



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO

**UNIDAD DE ESTUDIOS A DISTANCIA
PROGRAMA DE CARRERA ENFERMERIA**

TESIS DE GRADO

**“Estrategia de autocuidado para pacientes con tuberculosis pulmonar y la
relación con su entorno, atendidos en el hospital básico de Balzar”**

Tesis de Grado previo a la obtención del Título de:

Licenciada en Enfermería

Autora:

MAGALY KARINA SEME PISCO

DIRECTORA DE TESIS:

LCDA. MARIUXI JOHANNA ZURITA DESIDERIO MSC.

QUEVEDO– LOS RÍOS – ECUADOR

2015

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, **MAGALY KARINA SEME PISCO**, declaro que el trabajo que aquí describo es de mi autoría, que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional: y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Universidad Técnica Estatal de Quevedo, puede hacer uso de los derechos correspondiente a este trabajo, según establecido por la Ley de Propiedad Intelectual por su Reglamento y por normatividad institucional vigente.

MAGALY KARINA SEME PISCO

CERTIFICACIÓN

LCDA. MARIUXI JOHANNA ZURITA DESIDERIO, Docente de la Unidad de Estudios a Distancia, Programa De Carrera Enfermería de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, certifico que la Egresada **MAGALY KARINA SEME PISCO**, realizo la tesis de grado titulada **“ESTRATEGIA DE AUTOCUIDADO PARA PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR Y LA RELACIÓN CON SU ENTORNO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL BÁSICO DE BALZAR”** Bajo mi dirección, habiendo cumplido con las disposiciones reglamentarias establecidas para el efecto.

LCDA. MARIUXI ZURITA DESIDERIO

DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO

**UNIDAD DE ESTUDIOS A DISTANCIA
PROGRAMA DE CARRERA ENFERMERIA**

TEMA

“ESTRATEGIA DE AUTOCUIDADO PARA PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR Y LA RELACIÓN CON SU ENTORNO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL BÁSICO DE BALZAR”

Presentado al Honorable Consejo Técnico Directivo Académico como requisito previo a la obtención del título de: LICENCIADA EN ENFERMERÍA:

Aprobado:

PRESIDENTE DE TRIBUNAL

MIEMBRO DE TRIBUNAL

MIEMBRO DE TRIBUNAL

QUEVEDO - LOS RIOS – ECUADOR

2015

Agradecimiento

Tengo a tanto que agradecer que el tiempo jamás me alcanzaría.

Debo agradecer primeramente a Dios que ha sido el proveedor de mi vida, salud que fortaleza que he necesitado en cada paso de mi vida personal y estudiantil; y a todas aquellas personas que El mismo ha puesto en mi vida para que este día a día sea dulce como lo son: Mi esposo, mis hijos, mi padres, mis amigos, y conocidos que, cada uno de ellos ha sabido entenderme, y han puesto su parte para hacer de mi vida, lo que hoy es.

De manera especial quiero agradecer a quienes compartieron conmigo todo este camino de la instrucción para la vida profesional como lo mis profesores, coordinadores y directores quienes con su ejemplo, cátedra y calidad de personas han ido formando a lo largo de estos años.

También quiero agradecer a mi tutora de tesis Lcda. Mariuxi Zurita y al personal de salud que labora en el hospital básico de Balzar quienes me han facilitado con toda la calidez la instrucción y datos necesarios para la elaboración de este material investigativo.

Magaly Karina Seme Pisco

Dedicatoria

Dedico a Dios esta tesis, ya que sin Él nada de esto hubiera sido posible ni si quiera mi existencia

A mis padres, porque ellos estuvieron siempre a mi lado brindándome su apoyo en todo momento y en especial en mi vida estudiantil.

Y a mi esposo y a mis hijos quienes han sabido brindarme toda su comprensión, amor y ternura en este caminar.

Magaly Karina Seme Pisco

ÍNDICE

Portada.....	i
Declaración de autoría y sesión de derecho.....	ii
Certificación del Director de Tesis	iii
Tribunal de Tesis	iv
Agradecimiento.....	v
Dedicatoria	vi
Índice	vii
Resumen Ejecutivo	x
Asbtrac (Inglés)	xi

CAPÍTULO I Marco Contextual de Investigación

1.1.	Introducción	2
1.2.	Planteamiento del problema	4
1.2.1.	Diagnostico	4
1.2.2.	Formulación del problema	6
1.3.	Justificación	6
1.4.	Objetivos	8
1.4.1.	Objetivo General	8
1.5.	Objetivo Específicos.	8
1.6.	Hipótesis	9
1.6.1.	Hipótesis General.	9
1.6.2.	Hipótesis Específica.	9

CAPÍTULO II Marco Teórico

2.1.	Términos Relacionados	11
2.2	Marco Legal	38

2.3.	Fundamentación Teórica.	44
------	-------------------------	----

CAPÍTULO III Metodología de la Investigación

3.1.	Materiales y Métodos	47
3.2.	Tipos de Investigación	48
3.3.	Diseño de Investigación	48
3.4.	Población y Muestra	49

CAPÍTULO IV Resultados y Discusión

4.1.	Resultados y Discusión	51
------	------------------------	----

CAPÍTULO V Conclusiones y Recomendación

5.1.	Conclusiones	67
5.2.	Recomendaciones	68

CAPÍTULO VI Bibliografía

6.1.	Literatura Citada	70
------	-------------------	----

CAPITULO VII Anexos

7.1.	Anexos Encuesta a los Usuarios.	72
7.2.	Anexos Matrix Logica	73
7.3.	Anexos Fotos	74

RESUMEN EJECUTIVO

La tuberculosis es una de las enfermedades infectocontagiosas de mayor incidencia en la población del mundo y un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo, lo que constituye el 80% de la población mundial. Aunque es la segunda causa mundial de mortalidad, después del SIDA, a nivel mundial, en el año 2013, aproximadamente 9 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,5 millones murieron por ella, alrededor del 95% de las muertes por tuberculosis se dieron en países de ingresos bajos y medianos, y esta se encuentra dentro de las cinco causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años. El presente estudio tiene como fin establecer una estrategia de autocuidado de los pacientes con Tb, y como su aplicación contribuyen al mejoramiento de su salud en el hospital básico de Balzar.

Este se concluyo que uno de los principales factores reconocidos es que usualmente los pacientes con tuberculosis no comen lo necesario porque el nivel económico se complica ya que la alimentación es más numérica: son 5 comidas diarias de óptima calidad. Consumen alcohol y drogas no lo dejan y por eso no continúa tratamiento o en su gran mayoría viven en el campo difícil de viajar todos los días para la toma de su tratamiento o a su vez no existen unidades de salud cerca. Los mas jóvenes trabajan y eso hace difícil la toma diaria, la dificultad para la movilización del personal de salud para las visitas domiciliarias ante la falta por la toma falta gasolina o chofer con mucha frecuencia en las unidades de salud.

Por lo tanto se recomienda que los administrativos se capaciten para el programa. Además la implementación de campañas publicitarias para la prevención y curación de la tuberculosis. La creación de grupos de autoapoyo a los pacientes nuevos. Creación de campañas frecuentes de como tratar las enfermedades respiratorias y como se debe de toser. Mantener educación en la comunidad sobre el adecuado lavado de manos y la necesidad del frecuente lavado de manos. Recomendar al personal DE SALUD NO DISMINUIR LAS CAMPANAS DE BUSQUEDA de sintomático respiratorio.

ABSTRACT

Tuberculosis is one of the infectious diseases with the highest incidence in the world population and public health problem in developing countries, which constitutes 80% of the world population. Although it is the second largest cause of death after AIDS worldwide in 2013, about 9 million people became ill with TB and 1.5 million died of it, about 95% of deaths from tuberculosis occurred in low- and middle-income, and this is among the five leading causes of death in women between 15 and 44 years. The present study aims to establish a strategy of self-care of patients with TB, and its implementation contribute to improving health in the basic hospital Balzar.

This was concluded that one of the main factors is recognized that TB patients usually do not eat not because the necessary economic level is complicated because the power is numerical: 5 daily meals are of the highest quality. Use alcohol and drugs do not leave and why not continue treatment or mostly live in the difficult field of commuting for taking your treatment or turn no health units nearby. Most young people work and that makes difficult the daily intake, the difficulty in mobilizing health workers for home visits in the absence or the lack gasoline driver frequently in the health units take.

Therefore it is recommended that administrative be trained for the program. Besides the implementation of advertising for the prevention and cure of tuberculosis campaigns. Creating self-help groups to new patients. Creating campaigns as frequent treat respiratory diseases and how they should cough. Maintain community education on proper hand washing and the need for frequent hand washing. Tell staff NOT REDUCE HEALTH search campaigns respiratory symptomatic.

CAPITULO I

MARCO CONTEXTUAL DE LA INVESTIGACIÓN.

1.1. Introducción

El Ministerio de Salud ha planteado un nuevo modelo de atención integral que pretende responder a las necesidades y demandas de los ciudadanos en el marco del respeto a sus derechos (salud, estilos de vida, entornos, organización, políticas, educación, trabajo, otros), modelo que contempla estrategias de salud familiar y comunitaria, así como la incorporación de un enfoque intercultural.

Uno de los aspectos más significativos de este modelo es la acción extramural del personal de salud, el cual llega a los hogares de zonas dispersas y que no tenían acceso a los servicios de salud, aspecto que se convierte en una oportunidad para incorporar algunas actividades del PCT, principalmente la detección de sintomáticos respiratorios, lo que permitirá mejorar la detección de casos de TB.

La tuberculosis es una de las enfermedades infectocontagiosas de mayor incidencia en la población del mundo y un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo, lo que constituye el 80% de la población mundial. Aunque es la segunda causa mundial de mortalidad, después del sida, a nivel mundial, causada por un agente infeccioso, en el año 2013, aproximadamente 9 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,5 millones murieron por ella, alrededor del 95% de las muertes por tuberculosis se dieron en países de ingresos bajos y medianos, y esta se encuentra dentro de las cinco causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años.

La tuberculosis es la causa principal de muerte de las personas infectadas por el VIH, pues causa una cuarta parte de las defunciones en este grupo. Se calcula que 480 000 personas desarrollaron tuberculosis multirresistente a nivel mundial en 2013. (OMS, 2014)

El número aproximado de personas que enferman de tuberculosis cada año está disminuyendo aunque muy despacio; ello quiere decir que el mundo está en camino de cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio consistente en detener la propagación de esta enfermedad de aquí al año 2015. (OMS, análisis de la Tb , 2014).

La tasa de mortalidad por tuberculosis disminuyó un 45% entre 1990 y 2013. Se calcula que entre 2000 y 2013 se salvaron 37 millones de vidas mediante el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis, a nivel mundial.

En las américas la situación es similar a nivel a la presenta a nivel mundial, se ha controlado en un gran porcentaje pero los niveles significativos. Ecuador no ha quedado atras

Este panorama es muy crítico donde el desempleo y los bajos ingresos económicos generan pobreza extrema, las cuales son el origen de los múltiples factores que condicionan la permanencia de focos infecciosos de la enfermedad, los cuales son: el déficit de saneamiento ambiental, hacinamiento, poca accesibilidad a los servicios de salud, deficiente educación para la salud y estrés social.

El personal de enfermería cumple un rol muy importante en el tratamiento y en el control de la tuberculosis que tiene gran importancia en la salud pública por lo cual se hace necesario determinar ¿Cuáles son las medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la control de tuberculosis en el hospital?.

El objetivo del proyecto de investigación es determinar las medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de control de la Tuberculosis en el hospital de Balzar.

El propósito principal de esta investigación; está orientado a proporcionar información válida y confiable a las autoridades y al equipo de salud, sobre las medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten al hospital de Balzar, información que puede ser utilizada por la enfermera como miembro del equipo multidisciplinario para planificar y/o reforzar las estrategias de intervención intra y extramural en el cual se enfatice el rol educativo de la enfermera y se promueva la importancia del autocuidado del paciente con tuberculosis favoreciendo así la adopción de estilos de vida saludable y con ello disminuir la frecuencia de complicaciones de la enfermedad.

Así mismo la información obtenida orientara las acciones del personal de salud, principalmente el profesional de enfermería, lo cual permitirá reforzar el nivel de atención primaria, contribuyendo a una atención integral del paciente con tuberculosis.

1.2. Planteamiento del problema

1.2.1. Diagnostico

Durante estos últimos cuatro años, el Programa de Control de Tuberculosis ha crecido en experiencia y complejidad. No sólo se ha expandido la Estrategia DOTS a las veinticuatro provincias ahora existentes, sino que como deber y derecho propios de la Autoridad Sanitaria, en cuanto a normar las actividades de la salud en el país, ha incorporado a otras instituciones del sector público y privado para que el control de esta enfermedad se rija por normas únicas, integrales, universales, equitativas e interdisciplinarias dentro del territorio nacional.

La tuberculosis es una infección bacteriana crónica causada por *Mycobacterium tuberculosis*, que histológicamente se caracteriza por la formación de granulomas. Habitualmente, la enfermedad se localiza en los pulmones, pero puede afectar

prácticamente a cualquier órgano del cuerpo humano. Supone auténticos problemas de salud pública, tanto a nivel nacional como mundial, por lo que quizá merezca la pena detenerse a analizar su situación epidemiológica actual, tan importante para comprender correctamente esta enfermedad en su globalidad.

La tuberculosis es transmitida de persona a persona principalmente por vía respiratoria, a través de las gotitas de Pflüge (saliva). Los bacilos tuberculosos forman los núcleos de estas pequeñas gotitas, lo suficientemente pequeñas como para evaporarse, y permanecer suspendidas en el aire varias horas.

La prevención de la infección y de la enfermedad, y su tratamiento efectivo, son los factores más importantes para su control a largo término, y para esto, es necesario un mejor conocimiento de los mecanismos inmunopatológicos involucrados en su patogenia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), citado por García, M. (2001), aseveró, que: “La tuberculosis es una de las cinco pandemias que ocasiona la mayor carga de enfermedad y que ocupa para el año 2002, el octavo lugar como causa de muerte en la edad adulta”. Diferentes estudios han encontrado que la reactivación representa una proporción importante de casos tanto en países industrializados como desarrollados.

Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en comunicado de prensa (1999), indica que estos casos se han ido incrementando, debido a las nuevas incertidumbres económicas, los daños sociales, los desastres naturales recién ocurridos y la epidemia de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, así como el fracaso para controlar la propagación de Tuberculosis Pulmonar en forma consistente. Por esto, son amenazas incipientes. El hospital de Balzar se encuentra ubicado al oeste del cantón Balzar en las calles: Av. Del Estudiante 102 y Vinces, pertenece a la provincia del Guayas por lo tanto la jefatura del área n°15. Cuenta con la siguiente población, Población Del

Hospital Básico Balzar 79,034, Del Subcentro Cerrito 3,236, Subcentro La Guayaquil 2,157.

1.2.2. Formulación del problema

¿El autocuidado es una estrategia significativa para la vida y recuperación de la salud en pacientes de tuberculosis atendidos en el hospital básico de Balzar?

