



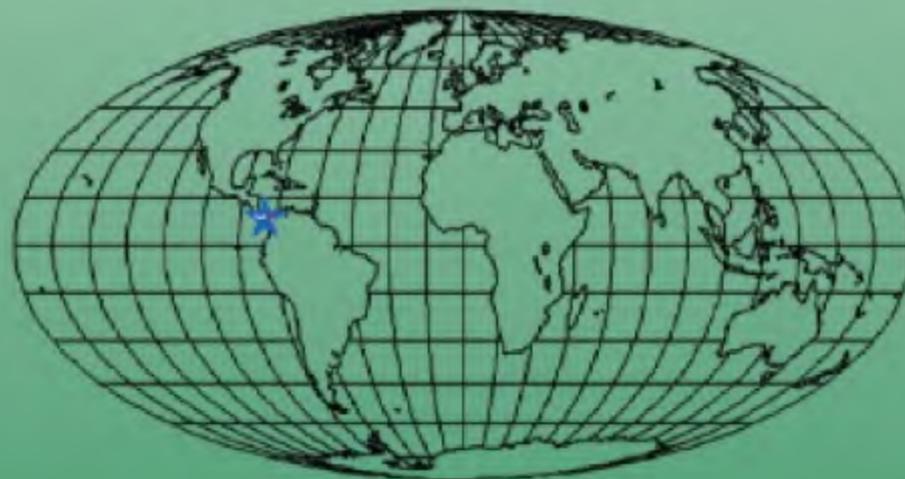
Universidad de Panamá



Facultad de Enfermería

Enfoque

Revista Científica de Enfermería



Vol. XXV No. 21-- Panamá, Rep. de Panamá. Julio- Diciembre 2019

revista.enfoque@up.ac.pa

PLANIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD BASADO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: REALIDAD VS NECESIDAD IMPERATIVA. PANAMÁ 2019**THE PLANNING OF HUMAN RESOURCES FOR HEALTH BASED ON PRIMARY HEALTH CARE: REALITY VS IMPERATIVE NEED. PANAMA 2019****PLANEJAMENTO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE COM BASE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REALIDADE VERSUS NECESSIDADE IMPERATIVA. PANAMÁ 2019**

Magister Delia Pineda Rodríguez.

Universidad de Panamá.

Master en Salud y Seguridad Ocupacional.

Profesora Agregada del Departamento de Salud Pública.

email: dpineda_0182@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8802-567X>

Fecha de Recepción: febrero 2019

Fecha de Aceptación: 2 de junio 2019

RESUMEN

Objetivo: presentar la situación actual del recurso humano de salud en Panamá y la necesidad de una planificación basada en la atención primaria de salud como estrategia para mejorar la salud de la población. **Método:** consistió en la revisión literaria de informes de la Organización Mundial de Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Ministerio de Salud de Panamá (MINSa), estadísticas del Instituto Nacional de estadísticas y Censo de Panamá, artículos de reflexión en materia de gestión del recurso humano en salud. La búsqueda fue realizada en algunas bases de datos como: ProQuest, E-books Central (E-libro y E-library), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS). **Resultados:** con respecto a la planificación del recurso humano en salud se evidencia su deficiente e inadecuada distribución en las zonas urbanas y rurales, no solo en Panamá, sino también en América Latina, lo que limita la cobertura universal de salud y el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. En el contexto de las necesidades, se determina como eje principal el enfoque de integración y regulación de los sistemas de salud, junto con el análisis del mercado laboral. **Discusión:** Son evidentes las graves desigualdades de cobertura en los servicios de salud y seguridad social, sobre todo en las áreas geográficas de difícil acceso, como las comarcas. El MINSa cuenta con un estudio donde se determinó la necesidad de mil 733 enfermeras. Por otro lado, los datos de la contraloría general (2013), señalan que hay 5 mil 206 Enfermeras que laboran en las instalaciones del MINSa, CSS y los hospitales que tienen la figura de patronato.

Conclusiones: El personal de salud presenta una densidad muy baja de médicos y enfermeras en la Comarca N. Buglé de 2.2 por cada 10,000 habitantes, y en Guna Yala de 11.0 por cada 10,000 habitantes. Se requiere una coordinación y planificación en la formación de recursos humanos en salud tomando en cuenta, la cobertura, basados en la estrategia de Atención Primaria para mejorar la calidad de vida de la población.

Palabras claves: planificación, recurso humano, atención primaria, necesidad imperativa

ABSTRACT

Objective: To show the current situation of human health resources in Panama and the need for planning based on primary health care as a strategy to improve the health of the population.

Method: This study consisted of the literary review of reports from the World Health Organization (WHO), the Pan American Health Organization (PAHO), and the Ministry of Health of Panama (MINSa), along with statistics from the National Institute of Statistics and Census of Panama, and reflection articles on the management of human resources in health. The search was done through databases such as: ProQuest, E-books Central (Elibro and E-library), and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS).

Results: The deficiency or inadequate distribution in urban and rural areas of the planning of human resources for health is evident not only in Panama, but also in Latin America; thus, limiting the universal health coverage and the compliance with the millennium development goals. With regards to the needs, the focus of integration and regulation of health systems is established as the main axis, together with the analysis of the labor market.

Discussion: The severe inequalities of health coverage and social security services are evident, especially in geographical areas with difficult access, such as the “Comarcas” (Indigenous geographical area). MINSa has a study which determined the need for 1,733 nurses. On the other hand, data from the comptroller general (2013), indicate that there are 5,206 nurses who work in installations of MINSa, CSS, and hospitals that are under sponsorship.

Conclusions: The health personnel show a very low density of physicians and nurses in the N. Buglé Comarca of 2.2 per 10,000 inhabitants, and in Guna Yala of 11.0 per 10,000 inhabitants. The coordination and planning in the training of human resources for health is required. It should consider coverage based on the primary care strategy to improve the well-being of the population.

Keywords: planning, human resources, primary care, imperative need

Resumo

Objetivo: apresentar a situação atual do recurso de saúde humana no Panamá e a necessidade de planejamento baseado na atenção primária à saúde como estratégia para melhorar a saúde da população.

Método: consistiu na revisão literária de relatórios da Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Ministério da Saúde do Panamá (MINSA), estatística do Instituto Nacional de Estatística e Censo do Panamá, artigos de reflexão sobre a gestão de recursos humanos em saúde. A pesquisa foi realizada em algumas bases de dados como: ProQuest, E-books Central (E-book e E-library), Literatura Latino-Americana e Caribeano em Ciências da Saúde (LILACS).

Resultados: O planejamento de recursos humanos em saúde mostra sua distribuição precária e inadequada em áreas urbanas e rurais, não só no Panamá, mas também na América Latina, limitando a cobertura universal de saúde e cumprindo as metas de desenvolvimento do milênio. No contexto das necessidades, a abordagem da integração e regulação dos sistemas de saúde é determinada como o principal eixo, juntamente com a análise do mercado de trabalho.

Discussão: As sérias desigualdades de cobertura nos serviços de saúde e seguridade social são evidentes, especialmente em áreas geográficas de difícil acesso, como áreas indígenas. O MINSA tem um estudo que determinou a necessidade de mil 733 enfermeiros. Por outro lado, os dados da contraloría geral (2013), indicam que há 5 mil 206 Enfermeiros trabalhando em instalações do MINSA, CSS e hospitais que possuem a figura do Conselho Curador.

Conclusões: Os profissionais da saúde têm uma densidade muito baixa de médicos e enfermeiros na área indígena de N. Buglé de 2,2 por 10.000 habitantes, e em Guna Yala de 11,0 por 10.000 habitantes. A coordenação e o planejamento são necessários na formação de recursos humanos em saúde levando em consideração a cobertura, a partir da estratégia da Atenção Básica para melhorar a qualidade de vida da população.

Palavras-chave: planejamento, recursos humanos, atenção primaria, necessidade imperativa

INTRODUCCIÓN

La planificación del recurso humano es un proceso básico en toda organización; ya que el recurso humano es reconocido como el pilar en toda organización, en la prestación de sus servicios y del cual depende directa e indirectamente el éxito de la misma. Al analizar el concepto de planificación del recurso humano queremos resaltar la opinión de López (2007) “La planeación de los Recursos Humanos, es uno de los procesos básicos para un desarrollo eficaz de la gestión de los recursos humanos y del conjunto de la organización. En términos generales consiste en prever las necesidades de los recursos humanos de la organización, para los próximos años y fijar los pasos necesarios para cubrir dichas necesidades”.

Iniciamos resaltando el concepto de planificación del recurso humano; ya que por las características del servicio que se brinda en el sector salud este proceso debe ser llevado de forma

continua y permanente, considerando las necesidades cambiantes de la población, factores epidemiológicos y sociodemográficos de la misma, con el fin que la cartera de servicios vs las instalaciones de salud, recurso material y humano sean acordes con la realidad y necesidades de la población.

Contexto Actual de la planificación del recurso humano de salud en Panamá

- **Sistema Salud**

La Constitución Política de la República de Panamá creada en 1972, presenta en el Título III “Derechos y Deberes Individuales y Sociales”, Capítulo 6: Salud, Seguridad Social y Asistencia Social; específicamente en el artículo 109, lo siguiente:

“Es función esencial del Estado velar por la salud de la Población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social”.

Cumpliendo con este mandato mediante el **Decreto de Gabinete N°1 del 15 de enero de 1969**: Se creó el **Ministerio de Salud**, se determinó su estructura y funciones y se establecen las normas de integración y coordinación de las instituciones del sector salud. (Gaceta Oficial N° 16.292 de 4 de febrero de 1969), decreta en el artículo N°1: “Créase el Ministerio de Salud para la ejecución de las acciones de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud por mandato constitucional son responsabilidad del Estado. Como órgano de la función ejecutiva el Ministerio de Salud tendrá a su cargo la determinación y conducción de la política de salud de Gobierno en el país y estará investido de las prerrogativas y facultades que la constitución y la Ley otorgan a los Ministerios de Estado”.

Con lo anterior presentado se reconoce legalmente en materia de salud como ente rector de la misma a el Ministerio de Salud, hacemos esta aclaración; ya que el sistema de salud en Panamá esta segmentado; es decir está compuesto por un sector público y un sector privado. La competencia en el sector privado por captar clientes o usuarios según su capacidad de pago, clase social y otros, contribuye a la inequidad, profundizando la segmentación en el sistema de salud, elevando los costos de transacción y debilitando de forma indirecta el rol del Ministerio de Salud.

Esto se evidencia cuando en el sector privado actualmente hay 5 hospitales del tercer nivel, sin contar los hospitales de segundo nivel y clínicas que corresponden al primer nivel de atención de salud; a esto se suman las aseguradoras privadas ofertando paquetes de salud individual y familiar, seguros de vida, de hospitalización entre otros. Los cuales no están regulados incrementando el costo en salud en la población según su capacidad de pago y estrato social.

El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago, se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados, y los servicios son ofrecidos en clínicas y hospitales privados.

Por otro lado, como parte de un sistema de salud segmentado, tenemos el sector público que cubre a la mayor parte de la población panameña y está constituido por el Ministerio de Salud (MINSa) y la Caja de Seguro Social (CSS).

El Ministerio de Salud, además de fungir como rector del sistema de salud, presta el servicio a las personas sin seguridad social y a la población en general; ya que tiene por mandato constitucional, la responsabilidad de velar por la salud de la población. Cabe resaltar que la Caja de Seguro Social (CSS) es responsable de administrar el sistema de seguridad social del país, la cual es una institución pública autónoma independiente adscrita al Sector Salud; la misma fue creada por medio de la Ley 23 del 21 de marzo de 1941 y cubre aproximadamente al 84% de la población de la clase trabajadora y sus beneficiarios.

Reflejándose la gran problemática de un sistema de salud fragmentado donde hay duplicidad de funciones e instituciones en todos los niveles de atención, donde se percibe a menudo competencia entre ambas instituciones (MINSa y CSS), debilitando el sistema de salud panameño, reflejándose la falta de coordinación e integración de la red de servicios de salud. A raíz de esto el gobierno hizo un llamado al diálogo por la transformación del sistema salud en julio de 2014 y en diciembre del 2015 donde se presentó la hoja de ruta o libro blanco que destaca la situación de salud y el camino para mejorarlo, teniendo como base reforzar la atención primaria de salud. Estas dos redes, aunque funcionan de manera independiente, han podido establecer cierta coordinación, de tal manera que algunos beneficiarios de la CSS reciben atención en los establecimientos del MINSa.

Con respecto a la distribución de las instalaciones sanitarias, el sistema público del MINSa, está dividido en 14 regiones sanitarias en donde tienen presencia. La CSS con presencia en 9 regiones del país. En términos generales, esta red debería ser suficiente para cubrir la totalidad de la población panameña. Sin embargo, existe una irregular distribución tanto de la red como del recurso humano con una concentración mayor en las áreas urbanas y una fragmentación del sistema con segmentación en la cartera de servicios en detrimento de la población, especialmente la no afiliada a la seguridad social, que vive en zonas apartadas y/o rurales.

Cabe destacar que en la actualidad se ha estado trabajando en la transformación del sistema de salud, donde en un comunicado el ministro de Salud Dr. Mayo, M (enero 2018) resalta que:

“El MINSa y la CSS han homologado ya la mayoría de las distorsiones administrativas (salarios, reglamentos, programas, protocolos de atención).

Además, se activó la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá (CONAMEP) cuya función es hacer un listado único de medicinas para Panamá. Por otro lado, las direcciones de planificación de ambas instituciones se han dividido la construcción de instalaciones de salud y evitar así la duplicidad de las mismas”.

Otra evidencia que resalta el interés del gobierno en subsanar y rescatar las debilidades en materia de salud es la instalación de la Comisión de Alto Nivel (CAN), legalmente constituida mediante el Decreto Ejecutivo N°1 del 8 de enero de 2016, que tiene como objetivo iniciar la Transformación del Sistema Nacional Público de Salud, dicha comisión está compuesta por 18 miembros, entre ellos: Representante del Presidente de la República, el Ministerio de Salud (MINSa), la Caja de Seguro Social (CSS), el Programa de Las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), profesionales, técnicos y administrativos del sector salud, representantes de pacientes con enfermedades crónicas, esta comisión tendrá como compromiso la elaboración de una propuesta con miras hacia un sistema de salud eficiente, oportuno y de alta calidad; asegurando la cobertura y el acceso universal, donde los recursos económicos en materia de salud se enfoquen primordialmente en la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), 67% del gasto total en salud en Panamá es público y 33% privado. Dentro del gasto público, el gasto del MINSa representa 43% y el restante 24% corresponde a la CSS. Con respecto al gasto privado, el gasto de bolsillo representa 27% y el 6% corresponde a seguros médicos privados. (Instituto de Estadística y Censo, 2017).

Sistema Formador del recurso humano de salud.

El proceso de formación de recursos permite contar con grupos humanos capaces de hacer funcionar como sistema a los servicios de salud en sus diferentes contextos.

La formación de los profesionales de la salud se lleva a cabo en las instituciones de educación superior, tanto en el sector público como en el privado.

Cada institución elabora y diseña el plan de estudio de la carrera con autonomía; en el caso de las instituciones privadas, sus planes de estudio deben ser aprobados previamente por el ente rector, la Universidad de Panamá. A continuación, enunciaremos las instituciones públicas y privadas que actualmente se encargan de la formación de enfermeras y médicos en Panamá.

Públicas	Privadas	
Universidad de Panamá Centros Regionales	Universidad Interamericana de Panamá	Sólo en capital
✓ Campus Central	Universidad Latina	
✓ Bocas del Toro		
✓ Darién		
✓ Colón		
✓ Veraguas	Columbus University (forma sólo médicos)	Sólo en capital
✓ Azuero		

Universidad Autónoma de Chiriquí		
Universidad Especializada de las Américas, extensiones en:		
<ul style="list-style-type: none"> • Azuero • Chiriquí • Coclé • Colón • Veraguas 		

Las Universidades particulares en general tienen procedimientos muy flexibles para la admisión en los estudios de pregrado y de grado, basados casi siempre en los estudios de enseñanza media y en la capacidad de pago de los estudiantes y sus familias.

La Universidad de Panamá fue la primera institución de educación superior en formar médicos y después enfermeras. La Facultad de Enfermería inició la formación de Licenciadas en Enfermería en 1967, siendo en ese momento Escuela de Enfermería, hasta cuando en 1985, el Consejo Académico, aprobó crear la Facultad de Enfermería. Por su parte, la Facultad Medicina inició la formación de médicos mucho antes. La demanda de estudiantes, para ambas carreras, ha sido muy grande, por lo que se han establecidos cupos en la admisión, de acuerdo, a las posibilidades de cada Facultad. Además, se aplican los criterios generales de admisión, establecidos por la Universidad de Panamá.

La Universidad Especializada de Las Américas, es una institución oficial, creada mediante la Ley 40 de 18 de noviembre de 1997. Dedicada a la educación superior en respuesta a la voluntad de ampliar la oferta educativa acorde con el proceso permanente de modernización de nuestro país. Entre sus ofertas podemos mencionar: Carreras Técnicas, Licenciaturas, Doctorados académicos, Diplomados y Postgrados.

A nivel formativo los principales actores con competencias regulatorias son tenemos el Consejo Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria de Panamá (**CONEAUPA**). Es el ente rector del Sistema Nacional de Evaluación y Acreditación para el Mejoramiento de la Calidad de la Educación Superior Universitaria en Panamá, creado por la Ley No. 30 del 20 de julio de 2006.

Es el organismo evaluador y acreditador nacional, con autonomía financiera, administrativa y reglamentaria, con patrimonio propio y personería jurídica, representativo de los diferentes sectores vinculados con el desarrollo de la educación superior del país. Participa igualmente (conjuntamente con la Comisión Técnica de Fiscalización y el Ministerio de Educación) en el proceso de creación de las Universidades particulares.

Importancia de la Planificación del Recurso Humano en Salud basado en la Atención Primaria de la Salud

Es importante resaltar el concepto de salud y de la atención primaria de salud discutidos, y reafirmados en la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud celebrada en Alma Ata el 12 de septiembre de 1978; resalta la definición de ambos conceptos afirmando: *“que la salud, es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario”*.

En esta misma conferencia en septiembre del 1978 se define igualmente el concepto de la atención primaria de salud, a cual presentamos a continuación: *“La Atención Primaria de Salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo puedan soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada”*.

En la planeación, es necesario determinar la cantidad de cada uno de los recursos para llevar adelante las estrategias, la siguiente fase de la planificación de los recursos, esta consiste en resolver si los recursos necesarios se pueden generar o adquirir y la última fase de la planeación de los recursos es la distribución de los recursos.

MÉTODO

Consistió en la revisión literaria de informes de la Organización Mundial de Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Ministerio de Salud de Panamá (MINSAL), estadísticas del Instituto Nacional de estadísticas y Censo de Panamá, artículos de reflexión en materia de gestión del recurso humano en salud. La búsqueda fue realizada en algunas bases de datos como: ProQuest Ebooks Central (E-libro y E-library), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS).

RESULTADOS

Contexto del Recurso Humano en Salud a nivel Nacional

La capacitación y actualización del personal de salud es responsabilidad de cada institución empleadora, aunque en algunos casos los profesionales realizan las capacitaciones

por cuenta propia, los Colegios correspondientes no otorgan certificación y recertificación a sus afiliados.

La planeación de los recursos humanos en salud ha sido una tarea reconocida oficialmente como prioritaria, pero ha producido pocos resultados. Sin embargo, sus actividades se han concentrado en programas de estudio, y en el diseño y aplicación del Examen de Certificación, no ha sido posible consolidar la coordinación y el trabajo permanente, entre las instituciones formadoras y las empleadoras en el sector salud, lo que ha impedido concretar acciones, hoy apremiantes para los Recursos Humanos en Salud.

En el 2011 el país contaba con un total de 5,551 médicos (as), dedicados a funciones administrativas y sanitarias, 4,744 enfermeras(os), y 1,114 odontólogos(as), entre otro personal de salud. El total del personal de salud en estas tres categorías asciende a 11,409 del sector público y privado. Al comparar estas cifras con las del 2010 se observó un aumento en los médicos(as) de 8.4 por ciento, en los odontólogos(as) de 2.1 por ciento y en las enfermeras(os) de 6.5 por ciento.

