



UNIVERSIDAD PÚBLICA DE EL ALTO
RECTORADO VICERECTORADO
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENCIA Y TECNOLOGÍA DICYT
CARRERA DE MEDICINA



REVISTA MEDICA CIENTÍFICA

Nº 5 / 2016

Medicina

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES



DICyT

Dirección de Investigación
Ciencia y Tecnología

Dirección:

Avenida Sucre (Zona Villa Esperanza) s/n

Teléfono: (591-2) 2844177

Fax: (591-2) 2845800

Sitio web: www.iilyp.upea.edu.bo

institutoiilyp@gmail.com



Medicina

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES



UNIVERSIDAD PÚBLICA DE EL ALTO

Ing. Reynaldo Cosme Huanca
RECTOR

Lic. Gloria P. Humerez Sebacollo
VICERRECTORA

Ing. Sandro Sentellas Lima ph.D.
DIRECTOR
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENCIA Y TECNOLOGÍA - (DICyT)

MSc. Mario Roque Quispe
REVISIÓN ESPECIALIZADA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENCIA Y TECNOLOGÍA - (DICyT)

Dr. Valentin Apaza Mauricio
DIRECTOR – CARRERA DE MEDICINA

MSc. Dra. Pamela Alison Castillo Vega
COORDINADORA DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN
CARRERA DE MEDICINA

MSc. Dr. Marcelo Huayta Soto
COMITE EDITORIAL

IMPRESIÓN
Imprenta Marquez - 2840756

Numero de depósito legal:
4-3-64-13 P.O.

Derechos reservados: DICyT – CARRERA DE MEDICINA
Dirección: Av. Sucre s/n Zona Villa Esperanza
Teléfonos: (+591) 2-2844177 / (+591) 2-2845787
Fax: (+591) 2-2845800

www.upea.edu.bo

Esta prohibida la reproducción total o parcial sin previa autorización de los responsables de esta revista.

El Alto – Bolivia



“REVISTA MEDICA CIENTÍFICA”

UNIVERSIDAD PÚBLICA DE EL ALTO
CARRERA DE MEDICINA – INSTITUTO DE INVESTIGACIONES

MISIÓN:

Publicación y difusión científica en forma periódica de investigación realizadas por docentes y estudiantes de la Carrera de Medicina, abierta a otras Carreras de Área, de la Universidad Pública de el Alto, así como de otros profesionales de la salud vinculados a hospitales e instituciones de salud, cumpliendo con normas internacionales de publicación.

VISIÓN:

Ser un medio de difusión e información científica nacional e internacional, dentro del ámbito de la salud, publicar investigaciones con excelencia y respetando los aspectos éticos.

**VOLUMEN II, NÚMERO 5
2016**

COMITÉ EDITORIAL

DRA. PAMELA ALISON CASTILLO VEGA
DR. JOSE MARCELO HUAYTA SOTO
DR. RUBEN COLQUE MOLLO
DR. WILFREDO AGUILAR LOPEZ
DRA. SHIRLEY GIL RAMOS
DRA. LUCY CAPIA FLORES
DR. SAUL CALDERON CAMPERO
DR. WILSON MOROCHI LIMA

CONSEJO DE REDACCIÓN

LIC. ELIANA TICONA C.

EL ALTO 2016



Órgano Oficial del Instituto de Investigaciones de la Carrera de Medicina de la Universidad Pública de El Alto. Fundado el año 2012, por la Coordinación de Investigación de la Carrera de Medicina. INDICE // CONTE

CONTENIDO

11

FACTORES DE RIESGO DE LA MALARIA EN LOS MUNICIPIOS DE CHARAZANI Y AYATA DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ

Risk factors for Malaria in the Charazani and Ayata Municipalities of La Paz department

Mamani P., Paredes M., Huayta J.

23

PREVALENCIA DE ENTEROPARASITOSIS Y DESPARASITACIÓN EN ESTUDIANTES DE PRIMARIA Y SECUNDARIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS DE LA COMUNIDAD DE HUARINA, PROVINCIA OMASUYOS, EN LOS MESES DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2014

Prevalence of intestinal parasitosis in schoolage an adolescents in educacional unitsof Huarina schools, Omasuyos province, october - december 2014

Ajata I., Ticona I., Guzmán S.

29

SÍNDROME DE BURNOUT EN ESTUDIANTES DE QUINTO AÑO DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE EL ALTO GESTIÓN 2013

Burnout syndrome in medical students of fifth year at the Public University of El Alto, 2013

Huayta J., Morochi W., Alarcon V.

37

PREVALENCIA DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA Y MUCOCUTÁNEA EN EL MUNICIPIO DE CAJUATA EN LAS GESTIONES 2010-2013 Y PRIMER SEMESTRE DE LA GESTIÓN 2014

Prevalence of cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis in Cajuata Municipality, 2010 - 2013 and first half of 2014

Calderon H., Pinedo P., Rojas P., Siñani R., Zeballos C.

47

SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD NUEVOS HORIZONTES, EL ALTO, OCTUBRE DE 2015

User satisfaction outpatient services Health Center "Nuevos Horizontes", El Alto, october 2015

Collque R., Apaza V.

53

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DISCAPACIDAD FÍSICA GRAVE CAUSADA POR LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ EN LA GESTIÓN 2013

Prevalent And factors for a hazard related at damage a phi if peace caused by the chronic nephritic insufficiency for the department La Paz on the behavior 2013

Capia L., Capia G., Vargas L.

59

ACTIVIDADES DE ATENCIÓN Y ABORDAJE INTEGRAL Y CONTINUA A LA SALUD DEL ADULTO MAYOR EN EL PRIMER NIVEL

Integral and continuing activities for elderly primary health care

Arce C., Alarcon V.

67

FACTORES QUE IMPIDEN EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD PÚBLICA DEL EL ALTO GESTIÓN 2015

factors that impede access to health in university students care publishes of the upper management 2015

Gil S., Flores F., Gil G.

73

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE EL ALTO Y EN EL MUNICIPIO DE LLALLAGUA

Knowledge, attitudes and practices of sexual and reproductive health in teen El Alto city and township Llallagua

Castillo P., Villarroel P., Yupanqui E., Mamani F., Calderon J.

PRESENTACIÓN

Es importante difundir la producción científica, y a su vez mostrar que nuestra Universidad a través de la Carrera de Medicina va realizando trabajos de investigación en el área de salud.

La investigación científica es uno de los elementos más importantes para la producción de conocimientos, en el que, Docentes y Estudiantes se encuentran involucrados en procesos de investigación, cuyos resultados deben ser comunicados, difundidos y socializados de manera clara y precisa a través de artículos, cuya publicación es uno de los métodos inherentes al trabajo científico.

La Revista Médica Científica "MEDICINA" en su publicación N° 5/2015, elaborada por Docentes de la Carrera de Medicina y Profesionales destacados de Hospitales, presenta un conjunto de artículos de investigación, que permiten transmitir experiencias en el área de salud, con temáticas de interés.

La Universidad Pública de El Alto, a través de la Dirección de la Carrera de Medicina, pondera esta iniciativa de publicar las diferentes investigaciones, traducidas en artículos que al ser socializados muestran nuestra contribución al avance científico en respuesta a las necesidades de nuestra sociedad.

Resaltamos a los profesionales comprometidos en la difusión de este material científico y a quienes colaboraron en la elaboración de esta Revista hasta su publicación.

Dr. Valentin Apaza Mauricio
DIRECTOR CARRERA DE MEDICINA
U.P.E.A.

PRÓLOGO

La Investigación Científica es uno de los elementos más importantes para este cambio y producción de conocimientos, tenemos que estar dispuestos a contribuir con nuestro tiempo para efectuar Investigación.

Es digno de elogio también el trabajo de todos los docentes involucrados, aconsejando, sugiriendo, estimulando, acompañando y revisando los trabajos mencionados. Así como agradecer a las Autoridades de nuestra Carrera de Medicina y solicitarles continúen incentivando este tipo de actividades.

Pienso que es meritorio el hecho de contar con un órgano de difusión científica donde se puede dar a conocer a la comunidad docente estudiantil médica lo que se puede hacer dentro de nuestra carrera y todos sean contagiados del trabajo de estos colegas médicos.

No quiero olvidar otro tema importante y en nombre del Comité Editorial de la Revista Científica "Medicina" agradezco todo su trabajo empeño y esfuerzo de todas las personas que permiten la elaboración de la revista y su publicación

Dr. J. Marcelo Huayta Soto
EDITOR REVISTA "MEDICINA"

FACTORES DE RIESGO DE LA MALARIA EN LOS MUNICIPIOS DE CHARAZANI Y AYATA DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ

Risk factors for Malaria in the Charazani and Ayata Municipalities of La Paz department

Mamani, P.¹; Paredes, M.²; Huayta, J.³

1 Docente Cátedra Salud Pública V – Carrera Medicina – UPEA.

2 Magister en Medicina Tropical y Salud Internacional – Salubrista.

3 Docente Cátedra Farmacología – Carrera Medicina – UPEA.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los factores de riesgo asociados con la ocurrencia de la enfermedad de malaria en los Municipios de Charazani y Ayata, con el fin de desarrollar lineamientos definidos en un Plan de Intervención que permita fortalecer medidas de prevención. **Métodos:** Se realizó un estudio epidemiológico transversal. El estudio adoptó un diseño de Casos y Controles, seleccionando casos de malaria. Se tomaron en cuenta casos positivos de malaria en la gestión 2009 que se dieron en los municipios de: Charazani y Ayata. El número de casos positivos es de 51 en ambos municipios, 16 en Ayata y 35 en Charazani. **Resultados:** En la muestra, se observa el predominio masculino, siendo el 54% de los encuestados hombres. Las mujeres representan solamente el 46%. El 60% son mayores 25 años, el 8% tienen entre 19 a 25 años, el 12% de 13 a 18 años, el 11% de 6 a 12 años y el restante tienen menos de 6 años. Con respecto a la escolaridad, el 67% de los encuestados estudiaron sólo hasta primaria, teniendo un importante porcentaje (16%) que no tiene ninguna formación escolar. Respecto al estado civil, el 50% de los encuestados son casados y 45% son solteros. Se puede observar que la mayoría de los pobladores (36%) encuestados se dedican a la agricultura, 25% se dedican a las labores de casa y 25% son estudiantes.

Conclusión: Dadas las características de la casa y su localización, el estudio permitió determinar como factores de riesgo: la condición pobre de la vivienda, la distancia menor a 250 m de la casa a una fuente de agua estancada, más de cinco de personas viviendo en la misma casa, más de una persona compartiendo la misma habitación para dormir, y los huecos en la pared y en el techo de la vivienda. Con relación a la protección de la malaria, la condición de no usar ropa apropiada, no usar mosquiteros o repelentes contra insectos y el bañarse al aire libre también constituyen factores de riesgo para la malaria.

Palabras clave: Malaria, factores de riesgo.

ABSTRACT

Objective: Analysing the risk factors associated with the occurrence of malaria disease in Charazani and Ayata Municipalities, in order to develop guidelines defined in Intervention Plan for strengthening prevention measures.

Methods: A cross-sectional epidemiological study was conducted. The study

adopted a design of cases and controls, selecting cases of malaria. Were taken into account positive cases of malaria in 2009 that occurred in the Charazani and Ayata Municipalities. The number of positive cases is 51 in both municipalities, 16 in Ayata and 35 in Charazani. Results: In the sample, male predominance is observed, 54% of surveyed were men. Women represent only 46%. 60% are older than 25 years of age, 8% are between 19-25 years old, 12% are between 13-18 years old, 11% are between 6-12 years old and the remaining are less than 6 years old. With regard to schooling, 67% of respondents having studied only up to primary, a significant percentage (16%) who have no schooling. Regarding marital status, 50% of respondents are married and 45% are single. It can be seen that most people (36%) respondents are engaged in agriculture, 25% are engaged in housework and 25% are students.

Conclusion: Given the characteristics of the house and its location, the study allowed to determine as risk factors: poor housing conditions, the distance of less than 250 meters from the house to a standing water source, more than five people living in the same house, more than one person sharing the same bedroom, and holes in the wall and ceiling of the house. With regard to the protection against malaria, the condition of not wear appropriate clothing, do not use nets or insect repellents, and take a bath outdoors, are also risk factors for malaria.

Key words: Malaria, risk factors.

INTRODUCCIÓN

La malaria o paludismo, es una enfermedad parasitaria, propia de zonas tropicales, de mayor distribución en el mundo. A pesar de los éxitos obtenidos en el control de la malaria entre las décadas de los años cuarenta a los setenta del pasado siglo, la malaria continúa siendo uno de los principales problemas de salud en el mundo causando un gran daño a la salud pública y a la productividad en muchas partes del mundo, incluidas las Américas.

Según la UNICEF cada 30 segundos muere un niño o una niña de paludismo en algún lugar del mundo. Al año contraen esta enfermedad de 350 a 500 millones de personas, de todos ellos mueren un millón, siendo, la mayoría niños y niñas de África¹

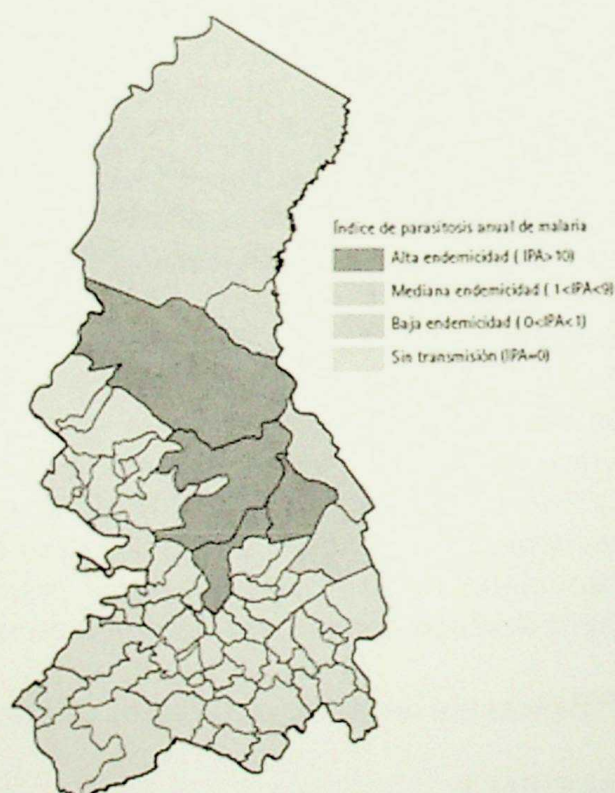


Figura 1. Estratificación de los municipios según el nivel de endemia en baja, mediana, alta endemia e hiperendemia en el Departamento de La Paz. ODM (2007).

En Bolivia, los departamentos que presentan mayor riesgo de malaria

por falciparum son Beni, Pando, La Paz y Santa Cruz, el tipo más letal de la enfermedad.

En el norte de La Paz la malaria siempre fue un problema grave (de importancia para la salud pública) (debido a su IPA elevado y con subnotificación) incidencia. Sin embargo, llama la atención que en los municipios de Charazani y Ayata del Norte de La Paz, zonas consideradas tradicionalmente no endémicas (pero con riesgo evidente por vecindad con municipios generadores de la enfermedad a expensas de la malaria por vivax) hayan registrado un aumento considerable en el número de casos.

En este contexto epidemiológico, la preocupación principal son los factores asociados con la ocurrencia de la enfermedad en estos municipios. Por ello, este trabajo tiene por objeto el estudio de los factores de riesgo a los que está expuesta la población para permitir a las instituciones de salud ejecutar acciones de prevención modificando estos factores y disminuir los casos de malaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio epidemiológico transversal analítico. El estudio adoptó un diseño de Casos y Controles, seleccionando casos de malaria, clasificado dentro de los estudios de observación analíticos. En este trabajo se estudia un grupo de individuos que presentan la enfermedad (casos) y un grupo de individuos sin enfermedad (controles). Los controles son una muestra de la población que genera los casos. Para cada uno de los casos y controles se obtiene información acerca de la posible presencia de la exposición en cuestión. El enfoque de

su análisis es retrospectivo según la direccionalidad de la búsqueda de la asociación, partiendo del efecto en busca de la causa. La investigación se centra en el análisis de datos estadísticos publicados. Se realizó un estudio de casos y controles, entre el 01 de mayo al 31 de agosto del 2010.

La población está constituida por los pobladores del municipio de Charazani de la provincia Bautista Saavedra y Ayata de la provincia Muñecas, ambos del departamento de La Paz. El municipio de Charazani comprende las localidades de Bronce Mayo, Broncini, Buescato, C. Florida, Marumpampa, Mollo Grande y V. Florida; mientras que el municipio de Ayata las localidades de Alto Ñecos, B. Saavedra, Bocaya, C. Florida, Calzada, Carijana, Cuchipampa, Florida, Jardín Tropico, Jerusalén, Majhata, Muruji, Quitacalzon, Siatha, Sotopata y Tachaya.

Cabe mencionar que en esta región se encuentra un asentamiento muy importante de la medicina tradicional Kallawaya, declarado Patrimonio Oral e Intangible de la Humanidad por la UNESCO el año 2003.²

Para el grupo de los casos, se tomaron en cuenta casos positivos de malaria en la gestión 2009 que se dieron en los municipios de: Charazani y Ayata. El número de casos positivos es de 51 en ambos municipios, 16 en Ayata y 35 en Charazani. Considerando los criterios de inclusión y exclusión, se llega a un tamaño de población (N) de 50. Para el estudio se determinó que el número de elementos adecuados para integrar la muestra es la población completa, es decir 50.

Se revisaron historias clínicas de pacientes y se identificaron los

nombres y las direcciones de los casos positivos de malaria. En caso de no tener la dirección o la disponibilidad de la persona, se los excluyó de la muestra buscando casos próximos al período de estudio hasta cubrir el total de la muestra.

Se definió como casos, a las personas que dieron positivo de *P. vivax* en examen de gota gruesa y frotis; los controles fueron personas sin malaria de la misma localidad del caso correspondiente.

Una vez seleccionados los casos se seleccionó un control por cada caso. El grupo control se formó con los pobladores de los municipios de Charazani y Ayata que no enfermaron con malaria. Los datos de los controles fueron obtenidos de los formularios de búsqueda de casos. Los criterios de exclusión considerados para los casos fueron:

- 1) Casos positivos confirmados por examen de Gota Gruesa, que hayan residido en el Municipio de Ayata o Charazani.
- 2) Personas que hayan aceptado participar de la investigación.
- 3) Personas que hayan residido al menos 6 meses en la zona.
- 4) Personas comprendidas entre 1 y 79 años de edad.

Los criterios de inclusión considerados para los controles fueron:

- 1) Casos negativos de Malaria.
- 2) Residentes de los municipios seleccionados.
- 3) Personas que hayan aceptado participar de la investigación.
- 4) Personas que hayan residido al menos 6 meses en la zona.

- 5) Personas comprendidas entre 1 y 79 años de edad.

Se utilizaron un cuestionario y formularios de registro de búsqueda de casos son los principales instrumentos utilizados para contribuir al estudio. A continuación se describe cada una de ellas:

Los formularios de registro de búsqueda de casos fue útil para determinar los nombres y las direcciones de las personas que dieron positivo en malaria.

Este instrumento es útil cuando se requiere el aporte de información de una cantidad significativa de sujetos. Su aplicación es simple, económica, garantiza el anonimato y permite comparaciones entre unidades de análisis.

Los destinatarios fueron las personas que forman parte del grupo de casos y las del grupo control, definidas anteriormente.

El cuestionario, quedó estructurado del siguiente modo:

- Presentación: donde se explicitan los objetivos de los instrumentos y la forma de responder a las preguntas.
- Datos del encuestado: como ser edad, género, ocupación, instrucción, etc.
- Preguntas de indagación sobre el tema de la investigación: datos sobre la vivienda y su localización, las medidas de seguridad adoptadas contra la malaria, viajes a zonas endémicas y antecedentes personales y familiares de malaria.

La recolección de datos se realizó través de visitas domiciliarias y la

aplicación de una encuesta a las personas que conformaron los grupos casos o controles.

La estrategia utilizada fue el análisis cuantitativo de los datos recogidos en los cuestionarios. La información recopilada a través de la encuesta ha sido almacenada en la base de datos del programa de análisis estadístico SPSS 15.0 a partir de la cual se procedió a realizar los análisis estadísticos correspondientes. Para dar cumplimiento a los objetivos planteados en la investigación, la información obtenida se sometió a dos tipos de análisis: uno de carácter descriptivo y otro de carácter discriminante. El primero se ha orientado a delimitar y caracterizar la población de estudio, y determinar la percepción global de los encuestados respecto a los factores asociados a la presencia de malaria. El segundo está orientado a determinar las relaciones existentes entre las variables, con el fin de identificar los factores más relevantes que inciden en la presencia de la enfermedad.

En el primer caso, se han aplicado métodos sencillos de análisis invariante: tablas de frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central, de dispersión y la forma de distribución. En el segundo caso, se estimó la fuerza de asociación entre el efecto y los factores estudiados, mediante la razón de productos cruzados OR, intervalos de confianza de dicha medida y probabilidad por medio de Chi cuadrado, con un 95% de confianza. El nivel de significancia estadística que se tomará como referencia para aceptar los resultados con diferencias estadísticamente significativas será de 0.05 o menos.

RESULTADOS

Se ingresaron al estudio 100 pacientes de los municipios de Charazani y Ayata de la provincia Bautista Saavedra de la ciudad de La Paz. De ellos, 50 son casos confirmados con malaria y 50 controles.

En la muestra se observa el predominio masculino, siendo el 54% de los encuestados hombres. Las mujeres representan solamente el 46%. El 60% son mayores 25 años, el 8% tienen entre 19 a 25 años, el 12% de 13 a 18 años, el 11% de 6 a 12 años y el restante tienen menos de 6 años. Con respecto a la escolaridad el 67% de los encuestados estudiaron sólo hasta primaria teniendo un importante porcentaje (16%) que no tiene ninguna formación escolar. Respecto al estado civil, el 50% de los encuestados son casados y 45% son solteros. Se puede observar que la mayoría de los pobladores (36%) encuestados se dedican a la agricultura, 25% se dedican a las labores de casa y 25% son estudiantes.

En esta sección se evalúan los factores de riesgo de la malaria relacionados a las características físicas de la casa y su localización. Se analizará la fuerza de asociación de las variables con la ocurrencia de la malaria.

Condición de la vivienda

Se investiga la fuerza de asociación existente entre la "condición de la vivienda" y la "ocurrencia de la enfermedad de la malaria". Las viviendas son clasificadas en dos grupos:

Tabla 1. Distribución de los pacientes de acuerdo a la edad, sexo, nivel de escolaridad, estado civil y ocupación.