1.2.3. Sistematización

¿El autocuidado una de las actividades preventivas que permitan realizar detecciones prontas y propicias para impedir la multiplicación de casos de tuberculosis?

¿Es necesario que el usuario realice cambios en su rutina diaria al inicio del tratamiento y serán estos significativos en su calidad de vida?

¿La medicina preventiva con el apoyo a la medicina curativa son medios que permiten mejorar el modelo de atención mediante capacitaciones y seguimientos de las mismas de manera personalizada?

1.3. Justificación

La Organización Mundial de la Salud (1998), declaró la tuberculosis como un problema de salud pública a nivel mundial. Según sus estimaciones, si no hay control de ella, ocasionará 30 millones de defunciones en la próxima década y su ocurrencia continuará en mayor proporción en los países en desarrollo.

En la mayoría de los países del mundo, una elevada proporción de los casos están representados por la población de 15 a 54 años, edades económicamente activas en las cuales la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) está incrementando los niveles de afectación. La letalidad ha sido determinada por el rol que se ha tenido en el diagnóstico y el tratamiento tardío, la ineficiencia de los esquemas terapéuticos utilizados, la ausencia de supervisión en la administración de medicamentos y otros factores ligados al servicio y al propio enfermo. Esto ha influido también en el autocuidado así como apego del paciente a controlar con éxito la Tuberculosis Pulmonar.

Desde la introducción de la estrategia DOTS a comienzos de los años 90, se han hecho considerables progresos. En el año 2004, 183 países habían adoptado la estrategia DOTS y el 83% de la población mundial vivía en países que disponían de cobertura DOTS. Aunque es apreciable este progreso no ha sido suficiente. Un tercio de la población del mundo ya está infectada por el *Mycobacterium tuberculosis*.

En el último reporte de la OMS (2006), se informó que hubo nueve millones de casos nuevos y dos millones de muertes por TB. Los pobres y los marginados en el mundo en desarrollo son los más afectados: 95% de todos los casos y un 98% de las defunciones por TB ocurren en los países con escasos recursos. Varios retos han impedido la ejecución sostenible y la expansión de las actividades en el control de la TB. Entre ellos la débil voluntad política para mejorar el sistema de salud y la respuesta social necesaria para el control de la TB.

Los servicios generales de salud pública necesitan mejorar su capacidad de mantener y ampliar la ejecución del DOTS sin comprometer la calidad de la detección de casos y el tratamiento. La participación comunitaria en la atención de TB y la necesidad de enfatizar el enfoque de promoción en el paciente son necesarias, para mejorar tanto el acceso como la utilización de los servicios de salud. La colaboración y la sinergia entre los sectores públicos, privados y

voluntarios son esenciales para asegurar accesibilidad al diagnóstico y tratamiento de TB con garantía de calidad. La mayor repercusión del VIH en la incidencia de TB y el aumento de la TB multidrogo rresistente (TB MDR) requiere de la ejecución eficaz de la estrategia DOTS para prevenir la aparición de nuevos casos de TB MDR, así como las medidas para curar los casos existentes

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Establecer una estrategia de autocuidado de los pacientes con Tb, y como su aplicación contribuyen al mejoramiento de su salud en el hospital básico de Balzar.

1.4.2. Objetivo Específicos.

Determinar los casos de tuberculosis pulmonar en el hospital básico de Balzar.

Capacitar sobre las acciones de autocuidado que deben realizar los pacientes con tuberculosis pulmonar que reciben atención médica en el hospital básico de Balzar.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis General.

¿Con la aplicación de la estrategia de autocuidado, se mejorara la salud de los pacientes con Tb?

1.5.2. Hipótesis Específica.

¿Si se identifica los casos de tuberculosis, se disminuirá sus riesgos de contagio y propagación de esta patología?

¿Con la capacitación continua sobre los autocuidados dirigido a todos los niveles, se disminuirá la presencia de tuberculosis?

1.5.3. Variable Independiente.

Estrategias de autocuidados

1.5.4. Variable Dependiente.

Tuberculosis Pulmonar

CAPÍTULO II

Marco Teórico

2.1. Fundamentación Teórica.

La Tuberculosis.

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa granulomatosa crónica, producida por un bacilo acidorresistente (*Mycobacterium tuberculosis*), que ha existido desde tiempo inmemorables. Thomas, D. (1998) citado por Harrison, Bracinwald, Isselbacher, Petersdorf, Martín y Fauci (1991), la define como “infección bacteriana causada por *Mycobacterium tuberculosis*, caracterizada por formación de granulomas en tejidos infectados”. Generalmente, la enfermedad se localiza en los pulmones, pero puede afectar a otros órganos. Si la enfermedad está en actividad y no se trata con eficacia, es habitual una evolución consuntiva crónica que lleva, finalmente, a la muerte. La misma fuente indica que: “la mayor parte de casos de infección tuberculosa son asintomáticos”.

En este orden de ideas, en el Programa Nacional Integrado de Control de la Tuberculosis (1996), se reseña que la tuberculosis: “Es una enfermedad infecciosa y contagiosa, producida por una bacteria llamada bacilo de Kock o *Mycobacterium tuberculosis*. Afecta de preferencia a los pulmones originando la tuberculosis pulmonar”. Además señala: “puede atacar otras partes del cuerpo como los ganglios, pleura, aparato génito-urinario, meninges y otros”.

En la última década del siglo XIX, los conocimientos sobre esta enfermedad aumentaron, hoy en día se han efectuado grandes progresos en el control y tratamiento de la tuberculosis, pero aún así sigue constituyendo un importante problema mundial de salud.

En consecuencia Rodríguez, L. (1994), señala:

Tres cepas de bacilos de la tuberculosis son patógenas para el ser humano: Humana, Bovina y Aviaria. La cepa humana es transmitida a un huésped

susceptible, generalmente por inhalación de las gotitas infectadas expulsada por la tos o el estornudo hacia el aire, o un paciente de tuberculosis aguda o crónica que tiene lesiones abiertas, esto focos tuberculosos en los pulmones que comunica con las vías respiratorias.

De esto se deduce que los bacilos son muy resistentes a la desecación y permanece viable incluso en partículas de esputo durante semanas. Si sigue húmedo, la viabilidad puede persistir meses. Si bien puede ocurrir transmisión indirecta por polvos y artículos hogareños (vasos, tazas, cubiertos, entre otros) es poco frecuente.

El ser humano posee resistencia natural contra la Tuberculosis y, además la mayor parte de las partículas inspiradas son eliminadas por mecanismos de defensa del aparato respiratorio antes de llegar a los alvéolos. En consecuencia, la infección exige exposición directa y prolongada a un claro aliento.

La vía corriente de entrada de la cepa humana son los pulmones, aunque en casos muy poco frecuente los microorganismos entran por lesiones en la piel. La cepa bovina se transmite por la leche de la vaca enferma y ello produce inicialmente tuberculosis intestinal. El tratamiento al ganado y la pasteurización de la leche ha disminuido este mecanismo de infección. Al respecto Robbins y Cotran (1997) afirman:

Para todos los fines prácticos se considera que la cepa Aviaria no es patógena para el ser humano, aunque se han informado casos pocos frecuentes, cabe decir que la tuberculosis en el hemisferio occidental es causada por la cepa humana del bacilo de la tuberculosis hasta no probar lo contrario. Algunas cepas de *Mycobacterias* atípicas que guardan relación con *M. tuberculosis* pueden provocar infección pulmonar crónica que guarda semejanza con la tuberculosis, pero estos casos son comparativamente raros.

De lo expresado anteriormente se plantea que la enfermedad en referencia es del tipo infectocontagiosa que ataca y se aloja en la vía pulmonar

Patogénesis de la Tuberculosis.

La expectoración de un paciente bacilífero forma aerosoles, los cuales consisten en partículas microscópicas de esputo con bacilos. Cuando ésta tiene diámetros entre 1 y 5 micras, de acuerdo a lo señalado en las Cartas Neumonológicas (2002), al ser inhaladas por otra persona, pueden llegar hasta el espacio aéreo terminal y depositarse en el alvéolo. En ese momento, los bacilos son fagocitados por macrófagos alveolares que, aunque no están activados específicamente para destruir la mycobacteria, logran destruirlos debido a la habilidad que poseen para eliminar partículas infecciosas sin otro soporte inmunológico.

Cuando el macrófago elimina los bacilos inhalados antes de que llegue a desarrollarse la infección, las defensas inmunológicas seguirán estando inactivas frente a la tuberculosis.

Estas mycobacterias tienen una serie de factores que le ayudan a evitar su destrucción dentro del macrófago, entre los cuales se encuentran su habilidad para contrarrestar la interacción del fagosoma con el lisosoma. Este hecho sumado a otros factores que pueden presentar en un momento dado, como una mayor virulencia de determinada cepa, defectos en la función del macrófago o un inóculo muy grande, la misma fuente indica, que puede ocasionar que el proceso de fagocitosis sea insuficiente para eliminar las mycobacterias y el bacilo no destruido, comienza a multiplicarse dentro del macrófago, llegando eventualmente a destruirlo.

Durante esos días o semanas siguientes a la infección hay un crecimiento logarítmico de la población bacilar dentro de los macrófagos y también dentro de los monolitos no activado que empiezan a llegar al sitio de proliferación bacteriana

para tratar de controlar la infección. Los bacilos que han logrado eludir estas primeras barreras de defensa continúan, por tanto, multiplicándose en las zonas del pulmón donde se han depositado. Estos focos, generalmente únicos suelen localizarse en las zonas correspondientes a la parte media de los pulmones y a la región subpleural, donde el flujo de aire facilita el depósito de los bacilos inhalados.

La fuente consultante, también indica que los macrófagos que han fagocitados mycobacterias posteriormente se dirigen a los ganglios linfáticos para hacer la presentación antigénica a los linfocitos que pasan al comando de la respuesta inmune; en ese momento, el sistema inmunológico se activa de manera específica para contrarrestar las mycobacterias y las células mononucleares que continúan llegando al foco de infección van rodeándolo dando comienzo a la formación del granuloma.

De acuerdo al balance entre las defensas del cuerpo de un lado, y la cantidad y virulencia del inoculo por el otro, puede suceder que se controle la infección en este estado o que esta progrese y se desarrolle la enfermedad. Cuando la infección se controla pueden quedar unos pocos bacilos inactivos dentro de un granuloma que posteriormente va a calcificarse.

Además de la progresión de la enfermedad, se pueden dar complicaciones, específicamente en niños, debido al efecto de masa que llegan a generar los ganglios agrandados por el fenómeno inflamatorio, desencadenado por esta infección. Los nodos linfáticos hiliares o mediastinales pueden comprimir y ocasionar el colapso de un bronquio, la ruptura de una adenopatía a un bronquio puede llevar a una siembra de la infección distal causando una neumonía, también puede darse la perforación de un bronquio por una adenopatía ya calcificada ocasionando una broncolitiasis.

La enfermedad diseminada es más frecuente en estados en los que la inmunidad no funciona adecuadamente como son las edades extremas, desnutrición o enfermedades que cursan con inmunosupresión. Entre los cinco y los quince años de edad, aunque no hay resistencia a la infección tuberculosa si hay una resistencia relativa para el desarrollo de la enfermedad progresiva.

El desarrollo de la tuberculosis se considera como una contienda del huésped contra el invasor. Los bacilos inhalados se pueden multiplicar o eliminar por los macrófagos alveolares antes de que se produzca cualquier lesión. Las cuales pueden crecer, estabilizarse y verter los bacilos a la circulación hemática o linfática; las gaseosas se pueden licuar o vaciar sus productos al árbol bronquial haciendo siembras que hacen difícil controlar la enfermedad.

Una vez que se hace la primera lesión tuberculosa ocurren en el huésped respuestas de hipersensibilidad tardía tanto a la tuberculina como hacia otros componentes. Brumer (1996) sostiene:

La tuberculosis se produce por la presencia del *Mycobacterium Tuberculosis*. Muchos factores predisponen el desarrollo de la enfermedad cuando disminuye la resistencia corporal; el descanso y la nutrición son insuficientes, si hay gran número de microorganismos patógenos, puede aparecer la enfermedad. Otros factores como: emocionales, tensión, ansiedad y descontento pueden contribuir al trastorno y al desequilibrio metabólico y fisiológico del organismo.

De esto se desprende que este tipo de enfermedad se extienda atacando preferiblemente a las personas mal alimentadas niños y ancianos, un factor de riesgo que en muchas regiones del país se ha propagado como endemias.

Fisiopatología de la Tuberculosis.

La tuberculosis suele atacar a los pulmones y a veces la sangre lleva los microorganismos a otros órganos por ejemplo: hueso, trompas de falopio, riñones; cuando los bacilos de la tuberculosis llegan al pulmón, produce un pequeño foco de infección que suele llamarse primo-infección; será por fibrosis y calcificaciones, por radiografías interiores, que se aprecia dicho foco como un nódulo calcificado. El individuo puede estar asintomático durante el proceso. Al respecto Narain, C. (1999) señala:

Si la resistencia del individuo es baja, o los microorganismos tienen gran poder patógeno o se encuentra el gran número, si el contacto es repentino y duradero, el foco de infección puede aumentar de tamaño y experimentar calcificación, esto es necrosis de carácter gaseoso o zona de calcificación que puede desintegrarse y dejar una cavidad en el pulmón. Se puede asegurar de acuerdo a lo planteado por la pre citada autora, que se han dado caso de tuberculosis congénita, el bacilo de Koch en estos casos es difícil de encontrar.

Síntomas y Signos de la Tuberculosis.

La tuberculosis (TBC), es una enfermedad insidiosa generalmente, a veces pacientes con extensos daño pulmonar no aquejan síntomas y se diagnostica en un examen de rutina. Latorre (1980), sostiene: “La fatigabilidad, anorexia, pérdida de peso, cambios menstruales, febrícula vespertina o nocturna acompañada de sudoración asociadas a infiltración muscular que no mejora con antibioticoterapia común obliga a sospechar tuberculosis”. Otras veces la enfermedad se manifiesta con mialgias, temperatura elevada y con infiltrados pulmonares que simulan una virosis. Ocasionalmente se aparece eritema nudoso.

Cualquier indicio o señal para dar a entender algún fenómeno revelador de la enfermedad puede considerarse un signo. Los primeros síntomas varían de un sujeto a otro; por mucho tiempo, el enfermo quizás esté asintomático, aún más,

puede sentirse bien. El problema del diagnóstico temprano se complica por la idea generalizada de que el tuberculoso tiene mal aspecto, esto es: delgado y pálido. Brumer (1996) sostiene:

Los síntomas tempranos suelen ser imprecisos y fácilmente pueden pasar inadvertidos; fatiga, anorexia, pérdida ponderal, tos seca moderada, cansancio, dolor torácico, pleuresía, son síntomas que pueden atribuirse al trabajo, al tabaquismo intenso o a la deficiencia alimentaria. Conforme progresa la enfermedad aparece sudoración nocturna, expectoración de esputo purulento, hemoptisis y disnea.

