



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

**FACTORES ASOCIADOS A LA DESERCIÓN DEL PACIENTE EN
TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN LA UNIDAD DE
NEUMOTISIOLOGÍA DISTRITO SANITARIO EJE DE LA
COSTA PUERTO CABELLO ESTADO
CARABOBO AÑO 2004.**

**Tutor:
Prof: B. Santiago Guerrero R.**

**Autoras:
Chirino, Eugenia
C.I: 7.166.200
Díaz Erika
C.I: 14.537.488
Sánchez Wilerma
C.I: 7.168.534**

Valencia, Septiembre 2005

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

**FACTORES ASOCIADOS A LA DESERCIÓN DEL PACIENTE EN
TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN LA UNIDAD DE
NEUMOTISIOLOGÍA DISTRITO SANITARIO EJE DE LA
COSTA PUERTO CABELLO ESTADO
CARABOBO AÑO 2004.**

(Trabajo elaborado para optar al Título de Licenciado en Enfermería)

**Tutor:
Prof: B. Santiago Guerrero R.**

**Autoras:
Chirino, Eugenia
C.I: 7.166.200
Díaz Erika
C.I: 14.537.488
Sánchez Wilerma
C.I: 7.168.534**

Valencia, Septiembre 2005

INDICE GENERAL

	PP
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	VII
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	VIII
LISTA DE CUADROS.....	IX
LISTA DE GRÁFICOS.....	XI
RESUMEN.....	XIII
INTRODUCCIÓN.....	1
 CAPITULO I: EL PROBLEMA	
Planteamiento del problema.....	4
Objetivos de la investigación.....	9
Objetivo General.....	9
Objetivos Específicos.....	10
Justificación del estudio.....	10
 CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
Antecedentes de la Investigación.....	12
Bases Teóricas.....	15
Sistemas de variables.....	50
Operacionalización de la variable.....	51
Definición de términos básicos.....	53
 CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	
Tipo y diseño de la investigación.....	55

Población.....	55
Muestra.....	56
Métodos y técnicas para la recolección de datos.....	56
Validez del instrumento.....	57
Procedimientos para la recolección de los datos.....	57
Plan de Tabulación y Técnicas de análisis de los Datos.....	58

CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Presentación de los resultados.....	59
Análisis de los datos.....	92

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones.....	100
Recomendaciones.....	102

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

- A** Instrumento de recolección de datos.
- B** Validez del instrumento
- C** Confiabilidad del instrumento

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso, por darme el don de la vida, protegerme cada día y a cada momento.

A mis hijos, Engelbert, Jorman, Ronald y Engelbert Rubén, por soportar mis ausencias.

A mi esposo, Campo Rincón, compañero fiel, por su apoyo incondicional en pro de mi superación personal y profesional.

A mis padres, aunque no estén presentes físicamente, agradezco el amor y cuidado que me brindaron, a ellos dedico cada una de estas líneas del presente trabajo.

Eugenia

DEDICATORIA

A Dios, Mi señor que todo lo puede por permitirme alcanzar esta meta que enriquece mi carrera profesional.

A mi madre Norfa, por ayudarme y motivarme para la culminación de mi carrera, a ella dedico mi éxito.

A mi hija, Ericluz, prolongación de existencia, gracias por apoyarme y ser la energía que impulsa mi vida.

A mis hermanos, Miguel, Amilcar y Juan Carlos, por toda la ayuda que me brindaron cuando más necesité del afecto familiar.

A mi abuela Ana, por los momentos compartidos con tanto cariño y por tus consejos que fueron luz en mi sendero.

Erika

DEDICATORIA

A Dios primeramente creador de todas las cosas, por darme la oportunidad de lograr una meta trazada.

A mi hija milagros, razón de mi existencia por todo el amor y confianza que depositas en mí.

A mi esposo, Guillermo Galíndez, por todo el apoyo recibido en momentos difíciles cuando las metas se veían lejanas.

A mis padres, por darme la vida, educarme y prepararme en la lucha constante para la superación, a ellos, eterna gratitud.

A mis hermanas, y muy especialmente a Gladys; por darme todo su apoyo el cual me ayudó a enfrentar los obstáculos.

Wilerma

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por habernos dotado del brillo de la inteligencia en la realización de este trabajo de grado.

A la ilustre Universidad Central de Venezuela, por la formación académica que recibimos.

A nuestros queridos hijos: Milagros, Engelbert, Jorman, Ronald, Ericluz y Engelbert Rubén, por la ayuda continua como amigos, críticos consejeros, siempre con la comprensión y apoyo oportuno en cada momento y son motivo de superación a cada momento de colocar una letra de las líneas que conforman este trabajo.

Al Prof. B. Santiago Guerrero, a la TSU Legny Ortega y al Dr. Jesús Serrano, quienes nos brindaron el apoyo docente y emocional que puede necesitar un estudiante universitario, además de ser excelentes amigos.

Al personal de Enfermería de la Unidad de Neumotisiología del Distrito Sanitario Eje de LA Costa Puerto Cabello, y en especial a los pacientes motivo constante de nuestro espíritu científico y creativo.

Las autoras

LISTA DE CUADROS

Cuadros N°		pp.
1	Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: grado de Escolaridad. Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	60
2	Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: lugar de habitación. Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	62
3	Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: Grupo familiar .Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	64
4	Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: Abastecimiento de agua potable. Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	66
5	Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: Disposición de aguas negras donde habita. Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	68
6	Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: Forma de eliminar la basura. Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	70
7	Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: Consumo de alimentos al día. Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	72
8	Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: Consumo de alimentos de origen animal. Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	74
9	Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: Acceso al centro de salud. Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	76

10	Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: Actitud de la familia ante la enfermedad . Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	78
11	Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: Condición Laboral .Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	80
12	Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: Ingreso Mensual. Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	82
13	Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: Forma de desplazarse hacia el centro. Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	84
14	Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: visitas del personal de salud. Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	86
15	Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: Apoyo de la comunidad. Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	88
16	Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: Posibilidad de abandono del tratamiento. Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	90

LISTA DE GRÁFICOS

Gráficos Nº		pp.
1	Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: grado de Escolaridad. Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	61
2	Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: lugar de habitación. Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	63
3	Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: Grupo familiar .Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	65
4	Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: Abastecimiento de agua potable. Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	67
5	Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: Disposición de aguas negras donde habita. Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	69
6	Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: Forma de eliminar la basura. Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	71
7	Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: Consumo de alimentos al día. Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	73
8	Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: Consumo de alimentos de origen animal. Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	75

Gráficos N°	pp
9 Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: Acceso al centro de salud. Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	77
10 Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: Actitud de la familia ante la enfermedad . Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	79
11 Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: Condición Laboral .Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	81
12 Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: Ingreso Mensual. Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	83
13 Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: Forma de desplazarse hacia el centro. Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	85
14 Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: Visitas del personal de salud. Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	87
15 Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: Apoyo de la comunidad. Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	89
16 Distribución en frecuencia y porcentaje de los pacientes de la Unidad de Neumotisiología Según: Posibilidad de abandono del tratamiento. Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.....	91

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

**FACTORES ASOCIADOS A LA DESERCIÓN DEL PACIENTE EN
TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN LA UNIDAD DE
NEUMOTISIOLOGÍA DISTRITO SANITARIO EJE DE LA
COSTA PUERTO CABELLO ESTADO
CARABOBO AÑO 2004.**

**Autoras: Chirino, Eugenia
Díaz, Erika
Sánchez, Wilerma
Tutor: Prof. Santiago Guerrero
Año: 2005**

RESUMEN

Existen factores socioeconómicos y asistenciales que pueden influir negativamente en el proceso de curación del paciente en tratamiento antituberculoso y conllevan al abandono del mismo, ocasionando la resistencia del bacilo ante las drogas y por ende a la propagación de la enfermedad, estos factores deben ser identificados plenamente por el equipo de salud que dispensa cuidados a estos pacientes y es el objetivo fundamental de la presente investigación la cual pretende determinar los factores asociados a la deserción del paciente en tratamiento antituberculoso de la Unidad de Neumotisiología Distrito sanitario Eje de la Costa. Corresponde a una investigación descriptiva, cuya población estuvo conformada por 52 pacientes y para la muestra se seleccionaron 26 pacientes que constituyen el 50% de la población. Para la recolección de datos se utilizó un instrumento tipo cuestionario estructurado por 16 items con alternativas de respuestas de selección múltiple fundamentadas en las bases teóricas. Los resultados obtenidos permitieron evidenciar que en los factores asociados predominan el 38.5 % de la muestra con un bajo nivel de escolaridad, el 80.8 % convive con un numeroso grupo familiar; en tanto que el 43,3 % manifestó ingerir alimentos de origen animal solo una vez por semana, el 38.5 % de los elementos encuestados opinaron vivir lejos del centro de salud. Asimismo, el 38.5 % se encuentran en condición de desempleo. De igual modo, el 65.4 % de los sujetos opinó no haber sido visitado nunca en su domicilio por el personal de salud, en tanto que el 53.8% manifestó no haber recibido apoyo de la comunidad y el 69,2 % consideró la posibilidad de abandono del tratamiento por mejoría.

INTRODUCCIÓN

Dentro del grupo de enfermedades o patologías que se creían erradicadas, el resurgimiento de la Tuberculosis representa en la actualidad un grave problema de salud pública con predominio de las clases de bajos recursos, constituyéndose una de las principales causas de morbilidad y mortalidad que afectan la salud de los seres humanos y que de no tratarse debidamente puede comprometer considerablemente la salud, la vida de la personas que la padecen y de su entorno familiar.

Debido a las características contagiosas de esta enfermedad, toda persona está expuesta al riesgo de contagio, siendo unos más susceptibles que otros y entre los grupos con mayor riesgo de enfermar se encuentran los jóvenes de escasa edad con graves limitaciones socioeconómicas. Para disminuir este flagelo, la terapéutica médica establecida en la atención al paciente con Tuberculosis, requiere de la administración de drogas específicas con la finalidad de inactivar el bacilo o agente causal de esta enfermedad.

No obstante, el tratamiento antituberculoso requiere de un tiempo considerable y de un estrecho vínculo entre el paciente y el establecimiento de salud, con el fin de evitar la influencia negativa de diversos factores de

índole social y económico ocasionando el abandono del tratamiento por parte del paciente, poniendo en riesgo el éxito de la terapéutica y favoreciendo la incidencia de la enfermedad. Estas consideraciones, constituyen el objetivo fundamental de la investigación en determinar los factores asociados a la deserción del paciente en tratamiento antituberculoso de la unidad de Neumotisiología del Distrito Sanitario Eje de la Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004.

Para su mejor comprensión, el estudio se encuentra conformado por cinco capítulos que a continuación se describen:

El capítulo I hace referencia al problema en estudio, en el cual se incluye el planteamiento del problema, los objetivos generales y específicos y la justificación de la investigación.

El capítulo II se denomina Marco teórico, contiene los elementos relacionados con los antecedentes vinculados con el estudio de investigación, se plantean las bases teóricas que son el fundamento del estudio, la operacionalización de las variables y la definición de términos básicos.

El Capítulo III Marco Metodológico, se describe lo concerniente al diseño y tipo de estudio de investigación, población y muestra, métodos de recolección de la información, los procedimientos y el análisis de los resultados.

En el Capítulo IV se presentarán y analizarán gráficamente los resultados de estudio de investigación, seguidamente en el Capítulo V se referirá a las conclusiones y recomendaciones del presente estudio y finalmente se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Este Capitulo está constituido por el planteamiento del problema, objetivos general y específicos y la justificación del estudio de investigación.

Planteamiento del Problema

La salud de la población está influenciada por condiciones del ambiente físico y biológico que rodea al hombre. De allí que, si las condiciones de vida de los individuos no son las más adecuadas pueden influir directa o indirectamente sobre su bienestar estableciéndose patologías infectocontagiosas diferentes unas de otras pero con una vía de transmisión común presente en el medio.

Una de estas enfermedades es la Tuberculosis, que a pesar de los avances científicos y el descenso de casos de esta patología desde la antigüedad, aún se considera como uno de los graves enemigos de la humanidad, ya que a través del tiempo ha permanecido como una de las enfermedades infecciosas de mayor prevalencia en el mundo.

Para Biasoti A., (1999), "la Tuberculosis como enfermedad infecciosa y contagiosa es prevenible y curable si se educa al paciente adecuadamente,

la mencionada patología es producida por el Mycobacterium Tuberculosis” el cual constituye un problema de salud mundial, que se pensaba erradicado y controlado por lo menos en países desarrollados, donde la educación y la salud del pueblo constituyen objetivos principales en las políticas de sus gobernantes y quizás en algunos países en desarrollo, pero aún sigue siendo una causa de morbilidad y mortalidad en la población.

Destaca además el mencionado autor, que la incidencia a nivel mundial de Tuberculosis ha aumentado de forma alarmante entre las personas con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sobre todo entre los usuarios de drogas intravenosas, personas de raza negra e hispanoamericanos especialmente varones de 25 a 44 años que habitan las grandes poblaciones. La activación de la Tuberculosis en estos casos se debe tanto a la reactivación de la infección tuberculosa latente como a infección adquirida recientemente, puesto que la infección por VIH produce inmunodeficiencia intensa.

Asimismo, el informe emanado por La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2.000), en el primer encuentro Internacional de Tuberculosis y el sexo, realizado en Estocolmo expresa “La tuberculosis se ha convertido en la causa primordial de mortalidad entre jóvenes del mundo de 15 a 44 años con mas de 900 millones de mujeres afectadas por la enfermedad pulmonar”

(P. 10). Cabe destacar que en los países desarrollados la Tuberculosis se produce por microorganismos que pueden flotar en el aire durante varias horas aumentando la probabilidad de contagio.

A través del informe emanado por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) (2003), se establece que en Venezuela la Tuberculosis se ubica como la segunda causa infecciosa de muerte entre la población adulta, cuyas cifras registran 5.974 casos para el año 2002, aún cuando se han implementado programas de prevención por parte de la mencionada institución, se han logrado importantes avances, entre ellos una cobertura de vacunación del 99 % de la población menor de un año, aún continúa siendo un verdadero problema de salud pública, que ocasiona graves alteraciones al individuo dentro de su núcleo familiar y social, pudiendo ser por las características de transmisibilidad de la enfermedad.

Lo descrito por Navarro, M., Y Romero, P., (2000), destaca que, dentro de los beneficios que ofrecen los programas de salud pública, se encuentra la disposición al alcance de todos los pacientes de “medicamentos específicos que tengan eficacia terapéutica en el tratamiento de la Tuberculosis de forma gratuita” (P.54), lo que hace posible que todos los pacientes que padezcan esta enfermedad tengan acceso a estos programas, donde se establece el estudio y seguimiento de los casos.

Sin embargo, esta enfermedad está condicionada por factores sociales, económicos y epidemiológicos que influyen en el abandono del tratamiento antituberculoso por parte del individuo portador de esta patología infecciosa y solo mediante la identificación de cada factor en particular se puede abordar el problema y establecer un control eficiente y eficaz desde el punto de vista de salud pública de este flagelo que afecta a una importante parte de la población Venezolana.

Lo normado en el Programa Nacional Integrado del Control de la Tuberculosis publicado por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) en Julio del 2003, refiere que en el Estado Carabobo, donde existe una importante cantidad de habitantes, fueron diagnosticados en el año 2002, la cantidad de 363 nuevos casos de Tuberculosis en la población general, por lo que es uno de los Estados con mayor número de casos y ocupa el sexto lugar a nivel nacional de mayor incidencia de esta patología en el país.

Dentro de sus límites geográficos se encuentra la ciudad de Puerto Cabello, donde existen importantes establecimientos hospitalarios cuyo objetivo es brindar asistencia a la Comunidad Porteña, uno de ellos es el Distrito Sanitario Eje de la Costa ubicado el Ambulatorio Urbano tipo II, escenario de este trabajo de investigación, en el cuál se llevan a cabo algunos programas preventivos de salud los cuales llegan a una población de

aproximadamente 4.500 usuarios mensuales, entre ellos: salud reproductiva, higiene del adulto, inmunizaciones, infecciones de transmisión sexual y Neumotisiología.

En el mencionado ambulatorio, se puede evidenciar en la Unidad de Neumotisiología; mediante los registros médicos, que de una población atendida de 890 pacientes, se identificaron 123 pacientes que reciben tratamiento antituberculoso, de los cuales 52 de ellos han abandonado el tratamiento en el año 2004, pudiéndose suponer que la posible causa de ello pudiera ser el difícil acceso al centro de salud, el desempleo; la falta de información que proporciona el personal de salud al paciente sobre la enfermedad, el nivel de instrucción; la escasa vigilancia epidemiológica o interacción del paciente con el equipo de salud, da como resultado que el paciente a la vuelta de unos meses o un año recaee y sigue contagiando al núcleo familiar y a las personas de su entorno.

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

¿Existen componentes asociados a la deserción del paciente en tratamiento antituberculoso que asiste a la Unidad de Neumotisiología del Distrito Sanitario Eje de La Costa?

¿Cuáles son los factores económicos asociados a la deserción del paciente en tratamiento antituberculoso que asiste a la unidad de Neumotisiología del Distrito Sanitario Eje de La Costa?

¿Es efectiva la interacción del personal de salud con el paciente en tratamiento antituberculoso que asiste a la Unidad de Neumotisiología del Distrito Sanitario Eje de La Costa?

Para dar respuestas a estas interrogantes se plantean como problema de trabajo el siguiente estudio de investigación: ¿Cuales son los factores asociados a la deserción del paciente en tratamiento antituberculoso en la Unidad de Neumotisiología Distrito Sanitario Eje de la Costa, Puerto Cabello, Estado Carabobo, año 2004?

Objetivos del estudio de investigación

Objetivo General

Determinar los factores asociados a la deserción del paciente en tratamiento antituberculoso en la Unidad de Neumotisiología Distrito Sanitario Eje de la Costa, Puerto Cabello, Estado Carabobo, año 2004.

Objetivos específicos

Identificar los factores sociales asociados a la deserción del paciente en tratamiento antituberculoso en la Unidad de Neumotisiología.

Identificar los factores económicos asociados a la deserción del paciente en tratamiento antituberculoso en la Unidad de Neumotisiología.

Identificar la interacción del personal de salud con el paciente en tratamiento antituberculoso en la Unidad de Neumotisiología.

Justificación del Estudio

Dentro de las funciones que realiza el profesional de enfermería en el seguimiento y control del paciente en tratamiento antituberculoso, el estudio de investigación aplicada es fundamental en la identificación de factores que pueden poner en riesgo el éxito del tratamiento y por ende la pronta recuperación del enfermo.

Para la institución asistencial el valioso aporte, proporcionará información que permitirá retomar la parte preventiva, que determinará la identificación de los factores que inciden en la deserción del paciente de la

Unidad de Neumotisiología, asimismo fomentará el desarrollo participativo y efectivo del profesional de enfermería, con lo que incrementará su desarrollo profesional y personal a la vez de optimizar los cuidados que brinda a los usuarios.

De igual manera, desde el punto de vista social, el presente estudio de investigación servirá como componente primordial del profesional de enfermería con el enfermo, constituyéndose como una guía científica, sistemática y segura que determine las actividades y fines de la práctica de enfermería, lo que generaría mayor interés y participación del profesional de enfermería en el seguimiento de los casos, con el fin de garantizar mayor eficiencia en el cuidado, logrando así disminuir la deserciones de los pacientes, e incrementaría la calidad de atención.

Desde el punto de vista científico, podrá ser utilizado como antecedente en futuras investigaciones que tengan que ver con la variable en estudio aportando datos que puedan ser utilizados por investigadores de la misma corriente, lo que califica a la profesión de enfermería como una actividad inmersa dentro de la ciencia asumiendo la necesidad de actualizarse día a día, que les permita conseguir la calidad y la excelencia al mismo tiempo que generan soluciones a los problemas que se presentan.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Este capítulo está constituido por los antecedentes del estudio, bases teóricas que conforman el fundamento del estudio de investigación, el sistema de variable y su operacionalización y la definición de términos básicos.

