



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



**CONOCIMIENTOS QUE TIENE EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS  
PULMONAR PARA DAR CONTINUIDAD A SUS CUIDADOS UNA VEZ  
QUE EGRESE DE LA UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA, COMPLEJO  
HOSPITALARIO "DR. JOSE IGNACIO BALDO", PRIMER SEMESTRE  
2006**

**Tutora:**  
Prof. Ricarda Montaña

**Autores:**  
Claro, María  
Sojo, Eudez  
Williams, Eddy

**Caracas, 2007**



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



**CONOCIMIENTOS QUE TIENE EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS  
PULMONAR PARA DAR CONTINUIDAD A SUS CUIDADOS UNA VEZ  
QUE EGRESE DE LA UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA, COMPLEJO  
HOSPITALARIO "DR. JOSÉ IGNACIO BALDÓ", PRIMER SEMESTRE  
2006**

**Caracas, 2007**

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	ix
CERTIFICADO DE APROBACION DE T.E.G.....	xiii
LISTA DE CUADROS.....	xiv
LISTA DE GRÁFICOS.....	xv
RESUMEN.....	xvi
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO	
I EL PROBLEMA	
Planteamiento del Problema.....	3
Objetivos del Estudio.....	10
Objetivo General.....	10
Objetivos Específicos.....	10
Justificación.....	11
II MARCO TEÓRICO	
Antecedentes del Estudio.....	14
Bases Teóricas.....	16
Sistemas de Variables.....	45
Operacionalización de la Variable.....	46

	Definición de Términos.....	47
III	DISEÑO METODOLÓGICO	
	Tipo de Estudio.....	48
	Población y Muestra.....	50
	Métodos y Técnicas para la Recolección de Datos.....	50
	Validez del Instrumento.....	51
	Confiabilidad del Instrumento.....	51
IV	RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN	
	Presentación de los Resultados.....	53
	Análisis e Interpretación de los Resultados....	62
V	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
	Conclusiones.....	64
	Recomendaciones.....	65
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
	ANEXOS.....	69
	A. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	
	B. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	
	C. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	

## DEDICATORIA

A la memoria de mis difuntos padres, **Hilario Claro y Maria Granados.**

A mis hijos **Nakelly y Noe Rodríguez**, que sea fuente de inspiración y ejemplo a seguir en sus vidas.

A mi esposo **Alberto Rodríguez** por el gran amor que le tengo.

Finalmente a mis hermanos y Hermanas y demás familiares, quienes me brindan su dicha y orgullo de este éxito en mi vida.

**Maria Claro**

## DEDICATORIA

**Mailing y Kayling** mis hijas: son la fuerza y estímulo que dan sentido e inspiración a mi vida. También para lograr esta meta.

**Carmen Victoria** mi madre: por crearme y hacer de mí lo que soy.

**Rómulo Isaías** mi padre: aunque estás en el cielo, sé que no me dejas sola ni un momento. Gracias por quererme siempre.

**Kaybel** mi nieta: por ser tan dulce y amorosa.

**Mis hermanos:** por creer en mí.

*“El éxito esta en ti y lo  
Logras cuando vas  
en busca de su conquista”*

**Eudez Sojo**

## AGRADECIMIENTO

A **Dios** por darme la sabiduría fortaleza y decisión para lograr esta meta.

A mis padres por darme la vida.

A mis hijos por ser fuente de mi inspiración. Éxito

A mi esposo por su apoyo y comprensión.

A mis hermanos por mantener siempre su fé en mí para alcanzar mis metas.

A mis compañeras **Eudez Sojo, y Eddy Williams** quienes me brindaron su sabiduría, paciencia y comprensión.

A mi tutora **Mgs. Ricarda Montaña** por su colaboración para la culminación de este trabajo.

**María Claro.**

## DEDICATORIA

A mí amantísimo esposo **Luís**, por su amor paciencia y estímulo, en cada nueva aventura que proyectamos emprender.

A mis incomparables hijos **Luís y Leroy**, quienes son mi presente y mi futuro, por responder con amor a mi inmenso amor.

A mi nieta **María de los Ángeles**, por ser parte importante de mi vida.

A nuestra tutora **Mgs. Ricarda Montaña**, que ha estado incondicionalmente, desde que iniciamos nuestro trabajo de grado.

**Eddy Williams**



## **AGRADECIMIENTO**

A los ***pacientes*** hospitalizados y al ***personal de Salud*** de la Unidad de Neumotisiología del Complejo Hospitalario “Dr. José Ignacio Baldó”, que nos brindaron su apoyo incondicionalmente, que Dios los bendiga hoy y siempre.

***Eddy Williams***

## AGRADECIMIENTO

A **Dios Todopoderoso** por su protección y guía permanente.

A mis hijas **Mailing** y **Kayling** por ser mi respaldo y ayuda en los momentos difíciles, además de todo el amor que me brindan.

A mi **Madre** por ese apoyo amoroso en los momentos que creí que no podía lograr esta meta

A mis compañeras de estudio **Eddy Williams** y **María Claro** por su apoyo y los momentos inolvidables que pasamos, además de todo lo que aprendí de ellas, durante todos estos años.

A la Lic. **Marina Guaraco** y el Lic. **Ramón Agüero** por ser mis amigos, creer en mí y darme todo el apoyo que necesitaba para lograr este objetivo. Les estoy muy agradecida.

A mi hermana **Karin** que sin su ayuda técnica, su paciencia, y su constancia no hubiese logrado terminar este trabajo de grado.

A la **Mgs. Ricarda Montaña** por su orientación, consejos, comprensión dedicación y paciencia. Excelente profesora.

A **mis pacientes y compañeros de trabajo** de la **Unidad de Neumotisiología** del Complejo Hospitalario Dr. José Ignacio Baldó, el Algodonal por el apoyo incondicional brindado para la realización de este trabajo de grado.

A **Todos** los que de una u otra forma, contribuyeron para obtener mi título como **Licenciada en Enfermería**.

**Eudez Sojo**

## LISTA DE CUADROS

CUADRO	Pág.
1 Distribución de las respuestas correspondientes al Grado de Instrucción de los pacientes con TBP hospitalizados en la Unidad de Neumotisiología. Complejo Hospitalario “Dr. José Ignacio Baldó”, El Algodonal, Antímano, Caracas. Primer semestre 2006.....	54
2 Distribución de las respuestas de los pacientes hospitalizados con TBP en relación al conocimiento sobre el indicador Tratamiento Descentralizado Antituberculosis en el alcance de la restauración de la salud al egresar de la Unidad de Neumotisiología. Complejo Hospitalario “Dr. José Ignacio Baldó”, El Algodonal, Antímano, Caracas. Primer semestre 2006.....	56
3 Distribución de las respuestas de los pacientes hospitalizados con TBP en relación al conocimiento sobre el indicador Control Médico Asistencial en el alcance de la restauración de la salud al egresar de la Unidad de Neumotisiología. Complejo Hospitalario “Dr. José Ignacio Baldó”, El Algodonal, Antímano, Caracas. Primer semestre 2006.....	59

## LISTA DE GRAFICOS

<b>GRAFICO</b>	<b>Pág.</b>
1 Distribución de las respuestas correspondientes al indicador Grado de Instrucción de los pacientes con TBP hospitalizados en la Unidad de Neumotisiología. Complejo Hospitalario "Dr. José Ignacio Baldo, El Algodonal, Antímano, Caracas. Primer semestre 2006.....	55
2. Distribución de las respuestas de los pacientes hospitalizados con TBP en relación al conocimiento sobre el indicador Tratamiento Descentralizado Antituberculosis en el alcance de la restauración de la salud al egresar de la Unidad de Neumotisiología. Complejo Hospitalario "Dr. José Ignacio Baldó, El Algodonal, Antímano, Caracas. Primer semestre 2006.....	58
3. Distribución de las respuestas de los pacientes hospitalizados con TBP en relación al conocimiento sobre el indicador Control Médico Asistencial en el alcance de la restauración de la salud al egresar de la unidad de Neumotisiología Complejo Hospitalario Dr. José Ignacio Baldó El Algodonal, Antímano, Caracas. Primer semestre 2006.....	61

**CONOCIMIENTOS QUE TIENE EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS  
PULMONAR PARA DAR CONTINUIDAD A SUS CUIDADOS UNA VEZ  
QUE EGRESE DE LA UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA, COMPLEJO  
HOSPITALARIO “DR. JOSÉ IGNACIO BALDÓ”, PRIMER SEMESTRE  
2006**

**Autores:** Claro, María  
Sojo, Eudez  
Williams, Eddy

**Tutor:** Mgs. Ricarda Montañaño  
**Año:** 2007

**RESUMEN**

La presente investigación tuvo como objetivo determinar el conocimiento que tienen los pacientes hospitalizados con Tuberculosis Pulmonar (TBP) para dar continuidad a sus cuidados una vez egresen, en los componentes farmacoterapia y control médico asistencial ambulatorio. La investigación es de tipo descriptiva con un diseño de campo. Para la recolección de la información se hizo por medio de un instrumento tipo cuestionario conformado por veintidós (22) ítems con características tipo dicotómico (SI – NO), el cual ameritó su validación por juicio de expertos en contenido y metodología, aunado a ello se aplicó una prueba piloto a ocho (8) pacientes con TBCP que no forman parte de la población objeto estudio, los resultados de la confiabilidad (0,8720) señalaron que el instrumento es confiable. Una vez aplicado se pudo comprobar de acuerdo a los resultados obtenidos, que los pacientes con TBP hospitalizados en la Unidad de Neumotisiología no tienen un conocimiento total sobre la continuidad del tratamiento y su vigilancia requerido luego de su egreso hospitalario en función de recuperar su salud.

## INTRODUCCIÓN

Dentro del conjunto de enfermedades infectocontagiosas que se creían controladas, se encuentran la Tuberculosis Pulmonar (TBP), su resurgimiento según la organización Mundial de la Salud (OMS) (2000) “representa una de las primeras causas de muerte en el mundo y de no tratarse debidamente puede comprometer considerablemente la vida, sobre todo en aquellos pacientes que no cumplen de manera disciplinada en su farmacoterapia y vigilancia”. (p.5)

Desde ese orden, cabe mencionar la situación presentada en la Unidad de Neumotisiología del Departamento Cirugía y Medicina Simón Bolívar del Complejo Hospitalario “Dr. José Ignacio Baldó”, El Algodonal, Antímano, donde diariamente se observan pacientes con TBP que son reingresos y generalmente llegan en malas condiciones físicas, en su mayoría producto de no haber cumplido con regularidad dicho tratamiento o en algunos casos sin saber que la tuberculosis es una enfermedad que debe ser atendida y tratada.

En ese sentido, se desarrolla la investigación en la Unidad de Neumotisiología, servicio de hospitalización, la cual está conformada por Cinco capítulos.

Capitulo I, El problema, planteamiento del problema, objetivo general, objetivos específicos y la justificación.

Capitulo II, marco teórico. bases teóricas, sistemas de variables y operacionalización de la variable.

Capitulo III, Diseño metodológico, tipo de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

Capitulo IV, Presentación, análisis e interpretación de los resultados.

Capitulo V, Conclusiones y recomendaciones, luego se presenta las referencias bibliográficas y los anexos.



## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1 Planteamiento del Problema**

La alta incidencia en la tasa de Tuberculosis Pulmonar (TBP) en la población joven, es significativa la proporción que este grupo etario representa en la población mundial, así como el impacto psicosocial que este hecho promueve en estas personas en el contexto social en si, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000) ha señalado a la TBP como “un problema de salud que amerita atención inmediata y abordajes a diferentes niveles y áreas de acción, especialmente en aspectos socio sanitarios, médico asistencial con un perfil que promueve el fortalecimiento participativo de todas las instituciones de salud” (p.79). Según los mismos autores, continúan señalando que la Tuberculosis Pulmonar representa un problema sanitario que afecta a un gran número de la población mundial y es preciso abordarlo.

En muchos países, el abordaje a los casos TBP se promueve con una asistencia integral y atención sobre la vigilancia y control, para que el

enfermo una vez diagnosticado reciba su farmacoterapia bajo estricta vigilancia especializada en función al logro de una pronta recuperación, sin embargo, estos servicios no llegan a la mayoría de los casos como por ejemplo, países muy pobres: África, América del Sur, entre otros. No obstante, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002) hay regiones como Norteamérica y algunas Latinoamericanas que “han adoptado medidas programáticas y diseñado estrategias para actuar sobre medidas específicas acerca de la prevención de la TBP” (p.72), acompañado de una asistencia especializada, con gran apoyo en países cuya poblaciones se encuentran muy deprimidas desde el punto de vista social y económico.

Por lo tanto, hay que destacar que si en estos servicios de asistencia especializada (Barrio Adentro y Ambulatorios) se les ofreciera a todos los enfermos con TBP conocimiento acerca del tratamiento, se reduciría el número de casos por deserción del tratamiento para la TBP y las complicaciones, como consecuencia de la reactivación del Mycobacterium Tuberculosis, dándosele una mejor y mayor oportunidad para una pronta restauración de su salud.

En muchos casos en la población pobre, de bajo nivel educativo, hay situaciones al estilo de cada quien, que favorecen que ocurra la TBP.