De esto se concluye que es un mal que ataca silenciosamente y solo a través de los signos en la mayoría de los casos se detectan. Los pacientes en las zonas indígenas y del medio rural, son atendidos cuando se encuentran en estado crítico y el bacilo se ha multiplicado y extendido.

Si no se trata los tubérculos, aumentan de tamaño formando otros mas grandes que se clasifican en el interior de los pulmones. El examen físico pone de manifiesto estertores apicales, soplo bronquial afónico, disminución de los movimientos respiratorios y en los casos avanzados cianosis. El examen de laboratorio muestra leucocitosis y velocidad de sedimentación aumentada.

Manifestaciones Clínicas de la Tuberculosis.

En algunos de los casos de tuberculosis, pero no en todos, es posible la distinción entre una forma primaria progresiva, reactivación y reinfección exógena. Esta distinción es útil para relacionar las características clínicas con los mecanismos patógenos y para evaluar las medidas sanitarias y la posibilidad de transmisión, dentro de estas manifestaciones se tienen:

Tuberculosis Primaria: Generalmente es asintomática. Es típico que aparezca una neumonitis inespecífica en la zona inferior o media de los pulmones. Los ganglios linfáticos hiliares crecen, y en los niños algunas veces es suficiente para producir obstrucción bronquial.

Es frecuente en adulto, puede progresar hasta convertirse en infección clínica, con todas las características patológicas de una reactivación.

Tuberculosis de Reactivación: Es una enfermedad debilitante crónica, en la cual las manifestaciones constitucionales son más prominentes que los síntomas respiratorios en pacientes con tuberculosis pulmonar. Hay pérdida de peso, febrícula, y muchos enfermos sufren episodios de sudación nocturna profusa en la mitad superior del cuerpo varias veces por semana.

Tuberculosis Pulmonar: Tiene predilección por los segmentos posteriores apicales de los lóbulos superiores y los segmentos superiores de los lóbulos inferiores. Esta localización se atribuye tanto a la postura como a la mayor concentración intraalveolar de oxígeno que existe en las porciones superiores de los pulmones. La enfermedad varía desde infiltrados mínimos que no producen enfermedad clínica y difícilmente pueden descubrirse en las radiografías de tórax, hasta una afección masiva con cavitación extensa y síntomas respiratorios y generales debilitantes.

Tuberculosis Extrapulmonar: Pleuresía con derrame, se produce cuando el espacio pleural está infectado por *M. tuberculosis*. Después de una infección primaria periférica, el espacio pleural puede contaminarse al ser transportado los microorganismos por vía linfática hasta la pleura, y de ahí a través de la superficie pulmonar, hasta el hilio. Algunas veces es masivo, se acompaña de intenso dolor de tipo pleurítico. El inicio de los síntomas suele ser repentino y el derrame casi siempre es unilateral.

Tuberculosis Laríngea y Endobronquial: Generalmente acompaña a la infección pulmonar muy avanzada. En ocasiones se presenta con afección pulmonar leve y resulta de la infección de la superficie mucosa por la expectoración. Inicialmente es una laringitis superficial que progresa hasta la ulceración y la formación de granuloma. El principal síntoma es la ronquera. En forma similar puede infectarse la mucosa bronquial, causando bronquitis tuberculosa.

Adenitis Tuberculosa: La escrófula es una linfadenitis tuberculosa crónica de los ganglios linfáticos cervicales. Cualquier ganglio cervical puede afectarse, aunque es más común que se infecten los de la parte alta del cuello, inmediatamente por debajo de la mandíbula. Los ganglios tuberculosos tienen a la palpación consistencia de caucho y no son dolorosos.

Tuberculosis Esquelética: La tuberculosa ósea y articular no es rara. La enfermedad de Pott o tuberculosis de la columna vertebral, generalmente afecta el raquis torácico. La tuberculosis articular es más frecuente en las articulaciones que soportan gran peso, como caderas y rodillas. Responde bien a la inmovilización y la quimioterapia.

Tuberculosis Genitourinaria: Puede localizarse a cualquier nivel del aparato genitourinario masculino o femenino. La tuberculosis renal se inicia como piuria microscópica con hematuria y urocultivo estéril. El diagnóstico se establece al descubrir el bacilo tuberculoso en el urocultivo. Conforme progresa la enfermedad, aparece cavitación del parénquima renal.

Tuberculosis Meníngea: La leptomeninges se infectan con relativa frecuencia cuando el microorganismo se disemina durante la infección primaria. En niños pequeños, puede desarrollarse una meningitis tuberculosa crónica, manifiesta no sólo por signos meníngeos sino también frecuentemente por signos de pares craneales reflejando la tendencia que tiene la infección a localizarse en la zona basilar.

Tuberculosis Ocular: Puede afectar cualquier porción del ojo; las manifestaciones más frecuentes son coriorretinitis y uveítis. Es muy difícil establecer el diagnóstico de tuberculosis ocular, que generalmente es de presunción. Las manifestaciones no pueden distinguirse clínicamente de la sarcoidosis o las micosis sistémicas, pero la presencia de queratitis flictenular sugiere fuertemente el diagnóstico.

Tuberculosis Gastrointestinal: El estómago es muy resistente a la infección tuberculosa; puede deglutirse abundantes bacilos tuberculosos virulentos sin que se produzca infección. Las principales manifestaciones son diarrea crónica y aparición de fístulas.

Tuberculosis Suprarrenal: La siembra hematógena de las glándulas suprarrenales probablemente sea bastante común, pero la tuberculosis es rara y casi siempre aparece acompañado a un cuadro de tuberculosis pulmonar extensa y de larga evolución.

Tuberculosis Cutánea: Es rara en ausencia de infección crónica no tratada, de otra localización. El lupus vulgaris es una enfermedad granulomatosa de la piel que responde bien al tratamiento. El diagnóstico se hace mediante una biopsia de piel y es común descubrir manifestaciones de hipersensibilidad a la tuberculina.

Tuberculosis Miliar: Resulta de la diseminación hematógena del bacilo, Se manifiesta por fiebre rara, en ocasiones con una curva cotidiana doble, acompañada de anemia y esplenomegalia. Tiende a ser más grave en los niños que en los adultos. Harrison.

Forma de Contagio de la Tuberculosis Pulmonar.

Cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar bacilífera, sin tratamiento, tose o estornuda, expulsa los bacilos de la tuberculosis en las gotas de saliva. Estas gotas se secan en el aire y pueden ser aspiradas por las personas que rodean al enfermo. El Programa Nacional Integrado de Control de la Tuberculosis, reseña

que son forma de contagio, los lugares mal ventilados y con poca luz natural; además que la persona recién infectada puede desarrollar la enfermedad en ese momento, o bien permanecer sin síntomas por años, y cuando las defensas bajan, los bacilos comienzan a multiplicarse y dan origen a la enfermedad.

Cuanto mayor sea la cantidad de bacilos expulsados y mayor el tiempo de exposición, mayor será la probabilidad de infección. Los contactos intradomiciliarios de enfermos bacilíferos serán los de mayor riesgo.

Dentro de los factores predisponentes de la tuberculosis se tienen:

- Medio ambiente pobre.
- Población indígena.
- Personas VIH positivas.
- Leucemia
- Algunos tratamientos con inmunosupresores
- Alcoholismo.
- Diabetes.
- Sarampión.
- Silicosis.
- Tabaco.
- Droga
- Desnutrición
- Lepra.
- Tosferina.
- Otras enfermedades debilitantes.

Para evitar el contagio y lograr la curación, el enfermo debe tomar el tratamiento supervisado indicado, por lo tanto se recomienda tanto a él, como al familiar lo siguiente:

1. No escupir en el suelo, sino en servilletas de papel que debe depositar en un pote para luego quemarlas o rociarlas con abundante cloro (lejía) antes de desechar.

2. Cubrirse la boca y la nariz con una servilleta de papel antes de toser y estornudar.

2. Mantener las habitaciones bien ventiladas y con la mayor luz solar posible.

Terapéutica o Tratamiento Indicado para la Tuberculosis Pulmonar

El tratamiento inicial de la tuberculosis deberá incluir un período de hospitalización con el fin de iniciar la terapia y la educación del paciente. Se instaurarán medidas de asilamiento respiratorio en los casos de enfermedad pulmonar. Para asegurarse de obtener una adecuada tolerancia y colaboración en el tratamiento prolongado, el médico debe instruir al paciente acerca de su enfermedad y sobre la necesidad de seguirlo con medicación antituberculosis durante un largo período. Se notificará al departamento de salud pública local de todos los casos de tuberculosis, de manera que se puedan identificar a los contactos.

Por otra parte, éste se dirige, en primer lugar, a eliminar a las grandes poblaciones vacilares que se están multiplicando rápidamente y, posteriormente, a esterizar todas las lesiones que contienen bacilos. Por este motivo consta de una primera fase bactericida, que dura ocho (8) semanas, y una segunda fase de esterilización, que dura dieciséis (16) semanas.

Durante la fase bactericida se administra una combinación de cuatro fármacos, durante 8 semanas. Éstos se seleccionan entre los de primera línea para el tratamiento antituberculoso y, a menos que haya una contraindicación absoluta, siempre incluye Rifampicina e Isoniazida. Los otros medicamentos que suelen

escogerse para esta primera fase son la pirazinamida y el cuarto se selecciona entre estreptomycin y etambutol.

La segunda fase, de esterilización, cuando ya se han eliminado las poblaciones vacilares que estaban multiplicándose rápidamente, consiste en la administración de rifampicina e isoniazida durante 16 semanas. Debido a que en este momento los bacilos que han quedado se multiplican lentamente, los medicamentos no necesitan ser administrados diariamente y pueden darse dos veces por semana. Cuando este esquema se administra dos veces por semana, las dosis recomendadas son 600 mg de rifampicina más 800 mg de isoniazida. Cartas Neumonológicas.

La referida enfermedad suele tratarse por método médicos; el mismo esta basado en:

- Quimioterapia: La terapia antituberculosa se basa en tres principios:

- 1) La incidencia de resistencia a los fármacos de primera línea para uno solo de ellos es de casi 1 por cada 10⁶ bacilos tuberculosos.
- 2) Es necesario un tratamiento prolongado, dado el largo tiempo de generación de las mycobacterias (20 horas), y
- 3) Las pautas eficaces incluyen al menos dos fármacos a los cuales el bacilo es sensible.

La quimioterapia puede ser de dos tipos, la realizada cuando la infección pulmonar no es complicada y cuando es complicada.

- Tratamiento quirúrgico.
- Descanso.
- Dieta y condiciones ambientales.

Los objetivos del tratamiento son:

- a.- Aliviar los síntomas pulmonares y generales por la eliminación de todos los bacilos tuberculosis viable.
- b- Lograr que el enfermo recupere la salud, la actividad del trabajo y la vida familiar rápidamente.
- c- Prevenir la transmisión de la enfermedad O.M.S.

Consideraciones sobre la Tuberculosis.

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa crónica de amplia distribución en todo el país. Una vez superada la primera fase de la catástrofe, la movilización de grupos poblacionales hacia otras áreas geográficas y su permanencia en albergues o zonas de refugiados por tiempo prolongado, puede aumentar el riesgo de aparición y transmisión de esta enfermedad, por lo que se debe tomar en cuenta las siguientes consideraciones y recomendaciones:

Dentro de cualquier grupo de damnificados puede haber pacientes que estaban en tratamiento previo a cualquier desastre; es indispensable notificar estos casos a las autoridades sanitarias para garantizar la continuidad del tratamiento y evitar así recaídas, manteniendo un estricto seguimiento de su evolución con la suficiente provisión de medicamentos.

Toda persona que presente sintomatología respiratoria (tos o expectoración) por más de dos semanas, debe recibir atención médica para su evaluación diagnóstica, la cual debe incluir baciloscopia y de ser ésta positiva, debe darse tratamiento precoz e identificar a los posibles contactos.

La sobrepoblación y el hacinamiento son una realidad común en condiciones de albergues y refugios. La presencia de un paciente con bacilo tuberculoso en el

esputo (bacilífero) que no esté controlado médicamente, constituye una activa y rápida fuente de transmisión al resto de las personas que allí se encuentran.

Es como en los barrios pobres y marginales donde una vivienda esta habitada por varias familias en estas condiciones de convivencias se hacen más difícil para un paciente con tuberculosis pulmonar.

Si el paciente presenta mal estado general de salud o sufre complicaciones graves, debe ser referido inmediatamente al centro hospitalario de su área de influencia para un adecuado tratamiento.

Pacientes con tuberculosis que reciben un tratamiento adecuado no deben ser aislados en los albergues o refugios separados de sus familiares; sin embargo deben tomarse las medidas necesarias para controlar su buena evolución, así como la de sus contactos asintomáticos.

Todo paciente con tuberculosis que estando bajo tratamiento presente nuevamente fiebre, tos, expectoración o empeoramiento de sus condiciones generales, debe ser reevaluado médicamente para descartar una reactivación de la enfermedad y tomar las medidas necesarias tanto para la persona como para los posibles contactos.

Complicaciones de la Tuberculosis.

Están fundamentadas en dos o más cuadros en el mismo enfermo, y las más comunes son:

1.- Hemorragias: Pueden comenzar con la expulsión de esputos hemoptoicos y pueden hacerlo sin signos premonitorios. El volumen de sangre puede variar desde algunas gotas hasta la expulsión de muchos mililitros.

2.- Neumotórax espontánea: Durante la enfermedad a veces escapa aire del pulmón y penetra en la cavidad pleural, permitiendo un colapso en este órgano.

Los primeros síntomas de un neumotórax son:

- Dolor punzante y súbito del tórax.

- Disnea.

- Nerviosidad extrema y otros síntomas incluyendo: debilidad, sudoración profusa, hipotensión arterial, pulso rápido y débil, la piel pálida y cianótica.

Actitudes hacia la Tuberculosis.

Temor y vergüenza eran reacciones comunes a la tuberculosis en el pasado, y de culpabilidad por la posibilidad de contagio de la enfermedad a otras personas, tales reacciones todavía se producen. Estos cambios se deben a la perspectiva intensamente mejorada para los pacientes tuberculosos y a cambio en la terapéutica, no es necesario que a muchos pacientes se les proporcione un cuidado intensivo en un sanatorio, ni es común que tenga que abandonar sus ocupaciones usuales.

Muchos enfermos pueden reanudar sus actividades acostumbradas y sus relaciones lo bastante pronto para evitar el gran trastorno que se produce en la vida personal y educacional que solía ser más común entre los pacientes de tuberculosis, que eran confinados a un sanatorio varios años. Narain, C. (1999) sostiene

Los nuevos antibióticos, una quimioterapia y quimioprofilaxis efectiva, la demostración de la vacuna B.C.G., son métodos que no se aplican a la mayoría de la población, entonces surgió la doctrina de la investigación de las actividades en los servicios generales de la salud para solventar los males que acarrea esta enfermedad.

