



Revista estudiantil

Facultad Ciencias de la Salud

Villavicencio, Meta, Colombia

Volumen 1, Número 2, Año 2014

Centro de Investigaciones





REVISTA ESTUDIANTIL



Universidad de los Llanos — Facultad Ciencias de la Salud



UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

*La 'Universidad de cara a la sociedad
por la acreditación institucional'*

Blanca Stella Piñeros Serrada

Decana

Nelsy Janeth Camacho Parrado

Secretaria académica

Oscar Alexander Gutiérrez Lesmes

Director Centro de Investigaciones

Leonor Cristina Cañón Uribe

Directora Centro de Proyección Social

Diana Topacio Rincón Zúñiga

Representante Estudiantil del Centro de Investigaciones

Jorge Andres Rodríguez Parra

Monitor de Centro de Investigaciones

Periodicidad semestral

Universidad de los Llanos, Villavicencio, Colombia

CONTENIDO

	Pág.
EDITORIAL	
	04
Cultivando méritos hoy, para cosechar éxitos mañana Jorge Andres Rodríguez Parra	
ARTICULOS DE INVESTIGACION	
	07
Conocimientos y actitudes sobre atención primaria en salud que tienen los profesionales de enfermería en IPS del municipio de Villavicencio, durante el año 2014. Joddy Liseht Torres Martinez, Linddy Torres Martinez	
	21
Sífilis gestacional y congénita: adherencia de los profesionales al manejo terapéutico y red de apoyo familiar de Puerto López, Meta. Carmen Julia Quevedo Gutiérrez, Johana Roció Fajado Romero	
	42
Conocimiento y actitudes sobre atención primaria en salud que tienen los profesionales de enfermería en IPS del municipio de Acacias, durante el año 2014. Christa Yuselndi Rincon Paiva, July Samantha Rojas	
	64
Sífilis gestacional y congénita: adherencia de los profesionales al manejo terapéutico y red de apoyo familiar, en el municipio de Granada del departamento del Meta. Borrero B. Vania , Parra M.Maritza	
	76
Conocimientos y actitudes sobre atención primaria en salud que tienen los profesionales de enfermería en IPS del municipio de Acacias durante el año 2014. Martha Vanessa Osorio Villamil, Diego Andrés Forero Téllez	
ARTICULO DE REFLEXIÓN	
	88
Importancia de las Ciencias Para el Desarrollo de la Salud David Ricardo Cárdenas Carvajal, Diana Topacio Rincón Zúñiga, Juan David Lizcano Gutiérrez, Miguel Eduardo Lozano Romero, Oscar Felipe Rodríguez Martínez, Yeimi Daniela Vargas	

ARTICULOS DE REVISION EN EL AREA DE LA SALUD Y AREAS RELACIONADAS

Caso Clínico Quemadura de II Grado en Niño de 22 Meses

94

Bautista Rico Jessica Natalia, Rincón Zúñiga Diana Topacio, Rojas Ruíz Luisa María,
Tobian Gutierrez Ludley del Pilar

Formación de Enfermeros en Cuidado o de la Salud Colectiva, en el Marco de la Atención Primaria en Salud.

97

Nelly Johanna Lobo Rodríguez

Cultivando méritos hoy, para cosechar éxitos mañana

Participar en la elaboración de la revista estudiantil de la Facultad de Ciencias de la Salud brinda una gran experiencia para la vida de un estudiante. La oportunidad de dar a conocer el trabajo de estudiantes que cursan sus últimos semestres de la carrera, genera una motivación para ellos, pues sabrán que su esfuerzo y dedicación no quedarán guardados u olvidados en un gabinete de una biblioteca. Para los estudiantes vinculados a la Facultad, los cuales aún no han accedido a su opción de grado, estas revistas lograrán un estímulo de participación, realizaran su trabajo con doble finalidad; la primera para obtener su derecho de grado y cumplir su meta de ser profesionales, y como segundo objetivo, donde tiene como pilar principal la publicación de la revista, la posibilidad de ser conocidos por estudiantes, docentes, egresados, profesionales y todo aquel interesado en un tema específico.

A nivel personal, siendo un estudiante a mitad de carrera, donde ya se tiene claro la importancia de ser reconocido a nivel municipal, nacional e incluso internacional, lo cual solo se

consigue con esmero y calidad de estudio, el participar y aprender (principalmente la segunda y tempranamente) en la construcción de dos volúmenes de la revista estudiantil, donde durante el proceso se adquieren varios conocimientos, tanto en la construcción de un artículo como en la misma situación que se vive en los lugares de ejecución del mismo y poder percibir que tan cerca estamos de parecernos a la teoría.

Por último, quisiera dar un consejo no solo a los estudiantes de la facultad, sino a todas las personas que aspiran a acceder a un cargo más alto o pertenecer a un grupo específico en la sociedad, no se queden sentados a que las personas de la noche a la mañana los reconozcan y les ofrezcan un trabajo o vinculación, gestionen los espacios y las oportunidades para dar a conocer su propio potencial e interés por el saber.

Jorge Andres Rodríguez Parra
Estudiante de Enfermería

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE ATENCION PRIMARIA EN SALUD QUE TIENEN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN IPS DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO, DURANTE EL AÑO 2014.

*Joddy Liseht Torres Martinez, Linddy Torres Martinez

RESUMEN:

El **Objetivo** de esta investigación fue describir los conocimientos y actitudes sobre Atención Primaria en Salud que tienen los profesionales de enfermería en IPS del departamento del Meta, durante el año 2014 ésta fue una investigación con enfoque cualitativo, en la cual se creó una encuesta con 15 preguntas, basada en el método de la escala de Likert, luego se realizó una entrevista semiestructurada, la cual amplió los resultados obtenidos en la encuesta de los conocimientos y actitudes sobre atención primaria que tienen los profesionales de enfermería. Consecuentemente, la información obtenida, se categorizó, para facilitar el análisis e interpretación de los datos.

Los **Hallazgos** se dan a conocer a partir de cuatro categorías de análisis, las cuales son: APS caracterización general, APS principales problemáticas, Atención primaria integral de salud, y estrategia organizacional de la APS. **Conclusión:** se identificó que es necesario que los profesionales de enfermería en una IPS del municipio de Villavicencio, durante el año 2014 posean el conocimiento empírico y

práctico para lograr implementar la estrategia, sin embargo los métodos de educación e

información impartidos a los profesionales no han sido suficientes y han generados vacíos de conocimiento en ellos.

Se estableció que aunque la mayoría de la población muestra reconocieron la importancia de la estrategia APS una parte significativa no mostro interés en apropiarse de esta, aun teniendo en cuenta que sobre ella se basa el sistema de salud del país.

Palabras clave: conocimiento, actitud, Atención primaria en salud, enfermería.

INTRODUCCIÓN:

Teniendo en cuenta que la estrategia de Atención Primaria en Salud permite a la comunidad acceder servicios de salud con mayor equidad, integralidad y justicia social, logrando inclusive una asignación eficiente de los recursos sociales; se ha considerado necesario conocer la perspectiva y el concepto que tienen los profesionales de enfermería hacia esta estrategia, teniendo en cuenta que la labor que desempeñan es de vital importancia en la prestación de servicios de salud, al ser generadores de actividades orientadas hacia la promoción de la salud y el autocuidado en donde se pone a prueba la capacidad de resolución de problemas de salud, independencia y autonomía en la toma de decisiones con respecto al cuidado del individuo, la familia y la comunidad; lo que ratifica su importancia dentro del equipo de atención primaria y le da la posibilidad de desarrollar un papel más activo.

Se proyecta amplia utilidad de los resultados de esta investigación ya que podrá aportar a la orientación sobre la realidad de los conocimientos y actitudes con respecto a la Atención Primaria en Salud de los profesionales de enfermería, con lo cual se podrán desarrollar estrategias que optimicen los procesos de atención. De igual manera servirán como aporte importante en la construcción del informe final del macro proyecto: “conocimientos y actitudes sobre atención primaria en salud que tienen los profesionales de enfermería en el Departamento del Meta, durante el año 2014”.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Investigación con enfoque cualitativo, al pretender aproximarse a unas situaciones sociales particulares para explorarlas, describirlas y analizarlas a partir de los conocimientos y actitudes de la población objeto de estudio con respecto a la Atención Primaria en Salud.

Fue una investigación de tipo descriptivo ya que se investigaron situaciones que ocurren en condiciones naturales, en este sentido los da-

tos que se identificaron y analizaron son originales y empíricos.

Fue una investigación de tipo exploratorio, que abordó el problema identificando la construcción de los sujetos de investigación acerca de la Atención Primaria en Salud, buscando los significados en sus discursos y manifestaciones, con el fin de comprender sus conocimientos y actitudes y prácticas entorno a esta estrategia.

La población estuvo constituida por 8 profesionales de enfermería que coordinan programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en IPS del primer nivel de atención, de la red pública en salud del municipio de Villavicencio en el departamento del Meta durante el segundo trimestre del año 2014. La muestra estuvo conformada por 4 profesionales de enfermería que coordinan programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en IPS del primer nivel de atención, de la red pública en salud del municipio de Villavicencio en el departamento del Meta durante el segundo trimestre del año 2014.

Se consolidó una base de datos con la información de los profesionales de enfermería que cumplieran con los criterios de inclusión. La recolección de la información incluyó el cuestionario de aspectos generales, la escala Likert y la entrevista semiestructurada los cuales fueron aplicados a la población muestra para profundizar en la identificación de los conocimientos y actitudes que tienen sobre Atención Primaria en Salud adquiridos en la encuesta.

Previamente a la entrevista se aplicó a cada participante de la investigación un cuestionario que permitía obtener datos de tipo general, personal y formativo, posteriormente la información recolectada fue tabulada en una base de datos Excel en donde se clasificaron según la variable, Junto con el cuestionario de datos generales se aplicó una escala de Likert, la cual estuvo conformada por 15 afirmaciones de las cuales 10 determinaban conocimiento y 5 determinaban actitud, se tabuló la información manualmente, y posterior a eso se realizó un

análisis de cada afirmación. Se realizó una entrevista semiestructurada a cada participante individualmente la cual fue grabada para posteriormente ser transcrita para el proceso de tabulación de datos, que permitió ampliar los resultados obtenidos en la escala Likert, seguido a esto se tabularon los datos en una base de datos Excel los cuales se clasificaron en categorías y subcategorías. Para extraer estas categorías y subcategorías se realizó la fragmentación de los textos para luego ir agrupándolos según sus significados. De esta segmentación de los textos se extrajeron los núcleos temáticos que son los conceptos que se relacionan con las categorías. Este proceso permitió comprender los significados y percepciones que tienen acerca de los conocimientos y actitudes que sobre Atención Primaria en Salud que tienen los profesionales de enfermería en IPS del departamento del Meta, durante el año 2014.

RESULTADOS:

La muestra total estuvo conformada por 4 enfermeras profesionales todas de sexo femenino (100%) y que además residían en el municipio de Villavicencio (100%) con una edad prome-

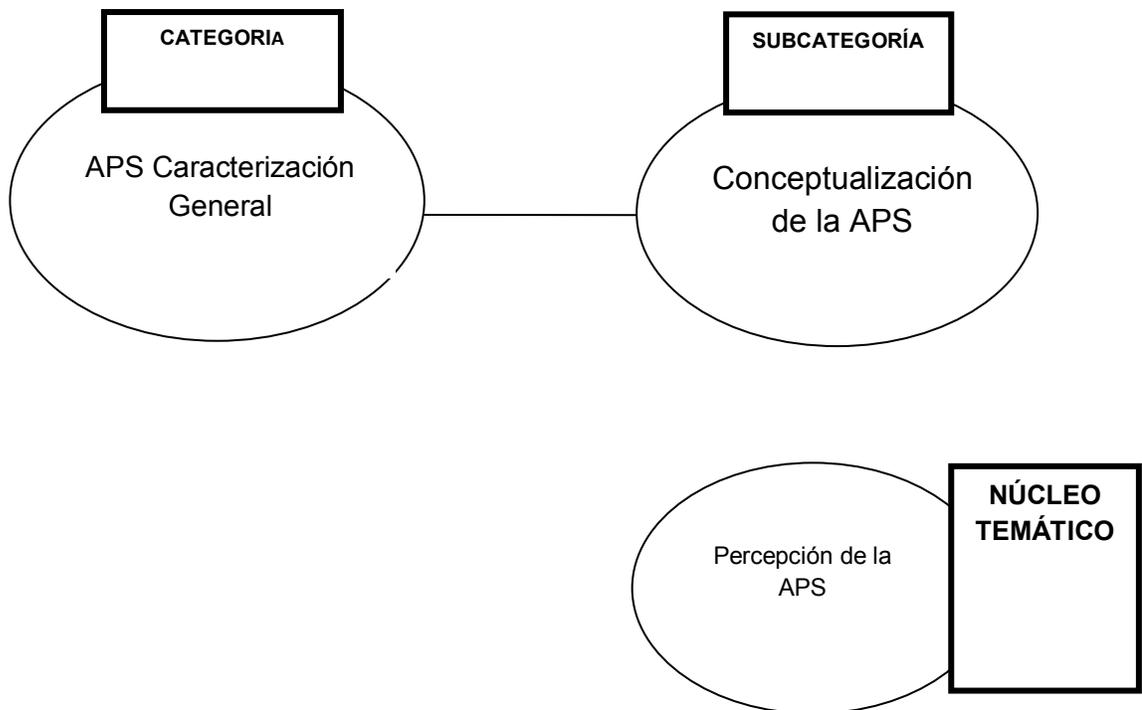
dio de 46.2 años, con edades oscilantes entre los 33 y los 59 años, con respecto al estado civil el 50% manifestaron convivir en unión libre, un 25% está casada y el otro 25% es soltera.

El 100% del total de la muestra egreso en pregrado de la Universidad de los Llanos y las fechas de graduación van desde el año 1987 hasta el año 2003, en cuanto a los estudios de posgrado el 75% refirió no haber realizado ninguno y solo un 25 % si realizo estudio de posgrado en salud familiar.

En la muestra total las actividades académicas no formales variaron entre talleres como actualizaciones en PAI, actualizaciones en 412, AIEPI y cursos como RCP básico, un 50 % si las realizaron y un 50% no ha realizado ningún tipo de actividad académica no formal desde su pregrado.

En el análisis de los resultados se obtuvieron cuatro categorías: APS caracterización general, APS principales problemáticas, Atención primaria integral de salud, y Estrategia organizacional de la APS, los cuales se muestran a continuación.

Grafico 4. Categoría APS Caracterización General



Fuente: Elaborada para la presente investigación.

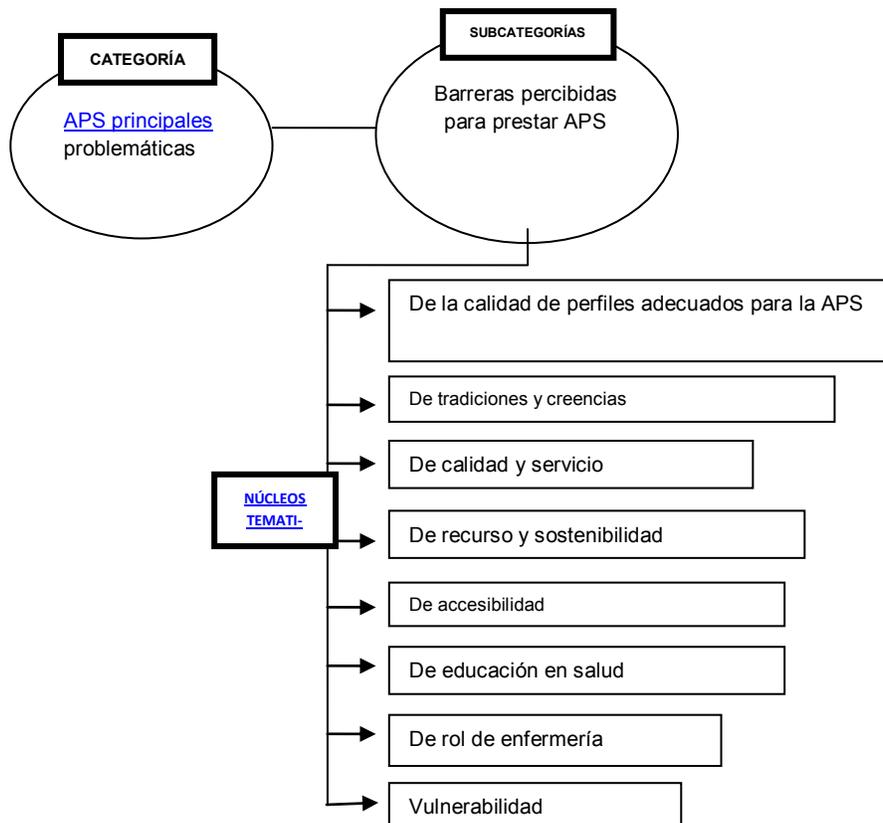
En esta categoría se hace referencia a la apreciación que tienen los profesionales de enfermería acerca del concepto general de APS, definida como la atención esencial a la población, el núcleo de salud de cada país y hace parte del desarrollo socioeconómico de los individuos y que se puede reflejar en las siguientes proposiciones: “son todas las actividades encaminadas, en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y en una atención con calidad hacia el paciente”, “pues es brindar educación especialmente a las personas que están en el hogar para que ellas puedan manejar de una forma rápida algunas situaciones”

La APS representa el primer contacto de la comunidad, la familia y el individuo con el SGSSS, es la columna vertebral del sistema de salud, por lo cual es de vital importancia poseer conocimientos claros acerca de que es

esta estrategia y lo que representa para así poder actuar eficazmente.

Los datos obtenidos que se agruparon nos permiten identificar una Subcategoría que nos facilita conocer la objetividad y concepción de los profesionales de enfermería hacia la Atención Primaria en Salud, lo anterior se puede percibir en expresiones como: “son los servicios, conocimiento los servicios básicos que la comunidad” “es lo básico, lo esencial que se necesita para tener la salud, una buena salud” Estos datos nos da una noción de lo que piensan los profesionales de enfermería sobre Atención Primaria en Salud, con lo cual se puede entender que aún no tienen una definición clara acerca de la APS, lo que demuestra la importancia de que quede bien definido este concepto inclusive en los primeros años de educación universitaria

Grafico 5. Categoría APS principales problemáticas



Fuente: Elaborada para la presente investigación

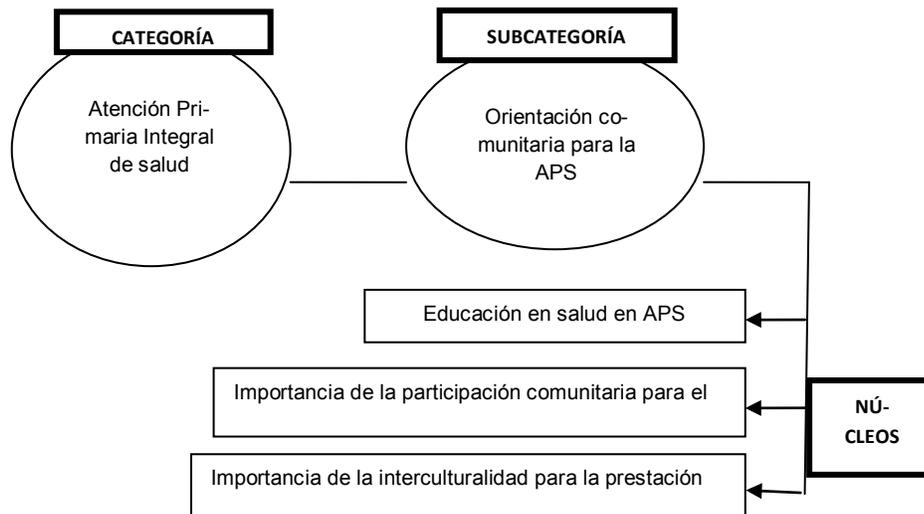
La Atención Primaria en Salud es una estrategia que se ha puesto en marcha desde hace algunos años sin embargo su implementación ha sido algo compleja ya que aún se perciben barreras para que esta sea efectiva lo que se puede reflejar en algunas expresiones destacadas. “si claro bastante porque muchas veces las bases que traemos de la universidad no son los suficientes”, “ya la gente no cree mucho en la parte de medicamentos que normalmente dan los doctores o los médicos en los centros de salud o en las IPS”, “¿por qué? , Porque el sistema de salud se ha deteriorado tanto ha cambiado tanto que ya la gente no le gusta ni siquiera las citas al médico ni sacar cita porque siempre que hay un dolor es el mismo dos medicamentos unos medicamentos que usualmente dan y no más, entonces la gente mejor se medica”, “el problema que se presenta acá para el acceso a algunos, a algunas consultas de control o de medicina general es la parte administrativa”, “La favorece pero lo que te decía el problema es que no todos aunque trabajen en APS no todos conocen de las políticas”

Con estas proposiciones se pueden notar algunos de los desafíos percibidos por los profesionales a los que se enfrenta el SGSSS con la implementación de la estrategia APS las cuales son muy diversas entre ellas se pueden nombrar la inequidad, insuficiente personal humano capacitado, fallas en la cobertura y en la calidad de la atención, lo que implica que el sistema de salud debe tomar una posición resolutive para generar mejorar la implementación de la estrategia.

Los datos obtenidos que se concentraron nos permiten establecer una Subcategoría que refleja las dificultades percibidas por los profesionales de enfermería acerca de la implementación de la estrategia de Atención Primaria en salud, lo anterior se puede percibir en expresiones como: “considero que en las uni-

versidades deberían dedicar más el tiempo a la promoción y prevención y no a la parte clínica”, “trato de sensibilizar a los médicos también porque ellos son muy exactos en sus citas que cinco minutos que 10 minutos cuando a uno se nos ofrece , ponernos en los zapatos de la gente miremos que venir mojados venir sudados que venir con tres, cuatro niños en una bicicleta no”, “es importante por lo que decía tienen unas creencia la gente se rige por ellas y entonces van a creer que lo que uno les dice aquí dentro del consultorio es solo paja o ganas de molestar y no van a tener en cuenta”, “el problema que se presenta acá para el acceso a algunos, a algunas consultas de control o de medicina general es la parte administrativa”, “Eh, como contribuye. Pues ya, el problema que hay con lo que respecta a salud es la falta de información y el conocimiento” En estos datos obtenidos se fundamentan todas las barreras percibidas por los profesionales de enfermería en cuanto a la implementación y desarrollo de la estrategia en el país, entendiendo así que son muchas y que se deben desarrollar e implementar medidas resolutive.

Grafico 6. Categoría Atención primaria integral de salud



Fuente: Elaborada para la presente investigación.

Los datos obtenidos que se agruparon en esta categoría nos indican que para poder prestar una atención primaria integral de salud se hace necesario reconocer la importancia de la educación a la comunidad para que así mismo ellos se hagan partícipes de su autocuidado y multipliquen la información llegando a acuerdos que no interfieran con sus creencias y tradiciones y que permitan tener una relación profesional – usuario donde fluya la información lo que podemos notar argumentado en algunas opiniones: “dar a entender las pautas que tanto ellas las entiendan como para que nosotros para un estilo de vida saludable”, “¿La participación social? Si, pienso que la comunidad la que está dando a conocer sus problemas desde los gestores sociales hasta los mismos integrantes de una familia”, “todo eso son culturas que uno debe manejar muy bien para poder llevar la gente mirar cómo se puede brindar una buena promoción y prevención de tal enfermedad pero al modo de ellos cierto, uno tiene que acoplarse al sitio donde esta “

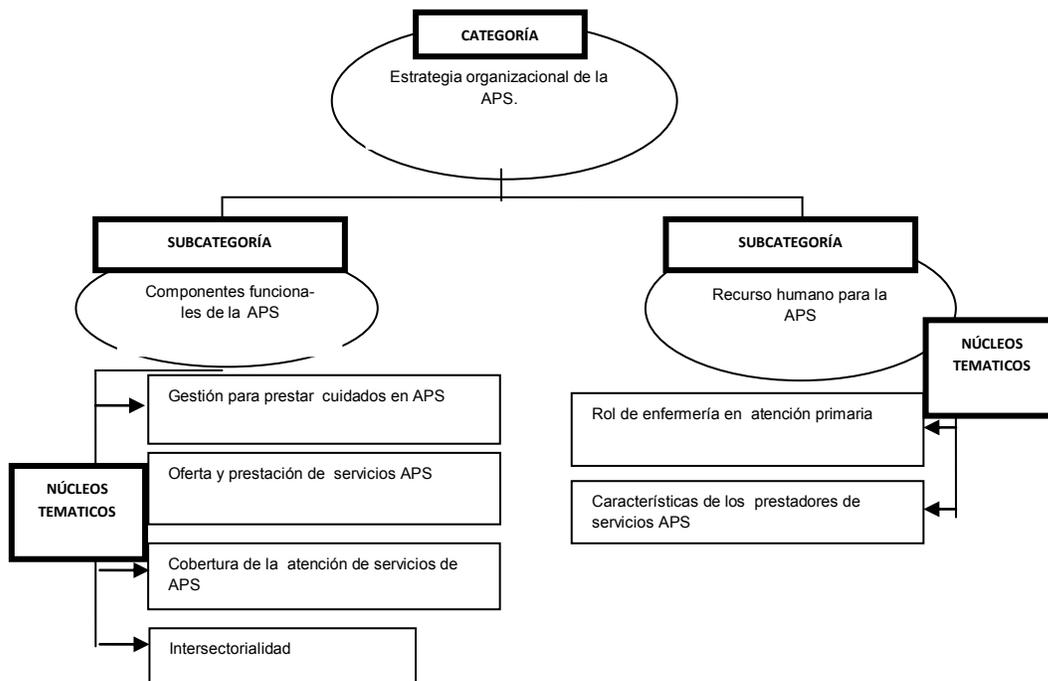
Según lo analizado esta categoría nos posibilita establecer una subcategoría que agrupa ciertas características e intervenciones importantes para prestar servicios de salud.

La subcategoría a la que se hace referencia es:

Orientación comunitaria para la Atención Primaria en Salud, que comprende un enfoque hacia las acciones de promoción y prevención de enfermedades y riesgos específicos para la protección de la salud evidenciado en frases como: “es brindar el conocimiento y la herramientas básicas, para que la comunidad las aplique”, “cuando nosotros logramos ir a dar las herramientas a la comunidad entonces vamos a ver que ellos van a empezar a aplicar eso en su vida en la cotidianidad.”

Hacer partícipe a la comunidad sobre el cuidado de sí mismos es importante ya que si se les suministran los medios necesarios para mejorar su salud y tener un mayor control sobre la

Grafico 7. Categoría Estrategia Organizacional de la APS



Los datos obtenidos que se recopilamos en esta categoría nos muestran que los profesionales de enfermería y en general los profesionales de salud que prestan servicios de APS deben tener claro que la Atención primaria es una estrategia multi, inter y transdisciplinaria que requiere de trabajo y gestión social y además de trabajo en equipo. Por lo que deben adquirir protagonismo y reorientar sus funciones con la obtención de nuevas habilidades y competencias adecuadas que le permitan adaptarse al nuevo sistema, lo que podemos notar argumentado en las siguientes afirmaciones que fueron las más relevantes: “La comunidad va cambiando y los procesos de cuidado también.”, “Es gestionar como se puede mejorar la calidad de vida de ciertas personas que de pronto no tienen una información y que ahora sí la tiene y que pueden ellos mismos ya venir solitos después en otra ocasión eso es”, “Estar de lleno presentando actividades, estrategias o de pronto en planes de mejoramiento que

uno tenga para cierto sitio o para cierta comunidad.”, “Si, porqué. Porque la estrategia es una demanda hacia la prestación de los servicios de salud más que todo en los programas de promoción y prevención.”

De acuerdo a lo estudiado esta categoría nos permite establecer dos subcategorías que reúnen los elementos y medios para la organización de los servicios de APS

La primera subcategoría a la que se hace referencia son: componentes funcionales de la APS que permiten a los profesionales el desarrollo de esta estrategia coordinadamente para ofrecer una atención de calidad y en forma organizada, en frases como: “Pues inicialmente se haría un estudio en la comunidad y así se determinan las necesidades y se analizan según lo que uno analice con la población, entonces primero conocer a la población, hacer el estudio, hacer el análisis y priorizar la de atención primaria en salud.”, “Es la APS la que le define las pautas de hábitos saludables

para que ellos mismos actúen. “

Con lo anterior se pudo analizar que es necesario que los servicios de salud de APS tengan una estructura organizativa en donde se definan las funciones y responsabilidades de los profesionales de enfermería, así como de todo el personal que haga parte del equipo de APS, así mismo se deben establecer claramente cuáles son los servicios que hacen parte de esta estrategia, a quienes van dirigidos y como los van a hacer llegar a la comunidad para así dar una respuesta oportuna a las dificultades y necesidades y de esta manera poder alcanzar los objetivos.

La segunda subcategoría: Recurso Humano para la APS hace referencia a las exigencias y cualidades que deben tener los profesionales de salud para la prestación de servicios de atención primaria identificado en frases como: “Bueno creo que el profesional de enfermería que trabaje en la comunidad debe ser una persona que sea líder, que sepa escuchar a su comunidad, que sepa identificar una necesidad, que sepa priorizar las necesidades para poderlas intervenir, / creo que debe ser una persona muy hábil, debe ser una persona que busque respuestas, que sea, que sea digamos que actué de manera oportuna, / que sea una persona que busque la democracia, que busque la participación, porque esto conllevaría a que se cumpla el objetivo.”