Variables Demográficas			Malaria		Total
			Caso	Control	Caso
Edad	< a 6 años	Recuento	7	2	9
		% de Edad	77,8%	22,2%	100,0%
		% de Casos o controles	14,0%	4,0%	9,0%
	6 a 12 años	Recuento	8	3	11
		% de Edad	72,7%	27,3%	100,0%
		% de Casos o controles	16,0%	6,0%	11,0%
	13 a 18 años	Recuento	4	8	12
		% de Edad	33,3%	66,7%	100,0%
		% de Casos o controles	8,0%	16,0%	12,0%
	19 a 25 años	Recuento	3	5	8
		% de Edad	37,5%	62,5%	100,0%
		% de Casos o controles	6,0%	10,0%	8,0%
	> a 25 años	Recuento	28	32	60
		% de Edad	46,7%	53,3%	100,0%
		% de Casos o controles	56,0%	64,0%	60,0%
Sexo	Varon	Recuento	26	28	54
		% de Sexo	48,1%	51,9%	100,0%
		% de Casos o controles	52,0%	56,0%	54,0%
	Mujer	Recuento	24	22	46
		% de Sexo	52,2%	47,8%	100,0%
		% de Casos o controles	48,0%	44,0%	46,0%
Nivel de escolaridad	Primaria	Recuento	32	35	67
		% de Nivel de escolaridad	47,8%	52,2%	100,0%
		% de Casos o controles	64,0%	70,0%	67,0%
	Secundaria	Recuento	7	9	16
		% de Nivel de escolaridad	43,8%	56,3%	100,0%
		% de Casos o controles	14,0%	18,0%	16,0%
	Superior	Recuento	1	0	1
		% de Nivel de escolaridad	100,0%	,0%	100,0%
		% de Casos o controles	2,0%	,0%	1,0%
	Ninguno	Recuento	10	6	16
		% de Nivel de escolaridad	62,5%	37,5%	100,0%
		% de Casos o controles	20,0%	12,0%	16,0%
Estado Civil	Soltero(a)	Recuento	27	18	45
		% de Estado Civil	60,0%	40,0%	100,0%
		% de Casos o controles	54,0%	36,0%	45,0%
	Casado(a)	Recuento	20	30	50
		% de Estado Civil	40,0%	60,0%	100,0%
		% de Casos o controles	40,0%	60,0%	50,0%
	Otro	Recuento	3	2	5
		% de Estado Civil	60,0%	40,0%	100,0%
		% de Casos o controles	6,0%	4,0%	5,0%
Ocupación	Niño	Recuento	8	2	10
		% de Ocupación	80,0%	20,0%	100,0%
		% de Casos o controles	16,0%	4,0%	10,0%
	Estudiante	Recuento	12	13	25
		% de Ocupación	48,0%	52,0%	100,0%
		% de Casos o controles	24,0%	26,0%	25,0%
	Ama de casa	Recuento	9	16	25
		% de Ocupación	36,0%	64,0%	100,0%
		% de Casos o controles	18,0%	32,0%	25,0%
	Agricultor	Recuento	17	19	36
		% de Ocupación	47,2%	52,8%	100,0%
		% de Casos o controles	34,0%	38,0%	36,0%
	Otro	Recuento	4	0	4
		% de Ocupación	100,0%	,0%	100,0%
		% de Casos o controles	,0%	,0%	4,0%

"Pobre" = grupo 1 y "Buena" = grupo 2. Se verifica una asociación entre las variables. La OR = 2,173 sugiere que la condición pobre de la vivienda representa un riesgo de 1,302 veces de enfermar con malaria.

Por otro lado, tenemos que el IC95% para la OR se sitúa entre 0,902 a 5,237. Al ser el intervalo de confianza no muy amplio, la estimación que se hace de la OR en la población es precisa, y podemos concluir que la condición pobre de la vivienda constituye un factor de riesgo para la malaria.

Se investiga la fuerza de asociación existente entre la "distancia de la casa a la fuente de agua estancada más cercana" y la "ocurrencia de la enfermedad de la malaria". Las distancias son clasificadas en dos grupos: " ≤ 250 m" = grupo 1 y " > 250 m" = grupo 2.

Se evidencia una asociación muy pequeña entre las variables. La OR = 1,348 sugiere que la distancia menor o igual a 250 metros de la casa a la fuente de agua estancada más próxima representa un factor de riesgo mínimo para la malaria.

Por otro lado tenemos que el IC95% para la OR se sitúa entre 0,460 a 3,956. Al ser el intervalo de confianza no muy amplio, la estimación que se hace de la OR en la población es precisa, por lo tanto, podemos concluir que la distancia menor a 250 metros de la casa a la fuente de agua estancada más cercana es un factor de riesgo para la malaria.

Número de personas que viven en la casa.

Se investiga la fuerza de asociación existente entre el "número de personas

que viven en la casa" y la "ocurrencia de la enfermedad de la malaria". Los individuos se clasificaron en dos grupos, de acuerdo al número de personas con los que habita en la casa: "6 a 10" = grupo 1 y "1 a 5" = grupo 2. Se tiene una fuerza de asociación muy débil entre las variables. La OR = 1,302 sugiere que los que viven de 6 a 10 personas en una casa tienen un riesgo de 1,302 veces de enfermar con malaria.

Por otro lado tenemos que el IC95% para la OR se sitúa entre 0,571 a 2,969. Al ser el intervalo de confianza pequeño, la estimación que se hace de la OR en la población es precisa, por lo tanto, podemos concluir que habitar en una casa con más de cinco personas constituye un factor de riesgo para la malaria.

Número de personas que duermen en una habitación.

Se investiga la fuerza de asociación existente entre el "número de personas que duermen en una habitación" y la "ocurrencia de la enfermedad de la malaria". Los individuos que se clasificaron en dos grupos, de acuerdo al número de personas con los que duerme en una habitación: " ≥ 2 " = grupo 1 y " < 2 " = grupo 2. Haciendo una evaluación de la OR se puede ver una asociación entre ambas variables. La OR = 4,261 sugiere que los que duermen en una habitación con 2 o más personas tienen un riesgo 4,261 veces para enfermar con malaria que los que duermen en habitaciones, solos.

Por otro lado, tenemos que el IC95% para la OR se sitúa entre 0,459 a 39,544. Al ser el intervalo de confianza muy amplio, la estimación que se hace de la OR en la población es muy imprecisa, por lo tanto, podemos concluir que el riesgo de malaria entre los que duermen con dos a más personas en una habitación es entre 0,459 a 39,544 veces mayor que el

de los que duermen en habitaciones, solos.

Casa fumigada en los últimos 30 días

Se investiga la fuerza de asociación existente entre "Casa fumigada en los últimos 30 días" y la "ocurrencia de la enfermedad de la malaria". Las viviendas son clasificadas en dos grupos: "los no fumigados" = grupo 1 y "los fumigados" = grupo 2. Haciendo una evaluación de la OR no se puede calcular el estadístico. Ninguna casa ha sido fumigada en los últimos 30 días, tanto en el grupo de los casos como en los controles.

Huecos en la pared o techo de la casa.

Se investiga la fuerza de asociación existente entre la existencia de "huecos en la pared o techos de la casa" y la "ocurrencia de la enfermedad de la malaria". Las viviendas son clasificadas en dos grupos: "los que tienen huecos" = grupo 1 y "los que no tienen huecos" = grupo 2. Haciendo una evaluación de la OR se puede ver una asociación entre ambas variables. La OR = 2,042 sugiere que los que habitan en casas con huecos en la pared o el techo tienen un riesgo 2,042 veces para enfermar con malaria que los que no viven en casas con huecos en la pared o techo.

Por otro lado tenemos que el IC95% para la OR se sitúa entre 0,179 a 23,266. Al ser el intervalo de confianza muy amplio, la estimación que se hace de la OR en la población es muy imprecisa, por lo tanto, podemos concluir que el riesgo de malaria entre los que viven en habitaciones con huecos en la pared o el techo es entre 0,179 a 23,266 veces el de los que no viven en habitaciones con huecos en la pared o el techo.

Usa mosquiteros

Se investiga la fuerza de asociación existente entre el "uso de mosquiteros" y la "ocurrencia de la enfermedad de la malaria". Los individuos son clasificados en dos grupos: "los que no usan mosquiteros" = grupo 1 y "los que usan mosquiteros" = grupo 2. Realizando una evaluación de la OR se puede ver una asociación entre ambas variables. La OR = 2,077 sugiere que los que no usan mosquiteros tienen un riesgo 2,077 veces para enfermar con malaria que los que si usan mosquiteros.

Por otro lado, tenemos que el IC95% para la OR se sitúa entre 0,934 a 4,615. Al ser el intervalo de confianza no muy amplio, la estimación que se hace de la OR en la población es precisa; por lo tanto, podemos concluir que el no uso de mosquiteros constituye un factor de riesgo para enfermar de malaria.

Usa ropa apropiada

Se investiga la fuerza de asociación existente entre el "uso de ropa apropiada" y la "ocurrencia de la enfermedad de la malaria". Los individuos son clasificados en dos grupos: "los que no usan ropa apropiada" = grupo 1 y "los que usan ropa apropiada" = grupo 2. Haciendo una evaluación de la OR se puede ver una asociación entre ambas variables. La OR = 1,792 sugiere que los que no usan ropa apropiada para protegerse de los vectores tienen un riesgo de 1,792 veces para enfermar con malaria que los que si usan ropa apropiada.

Por otro lado, tenemos que el IC95% para la OR se sitúa entre 0,800 a 4,013. Al ser el intervalo de confianza no muy amplio, la estimación que se hace de la OR en la población es precisa;

por lo tanto, podemos concluir que el no uso de ropa apropiada constituye un factor de riesgo para enfermar de malaria.

Baño en habitación cerrada

Se investiga la fuerza de asociación existente entre "baño en habitación cerrada" y la "ocurrencia de la enfermedad de la malaria". Los individuos son clasificados en dos grupos: "los que se bañan en una habitación cerrada" = grupo 1 y "los que se bañan a la intemperie" = grupo 2. Al realizar una evaluación de la OR se puede ver una asociación entre ambas variables. La $OR = 2,538$ sugiere que los que no se bañan en una habitación cerrada tienen un riesgo de 2,538 veces para enfermar con malaria que los que sí usan un ambiente cerrado para bañarse.

Por otro lado, tenemos que el IC95% para la OR se sitúa entre 0,811 a 7,943. Al ser el intervalo de confianza no muy amplio, la estimación que se hace de la OR en la población es precisa; por lo tanto, podemos concluir que el no uso de una habitación cerrada para bañarse constituye un factor de riesgo para enfermar de malaria.

DISCUSIÓN

En el estudio solamente se consideraron algunos factores asociados, de riesgo y prevención, que dependen más de determinantes individuales y ambientales.

Un condicionante encontrado fue que casi la totalidad de las casas, tanto en los casos y controles, eran pobremente construidas, pudiendo pasar el vector con mucha facilidad, aunque en el estudio no constituyó un riesgo para la malaria. No se pudo demostrar asociación estadística, tal como se

demonstró en un estudio realizado en Sri Lanka hecho por Konradsen y colaboradores el año 2003(10) donde se determinó que existe una fuerte asociación entre las características de la vivienda y el vector de la malaria.

Por otro lado, se pudo evidenciar que el número de personas que habitan una casa o duermen en una habitación si presenta asociación estadística con la malaria. Los índices de hacinamiento se convierten condicionantes que van a influenciar en el aumento de casos de malaria en esta región, siendo factores que incrementan el riesgo de enfermar.

Respecto a la protección de la malaria, la falta de uso de mosquiteros y ropa apropiada constituyen claramente factores de riesgo determinantes para el aumento de casos de malaria. Se puede observar que la población no adopta medidas de seguridad debido a que estas zonas eran tradicionalmente no endémicas. Un estudio en Honduras hecho por Laine en 1990(15) reveló que el tipo y extensión de medidas de protección personal pueden incrementar los casos de malaria.

Un factor de riesgo que se logró identificar fue el baño en sitios a la intemperie. En estas poblaciones las viviendas carecen de cuarto de baño, los pobladores suelen bañarse en ambientes abiertos, generalmente en los patios traseros de sus viviendas o en los ríos en horas en las que se verifica más calor y por consiguiente una mayor población vectorial.

Respecto a los factores de riesgo de la malaria se han hecho varios estudios con resultados similares por Honrado y colaboradores (10), mencionan

factores de riesgo asociados a la conducta que favorecen una mayor incidencia y transmisión de esta enfermedad.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el estudio indican que los principales factores de riesgo de presencia de malaria en los municipios de Charazani y Ayata son los siguientes:

Dadas las características de la casa y su localización, el estudio permitió determinar como factores de riesgos: la condición pobre de la vivienda, la distancia menor a 250 metros de la casa a una fuente de agua estancada, número de más de cinco de personas

viviendo en la misma casa, más de una persona compartiendo la misma habitación para dormir y, los huecos en la pared y en el techo de la vivienda.

Con relación a la protección de la malaria, la condición de no usar ropa apropiada, no usar mosquiteros o repelentes contra insectos y el bañarse al aire libre también constituyen factores de riesgo para la malaria.

Debido a que los municipios de Charazani y Ayata no son considerados endémicos no se han establecido políticas de información y prevención. Es evidente la falta de información de la población respecto a las medidas de protección y la conducta frente a la malaria.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization.. Roll Back Malaria, UNICEF. World Malaria Report. Geneva, Switzerland;2005.
2. Pedro Mamani Mamani. Factores Que Condicionan La Preferencia De La Madre Por El Parto Domiciliario En El Área De Influencia Del Centro De Salud Charazani De La Provincia Bautista Saavedra. tesis de grado. La Paz - Bolivia 2006. P. 21
3. World Health Organization. World malaria report. Geneva, Switzerland.;2008 WHO/HTM/GMP/2008.1.
4. Bouma, M. and Dyc C. 1997. Cycles of malaria associated with El Niño en Venezuela. JAMA: 278: 1772 – 1774
5. Butraporn P, Sornmani S, Hungsapruek T. Social, behavioral, housing factors and their interactive effects associated with Malaria occurrence in East Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1986; 7.
6. Chagas C. 1906. Prophylaxia do impaludismo. Brazil - Médico. XX: 419 - 422.
7. El Samani FZ, Willett WC, Ware HJ. Nutritional and socio-demographic risk indicators of malaria in children under five: a cross-sectional study in a Sudanese rural community. J Trop Med Hyg. 1987
8. Gabaldón, A. 1949. The nation - wide campaigning against malaria in Venezuela. Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. 43: 113 - 164.
9. Guthmann JP, Llanos-Cuentas A, Palacios A, Hall AJ. Environmental factors as determinants of malaria risk. A descriptive study on the northern coast of Peru. Trop Med Int Health. 2002 Jun;7(6)
10. Honrado ER, Fungladda W. Social and behavioral risk factors related to malaria in Southeast Asian countries. Philippine Journal of Microbiology and Infectious Diseases. Volume 23. Number 2. 1993.
11. Ijumba JN, Mosha FW, Lindsay SW. Malaria transmission risk variations derived from different agricultural practices in an irrigated area of northern Tanzania. Med Vet Entomol 2002; 16(1).
12. Ingraham, John L. "Introducción a la microbiología". Tomo 2. Ed. Reverté. Barcelona, 1998.
13. Knell A. J. 1999. Malaria. Oxford University Press. Oxford.
14. Konradsen F, Amerasinghe P, van der Hoek W, Amerasinghe F, Perera D, Piyaaratne M. Strong association between house



Prevalencia de enteroparasitosis en estudiantes de primaria y secundaria de los establecimientos educativos de la comunidad de Huarina, Provincia Omasuyos, en los meses de octubre a diciembre de 2014

Prevalence of intestinal parasites in elementary and high school students at the educational establishments in Huarina Community, Omasuyos Province, from October to December 2014

Ajata, I.¹; Ticona, I.²; Guzmán, S.²; Alcón, D.²; Macuapa, H.²; Clemente, R.²; Quisbert, J.²

¹ Médico Cirujano, Docente de la Cátedra de Parasitología.

² Estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Pública de El Alto.

RESUMEN

Se observa que el mayor número de casos de enteroparasitismo se localiza en áreas rurales, esto con los factores ambientales y condiciones de vida de los individuos. Se realizó una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal en la que se determinó la prevalencia de enteroparásitos en estudiantes de las unidades educativas del municipio de Huarina, provincia Omasuyos del Departamento de La Paz en el último trimestre de la gestión 2014. Para determinar la prevalencia de parasitosis en los estudiantes se realizó pruebas coproparasitológicas de sedimentación espontánea. Además se realizaron encuestas para recabar datos de su edad, el curso al que asisten y datos de su entorno ambiental. Participaron 184 niños de dos unidades educativas del municipio. En relación a la frecuencia por sexo se evidenció que el 58% son varones y el 42% son mujeres, con una edad distribuida de la siguiente forma: 22% tiene de 6-8 años, 47% de 9-11 años, 13% de 12-14 años y 18% de 15-18 años. Dentro de la frecuencia de casos por tipo de parasitosis se ha observado que el 83% de ellos se observan al parásito *Entamoeba coli*, el 12% presenta el parásito *Hymenolepis nana*, el 5% presenta *Blastocystis hominis*, *Entamoeba hartmani* y *Enterobius vermicularis* respectivamente, y un 2% presenta *Giardia duodenalis*. En relación a la presencia o no de parásitos dentro del estudio se observó que el 6% de los estudiantes se encuentran sanos sin presentar algún tipo de parasitosis, en el 81% se observa la presencia de un parásito, en el 8% se observan dos tipos de parásitos y en el 5% se observan 3 tipos de parásitos. Se evidencia la prevalencia de poliparasitismo en la comunidad de nuestro estudio, siendo la parasitosis pro protozoarios las de mayor frecuencia. La presencia de estas enteroparasitosis puede estar relacionada con características geográficas y ambientales propias del lugar, también por la inexistencia de saneamiento básico y por la accesibilidad de la educación.

Palabras clave: Enteroparasitosis en escolares, coproparasitológico.

ABSTRACT

It is noted that the largest number of cases of intestinal parasitosis is located in rural areas, associated to environmental and living condition factors of the people. This is a quantitative and descriptive research in which the prevalence of intestinal parasites was determined in students of educational units of the municipality of Huarina province Omasuyos, in the Department of La Paz in the last quarter of 2014.

Stool spontaneous sedimentation examinations were conducted to determine the prevalence of parasitosis in students. In addition, surveys were conducted to collect data on their age, the course they attend and their environment data. 184 children participated in two educational units in the city. In relation to the frequency by sex it showed that 58% were male and 42% are women, with a distributed age as follows: 22% have 6-8 years, 9-11 years 47%, 13% 12-14 years and 18% 15-18 years. Within the frequency of cases by type of parasitosis it has been observed that 83% of them observed the parasite *Entamoeba coli*, 12% presents the parasite *Hymenolepis nana*, 5% presents *Blastocystis hominis*, *Entamoeba hartmani* and *Enterobius vermicularis* respectively, and 2% presents *Giardia*. In relation to the presence or absence of parasites in the study found that 6% of students are healthy without presenting any type of parasitosis, in 81% the presence of a parasite is observed in 8% are observed two types of parasites and in 5% 3 types of parasites are observed. the prevalence of parasitism in the community of our study evidence being pro protozoan parasites the higher frequency. The presence of these intestinal parasites may be related to geographical and environmental features characteristic of the place, also by the lack of basic sanitation and accessibility of education.

Key words: Intestinal parasites in students, stool examinations.

INTRODUCCIÓN

Las enteroparasitosis se encuentran entre las infecciones más comunes que afecta a los países que poseen una deficiente infraestructura sanitaria, donde este tipo de padecimiento es más frecuente en su población. Es así que se calcula que el 30% de la población mundial presenta parasitosis¹, en especial en países tercermundistas.

Se observa que el mayor número de casos de enteroparasitismo se encuentra entre las personas que viven en condiciones desfavorables, tales como acceso insuficiente a agua potable y alcantarillado, además de una inadecuada vivienda, educación y servicios de salud; además de ingresos económicos familiares inadecuados y deficientes hábitos higiénicos y alimenticios².

En América Latina, las infecciones intestinales por protozoos y helmintos son los más importantes y prevalentes. En Bolivia se han identificado que son cerca de 17 de ellos los parásitos

responsables de las infecciones intestinales³.

El principal mecanismo de ingreso de este tipo de parásitos es vía oral, y se alojan en el tracto intestinal y es allí donde desarrollan su acción patógena desde su hábitat intestinal o bien migran y en su trayecto provocan daño, provocando cuadros de desnutrición y anemia⁴.

Se desarrolló esta investigación para determinar la prevalencia de enteroparasitosis en estudiantes de la comunidad de Huarina, área rural del Departamento de La Paz.

MATERIALES Y MÉTODOS

a) Tipo de Estudio: Es una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal.

b) Área de Estudio: El estudio se realizó en el Municipio de Huarina, Provincia Omasuyos del Departamento de La Paz.

c) Población: Estudiantes en edad escolar de la Unidad Educativa Mariscal Andrés de Santa Cruz y el Colegio José Miguel Lanza del Municipio de Huarina, Provincia Omasuyos del Departamento de La Paz.

d) Muestra: La muestra que se utilizó para realizar el estudio es de 200 estudiantes de la Unidad Educativa Mariscal Andrés de Santa Cruz y del Colegio José Miguel Lanza.

e) Tipo de muestreo: Es un muestreo de tipo no probabilístico por cuota.

f) Criterios de inclusión y exclusión:

Se incluyó a la investigación a:

- Estudiantes de la Unidad Educativa Mariscal Andrés de Santa Cruz y del Colegio José Miguel Lanza de la comunidad de Huarina con padres que hayan firmado la autorización.
- Estudiantes que cursan el nivel primario de la Unidad Educativa Mariscal Andrés de Santa Cruz y nivel secundario del Colegio José Miguel Lanza de la comunidad de Huarina.

Se excluyó de la investigación a:

- Estudiantes cuyos padres no hayan firmado la autorización correspondiente.
- Estudiantes que hayan recibido tratamiento antiparasitario en los últimos tres meses.

g) Método: Para determinar la prevalencia de parasitosis en los estudiantes se realizó pruebas coproparasitológicas con sedimentación espontánea⁵, además se utilizaron encuestas para recabar datos de su edad, el curso al que asisten y datos de su entorno ambiental. La muestra para el estudio

coproparasitológico fue procesada dentro del tiempo adecuado de su recolección. Dentro de los aspectos éticos se solicitó la autorización correspondiente a los padres de familia o apoderados para la realización del laboratorio, consiguiente a esto sólo se recogieron 184 autorizaciones firmadas, posteriormente se entregaron los materiales para la recolección de las muestras (frasco colector y baja lenguas).

La autorización se dio por consentimiento escrito de los padres de los estudiantes para participar del estudio.

RESULTADOS

Participaron 184 estudiantes de ambos establecimientos educativos. En relación a la frecuencia por sexo se evidenció que el 58% son varones y el 42% son mujeres, con una edad distribuida de la siguiente forma: 22% tiene de 6-8 años, 47% de 9-11 años, 13% de 12-14 años y 18% de 15-18 años, siendo el promedio de los participantes 10,88 años de edad con una desviación estándar SD de 3.0, con una edad mínima de 6 años y 17 años como máximo.

De la información de sus padres se sabe que el 100% crían y cuidan algún tipo de ganado ya sea ovino, bovino o porcino. El 86% indica que riegan sus sembradíos con agua del lago, que también es consumida por el ganado. Además, el 80% consume vegetales regados con aguas del lago, totorilla y agua dulce que no sea potable.

El 67% de los pobladores no saben que pueden infectarse con algún parásito por consumo agua y esos alimentos.

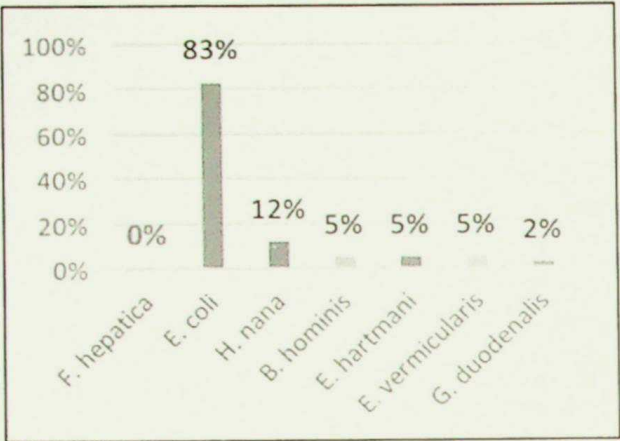


Gráfico 1. Parásitos encontrados en las muestras.

Dentro de la frecuencia de casos por tipo de parasitosis se ha observado que el 83% de ellos se observan al parásito Entamoeba coli, el 12% presenta el parásito Hymenolepis nana, el 5% presenta Blastocystis hominis, Entamoeba hartmani y Enterobius vermicularis respectivamente, y un 2% presenta Giardia duodenalis, Grafico 1.