Antecedentes del Estudio

Hernández Palmira, (2002) Caracas. Realizo un estudio denominado: **“Factores socioeconómicos presentes en el abandono del tratamiento de la Tuberculosis pulmonar en enfermos de 21 hasta 60 años en la unidad de Neumotisiología del distrito sanitario N° III de San Martín en el primer trimestre del año 2002”** el cual tuvo como objetivo determinar los factores socioeconómicos y culturales que ocasionan el abandono. El estudio de investigación tuvo como muestra a 45 pacientes a quienes se les aplicó un cuestionario de 11 ítems con varias opciones de respuesta. Para la confiabilidad se aplicó una prueba de Test-Retest con una valor de 0.05. Los resultados se analizaron descriptivamente indicando que los enfermos encuestados se encuentran en pobreza crítica, situación que posiblemente incrementó el abandono del tratamiento de la Tuberculosis pulmonar.

Barreto, Gregoria y Pérez Omaira (2001), Puerto Cabello Estado Carabobo, realizaron una investigación que llevó por título: **“Participación de la familia en la rehabilitación del enfermo portador de Tuberculosis en el distrito sanitario N° 5 eje de La Costa”** estudio de tipo descriptivo, no experimental, enmarcado en la teoría de Otto Herbert. La población estuvo conformada por 50 familias con un solo miembro portador de Tuberculosis, la muestra constituida por 25 familias a quienes se les aplicó una lista de observación de 28 ítems de preguntas dicotómicas y respuestas cerradas (SI Y NO) La validez fue determinada a través de juicio de expertos, y la confiabilidad fue determinada según el coeficiente de correlación lineal de Pearson. Los resultados permitieron concluir a las autoras que la participación de la familia en la rehabilitación se ve condicionada por el establecimiento de una relación de ayuda que permita integrar a todos los miembros del grupo familiar basada en la confianza, la comunicación y la orientación sobre la enfermedad.

Delgado Zoraida (2001). Porlamar Estado Nueva Esparta, realizó un estudio de título: **“Participación del profesional de enfermería en la atención de los miembros de la comunidad con riesgo de Tuberculosis Pulmonar que asisten a los ambulatorios del Distrito Sanitario Nro. 1”**. El cual se caracterizó por ser no experimental, descriptivo y de campo, con una población y muestra de 15 profesionales de enfermería que laboran en

los establecimientos antes mencionados. El método utilizado para la recolección de los datos fue la guía de observación. Los resultados demostraron que un 66,67 % de los profesionales de enfermería no realizan las acciones relacionadas con el diagnóstico precoz de la Tuberculosis Pulmonar, mientras que el 91,67% de ellos no participan en lo que refiere a la aplicación de la vacuna B.C.G. y a la administración del tratamiento quimioproláctico a los miembros de la comunidad.

Correa Tonantzi, Barragán Anabella y Olvera Romualdo (1998) México. Realizaron un estudio denominado: **“La Tuberculosis pulmonar en un grupo de pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias”**, el mencionado estudio, contiene un enfoque antropológico donde se describen las características culturales y sociales de 50 pacientes de ambos sexos y en edades comprendidas entre 20 y 60 años de edad enfermos de Tuberculosis Pulmonar , cuyo objetivo fue conocer las causas que influyen en los enfermos para aceptar o rechazar la enfermedad y el tratamiento y, de esta manera proponer una actitud hacia ellos. El método de recolección de datos fue la entrevista y revisión de registros médicos. Los resultados obtenidos permitieron concluir a los autores que existe una idea generalizada en los pacientes de no haber recibido anteriormente una atención médica correcta y que los responsables de la salud deben mejorar

la comunicación con la población en cuanto a las medidas de prevención y control de la Tuberculosis.

Los estudios antes mencionados guardan estrecha relación con el presente estudio de investigación, estableciéndose como guías que incentivan la intervención del profesional de enfermería en la identificación de diversos factores que inciden en el abandono del tratamiento antituberculoso en los diferentes establecimientos asistenciales donde se realizaron, asimismo los resultados determinaron que en el tratamiento y la rehabilitación del enfermo con Tuberculosis es de vital importancia la orientación y educación en salud impartida por el profesional de enfermería y de igual manera la comunicación e integración de la familia con el paciente.

Bases Teóricas

Las teorías aportan conocimientos que van a contribuir en la orientación del desarrollo de la investigación, por lo que constituyen el fundamento, descripción y explicación del problema que se investiga. Para los efectos del presente estudio de investigación, se presenta un recuento fisiopatológico de la Tuberculosis la identificación de los factores sociales, económicos que inciden en la deserción de los pacientes.

La Tuberculosis ha sido considerada a nivel nacional e internacional como un indicador de subdesarrollo y pobreza debido a que es una patología que se aprecia mayormente en personas de bajo nivel cultural y económico, con malos hábitos higiénicos y estado de saneamiento ambiental deficiente. De igual manera su carácter crónico y su lento estado de curación hacen que el seguimiento, el control y tratamiento sean por largo tiempo, durante el cual el enfermo y su familia deben recibir la más completa información sobre la patología a fin de lograr su pronta recuperación.

Mark, H., y Beers, M.D (2000), expresan que la mencionada patología pasa por diferentes **fases**: infección primaria o inicial, infección latente y Tuberculosis reactivada o del adulto. Dentro de las infecciones primarias el 90 ó 95 % no son detectadas, por lo que la Tuberculosis primaria se puede convertir en activa a cualquier edad y afectar cualquier órgano, con más frecuencia lesiona el área apical de los pulmones.

En cuanto a la activación de la enfermedad después de haber ocurrido la infección primaria, los mencionados autores exponen que: “la infección inicial deja cicatrices nodulares en el vértice de uno o ambos pulmones conocidos como nódulos de Simón que constituyen la fuente más común de Tuberculosis activa posterior” (Pág 157). Lo descrito, establece claramente que la Tuberculosis puede cursar como una enfermedad

silenciosa que puede reactivarse varios años después de ocurrido la infección inicial y que si no es tratada a tiempo puede invadir otros órganos ocasionando lesiones graves para el individuo.

González, A, Lobo, O., y García, J., (1991), describen **la etiología o causa** de esta patología como: “La Tuberculosis infecciosa es producida por una bacteria llamada Mycobacterium Tuberculosis o Bacilo de Koch”. (Pág 20), Lo mencionado anteriormente, determina la causa o agente productor de la Tuberculosis, el cual debe su nombre a Roberto Koch descubrimiento hecho por este científico en el año de 1882. De igual manera destacan además que afecta con preferencia a los pulmones, pero puede lesionar otras partes u órganos como los ganglios, huesos, pleura, aparato genitourinario, meninges y piel.

Los mencionados autores expresan que una forma muy grave es la Tuberculosis Miliar o forma diseminada por vía hematológica la cual ocurre por vía linfática y vena Cava superior en pacientes con defensas insuficientes y la Meningitis Tuberculosa que afecta mas a los niños, a quienes no se les ha administrado la vacuna descubierta en 1921, denominada Bacilos de Calmete y Guerin (BCG); haciendo honor a sus descubridores y que hasta la fecha es el único método de prevención de la enfermedad. De allí que, las

mencionadas complicaciones casi siempre son fatales sino se instala un tratamiento específico.

Torres, M., (1998), hace referencia a la morfología y fisiopatología del agente causal de la Tuberculosis de la siguiente manera: "El Bacilo tuberculoso, es fino recto o ligermante curvado. Su grosor varía de 0.2 a 0.4 mm y su longitud de 1 a 4 mm, el único productor de niacina y las cepas patógenas productoras de catalasa." (Pág. 203). Destaca también, características propias del bacilo que pueden influir en la virulencia del mismo, ya que es un aerobio obligado, que su crecimiento ocurre en una atmósfera como la del aire alveolar, sensible a la luz directa del sol, resistente a los desinfectantes usuales y lábil al calor húmedo.

Por otra parte, el mismo autor describe que la Tuberculosis Pulmonar cursa con frecuencia con pocos **síntomas** en la primera fase de la enfermedad, entre los síntomas de la enfermedad se encuentran tos con expectoración, fiebre, sudoración, pérdida de peso, cansancio y debilidad general, el esputo a veces presenta sangre. También expresa que a esta enfermedad, en el siglo pasado se le dio un aire de romanticismo, debido a que grandes figuras de la época sufrían los estragos de este flagelos, quienes fallecieron irremediamente.

En tal sentido, Marks, H., Y Beers, M.D. (2000) expresa que la tos es el síntoma más común y así lo expone a continuación:

La tos es uno de los principales síntomas al cual quizás no se le da mucha importancia y sea atribuida al tabaco, a un resfriado, o a un episodio de gripe, al principio se acompaña de poca expectoración con algunos esputos amarillentos o verdosos la cual se hace más abundante en la medida en que progresa la enfermedad. (Pág 157).

Refieren además que la disnea se puede deber a un neumotórax espontáneo o al derrame pleural causado por reacción inflamatoria intensa. En cuanto a la hemoptisis destaca, que suele aparecer en fases avanzadas de la Tuberculosis. Asimismo establece que la evolución de la enfermedad es muy variable y depende de muchos factores tales como: la virulencia del germen, capacidad defensiva del huésped, presencia de otras enfermedades como la Diabetes o infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

En la misma línea de investigación, González, A., Lobo, O., y García, J., (1991), establecen que el diagnóstico definitivo de la Tuberculosis, se hace demostrando en el cultivo la presencia de *Mycobacterium Tuberculosis*; en las secreciones o tejidos del paciente. Donde es importante considerar los aspectos clínicos, radiológicos, bacteriológicos, inmunológicos e

histopatológicos esenciales para la administración de quimioterapia específica.

También exponen que otro método diagnóstico es la prueba de la Tuberculina, o Derivado Proteínico Purificado (PPD), que contiene material filtrado de cultivos de bacilos tuberculosos en medio sintético, se aplica en la cara anterior del brazo izquierdo, con una inyectadota de tuberculina y aguja intradérmica a la dosis de 0,1 ml. Luego de administrarla se produce una pápula o botón blanquecino de 5 a 8 mm de diámetro.

La reacción producida por la Tuberculina debe leerse a las 48 ó 72 horas midiéndose la pápula, tomándose como valor de 10 mm. de induración como límite inferior de positividad, los resultados entre 5 y 9 mm. deben ser interpretados como dudosos, especialmente en áreas donde la prevalencia de infección por bacterias atípicas es alta. Asimismo, los resultados de 0 a 4 mm. deben ser considerados como negativos.

En cuanto a la **forma de contagio**, Armengol, R y Guilarte, A. (1998) consideran que: “Cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar bacilífera, sin tratamiento, tose o estornuda expulsa los bacilos de tuberculosis en las gotas de saliva llamadas gotitas de flugge” (Pág. 24) Lo descrito por el autor se refiere a los medios por los cuales se transmite la enfermedad ya que las

gotas de saliva se secan en el aire y forman una unidad más pequeña llamada Núcleo de Wells y puede ser aspirado por las personas que rodean al enfermo.

De igual forma, los mencionados autores refieren que es necesario que el paciente conozca que la Tuberculosis está relacionada con una serie de condiciones ambientales que influyen para su desarrollo, ya que se encuentra condicionada a varios factores como la tos frecuente, mala alimentación, las bajas defensas del organismo, consumos de alimentos contagiados o haber estado en un lugar donde hubo un enfermo e inhalar el aire contaminado.

En relación a la transmisión de la enfermedad, González, A., Lobo, O., y García, J., (1991) exponen: “Los riesgos de diseminación son mayores en los jóvenes y aumenta en los muy viejos. Durante la vida adulta, aquellos que escaparon a la infección primaria continúan expuestos a contraer enfermedades”. (P. 21). Estas consideraciones determinan que el contagio tuberculoso se realiza de una persona enferma generalmente mayor de 10 años a niños o adultos con quién está en contacto.

De allí que, esta persona recién contagiada puede desarrollar la enfermedad en ese momento, o bien permanecen sin síntomas por años y

cuando las defensas bajan los bacilos comienzan a multiplicarse y dan origen a la enfermedad. Cuanto mayor sea la cantidad de bacilos expulsados y mayor el tiempo de infección mayor será la probabilidad de infección y los contactos intra domiciliarios de enfermos bacilíferos son considerados de elevado riesgo.

En cuanto a las **medidas de prevención** y cuidados en la transmisibilidad, los mencionados autores determinan que la orientación del personal de salud debe estar enmarcada en influir en el seguimiento de las instrucciones del médico, evitar el polvo y lugares fríos, dormir solos en una habitación, no compartir utensilios de cocina, usar mascarillas y pañuelos, evitar el contacto directo con las personas, así como también quemar las servilletas utilizadas.

En relación al **tratamiento de la Tuberculosis**, el mismo constituyó durante muchos años un reto para médicos e investigadores, quienes se esforzaron después del descubrimiento de su agente etiológico, en encontrar métodos que pudieran reemplazar las medidas tradicionales del tratamiento como reposo, dietas especiales, ya que estas solo estaban dirigidas a reforzar la resistencia del paciente y no garantizaban su curación.

Según Armengol, R., y Guilarte, A., (1998), en Venezuela desde el año 1982 está normado el **tratamiento ambulatorio** totalmente controlado, o Tratamiento de Observación Directa (TOD), que desde 1994 recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS), como estrategia fundamental para el control de la Tuberculosis; la cual incluye la existencia de un nivel central de control y evaluación del programa, con la garantía del gobierno de cada país de aportar los fondos para un suministro continuo y recursos que garanticen el éxito del programa.

Los mismos autores refieren que la **Norma Oficial Venezolana** del Programa Nacional Integrado de Control de la Tuberculosis (1998), es de cumplimiento obligatorio y diseñada en los aspectos técnicos, clínicos y administrativos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, sustentando las decisiones y acciones a nivel Regional, Distrital y Local en cada establecimiento de Salud, Públicos y Privados de todo el país.

Isturez, G., (1997), en la primera reunión de expertos en Asma y Tuberculosis, realizada en la Isla de Margarita, exponen:

El grupo considera el tratamiento antituberculoso como una emergencia que no debe ser afectada por conflictos laborales y que reciba prioridad dentro del Sistema de Asistencial de Salud. Cada dispensador de salud debe contar con personal bien capacitado y motivado para cumplir las normas del tratamiento del Programa Nacional Integrado de Control de Tuberculosis. (Pág. 16)

En la mencionada norma oficial se establecen las medidas preventivas más efectiva en evitar el contagio el cual se hace eliminando las fuentes de infección que se encuentran en el hogar y la comunidad, a través del diagnóstico precoz, tratamiento correcto y completo de los pacientes con Tuberculosis pulmonar bacilífera.

También, la Organización Panamericana de la Salud. (OPS) (1998) citado por Hernández, P., (2002), establece ciertas razones generales que influyen en la irregularidad del tratamiento antituberculoso a saber: “la atención por el personal de salud, lo relativo a la institución prestadora del servicio las barreras con respecto a los servicios de salud, la actitud y los conocimientos del paciente en lo relativo a la enfermedad (P. 427).

Además destaca la importancia de informar a la población general sobre los estilos de vida saludables que deben adoptar en lo posible y de acuerdo a sus recursos económicos en ambientes bien ventilados, que reciban la luz del sol, que la tos y expectoración pueden ser síntomas de enfermedad, debido a que la Tuberculosis se transmite por vía aérea y de persona a persona.

Tomando en cuenta lo descrito anteriormente., se puede decir que la Tuberculosis debe ser tomada como prioridad para las autoridades sanitarias

así como también la capacitación del personal de salud encargado de la distribución y administración de los programas de salud debido a que, cuando el paciente suspende el tratamiento antituberculoso, el bacilo se multiplica y se hace resistente a las drogas, corre el peligro de empeorar sus condiciones físicas e incluso llegar a la muerte.

Torres, M., (1998) destaca que se deben tomar en cuenta los **niveles de prevención** en el tratamiento de la Tuberculosis:

Prevención Primaria: con las medidas de prevención primaria, en el periodo prepatogénico, las acciones tienden a mejorar el nivel de vida que incidan en disminuir la morbilidad mediante la educación y vacunación. **Prevención Secundaria:** referido al diagnóstico temprano, cultivo de esputo y rayos X, además del tratamiento oportuno. **Prevención Terciaria:** Se encamina a incorporar al hombre a la sociedad, en donde el paciente abriga resentimientos a causa de su enfermedad y siente desconfianza hacia las personas. (Pág. 209)

Lo descrito por la mencionada autora, establece que en la prevención primaria todas las acciones deben estar orientadas en mejorar el nivel de vida de las personas en cuanto a nutrición, vivienda y ventilación; la protección específica mediante la vacunación, las mismas incidirán en el descenso de la morbilidad por Tuberculosis.

En relación a la prevención secundaria, destaca que la misma se realiza en distintas etapas de la enfermedad, referidos al diagnóstico clínico

diferencial temprano, el cual es difícil de establecer debido a que los síntomas y signos pulmonares, son comunes a muchos padecimientos respiratorios. El frotis y cultivo de expectoración y estudio radiográficos son fundamentales para establecer el diagnóstico del cual se planificará el tratamiento.

En la prevención terciaria, se encamina a incorporar al hombre a la sociedad, en donde el profesional de salud debe conseguir que el paciente acepte su enfermedad, logrando erradicar del enfermo resentimientos y desconfianza hacia las personas, a través de un trato cordial pero enérgico y no incurriendo en el trato familiar para no ocasionar dependencia, ni despertar afectos enfermizos en estos pacientes.

Se puede mencionar, que los niveles de atención primaria describen todas las medidas posibles que se pueden poner en práctica antes de producirse la enfermedad y una vez establecida proporciona las herramientas necesarias al profesional de enfermería, de todos los procedimientos terapéuticos durante el curso de la Tuberculosis hasta lograr la recuperación del individuo de manera integral.

Por otra parte, toda persona considerada como un sintomático respiratorio debe registrarse como tal y hacerle dos exámenes de esputo

para examen de Baciloscopia. De allí que toda persona que reúna los criterios de caso establecido deberá iniciar el tratamiento según los esquemas normados: El esquema N° 1; específico para pacientes nuevos, recaídas y recuperación de abandono en edades de 15 años y más, el esquema N° 2; para personas menores de 15 años y el esquema N° 3; en pacientes en los cuales ha fracasado el tratamiento.

González, A., Lobo, O., y García, J., (1991), exponen que el tratamiento se inició en 1952 con la era de la quimioterapia moderna mediante la introducción de la Isoniacida en el tratamiento de la Tuberculosis. Por lo que consiste en el suministro de “drogas **bactericidas y bacteriostáticas** administradas en formas supervisadas en dos fases, una fase intensiva durante dos meses y otra fase parcialmente supervisada trisemanal de cuatro meses”. (Pág. 68). Este tratamiento gratuito y distribuido por el otrora Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) hoy Conocido como Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS).

Cabe destacar, que en los primeros esquemas utilizados se combinaban tres tipos de drogas; Estreptomina, Isoniacida y el ácido amino salicílico, en tomas varias veces al día por períodos de 18 a 24 meses o más, demostrando su eficacia en un 100% en los pacientes que ingerían estas drogas en forma regular. Luego en 1967, se incorporan drogas como la

Rifampicina y la Pirazinamida, lo cual en conjunto con el mejor conocimiento de la biología del Bacilo permitió el acortamiento del tiempo en el tratamiento de la Tuberculosis, lo cual es conocido en la actualidad como quimioterapia de corta duración.

Dentro de las características de las mencionadas drogas, su acción esterilizante, definida como su capacidad para destruir poblaciones especiales de bacilos semiquiescentes que se metabolizan lenta o intermitentemente; los llamados persistentes, como también su capacidad para evitar la aparición de la resistencia adquirida, por la supresión de los mutantes fármaco resistente y su conveniencia para el uso intermite.