Analizado lo anterior se reconoce la importancia del papel de enfermería como líder de los procesos asistenciales y de gestión y la iniciativa en experiencias innovadoras para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

DISCUSIÓN:

La presente investigación tuvo como objetivo

determinar la relación entre los conocimientos y actitudes sobre atención primaria en salud que tienen los profesionales de enfermería en IPS del municipio de Villavicencio, durante el año 2014. A continuación se expondrán los principales hallazgos obtenidos en la presente Investigación, a partir del análisis surgieron 4 categorías: APS Conceptualización general, APS principales problemáticas, Atención primaria integral de Salud y estrategia organizacional de la APS.

Como eje central de la investigación, se encuentra la Atención Primaria en Salud. Según la OMS es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad (43).

En relación a lo anterior la estrategia APS se basa en la prestación de servicios de salud equitativos y dirigidos hacia las necesidades de la población en donde se destaca lo referido por un profesional de enfermería en la siguiente frase **E3P8P11** “Bueno la APS responde a las necesidades de la población porque ellos mismos han manifestado su problemática”. Los resultados de la investigación posibilitaron establecer cierto grado conocimiento sobre la conceptualización que tienen los profesionales de enfermería sobre la APS dirigida a dar buena atención a los usuarios satisfaciendo sus necesidades y buscando el bienestar a nivel comunitario como lo podemos identificar en la siguiente expresión **E1P1P1** “Son todas las actividades encaminadas, en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y en una atención con calidad hacia el paciente, entonces, pienso que si uno llega a la casa identifica la necesidad y desde ahí mismo se puede comenzar a intervenirla pues estaríamos ehh pre-

viniendo muchas otras enfermedades no solo para ellos sino para toda la comunidad”.

Aunque lo anterior nos podría indicar que los profesionales tienen un concepto definido sobre lo que es la APS se encontraron vacíos que nos llevan a pensar lo contrario. Desde la implementación de la estrategia se generó una confusión respecto a los conceptos de esta estrategia como lo expresa la Directora general de la OMS en el informe sobre la Salud en el Mundo (2008): “En este informe se recupera la perspectiva ambiciosa de la APS como un conjunto de valores y principios que orientan el desarrollo de los sistemas de salud” (44), confusión que se puede denotar en expresiones como **E3P1P9** “es lo básico, lo esencial que se necesita para tener la salud, una buena salud”, **E3P3P5** “No pues ahí no sabría, bueno inicialmente pensaría que son todos aquellos que van encaminados a la prevención”. Lo que implica que los profesionales de enfermería no se percaten de la relevancia de la APS y conlleve a una falta de iniciativa para proponer nuevas estrategias para mejorar los programas, una falta de estímulo para generar actitudes que permitan promover la salud y no se perciba la importancia de apoyar a la comunidad a enfrentar los factores de riesgo y así mismo reducir la posibilidad de enfermedad. Además impide que en el marco de la estrategia los profesionales no exijan y provean una atención con calidad y con servicios que estén encaminados hacia la realidad de las necesidades de salud de la población produciendo información a través de la investigación y así mismo creando propuestas innovadoras.

Se debe comprender al sistema de salud no como un Sistema lineal, si no como un sistema complejo constituido por interacciones con pautas simples, las problemáticas en salud, son generalmente de gran complejidad y multicausales por lo cual no pueden ser resueltas ex-

clusivamente por el sector salud, requiriendo así la intervención de todos los sectores que intervienen en una comunidad, el doctor R. Borrero y colaboradores en sus observaciones sobre la intersectorialidad como uno de los cuatro ejes fundamentales de la atención primaria destacan: “la participación intersectorial varía desde la realización de actuaciones aisladas por la salud hasta actuaciones sistemáticas en el marco de una conducta ordenada por la sanidad; significa entonces que los sectores no sólo se organizan ante el surgimiento de un problema que afecte la salud, también ordenan sus acciones en función de evitar el surgimiento de problemas sanitarios en los que su sector está involucrado”(45). Los profesionales entienden y reconocen la importancia del trabajo intersectorial e interdisciplinario para el desarrollo de acciones de promoción y prevención en salud reflejadas en expresiones notables: **E1P4P1** “¿Aparte del sector salud? la parte comunitaria y la parte de los entes territoriales, tanto parte de administración local como las alcaldías, como la administración departamental y a su vez la nacional”, **E3P14P13** “Porque no es solamente competencia de la salud si no de todas las profesiones que tengan que ver con el ser humano”, **E1P5P1** “¿Interdisciplinariamente? claro porqué, no se limita, porque si trabajamos solamente hospitalario limitamos la parte de comunidad que es donde podemos aprovechar mucho más, para prevención de la enfermedad”.

Durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud que se realizó en Almá- Atá, URSS en el año 1978, se oficializó la definición de participación comunitaria como: “el proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas

comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo. Para ello, han de comprender que no tienen por qué aceptar soluciones convencionales inadecuadas, sino que pueden improvisar e innovar para hallar soluciones convenientes. Han de adquirir la amplitud necesaria para evaluar una situación, ponderar las diversas posibilidades y calcular cuál puede ser su propia aportación” (46). Definición que a consideración de los profesionales fue percibida así: **E3P9P11** “entonces hoy en día ellos tienen vos y tienen voto desde el niño más pequeño hasta el adulto mayor”, **E3P8P11** “ellos mismos generan sus necesidades, para nosotros trabajar en base a esas necesidades”.

Según lo expresado por la teórica Medeleine M. Leininger “El mundo posee factores de estructura social, los valores culturales, la etnohistoria, lengua y el cuidado profesional que influyen en los modelos de los cuidados culturales para predecir salud, el bienestar, la enfermedad, curación y las formas como las personas afrontan discapacidades y la muerte” (47). Entonces se puede decir que para poder prestar un buen servicio de salud o un buen cuidado de enfermería es necesario tener en cuenta todos los factores que influyen en la percepción de salud y enfermedad del individuo como se puede evidenciar en **E4P9P17** “todo eso son culturas que uno debe manejar muy bien para poder llevar la ente mirar cómo se puede brindar una buena promoción y prevención de tal enfermedad pero al modo de ellos cierto, uno tiene que acoplarse al sitio donde esta”, **E3P12P12** “Pues son es la relaciones de diferentes comunidades, costumbres, creencias que se tiene con respecto a cualquier tema de su vida y entonces hay que respetar eso para poder ofrecer un servicio de APS”

Leiniger también afirma que para llegar a un cuidado culturalmente coherente para la salud y bienestar general de los clientes se opta por modos de preservación del cuidado cultural acomodación, negociación y reorientación del cuidado cultural, como se expresa en la frase **E1P13P3** “Si, podemos digamos mediar entre

lo que ellos creen y lo que uno les está diciendo como enfermeras porque tampoco podemos pelear con lo que ellos creen, no no porque son sus creencias”. En relación a lo anterior podemos decir que debe haber coherencia entre lo que el individuo o la comunidad cree y lo que pretendemos enseñarles para así llegar a un acuerdo que permita una buena relación y permita proporcionar educación continuada y así se multiplique la información, **E2P16P7** “Bueno creo que definitivamente lo que uno no debe es ir a digamos a contradecir a la comunidad”.

Se identificado durante el análisis de resultados que desde la Alma – Ata el cumplimiento y la práctica de APS ha afrontado muchas dificultades tanto a nivel político como económico tales como la atención en salud, la cobertura equitativa y calidad de los servicios brindados por la entidades privadas esto se destaca en lo referido por **E4P17P21** “no hay equidad porque siempre va a ver de pronto entre comillas una mejor atención en la parte contributiva que en la parte subsidiada”, **E3P18P13** “El estado la acoge porque es obligatorio, porque toca está ahí pero le falta nos falta con las instituciones privadas fortalecer”; además de las barreras estructurales también se reconocieron dificultades frente a la percepción de los individuos de la comunidad sobre el sistema de salud: **E4P14P19** “¿por qué? Porque el sistema de salud se ha deteriorado tanto ha cambiado tanto que ya la gente no le gusta ni siquiera las citas al médico ni sacar cita porque siempre que hay un dolor es el mismo dos medicamentos unos medicamentos que usualmente dan y no más, entonces la gente mejor se medica”. Ruiz Rodríguez M, Rodríguez Villamizar L, Acosta Ramírez N, Uribe L León Franco M. mencionan en su investigación “los resultados muestran una gran diferencia entre lo que se planteó en el modelo diseñado para atención primaria en salud y el desarrollo en la práctica de este mismo, se identificaron varias dificultades, principalmente referentes a la estructura del Sistema General de seguridad social en salud”(48), encontramos que los profesionales

también han sentido inconformidad y han percibido la deficiencia en la implementación de la estrategia APS que se ve reflejado en la siguiente frase **E2P18P8** “Pues hasta el momento no podría dar ninguna respuesta frente a esto porque pues los resultados no los... veo”, **4P22P23** “Por lo menos salud a su casa me parece tan bueno ese programa pero lastimosamente son contratos que se cortan se cortan pero no es nada continuo”, **E3P18P13** “porque es un gasto, contratar más personal que valla a buscar a sus usuarios que valla a dar todo lo que es promoción, prevención y si falta mucho, falta muchísimo para eso”.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Comunidad de Madrid. Plan de Atención Primaria 2006/2009: papel de enfermera en la atención primaria. Madrid. Comisión técnica de atención primaria de la comunidad de Madrid; 2009.
2. Concejo Internacional de Enfermería. Código Deontológico para la profesión de enfermera: la enfermera y la profesión. Ginebra: CIE; 2005
3. Ministerio de salud de Panamá. Atención primaria en Salud: Una revisión de prácticas y tendencias. Panamá: OPS/OMS; 2004
4. Tejada D. Alma-Ata 25 años después. Revista perspectivas de salud. 2003; 8:2
5. Organización Panamericana de la Salud. Plan Decenal para las Américas: Informe final de la III reunión especial de ministros de salud de las Américas. Chile; 1973
6. Ministerio de Salud y Protección social. Marco de política de la Estrategia de Atención Primaria en Salud en Colombia: Plan de Implementación. Colombia: Minprotección; 2012
7. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria en salud [internet]. [consultado 2014 febrero 18]. Disponible en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
8. Organización Panamericana de la salud/Organización Mundial de la Salud. La renovación de la atención primaria de la salud en las américas. Washington: OPS/OMS; 2007
9. Holder R. Sistemas de salud basados en la atención primaria en salud. Colombia: pan american healt organization; 2011
10. Organización Panamericana de la salud/Organización Mundial de la Salud. La renovación de la atención primaria de la salud en las américas. Washington: OPS/OMS; 2007 op. Cit., p.9
11. Holder R. Sistemas de salud basados en la atención primaria en salud. Colombia: pan american healt organization; 2011. p.17
12. Organización Mundial de la Salud. La Atención primaria más necesaria que nunca: Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: OMS; 2008. p.45
13. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: introducción y panorámica. Ginebra: OMS; 2011

14. Blendon RJ. Inequities in health care: a five-country survey. *Health Affairs*, 2002, 21:182–191.
15. Organización Mundial de la Salud. La atención Primaria más necesaria que nunca: Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: OMS; 2008 op.cit., p. XIV
16. Organización Mundial de la Salud. La atención Primaria más necesaria que nunca: Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: OMS; 2008 op.cit., p. XVI
17. Ruiz-Giménez Aguilar JL. Estrategia de Promoción de Salud: Área 1 del Insalud. Madrid: Insalud; 2006
18. Comisión Científico Técnico de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Plan de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid: Papel de Enfermería en Atención Primaria. Madrid: Insalud; 2006.p.14
19. Memoria de enfermera en Atención Primaria.[internet]. [consultado el 2014 febrero 15]. Disponible en: http://www.seapaonline.org/uploads/documentacion/Carrera%20Profesional/Memoria_SEAPA.pdf
20. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 100 de 1993: por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. *Diario oficial*, 41148 (23 de Diciembre)
21. Colombia. Ministerio de Salud y protección social. Resolución 4288 de 1996: por la cual se define el plan de atención básica (PAB) del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS). (Noviembre 20)
22. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 715 de 2001: Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto legislativo de 2001) de la constitución política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud entre otros. *Diario oficial*, 44654 (21 de Diciembre)
23. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 1122 de 2007: por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario oficial*, 46506 (09 de Enero)
24. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011: por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. *Diario oficial*, 47957 (19 de Enero)
25. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 1450 de 2011: Por medio de la cual se expide el PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2010- 2014 prosperidad para todos. *Diario oficial*, 48102 (16 de junio)
26. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1841 de 2013: por la cual se adopta el PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA. *Diario oficial*, 48811 (4 de Junio)
27. Organización Panamericana de Salud. Plan Decenal de Salud para las Américas 1972. Documento oficial, 118 (1973 Enero)
28. URSS. Organización Mundial de la Salud. Declaración Alma-Ata: Atención Primaria de Salud

1978. (6-12 septiembre)

29. Almirall Palenzuela M, Hernández Hernández D, Almirall Hernández JP. *Conocimiento, riesgo y condiciones de trabajo en trabajadores de la atención primaria de salud en el municipio Playa*. Revista Cubana de Salud y Trabajo. 2011; 12(3): 3-13
30. Ugarte C, Vera A. Calidad en atención primaria de salud: percepción de los profesionales de los centros de salud familiar y comunitaria de la ciudad de Valdivia. Chile: Informe de la facultad de Medicina; 2010.
31. Gómez W, Dávila F, Torres M. Conocimientos y practicas sobre la vigilancia epidemiológica del programa ampliado de inmunizaciones. Rev. de Salud Pública. 2012; 1 (16): 36-41
32. Tuells J, Caballero P, Montagud E, Penadés B, Piera Gomar J.L, García Paramio M.P, Monfort
33. García M, Montesinos Butrón P, Nolasco Bonmatí A. Conocimiento y actitud hacia la inmunización en profesionales sanitarios de atención primaria. Informe del Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Alicante. España: Universidad de Alicante; 2010
34. Carrizo V, Morhill M, Romero N, Torres S. Conocimiento de procedimientos y acciones de enfermería en algunos programas prioritarios del 1º nivel de atención. Argentina; 2012
35. Bolaños Gallardo E. Estudio sobre las percepciones, creencias y actitudes de los y las profesionales de Atención Primaria respecto al consumo de alcohol y su abordaje desde el sistema de Salud. España: POCTEC; 2010
36. González Cano Caballero M, Cano Caballero Gálvez MD. Conocimiento, conductas y actitudes de los profesionales de enfermería de atención primaria en el cuidado de pacientes de salud mental. España. ANESM; 2011
37. Ruiz Rodríguez M, Acosta Ramírez N, Rodríguez Villamizar LA, Uribe L, León Franco M. Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria. Rev. de salud pública. 2011; 13 (6): 21-26
38. Ramos Morcillo AJ, Martínez López EJ, Fernández Salazar S, Pino Casado R. Diseño y validación de un cuestionario sobre las actitudes ante la prevención y promoción de la salud en atención primaria (CAPPAP). Revista Elsevier. 2013; 45 (10): 514-521
39. Apraez Ippolito G. *Evaluación de la atención primaria de la salud en Colombia como política de salud 1939 - 2008*. [Trabajo de grado Doctorado en Salud Publica]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina; 2010
40. Crespo Anaya JM, Maderuelo Fernández JA, Velázquez, Rodríguez Torres F, Madruga Entisne C, García Iglesias A. Actitud y barreras percibidas por los profesionales de enfermería de atención primaria de salamanca, respecto a la metodología enfermera. un estudio con grupos focales. Rev. enferm. 2013; 5 (2)
41. Arévalo Rodríguez E, García Rozada L, Izaguirre Palacios I. Aptitudes y actitudes enfermeros en el abordaje de los patrones funcionales psicosociales de salud en atención primaria. Rev.

Enferm. 2013; 7 (2)

42. Guillén Fonseca M. Habilidades de comunicación en la relación médico-enfermera en la Atención Primaria de Salud. Rev. Cubana Enfermer. 2011; 27 (3)
43. Nureña Montenegro JM. Liderazgo que ejerce la Enfermería en el fomento de la salud familiar para el desarrollo comunitario. [Trabajo de grado maestría en Enfermería]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mongrovejo. Escuela de postgrado; 2012
44. Organización Mundial de la Salud. La Atención primaria más necesaria que nunca: Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: OMS; 2008. p.45
45. OMS: Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. 2008 op. Cit. IX
46. Borroto, R. Lemus, R.E. y Aneiros R. Medicina familiar y educación médica en atención primaria de salud. Zambrana G. Ed. Universidad Mayor de San Andrés. P. 14
47. URSS. Organización Mundial de la Salud. Declaración Alma-Ata: Atención Primaria de Salud 1978. (6-12 septiembre) No. 1, Ginebra.
48. Leininger M. cuidados culturales: teoría transcultural. 1991
49. Ruiz Rodríguez M, Acosta Ramírez N, Rodríguez Villamizar LA, Uribe L, León Franco M. Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria. Rev. de salud pública. 2011; 13 (6): 21-26

SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA: ADHERENCIA DE LOS PROFESIONALES AL MANEJO TERAPÉUTICO Y RED DE APOYO FAMILIAR DE PUERTO LÓPEZ – META

Carmen Julia Quevedo Gutiérrez, Johana Rocio Fajado Romero¹

RESUMEN

Objetivo: Determinar la adherencia de los profesionales en medicina y enfermería en la aplicación del protocolo de sífilis congénita y gestacional implementado por el Ministerio de la Protección Social – Instituto Nacional de Salud, en gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional entre febrero y abril de 2013 en el municipio Puerto López. **Método:** Estudio de tipo descriptivo evaluativo longitudinal con datos de fuentes primarias y secundarias. En el cual se utilizó la entrevista semiestructurada, el análisis de contenido y posteriormente el análisis de discurso. **Resultados:** Se evidencio que los profesionales de salud de la IPS

que tenían a cargo el caso de la gestante,

cumplieron a cabalidad con los parámetros establecidos por el protocolo de sífilis gestacional y congénita del Ministerio de la

Protección Social, logrando evitar la transmisión vertical. **Conclusión:** una atención con calidad, oportuna y eficaz a la gestante evita complicaciones durante el embarazo y la transmisión de sífilis congénita.

GESTATIONAL AND CONGENITAL SYPHILIS: THE GRIP OF PROFESSIONAL MANAGEMENT THERAPEUTIC AND FAMILY SUPPORT NETWORK OF PUERTO LOPEZ - META

ABSTRACT

Objective: To determine the adherence of medical and nursing professionals in implementing the protocol of congenital syphilis and gestational implemented by the Ministry of Social Protection - National Institute of Health in pregnant women diagnosed with gestational syphilis between February and April 2013 on Puerto López municipality. **Methods:** A descriptive evaluation of longitudinal data from primary and secondary sources. In which semi-structured interviews, content analysis and discourse analysis then was used. **Results:** It was evident that the health professionals who were in charge IPS for pregnant women, fully met the parameters set by the protocol Gestational and congenital syphilis of the Ministry of

Social Protection, achieving prevent vertical

transmission. **Conclusion:** quality care, timely and effectively to avoid complications the mother during pregnancy and the transmission of congenital syphilis.

Key words: pregnancy, social support, clinical protocols, congenital syphilis. (MeSH)

INTRODUCCION

La sífilis gestacional (SG) y congénita (SC) representan una gran amenaza para la salud maternoinfantil a escala mundial y nacional. A pesar de existir medidas profilácticas como el uso del preservativo, y opciones terapéuticas costoeficaces, de las que hacen parte intervenciones relativamente sencillas centradas en la atención materna y neonatal durante la realización del tamizaje sistemático prenatal de la sífilis, además las pruebas de detección son económicas y pueden realizarse en una institución de salud de primer nivel de atención, y si a esto le sumamos que el tratamiento con penicilina es de bajo costo y está incluido en la lista de medicamentos esenciales de todos los países, resulta incoherente la incidencia y la carga de morbi- mortalidad de sífilis gestacional y congénita.

Es tal la magnitud de las complicaciones y los gastos que representa la sífilis a nivel mundial que en 1994 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la organización mundial de la Salud (OMS); establecieron un protocolo para la erradicación de la SC para el año 2000, con el objetivo de llevar la incidencia a 0,5 casos por 1000 nacidos vivos, este protocolo establece estrategias de diagnóstico y manejo de la sífilis en la gestante (1). Pero desafortunadamente aun las cifras estadísticas de SG y SC son alarmantes en la mayoría de los países.

Actualmente Colombia está lejos de acercarse al cumplimiento de la meta mencionada, la SC ha pasado de 1,3 a 2,5 casos por mil NV, y la gestacional de 1,3 a 5,4 en los últimos 10 años", señala el Informe del Evento Sífilis Gestacional y Congénita 2010, del INS. Motivo por el cual se consideran un problema de salud pública por su gravedad debido a la afectación directa a las mujeres y los recién naci-

dos.

Esto evidencia una gravísima falla del Sistema General de Seguridad Social de Salud, especialmente del personal que hace parte del equipo de salud, ya que la SG si es diagnosticada a tiempo y realiza un seguimiento a la adherencia del tratamiento de la gestante diagnosticada por parte del equipo de salud, es una enfermedad tratable y se pueden prevenir complicaciones durante el embarazo y por ende evitar la transmisión vertical, ya que actualmente se dispone de tratamientos asequibles, eficaces y de bajo costo.

Estudios anteriores han concluido que entre los factores que contribuyen a la persistencia de la sífilis congénita cabe destacar la falta de adherencia al manejo terapéutico o de percepción de algunos profesionales de salud de que la sífilis gestacional y la congénita pueden tener consecuencias graves como aborto, muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro, bajo peso al nacer e infección congénita.

El presente estudio tiene como objetivo determinar la adherencia de los profesionales en medicina y enfermería en la aplicación del protocolo de sífilis congénita y gestacional implementado por el Ministerio de la Protección Social – Instituto Nacional de Salud, en gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional entre febrero y abril de 2013 en el municipio Puerto López.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo de tipo descriptivo evaluativo longitudinal que busco hacer un seguimiento del manejo terapéutico y de la red de apoyo familiar durante la gestación, iniciando con el diagnóstico de sífilis y finalizo con la obtención del producto, en el Municipio de Puerto López – Meta durante la vigencia del segundo periodo del año 2013.

Durante el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta las consideraciones éticas establecidas por la Resolución No. 8430 de 1.993 del Ministerio de Salud de Colombia: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Por lo tanto, la participación de la paciente y publicación de los resultados se mantiene bajo el anonimato.

Se recolectó información de datos de fuentes primarias y secundarias, a través de la revisión de la historia clínica, previo consentimiento tanto de la institución de salud como de los sujetos de estudio, se utilizó una lista de chequeo para verificar las actividades de obligatorio cumplimiento establecidas por el protocolo de sífilis congénita y gestacional del Instituto Nacional de Salud, y se determinó la existencia y funcionalidad de la red de apoyo familiar durante la gestación, aplicando instrumentos de

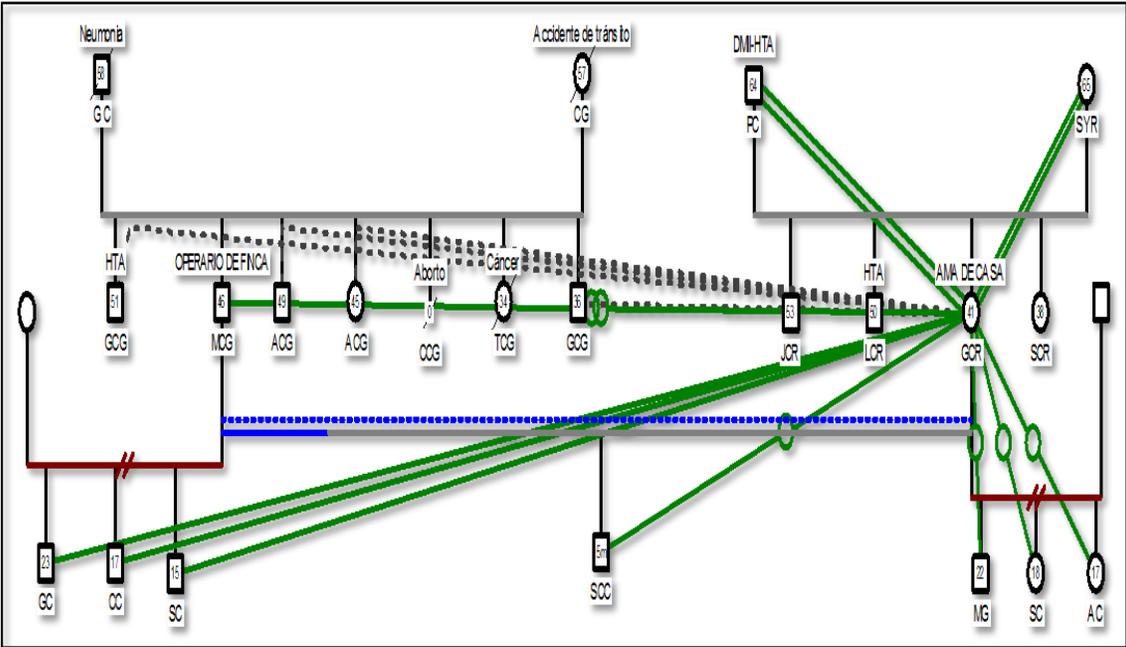
diagnóstico familiar como: Genograma y FACES III.

Los resultados del estudio permitieron ampliar el campo de conocimiento que se tenía sobre la adherencia de los profesionales de salud al protocolo de sífilis gestacional y congénita, identificar las falencias en la atención del binomio madre e hijo y resaltar la importancia de la red de apoyo familiar, y sirvió como insumo para el macroproyecto “Sífilis gestacional y congénita: adherencia de los profesionales al manejo terapéutico y red de apoyo familiar. Departamento del Meta”.

RESULTADOS

Durante el periodo del estudio se reportó un solo caso de una gestante con diagnóstico de sífilis gestacional en el municipio de Puerto López – Meta. De acuerdo a los objetivos planteados y a partir de los datos obtenidos de las en-

Genograma



Al analizar el genograma de la familia se evidencia que es una familia reconstituida o mixta, ya que está conformada por el señor de 46 años de edad, la señora de 40 años y su hijo de 5 meses de edad, viven desde hace 2 años en unión libre y durante la entrevista refieren quererse mucho, tienen una relación fuerte y amorosa, es una familia mixta porque cada uno tiene 3 hijos de uniones anteriores, pero estos no conviven con ellos. La relación familiar entre las dos familias, es decir la familia del señor y la de la persona índice es una relación distante, ya que ella refiere que la familia de su marido vive en otro departamento, pero que con los tres hijos de él si tiene una buena relación ahora porque antes fue un poco difícil.

La relación que tiene la persona índice con su familia es una relación muy fuerte, especialmente con sus padres, ya que sus otros 3 hijos conviven con ellos, igualmente manifiesta tener una relación buena y amorosa con sus hijos, "mis papas e hijos me cuidaron mucho durante el embarazo, cuando íbamos a los controles prenatales nos decían que con un buen tratamiento el niño nacería bien, gracias al apoyo de mi familia y el de mi marido me sentía más tranquila y motivada a ir a los CPN".

La relación de la familia con el trabajo es moderada ya que el señor labora como operario en la finca la Facenda, la persona índice se dedica a las labores del hogar, lo que significa que los ingresos económicos para la sostenibilidad de la familia los aporta él. La vivienda donde viven actualmente es propia cuenta con servicios públicos (luz, agua, alcantarillado) y está en condiciones óptimas para vivir. En cuanto a los servicios de salud están afiliados al Sistema General de Seguridad Social en

Salud bajo el régimen subsidiado y su relación es moderada, la persona índice refiere que ahora y durante el embarazo, ella y su marido han asistido con mayor frecuencia y se sienten bien atendidos.

Esta familia posee una relación social buena con sus vecinos y amigos, y pertenecen a la religión católica a la cual tiene una asistencia regularmente.

Como antecedentes familiares se identifican los siguientes:

Por parte de la familia del señor:

- Patológicos:

Neumonía el padre de él murió por esta causa a los 58 años pero también sufría de asma.

Hipertensión arterial: uno de sus hermanos es hipertenso.

Cáncer: una de sus hermanas falleció de cáncer de mama a los 34 años edad.

- Traumático:

La madre del señor MCG murió a sus 57 años en un accidente de tránsito.

Otros: niega

Por parte de la familia de la señora (persona índice):

- Patológicos:

Diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial fueron diagnosticadas hace ya varios años a su padre.

Hipertensión arterial fue diagnosticada a uno de sus hermanos.

Otros: niega

La persona índice tiene como antecedentes personales:

- Ginecobstétricos: G4 P3 C1 A0 M0 V4

- Patológicos: sífilis gestacional que fue diagnosticada el 20 de febrero del 2013 durante el segundo control prenatal de la

FACES III (D.H. Olson, J.Portner e Y. Lavee).

