idioma puede llegar a ser una barrera que dificulta el acceso a los servicios el 90% del personal de salud encuestado menciona que en algún momento de la atención con la usuaria hubo dificultad con una segunda o tercera lengua que ignoraba y que se requería en ese instante la presencia de un traductor, por lo que generalmente el quien mas tropieza es el medico y no tanto con las auxiliares de enfermería o personal administrativo. Y un 10 % respondió que no tenían dificultad en el idioma,

Concepto que tiene sobre la medicina tradicional

Habla el personal de salud es en un 100% habla el español. Del 100% del personal de salud un 20 % no habla el aymará pero si entiende.

Respeto a las costumbres y tradiciones de las usuarias que asisten al centro de salud

Podemos mencionar con respecto a la medicina tradicional, el 95% del personal de salud encuestado reconoce que la medicina tradicional que utilizan algunas usuarias son muy arraigados y de respeto; es decir que ellas respetan sus tradiciones, creencias y que en algunos casos lo practican cotidianamente ellas mismas. Un 5 % señalan que la medicina tradicional es corrompida por algunos que mienten a la población haciéndoles creer que son capaces de curar enfermedades muy graves incluso llegando a ocasionar la muerte de algunas de ellas.

Identificación de mujer embarazada en comunidad y que no acude al centro de salud

El personal de salud encuestado que es un 100% refieren que cuando se encuentra en comunidad a una mujer embarazada que no acude o nunca acudió al Centro de Salud lo primero que se hace es ganar su confianza e invitarla para que reciba atención medica, posteriormente explicarla de los beneficios que pueda recibir y posteriormente orientarla a cerca de los

peligros que existe cuando una mujer embarazada, ya que son de peligro y que puede afectar la vida no solo de ella sino también del niño que está esperando

Confianza de la usuaria

De un total del 100% del personal encuestado menciona que hay que ganar la confianza de la usuaria primeramente con un buen trato, respetando sus tradiciones y costumbres que ellas tienen. Paralelo a ello podemos mencionar que no solo se debería ganar la confianza con la usuaria sino también con el esposo ya que la relación de patriarcado sigue predominando

Temor (trato, respeto pudor) que tienen las señoras al acudir al centro de salud

En lo que respecta a los temores del las señora el 100% del personal de salud encuestado refiere conocer los temores (trato, respeto pudor) que tienen las señoras para no acudir a los Centros de Salud. Un aspecto muy importante que podemos mencionar es el maltrato que reciben del personal de enfermería o bien por el médico de turno. Paralelo a ello las mujeres tienen pudor un ejemplo claro cuando se les dice desnúdense es para ellas un insulto, que las usuarias perciben en ese instante. Todos estos factores como el trato la falta de respeto, entre otros impiden que las señoras tengan miedo de asistir a los Centros de salud

Prestación de servicios satisface a las usuarias

Con respecto a la prestación de servicios en el Centro de Salud "Calama" el personal de salud encuestado refiere que es limitada porque pertenece al primer nivel de atención, es decir; es de atención ambulatoria. Con referencia a

los días de atención solo brinda servicios de lunes a viernes excluyendo los días sábados y domingos. Entonces frente a esta situación mencionan que la población que asiste al centro de Salud no esta del todo satisfecha de los servicios que brinda.

Momento que una mujer embarazada debe acudir a su control prenatal

En lo que respecta a la asistencia del control prenatal durante el embarazo, el 100% del personal de salud menciona que la mujer debería realizar sus controles prenatales siempre y cuando explicando sobre los riesgos que puede tener y que puede estar en peligro su vida y del niño que esta en su vientre

Orientación del personal de salud sobre los beneficios en la atención en control prenatal

El 100% del personal encuestado menciona que se le orienta a la madre o a la futura madre sobre los beneficios en la atención en control prenatal y que es importante que ellas mismas acudan por voluntad propia paralelo a ello se orienta a la mujer sobre la gratuidad de los servicios desde el embarazo hasta los 6 meses después del parto

Cambios en lo cultural para mejorar el acceso de las mujeres gestantes al centro de salud

El 100% del personal encuestado menciona que para mejorar el acceso a los servicios que brinda el Centro de Salud "Calama" es primeramente ganar la confianza de la usuaria, hablar el idioma, entender y respetar sus costumbres, creencias, valores que ellas tienen sin desmerecerlas. Si bien el idioma es una barrera que limita el acceso a los servicios se debería

capacitar al personal de salud

Discusión

El presente trabajo de investigación se llevo a cabo con el fin de determinar los factores culturales que impiden el acceso al control prenatal en el Centro de Salud "Calama". Se pretende que las relaciones interculturales se conviertan en un dialogo horizontal, por lo cual, el que ha creído que esta en un nivel inferior, logre una relación de igualdad con el que se cree de un nivel superior para interactuar con igualdad de oportunidades. No se puede ignorar que la relación intercultural entre la medicina científica y la población, especialmente la indígena originaria, se caracteriza en su mayoría por la discriminación social y cultural, implicando esfuerzos para reequilibrar las relaciones de poder existentes y eliminar los prejuicios mutuos. Entiendo la interculturalidad como la relación existente entre dos o mas culturas realidad a la que nos enfrentamos día a día de nuestros Centros Salud; es honesto reconocer que muchas veces surgen limitantes, ya sea no entendiendo el idioma o no comprendiendo la gran importancia que tiene para nuestra población las enfermedades de filiación cultural como, la perdida del ajayu, etc.

