



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**PLAN PARA EL ABORDAJE DE LOS CONTACTOS DE PACIENTES CON
DIAGNOSTICOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN LOS SECTORES
KEWEY I Y II , MUNICIPIO AUTONOMO GRAN SABANA, ESTADO BOLIVAR,
AÑO 2009 .**

(Trabajo Especial de Grado Presentado como requisito parcial para optar al
título de licenciatura en Enfermería)

Tutora:
Prof. Carmen Cecilia Jiménez A.

Autores
Decelis Adelina
C.I.N° 10.006.649
Fernández S. Manuel E.
C.I.N.10.006.958

Puerto Ordaz, julio 2009

**PLAN PARA EL ABORDAJE DE LOS CONTACTOS DE PACIENTES CON
DIAGNOSTICOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN LOS SECTORES
KEWEY I Y II, MUNICIPIO AUTONOMO GRAN SABANA, ESTADO BOLIVAR,
AÑO 2009.**

AGRADECIMIENTO

- A Dios Todopoderoso, fuente de la sabiduría, conocimiento e inteligencia por iluminar el camino por donde debo andar, y por darme fortaleza, salud para alcanzar con éxito la culminación de mi carrera, y de esta manera ver la cristalización de mi sueño.
- A mi querida madre Olga L. Sánchez, quien hizo posible que yo existiera, quien me cuidó desde su vientre y en mi infancia hasta ser adulto. Dios te cuide madre gracias por todo.
- A mis ancestros, que Dios los tenga donde los quiera tener, en especial a mi padre Manuel Fernández quien a los mejor estuvo a mi lado en los momentos difíciles.
- A mi Señora Melanea Fernández, quien con su amor y comprensión supo entender y darme apoyo en los momentos que necesité de ella.
- A mis hijos Olga, Niurka, Manuel, Saúl, Niwman y a mis nietos, quienes están en mi vida en todo momentos a ellos les deseo lo mejor del mundo y que sigan mi camino y más.
- A las personas que de una u otra manera me dieron ánimo y apoyo para lograr la meta propuesta. Para todos ellos mil gracias.
- A la Prof. Carmen Cecilia Jiménez A. quien nos sirvió de guía con mucha paciencia desde el inicio hasta la culminación del TEG, estamos agradecidos con usted.
- A la UCV que es la máxima casa de estudios por darme la oportunidad de formarme en seno como profesionales y licenciados en enfermería.

Manuel E Fernández

AGRADECIMIENTO

A Dios todopoderoso por darme la vida, fortaleza, sabiduría, voluntad, paciencia y perseverancia para seguir adelante.

A mi esposo quien con su paciencia y confianza, comprensión y colaboración ha estado siempre a mi lado dándome apoyo.

A mis hijos por soportar mi ausencia ya que no ha sido fácil para ellos el tener que compartirme con el deber del estudio y del trabajo.

A mi profesora Carmen Cecilia por su paciencia, disponibilidad, asesoramiento y apoyo brindado con su conocimiento y lograr la culminación de mi estudio.

Adelina Decelis

APROBACION DEL TUTOR

En mi carácter de tutor del Trabajo Especial de Grado, titulado: "**PLAN PARA EL ABORDAJE DE LOS CONTACTOS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN LOS SECTORES KEWEY I Y II , MUNICIPIO AUTÓNOMO GRAN SABANA, ESTADO BOLIVAR, AÑO 2009** ", presentado por los T.S.U. **Decelis Adelina C.I.Nº 10.006.649** y **Fernández S. Manuel E. C.I.Nº 10.006.958**, para optar al título de licenciado en enfermería, considero que dicho trabajo reúne los requisitos para ser sometidos a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En Caracas a los _____ días del mes de _____ del 2009

Lcda. Carmen Cecilia Jiménez

INDICE

	Págs.
Agradecimiento.....	III-VI
Aprobación del tutor.....	V
Índice General.....	VI - VII
Lista de cuadros.....	VIII
Lista de Gráficos.....	IX
Resumen.....	X
Introducción.....	1 - 2

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema.....	3-6
Objetivos de la investigación.....	7
Justificación.....	7-9

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Antecedentes de la investigación.....	10-12
Bases Teórica.....	12-28
Definición de términos.....	29-30
Sistema de variables.....	30
Operacionalización de variables.....	31-32

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

Tipos de estudio.....	33
Población y muestra.....	34
Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	34
Procedimiento de recolección de datos.....	34
Validez y confiabilidad.....	35

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Presentación y análisis de los resultados.....36-48

CAPITULO V

PLAN DE INSTRUCCIÓN DIRIGIDOS A LOS CONTACTOS DE PACIENTES TUBERCULOSOS DIAGNOSTICADOS.....49

Presentación.....50

Objetivo General.....51

Objetivos Especifico.....51

Acciones a desarrollar.....51-52

Plan de instrucción.....53-54

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones.....55

Recomendaciones.....56

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....57-58

ANEXOS.....59-66

LISTA DE CUADROS

N-	Pág.
1 Abordaje de los contactos de los pacientes con diagnostico de tuberculosis pulmonar sobre Datos familiares	37
2 Informe sobre el abordaje de los contactos de pacientes diagnostico de tuberculosis pulmonar Condiciones de vida	39
3 Informe sobre el abordaje de los contactos de pacientes diagnostico de tuberculosis pulmonar Condiciones de vida	41
4 Abordaje de los contactos de los pacientes con diagnostico de tuberculosis pulmonar sobre la información que poseen sobre la enfermedad	43
5 Abordaje de los contactos de los pacientes con diagnostico de tuberculosis pulmonar sobre información sobre el despistaje	45
6 Abordaje de los contactos de los pacientes con diagnostico de tuberculosis pulmonar sobre Modo de transmisión, nutrición e higiene personal	47

LISTA DE GRAFICOS

N-		pág.
1	Abordaje de los contactos de los pacientes con diagnostico de tuberculosis pulmonar sobre Datos familiares	38
2	Informe sobre el abordaje de los contactos de pacientes diagnostico de tuberculosis pulmonar Condiciones de vida	40
3	Informe sobre el abordaje de los contactos de pacientes diagnostico de tuberculosis pulmonar Condiciones de vida	42
4	Abordaje de los contactos de los pacientes con diagnostico de tuberculosis pulmonar sobre la información que poseen sobre la enfermedad	44
5	Abordaje de los contactos de los pacientes con diagnostico de tuberculosis pulmonar sobre información sobre el	
6	despistaje	46
	Abordaje de los contactos de los pacientes con diagnostico de tuberculosis pulmonar sobre Modo de transmisión, nutrición e higiene personal	48



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**PLAN PARA EL ABORDAJE DE LOS CONTACTOS DE PACIENTES CON
DIAGNOSTICOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN LOS SECTORES
KEWEY I Y II, MUNICIPIO AUTONOMO GRAN SABANA, ESTADO BOLIVAR,**

**Autores
Decelis
Adelina
C.I.N° 10.006.649
Fernández S. Manuel
E.
C.I.N.10.006.958**

**Tutora:
Prof. Carmen Cecilia Jiménez**

Resumen

El estudio de investigación tuvo como objetivo desarrollar un plan para el abordaje de contactos de pacientes con diagnósticos de pacientes de tuberculosis pulmonar. Fue un estudio de tipo interactivo con diseño de campo, transversal. La población estuvo conformada por 13 contactos intrafamiliares provenientes de tres familias. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de entrevista y como instrumento una guía de entrevista con 30 preguntas cerradas. Los resultados obtenidos evidenciaron que en un porcentaje superior al 50% los contactos intrafamiliares son jóvenes, del género masculino, integrado por estudiantes y trabajadores, quienes conocen acerca de la enfermedad, pero en su mayoría no practican las medidas de prevención. En lo que respecta a la alimentación también conocen; pero la mayoría de los alimentos no están a su disposición.

Palabras claves. Tuberculosis, contactos, Contactos intrafamiliares, abordaje.

INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis (TBC) es una enfermedad conocida desde la antigüedad, a ella acuden los escritores de Hipócrates y Galenos, fue hasta el siglo pasado que no se había encontrado el microorganismo causante y mucho menos determinar el tratamiento. Fue en 1882, cuando el médico alemán Roberto Koch, descubrió el agente causal de la enfermedad, que es el *Mycobacterium Tuberculosis*, también llamado Bacilo de Koch.

La TBC antiguamente constituía una enfermedad epidémica, y endémica, pero gracias al avance de la ciencia médica se ha mitigado enormemente sus efectos por el descubrimiento de los antibióticos y quimioterapias, que permiten curar la enfermedad, si es diagnosticada a tiempo.

La TBC es una enfermedad conocida mundialmente como una enfermedad infecciosa que histológicamente se caracteriza por la formación de granulomas, habitualmente esta se localiza en los pulmones dando origen a la tuberculosis pulmonar. Como también puede afectar a otras partes del cuerpo, órganos, aparatos, meninges.

Lo expuesto, ha motivado la realización de este trabajo de investigación en la comunidad ya mencionada, porque en la comunidad se han visto más casos de tuberculosis pulmonar, la cual tiene como finalidad desarrollar un plan de abordaje de los contactos de personas enfermas con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, mediante pesquisas y exámenes de laboratorio, en el Hospital Rosario Vera Zurita, ubicado en el Municipio Gran Sabana, Estado Bolívar, y para alcanzar el objetivo de este estudio se distribuyó por capítulos de la siguiente manera:

- Capítulo I: el problema: Planteamiento del Problema, Los Objetivos de la Investigación y la justificación.

- Capítulo II El Marco Teórico: antecedentes de la investigación, bases teóricas, definición de términos básicos, el sistema de variables y la operacionalización de las variables.
- Capítulo III El Marco Metodológico: Diseño de Investigación, población y Muestra, Técnica de Recolección de datos, Técnica de Análisis de Datos.
- Capítulo IV: Procesamiento de datos, discusión y análisis de los resultados.
- Capítulo V: Plan para el abordaje de contactos de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. Santa Elena de Uairén.
- Capítulo VI: Conclusiones y recomendaciones
- Referencias Bibliográficas
- anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecto – contagiosa extendida a nivel mundial como lo señala Fargo, V. (2000), que alrededor de veintiocho millones de individuos desarrollan algún tipo de tuberculosis en todo el mundo, lo que revela que se está al frente de un problema de salud a nivel mundial, lo que causa una serie de incapacidades para realizar actividades laborales y sociales. El número de casos notificados ha aumentado en casi todos los países en vía de desarrollo. La Organización Mundial de la Salud (OMS 2000) estima que si el control de la enfermedad no mejora entre el 2002 y el 2020, alrededor de 1000 millones de personas en el mundo se infectarán, 150 millones contraerán la enfermedad y 36 millones morirán a consecuencia de las complicaciones que genera la tuberculosis para la fecha, esta enfermedad es responsable de las muertes de dos millones de personas en el mundo.

La OMS (op.cit.) refiere que las regiones más afectadas son: África, Sur de Asia y el Este de Europa y a pesar que se han instrumentado programas de salud, la población de estas regiones continúa padeciendo de esta enfermedad.

La organización mundial de la Salud (op.cit 2000), señala que la Tuberculosis es una enfermedad endémica que tiene mayor incidencia en los países industrializados y constituye un serio problema de salud pública, así lo indica la OMS (op.cit).