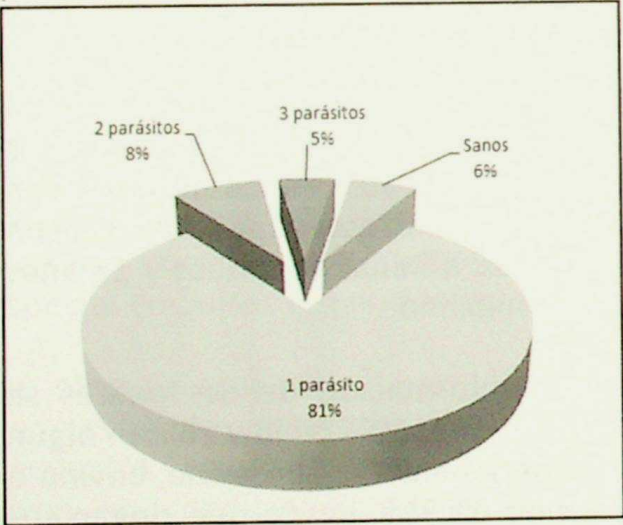


Gráfico 2. Frecuencia relativa de presencia de parásitos en estudiantes.

En relación a la presencia o no de parásitos dentro del estudio se observó que el 6% de los estudiantes se encuentran sanos sin presentar algún tipo de parasitosis, en el 81% se observa la presencia de un parásito, en el 8% se observan dos tipos de parásitos y en el 5% se observan 3 tipos de parásitos, Grafico 2.

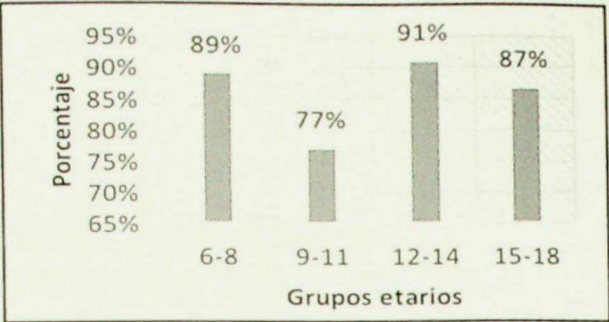


Gráfico 3. Presencia de Entamoeba coli por grupo etario.

El Gráfico 3 indica que del grupo etario de 6-8 años el 89% presenta una muestra positiva de Entamoeba coli, de 9-11 años presentan 77% de muestras positivas, de 12-14 años presentan 91% de muestras positivas y de 15-18 años presentan el 87% de muestras positivas.

El Gráfico 4 muestra que del grupo etario de 6-8 años el 17% presenta una muestra positiva de Hymenolepis nana, de 9-11 años presentan 13% de muestras positivas, de 12-14 años presentan 9% de muestras positivas y de 15-18 años presentan el 7% de muestras positivas.

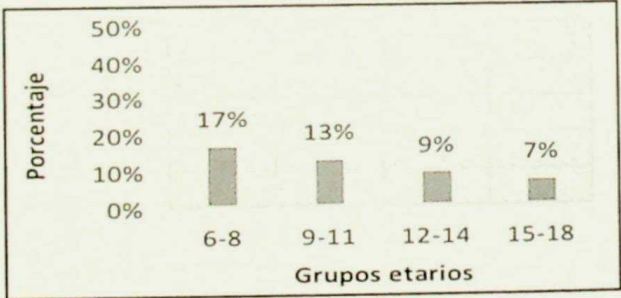


Gráfico 4. Presencia de Hymenolepis nana por grupo etario.

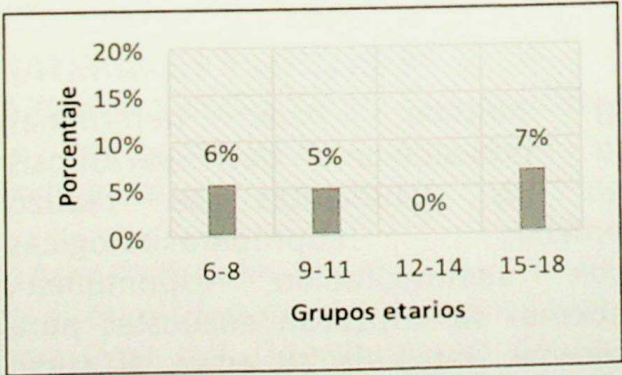


Gráfico 5. Presencia de Blastocystis hominis por grupo etario.

El Gráfico 5 muestra que del grupo etario de 6-8 años el 6% presenta una muestra positiva de *Blastocystis hominis*, de 9-11 años presentan 5% de muestras positivas, de 12-14 años no existen casos positivos, y de 15-18 años presentan el 7% de muestras positivas.

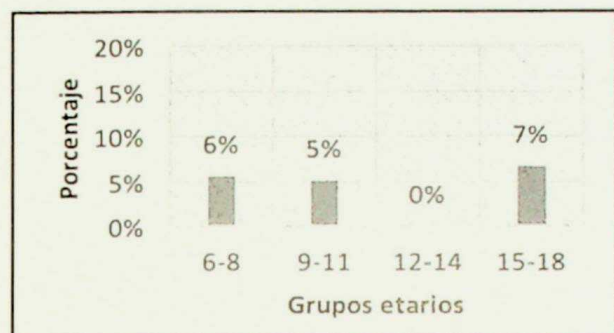


Gráfico 6. Presencia de *Entamoeba hartmani* por grupo etario.

El Gráfico 6 muestra que del grupo etario de 6-8 años el 6% presenta una muestra positiva de *Entamoeba hartmani*, de 9-11 años presentan 5% de muestras positivas, de 12-14 años no existen casos positivos, y de 15-18 años presentan el 7% de muestras positivas.

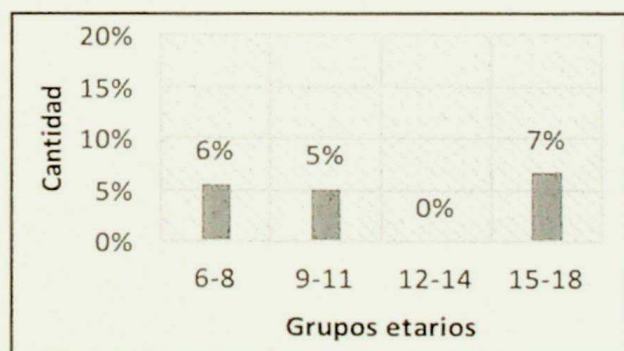


Gráfico 7. Presencia de *Enterobius vermicularis* por grupo etario.

El Gráfico 7 muestra que del grupo etario de 6-8 años el 6% presenta una muestra positiva de *Enterobius vermicularis*, de 9-11 años presentan 5% de muestras positivas, de 12-14 años no existen casos positivos, y de 15-18 años presentan el 7% de muestras positivas.

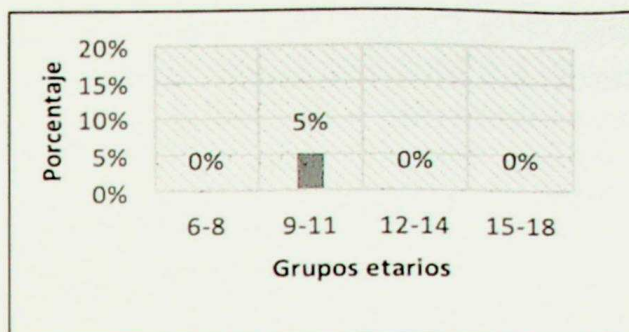


Gráfico 8. Presencia de *Giardia duodenalis* por grupo etario.

El Gráfico 8 muestra que del total de estudiantes el grupo etario de 9 a 11 años es el único que presenta muestras positivas de *Giardia duodenalis* con un 5%. Los demás grupos etarios no presentan ningún caso.

DISCUSIÓN

Los pobladores de la comunidad y los estudiantes de las unidades educativas están expuestos cotidianamente a varios factores de riesgo que pueden llevarles a padecer algunos tipos de parasitosis principalmente por el consumo de alimentos de sus propios sembradíos ya que el 84% de ellos indica que riega los mismos con aguas del lago. Además, se pudo comprobar que el ganado ovino, bovino o porcino se alimenta de totorillas y pastizales provenientes del lago y sus cercanías, que en menor a mayor medida se evidencia su contaminación.

Por otro lado, cabe mencionar que la carencia de un servicio básico como el alcantarillado es también otro factor importante que causa la contaminación de aguas dulces de la zona.

Se identificaron varios tipos de parasitosis existentes siendo la *Entamoeba coli* la especie más prevalente, seguido de la *Hymenolepis nana*.

En el caso de la *Entamoeba coli* se presenta en el 83% de las muestras. Si bien es un agente saprofita, este demuestra que en la comunidad existe gran cantidad de contaminación

fecal. Además, se evidenciaron casos de poliparasitismo que afecta principalmente a los estudiantes de primaria. Por tal razón, al finalizar el estudio se realizó una campaña de desparasitación en los estudiantes con casos positivos de enteroparasitosis, brindándoles Mebendazol, albendazol y Egaten respectivamente ⁶.

Es necesario implementar programas de educación dirigidos a los niños y realizar actividades combinadas como la enseñanza de buenas prácticas en la crianza de ganado y la administración de tratamientos antihelmínticos a personas y animales a fin de romper el ciclo evolutivo de estas parasitosis y así prevenir la infección y diseminación de las mismas.

CONCLUSIONES

La cantidad de parásitos encontrados en un huésped es un factor que determina la severidad de una infección y sus consecuencias, sin embargo en los niños cantidades que parecieran ínfimas puede llegar a afectarles en su desarrollo pondoestatural y mental, incluyendo efectos adversos en su estado nutricional hasta anemia. Por los resultados, niños comprendidos entre los 6 a 8 años en su mayoría son hospederos de hasta tres tipos de parásitos diferentes. Esto debe llamar la atención a los padres ya que siendo niños aun en etapa de desarrollo y aprendizaje dependen de su cuidado y su responsabilidad. Si bien una persona podría no ser sintomática, este puede estar infectado y permitir la diseminación de ciertos tipos de parásitos que se encubren en el ambiente. Por lo que regiones que no cuentan con una infraestructura adecuada para el tratamiento de los desechos sanitarios, las enteroparasitosis seguirán siendo un factor de riesgo para su población

por un largo tiempo más hasta que la población y su gobierno desarrollen y ejecuten medidas que mejoren su salud y educación.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece al Dr. Limbert Eddy Mamani, responsable del Centro de Salud Huarina por aceptar la ejecución del proyecto y a la comunidad de Huarina, por su colaboración para la realización del diagnóstico parasitológico y desparasitación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Becerril, M. Parasitología Médica. 4ta. Ed. México: McGraw-Hill; 2014. p. 19.
2. Schneider MC, Aguilera XP, Barbosa da Silva Junior J, Ault SK, Najera P, et al. (2011) Elimination of Neglected Diseases in Latin America and the Caribbean: A Mapping of Selected Diseases. PLoSNegl Trop Dis 5(2): e964. doi:10.1371/journal.pntd.0000964
3. Mollinedo Ps, Prieto BC. El enteroparasitismo en Bolivia. La Paz: Elite Impresiones; 2006.
4. Atias, A. Parasitología clínica. Santiago, Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo; 1992. p. 111-118.
5. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Técnicas Básicas para un Laboratorio de Salud. Publicación Científica No. 439; 1983.
6. El Diario (06 de septiembre de 2014). Desparasitación contra Fasciolosis evitara contagio. El Diario. Recuperado de http://www.eldiario.net/noticias/2014/2014_09/nt140906/sociedad.php?n=46
7. Roberts, L., Janovy, J. Foundations of Parasitology. EE.UU.: McGraw-Hill; 2009
8. Hepatitis2000 (22 de abril de 2009). Bolivia con más casos de Fasciola hepática del mundo. Recuperado de <http://hepatitis2000.org/bolivia-con-ms-casos-de-fasciola-hapatica-del-mundo>.

SÍNDROME DE BURNOUT EN ESTUDIANTES DE QUINTO AÑO DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE EL ALTO GESTIÓN 2013

Burnout syndrome in medical students of fifth year at the Public University of El Alto, 2013

Huayta, J.¹; Morochi, W.²; Alarcon, V.³

1Docente Cátedra de Farmacología– Carrera Medicina – UPEA.

2Docente Cátedra de Fisiología – Carrera Medicina – UPEA.

3Docente Cátedra Salud Pública – Carrera Enfermería – UPEA.

RESUMEN

Introducción. Este es un estudio que determina la presencia del síndrome de Burnout en estudiantes de medicina de quinto año en período de formación en la Universidad Publica El Alto.

Materiales y métodos. Observacional, descriptivo y transversal. Se seleccionaron 25 estudiantes de medicina de quinto año a los que se administró un cuestionario con datos generales y el Maslach Burnout Inventory para medir el grado de Burnout. Este cuestionario consta de tres subescalas: el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal.

Resultados. La edad promedio fue de 24,7 años (25.8 – 27.6), el 56% (n=14) de sexo masculino; 68% (n=17) eran solteros, no tenían hijos el 76% (n=19); las horas de trabajo sobrepasaban de 40 o más para el 92%(n=23); los turnos fueron de 3 o más para el 84% (n=21). El 28%(n=7) de los entrevistados se encontró “quemado” en la dimensión de cansancio emocional, el 28%(n=7) en despersonalización y el 60% (n=15%) para la realización personal. Uno de los entrevistados obtuvo puntuaciones elevadas en las tres escalas a la vez, mientras que un 44%(n=11) presentó un grado alto de Burnout en al menos una de las tres escalas.

Conclusiones. La prevalencia de síndrome de Burnout es elevada, debido a una posible asociación con la de edad, horas de trabajo, cantidad turnos así como las actividades académicas entre otros.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, estudiantes universitarios, salud mental.

ABSTRACT

Introduction: Determine the presence of Burnout syndrome in medical students of fifth year at the Public University of El Alto.

Material and methods: Observational, descriptive and cross – sectional. 25 medical students of fifth year were selected, who answered a general questionnaire and the Maslach Burnout Inventory to measure the degree of Burnout. This questionnaire has three subscales: emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment.

Results: Average age was 24.7 years old (23.3 - 27.6), 56% (n = 14) male; 68% (n = 17) were single, had no children, 76% (n = 19); working hours exceeded 40 or more for 92% (n = 23); work shifts were of 3 or more to 84% (n = 21). 28% (n = 7) of burned out workers in the emotional exhaustion dimension, 28% (n = 7) in depersonalization and 60% (n = 15) for personal accomplishment. One of the interviewees had high scores on all three scales at once, while 44% (n = 11) showed a high degree of Burnout in at least one of the three scales.

Conclusions: The prevalence of Burnout syndrome is high, due to a possible association with age, working hours, manywork shifts and academic activities among others.

Keywords: Burnout syndrome, university students, mental health.

INTRODUCCIÓN

El estrés forma parte de nuestra vida cotidiana y puede afectar a la salud sin olvidar que la afección se puede extender al bienestar personal así como a la satisfacción laboral y colectiva. Dentro del ámbito laboral del trabajo del personal de salud surge el desarrollo de un proceso denominado el Síndrome de Burnout. Se ha descrito que este síndrome afecta más a aquellas profesiones que requieren un contacto directo con las personas es decir aquéllas profesiones en la cual existe bastante entrega e implicación con la otra persona. Existiendo varios tipos profesionales potencialmente afectados por el síndrome tales como: médicos, enfermeras, fisioterapeutas, profesores, etc.^{1,2}

Dentro de los riesgos laborales (específicamente los psicosociales), el estrés laboral y el síndrome de "quemarse" por el trabajo o síndrome de Burnout es una de las principales causas del deterioro de las condiciones de trabajo³.

El Síndrome Burnout es una palabra anglosajona que significa estar quemado, pero su traducción literal al español ha sido usada para referirse a sentimientos de cansancio, agotamiento y/o perder la ilusión

por el trabajo. Se reconoce como una enfermedad moderna derivada del estrés laboral crónico al que está expuesto un trabajador, de manera gradual y continuada, de por lo menos 6 meses de exposición⁴.

El Síndrome de "Burn-out" es una situación emocional que viene acompañada de una sobrecarga de estrés y que eventualmente impacta la motivación interna, actitudes y la conducta. La mejor traducción para "Burn-out" es "fundirse". También se lo ha denominado "Síndrome de Agotamiento por Estrés" siendo que ese fenómeno no es nuevo y tiende a agravarse con el avance tecnológico⁵.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio. Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal.

Selección de sujetos. La población de estudio estaba conformada por 25 estudiantes de medicina, los cuales cursaban el quinto año y realizaban prácticas hospitalarias en establecimientos de salud de la ciudad de La Paz y El Alto. Para ser incluido en el estudio, los individuos debían haber sido alumnos regulares del quinto año por 6 meses.

Instrumentos.

Se administró un cuestionario validado y estructurado en dos partes: datos generales (sociodemográficos y laborales), y desgaste profesional (MaslachBurnoutInventory [MBI]).

Los datos generales incluían: sexo, edad, estado civil, horas de trabajo por semana, turnos de 24 horas por semana.

El MBI en su versión en castellano consta de 22 ítems con 7 opciones de respuesta (escala Likert de 0 a 6) cada uno, los mismos que son agrupados en las tres dimensiones definidas por Maslach y Jackson: AE con 9 ítems; DP con 5 ítems; RP con 8 ítems.

Procedimiento

Durante el período presencial de un examen parcial, se optó por la aplicación directa del cuestionario en el horario habitual de clases, mismo que fue autoadministrado y bajo anonimato, previa explicación del proyecto por parte de los investigadores. Se unificaron los mensajes que debían dar a los encuestados por lo que no se mencionaron ciertas palabras (desgaste profesional, burnout, personalidad) que pudieran producir sesgos en la respuesta.

Análisis de datos

Se determinó la media de edad además del intervalo de confianza (IC) de la misma al 95%. El resto de la información de datos sociodemográficos y laborales se sintetizó en porcentajes por frecuencia de aparición.

Para determinar los resultados de desgaste profesional, se obtuvieron por separado cada uno de las dimensiones dentro del MBI a través de los ítems que correspondían según el siguientes detalle: AE, ítems: 1,2,3,6,8,13,14,16,20; DP, ítems: 5,10,11,15,22; RP,

ítems: 4,7,9,12,17,18,19,21. Se sumaron resultados de los ítems por cada apartado para luego agrupar en niveles de acuerdo a la Tabla 1.

Tabla 1. Nivel de dimensiones dentro del síndrome de Burnout a partir del MBI.

Niveles	Dimensiones		
	Agotamiento Emocional	Desperso-nalización	Realización Profesional
Alto	$\geq 27^a$	$\geq 10^a$	≥ 40
Medio	19-26	6-9	34-39
Bajo	≤ 18	≤ 5	$\leq 33^a$

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a la aplicación de la escala del MBI, se determinaron como quemados o con síndrome de Burnout si los sujetos presentaron puntuaciones en al menos uno de los niveles altos en las dimensiones AE y DP, o nivel bajo en la dimensión RP.

De acuerdo a la aplicación de la escala del MBI, se determinaron como quemados o con síndrome de Burnout si los sujetos presentaron puntuaciones en al menos uno de los niveles altos en las dimensiones AE y DP, o nivel bajo en la dimensión RP.

Todos los datos se introdujeron y analizaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 11.0.

el 56% (n=14) de los sujetos fueron de sexo masculino; en cuanto al estado civil el 80% (n=20) de los individuos

eran solteros, no tenían hijos el 85% (n=21); las horas de trabajo(de clases) sobrepasaban de 40 o más para el 92%(n=23); finalmente el número de turnos era de 3 o más por semana para el 84% (n=21) de los encuestados.

RESULTADOS

La Tabla2 muestra los resultados en relación a los datos generales. La edad promedio presentada fue de 24,7 años (IC al 95%: 23.3 – 27.6),el 56% (n=14) de los sujetos fueron de sexo masculino; en cuanto al estado civil el 80% (n=20) de los individuos eran solteros, no tenían hijos el 85% (n=21); las horas de trabajo(de clases) sobrepasaban de 40 o más para el 92%(n=23); finalmente el número de turnos era de 3 o más para el 84% (n=21) de los encuestados.

Tabla 2. Distribución de estudiantes de Medicina según variables sociodemográficas - El Alto

		Nº	%
Sexo	Femenino	11	44
	Masculino	14	56
Estado Civil	Soltero	17	68
	Casado	4	16
	Viudo	0	0
	Unión libre	1	4
Tiene hijos	Si	6	24
	No	19	76
Horas de trabajo/semana	15	0	0
	30	2	8
	40 o +	23	92
Turnos de 24 horas	3	4	16
	3 o +	21	84

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 1. Distribución de estudiantes de medicina del quinto año según dimensiones del MBI. El Alto 2013.



Fuente: Elaboración propia

Según la escala del MBI, podemos observar que el 28% (n=7) de la población de estudio se encuentra “quemado” en la dimensión de Agotamiento Emocional, el 28% (n=7) de los médicos en la de “despersonalización” y el 60%(n=15) en la de “baja realización personal en el trabajo” (Gráfico1).

Tabla3. Distribución de estudiantes de medicina “quemados” de acuerdo a dimensión del MBI. El Alto. 2013.

	N	%
En 1 dimensión	11	44
En 2 dimensiones	5	20
En 3 dimensiones	1	4
En ninguna	14	56

Cuando se analiza por la totalidad de las dimensiones que maneja el síndrome, se obtiene un 44% de estudiantes “quemados” en alguna de las tres dimensiones, (Tabla 3).

DISCUSIÓN

Las cifras de prevalencia de Burnout reportadas en el estudio son preocupantes si las comparamos con otros estudios. Por ejemplo Gil-Monte y Peiró 7, refieren que el síndrome de quemarse por el trabajo oscila entre

un 5 y 15% como mínimo. Un estudio reportó haber encontrado individuos con este síndrome en un 10.3% para un nivel medio y un 6.5% en un nivel alto de 78 sujetos de estudio⁸. Estudios más actuales como el de Cebriá reporta prevalencias del síndrome de Burnout en 12.4%⁴, en base a criterios similares a nuestro estudio. De esto se obtiene la existencia de una alta prevalencia de estudiantes de quinto año con la presencia del Síndrome de Burnout.

No se observó asociación entre el sexo, estado civil, o número de hijos con el desgaste profesional, a diferencia de lo encontrado en relación a la edad, horas de trabajo y el número de turnos semana. La edad promedio obtenida, evidencia un grupo etario de riesgo, susceptible a la desilusión del en el ámbito académico, la experiencia limitada e inseguridad para el desempeño laboral, conflictos emocionales que conlleva la profesión, a los que se suma una formación de pregrado dirigida al desarrollo profesional en un área urbana o tercer nivel y expectativas no realistas sobre la naturaleza de la medicina general¹⁰. También es evidente que el número de turnos y horas de estudio en casa suponen mayor desgaste que las actividades académicas en aula. Lo anterior puede ser consecuencia de las condiciones de trabajo, tales como las evaluaciones permanentes y la limitación importante de recursos, la falta de motivación por trabajo realizado y factores relacionados con el ámbito universitario¹¹⁻¹²; la actividad académica y las exigencias de la sobrecarga de materias se ha traducido en un elevado porcentaje de individuos con baja realización profesional, muy diferente a otros reportes^{10,13-14} y que sobresale bastante en la investigación. Todas estas características podrían explicar la gran prevalencia de

desgaste en los estudiantes de medicina que se encontraban en formación, lo que coincide con varios estudios al tratarse de estudiantes universitarios formación en la áreas clínicas y teóricas.^{3,7-11,13}

Varios estudios muestran que el Síndrome de Burnout puede manifestarse desde el pregrado y que esta condición puede relacionarse con intentos de suicidio y altas tasas de baja empatía. Por lo cual resulta de mucha importancia la detección, tratamiento y estudio de esta condición que afecta la calidad de vida y el desempeño estudiantil, y posteriormente laboral, de las personas que lo padecen⁸.

Existen varios estudios en Latinoamérica hacen referencia a la prevalencia de este síndrome, sin embargo, sólo describen a poblaciones de profesionales y no dan cuenta de la presencia de esta condición en estudiantes¹⁸⁻¹⁹.