Asimismo, hay mucha desinformación acerca del esquema de la farmacoterapia y la fármaco vigilancia (fases de la Isoniacida o Hidracida del ácido Isonicotínico), promoviendo éstos la incidencia de abandono a las tomas regulares del tratamiento, hecho que retarda el proceso de recuperación, generando luego reingreso hospitalario y en algunos casos complicaciones, como la resistencia a la farmacoterapia; esta situación es reflejada como una necesidad sanitaria y es preciso abordarla.

En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002) expresa que en los países suramericanos en la actualidad “la TBP se encuentra entre las tres (3) primeras causas de asistencia sanitaria, en la cual Bolivia, Honduras, Venezuela, entre otros, presentan datos estadísticos por encima del 2% de cada cinco mil habitantes” (p.28). A ello, le acompaña el alto índice de desinformación referida a la forma de actuar en función de atacar el mal y evitar la proliferación de la infección en el entorno social de quien padece dicha enfermedad.

En Venezuela, durante todo el tiempo se le ha proporcionado una especial atención al control y prevención de la TBP como programa dirigido por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, actualmente Ministerio de Salud, y es así que a nivel de todos los centros dispensadores de salud cuentan con las Unidades de Neumotisiología, para dar asistencia a la población de todas las edades como política de Estado de manera gratuita y

a todos los estratos sociales (A, B, C, D, E) pobreza extrema y pobreza relativa, con una visión de salubridad preventiva y restauradora.

Para Basant, A. (1999), citado en un artículo del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2003), “La tuberculosis como enfermedad infecciosa y contagiosa es prevenible y curable, si se cumple con medidas terapéuticas y educativas adecuadamente” (p.16). El mismo autor señala que la TBP es producida por el *Mycobacterium Tuberculosis*.

Expresa Basant, A. (Op.Cit) que para actuar en la disminución de la TBP es necesario:

Estudiar a fondo las condiciones socioculturales (educación y creencias), teniendo en cuenta la procedencia del individuo y su entorno (vivienda, familia, aspectos económicos, etc.) En ese orden, no se puede ver la enfermedad aislada de las condiciones de vida reales de cada quien, si no desde una perspectiva que en lo posible promueve la asistencia integral con acciones dirigidas para el alcance de una recuperación y control oportuna y veraz. (p.11)

Aquí hay que distinguir la disponibilidad y cobertura de asistencia socio-sanitario enfocada como un elemento de integración del paciente con el personal de salud y las comunidades, como algo inseparable dentro del entorno del paciente. Es decir, considerando como ideal al servicio para la disminución de la TBP que forme parte de una unidad donde se considere la información del paciente, parte principal contra la deserción de la farmacoterapia.

Es por ello, la importancia que tiene el personal de asistencia hospitalaria de la Unidad de Neumotisiología de conocer la información que tiene el paciente y su familia en lo concerniente a su enfermedad., el tratamiento requerido y así poder poner en práctica las estrategias necesarias para motivar al paciente y a su familia, a que éste reciba las dosis adecuadas con la regularidad establecida, para restaurar su salud una vez egrese de la Unidad de Neumotisiología.

A ello se le agrega lo publicado por el Ministerio de Salud (2000) “Que en Venezuela la TBP se ubicó para ese entonces como la segunda causa infecciosa de muerte entre la población adulta, cuyas cifras registraron en el año (2001) 5971 casos” (p.3), los mismos autores, señalan que a pesar de los importantes avances de cobertura de vacunación (BCG) en un 99% de la población aún la TBP ocasiona en las personas grandes problemas de salud.

En el mismo artículo del Ministerio de Salud, éste agrega que “el aumento de la pobreza en un 80% en los últimos años, ubicaciones de viviendas en sectores geográficos con una distribución desproporcionada, de una asistencia socioeconómica y sanitaria insuficiente”, permite que muchas veces los casos de TBP no reciban una atención que rompa la cadena epidemiológica del Mycobacterium Tuberculosis en personas que abandonan el tratamiento, con poca o ninguna asistencia, hecho que hace que dicho

agente se mantenga en el ambiente en espera de agredir al hombre, mujer, niño.

En vista de esto hechos, el Ministerio de Salud por intermedio del Programa de Neumotisiología (2003) buscó reactivar las estrategias sanitarias en todo el país y crea programas de supervisión en los establecimientos de asistencia de casos de TBP (hospitales, ambulatorios) a fin de reprogramar medidas para la vigilancia y control del paciente y el tratamiento, seguimiento de casos y fomentos de acciones preventivas contra dicha enfermedad, ejemplo: estudio del contacto y vacunación con BCG.

A pesar de todas las acciones programadas y desarrolladas contra la TBP, hay que destacar la situación presentada en la Región Capital Caracas, donde de acuerdo al Ministerio de Salud (2004) fueron diagnosticados “para el año 2003, 786 nuevos casos de TBP sumando 2646 casos en total en la población en general, llamando la atención que 976 son pacientes que desertaron a su tratamiento”. (p.6)

Dentro de la Región Capital se encuentra el complejo Hospitalario “Dr. José Ignacio Baldó”, Tipo IV, El Algodonal, Antímano, Establecimiento de referencia de Neumotisiología en la Región Capital y Nacional, escenario de este trabajo de investigación, el cual cuenta en el área de hospitalización con

80 casos de TBP, de ellos 20 son reincidentes, motivados a la deserción de la farmacoterapia y vigilancia.

En el mencionado hospital, según historia clínica y mediante registro médico, de estos pacientes en control por TBP, se identificaron 20 pacientes que recibían tratamiento de ambulatorios aledaños a sus viviendas (descentralizados), los cuales abandonaron el tratamiento desde Noviembre 2004 hasta el momento que fueron reingresados (Mayo 2005), pudiéndose suponer que la posible causa de ello pudiera ser la poca información sobre la infección y la gravedad que representa la falta del cumplimiento del programa, esto da como resultado, que estos pacientes al poco tiempo reingresen a la Unidad de Neumotisiología del Complejo Hospitalario “Dr. José Ignacio Baldó”, situación que ayuda para que estos pacientes sigan contagiando a las personas de su entorno.

Estas consideraciones permiten que las autoras se formulen las siguientes interrogantes:

¿Qué sabe el paciente con TBP acerca del tratamiento descentralizado que debe cumplir una vez que egresa, como medida para la restauración de la salud?

¿Qué sabe el paciente con TBP acerca de la importancia del control médico-asistencial una vez que egrese, para la restauración de la salud?

Para dar respuestas a estas interrogantes, se plantea como problema de investigación:

¿Cuáles son los conocimientos que tiene el paciente con Tuberculosis Pulmonar para dar continuidad a sus cuidados una vez que egrese de la Unidad de Neumotisiología Complejo Hospitalario “Dr. José Ignacio Baldó” Primer Semestre año 2006?

## **1.2 Objetivos de la Investigación**

### **1.2.1 Objetivo General**

Determinar los conocimientos que tiene el paciente con Tuberculosis Pulmonar (TBP), para dar continuidad a sus cuidados una vez que egrese de la Unidad de Neumotisiología Complejo Hospitalario “Dr. José Ignacio Baldó”, Primer Semestre año 2006.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar los conocimientos del paciente hospitalizado con TBP sobre la importancia del tratamiento descentralizado requerido para restauración de la salud.
- Identificar los conocimientos del paciente hospitalizado con TBP sobre la importancia, del control médico asistencial una vez que egrese, requerido para la restauración de la salud.



### **1.3 Justificación**

La TBP es una de las causas principales de asistencia en enfermedades infectocontagiosas en la población adulta en edades productivas. La peculiaridad de padecerlas personas que provienen de un contexto social de bajos recursos socioeconómicos, cuyas formas de vida (hábitos, costumbres) las caracterizan de mayor riesgo hacinamiento, pobreza, bajo nivel educativo, ello permite que en muchas oportunidades, personas por desconocimiento de la historia natural de la enfermedad, forma de contagio y la importancia del tratamiento en los casos diagnosticados, hacen que cada día aumenten los ingresos en las Unidades de Neumotisiología por TBP. Partiendo de estos preceptos, la investigación se justifica ya que por intermedio de su ejecución, se busca conocer en los pacientes con TBP, toda la información que tenga sobre su enfermedad y forma de atacarla.

Otro aspecto que justifica la investigación, lo significa poder tener un diagnóstico previo de cada paciente acerca del tratamiento que recibe, normas de administración y su influencia en la recuperación del paciente, a fin de que asuman su cuota de responsabilidad y de esa manera prevenir a futuro la deserción de éste a su egreso de la Unidad de Neumotisiología del Complejo Hospitalario Dr. José Ignacio Baldó.

De igual manera, la investigación también beneficiaría al hospital tipo IV Complejo Hospitalario “Dr. José Ignacio Baldó”, ya que disminuiría la afluencia de casos de TBP reincidentes por deserción del tratamiento.

Para el equipo de salud que labora en la Unidad de Neumotisiología, la investigación será un aporte pues, aunque el personal de salud son cuerpos de acción conocido, el contenido teórico de la investigación permitirá al equipo reconocer la importancia de, que cada paciente debe tener la información necesaria sobre su enfermedad y forma de restaurar la salud.

Además, el presente estudio representa un valioso aporte para la capacidad de resolución en cuanto al logro de la disminución de casos por falta de vigilancia epidemiológica.

En tal orden se justifica la investigación, ya que se pretende que su ejecución beneficie al paciente, la institución y la comunidad en sí, contra una enfermedad que por historia ha afectado a la humanidad.

Con esta investigación se pretende motivar al personal de enfermería y al resto del equipo de salud de la Unidad de Neumotisiología del Complejo Hospitalario “Dr. José Ignacio Baldó”, con la participación del enfermo, familia y comunidad, lograr estrategias y acciones concretas para prevenir el

abandono del tratamiento de la tuberculosis, mejorar la calidad de vida del enfermo y, por ende contribuir a la recuperación de la salud.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

Constituidos por los antecedentes de la investigación, bases teóricas que conforman el fundamento de estudio, el sistema de variable, operacionalización de variables y definición de términos básicos.

#### **2.1 Antecedentes**

A continuación se presentan los antecedentes relacionados con la variable en estudio: información en los pacientes con TBP, sobre la importancia de cumplir con la farmacoterapia en la restauración de la salud.

Barreto, G. y Pérez, O. (2001) realizaron una investigación en Puerto Cabello, Estado Carabobo, cuyo objetivo fue determinar la participación de la familia en la rehabilitación del enfermo portador del TBP. La población del estudio estuvo conformada por 50 familias con un solo enfermo portador de TBP, a quienes se les aplicó una lista de observación de 28 ítems de preguntas tipo dicotómico. Los resultados demuestran que hay una

participación parcial estando promovida por una relación de ayuda entre los grupos familiares basados en el tratamiento y la higiene. El autor considera que es necesario promover en los establecimientos de salud actividades de promoción a la salud destinadas a educar a familias de los pacientes con TBP, sobre tratamiento y control como parte de las medidas contra la TBP.

Correa, T. Barragán, A. y Olivera, R. (1998) realizaron un estudio en México, denominado: La TBP, para ello se tomó una población con diagnóstico con TBP del instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, para un total de 50 pacientes de ambos sexos y en edades comprendidas entre 20 y 60 años de edad con diagnóstico de TBP. En el estudio se buscó identificar la aceptación o rechazo de la enfermedad y del tratamiento y, de esta manera proponer una actitud hacia ello. Los resultados obtenidos permitieron concluir que los médicos y enfermeras (os), deben mejorar la comunicación que los pacientes en cuanto a la promoción de tópicos que promueva en los pacientes la aceptación del tratamiento como única opción para su sanación. El autor recomienda que tanto el médico, como enfermera que laboran en las Unidades de Neumotisiología brinden las atenciones debidas a los pacientes para alcanzar motivarlos a la continuidad de su tratamiento.

Delgado, Z. (1998) realizó una investigación en Porlamar, Estado Nueva .Esparta cuyo objetivo fue determinar la participación de la enfermería en la

atención a las comunidades con riesgo de TBP. Los resultados indican que el 66,67% del personal de enfermería no realiza acciones relacionadas con el diagnóstico precoz de la TBP, mientras que el 91,67% de ello no participa en la aplicación de la vacuna BCG y a la administración del tratamiento quimioproláctico en las personas, familias y comunidades. Desde ese orden, se observa que no existe por otra parte del personal de enfermería una asistencia integral que promueva en los pacientes y familia estímulo para que cumplan con las fases del tratamiento antituberculoso.

En relación a los antecedentes de la investigación es necesarios destacar que tienen correlación con la variable en estudio, ya que están dirigidos a la farmacoterapia y el valor que representa su administración contra la TBP.

## **2.2 Bases Teóricas**

Este segmento hace referencia a marcos conceptuales que fundamentaran la variable con su operacionalización; en este sentido, las teorías aportan conocimientos que van a contribuir en la orientación y guía del desarrollo de la investigación por lo que constituye el fundamento, descripción y la aplicación del problema que se investiga.

## **Aspectos Sobre Conocimiento**

Para garantizar que los pacientes no abandonen las fases del tratamiento antituberculoso una vez egresados de la Unidad de Neumotisiología el personal de enfermería debe estar seguro que el paciente conoce la importancia de cumplir con la farmacoterapia indicada para lograr la restauración de su salud y, por ende, prevenir la resistencia de la enfermedad a la terapéutica.