Torres, M., (1998), describe que una de las principales drogas utilizadas en el tratamiento antituberculoso es la “**Isoniacida** o hidracida del ácido isonicotínico (HAIN) es una droga antituberculosa sintética en uso desde 1.952, poco tóxica, constituye una droga **bactericida** por excelencia”. (Pág. 206). Expresa además que es rápidamente absorbida después de su administración oral, difunde rápidamente a todas las células y líquidos orgánicos, no se une a las proteínas, cruza la placenta no habiendo evidencia de daño al feto y ni es encontrada en la leche materna.

Asimismo establece que la concentración en líquido céfalo raquídeo (LCR) alcanza el 90% de los niveles plasmáticos en 36 horas. Esta droga es inactivada en el hígado mediante acetilación e hidrólisis; aproximadamente 75 a 95% de la dosis oral de isoniacida es excretada por la orina a las 24 horas, la isoniacida es bien tolerada por los pacientes y rara vez produce efectos colaterales.

En relación a su interacción con otras drogas, Los antiácidos disminuyen la absorción de la isoniacida por lo cual se recomienda administrarla una hora antes. La isoniacida prolonga la vida media del diazepam debido a la inhibición de su metabolismo al nivel del hígado. Inhibe también el metabolismo hepático de la difenilidantoina aumentando sus concentraciones en sangre y su toxicidad.

Esta droga es la única utilizada en la Quimioprofilaxis de la Tuberculosis, La cual consiste en una terapéutica indicada en los casos de menores de 15 años no vacunados con BCG, con PPD positivo y sin enfermedad tuberculosa y grupos de alto riesgo determinados por evaluación de especialista. Para ambos casos se efectúa con Isoniacida durante un año, a dosis de 5mg/kg/peso/día (máximo: 300 mg diarios), auto administrada, con entrega quincenal del medicamento.

Otra droga bactericida utilizada es la **Rifampicina**, derivado semisintético de la Rifampicina B y actúan bloqueando la polimerasa del Acido Dexosirribonucleico (ADN), Su actividad bactericida sobre el bacilo tuberculoso se manifiesta muy rápidamente logrando la conversión bacteriológica del esputo de positivo a negativo más rápido que otras drogas. Es la droga esterilizante por excelencia y su uso se inició en el año 1967.

Cuando se administra con el estómago vacío su absorción es rápida alcanzando su máxima concentración en sangre a las 2 ó 3 horas, uniéndose a las proteínas en un 90% y penetrando en todos los tejidos y líquidos del organismo, dándole un color naranja a la orina, heces, lágrimas, saliva y sudor, lo cuál debe ser advertido al paciente. La mencionada droga es metabolizada en el hígado por diacetilación, también suprime la transformación de los linfocitos sensibilizados. Es un medicamento bien tolerado, rara vez produce toxicidad grave.

En su interacción con otras drogas, la Rifampicina induce las enzimas microsomales hepáticas que metabolizan las drogas de tal forma que algunas son metabolizadas en el hígado. Pueden interactuar con la Rifampicina y su actividad puede perderse o disminuir, entre estos podemos

citar: La digitoxina, barbitúricos, corticoides, antidiabéticos orales, metadona, warfarina sódica y anticonceptivos orales.

En el mismo orden de ideas, **la Pirazinamida** es un derivado sintético de la nicotamida (ácido pirazinoico), inducida como droga antituberculosa con poder bactericida en medio ácido intracelular y con potente efecto esterilizante, es bien absorbida por el tracto gastrointestinal, uniéndose a las proteínas plasmáticas en un 50% y es ampliamente distribuida en todos los tejidos y líquidos orgánicos. Atraviesa la barrera hematorraquidea alcanzando hasta un 80% de los niveles plasmáticos después de 5 horas de una dosis oral, siendo la droga que mas difunde a través de las meninges, es hidrolizada en el hígado o ácido plrazinoico, se elimina por la orina en un 70% al cabo de 24 horas.

En cuanto a sus efectos secundarios, provoca con frecuencia episodios de robicundez y algunas veces con episodio de hipersensibilidad cutánea y fotosensibilización, puede provocar anorexia, náuseas y vómitos. Desde el punto de vista clínico las dos reacciones más importantes son la hepatitis y las artralgias.

La Estreptomicina fue la primera droga clínicamente efectiva desde 1952 al 1974, aunque su uso se inició en 1944, es una droga antituberculosa

cuya acción bactericida se ejerce sobre los bacilos tuberculosos extracelulares del crecimiento rápido en el medio alcalino. Es un aminoglucósido y por lo tanto su mecanismo de acción se ejerce inhibiendo la síntesis proteica. De aplicación intramuscular, su absorción es nula por vía oral, se distribuye ampliamente en los líquidos del organismo, defiende poco a través de la barrera hematorraquídea. En relación a sus efectos colaterales, se han escrito alteraciones neurológicas, renales, Ototoxicidad e hipersensibilidad

El Ethambutol es una droga antituberculosa sintética introducida en 1961 cuya acción se ejerce sobre los bacilos tuberculosos en multiplicación, tanto intra como extracelulares, siendo **bacteriostático** y mecanismo de acción desconocido, cerca del 75 – 80% es absorbido en el trato gastrointestinal alcanzando una concentración plasmática máxima al cabo de 2 – 4 horas. Es distribuida ampliamente la barrera hematorraquidea, encontrándose el 10% de la concentración sérica en líquido cefalorraquídeo al cabo de 3 horas después de una dosis oral de 25m/Kg/p no hay evidencia que cruce la barrera placentaria.

Es parcialmente inactivado en el hígado por oxidación al cabo de 24 horas, el 50% es eliminado en la orina. El 20 - 25% se elimina con las heces sin ser absorbido, dentro de sus efectos secundarios se han descrito

alteraciones gastrointestinales, endocrinos, psicológicos y cardiovasculares, hematológicas y de hipersensibilidad.

La **Ethionamida**, es un derivado del ácido nicotínico, es altamente específica y efectiva contra organismos del género *microbacterium*, siendo principalmente **bacteriostático**, tanto para gérmenes intra como extracelulares se absorbe bien por vía gastrointestinal uniéndose con las proteínas plasmáticas en un 10%. Es rápida y ampliamente distribuida en los tejidos orgánicos, alcanzando iguales concentración en líquido cefalorraquídeo. y en la sangre, cruza la barrera placentaria y se metaboliza en el hígado y menos del 1% se excreta en forma activa en la orina y resto como metabolitos inactivos, sus efectos secundarios se describen igual a los anteriores bacteriostáticos mencionados.

Y en relación al **tiempo de administración** del tratamiento, Biasoti, A., (1999), explica que el obstáculo principal que debe enfrentarse cualquier programa nacional contra la tuberculosis es el elevado índice de abandono del tratamiento: “Lo que sucede que el tratamiento es prolongado, dura 6 meses normalmente y dos años si la cepa es resistente. Además es difícil controlar la adherencia al tratamiento, pues no todo los pacientes se internan”. (pág 12). Expone además que la internación debería estar reservada para casos graves.

A pesar de ello, el 80% de las internaciones son casos sociales, pacientes leve que teóricamente no deberían internarse, pero como viven muy lejos del centro médico que suministran las drogas o no tienen una condición socioeconómica que asegure que va a tener una buena alimentación y que hagan reposo, coordinado con otro establecimiento de salud cercano a la vivienda del paciente para su respectiva administración en Tratamiento de Observación Directa (TOD).

Tomando en cuenta estas consideraciones, queda establecido que es deber del profesional de enfermería y del equipo de salud informarle claramente al paciente todo lo relacionado a la causa, forma de contagio, síntomas y tratamiento de su enfermedad, con el objetivo de proporcionarle herramientas necesarias que le ayuden a valorar su salud y por ende mantenga la continuidad en los cuidados que se le dispensan.

Factores Sociales

La enfermería como profesión comprometida con la sociedad se caracteriza como la ciencia prestadora de cuidados en pleno desarrollo, a fin de retomar la parte preventiva participando en la promoción y curación de las enfermedades que afectan al individuo y comunidad, mediante acciones orientadas hacia la prevención, diagnóstico, curación y rehabilitación de las

enfermedades, donde se precisa de manera ineludible la participación activa de las personas.

Para King, Imogene, en su teoría de la consecución de los objetivos (1971) citada por Marriner, Ann (1998), establece que: “el objetivo de enfermería es la salud de los individuos y la atención sanitaria de los grupos aceptando la premisa que los seres humanos son sistemas abiertos que interaccionan con su entorno” (Pág. 306). La citada autora expone también los elementos de la consecución de los objetivos que tiene como elemento básico a los seres humanos que intercambian energía con otros individuos y su entorno.

Desde lo citado, King considera la enfermería como un proceso interpersonal de acción, reacción interacción y transacción en donde influyen de manera significativa la percepción del enfermero/a y el paciente. Describe además que, los individuos tienen derechos a saber de si mismos, a participar en las decisiones que influyen sobre su vida, su salud la comunidad y el derecho a aceptar o rechazar los cuidados sanitarios.

La salud la considera como un estado dinámico dentro del ciclo de la vida; la enfermedad es para ella, una interferencia en este ciclo. De allí que, la salud implica una adaptación continua al estrés mediante el empleo óptimo

de los recursos del individuo para alcanzar su potencial máximo para la vida diaria y la cual es un derecho universal de los individuos.

Al respecto, La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), en el artículo 83 expone: “La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantiza como parte del derecho a la vida” (Pág. 29). De allí que el Estado Venezolano promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios de manera gratuita dando prioridad a la promoción de la salud y garantizando el tratamiento oportuno de la Tuberculosis y una rehabilitación de calidad.

Millán, A., (1996), destacado sociólogo establece que:

La Tuberculosis es una enfermedad propia de los pobres, donde predominan un conjunto de carencias sociales y culturales que se traducen en carencias materiales y psicológicas, pero por sobre todo refiere este autor que: “se produce una ausencia o falta de elementos que hacen de la vida indigna de vivirse” (Pág. 8).

Por lo que en la implementación de los programas antituberculosos, se deben tomar en cuenta el tipo de carencias insatisfechas que enfrentan los sectores más pobres y que influyen en la deserción del paciente en tratamiento antituberculoso.

Al respecto, Rincón, P., (1996) citado por Barreto, G., y Pérez, O. (2001), expone: **la deserción** del tratamiento se refiere a los pacientes que por un lapso consecutivo de 30 días no acuden a un servicio para recibir el tratamiento totalmente supervisado (Pág. 26), estas consideraciones expuestas por el precitado autor donde establece de manera conceptual que la deserción de los pacientes se puede tomar como una alerta, para activar el seguimiento domiciliario el paciente a fin de identificar las causas que influyeron en el abandono y poder reinsertar al enfermo dentro de los programas de observación directa.

Tomando en cuenta lo citado, dentro de la responsabilidad que tiene el personal de salud en el tratamiento del paciente con Tuberculosis, la información proporcionada debe ser suficiente para incentivar al enfermo en el proceso de su curación. Así lo expresan Correa T, Barragán, y Olvera R, (1998): “La información proporcionada a los enfermos por el personal de salud sobre su enfermedad influye en el conocimiento del tratamiento antituberculoso y condiciona su adecuado seguimiento” (Pág. 100).

Asimismo se debe determinar el **nivel de instrucción** y patrón cultural que inciden en el abandono del tratamiento. Lo descrito en un artículo publicado por el diario regional Carabobeño, Noti Tarde de fecha 25.-03-01, en donde el Dr. Fuentes, Q., coordinador del programa de Tuberculosis y

Enfermedades Respiratorias de INSALUD, informó: “Venezuela ha experimentado un incremento de deserción del tratamiento antituberculoso siendo el patrón cultural y el bajo nivel educativo los factores importantes asociados a tal deserción. (Pág. 12).

Lo descrito anteriormente, determina los factores sociales como elementos o variables que influyen en el comportamiento de la persona, pero que pueden ser modificados para el beneficio de las mismas mediante la búsqueda de estrategias que involucren al enfermo para trabajar conjuntamente en beneficio de esos factores modificables.

Estos conceptos válidos, permiten destacar que entre los factores sociales, se encuentra la posibilidad de que el paciente no tenga donde vivir o resida **en viviendas** donde habitan un numeroso **grupo familiar** en condiciones antihigiénicas, Al respecto Díaz, E., Brugal, T., y Pasarín, I., (2001) refieren:

La relación entre la Tuberculosis, y la privación social, la pobreza extrema y el **hacinamiento** y la indigencia, han sido descritas en diversos estudios. En los núcleos céntricos y pobres de las grandes ciudades la combinación del uso de drogas, la concentración de pobreza, **“las personas sin techo”** y la infección por VIH han tenido efectos adversos en la población Joven. (Pág. 524).

Cabe destacar, que toda persona tiene derecho a poseer una vivienda adecuada con el debido abastecimiento adecuado de agua potable, indispensable para la vida, así como el saneamiento básico, disposición de excretas y basura, los cuales constituyen aspectos primordiales que se deben poner en práctica si el objetivo es mejorar o mantener la salud. Lo expuesto, se establece como el prospecto de vivienda ideal, pero debido a sus bajos recursos se les hace imposible no vivir en hacinamiento.

Dentro de este contexto, Navarro, M y Romero P., (2000) expresan que es importante resaltar que el resurgimiento de la Tuberculosis, se ha relacionado con la infección por VIH, la toxicomanía, el hacinamiento la inmigración y la indigencia. Esto aunado a la falta de **servicios básicos** y saneamiento ambiental han influido en la aparición de la enfermedad. De allí que mencionan: “La falta de servicios básicos conllevan al proceso de desintegración social de las zonas más pobres y de la población más joven” (Pág. 37), lo que influye en la transmisión de la Tuberculosis y posiblemente en el abandono del tratamiento por parte del paciente.

Las precitadas autoras refieren además que: “El control de las enfermedades puede realizarse mediante el adecuado saneamiento ambiental identificando aquellos factores que en el medio físico ejercen o pueden ejercer algún efecto nocivo en el bienestar físico mental y social del

individuo” (Pág. 115). Lo descrito por las autoras hace referencia a la identificación del enfoque de riesgo e implementación de medidas preventivas que fomenten la salud y bienestar de manera integral.

Asimismo, establecen que el abastecimiento de **agua potable** en la vivienda es esencial para la vida humana, la cual debe ser distribuida en cantidad y calidad adecuada para la ingestión, baño y otras necesidades de limpieza dentro del hogar. Sin embargo, refieren que: “El agua puede ser beneficiosa para la salud de la población pero puede convertirse en un medio de propagación rápida si está contaminada” (Pág. 116).

Para Torres, M., (2001), otro elemento indispensable dentro del saneamiento ambiental de la vivienda es la **disposición de excretas y aguas negras**. Expresan textualmente que: “La deficiente o mala disposición de excretas contaminan los suelos y el agua; transmitiendo los agente patógenos a la comunidad y elevando los índices de morbilidad y mortalidad” (Pág. 30). Asimismo permiten la reproducción y multiplicación de vectores como moscas que contribuyen a la aparición de las enfermedades.

Según la OMS (2002) establece la manera como se realiza la **disposición de la basura** dentro del hogar: “Lo cual persigue eliminar criaderos de moscas y otros insectos prevenir la contaminación del agua y

los alimentos”. (Pág. 22) Sin embargo, el rápido aumento de la densidad de población a nivel mundial está convirtiendo la recogida y eliminación de basura doméstica en un problema muy complejo que ha repercutido desfavorablemente en la salud del venezolano.

De allí que es importante almacenar la basura en recipientes adecuados para ello, dichos recipientes deben lavarse con frecuencia, evitando así la putrefacción de los residuos de los desperdicios depositados en ellos. Lo expuesto permite evidenciar que es obvio que una vivienda en condiciones estructurales e higiénicas adecuadas influya favorablemente en la salud de quienes la habitan.

En relación con la **alimentación**, la OMS (2000) señala que: “El consumo de alimentos en enfermos con TBC Pulmonar es deficiente para satisfacer sus necesidades” (Pág. 4). Por lo tanto la alimentación rica en proteínas, vitaminas, carbohidratos y minerales, distribuidos de manera armónica durante el desayuno, almuerzo y cena debe ser considerada como un componente activo en la recuperación del paciente, Por lo tanto se debe orientar al enfermo cuando asiste al establecimiento de salud sobre los alimentos necesarios para satisfacer sus necesidades nutricionales y de bajo costo.

En relación **al acceso a los centros de salud** que pueden influir en el abandono del tratamiento, Álvarez, G., (1998). Expone: “Las carencias de sanidad básica e inaccesibilidad del servicio de salud son factores condicionantes que intervienen en el control de la enfermedad” (Pág. 280). El mencionado autor también atribuye la deserción del tratamiento antituberculoso a problemas del Programa de Prevención y Control en las actividades y seguimientos de casos.

También el Grupo Orgánico de Enfermedades Transmisibles, OMS (1999) citado por Hernández, P., (2002), describe varios aspectos sociales e importantes a considerar, por lo que refiere: “A menudo las víctimas de Tuberculosis provienen de áreas urbanas lejanas y que carecen básicamente de hogar, de familia, de recursos económicos, sin educación, ni competencia profesional” (Pág. 487). Para disminuir esta problemática, el MSDS (1996) reglamentó la descentralización del tratamiento a los ambulatorios como una medida para que el paciente reciba de manera supervisada su tratamiento en el centro más cercano a su residencia.

Para lograr que la terapéutica médica del paciente con TBC Pulmonar sea efectiva, El **apoyo del grupo familiar** es vital, así lo describe Parra, M., (1996) citado por Barreto, G. (2001) “la familia debe ser tomada como unidad y producción del sistema social” (Pág. 29). Dado a que la función que

cumple está estrechamente ligada a los procesos individuales, a la socialización y apoyo efectivo, representando un marco en el apoyo del rol de cada uno de sus integrantes para mejorar su calidad de vida.

De allí que, la familia es el principal punto de apoyo que requiere el enfermo en el proceso de curación y soporte fundamental de todo ser humano, logrando la continuidad del tratamiento y estableciendo conjuntamente con el equipo de salud mediante la visita sanitaria objetivos de manera de obtener una participación activa que conlleve al paciente con TBC Pulmonar a su pronta recuperación.

Factores económicos

Los factores económicos, son elementos importantes en la satisfacción de las necesidades básicas del paciente en tratamiento antituberculoso y de su pronta recuperación, mediante la debida remuneración por las labores que realiza, sin embargo existe una alta tasa de desempleo que afecta aún más las condiciones de vida del individuo.

Los aportes hechos por Millán, T., (1996), en relación a la Tuberculosis y las **características de trabajo**, que permiten al enfermo subsistir, expresa que: “Se entiende por subsistencia o sobrevivencia todas

aquellas prácticas o conductas que realizan las personas destinada a mejorar o superar las condiciones de carencia extrema” (Pág. 8). Destaca también, que para el ser humano todo lo que lo rodea se convierte en un medio disponible de ser usado para sobrevivir, realizando donde se puedan obtener posibilidades en el momento, donde los basurales se convierten en medio de sobrevivencia y vida, el cartón y otros desechos en unas industrias.

Al respecto, Díaz, E., Brugal, T., y Pasarín, I., (2001) lo describen a continuación: “La privación material sigue estando relacionada con la Tuberculosis” (Pág. 525). También describen que el nivel de instrucción tiene una estrecha relación con el **desempleo**, y podría ser la causa de abandono del tratamiento antituberculoso.

Según Figuera, E., Méndez, D., Montañó, R., Escalante, A., y Sánchez, R., (2000) exponen que en la mayoría de los hogares Venezolanos los **ingresos** económicos son insuficientes para cubrir el costo de la canasta normativa de los alimentos, ante esta situación comentan que en Venezuela constituye un ejemplo extremo “donde el dinero no basta para resolver los problemas, el cual reside en las instituciones inadecuadas y sumamente ineficientes. (Pág. 73).

Dentro de este contexto, se puede evidenciar que la salud está condicionada por la expresión concreta, dinámica, evolutiva y real de la situación avance estructural y económico de la sociedad, en donde su mayor exponente es la pobreza la cual es responsable del principal factor de mortalidad y causa primera de enfermedad y sufrimiento en el mundo.