Lo expresado se deduce que el Programa Integrado de la Lucha Antituberculosa representa la única solución posible para salir del estancamiento a que se había llegado en los países en desarrollo con el método especializado.

Medidas para Prevenir el Contagio.

La normas sobre la prevención de la tuberculosis, según el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, (2002), indica la necesidad de tomar en cuenta para prevenir el contagio de la tuberculosis, las siguientes medidas:

Transmisión de la enfermedad: La TBC es una enfermedad de transmisión predominantemente aérea, poco contagiosa comparada con otras enfermedades infecciosas, ya que el riesgo de transmisión requiere casi siempre la presencia sostenida de un paciente contagiante. Existen otras formas de transmisión mucho más raras en el país: la vía digestiva por ingestión de leche contaminada, la inoculación percutánea en laboratorios o en salas de autopsia y la vía placentaria.

A igual susceptibilidad del huésped, el riesgo de infección es proporcional a la concentración de mycobacterias emitidas por vía aérea, al tamaño del espacio aéreo compartido, a la ventilación y a la duración de la exposición. Antes de asentarse en las superficies, una parte de la masa de gotas respiratorias liberadas al toser o estornudar se evaporan y forman núcleos de gotitas minúsculas que pueden contener uno o varios bacilos y que se diseminan fácilmente llevadas por las corrientes de aire en las habitaciones y por el aire acondicionado de los edificios. Cuando son inhaladas, el 50% penetra en las vías respiratorias y eso permite que se implanten los bacilos dentro de los macrófagos alveolares.

La vida media de los bacilos aerosolizados es unas seis horas. En una habitación la ventilación con dos cambios de aire ambiental por hora, elimina el 90% de las

partículas transportadas por el aire y después de seis cambios sólo queda el 1% de los núcleos de las gotitas.

Por esta razón la habitación del paciente con tuberculosis pulmonar debe ser amplia, con adecuada ventilación, esto fortalece la circulación y el intercambio de aire, ya que en lugares calientes y húmedos el bacilo se mantiene activo.

Control del enfermo contagiante: En el control de la TBC. “curar es mejor que prevenir”. El tratamiento correcto es la mejor medida de control. Se recomienda que a la tercera semana de tratamiento a los enfermos que tengan baciloscopia negativa, se les retiren las medidas de aislamiento y a los que aún tengan baciloscopio positivo se mantengan, aunque de manera mucho menos estricta, hasta la negativización de la misma. Cuando se utilizan otras pautas de tratamiento, no se puede retirar el aislamiento hasta demostrar la negativización de la baciloscopia que puede tardar varios meses.

Se educará al paciente y a sus contactos en el mecanismo de transmisión de la enfermedad para lograr la máxima colaboración en las medidas higiénicas que se implementen. El método mecánico más sencillo consiste en cubrir la boca con un pañuelo de un solo uso al toser o estornudar, ya que de esta manera impactan en el papel las gotitas respiratorias evitando que se evaporen para convertirse en núcleos de ellas.

Esto requiere colaboración y, por sí solo, no constituye un control suficientemente eficaz. Los pacientes deben emplear mascarillas quirúrgicas espiratorias que cubran boca y nariz, lo que evita la diseminación de bacilos con la tos o al respirar cuando salgan de su dormitorio, en el hospital o en su domicilio y acudan a salas comunes.

Desinfección ambiental: El sistema de ventilación en los hospitales debe garantizar presión negativa en el interior de las habitaciones con respecto al pasillo y áreas próximas y asegurar 6 recambios de aire por hora, el flujo de aire

estará correctamente dirigido en el interior del cuarto y la evacuación del aire se hará en el 100% al exterior.

Dado que este sistema de ventilación eleva enormemente el coste de la climatización, estará limitado al número mínimo de habitaciones que cada hospital considere necesarias para los enfermos que requieren aislamiento riguroso. Por sí sola, la presión negativa no protege totalmente al personal sanitario o a los visitantes mientras se encuentran dentro de la habitación.

Tanto en el domicilio como en el hospital, la limpieza y desinfección de los dormitorios y de los materiales utilizados por pacientes tuberculosos se realizará siguiendo los procedimientos generales, no siendo necesario adoptar medidas adicionales. Las ropas de cama o personales y los objetos de aseo y comida no transmiten la enfermedad.

Protección de los contactos: Normalmente se puede utilizar las mascarillas quirúrgicas que protege la inspiración y la espiración de gotitas con BK. Es conveniente que sean utilizadas de forma simultánea por el enfermo y las personas en contacto temporal con él. En casos especiales, es necesario utilizar respiradores personales, valorando en cada caso si se trata de un riesgo moderado o alto.

Se recomienda su uso para personal sanitario al menos en las siguientes circunstancias: Realización de broncoscopios y técnicas que induzcan tos, autopsia, drenaje de abscesos tuberculosis, manejo de la orina en enfermos con TBC renal, traslado en ambulancia, entrada en habitaciones de aislamiento, asistencia en urgencias y consultas a enfermos de alto riesgo y laboratorios donde se procesan muestras de mycobacterias. En determinadas circunstancias, también podrá recomendarse su uso en otras personas con contacto prolongado con el enfermo.

Niveles de Prevención de la Tuberculosis.

Dentro de los niveles de la prevención de la tuberculosis se encuentra de acuerdo a lo pautado por Torres, M. (1996), los siguientes:

Prevención primaria: Esta consiste en fomento a la salud y protección específica.

En la primera, todas las acciones tienden a mejorar el nivel de vida en cuanto a nutrición, vivienda, ventilación, entre otras, incidirán en el descenso de la morbilidad por tuberculosis. Un comentario aparte, merece la educación sanitaria en cuanto a la necesidad de la vacunación y el tratamiento oportuno. La segunda, consiste en la aplicación de la vacuna BCG.

Prevención Secundaria: Se práctica en distintas etapas de la enfermedad, como sigue:

Diagnóstico clínico diferencial temprano: Este diagnóstico resulta difícil de establecer, debido a que los síntomas y signos pulmonares son comunes a muchos padecimientos y no existen signos patognomónicos de la tuberculosis.

En México, se establece este diagnóstico con histoplasmosis y coccidioidomicosis por medio de las reacciones intradérmicas correspondientes. También es establecido con la silicosis por el antecedente de haber trabajado durante muchos años en ambiente con sílice libre en el polvo o suspendido en el aire. La imagen radiográfica puede dar la respuesta en estos casos. La silicosis frecuentemente coexiste con tuberculosis, produciendo silicotuberculosis.

El diagnóstico diferencial de cáncer se establece por medio de la investigación de células neoplásicas en el esputo con la técnica de Papanicolaou.

Diagnóstico de laboratorio y exámenes de gabinete: Los exámenes de laboratorio como BK de esputo, son fundamentales para establecer el diagnóstico. La microscopia de frotis, y en menor grado por su costo el cultivo de la expectoración, permiten establecerlo en más del 90% de los casos. El estudio puede complementarse con el examen clínico y estudios radiográficos. Sin embargo, en virtud del alto costo del material radiográfico, estos últimos no resultan accesibles al grueso de la población y han pasado a ser de utilidad secundaria.

Un acontecimiento fundamental en el tratamiento de la tuberculosis fue el descubrimiento de los fármacos antituberculosos. Su impacto en el campo de la salud pública radica en la eliminación de los bacilos tuberculosos del paciente.

Aunque el enfermo no sea dado de alta, el tratamiento deja de ser bacilífero, por lo que ya no representa un peligro potencial en la transmisión.

Cuando se ha decidido iniciar la terapéutica antituberculosa en un paciente, se deben considerar los siguientes postulados:

a).- El médico asumirá la responsabilidad ante el paciente, la familia y la comunidad, y debe supervisar el tratamiento. En esto reside el éxito que lleva de la mejoría a la curación.

b).- Se debe proporcionar a la familia información y confianza, al mismo tiempo que se investigan los contactos.

Por otra parte, el tratamiento moderno de la tuberculosis debe cumplir los siguientes requisitos:

1.- Combinar tres o más fármacos para lograr el máximo efecto bactericida inicial que impida la aparición de resistencia del germen, y después, mediante la

continuación del tratamiento, alcanzar la cicatrización de las lesiones para obtener la curación.

2.- Emplear la dosificación adecuada para conseguir los efectos bactericidas y esterilizante e impedir la aparición de efectos adversos.

3.- Mantener el tratamiento el tiempo necesario para administrar los de dosis suficientes y obtener los mejores resultados con el mínimo sufrimiento para el enfermo.

4.- Supervisar el tratamiento para tener la seguridad de que los enfermos han recibido el número de dosis indicadas, vigilar la aparición de efectos indeseables y obtener la certeza de la máxima utilización de los medicamentos.

5.- Disponer de la organización y capacitación necesarias para que de preferencia, el tratamiento se administre en forma ambulatoria y supervisada.

6.- Ofrecer el tratamiento en todos los establecimientos de salud, para lo que se requiere una dotación suficiente de fármacos.

Para la aplicación del tratamiento, éste se práctica en los enfermos que persisten con baciloscopia positiva a los seis meses de tratamiento primario estándar supervisado. Por lo general se emplean fármacos que no han sido utilizados en el tratamiento primario.

.- Prevención terciario: Se encamina a incorporar al hombre a la sociedad. En la clínica se ha observado que el tuberculoso no acepta su padecimiento; lo nombra una “enfermedad del pulmón”, sin mencionar la palabra tuberculosis. Abriga resentimiento a causa de su enfermedad y se pregunta en su fuero interno por qué precisamente él la padece. Siente desconfianza hacia las personas. El trato del personal de enfermería será cordial pero a la vez enérgico, no incurriendo en el

trato familiar, ya que estos enfermos ocasionalmente experimentan hacia dicho personal afectos enfermizos.

Desde el principio del tratamiento se crea en el enfermo conciencia de responsabilidad ante la familia y la comunidad. Un logro positivo será la aceptación regular del tratamiento durante 6 meses.

Cuando la expectoración se hace negativa, el paciente se reintegra a sus labores. La formación de grupos de terapia ocupacional en la clínica ha tenido resultados favorables, por lo cual debe darse más atención a este tipo de actividades.

La Enfermería como Sub-sistema del Sistema de Salud.

Es necesario situar la enfermería en el contexto en que se llevan a cabo las actividades de prevención, restitución y rehabilitación de la salud del individuo, familia y comunidad, ya que la misma trabaja coordinadamente con un equipo de salud multidisciplinario, es decir, actualmente en el sistema de salud los programas destinados al fomento de la salud, prevención de las enfermedades, cuidado y tratamiento de la persona enferma y rehabilitación son realizadas por personal de varias profesiones.

Por lo tanto, para alcanzar las metas propuestas para el desarrollo de los programas de salud es necesario trabajo coordinado de dichos profesionales especialmente de la Enfermería y la Medicina.

Si se toma en cuenta que el personal de enfermería es una de las bases del Sistema de Salud y es un grupo numeroso (en comparación con los médicos) y probablemente el más flexible, de los que laboran en el campo de la salud, se observa que ésta dentro del sistema salud y la relación entre éste y la sociedad, competen las siguientes funciones de acuerdo a lo reseñado por Torres, M.

De incorporación: La enfermería promueve la incorporación del paciente al sistema de salud, orientando al individuo y a su familia en lo relacionado con la salud y las facilidades disponibles en las mismas. A la vez, facilita la integración del paciente al sistema mediante los cuidados que presta para reducir sus temores y aprensiones. El elevado número de personal de enfermería y su amplia distribución geográfica en todos los servicios de atención médica hacen que esta constituya el enlace principal entre el paciente y el sistema de salud.

El número de personal de enfermería y su amplia distribución geográfica en casi todos los servicios de salud desde el Dispensario rural, hasta el más sofisticado hospital, hacen que éste constituya el enlace principal entre el cliente (paciente) y el sistema de salud.

De coordinación: Esta actividad la realiza por lo regular enfermería, no sólo en la unidad hospitalaria sino también en otras instituciones de salud. Con frecuencia se ve que la enfermera (o) es quien proporciona el único vínculo entre el paciente y familia en una organización fragmentada de atención médica.

De colaboración: En los servicios de salud, colabora con el médico en las funciones de diagnóstico y tratamiento, en especial en la atención de las necesidades básicas del paciente (función específica de enfermería). Estas actividades han ido en aumento y se han hecho más complejas por la mayor delegación de funciones por parte del médico y por el advenimiento de nuevos medicamentos, equipos y técnicas terapéuticas, tales como cuidado intensivo, diálisis renal, cirugía cardíaca, entre otras.

Entre las actividades de colaboración de la enfermería se encuentran las que tradicionalmente le han correspondido y que asumen cada vez mayor importancia y complejidad en los servicios de hoy. Podría decirse que la función específica de la enfermería es la atención de las necesidades básicas del paciente que sufre un proceso patológico y la conservación de sus fuerzas para su recuperación.

En efecto, éstas, no sólo colabora con el médico en los aspectos curativos de la atención, sino que proporciona a los pacientes cuidados destinados a reducir las molestias que los afectan y ayudándolos a alcanzar cierto grado de bienestar.

La labor de la enfermería en este sentido está enfocada esencialmente a la conservación de la integridad del individuo. Levine (1969), señala que los principios de enfermería son todos “principios de conservación” de la energía del paciente, de su integridad, estructura, personal y social. De lo que se infiere, que ésta apoya el proceso de adaptación del paciente mientras este lucha con su enfermedad, y lo ayuda a mantener la motivación necesaria mientras se somete a los procedimientos esenciales para su curación.

El individuo enfermo, especialmente si está hospitalizado, no sólo requiere la preparación del estado patológico, sino también la atención continua de sus necesidades físicas y de las complejas reacciones emocionales.

De readaptación: A través de las actividades relacionadas con la conservación de la integridad del paciente y la orientación y apoyo que le proporciona a él y su familia.

La enfermería facilita la reintegración del paciente a la sociedad después de su asistencia a una institución de salud.

Actividades del Personal de Enfermería.

Dentro de las actividades del personal de enfermería establecidas según Torres, M. (1996), están las siguientes:

Actividades en la clínica: Vacunación con BCG en el servicio de inmunizaciones, como parte integral de los programas rutinarios de vacunación.

Pesquisa de casos: En cualquiera de los servicios que funcionan en un centro de salud, se debe tener presente que todas las personas que asisten al servicio en que se encuentran temporalmente adscritas pueden estar enfermas de tuberculosis.

El hecho de que una persona solicite atención médica en el centro de salud para algún padecimiento que no sea respiratorio, no excluye la posibilidad de que sea tosedor crónico.

Algunos casos de canalización necesarios son los diabéticos, los silicosis, los que reciben tratamiento con corticosteroides y los ancianos con procesos crónicos respiratorios como asma y bronquitis crónica.

Tratamiento ambulatorio: La contribución de la enfermera encargada del servicio es muy significativa, porque solamente ella es la que está en posibilidad de saber si el enfermo asiste con la regularidad necesaria y si tolera bien la medicación. En caso contrario, las situaciones que se aparten de los que normalmente se espera serán dadas a conocer de inmediato al médico. Ello implica que este personal conozca los esquemas vigentes de tratamiento, así como los efectos colaterales de los medicamentos antituberculosis.