Al analizar el comportamiento humano en las organizaciones i grupos, es imprescindible tratar el tema de conocimiento. Pelales. V. N. citado por Zea Guillen, L. (2005) señala referente al conocimiento como:

El que le da a la persona la capacidad para diferenciar entre una promoción y una remoción, entre una evaluación promedio y una excelente, entre hacer química y no hacerla, entre trabajar en equipo exitosamente o tener problemas de relaciones interpersonales. (p.2)

Probablemente, de acuerdo a lo expuesto por el autor, el conocimiento representa la capacidad de cada quien para promover o hacer en lo cotidiano acciones para el beneficio o en lo contrario que lo conlleve a una situación en desventaja.

Para Miller, More (1990) “El conocimiento puede plantearse como un conjunto de pensamientos organizados de creencias, valores, paradigmas

que producen una carga efectiva o negativa y dan lugar a una conducta determinada". (p.3)

Como se observa, los conocimientos, según lo expuesto, deben ser enumerados dentro de un orden en los cuales permitirán considerar en cada persona aspectos que engloben valores o creencias desde una perspectiva de integralidad y legitimidad.

En ese orden de ideas, el conocimiento puede influir en tres componentes claves: Pensamiento, Sentimiento y Comportamiento. Es decir las informaciones pueden generar en cada persona actitudes en el componente de la vida cotidiana, del desarrollo laboral y de estudios de su cuidado y de su forma de conducirse, lo que implica un reflejo exacto de comportamiento.

Smilt (1960) citado por Zea Guillén, L. (Op.Cit):

Al hablar de conocimiento, debemos considerar los siguientes principios: pensamientos negativos que son las consecuencias de un estilo cognitivo distorsionado, pero el espíritu además de intuir, puede pensar. Así se llega al segundo (2) grado de la síntesis, que implica una relación mas estrecha entre las diferentes instituciones. Esa nueva síntesis se realiza mediante el juicio. Las formas de juicios son las categorías en las cuales tienen su origen los conceptos. Así las cualidades que constantemente persisten en el espacio, se tornan en el tiempo en causa. Sustancia y causa no tienen valor por sí mismo sino que son dos formas, dos categorías del pensamiento. (p.6)



Definir el segmento de conocimiento en los pacientes que se encuentren hospitalizados con TBP, en relación a su cuidado una vez que egresan, para dar continuidad a su asistencia de manera ambulatoria, hay que considerar nuevos aspectos, destacando dentro de ellos lo de su contexto humano, su equilibrio y el componente de lo que para ellos significa el proceso salud-enfermedad. Desde ese orden, el conocimiento que debe tener cada paciente debe ser para la comprensión y aceptación con juicios y proposiciones.

El término juicio según Leddy, S. y Pepper, L. (1992):

En término lógico juicio es el proceso intelectual de manifestar el acuerdo o desacuerdo de dos o más ideas por comparación y análisis. Si el juicio que se hace está de acuerdo con la realidad, se dice que es una verdad lógica, cuando el juicio no cuadra con la realidad se llama falsedad lógica. Los juicios se expresan exteriormente como preposiciones; una preposición es una fórmula de términos que expresa el acuerdo o desacuerdo de una idea predicada con una idea sujeto. (p.31)

De acuerdo a la referencia, las ideas al ser expresadas pueden ser una verdad lógica o una falsedad lógica, sin embargo, el razonamiento constituye una forma mediata de llegar a la relación de las ideas, estas reglas del razonamiento según Leddy, S. y Pepper, L. (Op.Cit) "Es argumentar la realidad" (p.32). En consecuencia, el conocimiento que debe tener cada paciente con TBP debe satisfacer los siguientes criterios en relación a la TBP y tratamiento, destacando en ello:

- El conocimiento debe poseer una definición clara y una categorización correcta.
- Debe contar con juicio y proposiciones de acuerdo con los valores y creencias de cada paciente.
- Debe ser real y conducente a la responsabilidad social aceptada.

**Definición clara y una categorización correcta:** Puede responderse desde un orden en lo cual el paciente acepte que la salud es el bien convenido por mutuo acuerdo entre el paciente y los integrantes del grupo de salud encargados de asistirlo, esta acción constituye parte clave, que permite darle derecho y privilegio para que él o ella cuando egresen, asuman con responsabilidad sus actos, sobre los cuales ejercerá para el alcance de una relación humana y un comportamiento específico.

Al respecto, Peplau, H. (1952) señala:

La persona es un organismo que vive en equilibrio inestable (es decir, fluidez fisiológica, psicología y social), y que la vida es el proceso de lucha por lograr un equilibrio estable, esto es, un patrón fijo que no se alcanza sino con la muerte. (p.160)

En consideración con lo expresado en la referencia, y considerando al paciente con TBP en tratamiento, es necesario reconocer sus necesidades de atención las cuales pueden conducir a un comportamiento ganado para el

cumplimiento correcto del mismo. Hecho que tendrá por objetivo reducir la tensión y satisfacer cada necesidad.

Lo expuesto refleja la necesidad de que cada paciente maneje el conocimiento sobre su enfermedad como parte del proceso terapéutico. Es decir, el usuario debe contar con capacidad para tomar decisiones y expresarlas, para que así el personal de salud oferte alternativas y de esa manera compartir responsabilidades.

Al manejar estos espacios, tanto el dador de salud como el usuario estarán fomentando información de manera formal, racional y abierta al nivel que el paciente y familiar lo deseen, sin dejar de tomar en cuenta los impulsos que promueven los cambios positivos, ejemplo, estabilidad y seguridad, que permitan que la recuperación avance sin impedimentos con el fin de mejorar la salud de estos pacientes.

**Juicios y Propositiones de acuerdo a valores y creencias:** Al manejar la información; se debe respetar siempre las opiniones o posiciones que tengan los pacientes con respecto a la TBP y su tratamiento, su naturaleza de la relación que exista entre ellos; en cuanto a sus condiciones físicas, consentimiento, determinación y definición sobre su estilo y calidad de vida y de lo que para ellos significa la recuperación o enfermedad.

Señala Leddy, S. (1992):

La conservación o el restablecimiento satisfactorio del equilibrio en las interacciones entre seres humanos y medio ambiente constituyen el bienestar y son elementos de salud. Estados inferiores de bienestar (que algunos podrían denominar enfermedad) se producen cuando se perturba el equilibrio de cualquier sistema. En un estado de bienestar, el ser humano conserva o restablece el equilibrio liberando la energía necesaria para la interacción de los sistemas. (p36)

En concordancia a lo expresado, la autora destaca que se puede señalar que existen varios factores que determinan el estado de bienestar de los seres humanos, ya que ésta es una percepción subjetiva de equilibrio armónico y vitalidad. Significa el reconocimiento que se debe tomar lo de los valores del paciente hacia lo que para él significa conservar el equilibrio de una atención veraz en beneficio de una recuperación pronta y oportuna.

Desde esa perspectiva, el personal de salud encargado de la atención del paciente tanto hospitalaria como ambulatoria, de los casos de TBP debe incrementar la conciencia que tiene el enfermo de sí mismo, fomentando su capacidad por intermedio de los elementos cognoscitivos e interpersonal.

Ahora bien ¿Cómo deben relacionarse estos elementos (cognoscitivos e interpersonal) con los valores y creencias del paciente con TBP a su enfermedad y su tratamiento?

Dice la OMS (2000), “Los pacientes pueden subestimar o sobreestimar el grado de su enfermedad, a menos que reciban la suficiente información con la cual evaluarán su estado de salud” (p.90). Lo cual implica reconocer que una falta de información, puede promover temor desinterés, etc.

Las creencias, el grado educativo, edad, raza, etnia, así como personalidad, clase social, pares o grupos de presión de referencia, unidos a los aspectos estructurales (enfermedad, contacto) pueden ser obstáculos percibidos tanto para la acción curativa como preventiva, todas estas variables son necesarias a considerar en el reconocimiento de lo que en sí es el enfoque de un componente cultural y su relación con la TBP.

Destaca Beare, P.y Myers, J. (2001):

Los Individuos de una cultura dada pueden ver su relación con la naturaleza como de subyugación, armonía o denominación. Si el individuo se considera sujeto de control de la naturaleza, la alteración de la evolución de una enfermedad por medio de la intervención médica puede ser vista como inútil y puede ocasionar el incumplimiento de las prescripciones. Esta visión así como la orientación que sitúa a las personas en armoniosa interdependencia. (p.91)

Lo expuesto es conducente a la comprensión de esa interrelación que debe existir entre sector salud, paciente y viceversa.

Beare, P. y Myers, J. (Op.Cit), considera que “Es necesario en término simple trabajar de manera conjunta con los pacientes e ir fomentando en

ellos informaciones a fin de que sus capacidades ayuden el restablecimiento de su salud. (p.101)

Varias razones subyacen para promover la capacidad del paciente como una acción imprescindible, lo cual indica que es necesaria la información que ellos tengan sobre su proceso evolutivo de sanación.

Relacionado todos los conceptos emitidos sobre conocimiento del paciente con TBP, hay que hacer un protocolo que incluya los siguientes aspectos:

- Considerar su admisión y su enfermedad.
- Promover el compromiso con paciente y familia
- Planeamiento de alta.
- Atención ambulatoria.

**Considerar su Admisión y su Enfermedad:** Ello significa promover en estos grupos su rol activo en el proceso terapéutico desde su entrada hasta su egreso. En este caso, es necesario que el personal de salud desde el mismo momento de la entrevista inicial y evaluación, comience a estimularlo sobre la importancia del cumplimiento de la farmacoterapia y representa el

primer paso para que las informaciones permitan el empleo de mecanismos para el manejo de la enfermedad como tal por medio del conocimiento.

Hecho que puede alcanzarse, atendiendo la deficiencia de información sobre la TBP y tratamiento. Partiendo de manera conjunta con la demostración de apoyo social, tanto del personal de salud como de grupos y familias

Es ahí precisamente, en donde se hace necesario el conjunto de relaciones entre cada uno de los determinantes presentes en el entorno del paciente, hasta su egreso. Es decir, el paciente debe ser informado desde su ingreso con una visión para el cuidado descentralizado.

**Promover el Compromiso con Paciente y Familia:** El compromiso con familiares y amigos para el trabajo en beneficio de la recuperación del paciente debe consumar desde el principio de la relación. Esta es una oportunidad, según lo OPS (1998), que “Debe ser aprovechada para averiguar quien se encuentra disponible para la función de apoyo social y de colaboración a la vigilancia del paciente una vez alcanzada la descentralización de la farmacoterapia”. (p.106).

Lo cual implica la conformidad de un compromiso que tendrán estos grupos familiares en la proporción de enseñanza y razones para una pronta recuperación.

Una vez expuesto lo referente al conocimiento, es importante, la definición de acciones esenciales en sus principios de considerar lo que en sí representa la Tuberculosis Pulmonar, en personas, familias, y comunidad.

**Planeamiento de alta:** Significa preparar al paciente y a su familia sobre las acciones que debe realizar al retornar a su hogar, informándole sobre la importancia de cumplir con la farmacoterapia y el control médico, para prevenir que la enfermedad se reactive nuevamente.

**Atención ambulatoria:** Se refiere a la atención que recibe el paciente en los consultorios populares y ambulatorios después de su egreso del hospital (descentralizado) en los cuales se le proporciona el tratamiento supervisado por el personal de salud.

### **Tuberculosis Pulmonar (TBP)**

Desde épocas pasadas la TBP ha sido considerada en el ámbito mundial como un indicador de pobreza y de bajo nivel educacional. En ese orden, la OMS (1997) considera que “Mayormente la TBP se aprecia en personas de bajo nivel socioeconómico, con malos hábitos higiénicos y estado de saneamiento ambiental deficiente” (p.20). Dentro del señalamiento de la referencia, se observa que la TBP puede ser crónica y también presentar un



lento estado de curación en aquellos casos donde no existe un buen control por especialistas.

Mark, H. y Burs, MD. (2000)) expresan que “La TBP es una infección bacteriana que suele pasar por varias fases: Infección primaria o inicial, infección latente y tuberculosis reactivada o del adulto” (p.76), es decir, la Tuberculosis primaria se puede convertir en activa a cualquier edad y afectar cualquier órgano, con mas frecuencia lesiona el área apical de los pulmones.

Ello expresa la activación de la enfermedad luego de haber ocurrido la infección primaria.

A su vez, Torres, M. (1998) refiere sobre el agente causal de la Tuberculosis denominado “Bacilo Tuberculoso” tipo aerobio, obligado, aunque su crecimiento ocurre en una atmósfera del aire alveolar, sensible a la luz directa del sol, resistente a los desinfectantes usuales y lábil al calor húmedo” (p.203). En este sentido, el bacilo tuberculoso representa el agente causal de la TBP y puede encontrarse en cualquier lugar.

Para López Luna, M. C.(1998):

Roberto Koch (1843 – 1910) fue el descubridor del fenómeno que lleva su nombre. Tal fenómeno se observa cuando se inocula a un caballo por una vía subcutánea en la cara anterior del muslo. A partir de Koch se han realizado múltiples intentos

para erradicar la TBP, sin embargo, gracias al trabajo de Koch es posible limitar las formas generalizadas. (p.101)

Según esta cita, puede comprenderse lo antiguo de la TBP y los múltiples intentos que se han llevado a cabo para erradicarla.

Para la OPS (1998) denomina la TBP como “Una infección causada por el bacilo *Mycobacterium Tuberculosis* de característica fina, recta o ligeramente curvado, de extremos redondeados y de un grosor de 0.2 a 0.5 mm y su longitud de 1 a 4mm. (p.6)

Se entiende de acuerdo a las referencias consultadas que el *Mycobacterium Tuberculosis* es un aerobio obligado, su crecimiento continuo ocurre en una atmósfera como la del aire alveolar y es exclusivamente resistente a la humedad. Significa que dicho agente, es sensible ante la temperatura de pasteurización, así como la de ebullición.

Evidentemente debe ocurrir una serie de procesos entre el huésped y el agente para que ocurra la enfermedad. Es decir, ello se encuentra representado por dos grandes períodos: Período Pre-patogénico y período Patogénico, ambos periodos actúan de manera interrelacionada, dando así su origen a la TBP.

**Periodo Pre-patogénico:** Se da antes de que ocurra la enfermedad de origen infeccioso.

Al respecto, Aranda Pastor (1992) refiere “Puerta de salida del agente causal (respiratorio) del reservorio” (p.103), el mismo autor señala “Que la puerta respiratoria, tal vez, una de las puertas de salidas mas frecuentes de los agentes causales del reservorio, sea la porción superior del aparato respiratorio (boca, nariz, garganta)”, el caso específico de la TBP, al toser, estornudar o hablar, las personas enfermas expulsan gotitas de saliva que contiene el Mycobacterium. Es de esta forma como salen los bacillos, propagándose la infección de las vías respiratorias altas (Tuberculosis con lesiones abiertas).

En ese caso mencionado, da facilidad para promover la propagación del agente casual en el hogar, lugar de trabajo, estudio y comunidad. Dice Aranda, P. (Op.Cit) que “Cuando la puerta de salida es respiratoria el control de la infección es muy difícil”. Implica entonces comprender que en lo que corresponde a la TBP, estar en presencia del enfermo no tratado, significa un riesgo cuando estornuda, tose, habla. Ello se debe a que la persona infectada expulsa gotitas que permanecen algún tiempo en el aire y después, por gravedad se depositan sobre el suelo u otras superficies. Dichas gotitas al perder la humedad, es decir, al evaporar el agua, dejan libres, pequeños residuos que contienen el agente infeccioso (Mycobacterium). Su transmisión, en algunos casos, depende de la enfermedad y resistencia inmunológica de la persona, para que ocurra la enfermedad.

Destaca la OMS (2000), “la TBP es quizás el mejor ejemplo de enfermedad en que los métodos de pesquisas, diagnóstico, tratamiento y prevención están teóricamente avanzados, pero que por falta de aplicación no ha sido satisfactoriamente combatida”.

Cabe entonces considerar, al período pre-patogénico dentro de una definición de prioridad en que el conocimiento de pacientes y grupos sociales equivaldría a la adjudicación de medidas que en lo posible eviten la proliferación de *Mycobacterium* (bacilos) en el contexto conceptual. En ese orden, es muy importante que el paciente y la familia conozcan que la TBP, por ser una enfermedad infecciosa, tiene su permanencia en el ambiente y , como consecuencia, es necesario aclararles, por ejemplo que una persona con TBP que no recibe tratamiento, al toser, estornudar, contaminan el entorno, que la única forma de proteger el entorno es por medio del tratamiento, que el bacilo es resistente y con mayor desventaja encontrará la infección todas las personas de su grupo (niños, ancianos, etc.).

**Período Patogénico:** La compleja interacción de los múltiples y variados factores explicados en el período pre-patogénico (resistencia del hospedero, agente causal y medio ambiente), dará como resultado que el *Mycobacterium* (el estímulo) se encuentre en el hombre –mujer-niño y haya interacción entre ellos, lo cual dará cabida para el inicio o curso natural de la TBP, es decir, el período de la patogénesis en la persona.

En ese orden, dada la interacción, ocurre la enfermedad que termina con la muerte, incapacidad y muy raramente en cura espontánea.

Se puede entonces deducir, la importancia del conocimiento completo de la cadena epidemiológica de la TBP, en lo cual toda persona que se le sospeche o asista con síntomas como: tos con expectoración con más de 15 días fiebre, malestar general y pérdida de peso, se le debe atender con la aplicación de:

- Características epidemiológicas de los síntomas.
- Interrogatorio.
- Exámenes de laboratorio.
- Análisis e interpretación de los datos.

Estos permitirán actuar de manera oportuna y por ende conocer el estudio completo de la TBP.

En lo referente a las características epidemiológicas de los síntomas, destaca Kroeger, A. y Luna R. (1999) "Los modelos epidemiológicos de la Tuberculosis se dirigen por medio de dos grandes metas contenidas en el programa: lo social, que es aliviar los sufrimientos humanos y la epidemiológica que es disminuir la transmisión del bacilo en la comunidad". (p.40).

Desde ese orden, las características epidemiológicas correspondientes al período patogénico se encuentra estrechamente vinculado al componente social, ambos buscan minimizar la acción del agente por medio de medidas específicas dirigidas a grupos específicos. Implica el desarrollo de estrategia, para la cual la OMS (2000) recomienda: “Tener clara la distribución de la población que enmarque incidencia, prevalecía, letalidad, tasa de infección anual y tasas de infección global”. (p.402)

Estos aspectos aportan datos en donde se puede reconocer:

- Razón de casos infectados.
- Riesgo de enfermarse.

**Razón de casos infectados:** La razón de casos representa el reconocimiento epidemiológico de los casos infectados, cuantas personas han sido contagiadas y cuantas representan fuente de infección en su contexto social, estos datos son dados en porcentajes y clasificados por edad y sexo. Destaca el Departamento de Neumotisiología (2000) que “Esta estimación de contagio permite la reprogramación de estrategias dirigidas a una población o personas determinadas según sus condiciones sociales, culturales y económicas.” (p.6)

En relación al estudio, el período patogénico debe ser visto desde un orden de aplicación de la farmacoterapia con el propósito de detener el mal en el marco social. Es decir, atacar la fuente bacilífera en comunidades.

**Riesgo de enfermarse:** Ello hace referencia a la identificación de la cantidad de personas infectadas que en verdad tienen tuberculosis y si estos ya han sido tratados.

### **Fases del Tratamiento**

El tratamiento de la TBP, según norma del MSDS (2003) “Se inicia con la era de la quimioterapia moderna, mediante la introducción de drogas bactericidas y bacteriostáticas, es un tratamiento administrado de manera gratuita y distribuido por el otrora MSAS”. (p.3)

A ello, se le establece un conjunto de acciones que incluye la capacitación del personal de salud encargado de la distribución y administración del tratamiento, debido a que deben conocer la farmacología (acción y reacción) del medicamento. Indica Torres, M. (1998) que “Anexo al tratamiento, el personal debe actuar tomando en cuenta los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria”. (p.209)

**Prevención primaria:** Utilizar sus componentes de promoción y protección específica.

**Prevención secundaria:** Realizar un diagnóstico precoz y aplicar el tratamiento oportuno.

**Prevención terciaria:** Encaminar los esfuerzos, para incorporar al paciente a la sociedad, donde pueda de nuevo abrigar una nueva esperanza en su reincorporación en el contexto social.

Se puede señalar que los niveles de prevención forman parte de las fases del tratamiento, es decir, combinar el tratamiento dentro de los aspectos que consideren lo social y cultural del paciente que permita la familiaridad de ello y de esa manera promover informaciones sobre cada una de las fases del tratamiento antituberculoso denominadas fase intensiva y fase parcial supervisada.

**Fase Intensiva:** Según el programa Nacional de Neumotisiología (1997): “Fase intensiva se refiere a la administración de la combinación del esquema de tres tipos de drogas, Estreptomina, Isoniacida y el ácido Amino salicílico” (p.6) en ese orden, los autores señalan que la fase tiene un tiempo de duración de dos meses, es un tratamiento gratuito de orden obligatorio.

**Fase Parcial Supervisada:** Gonzáles, A., Lobo O. y García (1994), exponen que “El Tratamiento parcialmente supervisado es trimestral de cuatro meses de duración, en el cual el paciente debe asistir al ambulatorio aledaño a su residencia para su administración” (p.68). Implica la



descentralización del tratamiento desde el programa de Neumotisiología hacia el ambulatorio urbano o rural.

Cabe destacar, que el paciente en presencia de la enfermera(o), médico o el trabajador social, debe administrarse vía oral, la farmacoterapia contra la Tuberculosis.

Todos los países tienen una norma de tratamiento en base a la cual compran las drogas. En Venezuela existe una norma ordenada por el ente rector del país, Ministerio de Salud, el cual tiene como perfil atender y cubrir de manera gratuita el esquema terapéutico desde dos contenidos.

- Preventivo
- Curativo

Preventivo: dirigido al cumplimiento de la vacuna BCG en el niño (meningitis tuberculosa) y el Curativo: en función de la restauración y estigmatización del daño.

En el caso específico del estudio, se ahondará en lo referente a lo curativo de manera específica lo relacionado a las fases del tratamiento. En ese sentido, se procederá a sus definiciones:

Kroeger, A. y Luna, R. (1999):

Esquema Terapéutico: Se encuentra diseñado de manera bifásico. Tratamiento intermitente, estricto y completo luego el de control estricto (estacionario). Primera fase: 8 semanas con tratamiento intensivo para reducir la cantidad de bacilos, limitar al máximo los efectos de una posible resistencia bacteriana inicial y disminuir la selección de resistencias secundarias. Segunda fase: 10 meses para la eliminación del bacilos y el régimen estándar que tiene un año de duración. (p.146).

Aunado a lo expuesto en la referencia, es necesario aclarar que este esquema de tratamiento es para ser administrado de manera supervisada y diseñado para pacientes que accedan a los establecimientos de salud.

Varias razones son expuestas por el Ministerio de Salud, en las cuales insisten en la necesidad de promover la capacidad del paciente con TBP para transformarlo en el primer interesado en la estructura básica como línea de defensa en el entendimiento de lo que en si, enmarca las fases del tratamiento, a fin del alcance de hallazgo temprano de casos y tratamientos de los síntomas.

Establecer desde un orden terapéutico, las fases de tratamiento implica:

- Esquema I
- Esquema II
- Esquema III

**Esquema I:** De acuerdo a la norma del Ministerio de Salud ordena una primera fase (Estreptomina 1 gragea 6 veces a la semana con una duración de 8 semanas INH (30mg) + Tb 1 (150 mg) 6 veces a la semana por 8 semanas).

Segunda Fase, de acuerdo a la norma de Ministerio de Salud, ordena una segunda fase caracterizada por el cumplimiento de administración y fármacos (estreptomina de (1 gm) 2 veces a la semana con una duración de 10 meses. INH (de 80 mg) 2 veces a la semana durante 10 meses).

Costo total no tienen, estos fármacos son administrados de manera gratuita en los establecimientos de salud. Cabe destacar, que para la primera fase hay un control estricto por parte del servicio de salud, mientras que en la segunda fase es menos estricto el control por parte del sector salud. Según recomendaciones del Departamento de Neumotisiología.

**Esquema II:** Control continuado y estricto, 1ª fase. Igual al esquema I Durante 8 semanas y 2ª fase INH (300 mg) 6 veces a la semana por 8 semanas) +Tb 1 (150 mg) diario durante 6 meses.

**Esquema III:** tiene una duración de 8 meses control estricto (estacionario) en la fase 1: INH Rifampicina, Estreptomina, Pirazinamida diario durante 8 semanas (tratamiento hospitalario).fase 2: INH (300mg) 6 veces a la semana por 8 semanas+Tb 1(150mg) diario durante 6 meses.

De acuerdo a lo expuesto, las órdenes son regímenes normados para la farmacoterapia de larga y corta duración.

Todas estas fases deben ser conocidas por el paciente, tanto su acción como cualquier efecto o reacción

### **Red de Servicios**

En las fases del tratamiento, hay que tener en cuenta, que si no hay una red eficiente de servicios por parte de los hospitales y ambulatorios estos esquemas de tratamiento no tendrán éxito, tanto en los regímenes de larga como en los de corta duración.

Se espera que en cada evolución de la terapia, se le dé al paciente un compendio de ilustración al respecto. Lo cual, corresponde a la red asistencial buscar una forma activa de fomentar una aplicación de cobertura.

En ese sentido, la Organización Panamericana de la Salud (1998) señala:

Red de servicios implica tres aspectos fundamentales: Mejorar el acceso y la utilización de los servicios de salud, aumentar la disponibilidad relativa de recursos y poner en operación un sistema técnico y administrativo que responda a las aspiraciones de la población. (p.8)

Aunado a lo expuesto en la regencia, estos autores (Op.Cit.) consideran “que una red de servicios a favor del aumento de cobertura del tratamiento

ambulatorio de casos de TBP, en función de evitar reincidencia en estos pacientes, debe contar con:

- Existencia de una oferta sostenida y regular de servicios
  - Ajustes cuantitativos, cualitativos y estructurales para amoldarlos a las necesidades reales.
  - La aceptación de los servicios por parte de las personas en control”
- (p.9).

En esta perspectiva, la red de servicios debe mostrar eficiencia en función del aprovechamiento óptimo de los recursos en función de la obtención de resultado al menor costo posible. También eficacia en cada medida a cumplir vinculado con un sistema de orientación que promueva las acciones de eficacia terapéutica de los medicamentos.

El resultado de estas estrategias sobre los casos de TBP objeto de atención, por ende, alcanzará que todo paciente sea atendido en la medida dirigida para resolver. Entonces, la red de de servicios debe ser vista para acentuar las actividades de promoción tanto para el tratamiento como la rehabilitación en los cuales el paciente conoce que la TBP es una enfermedad infectocontagiosa y mortal de no ser tratada a tiempo.