Otro importante aspecto a resaltar son los medios de **transporte** que permitan el acceso a los servicios de salud. Al respecto, Navarro., M., y Romero P., (2000) establecen que el acceso a los centros de salud depende de aspectos fundamentales la existencia de una oferta sostenida y regular de servicios lo que implica que: “Cuando una familia necesite del servicio de salud, este se encuentre a una distancia que se pueda llegar sin grandes esfuerzos de tiempo y dinero. Además que la comunidad reconozca la importancia del centro”. (Pág. 36).

Tomando en cuenta estas consideraciones, se debe identificar por parte del equipo de salud las condiciones de vida del paciente en tratamiento antituberculoso, recordándole la importancia de acudir diariamente al centro de salud en donde se les dispensará de manera gratuita las drogas específicas para lograr su restablecimiento. De no poder asistir por no contar con los medios para el traslado a la institución de salud debe garantizarle el

tratamiento mediante el abordaje comunitario por intermedio de la visita domiciliaria.

Dentro de este contexto, Fuentes, Q., (2001), expone: “Se ha encontrado un elevado índice de deserción del tratamiento antituberculoso el cuál se cree sea debido a la falta de servicio social y de visitadores además del poco contacto médico, enfermera - paciente”. (P. 183). Por lo que la intervención del personal de salud en el seguimiento y control de la tuberculosis, es altamente significativa en el tratamiento ambulatorio, porque es quién está en posibilidad de saber si el enfermo asiste con regularidad y si tolera bien la medicación.

Dentro de las funciones establecidas en el seguimiento de los casos, se incluye la valoración de enfermería al paciente Tuberculoso, la cual se establece mediante la entrevista y la recolección de datos subjetivos y objetivos en donde en cada consulta se debe valorar al individuo en tratamiento antituberculoso con el fin de identificar determinantes que puedan poner en riesgo el éxito del tratamiento.

Al respecto, Navarro, M., y Romero, P., (2000), exponen: “En esta etapa se hace la recolección de los datos del paciente y de la familia, la cual debe comenzar antes de ir al domicilio con el fin de planificar la actividad y

luego mientras dure la atención de enfermería”. (Pág. 136). Además describen las mencionadas autoras una serie requisitos que implica la valoración, la cual debe ser ordenada y sistemática, con una visión integral continua, permanente y basada en técnicas humanas e instrumentales.

Torres, M., (1996), en cuanto a la **visita domiciliaria** expresa:

La visita domiciliaria a sujetos tuberculosos ocupa un lugar prioritario entre las visitas realizadas por la enfermera sanitaria. Es indispensable el conocimiento de las condiciones del hogar del enfermo tanto físicas, como psico-sociales. La Enfermera también debe investigar por todos los medios a su alcance las causas por las que una persona no colabora debidamente en su tratamiento” (Pág. 212).

Sin embargo, En Venezuela, la enfermería como profesión al servicio de la salud, se ha desarrollado predominante desde la perspectiva hospitalaria alejándose así en teoría y práctica de la acción comunitaria, espacio en el que está obligada/o a actuar con niveles de alta competencia al igual que cualquier otro profesional de la salud. Es por ello, que debe recordarse que la labor de la enfermería de salud pública esta orientada hacia el individuo sano, en el área de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, tanto desde una perspectiva asistencial como desde una vertiente pedagógica, detectando los posibles factores de riesgo y brindándole la información más oportuna para evitar los peligros que puedan amenazar la salud de un individuo, una familia o una comunidad.

Cabe destacar que, la visita domiciliaria garantiza el control eficaz de la Tuberculosis, mediante la vigilancia ininterrumpida y sus características dinámicas, así como el seguimiento y evaluación de los programas. En donde una de las acciones de los profesionales en enfermería deben estar orientadas en **complementar ordenes médicas** en la administración de las drogas antituberculosas.

Torres, M., (1996), así lo describe cuando expresa lo siguiente: “Las acciones interdependientes son prescritas por el médico y llevadas a cabo por la Enfermera, las cuales casi siempre están relacionadas con la operación y manipulación de elementos terapéuticos, administración de medicamentos y tratamiento”. (Pág. 108). De allí que el seguimiento y control de los pacientes en tratamiento antituberculoso, depende en gran parte de la disposición del personal de enfermería en la realización de acciones colaborativas con el equipo de salud.

Otro aspecto importante es el sistema de registro y notificación utilizado por el personal sanitario para evaluar de forma sistemática la evolución de los pacientes y la eficacia del programa antituberculoso. Así lo determina el Grupo Orgánico de Enfermedades Transmisibles (1999) en un informe distribuido por la OMS: “Este sistema orientado a los resultados permite garantizar la calidad de la aplicación del programa, así como el

tratamiento y la curación de los pacientes con Tuberculosis” (Pág. 7). Estas consideraciones referentes a los registros, destacan su valiosa importancia ya que permiten recolectar datos durante la lucha antituberculosa y pueden ser indicadores útiles del desarrollo y progreso de los programas de salud y la calidad de los mismos.

Por otra parte, el mencionado grupo describe además que con la observación directa del tratamiento, no recae solo sobre el paciente toda la responsabilidad de cumplir la pauta terapéutica: “El personal de salud, los funcionarios de sanidad pública, las instancias gubernamentales y las comunidades deben compartirla y dispensar una gama de servicios de apoyo que los pacientes necesitan para continuar y completar el tratamiento.” (Pág. 15).

Describen también que, dentro de esta red de apoyo al paciente tuberculoso, deben capacitarse voluntarios y **líderes** comunitarios, con objeto de mantener la calidad del servicio bajo la supervisión de un profesional sanitario; los cuales pueden contribuir a que la población tome conciencia del problema de la Tuberculosis y cumpla correctamente con el tratamiento, aun cuando existan situaciones capaces de influir en la **deserción** del mismo, como una rápida mejoría, el malestar producido por las drogas o el difícil acceso al centro de salud.

Sistemas de Variables

Variable: Factores asociados a la deserción de los pacientes en tratamiento antituberculoso.

Definición conceptual: Son elementos propios del entorno y de la vida diaria que influyen en la asistencia del paciente en tratamiento antituberculoso al centro de salud. “Los factores socioeconómicos incluyen cada uno de los componentes que rodean a las personas en cada etapa de la vida” Hernández, P., (2002)

Definición operacional: Son componentes en los que se destacan los factores sociales, económicos y la interacción con el personal de salud referidos a: nivel de instrucción, vivienda, alimentación, acceso al centro de salud, características del trabajo, traslado y la relación del paciente con el centro de salud que intervienen en su tratamiento.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable: Factores asociados a la deserción del paciente en tratamiento antituberculoso.

Se refiere a las respuestas dadas por los pacientes en tratamiento antituberculoso sobre los componentes de la vida diaria que impiden su asistencia al centro de salud y afectan la continuidad del mismo.

Dimensión	Indicador	Sub-indicador	Ítems
Factores sociales: Variedad de elementos que determinan las condiciones de vida de los pacientes en tratamiento antituberculoso destacando sus necesidades básicas y de su entorno asociados en la deserción del tratamiento. Referido a.	Grado de instrucción: Nivel educativo o de escolaridad cursado por el paciente en tratamiento antituberculoso.	-Nivel académico	1
	Vivienda: Sitio o domicilio donde reside el paciente y su grupo familiar.	-Tipo de vivienda	2
		-Grupo familiar	3
		-Servicios básicos	4, 5 Y 6
	Alimentación: Alimentos necesarios para mantener un nivel funcional óptimo.	-Cantidad de alimentos diarios	7
	-Calidad de alimentos.	8	
	-Acceso al centro de salud: distancia establecida entre el domicilio del paciente y el centro de salud.	-Ubicación del centro de salud.	9
	-Apoyo familiar: Preocupación del grupo familiar en la recuperación de la salud del paciente en tratamiento antituberculoso.	-Integración de la familia	10
Dimensión	Indicador	Sub-indicador	Ítems

<p>Factores económicos:</p> <p>Elementos o determinantes referidos a los ingresos percibidos por el desempeño de labores diarias favorables o desfavorables que afectan la continuidad y ocurrencia al establecimiento de salud del paciente en tratamiento antituberculoso.</p> <p>Referido a:</p>	<p>Características del trabajo: Condiciones de la labor que desempeña el paciente en tratamiento antituberculoso.</p> <p>Ingresos: Remuneración mensual obtenida por el paciente producto de su trabajo.</p> <p>Transporte: Forma de desplazamiento del paciente hasta el centro de salud.</p>	<p>-Empleo fijo -independiente -Contratado -Desempleado.</p> <p>-Salario mínimo -Menos de 100.000 Bs -Más de 100.000 Bs -Ninguno de los anteriores</p> <p>-Buseta -Bicicleta. -Auto propio -Caminando</p>	<p>11</p> <p>12</p> <p>13</p>
<p>Interacción entre el paciente y el personal de salud:</p> <p>Relación de ayuda que se establece entre el equipo de salud de la unidad de Neumotisiología y el paciente en tratamiento antituberculoso que permite su seguimiento y control disminuyendo las deserciones de los usuarios.</p> <p>Referido a:</p>	<p>Visita sanitaria: Observación directa del tratamiento del paciente en su domicilio por parte del personal de salud.</p> <p>Red de apoyo comunitario: Capacitación de miembros en la comunidad para mantener la calidad de atención bajo una supervisión coordinada por el equipo de salud.</p>	<p>-Complementar ordenes médicas.</p> <p>-Formación de líderes. - Deserción del tratamiento</p>	<p>14</p> <p>15 16</p>

Definición de términos

Baciloscopía: Examen bacteriológico indicado para la investigación de bacilos especialmente los bacilos de Koch causante de la tuberculosis.

Bacilífero: Enfermo que reúne las condiciones del caso Tuberculosis que no recibió tratamiento antituberculoso anteriormente.

Crónico: Persistencia de dos baciloscopías positivas o cultivo positivos al terminar el esquema de retratamiento.

Drogas Bacteriostáticas: Aquellas drogas cuya actividad se limita simplemente a que la reproducción bacilar se hagan más lentas.

Drogas Bactericida: Aquellas drogas cuyas actividades permite reducir rápidamente la velocidad de crecimiento de organismos viables.

Incidencia: Es el número de casos de una enfermedad que han comenzado durante un período determinado, o de personas que caen enfermas, durante ese período, en una población determinada.

PPD: Derivado proteico purificado o Tuberculina de bacilos de Tuberculosis, el cual administrado por vía intradérmica determina una reacción local que indica infección por microbacterias, de origen tuberculoso.

Prevalencia: Es el número de casos de una enfermedad o de personas enfermas, o de cualquier otro suceso, ocurridos en una determinada población, sin distinción alguna entre casos nuevos y casos viejos.

Primo – infección: Es el contacto de un organismo virgen con el bacilo tuberculoso produciéndose un viraje de la tuberculina de negativa a positiva.

Recidivas: Consiste en la reaparición de los síntomas de una enfermedad que parecía haberse recuperado o mejorado.

Cohorte: Grupo de individuos que comparten una característica en común.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

Este capítulo está constituido por: tipo de estudio, población y muestra, métodos y técnicas para la recolección de la información, procedimientos para la colección de la información, plan de tabulación y análisis de datos.

Tipo y diseño de la investigación

El presente estudio de investigación corresponde a un estudio descriptivo. A lo que Pineda, E., Alvarado, E., y Canales, F., (1.994), exponen:

El tipo de estudio descriptivo representa la base y punto para saber como está la situación de una variable, la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia) quienes, dónde y cuándo se esta presentando determinado fenómeno (Pág.139).

Población

Para Tamayo y Tamayo (1998), una población es “la totalidad de individuos o elementos en los cuales puede presentarse determinada característica susceptible de ser estudiada”. (Pág. 92). En base a la definición anterior, la población de este estudio estuvo conformada por 52

pacientes diagnosticados con la enfermedad y que abandonaron el tratamiento antituberculoso, en la Unidad de Neumotisiología del Distrito Sanitario Eje de la Costa de Puerto Cabello.

Muestra

Hernández, S., y Sampieri R., (1.998) “la muestra es el subgrupo de la población” (Pág. 109). Para los efectos de este estudio se utilizó el tipo de muestra aleatoria simple en donde cada uno de los elementos tiene la misma probabilidad de ser seleccionado. De allí que se seleccionaron 26 pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso que corresponden al 50 % de la población, para la selección de los mismos se tomo en cuenta la ubicación geográfica de la vivienda, seguridad y acceso a cada uno de ellos.

Métodos y Técnicas para la Recolección de Datos

Para la recolección de la información se elaboró un instrumento de recolección de datos tipo cuestionario con 16 ítems de selección múltiple, aplicado a cada uno de los pacientes en su vivienda durante un periodo de tiempo aproximado de 28 días, el cual permitió medir la variable fundamentada en las bases teóricas y así poder identificar los factores

asociados en la deserción del paciente en tratamiento antituberculoso de la Unidad de Neumotisiología eje de la Costa de Puerto Cabello.

Al respecto, Polit D., y Hungler B., (1994) exponen que los instrumentos de recolección de datos son los mecanismos que utiliza el investigador para: “recolectar y registrar información como fuente primaria se encuentra la observación, entrevista y cuestionario, como fuente secundaria se encuentran los registros de datos estadísticos, historias clínicas, expedientes. (Pág.198).

Validez del instrumento

Seguidamente de elaborado el instrumento, su contenido fue validado por expertos en el tema de investigación, quienes realizaron las correcciones pertinentes y necesarias para su aplicación. Tamayo y Tamayo (1998), describen que la validez de un instrumento es definida como: “el grado de uniformidad, objetivos y finalidades” (Pág.17).

Procedimientos para la recolección de los datos

Los procedimientos a seguir en este estudio fueron los siguientes: Se solicitó autorización por escrito para la realización del trabajo en la Dirección

de la Unidad Sanitaria Eje de La Costa. Asimismo, se solicitó la valiosa colaboración del personal de Enfermería de Atención directa que labora en la Unidad de Neumotisiología. Se Realizó visita al coordinador del Programa Nacional Integrado de Control de Tuberculosis. Estos procedimientos son definidos por Pineda E., De Alvarado E, Canales F. (1.994) como “La planificación detallada de lo que se hará en la recolección de datos a fin de dar respuesta al problema o hipótesis planteada” (Pág.149).

Plan de tabulación y técnica de análisis de los datos

Para Bavaresco de Prieto, A., (1.997) “La matriz de datos es la herramienta metodológica de primer orden dentro de la investigación, que permite dentro de un cuadro, se puedan resumir todos los elementos” (Pág.125). Por lo tanto, para el proceso de clasificación, registro y codificación de los datos en esta investigación se utilizaron las estadísticas descriptivas mediante las frecuencias absolutas y relativas además de las cifras porcentuales, las cuales se presentan a través de cuadros y gráficos de barras.

CAPITULO V

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente capítulo hace referencia en un primer momento a la presentación de los resultados obtenidos del instrumento aplicado a fin de determinar los factores asociados a la deserción de los pacientes en tratamiento antituberculoso. De igual manera, describe el análisis e interpretación de los resultados en función de los objetivos formulados.

Presentación de los resultados

El análisis de los datos recopilados con el instrumento fueron organizados de forma manual en una matriz de datos, para su posterior interpretación en términos de frecuencia y porcentaje elaborándose cuadros y gráficos estadísticos en función de las variables, considerando además las dimensiones e indicadores previamente formulados. Igualmente el análisis se realizó destacando los datos de mayor relevancia en cada uno de los ítems; posteriormente se relacionó la información en función de las semejanzas o discrepancias entre la información recopilada y el marco teórico. Los hallazgos del estudio se presentan a continuación.

CUADRO N° 1

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES
UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGÍA SEGÚN: GRADO DE ESCOLARIDAD;
DISTRITO SANITARIO EJE DE LA COSTA; PUERTO CABELLO
ESTADO CARABOBO 2004

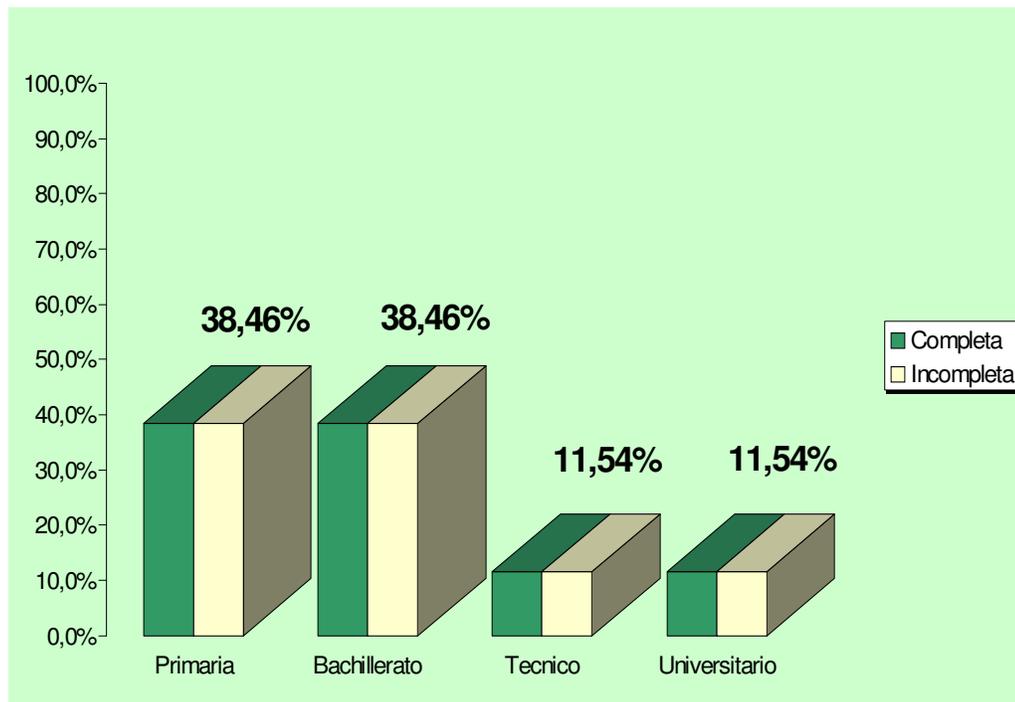
	Escolaridad			
	Completa		Incompleta	
	Frec.	%	Frec.	%
Primaria	13	50.0	10	38.46
Bachillerato	13	50.0	10	38.46
Técnica	0	0	3	11.54
Universitaria	0	0	3	11.54
Totales	26	100	26	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

Respecto al ítem N° 1 referido a “Señale el grado de instrucción escolar obtenido por Usted” según opinión de los pacientes, predominan la educación primaria y el bachillerato, los resultados son repartidos en partes iguales en un 38.46 %, seguidos de un 11.54% con educación técnica incompleta y en igual proporción la educación universitaria incompleta asimismo ninguno de los sujetos tenía educación superior tanto técnica como universitaria completa.