Versión en español (México): C.Gómez y C. Irigoyen

Instrucciones: escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5

Describa su familia:

1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.	3
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.	2
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.	3
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.	3
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.	2
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.	4
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.	3
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.	2
9. Nos gusta pasar tiempo libre en familia.	3
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.	2
11. Nos sentimos muy unidos.	2
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.	2
13. Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente.	2
14. En nuestra familia las reglas cambian.	3
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.	4
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.	3
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.	2
18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.	2
19. La unión familiar es importante.	5
20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar.	2
TOTAL	51

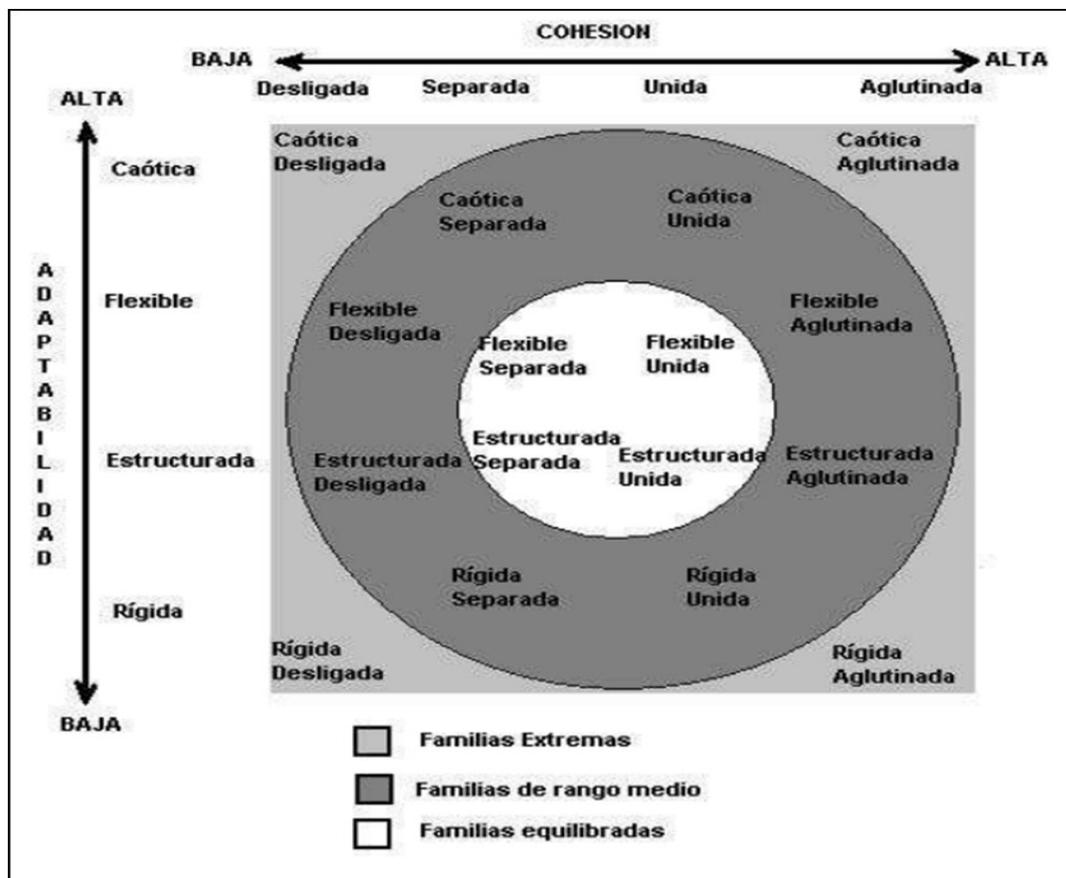
Para interpretar el FACES III se utiliza el Modelo Circumplejo de Olson el cual facilita la tarea de ubicar familias dentro de 16 tipos específicos o de tres tipos más generales, por ejemplo: balanceada, de rango medio o extrema.

Este modelo evalúa la cohesión y la adaptabilidad familiares, dimensiones que explora el FACES III.

En nuestro caso la familia obtuvo los siguientes resultados:

- Según cohesión: es una familia separada (35).

Grafica 1. Modelo circumplejo de Olson



La unión de estas dimensiones nos da como resultado una familia equilibrada, la cual está ubicada en el centro del modelo circumplejo lo que representa la condición óptima de la familia (un equilibrio que permite a la familia actuar de la mejor manera ante una dificultad, problema o adversidad), por el contrario las esquinas del modelo circumplejo representan las condiciones que atentan contra el bienestar emocional de los miembros de una familia según Olson.

**LISTA DE CHEQUEO DE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO DE SIFILIS GESTACIONAL Y CON-
GENITA MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL-INAS**

S I N O N. A

CRITERIO		S I	N O	N. A
1	La historia clínica perinatal incluye aspectos sociodemográficos (edad, sexo, zona de residencia, condiciones del ambiente y acceso a los servicios de atención prenatal).	X		
2	La historia clínica perinatal incluye; antecedentes ginecobstétricos (fecha de última menstruación, paridad, periodo intergenésico, resultado de serologías previas, edad de inicio de la actividad sexual, número de compañeros sexuales)	X		
3	La historia clínica incluye; momento del diagnóstico: prenatal (1o, 2o, 3er trimestre de gestación), parto, aborto o puerperio y fecha de la gestación en el momento del diagnóstico. Existe registro en historia perinatal sobre identificación de factores de riesgo: Antecedente de otras infecciones de transmisión sexual	X		
	Alta tasa de recambio de parejas sexuales o miembro de la pareja sexual con más de una pareja sexual		X	
	Ausencia de control prenatal o control prenatal tardío (después de la semana 12 de gestación).	X		
	Consumo de drogas psicoactivas o alcohol.			X
	Gestante adolescente (menor de 19 años).			X
	Nivel educativo.		X	
4	Nivel socio-económico.	X		
5	En la evaluación clínica de la gestante se buscaron lesiones mucocutáneas en piel y genitales		X	
6	Se ordenaron pruebas serológicas a la(s) parejas sexual (s)		X	
7	Se ordenaron pruebas serológicas no treponémicas a la gestante en la primera consulta de atención prenatal		X	
8	Se ordenaron pruebas serológicas no treponémicas a la gestante en el tercer trimestre de gestación (entre la 28 y 32 semanas).		X	
9	Se ordenaron pruebas serológicas no treponémicas al momento de la terminación de la gestación, sea aborto, mortinato, parto a término o pretérmino por cualquier mecanismo (vaginal o por cesárea).		X	
10	Si la prueba serológica no treponémica fue positiva, se consideró de acuerdo con los antecedentes de sífilis la realización de prueba treponémica (FTA-Abs, TPHA).	X		
11	La gestante y su(s) pareja(s) sexual(es) recibieron asesoría o consejería para la toma de elisa VIH y hepatitis B.	X		
12	Se realizó al RN examen físico en búsqueda de evidencias de sífilis congénita.			X
13	Se realizó al RN. Hemoleucograma con recuento de plaquetas.			X
14	Se realizó al RN. LCR para análisis de células, proteínas y VDRL.			X
15	Se realizó al RN. Radiografías de huesos largos.			X
16	El recién nacido y la madre fueron dados de alta sin el resultado de la serología materna.			X
17	El tratamiento suministrado fue de acuerdo con las recomendaciones de las Guías de tratamiento de las enfermedades transmitidas sexualmente – 2006, de los CDC, y a lo estipulado por las Guías de atención de la sífilis congénita de la Resolución 00412/2000.	X		
18	Se evidencia en la historia clínica la certeza de cumplimiento en el tratamiento			X
19	Se evidencia en la historia clínica la educación sobre medidas preventivas como el uso del preservativo			X

Para diligenciar esta lista de chequeo fue necesario hacer una revisión de la historia clínica de la gestante. Se observa que la institución de salud cumplió con la mayoría de los criterios establecidos por el protocolo de sífilis gestacional y congénita del Ministerio de la Protección Social-INAS.

DISCUSIÓN

Con la finalidad de discutir los resultados obtenidos de los datos e información recolectada, a partir de fuentes primarias y secundarias, en la investigación y comprender el objetivo general del proyecto (Determinar la adherencia de los profesionales en medicina y enfermería en la aplicación del protocolo de sífilis congénita y gestacional implementado por el Ministerio de la Protección Social – Instituto Nacional de Salud, en gestantes diagnosticadas entre febrero y abril de 2013 en el municipio Puerto López). Se han establecido tres categorías de análisis a saber: genograma, Faces III y lista de chequeo de cumplimiento de protocolo de sífilis gestacional y congénita Ministerio de la Protección Social-Instituto Nacional de Salud.

GENOGRAMA

El genograma es una herramienta fundamental ya que permite obtener una visión en conjunto de la familia, identificando así los factores de riesgo, factores protectores, antecedentes, relaciones y cohesión familiar. Esto lo corrobora Suarez quien afirma que “el genograma constituye una herramienta que permite al profesional en salud representar, la estructura familiar como un grupo, con una historia, límites, jerar-

quía, alianzas internas y externas con el ambiente social; valora los cambios en la organización familiar a lo largo del tiempo, en relación con eventos que ocurren en su existencia, que movilizan recursos o resistencias; da a conocer la cohesión intrafamiliar y la calidad de comunicación, percepción de roles, mitos, creencias, etc.; ayuda a comprender los procesos familiares, gracias a la abundante información que aporta sobre el grupo familiar (2).

Al analizar el genograma de la familia se evidencia que es una familia reconstituida o mixta, esto lo corrobora Gonzáles en su libro psicología del ciclo vital, define este tipo de familia como aquella que está formada por una persona viuda o divorciada/separada, con o sin hijos, que se casa o vive de nuevo con otra persona, la cual a su vez puede haber estado o no casada antes y tener o no tener hijos (3).

Según Cusinato (1992), en las familias reconstituidas, la relación de pareja se establece sobre bases más maduras. Esta nueva relación permite que las parejas expresen mayor flexibilidad en la distribución de las tareas domésticas, que la toma de decisiones sea más compartida y que ambas personas en la relación intercambien emociones con mayor frecuencia en comparación con su matrimonio anterior (Musitu, 2000). En la relación de pareja estas características facilitan mayor estabilidad y un ambiente saludable en el contexto familiar (4). Esto nos indica un factor protector en la familia.

Con respecto a la relación de la gestante con los hijos de su pareja, durante la entrevista ella

refiere que al principio fue un poco difícil pero ahora tiene una buena relación con ellos. Un estudio realizado Espinar, Carrasco, Martínez, Mina (2003), concluye que a pesar de que tanto padrastros como madrastras inician la convivencia con unos hijastros adolescentes o preadolescentes (13,9 años para los padrastros, y 11,7 años para las madrastras), las vivencias o experiencias de los padrastros y madrastras en la convivencia familiar son, en general, positivas. Aunque al comienzo de la convivencia las relaciones son peores, el balance general que hacen es positivo (5).

Estos distintos vínculos familiares, es decir la relación entre el padrastro/madrastra y los hijastros se considera fundamental para el funcionamiento adecuado de la familia reconstituida. De hecho, parece que la calidad de la relación padrastro/madrastra-hijastro/a es un predictor importante de la calidad de la vida familiar según White y Booth (1985) y de los niveles de estrés familiar Visher y Visher (1988). Sin embargo, no son pocos los estudios que mencionan esta relación conflictiva como una de las principales fuentes de estrés familiar debido principalmente al llamado “mito del amor instantáneo”, según el cual los padrastros y madrastras intentan por todos los medios ganar el afecto y aprobación de sus hijastros evitando decir o hacer algo que pueda afectarles. Sin embargo, esta situación no puede mantenerse durante mucho tiempo y acaban sintiéndose emocionalmente “chantajeados”.

En nuestro caso la gestante contaba con una red de apoyo familiar fuerte (padres, hijos y pa-

reja), factor muy importante para la adherencia al tratamiento, algunos estudios realizados como el de Laza, Quintero, Jiménez y Preciado (2013) afirman que “las gestantes refirieron sentir tranquilidad cuando se encontraron con sus familiares. Estos acompañaron a las mujeres durante su embarazo y las apoyaron en sus decisiones; el apoyo de los padres fue un elemento muy importante en las mujeres, ya que sentían la necesidad de que las escucharan y que les dieran una voz de aliento para así reconfortar su estado de ánimo” (6).

Araujo, Silveira, Silveira y Melo, registraron en su artículo sobre VIH que “las gestantes que contaron con el apoyo familiar comprendieron mejor su enfermedad, la causa y su manejo; generando una mejor adherencia al tratamiento” Sánchez afirma que “las condiciones socio-demográficas que influyen la presencia de SM y por consiguiente la SG, son mujeres vulnerables que se encuentran en condición de desamparo”, es decir no cuentan con una red de apoyo.

Es así como el apoyo familiar es un factor influyente y determinante en la adherencia al tratamiento. Cabe resaltar uno de los objetivos principales del modelo Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) de UNICEF, el cual promueve el empoderamiento de la mujer y de su pareja para el cuidado de su hijo o hija antes y después del nacimiento. También, estimula la permanencia continua a los CPN y la participación activa de los padres durante la internación de sus hijos, el contacto del recién nacido con otros miembros de la familia, así

como el involucramiento y la participación de los miembros de la comunidad en la atención y el cuidado de la mujer y de su hijo o hija (7).

De igual manera la OMS establece 5 dimensiones interactuantes que influyen sobre en la no adherencia terapéutica:

1.- Factores socioeconómicos como la pobreza, analfabetismo, bajo nivel educativo, desempleo, falta de redes de apoyo social efectivos, condiciones de vida inestables, lejanía del centro de tratamiento, costo elevado del transporte, alto costo de la medicación, situaciones ambientales cambiantes, aspectos culturales y creencias populares acerca de la enfermedad - tratamiento y la disfunción familiar.

2.- Factores relacionados con el tratamiento como la complejidad del régimen médico, duración del tratamiento, fracasos de tratamientos anteriores, cambios frecuentes en la medicación, inminencia de los efectos beneficiosos, efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

3.- Factores relacionados con el paciente, como el conocimiento, actitudes, creencias, percepciones y las expectativas del paciente respecto a la medicación, la mejoría clínica y el posible estigma social.

4.- Factores relacionados con la enfermedad como la gravedad de los síntomas, grado de discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión de la enfermedad, la co-morbilidad, como la depresión y

el abuso de drogas y alcohol.

5.- Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria como la relación proveedor-paciente, el sistema de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control y prevención de la enfermedad (8).

Este último factor tiene una gran importancia en el caso de nuestra gestante, durante la entrevista refirió que ha recibido una buena atención en la institución de salud y que eso la hace sentirse más segura en que todo saldrá bien. Esto lo corrobora Altice quien afirma que “la relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia. La confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad son factores que influyen de manera favorable, el suministro de una información detallada, auténtica y la toma de decisiones conjuntas en un marco de confianza mutuo. Disponer de personal especialmente motivado, con experiencia y conocimientos específicos, es imprescindible para conseguir un nivel óptimo de calidad asistencial”.

Laza, Quintero, Jiménez y Preciado corroboran esto pues en su estudio aseguran que “se mostró que hubo preocupación y esmero por parte de los profesionales para que las gestantes cumplieran con el tratamiento; la consejería fue encaminada principalmente a minimizar los problemas emocionales generados por el diagnóstico. Gracias al apoyo y constancia del personal de salud se disminuyó la angustia y aumentó el estado de ánimo”(9).

Debido a esto radica la importancia de que la atención del binomio madre-hijo esté en manos de personal idóneo, que se preocupe y comprenda la magnitud de la enfermedad especialmente sus complicaciones, brindando una atención integral que aborde a la materna desde una visión integral, sea capaz de responder y aclarar dudas, le brinde confianza y lo más importante tenga adherencia al protocolo de SG y SC.

Pues estudios realizados demuestran que un alto porcentaje de casos de SC se deben a falencias en la atención durante el control prenatal, como lo corrobora el estudio de Noreña y entre otros ya que realizar un seguimiento del comportamiento sociodemográfico y epidemiológico de la SC en Colombia en 2008–2009, “se calculó una incidencia en 2008 de 2.5 y en el año siguiente 2.1 casos por 1000 nacidos vivos. De los casos notificados el 98.2% y 97.4% respectivamente nacieron vivos, el 71.6% y 73.0% recibieron tratamiento completo y se evidencia que el 66.2% y 65.1% de las madres de niños notificados como casos de sífilis congénita asistieron al control prenatal. Los resultados podrían indicar deficiencias en el programa de atención prenatal que incluyen problemas en la captación, diagnóstico y tratamiento de las gestantes con sífilis” (10).

Según Cruz son varias las razones que contribuyen al pobre diagnóstico, tratamiento, notificación y seguimiento de los casos de SG y SC en Colombia, entre los relacionados con la atención en salud están: “la ausencia de una guía de atención de sífilis gestacional y congénita actualizada, la falta de educación a los prestadores de salud y a la comunidad en temas de infecciones de transmisión sexual y sí-

filis” (11). Por tal motivo es posible concluir que realmente existe una falencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud especialmente en el talento humano, es decir el equipo de salud, pues existe el protocolo para el manejo de SG y SC, una guía para el manejo de SG y los tratamientos son de bajo costo, razón por la cual resulta increíble, alarmante y preocupante la situación de nuestro país frente a las cifras estadísticas de SC “para el año 2011 Colombia reportó 2,9 casos de sífilis congénita/1000 nacidos vivos”, un valor que es casi seis veces mayor a la meta estipulada por la Organización Panamericana de Salud (OPS) en su Plan de Eliminación de Sífilis Congénita (12).

Más que estar lejos de esta meta, esto significa un impacto social, moral y económico para la sociedad colombiana, que fácilmente se podría evitar si se concientiza sobre la situación actual frente a la SG y SC, capacita y educa especialmente a los profesionales de salud sobre la importancia de la adherencia al protocolo y guía de atención, ya que son ellos directamente los encargados del diagnóstico, captación de la gestante, seguimiento y del tratamiento, por tal motivo es indispensable que el equipo de salud se comprometa a brindar una atención con calidad, periódica y oportuna al binomio madre-hijo y así poder garantizar su bienestar.

Otro aspecto importante en la valoración de la familia es que pertenecen a la religión católica y asisten regularmente a la iglesia, la paciente refiere que durante el embarazo se ha aferrado más a Dios y esto la hace sentir tranquila. Según el estudio experiencias y sentimientos vividos durante una gestación de alto riesgo 2005-

2011, afirma que aferrarse a Dios generó en las gestantes una experiencia positiva para aliviar la carga que supuso la enfermedad, y así, sentir mejoría de su situación. La fe y las prácticas religiosas se convirtieron en fuente de esperanza y confianza para llevar el embarazo a un feliz término (13).

Para la familia se identifican los siguientes factores de riesgo: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, cáncer y enfermedades pulmonares.

De gran importancia la diabetes mellitus tipo 2 representa un factor de riesgo para la familia, pues tiene un componente hereditario de gran importancia, según Carulli, Rondinella, Lombardini, Canedi, Loria, Carulli afirman que en la DM1 como en la DM2 se han encontrado indicios de que se trata de enfermedades con un componente genético importante.

En el caso de la DM2 hay una tendencia familiar muy clara, se han identificado varios genes vinculados con ella, pero no se puede identificar un patrón mendeliano específico, por lo que se dice que se trata de una herencia poligénica (14). Esto lo corrobora la Asociación Americana de Diabetes (ADA) establece que la diabetes tipo 2 tiene una relación más estrecha con antecedentes familiares y descendencia que la de tipo 1, aunque también depende de factores ambientales. Estudios de gemelos han demostrado que los factores genéticos desempeñan un papel importante en el surgimiento de la diabetes tipo 2.

Igualmente el cáncer es otro factor de riesgo, según la Asociación Americana de Cáncer, en algunos casos el cáncer es causado por un gen anormal que se transmite de una generación a otra. Si bien se suele hacer referencia a

esto como cáncer heredado, lo que se hereda no es el cáncer en sí, sino el gen anormal que puede dar lugar al cáncer. Solo alrededor del 5 al 10 por ciento de todos los casos de cáncer son hereditarios, o sea que se originan directamente de defectos genéticos (mutaciones) hereditarios de uno de los padres.

El asma también tiene un componente hereditario, según Joaquín Sastre, Médico especialista en Alergología, afirma que la posibilidad de que un hijo tenga asma si uno de sus progenitores es asmático es del 25-50%, y del 75% si ambos son asmáticos.

FACES III

Según el modelo el Modelo Circumplejo de Olson es una familia equilibrada (flexible separada). Para Olson: "las familias separadas se caracterizan por una separación emocional en donde la lealtad familiar es ocasional, el interés de los individuos se focaliza fuera de la familia, los amigos personales raramente son compartidos con la familia, la recreación se lleva a cabo más separada que en forma compartida, no muy frecuentemente se expresa afecto, entre otras características, en las familias de tipo flexible hay un liderazgo igualitario que permite cambios, la disciplina es severa pero se pueden negociar sus consecuencias, suele haber democracia, hay acuerdo en las decisiones, algunas reglas cambian, se comparten los roles, entre otros" (15).

Además encontramos como característica de esta familia: "solución de problemas: buena toma de decisiones: compartida. Espacio personal: tiempo en familia. Coalición bien defini-

da”47(análisis de faces) característica de esta familia.

Al pertenecer la familia al tipo de familia equilibrada se evidencio que ante una situación difícil, como fue el diagnóstico de la gestante, ella conto con el apoyo incondicional de su esposo, hijos y padres. Lo que influye de una manera significativa en la adherencia al tratamiento por parte de la paciente y la asistencia puntual a los controles prenatales. Esto lo corrobora Olson quien afirma que las familias equilibradas actúan de la mejor manera ante una dificultad, problema o adversidad (solución de problemas). Igualmente lo confirma una investigación que estudio la estructura y dinámica de familias que conviven con un miembro diagnosticado de enfermedad de Alzheimer, afirma que las familias equilibradas tienen mejor resiliencia y un buen funcionamiento que las familias no equilibradas (16).

LISTA DE CHEQUEO DE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO DE SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL-INAS

En la verificación de la lista de chequeo de cumplimiento de protocolo de sífilis gestacional y congénita del Ministerio de la Protección Social, esta cumple con los requisitos básicos que debe tener la historia clínica prenatal (HCP) establecidos por la Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo de la resolución 412 del 2000 del Ministerio de Salud. Según esta guía la HCP debe “facilitar la identificación de los factores de ries-

go biopsicosociales, enfermedades asociadas propias de la gestación y la utilización de esta información por parte del equipo de salud” (17).

La lista de chequeo incluye aspectos sociodemográficos como:

Edad, la gestante del caso tiene 41 años, por tal motivo se considera un embarazo de alto riesgo, pues según la OMS “la edad materna avanzada incrementa el riesgo de algunas alteraciones cromosómicas, como el síndrome de Down (18).

El inicio precoz de actividad sexual en la adolescencia (edades entre 10 y 19 años) representa un factor de riesgo para SG, según Ruoti “ la falta de información para protegerse de las ITS y la actividad sexual indiscriminada y sin protección que suelen tener los adolescentes y jóvenes, son los factores y conductas de riesgo más frecuentes en la adquisición de estas enfermedades un estudio realizado en tres instituciones de salud de Sincelejo (Colombia) (19), por García, Almanza, Miranda, Gaviria, Patermina y Suarez, obtuvo de la muestra de 34 gestantes diagnosticadas con SG que “el 68,0% de las puérperas tenía 16 a 24 años y 6,0% se halló en el rango de 39 a 40 años (20).

Tejada, Alarcón, Velásquez, Gutiérrez, Loarte y entre otros, en su estudio factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad durante la gestación, periparto y postparto en mujeres VIH positivas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima-Perú, hallaron que “la edad promedio fue

27.9±5.9 años (rango de 18-39 años), de la muestra que estuvo conformada por 44 gestantes VIH positivas (21). Estos datos corroboran lo afirmado por Ruoti cuando asegura que los adolescentes y jóvenes tienen mayor riesgo más en la adquisición de ITS. Por lo tanto no representaba un factor de riesgo para la paciente.

Por eso uno de los criterios de la HCP es edad de inicio de la actividad sexual, serologías previas, número de compañeros sexuales, pues son considerados como factor de riesgo para SC, González en su estudio dice que “la relación de pareja constituye un factor vulnerable en la adquisición de dicha enfermedad, la estabilidad de la pareja, es una de las conductas sexuales más seguras en la prevención de las ITS” (22). Los antecedentes de otras infecciones de transmisión sexual constituyen en un “factor de riesgo para sífilis, ya que estas pueden causar depresión del sistema inmune y cursar con lesiones de la mucosa vaginal, facilitando la entrada y adherencia de otros microorganismos infecciosos” (23).

Otro aspecto importante es la zona de residencia y acceso a los servicios de atención prenatal, identificar ubicación geográfica, identificar si la gestante vive en zona urbana o rural, estrato social, aspectos que influyen de manera importante en la accesibilidad a los servicios de salud, uno de los determinantes sociales de la salud, y por ende en la adherencia al CPN y al tratamiento. Según la OMS “las infecciones maternas, como la sífilis o la rubéola, son una causa importante de defectos de nacimiento en

los países de ingresos bajos y medios”, “se considera que sólo 63% de las embarazadas en África, 65% en Asia y 73% en Latinoamérica asisten al menos a una consulta de CPN”. Estudios realizados han revelado que “la asistencia a CPN, por ejemplo, varía y tiene distribución desigual por estratos socioeconómicos”, otro encontró que “las gestantes de clase alta realizan mejor CPN, algunas incluso con excesiva medicalización”, en una posterior evaluación, se evidenció que “mujeres de clase baja asisten a menos de 6 CPN, con inicio tardío, y tienen menor probabilidad de realizarse exámenes, tomar ácido fólico y planificar el embarazo mientras que las de clase alta acuden a más de 12 controles y se realizan más de tres ecografías, en promedio”.

Es posible concluir que existe una relación estrecha entre la atención de salud y el nivel socioeconómico de la gestante, según el doctor Juan Guillermo Londoño, jefe de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Antioquia, asegura que “el manejo de la SC revela un grave problema de equidad: de 150 casos confirmados en Antioquia en 2005, el 38% eran pacientes del régimen subsidiado y 39% eran pacientes sin seguridad social (o vinculadas); el 8% eran del régimen contributivo y 1% particulares. Así, ser afiliado del régimen subsidiado o ser 'vinculado', podría considerarse un factor de riesgo, por la pésima calidad de la atención (24).

Es así como se evidencia una vez más fallas en la atención del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se violentan el principio de la equidad, el cual garantiza el acceso al

Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.

El nivel educativo es otro factor que influye de manera directa en la adherencia al tratamiento de SG, la paciente estudio hasta cuarto de primaria. Según Catz y Gordillo consideran que “un bajo nivel educativo se asocia como un obstáculo para la adherencia al tratamiento (25). Esto lo corrobora el estudio realizado por Merino, Lozano y Torrico quienes concluyen que las mujeres que no tuvieron estudios de secundaria o superior, muestran tener una mala adherencia, argumentan que una baja escolaridad está relacionada a muchos aspectos que incluye la falta de comprensión adecuada de las indicaciones médicas, las razones y beneficios de la suplementación con sulfato ferroso y quizá otros aspectos culturales que disminuyen en conjunto la adherencia al tratamiento (26).

La historia clínica incluye el momento del diagnóstico: prenatal (1o, 2o, 3er trimestre de gestación), pues entre más temprano se diagnostique la sífilis congénita mayor es la probabilidad de evitar la transmisión vertical. Según el protocolo de SG y SC “Las lesiones clínicas se forman a partir de la semana 16 de gestación cuando el sistema inmunológico ya se ha desarrollado, aunque el treponema puede pasar la circulación fetal desde la novena semana. Si la

madre recibe tratamiento antes de la decimosexta semana es casi siempre posible que se prevenga el daño al feto y de aquí la importancia de la solicitud de pruebas no treponémicas prenatales en el primer trimestre”. Por eso la ausencia de control prenatal o control prenatal tardío (después de la semana 12 de gestación) representa una verdadera amenaza para el binomio, especialmente para el neonato pues “la mortalidad neonatal puede llegar a 54% de los niños afectados, siendo la prematurez la causa más importante, se estima que de todas las gestantes con sífilis no tratada, sólo 20% llevará al feto al término de la gestación y obtendrá un niño normal.

La paciente asistió a 9 controles prenatales, lo que garantizó el seguimiento y una atención oportuna, que evitó complicaciones como: aborto espontáneo, mortinato, hidrops fetal no inmune, retardo del crecimiento intrauterino, parto prematuro, muerte perinatal y secuelas serias en los niños que nacen vivos. Se ha visto que puede llevar a muerte intrauterina en 30%, muerte neonatal en 10% y trastorno neonatal en 40% (27).

Por tal motivo se deben encaminar todos los esfuerzos necesarios para prevenir la SC en la etapa prenatal, ya que todas las complicaciones mencionadas, todas son prevenibles, se hace indispensable que los profesionales del equipo de salud hagan captación de la gestante una vez sea diagnosticada, realizar seguimiento del tratamiento y valoren continuamente la adherencia al mismo. Pero según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se demostró que un “aspecto importante referente

a la calidad en el cuidado que se brinda a las gestantes, es la falta de adherencia de los profesionales a los protocolos institucionales; sabemos que son instrumentos valiosos que describen la forma como se deben realizar los procedimientos en el ejercicio del cuidado, sin embargo en la práctica se observan barreras que impiden su cumplimiento debido a diferentes aspectos entre los cuales están:

El gran número de pacientes asignados y el poco tiempo disponible para una atención adecuada.

Las instituciones de salud que ponen de manifiesto su interés en la cifra de personas atendidas más no en la calidad del servicio que se presta.

Deficiencias en la capacitación técnico científica de los profesionales.

La constante rotación del profesional hacia diferentes sitios de trabajo y en diferentes actividades lo que genera desmotivación y falta de pertenencia con las instituciones.

La escasa satisfacción profesional relacionada frecuentemente con la carencia de estímulos como: baja remuneración económica, limitaciones para asistir a actividades de capacitación o falta de apoyo para continuar estudios de postgrado”.