Vacunación con BCG: Las actividades de vacunación con BCG fuera de la clínica las efectúa la enfermera en grupos de escolares, en las clínicas de sector que organiza.

Pesquisa bacilos cópica: Se investiga en el campo la existencia de tosedores crónico. Con este propósito la enfermera llevará en su maletín frascos para muestra de esputo, es de gran importancia para dar un diagnóstico a tiempo.

Se indica que sea el mismo tosedor o algún familiar quien se encargue de llevar las muestras al centro de salud. Sólo en casos muy especiales, por verdadera

imposibilidad del paciente o porque carezca de familiares, es la enfermera quien las recoge en el domicilio del enfermo y las lleva al laboratorio bacteriológico de la institución.

Visita domiciliaria: La visita domiciliaria a sujetos tuberculosos ocupa un lugar prioritario entre las visitas realizadas por la enfermera sanitaria. Es indispensable el conocimiento de las condiciones del hogar del enfermo, tanto físicas como psicosociales. La enfermera también debe investigar por todos los medios a su alcance las causas por las que una persona no colabora debidamente en su tratamiento.

Modelo de Dorothea Orem.

Dentro de los modelos de cuidados de enfermería, Torres M. (1996), destaca:

Esta enfermera Americana dio a conocer su concepto de cuidados de enfermería en su libro "Nursing Concepts of practice" publicado en 1971 su idea básica sobre la enfermería coincide substancialmente con la de Virginia Henderson. Para ella el objetivo de la enfermería es: "ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por si mismo acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de dicha enfermedad".

Demanda de autocuidado medidas terapéuticas requerida para satisfacer las necesidades el fundamento del modelo de enfermería de Orem, organizado en torno a la meta de la enfermería, es el concepto de autocuidado, considerado como "acto propio del individuo que sigue un patrón y una secuencia y que, cuando se lleva a cabo eficazmente, contribuye en forma específica a la integridad estructural, al funcionamiento, y al desarrollo de los seres humanos" Orem 1980, las actividades de autocuidado se aprenden conforme el individuo madura y son afectado por creencias culturales, hábitos y costumbre de familia y de la sociedad edad, etapa de desarrollo y estado de salud, puede afectar la capacidad del

individuo para realizar actividades de autocuidado, por ejemplo un padre o tutor debe brindar continuamente atención terapéutica al niño.

La enfermera se ocupa de la necesidad que tienen los individuos de tomar medidas de cuidado propio con el fin de ayudar al paciente “Conservar la vida y la salud recuperarse de una enfermedad o lesión y hacer frente a los efectos ocasionados por la misma” Orem 1980, en opinión a Orem, la atención de enfermera puede ofrecer a “Unidades individuales o multipersonales” pero solo los individuos tienen necesidades de autocuidado. La enfermera brinda atención, ayuda o hace lo posible para que el paciente obtenga los resultados de salud deseada Orem, 1980.

Orem sostiene que la salud se relaciona con la estructura y función normal ya que “Cualquier desviación de la estructura o de funcionamiento se denomina correctamente una ausencia de la salud en el sentido de unidad o integridad”.

La autora se refiere a los aspectos físicos, psicológicos, interpersonales y social de la salud, pero afirma que son inseparables en el individuo “El ser humano es una unidad que funciona biológica, simbólica y socialmente puede existir diversos estados de “bienestar o salud” y una persona puede pasar de un estado a otro, pero la constancia de las condiciones externas e internas se asocian con la salud.

Orem sugiere que algunas personas pueden tener requisitos de auto cuidado asociado con el desarrollo o con la desviación de la salud y que todas las personas poseen las condiciones universales de auto cuidado que se menciona a continuación:

- Conservación de una ingestión suficiente de aire, agua y alimento.
- Suministro de cuidado asociado con los procesos de eliminación y excreción.

- Mantenimiento de un equilibrio entre actividades y el descanso y entre la soledad y la interacción social.
- Evitar los riesgos para la vida funcionamiento y bienestar.
- Promover el funcionamiento y desarrollo de los seres humanos dentro de grupos sociales de acuerdo con las potencialidades, las limitaciones conocidas, y el deseo de ser normal.

Orem describe tres etapas del proceso de enfermería.

La primera implica de “Por que una persona debe recibir atención de enfermería”. Esta etapa se refiere a la evaluación de la demanda terapéutica de auto cuidado del paciente, a cualquier deficiencia que pueda existir en la realización de las actividades de cuidado propio.

La segunda etapa incluye el diseño de enfermería que de por resultado la consecución de las metas de salud, esta etapa incluye la planificación de métodos para satisfacer las necesidades de autocuidado.

La tercera etapa se refiere a la implementación y evaluación de las acciones diseñadas para superar las limitaciones del autocuidado, proporcionan atención terapéutica y prevenir el desarrollo de nuevas limitaciones de auto cuidado Orem.

2.2. Fundamentación Conceptual.

Abandono: A la interrupción del tratamiento contra la tuberculosis, durante 30 días o más (pública, 2013).

Autocuidado: Es cualquier acción reguladora del funcionamiento del ser humano que se encuentra bajo el control del propio individuo, realizada de forma deliberada y por iniciativa propia (Wikipedia)

Baciloscopia: A la técnica de laboratorio que mediante la tinción de ZiehlNeelsen preferentemente, permite observar en un frotis Bacilos Ácido Alcohol Resistentes (BAAR) (pública, 2013).

Bacilo: Microbio del grupo de las bacterias en forma de bastoncillo, de donde le viene su nombre, Algunos de ellos pueden producir infecciones en el ser humano y otros son causantes de la fermentación. Entre los bacilos patógenos están el de la tifoidea, el tétanos y el bacilo de Koch que produce la tuberculosis (pública, 2013).

Caso nuevo: Al enfermo en quien se establece por primera vez el diagnóstico de tuberculosis (pública, 2013).

Caso de tuberculosis: Al paciente en quien se establece el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar o extrapulmonar y se clasifica en caso confirmado o caso no confirmado, por bacteriología o histopatológica (pública, 2013).

Caso de tuberculosis confirmado: Al enfermo cuyo diagnóstico de tuberculosis ha sido comprobado por baciloscopia, cultivo o histopatología (pública, 2013).

Caso de tuberculosis no confirmado: Al enfermo pediátrico y adulto en quien la sintomatología, signos físicos, elementos auxiliares de diagnóstico y respuesta terapéutica sugieren la existencia de tuberculosis con resultado bacteriológico negativo inicial (pública, 2013).

Cohorte: Es el grupo de pacientes diagnosticados y registrados para el tratamiento durante un periodo de tiempo (generalmente un trimestre) (pública, 2013).

Contacto: a la persona que ha estado en relación directa con enfermo de tuberculosis y que ha tenido la oportunidad de contraer la infección (pública, 2013).

Contagio: Transmisión de una enfermedad o infección de un individuo a otro; a la transmisión de una infección por contacto directo o indirecto (pública, 2013).

Control: Regulación de las actividades de acuerdo con los requerimientos de un plan (pública, 2013).

Comunicación educativa: Al proceso basado en el desarrollo de esquemas novedosos y creativos de comunicación que se sustenta en técnicas de mercadotecnia social, que permiten la producción y difusión de mensajes gráficos y audiovisuales de alto impacto, con el fin de reforzar los conocimientos en salud y promover conductas saludables en la población (pública, 2013).

Curación: Al caso de tuberculosis que termina su tratamiento, desaparecen los signos clínicos y tiene baciloscopia negativa en los dos últimos meses o cultivo negativo al final del tratamiento (pública, 2013).

Educación para la salud: Al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y

cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamiento para cuidar la salud individual, familiar y colectiva (pública, 2013).

Enfermedad: Cualquier estado con comportamiento, causa y pronóstico diferente que requiere intervención (pública, 2013).

Enfermo: A la persona que padece una enfermedad (pública, 2013).

Epidemiología: A la rama de la medicina que trata de la incidencia, distribución y control de las enfermedades, entre las poblaciones (pública, 2013).

Estrategia: Es el conjunto de acciones planificadas anticipadamente, cuyo objetivo es alinear los recursos y potencialidades de una empresa para el logro de sus metas y objetivos de expansión y crecimiento (Wikipedia)

Estudio de contactos: a las acciones dirigidas para diagnosticar personas infectadas o enfermas que conviven o han convivido con enfermos de tuberculosis (pública, 2013).

Examen bacteriológico: a la búsqueda de bacilos ácido alcohol resistentes en baciloscopia o cultivo en muestras de expectoración u otros especímenes. (pública, 2013)

Factor de riesgo: Al atributo o exposición de una persona, una población o el medio, que están asociados a una probabilidad mayor de aparición de un proceso patológico o de evolución específicamente desfavorable de este proceso (pública, 2013).

Flema: Mucosidad que se arroja por la boca, es conveniente analizar para cualquier irregularidad respiratoria, como la tuberculosis (pública, 2013).

Fracaso de tratamiento: a la persistencia de bacilos en la expectoración o en otros especímenes al término de tratamiento confirmada por cultivo, o a quien después de un periodo de negativización durante el tratamiento tiene baciloscopia confirmada por cultivo (pública, 2013).

Incidencia: se refiere a los casos nuevos de tuberculosis que se presentan en una población, en un periodo de tiempo determinado (pública, 2013).

Mortalidad: es el indicador demográfico que señala el número de defunciones de una población y tiempo determinado (pública, 2013).

Pápula: Pequeña elevación o protuberancia en la piel (pública, 2013).

Prevalencia: se refiere al número de individuos que presentan tuberculosis dividido entre el número de población total, en un periodo de tiempo determinado (pública, 2013).

Promoción de la salud: Al proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo mediante actividades de participación social, comunicación educativa y educación para la salud (pública, 2013).

Prueba de tuberculina: prueba que sirve para detectar una infección anterior por M. tuberculosis y caracterizada por una reacción inmunitaria celular inflamatoria (pública, 2013).

Oral: Tomado por boca, en píldora o líquido (pública, 2013).

Quimioprofilaxis: a la administración de isoniacida a contactos que lo requiera, con objeto de prevenir la infección primaria o la aparición de tuberculosis (pública, 2013).

Reactor: a la persona que a las 72 horas de aplicar el PPD presenta una induración intradérmica de 10 Mm. o más en el sitio de la aplicación del PPD. En menores de 5 años con o sin BCG, recién nacidos, niños y niñas desnutridos y personas inmunodeprimidas, se considera reactor a quien presente induración de 5 Mm. o más (pública, 2013).

Recaída: a la presencia de signos y síntomas con reaparición de bacilos en la expectoración o en otros especímenes, después de haber egresado del tratamiento por curación (pública, 2013).

Recurrente: Que ocurre en forma repetida. Término médico para referirse a un mal que aunque desaparezca, aparece de nuevo, como el herpes (pública, 2013).

Registro: Un sistema para recopilar y mantener, en un expediente estructurado, información sobre personas específicas en una población definida. Análisis preliminares y revisiones son realizados (pública, 2013).

Reingreso: es el enfermo de tuberculosis que reinicia el tratamiento después de haberlo abandonado (pública, 2013).

Retratamiento: El que se instituye por el médico especialista a un caso de tuberculosis multitratado, o en el que fracasó el tratamiento de corta duración (pública, 2013).

Riesgo: A la probabilidad de ocurrencia para una enfermedad, un accidente o un evento dañino (pública, 2013).

Tos: Espiración brusca, compulsiva y sonora del aire contenido en los pulmones y es provocada por irritación de la mucosa de la garganta y los bronquios (pública, 2013).

Sintomático Respiratorio: Persona que tiene tos con expectoración con o sin hemoptisis de más de dos semanas de evolución, en quien debe de agotarse todo recurso para el diagnóstico, previo al tratamiento (pública, 2013).

Tratamiento estrictamente supervisado: al que administra el personal de salud o comunitario capacitado por personal de salud, quien debe confirmar la ingesta y deglución del fármaco para garantizar el cumplimiento del tratamiento (pública, 2013).

Tuberculina: Sustancia que se inyecta dentro de la piel para provocar una reacción llamada por ello “intradermoreacción”, cuyo resultado indica si una persona ha estado expuesta a la tuberculosis. Esta prueba se denomina PPD (pública, 2013).

Tuberculosis: Enfermedad infecciosa generalmente crónica causada por el complejo Mycobacterium, (M. tuberculosis, M. bovis, M. microti, M. africanum y M. canettii) que se transmite del enfermo al sujeto sano por la inhalación de material infectante o a través de la ingestión de leche de vaca contaminada, contacto con personas enfermas bacíferas o animales bovinos infectados (pública, 2013).

2.3. Fundamentación Legal.

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

PRINCIPIOS

Modelo económico incluyente incorpora a los procesos de acumulación y redistribución en la población históricamente excluida

Principios para generar igualdad, justicia social (productiva y distributiva), desde el reconocimiento y la valoración de los pueblos y de sus culturas, saberes y modos de vida.

Reducción de la pobreza

El derecho a la salud garantizado por el Estado, universalidad, gratuidad, equidad.
Ejercicio de los Derechos Humanos y deberes para construir ciudadanías participativas

REFORMA EN SALUD

EL PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR INCLUYE EL PLAN NACIONAL DEL PCT que prioriza las siguientes metas como un compromiso del actual gobierno:

- Disminuir la tasa de mortalidad en tuberculosis
- Incrementar la tasa de detección de casos nuevos TBP BK+
- Incrementar la tasa de éxito de tratamiento en casos nuevos TBP BK+

PROCESO DE RESTRUCTURACIÓN Y REFORMA INSTITUCIONAL

- Nuevo modelo de gestión por procesos y resultados
- Reordenamiento territorial de la planificación y financiamiento de provincias a zonas y distritos

ACCESO UNIVERSAL A LA ATENCIÓN DE SALUD

- Incremento de RH en salud y distribución focalizada en zonas y distritos de alta carga de TB para apoyar la detección, diagnóstico y tratamiento acortado directamente observado de los casos de TB.
- Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario. TAPS.

REFORMA DE LA INVERSIÓN EN SALUD

REDUCCIÓN DE LA CARGA CATASTRÓFICA A LOS AFECTADOS POR TB Y FAMILIA MEDIANTE EL PROGRAMA DE PROTECCIÓN SOCIAL BAT TBDR

- Reducción de Costos directos e indirectos ((\$350 APP) (900 N MDR- 6880 MDR)
 - Costos pre y post diagnostico gratuitos
 - Exámenes de control y complementarios
 - Interconsulta complicaciones del tratamiento
 - Menor tiempo de espera para inicio de tratamiento TB DR (diagnostico)
 - Dotación de materiales e insumos para el control de TB
- Gratuidad en el tratamiento para la TB, TB DR, TB VIH
- Incremento de cantidad de medicamentos gratuitos para el manejo sintomático de los efectos secundarios.
- Bono de Adherencia al Tratamiento de TB DR \$240 USD.mensuales, complementada por canasta de alimentos \$40 USD F.M. 9naR, Fase 1
- Se gestiona canasta alimentaria TB sensible: estudio de seguridad alimentaria para casos TB
- Bono de adherencia no excluyente al bono de discapacidad. Incluye secuelas del Tratamiento de TB.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Materiales y Métodos.