Del total de **médicos(as)**, el 38.2 por ciento laboraban en el Ministerio de Salud, el 46.9 por ciento en la Caja de Seguro Social y el 14.9 por ciento, en Otras (instituciones o instalaciones); con relación a las **enfermeras**, el 44.4 por ciento, ejercían en el Ministerio de Salud, el 44.8 por ciento en la Caja de Seguro Social y el 10.9 por ciento, en Otras (instituciones o instalaciones); con respecto a los **odontólogos**, el 40.5 por ciento prestan servicio en el Ministerio de Salud, el 39.3 por ciento en la Caja de Seguro Social y el 20.2 por ciento, en Otras (instituciones o instalaciones).

El MINSA cuenta con un estudio previo donde se determinó la necesidad de mil 733 enfermeras. Según datos de la contraloría general, 2013, en el país hay 5 mil 206 “ángeles blancos” que laboran en las instalaciones del MINSA, CSS y los hospitales que tienen la figura de patronato. La contratación para las profesionales de la enfermería en el MINSA es más compleja, ya que la permanencia tarda años; es decir son nombradas por contrato y en algunas instalaciones se mantienen con nombramiento por contrato hasta 5 años sin obtener la permanencia en la figura de renovación del contrato anual.

Convencionalmente, la disponibilidad de recursos humanos se ha calculado de acuerdo al número de trabajadores por mil o 10 mil habitantes, incluyendo, generalmente, sólo tres categorías ocupacionales del conjunto de la fuerza de trabajo en salud (médicos, enfermeras y odontólogos). Sin embargo, esta proporción no refleja la real disponibilidad a nivel regional, urbano-rural, y por tipo de población, por lo que este indicador se considera inicialmente para efectos de contar con una referencia general sobre la disponibilidad de recursos humanos y hacer comparaciones globales entre los países de América Latina y el Caribe, y de otras latitudes.

La Organización Mundial de la Salud, ha propuesto la suma de dos indicadores: médicos y enfermeras cada 10,000 habitantes, considerando que “En general la escasez o el exceso de personal sanitario se define tomando en cuenta otros países de la región que se

encuentran en similar grado de desarrollo, **Baja densidad** es cuando la oferta es **menos de 25 trabajadores** sanitarios cada 10,000 habitantes. Este es la densidad recomendada para la Región (OMS 2006). **Densidad media** es de 25 a 50 trabajadores sanitarios cada 10,000 habitantes. **Alta densidad** cuando el valor del indicador se ubica por encima de 50 trabajadores por diez mil habitantes.

Los datos indican que, a nivel mundial, hay 13 médicos por cada 10.000 habitantes, con grandes variaciones entre países y regiones. En la Región de África sólo hay 2 médicos por cada 10.000 habitantes, frente a 32 en la Región de Europa, para el Latino América 17.3 médicos, 13.9 enfermeras y 3.9 odontólogos por 10.000 habitantes y para el Istmo Centroamericano 11.8, 8.5 y 3.4 por 10,000 habitantes respectivamente.

A nivel laboral el MINSa, la CSS y el Consejo Técnico son las instituciones con competencias regulatorias en nombramiento de recurso humano en salud. El Consejo Técnico de Salud y la Universidad de Panamá asesoran al MINSa en el otorgamiento de la autorización para el ejercicio de las profesiones médicas y otras afines. Por otra parte, en 2004 y 2006 se adoptaron la Ley 43 y el Reglamento del Régimen de Certificación y Recertificación de los Profesionales, Especialistas y Técnicos en las Disciplinas de la Salud. Estos instrumentos legales establecen los procesos de certificación y recertificación de los recursos humanos profesionales, especializados y técnicos a través del Colegio Médico, el cual fue creado en 2004. Esta ley busca facilitar la evaluación del nivel de competencia académica, científica y técnica, así como de la conducta ética de los profesionales médicos, además de promover su actualización continua y permanente. Las entidades públicas y privadas que forman a los recursos humanos en las ciencias de la salud son responsables de promover los procesos de certificación ante el Colegio Médico.

DISCUSIÓN

Según el informe de análisis de la medición y monitoreo de las metas regionales en recurso humano en salud vs indicadores básicos de salud, se refleja que la tasa de mortalidad materna a nivel nacional es de 0.6 muertes maternas por cada 1,000 nacidos vivos; mientras que en la comarca de Guna Yala presenta la tasa más elevada del país con 4.6 seguido de la comarca Ngabe Bugle con 2.0 muertes maternas por 1,000 nacidos vivos.

La mortalidad materna se relaciona muy estrechamente con las condiciones de educación, socio-económicas, de acceso y calidad de servicios de salud.

Entre las principales áreas geográficas y grupos humanos del país existen graves desigualdades de cobertura en los servicios de salud y seguridad social. Por otra parte, la calidad de los servicios en las comunidades más pobres no se enmarca dentro de una cultura de sensibilidad y atención a los derechos de las personas, lo cual es una expresión de la debilidad de las políticas públicas en lo económico, social y cultural: reflejo, sin duda, de sistemas productivos generadores de marginalidad, inequidad y exclusión.

En las áreas indígenas, el personal de salud sigue siendo escaso, presentando una densidad de médicos y enfermeras para la Comarca N. Buglé de 2.2 por cada 10,000 habitantes, para la de Comarca de Guna Yala de 11.0 por cada 10,00 habitantes la densidad de médicos y enfermeras; y para la Región de Salud de Darién de 11.7 x 10,000 habitantes, lo que representa una densidad muy baja con relación a lo recomendado por la OPS.

Mientras que, para el país, según el censo 2011, la densidad del recurso humano es de **27.65** y para las provincias de Los Santos, Herrera y Panamá es de 38.28, 37.83 y 33.97, respectivamente; en Darién y en la Comarca Ngäbe Buglé son de 12.18 y 2.58; ubicándose como las más bajas del país.

Complementando las desigualdades en la distribución del Recurso Humano en Salud; en el siguiente cuadro podemos observar que hay una necesidad de manera importante de recurso humano profesional de salud en las áreas rurales y principalmente en las áreas comarcales de la República de Panamá.

Distribución de Médicos, Enfermeras y Odontólogos en las Instalaciones de Salud: marzo 2008-11 y 2012 según Ciudades Panamá y colón, Provincia y Comarca Indígena

Profesionales de la salud / Distribución por provincias	Bocas del Toro	Ngabe Bugle	Chiriquí	Veragua	Herrera	Los Santos	Coclé	Colón	Panamá	Kuna Yala	Emberá	Darién	Total
Médicos	97	22	627	256	247	185	247	228	4,059	21	No Registra Información	36	6,025
Enfermeras	128	18	687	299	328	200	304	211	2,902	23	NRI	38	5,138
Odontólogos	25	12	100	78	57	51	75	42	774	6	NRI	12	1,232
Total	250	52	1,414	633	632	436	626	481	7,735	50	NRI	86	12,395

Total: Médicos=6,025 Enfermeras=5,138 Odontólogos= 1,232 Según Panamá en Cifras (año 2008-12 C.G.R. noviembre 2013) (NRI- No Registra Información)

Actores afectados

No obstante, los promedios nacionales esconden grandes disparidades entre las áreas urbanas con respecto a las rurales, siendo la población indígena la que enfrenta mayores carencias de salud.

Los principales actores afectados son las mujeres en edad fértil residentes en las comarcas indígenas quienes confrontan dificultades económicas, geográficas y culturales para acceder a los servicios de cuidados obstétricos esenciales, básicos y de emergencia. Confrontan, además, limitadas posibilidades de utilizar los servicios de salud sexual y reproductiva.

CONCLUSIÓN

El personal de salud sigue siendo escaso, presentando una densidad muy baja de médicos y enfermeras para la Comarca N. Buglé de 2.2 por cada 10,000 habitantes, para la de Comarca de Guna Yala de 11.0 por cada 10,00 habitantes, según lo recomendado por la OMS; y es precisamente en las áreas comarcales, ya sea por su poca accesibilidad geográfica, cultural, educativa y socioeconómica donde se reflejan las tasas de mortalidad materna más elevadas, menos dotación de instalaciones de salud y recurso humano, reflejando las inequidades en salud y la necesidad de la planificación del recurso humano desde su formación y distribución en base a la atención primaria como estrategia para promover la salud y prevenir enfermedades, mejorando la calidad de vida de la población.

REFERENCIAS

1. ALADEFE. Revista Iberoamérica de educación e investigación en enfermería. Volumen 6 N°1. Enero- marzo 2016. recuperado de:
[file:///C:/Users/Delia/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Aladefe61_enero_2016%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Delia/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Aladefe61_enero_2016%20(1).pdf)
2. Conferencia Internacional de Atención Primaria de la salud. Alma Ata 1978.
Recuperado de:
http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Alma_Atta-Declaracion-1978.pdf
3. Cuadro de Seguridad social. Recuperado de:
https://www.contraloria.gob.pa/INEC/Publicaciones/Publicaciones.aspx?ID_SUBCATEGORIA=36&ID_PUBLICACION=916&ID_IDIOMA=1&ID_CATEGORIA=5
https://www.paho.org/pan/index.php?option=com_content&view=article&id=933:planificacion-de-rhus&Itemid=269
4. Importancia De La Planificación De Recursos Humanos En La Empresa Perspectivas, núm.20, julio-diciembre, 2007, pp. 7-28 Universidad Católica Boliviana San Pablo Cochabamba, Bolivia. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/4259/425942331002.pdf>
5. López G, R (2007). Importancia De La Planificación De Recursos Humanos En La Empresa. *Perspectivas*, (20), 7-28. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/toc.oa?id=4259&numero=42331>
6. *Medwave* 2016 Nov;16(10):e6611 doi: 10.5867/medwave.2016.10.6611.
Revista Biomédica revisada por pares. Planificación de recursos humanos de la salud en Chile: breve tránsito histórico de sus políticas públicas.

Recuperado de:

<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/6611.act>

7. Mayo, M. 28 de enero de 2018. Artículo trataré de hacer un resumen de lo que ha sido el avance de la transformación del Sistema de Salud de Panamá. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pa/noticia/realidades-del-sistema-de-salud-en-panama>
8. MINSa, Análisis de la situación de Salud Panamá. 2018. Recuperado de: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/asis_final_2018c.pdf
9. MINSa. (2016). Políticas de Salud de Panamá 2016-2025. Recuperado de: [file:///C:/Users/Delia/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/POLITICAS_DE_SALUD_2016_-_2025-eSalud%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Delia/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/POLITICAS_DE_SALUD_2016_-_2025-eSalud%20(1).pdf)
10. OPS/OMS, 52.o Consejo Directivo 65.A Sesión Del Comité Regional. Recursos Humanos Para La Salud Aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. Washington, D.C., EUA, 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013. Recuperado de: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/CD52.6_s.pdf
11. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. (2008). SERIE La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. N°1 “Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS” Washington. Recuperado de: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf
12. Perfil de Salud Panamá. 2016. http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/direcciones/perfil_de_salud_de_la_republica_de_panama_final.pdf
13. Plan Estratégico Nacional con Visión de Estado. PANAMÁ 2030. Recuperado de: http://www.pa.undp.org/content/dam/panama/docs/Documentos_2017/Plan-Panamá2030.pdf

**ESTADO DEL ARTE: CUIDADO CULTURAL DE ENFERMERÍA EN MUJERES
CON CÁNCER CERVICOUTERINO****STATE OF THE ART: CULTURAL NURSING CARE IN WOMEN WITH
CERVICOUTERINE CANCER****ESTADO DA ARTE: CUIDADOS CULTURAIS DE ENFERMAGEM EM MULHERES
COM CÂNCER CERVICAL**

Magíster Mileyda Gómez de Atencio

Doctoranda del programa de Doctorado en
Enfermería con énfasis en Salud Internacional

Facultad de Enfermería

Universidad de Panamá

mileyda01@gmail.com

Falta Orcid

Dra. Lydia Gordón de Isaacs, PhD.

Departamento Salud de Adultos

Profesora Titular e Investigadora

Coordinadora del Programa de Doctorado

Enfermería con Énfasis en Salud Internacional

Universidad de Panamá

Correo electrónico: isaacs@cwpanama.net

<https://orcid.org/0000-0001-6322-0551>

Fecha de Recepción: 13 de mayo 2018

Fecha de Aceptación: 5 de septiembre 2018

RESUMEN

Este artículo tiene como **propósito** presentar la revisión bibliográfica de artículos científicos relacionados al cuidado de enfermería en pacientes con cáncer cervicouterino desde una perspectiva cultural. **Metodología:** se realizó la búsqueda de artículos científicos entre los años (2007-2017), las siguientes bases de datos: CINAHL, MEDline, PUBmed, Scielo, Medline, Pub-Med, Imbiomed.Cochrane library, PsycINFO, Web of Science y HAPI. Los artículos debían referirse al conocimiento del cáncer cérvico uterino, al cuidado de enfermería y a la cultura. **Resultados:** Fueron seleccionados 20 artículos de 52 revisados de acuerdo a los criterios establecidos.

Conclusiones: Se plantea la necesidad de elaborar una propuesta educativa de prevención y detección temprana del cáncer cervicouterino con congruencia cultural.

Palabras clave: cuidado cultural, enfermería, cáncer cervicouterino.

ABSTRACT

The **purpose** of this article is to present a bibliographic review on cervical cancer from a perspective of nursing cultural competence. **Methodology:** A bibliographic review was conducted of the years (2007-2017, in the following databases CINAHL, MEDline, PUBmed, Scielo, Medline, Pub-Med, Imbiomed.Cochrane library, PsycINFO, Web of Science y HAPI. **Results:** 20 articles from 52, were selected with the established criteria: they should refer to cervical cancer, nursing care and culture. **Conclusions:** The need arises to elaborate an educational proposal for the prevention and early detection of cervical cancer with cultural congruence.

Key words: cultural care, nursing, cervical cancer.

RESUMO

Objetivo: este artigo tem como objetivo apresentar a revisão bibliográfica de artigos científicos relacionados à assistência de enfermagem em pacientes com câncer de colo do útero sob uma perspectiva cultural.

Metodologia: foram pesquisadas as seguintes bases de dados para artigos científicos entre os anos (2007-2017), as seguintes bases de dados: CINAHL, MEDline, PUBmed, Scielo, Medline, Pub-Med, Biblioteca Imbiomed.Cochrane, PsycINFO, Web of Science e HAPI. Os artigos devem se referir ao conhecimento do câncer uterino cervical, cuidados de enfermagem e cultura.

Resultados: foram selecionados 20 itens de 52 revisados de acordo com os critérios estabelecidos.

Conclusões: Surge a necessidade de desenvolver uma proposta educativa para a prevenção e detecção precoce do câncer do colo do útero com consistência cultural.

Palavras-chave: cuidados culturais, enfermagem, câncer cervical.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino es el tercero más común entre las mujeres en todo el mundo, precedido sólo por el cáncer de mama y el colorrectal (Pérez, 2006).

Los patrones culturales deben tomarse en cuenta en la elaboración de estrategias de salud, donde la enfermera necesita actuar con competencia cultural, para ofrecer el cuidado de acuerdo con los elementos culturales que están envueltos en la problemática de salud. El éxito del cuidado de la enfermera, depende en gran medida, de la congruencia cultural que implemente tomando en cuenta la cosmovisión particular que tenga la persona ante la salud-enfermedad.

Es crucial por tanto, que los profesionales de enfermería comprendan las particularidades de las personas a quienes cuidan, de acuerdo a la teoría del cuidado cultural Diversidad y universalidad de la Dra. Leininger (1991, 2006).

El fin es que tomen en cuenta los valores, las creencias, los cuidados culturales y las formas de vida de la gente de culturas similares y diversas, para obtener resultados beneficiosos y satisfactorios en cuanto a la calidad asistencial global, percibida por el paciente-cliente, (Vásquez y Cárdenas, 2008).

El cáncer cervicouterino es causado por la infección persistente por tipos de virus de los papilomas humanos (VPH) de alto riesgo, una infección de transmisión sexual. Los tipos 16 y 18 del VPH son los que más comúnmente se encuentran en el cáncer cervicouterino y, combinados, representan cerca de 70% de los casos de cáncer cervicouterino en las Américas (OPS, 2012).

Otros factores que contribuyen a la aparición del cáncer cervicouterino son: la iniciación sexual en una edad temprana, un gran número de compañeros sexuales, las infecciones de transmisión sexual (provocadas por clamidias o por el virus del herpes simple), la situación socioeconómica baja, la inmunodepresión, el consumo de tabaco, un gran número de partos y el uso prolongado de anticonceptivos orales. Las mujeres de los grupos vulnerables o poco favorecidos, como las mujeres indígenas, las que viven en zonas rurales y las trabajadoras del sexo, están expuestas a un mayor riesgo de sufrir cáncer cervicouterino. (OPS, 2012).

Es necesario el enfoque de enfermería cultural donde se considere los factores culturales del grupo al que se ofrece el cuidado. El carácter cambiante de la sociedad, donde coexisten relaciones culturalmente heterogéneas, hace necesario considerar la dimensión transcultural desde la perspectiva de la enfermería, para ofrecer un cuidado centrado en el bienestar de las personas (García, 2013).

En Panamá no contamos con un programa de intervención preventiva de enfermería con competencia cultural dirigido al cáncer cervicouterino. Por lo que se hace necesario la elaboración de una propuesta educativa bajo este enfoque, pero considerando los elementos culturales específicos para cada grupo cultural del país.

METODOLOGÍA

Se revisaron las bases de datos: CINAHL, MEDline, PUBmed, Scielo, Medline, PubMed, Imbiomed, Cochrane library, PsycINFO, Web of Science y HAPI. Se estableció el periodo entre 2007 – 2017, y los artículos debían ser de investigaciones relacionadas al cáncer cérvico uterino y al tema de cultura y enfermería. Se revisaron múltiples artículos y se escogieron 20 trabajos, que investigaban la relación existente entre el cuidado cultural de enfermería y las mujeres con cáncer cervicouterino. En la búsqueda se desplegó información en español, inglés y portugués, considerando pertinente trabajar con los descriptores en los tres idiomas para tener un rango de información más extenso. Los datos se obtuvieron de una amplia variedad de fuentes, incluidas las bases de datos bibliográficas electrónicas clave que cubren la investigación en campos biomédicos, enfermería y salud aliada, y cultura. Se

utilizaron las herramientas del Programa de habilidades de evaluación crítica para la evaluación de la calidad.

RESULTADOS

De los 20 estudios revisados, los países donde se realizaron fueron: México (7), Colombia (7), Brasil (2), Chile (1), Ecuador (1), España (1) y uno en conjunto entre México y Colombia, países en los cuales se trabaja elaborando estrategias efectivas para el cuidado de enfermería en las mujeres con cáncer cervicouterino.

El **Cuadro 1** presenta los resultados de la búsqueda realizada de las diferentes investigaciones revisadas. Se seleccionaron 20 documentos de los 52 artículos revisados, que cumplieron con los siguientes criterios: ser artículos de revistas científicas indexadas, el título debe incluir la palabra cuidado cultural, y cáncer cervicouterino, las fechas de los artículos debe ser en el periodo de 2007 a 2017. Otro aspecto necesario fue que dentro del artículo se presentaran elementos culturales y cómo estos influyen en el cuidado de enfermería brindado a mujeres con cáncer cervicouterino.

En cuanto a la metodología utilizada en las investigaciones revisadas se encontró, 13 eran del paradigma cuantitativo y seis (6) con enfoque cualitativo.

Elementos culturales en el cuidado de enfermería: entre los elementos culturales que se encontraron en las investigaciones fueron el cuidado emocional, creencias, valores, diversidad cultural, intervención educativa, autoconcepto de la mujer, calidad de vida, el lenguaje, entre los elementos que se deben tomar en cuenta para planificar estrategias efectivas para el cuidado cultural de las mujeres con cáncer cervicouterino.

Cuadro 1. Elementos culturales en el cuidado de enfermería de las mujeres con cáncer cervicouterino, obtenidos de artículos según revisión bibliográfica. Junio- agosto. 2018.

Año/ País	Estudio/Autor	Objetivo	Método	Elementos culturales
1.México 2007	Factores que influyen en el cáncer cervicouterino Aguirre, Medina, Montoya, Sandoval, Padilla, García y Martínez	Identificar factores que influyen en el cáncer cervicouterino	Cuantitativo Estudio de casos y controles	Factores influyen al riesgo de cáncer cervicouterino son: antecedentes familiares, nivel socioeconómico, número de parejas sexuales, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual y la infección por el virus del papiloma humano.