Se hace necesario y urgente abordar estos problemas, para garantizar una mejor atención al binomio madre-hijo, lo que ayudaría de manera significativa disminuir el impacto social de la enfermedad, mejorar las cifras estadísticas y lograr un avance en el alcance de las metas

establecidas en los Objetivos del Nuevo Milenio, en este caso el 4. Disminuir la mortalidad infantil sino a la población en general (28).

De allí radica la importancia de un diagnóstico oportuno, la institución de salud que atendió la gestante del caso si cumplió con lo establecido frente al diagnóstico de la Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo de la resolución 412 del 2000 del Ministerio de Salud, ya que se realizaron(29) las pruebas serológicas no treponémicas a la gestante en la primera consulta de atención prenatal y en el tercer trimestre de gestación (entre la 28 y 32 semanas), se hicieron las pruebas serológicas no treponémicas al momento de la terminación de la gestación.

Al recién nacido se le realizó los exámenes según la guía de atención al recién nacido como lo son:

- Examen físico en búsqueda de evidencias de SC.
- Hemoleucograma con recuento de plaquetas.
- Toma de LCR para análisis de células, proteínas y VDRL.
- Radiografías de huesos largos.
- Toma de muestra de THS (30)

Al momento de la visita domiciliaria no dieron a conocer el resultado del THS del lactante el cual fue no reactivo.

CONCLUSIONES

De acuerdo al análisis de los datos obtenidos y teniendo en cuenta el objetivo propuesto, se presenta a continuación las conclusiones gene-

radas por la presente investigación.

Se evidencio que los profesionales de salud de la IPS que tenían a cargo el caso de la gestante, cumplieron a cabalidad con los parámetros establecidos por el protocolo de SG y SC del Ministerio de la Protección Social, y se logró evitar la transmisión vertical.

Existe un articulación directa entre el protocolo de sífilis gestacional y congénita del Ministerio de la Protección Social y la Guía de atención de alteraciones en el embarazo de la resolución 412 del 2000. Lo que permite garantizar una atención con calidad, oportuna y eficaz a la gestante.

También queda demostrado como una atención de calidad y oportuna es clave y fundamental para para evitar complicaciones en el embarazo y puerperio. Por tal motivo la atención del binomio madre-hijo debe estar en manos profesionales idóneos y expertos en el tema como lo referencia la Política.

Se corrobora una vez más que el control prenatal constituye una herramienta indispensable y básica, para evitar complicaciones de la SG

durante el embarazo y la trasmisión al feto, lo cual depende del periodo gestacional en que la SG es diagnosticada y el número de CP a los cuales asiste la paciente, pues entre más temprano se diagnostique la SC mayor es la probabilidad de evitar la trasmisión vertical.

El apoyo familiar que recibió nuestra paciente fue un elemento que proporciono fortaleza y seguridad en ella, ya que su diagnóstico de SG, representaba un factor de riesgo durante el embarazo, y la salud mental del binomio madre-hijo. Su retroalimentación fue positiva, su coalición positiva y la solución de problemas buena que son características de las familias flexible separada según Modelo Circumplejo de Olson.

Los diferentes instrumentos que se utilizaron en la valoración familiar como lo es genograma y Faces III, resultan de gran importancia para evaluar la funcionalidad familiar, y articularla como factor protector en la adherencia al tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de la Protección Social - Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Sífilis Congénita y Gestacional. Versión actualizada. 2007. Código Ins – 310
2. Miguel Ángel Suarez Cuba. El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. 2010. Revista Scielo. Disponible: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582010000100010&script=sci_arttext
3. Gonzáles E. Psicología del ciclo vital. editorial CCS. 2da Edición. España. 2002.p.65-66
4. Cusinato, M. (1992). Psicología de las relaciones familiares. Barcelona, España: Editorial Herder.
5. Espinar Fellmann Isabel, Carrasco Galán Jose, Martínez Díaz Pilar, Garcíamina Ana. Familias reconstituidas: Un estudio sobre las nuevas estructuras familiares. Clínica y Salud, vol. 14, núm. 3, 2003, pp. 301-332, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid España. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617972003>
6. Laza Vásquez Celmira .Quintero Sánchez Jimena .Jiménez Caicedo.Hasbleidy Johana.Preciado Parrado Javier Alexander. Experiencias y sentimientos vividos durante una gestación de alto riesgo: un estudio documental 2005-2011. Julio 2013. Revista electrónica trimestral de enfermería. Disponible: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/eglobal.12.3.152821/150091>
7. Modelo Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF). UNICEF. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/GUIA_MSCF.pdf
8. Sabate E. Adherence a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. OMS 2004: 27-30
9. Laza Vásquez Celmira .Quintero Sánchez Jimena .Jiménez Caicedo.Hasbleidy Johana.Preciado Parrado Javier Alexander. Experiencias y sentimientos vividos durante una gestación de alto riesgo: un estudio documental 2005-2011. Julio 2013. Revista electrónica trimestral de enfermería. Disponible: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/eglobal.12.3.152821/150091>
10. Noreña Pera, S., Ramos Alvarez, A. Y., & Sabogal Apolinar, A. L. (2011). Análisis del comportamiento sociodemográfico y epidemiológico de la sífilis congénita en Colombia 2008-2009. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/2357>. Universidad del Rosario
11. Cruz Aconcha Adriana Raquel. Situación de la Sífilis gestacional y congénita en

Colombia, un desafío al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Rev Colomb Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2012 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342012000400001&lng=es.

12. Cruz Aconcha Adriana Raquel. Situación de la Sífilis gestacional y congénita en Colombia, un desafío al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Rev Colomb Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2012 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342012000400001&lng=es.

13. Laza Vásquez Celmira .Quintero Sánchez Jimena .Jiménez Caicedo. Hasbleidy Johana. Preciado Parrado Javier Alexander. Experiencias y sentimientos vividos durante una gestación de alto riesgo: un estudio documental 2005-2011. Julio 2013. Revista electrónica trimestral de enfermería. Disponible: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/eglobal.12.3.152821/150091>

14. Carulli L, Rondinella S, Lombardini S, Canedi I, Loria P, Carulli N: Review article: diabetes, genetics and ethnicity. Aliment Pharmacol Ther 2005;22 (Supl 2):16-9

15. López Estefanía. Uso de la terapia familiar sistemática en parejas con conflictos matrimoniales y niños con problemas de atención: un estudio de caso. 2009 disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/682/1/94473.pdf>

16. Álvarez Juan. Enfermedad de Alzheimer: estructura y dinámica familiar. Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer "AFA Bierzo". Disponible en: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3935990.pdf

17. Ministerio de la Protección Social. Guía de Atención de Sífilis Congénita. 2000. resolución número 00412. Disponible: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20DE%20ATENCION%20DE%20LA%20SIFILIS%20CONGENITA.pdf>

18. Organización mundial de la salud. Anormalidades congénitas .2012. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/es/index.html>

19. Ruoti M, Ruoti A. Sexualidad y embarazo en adolescentes. Asunción: Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud; 1992 disponible en: <http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/5.html>

20. García, L. M., Almanza, R. A, Miranda-Mellado, C, Gaviria, J. M., Julio, J. M., Paternina, M. E, & Suárez, L. J. (2011). Factores de riesgos asociados a la sífilis congénita en tres instituciones de salud de Sincelejo (Colombia). Cultura del Cuidado Enfermería, 8(1), 34-41. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3785254>

21. Romina Tejada. Jorge Alarcón. Carlos Velásquez. César Gutiérrez. César Loarte. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad durante la gestación, parto y postparto en mujeres VIH positivas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima-Perú. 2010. disponible en : http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v15_n2/pdf/a07.pdf
22. González GR. Factores de riesgo asociado a la aparición de casos de sida. Venezuela. 2006. Disponible en: http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_Aids Congress/CommunicationHTML.aspx?Mid=37 &CommID=344.
23. García, L. M., Almanza, R. A, Miranda-Mellado, C, Gaviria, J. M., Julio, J. M., Paternina, M. E, & Suárez, L. J. (2011). Factores de riesgos asociados a la sífilis congénita en tres instituciones de salud de Sincelejo (Colombia). *Cultura del Cuidado Enfermería*, 8(1), 34-41. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3785254>)
24. Periódico el Pulso. Sífilis congénita en Antioquia: una vergüenza pública. 2006. disponible: <http://www.periodicoelpulso.com/html/nov06/general/general-05.htm>
25. Varela Arévalo María Teresa. Salazar Torres Isabel Cristina. Correa Sánchez Diego Adherencia al tratamiento en la infección por vih/sida. consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje acta colombiana de psicología, vol. 11, núm. 2, diciembre-sin mes, 2008, pp. 101-113 Universidad Católica de Colombia. Disponible: <http://www.redalyc.org/pdf/798/79811210.pdf>
26. Merino Almaraz Vania Nohelia, Lozano Beltrán Daniel Franz, Torrico Faustino. FACTORES QUE INFLUYEN LA ADHERENCIA A LA SUPLEMENTACIÓN CON SULFATO FERROSO DURANTE EL EMBARAZO. *Gac Med Bol [revista en la Internet]*. 2010 [citado 2014 Mar 04]; 33(2): 21-25. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662010000200006&lng=es
27. Ministerio de la Protección Social. Guía de Atención de Sífilis Congénita. 2000. resolución número 00412. Disponible: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20DE%20ATENCION%20DE%20LA%20SIFILIS%20CONGENITA.pdf>
28. Organización Panamericana de la salud. Organización Mundial de la salud. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana 54a Sesión del Comité Regional. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad materna. [internet]. Disponible: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp26-14-s.pdf>.
29. Ministerio de Protección Social. Guía para la detección temprana de las alteraciones del

CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE ATENCION PRIMARIA EN SALUD QUE TIENEN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN IPS DEL MUNICIPIO DE ACACIAS, DURANTE EL AÑO 2014

*Christa Yuslendi Rincon Paiva, July Samantha Rojas

RESUMEN:

El Objetivo de la investigación Describir los conocimientos y actitudes que sobre Atención Primaria en Salud que tienen los profesionales de enfermería en IPS del departamento del Meta, durante el año 2014. **Materiales y Métodos:** Es una investigación con enfoque cualitativo, en la cual se creó una encuesta con quince afirmaciones, basada la escala de Likert, luego se realizó una entrevista, la cual amplió los resultados obtenidos en la encuesta de los conocimientos y actitudes de atención primaria en salud que tienen las profesionales de en enfermería . Por consiguiente, la información obtenida, se categorizó, para facilitar el análisis e interpretación de los datos. **Hallazgos** Se dan

a conocer tres categorías de análisis, las cuales son: Atención integral en los servicios de salud, Ventajas y desventajas de la estrategia de atención primaria en salud, Condiciones necesarias para llevar la atención primaria en salud. **Conclusión:** Con la presente investigación se logró identificar que los profesionales de enfermería del municipio de Acacias no tienen con concepto muy claro de atención primaria en salud, pero si conocen las actividades y los aspectos que hacen parte la atención en salud.

Palabras clave: Enfermería, Conocimientos, Actitudes, Atención primaria en salud.

KNOWLEDGE AND ATTITUDES ON PRIMARY HEALTH CARE PROFESSIONALS WHO HAVE NURSING IN THE MUNICIPALITY OF ACACIA IPS, DURING THE YEAR 2014

ABSTRACT:

The objective of the research describe the knowledge and attitudes of primary health care with nurses in the department of Meta IPS during 2014. Materials and Methods: A research with qualitative approach, in which a survey of fifteen statements are created, based likert scale, after an interview, which extended the results of the survey of knowledge and attitudes of care was conducted primary health professionals who have the nurse. Therefore, the information He obtained was categorized to facilitate analysis and interpretation of data. Findings Disclosed are three categories of analysis, which are: Comprehensive care in health services, advantages and disad-

vantages of the strategy of primary health care, conditions needed to bring primary health care. Conclusion: In the present research was identified that nurses Township Acacias have very clear primary health care concept, but if you know the activities and aspects that are part of health care.

Keywords: Nursing, Knowledge, Attitudes, Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN:

La presente investigación se realiza con el fin de identificar que conocimientos y actitudes tienen sobre Atención Primaria en Salud los profesionales de enfermería en la IPS del municipio de Acacias del departamento de Meta durante el año 2014, la cual es el objeto de nuestra investigación, siendo esta investigación de tipo cualitativo, y descriptivo.

La recolección de la información se realizó inicialmente a través de la aplicación de un instrumento elaborado por las investigadoras basado en una escala de Likert, con preguntas cerradas, que permitieran a reconocer las actitudes sobre la promoción de la salud de los profesionales de enfermería que se encontraban coordinando programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en IPS del primer nivel de atención, durante el 2014.

La atención primaria en salud es la estrategia que remonta a los años de 1978 donde fue abordada en la reunión de la declaración de Alma-Ata, donde el lema fue salud sea para todos ya que la salud es el bienestar físico, mental, social y universal sin que haya discriminación de ninguna índole ya que la salud es un derecho fundamental de cada persona, La atención primaria en salud es de amplia relevancia teniendo en cuenta que a través de ella se aporta al bienestar de las personas contribuyendo así al mejoramiento de a la calidad de vida y a que haya un desarrollo social y económico y para lograr todo esto se requiere de la intervención de todos los sectores y entes territoriales para lograr el objetivo de la estrategia.

El rol del profesional de enfermería al prestar

la atención en salud en la estrategia de atención primaria a la comunidad debe caracterizarse por ser una persona responsable, actualizada y capacitada en salud pública, adicional a esto debe trabajar de la mano con el grupo interdisciplinario que lo rodea ya que trabajando mancomunadamente van a poder ayudar a solucionar las necesidades en salud que presenta el usuario.

MATERIALES Y MÉTODO:

Metodológicamente la presente investigación es de enfoque cualitativo, al pretender aproximarse a unas situaciones sociales particulares para explorarlas, describirlas y analizarlas a partir de los conocimientos y actitudes de la población objeto de estudio con respecto a la Atención Primaria en Salud.

La investigación es de tipo descriptivo ya que se investigaran situaciones que ocurren en condiciones naturales, en este sentido los datos que se pretenden identificar y analizar serán originales y empíricos; a partir de lo cual los resultados se agruparan por categorías para generar procesos explicativos minimizando los sesgos por interpretaciones personales de la investigadora y avanzar así, hacia el logro de los objetivos propuestos. Es una investigación de tipo exploratorio, que abordará el problema identificando la construcción de los sujetos de investigación acerca de la Atención Primaria en Salud, buscando los significados en sus discursos y manifestaciones, con el fin de comprender sus conocimientos y actitudes y prácticas entorno a esta estrategia.

RESULTADOS:

La investigación cuenta con una muestra de estudio, conformada por tres profesionales de enfermería que ejercen en el Hospital Municipal de Acacias, del municipio de Acacias, jurisdicción del Departamento del Meta.

Las 3 profesionales de enfermería laboran en los servicios de promoción y prevención

Los programas en los que se desempeñan fueron: crónicos, control de crecimiento y desarrollo, control prenatal, planificación familiar.

El promedio de edad de las profesionales de enfermería es de 29 años, siendo 23 años la de menor edad y las otras dos profesionales tienen 33 años cada una, siendo las mayores edades de la muestra.

El 100% de la población pertenece al género femenino, es decir 3 profesionales de enfermería, desarrollan su profesión en hospital municipal de Acacias E.S.E.

Los estados civiles que se presentaron fueron: casada, soltera y unión libre.

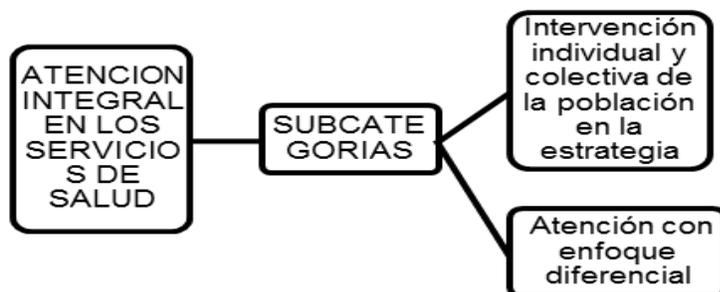
El 66% de la muestra realizó su pregrado en la universidad de los llanos y el 33% en la universidad metropolitana de Barranquilla.

El promedio de experiencia laboral fue de 6 años, siendo 2 años la de menor tiempo de experiencia y 8 años la de mayor experiencia laboral.

El 66% de las profesionales de enfermería no han realizado estudios de posgrado, y el 33% se encuentra realizando una especialización en salud ocupacional.

De acuerdo al desarrollo metodológico, a partir de los resultados de la entrevista se realizó análisis de contenido la cual surgieron tres categorías de análisis: Atención integral en los servicios de salud, Ventajas y desventajas de la estrategia de atención primaria en salud, Condiciones necesarias para llevar la atención primaria en salud. Las cuales se presentan a continuación.

Figura 1. Categoría Atención integral en los servicios de salud.



Fuente: Elaborada por las investigadoras

La atención integral hace referencia a una atención continua y completa de la persona, dentro de un ámbito familiar y social, teniendo en cuenta las diferencias de edad, raza, género, etnia, condiciones de discapacidad etc.

De acuerdo a los datos recolectados esta categoría, se encuentra dividida en dos subcategorías: **Intervención individual y colectiva de la población en la estrategia y atención con enfoque diferencial.**

El segundo núcleo temático hace referencia a la percepción que tienen las profesionales acerca de los Servicios de promoción y prevención que brinda la estrategia de atención primaria manifestado de la siguiente manera por las profesionales: “Los servicios que brinda, son todas las actividades de promoción y prevención que se le puede ofrecer a la población.” también indican las actividades que se realizan fuera de las instituciones referido en la siguiente expresión: en lo otro es realizando, o capacitaciones a los que brinda atención, lo otro también sería realizando brigadas de salud, trabajando con la población, en casa, que es muy importante y en la zona rural.

En el tercer núcleo temático destacan la relevancia de la Educación para la salud dentro de las demás actividades de promoción y prevención, expresado por las profesionales de la siguiente forma: “La educativa sí, que es como la más importante la de educación, la de prevención, pues en el caso de la vacunación y todo eso y de prevención, la educación como ya le había dicho, en el caso de dar las charlas educativas, en el cuidado, porque también somos un ente muy importante en la parte, en el

cuidado de los pacientes y pues en la rehabilitación, también en todo eso”, además indican el impacto positivo que ha tenido la educación para la salud en las personas y los resultado a futuro que se pueden obtener si esta actividad es llevada a cabo adecuadamente, lo cual es enunciado como: “y Si ha logrado, porque si las personas, sabemos cómo vamos a prevenir, pues las enfermedades van a ver menos consulta, en el servicio de salud asistencial, en menos muerte, menos personas que tengamos que rehabilitar, porque le haya ocasionado algún problema, alguna enfermedad más avanzada.” Además se establece la educación para la salud como una de las actividades más importantes a cargo del profesional de enfermería expresado así: “Mas que todo en la parte de promoción y prevención, educación , control de enfermedades, prácticas saludables, eso más que todo, es lo que hace la enfermera; la educación al paciente, al usuario.

Teniendo en cuenta los datos reunidos en la subcategoría atención con enfoque diferencial, surgen dos núcleos temáticos:

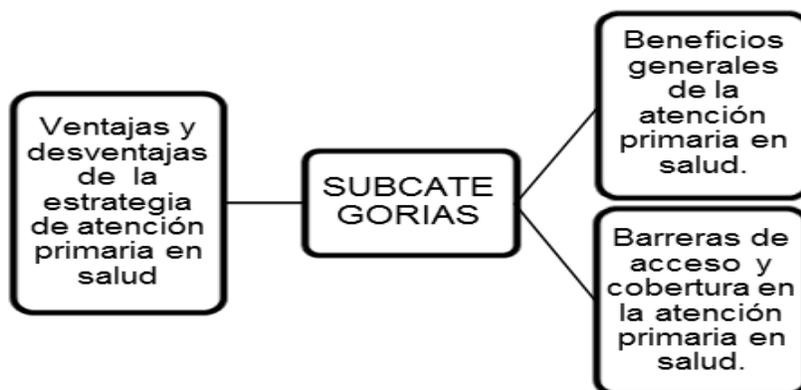
El primer núcleo temático surge a partir de la percepción de las profesionales acerca de la importancia que tiene la interculturalidad en la estrategia de atención primaria en salud lo cual fue expresado de la siguiente forma: “ Porque se deben respetar las creencias, las costumbres, la cultura de cada persona, no podemos llegar a cambiarle su forma de ser, sus pensamientos , si no hay que trabajar con eso, y hay que apoyarlos y no desconocer el contexto en que se desarrolla cada persona, las creencias que tiene, si alguien cree por decir en un mito

no sé; en el hielo, el cuajo en esas cosas no les podemos decir que no, porque inmediatamente vamos a crear una barrera. Entonces hay que de pronto apoyarlos o mirar cual es la razón científica de lo que ellos creen y así mismo buscar una solución.” Señalando también la importancia para que los profesionales brinden una atención adecuada a los usuarios sin importar su condición : “La interculturalidad es importante, ya que todos los profesionales de salud, debemos saber cómo dar a conocer todas las actividades, tratamientos, procedimientos a los usuarios, teniendo en cuenta su cultura, he teniendo en cuenta su sexo, su raza, teniendo en cuenta su religión, sus creencias, sus ritos, entonces de ésta manera, podemos llegar al usuario y darle a conocer todo, sobre el proceso de atención de salud.”

El segundo temático fue identificado como la importancia de la participación de la comunidad en la planeación, organización y ejecución de la estrategia, se destaca la participación de la comunidad como la medida más efectiva para identificar sus verdaderas necesidades y para la búsqueda soluciones para los problemas que afectan su estado de salud, lo cual fue enunciado de la siguiente manera:,” porque pues si hacemos el trabajo conjunto, va ser mucho mejor y más aplicable, esto es, no es solamente decir “bueno hay que darle educación acerca de al-

go” ¿O no?. Si no primero ver, si esa realmente es la problemática o lo que requiere en esa comunidad, para que le voy a dar una capacitación acerca de un tema que ellos no quieren; entonces más bien primero hay que pues, tener en cuenta la opinión de ellos, las falencias que tienen, de pronto las debilidades y acerca de eso pues, se trabaja más en unos temas que en otros, de acuerdo a la comunidad.” Además señala la participación social por un elemento necesario para realizar un trabajo conjunto con otros sectores citado de la siguiente manera: “La participación social, pues es la integración de varias personas o de varios sectores en la estrategia y es el apoyo que se da ¿sí, entre todas las personas, o los aportes que tengan, los que dirigen la estrategia y pues todos los que participen en ella, en la estrategia.” Como también hace referencia a la importancia de capacitación en la prevención de enfermedades prevalentes que las afectan sobre, expresado así: “Por lo que ya le dije, de que pues, si no hay comunidad, pues no hay a quién darle las capacitaciones, si no hay alguien que la de la comunidad, nunca se va a capacitar, nunca va a saber manejar, lo de pronto, en el caso si hay dengue, como se va a prevenir, en el caso de la varicela, en el caso de la no va a saber cómo se va a prevenir, ni cómo va a promocionar, de que otras personas, no les dé pues, si sí es importante..”

Figura 2 Categoría: Ventajas y desventajas de la estrategia de atención primaria en salud.



Fuente: Elaborada por las investigadoras

Esta categoría según los datos reunidos, señala el aspecto positivo y negativo de la estrategia, lo cual fue denominado beneficios generales de la atención primaria en salud y las barreras de acceso y cobertura en la atención primaria en salud.

La siguiente figura indica las subdivisiones que se crearon a partir de la categoría ventajas y desventajas de la estrategia de atención primaria en salud. La cual se define como el beneficio que recibe el usuario mejorando la salud, disminuyendo la morbilidad y mejorar la accesibilidad y cobertura en salud. La desventaja definida como un inconveniente que no se puede recibir la atención por un obstáculo que se presenta en el servicio de salud.

Subcategoría: beneficios generales de la atención primaria en salud.

A partir de la información reunida se originaron los siguientes núcleos temáticos:

El primer núcleo temático valores agregados, hace referencia a lo gratificante que es su tra-

bajo y a los beneficios adicionales que adquieren en el , como la experiencia , el conocimiento y el reconocimiento de su labor en la comunidad, y las satisfacción que sienten , un ejemplo de ello es esta expresión: “Sí es muy satisfactoria, cuando uno le puede orientar, realizar un seguimiento, guiar a ésta población, darles unos signos de alarma, que tiene que tener en cuenta e indicarle algunos formas de atención y prevención en salud, es satisfactorio, porque el usuario se siente muy agradecido, con ésta información y que uno también, cuando identifica algo, pues lo puede orientar, lo puede guiar. ES satisfactorio saber, que se pudo hacer algo por esa persona y que se contribuyó a eso.”

El segundo núcleo se refiere a la Accesibilidad y cobertura a la atención en salud, donde se expone la importancia de prestarlos servicios de salud a toda la poblaciones tanto urbanas como rurales y zonas de difícil acceso, siendo necesario para brindar una atención integral y así lograr suplir las necesidades de salud de la población, la cual se evidencia en la

siguiente afirmación “Cómo puede ayudar, pues creo que ya la respondí, es en el caso de que personas, que no se puedan acercar al área urbana, pues las personas van allá de pronto, si hacen consultas, hacen brigadas, en la persona es más fácil, el acceso a ir a las brigadas, porque van a llegar directamente al lugar donde están y no van a llegar acá, las brigadas de pronto, en el momento de la atención, si de pronto va un médico o algo sería de pronto, muy aconsejable llevar pues, los medicamentos más prevalentes, de pronto los desparasitantes, las vitaminas, los antibióticos, que de pronto vayan a formular porque, pues tampoco es el objetivo es ir formular y después el paciente tenga que acercarse nuevamente al área urbana a reclamar, pues los medicamentos o los exámenes que se les haga, entonces como complementar todo eso.” Además Se evidencian las acciones de gestión por parte del profesional de salud hacia el usuario, se evidencia en la afirmación “ Mmmm de pronto así como le decía ahorita, es con las brigadas de salud, con las campañas, de pronto cuando uno de verdad son personas que vienen de lejos o en la base de datos está, uno los ayuda les colabora, les da la cita a los atiende de una vez o se traslada también el médico allá donde ellos estén... eso.”

El tercer Núcleo designado como Accesibilidad a la atención en salud hace referencia a la estrategia de atención primaria como una herramienta para lograr la cobertura y el acceso de toda la población sin ningún tipo de discriminación “Porque el servicio es para todos y eso no se tiene en cuenta un grupo en especial o algo. Si no es para todas las personas, hay no tiene en cuenta la religión o la edad o algo , pues se tiene en cuenta de pronto la edad pe-

ro, para los servicios a los que debe acceder ...pero no hay discriminación ni nada, entonces, se tiene en cuenta todos los usuarios por igual.”

Subcategoría: barreras de acceso y cobertura en la atención primaria en salud.

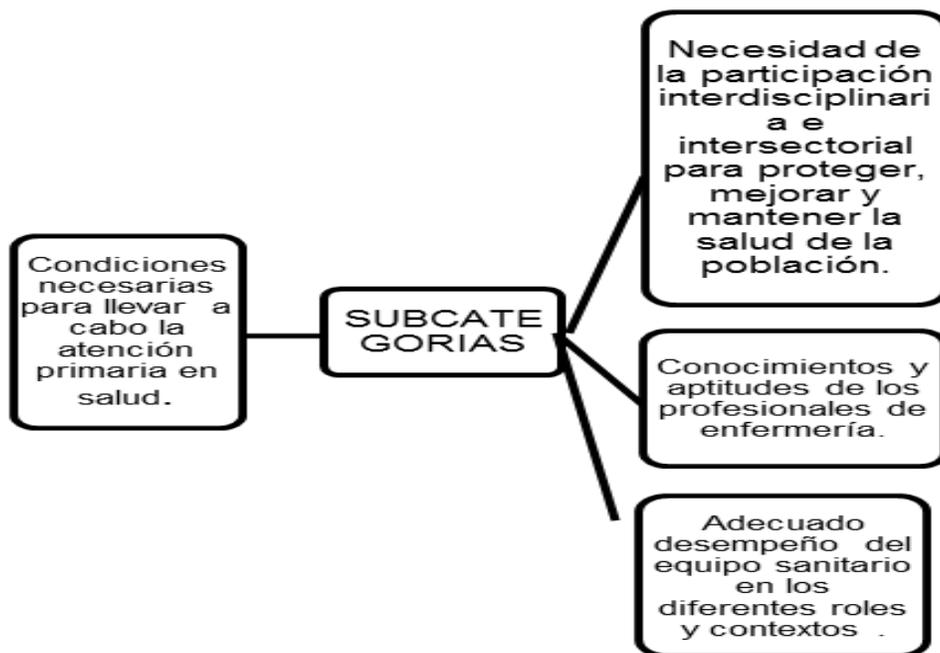
Con base a esta subcategoría surgen dos núcleos temáticos:

El núcleo primer núcleo temático hace referencia a los requisitos de aseguramiento de los usuarios para acceder a los servicios de salud donde identifican la seguridad social como un requisito indispensable y obligatorio para acceder a los servicios de salud, todas las personas del territorio, todos los usuarios pacientes que estén en el régimen subsidiado y régimen contributivo. Si seguridad social se vuelve un obstáculo a la hora de solicitar un servicio de salud “Buena pregunta...risa...., porque primero que todo debe como haber una ruta de que ellos estén afiliados, para poder prestar los servicios, porque si de todas maneras no están afiliados va ser mas... más complicado, entonces yo no creo que es tanto la estrategia aporte para la cobertura, si no pues primero deben estar afiliados y pues ya cuando están afiliados si se puede aplicar a los usuarios todas las actividades que se tienen, los servicios para ellos.”