La tuberculosis sigue constituyendo una importante amenaza para la salud pública mundial. Ya en 1993 se declaró emergencia sanitaria

mundial, en materia de tuberculosis, a pesar de los esfuerzos institucionales, se evidencia un recrudecimiento de la frecuencia en crecimiento en especial en los países desarrollados, Europa Central y Norte América, donde las incidencias alcanzan hasta un 70% representando a unos 28 millones de personas .(pág. 37)

Entre los indicadores se señalan como factores incluyentes en el surgimiento de la enfermedad, una calidad de vida deficiente, desnutrición infantil, la falta de servicios comunitarios y sanitarios, contaminación ambiental por efectos de las grandes industrias y del cumulo de desechos y basuras sin control sanitario. Así como un bajo índice de asistencia a las consultas de tisiología, escaso conocimiento sobre la enfermedad y sus consecuencias, han sido estos los factores que contribuyen a la aparición y desarrollo de la enfermedad en América Latina. Se estima que esta se presenta como una morbilidad en los países de América Central como: Guatemala, Honduras, Sur de México y Nicaragua. Según los datos de la Comisión Económica para la América Latina (CEPAL 1999). Considera que la tuberculosis en estos países se ubica en un 85% anual con una incidencia de crecimiento, al sostener que:

En nueve Países (Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Paraguay, Perú y República Dominicana), la tasa de incidencia se considera grave (más de 85 por 100.000); algunos de estos países y territorios han modificado o estimado una tasa similar a los de los países africanos y asiáticos, más afectados por la tuberculosis. En caso similar están el Sur de México y Nicaragua (pág. 139)

Como se puede evidenciar, la enfermedad se presenta con características alarmantes, que señalan que cada día va a ser mayor la cadena de acontecimientos en las manifestaciones en la salud de la población.

En Venezuela, se pensaba que la tuberculosis era un enfermedad controlada, debido a las políticas sociales y de la salud promovida por los gobiernos a partir de 1958, pero de acuerdo a los señalado por García M. (2002) indica que:

Existen más de 1.273 casos de tuberculosis en la capital (Caracas) lo que demuestra que la enfermedad no ha sido erradicada como se creía, y en eso está incluida la pobreza como un factor determinante que en los últimos años se ha acentuado en Venezuela, lo que ha conllevado al deterioro de la vida de las personas a nivel urbano y mas específico en el medio rural, ya que muchos años atrás esta enfermedad estaba erradicada (Pág. 3)

Efectivamente, el surgimiento de la tuberculosis en Venezuela, se debe a las consecuencias multifactoriales siendo las de mayor gravedad las de carácter socio-económico, la marginalidad, pobreza, desempleo, viviendas sin condiciones de salubridad, contaminación urbana y rural. Al respecto, el Ministerio de la Salud y desarrollo social (2002). Señala que la tuberculosis cada año se presenta como un fenómeno de salud pública que afectan con mayor incidencia a una considerable población, esta manifiesta que:

La incidencia de casos de tuberculosis para el año 2001, fue de 6.110 casos de los cuales el 86% eran de localización pulmonar con una tasa de prevalencia de 27 por 100.000 habitantes, siendo los estados de Amazonas y Delta Amacuro los más afectados con relación a la distribución según grupos de edades, el 64% están ubicados entre los 15 y 44 años a predominio del sexo masculino (pág. 8)

Estos resultados indican que la tuberculosis en Venezuela representa un problema de salud pública que afecta con mayor incidencia aquellas comunidades de procedencia indígena, esto se debe a que en los estados mencionados prevalecen las condiciones de pobreza, la marginalidad y la miseria, por falta de una política de salud social de los gobiernos, en cuanto a la erradicación de esta enfermedad mediante programas de mejorar de las condiciones de vida, fomento de la salud y salud comunitaria.

En el Estado Bolívar la tuberculosis ha tenido un repunte de 20% sobre la población según la Estadística del Departamento de Epidemiología Regional (2007) y el informe de la coordinación regional del programa integrado de TBC del Estado Bolívar (Holquist, A. 2002) considera a la TBC como una

enfermedad infecto contagiosa que ha venido aumentando los casos en los últimos años y así lo indica:

Para el año 2002 a 2003 se habían registrado 198 nuevos casos y para el año 2004 a 2005 la incidencia de los casos fue de 486 nuevos infectados con tuberculosis” (pág. 22). Estos datos indican que la TBC sigue teniendo un repunte significativo que afecta a la población de bajos recursos y donde predominan factores influyentes.

En el archivo del servicio de epidemiología del Hospital Enfermera Rosario Vera Zurita, del Municipio Gran Sabana en Santa Elena de Uairén, para el año 2008 y el primer trimestre del 2009 se registraron 20 nuevos casos de TBCP, que pertenecen al Distrito Sanitario N° 7 Municipio Gran Sabana.

Estos enfermos por lo general son hospitalizados para ser sometidos a tratamiento quimioprolifáctico hasta descartar la TBC y una vez confirmado el diagnóstico se inicia el tratamiento controlado. Esta persona enferma tiene un núcleo familiar, integrado por niños, adolescentes, jóvenes y adultos, quienes constituyen en contactos intrafamiliares de estos casos, los cuales deben acudir al centro de salud más cercano para someterse a pruebas de despistaje, pero su mayoría, no asisten a realizar los exámenes correspondientes, bien porque no conocen acerca de la necesidad o por dificultades en cuanto a concurrir a los establecimientos y programas de salud para descartar la enfermedad y el diagnóstico precoz.

En relación a lo expuesto surgen las siguientes preguntas:

- ¿Asisten los contactos de centros de salud para el despistaje?
- ¿Conocen los contactos la importancia de realizar las pruebas de despistaje?
- ¿Conocen los contactos esta enfermedad?
- ¿Conocen los contactos sobre las medidas preventivas, alimentación e higiene?

Derivado de estas interrogantes se formulan como preguntas de investigación

- ¿Cómo sería la ejecución del plan para el abordaje de contactos de pacientes con tuberculosis pulmonar, en las urbanizaciones de Kewey I y II, Municipio Gran Sabana en el año 2009

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Objetivo general

Desarrollar un plan para el abordaje de contactos de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, en sectores de Kewey I Y II, Municipio Gran Sabana, Santa Elena de Uairén año 2009.

1.2.2 Objetivos específicos:

- Identificar situación de los contactos de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar.
- Identificar la información que poseen los contactos sobre la tuberculosis pulmonar.
- Elaborar el plan para el suministro de información sobre la tuberculosis pulmonar dirigidos a los contactos de TBCP.
- Desarrollar el plan para el suministro de información sobre la tuberculosis pulmonar dirigidos a los contactos.

Justificación

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa causada por un agente único el *Mycobacterium Tuberculosis*, y está presente a nivel mundial. Es una enfermedad que si no se trata a tiempo ocasiona la muerte.

La TBC puede afectar a otras partes del cuerpo como, órganos, aparatos, meninges, pero principalmente la bacteria afecta a los pulmones, dando origen a la tuberculosis pulmonar, la más frecuente y la que afecta a la salud de los habitantes del sector de Kewey I Y II, del Municipio Gran Sabana.

Las personas con diagnósticos de tuberculosis pulmonar (TBC) tiene su grupo familiar con quienes conviven, los cuales una vez diagnosticada la enfermedad pasan a ser contactos de esa persona enferma, y por ser una

enfermedad infecto-contagiosa, ese grupo familiar esta propenso a contagio y propagación de la misma.

De allí la necesidad del seguimiento de estos contactos para el despistaje y el abordaje de los casos.

Mediante el plan de abordaje se establece comunicación personal con este grupo lo que permitirá diagnosticar la situación del grupo familiar y el medio donde habitan, a manera de garantizar que estas personas serán sometidas a pruebas de despistaje con la finalidad de garantizar las condiciones de vida, salud y el ambiente.

Existe la necesidad de realizar este estudio, por cuanto los contactos que acuden al servicio de consulta de tisiología, padecen de TBC. Y en su mayoría habitan en el sector de Kewey I Y II.

El plan ayudara al apoyo de estos grupos en cuanto a la preservación, conservación de la salud y bienestar social.

Si bien se ha realizado investigaciones sobre la TBC, el abordaje de los contactos ha sido poco investigado y con este estudio se busca el acercamiento al grupo familiar de los contactos.

El estudio seguirá como fuente de información y referencias para otras investigaciones a manera de ir afianzando estrategias para el trabajo comunitario con este tipo de personas, las cuales pueden ser aplicadas en otros ámbitos con grupos de características similares, en especial con grupos relacionados con la tuberculosis.

Estas personas son sometidas a pruebas de despistaje con la finalidad de garantizar las condiciones de vida, salud y el ambiente. También procederá apoyo en cuando a la preservación, conservación de la salud y bienestar social.

Los casos de TBCP se han detectado en los sectores de Kewey I y II del Municipio Gran Sabana, los cuales tiene contactos intrafamiliares quienes requieren ser localizados para someterlos a pruebas de despistaje.

Si bien, se han realizado investigaciones sobre la TBCP, en cuanto a los estudios relativos al abordaje de los contactos son pocos los que se conocen, lo que motivó a realizar este estudio de tipo interactivo que permite el acercamiento con los integrantes del grupo familiar. Para la captación de los contactos, de manera que acuda al centro de salud para su despistaje.

Así mismo este estudio contribuye al suministro de información sobre aspectos relacionados con la enfermedad, forma de contagio y conductas a seguir para evitar la propagación.

Desde este punto de vista metodológico, este estudio se construyó una guía de entrevista para el abordaje de contactos el cual queda a disposición de los interesados en continuar investigaciones sobre este tema.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se abordan todo los aspectos relacionados con la explicación teórica de la tuberculosis, para ellos se hace una revisión de los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, el sistema de variable, operacionalización de las variables y la definición de términos básicos.

2.1 Antecedentes de la investigación.

Dimas, M. Hernández, C. Ruiz, O. Santos, L.F. (2003), realizaron un trabajo titulado “Factores Socio-culturales del Indígena Panare” y sus incidencias en la tuberculosis pulmonar en al Comunidad de Perro de Agua, Municipio Cedeño del Estado Bolívar.

Los resultados obtenidos permiten concluir el grado de desconocimiento o poca información sobre la tuberculosis pulmonar, unido a estos factores socioculturales del Indígena Panare, lo cual influye directamente en la incidencia de la misma. Planteándose diversas recomendaciones para evitar la propagación de esta enfermedad.

Lo que expresa en esta cita es la falta de orientación que ha incrementado la diseminación de la tuberculosis pulmonar en el país, es por ello que se requiere la colaboración de la enfermera comunitaria como miembro del sector salud, acudir a las población indígenas para verificar si los habitantes de esta comunidad conocen lo que es la tuberculosis pulmonar y los cuidados que requiere esta enfermedad y otorgan recomendaciones para controlar y disminuir el alto índice en el país.

Montiel, C. Pérez, A. Valera (2003), realizaron un estudio titulado Programa Educativo de la Enfermera Comunitaria, sobre la prevención de la tuberculosis pulmonar dirigido a los usuarios de Etnia Wayuu. Los resultados de este estudio señalan; que los pacientes objeto de estudio alcanzan un nivel medio porcentual de desconocimiento de 88,3% respecto a la variable, luego de realizado el taller en relación del conocimiento identificado en pre-test de 34%.

Los autores de la cita anterior manifiestan que antes de aplicar el programa de información, gran parte de los pacientes de la etnia Wayuu, desconocen lo que era la enfermedad, por lo cual no tomaban ningún tipo de medida de prevención y basados a sus costumbres y forma de vida esto lo perjudica, por lo tanto la enfermedad en esta comunidad iba aumentando y propagándose. Es por ello que se requiere mayor información a los miembros de la sociedad en general, por que el conocimiento es el pilar fundamental para el auto cuidado y la pronta recuperación de los pacientes, quienes colaboración con el personal de la salud, cumpliendo con su tratamiento y acudiendo a las citas de las consultas, por lo que tomaran cuidados básicos necesarios para evitar la propagación de esta enfermedad.