Cabe entonces preguntar ¿Qué debe conocer el paciente cuando asiste a la red servicios?

Kroeger, A. y Luna, R. (1999) señalan que “El proceso de auto eliminación de la TBP es por medio de una administración eficaz de cada fase” (p.103). El autor continúa destacando que otro concepto, que debe saber el paciente, es que el riesgo de la infección del bacilo de Koch y el de enfermarse está determinado por situaciones del entorno (socioeconómico) y en más de las veces, por no darle importancia a sus componentes fisiológicos (salud-enfermedad).

### **Control Médico Asistencial**

El segmento que corresponde al control de los de TBP debe ser visto, en función de los diferentes exámenes a los cuales debe cumplir el paciente.

- Búsqueda del enfermo (pesquisa de casos).
- Exámenes radiológicos.
- Examen Microscópico
- Prueba de tuberculina (PPD).
- Búsqueda del contacto.

**Búsqueda del enfermo (pesquisa de casos):** Destaca la Organización Panamericana de la Salud (1998) en el caso específico de casos de TBP la evaluación y control, requiere de un conjunto de pruebas en función de la búsqueda sistemática de casos de TBP. Ello es, tomando en

consideración que en la mayoría de los casos la TBP se desarrolla muy rápidamente dentro de algunas semanas

Según el Ministerio de Salud (2000), existen estudios:

La estimación de la asistencia médico asistencial requerida por el paciente de control ambulatorio da la base para calcular la cantidad de evaluación necesaria y ordenada por el programa de Neumotisiología, para la cual recomienda en un inicio una evaluación semanal, seguir cada fase de tratamiento, luego cada 15 días y finalmente una vez por mes, el propósito forma parte del protocolo de tratamiento requerido por los casos de TBCP. (P.44).

La medida de control médico asistencial es enmarcada desde una perspectiva epidemiológica que busca a toda regla la interrupción de la cadena de infección. Se trata ante todo de describir a aquellos enfermos que reciben el tratamiento o en aquellos casos que no dieron continuidad o nunca recibieron.

Desde ese orden, la vigilancia médico asistencial se encarga en descubrir a los enfermos que expectoran una cantidad suficiente de bacilo. En el caso específico del estudio, el acto de vigilancia es dirigido como parte del protocolo para evaluar el proceso de sanación del paciente

Hecho que requiere contacto con los que alcanzarse por medio de la búsqueda o en algunos casos durante la asistencia del paciente al centro dispensador de salud y dentro de sus medidas se encuentran:

- Examen radiológico/radiografía, en ello se enmarca la fluoroscopia, la placa radiográfica.
- La fluoroscopia da un rendimiento suficiente en la búsqueda sistemática de la tuberculosis.
- La placa radiográfica del tórax; ello requiere del experto en la lectura y a su vez demuestra el proceso o evolución de los casos.
- Baciloscopia: Es el examen realizado por medio del microscopio del esputo (baciloscopia directa) para detectar bacilos (mycobacterias tuberculosas).

El método del examen se puede realizar en todos los establecimientos de salud en los cuales haya un microscopio. Método en el cual, según el Ministerio de Salud, (2000) “Permite ser métodos semicuantitativos para la captación del grado de enfermedad y del control de la terapia, aunado a la obtención de estadísticas confiables”. (p.8)

En ese sentido, la baciloscopia también permite la identificación de los que más sufren por la enfermedad y que están dispuestos a la terapia. Se utiliza esta prueba para detectar casos infecciosos o de lo contrario descartar casos.



Destaca Kroeger, A. Luna, R. (1999):

El examen microscópico del esputo (baciloscopia) permite reconocer el estado del esputo del enfermo (persona en contacto), se le puede realizar baciloscopia, cultivo, si ello da negativo hay presencia de bacilos. Desde ese orden, estos son procedimientos prácticos en el diagnóstico del enfermo y examen del contacto (p.406)

Ahora bien, es necesario que cada paciente y contacto conozcan la recolección y forma preparación del esputo. Al respecto, el MS (2000) indica:

Por lo general bastan dos muestras del esputo (ocasionalmente tres) La primera se toma al momento de la consulta; la segunda es una prueba matinal y la tercera, de ser necesaria, se puede recoger al momento cuando el paciente trae la segunda. (p.6)

Los mismos autores continúan señalando que cada establecimiento de salud debe tener un lugar previsto para la recolección de muestras.

### **Técnicas para la Recolección del Esputo**

El Ministerio de Salud (2000) refiere:

Se debe pedir al paciente que se enjuague la boca con agua y que produzca un esputo bronquial desde las profundidades del pecho, y darle tiempo suficiente para ello. Todo personal responsable de la pesquisa de casos debe ser adiestrado en la recolección del esputo y la preparación de la muestra. (p.9)

Es necesario que el paciente sepa, que los bacilos se encuentran, sobre todo, en los pequeños granos (lentejas) de sustancias amarillentas o gris verdosa y de consistencias espesas. Estos granos una vez obtenidos son transferidos a las unidades sanitarias a un porta objeto, todos estos conceptos deben ser conocidos por los pacientes, hecho que amerita que cada establecimiento de salud de instrucciones tanto al paciente como a las familias desde un orden de normatización, con el fin de asegurar la continuidad del programa, por lo tanto, es necesario que el egresar el paciente del área hospitalaria para darle continuidad a sus cuidados terapéuticos deben saber:

- Síntomas respiratorios e historias clínicas
- Posibles tratamientos anteriores
- Conceptos etiológicos
- Comportamiento emocional y racional del paciente ante la vigilancia y control terapéutico.
- Relación del grupo
- Acercamiento al servicio de salud (confianza o desconfianza en los trabajadores de salud)

Lo cual implica que el personal hospitalario debe orientar el enfermo para su manejo ambulatorio, incluyendo la necesidad de la evaluación, supervisión, aspectos sociales de la enfermedad, motivos de negligencias etc.

### **2.3 Sistema de Variables**

Conocimiento que tienen los pacientes con TBP para dar continuidad a sus cuidados una vez que egrese.

**Definición Conceptual:** López Luna M. (1998) "cuando se ha decidido iniciar la terapéutica antituberculosa en un paciente se debe considerar los siguientes postulados: proporcionar al paciente y familia información y confianza al mismo tiempo que se investiga los contactos, supervisar el tratamiento y promover la responsabilidad" (p.158).

**Definición Operacional:** Se refiere a los conocimientos que tienen los pacientes en relación a la importancia del cumplimiento de las fases del tratamiento y el control médico una vez que egrese, como medida fundamental para alcanzar la restauración de la salud.

## 2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

**VARIABLE ÚNICA:** Conocimientos que tienen los pacientes con TBP para dar continuidad a sus cuidados una vez que egrese.

**Definición Operacional:** Se refiere a los conocimientos que tienen los pacientes con TBP en relación a la importancia del cumplimiento de las fases del tratamiento y control médico-asistencial una vez que egrese, como medida fundamental para alcanzar la restauración de la salud.

DIMENSIÓN	INDICADOR	SUB INDICADOR	ITEM
<p>Tuberculosis y Tratamiento: Se refiere al conocimiento presente en el paciente con TBP, sobre la TBP y el esquema de tratamiento antituberculoso a nivel descentralizado, necesario a cumplir como fundamento para su sanación.</p>	<p>Tratamiento Descentralizado: Se refiere al conocimiento que tenga cada paciente hospitalizado con TBP acerca del tratamiento que debe ser auto administrado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad</li> <li>• Tratamiento supervisado</li> <li>• Abandono y sus Consecuencias.</li> </ul>	1 a 12
<p>Control Médico Asistencial: se refiere al conocimiento que tienen los pacientes con TBP en relación al control médico asistencial requerido</p>	<p>Control Médico Asistencial: Se refiere a la vigilancia requerida en el paciente una vez que egresa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen radiológico</li> <li>• Examen esputo</li> <li>• Prueba tuberculina</li> <li>• Atención a sospechosos con TBP</li> </ul>	13 al 22

## **2.4 Definición de Términos**

**Bacteriostáticos:** Drogas cuya actividad se limita simplemente a que la reproducción bacilar se haga más lenta.

**Bactericida:** Droga cuyas actividades permiten reducir de manera rápida la velocidad de crecimiento de organismos viables.

**Deserción:** Abandono de tratamiento.

**Dicotómico:** Que solo se expresa en dos clases o categorías ejemplo: Sexo: masculino ó femenino.

**Incidencias:** Números de casos de buena enfermedad.

**Información:** Aspectos cognoscitivos que aumenta los niveles del saber y/o conocimiento.

**Vacuna BCG:** Producto liofilizado elaborado con un cultivo de Mycobacterium Tuberculosis.

**Visita Sanitaria:** Abordaje epidemiológico a personas, familias y comunidad para dar atención sanitaria con el objeto romper la cadena epidemiológica de la enfermedad.

## **CAPÍTULO III**

### **DISEÑO METODOLOGICO**

El contenido de este capítulo hace referencia al tipo de estudio, población y muestra, método e instrumento y sus confiabilidades, de igual manera se hace referencia a cada uno de los pasos utilizados referentes a la elaboración y recolección de información.

#### **3.1 Tipo de Estudio**

El tipo de estudio es descriptivo con un diseño de campo. Referente al diseño de campo, la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL) (2000) señala que los diseños de campos “son los caracterizados por recolectar la información de manera directa donde ocurren los hechos” (p.19). Es decir, son datos recolectados de fuentes primarias.

Asimismo, la investigación que se presenta es de tipo descriptivo porque su propósito es el de describir la información que tienen los pacientes diagnosticados con Tuberculosis Pulmonar hospitalizados en la Unidad de

Neumotisiología del Complejo Hospitalario “Dr. José Ignacio Baldó en el primer semestre del año 2006.

Este tipo de estudio es definido por Hurtado, J. (2000) como “Los estudios que buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades u objetos o cualquier otro evento sometido a investigación...” (p.223)

En cuanto al momento o punto en el tiempo en el cual se recolectaron los datos, el estudio es de corte transversal o transeccional como lo define Hurtado, J. (Op.Cit) “Es aquel en el cual el interés del investigador se centra en describir el evento en un momento único en el tiempo presente”, esto quiere decir que la información que tienen los pacientes diagnosticados con Tuberculosis Pulmonar se midió en un momento único en el tiempo, es decir, en el primer semestre del año 2006.

Con relación al tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio es prospectivo, ya que se indagaron los hechos según fueron ocurriendo. Los estudios prospectivos son explicados por Pineda. E., Alvarado, y Canales, F. (1994) como “...se registra la información según van ocurriendo los fenómenos”. (p.81)

### **3.2 Población y Muestra**

La población de una investigación es definida por Hurtado, J. (2000) como "...un conjunto de elementos, seres o eventos concordantes entre si en cuanto a una serie de características, de los cuales se desea obtener alguna información." (p.152)

En este sentido, la investigación tuvo como población a la totalidad de los pacientes diagnosticados con Tuberculosis Pulmonar hospitalizados en la Unidad de Neumotisiología del Complejo Hospitalario "Dr. José Ignacio Baldó", los cuales hacen un total de ochenta (80) pacientes.

Es este aspecto, la muestra es de tipo intencional ya que está conformada por la totalidad de los pacientes diagnosticados con Tuberculosis Pulmonar hospitalizados en la Unidad de Neumotisiología. En ese sentido, para la recolección de información se tomó 100% de la población, ello fue tomado en consideración que todos los pacientes deben conocer todo lo relacionado a su tratamiento y vigilancia acompañada de su control médico asistencial.

### **3.3 Instrumento de Recolección**

De acuerdo a la problemática planteada se utilizó como método de recolección de datos un cuestionario, lo cual permitió obtener una



información más completa y objetiva.

El instrumento utilizado está estructurado por 22 items tipo dicotómico (SI –NO). (Anexo A)

El instrumento en cuestión sirvió para conocer la información que tienen los pacientes diagnosticados con Tuberculosis Pulmonar acerca del cumplimiento de la farmacoterapia y vigilancia en la restauración de su salud como medida fundamental a seguir una vez que egresa de la Unidad de Neumotisiología.

### **3.4 Validez del Instrumento**

La validez del instrumento de recolección de datos, es definida por Hurtado, J. (Op.Cit) (citando a Thorndike, 1980) como "...el grado en que un instrumento realmente mide lo que pretende medir, mide todo lo que el investigador quiere medir y se mide solo lo que se quiere medir "(p.433) Para efecto de este estudio, se solicitó asesoramiento por parte de expertos en metodología y estadísticas quienes dieron sus recomendaciones para la construcción del instrumento o cuestionario definitivo.

### **3.4 Confiabilidad del Instrumento**

La confiabilidad de un instrumento definida por Hurtado, J. (Op.Cit)

como "...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" (p.438). Con relación al presente estudio, la confiabilidad del instrumento se realizó con 8 pacientes que no forman parte de la población en estudio. Hecho que ameritó el traslado al Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández", Los Magallanes de Catia. El resultado obtenido fue de 0,8720 que demuestra que el cuestionario es confiable.

## **CAPITULO IV**

### **PRESENTACION Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

El contenido de este capítulo hace referencia a los resultados de la investigación, así como su análisis e interpretación.

Desde ese orden, los resultados se demuestran por medio de cuadros estadísticos y gráficos, enmarcados por medio de frecuencias absolutas y porcentajes, a fin de hacer más fácil su interpretación, seguidamente se presenta el análisis e interpretación de los resultados obtenidos en función de los objetivos de la investigación previamente establecidos.