3.1.1. Materiales

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
<u>ÚTILES DE OFICINA</u>	
Carpetas	1
Bolígrafos	2
Hojas A4	1
Cd	1
Libreta de apuntes	1
Pendrive	1
Cartuchos de tinta b/n	2
Cartuchos de tinta a color	1
<u>EQUIPOS DE OFICINA</u>	
Laptop	1
Impresora	1
Escritorio	1
<u>MATERIAL DE CAMPO</u>	
Encuestas	200

3.1.2. Métodos

Método deductivo: Nos permitió abordar el problema de lo general a lo particular es decir al final del estudio se pudo establecer conclusiones a partir del análisis e interpretación de los datos estadísticos, esto implica, que se realizó el análisis de la problemática desde el plano mundial, nacional y local en virtud que esta es de análisis y control desde todo los ámbitos.

Método inductivo: Es el razonamiento que partiendo de casos particulares, se eleva a conocimientos generales, se realizó el análisis desde lo local a lo provincial y a su vez al ámbito nacional.

Método descriptivo: Basado en la explicación detallada de las características del objeto que se está evaluando, normalmente se describen procedimientos, registros, formularios, archivos empleados y personas y departamentos que intervienen en el sistema de control de la tuberculosis en el área de salud.

Método Analítico: Nos permitió identificar y comprobar la incidencia y la prevalencia de los resultados como determinantes de alerta epidemiológicas, para el control de la tuberculosis objetivo de nuestra investigación.

3.2. Tipos de Investigación.

Investigación Bibliográfica

Se emplearon los textos, tesis, folletos, internet y demás documentos impresos que se relacionan con el tema de investigación para dar sustento a la investigación, siendo el texto más utilizado el manual de control de tuberculosis del Ministerio de Salud Pública.

Investigación de campo

Para elaborar la presente investigación acudimos al hospital, así como a los domicilios de los pacientes que reciben el tratamiento, en donde se recabó toda la información de fuentes de origen.

3.3. Diseño de Investigación

Encuesta:

Se realizó la encuesta a los pacientes y familiares de que reciben tratamiento de tuberculosis en el hospital básico de Balzar.

La Observación:

Este método además de resultar de gran significación en toda investigación, cobra una doble importancia en nuestra profesión, el mismo se realiza con el objetivo de evaluar el estado del paciente antes y después de la aplicación del procedimiento, concibiéndolo como proceso.

Entrevista:

Tiene como objetivo la obtención de información del paciente se realizo la entrevista al personal de salud que labora en el hospital básico de Balzar.

3.4. Población

3.4.1 Población

Existen 17 pacientes en tratamiento y cada uno de ellos tiene 5 familiares

Total de usuarios: 85 personas

Existen 4 servidores públicos de salud

Total de personal: 4 personas

Población total: 89 personas

Encuesta: 85 aplicadas

Entrevista: 4 realizadas

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados y Discusión.

ENCUESTA A PACIENTES QUE INTEGRAN EL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS QUE ACUDEN AL HOSPITAL BÁSICO DE BALZAR.

1.- ¿Si le han explicado que es la tuberculosis?

TABLA N° 1

ESCALA	FRECUENCIA	%
SI	72	85
NO	13	15
TOTAL	85	100

FUENTE: ENCUESTA A USUARIOS.
ELABORADO POR: MAGALY SEME PISCO.

GRAFICO N° 1



Análisis:

Podemos reconocer que existe un únicamente 15% de la población encuestada ha recibido algún tipo de educación sobre la tuberculosis mientras un 85% no ha podido alguna vez recibir esta información.

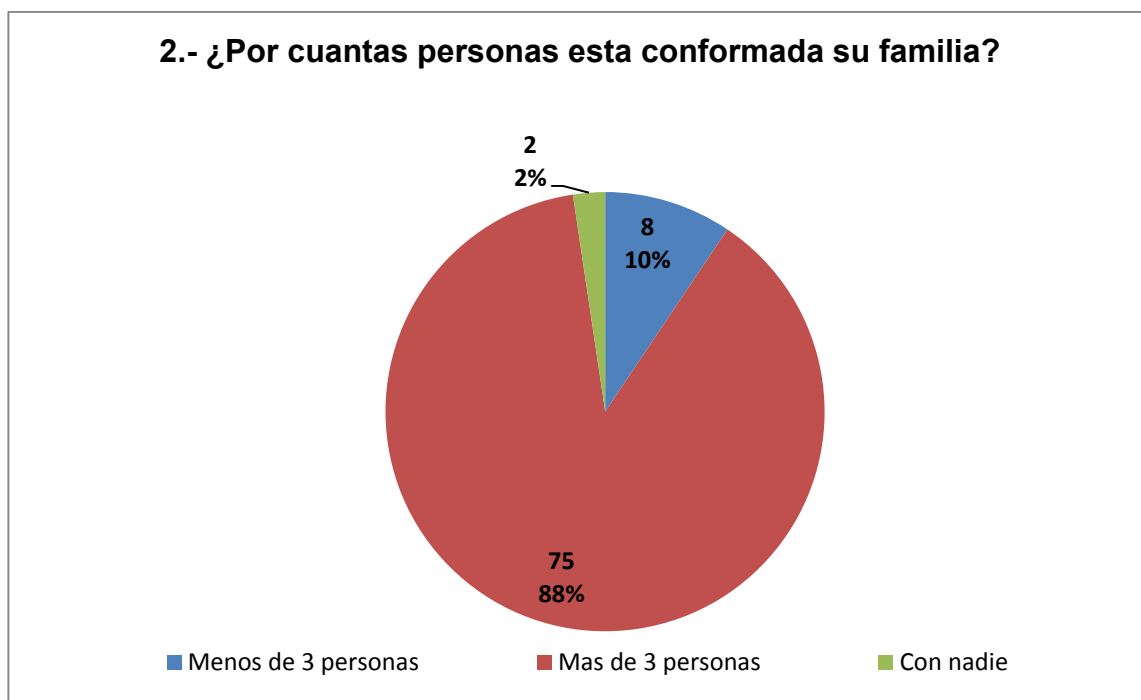
2.- ¿Por cuantas personas esta conformada su familia?

TABLA N° 2

ESCALA	FRECUENCIA	%
Menos de 3 personas	8	9
Mas de 3 personas	75	88
Con nadie	2	2
Total	85	100

FUENTE: ENCUESTA A USUARIOS.
ELABORADO POR: MAGALY SEME PISCO.

GRAFICO N° 2



Análisis:

Podemos mencionar gracias al resultado de la encuesta aplicada que un 88% de los usuarios vive con una familia conformada con más de 3 personas mientras un único 2% vive solo.

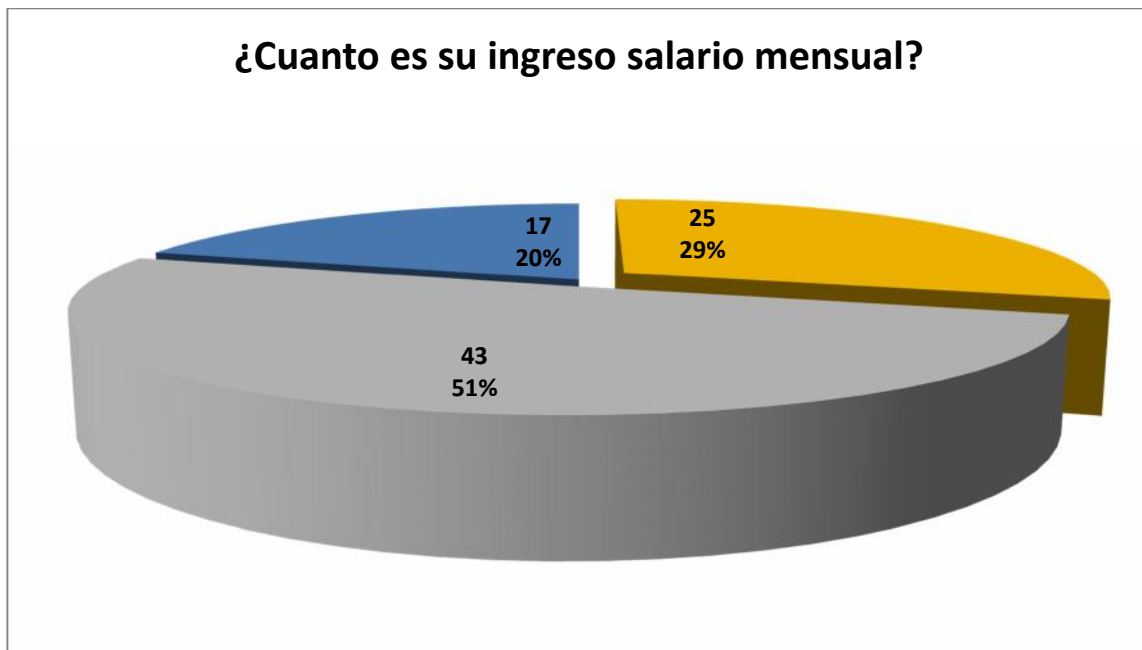
3.- ¿Cuánto es su ingreso salario mensual?

TABLA N° 3

ESCALA	FRECUENCIA	%
De 100 a 200 dólares	25	29
De 200 a 300 dólares	43	51
Mas de 300 dólares	17	20
Total	85	100

FUENTE: ENCUESTA A USUARIOS.
ELABORADO POR: MAGALY SEME PISCO.

GRAFICO N° 3



Análisis:

Podemos concluir que el 51% de los usuarios encuestado ganan entre 200 y 300 dólares mensuales y el 20% de esta misma población gana más de 300 dólares.

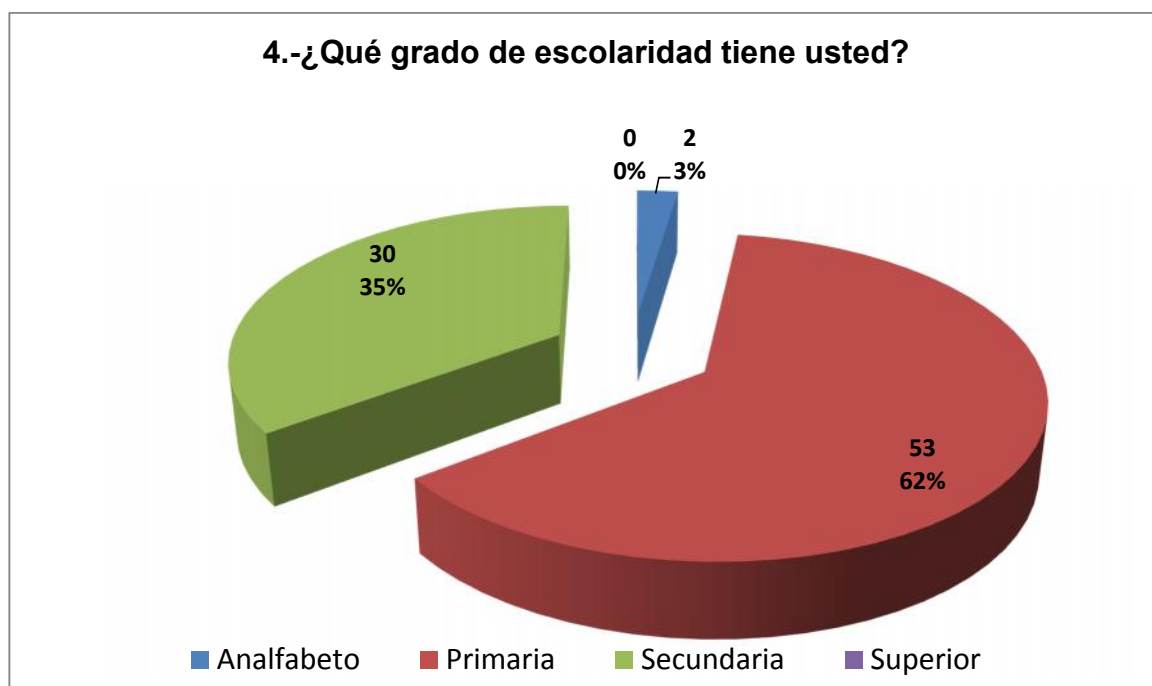
4.- ¿Qué grado de escolaridad tiene usted?

TABLA N° 4

ESCALA	FRECUENCIA	%
Analfabeto	2	2
Primaria	53	62
Secundaria	30	35
Superior	0	0
TOTAL	85	100

FUENTE: ENCUESTA A USUARIOS.
ELABORADO POR: MAGALY SEME PISCO.

GRAFICO N° 4



Análisis:

La encuesta aplicada indica que en un 62% la población encuestada únicamente terminó la escuela y que el 0% ha concluido su educación universitaria.

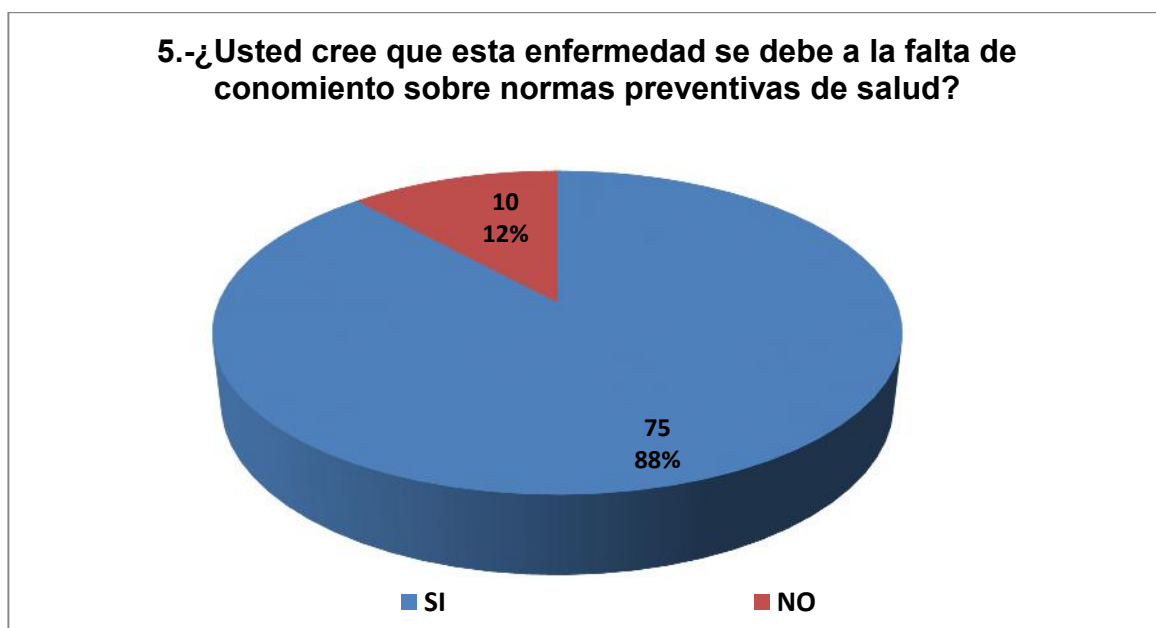
5.- ¿Usted cree que esta enfermedad se debe a la falta de conocimiento sobre normas preventivas de salud?