El auto cuidado es el que aplicara el paciente y es necesario para le recuperación del mismo por que este cuidara estando en su hogar, trabajo, escuela y otros sitios. Es decir, el enfermo se cuidará cuando el personal de la salud no esté con él, ya que, esta mantiene un contacto directo con el mismo solo cuando éste acuda a la consulta planificada.

Rojas, L. Silva, F. (2002), realizaron un trabajo sobre los factores de riesgo que indican en el reingreso de enfermos con diagnostico de tuberculosis pulmonar al servicio de Neurofisiología del Hospital Dr. Julio Rodríguez de Cumana, Estado Sucre. Determinan que, el desempleo, la insatisfacción de necesidades básicas, abandono de tratamiento por desconocimiento de las consecuencias, el hacinamiento, forma y condiciones de vida, factores

socioeconómicos, son los factores que influyen en la reinfección de la tuberculosis pulmonar, también que las acciones educativas desarrolladas por el personal de la salud, no cumplen con las expectativas. Por lo que se recomienda que desarrollen actividades para la educación para la salud, al individuo, familia y comunidad. También las instituciones competentes deben darle importancia a las medidas preventivas.

Lo planteado en esta cita señala como la falta de cuidado, el abandono, repercute en la reinfección de la tuberculosis pulmonar, por lo que se debe educar, orientar a los enfermeros sobre los cuidados que requieren durante y después de dicha patología, por lo que puedan quedar recidivas de la misma.

2.2 Bases Teóricas

La tuberculosis

Infección granulomatosa crónica producida por un bacilo acidorresistente denominado *Mycobacterium Tuberculoso*, que se transmite a través de gotitas de saliva y afecta a los pulmones. Las partes del pulmón que se verán más afectadas son los segmentos apicales y posteriores de los lóbulos superiores y los segmentos superiores de los lóbulos inferiores. La infección pulmonar tiene generalmente un comienzo insidioso.

La tos crónica es el principal síntomas de la tuberculosis pulmonar. El esputo puede ser escaso y no purulento. Es frecuente que se produzca hemoptoico, generalmente en forma de esputo hemoptoico. La auscultación pulmonar puede ser inespecífica; es típica la existencia de matidez en los vértices, con presencia de crepitantes que cambian con la posición.

Clasificación de la tuberculosis

Generalmente es asintomático. Es típico que aparezca una neumonitis inespecífica en la zona inferior o media de los pulmones. Los ganglios linfáticos biliares crecen y en los niños algunas veces es insuficiente para producir

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

Tuberculosis de reactivación

Es una enfermedad debilitante crónica, en la cual las manifestaciones constitucionales son más prominentes, que los síntomas respiratorios en pacientes con tuberculosis pulmonar. Hay pérdida de peso, febrícula y muchos

Enfermos sufren episodios de sudoración nocturna profusa en la mitad superior del cuerpo varias veces por semana.

Tuberculosis pulmonar

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

Tuberculosis extra pulmonar

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

Tuberculosis laríngea y endobranqueal

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

Adenitis tuberculosa

La escrófula es una linfadenitis tuberculosa crónica de los ganglios linfáticos cervicales. Cualquier ganglio cervical puede afectarse, aunque es más común que se infecten los de la parte alta del cuello inmediatamente por debajo de la mandíbula. Los ganglios tuberculosos tienen a la palpación consistencia de caucho, y son dolorosas.

Tuberculosis esquelética

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

Tuberculosis genitourinaria.

Se localiza en cualquier nivel del aparato genitourinario masculino o femenino. La tuberculosis renal inicial como purria microscópica con hematuria y urocultivo estéril. El diagnóstico se establece al descubrir el bacilo tuberculoso en el urocultivo. Conforme progresa la enfermedad, aparece cavitación del parénquima renal.

Tuberculosis meníngea

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

Tuberculosis ocular

Puede afectar a cualquier porción del ojo, las manifestaciones más frecuentes son corneorrenitis y uveítis. Es muy difícil establecer el diagnóstico de tuberculosis ocular, que generalmente es de presunción. Las manifestaciones no pueden distinguirse clínicamente, de la sarcoidosis o las micosis, flictenular sugiere fuertemente el diagnóstico.

Tuberculosis gastrointestinal

El estómago es muy resistente a la infección tuberculosa, puede deglutirse abundantes bacilos tuberculosos purulentos sin que se produzca infección, las principales manifestaciones son diarrea crónica y aparición de fistulas.

Tuberculosis suprarrenal

La siembra hematógena de las glándulas suprarrenales probablemente serán bastante común pero la tuberculosis es muy rara y casi siempre aparece acompañado a un cuadro de tuberculosis pulmonar y de larga evolución.

Tuberculosis cutánea

Es rara en ausencia de infección crónica no tratada, de otra localización. El lupus vulgaris es una enfermedad granulomatosa de la piel que no responde

bien al tratamiento. El diagnóstico se hace mediante una biopsia de piel y es común descubrir manifestaciones de hipersensibilidad a la tuberculina.

Tuberculosis miliar

Resulta de la diseminación hematogena del bacilo, se manifiesta por fiebre rara, en ocasiones con una curva cotidiana sobre acompañada de anemia y esplenomegalia. Tiende a ser más grave en los niños que en los adultos.

Etiología de la Tuberculosis

La enfermedad se propaga a través del aire mediante pequeñas gotitas de secreciones de la tos o estornudos de personas infectadas de *Mycobacterium Tuberculosis*. La misma se transmite por medio de un contacto frecuente familiar o una convivencia con personas infectadas. Es raro que se dé el caso de contagiarse de forma casual por un contacto esporádico en la calle.

Una vez que la bacteria se introduce en el pulmón se forma un granuloma que es la infección primaria de la tuberculosis, este proceso no produce síntomas y el 95% de los casos se recupera sin más problemas. La bacteria de la tuberculosis pasa así a una fase de inactividad encerrada en un granuloma.

Si por cualquier causa otras infecciones, SIDA, Cáncer, estrés, etc. Las defensas del organismo se debilitan las bacterias se reactivan y se produce la enfermedad.

Miguel H. (2003) explica que:

La infección inicial o primo infección tuberculosa se producen cuando los bacilos tuberculosos (al parecer 1-3 bacilos serían suficientes) consiguen alcanzar los alveolos pulmonares. Estas bacterias, quizás por efecto solo mecánico, alcanzan preferentemente los lóbulos más declives que en los inferiores, aunque también pueden afectar al lóbulo medio, la lingual y los lóbulos superiores (pág. principal)

En estas áreas la infección puede quedar contenida en el pulmón o diseminarse hacia distintos puntos del organismo. La lesión inicial pulmonar, suele ser periférica, ya que afecta los alveolos, desde allí los bacilos tuberculosos sufren un proceso de depuración, que va por el sistema linfático, del pulmón y la infección drena hacia los ganglios del hilio pulmonar. Si la infección queda contenida allí, solo habrá una lesión cicatrizal pulmonar que no siempre es visible en la radiografía de tórax.

En otras ocasiones la infección en lugar de quedar limitada a los ganglios va extendiendo por vía hematológica o sea por el torrente sanguíneo hacia otras áreas del pulmón y otros órganos (diseminación hematológica) en el pulmón, la infección afectará, sobretodo los segmentos posteriores de los lóbulos superiores, una que, la *Mycobacterium tuberculosis* es un microorganismo aeróbico con preferencia por las áreas pulmonares mejor ventiladas. Lo que suceda después de esta diseminación hematológica, inicial dependerá de dos factores que gobiernan siempre la infección tuberculosa, por un lado, el tamaño del inóculo bacteriano y por el otro, de la respuesta inmunitaria del huésped.

El pulmón como otros órganos, las lesiones tuberculosas diseminadas durante este periodo de infección se cicatrizaran como lo sucedido en la lesión pulmonar inicia, pero continuaran siendo fuentes potenciales de reactivación de la enfermedad, ya que la *Mycobacterium Tuberculosis*, puede persistir viable dentro de la célula durante muchos años.

Todo individuo que se encuentre infectado, es decir, que entra en contacto con *Mycobacterium Tuberculosis*, corre el riesgo de desarrollar esta enfermedad, es decir, presentar los síntomas de tuberculosis en cualquier momento de su vida, siempre que se reactive la infección.

Existen una serie de características principales del agente, al respecto, Jawets, E. Melnick y Adelberg (1996) describen:

En los tejidos, los bacilos de la tuberculosis son bastoncillos rectos delgados, en medios artificiales, se ven formas cocoides y filamentosas con morfología variable de una especie a otra. Las microbacterias no pueden ser clasificadas como microorganismos grampositivos o gramnegativos. (pág. 326)

Modo de transmisión

Cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar bacilifera sin tratamiento, tose o estornuda, expulsa los bacilos de la tuberculosis en las gotas de saliva, estas se secan en el aire y pueden ser aspiradas por las personas que rodean al enfermo. Los lugares mal ventilados y con poca luz natural, favorecen la transmisión. Estas personas recién infectadas pueden desarrollar la enfermedad en ese momento o bien permanecer sin síntomas por años y cuando las defensas bajan, los bacilos comienzan a multiplicarse y dan origen a la enfermedad. Cuanto mas sea la cantidad de bacilos expulsados y mayor e tiempo de exposición, la probabilidad de infección aumentara. Los contactos intradomiciliarios de enfermos baciliferos serán los de mayor riesgo

Periodo de transmisión

El periodo en el cual se transmite la enfermedad durante la cual se expulsan en el esputo los bacilos tuberculosos son viables, algunos enfermos tratados o no tratados de manera inadecuada pueden mostrar intermitentemente bacilos en el esputo, durante años. Chin J. (2001) refiere que:

El grado de transmisibilidad depende del número de bacilos expulsados y de su virulencia, la calidad de la ventilación, la exposición de los bacilos al sol o a la luz ultravioleta, y las oportunidades de que se dispersen en aerosol por la tos estornudo, habla o el canto o durante métodos clínicos muy peligrosos como la necropsias, intubaciones o broncoscopios (pág. 543).

Algunos factores como lo son la falta de ventilación, una iluminación inadecuada, además del número de bacilos que se expulsan son las causas

más comunes que permiten que este periodo de transmisión se vuelva más virulento.

Patogenia

Está marcada por una serie de características, Jawets, E. Melnick y Adelberg (1996) indican que “cuando un huésped tiene su primer contacto con el bacilo tuberculoso se observa generalmente las siguientes características: desarrollo de una lesión exudativa aguda que rápidamente se propaga a los vasos y ganglios linfáticos regionales. El complejo de Chon es una lesión tisular primaria (habitualmente en el pulmón) junto con los ganglios linfáticos afectados. En las primeras infecciones la afección puede afectar a cualquier parte del pulmón, pero es mas frecuente en la base” (pág. 327)

La reactivación de la tuberculosis está caracterizada por una lesión crónica de los tejidos, la formación de tuberculosis, caseificación y fibrosis. En el caso de los ganglios linfáticos regionales están solo levemente afectados y no forman caseificación.

Una vez en los alveolos, los bacilos, son fagocitados por los macrófagos alveolares no activados (estadio I de la patogenia), donde se multiplican y producen la liberación de citoquinas que, así vez, atraerán a mas macrófagos y monocitos que de nuevo fagocitaran los bacilos, se produce una acumulación de monocitos y bacilos intracelulares.

Manifestaciones clínicas de la tuberculosis

La tuberculosis pulmonar suele presentarse habitualmente con tos producida de larga evolución, (generalmente el enfermo consultar cuando tiene mas de tres semanas tosiendo). Este es el principal síntoma respiratorio, el esputo suele ser más escaso y no purulento.