GRAFICO N° 1

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES
UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGÍA SEGÚN: GRADO DE ESCOLARIDAD;
DISTRITO SANITARIO EJE DE LA COSTA; PUERTO CABELLO
ESTADO CARABOBO 2004



Fuente: Cuadro N° 1

CUADRO N° 2

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES
UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGÚN: LUGAR DE HABITACIÓN
DISTRITO SANITARIO EJE DE LA COSTA PUERTO CABELLO
ESTADO CARABOBO 2004

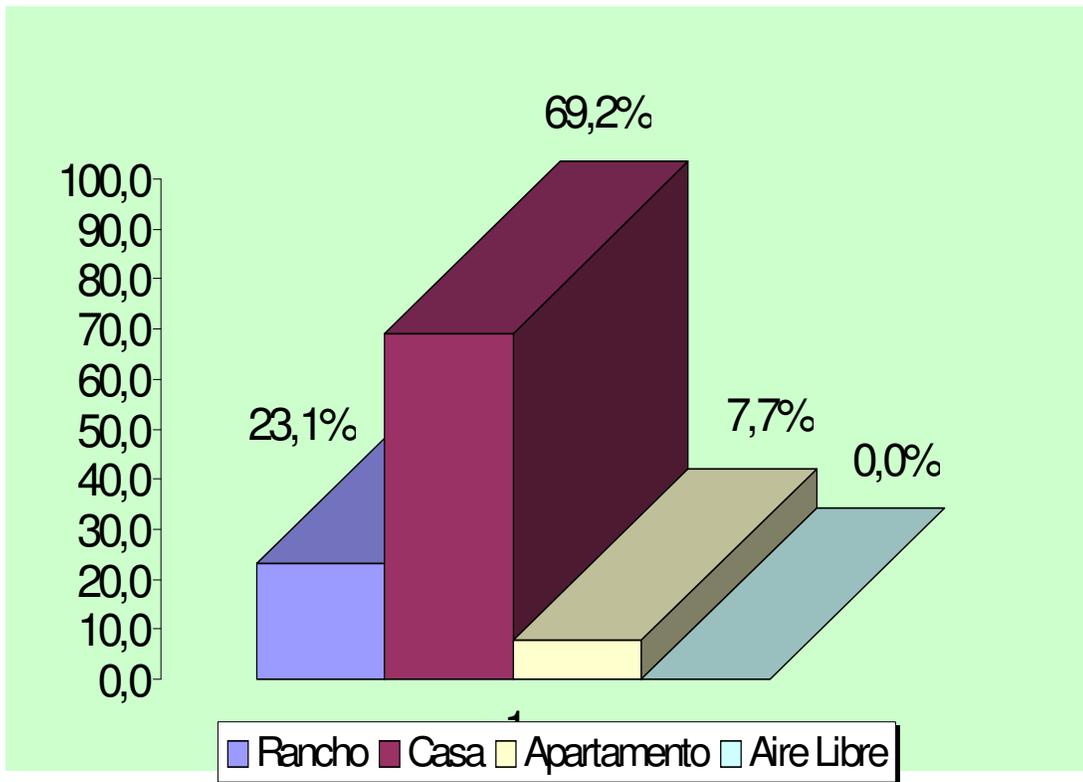
Habitación	Frec.	%
Rancho	6	23.1
Casa	18	69.2
Apartamento	2	7.7
Aire Libre	0	0.0
Totales	26	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por las autoras.

Respecto al ítem 2: referido a: “Señale las características del lugar donde vive”, el 69.2 % (18/26) de los sujetos viven en casas; el 23.1 % de los sujetos (6/26) habitan en ranchos, solo el 7.7 % (2/26) residen en apartamentos y ninguno al aire libre. Si se considera que las casas y los apartamentos suponen condiciones adecuadas de vivienda, se puede concluir que prácticamente tres tercios (76.9%) viven de manera adecuada de tal modo que no hay ningún sujeto en condición de indigencia

GRAFICO N° 2

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES
UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGÚN: LUGAR DE HABITACIÓN
DISTRITO SANITARIO EJE DE LA COSTA PUERTO CABELLO
ESTADO CARABOBO 2004



Fuente: Cuadro N° 2

CUADRO N° 3

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES
UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGÚN: SEGÚN NUMERO DE
MIEMBROS QUE CONFORMAN EL GRUPO FAMILIAR; DISTRITO
SANITARIOEJE DE LA COSTA PUERTO CABELLO
ESTADO CARABOBO 2004

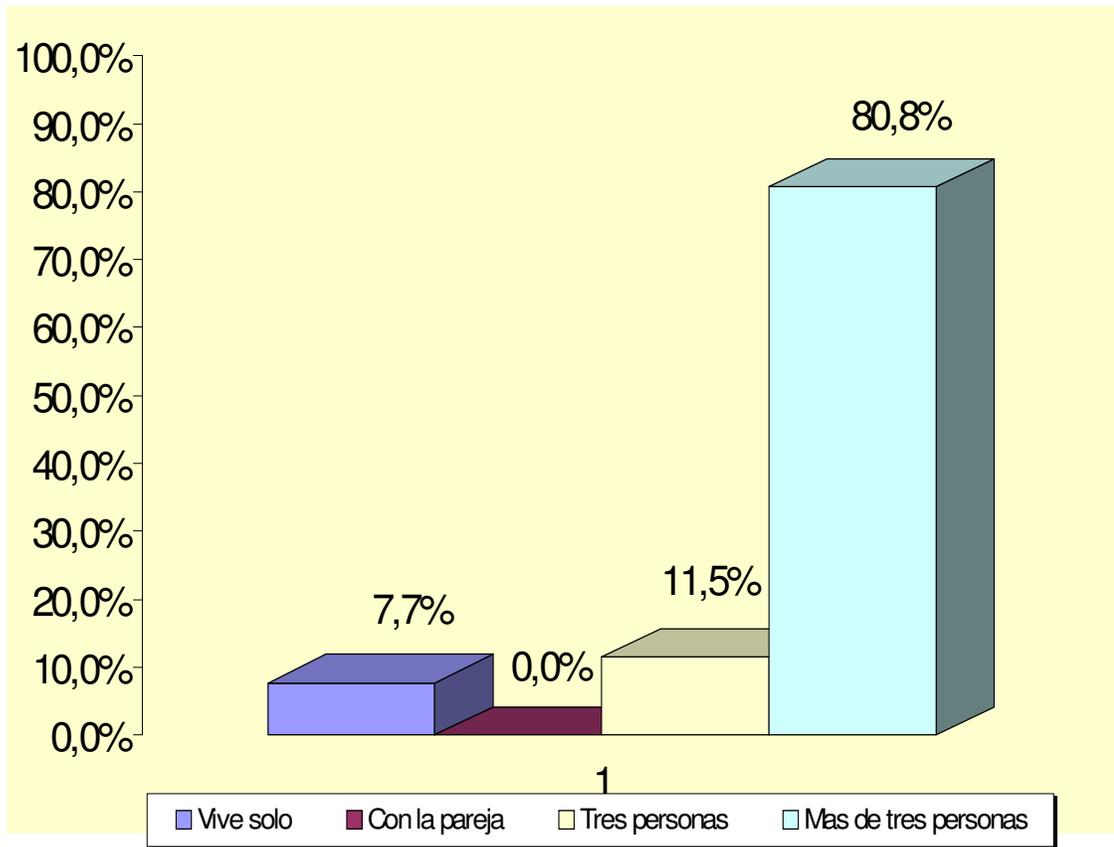
Grupo familiar	Frec.	%
Vive solo	2	7.7
Con la pareja	0	0.0
Tres personas	3	11.5
Mas de tres personas	21	80.8
Totales	26	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por las autoras

Con relación al ítem 3, referido a: “describa el número de personas que conforman su grupo familiar” predominan el 80.8% (21/26) sujetos que tienen una familia mayor de tres personas. Seguidos del 11.5 % (3/26) de los sujetos cuyo número familiar son 3 personas y 7,7 % (2/26) que manifestaron vivir solos. Según los datos analizados un elevado numero de miembros en el grupo familiar o el hecho de vivir sin pareja puede influir de manera estadísticamente positiva en el abandono del tratamiento antituberculoso.

GRAFICO N° 3

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES
UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGÚN: SEGÚN NUMERO DE
MIEMBROS QUE CONFORMAN EL GRUPO FAMILIAR; DISTRITO
SANITARIOEJE DE LA COSTA PUERTO CABELLO
ESTADO CARABOBO 2004



Fuente: Cuadro N° 3

CUADRO N° 4

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES
UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGÚN: SEGÚN ABASTECIMIENTO DE
AGUA POTABLE; DISTRITO SANITARIO EJE DE LA COSTA
PUERTO CABELLO ESTADO CARABOBO 2004

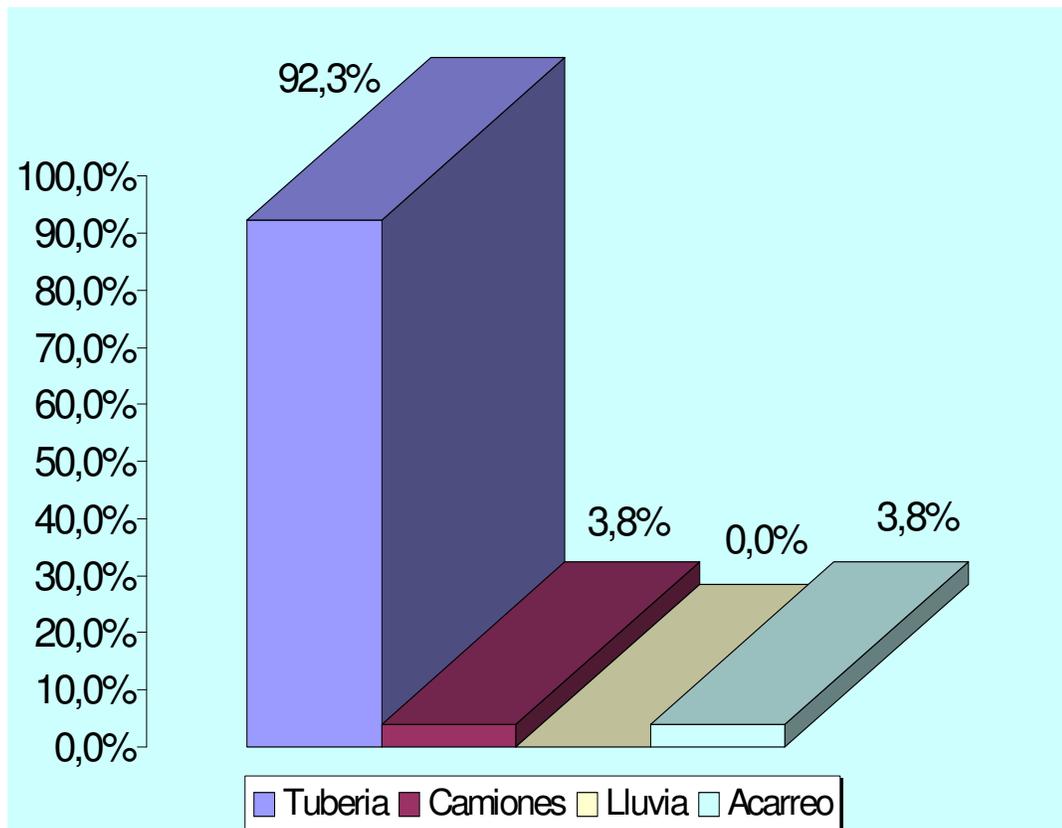
Abastecimiento de agua	Frec.	%
Tubería	24	92.3
Camiones	1	3.8
Lluvia	0	0.0
Acarreo	1	3.8
Totales	26	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por las autoras.

Con respecto al ítem 4: “referido a señale la formas de abastecimiento de agua potable en su vivienda” el 92.3% (24/26) recibe el agua por medio de distribución urbana es decir por medio de tuberías para tal fin. El 3.8 % (1/26) transporta el agua por acarreo y en igual proporción por camiones. Ningún sujeto recoge el agua de la lluvia. Prácticamente todos los sujetos reciben el agua potable de manera adecuado, es decir, por un medio urbanizado e higiénico como lo es una red de tuberías.

GRAFICO N° 4

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGÚN: SEGÚN ABASTECIMIENTO DE AGUA POTABLE; DISTRITO SANITARIO EJE DE LA COSTA PUERTO CABELLO ESTADO CARABOBO 2004



Fuente: Cuadro N° 4

CUADRO N° 5

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES
UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGÚN: SEGÚN LA DISPOSICIÓN DE
AGUAS NEGRAS DONDE HABITAN DISTRITO SANITARIO EJE
DE LA COSTA PUERTO CABELLO ESTADO
CARABOBO 2004

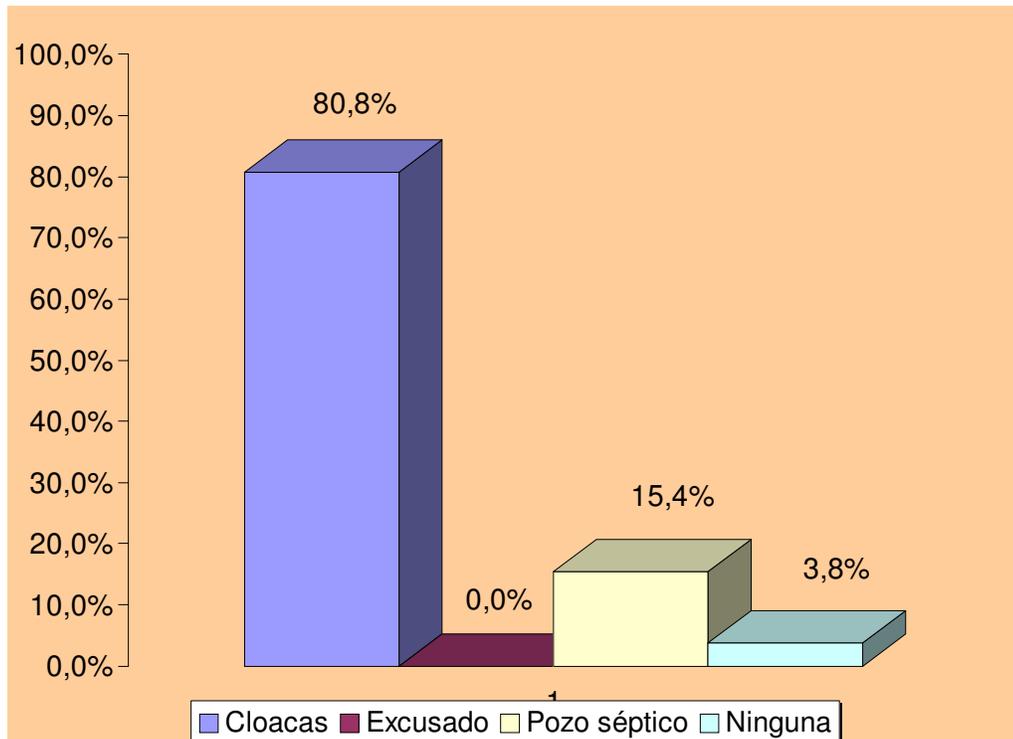
Disposición de aguas negras	Frec.	%
Cloacas	21	80.8
Excusado	0	0.0
Pozo séptico	4	15.4
Ninguna	1	3.8
Totales	26	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por las autoras

En relación con el ítem 5 referido a: "Identifique la manera de disposición de aguas negras en su vivienda" predominan el 80.8% (21/26) que disponen de una distribución urbana adecuada para las aguas negras o residuales, es decir por medio de tuberías para tal fin. Seguidos del 15.4% (4/26) que disponen de sus aguas negras a través de pozos sépticos, estos también son considerados por las autoridades sanitarias como medios adecuados para este fin. El 3.8% (1/26) que no tiene medio para disponer de aguas negras.

GRAFICO N° 5

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGÚN: SEGÚN LA DISPOSICIÓN DE AGUAS NEGRAS DONDE HABITAN DISTRITO SANITARIO EJE DE LA COSTA PUERTO CABELLO ESTADO CARABOBO 2004



Fuente: Cuadro N° 5

CUADRO N° 6

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGÚN: FORMA DE ELIMINACIÓN DE LA BASURA; DISTRITO SANITARIO EJE DE LA COSTA PUERTO CABELLO ESTADO CARABOBO 2004

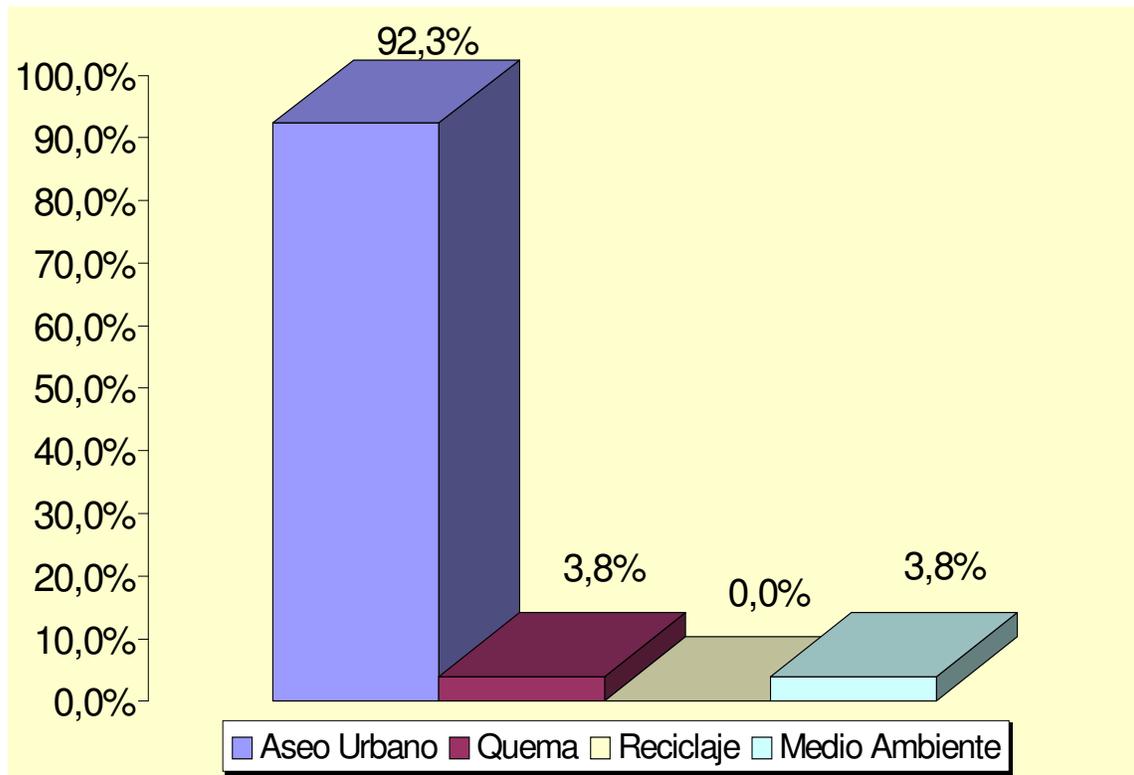
Eliminación de la basura	Frec.	%
Aseo Urbano	24	92.4
Quema	1	3.8
Relleno Sanitario	0	0.0
Medio Ambiente	1	3.8
Totales	26	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por las autoras.

Con respecto al ítem 6 referido a “Señale la manera de eliminar la basura en su hogar” predomina el 92.4% (24/26) de los sujetos que cuentan con un adecuado medio para la recolección y disposición de los desechos sólidos, es decir por medio de aseo urbano. Seguido del 3,8 % (1/26) que quema los desechos sólidos, mientras que otro lo arroja al medio ambiente. Ningún sujeto utiliza el relleno sanitario como medio para eliminar la basura. Prácticamente todos los sujetos disponen de manera adecuado de sus desechos sólidos, es decir, por un medio urbanizado como lo es el aseo urbano.

