

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSGRADO



=====

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LOS
FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON
TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL C.S. BELLAVISTA,
PUCALLPA, PERÚ**

=====

Línea de Investigación: Patologías

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN
SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA**

TESISTA: GIOVANNA JANET SALAZAR TREJO
ASESOR: Dr. PEDRO PABLO SAQUICORAY AVILA

HUÁNUCO – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mi familia, por el apoyo incondicional
y persistente para realizar este trabajo.

AGRADECIMIENTO

A mis maestros de la EPG que supieron profundizar mis conocimientos para alcanzar la presente.

RESUMEN

La tuberculosis (TBC) se ha convertido actualmente en un importante problema de salud pública, con una incidencia y una prevalencia que ha ido incrementándose en los últimos años en los países occidentales. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el aumento de la indigencia en grandes ciudades y la inmigración son algunos de los factores relacionados con este incremento. Por otro lado, el retraso en el diagnóstico y el incumplimiento terapéutico han ido dando lugar a la aparición de cepas con resistencia múltiple a fármacos, lo que complica aún más la situación.

El presente trabajo permitirá conocer si se logran los objetivos protocolizados en el tratamiento terapéutico del componente educativo que el personal de Salud realiza en la estrategia Sanitaria de Control de la TBC, y si este componente educativo tiene efecto en la actitud de aceptación del usuario para su tratamiento. El objetivo de la presente investigación es conocer la relación entre el nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y la actitud de los pacientes sobre los factores de riesgos en el C.S. Bellavista de la ciudad de Pucallpa,

Palabras clave: Tuberculosis, Prevención, Educación, Actitudes, Factores de riesgo.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) has now become an important public health problem, with an incidence and prevalence that has been increasing in recent years in Western countries. Human immunodeficiency virus (HIV) infection, increased homelessness in large cities and immigration are some of the factors associated with this increase. On the other hand, delayed diagnosis and non-compliance have led to the emergence of strains with multiple drug resistance, which further complicates the situation.

The present study will allow us to know if the protocolized objectives are achieved in the therapeutic treatment of the educational component that Health personnel perform in the Health Control Strategy of TB, and if this educational component has an effect on the acceptance attitude of the user for their treatment.

The objective of the present investigation is to know the relationship between the level of knowledge about pulmonary tuberculosis and the attitude of the patients on the risk factors in C.S. Bellavista of the city of Pucallpa,

Key words: Tuberculosis, Prevention, Education, Attitudes, Risk factors.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
INTRODUCCIÓN	viii
• CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	3
– Problema general	3
– Problemas específicos	3
1.3 Objetivo general y objetivos específicos	3
1.4 Hipótesis y/o sistemas de hipótesis	4
1.5 Variables	5
1.6 Justificación e importancia	6
1.7 Viabilidad	8
1.8 Limitaciones	8
• CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	9
2.2 Bases teóricas	17
2.3 Definiciones conceptuales	59
• CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	
3.1 Tipo de investigación	60
3.2 Diseño y esquema de la investigación	60
3.3 Población y muestra	61

3.4	Instrumentos de recolección de datos	62
3.5	Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos	62
• CAPÍTULO IV RESULTADOS		
4.	Resultados	65
• CAPÍTULO V DISCUSIÓN DE RESULTADOS		
5.1	Contrastación de resultados con bases teóricas	71
5.2	Aporte científico de la investigación	77
CONCLUSIONES		78
SUGERENCIAS		80
BIBLIOGRAFÍA		81
ANEXOS		86
ANEXO 01 MATRIZ DE CONSISTENCIA		86
ANEXO 02 CONSENTIMIENTO INFORMADO		87
ANEXO 03 CUESTIONARIO		88
ANEXO 04 FORMATO DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS POR JUECES O JUICIO DE EXPERTOS		95
NOTA BIOGRÁFICA		97
ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE MAESTRO		
AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICA DE POSGRADO		

INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis Pulmonar es un problema de salud pública, en el cual el enfermero cumple un rol protagónico dentro de la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis, donde en su mayoría se considera al usuario como un ente exclusivamente biológico y por lo tanto la actividad predominante es la administración del tratamiento farmacológico y desestiman la estrategia de la información, educación, comunicación en el cuidado que como persona integral debe tener todo usuario de salud, por tal motivo se eligió el tema Nivel de Conocimiento y Actitudes sobre los Factores de resgo en pacientes con Tuberculosis Pulmonar En El C.S. Bellavista, Pucallpa, Peru; para lo cual se ha fijado como obetivo conocer la relación entre el nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y la actitud de los pacientes sobre los factores de riesgos en el C.S. Bellavista.

La hipótesis principal es cuando mayor es el nivel de conocimientos de los pacientes sobre tuberculosis pulmonar, sus actitudes serán de aceptación hacia el tratamiento, como hipótesis específica hemos planteado que existe una relación entre el nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y la actitud de los pacientes sobre los factores de riesgo en el C.S. Bellavista.

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad infecciosa que provoca diversos trastornos que incluyen infección y destrucción tisular, el incumplimiento del tratamiento farmacológico y la falta de cuidados necesarios en el hogar conducen al agravamiento de la enfermedad, que puede conllevar a la muerte.

Entre las personas con mayor riesgo de tuberculosis están las que viven bajo condiciones de hacinamiento, los desnutridos y alcohólicos, además los que viven en contacto íntimo con un afectado con tuberculosis activo es más probable que se contagien y desarrollen la enfermedad.

El conocimiento permite a los pacientes identificar oportunamente los signos y síntomas de las enfermedades y actuar con mayor interés en la prevención de la diseminación y contagio.

La estrategia utilizada por el MINSA para prevenir la enfermedad es a través de la información, educación y comunicación que permite al individuo adquirir conocimientos sobre este tema; labor que debe cumplir el enfermero en la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis con el objetivo de disminuir la incidencia y prevalencia de esta enfermedad. La carencia de conocimientos genera comportamientos errados y valorizaciones equivocadas con respecto al proceso salud-enfermedad.

La mayoría de los pacientes que tiene tuberculosis carecen de medios económicos y del respaldo educativo básico para poder tomar decisiones oportunas y adecuadas.

Por lo tanto podemos deducir que la mayoría de los pacientes al presentar un nivel de conocimientos de medio o bajo están en riesgo a la limitación en la aplicación de medidas preventivas en relación a la enfermedad, predisponiendo de esta manera al agravamiento de la enfermedad, incremento de la predisposición de contagio a los demás miembros de la familia y comunidad, y el mayor riesgo de mortalidad. Siendo uno de los factores el bajo grado de instrucción que presentan los pacientes con tuberculosis pulmonar.

La tuberculosis es una infección bacteriana causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, llamado Bacilo de Koch.

El tratamiento se basa en combinaciones de fármacos, no todos los bacilos tuberculosis son sensibles a los fármacos y existe el riesgo de mutantes resistentes; para evitar estos problemas es necesario tratar la tuberculosis con numerosos fármacos al mismo tiempo durante un periodo largo. La eficacia

terapéutica depende en gran medida de la voluntad y la capacidad del paciente para tomar los medicamentos de una forma natural, según lo prescrito por el médico. El tratamiento farmacológico asociado de medicamentos de alta eficacia, con la presencia de reacciones adversas mínimas y administradas de manera regular garantiza una alta probabilidad de curación de los pacientes.

El conocimiento viene a ser un factor determinante en la conducta de cada paciente frente a la aceptación del tratamiento y el mejor seguimiento de las indicaciones terapéuticas, entonces se deduce que la mayoría de los pacientes, por tener un nivel de conocimientos entre medio y bajo tendrán limitaciones en el consumo regular de los medicamentos, no prestando atención a los signos de reacción adversa al medicamento, por lo cual el paciente asistirá en forma irregular a recibir el tratamiento farmacológico, esto incide en la aparición de complicaciones específicamente relacionadas a la resistencia a los fármacos, y el mayor riesgo de mortalidad.

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad infecciosa, que requiere diversos cuidados en el hogar, para que sea efectiva la recuperación del paciente. Por eso es necesario que ellos posean conocimientos acerca de los cuidados en el hogar que deben realizar, tales como el manejo de la dificultad para respirar al esfuerzo, que se contrarresta cuando se utiliza periodos de descanso entre sus actividades, lo cual incrementa la tolerancia hacia el esfuerzo físico, la nutrición en los pacientes se ve alterada, ya que la enfermedad es de curso prolongado, la tos y la respiraciones profundas incrementa la demanda de energía, disminuyendo su curva ponderal y en su mayoría los pacientes están desnutridos al inicio de la enfermedad; es preciso que en el hogar los pacientes cubran las necesidades básicas de ingestión de los nutrientes necesarios para cubrir sus demandas.

La mayoría de los pacientes con tuberculosis carecen de medios económicos y el respaldo educativo necesario para mantener un cuidado óptimo en el hogar. Por lo tanto podemos deducir que el alto porcentaje de pacientes que poseen un nivel de conocimiento entre medio y bajo no realizarán los cuidados necesarios en el hogar, lo cual incidirá negativamente en la recuperación del paciente. Posiblemente se relaciona con el bajo grado de instrucción que tienen los pacientes y que un gran número de ellos permanecen fuera de sus hogares durante el día debido a sus ocupaciones.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema

Según un estudio publicado en diciembre del 2009 en el *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* realizado en Iquitos, en la amazonia peruana; la incidencia de la enfermedad es de 106 personas por cada cien mil habitantes y el tiempo promedio transcurrido desde el primer síntoma de la enfermedad hasta que se acude por un diagnóstico es de 61 días, pero hay pacientes que demoran hasta 91 días; por lo que, Carlton Evans, investigador de Innovation for Health and Development (IHD), con sede en el Reino Unido, colaborador de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y uno de los autores de la investigación, dijo a scidev.net que: "este tiempo es más que suficiente para haber contagiado a muchas personas, además creemos que estos resultados obligan a una revisión de las campañas de salud pública porque indican que probablemente los mensajes están creando percepciones equivocadas sobre la tuberculosis".

En países desarrollados, entre el 50 % y 60 % de los usuarios no cumplen el tratamiento médico, cuya razón aún no encuentra una respuesta satisfactoria. El abandono al tratamiento es uno de los factores más importantes que condicionan cepas más resistentes, lo que determina la trasmisión prolongada de *M. Tuberculosis*; traduciéndose en aumento de la incidencia y mortalidad¹.

¹. Salazar Gonzales, Clara Lina, et.al. Factores de riesgo para el abandono al tratamiento contra la TBC en la Ciudad de Medellín .2001 (citado 01 de marzo del 2014). Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/.../online/?l>.

Según estadísticas del Ministerio de Salud (MINSA), siete de cada diez personas pueden adquirirla en la calle. Hay tres tipos de TBC definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS): la tuberculosis sensible, la multidrogorresistente (MDR) y la extradrogorresistente (XDR).

Del total de casos diagnosticados en el año 2012 el 60 % se concentra en Lima y Callao , y el 40 % restante en las regiones de Madre de Dios, Ucayali, Tacna, Loreto e Ica que reportan incidencia sobre el promedio Nacional (67,12 x 100 000 habitantes). A nivel de Lima Ciudad el Distrito de la Victoria, Cercado de Lima y San Luis ocupan los primeros puestos en cuanto a incidencia de tuberculosis, según la S.E-30. 2012 de la dirección de salud V Lima Ciudad; donde se destaca en el distrito de San Luis una TIA de 55.8 por cada 100 mil habitantes, teniendo este una población de 54 630 habitantes.

Situaciones similares se observa en los establecimientos de salud de todo el país. En el C.S. Bellavista existe un gran número de pacientes con tuberculosis pulmonar registrados. Con respecto al conocimiento y las actitudes; se dice que es la reproducción de la realidad en el cerebro humano, que se manifiesta bajo la forma de pensamiento y que en última instancia es determinado por la actividad práctica².

Teniendo presente que la educación es el proceso más eficaz para adquirir el conocimiento científico de los múltiples procesos como fenómenos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento así como para que el individuo modifique su modo de ser, pensar, los hábitos y costumbres y que el conocimiento hace que los individuos identifiquen tempranamente las enfermedades y tengan mayor interés en tomar medidas al respecto, lo cual se

². MINSA. *Tuberculosis en el Perú. Informe 2000. Lima. Perú 2001.*

traduce en que actuarán teniendo en cuenta las medidas preventivas. Asimismo la carencia de conocimientos y de información puede determinar el comportamiento equivocado y erróneas valorizaciones con respecto a la salud.

1.2 Formulación del problema

➤ Problema general

¿Cuál es la Relación entre el Nivel de Conocimientos sobre Tuberculosis Pulmonar y la Actitud de los pacientes sobre los factores de riesgos en el C.S Bellavista?

➤ Problemas específicos

- a) ¿Cómo influye el nivel de conocimientos sobre las medidas preventivas de la tuberculosis de los pacientes sobre los factores de riesgos en el C.S. Bellavista?
- b) ¿Cuál es la relación de las actitudes hacia la aplicación de las medidas preventivas de la tuberculosis de los pacientes sobre los factores de riesgos en el C.S. Bellavista?
- c) ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y la actitud de los pacientes sobre los factores de riesgos en el C.S. Bellavista

1.3 Objetivo General y objetivos específicos

➤ Objetivo General

Conocer la relación entre el nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y la actitud de los pacientes sobre los factores de riesgos en el C.S. Bellavista

➤ **Objetivos específicos**

- a) Identificar los conocimientos sobre las medidas preventivas de la tuberculosis de los pacientes sobre los factores de riesgos en el C.S. Bellavista.
- b) Identificar las actitudes hacia la aplicación de las medidas preventivas de la tuberculosis de los pacientes sobre los factores de riesgos en el C.S. Bellavista.
- c) Establecer la relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y la actitud de los pacientes sobre los factores de riesgos en el C.S. Bellavista

1.4 Hipótesis y/o sistema de hipótesis

Hipótesis de investigación: “Cuando mayor es el nivel de conocimientos de los pacientes sobre tuberculosis pulmonar, sus actitudes serán de aceptación hacia el tratamiento.

Hp. “Existe una relación entre el nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y la actitud de los pacientes sobre los factores de riesgo en el C.S. Bellavista”

H0: “No existe una relación entre el nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y la actitud de los pacientes sobre los factores de riesgo en el C.S. Bellavista”

1.5. Variables

Cuadro N° 01

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Nivel de Conocimientos sobre la tuberculosis pulmonar	Concepto	Tipo de enfermedad
		Forma de contagio
	Signos y síntomas	Tos, Características de los síntomas de la TBC
	Tratamiento farmacológico	Medicamento, ingesta, dosis, importancia, reacciones adversas, resistencia bacteriana.
	Cuidados en el Hogar	Actividad física, alimentación.
	Medidas de Prevención.	Transmisión, examen de control, prevención de contactos, medidas de protección en casa y comunidad.
Actitudes sobre los factores de riesgos.	Actitud hacia el tratamiento farmacológico.	Medicamento, ingesta, dosis, importancia, reacciones adversas, resistencia bacteriana.

	Actitud hacia cuidados en el hogar.	Actividad física, alimentación.
	Actitud hacia medidas preventivas.	Transmisión, examen de control, prevención de contactos, medidas de protección en casa y comunidad.
	Actitud a su forma de vida	Zona de vivienda. Hacinamiento. Nivel económico Tabaquismo. Alcoholismo. Contacto previo a TBC. Zona de vivienda. Sedentarismos. Índice de Masa Corporal.

1.6 Justificación e importancia

Justificación Teórica y Científica.

Establecer las bases y principios de la relación entre el nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y la actitud de los pacientes sobre los factores de riesgo en el C.S. Bellavista.

Justificación Práctica

Conocer la importancia del conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar en su prevención y tratamiento

Importancia

La tuberculosis (TBC) se ha convertido actualmente en un importante problema de salud pública, con una incidencia y una prevalencia que ha ido incrementándose en los últimos años en los países occidentales. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el aumento de la indigencia en grandes ciudades y la inmigración son algunos de los factores relacionados con este incremento. Por otro lado, el retraso en el diagnóstico y el incumplimiento terapéutico han ido dando lugar a la aparición de cepas con resistencia múltiple a fármacos, lo que complica aún más la situación. Por tanto, este estudio es de suma importancia y se justifica porque:

- Hasta el momento no se ha presentado un estudio de este tipo en nuestra región, por varias causas, la principal que nos lleva a realizar esta investigación es la forma discrecional de cómo se maneja este tipo de problema con las autoridades competentes, ya sea del ministerio de Salud y Ministerio del trabajo, para lo cual existe una actitud indiferente ante una situación de mucha trascendencia.
- Este estudio de investigación es relevante porque analiza un problema de salud pública, en el cual el enfermero cumple un rol protagónico dentro de la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis, donde en su mayoría se considera al usuario como un ente exclusivamente biológico y por lo tanto la actividad predominante es la administración del tratamiento farmacológico y desestiman la estrategia de la información, educación, comunicación en el cuidado que como persona integral debe tener todo usuario de salud.

- Por lo que consideramos importante determinar el nivel de conocimientos sobre Tuberculosis Pulmonar que tienen los pacientes y la relación con la actitud con los factores de riesgos.
- Este estudio permitirá conocer si se logran los objetivos protocolizados en el tratamiento terapéutico del componente educativo que el personal de Salud realiza en la estrategia Sanitaria de Control de la TBC, y si este componente educativo tiene efecto en la actitud de aceptación del usuario para su tratamiento.
- El estudio de factores asociados a su magnitud representará una herramienta gerencial y epidemiológica para la planificación, diseño de estrategias de abordaje, manejo y prevención de esta enfermedad.

1.7 Viabilidad

El tema de investigación es viable debido a la importancia del tema por el avance de la globalización de la salud, y porque en el establecimiento de salud existe mucha facilidad de obtener datos de pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar, lo que permitiría recolectar la información necesaria para acceder al usuario.

1.8 Limitaciones

No existe limitación importante preponderante, pues la información se encuentra en todos los niveles, y existe la predisposición de los profesionales de la salud en colaborar con las encuestas y la entrega de la información.

CAPÍTULO II

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Según el estudio: realizado en Colombia por García (2011), Creencias y actitudes del personal de salud frente a la tuberculosis; con el objetivo de identificar las creencias y actitudes en relación a la TBC en trabajadores de la salud de una localidad de Bogotá, con la aplicación de un instrumento a 202 trabajadores de la salud durante el periodo de Marzo a Agosto de 2010. Resultados: Se encontró que el 32,0 % de trabajadores considera la enfermedad transmisible hasta 2 a 3 semanas de iniciado el tratamiento. El 25,0 % de los participantes refirieron que la enfermedad continúa siendo transmisible a pesar del tratamiento. El 48,5 % de los trabajadores respondieron que se sentirían bien al atender a un paciente con TB y el 51,5 % estarían indecisos y/o no se sentirían bien. Los datos preliminares verifican que persisten creencias y actitudes erróneas en relación a la TB, lo cual puede afectar la detección precoz y la adherencia al tratamiento³.