El segundo núcleo expresa los obstáculos en la atención de los servicios de salud. Barreras que se dan a la hora de prestar la atención en salud a los diferentes grupos culturales” ¿Involucrar?. Pues yo considero que, pues cada uno tiene sus creencias y eso afecta, porque a veces permiten que se presten unos servicios o a veces no los reciben, a veces no aceptan la educación que se les da entonces

eso influye arto. A veces no aceptan los tratamiento entonces hay que se puede hacer con ellos. ””Pues aquí, a los pacientes que he tratado algunas, han sido indígenas, pero con ellos no ha habido tanto, de pronto tanto inconveniente, como se puede pensar algunas veces si con los Testigos de Jehová, y otras veces, con los grupos que no han tenido educación, tienen primaria incompleta; ellos tienen no sé, unos pensamientos y eso crean unas barreras y es difícil y tienen uno que tener arto como habilidad para llegar a ellos.”

Figura 3 Categoría: condiciones necesarias para llevar a cabo la atención primaria en salud. Esta categoría hace referencia a los elementos indispensables para llevar a cabo la estrategia, ya que de estar presentes se podrán lograr un buen desempeño en toda la población



Fuente: Elaborada por las investigadoras

Subcategoría: Necesidad de la participación interdisciplinaria e intersectorial para proteger, mejorar y mantener la salud de la población.

En el primer núcleo temático las profesionales de enfermería mencionan las entidades que deben ser participes en la estrategia de atención primaria en salud y destacan la importancia de llevar a cabo las acciones intersectoriales para contribuir en el bienestar de la comunidad, lo cual se evidencia en las siguientes expresiones: “Si es importante y es un complemento, porque con los entes territoriales, siempre son los que dan de pronto, la el apoyo de las convocatorias de a veces, alguna ocasiones de la parte económica, entonces todos los factores, si todos tienen que estar de acuerdo, si hay que hacerle seguimiento, tanto las EPS, como la alcaldía, el hospital, las enfermeras que están llevando el programa todos, tienen que estar unidos, para poder desarrollar bien el proceso.” y

“Para llevar a cabo la atención primaria, es necesario las acciones intersectoriales y la participación comunitaria, debido a que ambos hacen parte, para que se logre una buena atención integral primaria en salud, los sectores que hacen parte de la estrategia, sería la secretaria de salud, eee la institución donde reside la atención y las EPS donde se encuentran afiliados eee...”

En el segundo núcleo temático el profesional de enfermería expresa la importancia de la interdisciplinaria en el desarrollo de las actividades, expresado en la siguiente frase “Sin la atención primaria, pues porque vamos a ir a una brigada o a una comunidad, hacer una atención y pues necesitamos el médico y el médico no estuvo, hay que responder una pregunta del médico y si el médico no está, pues

nadie va a saber responderla y la comunidad va a quedar con esa brecha, con esa ee duda abierta, entonces no estamos haciendo bien el proceso, deben estar todos.” Y lo manifestado por: “Porque pues atención primaria es varias cosas /, entonces uno tienen que tener buenas relaciones con los compañeros de trabajo, para poderle ayudar también al al usuario/ y también es importante porque el usuario es un ser integral, entonces él necesita que se le atienda desde todos los aspectos, entonces de pronto una usuaria vienen a planificación, pero yo veo que también necesita la parte de odontología , citología entonces yo la puedo remitir a todos los otros servicios y así se le puede dar mayor cobertura a los servicios que requiere...eso.”

Subcategoría: conocimientos y aptitudes de los profesionales de enfermería.

De acuerdo a los datos reunidos en esta subcategoría surgen tres núcleos temáticos:

En el primer núcleo se expresa el concepto que tienen las profesionales sobre atención primaria, expresándolo en las siguientes manera: “Es toda laa, los servicios que se le prestan a la comunidad, que incluye pues, la atención básica, la atención médica, los exámenes de primer nivel y tratamiento de primer nivel” “.En la atención primaria en salud, es donde se le puede brindar la atención en primera instancia al usuario, se le puede brindar algunas actividades de promoción y prevención, donde se puede orientar al usuario y satisfacer sus necesidades y orientarlas, si se requiere un segundo nivel de atención.” También manifiestan la necesidad que la estrategia esté relacionada con todos los demás niveles de atención enunciado de la siguiente manera: Pues aunque para mí no me parece, osea yo creo que la laaa la atención primaria, se basa, es como en los niveles, en el primer nivel de atención pero

también debe estar relacionada con los otros niveles, para evitar complicaciones, los otros niveles brindan ya el apoyo al tratamiento, rehabilitación, pero también debe tener en cuenta la atención primaria, para evitar complicación. El segundo núcleo temático se exponen las aptitudes del profesional de enfermería al brindar la atención en salud, lo cual es expresado por el profesional en la siguiente frase: “Las características sería una primordial, la comunicación, eee crear un ámbito, un ambiente agradable con el usuario, para poder escucharlo y poder conocer, cómo es su cultura, ee y así mismo poderle brindar la educación, que él necesita, sería también, ser un líder, también un líder y poder responder fácilmente a las necesidades que tiene el usuario ee y poder comunicarse con diferentes entes ee la empatía.” “Deber ser una persona con capacidad de escucha, que sea muy receptiva, que aprenda a identificar lo que el paciente requiere, que de pronto con un gesto el paciente, puede decir muchas cosas, entonces que uno aprenda a interpretar eso y aparte sea buen escucha, que también sea buen comunicador, eee que tenga en cuenta que el paciente es una persona igual que todos, o sea que el enfermero o el personal de salud, tenga esa capacidad de ser igual a todos; de pronto no debe creerse más que otro o de hacer sentir así al paciente, que de pronto es menos o más que otra persona, que tenga en cuenta que todos son iguales y que tengan la capacidad, los conocimientos para poder definir tratamiento o una conducta a seguir”.

Subcategoría: Adecuado desempeño del equipo sanitario en los diferentes roles y contextos

De la subcategoría adecuado desempeño del equipo sanitario en los diferentes roles y con-

textos se derivan dos núcleos temáticos:

El primer núcleo temático resalta el rol de los profesionales de enfermería en la estrategia de atención primaria en salud hace lo cual es manifestado de esta manera: “Sí, pues yo hago consulta de crecimiento y desarrollo, entonces hay buscamos las enfermedades más prevalentes, en el caso de AIEPI las enfermedades prevalentes en la infancia, entonces hacemos un seguimiento muy estricto de los niños, peso, talla, diagnóstico nutricional, el desarrollo el niño, que si el niño no asiste, se le hace seguimiento, se le hace educación a las madres y a la persona que están a cargo, entonces si tiene mucho que ver con la atención primaria.” Y “El papel de los profesionales de salud, es muy importante, porque son los que van a orientar, a brindar las actividades de promoción y prevención, donde les va a hacer un seguimiento a ésta población, para que se dé cumplimiento a ésta estrategia y sería el los profesionales, serían los que recibirían como tal a la población y les daría como una orientación, hacia donde deben ir hacia donde se debe dirigir.”

En el núcleo segundo núcleo Escenarios donde se deben llevar a cabo las acciones de atención primaria en salud. Se refiere a los sitios donde se deben desarrollar las actividades de atención en salud. Manifestado en la frase “Pienso que se deben hacer (risas), el espacio que se debe tener en cuenta, son la institución y también debe tenerse muy en cuenta la parte rural, mediante las brigadas de salud que se realizan ee en la zona en la parte rural.” Espacios donde se brinda la atención en salud “Sí, porque da el espacio en todos los hospitales, centros de salud, en todos los hospitales, centros de salud, en todas partes está implementando los programas de promoción y prevención, está legislado, evaluado, hacen auditorias

y pues es aplicable y es real si se puede aplicar a la comunidad.”

DISCUSIÓN: Teniendo en cuenta que el objetivo general buscó, Describir los conocimientos y actitudes sobre Atención Primaria en Salud que tienen los profesionales de enfermería en APS del municipio de Acacias, de los resultados obtenidos de esta investigación surgieron tres categorías: atención integral en los servicios de salud, ventajas y desventajas de la atención primaria en salud y condiciones necesarias para llevar a cabo la atención en salud.

En la reunión de Alma –Ata de 1978 se definió la Atención Primaria en Salud como: Es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptadas, con plena participación comunitaria, a un costo que la comunidad y el país puedan asumir, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. Es el primer contacto de la persona, familia y comunidad con el sistema sanitario nacional, que lleva los servicios de salud lo más cerca posible de donde viven y trabajan las personas (1).

La categoría denominada como atención integral, es definida como: “la provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad.(20)”De acuerdo a esto entonces es necesario intervenir a las personas en su dimensión individual y colectiva, para poder identificar sus necesidades en salud y factores que la afectan , para brindarle la atención adecuada y en el nivel que lo requiera.

La Declaración de Alma-Ata, con base en las principales causas de los problemas de salud

más prevalentes en el mundo, también propuso un programa de servicios esenciales, dando prioridad a las siguientes intervenciones. Educación sobre problemas de salud prevalentes y métodos para prevenirlos y controlarlos, Promoción del suministro de alimentos y nutrición adecuada, Suministro de agua segura y saneamiento básico, Cuidado de salud materno-infantil incluyendo planificación familiar e inmunizaciones, Prevención y control de enfermedades endémicas locales, Tratamiento apropiado de enfermedades comunes y trauma; y Suministro de medicamentos esenciales (1) ,teniendo en cuenta que la atención primaria en salud tiene una organización de los servicios de salud en donde se incluyen respuestas a los principales: problemas de salud de la comunidad proporcionando los servicios de promoción, prevención, diagnóstico y rehabilitación. de acuerdo a esto se destaca lo manifestado por **E1PA5P1**: “Pues los que ya menciones de primera vez, que es atención médica, odontológica, vacunación, servicios de promoción y prevención, tratamiento.” **E3PA96P20**: “pues, prevenir enfermedad, promocionar la salud, como ya le había dicho y ayudar sobre el autocuidado y la rehabilitación de los pacientes”, de acuerdo a esto se podría decir que las profesionales si conocen los servicios de salud que hacen parte de la atención primaria y los distintos niveles en que se deben prestar la atención en salud.

En esta categoría se destaca La educación para la salud como una de las intervenciones colectivas más importantes dentro de la atención primaria, ya que de acuerdo al documento del plan de mejora de la atención primaria ,La Educación para la salud desarrolla, en definitiva, individuos capaces de vivir con salud y se configura como una de las principales estrate-

gias para conseguir el autocuidado de las personas fomentando que estas adquieran un compromiso con su salud y puedan así dirigir sus propios cuidados, (18) con respecto a lo anterior

destacamos lo expresado por **E2PA45P9**: "Eee la educativa sí, que es como la más importante la de educación, la de prevención, pues en el caso de la vacunación y todo eso y de prevención, la educación como ya le había dicho, en el caso de dar las charlas educativas, eee en el cuidado, porque también somos un ente muy importante en la parte, en el cuidado de los pacientes y pues en la rehabilitación, también en todo eso", **E2PA72P15**: "si me siento eee satisfecha, ya que estoy dando educación, ya que es la parte más clara, de la atención primaria, de la promoción y prevención, dar educación a los pacientes, prevenir las enfermedades o darle cura a las que ya estén y así dar pues, brindar educación, brindar cuidado, atención a los niños, pues si me siento muy bien con lo que hago? También resaltan el impacto positivo que esta actividad genera. **E2PA59P12**: "Si ha logrado, porque si las personas, sabemos cómo vamos a prevenir, pues las enfermedades van a ver menos consulta, en el servicio de salud asistencial, menos muerte, menos personas que tengamos que rehabilitar, porque le haya ocasionado algún problema, alguna enfermedad más avanzada." Lo cual indica que las participantes reconocen la educación para la salud como una actividad fundamental en la atención primaria ya esta lo que busca es facultar a las personas para que gestionen mejor su salud mediante acciones como la educación para la salud, el autocuidado y la autogestión de la enfermedad. (1)

Con respecto a segunda subcategoría el Plan

decenal de salud pública plantea que el enfoque diferencial tiene en cuenta las condiciones y posiciones de los distintos actores sociales, reconocidos como "sujetos de derechos", inmersos en particulares dinámicas culturales, económicas, políticas, de género y de etnia., esto es aspecto esencial para la prestación de los servicios de salud, como también lo es la interculturalidad, ya que según el modelo de atención integral(1) plantea que la interculturalidad implica más que la dimensión étnica. Hay otras identidades y/o lógicas que deben contemplarse, como educación, formación, migración, estrato socioeconómico y condiciones materiales, entre otras, pues cada una de ellas es producto de realidades culturales propias. Debido a todo lo que esta abarca es importante poseer los conocimientos para poder brindar una adecuada atención. referente a esto se destaca lo expresado por **E1PA20P4** : "porque se deben respetar las creencias, las costumbres, la cultura de cada persona, no podemos llegar aaa pues a cambiarle su forma de ser, sus pensamientos , si no hay que trabajar con eso, y hay que apoyarlos y no desconocer el contexto en que se desarrolla cada persona, las creencias que tiene, no y si alguien cree por decir en un mito no sé; en el hielo , el cuajo en esas cosas no les podemos decir que no, porque inmediatamente vamos a crear una barrera. Entonces hay que de pronto apoyarlos o mirar cual es la razón científica de lo que ellos creen y así mismo buscar una solución." **E3PA87P18**: "La interculturalidad es importante, ya que todos los profesionales de salud, debemos saber cómo dar a conocer todas las actividades, tratamientos, procedimientos a los usuarios, teniendo en cuenta su cultura, he teniendo en cuenta su sexo, su raza, teniendo en cuenta su religión, sus creencias, sus ritos, en-

tonces de ésta manera, podemos llegar al usuario y darle a conocer todo, sobre el proceso de atención de salud.” con relación a esto se puede identificar que aunque las profesionales reconocen la importancia que tienen la interculturalidad, esto no demuestra que tengan los conocimientos acerca de lo que esta implica, ya que la relacionan mas con el respeto y el trato diferencial que se debe brindar a las personas dependiendo de su cultura, creencias y costumbres pero no manifiestan las prácticas tradicionales o alternativas que esta le aporta a la estrategia, también vale la pena resaltar las dificultades que tuvieron las participantes en los dos últimos momentos de la investigación donde en cuanto a la escala de likert una parte de la muestra manifestó su desacuerdo en cuanto a la importancia y en las entrevistas no pudieron definir su concepto, pero si resaltaron su importancia.

En cuanto a la participación social en la atención primaria en salud es un aspecto importante ya que es el ejercicio a través del cual la comunidad, las organizaciones sociales y otras instituciones intervienen en el abordaje de las situaciones de salud, bien sea para participar en la proposición, planeación, ejecución y control de las acciones de salud que le conciernen, o como conformación de factores protectores ante una determinada situación destructiva de salud, en virtud de la autonomía, la ciudadanía y la corresponsabilidad social. Y se manifiesta en la frase: **E1PA18P3:**”La participación social, pues es la integración de varias personas o de varios sectores en la estrategia / es el apoyo que se da sí, entre todas las personas, o los aportes que tengan, los que dirigen la estrategia y pues todos los que participan en ella, en la estrategia.” (atención prima-

ria integral de salud) las jefes entrevistadas si tienen conocimiento y ven indispensable la participación social en la estrategia ya que la comunidad es parte fundamental para que esta sea efectiva y se puede llevar a cabo al brindarles una buena educación en salud a la comunidad para que puedan enfrentarse a los problemas de salud que estén presentando.

Por lado la participación comunitaria en la atención primaria es un aspecto importante debido a que La participación de la comunidad es entendida como el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y de su colectividad , mejorando la capacidad de contribuir a su propios desarrollo económico y comunitario, llegando a conocer mejor su propia situación y encontrar incentivos para resolver sus problemas comunes(1) en donde se destaca **E1PA19P3:**Sí, porque pues si hacemos el trabajo conjunto, va ser mucho mejor y más aplicable,/ ésto es, no es solamente decir “bueno hay que darle educación acerca de algo” ¿O no?. Si no primero ver, si esa realmente es la problemática o lo que requiere en esa comunidad, para que le voy a dar una capacitación acerca de un tema que ellos no quieren; entonces más bien primero hay que pues, tener en cuenta la opinión de ellos, las falencias que tienen, de pronto las debilidades y acerca de eso pues, se trabaja más en unos temas que en otros, de acuerdo a la comunidad.,” por este motivo se exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización , el funcionamiento y control de estrategia expresado por: **E2PA53P11:** “Por lo que ya le dije, de que pues, si no hay comunidad, pues

no hay a quién darle las capacitaciones, si no hay alguien que la de la comunidad, nunca se va a capacitar, nunca va a saber manejar, lo de pronto, en el caso si hay dengue, como se va a prevenir, en el caso de la varicela, en el caso de la no va a saber cómo se va a prevenir, ni cómo va a promocionar, de que otras personas ,no les dé pues, si sí es importante.”

En cuanto a la categoría ventajas y desventajas de la atención primaria en salud se destaca la accesibilidad y la cobertura a los servicios de salud como las ventajas de la estrategia.

En cuanto a La accesibilidad de los servicios de salud como ventaja, la accesibilidad se define como el suministro continuo y organizado de asistencia para toda la comunidad en condiciones favorables, desde el punto de vista geográfico, financiero, cultural y funcional donde La asistencia debe ser apropiada y suficiente para responder a las necesidades fundamentales de salud de la población y se ha de prestar mediante procedimiento que la población acepte (1), de acuerdo a esto se resalta lo manifestado por:**E1PA37P8**: “Porque el servicio es para todos y eso no se tiene en cuenta un grupo en especial o algo. Si no es para todas las personas, hay nooo no tiene en cuenta la religión o la edad o algo, pues se tiene en cuenta de pronto la edad pero, para los servicios a los que debe acceder...pero no nooo hay discriminación ni nada, entonces, se tiene en cuenta todos los usuarios por igual. “y por **E3PA98P20**:“Pues la estrategia contribuye a que todos sean atendidos por iguales, sin importar a que seguridad social tiene, ee que raza, muchas veces también se discrimina por la raza, pues ésta estrategia hace que todos sean atendidos por igual, pues igual en las instituciones públicas, todos son atendidos por igual, no sé cómo será en otra institución, si habrá esa

palabra equidad” se evidencia que las profesionales tienen una buena actitud con respecto a la accesibilidad a los servicios de salud que se da con la estrategia de atención primaria , dado a que para ellas la atención primaria trasciende barreras de tipo socioeconómico, geográfico y cultural, de manera que también promueve la equidad.

De La cobertura es uno de los fines de la atención primaria con la que busca brindar la asistencia sanitaria fundamental en la totalidad de la población , lo cual se define como :la proporción que existe entre los servicios de salud y el número de habitantes que han de ser atendidos (1) se cita lo manifestado por: **E2PA60P12** “(Un silencio...) ¿Cómo? ¿Cómo?. La estrategia garantizaría el acceso más fácil a los accesos de los servicios de salud, si si es así. (hay un silencio...) eeee una forma muy de pronto, muy clara es que la estrategia puede abarcar a toda la población, es que las como es una estrategia, que va a llegar para todas las comunidades, eee tiene eee como hay un grupo, que es el encargado de de pronto de ir hasta las comunidades, a darle capacitaciones, asesorías, como prevenir todo, entonces es así, va hacer mas así, la cobertura va a ser más grande, si va a ser más amplia para todas las personas, que no tienen facilidad de acercarse a un servicio de salud o hay o al área urbana, entonces la estrategia, las personas que están encargadas de la estrategia se acercan al área rural” **E3PA89P18**: “Claro, ha aumentado la cobertura, porque la atención primaria en salud en todo se ve, a la vez reflejado en actividades de promoción y prevención, allí es donde vamos hacer como más el énfasis y es donde va donde más se va a ver aumentada la cobertura en la atención”, se puede evidenciar una actitud adecuada de las participante con respecto al aumento de la cobertura que genera la atención

primaria indicando que se ve reflejado en las actividades de promoción y prevención .

La Segmentación y fragmentación, la Falta de compromiso político y social, la visión fragmentada de Salud y Desarrollo, el Clima económico y fiscal, los Enfoques curativos y de servicios centrados , en atención hospitalaria y especializada y la Escasez de recursos humanos son principales barreras en la atención primaria en salud Según la Organización mundial de la salud y la organización panamericana de la salud (19) de acuerdo a esto resaltamos lo expresado por: **E2PA66P14**:“si no tenemos todo el recurso humano, pues no tiene ningún fin, la atención primaria”**E1PA27P6**: “Jummm pues es que ¡sí!, o sea el espíritu de la estrategia es bonito y todo pero de todas maneras, aunque ha mejorado mucho muchos aspectos, de verdad ha mejorado, yo creo todavía falta, si puede que ayude y aporte, pero todavía falta mucho y falta sobre todo personal para atender a todos los usuarios que hay.o” y lo expresado por **E2PA73P15**:“pues si hay equidad, pues en salud si, casi nunca va haber equidad, entonces eso está claro, en todos los rangos, por lo que tenemos régimen contributivo y subsidiado, entonces ya por ahí tenemos una una algo que no es equitativo, pero en el caso, si puede haber algo de equidad, en el caso de que vamos asegurarle o garantizar la atención a todos los usuarios, independientemente tengan o no tengan seguridad social entonces si es para toda la comunidad.” De acuerdo a esto, las profesionales identificaron que la atención primaria no responde a las demandas y exigencias de la población, ya que no cuenta con el suficiente recurso humano para abarcar al total de

la población ,teniendo en lo anterior no es clara la actitud de las profesionales frente a esto ya que con lo escrito aunque también hubo mala actitud fue más relevante la buena actitud en las participantes lo cual no es coherente con la entrevista donde se evidencia una actitud negativa frente a la estrategia primaria por otro lado las profesionales se refieren la seguridad social como un factor que no permite la existencia de la equidad en los servicios de salud .

Con relación a la tercera categoría acerca de las condiciones necesarias para llevar a cabo la atención primaria, la participación intersectorial es un elemento indispensable ya que se encontró que La planificación coordinada a nivel comunitario permite vincular estrechamente la atención primaria de salud con otros sectores, reuniendo los esfuerzos para el mejoramiento colectivo(1) donde , teniendo en cuenta esto se resalta lo manifestado por: **E3PA84P17**: “Para llevar a cabo la atención primaria, es necesario las acciones intersectoriales y la participación comunitaria, debido a que ambos hacen parte, para que se logre una buena atención integral primaria en salud, los sectores que hacen parte de la estrategia, sería la secretaria de salud, eee la institución donde reside la atención y las EPS donde se encuentran afiliados eee...” la conferencia plantea que el éxito de cualquier estrategia de la atención primaria de salud exigirá la plena participación y cooperación de todos los sectores del gobierno donde se destacó lo dicho por: **E2PA49P10**: ”Si es importante y es un complemento, porque con los entes territoriales, siempre son los que dan de pronto, la el apoyo de las convocatorias de a veces, alguna oca-

siones de la parte económica, entonces todos los factores, si todos tienen que estar de acuerdo, si hay que hacerle seguimiento, tanto las EPS, como la alcaldía, el hospital, las enfermeras que están llevando el programa todos, tienen que estar unidos, para poder desarrollar bien el proceso. ”**E2PA68P14**: “por que como dice la atención primaria, hay que tener educación, hay que dar auto cuidado, rehabilitación, entonces tienen que estar todos los entes uuuh “. Esta respuesta demuestra que las profesionales si tienen el conocimiento acerca de la intersectorialidad y la importancia que tiene, ya que abarca factores sociales y de desarrollo que si se aplican de manera apropiada influiren en el funcionamiento del resto del sistema de salud lo cual hace necesario el apoyo de diferentes sectores , para que la población pueda beneficiarse de los conocimientos técnicos y eficaces que por la complejidad o el elevado costo de su aplicación no podrían aprovecharse normalmente por medio de la atención primaria de salud.

Con respecto al rol que desempeña el profesional de enfermería la enfermera está obligada a liderar los procesos asistenciales y de gestión tanto de recursos como del conocimiento relacionado con el cuidado y la dependencia de cuidados, garantizando la coordinación con otros miembros del mismo, lo que reportará al ciudadano una atención integral y continuada (1), donde podemos citar lo indicado por **E2PA71P15**:“Sí, pues yo hago consulta de crecimiento y desarrollo, entonces hay buscamos las enfermedades más prevalentes, en el caso de AIEPI las enfermedades prevalentes en la infancia, entonces hacemos un segui-

miento muy estricto de los niños, peso, talla, diagnóstico nutricional, el desarrollo el niño, que si el niño no asiste, se le hace seguimiento, se le hace educación a las madres y a la persona que están a cargo, entonces si tiene mucho que ver con la atención primaria .”y lo manifestado por**E3PA79P16**: “El papel de los profesionales de salud, es muy importante, porque son los que van a orientar, a brindar las actividades de promoción y prevención, donde les va a hacer un seguimiento a ésta población, para que se dé cumplimiento a ésta estrategia y sería el los profesionales, serían los que recibirían como tal a la población y les daría como una orientación, hacia donde deben ir hacia donde se debe dirigir” esto evidencia conocimientos por parte del profesional acerca de los distintos roles que se desempeña en la atención primaria en salud, y lo importante que es su labor en la comunidad ,debido a que es la persona que tiene el contacto directo con el usuario y conoce sus necesidades, factores protectores y de riesgo, y ese profesional debe ser una persona capacitada y preparada para brindar cuidado y transmitir su conocimiento para el autocuidado de la población.

De acuerdo a documento papel de la enfermería en la atención primaria ,la enfermera debe desarrollar la prestación de la atención de cuidados de la población con suficiente independencia y responsabilidad pero a la vez de forma coordinada con el resto de profesionales sanitarios y no sanitarios que forman parte del Equipo de Atención Primaria (18),frente a esto podemos destacar lo manifestado por **E1PA31P7**:“Porque pues atención primaria es varias cosas , entonces uno tienen que tener

buenas relaciones con los compañeros de trabajo, para poderle ayudar también al usuario y también es importante porque el usuario es un ser integral, entonces él necesita que se le atiende desde todos los aspectos, entonces de pronto una usuaria vienen a planificación, pero yo veo que también necesita la parte de odontología, citología entonces yo la puedo remitir a todos los otros servicios y así se le puede dar mayor cobertura a los servicios que requiere... eso.” Considerando la interdisciplinariedad como un elemento necesario para brindar una atención integral, también se destaca lo expresado por: **E3PA94P19**: “Es importante, porque todos debemos brindar una atención integral al usuario, si tenemos una buena comunicación, con los de con el equipo interdisciplinario, entonces podemos, satisfacer las necesidades de la población.” De acuerdo a esto las enfermeras tienen una buena actitud para trabajar en equipo y reconoce la importancia del trabajo interdisciplinario para poder brindar una atención integral a las personas.

En cuanto al concepto de atención primaria en salud La OMS define (21) la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.()en cuanto al concepto de atención primaria se citan las siguientes expresiones: **E1PA1P1**: Es toda laa, los servicios que se le prestan a la comunidad, que incluye pues, la atención básica, la atención

médica, los exámenes de primer nivel y tratamiento de primer nivel., por otro lado se define de la siguiente manera, **E2PA38P8**: “huuuu... la atención primaria en salud para mí, es la atención que se le brinda a todos los pacientes, quee en la parte de promoción y prevención rehabilitación ee, para prevenir enfermedad y para promocionar la salud en cuidado y la rehabilitación de los pacientes.” esto evidencia que los profesionales no tienen un concepto claro sobre atención primaria, ya que tienen a relacionar mas los servicios que presta, mas no conocen su significado.

El profesional de enfermera en atención primaria en salud requiere tener en especial, los conocimientos y bases teóricas que contemplan los valores y las creencias de las personas como imprescindibles para poder establecer una relación de ayuda que permita intervenir y, en este caso, educar como lo es la labor de día a día en su campo laboral.(18) Como lo manifiesta en la afirmación **E1PA23P5**: “Yo considero que sí, o sea, yo si estoy preparada, porque de pronto tengo una mente abierta, tengo paciencia para atenderlos, para escucharlos, para explicarles, mmm para negociar con ellos, las creencias de ellos y el tratamiento que requieren, pero no todas las personas tienen la habilidad para esto, de comunicación, de empatía y no es solamente de pronto, porque no tengan conocimiento, si no porque es su forma de ser; o sea que cada profesional también tiene una forma de ser.” **E3PA93P19**: “Las características sería una primordial, la comunicación, crear un ámbito, un ambiente agradable con el usuario, para poder escucharlo y poder conocer, cómo es su cultura, ee y

así mismo poderle brindar la educación, que él necesita, sería también, ser un líder, también un líder y poder responder fácilmente a las necesidades que tiene el usuario ee y poder comunicarse con diferentes entes ee la empatía". El profesional entrevistado si tiene actitud y el conocimiento a la hora de prestar la atención en salud debido a que debe ser una persona que tenga conocimiento en atención primaria y ser una persona dispuesta a escuchar y respetar los diferentes puntos de vista y tener actitud a la hora de atender al usuario.