GRAFICO N° 6

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGÚN: FORMA DE ELIMINACIÓN DE LA BASURA; DISTRITO SANITARIO EJE DE LA COSTA PUERTO CABELLO ESTADO CARABOBO 2004



Fuente: Cuadro N° 6

CUADRO N° 7

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES
UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGÚN: CONSUMO DE ALIMENTOS
AL DIA; DISTRITO SANITARIO EJE DE LA COSTA PUERTO
CABELLO ESTADO CARABOBO 2004

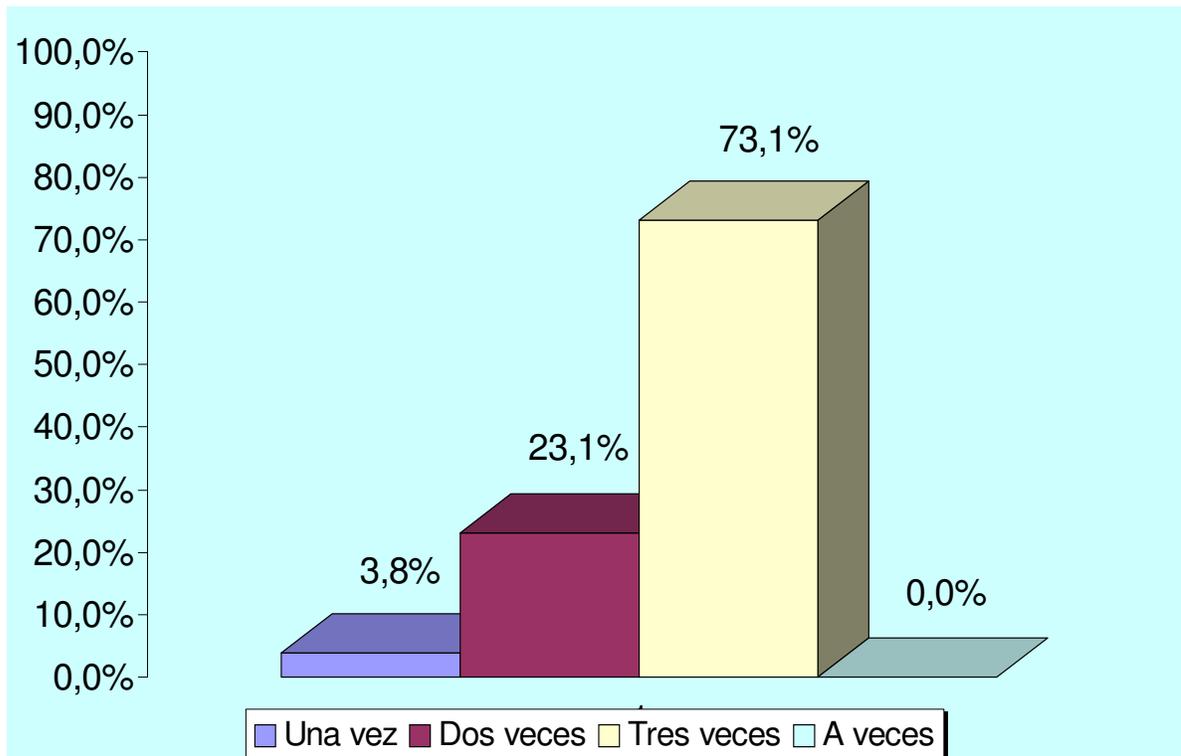
Consumo diario de alimentos	Frec.	%
Una vez	1	3.8
Dos veces	6	23.1
Tres veces	19	73.1
A veces	0	0.0
Totales	26	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por las autoras.

Con respecto al ítem N° 7 inherente a “Señale cuantas veces diarias consume alimentos” predominan el 73% (19/26) de los sujetos que ingieren alimentos por lo menos tres veces al día. Seguidos del 23.1% (6/26) de los sujetos que ingieren alimentos 2 veces y el (3.8% (1/26) que ingiere alimentos 1 vez al día. Ningún sujeto ingiere a veces u ocasionalmente.

GRAFICO N° 7

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES
UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGÚN: CONSUMO DE ALIMENTOS
AL DIA; DISTRITO SANITARIO EJE DE LA COSTA PUERTO
CABELLO ESTADO CARABOBO 2004



Fuente: Cuadro N° 7

CUADRO N° 8

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES
UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGÚN: CONSUMO DE ALIMENTOS
DE ORIGEN ANIMAL; DISTRITO SANITARIO EJE DE LA COSTA PUERTO
CABELLO ESTADO CARABOBO 2004

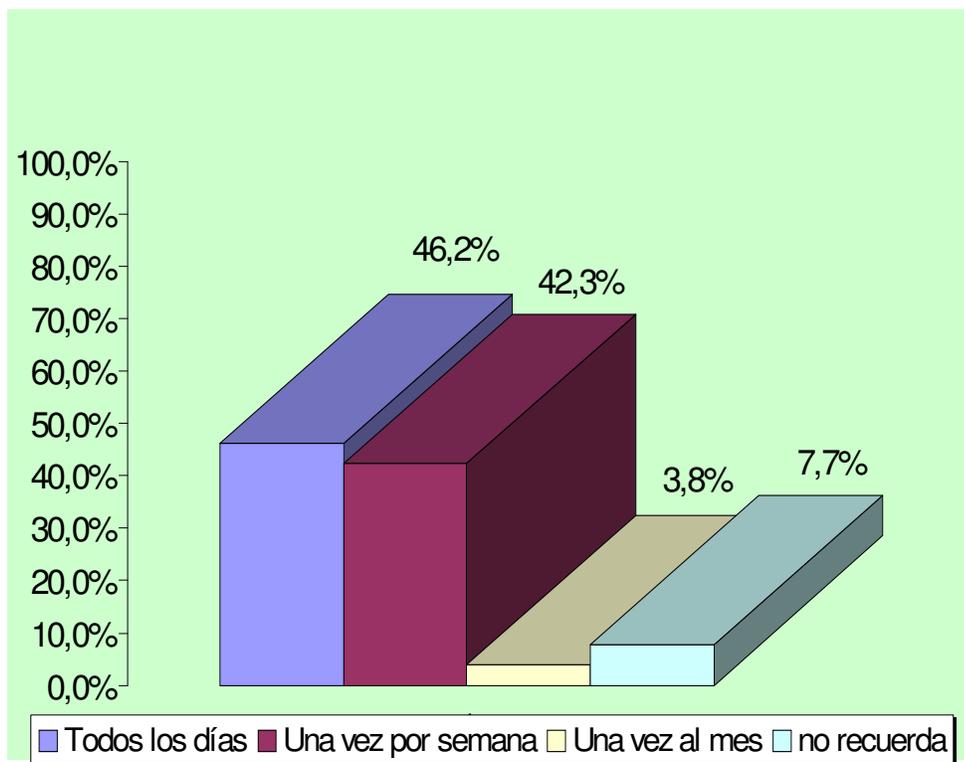
Consumo de alimentos de origen animal	Frecuencia	%
Todos los días	12	46.2
Una vez por semana	11	42.3
Una vez al mes	1	3.8
no recuerda	2	7.7
Totales	26	100.0

Fuente: Cuestionario

En cuanto al ítem N° 8 referido a: "Señale el consumo frecuente de alimentos de origen animal" predominan el 46.2% (12/26) sujetos que ingiere alimentos de origen animal todos los días. Seguidos del 43.3% (11/26) sujetos que ingieren alimentos de origen animal solo una vez a la semana, el 7,7% (2/26) de los sujetos que no recuerdan las veces que ingieren alimentos de origen animal y el 3.8% que ingiere alimentos de origen animal una vez al mes

GRAFICO N° 8

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES
UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGÚN: CONSUMO DE ALIMENTOS
DE ORIGEN ANIMAL; DISTRITO SANITARIO EJE DE LA COSTA PUERTO
CABELLO ESTADO CARABOBO 2004



Fuente: Cuadro N° 8

CUADRO N° 9

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES
UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGUN: ACCESO DEL DOMICILIO AL
CENTRO DE SALUD DISTRITO SANITARIO EJE DE LA COSTA
PUERTO CABELLO ESTADO CARABOBO 2004

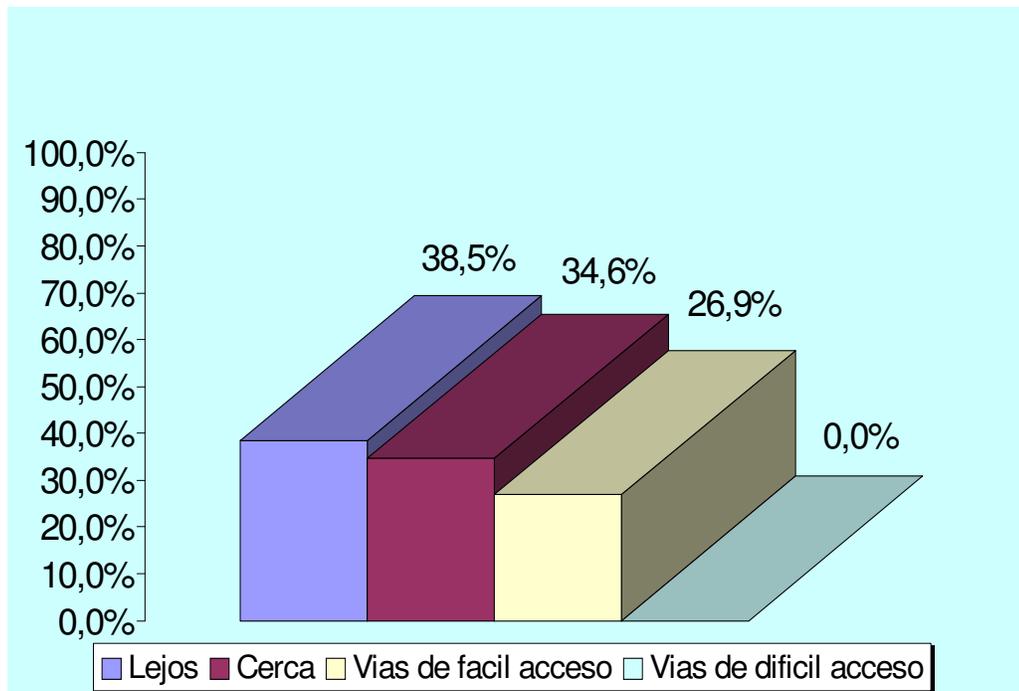
Acceso al centro de salud	Frec.	%
Lejos	10	38.5
Cerca	9	34.6
Vías de fácil acceso	7	26.9
Vías de difícil acceso	0	0.0
Totales	26	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por las autoras.

En relación con el ítem N° 9 referido a “Señale las características de acceso de su domicilio al centro de salud” predominan el 38.5% (10/26) sujetos que refieren vivir lejos del centro de salud coordinador de los programas antituberculosos seguidos del 34.6% (9/26) que refieren vivir cerca del centro de salud coordinador de los programas antituberculosos y el 26.9% (7/26) que refieren habitar en sitios con vías con fácil acceso del centro de salud coordinador de los programas antituberculosos.

GRAFICO N° 9

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES
UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGÚN: ACCESO DEL DOMICILIO AL
CENTRO DE SALUD; DISTRITO SANITARIO EJE DE LA COSTA
PUERTO CABELLO ESTADO CARABOBO 2004



Fuente: Cuadro N° 9

CUADRO N° 10

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGÚN: COMPORTAMIENTO DE LA FAMILIA ANTE SU ENFERMEDAD DISTRITO SANITARIO EJE DE LA COSTA PUERTO CABELLO ESTADO CARABOBO 2004

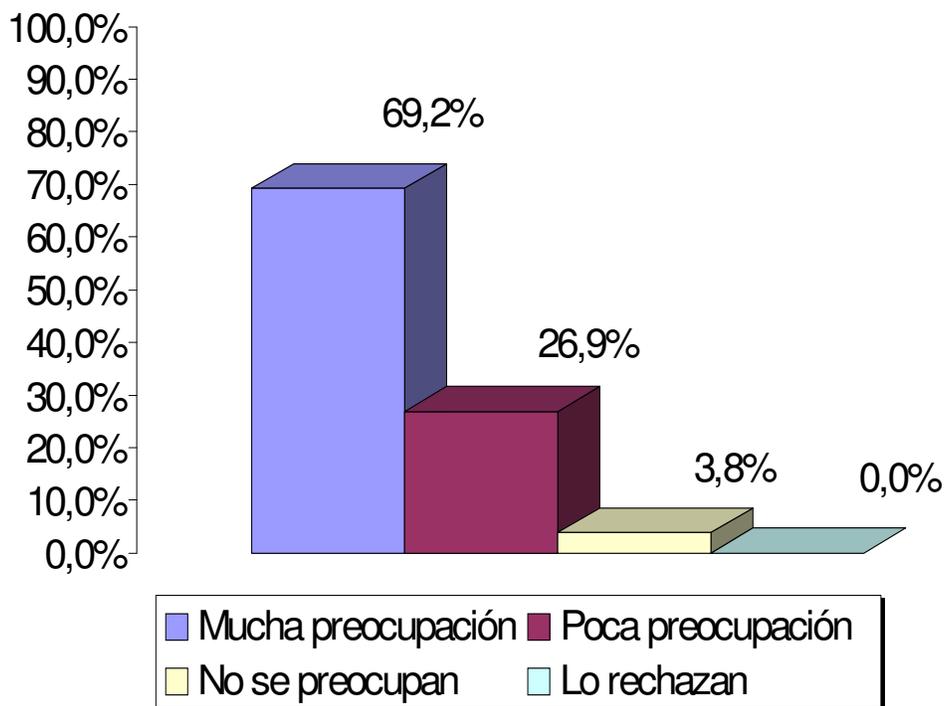
Actitud de la familia	Frec.	%
Mucha preocupación	18	69.3
Poca preocupación	7	26.9
No se preocupan	1	3.8
Lo rechazan	0	0.0
Totales	26	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por las autoras

En relación al ítem N° 10 referido a “Describa la manera de comportarse la familia ante su enfermedad” predomina el 69.3 % (18/26) sujetos que refieren que su familia manifiesta mucha preocupación por su enfermedad, seguidos del 26.9% (7/26) sujetos que manifestaron que su familia presenta cierto grado de preocupación por su enfermedad. Solo el 3.8% (1/26) manifestó que su familia no se preocupa y a ningún sujeto lo rechazan.

GRAFICO N° 10

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGÚN: COMPORTAMIENTO DE LA FAMILIA ANTE SU ENFERMEDAD DISTRITO SANITARIO EJE DE LA COSTA PUERTO CABELLO ESTADO CARABOBO 2004



Fuente: Cuadro N° 10

CUADRO N° 11

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES
UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGÚN: CONDICIÓN LABORAL
DISTRITO SANITARIO EJE DE LA COSTA PUERTO CABELLO
ESTADO CARABOBO 2004

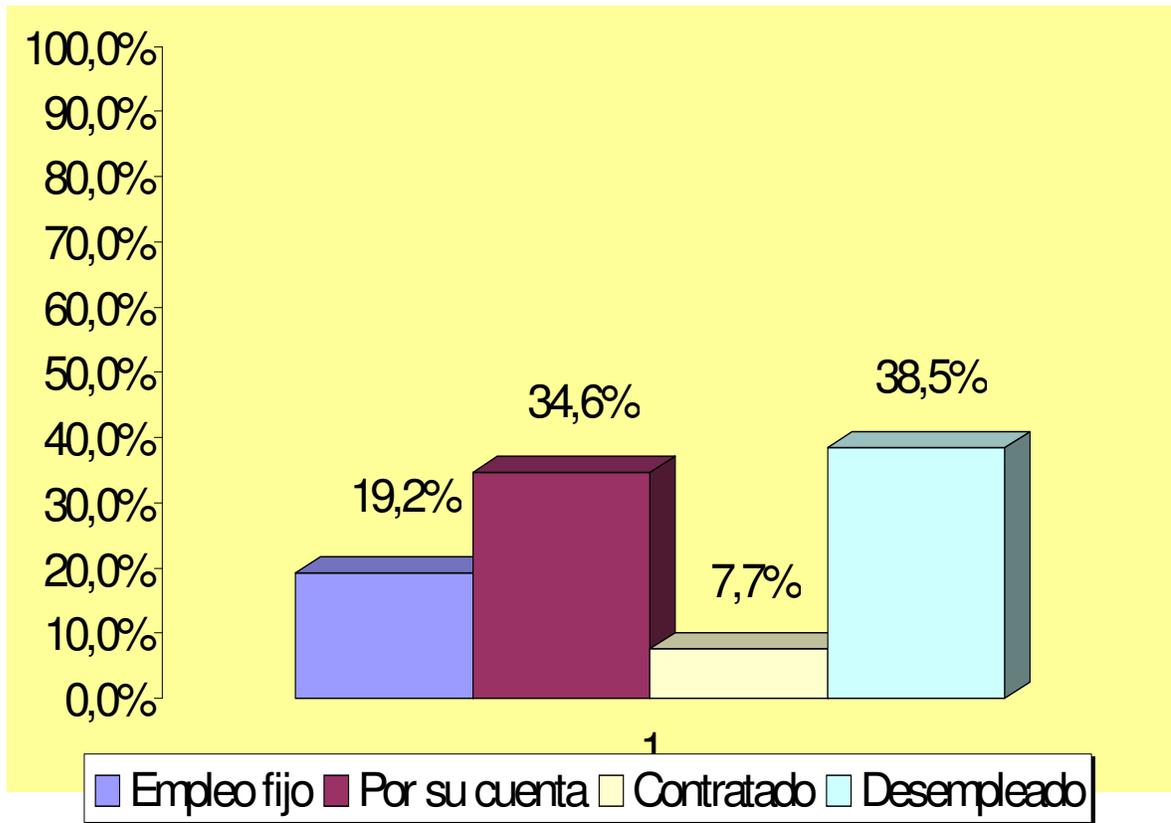
Condición laboral	Frec.	%
Empleo fijo	5	19.2
Por su cuenta	9	34.6
Contratado	2	7.7
Desempleado	10	38.5
Totales	26	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por las autoras.

Con respecto al ítem N° 11 referido a “Señale las condiciones de labores diarias para ganar el sustento que Usted realiza”, El 38.5% (10/26) de los encuestados están en condición de desempleados, por lo tanto, no tienen ingreso económico. Seguidos del 34.6% (9/26) sujetos que manifestaron realizar trabajos por su cuenta, esto permite considerar un ingreso fijo ya que dependerá de los factores que influyen en su trabajo diario. Solo el 19.2% (5/26) sujetos tienen una condición laboral y por lo tanto ingresos fijos dada por la variable de empleo fijo. Y el 7.7% (2/26) tienen ingresos fijos pero no estables.

CUADRO N° 11

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES
UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGÚN: CONDICIÓN LABORAL
DISTRITO SANITARIO EJE DE LA COSTA PUERTO CABELLO
ESTADO CARABOBO 2004



Fuente: Cuadro N° 11

CUADRO N° 12

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES
UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGÚN: INGRESO MENSUAL EN
BOLIVARES DISTRITO SANITARIO EJE DE LA COSTA PUERTO
CABELLO ESTADO CARABOBO 2004

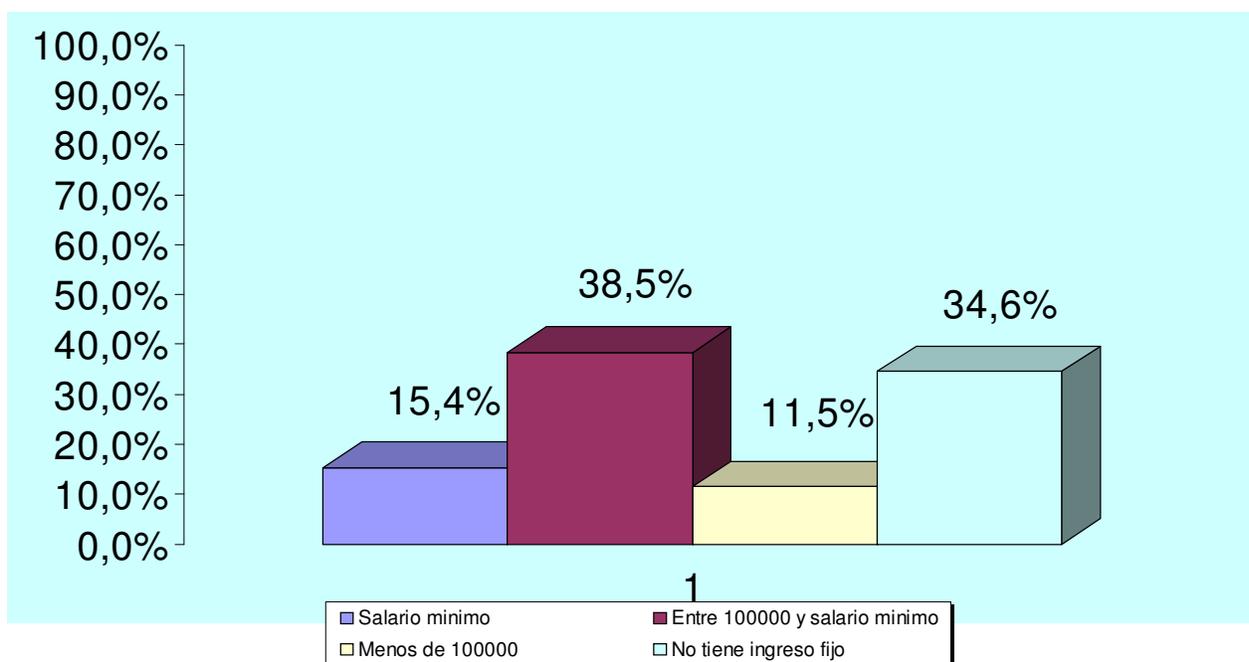
Ingreso mensual	Frec.	%
Salario mínimo	4	15.4
Entre 100.000 Bs. y salario mínimo	10	38.5
Menos de 100.000 Bs.	3	11.5
No tiene ingreso fijo	9	34.6
Totales	26	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por las autoras.