Un estudio local en una escuela de Medicina Chilena, es de las primeras que nos pueden ayudar a entender este fenómeno en estudiantes de pregrado latinoamericanos. La prevalencia de Síndrome de Burnout severo que se reportó en esta población fue de un 14,28%, lo cual es similar a reportes internacionales²⁰.

Se tiene estudios en población a estudiantes del último año o internado. Es importante señalar la falta de estudios en estudiantes de años inferiores, dado que los programas de prevención y tratamiento de este síndrome deben realizarse desde los primeros años de estudios, siendo probablemente esto estudios más duraderos y más efectivos²¹.

Se ha encontrado una prevalencia de Síndrome de Burnout entre el 40% y

60%, en varios estudios extranjeros parecido al estudio nuestro. Ante estos dato el sistema universitario debería proponer estrategias de detección, manejar y prevención de esta situación. Resulta necesario que en nuestro medio se puedan evalúen estrategias como: informar a los estudiantes, identificar e intervenir en factores que puedan generar estrés, implementarse dentro del plan de estudio técnicas en psicología de la enseñanza aprendizaje universitario, explicar en forma realista la realidad de la carrera y la profesión médica y todo lo que implica al ejercer para evitar expectativas equivocadas y al mismo tiempo aplicar estrategias de prevención desde un enfoque docente²².

CONCLUSIONES

El alto porcentaje de quemados por el trabajo o síndrome de Burnout encontrado en nuestro estudio podría deberse a varios factores que se encuentran presentes en estudiantes de Medicina y en todo personal de salud que trabaja en un ambiente de bastante exigencia y estrés laboral, evidenciándose que los estudiantes de medicina en formación no fueron la excepción a pesar de tener una forma de trabajo distinta y actividades académicas que no suponían un incentivo.

Existe una prevalencia alta del síndrome de Burnout.

Con respecto a la prevención, resulta necesario que en nuestro medio se puedan evalúen las distintas estrategias de prevención que tienen su origen en brindar información además de identificar factores de riesgo para prevenir este síndrome al cual no se le da la importancia adecuada.

Es necesario realizar más investigaciones que permitan establecer relaciones de causalidad para proponer acciones que disminuyan

el efecto negativo, tanto en médicos de base, estudiantes de medicina y del personal de salud en general.

BIBLIOGRAFÍA

1. Golembiewski RT, Munzenrider R. Phases of psychological burn-out and organizational covariant: a replication using norms from a large population. *J Health Human Resourc Administrat* 1984; 6: 290-323.
2. Leiter MP, Harvie P. Burnout among mental health workers: a review and a research agenda. *Int J Soc Psychiatry* 1996; 42:90-101
3. Capilla-Pueyo R. El Síndrome de Burnout o de desgaste profesional. *Revista Fundación* 2000;58:1334.
4. Cebrià J, Sobrequés J, Rodríguez C, Segura J. Influencia del desgaste profesional en el gasto farmacéutico de los médicos de atención primaria. *Gac Sanit* 2003;17(6):483-9.
5. Zaldúa G, Koloditzky D, Lodiue M. El síndrome de Burnout en los hospitales públicos. *Revista Médica Bs. As.* 2000; 1: 41- 43
6. Molina SA, García MA, Alonso GM, Cecilia C. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria* 2003;31(9):564-74
7. Gil-Monte P R, Peiró J M, Valcárcel P, Grau R.: La incidencia del síndrome de Burnout sobre la salud: un estudio correlacional en profesionales de enfermería. *Psiquis* 1996;17 (4): 190-5.
8. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W. Burnout and suicidal ideation among US medical students. *Ann Intern Med* 2008; 149(5): 334-341.
9. Pando MM, Bermúdez D, Aranda BC y cols. El Síndrome del quemado en los trabajadores de la Salud. *Revista*

- Salud y Trabajo 2000;1:12-5.
10. Aranda C, Pando M, Aldrete MG, Salazar JG, Torres TM. Síndrome de burnout y apoyo social en los médicos familiares de base del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Guadalajara, México. *Rev Psiquiatría FacMedBarna* 2004;31(4):142-150.
 11. Guevara CA, Henao DP, Herrera JA. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital. Universitario del Valle, Cali, 2002. *ColombMed* 2004;35(4):145-54.
 12. Hernández JR. Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Rev Cubana Salud Pública* 2003;29(2):103-10.
 13. Pardo Álvarez J, López Herrero F, Moríña Macías M, Pérez Collado M, Freire Pérez P, Fernández Leal R. ¿Estamos quemados en atención primaria?. *Medicina de Familia* 2002; 3(4):245-50.
 14. Torra MT, Bernad JA, Pedregosa MM, Bernat MJ, Miranda M, Catalá M et al. Importancia de la detección del síndrome de burnout en la asistencia primaria. *C. Med. Psicosom* 2002; 60: 22-5.
 15. Torras Bernáldez MT, Bernad Gimeno JA, Pedregosa Dueñas M, Roig Grau I, Catalá Magré M, Llorens Cabot M et al. Diferentes prevalencias del síndrome de burnout en médicos de asistencia primaria. *Psiquiatría y Atención Primaria* 2002;3(4):27-30
 16. Aranda C, Pando M, Velásquez Brizuela I, Acosta M, Pérez Reyes MB. Síndrome de burnout y factores psicosociales en el trabajo, en estudiantes de postgrado del departamento de salud pública de la universidad de Guadalajara, México. *Rev Psiquiatría FacMedBarna* 2003;30(4):193-199.
 17. Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *GacSanit* 2002;16(6):480-
 18. Grau A, Flichtentrei D, Suñer K, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *RevEsp Salud Pública* 2009; 83: 215-230.
 19. Sánchez J. Empatía y desgaste profesional en enfermeras del área de salud mental y psiquiátrica. *Revista Electrónica de Portales Medicos.com* 2009; 4(17):382. Disponible en: http://www.portalesmedicos.com/revista/vol04_n17.htm. Revisado el 21 de Octubre de 2011.
 20. Olmos de Aguilera-Aedo R, Alfaro-Tolosa P, Fuentealba M, Kirsten L. Presencia y correlación entre el síndrome de Burnout y empatía médica en internos de medicina de una escuela de regiones durante año 2011. *Rev. Soc. CientEstud. Med. Univ. San Sebastian*. 2011; 6(1). En prensa.
 21. Ptacek R, Stefano GB, Kuzelova H, Raboch J, Harsa P, Kream RM. Burnout syndrome in medical professionals: a manifestation of chronic stress with counterintuitive passive characteristics. *Neuroendocrinol Lett*. 2013;34(4):259-64.
 22. Van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, van Dijk FJ. The benefits of interventions for work-related stress. *Am J PublicHealth*. 2001;91(2):270

PREVALENCIA DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA Y MUCOTÁNEA EN EL MUNICIPIO DE CAJUATA EN LAS GESTIONES 2010 – 2013 Y PRIMER SEMESTRE DE LA GESTIÓN 2014

Prevalence of cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis in Cajuata municipality 2010 -2013 and first half of 2014

¹Calderon, H.;² Pinedo, G.;²Rojaz, M.;²Siñani, R.;²Zeballos, C.

¹ Docente Cátedra Parasitología – Carrera de Medicina, Especialista Enfermedades infecciosas tropicales Mags Salud Pública Internacional.

² Estudiantes de Tercer Año- Carrera Medicina UPEA

RESUMEN

La Leishmaniasis es un problema de salud pública, debido a los cambios drásticos que experimenta la población, quienes modificaron su comportamiento, estilos de vida y actividad laboral, debido al crecimiento poblacional y mayor adaptación intradomiciliaria del vector, mediante estos aspectos se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo de corte longitudinal mediante la cual los datos generales obtenidos de la gestión 2010 -2013 y primer semestre de la gestión 2014 nos dan a conocer que el grupo etario más afectado está comprendido entre los 0 – 9 años así mismo identificando la lesión más frecuente se encontró un predominio de la lesión cutánea en un 45 % del total de casos. Y que además esta enfermedad se presenta con mayor frecuencia en los meses de julio agosto y septiembre respecto a los demás meses. Realizando un análisis comparativo se llegó a la conclusión que la mayor presentación de la Leishmaniasis se presentó en el año 2011 con un total del 45% resultado que ha disminuido respecto a los años posteriores.

Palabras claves: Leishmaniasis mucocutánea, Cajuata

ABSTRACT

Leishmaniasis is a public health problem, due to the drastic changes experienced by the population, those who change their behavior, lifestyles and work activity, due to population growth and increased intradomiciliary adaptation of the vector by these aspects a descriptive study was performed retrospective longitudinal cutting by which the general data management first semestre3 2010 -2013 and 2014 management enable us to know that the most affected age group is between 0 - 9 years likewise identifying the most common injury a predominance of skin lesion in 45% of all cases was found. And also this disease occurs most frequently in the months of July August and September you regarding other months. It made a comparative analysis concluded that most of the Leishmaniasis presentation was presented in 2011 with a total of 45% result has decreased compared to later years.

Keywords: Leishmaniasismucocutaneous, Cajuata

INTRODUCCION

La Leishmaniasis se trata de un grupo de enfermedades que son producidas por un protozoo flagelado del género *Leishmania*, familia *Tripanosomatidae*, clase *Mastigophora*. Se conoce tres formas clínicas: Leishmaniasis cutánea, forma mucocutánea y Leishmaniasis visceral que es la forma más grave en el que los órganos vitales del cuerpo del cuerpo están afectadas.

La Leishmaniasis cutánea es la forma más común.

La Leishmaniasis se clasifica en tres a) Leishmaniasis cutánea pura localizada o diseminada b) Leishmaniasis mucocutánea, que involucra a destrucción de los tejidos de la mucosa nasofaríngea y c) Leishmaniasis visceral, la cual es frecuentemente una infección sistémica de consecuencia fatales, si no es tratada adecuadamente. La Leishmaniasis cutánea y mucocutánea es un enfermedad de alta prevalencia en muchas áreas tropicales y subtropicales del mundo.

El presente estudio evaluó las características epidemiológicas y a prevalencia de Leishmaniasis mucocutánea en el municipio de Cajuata en las gestiones 2010 -2013 y primer semestre de la gestión 2014. Los insectos transmisores reciben diferentes nombre de acuerdo a la región, porejemplo en los yungas son denominados comúnmente

"Champari", "Roco Roco" en Alto Beni y "Plumilla" e Tarija.

El área endémica de la Leishmaniasis en Bolivia se extiende por más del 70 % del territorio. Davies y Col, realizaron un estudio acerca de la epidemiología y control de la Leishmaniasis cutánea

en países andinos, incluyendo Bolivia y se demostró que la mayoría de las infecciones humanas son causadas por *Leishmania braziliensis*.

Las enfermedades transmitidas por vectores son indicadores de bajo nivel socioeconómico de la población y revelan infraestructuras débiles, con políticas, estrategias y programas poco eficaces.

La literatura menciona que el avance realizado en el estudio de ciclos de los vectores y reservorios es importante pero se requiere mayores estudios que describan el impacto de la actividad humana en el ciclo de la Leishmaniasis. Se identificaron todas las fichas epidemiológicas de las gestiones mencionadas y se realizó la revisión correspondiente a este municipio.

El municipio de Cajuata es un inicio con alta frecuencia de casos de Leishmaniasis cutánea.

El problema de la Leishmaniasis en el municipio de Cajuata es muy frecuente en el grupo de edad productivo y reproductivo, en especial de la población que realiza actividades de agricultura y deforestación de árboles.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo.

Se estudiaron todos los casos de Leishmaniasis notificados mediante fichas epidemiológicas al servicio departamental de salud (SEDES) estos casos del Municipio de Cajuata en las gestiones 2010 -2013 y el primer semestre de la gestión 2014.

El universo de estudio es representado por 102 casos de Leishmaniasis notificados durante este periodo.

Fueron excluidos los caso cuyas fichas clínico- epidemiológicas no contaban con todos los datos necesarios para el estudio.

La fuente de obtención de datos es la ficha epidemiológica del Leishmaniasis de cada caso.

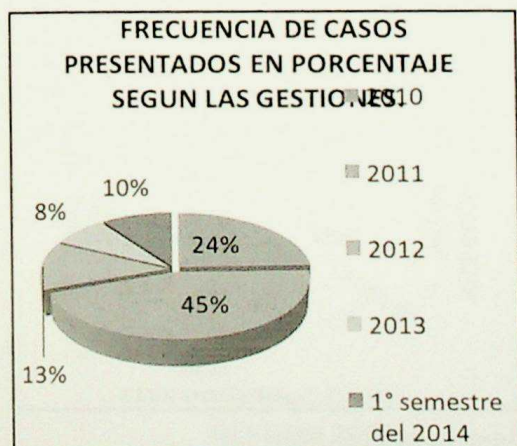
Las variables usadas fueron tasa de incidencia, sexo, edad, lugar de probable contagio y forma clínica.

Se usó el programa de Microsoft Excel 2010 así también para el análisis estadístico una vez los datos procesados se usó el mismo software.

RESULTADOS

Se revisaron todos los casos del Leishmaniasis notificados mediante fichas epidemiológicas ala servicio Departamental de Salud (SEDES) estos casos del municipio de Cajuata en las gestiones 2010 -2013 y primer semestre de la gestión 2014.

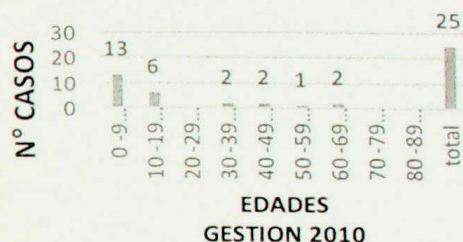
De un total de 7.757 habitantes de la comunidad de Cajuata de la provincia de Inquisivi de la ciudad de La Paz se encontraron 102 casos registrados desde la gestion 2010 hasta el primer semestre del 2014.



Fuente: elaboracion propia

La frecuencia según las gestiones estudiadas evidencian que el 45% de los casos se presentaron en la gestion 2011 seguida de 24% de los casos en el 2010, un 13% en el 2012, un 10% en el primer semestre de la gestion 2014, y finalmente 8% en la gestion 2013.

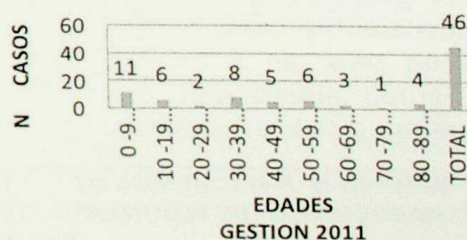
GRAFICO N°1 FRECUENCIA DE CASOS POSITIVOS SEGUN LA EDAD



FUENTE: ELABORACION PROPIA

Se evidencia que en la gestion 2010 el grupo etario mas afectado se encuentra entre los 0-9 años con 13 casos positivos ,de un total de 25 analizados.

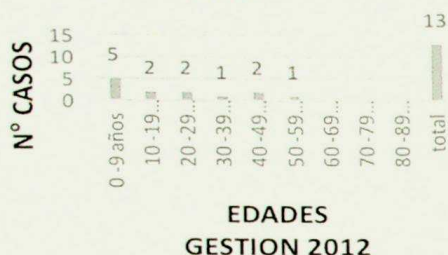
GRAFICO N° 2 FRECUENCIA DE CASOS POSITIVOS SEGUN LA EDAD



FUENTE: ELABORACION PROPIA

En la gestion 2011 se incremento los casos positivos de leishmaniasis evidenciando que el grupo etario mas afectado se encuentra en la edades de 0-9 años de un total de 46 casos positivos.

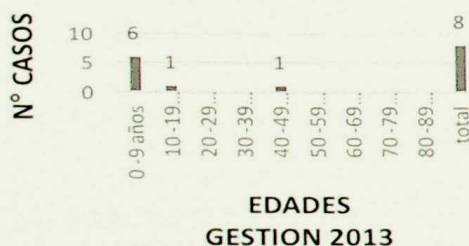
GRAFICO N° 3 FRECUENCIA DE CASOS POSITIVOS SEGUN LA EDAD



FUENTE: ELABORACION PROPIA

En la gestión 2012 se observó una disminución de casos de leishmaniasis el grupo etario más afectado se encuentra entre los 0-9 años, con un total de 5 casos.

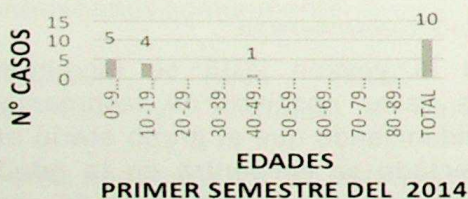
GRAFICO N° 4 FRECUENCIA DE CASOS POSITIVOS SEGUN LA EDAD



FUENTE: ELABORACION PROPIA

En la gestión 2013 se observa una disminución de casos de leishmaniasis con un total de 8 casos positivos, el grupo etario más afectado se encuentra entre los 0-9 años.

GRAFICO N° 5 FRECUENCIA DE CASOS POSITIVOS SEGUN LA EDAD



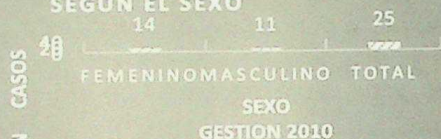
FUENTE: ELABORACION PROPIA

En esta gestión de igual manera el grupo etario más afectado se encuentra

entre las edades de 0-9 años, además se evidencia que el grupo etario de 10 a 19 años se observó 4 casos de un total de 10 pacientes diagnosticados positivos.

SEXO

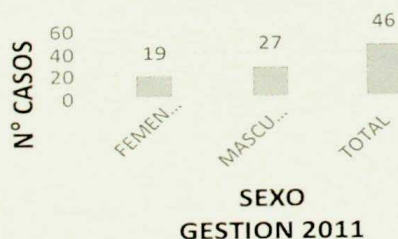
GRAFICO N° 6 FRECUENCIA DE CASOS POSITIVOS SEGUN EL SEXO



FUENTE: ELABORACION PROPIA

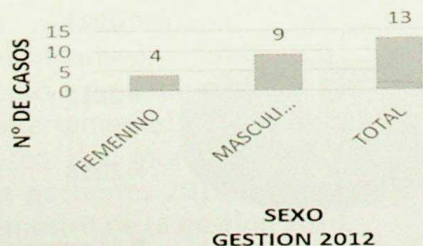
El sexo más afectado en esta gestión es el sexo femenino con un total de 14 casos registrados.

GRAFICO N° 7 FRECUENCIA DE CASOS POSITIVOS SEGUN EL SEXO



FUENTE: ELABORACION PROPIA En esta gestión el sexo que predomina es el sexo masculino con un total de 27 casos.

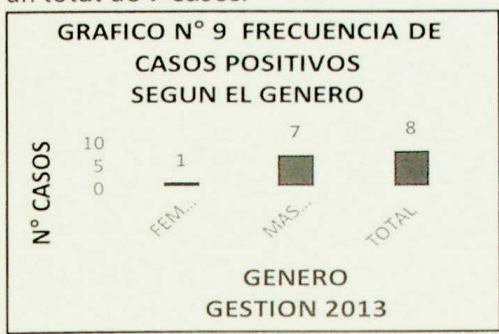
GRAFICO N° 8 FRECUENCIA DE CASOS POSITIVOS SEGUN EL SEXO



FUENTE: ELABORACION PROPIA

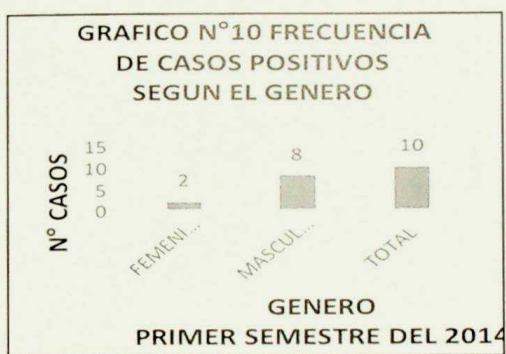
En la gestión del 2012, aún existe predominio por el sexo masculino con

un total de 9 casos.



FUENTE:- ELABORACION PROPIA

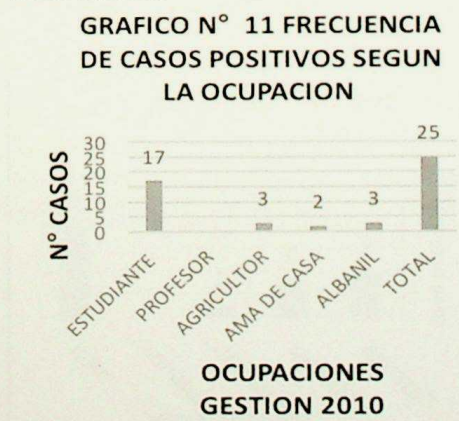
En la gestion de 2013 existe de igual manera que la gestion pasada mas casos en el sexo masculino con un total de 7 casos.



FUENTE:- ELABORACION PROPIA

En el primer semestre del 2014 el sexo que mas casos presento fue el sexo masculino con un total de 8 casos hasta entonces.

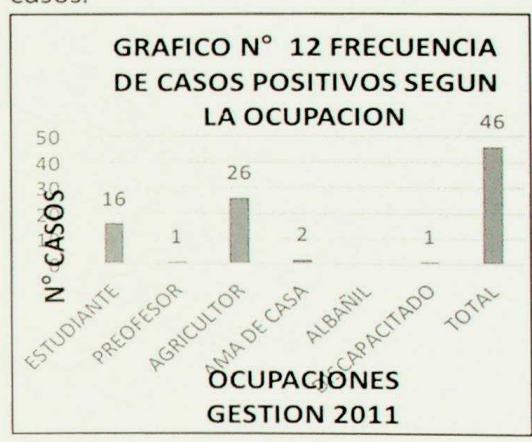
OCUPACION



FUENTE:- ELABORACION PROPIA

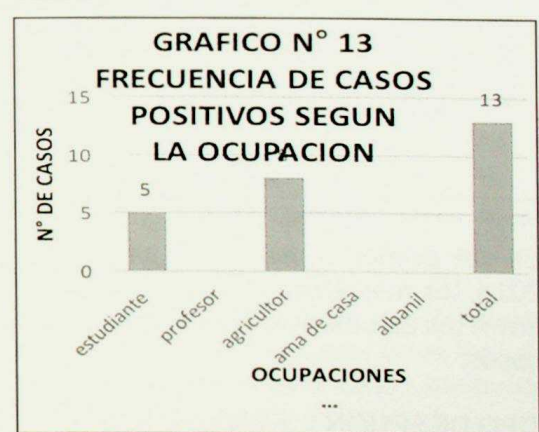
Respecto a la ocupacion en la gestion 2010 la variable mas afectada fue la

de los estudiantes con un total de 17 casos.



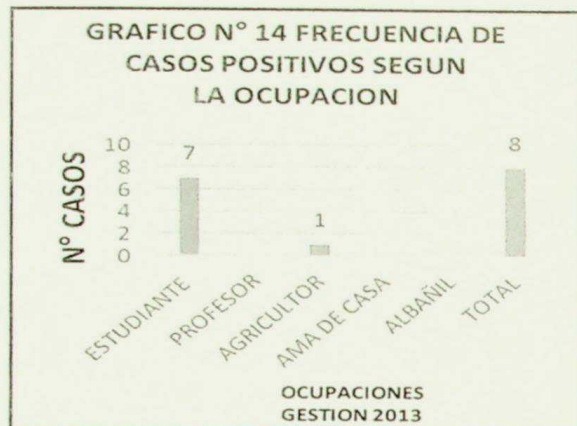
FUENTE:- ELABORACION PROPIA

En esta gestión del 2011 existió un predominio de casos en la ocupación de los agricultores con un total de 26 casos, seguido de estudiantes con 16 casos.



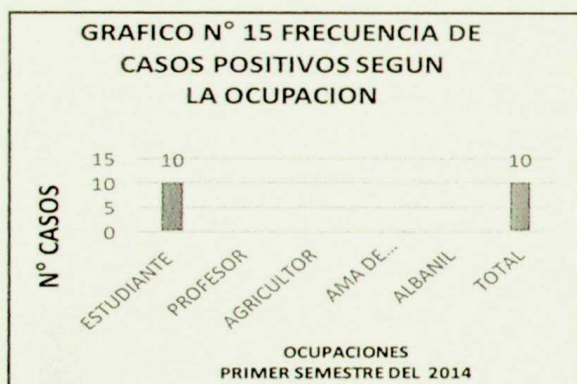
FUENTE:- ELABORACION PROPIA

En la gestión 2012 de igual manera la ocupación que son más afectados son los agricultores, con un total de 8 casos.