Otro aspecto importantes es que la comunicación constituye un potencial de desarrollo personal para ambas partes y la base para la complementariedad entre ambas medicinas tanto la medicina tradicional como la medicina científica. De este modo, la adecuación cultural no puede ser un fin en si mismo; es el resultado de este dialogo. La presunción de un estado igualitario de respeto, de tolerancia y de trabajo unificado son los pilares para el desarrollo y el destierro de la marginación de la mujer indígena

originaria.

4. Conclusiones

Esta investigación ha identificado las siguientes conclusiones que son: las mujeres del grupo de estudio no usan los servicios "formales" porque no les gusta el trato que reciben cuando acuden y porque muchos aspectos de los servicios chocan con las ideas que ellas tienen. Debe quedar claro que no solo son factores culturales los que afectan la interrelación entre los dos sistemas. Existen otros tan importantes como los culturales, que provienen de influencia económica y social. Así como el maltrato que reciben, la mala información que se les da y de la falta de consideraciones a la que son sometidas cuando demandan servicios.

El insuficiente conocimiento de los factores culturales, la poca predisposición de los prestadores de salud, en la implementación de un servicio con enfoque intercultural hace que no se tome en cuenta las prácticas y costumbres de los usuarios que acuden al servicio, por consiguiente se hace necesaria la implementación de estrategias integrales que logren la competencia Intercultural en el equipo de salud

5. Referencias bibliográficas

DIBBITS Ineke; *"Lo que puede el sentimiento"*. La temática de la salud a partir de un trabajo con mujeres de El Alto Sur, ED. 2da., EDT.Tahipamu La Paz-Bolivia, 1994

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES, *"análisis del sector salud"* OPS/OMS (Documento de trabajo) La Paz- Bolivia, 2004, pág. 38

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. *"Plan Nacional de Maternidad y Nacimientos Seguros"* (2004-2008) la paz- Bolivia, 2001

OPS/OMS; *"Servicios de salud con enfoque de Género"*. ED 1ra. , La Paz-Bolivia

GALVAN, Hector; *"Salud y cultura"*. VOL. IX N° 1-2 Instituto de Investigaciones Economicas; Universidad de Costa Rica, pág. 33

OPS/OMS *"Historia y perspectiva de la salud en Bolivia"* Promoción de la Salud. Una antología. ED 1ra. , La Paz- Bolivia 1998, pág 11

BOLIVIA. *"Salud de la mujer"*. Cifras reflejan aspectos culturales económicos y religiosas, www.sns.gov.bo/solmuj.htm/-46

ROERSCH TAVARES Y OTROS: *"Medicina Tradicional"* EDT. Hipamu, ED 1ra. Lima-Perú 1999

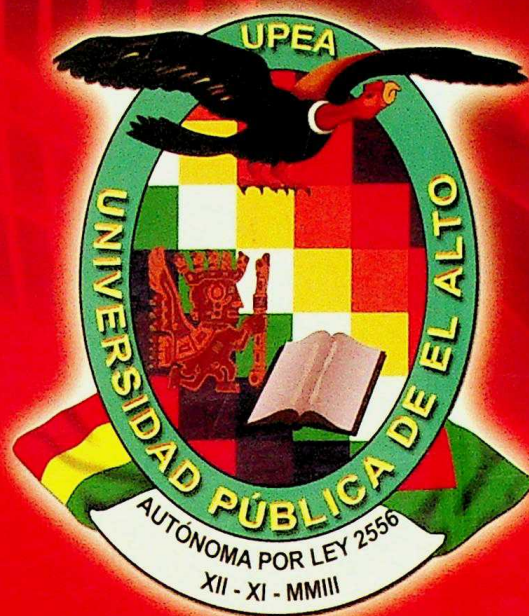
LAUREL, Cristina; *la salud enfermedad como proceso social*, En revista Latinoamericana de salud; VOL 1; EDT Nueva Imagen, ED. 2da. Mexico 1982

MEDICOS DEL MUNDO; *"Creencias, actitudes y practicas de las mujeres de irupana, en relación al ciclo reproductivo"* EDT. Grupo Desing, Irupana-Bolivia 2005

MICHAUX, Jacqueline; SALUD E INTERCULTURALIDAD EN AMERICA LATINA, *Hacia un sistema Intercultural de Salud en Bolivia*. De la tolerancia hacia la necesidad sentida. Universidad mayor de San Andrés, La Paz-Bolivia

C.I.A.E.S.: MATERNIDAD TRADICIONAL. *Conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en relación al ciclo productivo*. UNICEF, EDT. ED 2da. Cochabamba – Bolivia 1991

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES: *guia para la atencion intercultural de la salud materna*: Serie: Documentos técnicos normativos Bolivia, 2005



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENCIA Y TECNOLOGÍA (DICYT)

Av. Sucre "A" s/n Zona Villa Nueva Esperanza

Edif. Emblemático, Piso 3

www.upea.edu.bo UPEA BOLIVIA