En relación con el ítem 12 referido a “Su ingreso mensual producto de su trabajo se ubica en”. Se observa predominio del 38.5 % (10/26) que devengan salarios comprendidos entre 100.000 Bs. y salario mínimo. Seguidos del el 34.6% (9/26) de los sujetos que no tienen ingresos fijos. El 15.4% (4/26) de los sujetos que devengan ingresos correspondientes al salario mínimo y el 11.5% (3/26) de los sujetos que reciben ingresos económicos menores a 100.000 Bs.

GRAFICO N° 12

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGÚN: INGRESO MENSUAL EN BOLIVARES; DISTRITO SANITARIO EJE DE LA COSTA PUERTO CABELLO ESTADO CARABOBO 2004



Fuente: Cuadro N° 12

CUADRO N° 13

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES
UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGÚN: FORMA DE DESPLAZARSE
HACIA EL CENTRO DE SALUD DISTRITO SANITARIO EJE DE LA
COSTA PUERTO CABELLO ESTADO CARABOBO 2004

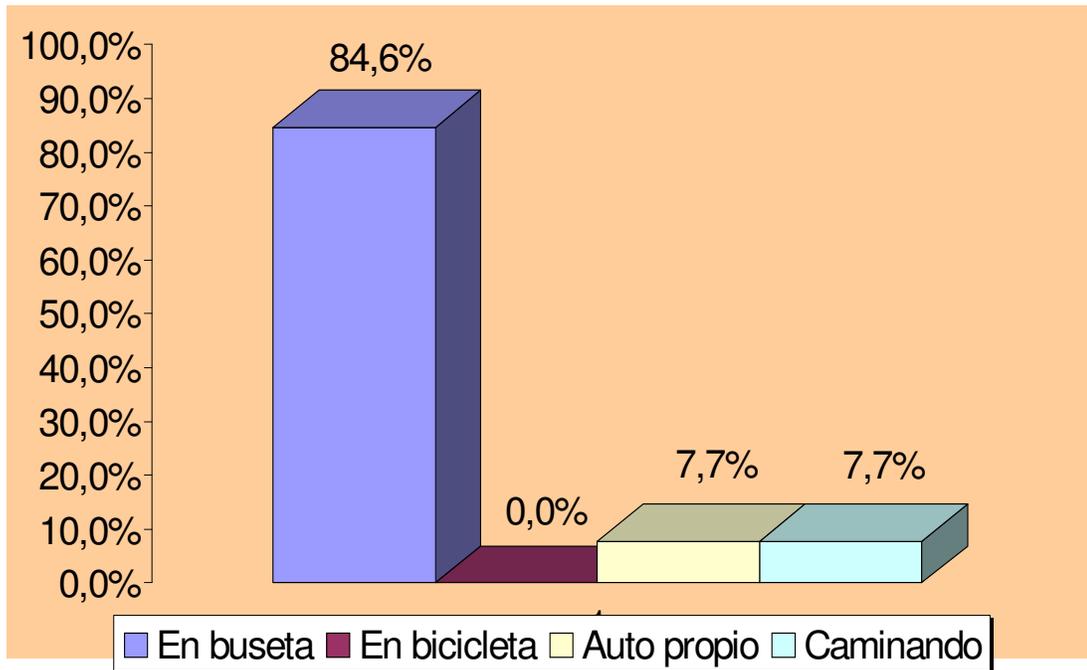
Forma de desplazamiento	Frec.	%
En Buseta	22	84.6
En bicicleta	0	0.0
Auto propio	2	7.7
Caminando	2	7.7
Totales	26	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por las autoras.

En cuanto al ítem N° 13 referido a “indique la manera de desplazarse hacia el centro de salud” se obtuvo que el 84.6% (22/26) de los sujetos se desplazan en buseta al centro de salud coordinador del programa antituberculoso. Seguidos del 7.7 % (2/26) que se desplazan en auto propio al centro de salud y en igual proporción se dirigen caminado. Se observa que ningún sujeto se dirige al centro en bicicleta.

GRAFICO N° 13

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGÚN: FORMA DE DESPLAZARSE HACIA EL CENTRO DE SALUD; DISTRITO SANITARIO EJE DE LA COSTA PUERTO CABELLO ESTADO CARABOBO 2004



Fuente: Cuadro N° 13

CUADRO N° 14

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES
UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGÚN: FRECUENCIA DE VISITAS AL
DOMICILIO POR PERSONAL DE SALUD ASIGNADO; DISTRITO
SANITARIO EJE DE LA COSTA PUERTO CABELLO
ESTADO CARABOBO 2004

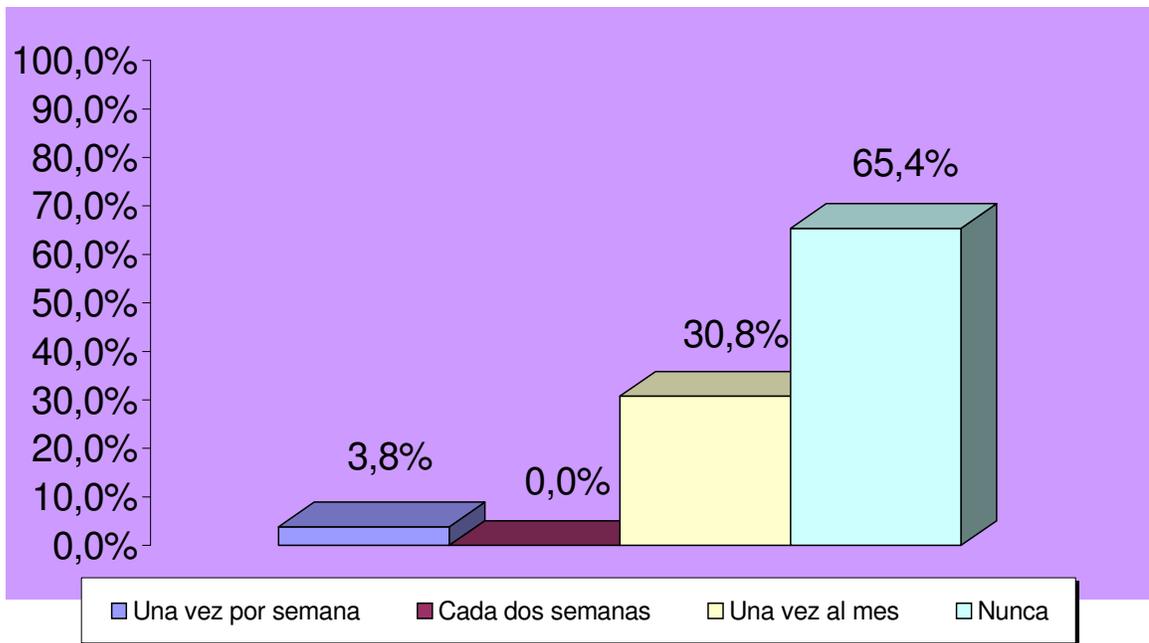
Visita al domicilio	Frec.	%
Una vez por semana	1	3.8
Cada dos semanas	0	0.0
Una vez al mes	8	30.8
Nunca	17	65.4
Totales	26	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por las autoras

Con relación al ítem N° 13 Referido a “Señale la frecuencia que es visitado en su domicilio por el personal del centro asistencial” predominan el 65.4% (17/26) de los sujetos que manifiestan nunca haber sido visitados por el personal de salud del centro asistencial adscrito al programa antituberculoso. Seguidos del 30.8% (8/26) de los sujetos que manifiestan haber sido visitados por el personal de salud del centro asistencial adscrito al programa antituberculoso una vez al mes y el 3.8% (1/26) manifestó haber sido visitado por el personal de salud del centro asistencial adscrito al programa antituberculoso una vez a la semana.

GRAFICO N° 14

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGÚN: FRECUENCIA DE VISITAS AL DOMICILIO POR PERSONAL DE SALUD ASIGNADO; DISTRITO SANITARIO EJE DE LA COSTA PUERTO CABELLO ESTADO CARABOBO 2004



Fuente: Cuadro N° 14

CUADRO N° 15

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES
UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGÚN: APOYO PRESTADO POR LA
COMUNIDAD HACIA SU ENFERMEDAD DISTRITO SANITARIO
EJE DE LA COSTA PUERTO CABELLO
ESTADO CARABOBO 2004

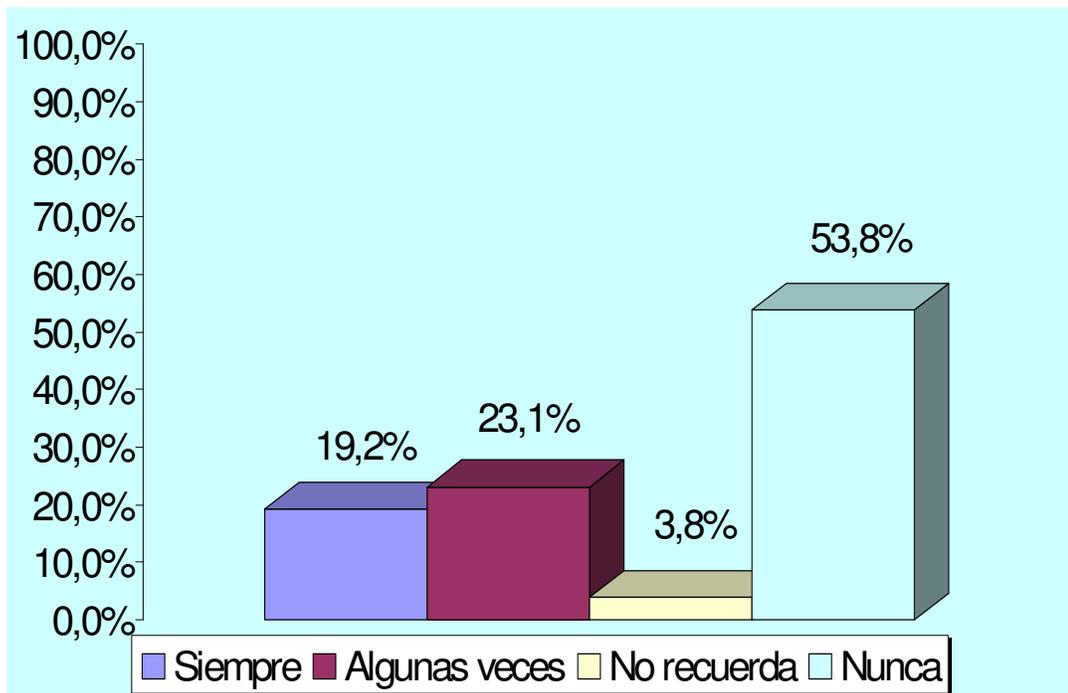
Apoyo de la comunidad	Frec.	%
Siempre	5	19.2
Algunas veces	6	23.1
No recuerda	1	3.8
Nunca	14	53.8
Totales	26	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por las autoras.

En relación con el ítem N° 15 Referido a “Describe si ha recibido el apoyo de miembros de la comunidad organizados por el centro de salud” predominan el 53.8% (14/26) sujetos quienes manifiestan no haber recibido apoyo de la comunidad para su enfermedad, seguidos del 23.2% (6/23) que manifiestan algunas veces haber recibido apoyo de la comunidad para su enfermedad y el 19.2% (5/26) elementos que manifiestan que siempre recibieron el apoyo por parte de la comunidad mientras que el 3.8 % (1/26) refiere que no recuerda si recibió apoyo.

GRAFICO N° 15

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES
UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGÚN: APOYO PRESTADO POR LA
COMUNIDAD HACIA SU ENFERMEDAD; DISTRITO SANITARIO
EJE DE LA COSTA PUERTO CABELLO
ESTADO CARABOBO 2004



Fuente: Cuadro N° 15

CUADRO N° 16

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES
UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGÚN: POSIBILIDAD DE ABANDONO
DEL TRATAMIENTO DISTRITO SANITARIO EJE DE LA COSTA
PUERTO CABELLO ESTADO CARABOBO 2004

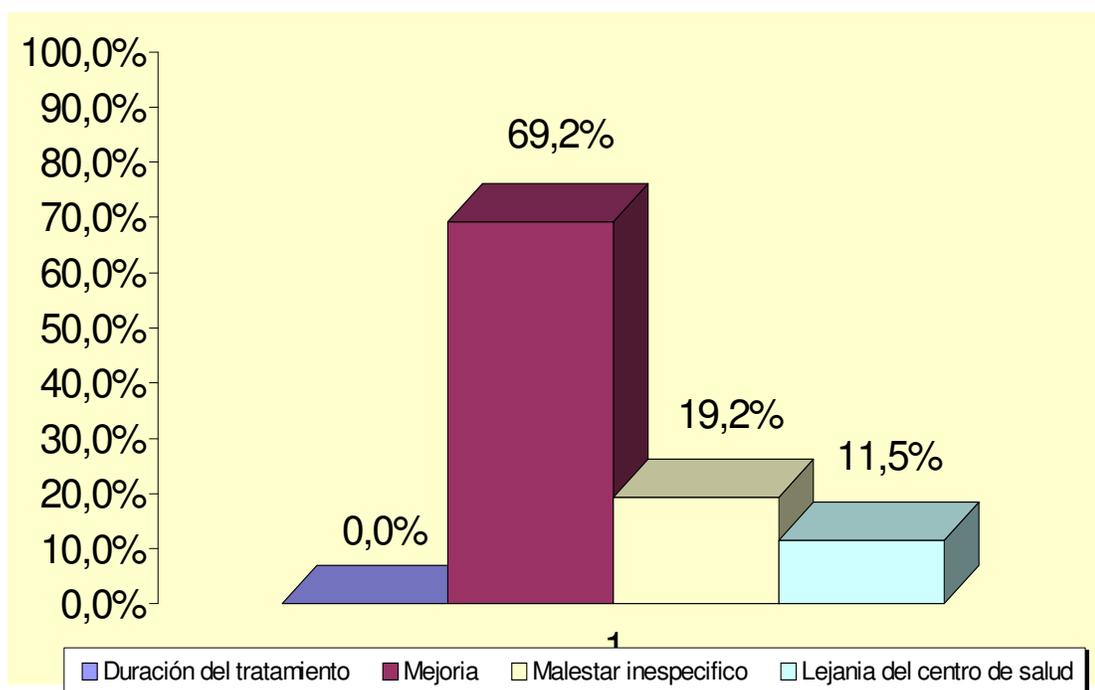
Posibilidad de abandono	Frec.	%
Duración del tratamiento	0	0,0
Mejoría de la salud	18	69.2
Malestar inespecífico	5	19.2
Lejanía del centro de salud	3	11.5
Totales	26	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por las autoras.

En cuanto al ítem N° 16 referido a “Señale si ha pensado abandonar el tratamiento debido a que” el 69.2% (18/26) de los elementos muestrales manifiestan posibilidad de abandono del tratamiento antituberculosos por mejoría. Seguidos del 19.2 % (5/26) que manifestaron posibilidad de abandono de tratamiento por presentar malestar inespecífico y el 11.5 % (3/26) que manifiestan posibilidad de abandono del tratamiento antituberculoso por vivir lejos del centro de salud.

GRAFICO N° 16

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES
UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGIA SEGÚN: POSIBILIDAD DE ABANDONO
DEL TRATAMIENTO; DISTRITO SANITARIO EJE DE LA COSTA
PUERTO CABELLO ESTADO CARABOBO 2004



Fuente: Cuadro N° 16

Análisis de los resultados

En el marco del estudio se formularon un objetivo general y dos objetivos específicos, los cuales orientan el análisis cuantitativo de los resultados obtenidos. Dentro de este contexto, el primer objetivo específico buscó identificar los **factores sociales** asociados a la deserción del paciente en tratamiento antituberculoso en donde se obtuvo que:

Las características de la muestra permiten observar que en el cuadro y gráfico N° 1 en relación con el nivel académico de los pacientes, predominan la educación primaria y el bachillerato completo, los resultados son repartidos en partes iguales en un 38.46 %, seguidos de un 11.54% con educación técnica incompleta y un 11.54% con educación universitaria incompleta. Estos resultados son vinculantes con lo expuesto por Fuentes, Q., (2001) donde describe que el patrón cultural y el bajo nivel educativo son los factores importantes asociados a tal deserción.

En relación al cuadro y gráfico N° 2 con respecto al tipo de vivienda se puede evidenciar que prácticamente tres tercios (76.9%) viven de manera adecuada de tal modo que no hay ningún sujeto en condición de indigencia. Estos resultados no se relacionan con lo establecido por Díaz, E., Brugal, T., y Pasarín, I., (2001) cuando refieren que la relación entre la Tuberculosis, y

la privación social, la pobreza extrema y el hacinamiento y la indigencia son factores que influyen negativamente en el tratamiento del paciente tuberculoso.

En cuanto al cuadro y grafico N° 3, inherente al número de personas que conforman su grupo familiar” predominan el 80.8 % de los sujetos que tienen una familia mayor de tres personas. Los mencionados resultados tienen relación con lo descrito por Díaz, E., Brugal, T., y Pasarín, I., (2001), cuando expresan que según datos analizados un elevado número de miembros en el grupo familiar puede influir de manera estadísticamente positiva en el abandono del tratamiento antituberculoso.

En el cuadro y gráfico N° 4: “referido a señale la formas de abastecimiento de agua potable en su vivienda” el 92.3% (24/26) recibe el agua por medio de distribución urbana es decir por medio de tuberías para tal fin. Según los datos analizados la forma de recolección de agua potable no se relaciona estadísticamente con el abandono del tratamiento antituberculoso.

Con respecto al cuadro y grafico N° 5 referido a: “Identifique la manera de disposición de aguas negras en su vivienda” predominan el 80.8% (21/26) que disponen de una distribución urbana adecuada para las

aguas negras o residuales, es decir por medio de tuberías para tal fin. Seguidos del 15.4% (4/26) que disponen de sus aguas negras a través de pozos sépticos, los mencionados resultados no son vinculantes con lo descrito por Navarro, M., Y Romero, P., (2000) que la falta de servicios básicos desde el punto de vista de la salud conllevan al proceso de desintegración social de las zonas más pobres.

Seguidamente, el cuadro y gráfico N° 6 “Señale la manera de eliminar la basura en su hogar” predomina el 92.4% (24/26) de los sujetos que cuentan con un adecuado medio para la recolección y disposición de los desechos sólidos, es decir por medio de aseo urbano. Seguido del 3,8 % (1/26) que quema los desechos sólidos, mientras que otro lo arroja al medio ambiente. Según los datos analizados, la forma de disposición de la basura no se relaciona con lo expuesto por la OMS (1999) cuando establece que el rápido aumento de la densidad de población a nivel mundial está convirtiendo la recogida y eliminación de basura doméstica en un problema muy complejo que ha repercutido desfavorablemente en la salud y puede ser la causa de deserción del paciente en tratamiento antituberculoso.