**Cuadro N° 1**

**Distribución de las respuestas correspondientes al Grado de Instrucción de los pacientes con TBP hospitalizados en la Unidad de Neumotisiología. Complejo Hospitalario “Dr. José Ignacio Baldó”, El Algodonal, Antímano, Caracas. Primer semestre 2006.**

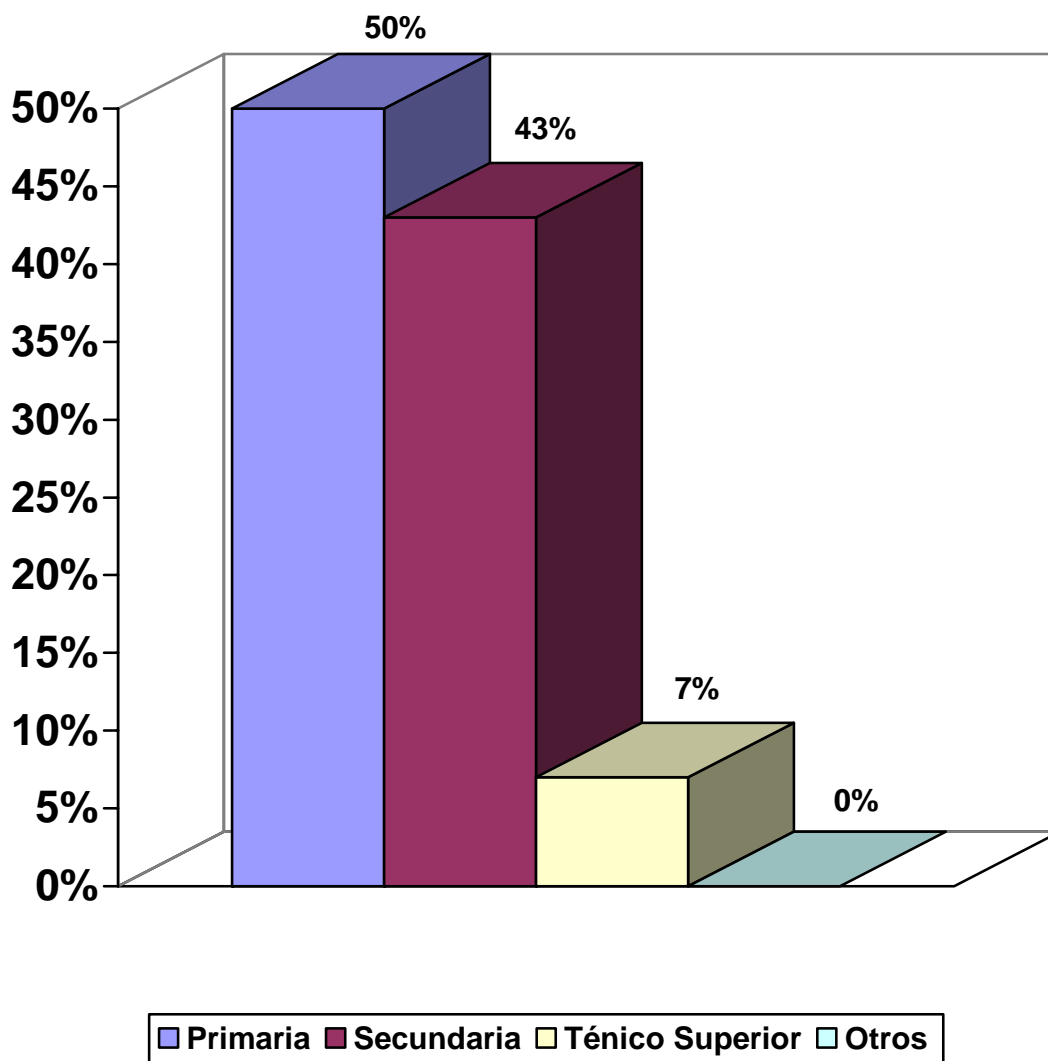
<b>Alternativas</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Primaria	40	50
Bachiller	34	43
Técnico Superior	6	7
Otros	0	0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Instrumento aplicado

De acuerdo a los resultados obtenidos referente al Grado de Instrucción de la población objeto estudio corresponde para la alternativa Primaria 50%, para la alternativa Bachiller 43% y para estudios Técnicos Superior 7%.

**Gráfico N° 1**

**Distribución de las respuestas correspondientes al Grado de Instrucción de los pacientes con TBP hospitalizados en la Unidad de Neumotisiología. Complejo Hospitalario “Dr. José Ignacio Baldó”, El Algodonal, Antímano, Caracas. Primer semestre 2006.**



Fuente: Cuadro N° 1

**Cuadro N° 2**

**Distribución de las respuestas de los pacientes hospitalizados con TBP en relación al conocimiento sobre el indicador Tratamiento Descentralizado Antituberculoso en el alcance de la restauración de la salud al egresar de la Unidad de Neumotisiología. Complejo Hospitalario “Dr. José Ignacio Baldó”, El Algodonal, Antímano, Caracas. Primer semestre 2006.**

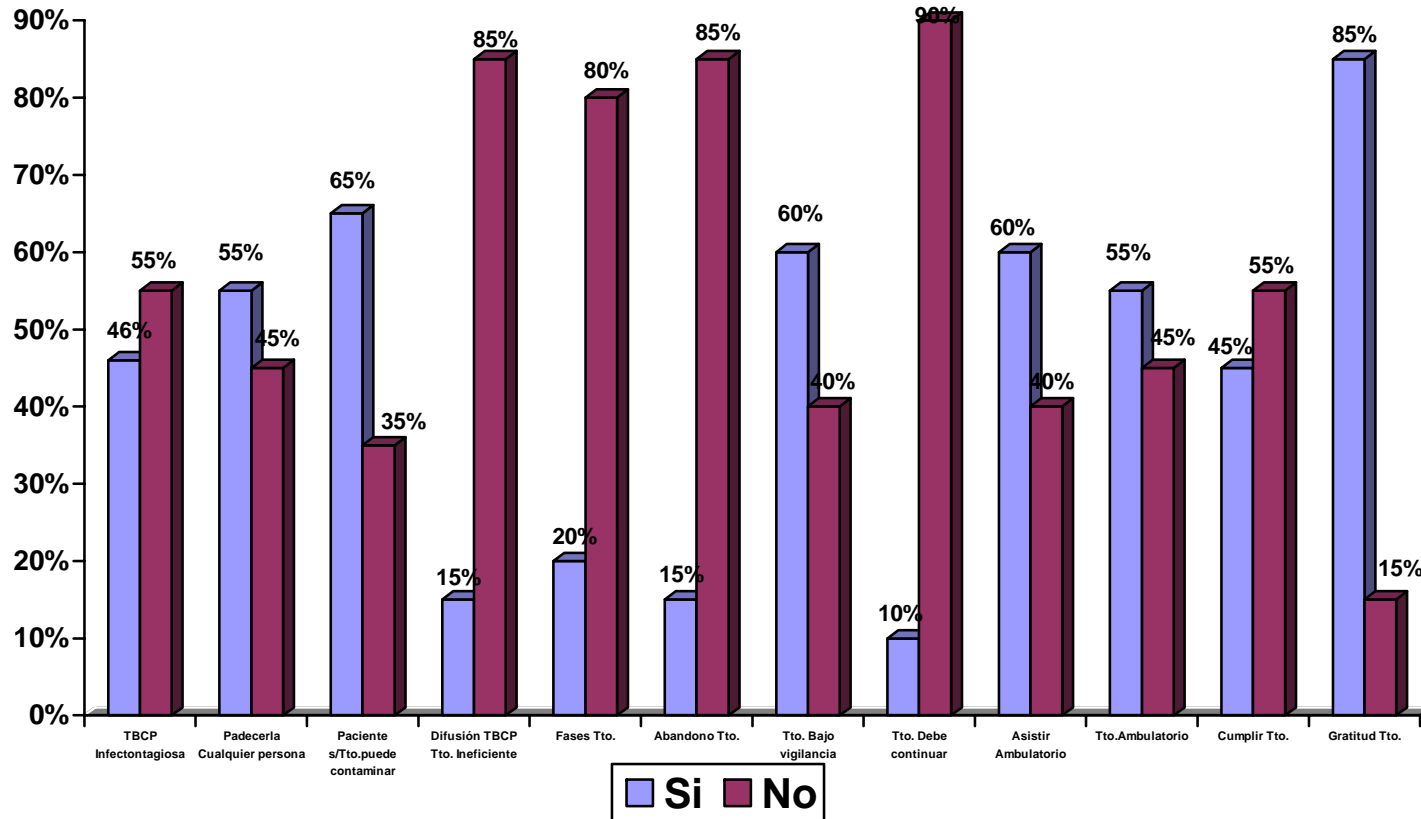
Alternativas	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
TBP enfermedad infectocontagiosa	36	45	44	55	80	100
Puede padecerla cualquier persona	44	55	36	45	80	100
El paciente que no recibe tratamiento puede contaminar	52	65	28	35	80	100
La difusión de la TBP puede ser por un tratamiento ineficiente.	12	15	68	85	80	100
Las fases requeridas para el tratamiento son fase 1 fase 2 fase 3	16	20	64	80	80	100
El abandono del tratamiento genera resistencia de la enfermedad	12	15	68	85	80	100
El tratamiento debe ser administrado de bajo vigilancia del trabajador de salud.	48	60	32	40	80	100
El tratamiento antituberculosos se debe continuar después de curados los síntomas.	8	10	72	90	80	100
Al egresar debe asistir al ambulatorio	48	60	32	40	80	100
Al egresar, su tratamiento lo mandan al ambulatorio.	44	55	36	45	80	100
Cumplir con el tratamiento para no padecer la enfermedad.	36	45	44	55	80	100
Gratuidad del tratamiento	68	85	12	15	80	100

**Fuente: Instrumento Aplicado**

De los resultados obtenidos del indicador tratamiento descentralizado, en lo que corresponde a la pregunta la TBP como enfermedad infectocontagiosa, los resultados señalan 45% para la categoría Si y 55% para el No. Para la pregunta cualquier persona puede padecer la TBP 55% fue para la categoría Si y 45% para No. Para la pregunta del paciente que puede contaminar por carencia de recibir tratamiento, 65% fue para la categoría Si y 35% No. En cuanto a la difusión de la TBP como consecuencia de un tratamiento ineficiente 15% fue para la categoría Si y 85% para la categoría No. En cuanto a la pregunta sobre las fases del tratamiento son tres fases, 20% fue para Si y 80% para No. Para la pregunta abandono del tratamiento y el acto de generar resistencia a la enfermedad, 15% fue para Si y 85% para No. En cuanto a la administración del tratamiento bajo supervisión, 60% para el Si y 40% para el No. En lo referente que se debe continuar administrando después de curado los síntomas 90% fue para la categoría No y 10% para la categoría Si Referente a la pregunta que indica que el egresar debe asistir al ambulatorio, 60% fue para el Si y 40% para el No. En cuanto al tratamiento, 55% supo que una vez egresado, su tratamiento lo mandan al ambulatorio, y 45% No. En cuanto a la pregunta la cual indica que se debe cumplir con el tratamiento para no padecer la enfermedad, 45% señaló Si y 55% No. En cuanto a la enfermedad, 46% señaló Si y 54% No. En cuanto a la enfermedad, 46% señalo Si y 54% No. En cuanto a la pregunta gratuidad del tratamiento, 88% fue para Si y 12% para No.

Gráfico N° 2

Distribución de las respuestas de los pacientes hospitalizados con TBP en relación al conocimiento sobre el indicador Tratamiento Descentralizado Antituberculoso en el alcance de la restauración de la salud al egresar de la Unidad de Neumotisiología. Complejo Hospitalario “Dr. José Ignacio Baldó”, El Algodonal, Antímamo, Caracas.



Primer semestre 2006.