FUENTE: ELABORACION PROPIA

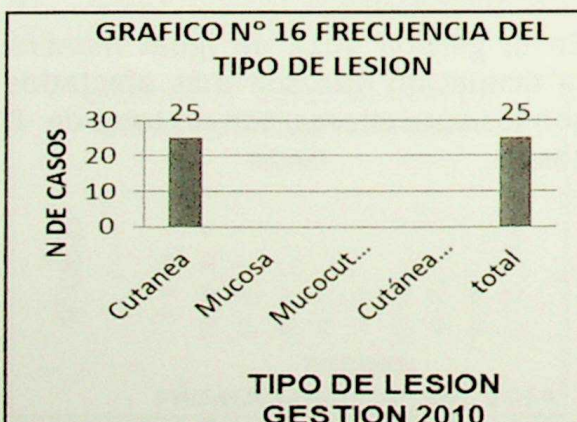
En la gestión 2013 el predominio de afectados se encuentre en la ocupación de los estudiantes con un total de 7 casos.



FUENTE: ELABORACION PROPIA

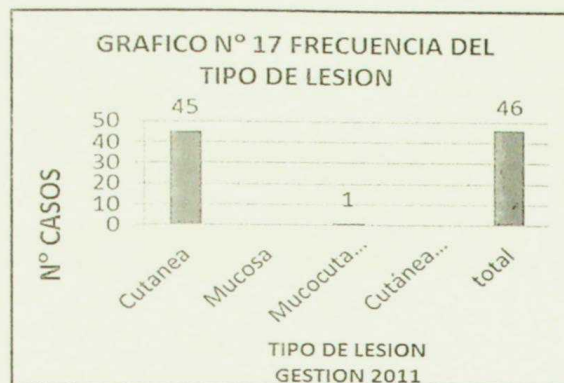
En el primer semestre de la gestión 2014, los más afectados se encuentran entre los estudiantes con un total de 10 casos.

TIPO DE LESION



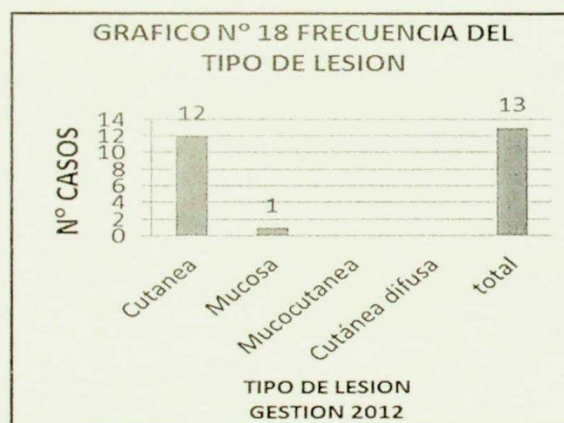
FUENTE: ELABORACION PROPIA

El tipo de lesión que predominó fue la cutánea, con un total de 25 casos, no presentando otro tipo de lesiones.



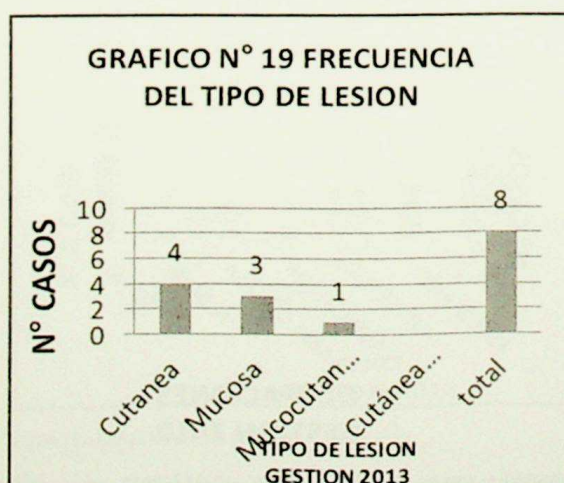
FUENTE: ELABORACION PROPIA

En la gestión 2011 la lesión más frecuente que se encontró fue la cutánea con un total de 45 casos, con un solo caso de presentación mucocutánea.



FUENTE: ELABORACION PROPIA

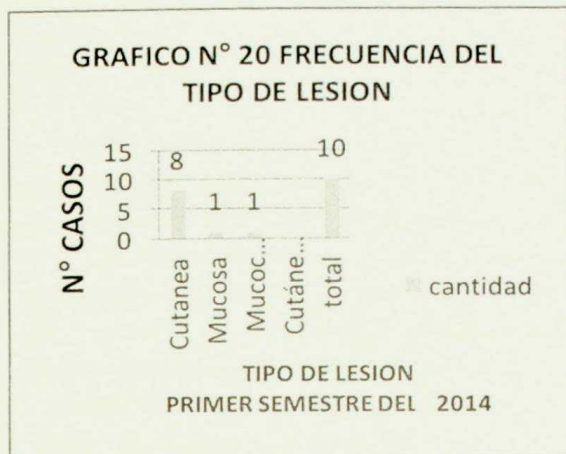
En la gestión 2012 la lesión más frecuente fue la de presentación cutánea con un total de 12 casos, con un solo caso de presentación mucosa.



FUENTE: ELABORACION PROPIA

En la gestión 2013 se presentó más

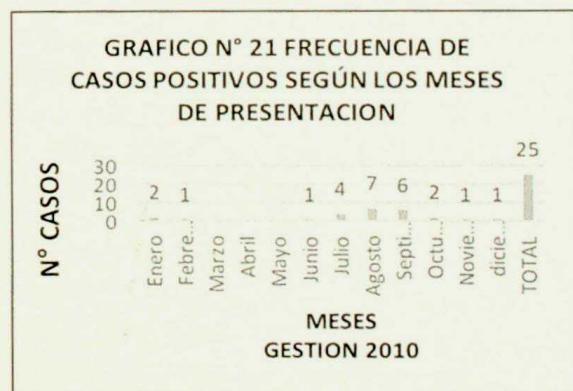
casos de presentación cutánea con un total de 4 casos, seguida de la mucosa con 3 casos y finalmente la de tipo mucocutanea con un solo caso.



FUENTE:- ELABORACION PROPIA

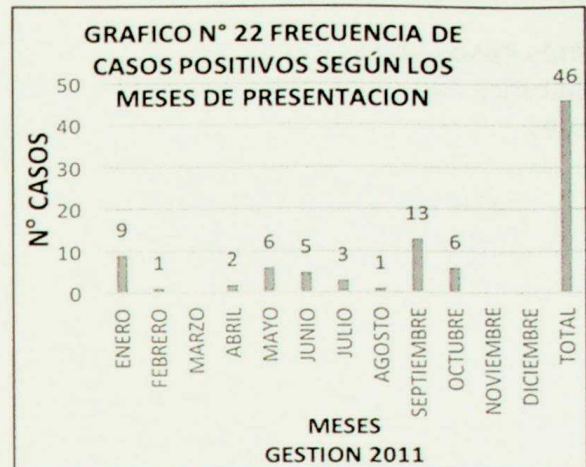
En primer semestre de la gestión 2014 se presentaron más casos de tipo cutánea con un total de 8 casos, seguida un caso de tipo mucosa y finalmente un solo caso de tipo mucocutanea.

MESES DE MAYOR FRECUENCIA DE LESHMANIASIS



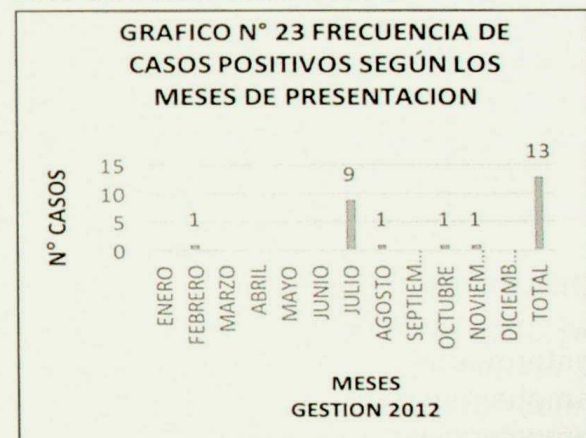
FUENTE:- ELABORACION PROPIA

En el 2010 se presentaron más casos en los meses de Agosto con 7 casos y Septiembre con 6 casos.



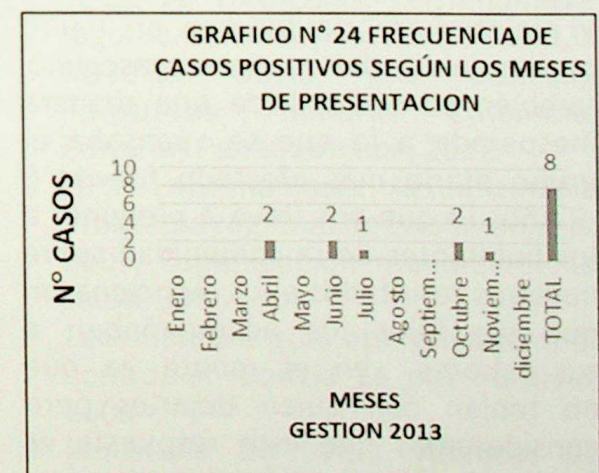
FUENTE:- ELABORACION PROPIA

En esta gestión de 2011 se presentó mayormente en el mes de septiembre con un total de 13 casos, seguida del mes de enero con 9 casos.



FUENTE:- ELABORACION PROPIA

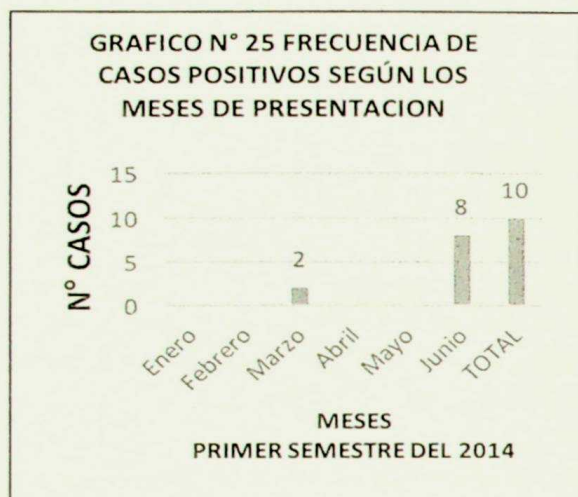
En la gestión de 2012 se presentó evidentemente más casos en el mes de julio con un total de 9 casos, atribuido al cambio climático en la zona.



FUENTE:- ELABORACION PROPIA

En la gestión del 2013 se presentaron

más casos en los meses de abril junio y octubre con un total de 2 casos en cada mes.



FUENTE: ELABORACION PROPIA

En el primer semestre de la gestión 2014 se presentó evidentemente más casos en el mes de junio con un total de 8 casos seguido del mes de marzo con un total de casos.

DISCUSION

La Leishmaniasis cutanea es una enfermedad que se encuentra ampliamente distribuida en Bolivia la prevalencia de la enfermedad en la comunidad de Cajuata estudiadas se consideraba una de las enfermedades endémicas de atención prioritaria.

A pesar de que las comunidades estudiada la distribución de hombres y mujeres era similar con un ligero predominio del sexo masculino, también se observó de una manera inesperada a la que se pensaba el grupo etario más afectado fue de 0 -9 años lo que nos llevó a pregunta a los habitantes de la comunidad sobre nuestros resultados ellos mencionaron que sus hijos los acompañaban a sus labores en el monte ya que no tenían con quien dejarlos pero consideramos que esta respuesta es motivo de investigación, ya que existe la posibilidad que sean infecciones

peri domiciliarias así como también el contacto con los canes.

La literatura menciona que el avance realizado en el estudio de los ciclos de los vectores y reservorios es importante pero se requiere mayores estudios que describan el impacto de la actividad humana en ciclo de la Leishmaniasis.

Según la ocupación observamos que fue a predominio de los niños, seguida de los agricultores al igual que el grupo etario llaman la atención y pensamos que puede ser susceptible por su incapacidad de valerse por sí mismo, dependiendo de sus padres en su cuidado.

Este tipo de enfermedades transmitidas por vectores son indicadores del bajo nivel socioeconómico de la población y revelan infraestructura débil con políticas, estrategias y programas poco eficaces.

El número de casos va en aumento sobre todo por el incremento gradual decreciente número de casos cada año, según la información de los centro de salud, vienen realizando campañas de concientización y prevención de la enfermedad de la Leishmaniasis pero pensamos que o solamente las campañas lograrían una erradicación del vector sino hace énfasis y con la ayuda de autoridades superiores, manejar proyectos de profilaxis.

Los datos demostraron que si hubo una disminución de casos por años lo cual nos da una impresión positiva. Sin embargo llama la atención el grupo etario más afectado que son de 0 -0 9 años por lo traumático biopsicosocial para este grupo etario al no poder especificar las molestias que ocasiona el cuadro de Leishmaniasis, lo cual sería una llamada de atención para las

autoridades para intensificar planes de contingencia de estos vectores.

CONCLUSIONES

Llegamos a la conclusión de que en la comunidad de Cajuata son prevalentes los caos de Leishmaniasis y que el brote más notable fue en la gestión 2011 con un 45 % del total de casos registrados hasta el primer semestre de esta gestión, se registraron mas casos en el mes de septiembre por las altas temperaturas, el grupo etario más afectado es de 0-9 años (niños) por que junto a sus padres participan en grupo etario de 10 - 19 años (estudiantes) ya que los estudiantes por su actividad recreativa y por las altas temperaturas van al río y por no tener medidas de prevención pueden ser susceptibles a la picadura del vector.

También podemos mencionar que el tipo de lesión más frecuente es la cutanea que se presentó mayormente, seguida del a mucocutanea en la cual no existen muchos casos.

También se puede verificar que ha existido una disminución notable de los casos de Leishmaniasis desde la gestión 2011 con un 45% respecto al primer semestre de esta gestión que abarca tan solo un 10 %.

Se concluye que los principales factores de transmisión son la actividad laboral que realizan respecto a la agricultura.

RECOMENDACIONES

- Consideramos importante informar a la comunidad sobre el tema de Leishmaniasis con propósito de prevenir la parasitosis.
- Implementar medidas de saneamiento ambiental.
- El control del vector con el uso de insecticidas.
- Las porciones de selva residual

deben estar lejos de la vivienda.

- Los lugares de almacenaje de alimentos y semillas deben estar lejos de la vivienda.
- En presencia de cualquier lesión en la piel acudir al centro de salud más cercano para el estudio y descartar la Leishmaniasis cutanea.
- Algunos animales (perros) pueden estar infectados por lo que se requiere vigilar a estos potenciales reservorio.
- La Leishmaniasis en la comunidad de Cajuata constituye un problema sanitario deben examinar los datos disponible sobre la enfermedad y determinar las necesidades de lucha, de acuerdo con estimaciones cuantitativas (cantidad de casos en la población) y cualitativas (descripción de las lesiones) de los riesgo.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Dr. Baptista M., (Análisis situacional de la leishmaniasis tegumentaria en el municipio de riberalta (Beni-Bolivia), Cochabamba - Bolivia, 2011
- 2 Balcazár, 1946 Epid. Bol., Buenos Aires: Imprenta La Paz, 250 p
- 3 León LA, León R. Paleopatología Dermatológica Ecuatoriana. Med. Rev. Mex. Separata 1973; 53:33-48.
- 4 Pesce H. Tropicales: Leishmaniasis tegumentaria. Separatas. 1995; 1-13.
- 5 BOTERO David, (5ta edición), Parasitosis Humana, Colombia. Editorial Panamericana, 2012.
- 6 OPS. Leishmaniasis: Actualización. Programa regional de Leishmaniasis. 2007. Organización mundial de la salud 1986
- 7 Leshmaniasis guía operativa para el control en Bolivia La paz - Bolivia, 2008
- 8 Ministerio De Salud. Técnicas de laboratorio para el diagnóstico de leishmaniasis, 2010.

- 9 Torrico F; Parrado R; Castro R; Márquez CJ; Torrico MC; Solano M; Reithinger R, and García AL. Case Report: Co-Infection of Leishmania (Viannia) braziliensis Leishmaniasis in Cochabamba, Bolivia. Am. J. Trop. Med. 2009,pp.
- 10 La Fuente, C., Recacochea, M., Tybayrenc, M., Urjel, R., Darras, C. Cardozo, L., .Leishmaniasis en Bolivia: presencia de dos complejos en los llanos orientales del departamento de Santa Cruz-Bolivia. Boletín científico del CENETROP, Vol. XII, 1-15.
- 11 Maita X., Miranda C., Maraño L., Carvajal N., Santander A. Características Epidemiológicas De La Leishmaniasis En El Departamento De Cochabamba Durante El Periodo 2002-2010 Rev. CientMed v.14 n.2 Cochabamba dic. 2011
- 12 Mellinedo, Torrez, Holguin, Vargaz. Leishmaniasis En Bolivia Epidemiología De Fin De Siglo Órgano Oficial Del Colegio Médico De La Paz Vol.7nº1 Octubre Diciembre 2000
- 13 AMPUERO J., Módulos Técnicos Serie Documentos Monográficos N°8 Lima 2000 CIE 10: B55.1 – B55

SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD NUEVOS HORIZONTES, EL ALTO, OCTUBRE DE 2015

*User satisfaction outpatient services health center
"nuevos horizontes", el alto, october 2015*

Colque, R.¹ Apaza, V²

¹ Docente Investigador – Carrera Medicina - UPEA

² Docente de Histología – Carrera Medicina - UPEA

RESUMEN

La calidad en los servicios de salud es una problemática de interés de todos los gobiernos a nivel mundial, por lo que, el gobierno boliviano a través del nuevo modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y de la implementación del Programa Nacional de Calidad en Salud, pretende que los servicios de salud sean eficaces, eficientes y oportunos. El presente estudio establece el nivel de satisfacción del usuario de los servicios de consulta externa del Centro de Salud Nuevos Horizontes en octubre de 2015.

El estudio es descriptivo de tipo transversal, el instrumento de recolección de datos fue una encuesta dividida en cinco dimensiones. El análisis estadístico se realizó sobre 200 encuestas. Para la determinación de la respuesta se utilizó una escala tipo Linkert y para el análisis se utilizó SPSS versión 20.

Se observó insatisfacción en el tiempo de espera puesto que las respuestas "muy bueno" no superan el 10%. La atención médica como "buena" y "muy buena" alcanzó un porcentaje entre 45% y 48%. La calidad del trato del personal de enfermería muestra un alto grado de insatisfacción percibido entre "regular" (30%) y "malo" (26%). Están muy satisfechos con la infraestructura por encima del 50%. Un 59% está insatisfecho con la disponibilidad de medicamentos.

En general, el 59% se encuentra insatisfecho, por lo que se debe poner énfasis en la aplicación cabal de las políticas de calidad en salud impulsadas por el gobierno.

Palabras clave: Calidad, satisfacción de usuario, servicios de salud, servicios públicos.

ABSTRACT

The quality of health services is an issue of interest to all governments worldwide, so, the Bolivian government through the new model Intercultural Family and Community Health and the implementation of the National Health Quality Program, aims health services that are effective, efficient and timely. This study establishes the satisfaction level of outpatient services users Health Center "Nuevos Horizontes" in October 2015.

The study is descriptive and cross-sectional, the data collection instrument was a survey divided into five dimensions. Statistical analysis was performed on 200

surveys Linkert scale was used to determine the response and SPSS version 20 was used to data process.

Dissatisfaction was observed in the waiting time, the "very good" answers not exceed 10%. The medical attention as "good" and "very good" reached a percentage between 45% and 48%. The quality of treatment of nurses shows a high dissatisfaction perceived between "regular" (30%) and "bad" (26%). They are very satisfied with the infrastructure, over 50%. 59% are dissatisfied with the availability of medicines. Overall, 59% are dissatisfied, so it should place emphasis on the full implementation of quality policies in health promoted by the government.

Key words: Quality, users' satisfaction, health services, public services.

INTRODUCCIÓN

Los servicios para promover, mantener y restablecer la salud de las personas tienen un enfoque basado en los derechos humanos¹, deben contemplar calidad, equidad e interculturalidad y se constituyen en un tema de interés para los gobiernos a nivel mundial.

Para lograr este objetivo se planteó la implementación del Sistema Único de Salud, que tiene entre sus principios la calidad y calidez en la atención. En la actualidad, la calidad constituye una responsabilidad ineludible del Estado, en procura de afianzarla como condición intrínseca o esencial de los servicios de salud y que junto a los demás principios del sector se traduzca claramente en la satisfacción de la población con la atención en salud que recibe, en aplicación del nuevo modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)², así como el Programa Nacional de Calidad en Salud (PRONACS).

Por lo tanto, es necesario establecer criterios que permitan identificar los factores de insatisfacción para así promover cambios que son necesarios en el proceso de atención especialmente en primer nivel.

En este sentido, el presente trabajo tiene como objetivo: Establecer el

nivel de satisfacción del usuario de los servicios de consulta externa del Centro de Salud Nuevos Horizontes, en octubre de 2015.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo de tipo transversal.

Población de referencia. (Universo)

La población de referencia es la asignada al Centro de Salud Nuevos Horizontes ubicado en la red Senkata, que corresponde a 24.000 habitantes.

Población de estudio (Muestra)

Se realizó el cálculo de tamaño muestral utilizando el EPIINFO, módulo Statcalc, para un estudio poblacional, la cual a un nivel de confianza del 90% corresponde a 268 casos que deben ser encuestados. Se utilizó muestreo aleatorio sistemático.

Instrumento de recolección de datos

Se utilizó una encuesta que estaba dividida de acuerdo a las siguientes dimensiones:

1. Admisión y tiempo de espera.
 2. Calidad de atención del médico.
 3. Calidad de trato del personal de enfermería.
 4. Infraestructura.
 5. Disponibilidad de medicamentos.
- Para la determinación de la respuesta

se utilizó una escala tipo Likert. Delimitación geográfica Corresponde al área de influencia del Centro de Salud Nuevos Horizontes de la ciudad de El Alto, Departamento de La Paz.

Delimitación temporal

El estudio fue realizado durante el mes de octubre de 2015.

Fases o pasos metodológicos.

Se desarrollaron las siguientes etapas de trabajo:

- Fase de diseño final
- Trabajo de campo
- Elaboración del informe final

Análisis de datos

Se realizó análisis univariado, habiéndose elaborado frecuencias absolutas y relativas y gráficas, para la presentación de los resultados. Se utilizó el SPSS (Statistical Package for the Social Sciencies) versión 20 para el procesamiento de datos.

Cuestiones Éticas

Al inicio de cada encuesta se explicó a las personas la confidencialidad de la información, y el propósito de la misma, previa realización de la misma. La persona que contestó estuvo dispuesta a participar del estudio.

RESULTADOS

Se entrevistó a un total de 268 personas<, de las que 68 (25.4%) no asistieron al Centro de Salud Nuevos Horizontes en el último mes. Por lo tanto, el análisis estadístico se realizó sobre 200 encuestas.

Tabla 1. Características de la dimencion admision, y tiempo de espera

CRITERIO	Como le pareció la atención en admisiones	El tiempo de espera es:	El trato recibió fue
	%	%	%
MUY BUENO	10	20	6
BUENO	36	21	27
REGULAR	28	41	42
MALO	30	29	23
MUY MALO	3	7	2
TOTAL	100	100	100

El comportamiento general demuestra que la admisión es la actividad que muestra un nivel de insatisfacción bajo. El tiempo de espera y el trato recibido muestran respuestas insatisfactorias puesto que las respuestas "muy bueno" no superan el 10% y "bueno" están entre 21% y 27% respectivamente (Tabla 1).