Además pueden existir dolor torácico y en ocasiones hemoptisis. Esta última aunque suele reducirse a esputo hemoptoico, o hemoptisis leve es indicativa de enfermedad avanzada. La hemoptisis grave, como consecuencia de la erosión de una arteria pulmonar por una cavidad aneurisma de Rasmussen) y que era descrita en los libros clásicos como una complicación terminal en la pre-antibiótica., es hoy muy rara. Otra causa de hemoptisis es la sobre infección por aspergillus (aspergiloma) de una caverna tuberculosa crónica, en cuyo caso el sangrado se produce sin que haya actividad del proceso tuberculoso.

La pleuritis tuberculosa suele presentarse generalmente de forma unilateral y puede asociarse a dolor pleurítico agudo o recurrente generalmente, los síntomas sistémicos no son muy floridos, aunque se puede presentar como una enfermedad febril aguda. En otras ocasiones es asintomática.

En zonas de alta incidencia se presencia en adolescentes y adultos jóvenes sin signos de afectación pulmonar. El pronóstico a corto plazo es excelente con una remisión completa en el 90% de los casos en unos meses. Pero sin tratamiento recidivaria en el 65% de los casos en 5 años.

En zonas de más baja incidencia, un número alto de casos se presenta en enfermos mayores con afectación parenquimatosa concomitante. El derrame suele ser un exudado. El recuento de celular suele estar entre 500 y 2500, predominio linfocítico, aunque hasta en un 15% puede predominar el polimorfo nuclear. En funciones repetidas se observa un desplazamiento hacia los linfocitos. El PH suele ser de 7,30 menos.

La elevación de los niveles de adenosin deaminasa (ADA) en el líquido pleural tiene su utilidad diagnóstica, cifras mayores de 40. Tienen una sensibilidad y una especificidad muy altas. La baciloscopia raramente es positiva

y el cultivo será positivo en un 25% de los casos. La biopsia pleural puede demostrar granulomas en un 75% de las muestras.

Con el tratamiento tuberculostático raramente es necesario recurrir a toracocentesis repetidas para su curación.

Signos y síntomas

La tuberculosis pulmonar suele combinar una mezcla de manifestaciones tanto sistémicas como respiratorias. Farga V. (1996) señala que: “los síntomas sistémicos primeros en aparecer, con frecuencia suelen ser inespecíficos, consisten en: astenia, decaimiento, fatigabilidad fácil (anorexia), pérdida del apetito, sensación febril, transpiraciones, pérdida de peso y malestar general”

El enfermo tuberculoso se despierta descansado pero va perdiendo su energía a lo largo del día hasta el extremo de necesitar un gran esfuerzo para terminar sus labores.

Los síntomas más significativos están: fiebres, sudoración nocturna, pérdida progresiva de peso, inestabilidad facial, dificultad para concentrarse en el trabajo, “trastorno nervioso”, dispepsia y otras molestias digestivas

Los síntomas respiratorios son los más importantes orientadores para precisar la clínica de la tuberculosis pulmonar, siendo el principal la tos, al comienzo se describe una tos seca o improductiva, irritativa que posteriormente será productora de expectoración mucosa, mucopurulenta y con hemoptisis, dolor torácico.

Diagnostico

El diagnostico de tuberculosis descansa sobre cuatro pilares fundamentales: la sospecha clínica, la prueba de la tuberculina, la radiología, y la bacteriología. Dentro del diagnostico cabe distinguir un “diagnostico pasivo” que es el que realizamos con aquellos pacientes que acuden a nuestra consulta

y un diagnóstico activo debemos buscar nosotros de forma activa entre aquellas personas que pertenecen a grupos de riesgo.

Tratamiento

Al diagnosticar un caso de tuberculosis debe iniciarse el tratamiento totalmente supervisado, lo más pronto posible, es decir, el enfermo recibirá los medicamentos bajo observación directa del personal de salud del establecimiento una vez al día y de forma simultánea. El tratamiento debe ser descentralizado, lo más cercano posible a la residencia o trabajo del paciente, para garantizar la administración del tratamiento supervisando, los esquemas se calculan en base al tratamiento efectuado de lunes a viernes. Si el paciente está hospitalizado en la fase intensiva. El tratamiento debe recibirlo los siete días de la semana.

Modalidades de administración de tratamiento supervisando.

1. Ambulatoria de lunes a viernes.

El paciente acude al establecimiento de salud para recibir la medicación de lunes a viernes en la fase intensiva y los lunes, miércoles y viernes en la fase de manteniendo, el personal de salud observa directamente cuando el paciente toma los medicamentos en ayuna, o por lo menos dos horas sin tomar alimentos (en caso de recibirlos en la tarde).

2. Hospitalizado de lunes a domingo.

El paciente hospitalizado recibe la medicación de lunes a domingo en la fase intensiva y los lunes, miércoles y viernes en la fase de mantenimiento. (Lunes a viernes en el caso de esquema 3). El personal de salud observa directamente cuando el paciente toma los medicamentos en ayuna o por lo menos, dos horas sin tomar alimentos (en caso de recibirlo en la tarde).

3. Domiciliaria de lunes a viernes.

El paciente recibe la visita del personal de salud de los consultorios populares o ambulatorios, para recibir la medicación de lunes a viernes en la fase intensiva y los lunes, miércoles y viernes en fase de mantenimiento, el personal de salud observa directamente cuando el paciente toma los medicamentos en ayunas, o por lo menos dos horas sin tomar alimentos (en caso de recibirlos en la tarde).

4. Por voluntarios (as) de salud de lunes a viernes.

El paciente recibe la visita del voluntario (a) de salud de la comunidad previamente capacitado (a) para recibir la medicación de lunes a viernes en la fase intensiva y los lunes, miércoles y viernes en la fase de mantenimiento, el voluntario observa directamente cuando el paciente toma los medicamentos en ayunas o por lo menos dos horas sin tomar alimentos (en caso de recibirlos en la tarde). Estas personas voluntarias son supervisadas y monitoreadas semanalmente, por el personal de salud de los consultorios populares o ambulatorios.

En el caso de los pacientes con tuberculosis resistente.

La supervisión deberá ser diaria durante la duración de todo el tratamiento (mínimo 21 meses), según las indicaciones realizadas y monitoreadas por las coordinaciones regionales de tuberculosis, utilizando cualquiera de las modalidades expuestas anteriormente.

En poblaciones indígenas y rurales dispersas o en poblaciones urbanas, personas voluntarias previamente capacitadas y supervisadas podrán administrar tratamiento supervisado, queda entendido que el monitoreo y control de esta actividad será plena responsabilidad del equipo de salud, sin menoscabo de que se realicen actividades de participación comunitaria. Estas actividades están en concordancia con lo establecido en los documentos

publicados por el programa y que exponen las estrategias a seguir en estas poblaciones.

Esquemas normados para el tratamiento de la tuberculosis.

Existen esquemas normados en tres regímenes para el tratamiento de la tuberculosis de acuerdo el M.S.Y.D.S (op.cit) establece que el programa nacional integrado de control de la tuberculosis, los cuales se citan a continuación:

Régimen N° 1

Se administra en dos fases:

Fase intensiva. Las drogas a administrar y las dosis son las siguientes:

Ethambutol 1200 mgs, Isoniacida 300 mgs, Rifampicina 600 mgs y pirazinamida 2 grs. Con una frecuencia de 5 días por semana de lunes a viernes y con una duración de 10 semanas siendo el total 50 tomas.

En la segunda fase de mantenimiento las drogas a administrar las dosis son las siguientes:

Isoniacida 600 mgs, Rifampicina 600 mgs, con una frecuencia de 3 veces por semana los días lunes, miércoles y viernes con una duración de 18 semanas siendo el total de 54 tomas.

- En caso de no poder usar el Ethambutol, sustituirlo por Estreptomina y administrar 1 gr intramuscular diario (0,75 gr para mayores de 50 años) (se requieren 50 ampollas para un tratamiento).
- En la primera fase, a las personas de peso inferior a 50 Kg, suministrar solo 3 tabletas de pirazinamida (1500 mg). La tableta sobrante guardarla para los otros tratamientos.
- Se inicia la segunda cuando el enfermo cumplió las 50 tomas programadas de la primera fase.

- Si el paciente inicia el tratamiento hospitalizado debe recibirlo los siete días de la semana

Cantidad de medicamentos necesarios para un tratamiento del régimen N° 1.

- Ethambutol, Tabletas 400 mgs. Total 150 tabletas.
- Isoniacida, Tabletas 300 mgs. Total 158 tabletas.
- Rifampicina, capsulas 300 mgs. Total 208 capsulas.
- Pirazinamida, Tabletas 500 mgs. Total 200 tabletas.

Si se usan blísteres combinados, fase 1 son 20 blísteres, fase 2 son 54 blíster

Régimen N° 2

Tuberculosis en personas de 0 a 14 años supervisado.

Fase intensiva: las drogas a administrar y las dosis son las siguientes:

Isoniacida 5 mgs/kg (máximo 300 mg). Rifampicina 10 mg/kg (máximo 600 mg), pirazinamida 25 mg/kg (máximo 1500 mg), con una frecuencia de 5 días por semana los días lunes a viernes y con una duración de 10 semanas siendo el total de 50 tomas.

En la segunda fase de mantenimiento administrar las dosis son las siguientes:

Isoniacida 10 mg/kg (máximo 300 mg).

Rifampicina 10 mg/kg (máximo 600 mg).

Con una frecuencia de tres veces por semana los días lunes, miércoles y viernes y con una duración de 18 semanas siendo el total de 54 tomas.

En las formas graves de tuberculosis y formas pulmonares con baciloscopia o cultivo positivo, se agregara un cuarto medicamento antituberculoso durante los dos primeros meses de tratamiento.

Estreptomina 15 mg/kg/día (rango 12-18)

Ethambutol 15 mg/kg/día (rango 15-20)

- Dosis bactericidas de ethambutol de 25 mg/kg/día, se asocian con una mayor incidencia de efectos tóxicos no deberán darse por mas de 2 meses. En niños muy pequeños en los que no es factible detectar cambios en la visión de los colores como efectos tóxicos del ethambutol no es recomendable su uso.
- Se inicia la segunda fase cuando el enfermo cumplió las 50 tomas programadas de la primera fase.
- Si el paciente esta hospitalizado al inicio del tratamiento deberá recibirlo los siete días de las semanas, al egresar del hospital el tratamiento ambulatorio será en la referencia y dosis según la fase en que se encuentre.

Cantidad de medicamentos necesarios para un tratamiento del régimen2

(Se calcula en base a un promedio de 20mg/kg para cada niño)

Isoniacida, Tabletas 100 mg total 158 tabletas.

Rifampicina, Jarabe 60 ml. Total 18 frascos

Pirazinamida tabletas 500 mg. Total 50 tabletas.

Si se utilizan tabletas combinadas se utilizaran 1era fase 200 tabletas (R 60 mg, H30 mg, Pz 150 mg) 2da fase 216 tabletas (R 60 mg, H 60 mg)

Régimen N°3 retratamiento

Inicio hospitalario y supervisado.

Este régimen es Indicado en: fracaso del tratamiento previo en mayores de 15 años (persistencia de bacteriología positiva al quinto o sexto mes de tratamiento)

Este esquema será indicado por médicos especialistas, los medicamentos estarán a nivel de las coordinaciones regionales, las cuales

enviarán periódicamente a los establecimientos la cantidad de medicamentos necesaria para cada paciente según el esquema individualizado, que podrá ser modificado según los resultados de las pruebas de sensibilidad.

El tratamiento ambulatorio del régimen N° 3 debe ser estrictamente supervisado. El paciente en tratamiento ambulatorio debe ser evaluado por médicos (as) del ambulatorio mensualmente y por médico especialista por lo menos cada dos meses si presenta complicaciones o reacciones adversas.