En un trabajo de investigación realizado en Veracruz - México por Mariscal (2007), titulado: “Conocimiento de tuberculosis pulmonar en pacientes y sus contactos en Veracruz, México” con el objetivo: Conocer el nivel de conocimiento de la tuberculosis pulmonar tanto de los pacientes como de

³ García Alvarado, Carlos Andrés; Pedraza Moreno, Lina María; Cruz Martínez, Oscar Andrés; Muñoz Sánchez, Alba Idaly, *Creencias y actitudes del personal de salud frente a la tuberculosis en una localidad, Bogotá abr. 43(1):57-61, 2011. [Citado el 02 de Marzo del 2014] Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=598118&indexSearch=IDX>.*

sus contactos, con una metodología de estudio tipo descriptivo-transversal, a partir de la aplicación de un instrumento a 69 pacientes con tuberculosis pulmonar. Y llegando a las siguientes conclusiones: “que la población tiene un conocimiento medio sobre tuberculosis y su conocimiento en prevención es bajo⁴.

En Nicaragua también se realizó un trabajo por Soza y colaboradores (2005), titulado “Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: resultados de un estudio comparativo”, cuyo objetivo fue: Identificar factores relacionados con el abandono (deserción) del tratamiento de la tuberculosis en centros de salud de los departamentos de Managua y Matagalpa, en Nicaragua. Métodos. Se diseñó un estudio de casos y testigos pareados por edad y por municipio de tratamiento. Se seleccionaron como casos 251 pacientes mayores de 15 años que abandonaron el tratamiento antituberculoso y como testigos pacientes que concluyeron la farmacoterapia, durante el periodo de enero de 1998 a diciembre de 2001. Se obtuvieron datos de aspectos demográficos y socioeconómicos, hábitos de vida y características de la atención. Las variables se seleccionaron y agruparon utilizando un modelo teórico jerarquizado. Por medio de un análisis de regresión logística condicional, se estimó la razón de posibilidades, con un intervalo de confianza de 95%.dandonos los siguientes resultados. Son factores de riesgo de abandono de la farmacoterapia antituberculosa: sexo masculino (OR: 2,51; IC 95 %: 1,63 a 3,94), residencia inestable o en la calle (OR: 3,08; IC 95 %: 1,57 a 6,49), cambio de domicilio

⁴ Araceli Mariscal, Claudia Ramírez Palacios, Javier Fuentes Domínguez, Roberto Zenteno Cuevas; “Conocimiento de tuberculosis pulmonar en pacientes y sus contactos en Veracruz, México” 2007 [citado el 03 de marzo del 2014] disponible en: <http://132.248.9.1:8991/hevila/Altepepaktli/2007/vol3/no6/1.pdf>.

durante el tratamiento (OR: 4,22; IC95 %: 2,06 a 9,93), consumo de bebidas alcohólicas (OR: 5,25; IC95 %: 2,43 a 12,94), uso de drogas ilícitas (OR: 5,25; IC95 %: 2,43 a 12,94), dificultad de acceso a los servicios de salud (OR: 2,64; IC95 %: 1,39 a 5,29) y un concepto negativo de la atención recibida (OR: 5,33; IC95 %: 1,52 a 28,56). Llegando a la Conclusión. Es indispensable establecer en los servicios de salud medidas que contribuyan a abatir el riesgo de abandono. Es importante recuperar la participación social del sector de la salud mediante acciones de enseñanza a los usuarios que acuden a dicho servicio⁵.

Otro estudio realizado en México por Correa y colaboradores (2001), titulado: La tuberculosis pulmonar en un grupo de pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Un enfoque antropológico, con el objetivo de Conocer las causas que influyen en los enfermos para aceptar o rechazar la enfermedad y el tratamiento y, de esta manera proponer una actitud hacia ellos Material y métodos: Se entrevistaron a 50 pacientes con tuberculosis pulmonar, hombres y mujeres que estuvieron internados en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en un período de ocho meses; además, se analizaron los datos contenidos en la Hoja de referencia de tuberculosis y el estudio antropológico de esos enfermos. Para conocer la situación de la tuberculosis en el nivel nacional y mundial, se revisaron los datos estadísticos y epidemiológicos. Resultados: Los conceptos e impresiones de salud, enfermedad y tuberculosis se obtuvieron a través de

⁵ Norma I. Soza Pineda, Susan M. Pereira y Maurício L. Barreto, *Abandono del tratamiento de la tuberculosis en (OPS) Nicaragua 2005 [citado 04 de marzo del 2014] disponible en: http://www.erevistas.csic.es/ficha_articulo.php?url=oai:publications.paho.org:6632&oai_iden=oai_revista107.*

las entrevistas con los usuarios, como también la actitud ante la enfermedad crónica. Conclusiones: Existe una idea generalizada en los usuarios de no haber recibido anteriormente una atención médica correcta y, que los responsables de la salud deben mejorar la comunicación con la población en cuanto a las medidas de prevención y control de la tuberculosis⁶.

A nivel Nacional

En Lima Tello (2006), también realizaron un estudio titulado “Actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el centro de salud “Tablada de Lurín” Noviembre - Diciembre 2005, cuyo objetivo es: Conocer la atención Integral a la persona y familia en riesgo a enfermar y morir por tuberculosis (MINSA, 2001) el estudio es de nivel aplicativo tipo cuantitativo, el método es el Descriptivo de corte transversal, la población en estudio estuvo conformado por los familiares de todos los pacientes que pertenecen al esquema de Retratamiento de Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente (TB MDR) que está compuesta por 16 familiares (uno por paciente); en conclusión: al realizar el Análisis de los Datos Recogidos mediante la aplicación de la Escala Lickert se pudo encontrar que: Existe un porcentaje (62.5 %) considerable que tiene una actitud de aceptación seguido de una actitud de indiferencia de 37.5 % y 0 % de una actitud de rechazo, hacia el Diagnóstico y Tratamiento de la

⁶ Olvera Correa, Tonantzi; Barragán, Solís, Anabella; Olvera Castillo, Romualdo, *La tuberculosis pulmonar en un grupo de pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Un enfoque antropológico* 14(2):99-104, 2001 [citado el 05 de marzo del 2014], disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=306532&indexSearch=ID>

Tuberculosis Pulmonar; con un porcentaje significativo de dirección positiva (100 %) relacionados a aspectos clínicos para el diagnóstico y tratamiento⁷.

En Tacna, Loza y colaboradores (2005), realizaron un trabajo titulado: “Impacto de un programa educativo, en los conocimientos, actitudes y prácticas de la población, con respecto a la incidencia de tuberculosis, en zonas de alto riesgo epidemiológico”; cuyo objetivo es determinar cuál es el impacto de un programa Educativo en los conocimientos, actitudes y prácticas de la población en zonas de alto riesgo epidemiológico, material y métodos: Es un estudio cuasi- experimental con grupo control, con aplicación de encuesta pre y post intervención. (Medición de incidencia) La población en estudio estuvo constituida por dos distritos de alto riesgo epidemiológico, asignando aleatoriamente la población a ser intervenida con el programa educativo como grupo experimental y sin programa educativo como grupo control. Para la selección de la muestra se realizó por el método probabilístico por conglomerados, bietápico, con intervalo, considerando a la familia como unidad básica de estudio, se consignaron como variables dependiente; el nivel de conocimientos, actitud hacia la enfermedad y prácticas que realiza la población respecto a la tuberculosis, como variables confusoras y clasificatorias; las variables demográficas. Se formuló como propuesta de solución un programa de intervención educativo integral y contó como herramientas los conceptos de Información, Comunicación y Educación con trabajo multisectorial y multidisciplinario de la población

⁷ Rojas Tello, Gladys Pilar *actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el centro de salud “Tablada de Lurín” noviembre diciembre 2006 [citado el 03 de marzo del 2014], disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/rojas_tg/html/index-frames.html*

llegando a los siguientes resultados: El grupo experimental mostró valores significativamente más altos que el grupo control en las tres variables con un cambio porcentual promedio de + 8.5. Se realizó comparación y diferencia de medias de entrada y salida de las tres variables dependientes, confirmando que existe una diferencia significativa en los promedios con un $p < 0.01$. Concluyendo que estos resultados nos demuestran que un programa educativo con planes y estrategias de comunicación, información y educación coherentes si logran aumentar el nivel de conocimientos, modifican hacia una actitud positiva y mejora las prácticas de la población hacia el logro de estilos de vida saludables. Respecto a la Incidencia podemos concluir la intervención indica un efecto⁸.

En el Callao, Peláez y colaboradores (1999), realizaron un estudio titulado "Factores socioculturales e institucionales que influyen en el control de los contactos de los pacientes con tuberculosis pulmonar: Centro de Salud Manuel Bonilla – Callao", con el objetivo de determinar los factores socioculturales e institucionales que influyen en el control y despistaje de la enfermedad Por ello se realizó un estudio descriptivo de corte transversal que consistió en el diseño y aplicación de una entrevista a un total de 140 contactos entre 15 y 49 años a través de una visita domiciliaria, cuyo resultado demostró que del total de contactos sólo el 60.7 % asistieron al control de despistaje de la enfermedad, siendo el sexo femenino (38.6 %) las

⁸ Castillo Loza Guadalupe; Zarate Isidro Nell; Güisa Bravo Iris: "Impacto de un programa educativo, en los conocimientos, actitudes y prácticas de la población, con respecto a la incidencia de tuberculosis, en zonas de alto riesgo epidemiológico" Tacna 2005, [citado 04 de marzo del 2014], disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/pvigia/publicaciones/fondo%20concursoable/tuberculosis/517programa%20educativo%202000.pdf>

que más asistieron al control. Los de sexo masculino sólo acuden el 22.1 %, del grupo de desocupados sólo asistió el 18.6 %; el grado de instrucción superior tuvo menor porcentaje de inasistencia; el nivel de conocimiento es de regular (47,1 %) a malo (30 %) aquellos que no recibieron información sobre el despistaje asistieron en menor porcentaje. Concluyendo que el sexo, la edad, la desocupación; así como el nivel de conocimiento de la enfermedad y la información sobre despistaje a través de la visita domiciliaria, influyen en la detección y tratamiento de los contactos, comprobándose que hay asociación entre los factores socio-culturales e institucionales y el control de contactos en el Programa Control TBC⁹.

En Rímac Castillo (1997), en su estudio titulado Factores personales que influyen en el despistaje de tuberculosis pulmonar, en los contactos: Centro de Salud Villacampa – Rímac cuyo objetivo fue determinar y analizar los factores personales identificados y proporcionar medidas correctivas que eviten la resistencia de los contactos a las actividades de despistaje. Se realizó un estudio transversal descriptivo sobre los factores personales que influyen en el despistaje de Tuberculosis Pulmonar, a un total de 132 contactos entre 13 a 25 años de edad. Se aplicó la encuesta a través de una visita domiciliaria, que recogió información sobre antecedentes de la enfermedad, costumbres, conocimientos y creencias. El resultado demostró que del total de contactos: sólo el 27 % (36) asistieron al control o despistaje

⁹ Peláez, Calderón, *Factores socioculturales e institucionales que influyen en el control de los contactos de los pacientes con tuberculosis pulmonar: Centro de Salud Manuel Bonilla - Callao. (B.C.:08f2000: TL-579). (TL-579a) 1999, [citado el 02 de marzo del 2014] disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=339643&indexSearch=IDf>*

de la enfermedad, el 19.04 % (12) fueron de sexo masculino y de sexo femenino el 34.7 % (24). Los que poseen grado de instrucción bajo, el nivel de conocimiento es malo 83.33 %. Las causas de inasistencia al despistaje fueron: 47.27 % habían restado importancia a la enfermedad, carencia de medios económicos 15.9 %, por razón de vergüenza a la enfermedad 13.3 % y el 11.5 % por temor al trato poco acogedor del personal del Centro de Salud¹⁰.

Otro estudio Bojorquez (2005), en su estudio titulado “Conocimientos acerca de la Tuberculosis Pulmonar que tienen los Familiares de los Pacientes Registrados en el Programa de Control de Tuberculosis del Centro de Salud “Conde la Vega Bajo – Cercado de Lima” con el objetivo de determinar cuál es el nivel de conocimientos que tienen los familiares de los pacientes con tuberculosis pulmonar acerca de la tuberculosis pulmonar. Utilizó el método de estudio descriptivo de corte transversal en una población de 29 personas, llegando a la siguiente conclusión: “Los conocimientos que tienen los familiares acerca de la enfermedad, tratamiento farmacológico, profilaxis y cuidados en el hogar de manera global es de medio a bajo, lo que limita a que ellos brinden una atención óptima al enfermo, lo que incidirá negativamente en la recuperación del usuario” ¹¹.

¹⁰ Castillo Paulino, Lidia Carmen, *Factores personales que influyen en el despistaje de tuberculosis pulmonar, en los contactos: Centro de Salud Villacampa – Rímac (32 p. tab.) 1997 [citado el 04 de marzo del 2014], disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=309141&indexSearch=IDf>*

¹¹ Bojorquez CH. Cristina. *Conocimiento acerca de la tuberculosis pulmonar que tiene los familiares de los pacientes registrados en el Programa de Control de Tuberculosis del Centro de Salud Conde de la Vega Bajo – Cercado de Lima. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. UNMSM. Lima-Perú.1995. [citado el 06 de marzo del 2014] disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/huaynates_ca/pdf/huaynates_ca-TH.5.pdf*

A Nivel Local

No existe trabajo alguno realizado en nuestra región y con esta investigación se llenará ese vacío de información

2.2 Bases Teóricas

¿Qué es el conocimiento? Esta pregunta ha sido considerada por las mentes más privilegiadas del pensamiento occidental, desde Aristóteles y Platón hasta la actualidad. El diccionario de la Real Academia Española define conocimiento como: “El producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas sobre las que se sabe o que están contenidas en la ciencia”. El diccionario acepta que la existencia de conocimiento es muy difícil de observar y reduce su presencia a la detección de sus efectos posteriores. Los conocimientos se almacenan en la persona (o en otro tipo de agentes). Esto hace que sea casi imposible observarlos¹².

Mario Bunge define el conocimiento “como el conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto”; considera que “el conocimiento vulgar es vago e inexacto limitado por la observación y el conocimiento científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia”¹³.

¹² Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española, Conocimiento; Vigésima segunda edición.*

¹³ López, F. y Fuertes, A. (1999). *Para comprender la sexualidad. Navarra: EVD.*
<http://www.prenatal.tv/lecturas/peru/PPEtesisIsabel.pdf>

Desde el punto de vista pedagógico; “conocimiento es una experiencia que incluye la representación vivida de un hecho; es la facultad que es del propio pensamiento y de percepción, incluyendo el entendimiento y la razón” ¹⁴.

Desde el punto de vista filosófico Salazar Bondy, lo define como acto y contenido. Dice que el “conocimiento como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental de conocer; este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico” ¹⁵.

2.2.1 Niveles de Conocimiento

El ser humano puede captar un objeto en tres diferentes etapas y, al mismo tiempo, por medio de tres diferentes niveles íntimamente vinculados:

El conocimiento descriptivo: Consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista. Gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano.

¹⁴ Trinquete, Díaz. D. *Adolescentes y el VIH/SIDA ¿Quién dijo que todo está perdido? En revista Sexología y Sociedad. Año 11.No. 27. Abril 2005. La Habana. Cuba.*

¹⁵ UNESCO. (2002). *Estrategia de la UNESCO en educación preventiva del VIH/SIDA*. Vega. A. *Los educadores ante el SIDA*. Ediciones Pirámide. Madrid, 1998. <http://www.monografias.com/trabajos82/prevencion-its-vih-estudiantes/prevencion-its-vih-estudiantes3.shtml#bibliograa>

Conocimiento conceptual: También llamado empírico, con el riesgo de muchas confusiones, dado que la palabra empirismo se ha utilizado hasta para hablar de hallazgos a prueba de ensayo y error.

En este nivel no hay colores, dimensiones ni estructuras universales como es el caso del conocimiento descriptivo: Intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad. La palabra conceptual se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición.

Conocimiento teórico: Consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales¹⁶.

La principal diferencia entre el nivel descriptivo y el teórico reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente, a estos dos tipos de conocimiento. El conocimiento descriptivo es singular y el teórico universal. Por ejemplo, puedo ver y mantener la imagen de mi madre; esto es conocimiento descriptivo, singular. Pero además, puedo tener el concepto de madre, que abarca a todas las madres; es universal. El concepto de madre ya no tiene color o dimensiones; es abstracto. La imagen de madre es singular, y representa a una persona con dimensiones y figura concretas. En cambio el concepto de madre es universal (madre es el ser que da vida a otro ser). La imagen de madre sólo se aplica al que tengo en frente. En cambio, el concepto de madre se aplica a todas las madres. Por esto último

¹⁶ Covarrubias F. *Manual de Técnicas y Procedimientos de Investigación Social desde la Epistemología Dialéctica Crítica*. Oaxaca, México: Ed. Lasser Plus Artes Gráficas; 1998.

puedo concluir y sostener que la imagen es singular y el concepto es universal¹⁷.

Escala Vigesimal (Para medir conocimiento) Evaluación desde la perspectiva de los estudiantes, se ha considerado la siguiente ESCALA, de acuerdo al puntaje obtenido en base a la valoración de los ítems. Es la expresión de una calificación cuantitativa en términos vigesimales en bajo, medio y alto. (Touron, 1984) ESCALA: 0 - 20 pts¹⁸.

Lo cual permitió categorizar el nivel de conocimientos en tres: alto, medio y bajo, quedando de la siguiente manera:

Nivel de conocimientos alto: calificación más que bueno cuando se obtuvo una puntuación de: 24 – 35 puntos.

Nivel de conocimientos medio: calificación más que regular, cuando se obtuvo una puntuación de: 12 - 23 puntos.

Nivel de conocimientos bajo: similar a la nota desaprobatoria, cuando se obtuvo una puntuación de: 0 – 11 puntos.

a). Actitud

Definiciones

La Real Academia Española menciona tres definiciones de la palabra actitud, un término que proviene del latín *actitūdo*, la actitud es la disposición de un ánimo que se manifiesta de algún modo (por ejemplo, una actitud amenazadora). Las otras dos definiciones hacen referencia a la postura: de un cuerpo humano (cuando expresa algo con eficacia o cuando es

¹⁷ NAVARRO, Edgar; VARGAS, Rusvelt (2003) "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados". Colombia. 5, pags. Disponible en: [En www.google.com.pe](http://www.google.com.pe)

¹⁸ Mejía Mejía Elías y Bravo Cabrejos Jorge "Metodología de la Investigación Científica" Lima- Perú 2005. <http://es.scribd.com/doc/56942915/11/Clasificacion-de-las-variables>.

determinada por los movimientos del ánimo) o de un animal (cuando llama la atención por algún motivo) ¹⁹.

Eiser define la actitud de la siguiente forma: predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social. En la Psicología Social, las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas. Para el mismo autor de la obra *fish*, la actitud se refiere a un sentimiento a favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social, o cualquier producto de la actividad humana. Basándose en diversas definiciones de actitudes, Rodríguez definió la actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente pero sujetas a inferencias observables²⁰.

Funciones de las Actitudes

En los procesos cognitivos, emotivos, conductuales y sociales, son múltiples. La principal función resulta ser la cognoscitiva. Las actitudes están en la base de los procesos cognitivos-emotivos prepuestos al conocimiento y a la orientación en el ambiente. Las actitudes pueden tener funciones instrumentales, expresivas, de adaptación social (como en los estudios de

¹⁹ Eiser, J.R. (1999). *Psicología Social*. Madrid: valencia. ISBN

²⁰ Whitaker JO, Sandra J. *Psicología*. 5 Ed. México: McGraw Hill / Interamericana; 1989

Sherif sobre la actitud en relación al in group, el propio grupo de referencia y el outgroup, el grupo externo), ego defensivo (un ejemplo clásico es el estudio sobre la personalidad autoritaria de Adorno en los años 50) ²¹.

Perspectiva de la Actitud

Una actitud es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente. También se define como las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Las actitudes son aprendidas en consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos biosociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Tienden a permanecer bastantes estables con el tiempo. Siempre estas son dirigidas hacia un objeto o idea particular²².

Una vez formada, es muy difícil que se modifique una actitud, ello depende en gran medida del hecho de que muchas creencias, convicciones y juicios se remiten a la familia de origen. En efecto, las actitudes pueden haberse formado desde los primeros años de vida y haberse reforzado después. Otras se aprenden de la sociedad, como es el caso de la actitud negativa ante el robo y el homicidio; por último otras dependen directamente del individuo²³.

²¹ "Psicología Social" de R. Baron y D. Byrne – Editorial Prentice Hall – ISBN 0-205-18944-X.

²² Kagan J. Reflexión-Impulsividad: La generalidad y la dinámica conceptual de tiempo. En *Psicología, Journal of Abnormal* 1996; 71. 17-24.

²³ Morales J. *El comportamiento en las etapas del desarrollo humano*. [monografía en Internet]. 2003. [alrededor de 5 pantalla]. <http://www.monografias.com/trabajos16/comportamientohumano/comportamiento-humano.shtml>.

Medición de las Actitudes Las escalas de medición de las actitudes se componen de afirmación que expresan varias opiniones posibles sobre un tema. Las escalas de medición de actitudes van desde tres hasta siete puntos, según las investigaciones precedentes y los métodos estadísticos. Por lo general, las personas responden a cada reactivo en una escala de cinco puntos que van desde “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo”. Al combinar las puntuaciones de todos los reactivos se puede calificar la aceptación o rechazo general de una persona hacia un asunto en particular. Cuando se usan en encuestas públicas, la escala de actitud proporciona información útil acerca de los sentimientos de segmentos grandes de la población²⁴.

Importancia de las actitudes

Las actitudes son importantes por dos simples razones. En primer lugar, influyen fuertemente en el pensamiento social o forma en que pensamos sobre la información social y la procesamos. Las actitudes a menudo funcionan como esquemas, marcos cognitivos que poseen y organizan la información sobre conceptos específicos, situaciones o acontecimientos. Algunos hallazgos indican que cuanto mayor sea la importancia de diversas actitudes, mayor será la tendencia de los individuos a hacer uso de estas actitudes en el procesamiento de la información, en la toma de decisiones y por supuesto, en la realización de acciones específicas. Finalmente, la importancia de la actitud también surge de la relevancia de valores, cuanto

²⁴ Coon, D. (1999). *Psicología “Exploración y aplicaciones”*. (pp. 667, 677, 678, 679). México. Editorial Internacional Thomson S. A.

más estrechamente esté conectada una actitud a los valores personales de un individuo, mayor es su importancia²⁵.

b). Tuberculosis Pulmonar

Definimos la tuberculosis pulmonar como una infección bacteriana causada por el *Mycobacterium Tuberculosis*, también llamado Bacilo de Koch, que es un bastoncito de 2 a 4 micras de longitud y 3 micras de espesor (15). Su transmisión es a través de los microorganismos que son transportados en gotitas por el aire de 1 a 5 metros, la vía principal de entrada es la vía aérea, a través de la inhalación, la cual se produce cuando el enfermo bacilífero tose, conversa, estornuda o ríe y lanza al exterior aerosoles que contienen la bacteria penetrando hasta los bronquios y alvéolos donde pueden ocasionar la enfermedad dependiendo de las defensas del huésped, el tamaño del inocuo y su virulencia.

La tuberculosis es una enfermedad que afecta principalmente a la población con menos recursos, así mismo, existen ciertas condiciones que favorecen su presencia entre las cuales tenemos como más relevantes el hacinamiento y la desnutrición debido a que esta última llega a producir numerosas alteraciones metabólicas afectando también su mecanismo inmunológico y como consecuencia, son más susceptibles de adquirir enfermedades infecciosas.

Tras la exposición inicial, se desarrolla una infección tuberculosa localizada, que en la mayoría de los casos cicatriza de forma espontánea. Queda una lesión calcificada (nódulo de Ghon), y la enfermedad clínica puede aparecer

²⁵ Morris, Ch. y Maisto, A. (1998). *Psicología*. (pp. 586). México. Edición Pearson Educación

muchos años más tarde. Entre las personas con mayor riesgo de tuberculosis se incluyen las inmunocomprometidas, por ejemplo las infectadas por VIH, las que viven bajo condiciones de hacinamiento, por ejemplo en barrios pobres, cárceles, asilos y refugios para desamparados y los adictos a las drogas intravenosas, alcohólicas, desnutridos o ancianos. Además los que viven en contacto íntimo con un afectado por tuberculosis activa es más probable que se contagien y desarrollen la enfermedad. Ello implica en parte la mayor incidencia de tuberculosis de poblaciones pobres y hacinadas²⁶.

c). Manifestaciones clínicas para el Diagnóstico.

Los síntomas de la enfermedad varían entre unos usuarios y otros, dependiendo de la extensión de la enfermedad. El síntoma más habitual de la tuberculosis pulmonar es la tos. Al principio, la tos puede ser no productiva, pero si la enfermedad progresa sin tratamiento se convierte en productiva, con expectoración hemoptisis, pero la hemorragia sólo se observa en la enfermedad cavitaria extensa.

Cuando se afecta el tejido pulmonar próximo a la pleura, aparecerá dolor torácico de tipo pleurítico. Ese dolor suele ser agudo y empeora con la respiración profunda o con la tos. Los enfermos con enfermedad extensa presentan síntomas sistémicos, por ejemplo fiebre, sudores nocturnos, malestar general, pérdida de peso, anorexia y fatiga.

²⁶ MINSA. *Tuberculosis en el Perú. Informe 2000. Lima. Perú 2001*

Exámenes diagnósticos: el diagnóstico de la tuberculosis descansa en diferentes pilares de diferente importancia clínica: la baciloscopía, a través de la muestra de esputo y la radiología. Baciloscopía: la baciloscopía ha sido adoptada por la mayoría de los países en desarrollo, es el procedimiento diagnóstico de elección en enfermos sintomáticos, además de ser simple, rápido, específico y barato.

Es el diagnóstico seguro de tuberculosis, identificándose bacilos alcohol ácido resistentes (BAAR) a través del examen microscópico directo de la expectoración obtenidos temprano por la mañana, después que se acumula el esputo por la noche, ya que éstos tienden a ser más voluminosos y están menos contaminados; mediante la baciloscopía se confirma con una especificidad del 100 % ²⁷.

A pesar de todo es mejor disponer de más de una muestra positiva para asegurarnos bien de que se trata de tuberculosis. Es necesario instruir a los usuarios para obtener una buena muestra para evitar secreciones nasofaríngeas o saliva; la expectoración se recoge en un frasco limpio y seco provisto de una tapa y de una etiqueta donde se coloca la fecha y nombre del usuario y la eficacia del estudio bacteriológico depende de una buena muestra bien conservada aunque sea a temperatura ambiente y puede ser procesada más de una semana después de obtenida.

Radiología (radiografía torácica): la radiografía de tórax es el método más sensible para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar ya que certifica, con

²⁷ Bojorquez CH. Cristina. Conocimiento acerca de la tuberculosis pulmonar que tiene los familiares de los pacientes registrados en el Programa de Control de Tuberculosis del Centro de Salud Conde de la Vega Bajo – Cercado de Lima. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. UNMSM. Lima-Perú.1995. [citado el 06 de marzo del 2014] disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/huaynates_ca/pdf/huaynates_ca-TH.5.pdf

la baciloscopía, la enfermedad. El problema es el costo, la accesibilidad y es menos específico que la bacteriología, las imágenes radiológicas que produce la tuberculosis pulmonar entran en el diagnóstico diferencial de toda la patología respiratoria y de muchas enfermedades sistémicas a pesar de que se insiste mucho en su inespecificidad, con frecuencia bastante sugerentes. Reacción de la tuberculina (PPD): la reacción de la tuberculina por razones que no se conocen bien, es de poca ayuda diagnóstica, pero es muy útil como complemento del diagnóstico de la tuberculosis infantil.

Tratamiento de la Tuberculosis

Los medicamentos esenciales más utilizados por el CCT del Ministerio de Salud son: Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida, Estreptomina y Etambutol. Se tienen en cuenta tres propiedades fundamentales de los medicamentos antituberculosos: capacidad bactericida, capacidad esterilizante y capacidad de prevenir la resistencia²⁸.

Los medicamentos antituberculosos poseen estas propiedades en grados diferentes. La isoniacida, rifampicina y pirazinamida son los medicamentos bactericidas más potentes, activos contra todas las poblaciones de bacilos tuberculosos.

La isoniacida actúa sobre poblaciones de multiplicación continua; la rifampicina interfiere con la duplicación del material genético del *Mycobacterium tuberculosis*, la pirazinamida es activa en medio ácido contra los bacilos que se encuentran en el interior de los macrófagos²⁹.

²⁸ MINSa. *Tuberculosis en el Perú. Informe 2000. Lima. Perú 2001*

²⁹ MINSa. *Tuberculosis en el Perú. Informe 2000. Lima. Perú 2001*

Debido al hecho de que estos tres medicamentos (isoniacida, rifampicina y pirazinamida) pueden eliminar al bacilo en cualquier localización extra o intracelular. Se les conoce como el núcleo básico del tratamiento antituberculoso.

La estreptomicina tiene también propiedades bactericidas contra ciertas poblaciones de bacilos tuberculosos, y es activa contra los que se encuentran en fase de multiplicación extracelular rápida.

El etambutol es un fármaco bacteriostático que se asocia a medicamentos bactericidas más potentes para evitar la emergencia de bacilos resistentes.

El tratamiento farmacológico acertado ha demostrado ser una de las intervenciones sanitarias altamente eficaces en el control de la tuberculosis.

Para que esto suceda es importante que los medicamentos que conforman el arsenal terapéutico sean utilizados de manera racional a través de un programa de lucha contra la enfermedad integrado al conjunto de acciones de salud en todos sus niveles. Las condiciones esenciales que debe cumplir la quimioterapia acertada son:

- Tratamientos con asociación de medicamentos de alta eficacia que eviten la selección de mutantes resistentes y, por lo tanto, la aparición de fracasos.
- Tiempo suficiente de tratamiento y con el menor número de tomas que asegure un bajo porcentaje de recaídas.
- Reacciones adversas mínimas que permita ser más aceptable por parte de los enfermos.
- Administración de medicamentos bajo estricta supervisión que garantice el cumplimiento del tratamiento. Este es el factor más

importante para la curación de todas las personas enfermas, lo cual es la base del programa de control.

Debido a las connotaciones sociales de la tuberculosis y el alto costo de los medicamentos, el estado garantiza el acceso al tratamiento a todos los enfermos con tuberculosis de este mal y la gratuidad del mismo.

La eficacia terapéutica se establece mediante examen mensual de muestra de esputo, hasta que se hacen negativas. Hacia el final del tercer mes de tratamiento, el 90 % de los esputos positivos se habrán convertido en negativos para *M. Tuberculosis*. La eficacia terapéutica depende en gran medida de la voluntad y la capacidad del usuario para tomar los medicamentos de una forma regular, según lo prescrito. La toma esporádica de la medicación se asocia con fracaso terapéutico y desarrollo de cepas de *M. Tuberculosis* resistentes a los fármacos. Los ciclos terapéuticos más cortos a mayores tasas de recidiva³⁰.

El tratamiento farmacológico considera dos fases:

- Comienzo con una primera fase diaria de ataque intensivo para reducir rápidamente la población bacilar inicial y prevenir la resistencia (fase bactericida).
- Continuación con una segunda fase de consolidación (bisemanal) por tiempo suficiente para la eliminación de los bacilos persistentes y evitar las recaídas (fase esterilizante).

³⁰ OPS. *Condiciones de salud en las Américas*. Washington D.E. 1999.

Las reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFAS) más frecuentes son: náuseas, dolores gástricos, insomnio, euforia, síndrome gripal y anorexia, pero se presentan otras reacciones que se presenta en el siguiente cuadro

Cuadro N 01. Las reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFAS) más frecuentes.

FÁRMACO	RAFA COMÚN
Estreptomina	Daño auditivo y vestibular, dolor en el lugar de inyección, parestesias.
Isoniacida	Neuropatía periférica, hepatitis
Rifampicina	Anorexia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, hepatitis, dolor anaranjado de secreciones
Etambutol	Neuritis óptica.
Pirazinamida	Dolor articular, hepatitis

- En relación al tratamiento farmacológico, existen cuatro esquemas de tratamiento antituberculoso, el esquema de tratamiento uno está indicado para personas diagnosticadas por primera vez con tuberculosis pulmonar, el cual tiene una duración de 6 meses, está dividido en 2 fases, la primera fase dura 2 meses y es aquella en la que se trata con más fuerza a la enfermedad, durante esta etapa se toman pastillas a diario excepto domingos y feriados³¹.

³¹ OPS. *Condiciones de salud en las Américas*. Washington D.E. 1999.

- A continuación se detalla el esquema de tratamiento uno y esquema de tratamiento dos incluidos en la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis:

Cuadro N 02. Tratamiento Esquema Uno Duración: 6 meses (82 días) Indicado:
para todas las formas de tuberculosis (pacientes nuevos)

FASES	DURACIÓN	FRECUENCIA	MEDICAMENTOS Y DOSIS	TOTAL POR ENFERMO
1ra	2 meses (50 dosis)	Diario, excepto domingo y feriados	Etambutolx400mg (3 tabletas) Isoniacidax100mg (3 tabletas) Rifampicinax300mg (2 cápsulas) Pirazinamidax500mg (3 tabletas) 1ra Estreptomina (1gr)	E.x400mg=150 tabletas H.x100mg=406 tabletas R.x300mg=164 tabletas Zx500mg=150 tabletas Sx1gr=50 amp
	1 mes (25 dosis)	Diario , excepto domingos y feriados	Rifampicina x 300mg (2 cápsulas) Isoniacida x 100mg (3 tabletas) Pirazinamidax500 mg (3 tabletas) Etambutol x 400mg (3 tabletas	
2da	4 meses (32 dosis)	Dos veces por semana	Isoniacidax100mg (8 tabletas) Rifampicinax300mg (2 cápsulas) Etambutol x 400mg (6 tabletas) ³² .	

³² OPS. *Condiciones de salud en las Américas*. Washington D.E. 1999.

Prevención de la tuberculosis

Tiene como finalidad evitar la infección por tuberculosis y en caso de que esta se produzca, tomar medidas para evitar el paso de infección a enfermedad. Las medidas preventivas están dirigidas a evitar la diseminación del Bacilo de Koch.

Las principales medidas preventivas son:

- Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la tuberculosis pulmonar frotis positivo: la medida preventiva más eficaz para evitar el contagio eliminando las fuentes de infección presentes en la comunidad a través de la detección, el diagnóstico precoz y el tratamiento completo de los casos de tuberculosis pulmonar frotis positivo.
- Vacunación BCG: la vacuna BCG (Bacilo de Calmette – Guerin) es una vacuna viva y atenuada obtenida originalmente a partir del *Mycobacterium bovis*. Su aplicación tiene como objetivo provocar la respuesta inmune útil que reduce la morbilidad tuberculosa post-infección primaria. La vacuna BCG se aplica gratuitamente a los recién nacidos. Su importancia radica en la protección que brinda contra las formas graves de tuberculosis infantil, especialmente la meningoencefalitis tuberculosa y la tuberculosis miliar en la población menor de 5 años³³.

Control de contactos

Se denomina contactos a las personas que conviven con el enfermo de tuberculosis. La actividad de control tiene por objetivo detectar casos de

³³ MINSA. *Tuberculosis en el Perú. Informe 2000. Lima. Perú 2001*

tuberculosis entre los contactos y prevenir el riesgo de enfermar. El examen de los contactos de un enfermo tiene carácter prioritario porque son las personas que han estado expuestas al contagio y tienen mayor posibilidad de haberse infectado recientemente y desarrollar la enfermedad.

Quimioprofilaxis:

Es la administración de isoniacida a los contactos de pacientes menores de 15 años ya a pacientes con infección por VIH sin evidencia de tuberculosis. Su objetivo específico es prevenir y/o disminuir el riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa en los infectados.

La organización y cumplimiento de la quimioprofilaxis estará bajo responsabilidad de enfermería. Educación para la salud: es un proceso de diálogo – información – reflexión acción dirigido al enfermo a conseguir la adopción de una conducta que disminuya la transmisión de la infección en la comunidad. Su objetivo es lograr que la población conozca las formas de protegerse y que actúe en concordancia con ellas. El contenido de la educación se vincula a la importancia y necesidad de contribuir a:

- Que los sintomáticos respiratorios identificados sean examinados por baciloscopía.
- Que los enfermos reciban tratamiento completo y supervisado y evitar que lo abandonen.
- Que los contactos sean examinados por el personal de salud
- Que los contactos menores de 15 años de enfermos con TBP- FP sin evidencia de enfermedad activa, reciban quimioprofilaxis.

La metodología educativa debe asegurar, en primer lugar la participación de las personas y que éstas expresen sus puntos de vista, favoreciendo un diálogo horizontal para concluir en decisiones informadas a favor de los usuarios³⁴.

Los cuidados en el hogar que se brinda al paciente con tuberculosis pulmonar deben incluir: Descanso: los enfermos con tuberculosis pulmonar presentan disnea al esfuerzo, incrementan su frecuencia respiratoria, motivo por el cual los periodos del descanso entre las actividades incrementan la tolerancia a la actividad y disminuye la disnea, mejorando la frecuencia respiratoria. Alimentación: la nutrición de los enfermos con tuberculosis pulmonar se ve alterada, ya que la enfermedad es de curso prolongado.

La tos y las respiraciones profundas incrementan la demanda de energía, disminuyendo la curva ponderal del enfermo; y en su mayoría los pacientes están desnutridos al inicio de la enfermedad. Es preciso por ello que en el hogar los pacientes cubran las necesidades básicas de ingestión de proteínas que se catalizan en energía³⁵.

Medidas de saneamiento: cualquiera es susceptible de contraer la tuberculosis si inspira los bacilos que exhala un enfermo o portador al hablar, estornudar, toser o expectorar.

Estas bacterias pueden permanecer suspendidas en el aire durante horas, incluso años. Es por ello que entre las medidas de saneamiento se incluyen

³⁴ MINSa. *Tuberculosis en el Perú. Informe 2000. Lima. Perú 2001*

³⁵ MINSa. *Tuberculosis en el Perú. Informe 2000. Lima. Perú 2001*

la técnica del cuidado durante 30 días del tratamiento farmacológico luego del cual el paciente ya no contagia. Se considera las siguientes medidas:

- Poseer un cuarto privado, dormir solo.
- El paciente al momento de toser o estornudar debe cubrirse la boca y nariz con papel o con la mano y luego lavárselas.
- El papel utilizado embolsarlo y desecharlo.
- Limpiar el polvo de los muebles con trapo húmedo y trapear el piso con desinfectante o simplemente agua.
- Ventilar el cuarto donde duerme el enfermo;
- Abrir las ventanas para que ingrese los rayos solares que emiten radiaciones ultravioletas, la cual destruye al *Mycobacterium tuberculosis*.

La alimentación diaria en el desayuno, almuerzo y comida debe contener estos tres tipos de alimentos: los constructores que ayudan a construir tejidos y aportan masa muscular, en este grupo se encuentran el pollo, carne, queso, pescado, huevos, leche, quinua, etc., dentro del grupo de los energéticos se encuentran: la papa, camote, yuca, habas, harina, choclo, aceite, etc. que dan energía para realizar las actividades diarias, ayudan a mantener el peso y permiten el crecimiento y desarrollo; en el grupo de los reguladores que favorecen el funcionamiento del cuerpo, dan vitaminas y minerales tenemos las verduras y frutas³⁶.

Dentro de las medidas preventivas para evitar el contagio tenemos:

³⁶ MINSA. *Tuberculosis en el Perú. Informe 2000. Lima. Perú 2001*

- El paciente al momento de toser debe taparse la boca y nariz con un papel o con la antebrazo y luego lavárselas.
- El papel utilizado embolsarlo y luego desecharlo.
- Ventilar el cuarto donde duerme el enfermo, abrir las ventanas para que ingresen los rayos solares que emiten radiaciones ultravioletas, las cuales destruyen al Bacilo de Koch.
- Que el paciente duerma solo en una habitación y de no ser posible, solo en una cama mientras sea BK positivo.
- Limpiar el polvo de los muebles con trapo húmedo y trapear el piso con desinfectante o simplemente agua.
- Mantener una nutrición balanceada.

Rol de la enfermera en el componente de control de la tuberculosis.

Es responsabilidad de la enfermera, la atención integral e individualizada dirigida al paciente, su familia y la comunidad y pone énfasis en la educación, control y seguimiento del enfermo con tuberculosis y sus contactos, con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbimortalidad por tuberculosis. Entre las actividades de enfermería en el seguimiento de casos están:

Entrevista de enfermería: es una de las actividades de la atención integral e individualizada, debe realizarse con calidad y calidez a la persona enferma de tuberculosis y su familia, con fines de educación, control, y seguimiento.

Tiene como objetivos educar al paciente y su familia sobre la enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento supervisado y la baciloscopía de control mensual, contribuir a la adhesión del paciente al

tratamiento mediante una buena comunicación, indagar sobre antecedentes de tratamiento, contribuir a un adecuado seguimiento de casos y estudio de contactos e identificar en el paciente conductas de riesgo a fin de realizar un trabajo de consejería.

Realiza tres entrevistas: la primera al iniciar el tratamiento, la segunda se realiza al terminar la primera fase del tratamiento para controlar la evolución del paciente, los exámenes y análisis de la tarjeta de tratamiento y la tercera se realiza al término del tratamiento con la finalidad de recomendar al paciente que si en caso presenta sintomatología respiratoria acuda al establecimiento de salud³⁷.

Se realizan otras entrevistas si el paciente no acude al establecimiento de salud para recibir su tratamiento, en caso de reacciones adversas a los fármacos antituberculosos, completar el estudio de contactos, si el paciente va a cambiar de domicilio.

Visita domiciliaria:

Esta actividad consiste en acudir al domicilio del enfermo de tuberculosis con la finalidad de educar al paciente y su familia. Deberá dentro de las primeras 48 horas de realizado el diagnóstico.

Tiene como objetivos educar al paciente y su familia, identificar problemas de salud y brindar alternativas de solución, contribuir al éxito del tratamiento antituberculoso recuperando al paciente inasistente, completar el seguimiento de los casos en tratamiento y optimizar el control de contactos.

³⁷ MINSA. *Tuberculosis en el Perú. Informe 2000. Lima. Perú 2001*

Organización y administración del tratamiento:

Es responsable de garantizar la correcta administración del tratamiento antituberculoso. El tratamiento es estrictamente supervisado y ambulatorio. El personal de enfermería se asegurará de que el paciente ingiera los medicamentos en una sola toma al día en todos los servicios de salud. La adhesión del enfermo al tratamiento depende en gran parte de la relación establecida entre el paciente, el personal de enfermería que lo administra y el establecimiento de salud.

Uso del tarjetero:

El personal de enfermería debe implementar un sistema de tarjetero³⁸.

Referencia y contrarreferencia:

La referencia se realiza cuando un establecimiento de menor complejidad envía al paciente a otro de mayor complejidad para resolver un problema de diagnóstico y tratamiento. La contrarreferencia consiste en el informe de la actividad realizada, en el cual se sugiere el diagnóstico o manejo terapéutico del paciente con tuberculosis cuando retorna de un establecimiento de mayor complejidad. Ambas actividades serán monitoreadas por el personal de enfermería.

³⁸ MINSA. *Tuberculosis en el Perú. Informe 2000. Lima. Perú 2001*

Derivación y transferencia a otros establecimientos:

Constituye el reflejo operativo de la capacidad de organización, comunicación y coordinación del programa. La derivación se realiza cuando el paciente es diagnosticado en un establecimiento de salud que no se encuentra dentro de su zona de vivienda o de trabajo y es enviado al establecimiento de salud más cercano a su domicilio a fin de garantizar el tratamiento supervisado. La transferencia se realiza cuando un paciente con tuberculosis que es ingresado y notificado en un establecimiento de salud, solicita ser atendido en otro por cambio de domicilio o trabajo.

Administración de quimioprolifaxis: consiste en la administración de isoniacida a personas con riesgo de desarrollar una tuberculosis En cuanto la definición a La Estrategia Sanitaria de Control de la Tuberculosis ESCTBC es el órgano técnico normativo dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas, responsable de establecer la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú; garantizando la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y supervisado a todos los enfermos con tuberculosis, con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad. En el Perú, la ESCTBC cuenta con los medios técnicos de diagnóstico accesibles y esquemas de tratamiento de alta eficacia para afrontar con éxito el desafío de este grave problema de salud pública, en el contexto de un país con recursos limitados³⁹.

³⁹ MINSA. *Tuberculosis en el Perú. Informe 2000. Lima. Perú 2001*

La Tuberculosis.

La Tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por diversas especies de micobacterias globalmente conocidas con el hombre de "bacilo tuberculoso", que afecta habitualmente a los pulmones aunque puede dañar también cualquier órgano o tejido de la economía. Es una enfermedad contagiosa, potencialmente prevenible y fácilmente tratable, es una infección oportunista que se asocia con frecuencia al VIH. Su mortalidad se eleva por el retraso en el diagnóstico y el tratamiento, y las dificultades con la adherencia terapéutica y la respuesta inadecuada frente al tratamiento⁴⁰.

Esta enfermedad cuyo agente causal ambiental es el *Micobacterium tuberculosis*, descubierto por Roberto Koch en 1882, fue al inicio del siglo XX la causa más frecuente de muerte en zonas templadas y segunda (después del Paludismo) en zonas tropicales.

Es uno de los problemas de salud más descuidados del mundo^{41 42} y actualmente es la causa principal de muerte por enfermedades infecciosas en adultos, representa la cuarta parte de las defunciones prevenibles en adultos en países en desarrollo y está cobrando fuerza nuevamente en países industrializados.

En los países denominados "en desarrollo", (donde se considera una epidemia incontrolable) se localiza el 95 % de los enfermos y el 98 % de las

⁴⁰ La tuberculosis: grave peligro para la humanidad. *Bol Of Sanit Panam.* 1996;120(4):327-8..

⁴¹ Cuba. Ministerio de Salud Pública. *Lo que usted debe conocer sobre la tuberculosis. Condensación de documentos.* La Habana: Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Pág. 1-11. Mayo de 1997.

⁴² Pablos Méndez A, Sterling TR, Prieden TR. *Relación entre el tratamiento tardío o incompleto y la mortalidad por cualquier causa en los pacientes con tuberculosis.* RESUMED 1997,10(3):127.

defunciones por Tuberculosis. Según cálculos realizados, la tercera parte del mundo está infectada⁴³.

Unos 3 millones de personas mueren cada año por esta enfermedad, (más que de SIDA y la Malaria juntos) de la que se cuentan ya 30 millones de enfermos en el mundo (...). La Organización Mundial de la Salud (OMS) está advirtiendo el peligro que se tiende sobre la humanidad, pues ha anunciado que en la próxima década se contarán en 300 millones los nuevos infectados, habrá unos 90 millones de enfermos y se lamentarán alrededor de 30 millones de defunciones por su causa⁴⁴, y que un poco más tarde se anunciarán 70 millones de muertes, si no se toman medidas efectivas antes del año 2020, contra la enfermedad, que alcanza rasgos de epidemia en unos 22 países del mundo (donde se ubica el 80 % de los casos), entre ellos: Brasil, México, Perú, China, R. P. Congo, India, Indonesia, Irán, Pakistán, Filipinas, Rusia y Sudáfrica.

Epidemiología Etiológica

En la mayoría de los casos no se puede determinar por qué una persona en particular desarrolla o no desarrolla tuberculosis después de haber sido infectada con el bacilo tuberculoso. Por otra parte, se han identificado una multitud de factores que aumentan el riesgo de progresión de una infección subclínica con *M. Tuberculosis* a la enfermedad tuberculosa.

⁴³ Spence DPS. Tuberculosis, una enfermedad vinculada con la pobreza. Rev. Cubana MedGen Integra 1994;10(2):155

⁴⁴ Spence DPS. Tuberculosis, una enfermedad vinculada con la pobreza. Rev. Cubana MedGen Integra 1994;10(2):155

Algunos de ellos pueden tener un impacto considerable debido a que no sólo son factores potentes, sino que también pueden ser altamente prevalentes en la población general. La importancia de un factor de riesgo para la salud pública está determinada tanto por la fuerza de la asociación como por su prevalencia en la población⁴⁵.

Tuberculosis y desigualdad urbana

La pobreza cada vez más acusada y la falta de viviendas dignas en los núcleos urbanos también se asocian a esta nueva aparición de la tuberculosis. Las relaciones entre la tuberculosis, la vida urbana y la pobreza, se han puesto de manifiesto en los estudios llevados a cabo en lugares tan dispares como Dinamarca y Puerto Rico. Está claro que el incremento del número de gente pobre y malnutrida que padece situaciones de hacinamiento y falta de higiene facilita la transmisión de la tuberculosis. En los barrios pobres, la combinación de hacinamiento y escasa ventilación implica con frecuencia que una persona con TB, si no recibe los cuidados requeridos, transmitirá la infección a otros 10 o 15 individuos cada año⁴⁶.

⁴⁵ Desormeaux J, y otros. Servicio de orientación y detección del VIH vinculado a un programa comunitario antituberculoso en una población de alto riesgo. *Bol. Of Sanit Panam* 1996;120(6):463-71

⁴⁶ Organización Panamericana de la Salud. Efecto letal de las tuberculosis en pacientes con SIDA. *Rev Panam Salud Pública* 1997; 1(2):146....463-71

Edad

La enfermedad afecta a todas las edades, sobre todo jóvenes adultos o personas en edad madura⁴⁷. Un estudio de 229 casos de Tuberculosis, diagnosticados y registrados mediante cultivos en Nueva York, señaló mayoría de hombres (74 %) y edad promedio de 37 años⁴⁸. La tendencia generalmente observada a una incidencia más alta de la enfermedad con el aumento de la edad. Los costos sociales y económicos de la tuberculosis son enormes, sobre todo porque su incidencia se concentra en los adultos de edades comprendidas entre 15 y 54 años, los cuales constituyen la capa más productiva de la población. Del total de muertes que podrían evitarse, el 26 por ciento corresponde a la TB. Según unas previsiones recientes, se cree que la economía tailandesa perderá el equivalente a 7.000 millones de dólares para el año 2015 tan sólo a consecuencia de la tuberculosis. Y en la India las pérdidas económicas debidas a las muertes por TB ascienden a más de 370 millones de dólares anuales. Además, el fallecimiento o la discapacidad de un adulto inserto en el mundo laboral afecta también a su entorno familiar más inmediato, porque la TB golpea sobre todo a aquellas familias en las que más necesarios son los recursos económicos que podría aportar el afectado⁴⁹.

⁴⁷ *La tuberculosis: grave peligro para la humanidad. Bol Of Sanit Panam. 1996;120(4):327-8*

⁴⁸ *Mc Colloster P, Neff NE. Tratamiento ambulatorio de la tuberculosis. RESUMED. 1997;10(1):31*

⁴⁹ *Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana. 1992-2000. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas, 1992:18*

Sexo

Parece ser que existe una diferencia entre hombres y mujeres en lo que respecta a las tasas de incidencia de la tuberculosis después de la infección, el estudio de vacunación BCG de puerto Rico se constató que el riesgo de Tb en las mujeres infectadas era también más alto que en los hombres infectados en el grupo de edad de 15 a 44 años⁵⁰.

Masa Corporal

Hay evidencia que la incidencia de la tuberculosis está estrechamente relacionada con la masa corporal de los sujetos en un estudio sobre BCG en Georgia / Alabama en EEUU se observó que las personas con peso corporal inferior al ideal es 2.2 a 4 veces mayor que en aquellas con peso normal para su altura⁵¹.

Factores Medio ambientales

Tabaquismo

Según el informe anual de la OMS de 1999 se ha demostrado que el fumar causa el 12 % de todas las muertes por tuberculosis en China, los fumadores de más de 20 cigarrillos al día tienen el doble de tasa de mortalidad que los tuberculosos que no fuman y esto se podría explicar por-que el daño

⁵⁰ *Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana. 1992-2000. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas, 1992:18*

⁵¹ *Desormeaux J, y otros. Servicio de orientación y detección del VIH vinculado a un programa comunitario antituberculoso en una población de alto riesgo. Bol. Of Salmi Panamá 1996;120(6):463-71*

pulmonar que produce el tabaco ofrecería un caldo propicio para la infección tuberculosa.

El artículo de la Dra. Altet⁵² et al. Es un magnífico estudio prospectivo, de cohortes, nada menos que sobre 6.787 individuos, sobre una población de funcionarios de enseñanza, en el que se analiza este binomio tuberculosis-tabaquismo; permitiéndonos tomar conciencia sobre este problema.

En él nos demuestra, sobre 1.876 fumadores (27,6 % de la muestra) que, éstos tienen una mayor prevalencia de infección tuberculosa y que ésta aumenta con el mayor consumo diario de cigarrillos; independientemente de la influencia de otros factores como son la edad, el sexo, un contagio conocido, etc. Además con un riesgo 38,8 % veces mayor de estar infectado por TB que los no fumadores y que a mayor consumo diario de cigarrillos mayor es la prevalencia.

En un trabajo previo del mismo grupo, ya demuestran los autores que el fumar es un factor de riesgo para desarrollar tuberculosis, con una relación directa con el número de cigarrillos al día.

Alcohol

Los clínicos señalan con frecuencia una asociación entre el consumo de alcohol y la incidencia de la tuberculosis. Debido a los mecanismos inmunitarios que son afectados por el alcohol son también aquellos que son

⁵² Laszlo A, Kautor N de. Encuesta por muestreo aleatorio de fármaco-resistencia inicial en casos de tuberculosis en América Latina. Bol Of sanit Panam 1995; 119(2):226-35.

esenciales para la resistencia a la tuberculosis el consumo de alcohol puede en realidad aumentar el riesgo de tuberculosis⁵³.

Drogadicción

Reichman y colaboradores postularon un riesgo de enfermedad tuberculosa consecutiva a una infección, más elevado en drogadictos por vía endovenosa en comparación con los no drogadictos debido al inmunodepresión secundaria a la cocaína y/o crack.

Malnutrición

El efecto adverso de la malnutrición sobre el sistema inmunitario es una noción generalmente aceptada. En Alemania la mortalidad por tuberculosis aumento rápidamente durante la Primera Guerra Mundial, disminuyendo al terminar y resurgió en el periodo de inflación monetaria que se acompañó de severas restricciones alimentarias.

Formas de contagio de la Tuberculosis

La enfermedad se trasmite de persona a persona. La fuente más importante y habitual de contagio son las personas con lesiones activas o en comunicación con las vías aéreas (cavernas abiertas), es decir, con Tuberculosis Pulmonar, quienes al estornudar, toser, hablar o expectorar, eliminan y dispersan partículas de secreciones respiratorias que vehiculizan bacilos tuberculosos (gotas de Flugge) que quedan suspendidas hasta

⁵³ Desormeaux J, y otros. Servicio de orientación y detección del VIH vinculado a un programa comunitario antituberculoso en una población de alto riesgo. Bol. Of Salmi Panamá 1996;120(6):463-71

varias horas, en su forma viable y son inhaladas por otras personas⁵⁴. Un enfermo puede infectar un promedio de 10-15 personas sanas.

Es más probable que las personas enfermas con tuberculosis contagien a otras personas con las que pasan la mayor parte del tiempo. Esto incluye familiares, amigos y compañeros de trabajo⁵⁵.

Puede ser particularmente susceptible a la progresión de la infección latente hacia la enfermedad. Existe la impresión clínica de que los negros de Estados Unidos tienen menor resistencia a la enfermedad, mientras que otros grupos poblacionales como los judíos muestran mayor resistencia a contraerla.

Es más probable que las personas enfermas con TBC contagien a otras personas con las que pasan la mayor parte del tiempo. Esto incluye familiares, amigos y compañeros de trabajo. Este bacilo es vulnerable a la radiación ultravioleta por lo que se impide la transmisión en espacios abiertos o en locales iluminados. Se trasmite por lo general de noche, en especial en dormitorios ocupados por la persona enferma y sus contactos más inmediatos.

El 60 % de los infectados y 2-3 % de los enfermos se ubican entre los contactos próximos (familiares o no) que comparten sus habitaciones (hogar o locales de convivencia colectiva, como hospitales, hogares de ancianos, hospedajes, cárceles, fábricas etc.), constituyendo pues un foco de infección; sin embargo los estudios realizados respecto a contactos en el trabajo y encuentros ocasionales han mostrado niveles inferiores de

⁵⁴ *La tuberculosis: grave peligro para la humanidad. Bol Of Sanit Panam. 1996;120(4):327-8*

⁵⁵ *Organización Panamericana de la Salud. Efecto letal de las tuberculosis en pacientes con SIDA. Rev Panam Salud Pública 1997; 1(2):146....463-71*

infestación. Por lo anterior se llega a la conclusión de que la Tuberculosis es un problema doméstico, de la casa y es por eso que más del 80% de los infectados por primera vez son niños, sólo un 10 % de la población se infecta por primera vez después de la adolescencia⁵⁶.

Este bacilo no soporta el calor ni la acidez gástrica y es por eso que se hace excepcional la infección por vía digestiva. Cuando el Programa de Control de la Tuberculosis (PCTB) señala como estrategia técnica, localizar las fuentes de infección y tratarlas eficazmente está intentando evitar mediante la interrupción de la transmisión, la aparición de grupos poblacionales con "alto riesgo de enfermar".

Factores condicionantes de contagio

Los factores condicionantes del contagio son:

- a) La capacidad infectante del caso origen, determinada a su vez por la extensión de la enfermedad, y par tanto por el número de bacilos disponibles para la transmisión y por la capacidad del paciente para generar aerosoles.
- b) La intensidad y duración de la exposición, que explica el mayor riesgo de infección en los convivientes íntimos del paciente.
- c) El estado inmunitario del sujeto receptor, es decir, la capacidad bactericida innata de cada sujeto y la capacidad de desarrollar una inmunidad celular adecuada. De este último hecho se desprende la gran

⁵⁶ Organización Panamericana de la Salud. Efecto letal de las tuberculosis en pacientes con SIDA. Rev Panam Salud Pública 1997; 1(2):146

vulnerabilidad que presentan los pacientes con infección VIH frente al bacilo de Koch.

- d) La edad. El máximo riesgo de ser infectado se produce durante los primeros cuatro años de vida; el 80 % de las infecciones se producen antes de los 15 años y sólo un 5 % se infectan los 25-50 años, de ahí la importancia del estudio y tratamiento preventivo en los convivientes menores de 20 años⁵⁷.

Ambiente Laboral y Tuberculosis

De acuerdo con la organización mundial de la salud entre el 60 al 70 % de todos los hombres adultos y entre el 30 al 60 % de las mujeres adultas están fuera de su hogar⁵⁸.

El lugar de trabajo aún en sociedades relativamente modernas puede ser potencialmente peligroso para la salud humana. Cada año se informan más de 100 millones de casos de enfermedades relacionadas con el trabajo alrededor del mundo. Los riesgos ambientales también contribuyen al resurgimiento de las enfermedades infecciosas y acarreadas por portadores tal es el ejemplo de la tuberculosis la cual es causada por una bacteria que se transmite de persona a persona cuyas tasas de infección a menudo se

⁵⁷ Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Epidemiología. Actualización del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. 1995. Versión 14/4/95

⁵⁸ Espinal MA, Laszlo A, Simonsen L, Boulahbal F, Kim SJ, Reneiro A. Global trends in resistance to tuberculosis drugs. World Health Organization – Internacional Union against Tuberculosis and Lung Diseases. Working Group on Anti-Tuberculosis Drug Resistance Surveillance. *N Engl J Med* 2001; 344: 1294-1303

ven elevadas en ambientes donde la gente permanece apiñada, con una ventilación escasa y una luz solar débil o sin ella⁵⁹.

En las últimas décadas se han producido cambios sustanciales en los edificios modernos principalmente en los destinados a albergar oficinas donde trabajan gran número de personas, dicho entorno de trabajo se han relacionado con la presentación de una serie de patologías que se pueden clasificar de tres formas:

- 1) Pacientes con enfermedades ya conocidas que sufren empeoramiento clínico al permanecer en el edificio en el cual trabajan.
- 2) Enfermedades específicas producidas por causas identificables presentes en este medio.
- 3) “Síndrome del edificio enfermo”

En el segundo grupo de enfermedades su etiología está localizada en el propio edificio incluyendo las de origen infeccioso como la tuberculosis la cual se transmite de persona enferma a otra sana⁶⁰.

Patogenia de la Tuberculosis

Para desarrollar una tuberculosis es necesaria la infección con el bacilo tuberculoso. No obstante el bacilo es una causa necesaria de la tuberculosis pero no suficiente. El riesgo de infección es de naturaleza principalmente exógena, determinado por las características del caso que es fuente de

⁵⁹ Keane J, Gershon S, Wise RP et al. Tuberculosis associated with infliximab, a tumor necrosis factor alpha-neutralizing agent. *N Engl J Med* 2001; 345: 1098–1104.

⁶⁰ Castón JJ, Torre-Cisneros J. Tuberculosis en pacientes inmunodeprimidos no infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. En: *Tuberculosis en pacientes infectados por el VIH*. Ed.:A. Rivero. Sevilla 2004: 155-170.

infección, el medio ambiente y la duración de la exposición, mientras que el riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa, una vez ocurrida la infección es de naturaleza principalmente endógena determinado por la integridad del sistema inmunitario⁶¹.

La enfermedad aparece por exposición prolongada más que por contacto directo, la alta capacidad de respuesta inmunitaria del organismo humano logra que sólo en un 10 % de los infectados trascienda la infección y en algún momento de su vida tenga la Tuberculosis, sin que se pueda precisar quiénes serán los que lleguen a enfermar. Una inhalación ocasional no determina obligatoriamente una infección, incluso es difícil que ocurra, pues los mecanismos de defensa del aparato respiratorio son capaces de eliminar pequeñas cantidades de micobacterias y esto hace remota la posibilidad de que el bacilo llegue al espacio alveolar; pero la exposición reiterada, prolongada y en espacios cerrados con emisión masiva de bacilos aumenta la posibilidad de infección y esta posibilidad (que representa el riesgo de enfermar) depende de los "factores de riesgo" acumulados, y las oportunidades de infección⁶².

Las bacterias de TBC se activan si el sistema inmunológico no puede impedir su crecimiento. Las bacterias activas comienzan a multiplicarse en el cuerpo y causan la enfermedad de TBC. Algunas personas desarrollan la enfermedad poco después de ser infectadas, antes de que sus sistemas inmunológicos puedan combatir la bacteria de TBC. Otras personas pueden

⁶¹ Keane J, Gershon S, Wise RP et al. Tuberculosis associated with infliximab, a tumor necrosis factor alpha-neutralizing agent. *N Engl J Med* 2001; 345: 1098–1104.

⁶² Aguado JM, Herrero JA, Gavalda J et al. Clinical presentation and outcome of tuberculosis in kidney, liver, and heart transplant recipients in Spain. *Transplantation* 1997; 63: 1278-1286.

enfermarse años después, si sus sistemas inmunológicos se debilitan por alguna razón.

Por lo general, los bebés y los niños pequeños tienen sistemas inmunológicos débiles. Las personas infectadas con el VIH, el virus que causa el SIDA, tienen sistemas inmunológicos muy débiles. También, otras personas pueden tener sistemas inmunológicos débiles.

En un estudio retrospectivo de cohorte en Zaire el riesgo relativo de tuberculosis en mujeres seropositivas para el VJH era de 26 comparado con el de las mujeres seronegativas⁶³.

Personas con mayor riesgo de padecer tuberculosis

a) Próximos al caso índice: Convivientes, contactos.

b) Grupos de especial riesgo:

- Enfermos de SIDA, VIH+, usuarios de drogas por vía parenteral (UDPV)
- Conversores recientes
- Colectivos cerrados
- Inmigrantes de países con endemia tuberculosa alta
- Drogadicción
- Cáncer en la cabeza o cuello
- Leucemia o enfermedad de Hodgkin
- Diabetes mellitus

⁶³ Vallés X, Sánchez F, Pañella H, Garcia de Olalla P, Jansá JM, Caylá JA. Tuberculosis importada: una enfermedad emergente en países industrializados. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 376-378..

- Silicosis
- Enfermedad severa de los riñones
- Bajo peso
- Algunos tratamientos médicos (tales como tratamiento corticosteroide o trasplantes de órganos)
- Alcoholismo
- Deficiencia nutricional (gastrectomía, by-pass intestinal, síndrome de mala absorción)
- Tratamiento inmunosupresor
- Neoplasias de SRE o hematológicas (leucemias, linfomas)
- Insuficiencia renal crónica.
- Corticoterapia prolongada

A principios del presente siglo se propagó la Tuberculosis principalmente a las capas poblacionales cuya vida se caracterizaba por la pobreza, las malas condiciones de vivienda y alimentación deficiente. Entre las condiciones socio-económicas relacionadas con su aparición se destacan las vinculadas a la vivienda y la alimentación, pues aunque la enfermedad no respeta clases sociales, su alimentación⁶⁴.

La susceptibilidad se incrementa en personas mal nutridas, alcohólicas, pacientes con tratamiento inmunosupresor o con enfermedades inmunosupresoras. Los enfermos con diagnóstico de Diabetes Mellitus, tienen riesgo de padecer la Tuberculosis, que muchas veces aparece en ellos con un cuadro florido. Los pacientes con tratamiento de hormonas

⁶⁴ Aguado JM, Herrero JA, Gavalda J et als. *Clinical presentation and outcome of tuberculosis in kidney, liver, and heart transplant recipients in Spain. Trasplantation* 1997; 63: 1278-1286.

corticoadrenal tienen riesgo de que se les agrave una infección tuberculosa⁶⁵.

Los factores socioeconómicos desempeñan una función importante para definir el nivel de vida y determinar el comportamiento de los índices epidemiológicos en los distintos países. La Tuberculosis aparece allí donde existe la pobreza, la desnutrición y la carencia de atención médica adecuada. Los refugiados y desplazados necesitan satisfacer necesidades de agua, alimentos, techo, saneamiento, asistencia médica y medicamentos esenciales, así como seguridad y estabilidad. La ausencia de padres y líderes comunitarios les aumentan la pobreza y dificultades económicas ya existentes, estas características impiden su control adecuado; entre ellos hay casos que se hacen crónicos y casos con tratamientos ineficaces (entre otras causas por resistencia bacteriana)⁶⁶.

Entre los factores de riesgo de enfermar de Tuberculosis, merece un comentario destacado la infección por VIH, pues las personas con infección por VIH mueren de Tuberculosis más que de cualquier otra causa. En Estados Unidos entre el 10 y el 46 % de los pacientes con Tuberculosis se ha demostrado simultaneidad de agentes y en algunos estudios de otros países hasta un 66 %⁶⁷.

En Estados Unidos entre 1985 y 1992, más de 51 700 casos de Tuberculosis se atribuyeron a consideraciones socioeconómicas en decadencia y

⁶⁵ Aguado JM, Herrero JA, Gavalda J et als. *Clinical presentation and outcome of tuberculosis in kidney, liver, and heart transplant recipients in Spain. Trasplantation* 1997; 63: 1278-1286.

⁶⁶ Grupo de Trabajo de los Talleres de 2001 y 2002 de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona. *Prevención y control de las tuberculosis importadas. Med Clin (Barc)* 2003; 121(14): 549-562.

⁶⁷ Singh N, Paterson DL. *Mycobacterium tuberculosis infection in solid-organ transplant recipients: Impact and implications for management. Clin Infect Dis* 1998; 27: 1266-1277.

reducción progresiva de la atención controlada a la Tuberculosis, pero también a la epidemia del VIH. Si se ha hecho un comentario sobre algunos de los factores ambientales relacionados con la aparición de la enfermedad, merece un señalamiento destacado el aspecto genético; los aspectos genéticos pueden influir en la susceptibilidad a la Tuberculosis, de hecho han sido identificados genes determinantes de susceptibilidad a la enfermedad. La biología molecular puede ofrecer técnicas para investigar la estructura primaria y la secuencia de aminoácidos del bacilo tuberculoso, así como los genes bacterianos que determinan su agresividad y sus mecanismos de resistencia a los medicamentos; sin embargo, la detección y el tratamiento (indicación y adherencia terapéuticas) precoces y adecuados, representan la garantía de la interrupción del proceso de enfermedad y de evitar las resistencias⁶⁸.

Los síntomas de Tuberculosis dependen del lugar del cuerpo en dónde está creciendo la Micobacteria de TBC. Esta bacteria generalmente crece en los pulmones. La TBC en los pulmones puede causar:

- Una tos fuerte que dura más de dos semanas
- Dolor en el pecho
- Tos con sangre o esputo (flema que sale desde el fondo de los pulmones)

Otros síntomas de la enfermedad de la TB son

- Debilidad o fatiga
- Pérdida de peso
- Falta de apetito
- Escalofríos

⁶⁸ Singh N, Paterson DL. *Mycobacterium tuberculosis* infection in solid-organ transplant recipients: Impact and implications for management. *Clin Infect Dis* 1998; 27: 1266-1277.

- Fiebre
- Sudoración nocturna⁶⁹.

Infección y enfermedad tuberculosa Infección tuberculosa

- Existen bacilos en el organismo controlados por la inmunidad adquirida, de modo que no desarrollan efectos patógenos.
- El resultado de la prueba de tuberculina es positivo.
- No existe sintomatología clínica.
- El estudio es negativo para la TBC
- Los estudios bacteriológicos son negativos Enfermedad tuberculosa
- Existen bacilos en el organismo que no han podido ser controlados por la inmunidad adquirida y que, por tanto, desarrollan efectos patógenos.
- La prueba de la tuberculina puede ser positiva, aunque hay ocasiones en las que una reacción negativa no descarta la enfermedad.
- Hay sintomatología clínica sospechosa de TBC
- La radiología muestra alteraciones patológicas o presenta signos de sospecha de TBC.
- La visión directa a microscopia óptica muestra bacilos ácido-alcohol resistente.
- La confirmación diagnóstica requiere el aislamiento e identificación de BK por cultivo.

⁶⁹ Havlir DV, Barnes PF. Tuberculosis in patients with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1999; 340: 367-373.

Sólo el 10 % de las personas infectadas desarrollarán la enfermedad. En general, el riesgo de evolucionar a enfermedad es más elevado durante los cinco primeros años tras la infección, y es conocido que en determinadas épocas de la vida (infancia, adolescencia) la resistencia o inmunidad adquirida no es suficiente para frenar esta evolución⁷⁰.

Clasificación actual de la Tuberculosis

Clase 0: No hay exposición al bacilo, no hay infección.

Son las personas sin antecedentes de exposición al bacilo y prueba tuberculínica negativa, habiendo descartado el efecto Booster.

Clase 1: Exposición al bacilo, sin infección.

Sujetos con antecedentes de exposición al bacilo y prueba tuberculínica negativa. Si la exposición ha ocurrido en los últimos tres meses requiere seguimiento y posible quimioprofilaxis primaria en el caso de contactos íntimos. Son pacientes con signos o síntomas que inducen a plantear el diagnóstico de tuberculosis. Están pendientes de completar el estudio. No deberían permanecer más de tres meses sin confirmar o descartar el diagnóstico⁷¹.

Clase 2: Infección tuberculosa, sin enfermedad.

Cuando la prueba tuberculínica es positiva y la clínica y exploraciones complementarias no muestran hallazgos patológicos. En algunos casos estos pacientes requerirán quimioprofilaxis secundaria.

⁷⁰ Havlir DV, Barnes PF. Tuberculosis in patients with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1999; 340: 367-373.

⁷¹ Havlir DV, Barnes PF. Tuberculosis in patients with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1999; 340: 367-373.

Clase 3: Tuberculosis (enfermedad) clínicamente activa.

Paciente con historia clínica y exploraciones complementarias que conducen al diagnóstico aunque el criterio definitivo lo constituye el aislamiento del bacilo de Koch.

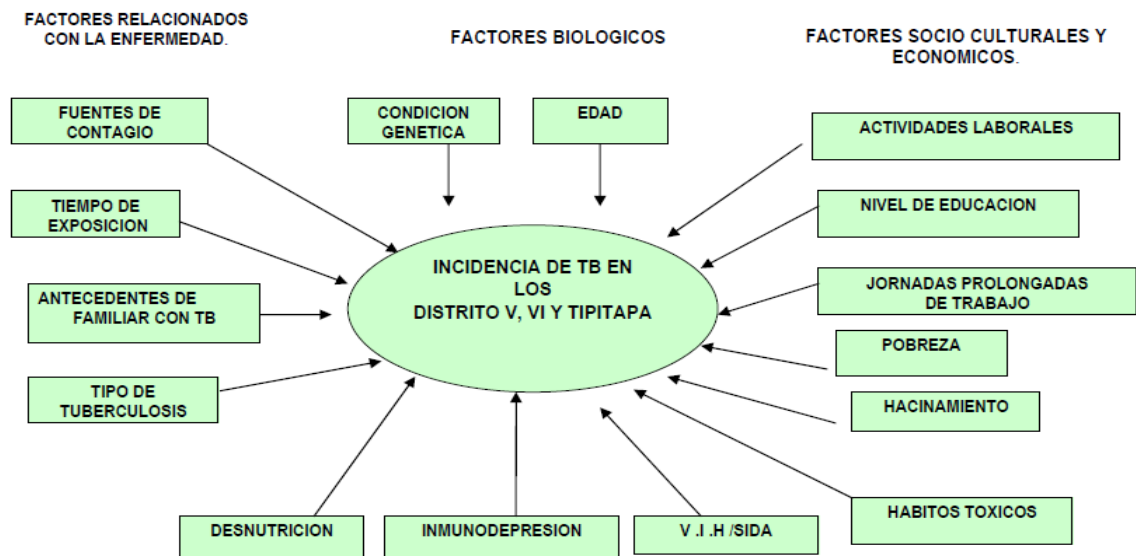
Clase 4: Tuberculosis (enfermedad) sin actividad clínica

Son sujetos con historia previa de tuberculosis o lesiones radiológicas específicas estables y prueba tuberculínica positiva, en los que no se aísla el bacilo y no existe clínica y/o exploraciones complementarias que sugieran enfermedad activa.

Clase 5: sospecha de Tuberculosis

Son pacientes con signos o síntomas que inducen a plantear el diagnóstico de tuberculosis. Están pendientes de completar el estudio. No deberían permanecer más de tres meses sin confirmar o descartar el diagnóstico⁷².

Cuadro N 03. Factores relacionados a la tuberculosis



⁷² Havlir DV, Barnes PF. Tuberculosis in patients with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1999; 340: 367-373.

2.3 Definiciones conceptuales

La Tuberculosis.

Es una enfermedad infecciosa causada por diversas especies de mico bacterias globalmente conocidas con el nombre de "bacilo tuberculoso", que afecta habitualmente a los pulmones aunque puede dañar también cualquier órgano o tejido de la economía. Es una enfermedad contagiosa, potencialmente prevenible y fácilmente tratable, es una infección oportunista que se asocia con frecuencia al VIH. Su mortalidad se eleva por el retraso en el diagnóstico y el tratamiento, y las dificultades con la adherencia terapéutica y la respuesta inadecuada frente al tratamiento

CAPÍTULO III

III. MARCO METODOLÓGICO

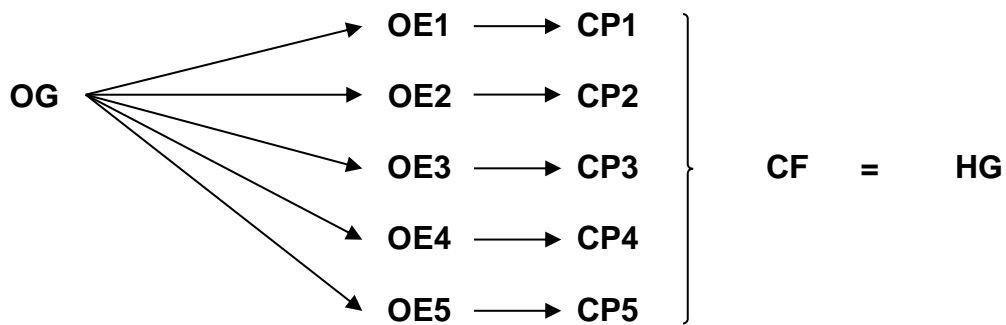
3.1 Tipo de Investigación

Descriptivo Explicativo

La presente investigación es un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, porque examina el tema a investigar en un momento dado y en un lugar determinado, a través del análisis e interpretación de los datos resultantes se procede a describir la situación en función a las variables de estudio.

3.2 Diseño y esquema de la investigación

La investigación por su diseño será por “Objetivos”, conforme a los resultados que se obtendrán de acuerdo al esquema que se acompaña:



Donde:

OG = Objetivo General.

OE = Objetivo Específico.

CP = Conclusión Parcial.

CF = Conclusión Final.

HG = Hipótesis General.

3.3 Población y muestra

Población:

La población será de 800 pacientes que acuden al C.S. Bellavista.

Muestra:

Proporcionalidad de la Muestra

Para el cálculo del tamaño muestral se consideró un nivel de confianza de 95 % y un error de 5%.

Datos: N = 800

$$Z = 95\%$$

$$p = 50\%$$

$$q = 1-p$$

$$e = 5\%$$

Se calculó haciendo uso de la siguiente fórmula.

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,5) (0,5) (800)}{(0,05)^2 (800 - 1) + (1,96)^2 (0,5) (0,5)}$$

$$n = \frac{145.9808}{2.179976}$$

$$n = 66.96440695$$

Por lo tanto la muestra estará conformada por 67 pacientes a ser entrevistados en el C.S. Bellavista.

Tipo de muestra:

El tipo de muestra es utilizado es no probabilístico al ser dirigido por el investigador.

3.4 Instrumentos de recolección de datos

- a) Se utilizará una Guía de Encuesta
- b) Entrevistas a la población objeto de estudio

3.5 Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos

Técnicas de recolección de datos.

El presente trabajo tiene previsto, la utilización de las siguientes técnicas específicas de la investigación:

a) Técnica de la Observación

* **Directa:** Son aquellas que provienen de una selección del C.S.Bellavistas.

* **Indirecta:** Son aquellos que se originan a través de la utilización de libros y revistas especializadas en el campo de la salud sean estos nacionales y/o extranjeros, así como también diarios periodísticos que guardan relación con el objeto de la investigación.

b) Técnica de la entrevista.

Se utilizó la técnica de la encuesta la misma que nos permito obtener la información necesaria para el presente trabajo de investigación, recogiendo los datos de un sector de los pacientes, así como la técnica de la entrevista a personas involucradas con el problema de la investigación.

Instrumentos de recolección de datos

Se utilizaron los siguientes instrumentos de recolección:

- ✓ El Cuestionario.
- ✓ La Guía de la Entrevista.
- ✓ Fichas Bibliográficas.
- ✓ Fichas Textuales.

a) Instrumentos de procesamiento de datos

- ✓ Tabla estadística

b) Instrumento de recolección de datos

Se seleccionaron datos libros y revistas especializadas en el campo de la salud tanto nacionales como extranjeros, recortes periodísticos que guardan relación con el objeto de la investigación los mismos que se consignaron en Fichas Bibliográficas y Textuales. Asimismo mediante el uso del Cuestionario se encuestó a la muestra de la población de 67 pacientes.

Tratamiento de los datos

Para el tratamiento de los datos se realizó el análisis confirmatorio para verificar las hipótesis formuladas, sobre la recopilación bibliográfica se recolecto bibliografía Nacional y Extranjera entre libros, revistas, manuales y publicaciones procedentes del ingreso a Bibliotecas de algunas de las principales Universidades, así como la adquisición de los mismos por la investigadora en librerías. Se revisó páginas web por Internet material que se registró en fichas Bibliográficas y Fichas Textuales.

Con relación a las encuestas realizadas a 67 pacientes a quienes se les formularon preguntas cerradas que buscaron obtener información sobre su conocimiento del tratamiento de las tuberculosis.

Se utilizó el instrumento de la Tabla Estadística para el procesamiento de los datos derivado de las encuestas realizadas a la muestra de los pacientes.

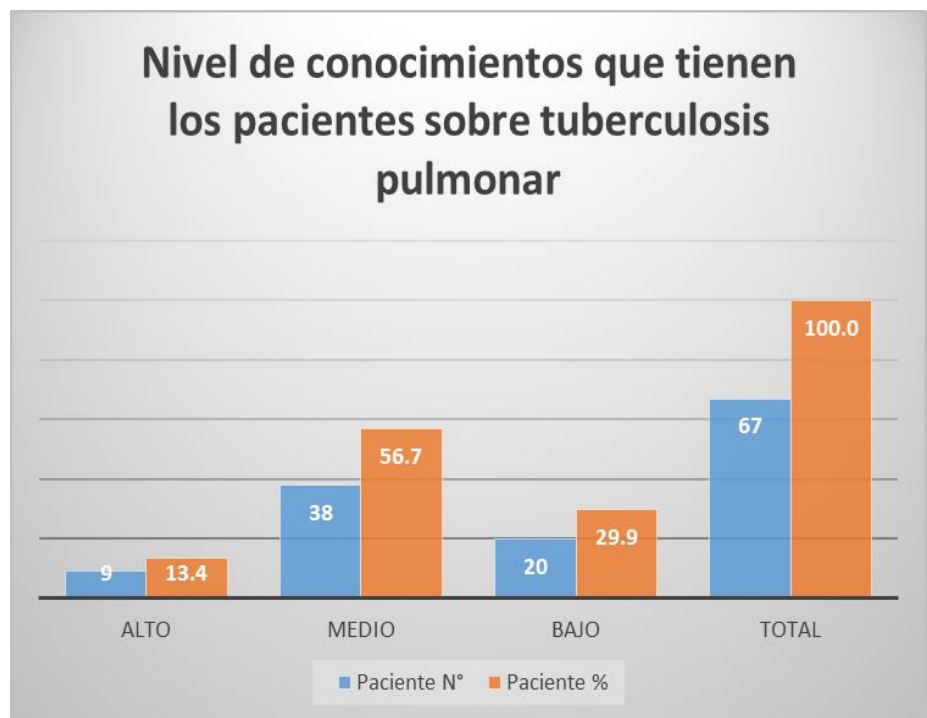
CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1 Resultados del trabajo de campo.

- a) Nivel de conocimientos que tienen los pacientes sobre tuberculosis pulmonar C. S. Bellavista – Pucallpa

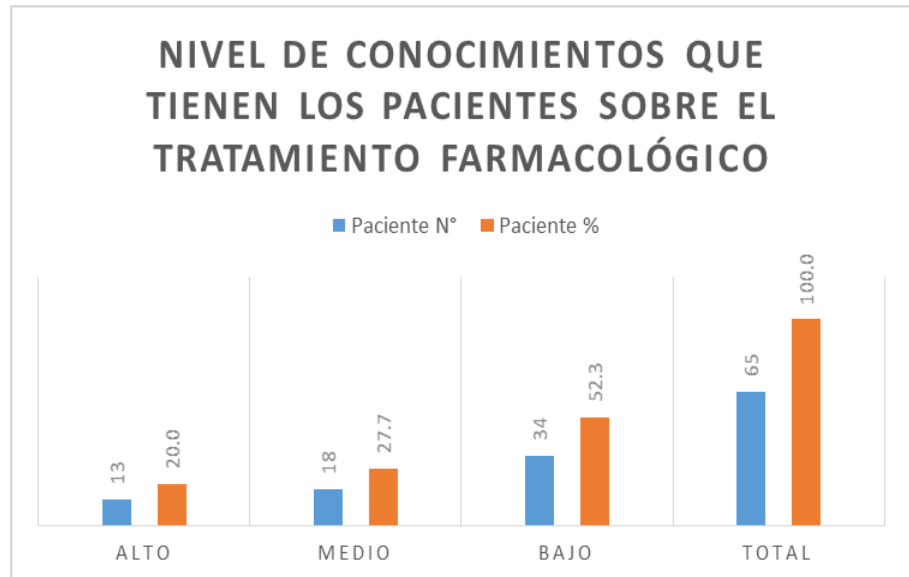
Gráfico N° 1



En el gráfico N° 1 relacionado al “Nivel de conocimientos que tienen los pacientes sobre tuberculosis pulmonar”, se evidencia de un total de 100% (67), un 56.7% (38) presentan un nivel de conocimientos de medio, bajo 29.9 % (20) y solo 13.4 % (9) tienen un nivel de conocimientos alto.

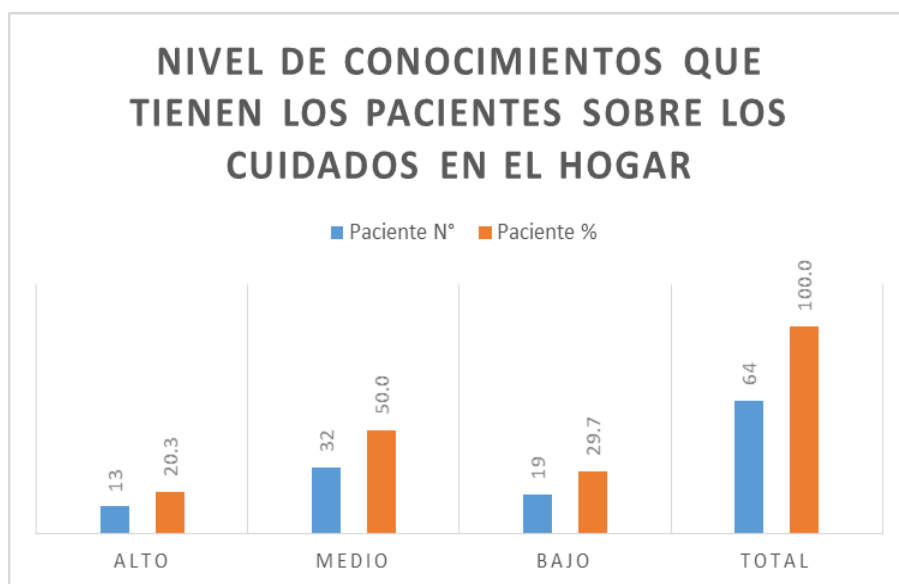
b). Nivel de conocimientos que tienen los pacientes sobre el tratamiento farmacológico C. S. Bellavista – Pucallpa

Gráfico N° 2



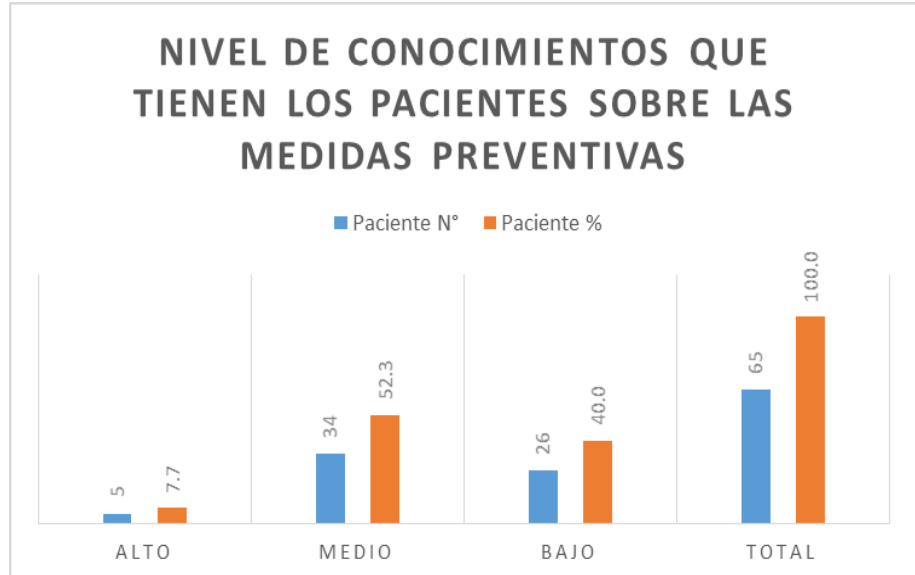
Respecto a la dimensión “Nivel de conocimientos que tienen los pacientes sobre el tratamiento farmacológico con tuberculosis pulmonar”, se evidencia lo siguiente de un total de 100% (67), 52.3% (34) tienen un nivel de conocimientos bajo, 27.7% (18) un nivel de conocimientos medio y sólo 20% (13) un nivel de conocimientos alto.

c). Nivel de conocimientos que tienen los pacientes sobre los cuidados en el hogar C. S. Bellavista – Pucallpa.



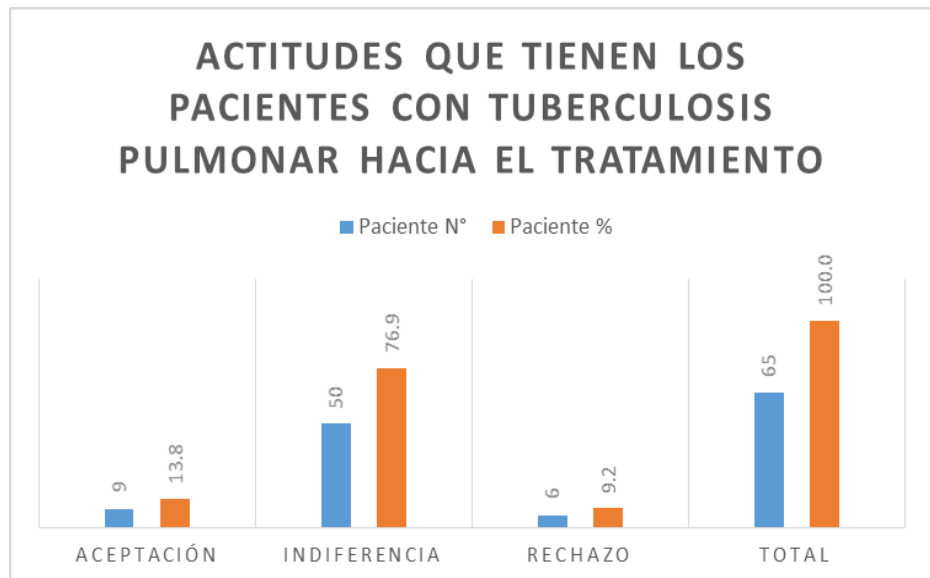
Con relación al “Nivel de conocimientos que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar sobre los cuidados en el hogar”, se evidencia que de un total de 100% (65), 50% (32) tienen un nivel de conocimientos medio, 29.7% (19) tienen un nivel de conocimientos bajo y sólo un 20.3% (13) presentan un nivel de conocimientos alto.

d). Nivel de conocimientos que tienen los pacientes sobre las medidas preventivas C. S. Bellavista – Pucallpa.



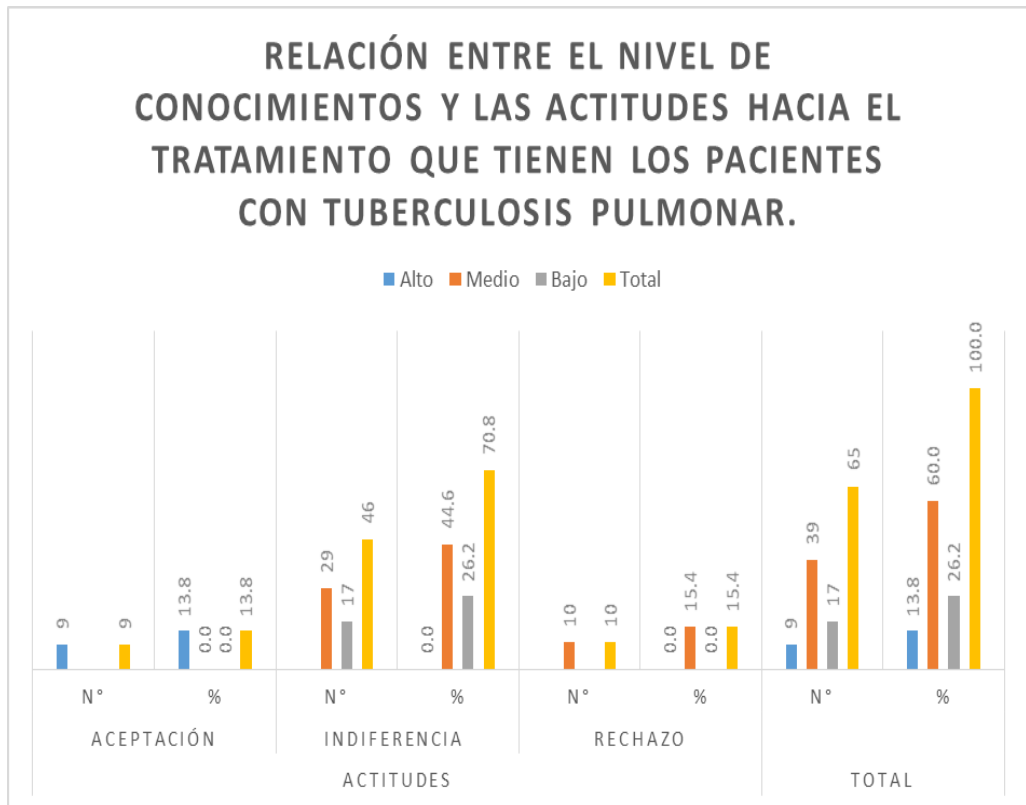
Con relación al “Nivel de conocimientos que tienen los pacientes sobre las medidas preventivas”, se evidencia que de un total de 100% (65), 52.3% (34) tienen un nivel de conocimientos medio, 40% (26) tienen un nivel de conocimientos bajo y sólo un 7.7% (5) presentan un nivel de conocimientos alto.

e). Actitudes que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar hacia el tratamiento



Con relación a “Actitudes que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar hacia el tratamiento”, se evidencia que de un total de 100% (65), 76.9% (50) muestra indiferencia, 9.2% (6) muestra un rechazo y sólo un 13% (9) muestra aceptación.

f). Relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar.



Frente a la “Relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar”, se evidencia que de un total de 100% (65), 70.8% (46) muestra indiferencia, 15.4% (10) muestra un rechazo y sólo un 13.8% (9) muestra aceptación.

CAPÍTULO V

5 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1 Contrastación de los resultados del trabajo de campo con los referentes bibliográficos de las bases teóricas.

- a) La tuberculosis pulmonar es una enfermedad infecciosa que provoca diversos trastornos que incluyen infección y destrucción tisular, el incumplimiento del tratamiento farmacológico y la falta de cuidados necesarios en el hogar conducen al agravamiento de la enfermedad, que puede conllevar a la muerte.

Entre las personas con mayor riesgo de tuberculosis están las que viven bajo condiciones de hacinamiento, los desnutridos y alcohólicos, además los que viven en contacto íntimo con un afectado con tuberculosis activo es más probable que se contagien y desarrollen la enfermedad.

El conocimiento permite a los pacientes identificar oportunamente los signos y síntomas de las enfermedades y actuar con mayor interés en la prevención de la diseminación y contagio.

La estrategia utilizada por el MINSA para prevenir la enfermedad es a través de la información, educación y comunicación que permite al individuo adquirir conocimientos sobre este tema; labor que debe cumplir el enfermero en la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis con el objetivo de disminuir la incidencia y prevalencia de esta enfermedad. La carencia de conocimientos genera comportamientos errados y valorizaciones equivocadas con respecto al proceso salud-enfermedad.

La mayoría de los pacientes que tiene tuberculosis carecen de medios económicos y del respaldo educativo básico para poder tomar decisiones oportunas y adecuadas.

Por lo tanto podemos deducir que la mayoría de los pacientes al presentar un nivel de conocimientos de medio o bajo están en riesgo a la limitación en la aplicación de medidas preventivas en relación a la enfermedad, predisponiendo de esta manera al agravamiento de la enfermedad, incremento de la predisposición de contagio a los demás miembros de la familia y comunidad, y el mayor riesgo de mortalidad. Siendo uno de los factores el bajo grado de instrucción que presentan los pacientes con tuberculosis pulmonar.

b). La tuberculosis es una infección bacteriana causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, llamado Bacilo de Koch.

El tratamiento se basa en combinaciones de fármacos, no todos los bacilos tuberculosis son sensibles a los fármacos y existe el riesgo de mutantes resistentes; para evitar estos problemas es necesario tratar la tuberculosis con numerosos fármacos al mismo tiempo durante un periodo largo. La eficacia terapéutica depende en gran medida de la voluntad y la capacidad del paciente para tomar los medicamentos de una forma natural, según lo prescrito por el médico. El tratamiento farmacológico asociado de medicamentos de alta eficacia, con la presencia de reacciones adversas mínimas y administradas de manera regular garantiza una alta probabilidad de curación de los pacientes.

El conocimiento viene a ser un factor determinante en la conducta de cada paciente frente a la aceptación del tratamiento y el mejor seguimiento de las indicaciones terapéuticas, entonces se deduce que la mayoría de los pacientes, por tener un nivel de conocimientos entre medio y bajo tendrán limitaciones en el consumo regular de los medicamentos, no prestando

atención a los signos de reacción adversa al medicamento, por lo cual el paciente asistirá en forma irregular a recibir el tratamiento farmacológico, esto incide en la aparición de complicaciones específicamente relacionadas a la resistencia a los fármacos, y el mayor riesgo de mortalidad.

Posiblemente se debe al bajo grado de instrucción que presentan los pacientes con tuberculosis pulmonar

c). La tuberculosis pulmonar es una enfermedad infecciosa, que requiere diversos cuidados en el hogar, para que sea efectiva la recuperación del paciente. Por eso es necesario que ellos posean conocimientos acerca de los cuidados en el hogar que deben realizar, tales como el manejo de la dificultad para respirar al esfuerzo, que se contrarresta cuando se utiliza periodos de descanso entre sus actividades, lo cual incrementa la tolerancia hacia el esfuerzo físico, la nutrición en los pacientes se ve alterada, ya que la enfermedad es de curso prolongado, la tos y la respiraciones profundas incrementa la demanda de energía, disminuyendo su curva ponderal y en su mayoría los pacientes están desnutridos al inicio de la enfermedad; es preciso que en el hogar los pacientes cubran las necesidades básicas de ingestión de los nutrientes necesarios para cubrir sus demandas.

La mayoría de los pacientes con tuberculosis carecen de medios económicos y el respaldo educativo necesario para mantener un cuidado óptimo en el hogar. Por lo tanto podemos deducir que el alto porcentaje de pacientes que poseen un nivel de conocimiento entre medio y bajo no

realizarán los cuidados necesarios en el hogar, lo cual incidirá negativamente en la recuperación del paciente.

Posiblemente se relaciona con el bajo grado de instrucción que tienen los pacientes y que un gran número de ellos permanecen fuera de sus hogares durante el día debido a sus ocupaciones.

d). La tuberculosis es una enfermedad infecto contagiosa, causada por el *Mycobacterium tuberculosis* que es un bacilo resistente , capaz de sobrevivir durante largos periodos en circunstancias adversas, estos microorganismo son transportados por el aire en forma de aerosol de 1 a 5 m, la vía principal de entrada es la inhalación, se produce cuando el enfermo al toser, conversar, estornudar y reír lanza al exterior aerosoles que contienen la bacteria, penetrando hasta los bronquios y alvéolos donde pueden ocasionarle enfermedad dependiendo de las defensas del huésped, el tamaño del inocuo y su virulencia.

Las medidas preventivas incluyen la vacuna BCG al recién nacido para prevenir las manifestaciones más graves de la enfermedad, la quimioprofilaxis que consiste en la administración de isoniacida a los contactos menores de 15 años de los pacientes con tuberculosis pulmonar con resultado de esputo positivo, el control de contactos para detectar casos de tuberculosis y prevenir el riesgo de enfermedad, la educación para la salud orientada a conseguir la adopción de una conducta que disminuya la transmisión de infección de la comunidad, siendo la medida preventiva más eficaz es evitar el contagio eliminando las fuentes de infección presentes en la comunidad a través de la detección, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Por lo tanto se deduce que los pacientes no están preparados para aplicar medidas preventivas que eviten el incremento de casos nuevos limitando la erradicación de la tuberculosis en el país.

e). La tuberculosis es una enfermedad ligada a la pobreza, malas condiciones nutricionales y saneamiento, lo que puede originar tanto en el paciente reacciones de rechazo y de vergüenza. Los pacientes deben tener una actitud abierta para comprender la importancia del tratamiento oportuno y regular. Es necesario que los pacientes identifiquen la necesidad del cumplimiento regular del tratamiento farmacológico, así como de la importancia de la realización de los cuidados en el hogar y la aplicación de las medidas preventivas y de esta manera disminuir el contagio de la enfermedad y la aparición de nuevos casos.

Algunos pacientes consideran la enfermedad como una debilidad y se abandona o se crea hostilidad hacia la enfermedad y su tratamiento, en otras en cambio, se considera una oportunidad para reparar y expresar sentimientos afectuosos. Las actitudes que son las predisposiciones o patrones de conducta de aceptación, rechazo o indiferencia hacia el tratamiento generará condiciones para que ellos consoliden o no su seguridad emocional que se traducirá en confianza y fortaleza, que son alimentos indispensables para mejorar el estado de salud y contribuir a una recuperación más favorable, por lo tanto de todo lo mencionado anteriormente se deduce que un alto porcentaje de pacientes tienen como actitud de indiferencia hacia el tratamiento , lo que nos indica que están en mayor riesgo de recaer o abandonar el tratamiento farmacológico poniendo en riesgo su vida o sus familiares y comunidad.

f). La educación es el método más eficaz para adquirir el conocimiento de los múltiples procesos como fenómenos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento, así como para que el individuo modifique su personalidad, su modo de pensar, sentir, sus hábitos y costumbres.

Su educación tiene una influencia fundamental en las actitudes respecto al cuidado de los enfermos y con sus incapacidades para brindarles esa atención. Los pacientes se constituyen en un medio que pueda actuar constructivo o negativamente en el proceso salud – enfermedad.

Los pacientes cumplen un rol importante no sólo como núcleo de la recuperación de su salud, sino también porque entre sus funciones está prevenir el contagio de los demás miembros de su familia y comunidad para lo cual necesita conocer y tener información clara y fidedigna sobre las enfermedades a fin de que les permita actuar de manera acertada frente a la transmisión de la enfermedad, el tratamiento farmacológico regular y los cuidados básicos en el hogar.

En la tuberculosis que es una enfermedad altamente contagiosa se requiere la participación efectiva del paciente en base a sus conocimientos y actitudes que resultarían en comportamiento acertados, lo cual disminuirá la aparición de complicaciones, el contagio y el riesgo de mortalidad. Por lo tanto los resultados nos permiten aceptar la hipótesis planteada que refiere que existe relación directa entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar, por lo que se deduce que un alto porcentaje de pacientes tienen un nivel de conocimiento entre medio y bajo con una actitud de indiferencia hacia el tratamiento, lo cual repercutirá negativamente en la recuperación del

paciente y en la mejoría de su salud, poniendo en riesgo su vida y a sus familiares y comunidad.

5.2 Aporte científico de la investigación.

Desde el punto de vista de la didáctica permitirá generar nuevo conocimiento en forma original e innovadora, toda vez que las bases teóricas sobre la el conocimiento y la actitud de los pacientes frente al tratamiento de la tuberculosis sentará las bases para el tratamiento en el futuro.

CONCLUSIONES.

Luego de haber llevado a cabo el estudio se llegaron a las siguientes conclusiones generales:

1. Existe relación directa entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes, al existir la relación estadística entre las dos variables.
2. El nivel de conocimientos que tienen los pacientes sobre tuberculosis pulmonar de manera global es de medio o bajo (87%), lo que estaría limitando a que ellos tomen decisiones acertadas en relación a la enfermedad, poniendo en riesgo su salud, la de su familia y comunidad.
3. Las actitudes que tienen los pacientes hacia el tratamiento predominantemente son de indiferencia (74%), lo que nos indica que los pacientes están en mayor riesgo de recaer o abandonar el tratamiento farmacológico.
4. El nivel de conocimientos que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar sobre el tratamiento farmacológico está entre medio y bajo (80%), poniendo en riesgo la continuidad del tratamiento y la recuperación del paciente.
5. El nivel de conocimientos que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar sobre los cuidados en el hogar está entre medio y bajo (80%), lo que quiere decir que no favorecerían la recuperación del paciente.
6. Respecto al nivel de conocimientos que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar sobre las medidas preventivas, el 53%

presentan un nivel de conocimientos bajo y el 40% un nivel de conocimientos medio; lo que favorece el incremento de casos nuevos y limita la erradicación de la tuberculosis.

SUGERENCIAS

Cada sugerencia debe responder a cada conclusión, estableciendo una unidad de criterios.

1. Realizar estudios de investigación que relacionen conocimientos y actitudes incluyendo factores personales, socioculturales y económicos que influyen sobre las variables.
2. Realizar estudios similares con población más grande y en otros esquemas de tratamiento en el Componente Control de la Tuberculosis.
3. Realizar estudios de investigación similares con un enfoque cualitativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Julia Romero Fernández, “Estudio clínico-epidemiológico de la tuberculosis pulmonar”, Ciudad de la Habana, 2007 [citado El 01 de Marzo del 2014], disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos67/estudio-tuberculosis/estudio-tuberculosis2.shtml>.
2. Salazar Gonzales, Clara Lina, et.al. Factores de riesgo para el abandono al tratamiento contra la TBC en la Ciudad de Medellín .2001 (citado 01 de marzo del 2014).Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/.../online/?l>.
3. MINSA. Tuberculosis en el Perú. Informe 2000. Lima. Perú 2001.
4. García Alvarado, Carlos Andrés; Pedraza Moreno, Lina María; Cruz Martínez, Oscar Andrés; Muñoz Sánchez, Alba Idaly, Creencias y actitudes del personal de salud frente a la tuberculosis en una localidad, Bogotá abr. 43(1):57-61, 2011. [Citado el 02 de Marzo del 2014] Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=598118&indexSearch=IDX>.
5. Araceli Mariscal, Claudia Ramírez Palacios, Javier Fuentes Domínguez, Roberto Zenteno Cuevas; “Conocimiento de tuberculosis pulmonar en pacientes y sus contactos en Veracruz, México” 2007 [citado el 03 de marzo del 2014] disponible en: <http://132.248.9.1:8991/hevila/Altepepaktli/2007/vol3/no6/1.pdf>.
6. Norma I. Soza Pineda, Susan M. Pereira y Maurício L. Barreto, Abandono del tratamiento de la tuberculosis en (OPS) Nicaragua 2005 [citado 04 de marzo del 2014] disponible en: http://www.erevistas.csic.es/ficha_articulo.php?url=oai:publications.paho.org:6632&oai_iden=oai_revista107.
7. Olvera Correa, Tonantzi; Barragán, Solís, Anabella; Olvera Castillo, Romualdo, La tuberculosis pulmonar en un grupo de pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Un enfoque antropológico 14(2):99-104, 2001 [citado el 05 de marzo del 2014], disponible en:.

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=306532&indexSearch=ID>

8. Rojas Tello, Gladys Pilar actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el centro de salud “Tablada de Lurín” noviembre diciembre 2006 [citado el 03 de marzo del 2014], disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/rojas_tg/html/index-frames.html
9. Castillo Loza Guadalupe; Zarate Isidro Nell; Güisa Bravo Iris:”Impacto de un programa educativo, en los conocimientos, actitudes y prácticas de la población, con respecto a la incidencia de tuberculosis, en zonas de alto riesgo epidemiológico” Tacna 2005, [citado 04 de marzo del 2014], disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/pvigia/publicaciones/fondo%20concurable/tuberculosis/517programa%20educativo%202000.pdf>
10. Peláez, Calderón, Factores socioculturales e institucionales que influyen en el control de los contactos de los pacientes con tuberculosis pulmonar: Centro de Salud Manuel Bonilla - Callao. (B.C.:08f2000: TL-579). (TL-579a) 1999, [citado el 02 de marzo del 2014] disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=339643&indexSearch=IDf>
11. Castillo Paulino, Lidia Carmen, Factores personales que influyen en el despistaje de tuberculosis pulmonar, en los contactos: Centro de Salud Villacampa – Rímac (32 p. tab.) 1997 [citado el 04 de marzo del 2014], disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=309141&indexSearch=IDf>
12. Bojorquez CH. Cristina. Conocimiento acerca de la tuberculosis pulmonar que tiene los familiares de los pacientes registrados en el Programa de Control de Tuberculosis del Centro de Salud Conde de la Vega Bajo – Cercado de Lima. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. UNMSM. Lima-Perú.1995. [citado el 06de marzo del 2014] disponible en:

http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/huaynates_ca/pdf/huaynates_c_a-TH.5.pdf

13. Real Academia Española, Diccionario de la Lengua Española, Conocimiento; Vigésima segunda edición.
14. López, F. y Fuertes, A. (1999). Para comprender la sexualidad. Navarra: EVD. <http://www.prenatal.tv/lecturas/peru/PPEtesisIsabel.pdf>
15. Trinquete, Díaz. D. Adolescentes y el VIH/SIDA ¿Quién dijo que todo está perdido? En revista Sexología y Sociedad. Año 11.No. 27. Abril 2005. La Habana. Cuba.
16. UNESCO. (2002). Estrategia de la UNESCO en educación preventiva del VIH/SIDA. Vega. A. Los educadores ante el SIDA. Ediciones Pirámide. Madrid, 1998. <http://www.monografias.com/trabajos82/prevencion-its-vih-estudiantes/prevencion-its-vih-estudiantes3.shtml#bibliograa>
17. Covarrubias F. Manual de Técnicas y Procedimientos de Investigación Social desde la Epistemología Dialéctica Crítica.Oaxaca, México: Ed. Lasser Plus Artes Gráficas; 1998.
18. NAVARRO, Edgar; VARGAS, Rusvelt (2003)"Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados". Colombia. 5, pags. Disponible en: En www.google.com.pe
19. Mejia Mejia Elias y Bravo Cabrejos Jorge "Metodología de la Investigación Científica" Lima- Perú 2005. <http://es.scribd.com/doc/56942915/11/Clasificacion-de-las-variables>.
20. Eiser, J.R. (1999). Psicología Social. Madrid: valencia. ISBN
21. Whitaker JO, Sandra J. Psicología. 5 Ed. México: McGraw Hill / Interamericana; 1989
22. "Psicología Social" de R. Baron y D. Byrne – Editorial Prentice Hall – ISBN 0-205-18944-X.
23. Kagan J. Reflexión-Impulsividad: La generalidad y la dinámica conceptual de tiempo. En Psicología, Journal of Abnormal 1996; 71. 17-24.
24. Morales J. El comportamiento en las etapas del desarrollo humano.[monografía en Internet]. 2003. [alrededor de 5 pantalla].<http://www.monografias.com/trabajos16/comportamientohumano/comportamiento-humano.shtml>.
25. Coon, D. (1999). Psicología "Exploración y aplicaciones". (pp. 667, 677, 678, 679). México. Editorial Internacional Thomson S. A.

26. Morris, Ch. y Maisto, A. (1998). *Psicología*. (pp. 586). México. Edición Pearson Educación
27. OPS. *Condiciones de salud en las Américas*. Washington D.E. 1999.
28. La tuberculosis: grave peligro para la humanidad. *Bol Of Sanit Panam*. 1996;120(4):327-8..
29. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Lo que usted debe conocer sobre la tuberculosis. Condensación de documentos. La Habana: Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Pág. 1-11. Mayo de 1997.
30. Pablos Méndez A, Sterling TR, Prieden TR. Relación entre el tratamiento tardío o incompleto y la mortalidad por cualquier causa en los pacientes con tuberculosis. *RESUMED* 1997;10(3):127.
31. Spence DPS. Tuberculosis, una enfermedad vinculada con la pobreza. *Rev. Cubana MedGen Integra* 1994;10(2):155
32. Desormeaux J, y otros. Servicio de orientación y detección del VIH vinculado a un programa comunitario antituberculoso en una población de alto riesgo. *Bol. Of Salnit Panam* 1996;120(6):463-71
33. Organización Panamericana de la Salud. Efecto letal de las tuberculosis en pacientes con SIDA. *Rev Panam Salud Pública* 1997; 1(2):146....463-71
34. La tuberculosis: grave peligro para la humanidad. *Bol Of Sanit Panam*. 1996;120(4):327-8
35. Mc Colloster P, Neff NE. Tratamiento ambulatorio de la tuberculosis. *RESUMED*. 1997;10(1):31
36. *Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana. 1992-2000*. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas, 1992:18
37. Laszlo A, Kautor N de. Encuesta por muestreo aleatorio de fármaco-resistencia inicial en casos de tuberculosis en América Latina. *Bol Of sanit Panam* 1995; 119(2):226-35.
38. Espinal MA, Laszlo A, Simonsen L, Boulahbal F, Kim SJ, Reneiro A. Global trends in resistance to tuberculosis drugs. *World Health Organization – International Union against Tuberculosis and Lung Diseases. Working Group on Anti-Tuberculosis Drug Resistance Surveillance*. *N Engl J Med* 2001; 344: 1294-1303

39. Keane J, Gershon S, Wise RP et al. Tuberculosis associated with infliximab, a tumor necrosis factor alpha-neutralizing agent. *N Engl J Med* 2001; 345: 1098–1104.
40. Castón JJ, Torre-Cisneros J. Tuberculosis en pacientes inmunodeprimidos no infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. En: *Tuberculosis en pacientes infectados por el VIH*. Ed.: A. Rivero. Sevilla 2004: 155-170.
41. Keane J, Gershon S, Wise RP et al. Tuberculosis associated with infliximab, a tumor necrosis factor alpha-neutralizing agent. *N Engl J Med* 2001; 345: 1098–1104.
42. Aguado JM, Herrero JA, Gavalda J et al. Clinical presentation and outcome of tuberculosis in kidney, liver, and heart transplant recipients in Spain. *Transplantation* 1997; 63: 1278-1286.
43. Vallés X, Sánchez F, Pañella H, Garcia de Olalla P, Jansá JM, Caylá JA. Tuberculosis importada: una enfermedad emergente en países industrializados. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 376-378.
44. Grupo de Trabajo de los Talleres de 2001 y 2002 de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona. Prevención y control de las tuberculosis importadas. *Med Clin (Barc)* 2003; 121(14): 549-562.
45. Singh N, Paterson DL. Mycobacterium tuberculosis infection in solid-organ transplant recipients: Impact and implications for management. *Clin Infect Dis* 1998; 27: 1266-1277.
46. Havlir DV, Barnes PF. Tuberculosis in patients with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1999; 340: 367-373.

ANEXOS

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
Problema General	Objetivo General		Variable independiente	Tipo de Investigación descriptivo de corte transversal
¿Cuál es la Relación entre el Nivel de Conocimientos sobre Tuberculosis Pulmonar y la Actitud de los pacientes sobre los factores de riesgos en el C.S Bellavista?	Conocer la relación entre el nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y la actitud de los pacientes sobre los factores de riesgos en el C.S. Bellavista	Hipótesis de investigación: Cuando mayor es el nivel de conocimientos de los pacientes sobre tuberculosis pulmonar, sus actitudes serán de aceptación hacia el tratamiento. Hp. "Existe una relación entre el nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y la actitud de los pacientes sobre los factores de riesgo en el C.S. Bellavista"	Nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar	Diseño de la investigación La investigación por su diseño será por "Objetivos"
			Variable dependiente	Población Será de 800 pacientes que acuden al C.S. Bellavista.
			Actitud sobre los Factores de Riesgo	Muestra Estuvo conformada por 67 pacientes.
Problema específicos	Objetivos específicos	H0: "No existe una relación entre el nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y la actitud de los pacientes sobre los factores de riesgo en el C.S. Bellavista"		Técnicas de recolección de datos. Técnica de la observación. Técnica de la entrevista
a) ¿Cómo influye el nivel de conocimientos sobre las medidas preventivas de la tuberculosis de los pacientes sobre los factores de riesgos en el C.S. Bellavista?	a) Identificar los conocimientos sobre las medidas preventivas de la tuberculosis de los pacientes sobre los factores de riesgos en el C.S. Bellavista.			Instrumentos de recolección de datos <input type="checkbox"/> El Cuestionario. <input type="checkbox"/> La Guía de la Entrevista. <input type="checkbox"/> Fichas Bibliográficas. <input type="checkbox"/> Fichas Textuales.
b) ¿Cuál es la relación de las actitudes hacia la aplicación de las medidas preventivas de la tuberculosis de los pacientes sobre los factores de riesgos en el C.S. Bellavista?	b) Identificar las actitudes hacia la aplicación de las medidas preventivas de la tuberculosis de los pacientes sobre los factores de riesgos en el C.S. Bellavista.			
c) ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y la actitud de los pacientes sobre los factores de riesgos en el C.S. Bellavista?	c) Establecer la relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y la actitud de los pacientes sobre los factores de riesgos en el C.S. Bellavista			

ANEXO 02: CONSENTIMIENTO INFORMADO

ID: _____

FECHA: _____

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL C.S. BELLAVISTA, PUCALLPA, PERÚ.

OBJETIVO: Conocer la relación entre el nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y la actitud de los pacientes sobre los factores de riesgos en el C.S. Bellavista

INVESTIGADOR: GIOVANNA JANET SALAZAR TREJO

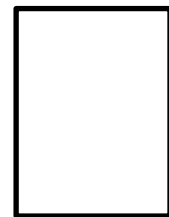
Consentimiento / Participación voluntaria

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio. Conozco que se manejará con absoluta responsabilidad, respeto y confidencialidad, sin divulgar nombres.

Huella digital si el caso lo amerita:

Firma del estudiante:

Firma del investigador responsable:



ANEXO 03

CUESTIONARIO

INTRODUCCIÓN

Buenos días, el presente cuestionario tiene como objetivo determinar los conocimientos que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar sobre el tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y medidas preventivas. Los resultados que se obtengan del presente estudio servirán para construir una propuesta en la que se manifieste la importancia de la generación de ideas innovadoras de información, educación y comunicación en la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis. Les pido sinceridad en sus respuestas, ya que son totalmente anónimas.

Agradezco anticipadamente su colaboración.

INSTRUCCIONES:

A continuación se presentan una serie de preguntas con 5 alternativas, marque Ud. con un aspa (X) la que considere correcta.

I. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE

1. Edad:

15 a 20 () 21 a 30 () 31 a 40 ()

41 a 50 () 51 a + ()

2. Sexo: M () F ()

3. Grado de Instrucción:

Primaria completa () Primaria incompleta ()

Secundaria completa () Secundaria incompleta ()

Superior completa () Superior incompleta ()

4. Ocupación:

Empleado () Independiente () Desempleado ()

Estudiante () Ama de casa ()

II. DATOS ESPECÍFICOS

1. ¿Qué tipo de enfermedad es la tuberculosis?

- a) Contagiosa
- b) Hereditaria
- c) Viral
- d) Desconocida
- e) No sabe

2. ¿Cómo se contagia la tuberculosis?

- a) Por el aire con microbios que respiramos
- b) Por el agua con microbios que bebemos
- c) Por las relaciones sexuales con pacientes con tuberculosis
- d) Por compartir cubiertos, ropas u otros objetos con los pacientes con tuberculosis
- e) No sabe

3. ¿Cuánto tiempo debe presentar tos una persona para sospechar que tiene tuberculosis?

- a) Por más de 7 días sin flema
- b) Por más de 15 días, con o sin flema
- c) Por más de 7 días con flema
- d) Por más 10 días sin flema
- e) No sabe

4. ¿Qué condición es necesaria para que la persona se enferme con tuberculosis?

- a) Una mala alimentación
- b) La falta de higiene
- c) El consumo de alguna comida contaminada
- d) El uso de los mismos cubiertos o vasos
- e) No sabe

5. ¿Cuántos esquemas de tratamiento existen para la tuberculosis?

- a)1
- b)2
- c)3
- d)4
- e) No sabe

6. ¿Cuáles son los principales medicamentos que recibe un paciente con tuberculosis?

- a) Aspirina, gravol, ampicilina, y etambutol
- b) Estreptomicina, ampicilina, gravol y plidan
- c) Rifampicina, isoniazida, etambutol y pirazinamida
- d) Furosemida, penicilina, gravol y aspirina
- e) No sabe

7. ¿Cuáles son las molestias más comunes que pueden presentar los pacientes que reciben medicamentos contra la tuberculosis?

- a) Diarrea y dolor de estómago

- b) Vómitos y diarreas
- c) Náuseas y dolor de estómago
- d) Náuseas y vómitos
- e) No sabe

8. ¿Cuál de las siguientes acciones es necesaria para curarse de la tuberculosis?

- a) Realizar ejercicios físicos
- b) No dejar de tomar las pastillas
- c) Alimentarse en exceso
- d) No ir a trabajar
- e) No sabe

9. ¿Qué ocurre con la tuberculosis si el paciente no inicia tratamiento oportuno?

- a) Disminuye
- b) Se mantiene igual
- c) Desaparece
- d) Se extiende
- e) No sabe

10. ¿Qué ocurre con los microbios de la tuberculosis si no se cumple o se abandona el tratamiento?

- a) Se vuelven débiles a los medicamentos
- b) Se vuelven resistentes a los medicamentos
- c) Desaparecen
- d) Se mantienen igual
- e) No sabe

11. ¿Con qué líquido de preferencia debe tomar el paciente los medicamentos?
- a) Agua pura y mate
 - b) Leche y jugos
 - c) Café y té
 - d) Gaseosa y agua
 - e) No sabe
12. ¿Qué alimentos debe consumir mayormente el paciente con tuberculosis?
- a) Harinas, verduras y frutas
 - b) Carnes, productos lácteos y menestras
 - c) Verduras, frutas y carnes
 - d) Productos lácteos, verduras y frutas
 - e) No sabe
13. ¿Qué medida de precaución debe tener el paciente con tuberculosis al toser?
- a) Cubrirse la boca y mantenerse alejado
 - b) Cubrirse la boca y no hablar
 - c) Cubrirse la boca y evitar hablar de frente
 - d) Cubrirse la boca y hablar de frente
 - e) No sabe
14. ¿Qué debe hacer el paciente cuando elimina flema?
- a) Eliminarlo directamente al recipiente de basura
 - b) Eliminarlo en una bolsa y luego quemarlo
 - c) Eliminarlo directamente en una bolsa plástico
 - d) Eliminarlo en papel higiénico y echarlo en una bolsa plástica

e) No sabe

15. ¿Cómo deben ser las actividades diarias del paciente con tuberculosis?

a) Continuar con las actividades diarias

b) Disminuir sus actividades diarias

c) Incrementar sus actividades diarias

d) No realizar ninguna actividad

e) No sabe

16. ¿Cómo debe mantenerse la vivienda del paciente con tuberculosis para disminuir el contagio?

a) Iluminada y con poca ventilación

b) Con poca iluminación y poca ventilación

c) Con poca iluminación y ventilada

d) Iluminada y ventilada

e) No sabe

17. ¿Qué examen debe realizarse el paciente mensualmente para su control durante el tratamiento?

a) Radiografía de tórax

b) Análisis de esputo

c) Análisis de sangre

d) Examen de orina

e) No sabe

18. ¿Cuál de las siguientes acciones obligatoriamente debe realizar el paciente con tuberculosis al inicio de su tratamiento, cambio de fase y su alta?

- a) Asistir a la consulta médica
- b) Asistir a la consulta nutricional
- c) Asistir a la consulta con la asistente social
- d) Asistir a la consulta psicológica
- e) No sabe

19. ¿Cada cuánto tiempo debe controlar su peso el paciente con tuberculosis?

- a) Mensualmente
- b) Diariamente
- c) Semanalmente
- d) Quincenalmente
- e) No sabe

20. ¿Qué tratamiento farmacológico deben recibir los menores de 15 años que están en contacto con el paciente con resultado de esputo positivo?

- a) Pastillas de rifampicina
- b) Pastillas de isoniazida
- c) Pastillas de etambutol
- d) Pastillas de pirazinamida
- e) No sabe



ANEXO 04

Formato de validación de los instrumentos por jueces o juicio de expertos



Nombre del experto _____ Especialidad: _____

“Calificar con 1, 2, 3 o 4 cada dimensión e indicador a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad”

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
Nivel de Conocimientos sobre la tuberculosis pulmonar	Concepto	Tipo de enfermedad				
		Forma de contagio				
	Signos y síntomas	Tos, Características de los síntomas de la TBC				
	Tratamiento farmacológico	Medicamento, ingesta, dosis, importancia, reacciones adversas, resistencia bacteriana.				
	Cuidados en el Hogar	Actividad física, alimentación.				
	Medidas de Prevención.	Transmisión, examen de control, prevención de contactos Medidas de protección en casa y comunidad.				
Actitudes sobre los factores de riesgos.	Actitud hacia el tratamiento farmacológico.	Medicamento, ingesta, dosis, importancia, reacciones adversas, resistencia bacteriana.				
	Actitud hacia cuidados en el hogar.	Actividad física, alimentación.				

	Actitud hacia medidas preventivas.	Transmisión, examen de control, prevención de contactos, medidas de protección en casa y comunidad.				
	Actitud a su forma de vida	Zona de vivienda. Hacinamiento. Nivel económico Tabaquismo. Alcoholismo. Contacto previo a TBC. Zona de vivienda. Sedentarismos. Índice de Masa Corporal.				

¿Hay alguna dimensión o indicadores que no fue evaluado? SÍ () NO () En caso de Sí, ¿Qué dimensión o indicadores faltan?

DECISIÓN DEL EXPERTO: La aplicación de los instrumentos procede a ser aplicada: SÍ () NO ()

Firma y Sello del juez

NOTA BIOGRÁFICA

GIOVANNA JANET SALAZAR TREJO, nació en el distrito de Huánuco, provincia de Huánuco, departamento de Huánuco, el 19 de Abril de 1980, cursó sus estudios de nivel primario en la I.E. "Señor de los Milagros" y secundario en el colegio el amauta "José Carlos Mariátegui" Amarilis – Huánuco. Posteriormente en el año 2000 realizó sus estudios universitarios en la universidad nacional "Hermilio Valdizán" de Huánuco, facultad de enfermería, egresando en el año 2004, obteniendo el grado de bachiller en enfermería en el año 2005; así como también, obtuvo el título profesional de enfermera en la misma universidad logrando colegiarse en el mes de marzo de 2007.

En el año 2012 al 2013, culminó sus estudios de maestría en salud pública en la universidad nacional de Ucayali y actualmente cursa los estudios para la obtención del grado de maestría en Salud Pública y Gestión Sanitaria en la escuela de posgrado - Unheval.

Tuvo su experiencia laboral en la Dirección regional de salud Huánuco – puesto de salud Chinchil en el año 2007, Dirección regional de salud Ucayali – puesto de salud nuevo Piura en el año 2011, Dirección regional de salud Ucayali – puesto de salud San Antonio en el año 2012, Dirección regional de salud Ucayali – centro de salud Curimana en el año 2014 y Dirección regional de salud Ucayali – puesto de salud San Pedro km 47 en el año 2017 hasta la actualidad.



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN

Huánuco - Perú

ESCUELA DE POSGRADO

Campus Universitario, Pabellón V Block "A" 2do. Piso - Cayhuayna
Teléfono 514760



ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE MAESTRO

En el Auditorio de la Escuela de Posgrado, sito en el Jr. Camaná 615, Lima, siendo las 17:00 h., del día viernes 19.MAYO.2017, ante los Jurados de Tesis constituido por los siguientes docentes:

Dr. Reynaldo Marcial OSTOS MIRAVAL	Presidente
Dr. Abner Alfeo FONSECA LIVIAS	Secretario
Dr. Francisco GARCÉS GACIA	Vocal

La aspirante al Grado de Maestro en Salud Pública y Gestión Sanitaria, Doña Giovanna Janet SALAZAR TREJO

Procedió al acto de Defensa:

Con la exposición de la Tesis titulado: "NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL C.S. BELLAVISTA, PUCALLPA, PERU".

Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente.

Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación de la aspirante a Maestro, teniendo presente los criterios siguientes:

- e) Presentación personal.
- f) Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y Recomendaciones.
- g) Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente.
- h) Dicción y dominio de escenario.

Así mismo, el Jurado plantea a la tesis las observaciones siguientes:

Obteniendo en consecuencia la Maestría la Nota de Diecisiete (17)
Equivalente a Aprobado, por lo que se recomienda
(Aprobado o desaprobado)

Los miembros del Jurado, firman el presente ACTA en señal de conformidad, en Lima, siendo las 17:55 horas del 19 de mayo de 2017.

.....
PRESIDENTE
DNI N° 2420141

.....
SECRETARIA
DNI N° 2442906

.....
VOCAL
DNI N° 45339210

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE POSGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL (especificar los datos del autor de la tesis)

Apellidos y Nombres: **SALAZAR TREJO, Giovanna Janet**

DNI: **08964437**

Correo electrónico: **giovi1904@hotmail.com**

Teléfonos Casa:

Celular: **980399058**

Oficina _____

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Posgrado	
Maestría:	SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA
Mención:	_____

Grado Académico obtenido: **MAESTRO**

Título de la tesis:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL C.S. BELLAVISTA, PUCALLPA, PERÚ”

Tipo de acceso que autoriza el autor:

Marcar "X"	Categoría de Acceso	Descripción de Acceso
X	PÚBLICO	Es público y accesible el documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, más no al texto completo.

Al elegir la opción "Público" a través de la presente autorizo de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que dicha autorización cualquiera tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el periodo de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

() 1 año () 2 años () 3 años () 4 años

Luego del período señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasará a ser de acceso público.

Fecha de firma: 03-01-2020

Firma del autor