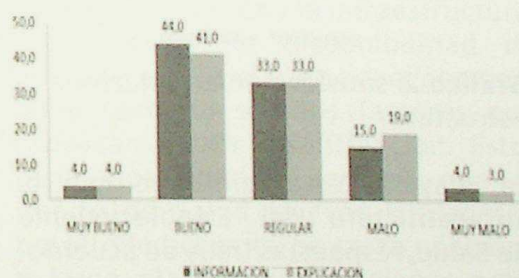


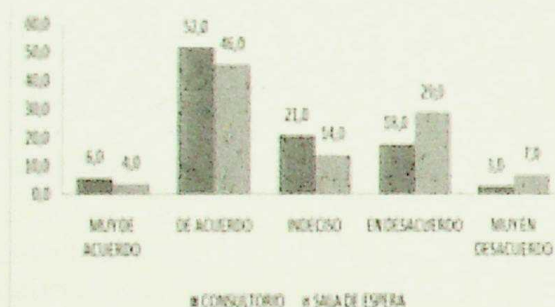
Gráfico 1. Calidad de atención del médico.

Se califica la atención médica como "buena" y "muy buena" en un porcentaje entre 45% y 48% para las dos variables estudiadas. "Regular" el 33% (Gráfico 1).

Tabla 2. Calidad de trato del personal de enfermería

CRITERIO	Nº	%
MUY BUENO	6	3,0
BUENO	66	33,0
REGULAR	60	30,0
MALO	52	26,0
MUY MALO	16	8,0
TOTAL	200	100,0

El trato del personal de enfermería es percibido entre “regular” (30%) y “malo” (26%), lo que muestra un alto grado de insatisfacción en esta variable (Tabla 2).

**Gráfico 2:** satisfacción en relación a la estructura.

La mayoría está conforme con la infraestructura del Establecimiento de Salud, respuestas “muy de acuerdo” y “de acuerdo” sumadas representan más del 50% (Gráfico 2).

Tabla 3. El Establecimiento de Salud cuenta con medicamentos necesarios.

CRITERIO	Nº	%
MUY DE ACUERDO	2	1,0
DE ACUERDO	40	20,0
INDECISO	34	17,0
EN DESACUERDO	88	44,0
MUY EN DESACUERDO	30	15,0
TOTAL	200	100,0

En este aspecto se observa un alto grado de insatisfacción respuestas

“en desacuerdo” (44%) y “muy en desacuerdo” (15%), lo que suma un 59% (Tabla 3)

Gráfico 3. Satisfacción global con el servicio recibido.

El nivel de satisfacción con el servicio recibido lo expresan sólo el 41%, el resto están insatisfechos con el servicio recibido (Gráfico 3).

DISCUSIÓN

La responsabilidad ética de la institución de salud es ofrecer calidad en los servicios, tanto por parte del personal de salud (médicos, licenciadas en enfermería, auxiliares, personal de servicio) que están en contacto directo con el paciente como de los profesionales y técnicos que ocupan puestos gerenciales. Se debe considerar a la salud no sólo como un servicio, sino también las cuestiones de justicia, eficiencia y equidad en la atención de la salud social, que están implícitas en ella³.

A través del modelo de atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), el gobierno boliviano impulsó el desarrollo de acciones que fortalezcan la atención digna, eficaz y eficiente y eficiente². El estudio evaluó la calidad de la atención en el Centro de Salud Nuevos Horizontes y evidenció que el nivel de

satisfacción sobre la atención recibida en el Centro, es bajo, menor al 50%.

Los principales factores de insatisfacción son: tiempo de espera para recibir la atención, trato del personal administrativo, trato del personal de enfermería y disponibilidad de medicamentos.

Los resultados, son similares a los obtenidos en otros estudios realizados en el departamento de Cochabamba en el 2009 en el que se evidenció que existía una atención pésima⁴.

La satisfacción con los servicios sanitarios es un concepto complejo que está relacionado con factores como el estilo de vida, las experiencias previas y las expectativas de futuro. Este componente de subjetividad y su relación con el contexto social complejiza el análisis de la satisfacción del usuario. Sin embargo el análisis de este constructo es importante para proporcionar insumos de información pertinente para generar desde la gestión respuestas oportunas y optimización de los recursos sanitarios⁵.

La opinión personal es siempre el resultado de una experiencia directa en un servicio público de salud y ella puede o no confirmar la reputación general. De todas formas, la gente puede acudir a un servicio público de salud tan sólo porque está cerca, a pesar de la mala reputación existente⁶.

La experiencia muestra que una tasa de insatisfacción sobre el 20% en la provisión de servicios debe alarmar a todos. Un servicio puede considerarse competitivo con una tasa de insatisfacción inferior al 6%⁷, por consiguiente, Bolivia aún no ha

alcanzado los estándares de calidad esperados.

El ranking 2015 de los Mejores Hospitales y Clínicas de América Latina, realizado por la prestigiosa Revista América Economía, indica que las entidades que se ponen a la cabeza son aquellas que tienen los mejores indicadores en seguridad y dignidad del paciente⁸. Es necesario mencionar que ningún hospital ni clínica de Bolivia se encuentra en la lista.

La implementación del PRONAC coadyuva a la evaluación de estándares que los establecimientos de salud brindan en el proceso de atención con calidad⁹.

La evidencia establecida en el presente estudio, demuestra que la percepción de mala calidad no es generalizada, es decir que hay factores que logran una percepción buena a muy buena, como la atención médica y la infraestructura. Sin embargo, la disponibilidad de medicamentos y el trato por el personal de enfermería son los factores que provocan mayor insatisfacción. Estos resultados pueden permitir que el Centro de Salud Nuevos Horizontes, desarrolle acciones de corto, mediano y largo plazo para solucionar estos problemas.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. Health and human rights. Factsheet N°323. [en la Internet]. 2015 dec [citado 2015 Dic 17]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/>
 2. Gaceta Oficial Estado Plurinacional de Bolivia. Decreto Supremo 29601. Modelo de Atención y el Modelo de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI. [en la Internet] 2008 Jun [citado 2015 Dic 17]. Disponible en: <http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/index.php/normas/buscar%2029601>.
 3. Flores, S. Medicina Legal en Costa Rica. La Bioética en la cotidianidad de la práctica clínica. Implicaciones de la Gerencia de Salud. Med. Leg. Costa Rica v.20 n.1 Heredia 2003
 4. ZAMBRANA ZAMBRANA, Jaime Alejandro; VILLARROEL LAFUENTE, Wilfredo y COPANA OLMOS, Raul. CALIDAD DE ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR EN LA CAJA NACIONAL DE SALUD COCHABAMBA. RevCientCienC Méd [online]. 2009, vol.12, n.1, pp. 7-9. ISSN 2077- 3323. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S181774332009000100004&script=sci_arttext
 5. Acosta L., Burrone M.S., Lopez de Neira M.J., Lucchese M., Cometto C., Ciuffolini B. et al . Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina. Enferm. glob. [revista en la Internet]. 2011 Ene [citado 2015 Dic 17] ; 10(21):.Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412011000100014&lng=es.
 6. GattinaraBarbara C., lbacache Jaime, Puente Carlos T., Giaconi Jolanda, Caprara Andrea. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los Distritos Norte e lchilo, Bolivia Cad. SaúdePública [Internet]. 1995 Sep [cited 2015 Dec 17] ; 11(3): 425-438. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art_text&pid=S0102311X1995000300018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1995000300018>.
 7. HOROVITZ, J., La Calidad del Servicio; a la Conquista del Cliente. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España, 1ra Ed., S.A. McGraw-Hill /Interamericana de España. 1991.
 8. Valencia, F. Conozca el Ranking 2015 de los Mejores Hospitales y Clínicas de América Latina. Santiago, Chile. América Economía. [revista en la Internet]. 2015 Nov [citado 2015 Dic 17]. Disponible en: <http://www.americaeconomia.com/negocios-industrias/conozca-el-ranking-2015-de-los-mejores-hospitales-y-clinicas-de-america-latina>.
- SEDES LA PAZ, Unidad de Gestión de Calidad y Servicios Hospitalarios, Área Acreditación Servicios de Salud, et.al. Reglamento de Acreditación. [en la Internet]. 2012 Mar [citado 2015 Dic 17]. Disponible: http://www.sedeslapaz.gob.bo/proyecto_calidad/pdf/1.pdf

Correspondencia: ro_colque@yahoo.com

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DISCAPACIDAD FÍSICA GRAVE CAUSADA POR LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ EN LA GESTIÓN 2013

Prevalent And factors for a hazard related at damage a phi if peace caused by the chonic nephritic insufficiency for the department La Paz on the behavior 2013

Capia, L¹ ; Capia, G² ; Apaza, N³ Vargas, L⁴

1 MSc. Médico Cirujano, Docente Investigador Medicina –UPEA

2 Licenciada en Psicóloga

3 Médico Cirujano, Docente UPEA

4 Profesor del Área de Ciencia Naturales y Ecología

RESUMEN

La discapacidad constituye sin duda un problema emergente en la parte de la salud pública, se debe a la priorización de otros problemas como los infecciosos o los materno infantiles. Sin embargo no está definida claramente la presencia de factores de riesgo para la discapacidad grave causada por la insuficiencia renal crónica. El estudio tiene el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados a discapacidad física grave causada por la insuficiencia renal, se aplica estudio descriptivo en una fase inicial y una segunda fase estudio analítico de casos y controles, de los casos de discapacidad física grave, en todos los grupos atareos entre 21 y 60 años en la gestión 2013, evidenciándose en la gestión estudiada con mayor prevalencia en el sexo femenino entre otras variables.

Palabras claves: Discapacidad, insuficiencia renal crónica

ABSTRAC

The disability constitutes without an emergent problems sweats with the public health party, debit in priority of another troubles like the infectious the or a infantile maternal. However it is not determined clearly the presence of factors of a hazard for the dangerous damage caused by the chonic renal insufficiency. The study has the object does los identify factors for a hazard they have related at damage a phi if a grave caused by the renal inadequacy, the descriptive study in initial phase is used y second phase el estudy analysis of case y controls, de case of disability physics graves, groups ethereal come with all of los 21 and 60 on the behavior 2013, proving is with the behavior studia endowed with a elder prevalent with the sex female between.

KEYWORDOS: Disability, chronic renal failure

INTRODUCCIÓN

La discapacidad constituye sin duda unos problemas emergentes en la parte de la salud pública. De hecho, en los últimos años con consecuencia de la reducción de la mortalidad general gracias a mejores recursos para el diagnóstico, al tratamiento de las enfermedades y a un mayor cobertura de los servicios de salud.

Una de las prioridades de todo sistema de salud es conocer las principales causas de discapacidad y sus factores de riesgo. En este sentido, el Servicio Departamental de Salud requiere ponderar las características de las discapacidades conjuntamente de sus causas identificando las más prioritarias.

En Bolivia todavía no se cuenta con datos ecualizados sobre el número de personas con discapacidad en el país. Según los datos del censo de población y vivienda 2012, Bolivia registró 300.000 personas con discapacidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la discapacidad física grave causada por la insuficiencia renal en el departamento de la Paz 2013?

JUSTIFICACION

El origen de este proyecto se debe a la postergación de vigilancia epidemiológica de situaciones en salud tales como la discapacidad y que también han relegado las intervenciones preventivas de estos problemas respecto a otros, se debe a la priorización de otros problemas como los infecciosos y los maternos infantiles.

El reto consiste en iniciar con una política de salud que muestre la importancia de la discapacidad sin

olvidar la de otras enfermedades [10]. No se podría influir en la salud de la población si es que no se tratan en forma preventiva las discapacidades.

Con seguridad los resultados de este trabajo contribuirán, de manera significativa, a proponer estrategias para mejorar la situación de salud de la discapacidad en el país y fortalecer la atención integral en salud.

OBJETIVOS

- Identificar los factores de riesgo asociados a la discapacidad física grave causada por insuficiencia renal en el departamento de La Paz - Bolivia en la Gestión 2013

METODOLOGÍA

A. TIPO DE ESTUDIO

Se realiza un estudio descriptivo en una fase inicial y una segunda fase se realizó un estudio analítico de casos y controles, de los casos de discapacidad física grave que tienen su causa en la deficiencia renal crónica.

B. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población está conformada por los casos de personas con discapacidad que tienen su origen de su discapacidad en insuficiencia renal crónica (IRC) identificadas por el programa de discapacidad del departamento de La Paz, registradas en la base de datos del REGISTRO NACIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, en todos los grupos etarios, entre 21 y 60 años en la gestión 2013.

C. CRITERIOS

a) CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personas con discapacidad

Evaluadas y Registradas en el Sistema de Registro de Personas con discapacidad de La Paz.

- Personas con Discapacidad Física Grave con etiología de la deficiencia con base en Enfermedad Renal Crónica.
- Personas con Discapacidad Física Grave entre los 18 y 60 años.

b) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personas con Discapacidad Física Grave que no tengan etiología de la deficiencia con base en una Enfermedad Renal Crónica.
- Personas con Discapacidad Física Grave entre los 18 y 60 años

D. PROCEDIMIENTO

Se realiza la revisión de 1462 registros de personas con discapacidad que tienen el origen de su discapacidad en una Enfermedad Crónica No transmisible (Diabetes, hipertensión, Obesidad y Artritis Reumatodidea) identificada por el programa de discapacidad del departamento de La Paz registradas en el certificado Único Nacional De personas con Discapacidad, en todos los grupos etarios entre 21 y 60 años en la gestión 2013. Se identificaron 126 casos que tiene como causa de la discapacidad la insuficiencia renal.

RESULTADOS

Se revisaron los formularios de evaluación y calificación de la discapacidad (Evaluación Médica, Evaluación de Trabajo social y Evolución Psicológica)

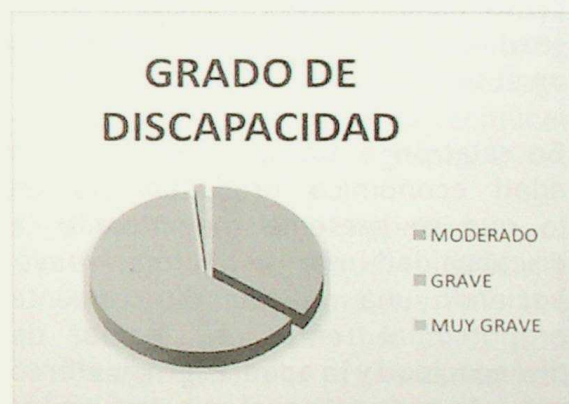
A. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

TABLA N° 1. PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD FÍSICA GRAVE QUE TIENE COMO CAUSA IRC EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ-2013

TIPO DE DISCAPACIDAD	CASOS	PREVALENCIA	IC(95)
DISCAPACIDAD FÍSICA GRAVE CON CAUSA EN IRC	126	8.6	7.146-10.091

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO N° 1 FRECUENCIA DE DISCAPACIDAD FÍSICA GRAVE QUE TIENEN COMO CAUSA IRC EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ

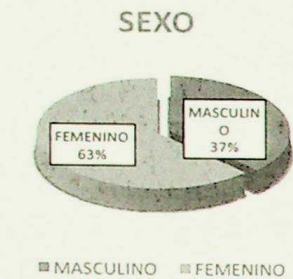


Fuente: Elaboración Propia

La prevalencia de discapacidad física grave que tiene su etiología a la insuficiencia renal Crónica es del 8,6 % (IC 95 7,1-10,0) esto en relación a todas las discapacidades identificadas. Solo en relación a la discapacidad física se tiene un 23,9 % (IC 95 20,2-27,6) de las discapacidades físicas lo que muestra que es importante poner atención a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y sus complicaciones además de consecuencias.

B. ANÁLISIS INFERENCIAL

GRAFICO N°2 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

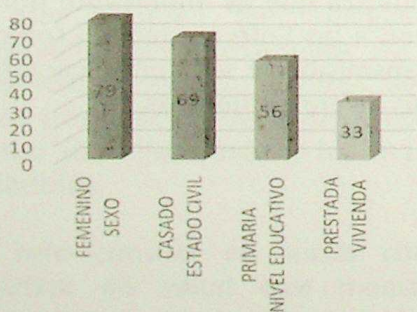


Fuente: Elaboración Propia

En relación a la frecuencia por sexo es evidente que la discapacidad grave causada por insuficiencia renal se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino y en menor proporción en el sexo masculino.

En relación a los grupos etéreos la edad económica productiva es en la que se presenta mayormente la discapacidad en su forma gravé, haciendo una relación directamente proporcional entre el grado de discapacidad y la edad. El grupo etéreo más afectado es aquel que está en los adultos mayores existiendo un 46% de los casos de discapacidad física grave por ENTs, se encuentra en las personas mayores de 60 años la frecuencias va disminuyendo conforme disminuye la edad de las personas.

GRAFICO N°3 CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS



Fuente: Elaboración propia

CUADRO N° 2 FACTORES DE RIESGO BIOPSIICOSOCIALES

FACTORES ASOCIADOS		GRAVE	MODERADO
		RECuento	RECuento
OCUPACIÓN	SI	68	36
	NO	60	9
ACCESO A SALUD	SI	35	21
	NO	93	24
DEPRESIÓN	SI	74	16
	NO	52	28
DEPENDENCIA	SI	71	11
	NO	57	34
CONDICIONES DE VIDA ADECUADAS	SI	94	35
	NO	34	10
COMORBILIDAD	SI	123	35
	NO	5	10
PERDIDA DE ROLES SOCIALES	SI	28	4
	NO	100	41
APOYO FAMILIAR	SI	87	28
	NO	41	17
SEXO	M	49	18
	F	79	27

Fuente: Elaboración propia

En relación a los factores de riesgo se identificaron los siguientes: el sexo, el grupo etario, la ocupación, el grado de escolaridad, el acceso a un seguro de salud la presencia de un estado depresivo, la dependencia de actividades de la vida diaria, las condiciones de vida, la comorbilidad, esto en relación a la presencia de otras enfermedades concomitantes a la discapacidad presente, la perdida de roles sociales y la presencia de apoyo familiar

DISCUSIÓN

De acuerdo a la evidencia que muestra las deficiencias propias del paciente con IRC y a los estudios en calidad de vida relacionados con la salud, el presente estudio confirma la prevalencia de discapacidad física grave que tiene su etiología a las IRC es del 8,6% esto en relación a todas las discapacidades identificadas. Esté estudio ha permitido estimar la prevalencia de la discapacidad física en el sexo femenino al igual que otras investigaciones, eventualmente a la carga adicional que la mujer tiene en

el hogar puede explicar este mayor riesgo.

Dicha situación tiende a agravar las condiciones de vida del paciente y su familia, ya que entra en un círculo de pobreza y depresión, a la cual trae como consecuencia aumento de la discapacidad en los dominios e participación social y en la calidad de vida de los pacientes y la familia que padecen esta enfermedad.

CONCLUSIONES

Esevidente una prevalencia importante de los casos de discapacidad con un 8,6 por ciento.

En relación a la frecuencia por sexo es evidente que la discapacidad grave causada por la insuficiencia renal se presentó con mayor frecuencia en el sexo femenino en relación al masculino en menor proporción.

Se evidencia que la dependencia para las actividades de la vida diaria se asocia en forma significativa al grado de discapacidad física grave con causa en IRC, existiendo una dependencia para las actividades de la vida diaria en un 71%.

Se evidencia que la comorbilidad se asocia en forma significativa al grado de discapacidad siendo evidente que un 71% de los casos graves presentaban otra patología conmitante a la discapacidad y a la patología de base.

AGRADECIMIENTO

Agradezco al Dr. Marcelo Huayta Soto, coordinador del instituto de investigación por su colaboración en el trabajo de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Huayta J. Manual de Prevencion de Discapacidad y de Atencion a la persona con Discapacidad. Servicio Departamental de Salud La Paz 1ra Edición.O.A.G. 2011; 9-10
2. Guralnik JM, Fried LP, Salive ME. Disability as a public health outcome in the aging population. *Annu Rev Public Health*. 1996; 17:25-46.
3. Picavet HS, Van den Bos GA. Comparing survey data on functional disability: the impact of some methodological differences. *J Epidemiol Community Health*. 1996; 50(1):86-93.
4. Freedman VA, Crimmins E, Schoeni RF, Spillman BC, Aykan H, Kramarow E et al. Resolving inconsistencies in trends in old-age disability: report from a technical working group. *Demography*. 2004; 41(3):417-41.
5. Freedman VA. Implications of asking "ambiguous" difficulty questions: an analysis of the second wave of the asset and health dynamics of the oldest old study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2000; 55(5):S288-97.
6. Avlund K. Methodological challenges in measurements of functional ability in gerontological research. A review. *Aging (Milano)* 1997; 9(3): 164-74.
7. Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med* 1994; 38(1):1-14.
8. Populations. *Soc Sci Med* 1994; 38(7):937-42. Saliba D, Orlando M, Wenger NS, Hays RD, Rubenstein LZ. Identifying a short functional disability screen for older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000; 55(12):M750-56.
9. Jenkins CL, Laditka SB. A comparative analysis of disability measures and their relation to

- home health care use. Home Health Care Serv Q. 2003; 22(1):21-37.
10. Puga D, Abellán A. El proceso de discapacidad. Un análisis de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Madrid: Fundación Pfizer;
11. 2004. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Resultados nacionales detallados. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2002

ACTIVIDADES DE ATENCIÓN Y ABORDAJE INTEGRAL Y CONTINUA A LA SALUD DEL ADULTO MAYOR EN EL PRIMER NIVEL

Integral and continuing activities for elderly primary health care

Arce C.¹; Alarcon, V.²

1 Docente UAJMS Catedra De Fisiologia – Magister En Salud Familiar Y Comunitaria

2 Docente UPEA Salud Publica III – Licenciada en Efermeria

RESUMEN

Objetivo: Proponer actividades para la atención integral del adulto mayor en base a recomendaciones actuales.

Material y métodos: Revisión bibliográfica, basada en publicaciones de bases de datos electrónicas y formato impreso.

Desarrollo: Las actividades de promoción se desglosaron a partir de tres acciones: 1) desarrollar actividades educativas destinadas a fomentar estilos de vida saludables, 2) Promover un envejecimiento activo desde la perspectiva del ciclo vital, y 3) Impulsar actividades destinadas a lograr una imagen positiva del envejecimiento. Las actividades de prevención se tomaron en cuenta a partir de su división en primaria, secundaria y terciaria.

Conclusiones: La promoción y prevención son la base para la atención integral del adulto mayor en el primer nivel y la disminución de complicaciones con los beneficios que involucran.

Palabras clave: adulto mayor, atención geriátrica, primer nivel

ABSTRACT

Objective: To propose activities for elderly care based on current recommendations. Materials and methods: Book review, based on publications in electronic databases and printed format.

Development: Advocacy was split from three actions: 1) develop educational activities to promote healthy lifestyles, 2) To promote active aging from the perspective of the life cycle, and 3) Foster activities to achieve a positive image of aging. Prevention activities are taken into account after its division into primary, secondary and tertiary.

Conclusions: The promotion and prevention are basis for elderly care on the primary level and the reduction of complications involved with the benefits.

Keywords: Elderly, geriatric care, first level.

INTRODUCCION

El envejecimiento además de un conjunto de cambios morfológicos y funcionales en los seres humanos conlleva una serie de consecuencias específicas del mismo como una mayor fragilidad, una disminución de la autonomía y un aumento de las necesidades y de la demanda de servicios sanitarios y sociales.

Al referirnos a la población mayor de 60 años consideramos a un grupo heterogéneo en su estado de salud bio- psico-social [1]; el cual abarca desde la persona mayor sana hasta que presenta dependencia grave establecida en las cuales no sólo se manifiestan una serie de cambios biológicos sino que la vejez es también una etapa de pérdidas: pérdida del papel social, pérdida de ingresos así como pérdida de amigos y familiares.

El objetivo de la atención al adulto mayor es contribuir a conservar su nivel de independencia y autonomía comprendiendo: 1) La valoración y el tratamiento clínico cuidadoso para identificar los problemas curables y 2) La valoración funcional para determinar la manera en que la autonomía del paciente puede preservarse o aumentarse.