Los pacientes con fracaso de tratamiento deben ser evaluados por un médico especialista y notificados con informe complejo, historia detallada de los tratamientos antituberculosos recibidos, al comité nacional de vigilancia de la sensibilidad con sede en el programa nacional de tuberculosis para sugerencias terapéuticas y decisiones operativas concernientes al caso.

Contacto

Es toda persona que conviva con el enfermo de tuberculosis.

Estudio de contactos.

Se trata de un proceso de diagnóstico que se realiza a partir de los casos de tuberculosis que se presentan en la comunidad, por ello se somete a observación a las personas que han estado expuestas al contagio de un tuberculoso y que por lo tanto tiene mayor posibilidad de haberse infectado y desarrollar la enfermedad. Dentro de la concepción que existe del contacto, debe considerarse a los contactos habituales que suelen ocurrir entre los vecinos, así como también estudios clínicos de la pareja, familiares y visitas con frecuencias que asisten al hogar.

Abordaje de contactos

Este se realizará utilizando como estrategia la visita domiciliaria, la cual se concibe como:

Una actividad que lleva a cabo dentro del ámbito domiciliario para brindar una atención integral a través de la intervención de enfermería con el grupo familiar, a fin de identificar problemas de salud y colaborar en su solución mediante educación y asistencia de enfermería, Salazar, c (1995). La define como actividad, programa de técnica y de servicio, que tiene los siguientes objetivos:

- ✚ Participar en el seguimiento y control de los contactos de tuberculosis mediante el sistema de vigilancia en el ambiente familiar
- ✚ Asegurar la continuidad de la atención integral de la salud al grupo familiar como unidad de trabajo y que se ofrece en el domicilio como parte de un programa coordinado de servicio como mecanismo de enlace entre la familia y los servicios de salud
- ✚ Dar atención a la persona sana para mantener la salud especialmente a los grupos de mayor riesgo
- ✚ Dar atención al enfermo con alta precoz donde el medio ambiente familiar es un factor que favorece el proceso de recuperación
- ✚ Vigilar el cumplimiento de órdenes médicas y citas subsecuentes y de inmunización
- ✚ Colaborar con la investigación y control de los casos transmisibles

Plan de abordaje

El plan constituye una guía que orienta las acciones a seguir por los profesionales de la salud, de manera que favorezcan la ubicación, identificación y localización de las personas con tuberculosis.

El plan tiene como propósito el acercamiento de los grupos vulnerables que no han sido diagnosticados, pero que no están en riesgo de contraer la enfermedad para ser sometido a los exámenes de despistaje pautados.

El plan de abordaje comprende los siguientes elementos:

- ✚ Presentación: que hace referencia a la situación que se presenta con tuberculosis en general.
- ✚ Objetivos: referido a los logros esperados.

Acciones a desarrollar

Refleja las actividades que difieren ejecutar los profesionales de salud, dirigidos a la captación, referencia, seguimiento y orientación del grupo familiar.

El plan de instrucción establece las acciones de educación para la salud a suministrar a los grupos e incluye objetivos específicos, contenidos, estrategias, recursos y tiempo para su desarrollo.

Niveles de prevención de la tuberculosis

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

Prevención primaria

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

Prevención secundaria

Se practica en distintas etapas de la enfermedad como sigue:

Diagnostico clínico diferencial temprano: este diagnostico resulta difícil de establecer, debido a que en los síntomas y signos pulmonares son comunes a muchos padecimientos y no existen signos patognomónicos de la tuberculosis. En México, se establece este diagnostico con histoplasmosis

coccidriomicosis por medio de las reacciones intradérmicas correspondientes. También es establecido con la silicosis por el antecedente de haber trabajado durante muchos años en ambiente con sílice libre e el polvo o suspendido en el aire, o la imagen radiográfica puede dar la respuesta en estos casos, la silicosis frecuentemente coexiste con tuberculosis, produciendo silicotuberculosis.

Definición de términos básicos

Baciloscopia de esputo. Es el examen microscópico directo de una muestra de esputo, para determinar la presencia de bacilos acido-resistente.

BAR: Bacilo Ácido Resistente: bacterias en forma de bastón que no pierden el colorante cuando se exponen al ácido después de la tinción.

Contacto intradomiciliario. Es toda persona que conviva con el enfermo de tuberculosis.

Bacilífero. Paciente con tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva (si tiene solo cultivo positivo no es bacilífero).

BCG – Bacilo de Calmette – Guerin. Es la vacuna de bacilos atenuados liofilizados. Su principal acción es proteger contra las formas graves de TBC diseminadas (miliar) y la meningitis tuberculosa, en niños vacunados al nacer

Infectado. Es la persona que tiene PPD positivo (10 y más mm de induración).

PPD: Es el derivado proteínico purificado de bacilos de la tuberculosis, el cual administrado por vía intradérmica, determina una reacción local que indica infección por micobacterias

Quimioprofilaxis: Tratamiento preventivo que se administra a personas de contacto de pacientes tuberculosos con o sin cicatriz de BCG.

Sintomático respiratorio: Son aquellas personas que han estado en contacto en forma directa e indirecta con pacientes tuberculosos que manifiestan, tos, expectoración, hemoptisis de 2 o más semanas de evolución.

2.3. Sistema de variables

Variable Principal: Abordaje de contactos de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar.

Definición conceptual: es el proceso que permite realizar el diagnóstico de las personas que conviven con los enfermos de tuberculosis, diagnosticado en la institución de salud donde se practican los exámenes de diagnóstico y despistaje para evitar el contagio de la tuberculosis, de acuerdo a las normas establecidas por el ministerio del poder popular para la salud y desarrollo social 2006

Definición operacional: Es el estudio para seguimiento de contactos intrafamiliares de pacientes con tuberculosis pulmonar para el diagnóstico e instrucción.

Operacionalización de variables: Abordaje de contactos de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar.

Dimensión	Indicadores	Sub Indicadores	Ítems	
<p>Diagnostico de contactos: es la identificación de las persona que conviven con enfermos diagnosticados como tuberculosis para conocer lo relativo a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos familiares. • Condiciones de vida. • Servicios que poseen la vivienda. • Contactos intrafamiliares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Datos familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Jefe de familia 	1	
		<ul style="list-style-type: none"> • Persona con diagnostico de TBCP 	2	
			<ul style="list-style-type: none"> • Recibe tratamiento 	3
	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vivienda 		
		<p>Tipo, piso, N° de Ambiente</p>		4
	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios que poseen la vivienda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Propia, alquilada, otras 	5
	<ul style="list-style-type: none"> • Contactos intrafamiliares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios que poseen la vivienda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios. 	6
			<ul style="list-style-type: none"> - Luz, Agua Potable, Agua servida, otros... 	
		<ul style="list-style-type: none"> • Contactos intrafamiliares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrantes: 	7
			<ul style="list-style-type: none"> - Edad 	8
			<ul style="list-style-type: none"> - Genero 	9
		<ul style="list-style-type: none"> - Estudia 	10	
		<ul style="list-style-type: none"> - Grado de instrucción 	11	
		<ul style="list-style-type: none"> - Trabaja 	12	
		<ul style="list-style-type: none"> - Salario 		

<p>Instrucción de los contactos: son las orientaciones dadas por el profesional de enfermería a quienes conviven con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, en cuanto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la enfermedad • Signos y síntomas • Despistaje • Modo de transmisión. • Nutrición. • Higiene personal. 	La enfermedad: signos y síntomas.	<ul style="list-style-type: none"> • La tuberculosis <ul style="list-style-type: none"> - Fiebre - Tos - Expectoración 	13	
			- Fiebre	14
			- Tos	15
			- Expectoración	
			- Cicatriz	16
			- RX de tórax	17
			- PPD	18
			- BK de esputo	19
			- Quimioprofilaxis	20
			- Contagio	21-22
			- Manifestaciones	23
		- Peso	24	
		- Apetito	25	
		- Tipo de alimentos	26	
		- Régimen	27	
		- Baño	28	
		- Cambio de ropa	29	
		- Disposición de esputo	30	

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

Diseño de la investigación

En este capítulo se describe el tipo de estudio, el diseño de estudio, la población y la muestra seleccionada, así como los procedimientos utilizados para la elaboración del instrumento, los métodos para obtener los resultados y sus análisis estadísticos.

Tipos de estudio

La investigación es de tipo interactiva al respecto Hurtado de B.J. (2000) la define como:

Aquella que consiste en la elaboración de actividades mediante los cuales el investigador ejecuta todo lo planeado que le permiten dar respuesta y alcanzar los objetivos. (Pág. 171)

El diseño es transversal, ya que, el estudio se llevó a cabo en un tiempo determinado.

El estudio es de campo, debido a que el investigador se traslada al lugar del evento en estudio para constatar su presencia y características. Donde los mismos son propios de la realidad dentro de un ambiente y en un tiempo específico, tal como la señala Sabino C. (2000).

El diseño de campo, se basa en informaciones o datos primarios obtenidos directamente de la realidad. Su innegable valor reside en que a través de ellos el investigador puede cerciorarse de las verdaderas condiciones en que se han conseguido sus datos, haciendo posible su revisión o modificación en el caso de que surjan dudas respecto a su calidad. (Pág. 92)

La investigación se efectuó a partir de datos reales de la fuente original, obtenidos durante la visita semidomiciliaria realizada por los investigadores, cuya finalidad es el abordaje de los contactos de tuberculosis pulmonar.

Población y muestra

La población, de acuerdo con Hurtado J. (2000) se define como un conjunto de elementos que forman parte del contexto donde se requiere investigar el evento, delimitado por criterios más específicos, los criterios de inclusión (Pág. 142). Por consiguiente la población está constituida por 13 contactos por 3 portadores de tuberculosis pulmonar de ambos sexos, quienes asisten a la consulta de tisiología del Hospital Rosario Vera Zurita ubicado en el Municipio Gran Sabana, Santa Elena de Uairén, Estado Bolívar, en los sectores de Kewey I y II. Se formará la totalidad de la población por ser reducida y accesible su localización.

Técnica e instrumentos de recolección de datos.

Se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento una guía de entrevista estructurada con 30 preguntas cerradas que consta de tres partes: datos familiares, que incluyen condiciones de vida y servicios, contactos intrafamiliares e información sobre la tuberculosis. Este instrumento es aplicado por los investigadores en el hogar de los contactos, una vez que estos o sus familiares lo autoricen.

De acuerdo a Hurtado J. (2000) la técnica e instrumentos, comprenden procedimientos y actividades que le permiten al investigador obtener la información necesaria para dar respuesta a sus preguntas de investigación. Se puede mencionar como técnica de recolección de información la observación (ver o experimentar), la encuesta (preguntas), la entrevista (dialogar), la revisión documental (leer) las secciones en profundidad (hacer o participar) (Pág. 433)

Procedimiento de recolección de datos.

- Se solicitó información a las autoridades de salud del Hospital Rosario Vera Zurita.
- Se solicita autorización al epidemiólogo, jefe del servicio para iniciar el estudio.
- Se identificaron los familiares con diagnóstico de tuberculosis en el libro de registro del servicio de epidemiología.
- Se verificó a través del registro de epidemiología la asistencia de contactos o no para el despistaje.
- Se procedió a la ubicación de los contactos en sus hogares.
- Se diseña un plan para el abordaje de los contactos intrafamiliares.
- Se procedió a la visita de los contactos en hogares para obtener la información y orientación acerca de la enfermedad y para evitar el contagio.

Validez del instrumento

La validez, de acuerdo a lo señalado por Hurtado, J. (2000). Se requiere al grado en que un instrumento mide lo que pretende medir, mide todo lo que el investigador quiere medir, y si mide solo que quiere medir (pág. 439).