TABLA N° 5

ESCALA	FRECUENCIA	%
Si	75	88
No	10	12
TOTAL	85	100

FUENTE: ENCUESTA A USUARIOS.
ELABORADO POR: MAGALY SEME PISCO.

GRAFICO N° 5



Análisis:

De los resultados de la encuesta podemos deducir que se cree en un 88% la tuberculosis se debe a la falta de conocimiento sobre normas preventivas de salud mientras el restante 12% indica que existen otros factores más importantes que permiten la presencia de esta enfermedad.

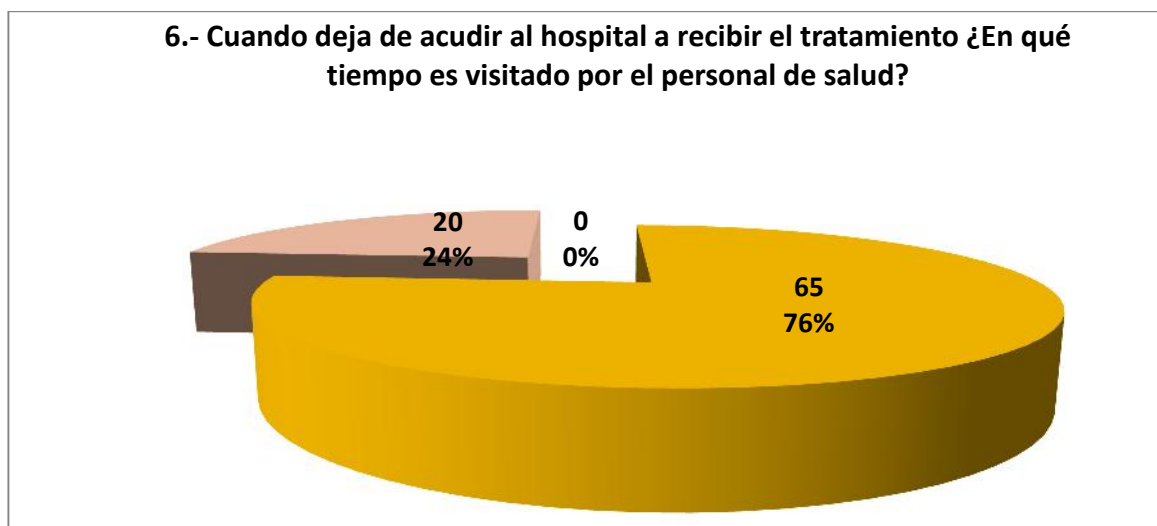
6.- Cuando deja de acudir al hospital a recibir el tratamiento ¿En qué tiempo es visitado por el personal de salud?

TABLA N° 6

ESCALA	FRECUENCIA	%
Nunca	0	0
Menos de 48 horas	65	76
Después de 48 horas	20	24
TOTAL	85	100

FUENTE: ENCUESTA A USUARIOS.
ELABORADO POR: MAGALY SEME PISCO.

GRAFICO N° 6



Análisis:

Indican los usuarios que al dejar de acudir al hospital a recibir su tratamiento en un 76% es visitado en menos de 48 horas por algún miembro del personal de salud y el 24% menciona que es visitado en un tiempo mayor de 48 horas.

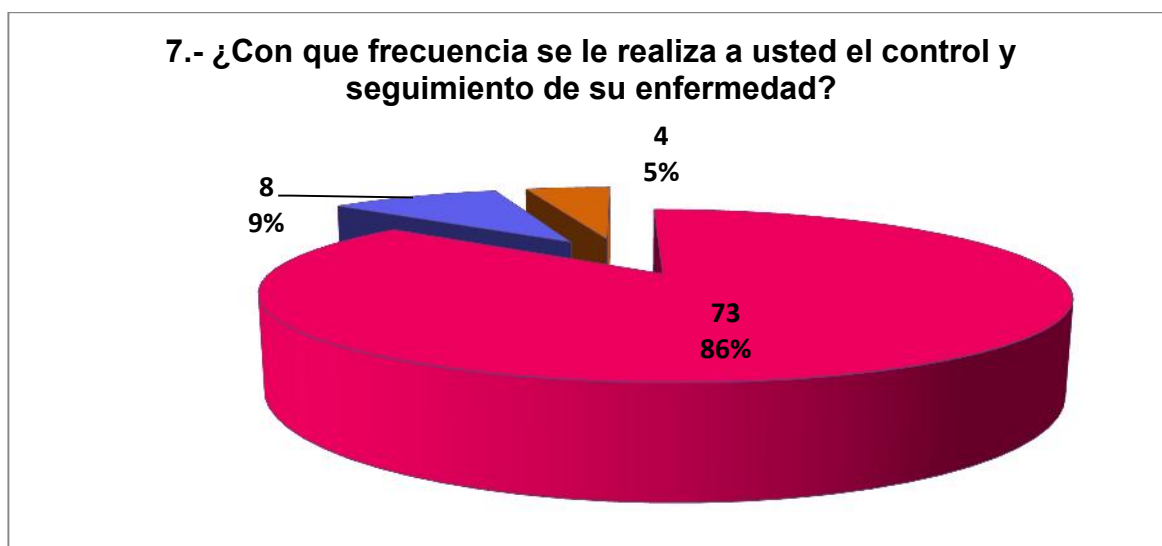
7.- ¿Con que frecuencia se le realiza a usted el control y seguimiento de su enfermedad?

TABLA N° 7

ESCALA	FRECUENCIA	%
Cada mes	73	86
Cada dos meses	8	9
Cada tres meses	4	5
TOTAL	85	100

FUENTE: ENCUESTA A USUARIOS.
ELABORADO POR: MAGALY SEME PISCO.

GRAFICO N° 7



Análisis:

Podemos concluir que en un 86% la población encuestada se realiza su control y seguimiento de manera mensual, y el 5% realiza esta misma actividad de manera trimestral.

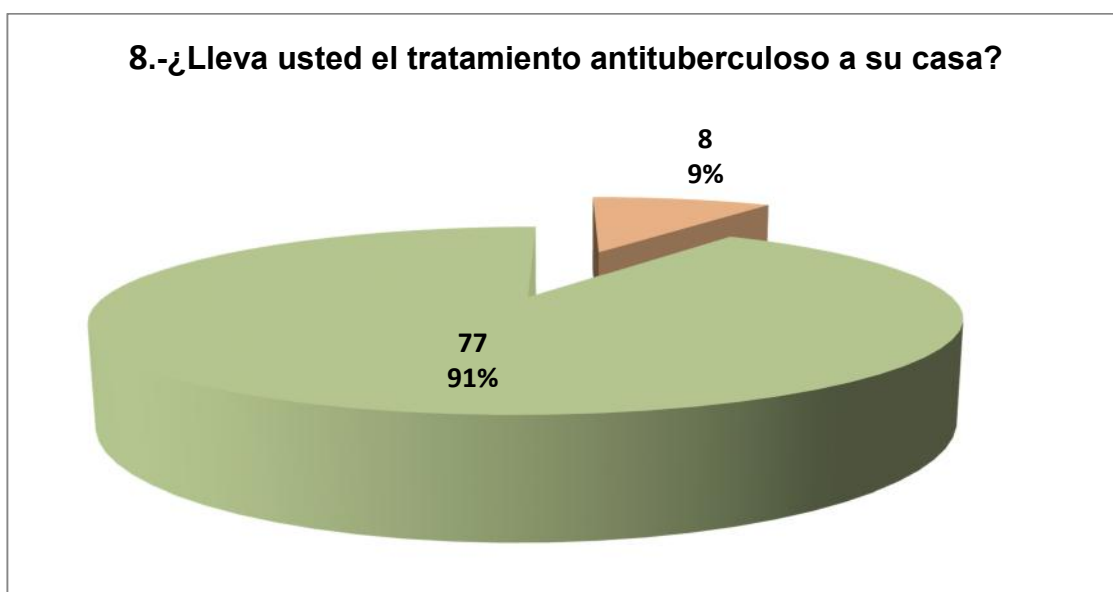
8.- ¿Lleva usted el tratamiento antituberculoso a su casa?

TABLA N° 8

ESCALA	FRECUENCIA	%
Si	8	9
No	77	91
TOTAL	85	100

FUENTE: ENCUESTA A USUARIOS.
ELABORADO POR: MAGALY SEME PISCO.

GRAFICO N° 8



Análisis:

De las 13 personas que reciben el tratamiento antituberculoso en el hospital básico de Balzar solo 8 de ellos llevan este tratamiento en casa, mientras los demás realizan esta medida únicamente en la casa de salud.

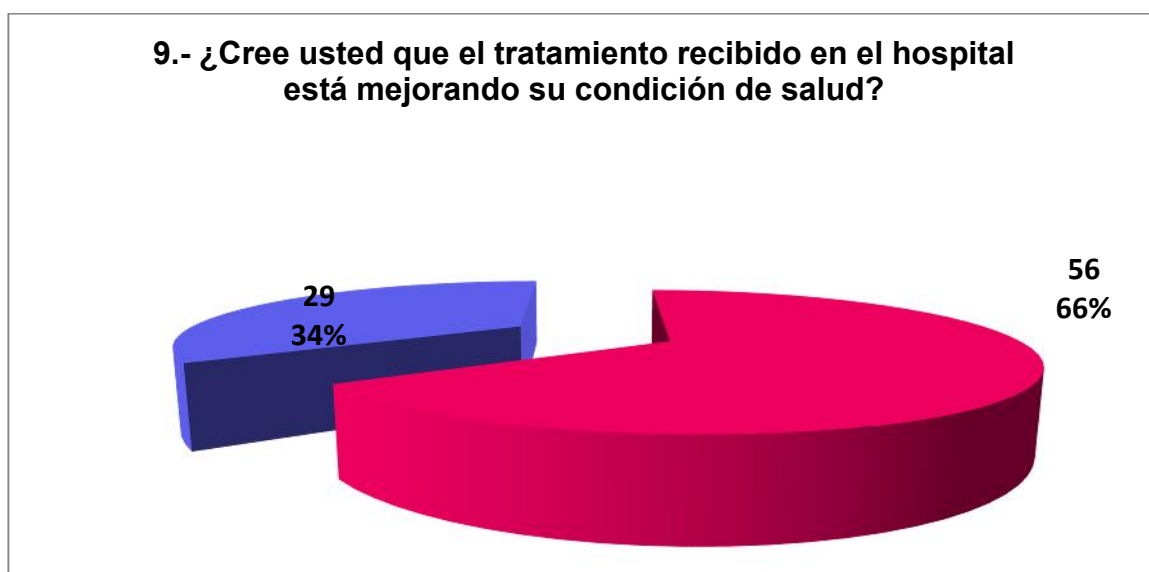
9.- ¿Cree usted que el tratamiento recibido en el hospital está mejorando su condición de salud

TABLA N° 9

ESCALA	FRECUENCIA	%
Si	56	66
No	29	34
TOTAL	85	100

FUENTE: ENCUESTA A USUARIOS.
ELABORADO POR: MAGALY SEME PISCO.

GRAFICO N° 9



Análisis:

Podemos inferir que el 66% de los usuarios considera que el tratamiento recibido en el hospital está mejorando su condición de salud mientras el 34% indica que no lo considera así.

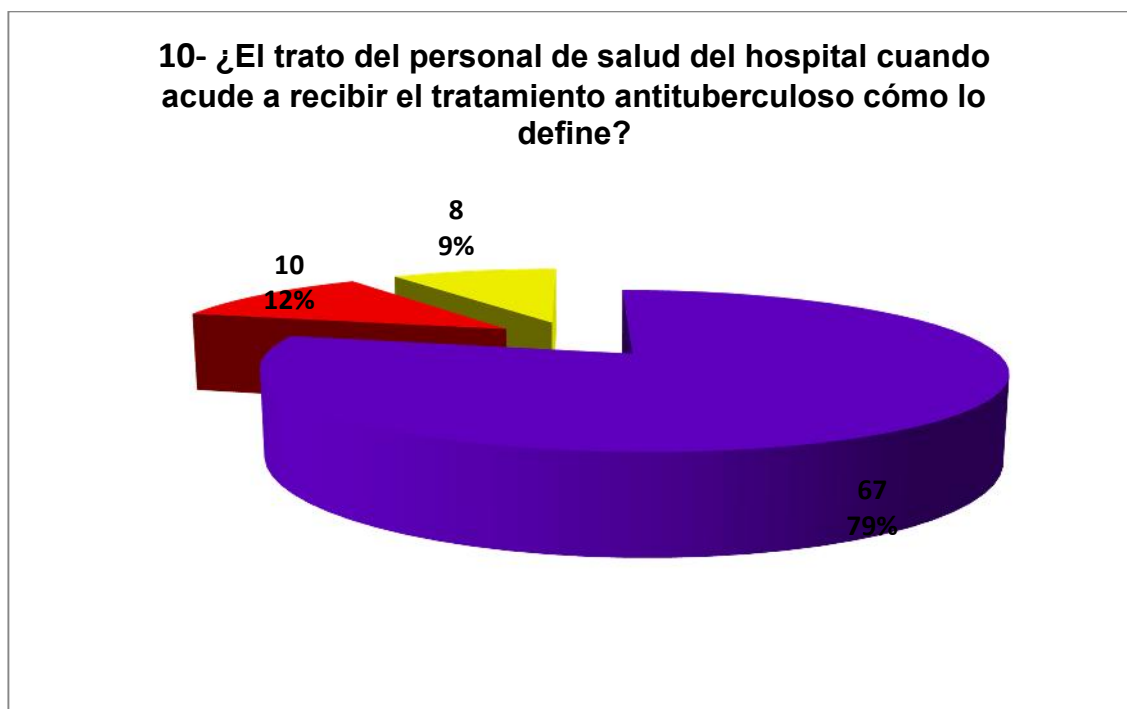
10- ¿El trato del personal de salud del hospital cuando acude a recibir el tratamiento antituberculoso cómo lo define?

TABLA N° 10

ESCALA	FRECUENCIA	%
Amable	67	79
Poco amable	10	12
Descortés	8	9
TOTAL	85	100

FUENTE: ENCUESTA A USUARIOS.
ELABORADO POR: MAGALY SEME PISCO.

GRAFICO N° 10



Análisis:

Indican los usuarios que en cuanto al trato recibido por parte del personal de salud del hospital en un 79% lo consideran amable mientras un 9% establecen haber recibido un trato descortés de los miembros de dicha institución.

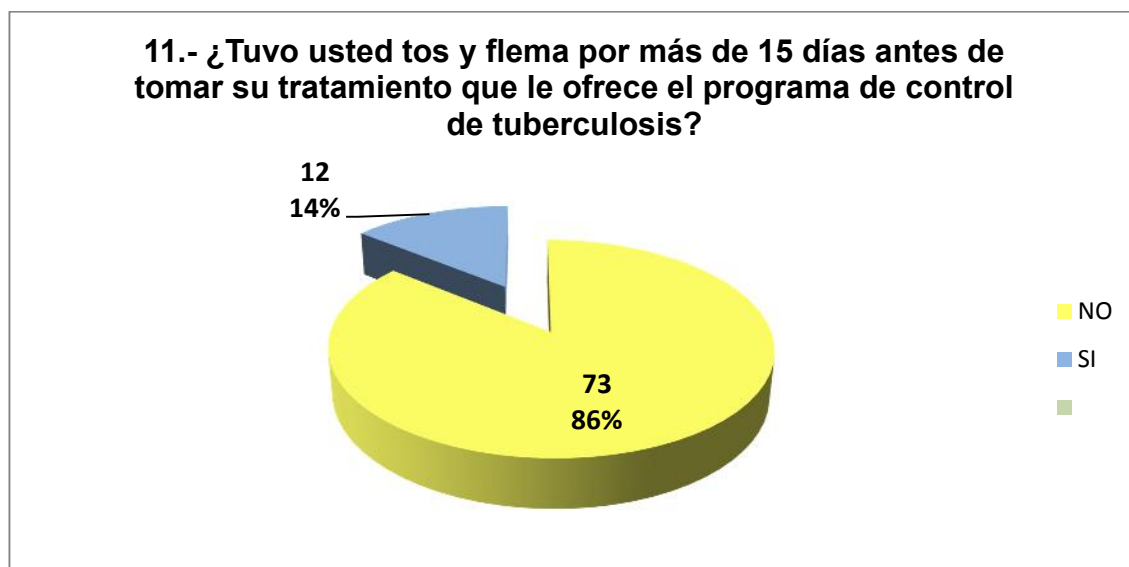
11.- ¿Tuvo usted tos y flema por más de 15 días antes de tomar su tratamiento que le ofrece el programa de control de tuberculosis?

TABLA N° 11

ESCALA	FRECUENCIA	%
No	73	86
Si	12	14
TOTAL	85	100

FUENTE: ENCUESTA A USUARIOS.
ELABORADO POR: MAGALY SEME PISCO.

GRAFICO N° 11



Análisis:

Es necesario recalcar que de los 13 pacientes de Tuberculosis 12 de ellos tuvieron tos y flema por más de 15 días antes de tomar su tratamiento y el 86% restante no toman tratamiento de tuberculosis.

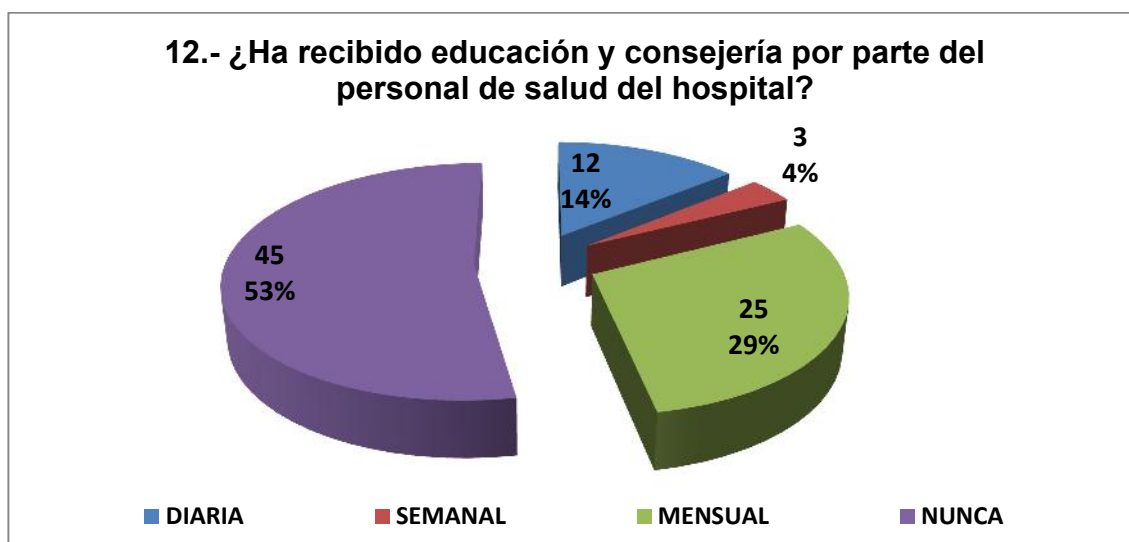
12.- ¿Ha recibido educación y consejería por parte del personal de salud del hospital?

TABLA N° 12

ESCALA	FRECUENCIA	%
Diaria	12	14
Semanal	3	4
Mensual	25	29
Nunca	45	53
TOTAL	85	100

FUENTE: ENCUESTA A USUARIOS.
ELABORADO POR: MAGALY SEME PISCO.

GRAFICO N° 12



Análisis:

El 53% de la población encuestada indica nunca haber recibido educación y consejería por parte del personal de salud del hospital mientras un 4% indican si reciben dicha instrucción y es de manera semanal.

4.2. Análisis y discusión de la hipótesis

Debido a que la salud es un estado integral de la persona es necesario que el cuidado de la misma sea aplicado como estrategia para mejorar la calidad de vida del paciente, pero para ello es necesario que se realice la adecuada educación del paciente y los familiares para concienciar e instruir acerca de las metodologías de autocuidado de los pacientes de tuberculosis.

Mientras el paciente sienta que puede mejorar su calidad de vida y que la familia puede integrarse y ser parte de este proceso se podría no solo mejorar la salud física sino también la salud psicológica.

Cuando se realiza la identificación de un caso de tuberculosis es posible poder cerrar posibles cadenas de contagio como el de familiares y convivientes del paciente que son portadores de bacilo además de que los pacientes de tuberculosis son muy frecuentemente depresivos por la falta de apoyo en su familia y comunidad como también de su médico y equipo que distribuye el tratamiento en las casas de salud.

No puede realizarse una actividad de manera óptima si no se tiene una previa instrucción y educación por ello es de suma importancia que se capacite al paciente, a sus familiares y convivientes acerca del autocuidado que cada paciente podría tener para controlar su patología y de esta manera evitar complicaciones y el contagio indiscriminado de esta.

La tuberculosis es también una de las enfermedades con un fácil contagio por ello cualquier medida de prevención y tratamiento es bienvenida a la comunidad de tratantes y pacientes que combaten con esta enfermedad.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.

Uno de los principales factores reconocidos es que usualmente los pacientes con tuberculosis no comen lo necesario no porque el nivel económico se complica ya que la alimentación es más numérica: son 5 comidas diarias de optima calidad.

Consumen alcohol y drogas no lo dejan y por eso no continúa tratamiento o en su gran mayoría viven en el campo difícil de viajar todos los días para la toma de su tratamiento o a su vez no existen unidades de salud cerca.

Los mas jóvenes trabajan y eso hace difícil la toma diaria, la dificultad para la movilización del personal de salud para las visitas domiciliarias ante la falta por la toma falta gasolina o chofer con mucha frecuencia en las unidades de salud, Los niveles jerárquicos administrativos no le dan la importancia al programa y existe poca programas de prevención.

5.2. Recomendaciones.

Los administrativos deben estar capacitados para el programa.

Se recomienda también la implementación de campañas publicitarias para la prevención y curación de la tuberculosis así también como la creación de grupos de autoapoyo a los casos nuevo para brindar mejor atención a los pacientes nuevos.

Creación de campañas frecuentes de como tratar las enfermedades respiratorias y como se debe de toser.

Educación a la comunidad sobre el adecuado lavado de manos y la necesidad del frecuente lavado de manos

Recomendar al personal DE SALUD NO DISMINUIR LAS CAMPANAS DE BUSQUEDA de sintomático respiratorio.

Los gobiernos locales deben tener precaución para evitar la población construya donde no existe proyecciones de alcantarillado, agua potable y otros servicios básicos.

Realizar periódicamente estudios del riesgo anual de infección en grupos de riesgo.

CAPÍTULO VI

BIBLIOGRAFÍA

6.1. Literatura Citada.

Da Silva Fátima, Coelho Damasceno (2002) Cuidados de Enfermería: su sentido para enfermeras y pacientes (En red) Disponible en: http://www.colegiodeenfermeras.cl/pdf/cuidados_sentido.pdf

Juall Carpenito Lynda. (2003). Diagnósticos de Enfermería, Aplicaciones a la práctica clínica. (9a. Edic.) Madrid Editorial Interamericana McGrawHill.

Juall Carpenito Lynda (1994). Planes de cuidado y documentación en enfermería. 1a. Edición. Madrid Editorial Interamericana Me Graw Hill.

Martínez y Martínez (2001). La salud del niño y del adolescente.(4a . Edic.)lugar: Manual Moderno.

Míreles Hernández, O. M., Chiong Silva, O., Miranda Rosales, M (2002).Comportamiento de la Tuberculosis Pulmonar. Revista Cubana de Enfermería, Vol.18,no 2 p.98-102, SIN 0864-0319.

Mosby (2001) Diccionario Mosby POCKET de medicina y ciencias de la salud. Madrid España: Editonal Harcourt Internacional Rodríguez S Bertha A (2002) Proceso Enfermería,. Aplicación actual 2ªEdición. Guadalajara, Jal. México. Editorial Ediciones Cuellar.

Sevajanes Pérez, D; Villatoro Rodríguez, D; Crespo Lima, Modesto(2000)La aplicación del proceso de enfermería en los pacientes tuberculosos hospitalizados. Revista Cubana de Enfermería Vol. 16 No. 1, p.34-39.SIN 0864-0319

Scope (2005) Tuberculosis Pulmonar. (En red) Disponible en: http://www.drscope.com/pac/mq/a4/mga4_p22.htm.

Smeltzer, S. C. y Bare, B. (2002). Tratado de Enfermería Médico Quirúrgica de Brunner y Suddhart. Tomo II. México. (9a. Edic). México: Editorial McGraw Hill.

Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015 Organización Panamericana para la Salud

Situación Epidemiológica de la Tuberculosis en El Salvador 1997- 2007, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Plan Estratégico Quinquenal 2004-2009 del Ministerio de Salud

Encuesta de Salud Familiar 2007 (FESAL)

“Estadísticas Demográficas/Proyecciones”. Ministerio de Economía, Dirección General de Estadísticas y Censo (2007).

Censo Nacional de Población y Vivienda 2007. Ministerio de Economía. El Salvador

Planeación y presupuesto para el control de la TB. OMS – ALTO A LA TUBERCULOSIS

OMS. (2014). *análisis de la Tb* . oms.

OMS. (2014). *INFORME ANUAL ENERO 2014*.

Pública, M. d. (2013). *Manual de control de tuberculosis*. Quito.

Wikipedia. (s.f.). Obtenido de <http://es.wikipedia.org/wiki/Estrategia>

CAPITULO VII

Anexos

7.1. Anexos

Encuesta a pacientes que integran el programa de control de tuberculosis que acuden al Hospital

1. ¿Si le han explicado que es la Tuberculosis?

Si	
No	

2. ¿Por cuantas personas esta conformada su familia?

Menos de 3 personas	
Más de 3 persona	
Con nadie	

3. ¿Cuanto es su ingreso (salario) mensual?

De 100 a 200 dólares	
De 200 a 300 dólares	
Más de 300 dólares	

4. ¿Qué grado de escolaridad usted tiene?

Primaria	
Secundaria	
Estudios Superior	

5. ¿Usted cree que esta enfermedad se debe a la falta de conocimiento sobre normas preventivas de salud?

Si	
No	

6. ¿Cuándo deja de acudir al hospital a recibir el tratamiento en que tiempo es visitado por el personal de salud del hospital?

Menos de 48 horas	
Después de 48 horas	
Nunca	

7. ¿Con que frecuencia se le realiza usted el control y seguimiento de su enfermedad?

Cada mes	
Cada 2 meses	
Cada 3 meses	

8. ¿Lleva usted el tratamiento antituberculoso a su casa?

Si	
No	

9. ¿Cree usted que el tratamiento recibido en el hospital está mejorando su condición de salud?

Si	
No	

10. ¿El trato del personal de salud del hospital cuando acude a recibir el tratamiento antituberculoso como lo definiría?

Amable	
Poco amable	
Enojada	

11. ¿Tuvo usted tos y flema por mas de 15 días antes de tomar su tratamiento que le ofrece el Programa de Control de Tuberculosis?

Si	
No	

12. ¿Ha recibido educación y consejería por parte del personal de salud del hospital?

Diarias	
Semanal	
Mensual	
Nunca	

Gracias

7.1.2 Matriz

TEMA: Estrategia de autocuidado para pacientes con tuberculosis pulmonar y la relación con su entorno, atendidos en el hospital básico de Balzar.

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL	VARIABLE INDEPENDIENTE
¿El autocuidado es una estrategia significativa para la vida y recuperación de la salud en pacientes de tuberculosis atendidos en el hospital básico de Balzar?	Establecer una estrategia de autocuidado de los pacientes con Tb, y como su aplicación contribuyen al mejoramiento de su salud en el hospital básico de Balzar	¿Con la aplicación de la estrategia de autocuidado, se mejorara la salud de los pacientes con Tb?	Estrategias de autocuidado.
PROBLEMAS ESPECIFICO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPOTESIS ESPECIFICAS	VARIABLE DEPENDIENTE
¿El autocuidado una de las actividades preventivas que permitan realizar detecciones prontas y propicias para impedir la multiplicación de casos de tuberculosis?	Determinar los casos de tuberculosis pulmonar en el hospital básico de Balzar.	¿Si se identifica los casos de Tuberculosis, se disminuirá sus riesgos de contagio y propagación de esta Patología?	Tuberculosis Pulmonar
¿La medicina preventiva con el apoyo a la medicina curativa son medios que permiten mejorar el modelo de atención mediante capacitaciones y seguimientos de las mismas de manera personalizada?	Capacitar sobre las acciones de autocuidado que deben realizar los pacientes con tuberculosis pulmonar que reciben atención médica en el hospital básico de Balzar.		

7.1.3. Fotos



Ilustración 1 Entrevista a médico consultor



Ilustración 2 Encuesta a pacientes de TB y familiares



Ilustración 3 Charla educativa sobre TB a pacientes de la consulta externa



Ilustración 4 Visita domiciliaria a paciente de TB en compañía con promotor de salud



Ilustración 5 Indicaciones sobre el tratamiento de TB a un nuevo paciente



Ilustración 6 Verificación de toma de tratamientos en pacientes de TB



Ilustración 7 Encuesta a paciente de TB y familiares

Ilustración 9 Encuesta a paciente TB



Ilustración 8 Entrada al consultorio de TB



Ilustración 9 Encuesta a paciente con TB



Ilustración 10 Recipientes de medicación de cada uno de los pacientes de TB en el Hospital básico de Balzar