En la actualidad las personas de 60 y más años representan alrededor del siete por ciento de los pacientes que examina el médico de Atención Primaria y la misma puede resolver el 90 por ciento de los problemas de salud que plantea la población adulta mayor [2].

Los profesionales de la Atención Primaria de Salud (APS) están sometidos a presiones crecientes para proveer servicios más exhaustivos y

de mayor calidad para los múltiples y comunes problemas de salud que afrontan en la práctica diaria ya sean en los consultorios, centros de salud o en los policlínicos.

Los gastos en salud de los pacientes adultos mayores, pueden eventualmente disminuir si las medidas preventivas y de promoción utilizadas en forma universal permitieran la conversión de los adultos mayores en personas sanas, utilizadoras de servicios de bajo costo [3].

La siguiente revisión pretende proponer actividades que puedan desarrollarse.

para la atención integral y en forma continua al adulto mayor, de modo que incluya todas las recomendaciones actuales para el primer nivel de atención.

MATERIAL Y METODOS

El tipo de estudio es el de una revisión bibliográfica

Se utilizaron para la misma, publicaciones referentes a la atención primaria de salud del adulto mayor, que

Incluyen artículos originales, revisiones y textos, tanto en idioma español como en

inglés. Las bases de datos consultadas fueron: biblioteca virtual de salud

(<http://www.bases.bvs.br>) y PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>) y LILACS

(<http://www.bireme.br/bvs/E/ebd.htm>)

DESARROLLO**A. Promoción y Educación para la salud del adulto mayor**

Fig.1 Promoción de la Salud en el Adulto Mayor

Actividades específicas

Desarrollar actividades educativas destinadas a fomentar estilos de vida saludables.

- Constituir agrupaciones de adultos mayores en el ámbito comunitario
- Realizar charlas educativas periódicas en la comunidad ya sea por parte del personal de salud o los promotores capacitados
- Crear programas de radio con el lenguaje propio de la comunidad que estimulen hábitos de vida saludables
- Brindar información a favor de la práctica de la actividad física y la importancia de una nutrición adecuada.
- Preparar campañas que contrarresten hábitos nocivos como el tabaquismo, el sedentarismo y el alcoholismo utilizando a los propios adultos mayores.
- Diseñar y difundir material educativo (afiches, plegables, trípticos, folletos) que promuevan estilos de vida saludables.

Promover un envejecimiento activo desde la perspectiva del ciclo vital.

- Promulgar programas de envejecimiento activo
- Fomentar la responsabilidad individual en el cuidado de la propia salud.

- Estimular acciones en la comunidad que permitan el aprendizaje, mantenimiento y rescate de actividades económicamente activas a tiempo parcial o completo, útiles tanto para el adulto mayor como para su comunidad.
- Capacitar a los adultos mayores en nuevos roles.
- Alentar la formación de agrupaciones que permitan la adquisición de nuevos conocimientos por parte del adulto mayor; autocuidado, manualidades, nuevas tecnologías de la información, entre otros de acuerdo a sus propias necesidades e intereses (4-6).

Impulsar actividades destinadas a lograr una imagen positiva del envejecimiento.

- Organizar actividades culturales y recreativas en la comunidad rescatando sus tradiciones, juegos y bailes.
- Facilitar encuentros intergeneracionales en la comunidad
- Apadrinar por parte de las agrupaciones de adultos mayores a las instituciones escolares de su comunidad
- Difundir mediante la prensa radial, televisiva y escrita los Derechos de los Adultos Mayores y los Principios de las Naciones Unidas.
- Educar a la población en general con respecto al envejecimiento [7]

B. Prevención de la salud en el adulto mayor

Involucramos la prevención en sus tres tipos. La prevención primaria, aquella en la cual se adopta alguna

acción específica para hacer que el paciente sea más resistente o que el ambiente sea menos nocivo; la prevención secundaria, que consiste en la vigilancia y detección temprana para enfermedades asintomáticas o en fase inicial; la prevención terciaria compuesta de los esfuerzos para realizar y mejorar la atención oportuna para evitar complicaciones ulteriores. Todas en conjunto definen las siguientes actividades de prevención. Figura 2

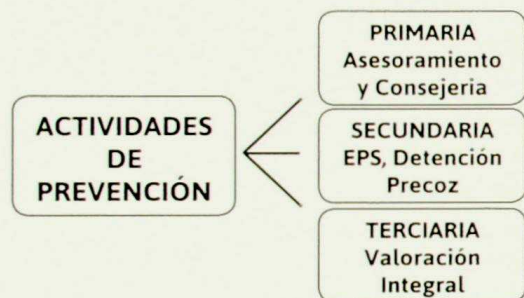


Fig.2 Prevención de la Salud en el Adulto Mayor

Actividades específicas

Desarrollar actividades de consejería relacionadas con la ausencia de actividad física, patrones dietéticos inadecuados, alcoholismo, tabaquismo, accidentes, caídas, violencia y maltrato.

- Establecer alianzas con los adultos mayores.
- Controlar a través de un seguimiento el progreso en la modificación de conductas
- Ofrecer asesoramiento individual tanto en la consulta como en domicilio.
- Brindar charlas, clases grupales, materiales audiovisuales y escritos relacionados con las conductas que requieren asesoramiento.
- Diseñar y establecer intervenciones múltiples, intensivas y domiciliarias en los adultos mayores que se caen o están en riesgo de experimentar caídas, eficaces tanto sobre el

entorno como sobre el paciente.

- Asesorar sobre una correcta higiene bucal.

Inmunizar a toda la población de 60 y más años en los centros de salud o en sus domicilios [3,8-11].

- Trabajar conjuntamente con las Redes de Servicios Públicos de Salud, en el programa ampliado de vacunación, estableciendo contratos y solicitando Servicios.
- Administrar anualmente a partir de los 60 años la vacuna contra el H. influenzae, en una dosis única anual los meses de otoño.
- Aplicar la vacuna contra el Tétanos en todos los adultos mayores no inmunizados previamente, en dos dosis separadas entre sí por un mes y repetir una tercera dosis al año. Posteriormente y mantener la inmunidad, se recomienda una dosis de refuerzo cada diez años durante toda la vida.
- Administrar la vacuna antineumocócica cuando menos una vez a partir de los 60 años de edad.
- Capacitar al personal de salud con relación a la temática de la inmunización en la tercera edad.

Censar y pesquisar a toda la población de 60 años y más

- Zonificar a toda la población y censar a los adultos mayores conjuntamente con los promotores de salud.
- Conformar equipos multidisciplinarios comunitarios de atención al Adulto Mayor, integrados por un médico, una enfermera, una auxiliar, un trabajador social y un psicólogo.
- Realizar el Examen Periódico de Salud, confeccionando

- e) implementando una historia clínica ambulatoria para los adultos mayores
- d) Implementar una interrelación con los servicios que oferta la medicina tradicional.
- e) Mantenerse alerta sobre: síntomas depresivos, factores de riesgo suicida, cambios en la función cognitiva, manifestaciones de violencia o maltrato, anciano solo, polifarmacia (evaluar el número de fármacos, toxicidad y errores de uso), trastornos de la marcha y equilibrio, incontinencia urinaria y/o rectal, lesiones cutáneas pre maligna y malignas, artropatía periférica, estado bucal, pérdida del 10% de peso en los últimos tres meses.
- f) Examinar anualmente las mamas a todas las pacientes de 60 y más años y recomendar mamografía por campaña a las pacientes con factores de riesgo.
- g) Recomendar Frotis de Papanicolaou a las adultas mayores, cada dos a tres años después de tres exámenes negativos, a continuación disminuir o suspender luego de los 65 años.
- h) Realizar tacto rectal para examen de próstata y/o antígeno prostático.
- i) Realizar análisis como pruebas de función tiroidea (sobre todo en mujeres), sangre oculta en heces fecales anualmente, glucemia anual.
- j) Examinar agudeza visual mediante optotipos, y de agudeza auditiva. En casos de anomalías referir al especialista.
- k) Brindar atención estomatológica integral
- l) Identificar controlar y modificar factores de riesgo dañinos a la salud (biomédicos, psicológicos, sociales, ambientales).
- m) Realizar la Valoración Geriátrica Exhaustiva (8,9,10,12) a los pacientes que lo requieran, en sus cuatro componentes bioimédico, psicológico, social y funcional, resumidos en la Tabla 1.
- n) En el aspecto biomédico: evaluar aspectos de manera dirigida tales como: autopercepción del estado de salud, uso de medicamentos, estado de inmunización, presencia de disnea, claudicación intermitente, incontinencia fecal, disfagia, incontinencia urinaria, debilidad muscular, dolor articular, pérdida auditiva progresiva, alteraciones visuales, inestabilidad, caídas, síntomas focales transitorios, falta de memoria, ansiedad, depresión. En el examen físico es importante valorar la presión arterial y sus cambios posturales, soplo carotídeo, mama y próstata patológica, estado de los pulsos periféricos.
- o) En la esfera psicológica: explorar la esfera efectiva y cognitiva, pudiendo auxiliarse de instrumentos como la escala de Pfeiffer, o la escala de depresión geriátrica abreviada para la primera, en tanto que para la esfera cognitiva utilizara el minimental modificado.
- p) En la esfera funcional: utilizar instrumentos de medidas tales como: índice de Kartz para medir las actividades de la vida diaria y la escala de Lawton que mide las actividades instrumentadas de la vida diaria.
- q) En la esfera social: gestionar el apoyo social y mejorar el estado emocional del paciente, la existencia o no del cuidador, la accesibilidad y el uso de servicios.

Tabla 1. Esferas de la Valoración Geriátrica Exhaustiva

Valoración Geriátrica Exhaustiva	
<i>Biomédico</i>	Estado de salud, medicamentos, inmunizaciones, claudicación, disnea, disfagia, incontinencia fecal/urinaria, debilidad y dolor somático, agudeza visual/auditiva, focalización, memoria, ansiedad, depresión, claudicación, caídas
<i>Psicológico</i>	Afectiva: escala de Pfeiffer Cognitiva: Minimental modificado
<i>Funcional</i>	Actividades Básicas: Índice de Katz Actividades Instrumentadas: Escala de Lawton
<i>Social</i>	Gestión de apoyo social Cuidador o no Uso de servicios

Fuente: Elaboración propia

Alentar y apoyar la participación comunitaria en la búsqueda de soluciones a los problemas de los adultos mayores.

- Fomentar la responsabilidad familiar en el cuidado de sus adultos mayores y capacitarla para garantizar un adecuado cuidado de sus adultos mayores
- Promover el desarrollo de vías no formales de atención al adulto mayor a nivel comunitario, estimulando programas de autoayuda mutua mediante las posibilidades locales y la participación de las propias personas de edad en las mismas.
- Crear redes de adultos mayores voluntarios a través de la búsqueda y preparación de líderes comunitarios que permitan la identificación temprana tanto de las necesidades de salud como las sociales por ellos mismos.
- Proveer "facilitadores gerontológicos" como fuentes alternativas de atención al cuidado de los adultos mayores, creando fuentes de trabajo en la propia comunidad.
- Establecer servicios de ayuda comunitaria.

Desarrollar una rehabilitación de base comunitaria.

- Establecer perfiles de rehabilitación con una vertiente de rehabilitación psicosocial en la propia comunidad del adulto mayor.
- Identificar necesidades de rehabilitación de los adultos mayores, localizar los recursos y finalmente establecer un plan de acción, delineando intervenciones para cada tipo de rehabilitación.
- Incorporar a los adultos mayores, con un enfoque de rehabilitación integral, a la práctica de la actividad física, Ergoterapia, arteterapia actividades recreativas, culturales, socialmente útiles y otras en sus propias asociaciones.
- Estructurar centros zonales de rehabilitación integral familiar y comunitario (13).

CONCLUSIONES

Las actividades propuestas en esta revisión se enmarcaron dentro la promoción y prevención de la salud del adulto mayor en el primer nivel. Todas ellas deberían ser continuas de tal forma que aseguren la calidad de atención, puesto que permitirían una disminución considerable de complicaciones y costos. Gran parte de las referencias que pudieron ser analizadas, insisten en brindar un servicio integral agrupando lo biológico, psicológico y social, y no en forma aislada. Sugerimos se realicen trabajos de investigación que puedan demostrar la utilidad de todas estas actividades.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. La salud de las personas de edad. Informe de un comité de expertos de la OMS. Serie de informes técnicos nº 779. Ginebra, 1989.
2. Alba S. Problemas médico-sociales que plantean los ancianos. En: Manual de Geriatria. A. Salgado A, Guillén F. Barcelona: Ed Masson, 1990.
3. Solano JJ. Algunas consideraciones respecto a los estudios coste-efectividad dirigidos a evaluar los servicios de atención al anciano. Rev Mult Gerontol 1998;8:69-71.
4. Hunt LB. The elderly in hospital: Recent Trends in the use of medical resources. Br Med J 1973;S4:83-5.
5. Solomon D. National Institute of Health Consensus Development Conference Statement: Geriatric Assessment methods for clinical decision-making. J Am Geriatr Soc 1988;36:342-7.
6. Narain P, Rubenstein LZ, Wieland GD, Rosbrook B, Strome LS et al. Predictors of immediate and 6-month outcomes in hospitalized elderly. The importance of functional status. J Am Geriatr Soc 1988;36:775-83.
7. Alarcon MT, Gonzalez JI, Bárcena A, Sánchez del Corral F, Muñoz C, Salgado A. Características del paciente geriátrico al ingreso en una unidad de agudos de un servicio de Geriatria. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993;28:285-90.
8. Kane RL. Health care reform and the care of the older adults. J Am Geriatr Soc 1995; 43:702-706
9. Gerety MB. Health care reform from the view of a geriatrician. Gerontologist 1995; 34:590-597.
10. Solano JJ, López E, Melón O, Virgós MJ. Toma de decisiones clínicas y situación funcional en geriatría. ¿Existe una relación? Rev Esp Salud Pública 1999;73:407-411.
11. Tilquin Ch, Sicotte C, D'Hoore W, Portella E. Evaluación de las necesidades de las personas dependientes para ofrecerles unos cuidados y servicios adecuados
12. San José A, Vilardell M. Unidades funcionales interdisciplinarias de geriatría en los hospitales generales. Funcionamiento y análisis de su efectividad. Medicina Clínica 1996;106(9): 336 - 343.
13. Report of the Council on Scientific Affairs: American Medical Association white paper on elderly health. Arch Intern Med 1990;150:2

FACTORES QUE IMPIDEN EL ACCESO A LA ATENCION DE SALUD EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD PUBLICA DEL EL ALTO GESTION 2015

factors that impede access to health in university students care publishes of the upper management 2015

Gil, S¹; Flores, F²; Gil, G³.

1 Médico Cirujano, Docente Carrera de Medicina Universidad Pública de El Alto, Docente investigador.

2 Médico Otorrinolaringología, CNS; Cirugía Cabeza y Cuello INEN (Lima-Perú)

3 Médico Odontóloga

RESUMEN

Uno de los factores identificados en nuestros datos estadísticos fue la falta de tiempo, 232 estudiantes de los 285 de la muestra indicaron que el factor tiempo viene a ser una determinante principal para el no acceso a la Salud, argumentan que la permanencia en la Universidad y cumplimiento de responsabilidades académicas imposibilitan acudir a sus controles médicos.

Un segundo factor es la economía, ya que muchos de los estudiantes migran de provincias o tienen una familia conformada, datos reportan que de 285, 8 estudiantes tienen 4 hijos, 10 tienen 3 hijos, 15 tienen 2 hijos, 24 tienen 1 hijo, y 228 no tienen hijos. Otro dato revela que de los 285 estudiantes 114 estudiantes no cuentan con vivienda propia.

Otros factores como la desconfianza al personal de Salud, Falta de servicios de Salud, la distancia son factores identificados como factores secundarios.; pero nos llama la atención quede los 285 estudiantes 218 no cuentan con ningún seguro a corto o largo plazo; 25 estudiantes de los 285 acuden 2 veces al año a su control médico, 77 una vez por año, 156 solo acude en caso de dolor.

Datos sobre los antecedentes patológicos están 12 de los 285 estudiantes padecen de hipertensión, 70 son pre-obesos datos registrado y calculado en el momento de recolección de datos y 190 no tiene patología alguna.

Factores como miedo, cultura y religión son identificados como factores terciarios los mismos que no son identificados como barreras u obstáculos para acudir a la atención de la Salud.

Palabras Clave: Falta de tiempo, economía, desconfianza impiden el acceso a la Salud.

ABSTRACT

One of the factors identified in our statistical data was the lack of time, 232 students of the 285 of the sample indicated that the time factor is a major determinant for the access to health, they argue that the permanence in the University and fulfillment of academic responsibilities make it impossible to

attend to their medical checkups.

A second factor is the economy, since many students migrate from provinces or have a family composed of, data report that 285, 8 students have 4 children, 10 have 3 children, 2 children 15, 24 have 1 son, and 228 does not have children. Other data revealed that 285 students 114 students do not have own housing. Other factors such as the distrust to the health workers, lack of health services, distance are factors identified as secondary factors; but draws our attention is the 285 218 students do not have any insurance to short or long term; 25 students of the 285 come 2 times a year to its control doctor, 77, once a year, 156 goes only in case of pain. Data about the pathological background are 12 of 285 students suffer from hypertension, 70 pre-obesos data are recorded and calculated at the time of data collection, and 190 does not have any pathology factors such as fear, culture and religion are identified as tertiary factors which are not identified as barriers or obstacles to health care.

Key words: Lack of time, economy, mistrust they impede access to health.

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó a mejorar los servicios sanitarios al adolescente y jóvenes una edad a la que se presta poca atención a pesar de que en este periodo se suelen adoptar comportamientos causantes de patologías en la edad adulta.

Además afirma que el 35% de la carga de morbilidad en el mundo se origina en la adolescencia y edad joven, es frecuente encontrar tendencias de obesidad, mala alimentación, desórdenes mentales y empezar el consumo de alcohol.

Al respecto, los expertos de la OMS afirmaron que una gran parte de adolescentes y jóvenes no tienen acceso a servicios claves de prevención para evitar estos problemas, ni la atención médica adecuada.

Es esta la razón de elaborar este proyecto argumentando que la atención oportuna, rápida y de calidad

lograra marcar una gran diferencia en la vida adulta de los estudiantes de la Universidad Pública de El Alto.

Los alcances de este proyecto es implementar servicios de salud de fácil acceso para los estudiantes de la Universidad Pública de El Alto, con tarifas reducidas, y para las que no sea obligatorio tomar una cita ni se requiera de consentimiento de los padres o tutores. Esta población atendida tendrá en claro que lo que se diga en la consulta será confidencial, lo que eliminara el temor de ser víctima de discriminación. Los factores para que los estudiantes no acudan a la atención médica es la factor económico, desconfianza y falta de servicios en Salud.

La inequidad en el acceso a la atención en Salud sigue constituyendo uno de los problemas centrales de los sistemas de Salud en Latinoamérica.

Con el objetivo de mejorar la equidad de acceso y también de la eficiencia, muchos países en la

región han llevado a cabo estructuras de financiamiento y prestación de sus sistemas de Salud.

MATERIALES Y METODOS

A. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es descriptivo, prospectivo y de tipo transversal.

B. POBLACION DE ESTUDIO

El universo de estudio son estudiantes de la Universidad Pública de El Alto.

C. TIPO DE MUESTREO

Se tomó una muestra de 285 estudiantes.

D. CRITERIOS DE INCLUSION

Estudiantes matriculados
Estudiantes de diferentes horarios mañana-tarde-noche

E. CRITERIOS DE EXCLUSION

Estudiantes que cursan en el preuniversitario
Estudiantes no matriculados

PROCEDIMIENTOS

Previo al estudio, se realizó la información y el consentimiento informado a los estudiantes de diferentes carreras y turnos de clases. Posterior a la aceptación se le entregó un cuestionario con opciones múltiples y preguntas abiertas mientras respondían se realizó el cálculo de IMC con peso y talla.

PROCEDIMIENTO ESTADISTICO

Se procedió al análisis estadístico de los datos obtenidos, realizando el cálculo de las prevalencias halladas.

También se realizó la evaluación de variables categóricas usando la prueba del chi cuadrado. Para la significancia de datos se tomó en cuenta un valor P menor a 0,05.

ASPECTOS ETICOS

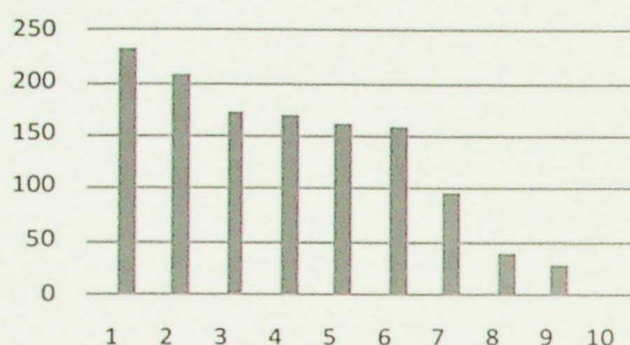
La inclusión de cada participante fue realizado previo a una explicación sobre el objetivo del proyecto.

RESULTADOS

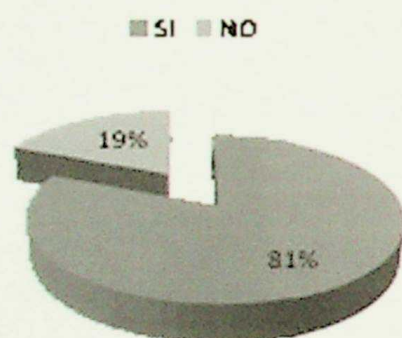
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN FACTORES

No.	VARIBLES	NUMERO SOBRE EL TOTAL	%
1	Factor tiempo	232	81
2	Factor económico	208	73
3	Factor desconfianza	172	60
4	Factor falta de servicios	169	59
5	Factor desconocimiento de las prestaciones	161	56
6	Factor distancia	157	55
7	Factor miedo	95	33
8	Factor cultura	39	14
9	Factor religión	26	9

Fuente: elaboración propia

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS
SEGUN FACTORES

Fuente: Elaboración propia

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS
SEGUN FACTOR TIEMPO

Fuente: Elaboración propia

Este gráfico identifica uno de los principales factores que evite de el estudiante acuda a sus controles médicos, demuestra que el 81% del 100% de muestra no acuden por falta de tiempo.

DISCUSION

En el presente estudio se pudo determinar que la proporción de estudiantes según género, el 56% de estudiantes es del sexo femenino, y el 44% del sexo masculino.

El 87% de estudiantes de la Universidad Pública de el Alto pertenecen a un estado civil solteros mientras que un 13 % con casados. Entre sus antecedentes patológicos y diagnóstico de obesidad los 3 diagnósticos de obesidad los 3 diagnósticos prevalentes en

los estudiantes fue preobesidad, hipertensión y eritrocitosis, el primer diagnóstico fue corroborado en el momento de la encuesta. Otro factor que impide el acceso a la Salud es lo económico y un dato que revela este factor es que el 40% de estudiantes vive en alquiler y que de los 285 encuestados 156 solo acuden al centro médico en caso de dolor. Además 218 estudiantes no cuentan con ningún seguro de salud, pero el factor tiempo es el predominante para que el estudiante no pueda acceder a la Salud.

CONCLUSIONES

Los factores que debemos tomar en cuenta en esta investigación son: factor económico donde el estudiante cuenta ya con una familia estructurada donde la responsabilidad es mucho mayor , además no cuenta con una vivienda propia, por tal razón el factor económico vienen a ser un limitante a la asistencia y control médico.

Otro dato alarmante es el tiempo, muchos estudiantes por responsabilidades académicas, centros de públicos de Salud lejanos a su domicilio hacen el estudiante no acuda a sus controles médicos; datos alarmantes de patologías como la hipertensión, diabetes, pre – obesidad requieren un control mensual para evitar complicaciones, ya que muchas de estas patologías son silenciosas.