**Cuadro N° 3**

**Distribución de las respuestas de los pacientes hospitalizados con TBP en relación al conocimiento sobre el indicador Control Médico Asistencial en el alcance de la restauración de la salud al egresar de la Unidad de Neumotisiología. Complejo Hospitalario “Dr. José Ignacio Baldó”, El Algodonal, Antímano, Caracas. Primer semestre 2006.**

Alternativas	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Búsqueda en el hogar para evaluarlo	28	35	52	65	80	100
Evaluación periódica	36	45	44	55	80	100
Evaluación del Proceso	36	45	44	55	80	100
Foto fluoroscopia	56	70	24	30	80	100
Baciloscopia	56	70	24	30	80	100
PPD para identificar persona infectada	28	35	52	65	80	100
PPD para el contacto	28	35	52	65	80	100
Tos por más de 14 días como sospecha.	10	12	70	88	80	100
El esputo debe ser examinado	28	35	52	65	80	100
TBP enfermedad larga duración	10	12	70	88	80	100

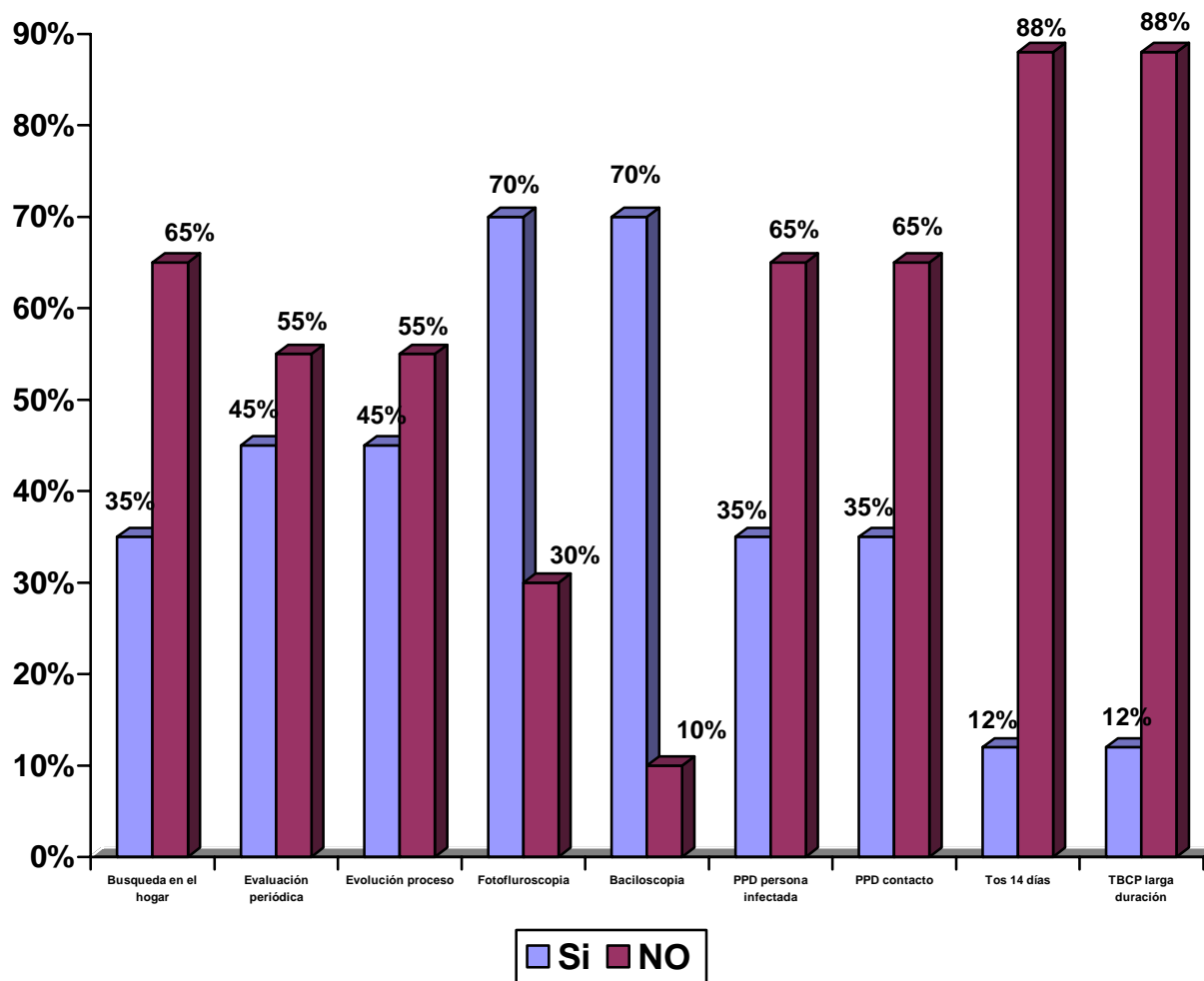
**Fuente: Instrumento Aplicado**

Los resultados del indicador control médico asistencial requerido en el paciente que egresa de la Unidad de Neumotisiología referente a su vigilancia médico asistencial requerida señalan para la pregunta búsqueda

del paciente en el hogar por parte del personal de salud, 35% fue para Si y 65% para No. Para la evaluación periódica, el 45% fue para Si y el 55% para la categoría No. Para la pregunta sobre la foto fluoroscopia como parte del control, 70% fue para si y 30% fue para No. Para la baciloscopia como parte del control, 70% fue para el Si y 30% para el No. En cuanto a la aplicación del PPD para identificar a las personas que mantuvieron contacto 35% fue para Si y 65% para el No..En cuanto a si el esputo debe ser examinado el 35% fue En cuanto a la tos como síntoma de la TBP, 12% fue para el Si, 88% para el No. En cuanto a la TBP catalogada como enfermedad de larga duración 12% fue la categoría Si y 88% para el No.

Gráfico N° 3

Distribución de las respuestas de los pacientes hospitalizados con TBP en relación al conocimiento sobre el indicador Control Médico Asistencial en el alcance de la restauración de al salud al egresar de la Unidad de Neumotisiología. Complejo Hospitalario “Dr. José Ignacio Baldó”, El Algodonal, Antímano, Caracas. Primer semestre 2006.



Fuente: Cuadro N° 3

#### **4.1 Análisis e Interpretación de los Resultados**

A continuación se plasmaran los análisis y resultados de la investigación en función en los objetivos previamente establecidos en le estudio, En ese sentido, se plantearon un objetivo general y dos objetivos específicos.

El primer objetivo específico buscó identificar el conocimiento en pacientes con TBP hospitalizados acerca de cada fase del tratamiento descentralizado requerido para la restauración de la salud.

Los resultado indican para la categoría Si, 44.16 %, es decir, el paciente tiene poco conocimiento referente al tratamiento y durante su estadía hospitalaria no recibe ninguna información que en lo posible le de la oportunidad de aumentar todo lo concerniente a su enfermedad y su tratamiento como una medida que permita su curación.

Referente al segundo objetivo específico, buscó identificar conocimiento en el paciente con TBP hospitalizado acerca de la importancia del control

médico asistencial una vez que egrese, requerido para la restauración de la salud.

Los resultados indican 39,4 % para la categoría Si. Desde ese orden se observa que los pacientes hospitalizados tienen una información parcial sobre la importancia de que al egresar continúen con sus evaluaciones médico asistencial como punto de apoyo, básico en la restauración de la salud.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

El contenido de este capítulo hace referencia a las conclusiones y recomendaciones a que dieron lugar de los objetivos previamente establecidos.

#### **5.1 Conclusiones**

- Los pacientes (80) 100% conformaron la población objeto de estudio, 44.16% indican que tienen información insuficiente en cuanto a cada una de las fases del tratamiento antituberculoso descentralizado requerido en la restauración de la salud.
- Los pacientes (80) 100% conformaron la población objeto de estudio, el 39.4% indican que no conocen suficientemente la importancia del control médico asistencial una vez que egrese, requerido para la restauración de la salud.

## 5.2 Recomendaciones

- Dar a conocer los resultados al equipo multidisciplinario en salud de la Unidad de Neumotisiología, como una alternativa a la necesidad del desarrollo de actividades para la preparación del paciente en apoyo a la continuidad de la farmacoterapia y su control médico asistencial.
- El personal de Salud de la Unidad de Neumotisiología, debe dar la información necesaria al paciente y al familiar sobre el tratamiento y el control médico desde su ingreso al hospital para que el paciente asuma su cuota de responsabilidad y prevenir a futuro la deserción de éste al egresar del hospital.
- Promover una red de comunicación entre la Unidad de Neumotisiología con el personal de los ambulatorios y Distrito Sanitarios, tanto a nivel local como regional, a fin de que se les cumpla a los pacientes un sistema de vigilancia para sensibilizarlos sobre la enfermedad y la importancia de cumplir con su tratamiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARANDA Pastor. (1992) **Epidemiología** (2ªed.). Universidad de los Andes. Caracas, Venezuela.
- BARRETO, G. y PERÉZ, O. (2001) **Participación de la familia en la rehabilitación del enfermo portador del TBCP**. Trabajo Especial de Grado. Escuela de Enfermería. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.
- BEARE, P. y MYERS, J. (2001) **Tratado de Enfermería**. Volumen 1. (3ª reimpresión). Editorial Harcourt Brace. Madrid España.
- CORREA, T. BARRAGÁN, A. y OLIVERA, R. (1998). **Tuberculosis Pulmonar**. Estudios Antropológicos. México, México.
- DELGADO, Z. (1998). **Atención al riesgo de la Tuberculosis Pulmonar**. Trabajo Especial de Grado. Escuela de Enfermería. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela
- DEPARTAMENTO DE NEUMOTISIOLOGÍA (2000). **Epidemiología de la TBCP**. Publicaciones del Ministerio de Salud y Desarrollo Social Caracas, Venezuela.
- GONZÁLEZ, A. LOBO, O. y GARCÍA, J. (1994). **Tuberculosis Clínica**. Editorial Cances.
- HURTADO, J. (2000) **Metodología de la Investigación Holística** . (3ª ed.). Editorial Fundación Sypal. Caracas, Venezuela.
- KROEGER, A. y LUNA, R. (1999). **Epidemiología TBCP**. Publicaciones de la Organización Mundial de la Salud Washington. D.C.
- LEDDY, S. y PEPPER, L. (1992) **Modelos de Enfermería**. Interamericana Mc Graw Hill. México, México.



- LÓPEZ LUNA, M. C. (1998). **Enfermería Sanitaria**. (2ª Ed.) Editorial interamericana Mc Graw Hill. México, México
- MARK, M. y BURS, M. D. 8200). **El Manual de Merk**. (17ª Ed.) Editorial Harcourt Brace. España
- MILLER, M. (1990). **Teoría del Conocimiento**. Documento en línea Disponible en [www.conocimiento.htm](http://www.conocimiento.htm) [Consultado: 10-10-2006]
- MINISTERIO DE SALUD. (2000) **Programa de Atención a la Tuberculosis Pulmonar**. Caracas, Venezuela
- MINISTERIO DE SALUD. (2002) **Programa de Atención a la Tuberculosis Pulmonar**. Caracas, Venezuela
- MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL (2003). **Normas de Atención de la Tuberculosis Pulmonar**. Caracas, Venezuela.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (1997). **Tuberculosis Pulmonar. Signos y Síntomas**. Revista Nº 6. Volumen 14. Ginebra.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICA DE LA SALUD (OPS). (1998) **Epidemiología de la Tuberculosis**. Publicación Científica. Washington, D. C.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICA DE LA SALUD (OPS). (2000) **Epidemiología de la Tuberculosis**. Publicación Científica. Washington, D. C.
- PEPLAU, H. (1952). **Interpersonal Relations in Nursing**. New York
- PINEDA, E., ALVARADO, E. y CANALES, F. (1994). **Metodología de la Investigación**. (2ª Ed.). Editorial Limusa México, México.
- PROGRAMA NACIONAL DE NEUMOTISIOLOGÍA (1997) **Tratamiento TBCP**. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Caracas, Venezuela.
- TORRES, M. (1998). **Enfermería Comunitaria**. (2ª ed.) Colegio Universitario de Los Teques "Cecilio Acosta" Los Teques. Estado Miranda.
- UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR (UPEL) (2000) **Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales**. (2ª ed.) Fundación de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (FEDEUPEL). Caracas, Venezuela.

ZEA GUILLÉN, L. (2005) **Conocimientos sobre Salud Reproductiva en Adolescentes.** Trabajo Especial de Grado Escuela de Enfermería Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela Caracas, Venezuela.

**ANEXOS**

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

**INSTRUMENTO PARA RECOLECTAR LAS INFORMACIONES  
RELACIONADAS A LA VARIABLE EN ESTUDIO**

**Tutora:**  
Prof. Ricarda Montaña

**Autores:**  
Claro, María  
Sojo, Eudez  
Williams, Eddy

**Caracas, 2006**

## **PRESENTACION DEL INSTRUMENTO**

El presente cuestionario tiene por objetivo recolectar información del conocimiento que tienen los pacientes hospitalizados con Tuberculosis Pulmonar sobre la enfermedad y control médico asistencial una vez que egresa de la Unidad de Neumotisiología del Complejo Hospitalario Dr. José Ignacio Baldó el Algodonal, Antímano.

El mismo forma parte de la investigación como requisito para optar por el título de Licenciada en Enfermería en la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina de la UCV.

Está estructurado en dos partes: conocimiento sobre la enfermedad y conocimiento sobre el control médico asistencial, con 22 preguntas de tipo dicotómico (SI-NO).

La información que aporte será utilizada solamente con fines académicos.

Es importante que su respuesta sea lo mas sincera posible, para así poder lograr los objetivos planteados.

Se le agradece toda la colaboración que pueda prestar.

## **PARTE I**

### **DATOS PERSONALES**

Grado de instrucción

\_\_\_\_\_ Primaria

\_\_\_\_\_ Secundaria

\_\_\_\_\_ Técnico Superior

\_\_\_\_\_ Otros

<b>El paciente tiene conocimiento acerca de la enfermedad:</b>		
	<b>Si</b>	<b>No</b>
1. ¿La tuberculosis pulmonar es una enfermedad infectocontagiosa?		
2. ¿La tuberculosis pulmonar puede ser padecida por cualquier persona?		
3. ¿El paciente con tuberculosis pulmonar que no recibe tratamiento puede contaminar a la persona sana?		
4. ¿La difusión de la Tuberculosis pulmonar se debe a un tratamiento ineficiente?		
5. ¿Las fases requeridas para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar son tres?		
6. ¿El abandono del tratamiento genera en el paciente resistencia a futuro para combatir la enfermedad?		
7. ¿La administración del tratamiento debe ser administrada bajo la vigilancia del trabajador de salud?		
8. ¿El tratamiento antituberculoso se debe continuar después de curado los síntomas?		
9. ¿Que al egresar del hospital usted debe asistir al ambulatorio más cercano a su vivienda para continuar su tratamiento?		
10. ¿Que al egresar de la unidad, debes continuar con tu tratamiento en el ambulatorio mas cercano a tu casa?		
11. ¿Que de no continuar con el tratamiento indicado, el período de sanación al egresar de la unidad, no continuará y vuelves a padecer la tuberculosis pulmonar?		
12. ¿Tiene conocimiento que el tratamiento es gratuito?		
<b>El paciente tiene conocimiento acerca de la vigilancia medico asistencial:</b>		
13. ¿Qué de no continuar con tu control médico asistencial, el personal de salud te buscará en tu residencia?		
14. ¿Qué periódicamente debes ser evaluado por el especialista una vez que egreses del área hospitalaria?		
15. ¿Qué el control médico asistencial son medidas que van a permitir conocer la evolución de tu proceso de sanación?		

	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>16.</b> ¿El examen radiológico (fotofluoroscopia) forma parte del control médico asistencial?		
<b>17.</b> ¿Qué el examen de esputo (baciloscopia) forma parte del control médico asistencial?		
<b>18.</b> ¿Qué la prueba de la tuberculina sirve para identificar personas infectadas?		
<b>19.</b> ¿Qué se debe recomendar la prueba de la tuberculina (PPD) a las personas que mantuvieron contacto con usted?		
<b>20.</b> ¿Qué toda persona con tos por mas de 14 días son sospechosos de tener Tuberculosis?		
<b>21.</b> ¿Toda persona sospechosa de tener Tuberculosis debe entregar el esputo para ser examinado en el centro dispensador de salud?		
<b>22.</b> ¿Que la Tuberculosis Pulmonar es una enfermedad de larga duración que debe ser evaluada y tratada con prontitud?		



## Análisis de fiabilidad

\*\*\*\*\* Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

CONOCIMIENTOS QUE TIENE EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS  
PULMONAR PARA DAR CONTINUIDAD A SUS CUIDADOS UNA VEZ QUE EGRESE

### RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	VAR00001	,5000	,5345	8,0
2.	VAR00002	,3750	,5175	8,0
3.	VAR00003	,5000	,5345	8,0
4.	VAR00004	,6250	,5175	8,0
5.	VAR00005	,6250	,5175	8,0
6.	VAR00006	,6250	,5175	8,0
7.	VAR00007	,6250	,5175	8,0
8.	VAR00008	,6250	,5175	8,0
9.	VAR00009	,5000	,5345	8,0
10.	VAR00010	,3750	,5175	8,0
11.	VAR00011	,5000	,5345	8,0
12.	VAR00012	,5000	,5345	8,0
13.	VAR00013	,5000	,5345	8,0
14.	VAR00014	,3750	,5175	8,0
15.	VAR00015	,7500	,4629	8,0
16.	VAR00016	,6250	,5175	8,0
17.	VAR00017	,6250	,5175	8,0
18.	VAR00018	,7500	,4629	8,0
19.	VAR00019	,7500	,4629	8,0
20.	VAR00020	,6250	,5175	8,0
21.	VAR00021	,6250	,5175	8,0
22.	VAR00022	,6250	,5175	8,0

### RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

#### Correlation Matrix

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005
VAR00001	1,0000				
VAR00002	,2582	1,0000			
VAR00003	,5000	-,2582	1,0000		
VAR00004	,7746	,0667	,7746	1,0000	
VAR00005	,2582	,0667	,7746	,4667	1,0000
VAR00006	,7746	,0667	,2582	,4667	-,0667
VAR00007	,7746	,6000	,2582	,4667	,4667
VAR00008	,7746	,6000	,2582	,4667	,4667
VAR00009	,0000	,2582	-,5000	-,2582	-,7746
VAR00010	,7746	,4667	,2582	,6000	,0667
VAR00011	,0000	,7746	,0000	,2582	,2582
VAR00012	,5000	,7746	,0000	,2582	,2582
VAR00013	,5000	,7746	,0000	,2582	,2582
VAR00014	,2582	,4667	,2582	,0667	,6000
VAR00015	,0000	,4472	,0000	,1491	,1491
VAR00016	,2582	,6000	,2582	,4667	,4667
VAR00017	,2582	,6000	,2582	,4667	,4667
VAR00018	,0000	,4472	,0000	,1491	,1491
VAR00019	,0000	,4472	,0000	,1491	,1491
VAR00020	-,2582	,6000	-,7746	-,6000	-,6000
VAR00021	,2582	,6000	-,2582	-,0667	-,0667
VAR00022	,2582	-,4667	,2582	,4667	-,0667

	VAR00006	VAR00007	VAR00008	VAR00009	VAR00010
VAR00006	1,0000				
VAR00007	,4667	1,0000			
VAR00008	,4667	1,0000	1,0000		
VAR00009	,2582	-,2582	-,2582	1,0000	
VAR00010	,6000	,6000	,6000	,2582	1,0000
VAR00011	-,2582	,2582	,2582	,0000	,2582
VAR00012	,2582	,7746	,7746	,0000	,7746
VAR00013	,2582	,7746	,7746	,0000	,2582
VAR00014	,0667	,6000	,6000	-,2582	,4667
VAR00015	,1491	,1491	,1491	,0000	-,1491
VAR00016	-,0667	,4667	,4667	-,2582	,0667
VAR00017	-,0667	,4667	,4667	-,2582	,0667
VAR00018	,1491	,1491	,1491	,0000	,4472
VAR00019	-,4472	,1491	,1491	,0000	-,1491
VAR00020	-,0667	-,0667	-,0667	,7746	,0667
VAR00021	,4667	,4667	,4667	,2582	,0667
VAR00022	-,0667	-,0667	-,0667	-,2582	,0667

R E L I A B I L I T Y   A N A L Y S I S   -   S C A L E   ( A L P H A )

Correlation Matrix

	VAR00011	VAR00012	VAR00013	VAR00014	VAR00015
VAR00011	1,0000				
VAR00012	,5000	1,0000			
VAR00013	,5000	,5000	1,0000		
VAR00014	,2582	,7746	,2582	1,0000	
VAR00015	,5774	,0000	,5774	-,1491	1,0000
VAR00016	,7746	,2582	,7746	,0667	,7454
VAR00017	,7746	,2582	,7746	,0667	,7454
VAR00018	,5774	,5774	,0000	,4472	,3333
VAR00019	,5774	,0000	,5774	-,1491	,3333
VAR00020	,2582	,2582	,2582	,0667	,1491
VAR00021	,2582	,2582	,7746	,0667	,7454
VAR00022	-,2582	-,2582	-,2582	-,4667	-,4472

	VAR00016	VAR00017	VAR00018	VAR00019	VAR00020
VAR00016	1,0000				
VAR00017	1,0000	1,0000			
VAR00018	,1491	,1491	1,0000		
VAR00019	,7454	,7454	-,3333	1,0000	
VAR00020	-,0667	-,0667	,1491	,1491	1,0000
VAR00021	,4667	,4667	,1491	,1491	,4667
VAR00022	-,0667	-,0667	-,4472	,1491	-,6000

	VAR00021	VAR00022
VAR00021	1,0000	
VAR00022	-,6000	1,0000

\* \* \* Warning \* \* \* Determinant of matrix is zero

Statistics based on inverse matrix for scale ALPHA are meaningless and printed as .

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 8,0

Statistics for Scale	Mean 12,6250	Variance 34,8393	Std Dev 5,9025	N of Variables 22
----------------------	-----------------	---------------------	-------------------	----------------------

Inter-item Correlations	Mean ,2352	Minimum -,7746	Maximum 1,0000	Range 1,7746	Max/Min -1,2910	Variance ,1241
-------------------------	---------------	-------------------	-------------------	-----------------	--------------------	-------------------

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR00001	12,1250	30,6964	,6512	.	,8600
VAR00002	12,2500	30,2143	,7658	.	,8564
VAR00003	12,1250	33,2679	,2085	.	,8747
VAR00004	12,0000	31,4286	,5416	.	,8639
VAR00005	12,0000	32,5714	,3386	.	,8704
VAR00006	12,0000	32,5714	,3386	.	,8704
VAR00007	12,0000	30,0000	,8063	.	,8550
VAR00008	12,0000	30,0000	,8063	.	,8550
VAR00009	12,1250	35,2679	-,1125	.	,8847
VAR00010	12,2500	31,0714	,6066	.	,8617
VAR00011	12,1250	30,9821	,6002	.	,8618
VAR00012	12,1250	30,4107	,7027	.	,8583
VAR00013	12,1250	29,8393	,8073	.	,8546
VAR00014	12,2500	32,2143	,4012	.	,8684
VAR00015	11,8750	32,4107	,4201	.	,8678
VAR00016	12,0000	30,5714	,6989	.	,8586
VAR00017	12,0000	30,5714	,6989	.	,8586
VAR00018	11,8750	32,9821	,3090	.	,8709
VAR00019	11,8750	32,9821	,3090	.	,8709
VAR00020	12,0000	34,5714	,0000	.	,8808
VAR00021	12,0000	31,7143	,4901	.	,8655
VAR00022	12,0000	36,2857	-,2749	.	,8888

Reliability Coefficients 22 items

Alpha = ,8720 Standardized item alpha = ,8713

## CERTIFICACION DE VALIDEZ

Yo, María A. Marín, en mi carácter de experto en Licenciada en Enfermería, por medio de la presente, certifico que he leído y revisado el instrumento para la recolección de datos que desarrollan las: **T.S.U. Claro María, Sojo Eudez y Williams Eddy**, realizando las observaciones y sugerencias pertinentes en el Trabajo Especial de Grado que lleva por título: **"PARTICIPACION DEL PERSONAL DE SALUD IMPARTIENDO CONOCIMIENTO AL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR PARA DAR CONTINUIDAD A SUS CUIDADOS UNA VEZ QUE EGRESE DE LA UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA, COMPLEJO HOSPITALARIO "DR. JOSE IGNACIO BALDÓ", PRIMER SEMESTRE 2006.**

En consecuencia, manifiesto que dicho instrumento reúne los requisitos para su validación y aplicación.

En Caracas a los 13 días del mes de Febrero de 2007.

Nombre: María A. Marín  
C.I. N° 4.444.280  
Fecha: 13-02-2007

CERTIFICACION DE VALIDEZ

Yo, Wairina Guaraco, en mi carácter de experto en Licenciado en Enfermería, por medio de la presente, certifico que he leído y revisado el instrumento para la recolección de datos que desarrollan las: **T.S.U. Claro María, Sojo Eudez y Williams Eddy**, realizando las observaciones y sugerencias pertinentes en el Trabajo Especial de Grado que lleva por título: **"PARTICIPACION DEL PERSONAL DE SALUD IMPARTIENDO CONOCIMIENTO AL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR PARA DAR CONTINUIDAD A SUS CUIDADOS UNA VEZ QUE EGRESE DE LA UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA, COMPLEJO HOSPITALARIO "DR. JOSE IGNACIO BALDÓ", PRIMER SEMESTRE 2006.**

En consecuencia, manifiesto que dicho instrumento reúne los requisitos para su validación y aplicación.

En Caracas a los 13 días del mes de Febrero de 2007.

Nombre: Wairina Guaraco  
C.I. N° 21056517  
Fecha: 13 de Febrero 2007

## CERTIFICACION DE VALIDEZ

Yo, CARLOS JAVIER YÉPEZ B., en mi carácter de experto en Estadístico, Lic. en Ciencias Actuariales N° 124 RA por medio de la presente, certifico que he leído y revisado el instrumento para la recolección de datos que desarrollan las: **T.S.U. Claro María, Sojo Eudez y Williams Eddy**, realizando las observaciones y sugerencias pertinentes en el Trabajo Especial de Grado que lleva por título: **"PARTICIPACION DEL PERSONAL DE SALUD IMPARTIENDO CONOCIMIENTO AL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR PARA DAR CONTINUIDAD A SUS CUIDADOS UNA VEZ QUE EGRESE DE LA UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA, COMPLEJO HOSPITALARIO "DR. JOSE IGNACIO BALDÓ", PRIMER SEMESTRE 2006.**

En consecuencia, manifiesto que dicho instrumento reúne los requisitos para su validación y aplicación.

En Caracas a los 14 días del mes de Febrero de 2007

Nombre: CARLOS YÉPEZ  
C.I. N° 10.811059  
Fecha: 14-02-2007

## CERTIFICACION DE VALIDEZ

Yo, Marissa Gomez, en mi carácter de experto en médico epidemiólogo, por medio de la presente, certifico que he leído y revisado el instrumento para la recolección de datos que desarrollan las: **T.S.U. Claro María, Sojo Eudez y Williams Eddy**, realizando las observaciones y sugerencias pertinentes en el Trabajo Especial de Grado que lleva por título: **"PARTICIPACION DEL PERSONAL DE SALUD IMPARTIENDO CONOCIMIENTO AL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR PARA DAR CONTINUIDAD A SUS CUIDADOS UNA VEZ QUE EGRESE DE LA UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA, COMPLEJO HOSPITALARIO "DR. JOSE IGNACIO BALDÓ", PRIMER SEMESTRE 2006.**

En consecuencia, manifiesto que dicho instrumento reúne los requisitos para su validación y aplicación.

En Caracas a los 14 días del mes de Febrero de 2007.

Nombre: Marissa Gomez  
C.I. N° 8950 736  
Fecha: 14.02.07