Confiabilidad del instrumento

Hurtado, J. (2000). Explicar que “la confiabilidad se refiere al grado en que la aplicación repetida del instrumento a las mismas unidades de estudio en idénticas condiciones produce iguales resultados, dando por hecho que el evento medido no ha cambiado. La confiabilidad se refiere a la exactitud de la medición (pág. 445).

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

El presente capítulo contiene los resultados producto de la aplicación del instrumento a la población en estudio. Los contactos de los enfermos con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en los sectores de Kewey I y II, Santa Elena de Uairén, Municipio Gran Sabana, Estado Bolívar, Año 2009.

Una vez realizada la recopilación de los datos, se procedió a la tabulación para la cual se utiliza la distribución de frecuencia absoluta y porcentual, representada en cuadros y gráficos. Tipo de los ítems correspondiente a cada una de las dimensiones de las variables en estudio.

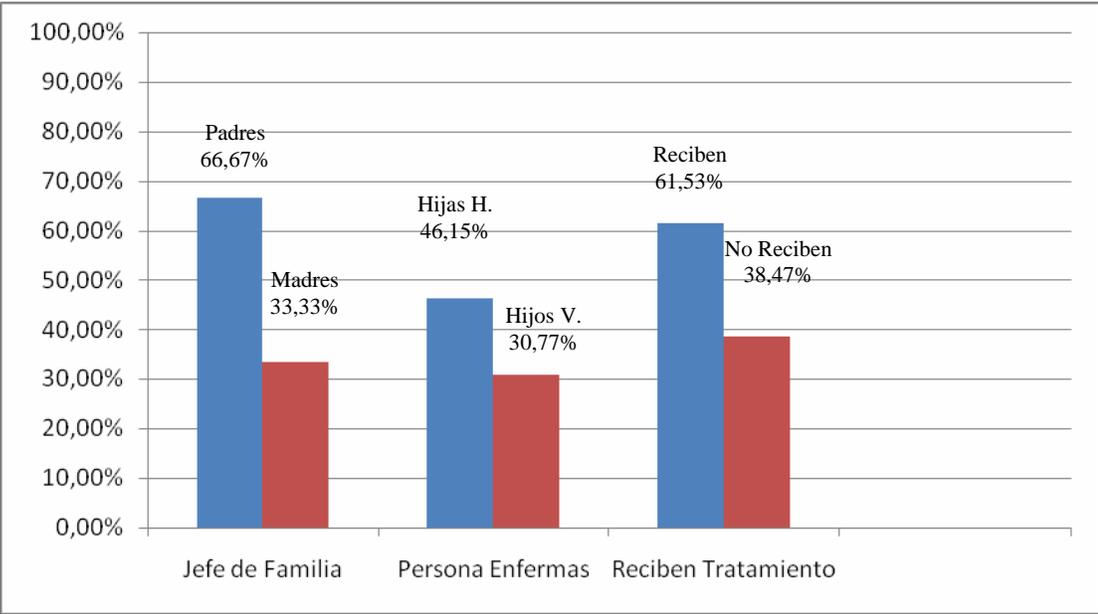
Cuadro N° 1. Abordaje de los contactos de pacientes con diagnostico de tuberculosis pulmonar sobre: **Datos Familiares.**

Indicador	DATOS FAMILIARES													
	Padre		Madre		Hijos				Tratamiento				Total	
Subindicador	fa	%	fa	%	V		H		V		H		fa	%
					fa	%	fa	%	fa	%	fa	%		
Jefe de Familia	1	33,33	2	66,67									03	100
Persona Enferma	2	15,38	1	7,70	4	30,77	6	46,15					13	100
Recibe tratamiento									8	61,53	5	38,47	13	100

Fuente: Instrumento Aplicado. Año 2009

Cuadro N° 1: da información sobre los datos como Jefe de familia, familiares de los contactos, donde se evidencia que un 100% le corresponde a los padres a predominio de las madres con un 66,67% contra un 33,33% de los padres. También da información sobre las personas enfermas que son los contactos de los 13 casos, un 46,15% le corresponde a las hijas hembras contra un 30,77% de los varones los cuales un 61,53% reciben tratamiento y un 38,47% no reciben tratamiento.

Grafico N° 1: abordaje de los contactos de pacientes con diagnostico de tuberculosis pulmonar sobre: Datos Familiares



Cuadro N° 2: abordaje de los contactos de pacientes con tuberculosis pulmonar sobre: **Condiciones de Vida.**

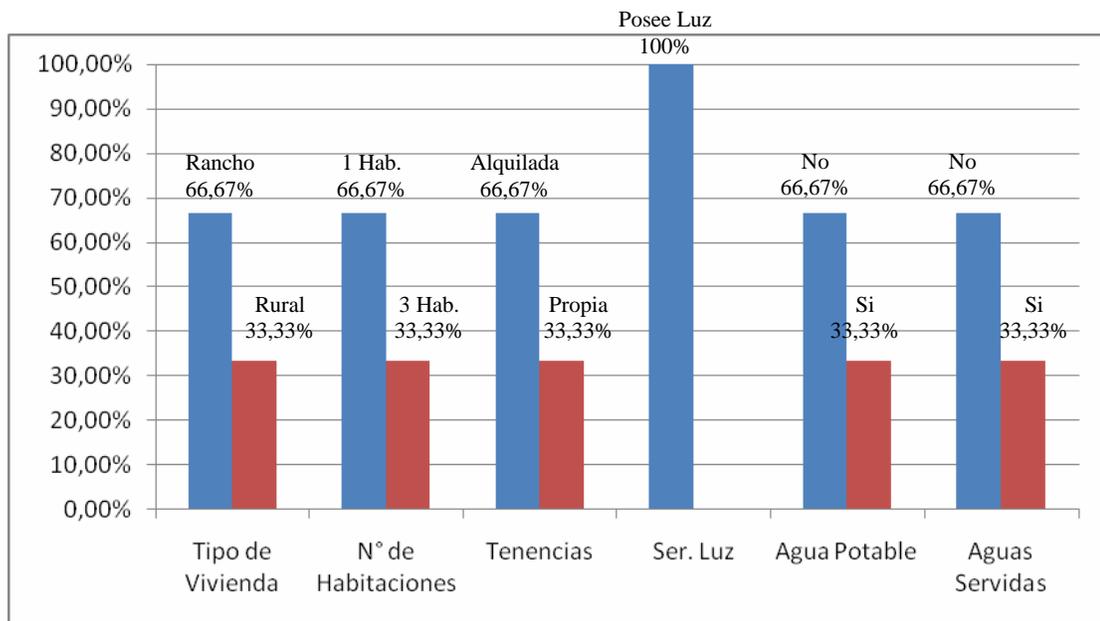
Indicador	CONDICIONES DE VIDA (VIVIENDA)																
	Rural		Rancho		Habitaciones						Propias		Alquilada		Total		
Subindicador	fa	%	fa	%	1		2		3		fa	%	fa	%	fa	%	
					fa	%	fa	%	fa	%							
Tipo	1	33,33	2	66,67												3	100
Nº Habitación					2	66,67			1	33,33						3	100
Tenencia											1	33,33	2	66,67	3	100	

Indicador	CONDICIONES DE VIDA (SERVICIOS)													
	Luz				Agua Potable				Aguas Servidas				Total	
Subindicador	SI		NO		SI		NO		SI		NO		fa	%
	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%		
Luz	3	100											3	100
Agua Potable					1	33,33	2	66,67					3	100
Agua Servidas									1	33,33	2	66,67	3	100

Fuente: Instrumento Aplicado año 2009.

Cuadro N° 2: Muestra las condiciones de vida de los contactos de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. El 66,67% viven en ranchos y un 33,33% viven en casas tipo rural. En cuanto al número de habitaciones un 66,67% de las casas cuentan con una habitación y 33,33% poseen 3 habitaciones, de las cuales 66,67% son casas alquiladas. En cuanto a los servicios que poseen las viviendas, el 100% de las casas poseen luz y 66,67% cuentan con agua potable y un 66,67% no cuentan con aguas servidas.

Grafico N° 2: informe sobre El abordaje de los contactos con relación a las condiciones de vida.



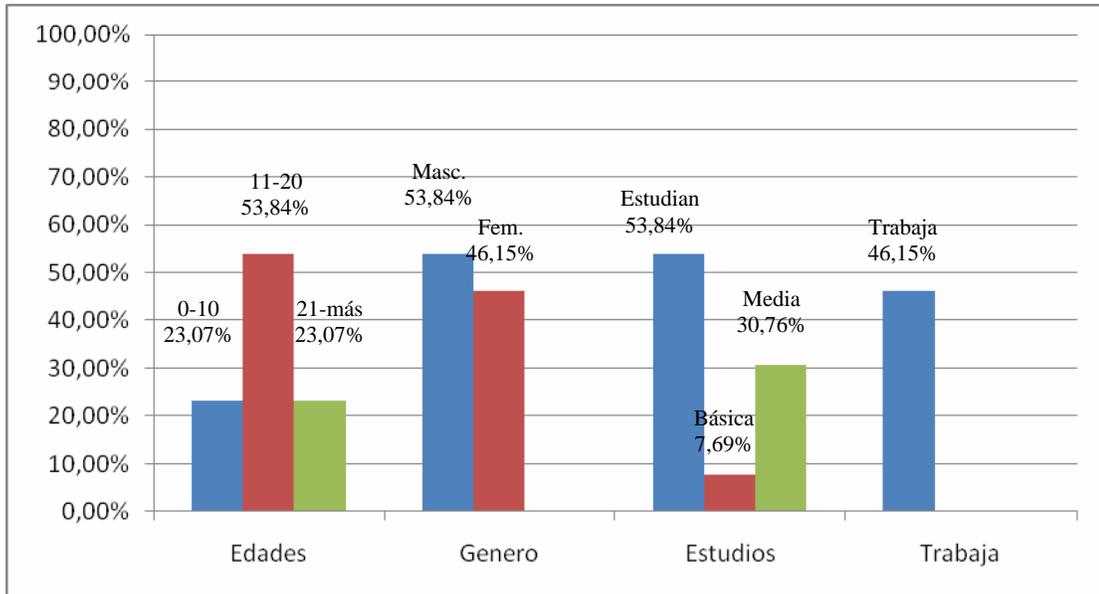
Cuadro N° 3: Información sobre el abordaje de pacientes con tuberculosis pulmonar sobre: Contactos Intrafamiliares.

Indicadores	CONTACTOS INTRAFAMILIARES										
Subindicadores	Integra.	Edades			Genero		Estudian	Básica	Media	Superior	Trabaja
Familias		0 - 10	11 - 20	21 - +	V	H					
Familia A	3	2	-	1	1	2	2	-	-	-	1
Familia B	3	-	3	-	2	1	2	-	2	-	2
Familia C	7	1	4	2	4	3	4	1	2	-	3
Total	13	3	7	3	7	6	8	1	4	-	6
Porcentaje (%)	100	23,08	53,85	23,08	53,85	46,15	61,53	7,70	30,77	0	46,15

Fuente: Instrumento Aplicado año 2009.

Cuadro N° 3: correspondiente a contactos Intrafamiliares, muestra el grupo de tres familias abordados por 13 personas, que son los contactos, de los cuales se observa que en promedio de resultados, el 23,08% corresponden a edades de 0 – 10 y 21 y mas, respectivamente. Mientras que el 53,85% tienen edades de 11 – 20 años, en lo que respecta al género, el 53,85% corresponde a los masculinos mientras que el 46,15% al sexo femenino. En cuanto al estudio el 61,53% estudian de los cuáles el 7,70 están en educación básica, el 30,77% en educación media y 46,15% realizan diversas labores.

Grafico N° 3: Información sobre el abordaje de paciente con tuberculosis pulmonar sobre: Contactos Intrafamiliares.



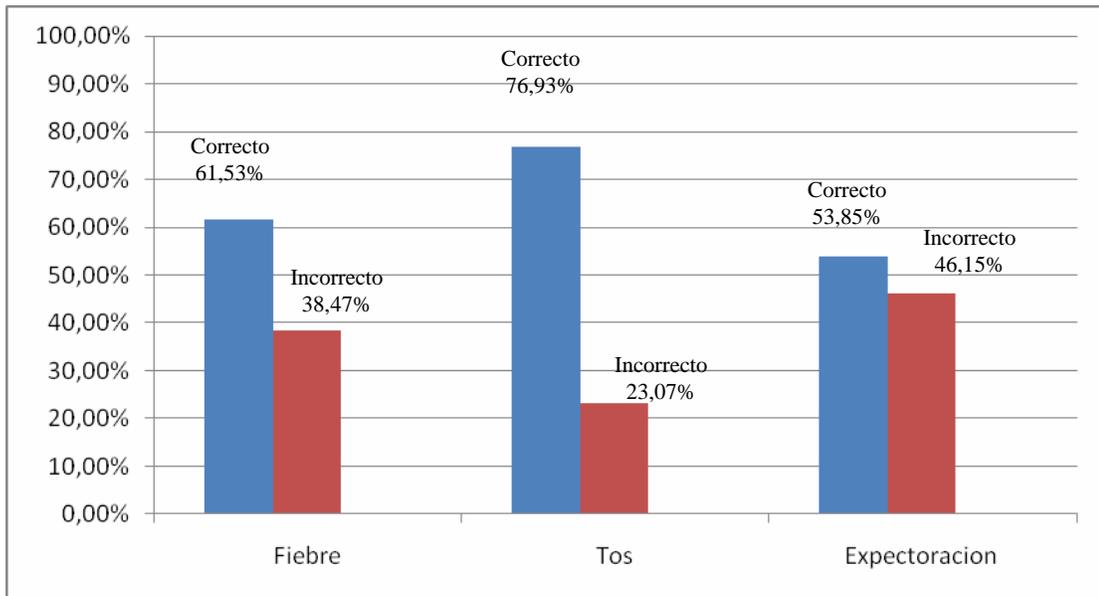
Cuadro N° 4: abordaje de contactos de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en cuanto a: **La Información que Poseen Sobre a Enfermedad.**

Indicadores	LA ENFERMEDAD					
	Correcto		Incorrecto		Total	
Subindicadores	fa	%	fa	%	fa	%
13. Fiebre	8	61,53%	5	38,47%	13	100%
14. Tos	10	76,93%	3	23,07%	13	100%
15. Expectoración	7	53,85%	6	46,15%	13	100%

Fuente: Instrumento Aplicado año 2009.

Cuadro N° 4: Los resultados son los reflejos de la que expresaron los contactos en respuesta a los ítems N° 13, 14 y 15 de los cuales manifiestan que los signos y síntomas de la enfermedad son: un 61,53% expreso correctamente que era fiebre, mientras que un 38,47% respondió que era incorrecta. En relación al ítem N° 14, el 76,93% respondió correctamente que era la tos, contra un 23,07% que era incorrecta. Un 53,85% respondió correctamente que era la expectoración contra el 46,15% que respondió de manera incorrecta.

Gráfico N° 4: abordaje de contactos de pacientes con diagnostico de tuberculosis pulmonar en cuanto a: **La Información que Poseen Sobre a Enfermedad.**



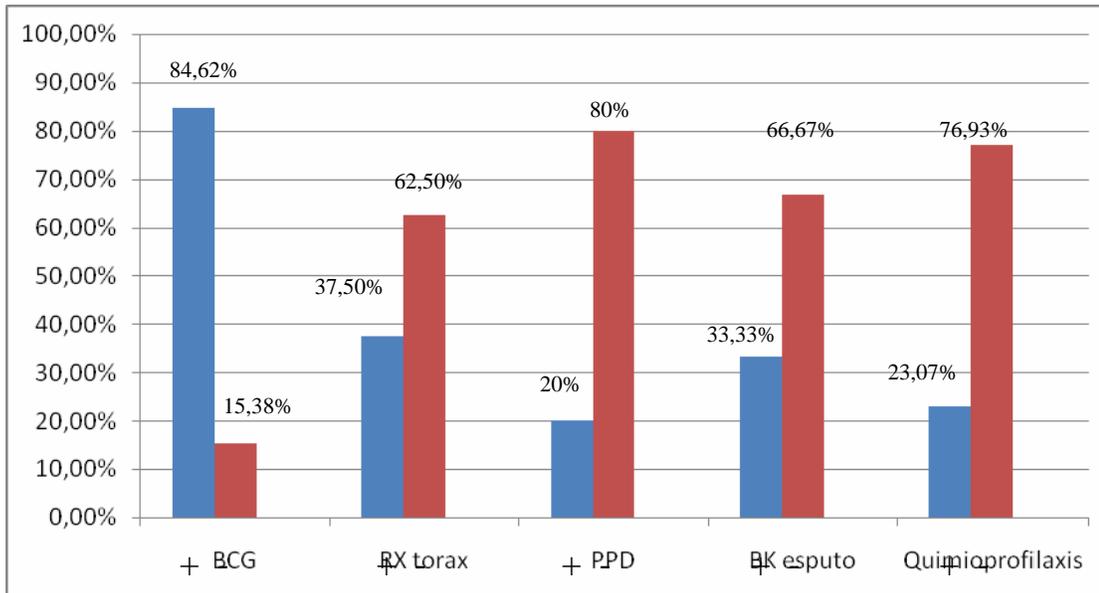
Cuadro N° 5: abordaje de contactos de pacientes con diagnostico de tuberculosis pulmonar en cuanto a: Información sobre el despistaje.

Exámenes de despistaje	Contactos					
	Femenino		Masculino		Total	
	fa	%	fa	%	fa	%
Cicatriz +	4	30,77	7	53,85	11	84,62
BCG -	1	7,69	1	7,69	2	15,38
Rx Tórax ±	1	12,50	2	25	3	37,59
	3	37,50	1	25	4	62,50
PPD ±	1	20	-		1	20
	1	20	3	60	4	80
BK +	2	22,22	1	11,11	3	33,33
Espuito -	2	22,22	4	44,44	6	66,67
Quimioprofilaxis ±	2	15,38	1	7,69	3	23,07
	4	30,76	6	46,15	10	76,93

Fuente: Instrumento Aplicado año 2009

Cuadro N° 5: se observa el resultado de cicatriz de la BCG en los contactos el 84,62% tenia cicatriz y un 15,38% no. El examen de Rx de Tórax un 37,50% comprobó haber contraído la enfermedad y un 62,50% no estaban infectados. El examen de PPD el 20 reportó positivo y un 80% de los resultados fue negativo. El examen de BK de esputo, el 66,67% reporta negativo y un 33.33% resultó positivo. En cuanto a tratamiento profiláctico el 76,93% de los contactos lo recibió y el 23,07% de los infectaos diagnosticados recibieran tratamiento supervisado.

Grafico N° 5: resultados de los exámenes de laboratorio para el despistaje de los contactos.



Cuadro N° 6: abordaje de contactos de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en cuanto a: **Modo de transmisión, Nutrición e higiene personal.**

Indicadores	LA ENFERMEDAD																			
	21		22		23		24		25		26		27		28		29		30	
Subindicadores	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Familias																				
Familia A (3)	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	3	0	2	1	2	1	2	1	2	1
Familia B (3)	2	1	1	2	2	1	2	1	3	0	3	0	2	1	2	1	2	1	3	0
Familia C (7)	5	2	4	3	5	2	5	2	6	1	7	0	6	1	7	0	5	2	6	1
Total (13)	9	4	6	7	9	4	9	4	10	3	13	0	10	3	11	2	9	4	11	2
Porcentaje (%)	69,23	30,77	46,15	53,85	69,23	30,77	69,23	30,77	76,93	23,07	100	0	76,93	23,07	84,62	15,38	69,23	30,77	84,62	15,38

Fuente: Instrumento Aplicado año 2009

Nº de ítems.

21. ¿la TBCP es contagiosa?

22. ¿La TBCP se contagia por: saliva, tos?

23. ¿La TBCP se manifiesta por: tos, fiebre, expectoración?

24. ¿Las personas enfermas con TBCP pierden peso?

25. ¿La persona con TBCP pierde apetito?

26. ¿Los alimentos que debe comer son?

27. ¿Cuántas veces al día debe comer?

28. ¿Cada cuantas veces debe bañarse la persona con TBCP?

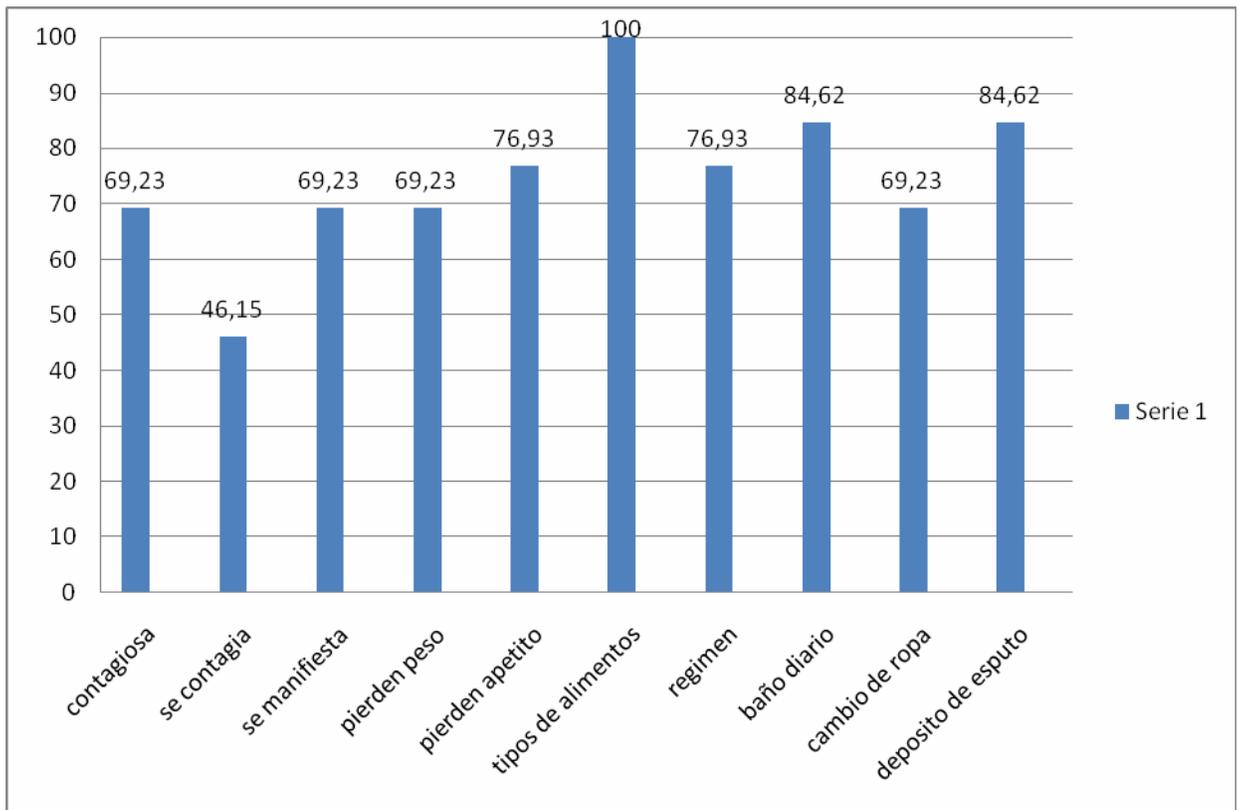
29. ¿Cada cuanto tiempo debe cambiarse la ropa?