Otro dato es que de los 285 estudiantes 218 no cuentan con ningún seguro de Salud y priorizan la medicina tradicional de preferencia la coca.

AGRADECIMIENTO

Decía Humberto Eco que hacer una investigación es útil principalmente

por la experiencia de trabajo que comporta. Esta investigación ha significado para mí, en primer lugar, la incursión en un enfoque metodológico nuevo, y aprender a llevar a cabo el proceso completo de una investigación, desde la elaboración del marco y los instrumentos, el contacto con estudiantes de diferentes carreras de la Universidad, el trabajo de campo y el análisis de datos. Además, me ha permitido conocer de forma asistemática un sistema de salud desde la perspectiva de otros actores: los estudiantes y profesionales de cada aula y finalmente aprovechar el trabajo de campo para explorar otra sociedad de diferentes culturas y saberes sociales desde la mirada de algunos de sus habitantes.

Quiero expresar mi agradecimiento a todos aquellos que han colaborado con esta investigación, en especial a los docentes de las diferentes carreras y colaboradores que lograron aportar con sus saberes y experiencias. Dr. Emilio Flores Alcalá y Dra. Giovanna Gil Ramos porque juntos lograremos que este trabajo de investigación no quede en papeles sino que construya el inicio de un proyecto más amplio.

A la Universidad Pública de El Alto por accederme a ser docente en investigación en la Carrera de Medicina

A la Dirección e Instituto de Investigación de la Carrera de Medicina de la Universidad Pública de El Alto por el apoyo y la confianza demostrada hacia nuestro trabajo.

A mis padres por darme la sabiduría e inculcarme los valores, a mi esposo e hijas por apoyarme en todo momento y que gracias a ellos puedo lograr cumplir mis metas propuestas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Integration of health care delivery. 861 ed. Geneva: WHO; 1996.
2. World Health Organization. The World health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
3. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*. 2005; 71:83-96.
4. Plaza B, Barona AB, Hearst N. Managed competition for the poor or poorly managed competition? Lessons from the Colombian health reform experience. *Health Policy and Planning*. 2001; 16(Suppl 2):44-51.
5. Enthoven A. Managed competition of alternative delivery systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 1988; 13(2):305-21.
6. Shortell SM, Hull KE. The new organization of health care: Managed care/integrated health systems. En: Altman S, Reindhart U, editors. *Strategic Choices for a changing Health care System*. Chicago: 1996.
7. Céspedes JE, Jaramillo-Pérez I, Castaño R. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud. *CadSaúde Pública*. 2002; 18(4):1-12.
8. Jaramillo-Pérez I. El futuro de la salud. Ley 100 de 1993 cinco años después. Bogotá: Frescol-Fes-FRBFundación Corona; 1999.
9. Vargas I, Vazquez ML, Jané E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *CadSaúde Pública*. 2002; 18(4):927-37.
10. WHO. The World health report 2000. Health systems:

- improving performance. Geneva: WorldHealthOrganization; 2000.
11. Zambrano A, Ramírez M, Yepes FJ, Guerra JA, Rivera D. ¿Qué muestran las Encuestas de Calidad de Vida sobre el sistema de salud en Colombia? *CadSaúde Pública*. 2008; 24(1):122-30.
 12. Hernández M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *CadSaúde Pública*. 2002; 18(4):991-1001.
 13. Málaga H, Latorre M, Cárdenas J, Montiel H, Sampson C, de Taborda M. Equidad y reforma en salud en Colombia. *Rev SaludPública*. 2000; 2(3):193-220.
 14. Rodríguez-Monguió R, Infante A. Universal health care for Colombians 10 years after Law 100: challenges and opportunities. *Health Policy*. 2004; 68:1242.
 15. Aday LA, Andersen RM. A framework for the study of access to medical care. *Health Service Research*. 1974; 9(3):208-
 20. Bibliografía 228
 16. Penchansky R, Thomas W. The concept of access. Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*. 1981; XIX(2):127-40.
 17. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México*. 1985;43:853.
 18. Institute of Medicine. Access to Health Care in America. Washington, D.C.: National Academic Press; 1993.
 19. Gold M. Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare in today's market. *HealthServiceResearch*. 1998; 33(3):62- 52.
 20. Restrepo JH, Echeverri E, Vásquez J., Rodríguez S. Balance del régimen subsidiado de salud en Antioquia. *RevistaGerencias y PolíticasenSalud*. 2003; 4.
 21. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Quart*. 1996; 44(2):166-206.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE EL ALTO Y EN EL MUNICIPIO DE LLALLAGUA

Knowledge, attitudes and practices of sexual and reproductive health in teen El Alto city and township Llallagua

Castillo, P.¹; Villarroel, P.²; Yupanqui, E³. Mamani, F⁴. Calderon, J⁵

¹ Dra., M.S.C Médico Cirujano, Medicina Forense. Docente de la Cátedra de Microbiología, Medicina Legal, Docente Investigador en la Universidad Pública de El Alto.

² Dr. Médico Cirujano, Salud Sexual y Reproductiva Fundación CIESAR, Docente Universidad Siglo XX Llallagua.

³ Alumna regular Microbiología Universidad Pública de El Alto

⁴ Alumna regular Microbiología Universidad Pública de El Alto.

⁵ Alumna regular Microbiología Universidad Pública de El Alto

RESUMEN

La Salud Sexual y Reproductiva abarca un concepto de salud en relación a la sexualidad, donde implica la planificación familiar, ETS, y violencia. Uno de los factores a este problema de salud es la falta de información de adolescentes, que trae conductas de riesgo más frecuentes en la adquisición de enfermedades. Según la (OMS), se producen más de 340 millones de nuevas ETS entre 15 a 49 años de edad. El presente estudio descriptivo y de corte transversal con población entre 14 a 19 años. El total de 610 encuestados, una muestra de 371 del distrito 6 y 241 de la población de Llallagua. La Edad de inicio fue a los 16 años (26%) en El alto y de 17 años (46%), la desinformación de los padres de familia es mayor en El Alto y hay mayor uso de la píldora del día después. La actitud de asumir la responsabilidad es igual en ambas poblaciones. Sin embargo en el caso de El Alto optaría más por un aborto y por lo general el sexo masculino. El acceso a la información en el Alto se da más por los padres y en Llallagua por un personal de salud. Podemos concluir que ambas poblaciones son distintas en cuanto a conocimientos y actitudes, por el factor socio económico, políticas de salud que al parecer son mejores en Llallagua, sin embargo se debe mejorar la salud sexual y reproductiva en el País.

Palabras clave: ETS, (Infecciones de Transmisión sexual), UNFPA (El Fondo de Población de las Naciones Unidas), OMS (Organización mundial de la salud).

ABSTRACT

Sexual and Reproductive Health defined by the WACS (World Association for Sexology) as a "state of complete physical, mental, emotional and social related to sexuality, the lack of information of adolescents, are the most common risk factors and behaviors in acquiring diseases. According to the (OMS), over 340 million new among 15-49-year-olds. This cross-sectional descriptive study population between 14-19 years. The total of 610 respondents, a sample of 371 6 and 241 of the population of Llallagua district. The age of onset was 16 years (26%) in the high and 17 (46%), the disinformation of parents is higher in El Alto and there is greater use of the morning-after pill. The attitude of taking responsibility is the same in both populations. However in the case of El Alto would opt more for abortion and usually mens. Access to information in the Alto is more common for parents and Llallagua for health personnel. We can conclude that both populations are

different in terms of knowledge and attitudes on the socio-economic factor, health policies that are apparently better in Llallagua, however must improve sexual and reproductive health in the country.

Keywords: STD (sexually transmitted infections), UNFPA (The United Nations Population Fund), WHO (World Health Organization).

INTRODUCCIÓN.-

La Salud Sexual y Reproductiva queda definida por la WAS (World Association For Sexology) como un "Estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. Requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfecho."¹ Los problemas que afectan a la salud sexual y reproductiva son sobre todo: las infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, que conlleva a grandes consecuencias como el VIH, Cáncer de cuello Uterino, y el aborto, muchos artículos sobre salud sexual y reproductiva también han incluido la violencia doméstica o de género, lo cual puede influir negativamente en los derechos sexuales y reproductivos sobre todo de la mujer. Así mismo arrastra consigo malestar social y económico dentro del entorno familiar, laboral. Entre los programas en Bolivia se encuentran en la actualidad: "El plan estratégico nacional de Salud sexual y reproductiva 2009-2015" por el Ministerio de Salud y Deportes dirección general de salud unidad de servicios de salud y calidad; UNFPA Bolivia. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) es la mayor

fuerza de asistencia multilateral de población en todo el mundo y realiza programas en más de 140 países.²

También organizaciones no gubernamentales como CIES que promueven y fortalecen a la ciudadanía con atenciones integrales a la mujer en salud Sexual y Reproductiva. Pero a pesar de seguir con los programas, las cifras de casos a nivel nacional están incrementando. Entre las causas es la cultura en cuanto a la discriminación de género, el tabú sobre la sexualidad que son una barrera para la información de los jóvenes. Así mismo los jóvenes por los frecuentes no piden información ni anticonceptivos a sus centros de salud. El presente trabajo se analizará los conocimientos, actitudes y prácticas de su sexualidad en adolescentes de colegios en dos poblaciones diferentes que son El Alto y Llallagua.

JUSTIFICACIÓN

Los adolescentes y jóvenes no están informados en la forma adecuada, especialmente por la falta de información, son los factores y conductas de riesgo más frecuentes en la adquisición de estas enfermedades, los que se encuentran entre 15 a 24 años de edad y que constituye el 20% total de la población Boliviana, al cual se añade el riesgo a la salud del embarazo precoz si se trata del sexo femenino.^{3,4,5,6} Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se producen más de 340 millones de nuevas ETS curables en personas de 15

a 49 años de edad.⁷ Entre enero y agosto de este año se reportaron 320 casos de personas portadoras del (VIH), hasta el 2014 se registraron 2.517 casos, y en esta gestión son 320 casos. De dos casos que se presentan en varones uno es en mujeres y las edades son entre 15 y 45 años. De acuerdo con Marie Stopes Internacional-Bolivia, se registran más de 80 mil abortos por año, en adolescentes y jóvenes embarazadas que debería ser considerada como un problema de salud pública, debido a que sus consecuencias, entre esta población, representan la tercera causa de mortalidad materna en el país.⁴

OBJETIVO

Describir los conocimientos, actitudes y prácticas en salud Sexual y reproductiva.

MATERIALES Y MÉTODOS

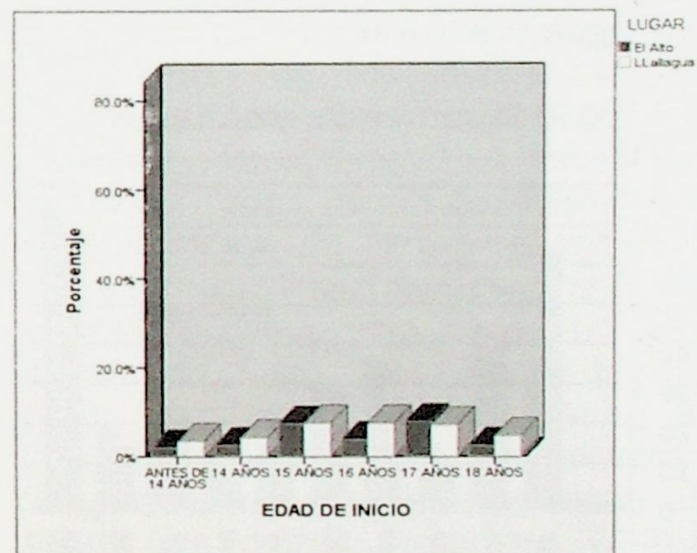
Los datos obtenidos por medio de una encuesta, previo conocimiento y autorización de sus padres o tutores. Estudio descriptivo y de corte transversal con una población de estudio conformada por adolescentes hombres y mujeres entre 14 a 19 años de edad de dos Colegios de secundaria del distrito 6 de El Alto del Municipio de Llallagua. Con un total de 610 encuestados, según fórmula finita, un nivel de confiabilidad del 95 % y un error relativo permisible de 5%, se tiene una muestra de 371 estudiantes del distrito 6 y 241 estudiantes de la población de Llallagua. Se incluyeron a los presentes en el día de la encuesta y los que han aceptado y firmado el consentimiento informado por los padres en El distrito 6 de El Alto - La Paz y Llallagua en Potosí. La tabulación y presentación de datos, se realiza con el estadístico SPSS con tablas comparativas y chi cuadrado y Excel para la base de datos. Todo el trabajo

tuvo un costo de 750 Bolivianos donde incluye hojas de encuestas, bolígrafos, impresiones, transporte, refrigerio, entre otros pasajes a Llallagua.

RESULTADOS

Se obtuvo un total de 612 encuestas, 371 de El Alto y 241 de Llallagua. La Edad de inicio de vida sexual de los estudiantes de Secundaria fue de 16 años (26%) en El alto y de 17 años (46%), y la población más frecuente de inicio a temprana edad es en El Alto. Sin embargo la mayor frecuencia de relaciones sexuales es en Llallagua 98,7%, El Alto 65,5. (G ráfico1).

Gráfico 1. Edad de inicio de relaciones sexuales.



Fuente: Elaboración propia.

Los padres no están informados sobre la actividad sexual de sus hijos El Alto 65 %, y Llallagua si están informados 35% en el límite. Ambas poblaciones si utilizan algún método anticonceptivo.

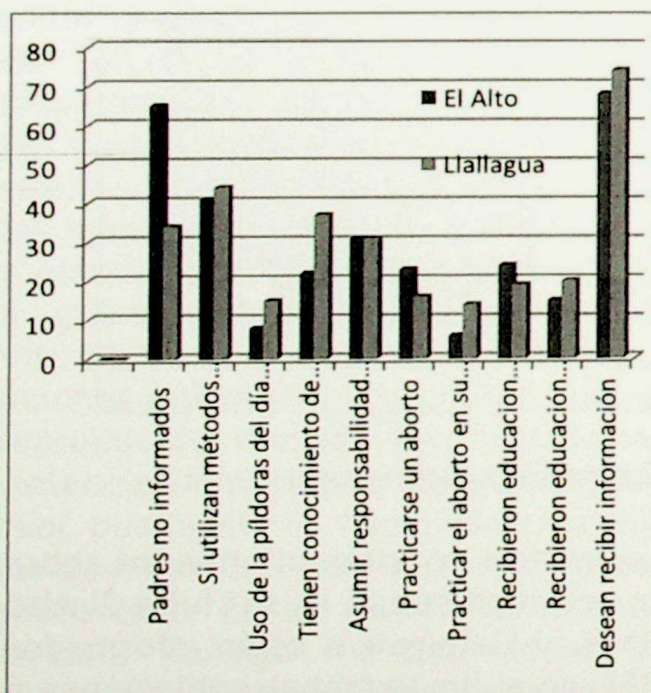
El Alto 41%, Llallagua 44%. El anticonceptivo más usado en ambas poblaciones son píldoras del día después con un 15% en Llallagua y 8 % en El Alto. En el Alto tiene bajo conocimiento del uso de anticonceptivos con un 21, 6% de

aciertos y en Llallagua 36,5% de aciertos.

La actitud en caso de un embarazo de ambas poblaciones es de asumir la responsabilidad en un 31%. Sin embargo en el alto piensan más en optar al aborto en un 26% en relación a Llallagua en un 16%. (Gráfico 2)

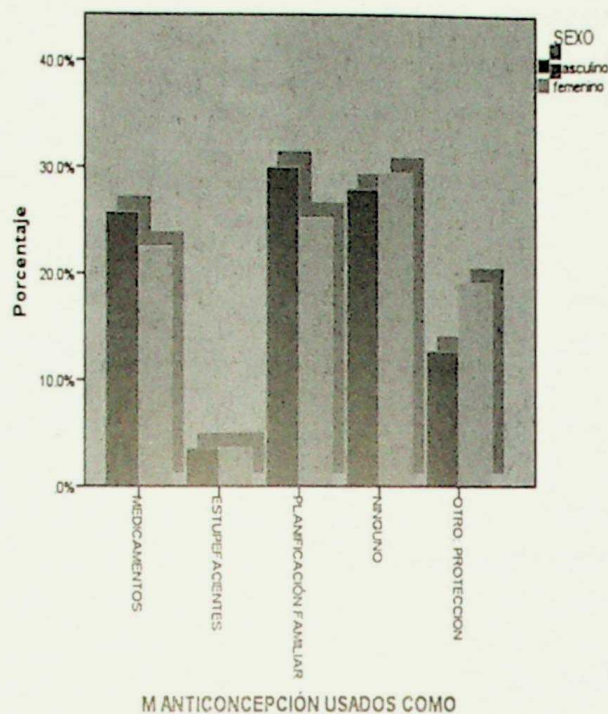
Los estudiantes no consideran correcto el inicio de relaciones sexuales a temprana edad en ambas poblaciones El Alto 75% y Llallagua 62%. Y en su mayor porcentaje en ambas poblaciones las razones fueron que la edad no es la adecuada en un 95% el Alto y 57% Llallagua. Ambas poblaciones desean recibir información sobre salud sexual y reproductiva, el Alto 68% y Llallagua 75%. (Gráfico 2)

Gráfico 2. Resumen de resultados.



El conocimiento del sexo masculino sobre los anticonceptivos es de 30%, mujeres 25%. (Gráfico 3)

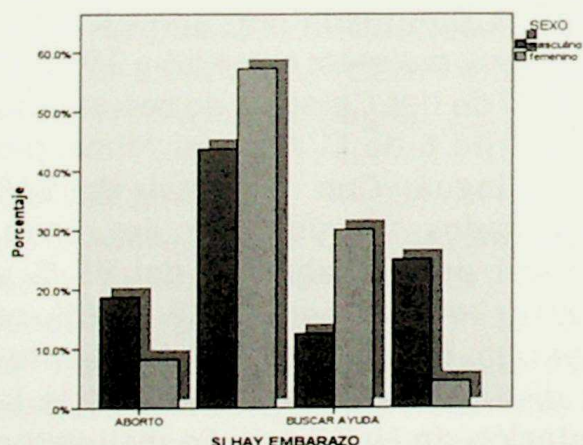
Gráfico 3. Conocimientos sobre el uso de anticonceptivos.



Fuente: elaboración propia.

La opción de optar por un aborto, el sexo masculino adquiere la mayoría con 19%, mujeres 9%. (Gráfico 4)

Gráfico 4. Respuestas en caso de embarazo según sexo.



DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

La mayoría de la población encuestada fue en El Alto porque se incluyeron las edades de 14 y 15 años a diferencia de Llallagua por el difícil acceso a los padres para el consentimiento respectivo. La Edad de inicio de

vida sexual de los estudiantes de Secundaria fue a temprana edad en El Alto en relación a Llallagua, que puede deberse por el fácil acceso a la tecnología, la población y medios de comunicación.

Los padres no están informados sobre la actividad sexual de sus hijos en ambas poblaciones, sin embargo en Llallaguase encontraba en menor porcentaje en relación al alto que la desinformación es mayor. Un factor que puede influir es el trabajo mínimo de las madres en la población de Llallagua a comparación del alto que tanto padre como madre aportan a la canasta familiar. Ambas poblaciones si utilizaron método anticonceptivo como la píldora del día después, con el porcentaje mayor en Llallagua, probablemente los jóvenes se encargan más de prevenir el embarazo que cuidarse de ITS.

La actitud en caso de un embarazo de ambas poblaciones es de asumir la responsabilidad tanto de varones como de mujeres, y en segundo plano pedirían ayuda de sus padres o amigos. Llama la atención la actitud de jóvenes de El Alto en optar por el aborto en relación a Llallagua. Esta opción puede deberse por el fracaso y frustración que sentiría el estudiante por la paternidad a temprana edad tratándose de la Ciudad del Alto a comparación de Llallagua. Respecto al acceso a la información son un poco de todo: familiares, personal de salud, amigos, etc. En El Alto se informan más por los padres y en Llallagua por un personal de salud, es decir las Políticas de salud en Llallagua son relativamente activas en el sentido de prevención en relación a El Alto.

Los estudiantes no consideran correcto el inicio de relaciones sexuales a

temprana edad en ambas poblaciones y las razones en su mayoría son por la edad.

El sexo masculino tiene mayor conocimientos sobre anticoncepción, por la misma curiosidad le lleva a informarse más.

En su mayoría el sexo masculino propondría un aborto a su pareja, en este caso se puede observar un signo de violencia de forma indirecta ya que estaría atentando contra los derechos sexuales de la mujer. Para ello se sugiere realizar otra investigación que pueda aclarar con mayor detalle este tema que también es importante en cuanto a los derechos de la mujer y salud sexual y reproductiva.

La mayoría de los jóvenes desean recibir información sobre salud sexual y reproductiva. La sexualidad es libre y todos tienen derecho a vivir su sexualidad de forma responsable. Entre tanto se logró realizar una charla educativa con previo consentimiento informado a los Colegios de El Alto para fortalecer información y así prevenir las infecciones y embarazos. Sin embargo son las políticas de salud que deben mejorarse ya que el desconocimiento de este tema conlleva a diversas problemáticas de salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Lucía Mazarrasa Alvear, Sara Gil Tarragato. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (12). Programa de Formación de Formadores /as en Perspectiva de Género y Salud.
2. Clínica Buena Vista. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. HOME/ SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. 2015. <http://www.clinicabuenavista.com/salud-sexual-y-reproductiva/>
3. Federico Escobar Loza y col. "PROMOCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES Y JÓVENES DISTRITOS 5 Y 6 DE EL ALTO" Centro de Multiservicios Educativos CEMSE Sistematización de Experiencias Exitosas del Proyecto. 2014. P. 8.
4. Cortés Alfaro A, García Roche R, Hernández Sánchez M, Monterrey Gutierrez P, Fuentes Abreus J. Encuesta sobre comportamientos sexuales riesgosos y enfermedades de transmisión sexual en estudiantes adolescentes de Ciudad de la Habana, 19996. RevCuabanaMedTrop 1999;51(2).
5. Lescano M, Piacente P. Póntelo y pónselo. La crisis también incide en el uso de los preservativos. El tabano. Política y cultura en la ciudad. Edición Número 7. Disponible en <http://www.eltabano.com/7%20nota%202.htm> (Citado el 14 de marzo de 2005).
6. Magally S. Mitos y desinformación sobre el sexo moldean a los universitarios. CIMAC. México DF. Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com/noticias/02jul/s02071601.html> (Citado el 14 de marzo de 2005).
7. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: proyecto de estrategia mundial. A59/11. 18 de mayo de 2006. P:1, 2.
8. Omar Campohermoso Rodríguez. GINECOLOGÍA PRÁCTICA. Ed. San José. La Paz Bolivia 2011. P. 281.
9. Vigilancia epidemiológica de las Infecciones de Transmisión Sexual. 1995-2008. Disponible en: <http://www.isciii.es/htdocs/pdf/its.pdf>
10. Lucía Mazarrasa Alvear, Sara Gil Tarragato. Salud Sexual y Reproductiva. [Escuela Nacional de Sanidad - Instituto de Salud Carlos III]. 2014
11. PREVSIDA-CE/GTZ. Escuela Técnica de salud Boliviano-japonesa de cooperación andina, Hacia una salud integral y BERNARD, John, Henry, M.D. Tood Sanford & Davidsohn, El Laboratorio en el Diagnóstico clínico. 20va edición. Pág. 1131-1132
12. SONNENWIRTH, Alex, Métodos y Diagnostico del Laboratorio clínico. 8va, edición. Pag. 2087-2089
13. NEWMARKET, New, Labs. Laboratories. Recomendaciones para la Prevención de la transmisión vertical de Sífilis 2003- Ministerio de Salud de la Nación y programa de lucha contra los RH, SIDA e ITS. Año 2004.
14. Naciones Unidas. Programa de acción adoptado en la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo. Nueva York: ONU, 1995.
15. Maddaleno M, Morello P, Infante-Espina F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Pública Mex 2003; 45:132-139.