El documento el papel de la enfermería en la atención señala que: la enfermera presta su servicio tanto en el Centro de Salud, en el propio domicilio de los ciudadanos, como en la institución socio sanitario si ésta fuese su residencia, o aprovechando los espacios de relación comunitaria. (18) **E1PA32P7**: "Sí, porque da el espacio en todos los hospitales, centros de salud, en todos los hospitales, centros de salud, en todas partes está implementando los programas de promoción y prevención, está legislado, evaluado, hacen auditorias y pues es aplicable y es real si se puede aplicar a la comunidad." **E1PA24P5**: "Sí, porque antes, pues antes de pronto no se hacían tantas brigadas, no solamente en las veredas, si no en los barrios, pues acá en el hospital noo,/ pero yo he trabajado en otros lugares y se hacen brigadas en las empresas, en las palmeras, en las petroleras, en campo, en los pozos y pues antes no se hacía, se brinda educación aquí por lo menos se le ayuda si son de vereda o algo se le ayuda con las citas, si llegan tarde de todas maneras, se busca un campito y se atiende entonces esa parte" Las profesionales de salud encuestadas si tienen conocimiento acerca de los espacios donde se deben implementar la actividades que hacen parte de la

estrategia.

CONCLUSIONES

La población referenciada en la muestra se ubica en la etapa de ciclo vital joven adulta, con predominio de egreso de la Universidad de los Llanos en el pregrado de enfermería, con un promedio de experiencia laboral de 6 años.

Con la presente investigación se lograron identificar los conocimientos y actitudes que tienen los profesionales de enfermería en la IPS del primer nivel del municipio de Acacias Empresa Social del Estado, caracterizados en la muestra; con respecto a la atención primaria en salud, permitiendo concluir lo siguiente:

Identifican que los servicios de salud que hacen parte de la atención primaria son esencialmente los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; los cuales se dinamizan en los niveles de atención en salud, tiene relevancia el hecho de describir principalmente las acciones que se desarrollan en el primer nivel de atención; ante esto se evidencia desconocimiento de la conceptualización de la atención primaria y sus principios relacionándola sobre aspectos operativos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad relacionados con su lugar de trabajo actual, pero expresan la necesidad de implementar la estrategia de atención primaria en salud en los diferentes escenarios y no limitarse únicamente a lo institucional.

Reconocen a la educación para la salud como una de las actividades más relevantes dentro de la estrategia de atención primaria y dentro de su rol como cuidadoras, debido a que son ellas las encargados de dar respuesta a las necesidades de salud de la población tanto sana

como enferma, desde su objeto de estudio que es el cuidado.

No existe un concepto claro sobre el enfoque de interculturalidad que debe existir en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, aunque resaltan la importancia de brindar un servicio diferencial, no se evidencia como se debe realizar el proceso de atención teniendo en cuenta las características de los diferentes grupos poblacionales.

Existe conocimiento sobre la importancia de la participación social y la intersectorialidad como componentes esenciales de la estrategia de atención primaria en salud, que permite dar viabilidad efectiva a las actividades que se pueden desarrollar.

Se refleja una actitud positiva con respecto a la estrategia de atención primaria en salud, ya que consideran que ha logrado mejorar la accesibilidad e incrementado la cobertura de los servicios de salud, referenciado a partir de la prestación de servicios principalmente desarrollados en el primer nivel de atención a través de las guías de atención integral de protección específica y protección temprana, reconociendo que el acceso y la cobertura universal son objetivos de la estrategia.

Se evidencia una actitud negativa con respecto a la eficacia de la estrategia de atención primaria en salud, al describirse que no responde a las demandas y requerimientos de la población, ya que no se cuenta con el suficiente recurso humano para abarcar la totalidad de las diferentes comunidades.

Se identificó una actitud negativa con respecto a las barreras que consideran existen en las personas a quienes se brinda atención en el marco de su concepto de estrategia de aten-

ción primaria en salud, determinadas por las diferentes creencias y niveles educativos de las personas, lo cual en muchas ocasiones hace que su intervención no sea efectiva. Otra barrera que se identificó fue la inequidad en la prestación de servicios determinada por las características del Sistema general de seguridad social en salud que limita el acceso a múltiples servicios a los que podrían acceder en términos de equidad a sus necesidades particulares.

Se identificaron los diferentes roles que pueden desempeñar como cuidadoras en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, describiendo una actitud positiva frente a ello, rescatando la importancia que tiene su labor en la comunidad. Sumado a esto reconocen que las competencias adquiridas en su formación universitaria brinda las bases generales en temas de promoción y prevención, pero sus conocimientos, habilidades y el liderazgo fueron adquiridos a través de la experiencia laboral, lo cual refleja una actitud de desconcierto entre lo adquirido en su formación profesional con respecto a las necesidades del desempeño laboral.

Se evidencio la satisfacción que sienten como enfermeras al desempeñar su labor en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el primer nivel de atención que relacionan como parte de la estrategia de atención primaria en salud, lo cual les otorga experiencia, otorgándole amplia importancia a la gratitud que reciben de parte de los usuarios de sus servicios. Las profesionales manifiestan que es necesario que el recurso humano tenga conocimientos, actitudes y aptitudes para poder brindar una atención en salud adecuada, de las cuales destacan: la capacidad de escucha, respeto ante los diferentes puntos de vista, paciencia, actitud a la hora de brindar el servicio en salud al usuario.

REFERENCIAS

1. Alma- Alta 1978 consultado <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
2. Plan decenal de salud pública 2012- 2021 consultado http://salud.univalle.edu.co/pdf/procesos_de_interes/departamental/2._plan_decenal_salud_publica_2012_2021.pdf
3. Miranda Gonçalves I. C, Ferreira Gonçalves M.J. Conocimientos, actitudes y prácticas de las enfermeras y los médicos acerca de la transmisión vertical de la hepatitis B Distrito de Salud Oeste de la ciudad de Manaus [Internet]. 2013 Sept.-oct. [consultado 2014 Feb 21;] Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/es_0104-1169-rlae-21-05-1030.pdf
4. Rodríguez Hernández I. Conocimiento del personal de enfermería sobre el sangrado digestivo antes y después de una estrategia de intervención. Rev haban cienc méd [Internet]. 2013 [consultado 2014 Feb 22]; 12(1): 133-141. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000100015&lng=es
5. Rodríguez García M.J. Del Castillo Arevalo F. Enfermeras de Atención Primaria opinan, analizan y proponen mejoras en el manejo de la adherencia farmacológica. Enferm. glob. [Internet]. 2012 Ene [consultado 2014 Feb 23]; 11(25): 207-218. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412012000100012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000100012>
6. Arredondo Provecho A. B. Broco Ba M. Alcalá Ponce de León T. Rivera Álvarez A. Jiménez Trujillo I. Gallardo Pino C. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2012. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2012 Feb [consultado 2014 Feb 21]; 86(1): 85-99. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272012000100008&lng=es
7. Molina Mula J. Hernández Sánchez D. Sanz Álvarez E. Clar Aragón F. Impacto de las actitudes de las enfermeras en la calidad de los cuidados en drogodependientes. Index Enferm [Internet]. 2012 Dic [consultado 2014 Feb 21]; 21(4): 214-218. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962012000300008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300008>.
8. Carmona Navarro M.C Pichardo-Martínez C, Actitudes del profesional de enfermería hacia el comportamiento suicida: influencia de la inteligencia emocional, Rev. Latino-Am [Internet] 2012. [consultado 2014 Feb 21;] Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692012000600019&script=sci_arttext&lng=es
9. Fortuna C.M. Matumoto S. Bistafa Pereira M.J. Martins Mishima S. Suemi Kawata L. Caramargo-Borges C. El enfermero y las prácticas de cuidados colectivos en la estrategia: salud de la familia. Distrito Oeste de la ciudad de Ribeirao Preto, Sao Paulo, Brasil [Internet] 2011. [consultado 2014 Feb 21;] Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es_18.pdf
10. Andrade, J. García, V. Martínez, D. Miranda, C. Quesada, M.; Vargas, K. (2012) Actitud de la enfermera (o) frente a la voluntad anticipada de la persona sobre su cuidado al final de la vi-

da: caso de Costa Rica, 2011. [Internet]. 2012 [consultado 2014 Feb 21;] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/448/44824928002.pdf>

11. González Cano-Caballero M. Cano-caballero Gálvez. M.D G.conocimiento, conductas y actitudes de los profesionales de enfermería de atención primaria en el cuidado de pacientes de salud mental [Internet]. 2011 [consultado 2014 Feb 21] Disponible en: <http://www.anesm.net/descargas/PREMIO%20INVESTIGACION%20ANESM%202011.pdf>
12. Cruz Martínez O.A Flórez Suancha E. L Muñoz Sánchez A. I. Conocimientos sobre tuberculosis en trabajadores de la salud en una localidad de Bogotá D. C. [Internet]. 2011 [consultado 2014 Feb 21] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n1/v29n1a14.pdf>
13. Calderero Castellanos G. Nieto Blanco E. Ledo García P, Pargaña Rodríguez A. Prevención de la Infección en Atención Primaria: prácticas y creencias de los profesionales. *Index Enferm* [Internet]. 2010 Dic [consultado 2014 Feb 23]; 19(4): 259-263. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962010000300006>
14. Camargo B. IT L, Virginia Caro C. El papel autónomo de enfermería en las consultas. *av. enferm.* [Internet]. 2010 Jun [consultado 2014 Feb 22]; 28(1): 143-150. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002010000100014&lng=en
15. Conejeros Vallejos IR, Emig Sánchez H.E. Ferrer Lagunas L. I, Cabieses Valdés B.A, Cianelli Acosta R O. Conocimientos, actitudes y percepciones de enfermeros y estudiantes de enfermería hacia VIH/Sida. *Invest. Educ. enferm, Medellín, Internet*. 2010 Feb [consultado 2014 Feb 21] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072010000300005.
16. Ximenes Neto F.R., Félix R.M.S., Oliveira E.M. Jorge M.S.B. Concepciones, conocimientos y prácticas de los enfermeros al cuidado de los sujetos con diagnóstico de depresión: una mirada al territorio de la atención primaria en salud. *Enferm. glob.* [Internet]. 2009 Jun [consultado 2014 Feb 21]; (16): Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412009000200006>.
17. Navarro Ferrer P. M. Pérez Labrada B. R. Parada López N. Buenas prácticas de enfermería en pacientes tributarios de cuidados paliativos en la atención primaria de salud. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2009 Jun [consultado 2014 Feb 22] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100005&lng=es
18. plan de mejora de atención primaria de la comunidad de Madrid papel de enfermería en la atención primaria en salud de la Disponible en: [internet] [internet] 2006-2009 [consultado 2014 may 05] Disponible en :<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Contentdisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPapel+Enfermer%C3%ADa+OK.pdf&blob>

SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA: ADHERENCIA DE LOS PROFESIONALES AL MANEJO TERAPEUTICO Y RED DE APOYO FAMILIAR. EN EL MUNICIPIO DE GRANADA DEL DEPARTAMENTO DEL META

Borrero B. Vania , Parra M.Maritza

Objetivo: Establecer el grado de adherencia y res gestantes diagnosticadas; entre dichas es- el cumplimiento del protocolo de sífilis congé- trategias están la expedición de diferentes re- nita y gestacional promovido por el Ministerio soluciones dictaminadas por el ministerio de de la Protección Social por parte del personal salud y protección social, tales como la resolu- de salud encargado, en gestantes diagnostica- ción 0412 de 2000, estableció las actividades, das con sífilis entre febrero y abril de 2013 en procedimientos e intervenciones descritas en el municipio de Granada del departamento del normas técnicas y protocolos dirigidos a la pro- Meta. tección, detección temprana y atención a enfer-

RESUME: Teniendo en cuenta que la sífilis gestacional (SG) es un problema de salud pública que representa una falla en el sistema de salud y que además se encuentra entre las principales causas de enfermedad en el mundo, con consecuencias económicas, sociales y sanitarias de gran repercusión en muchos países, existe la preocupación constante de cómo una enfermedad tan fácil de diagnosticar y más aun de tratar, aun no se haya eliminado. En Colombia, se han realizado estrategias para erradicarla y/o disminuir la incidencia de muje-

medades de salud pública, incluidas la sífilis congénita y la gestacional; la Resolución 3384 de 2000, modificó la resolución 412 asignando responsabilidades en el cumplimiento de las normas y guías de atención y estableciendo las metas de cumplimiento para las aseguradoras; La resolución 1446/2006 estableció la sífilis congénita como evento adverso, definiendo la obligatoriedad de reporte de los casos a la superintendencia de salud por parte de las aseguradoras.

CONGENITAL SYPHILIS GESTATIONAL Y: THE GRIP OF PROFESSIONAL MANAGEMENT THERAPEUTIC AND FAMILY SUPPORT NETWORK. IN THE MUNICIPALITY OF GRANADA DEPARTMENT META

Objective: To establish the degree of adherence and compliance with the protocol of congenital and gestational syphilis promoted by the Ministry of Social Protection by the health personnel responsible in pregnant women diagnosed with syphilis between February and April 2013 in the town of Granada's Meta.

RESUME: Given that gestational syphilis (SG) is a public health problem that represents a failure of the health system and also is among the leading causes of illness in the world, with economic, social and health of great impact in many countries, there is the constant worry of how such an easy disease to diagnose and treat even more, not yet been removed. In Colombia, there have been strategies to eliminate and / or reduce the incidence of pregnant women diagnosed; between these strategies are issuing different resolutions dictated by the ministry of health and social, such as resolution 0412 of 2000 protecting established activities, procedures and interventions described in technical standards and protocols for the protection, care and early detection public health diseases, including congenital syphilis and gestational; Resolution 3384 of 2000 amended the resolution 412 assigning responsibilities in compliance with the standards and guidelines of care and establishing performance targets for insurers; Resolution 1446/2006 established congenital syphilis as an adverse event, defining the mandatory reporting of cases to health oversight by insurers.

Keywords: syphilis, pregnant women, health care system, technical standards.

INTRODUCCION

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa con afectación sistémica, de evolución crónica, con períodos de exacerbación e intervalos de latencia, cuyo agente causal es el *Treponema Pallidum* subespecie *Pallidum*, bacteria microaerófila perteneciente a la familia Spirochaeta-ceae. De los treponemas identificados, solo cuatro causan enfermedad en el ser humano: *T.pallidumssppallidum* (sífilis), *T.pallidumssppertenue* (frambesia o pian), *T.pallidumsspendemicum* (bejel) y *T.carateum* (pinta), siendo estos cuatro microorganismos parásitos obligados del hombre. Es una enfermedad que ocurre en todo el mundo.

A pesar de los esfuerzos realizados y de contar con un tratamiento específico para la prevención y control de la sífilis congénita, esta continúa siendo un problema de salud importante a nivel regional, nacional e internacional; por tanto se requiere seguimiento específico para la detección y notificación de los casos, a continuación se presenta la recopilación de datos obtenidos con las pacientes que en el municipio de Granada Meta, durante los meses de febrero a abril del año 2013, que fueron diagnosticadas con sífilis gestacional, donde se buscó realizar un seguimiento de la atención brindada a las pacientes y sus recién nacidos, tomando como referencia el protocolo de atención elaborado por el ministerio de la protección social; además se indago en las redes de apoyo familiar presentes en el entorno de cada paciente ya que se reconoce la importancia de estas al enfrentarse a un diagnóstico de este tipo.

Este trabajo busco identificar los conocimientos de los pacientes, al igual que la adherencia a protocolos y su practicas sobre la sífilis gestacional, a nivel del municipio de Granada – Meta; cuyos resultados servirán para mejorar el apoyo a los programas para establecer estrategias de prevención, educación, apoyo y seguimiento familiar.

De la población total que asistió a las consultas de promoción y prevención en el 2013, en los meses ya descritos, en el hospital Departamental de Granada se notificaron dos casos de sífilis gestacional durante este periodo, durante el seguimiento que se hizo; se realizaron visitas domiciliarias donde se indago y se obtuvo información con consentimiento y aprobación de las implicadas en relaciona con su la historia clínica durante el embarazo y su respectivo parto, de igual forma se tuvo en cuenta el tratamiento que se le brindo a la madre y al recién nacido por los profesionales de salud; teniendo como referencia las guías de atención de la 412 de 2000, sobre alteraciones sobre el embarazo, y guisas y protocolos sobre sífilis congénita y gestacional.

METODOLOGIA

Estudio de tipo Descriptivo evaluativo longitudinal con datos de fuentes primarias y secundarias. Se pretende hacer un seguimiento del manejo terapéutico y de la red de apoyo familiar durante la gestación, que inicia con el diagnóstico de sífilis y finaliza con la obtención del producto.

Se determinó el tamaño de la muestra en base a las fichas de notificación, La población objeto fueron las gestantes atendidas en el programa

control prenatal en el Hospital departamental de Granada – Meta durante los meses de febrero, marzo y abril del 2013. La muestra estuvo conformada por gestantes con diagnóstico de sífilis detectadas durante estos meses reportadas como casos confirmados de sífilis congénita y gestacional durante el último cuatrimestre de 2011, hasta la semana epidemiológica 25 de 2012, en este lapso de tiempo fueron reportadas dos gestantes que recibieron tratamiento en dicha institución de salud.

RESULTADOS

Las investigadoras realizaron una visita institucional al municipio de Granada, donde se contactaron con el profesional encargado de recepcionar las notificaciones a nivel municipal, dando así inicio al seguimiento a la información de la presencia del evento en el municipio.

La obtención de la muestra se realizó durante los meses de febrero, marzo y abril del 2013 así; Vía telefónica se verificó semanalmente a través de los reportes estadísticos de las Unidades Municipales de Vigilancia el número de gestantes diagnosticadas con sífilis.

De acuerdo a la notificación se comenzó con las visita al municipio para dar inicio al seguimiento terapéutico y a la localización de la residencia de la gestante, de esta forma se evaluó la red de apoyo familiar.

Una vez verificada las procedencias y direcciones de las mismas, a través de una lista de chequeo (ver anexo 1), se arrancó con el seguimiento terapéutico que fue brindado por los profesionales que participaron en la intervención a la paciente, este proceso fue lleva-

do a cabo por 2 estudiantes principiantes de investigación (EPI).

Dicho seguimiento se realizó con la revisión de la historia clínica. Con Previo consentimiento informado de los sujeto de estudio y de la institución de salud.

La evaluación de la red de apoyo familiar, se desarrolló en las visitas domiciliarias, donde se llevó a cabo la aplicación de dos instrumentos: el genograma y el FASE III, mediante una entrevista realizada por los estudiantes principiantes en investigación (EPI).

Fases III

PACIENTE A: señora LM de 28 años de edad, nacida en Paz de Arriporo, quien actualmente vive en una vereda aldeaña a Granada- Meta; afiliada al capital salud, con escolaridad secundaria incompleta, quien se dedica a las labores del hogar y ayuda del mantenimiento de la finca donde con viven con su familia (esposo e hijos), con antecedentes gineco-obstetricos menarquia a las 12 años aproximadamente, G_4, P_3, A_1, V_3 .

PACIENTE B: Señora FMSC de 37 años de edad, nacida en Granada Menta, afiliada a Capital salud, con escolaridad de primaria completa, dedicada a las labores del hogar, con antecedentes gineco-obstetricos: menarquía a los 13 años, $G_3 P_3 A_0$.

En el modelo circunflejo de Olson, esta familia seria de la tipología:

Paciente A:

Tabla 1. Modelo Circumplejo de Olson, dimensiones de cohesion paciente A

COHESIÓN	Amplitud de clase
Desligada	10-34
Separada	35-40 (35)
Unida	41-45
Aglutinada	46-50 (54)

Tabla 2. Modelo Circumplejo de Olson, dimensiones de adaptabilidad paciente A

ADAPTABILIDAD	Amplitud de clase
Rígida	10-19
Estructurada	20-24 (23)
Flexible	25-28
Caótica	29-50

Paciente B

Tabla 3. Modelo Circumplejo de Olson, dimensiones de cohesión paciente B

COHESIÓN	Amplitud de clase
Desligada	10-34
Separada	35-40
Unida	41-45 (42)
Aglutinada	46-50

Tabla 4. Modelo Circumplejo de Olson, dimensiones de adaptabilidad paciente A

ADAPTABILIDAD	Amplitud de clase
Rígida	10-19 (18)
Estructurada	20-24
Flexible	25-28
Caótica	29-50

Donde se evidenció la diferenciación de familia tanto a nivel de adaptabilidad y cohesión, la paciente A, la vinculación unida ósea una cohesión de moderada a alta, se evidencia que son una familia cohesión muy alta que se refiere a aglutinada a pesar de haber hijos que no son en común y es estructurada con baja adaptabilidad, las opiniones son escuchadas, pero muy pocas veces son tomadas en cuenta a la hora de la disciplina y a la autoridad.

Con la paciente B, se clasifica con cohesión moderada, muestra sería fragmentación en te-

mas de unión para la resolución de conflictos, evidencia excusión los hijos y la abuela frente a una situación problemática; de la tipología equilibrada (rígida - unida), teniendo como característica la negativa al cambio pero en continua búsqueda de la unión familiar, que aunque se torne difícil, como lo expreso la paciente, buscan estrategias para fortalecer sus vínculos.

Lista de chequeo

De acuerdo a la lista de chequeo se evidencio datos que coincidían de paciente a paciente donde se siguió a cabalidad con el protocolo la

descripción de datos personales, datos gineco-obstétricos, acompañantes sexuales, otros datos que fueron pocos claros son: tipo de exámenes que se realizaron, los exámenes diagnósticos y de confirmación, al igual que el seguimiento a la madre, producto y pareja sexual.

Genograma

Paciente A, Se evidencia que la familia es de tipo ensamblada es decir tiene en sus integrantes una hija de una relación anterior, se recolecto información de tres generaciones donde no se tuvo información de los padres (abuelos), debido a que las relaciones siempre han sido distantes, manifestó que con la relación con sus padres era muy distante}, con su padre hacía más de 20 años que no sabía de él, y con su señora madre se habla ocasionalmente y por medio telefónico ya que ella se encuentra viviendo en otro departamento. En relación con la familia de su conyugue tiene una relación estrecha con una de las hermanas de su pareja, que los visita a menudo.

Las dos familias están compuestas en su mayoría por mujeres. Se encontró en el ciclo vital familiar (CVF) en etapa dos extensión completa evidenciando la estrecha relación con los hijos, donde los hijos están en ciclo vital individual (CVI) de etapas biológicas cursando por: RN lactante (niño de 3 meses), segunda infancia (el niño de 4 años), y adolescencia (niña de 13 años). En cuanto a las relaciones a las relaciones entre la pareja son cercanas, al igual que con los hijos; la señora antes del esta relación convivio con el padre de su primer hija, tres años en vista hermosa; y en su relación

actual de convivencia llevan aproximadamente nueve años.

Enfermedades crónicas no trasmisibles como tal no se encuentran en la familia nuclear, de la familia extensa no se obtuvo gran información.

La hija mayor últimamente ha presentado dolores bajitos e infecciones urinarias, los otros hijos gripes comunes, el menor de 3 meses estuvo hospitalizado con diagnóstico de sífilis congénita al momento en que nació, se le ha realizado en tratamiento y exámenes correspondientes y en la actualidad cuenta con buena salud.

El conyugue trabaja como cuidador encargado de la finca en la que viven, la esposa se encarga de las cosas del hogar, de los niños, e igualmente le ayuda con las cosas de la finca. La niña de 13 años de edad asiste al colegio en el municipio de Granada, cursando el grado cuarto de primaria.

Paciente B

El genograma evidencia que la familia es de tipo extensa ya que incluye un pariente de otra generación, se encuentran en etapa de extensión en el ciclo vital familiar (CVF). Está compuesta por el señor MRT de 35 años de edad, conyugue de la Sra. FMSC, con escolaridad de secundaria completa, actividad laboral operario de maquina cortadora de metales, ingreso económico mensual de 1 ½ salarios mínimos vigentes, padece de sinusitis; la señora FMSC de 35 años de edad, escolaridad de primaria completa, actividad de ama de casa, sufre de cefaleas constantes; el niño MRS de 12 años

quien cursa sexto bachillerato, la niña ERS de 7 años de edad, cursa actualmente segundo de básica primaria y fue diagnosticada con dermatitis hace aproximadamente 2 años, el niño EARS de 8 meses de edad y la señora MTSP de 84 años, madre de la señora FMSC, dedicada a las labores del hogar, quien tiene como antecedente patológico hipertensión arterial y artritis.

La pareja tiene una convivencia desde hace 14 años, habitan en vivienda arrendada de construcción sólida, saneamiento básico adecuado y cuentan con una red accesible de servicios de salud y educación.

Los hijos están en etapas biológicas del ciclo vital individual cursando por: RN lactante (8 meses), pre-escolar (7 años) y adolescencia (12 años).

Durante la entrevista, la paciente con relación a la estructura de su familia mencionó que se encuentra conformada por cinco personas, incluyendo su madre que desde hace 4 años vive con ellos, dice tener una relación muy estrecha con ella, la menciona como su apoyo en la crianza de sus hijos; con esposo quien labora como operario la relación es buena, aunque dice que le gustaría compartir más tiempo en pareja, manifiesta que se siente feliz por contar con el apoyo y la compañía de él, sus hijos son motivo de tristezas en ocasiones debido a las continuas peleas, en las cuales ella actúa como mediadora y en la mayoría de los casos se llega a feliz término.

La familia tiene como factores de riesgo pato-

lógicos por parte de la señora FMSC, su padre falleció a causa de un cáncer gástrico, su madre fue diagnosticada con hipertensión arterial y la mayor de sus hermanas padece de hipotiroidismo; por su parte en la familia del señor MRT su madre falleció a causa de una diabetes descompensada, su padre fue diagnosticado con hipertensión arterial, él y dos de sus hermanos padecen de sinusitis.

En cuanto a los servicios de salud están afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud bajo el régimen subsidiado Aseguradora capital Salud EPS y su relación es moderada, han tenido algunas demoras en la atención cuando alguno de los integrantes de la familia enferma, pero los atienden hasta superar la enfermedad. Esta familia posee una relación social regular con sus vecinos, a aunque por separado cada quien maneja sus relaciones interpersonales con amigos cercanos que toda la familia conoce, pertenecen a la religión cristiana a la cual asisten regularmente.

DISCUSION

Fases III

Franco (1994) señala aspectos básicos relacionados con la familia; el primero hace referencia a que la familia como estructura es cambiante y que estos cambios obedecen a influencias de factores internos o externos; las familias incluidas en esta investigación notablemente, se vieron afectadas, en primer lugar por el nuevo embarazo, posteriormente por el diagnóstico de sífilis, asumieron actitudes de recogimiento y apoyo frente a la situación. El segundo se

refiere a que todo grupo familiar tiene su dinámica interna y externa. Oliveira, Eternod & López (1999); Torres, Ortega, Garrido & Reyes (2008); González (2000); Palacios & Sánchez (1996) subrayan que la dinámica familiar es el tejido de relaciones y vínculos atravesados por la colaboración, intercambio, poder y conflicto que se genera entre los miembros de la familia al interior de ésta, de acuerdo a la distribución de responsabilidades en el hogar, la participación y la toma de decisiones; con relación a este tema las familias participantes evidenciaron que tienen distribución de funciones, que aunque son cambiantes funcionan de manera efectiva sin ocasionar conflictos, la toma de decisiones fue el factor que más llamó la atención dentro de la funcionalidad familiar, debido a que esta función es asumida exclusivamente por los padres, dejando excluidos a los demás integrantes de la familia. En este sentido, la dinámica familiar se puede interpretar como los encuentros mediados por una serie de normas, reglas, límites, jerarquías y roles, entre otros, que regulan la convivencia y permite que el funcionamiento de la vida familiar se desarrolle armónicamente. Para ello, es indispensable que cada integrante de la familia conozca e interiorice su rol dentro del núcleo familiar, lo que facilita en gran medida su adaptación a la dinámica interna de su grupo.

Lista de Chequeo

Dentro de los datos encontrados con la aplicación de la lista de chequeo, se encontró falla repetitiva en los dos casos, en primer lugar con las asesorías pre y pos toma de la prueba VIH;

según el decreto 1543 de 1997, por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ITS), en su artículo 2 de consejería establece que la asesoría debe darse como requisito con el fin preparar y confrontar a la persona con relación a sus conocimientos, sus prácticas y conductas, antes y después de la realización de las pruebas diagnósticas; ésta se llevará a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y actividades de asesoría a las personas infectadas, a sus familiares y comunidad, en lo relacionado con las ITS, el VIH y el SIDA; para el caso de la pacientes en estudio no se encontró evidencia de la realización de dichas asesorías, incumpliendo con la normatividad ya mencionada. En la guía de atención a la sífilis congénita, elaborada por el Ministerio de la Protección social, como parte de la resolución 412 de 2000, en su apartado de estudios al recién nacido con sífilis congénita, establece que a pesar de ser asintomáticos la mayoría de los casos a todos los neonatos de madres con serología positiva para sífilis se les hará evaluación clínica y de laboratorio que incluye: examen físico en búsqueda de evidencias de sífilis congénita, LCR para análisis de células, proteínas y VDRL, radiografías de huesos largos y de torax, parcial de orina, cuadro hemático, recuento de plaquetas, pruebas de función Hepática y examen oftalmológico; en la revisión de las historias clínicas de los recién nacidos incluidos en la investigación no hay reporte de realización de dichos exámenes.

Genograma

Garza Elizondo Teófilo Dr. En su artículo Trabajo con Familias (2008) dice que las familias aún en las sociedades más modernas necesitan ser dinámicas, evolutivas y tienen funciones que se deben cumplir durante las etapas de desarrollo de la misma, principalmente en las funciones de afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar. Estos aspectos interesan a la medicina contemporánea llamándola funcionalidad familiar y corresponde a uno de los parámetros principales que se evalúa en el estudio de la salud familiar; en este aspecto las familias incluidas en el estudio han cumplido a cabalidad con suplir las necesidades de cada miembro, la adaptación a los cambios se ha dado de manera eficaz generando unión en torno a las dificultades y los lazos dentro del núcleo familiar son sólidos y buscan oportunidades para continuar fortaleciéndolos

CONCLUSIONES

Al finalizar el análisis de los datos recogidos y partiendo de los objetivos propuestos para esta investigación, se pudo concluir que:

La asistencia oportuna a cada uno de los controles prenatales son esenciales para preservar la vida tanto de la madre como del producto, pero aún más importante es que los profesio-

sionales de salud brinden educación desde el inicio sobre salud sexual y reproductiva; de tal forma prevenir el contagio de las diferentes infecciones de transmisión sexual.

Falta compromiso de los profesionales de enfermería, quienes son los responsables de la detección temprana, tratamiento y seguimiento de la SC y SG, falta poner en práctica cada una de las instrucciones dadas en la guía de atención del Ministerio de la Protección Social en forma conjunta, ya se evidencio que se realiza de forma fraccionada.

El aspecto más débil del personal profesional de enfermería en cuanto a la aplicación de la ya mencionada guía, es en el aspecto del seguimiento a las pacientes luego del diagnóstico y posterior al parto, el profesional administra el tratamiento según lo establecido, pero no se realiza el seguimiento posterior al tratamiento para comprobar su efectividad.

La redes de apoyo familiar resultan ser una base para asegurar el adherencia al tratamiento, según lo referido por las pacientes, el contar con el apoyo de las personas que las acompañaron en su proceso de gestación y posterior al parto jugó un papel muy importante para la estabilidad emocional en ellas, dando como resultado una mejor aceptación al diagnóstico.

REFERENCIAS

1. Dimensión del Modelo. El modelo de Olson ;Fases III.
2. Ministerio de protección social; guía de atención de sífilis congénita; resolución 412/ 2000
3. Hagen, Schwarz, Norbert G.; Girmann, Mirko; Hagen, Ralf M.; Poppert, Sven; Crusius, Sabine; Podbielski, Andreas; Heriniaina, Jean N.; Razafindrabe, Tsiriniaina; Rakotondrainiarivelo, Jean P.; May, Jürgen; Rakotozandrindrainy, Raphaël (2013) “serological survey of HIV and syphilis in pregnant women in madagascar”, tropical medicine and international Health: 18(1) (35-39); disponible en <http://dx.doi.org/10.1111/tmi>
4. Mamoojee. Y ; Tan. G; Gittins. S; Sarfo, S; Stephenson, L; Carrington, D; Bedu-Addo, G; Phillips, R; Appiah, L T; y Chadwick, D (2012), con el artículo “**Diagnóstico de coinfección con treponema en pacientes con VIH en africa occidental en el año 2012**” Tropical Medicine and International Health, vol. 17(12), 1521-1526.
5. De Santis.M; De Luca.C; Mappa.I; Spagnuolo.T; Licameli.A; Straface.G; y Scambia.G (2012); “**Syphilis Infection during Pregnancy: Fetal Risks and Clinical Management**”, Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology; vol. 2012, Article ID 430585, (p 5) , 2012. doi:10.1155/2012/430585.
6. Morales. A;(2009) **Factores sociodemográficos maternos que predisponen a la presencia de sífilis congénita en el neonato**. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica [en línea].vol.17; p 15.
7. Muñoz, M. Pintor, V. Cañabate, F.Salas, J.Cabeza,M^a T.(2009) “**Análisis del comportamiento socio demográfico y epidemiológico de la sífilis congénita en Colombia 2008-2009**” Enf Emerg 2009;11(3):124-129
8. Rodolfo L. Casas-P. Rodríguez. M. Rivas J.(2009); **Sífilis y embarazo: ¿cómo diagnosticar y tratar oportunamente?**; Rev Colomb Obstet Ginecol vol.60 (1) Bogotá Jan./Mar. 2009
9. Hortal María, Iraola Inés, Agorio Caroline, De Mucio Bremen, Fescina Ricardo. Sífilis congénita: un problema tan antiguo como actual. Rev. Méd. Urug. [revista en la Internet]. 2008 Jun [citado 2013 Abr 27] ; 24(2): 146-147. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-32952008000200010&lng=es
10. **Mendoza.L, Arias G.M.y Mendoza T,L, (2012)“Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal en el año 2012”**, rev chil obstet ginecol 2012; 77(5): 375 - 382

11. Vanegas-Castillo,N. Cáceres-Buitrago,Y. Jaimes-González, C. Ángel-Muller,E. Andrés Rubio-Romero,J. (2010) **tratamiento de la sífilis gestacional y prevención de la sífilis congénita en un hospital público en bogotá**, Rev.fac.med.unal v.59 n.3 Bogotá jul./set. 2011 (p 1- 12)
12. García G.L, Almanza G.R, Miranda M.C, Gaviria B.J, Julio G.J, Paternina G.M, Suárez R.L, (2011) **Factores de riesgos asociados a la sífilis congénita en tres instituciones de salud de Sincelejo**; Revista Cultura del Cuidado Enfermería, vol 8(1) junio de 2011
14. Gallego V, L; Guillermo J; Zuleta T, J. Velásquez J; Uribe, S. (2012) **“Evaluación del efecto de una intervención educativa en sífilis congénita a trabajadores de la salud en la región del Urabá, Colombia, 2008. Estudio de antes y después”** ;Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 63(4) (p312-320)• Octubre-Diciembre 2012
15. Galeano. C; García. W; Congote. L; Vélez. M; Martínez.D (2012);**“Prevalencia de sífilis gestacional e incidencia de sífilis congénita, Cali, Colombia, 2010”**; Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 63 (4) (p 321-326)• Octubre-Diciembre 2012.
16. Gómez, G; Kamb .M; Newman .L; Mark .J; Broutet. N; Hawkes. S, (2013); **“Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis”**; Bull World Health Organ 2013;91:217–226.
17. Abarzúa C.F, Belmar J.C, Rioseco R.A, Parada B.J, Quiroga G.T, y García C.P; (2008) **“Pesquisa de sífilis congénita al momento del parto: ¿Suero materno o sangre de cordón?”**; Rev Chil Infect 2008; 25 (3): 155-161
18. Galeano-Cardona, C. García-Gutiérrez,W, Congote-Arango,L. Vélez-García,M. Martínez-Buitrago,M.(2010) **prevalencia de sífilis gestacional e incidencia de sífilis congénita, Cali-Colombia**; *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 63 (. 4) :(321-326) • Octubre-Diciembre 2012*

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE ATENCION PRIMARIA EN SALUD QUE TIENEN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN IPS DEL MUNICIPIO DE ACACIAS, DURANTE EL AÑO 2014

Martha Vanessa Osorio Villamil, Diego Andrés Forero Téllez

RESUMEN:

En la medida en que el mundo se ha globalizado ha cambiado su vista del tratamiento de las enfermedades a la promoción de la salud, teniendo en cuenta que para la atención primaria es más importante que la población esté sana y que no llegue a las complicaciones de la enfermedad, dando la importancia a que los profesionales de enfermería jueguen en papel importante en la APS. El objetivo de este estudio es establecer la relación entre los conocimientos y las actitudes que sobre Atención Primaria en Salud tienen los profesionales de enfermería del municipio de Villavicencio 2014.

Materiales y Métodos: es una investigación de tipo cualitativo inicialmente se recolectaron datos personales de los profesionales. La recolección de la información de los conocimientos y actitudes se realizó a través de la aplicación de un instrumento basado en una escala de Likert, con preguntas cerradas, que condujeron a reconocer las actitudes sobre la promoción de la salud de los profesionales de enfermería que coordinan programas de promoción y prevención en IPS del primer nivel de atención; Posteriormente se concertó una reunión con cada uno de los profesionales de la muestra

para realizar una entrevista grabada donde la información recogida se categorizó facilitando el análisis y los resultados obtenidos.

Hallazgos: se identifican dos categorías: Funciones principales de la estrategia de atención primaria en salud la cual tuvo dos subcategorías Papel de los profesionales de enfermería en APS, Componentes funcionales de la APS. Y Atención integral en APS que tuvo tres subcategorías Conocimientos de APS, Opiniones diferentes de la APS, Enfoque diferencial de la APS

Conclusión: Se identificó que las profesionales encuestadas tienen las habilidades para desarrollar prácticas básicas en el marco de la estrategia de APS, pero que su falta de actualización está afectando directamente la estrategia aplicada a la comunidad.

Palabras clave: Enfermería, Conocimientos, Actitudes, Atención primaria en salud.

KNOWLEDGE AND ATTITUDES ON PRIMARY HEALTH CARE PROFESSIONALS WHO HAVE NURSING IN THE MUNICIPALITY OF ACACIA IPS DURING THE YEAR 2014

SUMMARY:

To the extent that the world has globalized changed his view of the treatment of disease to health promotion, considering that primary care is most important that the population is healthy and does not reach the complications of the disease, giving importance to nurses play an important role in APS . The objective of this study is to establish the relationship between knowledge and attitudes of primary health care are nurses in the municipality of Villavicencio 2014.

Materials and Methods. It is a qualitative study initially personal data was collected for professionals. The collection of information knowledge and attitudes was conducted through the implementation of a system based on a Likert scale with closed questions, which led to recognize attitudes about health promotion nurses coordinating instrument promotion and prevention programs in IPS primary care; Subsequently a meeting with each of the professionals in the sample was arranged for a

taped interview where the information gathered was categorized facilitating analysis and results.

Findings: Key features of the strategy of primary health care which had two subcategories Role of nurses in PHC, PHC functional components: two categories are identified. Comprehensive care and had three subcategories APS Knowledge of different reviews PHC PHC Focus

Conclusion: It was found that the surveyed professionals have the skills to develop basic practices in the context of the PHC strategy , but lack of updating is applied directly affecting the community strategy.

Keywords: Nursing, Knowledge, Attitudes, Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN:

Desde la definición de Alma Ata (1) de 1978 la atención primaria en salud se define como "Asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación".

La estrategia de atención primaria en salud busca garantizar la salud de todas las personas y un acceso equitativo para toda la población, por lo que para su implementación necesita de profesionales idóneos para resolver los inconvenientes que la implementación de esta estrategia trae consigo.

Este proyecto se elaboró mediante una investigación de tipo cualitativo-descriptivo que consiste en un estudio de los conocimientos y actitudes que los profesionales de enfermería deben tener sobre la atención primaria en salud; donde se hace necesario valorar el conocimiento que los profesionales de enfermería que desempeñan su labor en promoción y prevención que tienen acerca de APS, porque ellos al ser la puerta de entrada de estos servicios que tiene acceso la comunidad sana ratifica su importancia dentro del equipo de atención primaria y le da la posibilidad de desarrollar un papel importante a la hora de llegarle a la población con conocimiento y praxis, sin embargo lo que vemos es que los profesionales de enfermería encuestados aún tienen muchos

vacíos de lo que es la atención primaria y debemos desde la academia tomar la responsabilidad de desarrollar actualizaciones en estos profesionales para que fortalezcan la atención en salud generando impacto en la construcción de oportunidad informativa en salud de la población de la ciudad de Villavicencio.

MATERIALES Y MÉTODO:

Metodológicamente la presente investigación es de enfoque cualitativo, al pretender aproximarse a unas situaciones sociales particulares para explorarlas, describirlas y analizarlas a partir de los conocimientos y actitudes de la población objeto de estudio con respecto a la Atención Primaria en Salud.

La investigación es de tipo descriptivo ya que se investigaran situaciones que ocurren en condiciones naturales, en este sentido los datos que se pretenden identificar y analizar serán originales y empíricos; a partir de lo cual los resultados se agruparan por categorías para generar procesos explicativos minimizando los sesgos por interpretaciones personales de la investigadora y avanzar así, hacia el logro de los objetivos propuestos.

Es una investigación de tipo exploratorio, que abordará el problema identificando la construcción de los sujetos de investigación acerca de la Atención Primaria en Salud, buscando los significados en sus discursos y manifestaciones, con el fin de comprender sus conocimientos y actitudes y prácticas entorno a esta estrategia.

RESULTADOS:

Previamente a la entrevista se aplicó a cada participante de la investigación un cuestionario que permitía obtener datos de tipo general, personal y formativo, posteriormente la información recolectada fue tabulada en una base de datos Excel en donde se clasificaron según la variable.

Junto con el cuestionario de datos generales se aplicó una escala de Likert, la cual estuvo conformada por 15 afirmaciones de las cuales 10 determinaban conocimiento y 5 determinaban actitud, se tabuló la información manualmente, y posterior a eso se realizó un análisis de cada afirmación.

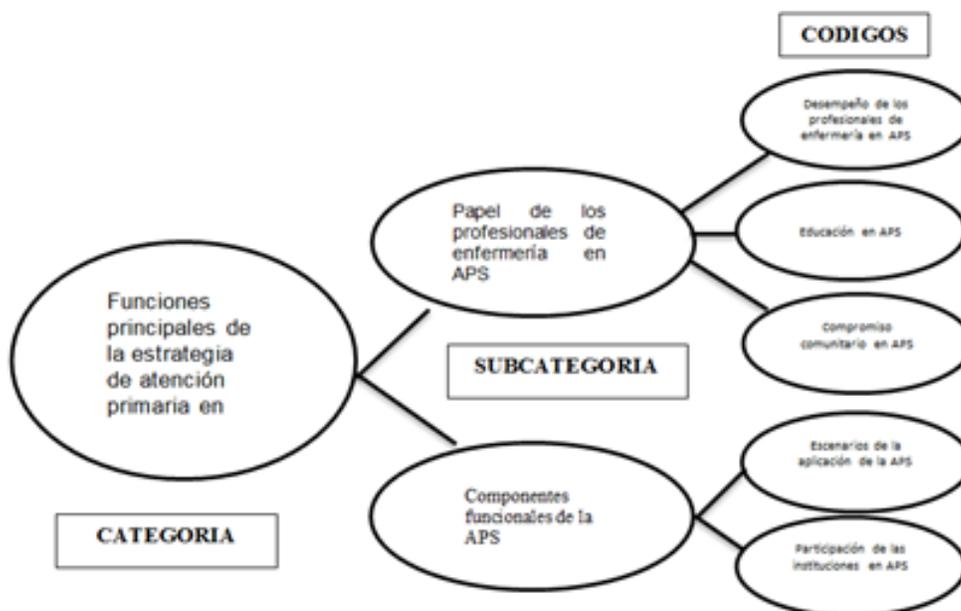
Se realizó una entrevista semiestructurada a cada participante individualmente la cual fue grabada para posteriormente ser transcrita para el proceso de tabulación de datos, que permitió ampliar los resultados obtenidos en la escala Likert, seguido a esto se tabularon los datos en una base de datos Excel los cuales se clasificaron categorías y subcategorías. Para extraer estas categorías y subcategorías se realizó la fragmentación de los textos para luego ir agrupándolos según sus significados. De esta segmentación de los textos se extrajeron los núcleos temáticos que son los conceptos que se relacionan con las categorías que se establecieron las cuales a su vez originan unas subcategorías que permiten comprender los significados y percepciones que tienen acerca de los conocimientos y actitudes sobre Atención Primaria en Salud que tienen los profesio-

nales de enfermería en IPS del municipio de Villavicencio, durante el año 2014. Y por último se realizó el presente informe que contiene el análisis, los resultados, conclusiones y recomendaciones finales de esta investigación.

Para el desarrollo de este trabajo investigativo se realizaron dos fases de las cuales hubo una fase inicial donde se aplicó una encuesta en escala Likert (también denominada método de evaluaciones sumarias) en la cual se especifica el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración donde tenía tres tipos u opciones de respuesta (1) en desacuerdo, (2) ni en desacuerdo, ni en acuerdo, (3) en acuerdo. Consta de 15 afirmaciones las cuales las profesionales de enfermería de las IPS de Villavicencio durante el año 2014. Ellas debían dar su conocimiento de acuerdo al tema “conocimientos y actitudes de los profesionales de enfermería en atención primaria en salud en la ciudad de Villavicencio” donde nuestro universo constaba de cuatro profesionales de enfermería que laboran en el área de promoción y prevención de las IPS, y están distribuidas en unidad móvil, centro de salud comuneros, centro de salud esperanza y centro de salud Porfía.

La encuesta en escala Likert se aplicó a cada una de las participantes, la cual nos permitía obtener datos personales y conocimientos y aptitudes en APS. Luego se les realizó la entrevista con una serie de preguntas que nos permitían conocer el punto de vista que estas profesionales tenían sobre APS. Se identifican dos categorías: Funciones principales de la estrate-

Figura 1. Categoría Funciones principales de la estrategia de atención primaria en salud



Fuente: Elaborada por los investigadores

Funciones principales de la estrategia de atención primaria en salud son el conjunto de las actividades que se realizan en el momento que el paciente acude por primera vez al centro de salud, teniendo en cuenta sus necesidades y el cuidado de la salud; resaltando el desempeño de los profesionales a la hora de hacer la intervención con los usuarios destacando su labor como líderes de la información que estos tienen de los servicios en esta la estrategia y la propia salud del paciente.

La subcategoría papel de los profesionales de enfermería en APS dio origen a los códigos desempeño de los profesionales de enfermería en APS y compromiso comunitario en APS, es aquí donde vemos que el profesional de enfer-

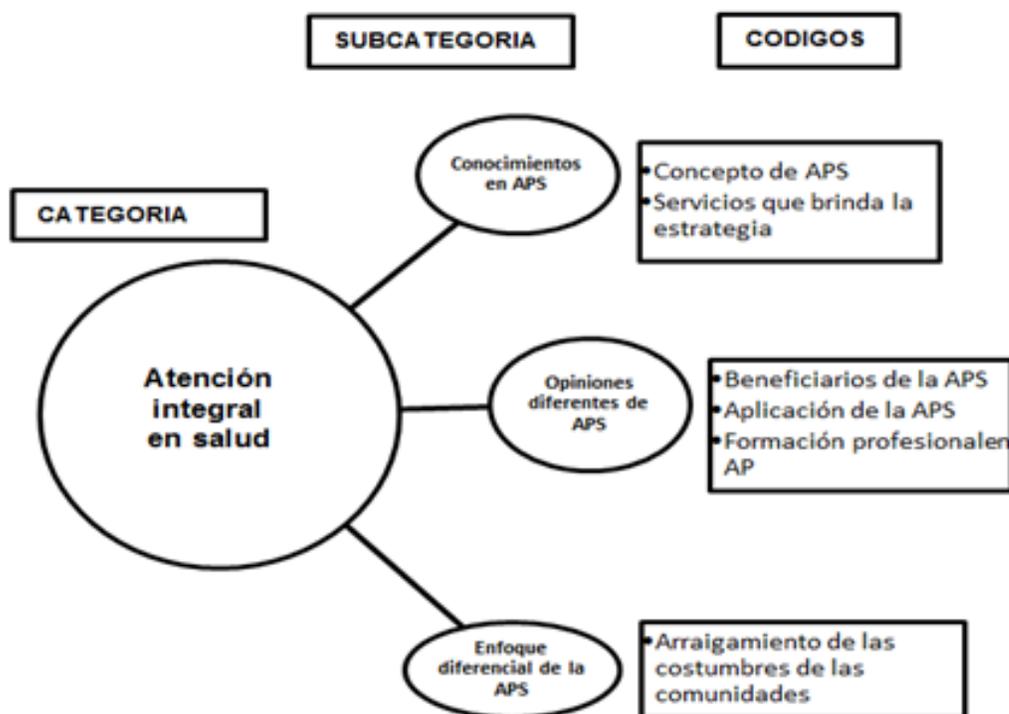
mería tiene un servicio en los centros de salud, aprovechando los espacios de relación comunitaria, que garantiza un entorno en el cual desarrollar la educación para la salud y así asegurar la adherencia de los pacientes a los servicios que brinda la atención primaria en salud, uno de los componentes importantes para el profesional de enfermería que trabaja en atención primaria en salud es la educación a la comunidad, porque es él que tiene la responsabilidad de que los pacientes sigan asistiendo a los centros a hacer continuidad de su proceso en salud haciendo que ellos se sientan cómodos y adquieran la responsabilidad de hacer todo por su salud.

La categoría **Atención integral en salud** es la

atención completa que se le realiza al cliente teniendo en cuenta la calidad tanto en los profesionales como en el servicio además debe de caracterizarse por ser accesible y equitativo en todos los niveles de la población. Además nos permite mejorar el cuidado de salud para toda la comunidad. Los servicios de la atención primaria integral están dirigidos a la comunidad según sus necesidades con una atención continua y con mecanismos adecuados para manejarlos en niveles II y III de atención si es necesario.

Los conocimientos en APS los profesionales de enfermería los adquieren cuando están en el pregrado pero a medida que van desarrollando su trabajo profesional con la comunidad van aplicándolos y destacándose entre ellos. La APS debe ser entendida como el primer nivel de contacto de los individuos, familia y comunidad con el sistema nacional de salud llevando la atención primaria lo más cerca posible del lugar donde viven y trabajan las personas. Se trata de asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables.

Figura 2. Categoría Atención Integral en salud



Fuente: Elaborada por los investigadores

DISCUSION:

La discusión de resultados se elaboró según el indicador de los objetivos planteados. Su organización en epígrafes facilita la exposición de los resultados que se acompañan de los dichos más relevantes y teniendo en cuenta la base de esta investigación que es la APS.

APS según la OMS (1): La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

Teniendo en cuenta que la estrategia de atención primaria en salud es esencial y debe de ser para toda la comunidad los profesionales de enfermería refieren lo siguiente **E2P9P6** “Sí, eso es una buena estrategia, ya que los programas de promoción y prevención no tienen barreras, no hay necesidad de tener una seguridad social y no se le pone como traba al paciente, pues él puede acceder libremente a los servicios”. **E4P14P7** “El objetivo de la estrategia de atención primaria en salud es dar atención priorizada a todas las personas en todos los niveles de atención en salud, a nivel comunitario, es decir teniendo en cuenta el individuo, la familia y comunidad, en todas las edades, grupos etáreos y por toda la seguridad social.” Aunque los profesionales también piensan que a la estrategia le falta madurar mucho en Villavicencio esto es lo que dicen: **E1P4P6** “Si claro, um claro la atención primaria, si claro;

dentro de su componente como tal si, si el objetivo es que.... Le dé prioridad a todos los problemas de salud y a todo lo que concierne a la comunidad el problema es que a nivel práctico, es muy difícil porque hay muchas barreras de tipo administrativo, de tipo cultural, hay barreras de tipo asistencial entonces a veces la atención primaria no se puede llevar a cabalidad; pero ahí es donde yo digo, que eso depende de la habilidad de uno como profesional de la salud, no quedarse con los limitantes, si no de poder desarrollarlo y buscar las herramientas y la estrategia”. Los profesionales refieren que la estrategia es buena todavía tiene muchas falencias como lo expresan: “**E2P9P4** Si responde a las demandas, aunque a veces eh la población no toma como mucho los programas de prevención y hay mucha inasistencia, osea se ve más que el paciente falta más divulgación de pronto a nivel comunitario porque el paciente ya, no sé, acude es cuando ya está enfermo; hay muchos que no conocen que existen programas de promoción y prevención que osea a lo que tienen derecho dependiendo de su seguridad social desconocen mucho la normatividad con respecto a eso. Osea a los deberes y derechos que ellos tienen como usuarios.

En el documento “Memoria enfermera de atención primaria en salud” se resalta el compromiso que tiene la enfermera que desarrolla su actividad en APS. “La enfermera que trabaja en APS a de estar capacitada para dar respuesta a las necesidades de salud de la población tanto sana como enferma, mediante la educación y asistencia a los cuidados, familias y comunidad, con el objetivo de mantener o mejorar la

calidad de vida de las personas, fomentando la participación responsable de las mismas a través del autocuidado.

La formación debe orientarse hacia la profundización, ampliación adquisición de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que le permitan actuar en la atención familiar y comunitaria a la vez que como un comunicador, impulsor, mediador y gestor, capacitador y facilitador de salud”.

Las profesionales de la salud encuestadas destacan el papel que como profesionales desempeñan en la comunidad y en su autocuidado como lo indican: **E3P12P12** “Durante las actividades que se le realizan durante el control, si es una materna en control prenatal, si es un niño en crecimiento y desarrollo. Podemos tener así una atención agradable para el usuario, para que él tenga el gusto de volver otra vez, de educarle sobre la importancia que tiene la asistencia a los controles y el autocuidado para que aprenda y vea la importancia de acudir a los centros de salud”. Refieren que el perfil para trabajar con la comunidad lo adquieren en su formación de pregrado como dicen: **E4P15P9** “Pues la universidad le da uno pasos básicos para hacer las actividades de promoción de la salud, pero realmente, tiene a uno que gustarle el entorno en que está trabajando, eh, primordialmente eso, porque trabajar con la comunidad es muy bonito pero tiene que haber empatía también con la comunidad, tener el perfil, el profesional tiene que tener el perfil para trabajar en esa área, pero la universidad si le da a uno un enfoque, la universidad de los llanos si nos da enfoque participativo en promoción de la salud”.

E4P18P2 “Dentro de las características considero primero que todo, que sea un profesional muy responsable con lo que va a hacer, cierto, con lo que está realizando, que le guste eh trabajar con la comunidad sí que tenga empatía con esa comunidad, eh sin interesar, osea sin tener, osea involucrando todo, osea involucrando todas esas familias que son tan importantes para nosotros, poder trabajar, que tenga compromiso, que tenga ética, que tenga moral, um creo que eso es lo básico, que tenga un perfil que realmente le guste trabajar con la comunidad, que es muy bonito trabajar con la comunidad por supuesto”. También esta investigación nos muestra la actitud de los profesionales de enfermería ante el paciente y su adhesión a los programas como lo muestran: **E2P8P5** “Depende también como sea la actitud del profesional ante el paciente, ahí vendrá la adherencia a los programas de promoción y prevención y a las actividades de PyP. Porque si el paciente en la consulta se muestra apático o dudoso y no le muestra la confianza al paciente pues el paciente obviamente no va a acudir a los servicios de salud y más bien va a preferir de pronto acudir a la droguería o a otros sitios. O no llena sus expectativas entonces no le va a generar confianza y no va a volver a acceder a los servicios; entonces un profesional en PyP debe estar capacitado, debe tener buena actitud de escuchar al paciente porque no solamente a veces las consultas vienen y le comentan también son problemas familiares y el profesional debe estar capacitado para responder a todas las dudas del paciente, y si no las puede resolver pues brindarle los elementos adecua-

dos para satisfacer las necesidades del paciente". En cuanto al conocimiento de las profesionales de enfermería en APS este estudio nos deja ver que todavía hay muchas falencias en este tema en las profesionales encuestadas **E3P9P9** "No espere, espere. Es una estrategia basada en las necesidades de la población".

E4P14P5 "Eh, para mí la atención primaria en salud, es la atención básica en salud que le debe dar a cada persona, a cada familia y a la comunidad, los conocimientos básicos que deben tener las personas sobre lo que es la atención en salud". **E4P15P3** "Eh, la atención primaria debe estar en relacionado, osea trabajar en conjunto con todos los niveles de atención, porque en el nivel uno se puede dar atención primaria en salud, nivel 2, nivel 3, en el servicio donde estemos se puede dar este, la estrategia de atención primaria en salud".

E4P16P1 "En todos los espacios podemos desarrollar las intervenciones de APS, en universidad, en la escuela, en la casa, en el entorno en que nos encontremos podemos estar desarrollando la estrategia de atención primaria en salud". En cuanto a la transcultural de la práctica de enfermería con la comunidad Esta aptitud nos da a entender que la enfermera sea capaz de conocer la perspectiva cultural, los valores, conocimientos y las necesidades de los pacientes, con el fin de realizar acciones congruentes y respetuosas de esa diversidad. En este sentido, la cultura como lente de mirada no sería un campo especializado de la enfermería, sino más bien y como lo propone Leininger "se trata de lograr que los conocimientos y la práctica de enfermería tengan una base cultural y una conceptualización, una planifi-

cación y una aplicación basadas en la cultura" con lo que están de acuerdo las profesionales encuestadas. **E1P2P7** "um obviamente porque, porque a veces uno como personal de salud va a impartir un conocimiento inclusive basado en cuestiones científicas donde se ha comprobado científicamente que cierta atención debe ser así, pero la cultura de este país tiene biodiversidad en cultura entonces tienen muchos mitos, tienen muchas creencias entonces, a veces es muy difícil cambiar una manera de pensar delante de tantos años, porque culturalmente lo han ido desarrollando así, para de un momento a otro ir a cambiar pues el concepto que ellos tienen principalmente del manejo de alguna enfermedad, entonces, pero pienso que eso hace parte de la habilidad que tenga el personal de salud que está abordando esta persona para decirle, pues que lo que está diciendo puede que funcione, pero que también es científicamente debe ser así o debe ser así. Entonces yo pienso que depende de la habilidad que tenga el paciente para generar un cambio de actitud en la persona".

CONCLUSIONES

Se puede observar que la atención primaria en salud maneja una estrategia hacia los centros de salud, hospitales y clínicas, priorizando la implicación de la comunidad con el sector salud, para esto es importante dos componentes que es el papel de enfermería como primeros actores en la atención en salud hacia la comunidad y la segunda es los escenarios que se manejan en el ámbito de salud; brindar herramientas para que tenga estilos de vida saludable y promoviendo el concepto de bienestar a toda persona que disponga de sus servicios. También las instituciones de salud deben pro-

veer programas y escenarios pertinentes hacia la comunidad brindando y promoviendo el mantenimiento de salud y servicios convenientes de acuerdo a su ciclo vital o situación.

la APS tiene varias funciones que se manejan en el sector salud y que son dirigidas para beneficiar a la sociedad, para ello es importante que el personal de enfermería tenga claro los conceptos sobre la atención primaria ya que les permite orientar y facilitar a los usuarios sobre los servicios indicados para ellos, también se debe tener en cuenta quienes son las personas que pueden beneficiarse y brindar una atención oportuna y apropiada hacia la comunidad, para esto se debe forjar profesionales con un adecuada capacitación sobre APS, además se debe de tener en cuenta las costumbres y creencias de las personas, adaptando la estrategia de APS para no vulnerar la integridad de la persona además de aplicar una atención favorable.

Se evidencia el conocimiento en los profesionales de enfermería sobre la existencia de normatividad en Colombia para la aplicación de la estrategia de APS pero muy pocos evidencian

interés por actualizarse al respecto; esto podría indicar falta de motivación de los profesionales de enfermería para asumir la estrategia y ausencia de exigencia de sus empleadores.

Se identificó que las profesionales encuestadas tienen las habilidades para desarrollar prácticas básicas en el marco de la estrategia de APS, pero que en su falta de actualización está afectando directamente la estrategia aplicada a la comunidad.

Entre las profesionales abordadas en la presente investigación se identificó que aunque la estrategia de APS es buena aún le falta mucho aquí en Villavicencio debido a la inequidad y las dificultades que tienen los usuarios a la hora de acceder a estos servicios.

Se identificó la importancia que desde los entes territoriales, no solo pidan metas en la aplicación de la estrategia de APS sino que se preocupen por que los profesionales de enfermería y otros profesionales obtengan las habilidades necesarias para la aplicación de la estrategia para así dar respuestas más eficaces a las necesidades de las diferentes comunidades.

REFERENCIAS

1. Declaración de Alma-Ata 1978, al Informe sobre la Salud en el Mundo 2008. URSS 6-12 de septiembre de 1978. (Internet) (Consultado 2014 febrero 8). Disponible en http://www.promocion.salud.gob.mx%2Fdgps%2Fdescargas1%2Fpromocion%2F1_declaracion_deALMA_ATA.pdf&h=yAQHkDIR0
2. organización Panamericana de Salud. Reunión del grupo de consulta sobre el papel de enfermería en el desarrollo de los SILOS. San Salvador, 1992. (Internet). (Consultado 2014 febrero 8) Disponible en <http://www.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fcol%2F&h=yAQHkDIR0>
3. Consejo Internacional de Enfermeras. Ginebra. La definición de Enfermería. (Internet) (Consultado 2014 febrero 8). Disponible en <http://www.icn.ch/definitions.htm>. 2011
4. Colombia Ministerio de salud y Protección social. Dimensiones prioritarias en salud pública. Plan decenal de salud pública 2012 – 2021. Surge de la necesidad de reordenar la actuación en salud pública en torno a la consecución de resultados en salud. (Internet). (Consultado 2014 febrero 8) Documento en disposición <http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/09/>

5. Factores Condicionantes Básicos. Teoría del Autocuidado (Internet). (Consultado 2014 febrero 8) disponible en: http://www7.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/general/autocui.htm
6. Plan Decenal de Salud Pública Colombia 2012-2021 (Internet). (Consultado 2014 febrero 8) disponible en: http://salud.univalle.edu.co/pdf/procesos_de_interes/departamental/2._plan_decenal_salud_publica_2012_2021.pdf
7. Pérez C; Guillén G; Brugos I. Aguinaga O. Satisfacción laboral y factores de mejora en profesionales de atención primaria. Anales sis san navarra Vol. 36 no.2 Pamplona; 2013. (Internet). (Consultado 2014 febrero 8) disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272013000200008&script=sci_arttext
8. Rey A. C, Ramírez N. A. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. SICI: 1657-7027(201307)12:25<28:ECEAPS>2.0.CO;2-9 2013. (Internet). (Consultado 2014 febrero 8). Disponible en: http://www.javeriana.edu.co/fcea/rev_gerenc_polsalud/vol12_n_25/espacio_abierto_1.pdf
9. Rodríguez I. H. Conocimiento del personal de enfermería sobre el sangrado digestivo antes y después de una estrategia de intervención. Ciudad de La Habana, Rev haban cienc méd vol.12 no.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2013. (Internet). (Consultado 2014 febrero 8). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/rhab/vol_12_1_13/rhcm15113.htm
10. Matumoto S; Dos Santos K; Pereira B; Dos Santos C; Fortuna C; Martins S. La producción de cuidados de enfermería en los servicios de atención primaria de salud”, 2012. Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo Original 20(4):[09 pantallas] jul.-ago. 2012 (Internet). (Consultado 2014 febrero 8). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/es_11.pdf
11. Aguilar M, Villar N, Padilla C, García E, García A. Actitud de enfermería ante el dolor infantil y su relación con la formación continua Nutr. Hosp. vol.27 no.6 Madrid nov.-dic. 2012. (Internet). (Consultado 2014 febrero 8). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112012000600036&script=sci_arttext
12. Alessandra F, Pacheco I, Beheregaray F; Dos Santos C; Oliveira N. Sexualidad y lactancia: concepciones y enfoques de los profesionales de enfermería en la atención primaria de salud” Rev. esc. Enfermera. Vol. 46, 2012. (Internet). (Consultado 2014 febrero 8). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000100026&script=sci_abstract&lng=es
13. Amorim J, Netto A, Arruda P. El conocimiento de las enfermeras contra los abusos sexuales. av.enferm, XXX (2): 47-55, 2012. (Internet). (Consultado 2014 febrero 8). Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/revista2012-2/04%20Avances%20Enfermeria%2030_2%20feb%2025%2013.pdf

14. Cozer L, Menezes M. Aspectos que facilitan o dificultan la formación del enfermero en atención primaria de salud. *Invest. educ. enferm*; 29(2):238-247, 15 jul. 2011 (Internet). (Consultado 2014 febrero 8). Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IxisScript=iahiah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=597404&indexSearch=ID>
15. Ruiz M, Acosta N, Rodríguez L, Uribe L, Franco M. Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria. *Rev. salud pública*. 13 (6): 885-896, 2011 (Internet). (Consultado 2014 febrero 8). Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v13n6/v13n6a02.pdf>
16. Guillén M. Habilidades de comunicación en la relación médico-enfermera en la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Enfermería - Habilidades de comunicación en la relación médico-enfermera en la...* scielo.sld.cu (Internet). (Consultado 2014 febrero 8). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000300006
- 17 Serrano R, Ranchal J. La importancia e invisibilidad de las enfermeras en Atención Primaria de Salud. *Index Enferm v.19 n.1 Granada ene.-mar. 2010* (Internet). (Consultado 2014 febrero 8). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962010000100002&script=sci_arttext
18. Calderero G, Pargaña A, Nieto E, Ledo P. Prevención de la infección en la atención primaria: Prácticas y creencias de los profesionales. *Index Enferm v.19 n.4 Granada oct.-dic. 2010* (Internet). (Consultado 2014 febrero 8). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962010000300006&script=sci_arttext
19. Regina M, Silveira C, Alves C, Sena J, Fontella C. El conocimiento clínico de las enfermeras en la atención primaria de la salud: aplicación de una matriz de análisis filosófico enfermera. *enferm.* . 2010, vol.19, n.1, pp. 17-24. ISSN 0104-0707 (Internet). (Consultado 2014 febrero 8). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072010000100002&script=sci_abstract&lng=es
20. Conejeros I, Emig H, Ferrer L, Cabieses B, Cianelli R. Conocimientos, actitudes y percepciones de enfermeros y estudiantes de enfermería hacia VIH/Sida. *Revista Investigación y Educación en Enfermería* ISSN (Versión impresa): 0120-5307 (Internet). (Consultado 2014 febrero 8). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215721005>
21. Neto X, Félix F, R.M.S, Oliveira, E.M, Jorge, M.S.B. Concepciones, conocimientos y prácticas de los enfermeros al cuidado de los sujetos con diagnóstico de depresión: una mirada al territorio de la atención primaria en salud. *Enferm. glob.* n.16 Murcia jun. 2009 (Internet). (Consultado 2014 febrero 8). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?>

IMPORTANCIA DE LAS CIENCIAS PARA EL DESARROLLO DE LA SALUD.

*David Ricardo Cárdenas Carvajal, Juan David Lizcano Gutiérrez, Miguel Eduardo Lozano Romero, Diana Topacio Rincón Zúñiga, Oscar Felipe Rodríguez Martínez, Yeimi Daniela Vargas Lizcano.

Resumen

Desde tiempos inmemorables el enfoque y la importancia que han tenido las diversas áreas del conocimiento han repercutido de manera significativa en el desarrollo de las diversidades tecnológicas, estas por su parte se han puesto a la disposición de las distintas áreas del conocimiento permitiendo un conjunto de estructuras teóricas que sirven de base para la solución de las diversas problemáticas actuales y el desarrollo de nuevas ideas que permitan hacer frente a las presentes y futuras problemáticas que se presenten en la sociedad; cabe preguntarse si estamos aplicando realmente el desarrollo tecnológico en la salud tanto a nivel nacional como regional y que tan real es el alcance de desarrollo tecnológico para el ámbito de la salud, son algunas de las muchas preguntas que

surgen, en el artículo se analizara su contexto y se buscara las respuestas mas acertadas para las mismas.

Palabras clave: ciencia, salud, tecnología, desarrollo, innovación,

IMPORTANCE OF SCIENCE FOR HEALTH DEVELOPMENT.

Abstract

From time immemorial the focus and role played by the various areas of knowledge have had a significant impact on the development of technological diversity, these in turn have been put at the disposal of the various areas of knowledge allowing a set of structures theoretical underpinning for the solution of various current issues and developing new ideas to cope with present and future problems that arise in society; One wonders if we are really applying technological development in health at national and regional level and how real is the scope of technology development for the field of health

are some of the many questions that arise, the article analyzed the context and more accurate for the same answers will be sought.

Keywords: science, health, technology, development, innovation.

Introducción

El contexto en el que se encuentra nuestro país no es muy diferente al que viven la mayoría de los países en el mundo entero; los contrastes en América Latina, no son muy diferentes a la realidad acontecida en Colombia, la cual se posiciona como un país en desarrollo, con altas posibilidades de crecimiento y con una gran cantidad de su población con una capacidad intelectual bastante elevada, en contraste con la poca accesibilidad de la población a nuevas tecnologías y a los diversos tipos de educación.

La población con poca accesibilidad a las posibilidades que ofrece la ciencia a través de la tecnología y su posterior inclusión en el desarrollo de todos los campos de la sociedad, se ve coartado en muchas ocasiones por la falta de recursos de diversos tipos, siendo la principal causa de estos, el factor económico, haciendo que se produzcan pérdidas de ideas de tipo intelectual y en muchos casos la fuga de las mismas hacia otros países, en los cuales si se les apoya y si se fomenta el desarrollo del conocimiento.

Cabe destacar que no es solo la poca accesibilidad ofrecida por los estatutos gubernamentales, la causa de la poca formación de material de conocimiento científico, la pereza intelectual en la que se encuentra la población desde temprana edad, hace que no haya mucha oferta en cuanto a la producción científica, como si fuera poco, hace que la poca ciencia que se produce no reciba la adecuada crítica que se merece disminuyendo así su valor intelectual.

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo de la relación de ciencia, tecnología y salud de diversos artículos. Por medio de actividades complementarias del curso ciencia, desarrollo y tecnología, del programa de enfermería de la universidad de los llanos, basadas en las temáticas de el plan de curso, tras la realización de ensayos de temáticas enfocados y relacionados con el área de la salud.

Planteamiento del problema y abordaje

El abordaje de la problemática debe hacerse desde las mismas leyes que rigen la producción de la intelectualidad, el gobierno a través de sus diversas instituciones debe afrontar las diferentes problemáticas en cuestión y procurar soluciones que permitan la mejoría de la calidad de la educación en todos sus campos, siendo el planteamiento propuesto, los centros educativos deben hacerse cargo de revisar sus estatutos de enseñanza con el fin de cambiar el estereotipo en el que se ha convertido la educación, en la cual se siguen ideologías que impiden la creación de material nuevo por parte de los estudiantes, y estos por su parte deben poner su intelecto en la función de la producción de material nuevo, didáctico, mejorando sus bases científicas y proporcionando material educativo innovador.

Importancia de la ciencia y la tecnología en el sector de la salud

En nuestro país, el uso de tecnologías innovadoras orientadas a mejorar el estado de salud

de los ciudadanos, hace que sea posible que profesionales de la salud como por ejemplo un enfermero/a evolucione a un paciente con una afectación en el caso de un paciente con una enfermedad crónica no transmisible como la diabetes, que ya haya desarrollado un pie diabético, que se encuentre en tratamiento con curaciones avanzadas con productos obtenidos de investigaciones en salud como “Curación Avanzada de Heridas” MD (1), esté y diversos estudios y experiencias basadas en la evidencia, muestran el lado amable de la tecnología para el bienestar del ser humano.

Sin dejar a un lado que durante la fase inicial de la desviación de la salud que sufra un paciente la tecnología desarrollada en las ayudas diagnósticas, basada en imagenología permite la claridad y da el soporte fundamental a los diversos diagnósticos, dando la posibilidad a los profesionales de la salud de emitir juicios críticos, lo que le permite actuar objetivamente, y así ser de especial ayuda en enfermedades cuyo avance si no es detectado a tiempo generan diversas complicaciones; y al paciente le brinda la oportunidad de asistencia y tratamiento oportuno que le permita mejorar su calidad de vida.

El avance obtenido en el área farmacología también ha tenido una marcada evolución, la ciencia y la tecnología han permitido la mejora de los productos en cuanto a su farmacocinética y farmacodinamia, aumentando el rango de acción de los diversos medicamentos, la eficacia y la velocidad con la que actúan los mismos, disminuyendo sus efectos adversos. Entre otros muchos beneficios, es de destacar el rol que han tenido los diversos laboratorios farmacológicos, si bien su aporte en la mejora de la salud ha sido considerable, el factor económico es un

hecho que no pasa desapercibido y lastimosamente algunas de ellas solo se rigen por este interés, negando la posibilidad de medicamentos perfectos y de terapias definitivas en el tratamiento de cualquier patología.

Resaltando los diversos avances que se han hecho en el sector de la salud, se pensaría que sin factores agravantes de la problemática actual, como lo es la corrupción en las distintos entes prestadores del servicio, la falta de accesibilidad de muchos usuarios a un sistema que les brinde la garantía de solventar sus necesidades, la poca población que está inscrita en estos y la atención tan deficiente que viven los mismos, la salud en los diversos sistemas estatales ya no sería vista como un negocio si no como un servicio, en el que las poblaciones vulnerables serían las más beneficiadas, y donde todo el SGSS, fuera un complemento integral, donde toda la población, reciba la atención necesaria, sin importar el costo, y en la cual el factor económico dedicado a resolver sus enfermedades no se quedara en los bolsillos de unos pocos y si llegara al usuario necesitado.

Planeación de ciencia y tecnología en el sector de la salud.

El manejo que se le ha dado a la salud, puede que no sea el más indicado para esta sociedad, está basado en modelos extranjeros, que puede que allá hayan funcionado, pero que no se logran acoplar a esta sociedad, o que no se ha implementado de la mejor manera.

Esta planeación en salud se logra con los Planes de Salud Territorial desarrollados bien sea a nivel nacional o departamental, los cuales determinan el direccionamiento de la misma.

A nivel nacional contamos con el Plan Decenal de Salud el cual busca “lograr la equidad en salud y el desarrollo humano” (2), por medio de unos planteamientos y lineamientos ya establecidos.

De igual manera cada departamento cuenta con un Plan de Desarrollo Departamental, citando como ejemplo resaltamos el Departamento del Meta que cuenta con el plan “Meta: A la vanguardia en Salud” (3) el cual tiene un objetivo claro que es: Fortalecer el sistema de salud pública del Meta para enfrentar la enfermedad con recursos humanos y tecnológicos de punta, brindando cobertura universal y de calidad (4).

Con estos planes se busca dar manejo y solución a los déficit y/o aspectos relevantes en salud de cada sociedad, en los cuales es de mucha relevancia la honestidad y la importancia que se le dé a un manejo transparente de los mismos.

Educación en ciencia y tecnología en el sector salud.

El eje principal de la educación debe sufrir un trasfondo desde sus mismos comienzos. La comparación con el enfoque que le están dando otros países, y si nos comparamos con ellos ver como esta nuestro sistema, se logra evidenciar el déficit que se presenta acá, ya que se le está dando un mal direccionamiento a la educación, y no solo desde el área profesional en la que se empiezan a desarrollar los trabajadores de la salud, sino desde la educación mas básica en la cual se dan los pilares sobre los que se va a desarrollar cada una de las personas independiente su futura inclinación profesional.

La respuesta de la población que está siendo educada, el aprovechamiento de los conocimientos que se le están dando, no solo sobre las tecnologías ya existentes, sin dejar a un lado el apoyo a nuevas ideas tal y como lo hace Colciencias, marca la diferencia a la hora de interesarse e involucrarse en los temas relacionados con ciencia, desarrollo y tecnología, ya que ellos logran dimensionar su alrededor mas allá de lo evidente, ofreciendo beneficios tanto de manera individual como para su sociedad.

Conclusiones

Aunque se están viviendo muchas problemáticas alrededor de los campos responsables del desarrollo de la salud, y aun sabiendo que hay innumerables deficiencias que se corregirán solo si se hace un cambiando mirando desde el trasfondo de las mismas, no se debe dejar a un lado el avance que en poca o mediana medida ha contribuido a la solvencia de los distintos desvíos de salud, y a completar las demandas terapéuticas del cuidado, obviamente cabe detenernos en los profesionales que utilizan la poca tecnología a su alrededor y que mejoran el bienestar de los pacientes con esfuerzo, y aun así tienen la intención de innovar, de ser recursivos y no quedarse estancados en las migajas que se ofrece en ocasiones por parte de los proveedores en salud y que aun con lo poco a lo que se puede acceder se mejora día a día.

Reflexión

Dejando a un lado todas las limitaciones e inconvenientes que se presentan en la salud, independientemente de donde provengan, es de importancia resaltar todos los avances y mejoras que nos ha permitido lograr la tecnología, que junto de la mano de la ciencia y el desarrollo, han permitido mejorar la calidad de vida de todos.

Es en este punto cuando se agradece a todos los avances desarrollados y logrados, a todas las personas realmente involucradas en esta área, el crecimiento que ha permitido lograr en salud, y los alcances a los cuales ha llegado que independientemente de su real objetivo han aportado al bien común.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Revista colombiana circulo. [Internet]. 2008 Sep [citado 2014 Mayo 19]; 23(3): [aprox. 9p.] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822008000300004&lng=en.
2. MinSalud. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Publica 2012-2021[internet], [citado en 2014 mayo 19]; disponible en: www.minsalud.gov.co
3. Gobernación del meta, [internet],[citado en 2014 mayo 10]; disponible en:www.meta.gov.co
4. Alcaldía de Villavicencio, Secretaria Local de Salud. Plan de Salud Territorial Municipio Saludable por una Ciudad Decente [internet], [citado en 2014 abril 26]. Disponible en: https://villavicencio.wikispaces.com/file/view/plan_territorial_salud02-04-2010_11-43-00.pdf

CASO CLÍNICO QUEMADURA DE II GRADO EN NIÑO DE 22 MESES

*Bautista Rico Jessica Natalia, Rincón Zúñiga Diana Topacio,
Rojas Ruíz Luisa María, Tobian Gutierrez Ludley del Pilar

Resumen

Se socializa en el curso de cuidado del niño, adolescente y la familia, el caso clínico de niño de 22 meses con quemadura de II grado en tórax y abdomen, se destaca lo importancia que la comunidad estudiantil este informada sobre los eventos que se presentan en los hogares colombianos, atribuidos a accidentes que en la mayoría de ocasiones son prevenibles, siendo determinados como negligencia y maltrato infantil.

Introducción

Una quemadura es la destrucción de los tejidos, bajo el efecto de un agente térmico, eléctrico, químico o radiactivo. Son por tanto lesiones resultantes de la acción de dichos agentes que al actuar sobre los tejidos dan lugar a reacciones locales o generales cuya gravedad está en relación con la extensión y profundidad de la lesión. En este caso, su gravedad es mayor ya que compromete el 32% de la superficie corporal del menor, teniendo en cuenta que la piel infantil es más fina, por lo que un mismo agente produce en el niño quemaduras más profundas que en el adulto. En primer lugar en el lactante y en el preescolar la relación que existe entre la superficie corporal y el peso es mayor que la del adulto. La piel de los niños al ser muy fina, tiende a sufrir quemaduras de gro-

sor total, un contacto por 10 segundos con temperatura de 54 grados produce una destrucción tisular severa, mientras que en un adulto se producirá igual lesión si el contacto se prolonga durante 30 segundos. Por su mayor superficie corporal el niño tiene requerimientos hídricos mayores que los del adulto, que tienden a igualarse alrededor de los 15 años. Los niños pueden presentar hipovolemia grave con quemaduras relativamente pequeñas, porque su volumen circulatorio es proporcionalmente menor y las pérdidas son parecidas, si lo relacionamos con su área corporal.

La clasificación de II Grado se divide en superficial y profunda, la superficial afecta hasta la dermis papilar y se caracterizan por la existencia de flictenas debidas al exudado producido tras la lesión vascular. Son exudativas e hiperémicas conservando los folículos pilosebáceos. Tras la apertura o retirada de la flictena, su lecho muestra un aspecto blanquecino, sobre todo si el edema concurrente es importante. Su curación es a los 8 o 10 días.

Las de tipo profundo, la quemadura afecta la dermis reticular, el aspecto de la piel es de color rojo-pálido, y son indoloras debido a la afectación total y destrucción de las terminaciones nerviosas. Tardan en curar entre 3 y 4 semanas.

Descripción del caso

Menor masculino de 22 meses, quien ingresa al servicio de hospitalización de pediatría del Hospital Departamental de Villavicencio, traído por la madre el 18 de abril del 2012 por presentar escaldadura con “chocolate”, se observa quemadura de segundo grado en tórax y abdomen, menor alerta, adinámico, irritable, con llanto fuerte.

Entre los Datos Subjetivos la madre refiere que el niño presenta vomito alimentario y fiebre. Datos Objetivos: FC 81X' FR 28X' T° 37.7 °C TA 81/51 mmHg. Ruidos Cardiacos sin alteraciones, perfusión distal menor 2". Ruidos respiratorios normales. Abdomen blando no doloroso. G.U= 2.2 en 12 horas, se establece balance de líquidos en 24 horas.

El 27 de Abril del 2012, deposiciones (+), tolera vía oral. FC 116xmin, FR: 30xmin, T°: 36.2, T/A: 83/53 mmHg. Abdomen blando, GU: 3.6. Reporte de hemocultivo negativo. Con Orden Médica de dieta astringente, acetaminofén 150mg VO c/6horas, curación según orden de cirugía plástica, hoja de alto riesgo, pendiente exámenes de BUN, creatinina, CH, PCR, hemocultivo y uroanálisis, cefalozina 270mg IV c/6 horas, gentamicina 70mg IV día.

Dentro de los patrones funcionales que se hallaron comprometidos, se realiza una demanda terapéutica a cada uno; los cuales son:

Nutrición y Metabolismo por la escaldadura que presenta del 32%, se administra dieta adecuadamente progresando a su dieta acostumbrada, y manejar adecuadamente la herida.

Con respecto a la eliminación; por su reciente antecedente de oliguria, y un balance de líquidos variables, se vigila la función renal, control estricto de líquidos y electrolitos, control de pe-

so diario e incentivar el consumo de abundante líquido.

En el patrón de actividad y ejercicio, por su disminución en la movilidad física y antecedente reciente de hipovolemia se realiza un control de la hemodinamia, realizar acompañamiento al menor y su mamá, para el control de si mismo y poder generar distracción en el paciente.

Sueño y Descanso: Por el intenso dolor hay un impedimento para poder conciliar el sueño y descanso se le brinda manejo del dolor.

Discusión y comentarios

La escaldadura de II grado en abdomen y tórax que presenta el menor da paso a estudiar e investigar patológicamente como el cuerpo humano es capaz de compensarse frente a una quemadura o de otro tipo de lesión con fin educativo cabe resaltar la importancia de este caso para prevenir a las comunidades de los accidentes mas frecuentes que se presentan en el hogar y conllevan a problemas, discusiones en el hogar. Ante este tipo de lesiones, las autoridades correspondientes atienden y actúan frente a una situación que en mucho de los casos se tratan de maltrato infantil o descuido por parte del cuidador.

Conclusiones y recomendaciones

El manejo del niño quemado debe ser estrictamente con un manejo estéril, para evitar que sufra una infección por microorganismos que viajan y conviven en nuestro entorno.

Dentro de las actividades que el profesional de enfermería debe realizar, es que por parte de la familia el autocuidado juega un rol importante, para evitar otros tipos de peligros o accidentes que uno como persona está expuesto al diario vivir.

Referencias Bibliográficas

1. CORREA JOSÉ A. - GÓMEZ JUAN F. - POSADA RICARDO -Fundamentos de pediatría (TOMO I): Generalidades y neonatología.
2. Guía básica para el tratamiento del paciente quemado DR ANDREW N. MUNSTER http://www.indexer.net/quemados/complicaciones_de_las_quemaduras.htm
3. LOVESIO CARLOS, QUEMADURAS GRAVES, LIBRO VIRTUAL INTRAMED http://www.intramed.net/sitios/libro_virtual3/pdf/5_10.pdf
4. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, INFORME DEL EVENTO LESIONES POR PÓLVORA, HASTA EL PERIODO EPIDEMIOLÓGICO III DEL AÑO 2014 http://ins.gov.co/lineasdeaccion/SubdireccionVigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiol%C3%B3gico/LESIONES%20POR%20POLVORA%20Periodo%20III%202014.pdf?Mobile=1&Source=%2Flineasdeaccion%2FSubdireccionVigilancia%2F_layouts%2Fmobile%2Fmblwp.aspx%3FUrl%3D%252Flineaseccion%252FSubdireccionVigilancia%252FPaginas%252Finformesdeevento.aspx%26CurrentPage%3D1
5. TIZIANI ADRIANA, FÁRMACOS EN ENFERMERÍA, QUEMADURAS. Departamento de Cirugía, Fundación Santa Fe de Bogotá. Modalidades de manejo de la herida <http://www.aibarra.org/Guias/1-16.htm>
6. MENÚ DE DIETAS ASTRINGENTES PARA EL SERVICIO DE PEDIATRÍA <http://www.comprasal.gob.sv/moddiv/servlet/consultaDocumentos?prefijo=b98f5a2b-2860-4460-a41c-25792c076e07&docu=Anexo%20Alimentacion%202013.pdf>

FORMACIÓN DE ENFERMEROS EN CUIDADO DE LA SALUD COLECTIVA, EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

*Nelly Johanna Lobo Rodríguez.

Resumen:

El curso Cuidado de la Salud a los Colectivos II desde el año 2010, ha proporcionado a los estudiantes de pregrado en Enfermería de la Universidad de los Llanos las herramientas conceptuales y metodológicas para analizar el proceso de salud - enfermedad en el contexto comunitario formándolos como cuidadores de las poblaciones, desde el reconocimiento de la salud como un activo social que debe procurarse con estrategias de Salud Colectiva y Salud Pública aportando competencias entre otras, para el manejo de la Estrategias de Atención Primaria en Salud.

Proyección social desde la práctica formativa:

La práctica formativa del curso Cuidado de la Salud Colectiva II del programa de Enfermería de la Universidad de los Llanos, durante cinco períodos académicos, comprendidos entre los años 2010 y 2013 contó con la participación de docentes con diversos perfiles; entre los que se destacan: 1 doctor en Salud Pública, 2 Magister en Investigación en APS, salud pública y desarrollo social y comunitario, 2 especialistas en epidemiología, 1 especialista en salud familiar y 1 especialista en administración en salud, quienes dinamizaron ejercicios de construcción de conocimiento para formalizar el desarrollo de prácticas que en contextos reales permitieran a los estudiantes aproximaciones al rol de enfermería en el abordaje comunitario, desde la dimensión del cuidado colectivo, estructurando este proceso en la dinámica que el aprendizaje e implementación didáctica de la estrategia de Atención Primaria en Salud posibilita.

Lugares de desarrollo de las prácticas formativas:

Barrio la Esperanza (etapas 1 a la 8).
Barrio Morichal.
Vereda Barcelona.
Vereda Cocuy.

Logros:

Formación a 190 estudiantes. Referencia para vinculación de egresados destacados en los entes territoriales e instituciones que manejan intervenciones de carácter colectivo, en el departamento del Meta, Vaupés, Casanare, Arauca, Guaviare, Vichada, Boyacá y Bogotá D.C. Se aportó a la actualización del nuevo plan de estudios del programa de enfermería, ampliándose a 12 créditos el tiempo para la formación en salud colectiva a través de dos cursos, se originó un curso prerrequisito sobre promoción y prevención con 3 créditos en uno de los semestres iniciales del programa.

Conclusiones:

La actualización curricular del programa de Enfermería sumado a la amplia cualificación académica y experiencia profesional de sus docentes, permiten dar una respuesta efectiva desde la academia que aporta la formación de estudiantes idóneos para afrontar las exigencias de las políticas públicas en salud que en la actualidad del país y la región de las Américas se dinamizan en torno al abordaje de la salud colectiva en la dimensión de la Atención Primaria en Salud.