30. ¿Los Esputos se depositan en?

Cuadro N° 6: hacer referencia a la instrucción de los contactos, en donde se encontró la información que poseen, en cuanto a la tuberculosis como enfermedad contagiosa, que el promedio de los contactos conocen. Un 69,23% de los contactos responden de manera acertada, contra un 30,77% que no sabían. Y para la forma de contagio, el 46,15% conocen acerca de ellos, y el 53,85% no conocen. En cuanto a las manifestaciones de la enfermedad el

69,23% responden de manera afirmativa contra el 30,77% que no sabían. En cuanto a la pérdida de peso el 69,23% están informados sobre el tema mientras que el 30,77% no. El lo que corresponde a la pérdida de apetito el 76,93% lo conocen y el 23,07% no tiene información sobre ese tema. En lo que respecta sobre a los alimentos que deben consumir el 100% afirma saberlo. En cuanto al número de veces que debe comer, el 76,93% contestó de manera correcta contra el 23,07% que no lo hacían. En lo que respecta a higiene personal el 84,62% respondió en forma afirmativa y el 15,38% no lo hacían. Para el cambio de ropa 69,23% respondió de manera correcta mientras el 30,77% respondió que no lo hacían. Para la disposición del esputo el 84,62% tenían información y el 15,38% no lo poseían.

Grafico N° 6: abordaje de contactos de pacientes con diagnostico de tuberculosis pulmonar en cuanto a: **Modo de transmisión, Nutrición e higiene personal.**





**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**PLAN DE INSTRUCCIÓN DIRIGIDO A LOS CONTACTOS DE PACIENTES
TUBERCULOSOS**

**Autores
Decelis Adelina
Fernández S. Manuel E.**

Presentación

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad que afecta a la población sin distinción de edades, sexo y religión. Esta situación se presenta en el Municipio Gran Sabana donde se han detectado varios casos diagnosticados en el Hospital tipo I, Enfermera Rosario Vera Zurita, los cuales conviven con familiares quienes se constituyen en contactos. Ello motivó realizar un plan para el abordaje de estos contactos, lo cual incluye orientación al grupo familiar en aquellos aspectos relacionados con la enfermedad y cuidados para evitar el contagio.

La orientación será suministrada al grupo familiar en los hogares para lo cual se prevé 90 minutos distribuidos en dos sesiones, cada una de 45 minutos.

Objetivo General

Desarrollar un plan de abordaje de contactos de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar residentes en el Municipio Gran Sabana – Edo. Bolívar. Año 2009.

Objetivos específicos

- Identificar la situación de los contactos de pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar.
- Diseñar un plan de instrucción sobre los aspectos específicos de la tuberculosis pulmonar.
- Desarrollar los aspectos específicos de la tuberculosis pulmonar contenido en el plan de instrucción dirigido a los contactos de pacientes con TBCP.

Acciones a desarrollar

- Identificar los contactos de pacientes con tuberculosis pulmonar residentes en Santa Elena de Uairén, mediante el libro de registro del servicio de Fisiología del hospital Rosario Vera Zurita.
- Solicitar a los contactos su autorización para recabar la información.
- Realizar visitas a los contactos en su domicilio.

- Recabar la información de los contactos de pacientes con tuberculosis pulmonar mediante la aplicación de una guía de entrevista para la recolección de información sobre datos familiares, condiciones de vida, vivienda, servicios que poseen exámenes de despistaje a los contactos intrafamiliares.
- Orientar a los contactos sobre los aspectos específicos de la tuberculosis pulmonar contenido en el plan de instrucción o sobre la tuberculosis, nutrición, higiene personal, saneamiento ambiental, medidas preventivas.

PLAN DE INSTRUCCIÓN

Objetivos específicos	Contenido	Estrategias	Recursos	Tiempo
- Reconocer la definición de tuberculosis.	La tuberculosis. Definición.	Explicación	- Rotafolio - Información escrita	10´
- Identificar los signos y síntomas de la tuberculosis.	- Fiebre - Tos - Expectoración	Intercambio de ideas		20´
- Reconocer las formas de contagio de la tuberculosis.	- Saliva - Utensilios	Explicación		20´
- Identificar los aspectos relacionados con la nutrición.	- Alimentación balanceada - Tipos de alimentación - Régimen de comidas	Intercambio de ideas	- Rotafolio	20´
- Reconocer la importancia de la higiene.	- Higiene ambiental - Higiene personal - Disposición de esputos		- Rotafolio	20´

Objetivo General

Desarrollar un plan para abordaje de contactos de pacientes con diagnóstico de TBCP, en el sector de Kewey I y II, Municipio y II, Municipio Gran Sabana, Santa Elena-Edo. Bolívar

Objetivos Específicos

- ✚ Identificar situación de los contactos de pacientes con TBCP
- ✚ Elaborar el plan para el suministro de información sobre la TBCP dirigido a los contactos de pacientes de TBCP
- ✚ Elaborar el plan para el suministro de información sobre la TBCP dirigidos a los contactos

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Las conclusiones de la presente investigación, fueron elaboradas tomando en cuenta los objetivos específicos de la misma, así como los resultados obtenidos después de la aplicación del instrumento, “plan para el abordaje de contacto de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, sector kewey I y II. Santa Elena de Uairén, que permitió determinar los siguientes:

Con respecto al indicador relacionado con datos familiares, condiciones de vida, servicios que poseen las viviendas. Se evidenció que el 66,67% le corresponde alas madres como jefe de la familia, y las condiciones de la vivienda el 66,67% viven en ranchos con problema de habitabilidad, en cuanto a tenencia de espacio físico y servicios de agua

Los contactos intrafamiliares, el 53,84% son jóvenes en su mayoría varones, que de una u otra manera realizan estudios y algunos que son mayores ayudan en el hogar económicamente el sustento de la familia

Son muy pocos los contactos que no conocen lo que es signos y síntomas y las manifestaciones de la tuberculosis, en su mayoría la persona de mayor edad son analfabetas, razón por el cual desconocen la enfermedad.

Los resultados de los exámenes de despistaje a los contactos demuestran que el 84,62% están inmunizadas y son pocas las personas infectadas

La mayoría de los contactos jóvenes conocen que TBCP es una enfermedad contagiosa, sus fuentes de contagio y sus manifestaciones. Conocen los tipos de alimentos, pero no lo puede satisfacer la buena nutrición aunado a las condiciones socioeconómicas.

La higiene personal es una de las medidas preventivas para evitar la enfermedad y la propagación de la misma.

Recomendaciones

- ✚ Informar al departamento de epidemiología del HOSPITAL ROSARIO VERA ZURITA el objeto y las conclusiones del resultado de la investigación.
- ✚ Dar a conocer al departamento de Epidemiología (fisiología) sobre el material e instrumento de abordaje que fue utilizado con la finalidad d que esta le sirva como instrumento a investigaciones posteriores relacionado con el tema.
- ✚ Dar a conocer al Departamento de epidemiología la importancia de llevar un control de despistaje de los contactos, para fines de seguimientos.
- ✚ Hacer el seguimiento de aquellos contactos que son integrantes de la familia objeto de estudio, que no estuvieron presente durante la entrevista.
- ✚ Realizar programas educativos relacionados al tema desarrollado en los sectores y comunidades afectadas.
- ✚ Invitar a través de le emisora radio local, a todas las personas que presenten sintomático respiratorio a que acudan al centro de salud a la consulta de fisiología.
- ✚ Hacer referencia a las autoridades competente de salud, sobre la visita de las comunidades donde existen los contactos con pacientes diagnosticados de TBCP.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Asociación contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias Crónicas (ATERCA 2003).

CEPAL (1999) .Informe Publicación de OMS.

Dimas, M. Hernández, C. y Santos, F. (2003). **Factores Socioculturales del Indígena Panare e Incidencia de la Tuberculosis Pulmonar en la Comunidad de Perro de Agua, Municipio Cedeño del Estado Bolívar.**

Farga, V. (1996) **Tuberculosis**. Segunda Edición Mediterráneo. Chile.

García, N. (2002). **Mycobacterium Tuberculosis en Pulmones sin Lesiones Tuberculosas.**

Harrison, M. (1991). **Principios de la Medicina Interna**. Vol. 1 Interamericana Mc.Graw Hill. México.

Holquist, A. (1999). **Manual de Epidemiología Regional de Lectores**. Caracas-Venezuela.

Hurtado de B. J. (2002) **Metodología de la Investigación Holística**. Tercera Edición. Año 2000

Hurtado M. (2004) **Todo sobre la Tuberculosis**. Documento en línea. Disponible en WWW.geocites.com México (consulta 2003 Noviembre)

Instituto de Salud Pública del Estado Bolívar (ISP-2002) **Informe de la Coordinación Regional del Programa Integrado de la Tuberculosis del Estado Bolívar.** Jawez, E; Melnick y Adelberg (1996) **.Microbiología**

Medica. Decimoquinta Edición .Editorial Manual Moderno

Jerez, M. (2002) **Casos Alarmantes.** Periódico el sol de Maturín. Venezuela

Martínez, L. (2000) **La pobreza influye en el repunte de la Tuberculosis.** La prensa de Maturín.

Montiel, C. Pérez, A. y Valeri, E. (2003). **Programa Educativo de la Enfermera de Atención Comunitaria sobre Prevención de la Tuberculosis Pulmonar dirigido a los Enfermeros de la Etnia Wayuu. Estado Zulia.**

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). Publicación de la ONU. Nueva York-USA.

Rojas, L. y Silva F. (2002). **Factores de riesgo que inciden en el reingreso con diagnostico de Tuberculosis Pulmonar, al Servicio de Neomonología del Hospital “Julio Rodríguez “, de Cumana.** Trabajo especial de Grado. Escuela de Enfermería. UCV. Caracas.



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**



**GUÍA DE ENTREVISTA PARA EL ABORDAJE DE CONTACTOS
DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR.
SANTA ELENA DE UAIRÉN – EDO. BOLÍVAR AÑO 2009**

**Autores:
Decelis, Adelina
Fernández, Manuel**

Guía de entrevista para recabar información sobre contactos de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar Municipio Gran Sabana –Edo. Bolívar

Datos familiares

1. El jefe de la familia: el padre _____ la madre _____ otros _____ especifique _____
2. La persona con tuberculosis es: el padre _____ la madre _____ otros _____ especifique _____
3. Reciben tratamiento: SI _____ NO _____

Condiciones de vida

Vivienda

4. tipo _____ piso _____ N° ambientes _____
5. tenencia: propia _____ alquilada _____ otros _____

Servicios

6. Luz _____ agua potable _____ agua servida _____ otros _____

Información sobre la tuberculosis

21. La tuberculosis es una enfermedad contagiosa? SI _____ NO _____
22. La tuberculosis se contagia por saliva _____ tos _____ otros _____
23. La tuberculosis se manifiesta por: tos _____ fiebre _____ expectoración _____
24. Cada cuanto tiempo debe cambiarse de ropa .una vez al día _____ cada dos días _____ semanal _____
25. Las personas con tuberculosis bajan de peso? SI _____ NO _____
26. Las personas con tuberculosis pulmonar pierden el apetito? SI _____ NO _____
27. Los alimentos que se deben comer son: carne _____ pescado _____ pollo _____ huevo _____ verduras _____
frutas _____ harina _____ otros _____
28. Cuantas veces al día se debe comer? Una vez _____ dos veces _____ tres veces _____
29. Cada cuanto tiempo debe bañarse la persona: diario _____ dos veces al día _____ cada dos días _____
30. Los esputos se depositan en: _____