2. Brasil 2007	Desafíos para la atención en enfermería oncológica Batalha, Camargo y Santos,	Mencionar la atención de enfermería oncológica en pacientes con cáncer cervicouterino	Cuantitativo	Enfermería oncológica, debe, orientar y adaptar la atención a la persona con Cáncer. Con un cuidado humanizado, donde se respete su querer, sus valores, hábitos y diversidad de necesidades culturales.
3. México 2008	Epidemiología sociocultural en el estudio del cáncer cervicouterino: experiencias de investigación Aranda & Castro	Demostrar la necesidad de la epidemiología socioculturales en la atención del Cáncer cervicouterino	Cuantitativo transversal Muestra de 1000 mujeres mayores de 40 años	Se debe considerar los elementos socioculturales, al elaborar las propuestas de atención para el control del cáncer cervicouterino. Y que estas sean culturalmente adecuadas a toda la población de mujeres.
4. México 2008	Intervención educativa y aceptación de la detección del cáncer cervicouterino. Vega, Landgrave y Torres,	Conocer la aceptación a la detección del cáncer cervicouterino, luego de una intervención educativa.	Cuantitativo Prospectivo, Transversal, y cuasi experimental. Muestra de 80 pacientes	La intervención educativa en salud a la población en riesgo contribuye a la prevención del cervicouterino.
5. Colombia y México 2008	Percepción de un grupo de mujeres de una comunidad sobre cáncer cervicouterino. Tamayo, Chávez & Henao	Describir las percepciones de las mujeres sobre cáncer cervicouterino,	Cualitativo	Las mujeres hablaron sobre el autocuidado, el cáncer de cuello uterino, sus causas y su prevención y que estas percepciones estaban determinadas por sus costumbres y creencias.
6. Colombia 2008	Creencias populares acerca de la curación de cáncer de próstata y cervicouterino y experiencias de aplicación en pacientes de una institución de salud, Bogotá. Vanegas, Chaves y Beltrán	Descubrir las creencias populares que existen Acerca de la curación del cáncer cervicouterino y prostático, y las experiencias de aplicación, en pacientes que asisten a una institución de salud.	Cualitativo Fenomenológico a Participantes: 11	Algunos pacientes enfermos de cáncer se hace uso de prácticas curativas complementarias a los tratamientos convencionales suministrados por las entidades de salud.

7. Colombia 2009	Uso del Papanicolaou en mujeres que acuden al programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino: un acercamiento a la satisfacción con el servicio. Vega, Gutiérrez y Terán,	Señalar los indicadores y características sociodemográficas que influyen en la satisfacción de las mujeres con el servicio de detección oportuna de cáncer cervicouterino.	Cuantitativo Descriptivo, prospectivo 101 mujeres	Se debe considerar las características sociodemográficas, de las mujeres para identificar áreas donde sea necesario intervenir de manera efectiva para la realización del Papanicolaou Y el tiempo de espera para la toma de la prueba es lo que más incómoda a las mujeres.
8. Colombia 2009	Perspectiva del sistema de salud en el control cáncer cervicouterino. Wiesner, Murillo, Piñeros, Tovar, Duarte&Gutiérrez	Describir desde la perspectiva del personal de salud, los elementos para el control del cáncer cervicouterino.	Cualitativo	El personal de salud en su mayoría no percibía el cáncer cervicouterino como una prioridad.
9. México 2010	Causas que influyen a la alta incidencia de cáncer cervicouterino. Moreno	Determinar las causas de la alta incidencia del cáncer cervicouterino.	Cuantitativo Descriptivo observacional 18 mujeres con cáncer cervicouterino de 25-65 años	La falta de conocimientos de las mujeres sobre este tipo de cáncer influye en su alta incidencia.
10. Brasil 2010	Calidad de vida relacionada a la salud de mujeres con cáncer de cuello uterino. Fernández, & Kimura	Identificar los factores pronósticos de calidad de vida mujeres con cáncer de cuello uterino.	Cuantitativo Descriptivo transversal Muestra: 149	El auto concepto de la mujer influye en su calidad de vida y como percibe su estado de salud.
11. España 2011	Mujer y Cáncer cervicouterino. Pérez, Ruiz, Pizarro, Ríos y López de Castro	Conocer la actitud de las mujeres ante el Cáncer cervicouterino.	Cuantitativo Descriptivo transversal. Muestra: 541 de 18-65 años	La actitud y comportamiento de las mujeres es determinante para la elaboración de estrategias de atención, para prevenir el Cáncer cervicouterino.
12. Chile 2012	Creencias sobre Papanicolaou y cáncer	Describir las creencias que tienen un grupo de mujeres chilenas	Cuantitativo	Reporta las creencias de un grupo de mujeres, basado en el modelo de creencias en salud, en relación con el

	cervicouterino en un grupo de mujeres chilenas. María Urrutia	pertenecientes al sistema público de atención acerca del Papanicolaou y cáncer cervicouterino.	Analítico de corte transversal Muestra 333 mujeres chilenas	cáncer cervicouterino y la elaboración de un programa preventivo considerando esas creencias.
13. Colombia 2012	(Gómez & Lagoueyte, 2012) Gómez, Lagoueyte y Gómez	Comprender el apoyo social como estrategia de afrontamiento en las mujeres diagnosticadas con cáncer de cérvix.	Cualitativo Teoría fundada	La información (vital para los enfermos) debe ser dada por personal de salud en un lenguaje claro, y cerciorarse de la comprensión de su mensaje por el paciente y su familia. El personal de enfermería debe ofrecer cuidado humanizado en el que se consideren las peculiaridades individuales.
14. México 2013	El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora. Arellano Castro	Indagar sobre las vivencias y percepciones de un grupo de mujeres de una ciudad al norte de México que han sido diagnosticadas con el virus del papiloma humano, displasias y cáncer cervicouterino.	Cualitativa 34 entrevistas semiestructuradas a mujeres que recibían atención en dos clínicas de displasia	Identificamos cómo las mujeres, al compartir los códigos culturales, se "adelantan" en la vivencia de un estigma autoimpuesto. Vivir en silencio el proceso de s/e/a ante el VPH, displasia y/o Cáncer cervicouterino, es influenciado por lo que los otros piensan sobre ellas y sus relaciones de pareja.
15. Colombia 2013	Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres. López, Calderón y González	Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas frente al cáncer de cuello uterino de las mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de Armenia.	Cuantitativo de corte transversal Muestra 410 mujeres en edad reproductiva.	Permitió conocer la forma en que adoptan los conocimientos sobre cáncer de cuello uterino, las mujeres encuestadas en edad reproductiva, lo que eventualmente podrá alertar a las autoridades de salud para que realicen campañas preventivas.
16. México 2015	Ideología, la identidad en mujeres con cáncer cervicouterino. Calderón Benavides	Descubrirlas dificultades y carencias que han obstaculizado una apropiada aplicación de los programas dirigidos a la detección oportuna del cáncer cervicouterino.	Cualitativo Etnográfico Participantes: 15 mujeres de edades entre los 37 y 48 años, con diagnóstico de cáncer cervicouterino en etapa de vigilancia	El cáncer cervicouterino es una enfermedad del poder, que a través de la transmisión ideológica forma mujeres enfermables. La sociedad y la cultura hacen de las mujeres seres que aman a los otros y en este mandato está la negación del amor a sí mismas.

17. Ecuador 2016	Factores étnicos y culturales que indisponen frente al examen ginecológico en mujeres chachi que acuden al subcentro salud "zapallo grande" del cantón Eloy Alfaro provincia esmeraldas. Janeth Tapuyo	Identificar los factores étnicos y culturales que indisponen frente al examen ginecológico en mujeres chachi que acuden al subcentro de salud "Zapallo Grande".	Método descriptivo cuantitativo	Aún se encuentran en las mujeres chachis manifestaciones culturales muy peculiares, asumiendo que ciertos males no pueden ser curados por la ciencia, y según ellas existen enfermedades atribuidas a espíritus que circulan por diferentes lugares de su hábitat.
18. Colombia 2016	Vivir con cáncer de cuello uterino in Situ: experiencias de mujeres atendidas En un hospital de Risaralda, Colombia Cano, Delgadillo, & Lafaurie	Explorar cómo han sido las experiencias de mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino in situ.	Cualitativo Fenomenológico 10 participantes	Trabajar en el empoderamiento de las mujeres para el ejercicio de la autonomía en torno a su salud sexual y reproductiva y considerar los referentes socioculturales que permitan intervenir para generar cambios en los paradigmas que perpetúa su expansión de esta enfermedad.
19. México 2017	Barreras percibidas por el personal de salud para la toma de la citología cervical en mujeres zapotecas de Juchitán, Oaxaca Saldaña-Téllez, Montero y López	Identificar las barreras estructurales, psicosociales y culturales percibidas por el personal de salud para la toma de la citología cervical en mujeres juchitecas.	Exploratorio-descriptivo de corte cualitativo. Entrevistas semiestructuradas a personal sanitario. Muestreo intencional por cuotas, 9 participantes, 7 clínicas elegidas al azar.	Informar a la población en su lengua, cuidar y ser empáticos ante la exposición del cuerpo y diseñar políticas de salud incluyentes, son aspectos fundamentales para considerar y desarrollar en programas locales.
20. Chile 2017	Creencias sobre el cáncer cervicouterino y Papanicolaou y su relación con la adherencia al tamizaje. Gajardo y Urrutia	Identificar la relación que existe entre la adherencia al tamizaje de CC y las creencias sobre el CC y el PAP en un grupo de mujeres chilenas.	Cuantitativo 969 mujeres entre 25 y 64 años, beneficiarias del sistema de salud público y pertenecientes	Hay que tomar en cuenta las creencias de las mujeres a las que se dirige, así como también experiencias previas en ámbitos de salud, entendiendo la adherencia al tamizaje como un fenómeno multifactorial.

			a la comuna de Puente Alto en Santiago, Chile.	
--	--	--	--	--

Fuente: Artículos revisados en base de datos, en junio- agosto. 2018.

DISCUSIÓN

Existe evidencia convincente sobre la necesidad de integrar los elementos culturales en el cuidado de enfermería, en el contexto de la creciente diversidad de la población de pacientes (Higginbottom, 2008).

En la atención de enfermería, un mayor énfasis en la seguridad del paciente y la gestión de riesgos, y un mayor enfoque en la eficiencia y la eficacia de los servicios de salud, significa que la inevitabilidad de la provisión de servicios de salud competentes y culturalmente receptivos será de suma importancia. (Guruge y Khanlou, 2004), por lo tanto, es esencial que esta dimensión del cuidado de enfermería esté informada por evidencia de investigación sólida y rigurosa. Nuestra revisión identifica y resume varios modelos informados por la investigación, de modo que las enfermeras pueden tener la oportunidad de evaluar la gama de recursos a su disposición.

Entre los elementos culturales que se deben utilizar en las pacientes con cáncer cervicouterino se identificaron: como un elemento fundamental del cuidado culturalmente coherente, el cuidado humanizado, siendo este importante para todo tipo de paciente, pero en las investigaciones revisadas este es fundamental para el cuidado de las mujeres con cáncer cervicouterino. Otros elementos que se deben tomar en cuenta cuando se planifican los programas preventivos son: confirmar que las mujeres comprendan el mensaje que se quiere transmitir, ser empáticos, respetar los valores, creencias y costumbres de las mujeres a las que se brinda el cuidado.

Esta revisión ha resumido la disponibilidad de modelos de evaluación cultural informados por la investigación, de modo que las enfermeras puedan desarrollar el cuidado cultural y habilidades para fomentar su competencia cultural en la práctica. La información cultural en los modelos abarca creencias y prácticas de salud, estilos de comunicación, orientación religiosa y el grado de aculturación entre otros (Purnell, 2002). Este

conocimiento cultural puede ayudar a mejorar atención, para identificar y comprender los factores culturales.

CONCLUSIONES

En resumen, existe una escasez de investigación que busque o evalúe específicamente el uso de un modelo o herramienta para mejorar la prestación de atención de enfermería y la satisfacción del paciente. En general, los modelos y herramientas que identificamos mientras nos enfocábamos en la provisión de atención culturalmente competente se habían utilizado con mayor frecuencia en estudios de investigación relacionados con la educación y la capacitación de enfermeras y profesionales de la salud. Es decir, pocos se relacionan a la aplicación del modelo en la práctica profesional.

El uso de una herramienta / modelo con base en la investigación en la práctica de enfermería puede traer beneficios para los pacientes, las familias, las enfermeras y los proveedores de atención médica en términos de mayor seguridad, eficiencia y efectividad. Muchas herramientas y modelos de evaluación se han desarrollado en base a la experiencia clínica, pero nunca se han probado de ninguna manera. En un entorno tecnológico de atención de la salud que cambia rápidamente y de ritmo acelerado, el personal de enfermería podrá apreciar una herramienta que se puede administrar con facilidad para generar información cultural inclusiva.

REFERENCIAS

- Aguirre, R.; Medina, L.; Montoya, H.; Sandoval.; Padilla, M.; García, V.; Martínez, A. (2007). Factores relacionados con el cáncer cervicouterino en el estado de Nayarit, México. *GinecolObstetMex*. Recuperado de <http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2007/junio/Ginecol311-6.pdf>
- Aranda, P. & Castro; M. (2008). Para una epidemiología sociocultural en el estudio del cáncer cervicouterino: experiencias investigación. *Revista Región y Sociedad*. Recuperado de <https://www.colson.edu.mx:4433/Revista/Articulos/e2/15787-4aranda.pdf>
- Arellano, M. y Castro, M. (2013). El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora.

Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0188-45572013000200011&lng=es&nrm=iso

- Batalha, M.; Camargo, T.; Santos, M. (2007). Cáncer, pobreza y desarrollo humano: desafíos para la atención en enfermería oncológica. *Rev Latino-am Enfermagem*. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/es_10.pdf
- Bustillos, Y.; López, E. (2006). Factores de riesgo biológico y social que predisponen a cáncer cervicouterino en mujeres de 15-45 años con vida sexual activa. Recuperado de. <http://148.226.12.104/bitstream/12345678/974/1/tesis-0278.pdf>
- Cano, S., Delgadillo, F., & Lafaurie, M. (2017). Vivir con cáncer de cuello uterino in situ: Experiencias de mujeres atendidas. Obtenido de *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*: http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v68n2/es_v68n2a03.pdf
- Calderón, M. (2015). De la ideología a la identidad en mujeres con cáncer cervicouterino. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362015000100274&lang=es
- Fernández, W. & Kimura, M. (2010). Calidad de vida relacionada a la salud de mujeres con cáncer de cuello uterino. *Rev. Enfermagem*. Recuperado de. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_10.pdf
- Gómez, M., & Lagoueyte, M. (2012). El apoyo social: Estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. Obtenido de *Avances en Enfermería*: <http://www.index-f.com/rae/301pdf/032041.pdf>
- Moreno, I. (2010). Determinación de las causas que inciden en el alto índice de cáncer cervicouterino. Recuperado de. <http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/jspui/bitstream/123456789/3359/1>
- Cano, S., Delgadillo, F., & Lafaurie, M. (2017). *VIVIR CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO IN SITU: EXPERIENCIAS DE MUJERES ATENDIDAS*. Obtenido de *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*: http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v68n2/es_v68n2a03.pdf
- López, C., Calderón, M., & González, M. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia. Obtenido de *Revista Médica de Risaralda*: <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/8059/5213>
- Organización Panamericana de Salud. (2012). Estrategia y plan de acción regional para la prevención y el control del cáncer Cervicouterino en américa latina y el caribe. Recuperado de. http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia_Regional_Plan_Accion_OPS_Cacu_Esp.pdf

Pérez, M.; Ruiz, C.; Pizarro, B.; Ríos, P.; López de Castro, F. (2011) Mujer y prevención de cáncer ginecológico. *Enfermería Comunitaria*. Recuperado de. <http://www.index-f.com/comunitaria/v7n1/ec7473.php>

Registro Nacional del Cáncer Departamento de Registros y Estadísticas de Salud Principales Causas de Tumores Malignos Dirección Nacional de Planificación de Salud En la República de Panamá (2007). Recuperado de <http://190.34.154.86/cancer/sites/all/files/Situacion-de-Cancer.pdf>

Tamayo A., L; Chávez M.; Henao F., (2008). Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México). *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*. Recuperado de. <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=12011791009>

Tapia, M., Pérez, E., Salcedo, E., Castillo, I. (2010). Calidad de vida en mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino y factores asociados. Recuperado de. <http://190.27.248.91/redunicar/encuentros/5encuentro/ponencias/054.pdf>

Tapuyo, J. (2016). Factores étnicos y culturales que indisponen frente al examen ginecológico en mujeres chachi que acuden al sub centro de salud “Zapallo Grande”. Obtenido de *Repositorio digital PUCESE*: <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/681>

Vanegas, B., Chaves, M., Beltrán, G., Díaz, E., Estrada, M., González, Y., & Muoz, A. (2008). Creencias populares acerca de la curación de cáncer de próstata y cervicouterino y experiencias de aplicación en pacientes de una institución de salud, Bogotá. Obtenido de *Revista Colombiana de Enfermería*: https://issuu.com/universidadelbosque/docs/revista_colombiana_enfermeria3-3/4

Vásquez, C. y Cárdenas, F. (2008). Una mirada al cuidado en la gestación desde la Enfermería transcultural. *Rev cubana Enfermer* vol.24 no.3-4 Ciudad de la Habana July-Dec. Recuperado de. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864-031920080003&lng=en&nrm=iso

Vega, J.; Gutiérrez, S.; Terán, Y. (2009). Uso del Papanicolaou en mujeres que acuden al programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino: un acercamiento a la satisfacción con el servicio. Recuperado de. <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v27n2/v27n2a05.pdf>

Vega, C; Landgrave, S; Torres, B. (2008). Impacto de una intervención educativa en la aceptación de la detección oportuna del cáncer cervicouterino. *Archivos en Medicina Familiar*. *Redalyc*. Recuperado de. <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=50719105002>

Urrutia, M. (2012). Creencias sobre Papanicolaou y cáncer cervicouterino en un grupo de mujeres chilenas. *Rev Chil Obstet Ginecol*. Recuperado de.
<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v77n1/art02.pdf>

Wiesner, C., Murillo, R., Piñeros, M.; Tovar, S. Y Duarte, R. y Gutiérrez, M. (2009). Control del cáncer cervicouterino en Colombia: la perspectiva de los actores del sistema de salud. *Rev Panam Salud Pública*. Recuperado de.
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v25n1/01.pdf>

**PROYECTO DE CAPACITACIÓN EN LAS NORMAS NACIONALES DEL
PROGRAMA DE TUBERCULOSIS, DIRIGIDO A ENFERMEROS DE LA REGIÓN
DE SALUD DE PANAMÁ ESTE. MAYO - SEPTIEMBRE 2018**

**PROJECT OF TRAINING IN THE NATIONAL NORMS OF THE TUBERCULOSIS
PROGRAM, DIRECTED TO NURSES OF THE HEALTH REGION OF PANAMA
EAST. MAY - SEPTEMBER 2018**

**PROJETO DE FORMAÇÃO NOS PADRÕES NACIONAIS DO PROGRAMA DE
TUBERCULOSE, VOLTADO PARA ENFERMEIROS DA REGIÃO DE SAÚDE DO
PANAMÁ ORIENTAL. MAIO - SETEMBRO DE 2018**

Magister Grisela González Bernal.

Enfermera coordinadora Regional del Programa de Tuberculosis
Región de Salud de Panamá Este.

Correo electrónico: ggrisel1722@gmail.com.
<https://orcid.org/0000-0002-9071-9160>

Fecha de Recepción: 7 de febrero 2019

Fecha de Aceptación: 23 de junio 2019

Resumen

Introducción: Los enfermeros como parte del equipo de salud juegan un papel importante en la prevención, investigación, docencia, gerencia y gestión del cuidado de los pacientes diagnosticados con tuberculosis. **Objetivo:** Aumentar el nivel de conocimiento de los profesionales de Enfermería de la Región de Salud de Panamá Este, mediante una intervención de capacitación de las Normas Nacionales del programa de tuberculosis. **Método:** Se realizó una intervención educativa, con un método cuantitativo descriptivo, diseño cuasi experimental, con pretest y post test, utilizando un cuestionario de 25 preguntas en una muestra de 6 enfermeros, que trabajan en el programa de tuberculosis. Los datos se procesaron en una base de datos de Excel para realizar un análisis descriptivo. **Resultados:** Se evidenció en el pretest que el 100% de los enfermeros tenían conocimientos bajos con relación a las normas del programa nacional de Tuberculosis, luego de la intervención, el nivel de conocimiento de los enfermeros aumentó; 50% obtuvieron conocimiento medio y 50% obtuvo conocimiento alto. **Conclusión:** La capacitación es un método efectivo para aumentar los conocimientos de los profesionales de enfermería, además de ser una estrategia para el fortalecimiento del programa.

Palabras claves: Conocimiento, Enfermeros, Normas, Tuberculosis.

Summary

Introduction: Nurses as part of the health team play an important role in prevention, research, teaching, management and care management of patients diagnosed with tuberculosis. Objective: Increase the level of knowledge of the nurses of the East Panama Health Region, through a training intervention of the National Standards of the tuberculosis program in the month of July 2018. Method: Quasi-experimental, descriptive, quantitative intervention with a sample of 6 nurses, who work in the TB program. A 25-question questionnaire was used as a pretest and posttest for data collection, which were processed in an Excel database to perform a descriptive analysis. Results: It was evidenced in the pretest that 100% of the nurses had low knowledge in relation to the norms of the national Tuberculosis program, after the intervention, the level of knowledge of the nurses increased; 50% obtained medium knowledge and 50% obtained high knowledge. Conclusion: Training is an effective method to increase the knowledge of the nursing professional, as well as being a strategy for strengthening the program.

Keywords: Knowledge, Nurses, Standards, Tuberculosis.

Resumo

Introdução: Os enfermeiros como parte da equipe de saúde desempenham um papel importante na prevenção, pesquisa, ensino, direção e gestão do cuidado aos pacientes diagnosticados com tuberculose.

Objetivo: Aumentar o nível de conhecimento dos profissionais de enfermagem na Região de Saúde do Panamá Oriental, por meio de uma intervenção de formação das Normas do Programa Nacional de Tuberculose.

Método: Foi realizada uma intervenção educativa, com método quantitativo descritivo, design quase experimental, com pré-teste e pós-teste, utilizando-se um questionário de 25 questões em uma amostra de 6 enfermeiros, trabalhando no programa de tuberculose. Os dados foram processados em um banco de dados de Excel para análise descritiva.

Resultados: Ficou evidente no pré-teste que 100% dos enfermeiros tinham baixo conhecimento das regras do programa nacional de tuberculose. Após intervenção, o nível de conhecimento dos enfermeiros aumentou; 50% obtiveram conhecimento médio e 50% obtiveram alto conhecimento.

Conclusão: A capacitação é um método eficaz para aumentar o conhecimento dos profissionais de enfermagem, além de ser uma estratégia de fortalecimento do programa.

Palavras-chave: Conhecimento, Enfermeiros, Normas, Tuberculose.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB), es una enfermedad muy antigua que hasta la fecha no ha podido ser erradicada. En los últimos años, aunque su incidencia ha disminuido a nivel mundial existen países con muy alta carga de tuberculosis; según nota descriptiva de la Organización mundial de

la salud, la tuberculosis sigue siendo una de las 10 principales causas de morbilidad en el mundo. (OMS, 2017)

En 2018 enfermaron de TB 10 millones de personas, de las cuales 1,5 millones fallecieron a causa de la enfermedad (entre ellas, 251 000 personas con VIH). La TB es la causa principal de muerte de personas VIH-positivas.

Se calcula que en 2018 enfermaron de TB 1,1 millones de niños, de los cuales 251 000 fallecieron a causa la enfermedad (entre ellos, niños con TB asociada a VIH).

La tuberculosis multirresistente sigue suponiendo una crisis de salud pública y una amenaza a la seguridad sanitaria. La OMS estima que hubo 484 000 nuevos casos con resistencia a la rifampicina (el fármaco de primera elección más eficaz), de los cuales un 78% con tuberculosis multirresistente.

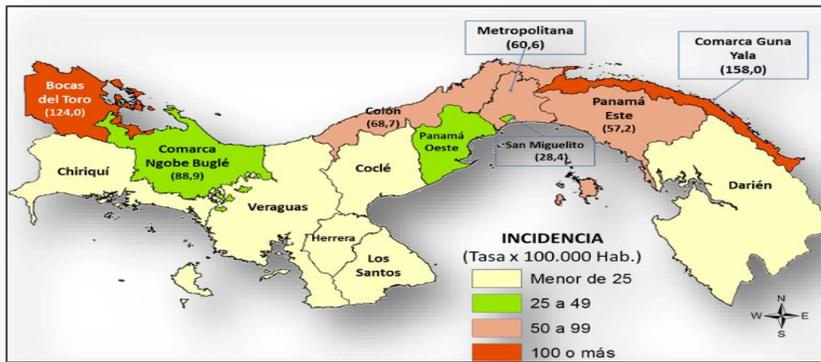
La incidencia de la TB en el mundo se reduce un 2% al año, aproximadamente. Esa cifra debería aumentar al 4-5% para poder alcanzar las metas de la Estrategia Fin a la TB para 2020.

Se estima que entre 2000 y 2018 se salvaron 58 millones de vidas gracias al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis.

Poner fin a la epidemia de tuberculosis para 2030 es una de las metas relacionadas con la salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Según la sección del Programa Nacional de Tuberculosis para el año 2018, en Panamá se estimó la notificación aproximadamente de 2,000 nuevos casos de tuberculosis en todas sus formas; de los cuales 230 casos de TB son asociados a VIH y 34 TB – MDR. Al Programa de Tuberculosis (PCTB) se notificaron 1,646 (82%) casos incidentes (nuevos y recaídas) de TB en todas sus formas, lo que dejó una brecha de 354 casos que no fueron captados por el sistema de salud. Para los coinfectados TB/VIH la brecha fue de 32 casos (86% de detección); en tanto que para los TB – MDR esta brecha fue de 25 caso (58% de detección), como se muestra en la ilustración 1. (MINSA Panamá, 2017).

Ilustración 1: INCIDENCIA NOTIFICADA DE TUBERCULOSIS EN TODAS SUS FORMAS. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO 2015.



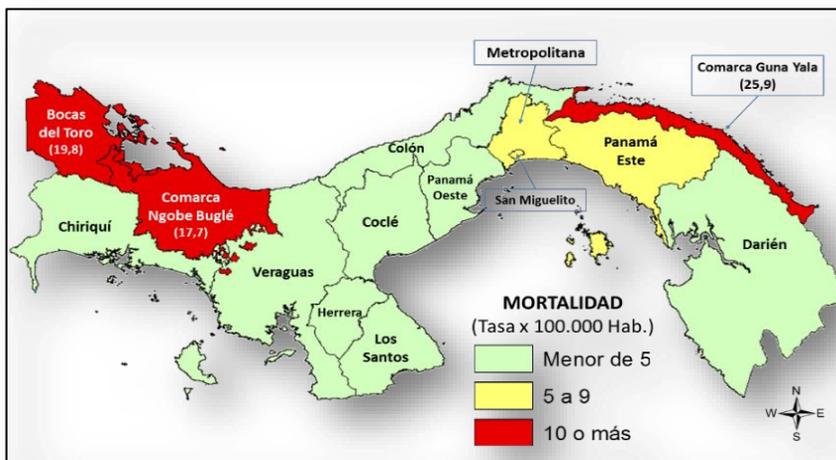
Fuente:
el control de la tuberculosis del

Datos suministrados del programa para
Ministerio de Salud de Panamá. Año 2017.

Con relación a las muertes, se estimó en 280 el número de fallecimientos por Tuberculosis en todas sus formas (240 sin VIH y 39 TB asociadas a VIH) y 20 TB MDR. La Contraloría General de la República registró 211 fallecidos por TB en todas sus formas, lo que representó el 18% de las defunciones estimadas, dejando una brecha de 69 muertes. (MINSA-Panamá, 2017).

Según la ilustración 2, podemos observar que las provincias de Bocas del Toro y las Comarca Ngobe Buglé y Guna Yala son las áreas con mayor carga de mortalidad en el país con una tasa por encima de 10/100.000 Hab. Seguido con Panamá Este y el área metropolitana con una mortalidad entre 5/100.000 hab. y menor de 5/100.000 Habitantes en el resto del país, como se observa en la ilustración 2.

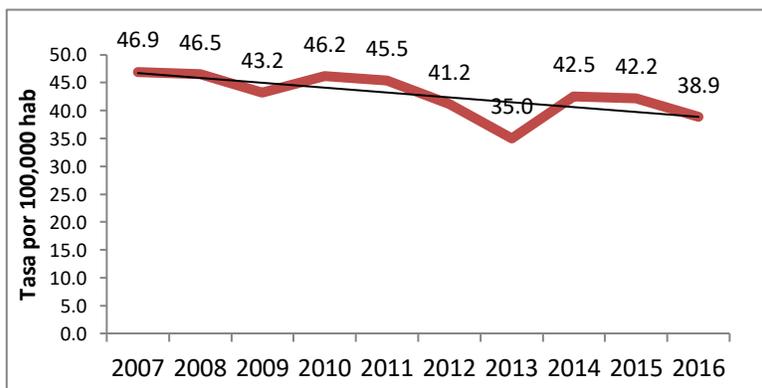
Ilustración 2: MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS, REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑO 2015



Fuente: Datos suministrados del programa para el control de la tuberculosis del Ministerio de Salud de Panamá. Año 2017.

Por otro lado, la incidencia de casos de tuberculosis a través del tiempo tiene una tendencia a la baja, y casi estacionaria en algunos años, en el 2016 fue aproximadamente de 38.9/100.000 habitantes, como se observa en el grafico 1.

Gráfico 1: TUBERCULOSIS: TASA DE INCIDENCIA Y TENDENCIA. PANAMÁ. PERIODO 2007-2016



Fuente: Datos suministrados del programa para el control de la tuberculosis del Ministerio de Salud de Panamá. Año 2017.

La realidad es que estas cifras pueden llegar a aumentar si no se realiza una búsqueda activa de sintomáticos respiratorios y se disminuye la brecha de casos esperados de tuberculosis anualmente.

Por la situación de la tuberculosis a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2014, en asamblea mundial estableció la estrategia mundial Fin a la tuberculosis, cuyos objetivos son la reducción de las muertes en 95%, la tasa de incidencia en 90% y que ninguna familia tenga que hacer frente a los gastos catastróficos debido a la tuberculosis, estos objetivos deben cumplirse dentro del periodo 2015 al 2035. (OMS, 2017) Para cumplir con esta estrategia existen 3 pilares: Atención y prevención integradas y centradas en el paciente, Políticas audaces y sistemas de apoyo y Intensificación de la investigación y la innovación.

El pilar número 1 “Atención y prevención integrada centradas en el paciente,” trata de la atención brindada directamente al paciente y de la calidad de esta atención.

Los profesionales de salud son los encargados de dar cumplimiento a este pilar, aplicando sus conocimientos para controlar la tuberculosis en sus áreas de prevención, detección, diagnóstico, seguimiento y tratamiento eficaz de los casos diagnosticados con tuberculosis, cortando la cadena de transmisión mediante la curación de los pacientes, disminuyendo así la incidencia, prevalencia y mortalidad de la tuberculosis a nivel mundial. (OMS, 2017) El enfermero como parte del equipo de salud juega un papel primordial en la prevención y control de la tuberculosis, porque actúa en todos los procesos de atención directa al paciente, y en prevenir que el bacilo de Koch siga su curso en la comunidad. Por esta razón el enfermero debe tener todas las herramientas y estar preparada con una base científica, para hacer frente a la problemática mundial de acabar con la tuberculosis en la actualidad.

Existen estudios que muestran el nivel de conocimiento de medio a bajo en las normativas para el manejo y control de la tuberculosis que poseen muchos funcionarios de salud, esto puede repercutir directamente en la calidad de atención a los pacientes y el incumplimiento de la estrategia fin a la tuberculosis.

Estudios realizados en Colombia, Ecuador, Panamá y Perú determinaron la necesidad de la educación continua de los funcionarios de salud en temas relacionados a la atención de los pacientes de tuberculosis.

Un estudio realizado en la Universidad Nacional de Bogotá, Colombia sobre “Conocimientos sobre tuberculosis en trabajadores de la salud en una localidad de Bogotá D. C. 2010, se evidenció en una muestra de 117 trabajadores de salud vinculados al programa de tuberculosis, un nivel de conocimientos medio en 34%, un 32% nivel inferior, un 27% nivel bajo y solo un 7% alcanzó el nivel alto. Además, evidencio que existían muchas limitaciones para brindar una atención de calidad como la falta de recurso humano y la multiplicidad de funciones que contribuía a que el programa no tuviera la eficacia deseada. (Cruz Martínez, Flores, & Muñoz Sánchez, 2011).

En un programa de intervención realizado en el área 1 de Salud de Cañar, Ecuador 2008 con el objetivo de mejorar conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis y captar sintomáticos respiratorios. Los resultados mostraron un aumento significativo en el área de captación de sintomáticos respiratorios, el cual se incrementó en 17% en los dos trimestres posteriores a la captación. Luego se realizó una evaluación posterior 4 trimestres después y los valores de captación descendieron. (Ulloa Cordero, 2008).

En Perú en el año 2013, por la Universidad católica Santo Toribio de Mogrovejo, los resultados demostraron que los profesionales de enfermería poseían conocimiento regular en

temas relacionados a medidas preventivas detección, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. (Montalvo, mayo 2014). Un estudio realizado en Panamá en el 2017, por el Dr.

PROCESO	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Disponibilidad de Datos Generales	0.9285	0.9130	0.8600	0.8897	1.0000	0.8333
Clasificación de la Enfermedad	0.6930	0.8304	0.7526	0.6473	0.8533	0.7766
Evaluación Física General de Salud	0.8717	0.7101	0.9749	0.7146	0.8754	0.7032
Vigilancia Epidemiológica (confección)	0.0000	0.5117	0.4069	0.4783	0.5550	0.4755
Educación para la Salud Individual Directa	0.5384	0.7152	0.7095	0.6931	0.6722	0.4145
Evaluación Biopsicosocial	0.0000	0.5492	0.5734	0.3984	0.2633	0.5119
Realización de Exámenes de Laboratorio, según vigilancia del riesgo	0.6791	0.6089	0.4428	0.3143	0.5929	0.4557
Monitoreo del Estado Nutricional y Suplementario con micronutrientes	0.3846	0.5431	0.4995	0.4981	0.6455	0.4971

Abdulkareem Abdullah Jiménez en el año 2017, con la finalidad de determinar el nivel de conocimiento sobre las Normas Nacionales del programa de tuberculosis que poseían funcionarios de salud en la región de salud de Panamá Este, determino que sólo un 3% de los funcionarios de salud encuestados cuenta con conocimiento alto, frente a un 61% que posee conocimientos de medio a bajos sobre las normas del programa de tuberculosis. (Jiménez, Abdulkareem Abdullah, 2017).

Otro programa muy importante es el de calidad de atención, el cual mide el índice de calidad por medio de la auditoria de expedientes. Algunos procesos evaluados como el área de vigilancia epidemiológica, educación en salud, evaluación biopsicosocial, realización de exámenes de laboratorio según vigilancia de riesgo, monitoreo del estado nutricional y suplementación de micronutrientes, muestran IC por debajo de 0.60, lo cual indica mínima calidad, como lo muestra la tabla 1.

Tabla 1: ÍNDICE DE CALIDAD EN LOS RESULTADOS DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DE LOS EXPEDIENTES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS POR TUBERCULOSIS DE LA REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ ESTE, AÑO 2010-2015.

La tuberculosis sigue constituyendo un problema social y de salud pública en todo el mundo.

A pesar de la implementación de muchas estrategias para el control de la tuberculosis, la falta de actualización y de conocimientos de los profesionales de salud, además de las actitudes y

prácticas frente a la problemática de la tuberculosis siguen siendo barreras importantes para controlar la enfermedad. (Carvajal, Varela, Hoyos, Angulo, & Duarte Alarcón, 2014).

Aspectos como estos pueden estar relacionados directamente en el no cumplimiento de las metas locales y nacionales de un país.

El estado panameño y el programa nacional de tuberculosis del Ministerio de Salud enfrentan un gran desafío epidemiológico de bajar la carga de la enfermedad a nivel nacional, por lo cual creemos importante la educación en salud, siendo una estrategia para fortalecer el programa de control de la tuberculosis en todos los niveles, preparando al recurso humano en salud en el manejo y control de la tuberculosis.

Estos señalamientos hacen necesario que el recurso humano esté capacitado y a la vanguardia en todo lo referente a tuberculosis. La capacitación en salud sigue siendo una herramienta importante que permite mejorar conocimientos, habilidades, actitudes del personal de salud ante situaciones que ocurren rutinariamente en la atención de los pacientes, esta es la razón por la cual la educación en servicio en salud debe ser permanente con el propósito de que el recurso humano profundice la teoría y la práctica, conozca las nuevas tecnologías, nuevos modelos de atención, nuevas revisiones a la normas, conceptos que van cambiando a través del tiempo, aumentando y afianzando así los conocimientos en salud.

MÉTODO

El estudio utilizó una metodología de tipo cuasi experimental, descriptivo y cuantitativo, donde se realizó caracterización general de los enfermeros y se aplicó un instrumento que contenía aspectos importantes de la normativa del programa Nacional de Tuberculosis. El estudio se desarrolló con enfermeros que laboran en el primer nivel de atención de la Región de Salud de Panamá Este, y que coordinan localmente el programa de tuberculosis. Cabe resaltar que en dichas instituciones de salud se desarrollaban actividades fundamentales del programa de control de tuberculosis, como la detección, captación, diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis. Para el diseño del instrumento para el pre test y post test se indagaron los conceptos básicos contemplados en las Normas Nacionales del programa de Tuberculosis. Antes de la aplicación del instrumento, el mismo fue validado por expertos en salud pública de la Región de Salud de Panamá Este, quienes identificaron en las preguntas del cuestionario un lenguaje claro y apropiado. El instrumento de recolección de datos se estructuró de la siguiente manera:

a) Datos Generales: edad, sexo, años de experiencia laboral, años en el programa de tuberculosis y la educación continúa recibida sobre Tuberculosis.

b) Evaluación de conocimientos: Epidemiología, conceptos básicos y clasificación; diagnóstico, tratamiento y prevención.

Tamaño y selección de la muestra

Se tomaron como referencia 6 instalaciones de salud adscritas al programa de control de tuberculosis de la base de datos del programa local. La muestra de enfermeros para este proyecto fue de 6 de un universo de 12 enfermeros que laboran en el programa. La selección de los trabajadores de la salud se realizó por voluntariedad de participación y selección por conveniencia debido criterios de inclusión y exclusión además de las limitantes externos de la investigación.

Aspectos éticos de la investigación

Se solicitó autorización a la directora Regional y a la Jefa Regional de Enfermería para la aplicación del proyecto.

En el proyecto se tomó como principio la aceptación voluntaria de participación de los enfermeros, mediante la firma de un consentimiento informado. Se tuvieron en cuenta principios de confidencialidad y anonimato en el manejo de los datos.

Intervención realizada

La capacitación, fue dirigida a 6 enfermeros de la Región de salud de Panamá Este, mediante la ejecución de 4 sesiones de capacitación que incluyen 2 talleres de afianzamiento.

Se aplicó un pre test que evaluó el nivel de conocimientos previos de los participantes de criterios contenidos en las normas de tuberculosis, el mismo fue de ayuda identificar previamente las debilidades existentes.

La primera sesión se trató de un seminario que abordó la reseña histórica de la tuberculosis, historia natural de la enfermedad y abordaje epidemiológico para el control de la tuberculosis.

En la Segunda sesión abordó aspectos generales de la tuberculosis, conceptos de clasificación y resultados de tratamientos. Durante la tercera sesión se expusieron los nuevos esquemas de tratamientos antituberculosos para pacientes sensibles y se realizó taller donde los participantes reconocieron las dosis adecuadas de tratamiento según diagnóstico y peso del paciente.

En la Cuarta sesión los participantes reconocieron los niveles de prevención de la tuberculosis, y algunas medidas preventivas específicas del primer nivel de atención como la vacunación, estudio de contactos y quimioprofilaxis.

Al culminar con las sesiones educativas los participantes fueron capaces de realizar un socio drama y evaluar su actuación dentro del mismo, analizaron las funciones de cada uno de los integrantes del equipo de salud y los conocimientos adquiridos en prevención y control de tuberculosis.

Al finalizar las intervenciones se realizó un post test 1 inmediatamente culminaron las sesiones de capacitación y se realizó un post test 2 para evaluar el conocimiento de los enfermeros un mes después de realizada la capacitación.

Análisis y sistematización de datos

Se plantearon 25 preguntas, con un valor del 1 para cada una, y su posterior análisis mediante rangos simples de respuestas correctas de la siguiente manera: más de 90% de respuestas correctas se catalogó como nivel alto; entre 71 y 89% en nivel medio y menos de 70% en nivel bajo.

RESULTADOS

El 50% de los enfermeros que participaron en el proyecto de intervención pertenecen al grupo de edad de 30-34 años. Y el 83% de los participantes pertenecen al sexo femenino. El 100% de los enfermeros tenían más de 5 años de servicio, y 83% de estos ya tenían experiencia de más de un año en la atención del programa de tuberculosis. Sólo el 50% de los enfermeros que participaron en el proyecto de intervención recibieron educación continua en temas relacionados con la tuberculosis (TB).

Los resultados del pre test mostraron un bajo conocimiento de los enfermeros en todos los criterios a evaluar, a pesar de que el 50% de los enfermeros indicaron haber recibido educación en temas relacionados a la TB.

Al culminar la capacitación se evaluaron los resultados del post test.

Según el criterio de Epidemiología, un 50% de los enfermeros obtuvieron conocimiento bajo y 50% medio en el post test 1, por el contrario, en el post test 2 el 83% de los enfermeros obtuvieron conocimiento alto y 17% medio.

En el criterio de Conceptos básicos y definición de caso, un 33% de los enfermeros obtuvieron nivel de conocimiento bajo y 67% medio en el post test 1; por el contrario en el post test 2 aumento a 83% de conocimiento medio y 17% alto.

En el post test 1 del criterio de Diagnóstico de TB, un 33% de los enfermeros obtuvieron conocimiento bajo, medio y alto respectivamente; y en el post test 2 un 17% de los enfermeros obtuvo conocimiento bajo, 50% de conocimiento medio y 33%, alto.

En el post test 1 del criterio de Tratamiento y control, un 67% de los enfermeros obtuvieron conocimiento medio y 33% alto; y al mes obtuvieron en el post test 2 resultados de 33% de conocimiento medio y 67% alto.

En el criterio Prevención, los resultados obtenidos en el post test 1 destacó que un 17% de los enfermeros mostraron conocimientos bajo, 33% conocimiento medio y 50% alto; sin embargo, en el post test 2 se obtuvo resultados 17% con conocimiento medio y 83% alto.

Tabla 2: NIVEL DE CONOCIMIENTO GENERAL DE LOS ENFERMEROS EN LAS NORMAS NACIONALES DEL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS SEGÚN LAS CRITERIO EVALUADO EN LA PRUEBA DE PRETEST Y POST TEST 1 Y 2. RSPE, AÑO 2018.

CRITERIOS	PRETEST	POST TEST 1	POST TEST 2
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS	45	74	90
EPIDEMIOLOGÍA	50	63	97
CONCEPTOS BÁSICOS Y DEFINICIÓN DE TB	33	69	86
DIAGNÓSTICO DE TB	38	71	83
TRATAMIENTO Y CONTROL	54	83	92

PREVENCIÓN

57

87

93

Fuente: Cuestionario aplicado a Enfermeras participantes en el proyecto de intervención. RSPE, 2018

Nota: BAJO (menos de 70%)

MEDIO (71-89%)

ALTO (más de 90%)

Según nos muestra la Tabla 2, el nivel de conocimiento de los enfermeros que participaron en este proyecto según los criterios evaluados mostró los siguientes resultados: en el pre test en todos los criterios los enfermeros mostraron un nivel de conocimiento bajo; en el post test 1, de medio a bajo siendo epidemiología y conceptos básicos los de bajo nivel de conocimiento. En el post test 2 el nivel de conocimiento fue de alto a medio, siendo los criterios de conceptos básicos y diagnóstico de TB, los que aún se debe realizar énfasis en futuras capacitaciones.

DISCUSIÓN

La tuberculosis sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública a nivel Mundial. A pesar de ser curable sigue siendo una de las 10 principales causas de mortalidad y letalidad, a nivel mundial. (OMS, 2018)

La OMS ha mostrado preocupación por el control de esta enfermedad, y hace más de 15 años ha mantenido en desarrollo estrategias internacionales para su control. De las cuales Panamá ha adquirido compromisos; uno de ellos es la estrategia “fin a la tuberculosis” hacia el 2035 por la OMS hacia el 2035”, y los Objetivos de desarrollo sostenible (ODS) que incluye para el 2030, acabar con la epidemia de tuberculosis. (ONU, 2015)

Poner fin a la tuberculosis es un compromiso que adquiere nuestro país, y por esta razón uno de los pilares de este compromiso es la atención integral al paciente, para lograrlo es necesario que todos los profesionales de la salud conozcan las normas para sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

El proyecto de intervención de Capacitación en las Normas Nacionales del programa de tuberculosis se realizó como estrategia, luego de conocer los resultados del estudio sobre el nivel de conocimientos que tenían sobre las normas nacionales de tuberculosis los profesionales de la salud de la RSPE, año 2017. Este demostró que 86% de los enfermeros entrevistados presentaban nivel de conocimiento bajo de las normas del programa de tuberculosis, resultados que se evidencian en el pre test realizado en el proyecto de intervención donde el 100% de los enfermeros mostraron un nivel de conocimiento bajo, en todos los criterios estudiados, siendo la media de todos los participantes de 45%.

En Panamá en las instalaciones de primer nivel de atención, el profesional de enfermería tiene la oportunidad de coordinar programas de atención, entre ellos el programa de tuberculosis. Cuando se realizan estas asignaciones el enfermero debe conocer los lineamientos del programa en este caso las normas de atención.

Las normas son creadas con el objetivo de proporcionar los lineamientos de gestión, técnicos y administrativos a los trabajadores de la salud en todos los niveles, para que facilite la conducción y atención integral con calidad, al usuario con el fin de detectar, diagnosticar y controlar la tuberculosis a nivel nacional.

Cabe destacar que sólo el 50% de los enfermeros recibieron educación continua y un 100% de estos mostraban conocimientos bajos en las normas y todos reportaron tener más de 5 años en el servicio, lo que refleja déficit en el conocimiento que tienen los enfermeros sobre el diagnóstico de la TB evidenciando que existe falta de claridad y unanimidad en los criterios, por ejemplo, hay que orientar la toma de la baciloscopia y el número de tomas que se deben dar a un paciente que acude a los servicios de salud, de no hacerlo puede afectar la calidad en la toma de la muestra; probablemente esto guarda relación con que el personal no se ha familiarizado con el contenido de la normativa del programa tuberculosis. Por otro lado, esto nos da pie para pensar que existe déficit en la formación académica previa para el manejo de estos programas en los niveles de atención primaria de salud. Por esta razón creemos que es necesaria la formación y capacitación del recurso humano en el primer nivel de atención en las normas de tuberculosis para que contribuyan positivamente con las estrategias del país en poner fin a la TB.

En la ejecución del proyecto de intervención se tomaron en cuenta ciertos criterios de las normas del programa de tuberculosis para estimar el nivel de conocimiento de los enfermeros tales como: la epidemiología, conceptos básicos – definición de casos, diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis.

El conocimiento es el nivel de información que tiene el individuo acerca de una materia e implica datos concretos en los que se basa una persona para actuar oportunamente ante una situación determinada. Por esta razón adquirir conocimiento prepara a los enfermeros para brindar la calidad de atención necesaria que el usuario requiere para la prevención y curación de la enfermedad.

Los datos obtenidos en este proyecto de intervención muestran muy claramente que la capacitación continua es una herramienta importante para aumentar el nivel de conocimiento.

Los enfermeros que participaron en este proyecto mantuvieron dificultades en temas de epidemiología, conceptos básicos y definición de la TB, en estos criterios los enfermeros obtuvieron nivel de conocimiento bajos en el post test 1, aunque los mismos aumentaron en el post test 2, para el criterio de epidemiología paso de bajo a alto pero la definición de caso y conceptos básicos se mantuvo en medio.

Estos resultados muestran que los profesionales de salud capacitados pueden reconocer la epidemiología de la tuberculosis, sus características, la cadena epidemiológica y el comportamiento del MTB en las comunidades e intervenir con participación comunitaria para promover y prevenir casos de TB y captar oportunamente a los sintomáticos

respiratorios (SR), y serán capaces de reconocer, definir correctamente los casos que se presenten en la atención y dirigir así sus planes de tratamiento adecuadamente.

De acuerdo al criterio diagnóstico de la TB, este debe basarse fundamentalmente en la demostración bacteriológica del bacilo de Koch, a través de diferentes técnicas de laboratorio y otros estudios complementarios disponibles en el país. En este criterio los enfermeros mantuvieron un conocimiento medio a pesar de haber identificado la baciloscopia como método diagnóstico principal para detectar la TB, iguales resultados se mostraron en un estudio en Bogotá, Colombia en el 2010 donde el 82% de los trabajadores de la salud identificaron que la principal forma de diagnóstico de la TB la baciloscopia.

Identificar síntomas para captar los casos presuntivos de TB oportunamente puede ser uno de los procesos más importantes para realizar un diagnóstico certero de la enfermedad.

En relación con el criterio de tratamiento y prevención los enfermeros mostraron nivel de conocimiento alto al finalizar el proyecto.

Datos similares en Bogotá Colombia 2010, señalaron que 64% de los profesionales de la salud han logrado identificar formas de prevención y Tratamiento de los pacientes. Cruz Martínez, O. A., Flórez, E. L., & Muñoz Sánchez, A. (2011).

Además, la Red de Chiclayo, Perú 2013 destacó de igual manera conocimientos de medios a altos en un 62.5% de los enfermeros en ambos criterios. Montalvo, S. C. (mayo 2014).

Debemos tener en cuenta que el tratamiento a los pacientes es una de las mayores responsabilidades de los enfermeros en el programa de tuberculosis, por consiguiente, debe identificar el régimen terapéutico que le corresponde a cada paciente, esto garantizará cortar la cadena de transmisión de la TB y obtener la curación del paciente, aplicando la estrategia TAES (tratamiento acortado estrictamente supervisado) y realizando una buena promoción y prevención de la enfermedad a las comunidades.

Este proyecto logró demostrar que el nivel de conocimiento que tenga el profesional de enfermería puede impactar positivo o negativamente en los procesos de salud y enfermedad de la población.

La OMS desde hace muchos años ha observado el aumento de la TB y la TB-MDR a nivel mundial, y cómo esta enfermedad siendo curable sigue causando altas tasas de mortalidad. Estos datos son preocupantes por consiguiente la ONU con los ODS y la OMS han creado metas y objetivos para “Poner fin a la tuberculosis en el 2030 y 2035” respectivamente.

Como país hemos adquirido un reto, pero para cumplirlo debemos promover, captar, detectar, diagnosticar, tratar, curar oportunamente a los enfermos por TB.

Esta es la responsabilidad de los profesionales de la salud y para cumplir con esto debemos conocer a qué nos enfrentamos, de allí que el conocimiento de las Normas del Programa de Tuberculosis de nuestro país sea una de las primeras herramientas a implementar.

La enfermera como parte de los profesionales de la salud deben recibir capacitación continuamente ya sea como enriquecimiento personal o profesional, permitiendo incorporar nuevas herramientas y brindar calidad de atención humanizada a los pacientes.

CONCLUSIONES

La tuberculosis es una enfermedad que cobra altas tasas de mortalidad a pesar de ser curable, con tratamiento gratuito y accesible para la población; no obstante, lo dicho sigue siendo un problema fundamental para la salud pública.

El déficit de conocimientos de los enfermeros sobre esta enfermedad verifica la necesidad de fortalecer desde la academia en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la salud pública, de sus aspectos técnicos y administrativos. Además de dar a conocer la realidad del contexto epidemiológico del país, con el análisis de los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales que conforman el proceso salud-enfermedad- tuberculosis.

Se evidenció con estos resultados que la capacitación es un método efectivo para aumentar los conocimientos del profesional de enfermería, además de ser una estrategia para el fortalecimiento del programa. Lo importante es que los programas de capacitación deben ser continuos con el fin de que los enfermeros valoricen su trabajo, que sea proactivo, analítico y estén siempre a la vanguardia.

El aumento de los conocimientos permite al enfermero del primer nivel de atención tener las herramientas necesarias para brindar una atención humanizada y de calidad a los pacientes de TB bajo su cuidado. Además, hacer frente a las estrategias, metas y compromisos internacionales, nacionales y locales, utilizando principalmente la estrategia de atención primaria mirando de cerca las comunidades a través de la promoción, prevención, captación, diagnóstico y tratamiento oportuno de los pacientes y así poner fin a la tuberculosis en el año 2035.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

http://www.unicef.org/spanish/adolescence/index_bigpicture.html. (s.f.). Panorama general

de Niñez y Adolescencia UNICEF (Fondo de Naciones unidas para la infancia.

Arrieta, F., Ballalar, I., Bavestrello, L., & Celi, A. P. (2017). Manual práctico. Vacunación en adultos (tercera edición ed.). (E. Savio, A. P. Celi, G. Pérez Sartori, & H. Vásquez, Edits.) Quito, Ecuador: Asociación panamericana de infectología y productora editorial.

Recuperado el 17 de agosto de 2017

Carvajal, R., Varela, M. T., Hoyos, P. A., Angulo, E. S., & Duarte Alarcón, C. (2014).

Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la tuberculosis en trabajadores del sector salud en municipios prioritarios de. Investigación clínica y experimental, 1-13.

Cruz Martínez, O. A., Flórez, E. L., & Muñoz Sánchez, A. (2011). Conocimientos sobre tuberculosis en trabajadores de la salud en una localidad de Bogotá D. C. Revista digital

Avances de Enfermería, 29(1), 1-2. Recuperado el 20 de 07 de 2017, de

<http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35867/36738>

Gutierrez M, F. (2005). Teorías del Desarrollo Cognitivo (Primera edición ed.). Madrid, España: Mc Graw Hill. Recuperado el 07 de octubre de 2018, de

<https://es.slideshare.net/rastreador12/gutierrez-martinez-francisco-teoriasdel-desarrollo-cognitivo>

Jiménez, A. A. (2017). Nivel de conocimiento sobre las normas nacionales del programa de tuberculosis de médicos generales, médicos internos y personal de enfermería de los centros de salud de Pacora, Chepo, San Martín y Akua Yala, año 2017. (internado de II año). Chepo, Panamá, Panamá.

Lárez, K. (3 de junio de 2011). Bacilo de Koch. Valencia, Venezuela.

Ministerio de La Presidencia. (02 de mayo de 2017). Gaceta oficial digital. Obtenido de

https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/28269_A/GacetaNo_28269a_2_0170502.pdf

Ministerio de Salud Pública de Ecuador. (2013). Prioridades de investigación en salud.

MINSA PANAMA. (2017). Ministerio de Salud de la República de Panamá.

Obtenido de <http://www.minsa.gob.pa/>

MINSA. (2014). Análisis de situación de la Región de salud de Panamá Este.

Obtenido de http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/asis_pma_este.pdf

MINSA. (2016). Normas y procedimientos para la prevención y control de la tuberculosis . Panamá.

MINSA. (2016). Normas y procedimientos para la prevención y control de la tuberculosis. Panamá.

MINSA. (2016). Política Nacional de Salud y lineamientos estratégicos 2016-2025.

Panamá: Ministerio de Salud de Panamá. Obtenido de

http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/transparencia/politicas_de_salud_del_minsa.pdf

MINSA. (2017). Nivel de conocimiento sobre las normas nacionales del programa de

- tuberculosis de médicos generales, médicos internos y personal de enfermería de los centros de salud de Pacora, Chepo, San Martín y Akua Yala, año 2017. Distrito de Chepo.
- MINSA. (2017). Situación de tuberculosis en Panamá 2015. Informe anual de la sección Del Programa de Tuberculosis del Ministerio de Salud de Panamá, Ministerio de Salud de Panamá, PCTB - Sección del Programa Nacional de Tuberculosis, Panamá. Recuperado el 17 de 8 de 2017
- MINSA Panamá. (2014). Plan estratégico Nacional de control de la tuberculosis en Panamá 2014-2016. Panamá: Sibauste S.A.
- Montalvo, S. C. (mayo 2014). Relación entre el nivel de conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis en el profesional de enfermería. Red Chiclayo. Tesis de grado. Chiclayo, Lambayeque, Perú. Recuperado el 15 de 07 de 2017, de http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/461/1/TL_Montalvo_Mera_SharonC_atherine.pdf
- Morales Chihuahua, R. J., & Morán Silva, R. M. (28 de 11 de 2014). Efectividad del programa “Cuidando la salud” para el control y prevención de la tuberculosis en enfermeras. In *Crecendo- Ciencias de Salud*, 1(02), 257-262. Recuperado el 20 de 07 de 2017, de <file:///C:/Users/Efermeria/Downloads/349-1699-1-PB.pdf>
- OMS. (2013). Definiciones y marco de trabajo para la notificación de tuberculosis. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado el 20 de agosto de 2017, de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22984&Itemid=270&lang=en
- OMS. (Marzo de 2017). Nota descriptiva de Tuberculosis. Recuperado el 20 de julio de 2017, de http://www.who.int/mediacentre/fact_sheets/fs104/es/
- OMS. (2017). Organización Mundial de la Salud- Área de programas y proyectos. Obtenido de <http://www.who.int/tb/strategy/endtb/es/>
- OMS. (2018). Obtenido de http://www.who.int/tb/strategy/stop_t_b_strategy/es/
- OMS. (2018). Tuberculosis. Washington. Recuperado el 6 de octubre de 2018, de <http://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/tuberculosis>
- ONU. (2015). Objetivos de Desarrollo- ODS. Obtenido de <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollosostenible/>
- OPS/OMS. (2012). Manual de normas y procedimientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Panamá, Panamá.
- Rodríguez, Mirta. (05 de 04 de 2017). Panamá ocupa la posición 4 en desarrollo humano. Panamá ocupa la posición 4 en desarrollo humano. Recuperado el 20 de 07 de 2017 De <http://laestrella.com.pa/economia/panama-ocupa-posicion-4-desarrollohumano/23994487>
- Ulloa Cordero, R. M. (2008). Programa de intervención para mejorar conocimientos y

- actitudes sobre la tuberculosis y captar sintomáticos respiratorios. Área 1 de Salud del Cañar. Repositorio Digital de la Universidad de Cuenca. Recuperado el 20 de 07 de 2017, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20681>
- UNAIDS. (2016). FAST-TRACK Commitments to end AIDS by 2030. Geneva 27, Switzerland.
- Universidad de Panamá. (s.f.). Vicerrectoria de investigación y post grado. Recuperado el 17 de agosto de 2017, de <http://www.up.ac.pa/vip/VicerrectoriaInvestigacionPostgrado.aspx?submenu=524>
- Vargas Onofre, E., & Ramos Vargas, J. M. (2014). Conocimientos sobre el manejo de la tuberculosis multidrogoresistente en profesionales de la salud en hospitales de Arequipa. *Investigación Andina*, 13(1), 1. Recuperado el 19 de 07 de 2017, de <http://190.116.50.21/ojs/index.php/re v-uancv/article/view/21>
- Wahyuni, C., Budiono, Dwi Rahariyani, L., Sulistyowati, M., Rachmawati, T., Djuwari, Van der Werf, M. (30 de August de 2007). (Wahyuni, y otros). *Bio Med Central*, 8-9. doi:<https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-135>

EDUCACION A FAMILIARES DE PACIENTES RENALES SOBRE HIPERTENSIÓN Y DIABETES MELLITUS.**EDUCATION ON HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS TO FAMILY MEMBERS OF KIDNEY PATIENTS****EDUCAÇÃO PARA PARENTES DE PACIENTES RENAIIS SOBRE HIPERTENSÃO E DIABETES MELLITUS**

Mgtra. Daria Rodríguez Coronado
[Enfermera Especialista en Nefrología,](#)
[Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid](#)
Correo: darirodriguez@css.gob.pa. Panamá.
ID <https://orcid.org/0000-0002-8903-3794>

Fecha de Recepción: 5 de noviembre 2018

Fecha de Aceptación: 7 de mayo 2019

Resumen

Objetivo: Entré los objetivos planteamos el de intervenir mediante la docencia sobre los factores de riesgo renales: hipertensión arterial y diabetes mellitus en los familiares de los pacientes con nefropatías. **Metodología:** El estudio fue cuasi experimental, donde se aplica un cuestionario en dos tiempos: pre y post; evaluando la intervención educativa en los participantes. Se les realizó un análisis de la tasa de filtración glomerular utilizando la formula CKD- Epi. La muestra estuvo formada por veinticinco (25) participantes. El análisis de los datos se realizó con el programa XLSTAT Excel e hicimos una comparación de medias para muestras relacionadas. **Resultados:** El nivel de conocimiento en el pre test fue de un 28% mientras que en el post test fue de un 73.3%. Los participantes tuvieron valores normales de la tasa de filtración glomerular y creatinina en orina al momento del estudio.

Conclusiones: Hablar sobre la hipertensión arterial y la diabetes mellitus como principales factores de riesgo renales que pueden ser modificados con hábitos saludables a los familiares de paciente con daño renal es sumamente importante ya que son población con riesgo a desarrollar estas enfermedades.

Palabras claves: educación a familiar de pacientes, factor de riesgo, riñón,

Abstract

Objective: Among the objectives we propose the teaching of renal risk factors: arterial hypertension and diabetes mellitus to the relatives of patients with nephropathies.

Methodology: The study was quasi-experimental, where a questionnaire evaluating the educational intervention in the participants was used twice: pre and post. A glomerular

filtration rate analysis was performed using the CKD-Epi formula. The sample consisted of twenty-five (25) participants. The data analysis was performed with the XLSTAT Excel program, and we made a comparison of means for related samples.

Results: The level of knowledge in the pre-test was 28% while in the post-test, it was 73.3%. The participants had normal values for glomerular filtration rate and urine creatinine at the time of the study.

Conclusions: Talking about arterial hypertension and diabetes mellitus as main kidney risk factors that can be modified with healthy habits to the relatives of patients with kidney failure is extremely important since they are a population at risk of developing these diseases.

Key words: education to the patient's family members, risk factor, kidney.

Resumo

Objetivo: Dentre os objetivos traçados no estudo, buscou-se intervir ensinando sobre fatores de risco renais: hipertensão arterial e diabetes mellitus em familiares de pacientes com doença renal.

Metodologia: O estudo foi quase experimental, onde foi aplicado um questionário em dois momentos: pré e pós; avaliar a intervenção educativa nos participantes. A análise da taxa de filtração glomerular foi realizada usando a fórmula CKD-Epi. A amostra foi composta por vinte e cinco (25) participantes. A análise dos dados foi realizada com o programa XLSTAT Excel e foi feita uma comparação de médias para amostras relacionadas. **Resultado:** O nível de conhecimento no pré-teste foi de 28% enquanto no pós-teste foi de 73,3%. Os participantes tinham valores normais para a taxa de filtração glomerular e creatinina urinária no momento do estudo. **Conclusões:** Para a equipe de enfermagem especializada em nefrologia, o ensino contínuo sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus como principais fatores de risco renal aos familiares de pacientes com lesão renal é de extrema importância por se tratar de uma população de risco para o desenvolvimento dessas doenças. Levando em consideração que a doença renal crônica tem como principais precursores essas patologias que podem ser melhoradas ou controladas com hábitos de vida saudáveis.

Palavras-chave: educação da família do paciente, fator de risco, rim.

Introducción

La carga alta de morbimortalidad a nivel mundial, el alto costo socioeconómico y cultural debido a la patología renal que aún no cuenta con estimaciones fiables. (OMS, 2018), pero si con registros de alta frecuencia de aparición de factores de riesgo, tienen graves implicaciones en las políticas de Salud Pública en todos los países. El profesional de enfermería que labora en estas áreas especializadas ha visto con el transcurrir del tiempo el aumento exponencial de los pacientes que ingresan a los tratamientos sustitutivos renales, al mismo tiempo esta situación los ha llevado a plantearse diversas estrategias educativas con enfoque preventivo sobre las dos patologías que a nivel mundial se consideran las precursoras del daño renal: la hipertensión (HTA) y la diabetes mellitus (DM). Los pacientes con daño renal, tienen un avance silencioso de su enfermedad en los primeros estadios, la mayoría de las veces no asocian que estas

enfermedades contribuyen al deterioro de la función renal y se ven inmersos en una serie de afecciones que alteran desde su autoestima, las relaciones socio- familiares hasta su desenvolvimiento en el área laboral.

Hasta el momento, los países latinoamericanos no han podido controlar enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la enfermedad cardiovascular y la enfermedad renal crónica siendo poco probable que puedan hacerlo en el futuro inmediato. Su prevalencia en estado terminal ha crecido en 6,8% anualmente en los últimos 5 años. Esta situación obliga a desarrollar programas para la detección oportuna y la prevención de los factores de riesgo cardiovascular y renal facilitando el diagnóstico temprano de la enfermedad renal crónica. Dentro de los países que presentaron prevalencia mayor a 600 por millón de habitantes están: Puerto Rico, Chile, Uruguay y Argentina; seguidos de Colombia, Brasil, México, Panamá y Venezuela. Mientras que la diabetes continúa siendo la principal causa de enfermedad renal crónica terminal con el 30,3% de los nuevos casos. Cusumano (2008).

En Panamá, no contamos con un registro estadístico sobre enfermedad renal crónica sistematizado, haciendo difícil la obtención de datos de prevalencia de esta patología en la actualidad. Sin embargo, para el año 2018 se implementó un sistema para la recolección de datos a través de la consulta externa de la Caja de Seguro Social y obtener el número real de casos de pacientes con enfermedad renal crónica en sus primeras etapas. Entrevista, Dr. Cesar Cuero Medico Nefrólogo. (2018). Cabe destacar que la diabetes mellitus y la hipertensión arterial son las causas responsables de la mayoría de los casos de enfermedad renal crónica, afectando a uno de cada diez adultos en el mundo. Panamá cuenta con datos estadísticos donde los factores de riesgo asociados a enfermedad renal crónica: la diabetes mellitus y la hipertensión arterial están dentro de las 10 principales causas de mortalidad, ocupando la posición número cinco la diabetes mellitus con 1,313 y 1,217 defunciones para el año 2015 y 2016 respectivamente; mientras que la hipertensión arterial ocupa la posición número 7 con 809 y 955 defunciones para el año 2015 y 2016 respectivamente, según Estadísticas Vitales (2015-2016). En la unidad de hemodiálisis denominada Metro 2, donde se realizó el proyecto de intervención, para el año 2018, se maneja un censo de 156 pacientes en tratamiento sustitutivo renal (TSR), de este grupo el 33% ingresaron, por una HTA mal controlada y el 25% por DM, con causa desconocida tenemos un 25% y por causas hereditarias un 16% y por intoxicación de dietilenglicol un 1%, según datos registrados en esta unidad de hemodiálisis.

De acuerdo con lo expuesto, los familiares de los pacientes que presentan daño renal y que desarrollaron esta patología asociada a cualquiera de los dos factores de riesgos renales mencionados con anterioridad, tienen un riesgo más alto a padecer cualquiera de estas enfermedades en comparación con el resto de la población que no tiene estos antecedentes familiares, a fin de evitar, disminuir el riesgo o enlentecer el avance de la enfermedad, se elaboró este proyecto de intervención en donde evaluamos la efectividad de un programa con enfoque preventivo sobre el nivel de conocimiento acerca de los factores de riesgo renal la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en familiares de pacientes en tratamiento sustitutivo renal en la unidad de hemodiálisis metro 2, CSS. Al mismo tiempo evaluamos la tasa de filtración glomerular mediante el uso de la fórmula Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD- Epi).

Por último, este proyecto de intervención tuvo como objetivos: intervenir mediante la docencia sobre los factores de riesgo renales: hipertensión arterial y diabetes mellitus en los familiares de los pacientes con nefropatías y analizar la tasa de filtración glomerular en los participantes con la fórmula CKD- Epi, usando un resultado de creatinina sérica. Las intervenciones por parte del personal de enfermería especialista en nefrología con la población en riesgo abarcan desde aportes educativos hasta una evaluación clínica de la función renal en aquellos que tengan antecedentes familiares de daño renal, hipertensión y/ o diabetes mellitus. Estas intervenciones permiten identificar de manera temprana y oportuna alteraciones que pueden hacer la diferencia entre el enlentecimiento o avance de la enfermedad renal crónica en la población.

Metodología

Para el desarrollo del proyecto de intervención se usó el enfoque cuantitativo que permitió recolectar, analizar y plasmar los resultados mediante datos numéricos y estadísticos que tuvieron un valor significativo sobre la intervención educativa en la población en estudio al comparar el nivel de conocimiento antes de realizar la intervención educativa y después de realizar la intervención educativa en el grupo de estudio.

Se realizó una comparación de medias para muestras relacionadas al contar con datos en un mismo sujeto en dos tiempos distintos. Se aplicó también estadístico de la prueba: T de Students para muestra relacionadas donde hubo una diferencia significativa. El proyecto se llevó a cabo por fases.

En la primera fase se utilizó la metodología el marco lógico con el cual se obtuvieron los árboles de identificación del problema, de objetivos y de intervenciones.

En la segunda fase se planearon las diversas estrategias a intervenir una con enfoque educativo y la otra con enfoque preventivo. Como se ha mencionado con anterioridad en la estrategia educativa se evaluó el nivel del conocimiento que tenían los participantes sobre los factores de riesgos renales: HTA y DM, esta medición se hizo en dos tiempos al inicio y al final después de haberse realizado la intervención. Las docencias se programaron 2 por semana, de manera que tanto los participantes del grupo que recibe sesión los lunes, miércoles y viernes, como los del grupo de los martes, jueves y sábado y en los 3 turnos: mañana, tarde y noche; tuvieran las mismas oportunidades de escuchar las docencias planeadas usando el mismo tiempo mientras esperaban que sus familiares terminaran su tratamiento.

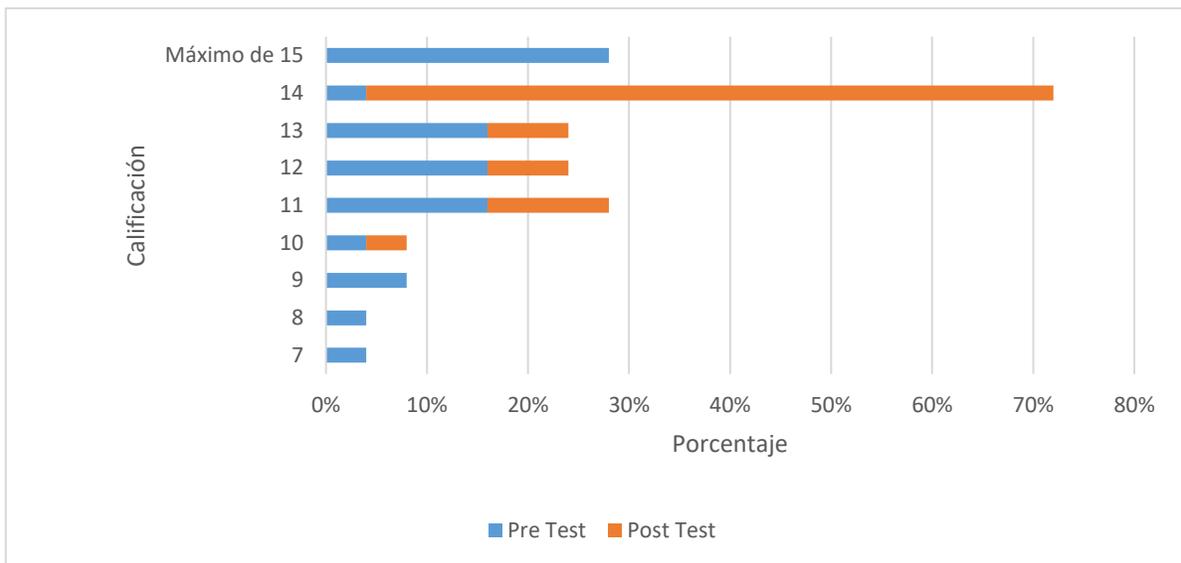
Por otro lado, los participantes recibieron docencia sobre: Hipertensión arterial y diabetes mellitus como afecta mi cuerpo, Estilos de vidas saludables, Importancia de asistir a mi control de salud, Enfermedad renal crónica un enemigo latente. Se tomó listado de asistencia en cada docencia. En la semana 12 después de haber finalizado las docencias se colocó el post test a los participantes. Por otro lado para el enfoque preventivo se hizo un análisis de la tasa de filtración glomerular mediante la fórmula CKD- Epi y el resultado de la creatinina sérica, este laboratorio se lo realizó cada participante en la instalación de salud más cercana para él, el investigador estuvo encargado de la entrega de la boleta de laboratorio a cada participantes y recolección de los resultados.

En la tercera fase se procedió a analizar los resultados. Los datos fueron analizados con el programa XLSTAT Excel. En cuanto al instrumento, se utilizó un cuestionario formado por 15 preguntas, fue validado por expertos, el tiempo utilizado para llenar el mismo estuvo entre 20 a 30 minutos. A todos los participantes se les entregó consentimiento informado. Nuestra población era de 156 y la muestra utilizada se calculó utilizando la fórmula de muestra para población finita obteniendo n= 25, con un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 5%.

Por otro lado, el proyecto de intervención fue sometido al Comité de Bioética de la Universidad de Panamá, además se cumplió con el curso de buenas prácticas clínicas para investigadores, el cual fue aprobado y se cumplieron los lineamientos establecidos por la institución de la Caja de Seguro Social donde se realizó el mismo, se mantuvo la confidencialidad de los participantes.

Resultados

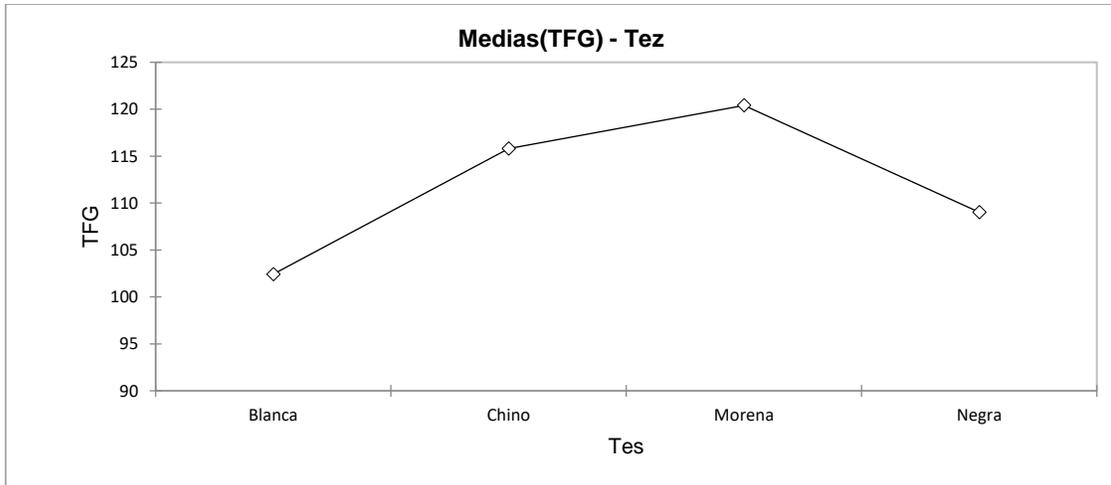
Gráfico 1: Distribución porcentual del nivel de conocimiento en hombre y mujeres en el Pre y Post Test. Unidad de Hemodiálisis- Metro 2. Panamá 2018



Fuente: Encuesta aplicada en la Unidad de Hemodiálisis, Metro 2. 2018.

Como podemos observar, el nivel de conocimiento fue mayor en el pre test con un valor de 73%, esto demostrando que la intervención educativa realizada por la enfermera especialista con los participantes tuvo un impacto positivo en ellos.

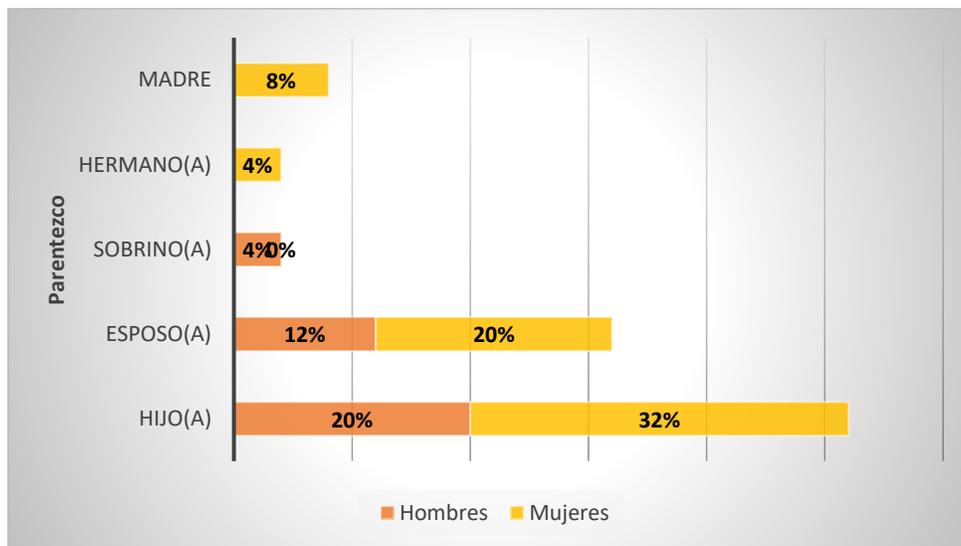
Gráfica 2. Valores de la Tasa de Filtración Glomerular por CKD-EPI según la tez de los familiares. Unidad de Hemodiálisis- Metro 2. Panamá 2018



Fuente: Encuesta aplicada en la Unidad de Hemodiálisis, Metro 2. 2018

Las tasas de filtración glomerular analizadas en los participantes del proyecto de intervención se encontraban dentro de los rangos normales de acuerdo al cálculo arrojado al aplicar la fórmula CKD- Epi. Este resultado nos está diciendo que estamos trabajando con personas sanas en cuanto al daño renal.

Gráfica 3. Familiares que participaron en el proyecto de intervención, por sexo, según parentesco. Unidad de Hemodiálisis-Metro 2. Panamá 2018



Fuente: Encuesta aplicada en la Unidad de Hemodiálisis, Metro 2. 2018

El 52% de los participantes del proyecto de intervención fueron parientes de primer grado de consanguinidad – los hijos-, esta población tiene valor invaluable, ya que por sus antecedentes familiares tienen el riesgo de padecer de estas enfermedades, sin embargo se convierte en una ventaja para la enfermera especialista realizar las intervenciones tanto educativas como preventivas en este grupo.

Discusión

La actividad educativa por parte de la enfermera especialista en Nefrología, en la población de riesgo, en este caso los familiares de los pacientes del programa de hemodiálisis, demostró que el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgos renales: hipertensión y diabetes mellitus, tuvo un impacto positivo aumentando de un 28% a un 73%. Este dato tiene un valor significativo si consideramos que el 33% de los pacientes que ingresaron al tratamiento sustitutivo renal con diagnóstico previo de hipertensión arterial y el 25% con diagnóstico previo de diabetes mellitus. Datos recolectados del Censo de la Sala (2017). Esto indica que es importante intervenir a través de la docencia sobre estos factores de riesgos que pueden ser modificables, por otro lado, trabajar el enfoque preventivo con los familiares de primer grado de consanguinidad, en este caso el 52% de los participantes eran los hijos/as, es una ventaja para los profesionales de enfermería especialistas en nefrología que buscan disminuir el aumento de estas patologías mediante la prevención en la población. Orientar sobre hábitos de vidas saludables, controles de salud tomando en cuenta en los antecedentes familiares, puede ser la clave para encontrar alteraciones de manera temprana y oportuna, pero esto solo se puede lograr si la población recibe la orientación adecuada y adquiere comportamientos saludables que disminuyan el riesgo latente que tienen por ser familiares de pacientes con daño renal. Dentro de los pilares de Enfermería, la docencia es uno de ellos, por tal razón realizar proyectos de intervenciones que tengan un impacto directo en la población, se convierten en una herramienta valiosa para la enfermera especialista en nefrología. Es sumamente importante para cualquier Nación cubrir las necesidades básicas de su grupo de población. La investigación que se presenta a continuación: “Estrategia en Salud Renal: un proyecto de la Sociedad Española de Nefrología”, está dirigido a toda la población general y en riesgo, con el objetivo de mejorar la salud renal mediante el desarrollo de actividades de promoción, educación para la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, orientadas a los individuos en particular, a grupos específicos y a la población en general. (SEN, 2009).

Los participantes del proyecto de intervención, mantenían un buen filtrado glomerular cuando se les realizó el análisis mediante la fórmula CKD- Epi. Según, Harrison, 2018. Los valores de la tasa de filtración glomerular esta para hombres entre 0.7 a 1.3 mg/dl y para las mujeres entre 0.6 a 1.1 mg/dl. Por el momento los participantes, mantienen un buen filtrado glomerular, es importante mantener los controles de salud periódico que incluyan la función renal dado el precedente familiar que tienen, de esta manera la enfermera especialista en nefrología trabaja con la población sana, pero con riesgo latente.

Dado que la enfermera especialista en nefrología dirige la atención directa de la persona que tiene un problema de salud y requiere una atención apropiada es necesario para hacer un análisis clínico de la población para detectar problemas renales a través del examen físico y análisis clínico de laboratorio. Esto la convierte en una profesional con competencias cognitivas

y de habilidades y destreza que le permite trabajar como miembro del equipo de salud de especialistas en nefrología

Para el cálculo de TFG se usó la Formula CKD- EPI. En un estudio donde se evaluó el valor de la Tasa Filtración Glomerular (TFG) en personas ancianas, se destacan los siguientes datos: La TFG en el momento de nacer oscila entre 16 y 20 ml/min/1,73 m² y alcanza su pico máximo de 120 ml/min/1,73 m² (rango 90-120) en mujeres y 130 ml/min/1,73 m² (rango 90-130) en hombres alrededor de los 30 años de edad, disminuyendo aproximadamente a un ritmo constante de 1 ml/min/1,73 m² en la mayoría de las personas¹². En personas de edades comprendidas entre 70 y 110 años; el filtrado glomerular disminuye anualmente 1,05 ml/min/1,73 m². Gregori (2011).

El parentesco más representativo es de hijo (a) con un 52%, seguido de esposo(a) 32%, en menor proporción en sobrino(a), hermano(a) y madre. Desde una perspectiva genética las enfermedades que conducen a la Insuficiencia Renal se pueden dividir en dos grandes grupos. Por un lado, tenemos aquellas que muestran un patrón de herencia mendeliano clásico, tanto dominante (como sería el caso de la poliquistosis renal dominante del adulto, PRDA), como recesivo (enfermedades como la nefronoptosis o la poliquistosis hereditaria recesiva). Todas estas enfermedades son mono génicas, es decir, se deben a mutaciones de uno de nuestros aproximadamente 40 mil genes. Por otro lado, tenemos aquellas patologías en las que el patrón de herencia no es mendeliano, bien porque intervienen varios genes o porque los factores ambientales desempeñan un papel fundamental en su origen y progresión. Estas patologías, entre las que se hallan la hipertensión o la diabetes, son mucho más frecuentes que las hereditarias puras. Al confluir factores ambientales y genéticos, se asume que la Insuficiencia Renal IR engloba varias enfermedades de origen y evolución muy compleja. (Gonzalez, 2003).

Esto le da un valor extraordinario a nuestro proyecto de intervención debido a que se trabajó con familiares de primer grado de consanguinidad en este caso 52% de los participantes son hijos(a), y como bien dice el estudio son la hipertensión y la diabetes las patologías más frecuentes en comparación con las hereditarias relacionadas con el desarrollo de la Enfermedad Renal Crónica.

• **Conclusiones**

La intervención educativa con enfoque preventivo demostró, un aumento del nivel de conocimiento en el post test del 73 % en comparación con el 28% en el pre test, dando como resultado positivo las diversas actividades docentes que se realizaron con el grupo de los participantes. Esto resalta que la labor docente de la enfermera es un pilar importante en la salud pública de la población, para la prevención y detección temprana de los factores de riesgos conducente a las enfermedades renales

En cuanto a la tasa de filtración glomerular al momento de realizar el proyecto, todos los participantes mantienen un buen funcionamiento renal, dado que los resultados se encontraron dentro de los valores normales, de 90 a 120 en mujeres y 90 a 130 en hombres.

El sexo que más participación tuvo en el programa fue el femenino, por tal razón es importante planificar actividades a futuro que incluyan estrategias que lleguen a la población masculina siendo esta la población más afectada por la enfermedad renal crónica según diversos estudios.

Para el especialista de enfermería en nefrología, se ha convertido en un reto plantear estrategias de impacto que lleguen a la población en riesgo, la ventaja es que tenemos una población cautiva en las diferentes unidades de hemodiálisis, con la que podemos trabajar la docencia enfocada a la prevención, permitiendo empoderar a la profesión de enfermería en aportar hacia la detección temprana del daño renal en la población.

Referencias

- Arias, M. (2014). *Nefrología Clínica Hernando*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana S. A.
- Cusumano, A. e. (2008). CJASN. Recuperado el 8 de marzo de 2018, de <http://cjasn.asnjournals.org/content/3/2/594.full.pdf+html>
- Estrategias para la ERC. (2009). *Nefrología*, 185-192.
- Gregori, J. e. (Noviembre de 2011). Es válido el valor crítico de filtrado glomerular. Obtenido de *Revista Nefrológica, Nefro Plus*: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefroplus-articulo-es-valido-el-valor-critico-filtrado-glomerular-estimado-60-ml-min-X1888970011001141>
- Gonzalez, P. e. (2003). Variación genética y progresión de la insuficiencia renal. Recuperado el 10 de mayo de 2019, de *Revista Nefrológica*: <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X0211699503029162>
- Harrison. (2018). *Principios de Medicina Interna*, 19e. Mc Graw Hill.
- Ministerio de salud. (MINSAs). (Diciembre de 2017). Obtenido de *Anuarios estadísticos Ministerio de Salud Contraloría de la República de Panamá*.: file:///C:/Users/usuario/Documents/NEFROLOGIA%202/boletin_estadistico_del_2016.pdf
- Ministerio de salud (MINSAs),Caja del seguro social (CSS). (2015-2017). *Censo de salud preventiva*. Recuperado el 11 de MARZO de 2019
- National Kidney Foundation (NKF). (2003). Lo que necesitas saber sobre el urinalisis. Obtenido de https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/urinalysis_sp.pdf
- Organización Mundial de la salud (OMS). (JUNIO de 2018). La carga global de la insuficiencia renal y los objetivos de desarrollo sostenible.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS),Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento. (2015). Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es
- Sociedad Española de Nefrología. (SEN) (2009). *Estrategias en Salud Renal*. SEN. Obtenido de [file:///C:/Users/Iv%C3%A1n/Downloads/X0211699509004583_S300_es%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Iv%C3%A1n/Downloads/X0211699509004583_S300_es%20(2).pdf)

**VIGILANCIA OCUPACIONAL DE TUBERCULOSIS LATENTE EN LOS
TRABAJADORES DE LA SALUD****OCCUPATIONAL SURVEILLANCE FOR LATENT TUBERCULOSIS IN THE
HEALTH WORKERS****VIGILÂNCIA OCUPACIONAL PARA TUBERCULOSE LATENTE NO
TRABALHADORES DE SAÚDE****Mgter. Zoraya I. Him**Caja de Seguro Social
Policlínica Santiago Barraza
PanamáEmail: zorayaepi@gmail.com<https://orcid.org/0000-0002-0016-3075>

Fecha de Recepción: 7 de Julio 2019

Fecha de Aceptación: 9 de octubre 2019

RESUMEN

Uno de los grupos más vulnerables de contagio de la enfermedad es el de los trabajadores de la salud. El riesgo ocupacional de estos está determinado por la exposición directa a pacientes infectados. Esta situación es especialmente alarmante por el reporte de brotes de tuberculosis adquirida en las instalaciones de salud, tanto por los trabajadores de la salud, como por los pacientes. Esta situación ha generado que el sistema de vigilancia de la Tuberculosis contemple a los trabajadores de la salud.

Objetivo: La investigación tiene como objetivo promover la vigilancia ocupacional de Tuberculosis latente en los trabajadores de la Salud.

Metodología: Para el cálculo de la muestra se utilizó la prevalencia de 5% con un nivel de certeza de 95% y una precisión de 0.05. El resultado fue una muestra de 250 funcionarios, distribuidos en dos estratificaciones, la del personal administrativo y de salud. Los factores de riesgo se midieron a través del cálculo de la razón de productos cruzados (RR) y el intervalo de confianza (IC) en tablas 2x2.

Resultados: los resultados que demostraron significancia estadística (χ^2 mayor de 3.84 y p menor de 0.05) y que se constituyeron en factores de riesgo son los asociados a la ingesta de fármacos inmunosupresores (RR=9.7, IC=4.76-19.7), la presencia de vacuna de BCG (RR=4.1, IC=0.56-29.7), el nivel de escolaridad primaria (RR=4.0, IC=1.23-12.9), el padecer de alguna condición de salud como diabetes (RR=5.6, IC= 2.63-12.1); ser funcionarios de salud (RR=3.8, IC=1.77-8.43), presencia de ventanas (RR= 14.0 IC= 3.35-58.7), la presencia de respiradores N-95 (mascarillas) (RR=9.03, IC=4.40-18.5) y el no contar con evaluación médica de seguimiento (RR=2.85, IC=1.27-6.40).

Conclusión: La evaluación médica al ingresar como trabajador de una institución de salud es básica, para definir con más exactitud los factores laborales asociados a la condición de salud al pasa los años; y la reacción de la prueba tuberculina.

Palabras claves: tuberculosis latente, prueba de tuberculina, funcionarios de salud.

ABSTRACT

One of the most vulnerable groups for contagion of the disease is that of health workers. Their occupational risk is determined by the direct exposure to infected patients. This situation is especially alarming due to the report of tuberculosis outbreaks acquired in health installations, both by health workers and patients. This situation has caused the Tuberculosis surveillance system to include health workers.

Objective: The objective of the research is to promote the occupational surveillance of latent tuberculosis in health workers.

Methodology: To calculate the sample, the prevalence of 5% with a level of certainty of 95% and a precision of 0.05 was used. The result was a sample of 250 workers, distributed into the two stratifications, administrative and health personnel. The risk factors were measured by calculating the cross-product ratio (RR) and the confidence interval (CI) in 2x2 tables.

Results: The results that demonstrated statistical significance (χ^2 greater than 3.84 and p less than 0.05) and that became risk factors are those associated with the intake of immunosuppressive drugs (RR = 9.7, CI = 4.76-19.7), the presence of BCG vaccine (RR = 4.1, CI = 0.56-29.7), the level of primary schooling (RR = 4.0, CI = 1.23-12.9), suffering from any health condition such as diabetes (RR = 5.6, CI = 2.63- 12.1); being health officials (RR = 3.8, CI = 1.77-8.43), the presence of windows (RR = 14.0 CI = 3.35-58.7), the presence of N-95 respirators (masks) (RR = 9.03, CI = 4.40-18.5) and not having a follow-up medical evaluation (RR = 2.85, CI = 1.27-6.40).

Conclusion:

The worker's medical evaluation when entering a health institution is too basic, to define the labor factors associated with the health condition more accurately over the years; and define the tuberculin test reaction.

Key words: latent tuberculosis, tuberculin test, health officials.

RESUMO

Um dos grupos mais vulneráveis ao contágio da doença é o dos trabalhadores da saúde. O risco ocupacional destes é determinado pela exposição direta a pacientes infectados. Esta situação é especialmente alarmante devido ao relato de surtos de tuberculose adquiridos nas unidades de saúde, tanto por profissionais de saúde como por pacientes. Esta situação fez com que o sistema de vigilância da Tuberculose incluísse trabalhadores da saúde.

Objetivo: O objetivo da pesquisa é promover a vigilância ocupacional da tuberculose latente em trabalhadores da saúde.

Metodologia: Para o cálculo da amostra, utilizou-se a prevalência de 5% com nível de certeza de 95% e precisão de 0,05. O resultado foi uma amostra de 250 servidores públicos, distribuídos em duas estratificações, administrativo e pessoal de saúde. Os fatores de risco foram medidos calculando a razão de produtos cruzados (RR) e o intervalo de confiança (IC) em tabelas 2x2.

Resultados: os resultados que demonstraram significância estatística (χ^2 maior que 3,84 e menor que 0,05) e que se tornaram fatores de risco são aqueles associados à ingestão de imunossupressores (RR = 9,7, IC = 4,76-19,7), presença de Vacina BCG (RR = 4,1, IC = 0,56-29,7), escolaridade primária (RR = 4,0, IC = 1,23-12,9), portador de qualquer condição de saúde como diabetes (RR = 5,6, IC = 2,63-12,1); ser funcionários de saúde (RR = 3,8, IC = 1,77-8,43), presença de janelas (RR = 14,0 IC = 3,35-58,7), presença de respiradores N-95 (máscaras) (RR = 9,03, IC = 4,40-18,5) e não ter uma avaliação médica de acompanhamento (RR = 2,85, IC = 1,27-6,40).

Conclusão: A avaliação médica no ingresso como trabalhador em uma instituição de saúde é fundamental, para definir com maior precisão os fatores laborais associados ao estado de saúde ao longo dos anos; e a reação ao teste tuberculínico.

Palavras-chave: tuberculose latente, teste tuberculínico, funcionários de saúde.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad antigua y actual. Esta continúa siendo un importante problema sanitario de escala mundial y su persistencia en los indicadores de salud pública se convierte en una amenaza para la salud de las personas encargadas de la asistencia de pacientes que viven con la enfermedad, así como de la comunidad en general.

La tuberculosis puede considerarse un riesgo ocupacional capaz de generar efectos adversos en la salud de quienes cuidan la salud o laboran en áreas de salud. Debido a ello, es necesario prestar más atención a las normas y procedimientos que se conocen para, a tiempo, detectar casos latentes de tuberculosis que pueden activarse en algún momento en los trabajadores; así como a condiciones múltiples que pueden favorecer la aparición de la enfermedad en el trabajador de la salud. Se entiende que es trabajador de la salud toda persona que labora en el ambiente sanitario, incluyendo a los administrativos, ya que de alguna forma estos últimos se encuentran también en contacto con pacientes que viven con la enfermedad.

La tuberculosis pulmonar es un problema de salud pública reemergente que ha tenido un gran impacto a nivel mundial. El resurgimiento de la enfermedad, su interacción con otros padecimientos, como el SIDA, y la aparición de cepas multirresistentes, ha generado un gran interés en la comunidad científica por realizar investigaciones sobre el comportamiento actual de formas de transmisión y medidas de prevención.

Uno de los grupos más vulnerables de contagio de la enfermedad es el de los trabajadores de la salud. El riesgo ocupacional de estos está determinado por la exposición directa a pacientes infectados. Esta situación es especialmente alarmante por el reporte de brotes de tuberculosis adquirida en las instalaciones de salud, tanto por los trabajadores de la salud, como por los pacientes. Esta situación ha generado que el sistema de vigilancia de la Tuberculosis contemple a los trabajadores de la salud.

La vigilancia epidemiológica de los trabajadores de la salud debe incluir una valoración al inicio de las labores contractuales y un seguimiento periódico. El método más reconocido para efectuar esta vigilancia es el de la aplicación periódica de tuberculina (derivado proteico purificado, PPD, por sus siglas en inglés), la investigación exhaustiva de tórax con rayos X, así como las baciloscopias y los cultivos, en los casos indicados. La aplicación de refuerzos en sujetos con PPD negativo ha demostrado ser una herramienta imprescindible para detectar falsos negativos en la valoración inicial. Hay relativamente poca información sobre la positividad de PPD basal y las tasas de conversión aceptables para un hospital. Sin embargo, hospitales grandes han notificado alrededor de 40% de positividad inicial con menos de 5% de conversión anual. (García Ramos, 2003)

En Panamá hay escasos estudios e información sobre esta vigilancia ocupacional, por lo que es interesante conocer la situación de este grupo de trabajadores que constantemente se hallan expuestos por el contacto con pacientes que acuden a las diversas áreas de las instalaciones de salud, objetivo que pretende medir este estudio.

METODOLOGÍA

Este estudio, de cohorte retrospectivo observacional y de carácter transversal, tiene como objetivo medir la tasa de incidencia de los factores de riesgo asociados a los resultados de la prueba de (PPD +). Además, es un estudio de cohorte observacional, porque busca identificar los factores de riesgo laborales y personales que influyen en la positividad de la prueba de PPD; es retrospectivo, porque se evaluaron los factores de riesgo ya existentes en los trabajadores; y transversal, porque se midió la exposición al riesgo de una población definida y en un punto específico de tiempo. Estos resultados también pueden usarse para evaluar el impacto de medidas preventivas dirigidas a reducir la carga de una enfermedad en una población.

Con esto en miras, se reclutó a un grupo de trabajadores de la Policlínica Dr. Santiago Barraza con el fin de aplicarles la prueba de PPD, además de analizar los factores de riesgo tanto laborales como personales que los hacen propensos a adquirir una infección tuberculosa latente. Se entiende como positiva una prueba de PPD realizada a un funcionario de salud aquella que mida 10 mm de induración o más. (CDC, 2017)

Además, se deben considerar, en conjunto con los resultados de la prueba de PPD, los factores de riesgo tanto laborales como personales del trabajador para tomar una decisión más acertada sobre el ordenar el inicio de la quimioprofilaxis

La unidad de análisis para este estudio la conformaron los funcionarios de la Policlínica Dr. Santiago Barraza, de una población constituida por 711 funcionarios, de los cuales 420 corresponden al área de salud y 291 al área administrativa.

Para el cálculo de la muestra se tomaron en consideración los siguientes criterios: incidencia de PPD+ relacionada a factores de riesgo, un nivel de certeza de 95% y una precisión de 0.05. En consecuencia, se obtuvo una muestra de 250 funcionarios, de acuerdo con la fórmula estadística para poblaciones finitas. Para verificar el cálculo de la muestra se introdujeron los datos en el programa EPI-INFO-7 lo cual confirmó el resultado del cálculo estadístico.

Para realizar el cálculo de la muestra por estratos de la población de estudio se utilizó la siguiente fórmula:

$$n_i = n \cdot \frac{N_i}{N}$$

Donde:

N es el número de los elementos de la población.

N, el de la muestra.

N_i, el del estrato.

N= 711, población de estudio.

n= 249 es la muestra calculada de acuerdo con la fórmula utilizada para poblaciones conocidas.

Funcionarios de salud=420 y funcionarios administrativos =291

De acuerdo con el cálculo realizado por estratos se deben tomar como muestra 147 funcionarios de la salud de manera aleatoria y 102 funcionarios del área administrativa.

La selección de la muestra se realizó por medio del método de muestreo probabilístico estratificado, considerando la ocupación de los trabajadores de la Policlínica, porque de esta manera la muestra tendría mayor probabilidad de ser representativa de la población de estudio. Se escogió el método de muestreo aleatorio simple, porque mediante este todos los funcionarios tendrían la misma probabilidad de ser incluidos en el estudio. La asignación se realizó utilizando una tabla de números aleatorios de manera electrónica hasta alcanzar el tamaño de la muestra. (Bishop, 2017)

Criterio de inclusión

Para la selección de la muestra se utilizaron los siguientes criterios:

- Todos los funcionarios que laboran en la Policlínica Dr. Santiago Barraza.
- Firma de consentimiento informado y de aceptación en la participación del estudio.

- Funcionarios que hayan padecido de tuberculosis o que la padezcan en el momento de este estudio.

Para la recolección de los datos que servirían de base para medir las variables del estudio, se elaboró un instrumento de preguntas cerradas. Este constaba de una primera parte de datos generales (5 preguntas), seguida de una segunda parte referente a las condiciones de riesgo personal (4 preguntas de selección múltiple) y, por último, una parte relacionada a las condiciones de trabajo (10 preguntas de selección múltiple).

RESULTADOS:

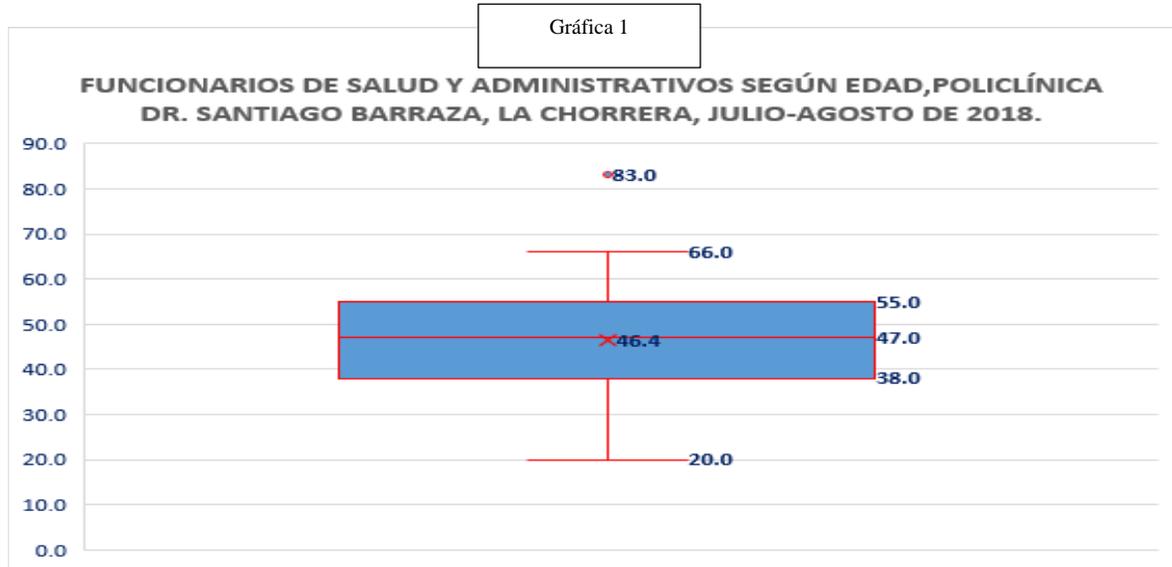
Toda Instalación de salud debe tener por norma realizar evaluación de inicio de labores a los funcionarios y ordenarle las pruebas necesarias para consignarlas en el expediente clínico de cada uno de ellos, a fin de llevar un monitoreo del estado de salud de éstos, pues solo de esta manera se puede hacer la evaluación y relacionarla o no al entorno laboral. A continuación, los resultados más relevantes.

TABLA 1 FUNCIONARIOS POR EVALUACIÓN MÉDICA DE INGRESO SEGÚN GRUPO DE EDADES, POLICLÍNICA DR. SANTIAGO BARRAZA, LA CHORRERA, JULIO-AGOSTO DE 2018.

GRUPO DE EDADES	TOTAL		EVALUACIÓN MÉDICA DE INGRESO			
			SÍ		NO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	250	100.0	166	66.4	84	33.6
20-29	14	5.6	10	4.0	4	1.6
30-39	57	22.8	40	16.0	17	6.8
40-49	67	26.2	39	15.6	28	11.2
50-59	87	34.8	59	23.6	28	11.2
60 y más	25	10.0	18	7.2	7	2.8

Fuente. Encuesta aplicada a 250 funcionarios de la Policlínica Dr. Santiago Barraza de Panamá Oeste, julio- agosto de 2018.

En cuanto a la evaluación médica de inicio de labores, la mayoría del personal fue



evaluado al ingresar a la institución (66.4%), de los cuales el 23.6% de los funcionarios del grupo etario de 50 a 59 años reportaron haber sido evaluados al inicio de sus labores. También llama la atención que un tercio del personal no fue evaluado, siendo la mayoría entre las edades de 40 a 59 años de edad (22.4%).

La gráfica 1, de caja y bigotes, permite observar la distribución por edades y las medidas estadísticas: media, mediana y los cuartiles 1 y 3, así como los valores máximo y mínimo. De acuerdo con esta gráfica, la edad mediana es de 47 años, mientras que la edad promedio es de 46,4 años. Se observa un valor atípico que corresponde a un funcionario jubilado, de 83 años, pero que continúa laborando en la institución. La edad mínima se ubicó en 20 años y la máxima en 66; el 25% de los funcionarios tienen hasta 38 años, mientras que el 75% hasta 55 años.

TABLA 2 FUNCIONARIOS DE SALUD Y ADMINISTRATIVOS POR REACCIÓN POSITIVA DE PPD≥10mm SEGÚN FACTORES ASOCIADOS A LA SALUD, POLICLÍNICA DR SANTIAGO BARRAZA, LA CHORRERA, JULIO- AGOSTO DE 2018.

FACTORES ASOCIADOS A LA SALUD	REACCIÓN PPD		RR	IC	x ²	p
	PPD≥10mm	PPD<10mm				
Total	22	228				
EVALUACIÓN MÉDICA INICIAL						
Sí	9	157	0.35	0.15-0.78	7.02	0.0080
No	13	71	2.85	1.27-6.40	7.02	0.0080

CONDICIÓN DE SALUD						
Ninguna condición	2	139	0.07	0.018-0.32	21.9	0.0000
Diabetes	7	12	5.6	2.63-12.1	20.1	0.0000
Hipertensión Arterial	1	4	2.3	0.38-14.1	0.79	0.3700
Problemas respiratorios	9	69	1.5	0.68-3.42	1.05	0.3030
Otros	3	4	5.4	2.10-14.2	10.4	0.0012
INGESTA DE FÁRMACOS						
Medicamento inmunosupresor	3	1	9.7	4.76-19.7	22.1	0.00000
Otro	17	71	6.2	2.3-16.3	18.7	0.00001
Ninguno	2	156	0.05	0.01-0.24	30.3	0
TIPO DE FUNCIONARIO						
Salud	9	157	3.8	1.77-8.43	14.5	0.0001
Administrativos	13	71	0.2	0.11-0.56	14.5	0.0001

Fuente. Encuesta aplicada a 250 funcionarios de la Policlínica Dr. Santiago Barraza, La Chorrera, julio- agosto de 2018.

La evaluación médica al inicio de labores se constituyó en un factor protector (RR= 0.35), mientras que el no recibir una evaluación médica representa un factor de riesgo (RR= 2.85). Se demostró que existe evidencia significativa de que la Evaluación Médica y la Reacción PPD están altamente asociadas. ($\chi^2 = 7.02$, $p = 0.0080$). El intervalo de confianza demuestra que el resultado se puede generalizar a toda la población; indicando este aspecto importante para el Programa de Salud Ocupacional de la Policlínica.

Los resultados indican que 141 funcionarios, el 56.4%, reportaron que no padecen de ninguna condición de salud, siguieron a estos 78 funcionarios (31.2%), que reconocieron padecer de alguna condición respiratoria.

El análisis estadístico señala que el no padecer ninguna condición que afecte la salud es un factor protector frente a la posibilidad de obtener una prueba positiva por PPD (RR= 0.07); mientras que el ser diabético, (RR= 5.6), hipertenso (RR=2.3), padecer de condiciones respiratorias, (RR=1.5) y otros problemas de morbilidad (RR= 5.4), como cáncer, lupus, silicosis, entre otros padecimientos, representan un factor de riesgo al presentar una prueba reactiva de PPD. El IC, χ^2 y el valor de p son estadísticamente significativos en condiciones como la diabetes, y ninguna condición ($\chi^2 = 20.1$, $\chi^2 = 21.9$ respectivamente). Sin embargo, con respecto a HTA y problemas respiratorios, no hay evidencia suficiente para aceptar esta afirmación.

En relación con la ingesta de fármacos y su influencia en la positividad de la prueba de PPD, se evidencia que el ingerir algún medicamento inmunosupresor (RR= 9.7) o algún otro fármaco (RR= 6.2) representa un factor de riesgo para que la prueba PPD resulte positiva; en cambio, el no ingerir medicamento alguno se constituye en un factor protector (RR= 0.05), pues

disminuye la posibilidad de presentar una reacción positiva a la prueba de PPD. El χ^2 y el valor p indican que existe asociación altamente significativa entre la ingesta de fármacos y la reacción PPD. ($\chi^2= 22.1$, $p= 0.000003$); $\chi^2 = 18.7$, $p= 0.00001$; $\chi^2= 30.3$, $p= 0$). El IC demostró que este resultado se puede generalizar a la población.

Se puede apreciar que el 6% de los funcionarios del área de salud reaccionaron a la prueba de tuberculina, mientras que, solo el 2.8 % de los funcionarios administrativos reaccionaron. Esto permite inferir que los funcionarios de salud se hallan más expuestos al contacto con paciente-clientes que pueden estar contagiados de tuberculosis y, por ende, aumenta el riesgo de contraer una infección latente por TB. En cambio, los funcionarios administrativos se encuentran menos expuestos al contacto con pacientes con tuberculosis.

Se demostró que el tipo de funcionario ($\chi^2=14.5$, $p=0.0001$) y la evaluación médica ($\chi^2=7.02$, $p=0.0080$) tienen asociación altamente significativa con la reacción de la PPD. El ser funcionario de salud representa un factor de riesgo para dar positivo en una prueba de PPD (RR= 3.8, IC=1.77-8.43), mientras que el ser funcionario del área administrativa constituye un factor protector (RR=0.2, IC=0.11-0.56). este resultado es posible generalizarlo a la población.

TABLA 3. FUNCIONARIOS DE SALUD Y ADMINISTRATIVOS POR REACCIÓN DE PPD SEGÚN ESCOLARIDAD, POLICLÍNICA DR. SANTIAGO BARRAZA, LA CHORRERA, JULIO-AGOTO DE 2018.

ESCOLARIDA D	REACCIÓN PPD		RR	IC	χ^2	P<0.05
	PPD≥ 10mm	PPD < 10mm				
TOTAL	22	228				
Primaria	3	5	4.0	1.23-12.9	5.14	0.023
Secundaria	6	58	0.25	0.07-0.80	5.14	0.023
Técnico	7	20	6.52	2.37-17.9	16.3	0.000053
Universidad	6	145	0.153	0.05-0.42	16.3	0.000055

Fuente. Encuesta aplicada a 250 funcionarios de la policlínica Dr. Santiago Barraza, La Chorrera, julio- agosto de 2018.

Al asociar el nivel de escolaridad con la prueba de PPD, se evidencia que el tener solo los grados de escolaridad primaria y técnico representa un factor de riesgo (RR= 4.0 y RR= 6.52, respectivamente), en cambio, tener un nivel de escolaridad de secundaria y universidad se constituye en un factor protector frente a la posibilidad de adquirir una infección por TB latente

(RR= 0.25 y RR= 0.153 respectivamente). El IC, χ^2 y el valor de p revelan que hay significancia estadística y se acepta que ambas variables están asociadas.

TABLA 4. FUNCIONARIOS DE SALUD Y ADMINISTRATIVOS POR REACCIÓN DE PPD SEGÚN PRESENCIA DE VENTANAS Y USO DE RESPIRADORES N95, POLICLÍNICA DR. SANTIAGO BARRAZA, LA CHORRERA, JULIO-AGOTO DE 2018.

PRESENCIA DE VENTANAS	REACCIÓN		RR	IC	χ^2	p
	PPD \geq 10mm	PPD< 10mm				
TOTAL	22	228				
Sí	20	84	14.0	3.35-58.7	24.1	0.000002
No	2	144	0.07	0.017-0.29	24.1	0.000002
RESPIRADORES N-95 (MASCARILLAS)						
Con mascarilla	4	2	9.03	4.40-18.5	25.4	0.000015
Sin mascarilla	18	226	0.11	0.05-0.22	25.4	0.000015

Fuente: Encuesta aplicada a 250 funcionarios de la Policlínica Dr. Santiago Barraza, La Chorrera, julio- agosto de 2018.

El análisis de riesgo señala que la presencia de ventanas en el área es un factor de alto riesgo (RR=14.0) y que la muestra de esta variable es buena, pero poco precisa, por la amplitud del IC=3.35-58.7. La literatura, menciona Pérez (2016), señala que una ventilación adecuada en el ambiente laboral es lo ideal para mantener las condiciones laborales favorables y saludables. Cabe señalar que la Policlínica tiene gran cantidad de ventanas, pero se encuentran cerradas por la adecuación en el uso de los aires acondicionados, sin embargo, carecen del mantenimiento indicado, según recomendaciones del fabricante. Por todo ello se puede inferir que el mantener las ventanas cerradas influye en la inadecuada ventilación de la Unidad. La prueba de Chi-cuadrado muestra que existe alta relación entre ambas variables. ($\chi^2=24.1$, $p=0.000002$).

Con el análisis de la prueba Chi-cuadrado se puede evidenciar que existe asociación altamente significativa entre ambas variables. ($\chi^2=25.4$, $p=0.000015$), como también se aprecia que el usar los respiradores N-95 representa un factor de riesgo (RR= 9.03) y que no usar los respiradores se constituye en un factor protector (RR= 0.11).

DISCUSIÓN

La transmisión de la TBC al personal de salud y el riesgo de infección, dependen de numerosos factores que explican el amplio rango de frecuencia reportada. Debe tenerse presente que infección no es equivalente a enfermedad, y que resulta un fenómeno mucho más frecuente la infección que la enfermedad. Por cada caso de enfermedad en el personal de salud (PS) se han producido muchos casos de infección latente. Luego de la exposición, solo 5% de los infectados desarrollará la enfermedad en los dos años siguientes y otro 5% adicional en los años venideros.

En forma habitual, la infección por Tuberculosis se diagnostica por el viraje de la prueba de tuberculina (de negativa a positiva) durante el seguimiento de una población (PS) con una prueba inicial negativa. El riesgo de diseminación de la TBC en un paciente varía, dependiendo de si este tiene cavidades pulmonares, tiene TBC laríngea, es sometido a una broncoscopia o está en los primeros días de tratamiento. La dosis infectante o *quanta* liberada al espacio aéreo (dosis necesaria para infectar a una persona), difiere según estas condiciones y los expuestos requerirán mayor o menor tiempo de exposición para infectarse. Si los *quanta* liberados son elevados, se necesitará menor tiempo de permanencia en la sala donde halla el paciente, ya que en un menor número de ciclos respiratorios se logrará el contagio.

La Norma Técnica Nacional para el Control de la Tuberculosis (2017) señala que al personal de riesgo como lo son los trabajadores de la salud se les debe realizar como parte de la vigilancia en salud ocupacional la prueba de tuberculina para así tomar las medidas preventivas a tiempo de iniciar un tratamiento de quimioprofilaxis, evitándose así el posible desarrollo de la enfermedad; situación que no es evidente en la institución de salud donde se realizó el estudio.

La literatura (Rodríguez (2012), señala que ciertas condiciones en la salud de las personas se constituyen en riesgo para la adquisición de morbilidades y de infecciones propias del ambiente laboral. Entre ellas destacan las que inmunosuprimen el sistema de defensa del organismo, tales como la diabetes, silicosis, cáncer, lupus, entre otras.

De todo ello se puede inferir, de acuerdo con lo que señala la literatura (Cano, 2015), que a mayor edad cronológica mayor probabilidad de que se presenten condiciones en el estado de salud del individuo que lo hacen más susceptible de adquirir enfermedades.

La OPS, (2011) indica que uno de los pilares fundamentales para el control de infecciones propias del ambiente laboral debe ser el monitoreo de las evaluaciones de salud de los funcionarios, para evitar el desarrollo de una tuberculosis activa.

De acuerdo con Fica A y otros, (sf) la magnitud del riesgo se puede observar de dos formas, a saber: en la era pre-tratamiento antituberculoso, el riesgo estimado de infección anual alcanzaba al 80% del personal; en la era post-tratamiento antituberculoso y durante la existencia de brotes, este riesgo oscila entre un 14 y 55% de infección latente y entre un 2,2 y 8,4% de TBC clínica.

Entre los factores que explican las diferencias en el riesgo de infección o desarrollo de TBC activa destacan: el volumen de pacientes con TBC atendidos, la función u ocupación del PS, el lugar de trabajo del PS, el retraso en el diagnóstico de los pacientes con TBC, diferencias en ventilación ambiental, la aplicación o no aplicación de medidas de aislamiento para aerosoles, las barreras de protección que usa el personal clínico y la existencia de PS con alguna condición de inmunosupresión.

Por otro lado, (Pérez, 2016), indica que el contar con una mayor preparación académica se refleja en la conducta del funcionario con respecto al manejo en las buenas prácticas y la implementación de las medidas de seguridad. Sin embargo, se observa que, entre los grados de preparación técnica y primaria, el de primaria representa un factor protector en comparación

con el grado de escolaridad técnico. Se puede inferir, entonces, que el ser técnico, por las funciones que realiza el funcionario en la unidad, expone a este a un mayor contacto con clientes-pacientes que hayan sido diagnosticados con tuberculosis y, por ende, aumenta sus posibilidades de ser contagiado con alguna infección asociada al manejo de la salud.

El uso de mascarillas (N-95) por los funcionarios de salud es una medida indicada por bioseguridad de toda Instalación de Salud, sin embargo, no todas las áreas tienen acceso a estas. Se debe recordar que esta medida debe venir acompañada del adecuado lavado de manos, la limpieza y desinfección de las áreas, el uso de la etiqueta respiratoria, entre otras medidas que refuercen las medidas de bioseguridad para evitar al máximo el contagio con alguna infección asociada a la atención en salud, como lo es la infección por tuberculosis latente.

Los resultados evidenciaron que existe asociación altamente significativa entre ambas variables. ($\chi^2= 25.4$, $p= 0.000015$), como también se aprecia que el usar los respiradores N-95 representa un factor de riesgo ($RR= 9.03$) y que no usar los respiradores se constituye en un factor protector ($RR= 0.11$). Este resultado está sustentado por lo que señala (Morales y otros 2015), que dice el uso de la protección respiratoria por sí sola no es suficiente garantía para no adquirir alguna infección propia del ambiente laboral, como lo es la infección por tuberculosis latente. Para ello se requiere que se tomen una serie de medidas de bioseguridad tanto personal como laboral de tal forma se disminuya la posibilidad de la adquisición de una infección asociada al área de trabajo.

CONCLUSIONES

La evaluación médica al ingresar como trabajador de una institución de salud es básica, para definir con más exactitud los factores laborales asociados a la condición de salud al pasar los años; y la reacción de la prueba tuberculina.

Los factores de riesgo que demostraron evidencias altamente significativas fueron la evaluación médica de seguimiento, la ingesta de fármacos inmunosupresores, al igual que la ingesta de algún otro fármaco; nivel de escolaridad primaria y nivel de escolaridad técnico; padecer de alguna condición de salud como diabetes y otras condiciones de salud; ser funcionarios de salud; presencia de ventanas; uso de respiradores N-95 (mascarillas).

Toda Instalación de salud debe tener por norma realizar evaluación de inicio de labores a los funcionarios y ordenarle las pruebas necesarias para consignarlas en el expediente clínico de cada uno de ellos a fin de llevar un monitoreo del estado de salud de estos, pues solo de esta manera se puede hacer la evaluación y relacionarla o no al entorno laboral.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Barrios-Payán, Jorge A, Castañón-Arreola, Mauricio, Flores-Valdez, Mario A, & Hernández-Pando, Rogelio. (2010). Aspectos biológicos, clínicos y epidemiológicos de la tuberculosis latente: Biological, clinical and epidemiological aspects of latent tuberculosis. *Salud Pública de México*, 52(1), 70-78. Recuperado en 10 de diciembre de 2017.
- Bishop C. (2017) Apuntes de Epidemiología General, Maestría en Epidemiología, Universidad de Panamá, 2017
- Cano C; Quintero M y Ruiz M. (2015) La Tuberculosis como enfermedad laboral en los Trabajadores del área de la salud. Facultad de medicina, Medellín Colombia. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000100011&lng=es&tlng=en
- Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (2017) Tuberculosis Latente. Disponible en URL: <https://www.cdc.gov.tb>
- Fica C, Alberto, Cifuentes D, Marcela, Ajenjo H, M. Cristina, Jemenao P, M. Irene, Zambrano O, Alejandra, Febré V, Naldy, Delpiano M, Luis, Diomedi P, Alexis, & Ramonda C, Paulina. (2008). Tuberculosis en el personal de en el personal de salud. *Revista chilena de infectología*, 25(4), 243-255. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182008000400001>.
- García Ramos, R., Lado, F.L., Túnez Bastida, V., Pérez Del Molino Bernal, M.L., & Cabarcos Ortiz de Barrón, A. (2003). Tratamiento actual de la tuberculosis. *Anales de Medicina Interna*, 20(2), 43-52. Recuperado en 10 de diciembre de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992003000200011&lng=es&tlng=es
- MINSA. Norma Técnica Nacional Para El Control De La Tuberculosis (2017) Panamá.
- Organización Panamericana de la Salud. Estados Unidos: 2011 [marzo 2011]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/168261/1/fep003174.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. Estados Unidos: 2011 [marzo 2011]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/168261/1/fep003174.pdf>
- Rodríguez D, Juan C. (2012). Tuberculosis latente. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 28(1), 61-68. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482012000100009>
- Pérez Bermúdez, Brígido, Aranda Vizcaíno, Manuel Antonio, & Labanda Urbano, Pablo Honorio. (2011). Prevalencia de infección latente tuberculosa en trabajadores sanitarios.

AGRADECIMIENTO

Todo proyecto científico requiere de gran esfuerzo y empeño para lograrlo; por lo que deseo expresar mi agradecimiento al personal de Enfermería de la Universidad de Panamá, al Comité de Bioética de la Universidad de Panamá y de la Comisión de Vicerrectoría de Investigación y Postgrado de la Universidad de Panamá.

A SENACYT por creer en los profesionales y facilitar el apoyo económico para la especialización en la Maestría de Epidemiología.

A las autoridades médicas, enfermería y a los participantes que formaron parte de este proyecto en la Policlínica Dr. Santiago Barraza.