En relación al cuadro y gráfico N° 7, y cuadro y gráfico N° 8 inherente a la cantidad de alimentos ingeridos a diario y consumo de alimentos de origen animal, el 23.1% (6/26) de los sujetos manifestó que ingieren

alimentos 2 veces y el 3.8% (1/26) ingiere alimentos 1 vez al día. Ningún sujeto ingiere a veces u ocasionalmente. Asimismo el 43.3% (11/26) sujetos que ingieren alimentos de origen animal solo una vez a la semana, el 7,7% (2/26) de los sujetos que no recuerdan las veces que ingieren alimentos de origen animal y el 3.8% que ingiere alimentos de origen animal una vez al mes. Estos resultados guardan relación con lo expuesto por la OMS (1999) cuando señala que el consumo de alimentos en enfermos con TBC Pulmonar es deficiente para satisfacer sus necesidades y podría ser una causa de abandono del tratamiento.

Para el cuadro y grafico N° 9 referido a “Señale las características de acceso de su domicilio al centro de salud” predominan el 38.5% (10/26) sujetos que refieren vivir lejos del centro de salud coordinador de los programas antituberculosos y se relaciona directamente con lo expuesto por Álvarez, G., (1998).cuando refiere que las carencias de sanidad básica e inaccesibilidad del servicio de salud son factores condicionantes que intervienen en el control de la enfermedad.

En relación al cuadro y grafico N° 10 referido a “Describa la manera de comportarse la familia ante su enfermedad” predomina el 69.3 % (18/26) sujetos que refieren que su familia manifiesta mucha preocupación por su enfermedad, seguidos del 26.9% (7/26) sujetos que manifestaron que su

familia presenta cierto grado de preocupación por su enfermedad. Solo el 3.8% (1/26) manifestó que su familia no se preocupa. Estos resultados son vinculantes con lo descrito por Parra, M., (1996) dado a que la función que cumple la familia está estrechamente ligada a los procesos individuales, a la socialización y apoyo efectivo, representando un marco en el apoyo del rol de cada uno de sus integrantes para mejorar su calidad de vida.

El segundo objetivo específico buscó identificar los factores económicos asociados a la deserción del paciente en tratamiento antituberculoso por lo que se tiene:

Para el cuadro y gráfico N° 11 referido a “Señale las condiciones de labores diarias para ganar el sustento que Usted realiza”, los resultados arrojaron que el 38.5% (10/26) de los encuestados están en condición de desempleados, por lo tanto, no tienen ingreso económico. Seguidos del 34.6% (9/26) sujetos que manifestaron realizar trabajos por su cuenta, esto permite considerar un ingreso fijo ya que dependerá de los factores que influyen en su trabajo diario. Estos resultados tienen relación directa con lo expuesto por Díaz, E., Brugal, T., y Pasarín, I., (2001) cuando refieren que la privación material sigue estando relacionada con la Tuberculosis y de abono del tratamiento.

Para el cuadro y gráfico N° 12, referido a “Su ingreso mensual producto de su trabajo se ubica en”. Se observa predominio del 38.5 % (10/26) que devengan salarios comprendidos entre 100.000 Bs. y salario mínimo. Seguidos del 34.6% (9/26) de los sujetos que no tienen ingresos fijos. El 15.4% (4/26) de los sujetos que devengan ingresos correspondientes al salario mínimo y el 11.5% (3/26) de los sujetos que reciben ingresos económicos menores a 100.000 Bs. Estos resultados corroboran lo expuesto por Figuera, E., Méndez, D., Montañó, R., Escalante, A., y Sánchez, R., (2000) cuando exponen que en la mayoría de los hogares Venezolanos los ingresos económicos son insuficientes para cubrir el costo de la canasta normativa de los alimentos y podría ser causa de abandono del tratamiento.

En relación con el cuadro y gráfico N° 13 referido a “indique la manera de desplazarse hacia el centro de salud” se obtuvo que el 84.6% (22/26) de los sujetos se desplazan en buseta al centro de salud coordinador del programa antituberculoso. Esto corrobora lo descrito por Navarro., M., y Romero P., (2000) cuando establecen que el acceso a los centros de salud depende de aspectos fundamentales la existencia de una oferta sostenida y regular de servicios lo que implica que cuando una familia necesite del servicio de salud, este se encuentre a una distancia que se pueda llegar sin grandes esfuerzos de tiempo y dinero.

En cuanto al cuadro y grafico N° 14 referido a “Señale la frecuencia que es visitado en su domicilio por el personal del centro asistencial” predominan el 65.4% (17/26) de los sujetos que manifiestan nunca haber sido visitados por el personal de salud del centro asistencial adscrito al programa antituberculoso. Estos resultados se relacionan directamente con lo expuesto por Fuentes, Q., (2001), cuando expresa que se ha encontrado un elevado índice de deserción del tratamiento antituberculoso el cuál se cree sea debido a la falta de servicio social y de visitadores además del poco contacto médico, enfermera – paciente.

En relación con el cuadro y gráfico N° 15, referido a “Describa si ha recibido el apoyo de miembros de la comunidad organizados por el centro de salud” predominan el 53.8% (14/26) sujetos quienes manifiestan no haber recibido apoyo de la comunidad para su enfermedad. Estos resultados corresponden a lo mencionado por el Grupo Orgánico de Enfermedades Transmisibles (OMS) (1999) cuando expresa que el personal de salud, los funcionarios de sanidad pública, las instancias gubernamentales y las comunidades deben compartir y dispensar una gama de servicios de apoyo que los pacientes necesitan para continuar y completar el tratamiento.

Finalmente, para el cuadro y gráfico N° 16 referido a “Señale si ha pensado abandonar el tratamiento debido a que” el 69.2% (18/26) de los

elementos muestrales manifiestan posibilidad de abandono del tratamiento antituberculosos por mejoría. Seguidos del 19.2 % (5/26) que manifestaron posibilidad de abandono de tratamiento por presentar malestar inespecífico y el 11.5 % (3/26) que manifiestan posibilidad de abandono del tratamiento antituberculoso por vivir lejos del centro de salud. Estos resultados corroboran lo expuesto por Grupo Orgánico de Enfermedades Transmisibles (OMS) (1999) cuando expresan que existen situaciones capaces de influir en la deserción del tratamiento antituberculoso, como una rápida mejoría, el malestar producido por las drogas o el difícil acceso al centro de salud.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo o fase final de la investigación se presentan las conclusiones y recomendaciones surgidas del presente estudio que investigó los factores asociados a la deserción del paciente en tratamiento antituberculoso.

Conclusiones

Las conclusiones fueron hecha en base a los objetivos planteados y la luz de la investigación por lo tanto, se puede concluir que:

Para el primer objetivo específico que buscó identificar los **factores sociales** asociados a la deserción del paciente en tratamiento antituberculoso, los resultados obtenidos permiten evidenciar que el 38.5 % de la muestra posee un nivel de baja escolaridad, el 80.8 % convive con un numeroso grupo familiar; el 23.1 % de los sujetos manifestó ingerir alimentos 2 veces al día, en tanto que el 43,3 % manifestó ingerir alimentos de origen animal solo una vez por semana asimismo, el 38.5 % de los elementos

encuestados opinó vivir lejos del centro de salud y otro 26.9 % manifestó poca preocupación de su familia ante la enfermedad.

En cuanto al objetivo específico que buscó identificar los **factores económicos** a la deserción del paciente en tratamiento antituberculoso, los resultados permitieron conocer según las opiniones de los elementos encuestados que el 38.5 % se encuentran en condición de desempleo, Seguidos del 34.6% de los sujetos que manifestaron realizar trabajos por su cuenta y devengar ingresos por debajo del salario mínimo. De igual modo, el 65.4 % de los sujetos opinó no haber sido visitado nunca en su domicilio por el personal de salud, en tanto que el 53.8% manifestó no haber recibido apoyo de la comunidad y el 69,2 % considera la posibilidad de abandono del tratamiento por mejoría.

En líneas generales, los resultados del presente estudio de investigación ponen en evidencia la influencia de factores sociales y económicos que podrían ser la causa de deserción del paciente en tratamiento antituberculoso, por lo que se amerita la intervención eficaz y oportuna del equipo de salud, estableciendo la correcta terapia y estrictamente supervisada que permita controlar la incidencia y reducir la morbilidad y mortalidad de la Tuberculosis la cual se ha constituido en un problema de salud pública como factor de epidemia con características mundiales.

Recomendaciones

Presentar los resultados del estudio a las autoridades del Distrito Sanitario Eje de La Costa para fortalecer la investigación desde la práctica de enfermería.

Incentivar al personal de enfermería acerca de la práctica de la visita domiciliaria y seguimiento de los casos a fin de verificar que el paciente cumpla estrictamente con su tratamiento, fomentando la prevención de riesgos a la familia y comunidad.

Implementar programas educativos sobre la Tuberculosis dirigidos a los pacientes en tratamiento antituberculoso con el objetivo de fortalecer mediante la información el cumplimiento del tratamiento y evitar la deserción.

Planificar encuentros de discusión con el equipo de salud a objeto de retomar la atención primaria que fomenten el bienestar y disminuyan la morbilidad y mortalidad por Tuberculosis.

BIBLIOGRAFÍA

- ALVAREZ, G., (1998) **Problemas para el control mundial de la Tuberculosis**. Revista del instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. México.
- ARMENGOL, R., Y GUILARTE, A., (1998) **Norma Oficial Venezolana del Programa Nacional Integrado de Control de la Tuberculosis**. División técnica de programas de Tuberculosis y enfermedades respiratorias. Revisión 1998.
- BARRETO, G., y PEREZ O., (2001) **“Participación de la familia en la rehabilitación del enfermo portador de Tuberculosis en el Distrito Sanitario N° 5 Eje de La Costa”** Puerto Cabello, Estado Carabobo. T.E.G. Escuela de Enfermería Facultad de Medicina U.C.V.
- BAVARESCO de PRIETO A., (1997) **“Proceso Metodológico en la Investigación”**. 1era edición. Editorial Universidad del Zulia. Maracaibo. Venezuela.
- BIASOTI A., (1999) **“Futuro; Suplemento de Ciencia”** Pág. 12 Argentina.
- CORREA T., BARRAGÁN A., y OLVERA, R., (1998) **“La Tuberculosis Pulmonar en un grupo de pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias”** México. Estudio Antropológico.
- DELGADO ZORAIDA (2001) **“Participación del profesional de enfermería en la atención de los miembros de la comunidad con riesgo de Tuberculosis Pulmonar que asisten a los ambulatorios del distrito sanitario N° 1”** Porlamar Estado Nueva Esparta. TEG U.C.V.
- DÍAZ E., BRUGAL, T., y PASARIN I., (2001) **“Influencia de las desigualdades sociales, la conflictividad social y la pobreza extrema sobre la morbilidad por Tuberculosis en la ciudad de Barcelona”**. España.
- DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD POBLACIONAL (2002) **“Programa Nacional Integrado de Control de la Tuberculosis”** MSDS Caracas.
- FIGUERA, Evelia, MENDEZ, Doris, MONTAÑO, Ricarda, ESCALANTE Aura y SANCHEZ Rosario (2000) **Módulo Instruccional Enfermería**

Comunitaria III Escuela de Enfermería Facultad de Medicina U.C.V.
Caracas, Venezuela.

FUENTES, Q., (2001) “**Enfermedades Respiratorias**” INSALUD Puerto Cabello, Estado Carabobo. Diario Noti tarde 25-03-01.

GONZALEZ, A., LOBO, O., y GARCÍA, J., (1991) **Tuberculosis Epidemiología clínica, diagnóstico y tratamiento**. Editexto. Caracas.

HERNÁNDEZ Palmira (2002) “**Factores socioeconómicos presentes en el abandono del tratamiento de la Tuberculosis en enfermos de 21 hasta 60 años en la unidad de Neumotisiología del distrito N° III de San Martín en el primer trimestre del año 2002**” Caracas. T.E.G. Escuela de Enfermería Facultad de Medicina U.C.V

HERNÁNDEZ S., SAMPIERI, R., FERNÁNDEZ, C, BAPTISTA L , (1998) “**Metodología de la Investigación**”. Segunda Edición. Editorial Mc Graw – Hill. México.

KOZIER, B., (1999) **Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y prácticas**. Mac Graw – Hill Interamericana. 5ta Edición. México.

MARK, H Y BEERS, M.D (1999) **El manual de Merck** Decimoséptima Edición. Edición Centenaria. Editorial Hacourt. España.

MILLÁN T., (1996) “**Aportes para un estudio de la pobreza**” Enciclopedia de antropología” <http://www.geocities.com/tomaustin.cl/soc/pbreza.htm>

MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL. **Agenda Salud y Vida**. Diario Últimas Noticias. Año1-Nro.39. 23-03-03. Caracas, Venezuela.

NAVARRO M., y ROMERO P., (2000) **Enfermería Comunitaria**. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad de Carabobo. Valencia.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1999) “**Guía para comprender la estrategia DOTS/TAES de lucha antituberculosa**” Grupo orgánico de enfermedades transmisibles, prevención y control. Apoyo a los países.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD (2002) **“El control de la Tuberculosis en las Américas”** <http://www.infecto.edu.uy/casos/caso39>

PINEDA, E., ALVARADO, E., y CANALES, F., (1994) **“Metodología de la Investigación”**. Segunda Edición. Editorial Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., E.U.A.

POLIT D., y HUNGLER B., (1994) **“Investigación científica en Ciencias de la salud”** Editorial McGraw Hill México. D.F.

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA (1999) **Constitución Nacional**. Litográfica H.R.B. Caracas, Venezuela.

TORRES M., (1998) **Enfermería Comunitaria e investigación aplicada**. Módulo Instruccional. 2da Edición .Colegio Universitario Cecilio Acosta. Los Teques.

TAMAYO Y TAMAYO (1.998) **El proceso de la investigación científica**. 2da Edición Editorial Limusa. México. DF.

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

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE LOS FACTORES
ASOCIADOS EN LA DESERCIÓN DEL PACIENTO EN TRATAMIENTO
ANTITUBERCULOSO DE LA UNIDAD DE NEUMOTISIOLOGÍA DISTRITO
SANITARIO EJE DE LA COSTA PUERTO CABELLO
ESTADO CARABOBO.**

(Cuestionario)

Autoras:
Eugenia Chirino
Erika Díaz
Wilerma Sánchez

Puerto Cabello, Septiembre 2005

PRESENTACIÓN

Estimado usuario:

El presente instrumento ha sido diseñado con el propósito de identificar los factores asociados a la deserción del paciente en tratamiento antituberculoso en la Unidad de Neumotisiología del Distrito Sanitario Eje de La Costa en Puerto Cabello Estado Carabobo. El cual tiene como objeto principal elaborar un estudio de investigación que será presentado como requisito parcial para optar al título de Licenciado en Enfermería en la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela.

Este instrumento ha sido elaborado con fines de realizar un trabajo de investigación, por lo tanto le agradecemos responder las interrogantes con la mayor objetividad y veracidad posible, las respuestas suministradas son de estricta confiabilidad por lo tanto no firme la encuesta.

Muchas gracias por su colaboración.

Las autoras

INSTRUCCIONES

Lea cuidadosamente todo el cuestionario antes de responder las preguntas

El presente cuestionario está elaborado por 16 preguntas con 4 alternativas de respuestas:

- Marque con una equis (X) la respuesta que considere correcta.
- No deje preguntas sin responder.
- Recuerde que no es necesario firmar el presente cuestionario.
- Ante cualquier duda consulte al encuestador o persona que le haya entregado este documento.

PARTE I

1.- ¿Que grado de instrucción ha obtenido Usted?

- a) Primaria: Completa: _____ Incompleta: _____
- b) Bachillerato: Completo: _____ Incompleto: _____
- c) Técnico: Completo: _____ Incompleto: _____
- d) Universitario: Completo: _____ Incompleto: _____

2.- Señale las características del lugar donde vive:

- a) Rancho
- b) Casa
- c) Apartamento
- d) Al aire libre

3.- Describa el número de personas que conforman su grupo familiar:

- a) Solo
- b) Con su pareja
- b) Tres personas
- c) Más de tres personas

4.- Señale la forma de abastecimiento de agua potable en su vivienda:

- a) Por tubería
- b) Por camiones
- c) Cuando llueve
- d) Acarreo

5.- Identifique la manera de disposición de aguas servidas en su vivienda :

- a) Cloacas
- b) Excusado

- c) Pozos sépticos
- d) ninguna

6.- Señale la manera de eliminar la basura en su hogar:

- a) Aseo urbano
- b) Quema
- c) Reciclaje
- d) Relleno sanitario.

7.- Señale cuantas veces consume alimentos al día:

- a) Una vez al día.
- b) Dos veces al día
- c) Tres veces diarias
- d) A veces

8.- Señale el consumo frecuente de alimentos de origen animal

- a) Todos los días.
- b) Una vez por semana
- c) Una vez al mes.
- d) No recuerda.

9.- Señale las características de acceso de su domicilio al centro de salud:

- a) Lejos
- b) Cerca
- c) Vías de fácil acceso.
- d) Vías en mal estado.

10.- Describa la manera de comportarse la familia ante la enfermedad:

- a) Ha mostrado mucha preocupación por su salud:
- b) Han mostrado poca preocupación
- c) No se preocupan.
- d) Lo rechazan.

11.- Señale las condiciones de sus labores diarias:

- a) Empleo fijo
- b) Por su cuenta
- c) Contratado
- d) Desempleado.

12.-Su ingreso mensual producto de su trabajo se ubica entre:

- a) Salario mínimo
- b) Entre 50. 0000 y 100.000 mil Bs.
- c) Menos de 100.000 Bs.
- d) No tiene ingresos.

13.- Indique la manera de desplazarse hacia el centro de salud:

- a) En buseta
- b) En bicicleta.
- c) Auto propio
- d) Caminando

14.- Mencione la frecuencia que le visita el personal del centro de salud:

- a) Una vez por semana
- b) Cada dos semanas
- c) Una Vez al mes
- d) Nunca le han visitado.

15.- ¿Ha recibido Ud. el apoyo de líderes de la comunidad organizados por el centro de salud para combatir la enfermedad?:

- a) Siempre
- b) Algunas veces
- c) No recuerda
- d) Nunca

16.- Cree usted que las causas de abandono del tratamiento pudiera ser debido a que:

- a) El tiempo de duración es muy largo.
- b) Ha mejorado su salud.
- c) Le ha ocasionado malestar.
- d) Vive muy retirado del centro de salud.

CERTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR EXPERTO

Quién suscribe: _____, Profesor en: _____,

certifico que a petición de la parte interesada, revisé y validé el instrumento de recolección de datos tipo cuestionario, elaborado y diseñado por las T.S.U en Enfermería: Eugenia Chirino C.I.: 7.166.200, Erika Díaz C.I.: 14.537.488 y Wilerma Sánchez C. I.: 7.168.534 El mencionado instrumento les permitirá recolectar la información para la elaboración de su trabajo especial de grado titulado: **Factores asociados a la deserción del paciente en tratamiento antituberculoso en la Unidad de Neumotisiología Distrito Sanitario Eje de La Costa** de Puerto Cabello Estado Carabobo. Como requisito para optar por el título de Licenciado (a) en Enfermería de la Universidad central de Venezuela.

Revisado el instrumento a los fines de recoger información de su trabajo de grado, me permito informarles que en el mismo se observa: coherencia, redacción, estilo, dirección, orden lógico y correspondencia con los objetivos y la variable en estudio.

En Caracas a los _____ días del mes de _____ 2004

Firma

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de tutor del trabajo especial de grado, elaborado y presentado por los Técnicos Superiores Universitarios en Enfermería: Chirino Eugenia, Díaz Erika y Sánchez Wilerma; para optar por el título de: LICENCIADO EN ENFERMERIA, cuyo título es: **Factores asociados a la deserción del paciente en tratamiento antituberculoso en la Unidad de Neumotisiología Distrito Sanitario Eje de La Costa Puerto Cabello Estado Carabobo 2004**, el cual considero que reúne todos los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de _____ a los _____ del mes de _____ del 2005

Prof: B. Santiago Guerrero R.

C.I: