



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



**MEDIDAS DE CONTROL SOCIO - CULTURAL POR ENFERMERIA PARA
QUE EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE
CONTINUIDAD AL TRATAMIENTO AL EGRESAR. AREA DE MEDICINA,
HOSPITAL VARGAS, PRIMER SEMESTRE 2009**

Trabajo presentado como requisito parcial para optar al Título de Licenciado en Enfermería

**Tutora:
Prof. Ricarda Montaña**

**Autoras:
González, Dlozelina
C.I. Nº 12.390.904
Pereda Jineth
C.I. Nº 7.993.710**

Caracas, 2010

**MEDIDAS DE CONTROL SOCIO - CULTURAL POR ENFERMERIA PARA
QUE EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE
CONTINUIDAD AL TRATAMIENTO AL EGRESAR. AREA DE MEDICINA,
HOSPITAL VARGAS, PRIMER SEMESTRE 2009**

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de tutor del Trabajo Especial de Grado, presentado por las bachilleres: González, Dioselina, y Pereda Jineth para optar por el título de **LICENCIADO EN ENFERMERÍA**, que lleva por título: **MEDIDAS DE CONTROL SOCIO – CULTURAL POR ENFERMERIA PARA QUE EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE CONTINUIDAD A TRATAMIENTO A EGRESAR**. Considero que reúne las condiciones y méritos suficientes para ser sometida a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Caracas, a los días del mes de de
dos mil diez.

Prof. Ricarda Montaña

INDICE GENERAL

	Pág.
Aprobación de Tesis.....	iii
Índice.....	iv
Lista de Cuadros.....	v
Lista de Gráficos.....	vi
Resumen.....	vii
Introducción.....	1
Capítulo I: El Problema	
1.1. Planteamiento del Problema.....	3
Objetivos de la Investigación.....	6
1.1. Objetivo General.....	6
1.3. Objetivos Específicos.....	7
1.4. Justificación.....	7
Capítulo II: Marco Teórico	
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	10
2.2. Bases Teóricas.....	12
2.3. Sistema de Variable.....	60
2.4. Operacionalización de Variable.....	61
Capítulo III: Marco Metodológico	
3.1. Tipo de la investigación.....	62
3.2. Población.....	63
3.2.Muestra.....	63
3.3. Métodos e instrumento de recolección de datos.....	63
3.4. Validez.....	64
3.4. Confiabilidad.....	64
3.5. Procedimiento para la recolección de datos.....	65
3.6. Técnicas de análisis de los resultados.....	67
Capítulo IV: Análisis e Interpretación de los Resultados	
4.1.Resultados de La Investigación.....	83
Capítulo V: Conclusiones Y Recomendaciones	
5.1. Conclusiones.....	85
5.2. Recomendaciones.....	86
Referencias Bibliográficas.....	87
Anexos	
Anexo a.- Instrumento aplicado	
Anexo b.- Certificado de Validez del instrumento	

LISTA DE CUADROS

Nº		Pág.
1	Distribución de las observaciones hechas a enfermería aportando medidas de control social al paciente con TBCP por medio del sub indicador criterio de atención con el reingreso del indicador red de vigilancia	68
2	Distribución de las observaciones hechas a enfermería aportando medidas de control social al paciente con TBCP por medio del sub indicador tratamiento del indicador red de vigilancia	71
3	Distribución de las observaciones hechas a enfermería aportando medidas de control social al paciente con TBCP por medio del sub indicador búsqueda de contacto del indicador red de vigilancia	74
4	Distribución de las observaciones hechas a enfermería aportando medidas de control social al paciente con TBCP por medio del sub indicador búsqueda de contacto del indicador red de vigilancia	77
5	Distribución de las observaciones hechas a enfermería aportando medidas de control cultural al paciente con TBCP por medio del sub indicador búsqueda de contacto del indicador red de vigilancia	80

LISTA DE GRÁFICOS

Nº		Pág.
1	Distribución porcentual de las observaciones hechas a enfermería aportando medidas de control social al paciente con TBCP por medio del sub indicador criterio de atención con el reingreso del indicador red de vigilancia	70
2	Distribución porcentual de las observaciones hechas a enfermería aportando medidas de control social al paciente con TBCP por medio del sub indicador tratamiento del indicador red de vigilancia	73
3	Distribución porcentual de las observaciones hechas a enfermería aportando medidas de control social al paciente con TBCP por medio del sub indicador búsqueda de contacto del indicador red de vigilancia	76
4	Distribución porcentual de las observaciones hechas a enfermería aportando medidas de control social al paciente con TBCP por medio del sub indicador búsqueda de contacto del indicador red de vigilancia	79
5	Distribución porcentual de las observaciones hechas a enfermería aportando medidas de control cultural al paciente con TBCP por medio del sub indicador búsqueda de contacto del indicador red de vigilancia	82



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



MEDIDAS DE CONTROL SOCIO – CULTURAL POR ENFERMERIA PARA QUE EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE CONTINUIDAD A TRATAMIENTO A EGRESAR AREA DE MEDICINA, HOSPITAL VARGAS, PRIMER SEMESTRE 2009

**Autoras:
González, Dioselina
Pereda Jineth
Tutor:
Prof. Ricarda Montaña
Año: 2010**

RESUMEN

La tuberculosis pulmonar (TBCP), es una afección del parénquima Alveolar producida por la invasión de bacilos de Koch en el organismo. La reacción del huésped depende de la virulencia del agente y del sistema inmunológico del usuario. Las medidas de control desde un orden socio cultural incidirán en el descenso de la morb – mortalidad, en ello se vislumbra el componente sanitario y el tratamiento oportuno antituberculoso un acontecimiento fundamental y de impacto en el campo de salud publica radica en la eliminación de los bacilos tuberculosos del paciente. La investigación es de tipo descriptiva y de campo que amerito el uso de un cuestionario tipo lista de cotejo en escala Liker de respuesta (siempre, alguna vez, y nunca), conformado por 20 items el cual requirió su confiabilidad por medio de una prueba piloto con (8) personas cuyo resultados dio (0,77) permitió demostrar la confiabilidad, el instrumento es de tipo lista de cotejo. Los resultados se obtuvieron por medio de la técnica de observación, demostrando que la población objeto estudio medianamente cumple con medidas de control socio cultural a favor de la continuidad del tratamiento antituberculoso

INTRODUCCION

Las medidas de control sociocultural en el paciente con Tuberculosis Pulmonar, ejercidas por enfermería en los establecimientos de salud, constituyen un bloque asistencial que tiene como fundamento acercar los conocimientos de la situación del entorno del paciente como método epidemiológico que sigue los estudios de casos y controles en favor del alcance de la recuperación de quien padezca la enfermedad.

En ese sentido, el tratamiento antituberculoso se concibe como la base fundamental contra el *mycobacterium tuberculosis*, así como del desarrollo continuo del foco de infección. Por tanto el tratamiento actúa tanto en los focos iniciales y en las formas graves por lo cual este acto representa la prioridad en la atención sanitaria del paciente con TBPC.

De acuerdo a los preceptos señalados se desarrolla la investigación en la sala de medicina Adulta (II) Hospital Vargas, Caracas, cuya población objeto estudio es representado por enfermería, el cual se encuentra estructurado en cinco (5) capítulos):

En el Capítulo I, se describe el planteamiento del problema, los objetivos generales y específicos, así como la justificación.

El Capítulo II, hace referencia a los antecedentes de la investigación, bases teóricas, así como el sistema de variables y su operacionalización.

En el Capítulo III, se presenta el tipo de investigación, diseño de la investigación, la población y muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento.

En el Capítulo IV, se muestra la presentación y análisis de los resultados.

En el Capítulo V, se incluyen las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio. Finalmente, se presentan las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

La tuberculosis pulmonar (TBCP), representa uno de los problemas que en la actualidad, es considerada como principal factor desencadenante de una de las primeras causas de defunción en el mundo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), (2008), describe que la prevalencia de esta enfermedad ha estado incrementándose en los últimos años y estima que a nivel mundial ocurren anualmente “691, 000,000 de personas que la padecen y que anualmente fallecen 7.200.000 por causas de tuberculosis pulmonar y casi la cuarta parte de la mortalidad total” (Pàg.196). Los autores continúan destacando que la frecuencia de esta enfermedad ocurre por factores de riesgo de orden socio culturales que inciden negativamente en la calidad de vida de la población.

En países latinoamericano según Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2008), la “estadísticas reflejan que de un 30% y 80% de los usuarios con TBCP que son tendidos en la red primaria son referidos a la red de atención terciaria motivado a complicaciones por consecuencia del abandono del tratamiento, la tuberculosis pulmonar ocupa el quinto lugar de mortalidad en los países de América Latina” (Pàg.136). De allí que estos datos

epidemiológicos continúan destacando los autores, registrados por organizaciones internacionales describen, la prevalencia de esta enfermedad la cual en los últimos años ha venido representando un alto índice de morbilidades que oscila entre 70% y 75% por cada mil habitante y está presente en comunidades de un nivel socioeconómico y cultural más empobrecido.

En Venezuela, según informe del programa de enfermedades respiratorias Ministerio del Poder Popular de la Salud (MPPS), (2008), la TBCP también se ha incrementado a partir del 2006 con una tasa de 26,07% por 100.000 habitantes con más preferencias en regiones que presentan mayor concentración de poblaciones en características de pobreza, destacando el Distrito Capital (Caracas) con 196,9% por 100.000 habitantes” (Pàg.12). la misma referencia hace mención de sectores institucionales de salud que presentan un marcado número de personas con TBCP en control que reinciden por abandono al tratamiento antituberculoso, situación presentada en el servicio de Medicina Adulto del Hospital IV, José María Vargas Caracas, quienes publicaron en el informe Epidemiológico (2008), 16 personas que ingresaron con diagnóstico clínico de TBCP de los cuales (9) son reincidentes por abandono del tratamiento, aumentando la cifras para el (2009), de 27 nuevos casos y de ellos (11) eran reincidentes, presentado condiciones sociales común de pobreza relativa” (Pàg.6). Tomando en cuenta lo expuesto en la referencia se hace necesario reseñar las condiciones de pobreza y quizás la influencia que representa en ellos para que ocurra el abandono del

tratamiento, aunado a las condiciones y estilos de vida las cuales fomentan la reincidencia a la Tuberculosis Pulmonar (TBCP).

En ese sentido se puede aceptar la influencia de factores socio culturales como medio coadyuvantes para que personas /grupos no culminen con el tratamiento y e esa manera alcanzar una pronta y oportuna recuperación.

La rápida expansión por parte del servicio de atención a estos pacientes debe movilizarse con sentido práctico para orientación y de apoyo en garantía del control, en ello merece destacar al personal de enfermería adscritos a la sala de Medicina Adulto Hospital Vargas. Desde esta perspectiva la enfermera juega un rol protagónico lo que le permite en su campo laboral encontrar soluciones con un basamento de orden social en los distintos problemas que presentan estas personas. Por tanto la asistencia debe ser enmarcada en el fomento del control y seguimiento del paciente al egresar del área de hospitalización, esperando contribuir desde este campo mejorar la continuidad en la vigilancia de la administración del tratamiento como medida básica para evitar la reincidencia de la Tuberculosis Pulmonar (TBCP), atención a los pacientes con énfasis en las acciones de educación y prevención de alto riesgo al abandono del tratamiento y con ellos disminuir el índice de morbilidad y mortalidad así mismo introducir y ampliar el que hacer de enfermería que considere los niveles sociales y culturales para la protección social que traerá como resultado el fortalecimiento de factores protectores de la salud en estas personas.

Tomando en cuenta los hechos planteados se hacen las interrogantes siguientes:

¿Cómo enfermería establece medidas de control social con pacientes de diagnostico con TBCP para que den continuidad al tratamiento anti tuberculosis al egresar de la sala de hospitalización?

¿Cómo enfermería establece medidas de control cultural con pacientes de diagnostico con TBCP para que den continuidad al tratamiento anti tuberculosis al egresar de la sala de hospitalización?

En respuestas a las interrogantes hechas se hace el siguiente planteamiento de problemas:

¿Cuáles son las medidas de control socio cultural por enfermería con pacientes de diagnostico con TBCP para dar continuidad en el cumplimiento del tratamiento antituberculoso al egresar de la sala de Hospitalización Hospital Vargas. Primer semestre 2009?

1.1. Objetivo General

Determinar las medidas de control socio cultural por enfermería a pacientes de diagnostico con TBCP en la continuidad cumplimiento del tratamiento antituberculoso.

1.2. Objetivo Especifico

- Identificar como enfermería establece medidas de control social con pacientes de diagnostico con TBCP para dar continuidad en el cumplimiento del tratamiento antituberculosos.
- Identificar como enfermería establece medidas de control cultural con pacientes de diagnostico con TBCP para dar continuidad en el cumplimiento del tratamiento antituberculosos

1.3. Justificación

La Tuberculosis Pulmonar (TBCP), es una infección bacteriana causada por *Mycobacterium Tuberculosis* que histológicamente se caracteriza por formación de granulomas, habitualmente la enfermedad se localiza en los pulmones y se determina como de tipo infecto contagioso pero, puede afectar a cualquier órgano del cuerpo humano, la infecciones se contrae cuando la persona que padezca la enfermedad sin recibir tratamiento expulsa gotas de salivas al toser, también al estornudar y estas sean espuruladas al aire y fácilmente conforman el ciclo de contaminación. Esta situación relacionada a la permanencia en el medio del bacilo *Mycobacterium*, se presenta como una situación de salud que hace posible la permanencia de la Tuberculosis Pulmonar (TBCP) en el medio social.

Tomando en cuenta estos preceptos es lo que conduce a la justificación del desarrollo de la investigación como parte importante en el beneficio social que puede a porta en contenidos e ideas relacionados a las asistencias de

enfermería con estos pacientes. En ese sentido se ve con bastante importancia el desarrollo de la investigación, pero más aun cuando se busca por medio de su ejecución dos metas en el programa de control como lo son el medio social y cultural y su relación en el cumplimiento del tratamiento antituberculoso.

Otra acción que justifica la investigación, lo representa la intención de ofertarle al personal de salud una útil herramienta para consultar en aspectos de contenidos y metodológicos que puede servir para consultas a otras investigaciones que traten sobre el tema.

Siguiendo el orden de beneficios que aportaría el desarrollo de la investigación corresponde al beneficio a la institución hospitalaria y comunidad, motivados que de ser puesta su ejecución por medio de la red de vigilancia epidemiológica se aportaran contenidos que pueden ser puestos en practicas para beneficios social, las autoras de la investigación consideran necesario el desarrollo del estudio, como un medio para ofertarle a la institución una posible solución ante el problema planteado sobre el control necesario a favor del cumplimiento del tratamiento antituberculosos, en acción conjunta a la participación efectiva y concreta que requieren los usuarios que están hospitalizados en la Sala de Medicina Adulto del Hospital Vargas de Caracas.

Desde esta perspectiva la enfermera (o) juega un rol protagónico lo que le permite en su campo laboral encontrar soluciones con un basamento científico en los distintos problemas que se presenta, en el fomento de la salud de las personas esperando contribuir desde este campo mejorar la atención a los

pacientes con énfasis en las acciones de educación y prevención de alto riesgo de la tuberculosis pulmonar, consecuencias y con ellos disminuir el índice de morbilidad y mortalidad así mismo introducir y ampliar el que hacer de enfermería hacia la prevención a través de la educación, situación que traerá como resultado el fortalecimiento de factores protectores de la salud, por ello la investigación es relevante y se justifica por cuanto la promoción y prevención mejorara las condiciones de la vida de las personas.

En lo metodológico, al llevar a término el presente estudio de investigación servirá de estímulo y ayuda a otra investigación relacionada con el tema estudiado y a su vez seguir indagando sobre el tema.

Por otro lado será de gran utilidad para la institución de salud por cuanto proporcionara datos objetivos relacionados con el rol preventivo del profesional de enfermería en relación con las salas de medicina

Además será de utilidad porque con ellos se logra proyectar una imagen positiva antes la comunidad.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Este capítulo corresponde a los antecedentes de investigación, bases teóricas, sistemas de variable, con sus respectivas operacionalización.

2.1. Antecedentes de la Investigación.

A continuación son presentados antecedentes de investigación relacionados con la variable en estudios medidas de control socio – cultural por enfermería a pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar (TBCP), en la continuidad del cumplimiento del tratamiento antituberculoso.

Quevedo Anabel, Quevedo Lorena, (2009), realizaron una investigación en el Hospital Pérez Carreño, Caracas en el área de Hospitalización cuyo objetivo fue el de determinar la participación de enfermería orientando al paciente con TBCP acerca del fomento del cuidado requerido al egresar del área. La investigación es de tipo descriptivo se utilizó una lista de cotejo de 28 preguntas realizadas en una población estudio de 32 personas (de enfermería). Los resultados indican que enfermería tiene una participación parcial orientada sobre los cuidados terapéuticos a cumplir una vez que egresen del área de hospitalización.

Alcalá y Otros, (2005), realizaron una investigación titulada: rol de la enfermera en la educación para la salud a usuarios con tuberculosis pulmonar,

se planteo como objetivo principal determinar la acción de enfermería en usuarios con tuberculosis pulmonar. El trabajo se enmarca dentro del tipo de estudio descriptivo el cual se realizado en el ambulatorio” Dr. Cesar Rodríguez del Algodonal. La población estuvo conformada por (12) enfermeras que integran al grupo que laboran en dicha consulta. Los resultados señalan que las enfermeras en un porcentaje del 78% cumplen el rol de actividades educativas dirigidas a los usuarios que asisten a la consulta de neumotisiología, por otra parte las enfermeras periódicamente realizan charlas de promoción a la salud y la prevención secundaria. De lo antes expuesto se evidencia la importancia de la educación para la salud a través de la participación de enfermería en la búsqueda de minimizar factores de riesgo y crear hábitos y prácticas de la salud desde una concepción perspectiva y comprometida. Esta investigación guarda relación con el objeto de estudio debido a que se recoge información para brindar atención a los pacientes hospitalizados en las salas de medicina del hospital Vargas de Caracas.

A, González, P (2002), realizaron un estudio de investigación titulado: acciones de enfermería a usuarios con tuberculosis pulmonar, en el Hospital Universitario de Caracas. Los resultados evidenciaron que el programa de neumotisiología tuvo un efecto positivo en la adquisición de conocimiento de la enfermera, arrojó que el 63% de las acciones de la enfermera cumplen con las normas de tratamientos para la tuberculosis pulmonar y sirve de educación en el marco de la salud pública. La investigación citada sirve como marco de referencias, que tiene el mismo objetivo a desarrollar sobre la calidad de

atenciones de enfermería, lo cual presenta importante aporte desde el punto de vista conceptual sobre la tuberculosis pulmonar.

Rivas, Luisa, (2001), realizaron un trabajo de investigación a propósito de obtener el título de Licenciado en Enfermería en la Universidad “Rómulo Gallegos”, titulada, “Calidad de atención de enfermería a usuarios con tuberculosis pulmonar y la información que estos poseen sobre el control, y tratamiento de la afección” en el Hospital Dr, José Ignacio Baldo, el tipo de estudio es pre descriptivo. Para el desarrollo de la investigación se aplicaron dos instrumentos, uno para evaluar la información de los usuarios con tuberculosis pulmonar sobre la terapéutica para tales efectos resultando un 67% que el personal de enfermería realiza su trabajo con medidas de calidad y el que 53% también tiene un buen nivel de información sobre el tratamiento para la tuberculosis pulmonar. Esta investigación se relaciona con nuestro trabajo ya que refleja la necesidad de aplicar los procedimientos con eficiencia y eficacias en la búsqueda de la calidad.

2.2. Bases Teóricas

El contenido de este segmento corresponde a referencias bibliográficas que sustentan el desarrollo conceptual de la variable en estudio.

Enfermería Generalidades

Enfermería profesión hecha para la ciencia y el arte del cuidado de la salud ha experimentado grandes cambios. Los adelantos de la ciencia y la tecnología, así como los cambios de las estructuras y realidades de procesos

económicos, han dado como resultado que la enfermería al igual que otras profesiones haya ido perfeccionando los saberes desde un marco acorde a los avances cibernéticos y de tecnologías apropiadas según las exigencias del momento.

Ante estos cambios, de acuerdo a múltiples referencias como por ejemplo Beare / Mayers (2001), señala:

Enfermería es una profesión que integra datos de diferentes disciplinas, los principios de la ciencia de la enfermería se ven reforzados por informaciones complementarias provenientes de ciencias afines y humanista, en especial la filosofía, la psicología, y las áreas legales y éticas. Se ha apelado al papel de esta profesión para lograr el máximo del potencial de salud física, funcional y psico social del paciente (Pàg.8)

De acuerdo a la referencia consultada se trata de presentar a la profesión de enfermería con tendencias hacia el cuidado del paciente y/o clientes dentro de un marco técnico científico mediados en aportes terapéuticos para la restauración y fomento de la salud.

La salud corresponde, al eje central para la disciplinas de enfermería, la comprensión que se tenga sobre la salud orientara al profesional de enfermería hacia el cuidado requerido, por tanto, estos expresara un claro entendimiento de la definición de enfermería y estructura del progresivo desarrollo como base fundamental en la ciencia de la enfermería.

La relación del concepto salud con enfermería según, Beare /Meyers, (Op-cit), “influye sobre la practica asistencial al establecer sus metas, que evidencia

desarrollo o experiencias, en la forma en que se atiende a la persona en pro de la salud” (Pàg.180). En este caso, enfermería como profesión de la salud orientara sus prácticas en un núcleo de conocimientos necesario para dar salud.

Se acepta entonces a enfermería como profesión, sus prácticas clínicas deben estar formuladas con una clara dirección para definir la asistencia, orientar la investigación y desarrollar conocimientos,

Henderson, Virginia, (1987), considera a la “enfermería una profesión para dar asistencia a personas sanas y enfermos en actividades que contribuyen a la salud o recuperación, que esa persona realizará si tuviera fuerza, voluntad o conocimiento para ello” (Pàg.6). Esta definición de enfermería puede ser de la derivación de las actividades conducidas para satisfacer a las personas, grupos y comunidades en su medio.

A su vez, Orem Dorothea, (1982), citado por Susan Leydis, (1992), define la enfermería, “servicios humano destinados a vencer las limitaciones humanas del auto cuidado por razones relacionadas con la salud” (Pàg.190). la misma referencia continua señalando; las medidas de enfermería derivan de juicios con respecto a, por que los pacientes las necesitan, o sea las necesidades del enfermo de auto cuidado terapéutico que preserve y mantenga su vida y su salud.

En este caso el hombre – mujer es un todo integrado que funciona biológicamente y socialmente. Enfermería como profesión tiene un amplio

margen para cuidar y proteger a personas enfermas y sanas con centrado para facilitar la salud de estos.

Otra definición de enfermería corresponde a la de Flores Pérez, Domingo, (2006), quienes considera que la práctica de enfermería debe relacionarse a la investigación, fundamentando la aplicabilidad clínica con la disposición de una base estadística para evaluar resultados” (Pàg.86). Esta referencia le da un ambiente de atención a enfermería dentro de una disciplina enmarcada, tanto en la administración sanitaria como en los servicios clínicos, esta idea expresada trata de definir a la profesión como perfil de proyectos de investigación así como en labores de dirección de los mismos.

Relacionando los conceptos emitidos sobre enfermería con la investigación, se hace necesario aceptar el personal de enfermería como parte del equipo multidisciplinario en salud que cuenta con bases normativas según la institución y el área laboral. Enfermería puede ejercer sus funciones en cuatro grandes dimensiones: docencia, investigación, asistencial y la de gerencia administrativa, la capacidad de actuación tiene su identidad propia según las funciones que le corresponda ejercer.

En el caso específico se hará la mención de la capacidad de actuación de la enfermería de atención directa a personas sana, enferma y de la población general, para lo cual contara con un sistema organizativo integral, plasmado con conocimientos científicos, habilidades y actividades adecuadas, capaz de detectar las necesidades de personas, grupos a lo que atiende, ofreciendo

cuidado en los aspectos de promoción, prevención, y rehabilitación en función de la salud.

Desde esas perspectivas enfermería por medio de la atención directa pondrá la puesta en marcha de acciones coordinadas en la asistencia del área de hospitalización con pacientes hospitalizados con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. En ese sentido las autoras de la investigación comparten la idea de Sáez José, (2006), quien considera que el trabajo de “enfermería de atención directa debe ser un trabajo en equipo, que supone la integración de los conocimientos y aptitudes de sus miembros” (Pàg.131). Un equipo es un grupo de profesionales que comparten unos medios y objetivos comunes.

Este trabajo en equipo permitirá en el personal de enfermería conformar la unidad de servicios de trabajo u operativos. En ese ámbito las autoras consideran que al conformar equipos de trabajos permitirá por medio de la atención directa los puntos que a continuación se mencionan:

- Tratar el problema del paciente con TBCP de forma integral.
- Facilitar la tarea asistencial en beneficio del paciente
- Poseer mayor poder para influir para la organización asistencial según la necesidad identificada en el paciente con TBCP
- Contribuir al aumento de conocimientos sobre condiciones del paciente con TBCP
- Motivación y satisfacción de los componentes

Este trabajo en equipo para asistir al paciente con TBCP, servirá para que cada integrante sea punto de referencia como elemento decisivo para que enfermería se inicie por adoptar el método como factor facilitador del trabajo.

Ahora bien ¿Quiénes conforman el equipo?: las autoras consideran que son: enfermeras /os del área de hospitalización, enfermeras (os) de consultas neumotisiología, enfermeras /os módulos Barrio Adentro, enfermeras /os de ambulatorios, Enfermeras /os instituciones privadas, áreas epidemiológicas. La intención es la búsqueda del equilibrio caracterizado por un empeño que facilite la asistencia directa del paciente con TBCP, donde se encuentre.

En atención a lo expuesto señala, Marc Martínez, Orgullo, Salazar, (2006):

Para que un equipo funcione, se considera que se deben dar las siguientes condiciones: objetivas. Deben ser comunes para todos sus miembros, deben ser previamente entendidos, comprobar que no resultan compatibles con los objetivos profesionales, aceptarlos, comprometerse con ellos, y si es posible, que colaboren en su definición. Cada miembro deben estar definidos por el equipo. Se debe percibir que la participación es de beneficio para el paciente (Pàg.131)

De acuerdo a la referencia el equipo debe funcionar entorno al paciente durante su permanencia en el área de hospitalización, egreso y permanencia en el complemento de la rehabilitación. La formación de este equipo de trabajo (enfermería) debe ajustarse a las características concretas de los pacientes que planteen respuestas. En ese sentido, las características principales del trabajo desarrollado por el equipo de enfermeros /as es la atención (biosico social) del paciente en su contexto social, y de hospitalización considerando los

componentes que a continuación son señalados por medio del aumento de esfuerzo en conjunto:

- Fomento y promoción
- Protección de los casos

Fomento y Promoción: Se refiere al conjunto de acciones conducidas al mantenimiento y aumento de condiciones favorables a favor de las terapéuticas de los casos de TBPC. Uno de los aspectos importantes a considerar en este segmento, es la formación que tenga el personal de enfermería con respecto a la TBPC, en sus componentes enfermedades y forma de tratarla. La cual se explicara con lujo de detalles más adelante, sin embargo hay que destacar que el dominio que tenga enfermería sobre el punto supone una conquista y es uno de los aspectos de mayor trascendencia en la captación y formación del paciente y familia sobre la terapia necesaria contra la TBPC, ello requiere que enfermería cuente con una formación permanente al día, ya que continuamente los conocimientos sobre la TBPC, y forma de tratarla a avanzan rápidamente, Ejemplo, en décadas pasadas el paciente con TBPC, aun estando tratado continuaba presentando una fuente de transmisión en el sector. Una vez iniciada la fármaco terapia el paciente deja de ser bacilífero. En tal orden es necesario el dominio sobre el TBPC.

La TBPC, es una enfermedad transmisible producto de un agente infeccioso, microorganismos "llamados Bacilos Tuberculosos, Mycobacterium, en publicaciones del MPPS (2000), lo define desde un orden "anatómico como

fino, recto ligeramente curvado, de extremos redondos su grosor varia de 0,2 a 0,5 mm, y su longitud de 1 a 4” (Pàg.8). Estos autores continúan señalando que la variedad hominis, entre todos los bacilos, es la única producción de niacina, las cepas patógenas son productoras de catalasa. Al parecer esto guarda relación directa con la virulencia del bacilo.

Siguiendo el orden de ideas la OMS (2001), con respecto a los “bacilos” indica que estos se encuentran, sobre todo, en los pequeños grumos (lentejas) y sustancias amarillas o gris verdosa y de consistencia espesa” (Pàg.196). Estos grumos continúan los mismos autores son los bacilos.

La TBPC es una enfermedad que las personas (hombre – mujeres) ha padecido hace miles de años a nivel mundial, y que ha causado muchas muertes e incapacidad, lo que puede determinarla con una necesidad dentro de las condiciones saludables del hombre.

En ese orden Garrida Cordero, Isabel, (2006), señala:

Robert Koch, médico Aleman por medio de la tecnica del cultivo de microbios dentro de la tensión azul del metileno distinguió pequeños bastozitos. A partir de entonces demostro que estos pequeños bastositos, son los productores de la tuberculosis. Se conocen como los postulados de Koch, los criterios necesarios para establecer la relación causal entre un organismo por patógenos y la enfermedad, koch estableció sus postulados. El microorganismo debe aparecer en todos los casos de la enfermedad, debe poder aislarse del enfermo, la enfermedad debe aparecer al inocularse en el organismo sano, debe poder aislarse nuevamente del organismo sano experimental (Pàg.1883)

Siguiendo el orden de la referencia consultada, el autor continuo destacando que “en 1882, Koch descubrió, aisló y cultivo el bacilo que lleva su nombre y por primera vez fue posible demostrar el carácter contagioso de una enfermedad infecciosa. Desde un marco epidemiológico Carrido Cordero Isabel (Op-cit), indica que, un bacilifero puede infectar a (20) personas de las que (2) desarrollaran, tuberculosis y una de ellas será bacilifero” (Pàg.1834). El hecho permite aceptar la permanencia del bacilo como agente contaminante de la TBCP.

Etiología: Como ya ha sido expuesto, el agente causal de la enfermedad pertenece al género, *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis*, y *Mycobacterium africanum*.

El *Mycobacterium* el MPPS, (2001), señala:

Estos bacilos se denominan ácido oleico residentes, por la propiedad de retener los colores de las amilinas una vez tenidos. Es aerobio que se multiplica muy bien en zonas ricas en oxígeno, puede resistir en estado de desecación, pero expuesto a la acción directa del sol o de los rayos ultravioletas muere rápidamente para su cultivo se emplean los medios de Löwenstein-Jensen que habitualmente son visibles a las 4 o 5 semanas, muchos más tardes que las bacterias habituales (Pàg.192)

A juicio de la referencia consultada el bacilo tiene preferencia en su reproducción de medios oxigenados por tanto desde un orden etiológico el *Mycobacterium tuberculosis* transmisible puede ser aguda o crónica y suele atacar a los pulmones, pero puede afectar órganos vitales en el organismo ante

los bacilos de Koch, que llegan a los alveolos y dependiendo de la susceptibilidad del huésped, las paredes alveolares la infección son diversas las situaciones que hacen susceptibles a la persona entre ellos no tener suficiente defensa inmunológica, este factor biológico puede contribuir para que el mycobacterium tuberculosis se instale en los alveolos pulmonares y se produce con la infección, lo cual suele contagiarse de personas a personas, se cree que el desarrollo de la tuberculosis se debe a efectos de funcionamientos de la célula T o de los macrófagos, ya que al ingerir el bacilo, el organismo no tiene antígenos necesarios para defenderse. La tuberculosis en los pulmones en el ser humano es una infección granulomatosa ya que al implantarse los bacilos tuberculosis en los pulmones suscita un granuloma llamado tubérculo que resulta de la protogenecidad del bacilo que tiene la capacidad para suscitar hipersensibilidad en el huésped (hombre) que parece corresponder al tubérculo proteína que proviene del bacilo. La tuberculosis pulmonar, es una enfermedad transmisible que se puede atacar a cualquier órgano del cuerpo humano y también a otros de la especie bovina cuyos efectos van a depender de la virulencia del organismo y por las defensas naturales de la persona, o bien de la especie animal.

Siguiendo el orden de ideas sobre el Mycobacterium tuberculosis, la primera reacción del organismo a la entrada del bacilo es una primera etapa de la enfermedad es una inflamación aguda inespecífica que suele pasar inadvertida. En primera etapa de la enfermedad, los micro bacterias crecen en el lugar de la infección y quedan rodeadas de linfocitos y macrófagos, formando

una estructura llamada tubérculo. Destaca el MPPS (1996), algunas micro bacterias pueden sobrevivir en el interior de los macrófagos toda la vida, establecer infecciones, en cualquier órgano del cuerpo por vía hemática y dar lugar a tuberculosis en: pleura, tejido aparato genito urinario, o provocar una infección diseminada, meníngea, peritoneal, etc, "(P`g.29). Todas estas referencias expresan al poder del micro bacteria para que la persona padezca la enfermedad.

Expresa Long, (2000):

Cuando la persona ha estado previamente expuesta a tuberculosis el organismo frente a los bacilos de Koch va a depender la susceptibilidad del huésped, la cantidad denominado parénquima se inflama y las defensas natrales del organismo intentan contrarrestar la infeccion. La persona inhala una cantidad suficiente de bacilos tuberculosos y estos llegan a los alveolos del organismos presenta la infeccion. Los macrófagos ingieren organismos y presentan los antígenos microbianos de las células T, aumenta la capacidad de los macrófagos para ingerir y eliminar bacterias. Los ganglios linfáticos ubicado en el hilo pulmonar se agrandan a medidas que filtran el drenaje proveniente del sitio afectado. (Pâg.180)

En ese sentido como lo refieren la cita consultada los usuarios que presentan el complejo primario en los grupos vulnerables, significa que la persona tiene tuberculosis

Mecanismo de Diseminación de la Tuberculosis Pulmonar.

La tuberculosis suele contagiarse de un ser humano a otro por inhalación de microorganismo. La transmisión en el ser humano puede ser directa o

indirecta para el bacilo de la tuberculosis, existen cuatro vías de entradas en el cuerpo humano: aparato respiratorio, tejido linfático de la vía respiratoria superior, intestino y piel. Entre las vías, la inhalación directa pulmonar es la causa del mayor número de infecciones de tuberculosis clínicas. Al respecto Smith, (2000), refiere que la tuberculosis es una enfermedad transmisible aguda o crónica, causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, que puede atacar los pulmones o puede afectar órganos o tejidos del organismo” (Pág.117). El agente etiológico como ya fue expuesto forma parte de un grupo numeroso de bacilos gran positivo, ácido resistente que incluyen gérmenes patógenos, todas las micro bacterias, se caracterizan por fijación lenta de los colorantes bacteriológicos corrientes a la temperatura ambiente. El bacilo tiene varios caracteres biológicos que pueden contribuir de manera importante a comprender la enfermedad en el ser humano.

En relación a la capacidad presente para que haya la diseminación de la TB, hay que destacar que la enfermedad clínica, se desarrolla en las personas que no lograron detener la infección primaria. En algunos casos se desarrolla durante las primeras semanas después de la infección, pero en la mayor parte de la población permanecerá latente durante años. Es decir, la infección primaria da lugar a inmunidad, que varía de una persona a otra ejemplo, característico corresponde al hecho cuando ciertos enfermos puedan tener disminuidas las resistencias a la infección como en los casos de algunas enfermedades: diabetes, silicosis, los tratados con cortisonas, inmuno

deprimidas, (VIH, SIDA), gastrotoromizados, y también es medir la resistencia durante los dos primeros años de vida, y en la pubertad y la adolescencia.

Garrido, Cordero, Isabel (Op-cit), señala:

Actualmente existe una clasificación dada por América Thoracic Societm publicada en (1977), y modificada cuatro años más tarde, en la que se pone de manifiesto la relación entre el bacilo y el huésped: grupo o no: no hay exposición al bacilo y no existe infección, prueba de la tuberculosis negativa. No hay contacto previo: grupo (I) exposición al bacilo, negativa. Historia del contacto pri o tuberculina negativa. La actitud que se debe seguir dependera de si el contacto con el enfermo ha sido muy estrecho durante los últimos 3 meses se debería comenzar la quimio terapia preventiva (prolifaxia) primaria grupo (2), infección, tuberculosa sin enfermedades, grupo (3), enfermedad tuberculosa clínicamente activa, grupo (4) enfermedad tuberculosa clínicamente inactiva, grupo sospechoso de tuberculosis estos pacientes no deben permanecer en sospecha más de tres meses. (Pàg.184)

Esta clarificación, publicada en 1974, y actualizada en 1978, le da un nuevo enfoque a la TBSP, desde unas perspectivas que mide el impacto de la asistencia requerida en el medio en función de ser tratada como una enfermedad infecta contagiosa transmisible como problema para la salud pública. Aceptando la comprensión de que el mycobacterium TBSP no solamente debe mutar para que se produzca la enfermedad si no que la causa o las causas dictan el resurgimiento de esta. En ese sentido al querer plantear acciones y estrategias para el control hay que determinar, la concurrencia de la misma de escogencia en una población especifica que habita en una zona geográfica especifica (determinada y en un tiempo señalado para que la TBSP

a parezca y se prolifere, apareciendo independientemente su clasificación que puede ser:

- Tuberculosis primaria
- Tuberculosis secundaria

Tuberculosis Primaria: Cuando una persona no ha estado previamente expuesta a la tuberculosis, inhala una cantidad suficiente de bacilos tuberculosos y esto llega a los alveolos se presenta la infección. La reacción del organismo tanto los bacilos de la tuberculosis depende de la susceptibilidad del usuario, la cantidad de dosis y la virulencia de los organismos. El proceso inflamatorio se divide en:

Es la fase de la infección sigue directamente a la implantación inicial de los bacilos de la tuberculosis en los tejidos del organismo, en esta infección primaria el microorganismo tiene procedencia obligadamente exógena y las vías de entrada es el aparato respiratorio. El foco primario de la infección suele descubrirse en la zona inmediatamente subyacente a la pleura en la porción inferior de los lóbulos superiores de los lóbulos inferiores de un pulmón.

Tuberculosis Secundaria: Es la fase de infección tuberculosa que sigue a la reactivación de un sujeto previamente expuesto, en consecuencia los bacilos pueden tener procedencias endógenas o exógenas.

Clínica de la Tuberculosis Pulmonar

Durante las primeras etapas de la tuberculosis pulmonar la persona puede estar asintomática. Por ello es importante considerar que la tuberculosis es la infección granulomatosa e importante en el hombre cuando los bacilos de la tuberculosis se implantan en el cuerpo, aparece un granuloma característico llamado tubérculo. Las manifestaciones clínicas en usuarios con tuberculosis pulmonar, a menudo son asintomáticos, por lo que el usuario no refiere síntomas si no una sensación de tener malestar general.

Stanley, (1990), refiere que los síntomas de la enfermedad no aparecen hasta que las lesiones son tan intensas y la enfermedad haya avanzado en el curso clínico de la enfermedad las manifestaciones clínicas son tos intensa, expectoración, disnea y ortopnea, reacción febril generalizada y hemoptisis, pérdida de peso, anorexia, dolor y tos con expectoración y sudoración nocturna.

Aun que el dominio de la tuberculosis ha sido satisfactorio en muchas regiones, sigue siendo un problema clínico que afecta económicamente y socialmente a la población más necesitada, por fortuna el ser humano tiene resistencia neural comparativamente alta al bacilo de Koch, en consecuencias en la primera exposición el microorganismo puede tener una vía de entrada, causales, lesiones relativamente triviales produciendo un cuadro clínico a la cual hay que prestarle la asistencia médica que pueda contribuir de manera importante a comprender la enfermedad en el ser humano. A menudo el foco

de la infección es desconocido y puede ser imposible determinarlos, simultáneamente deben identificarse los contactos cercanos del usuario enfermo para que se sometan a un examen y poder determinar así si están infectados y si la enfermedad en ellos se encuentra activa.

Diagnostico de la Tuberculosis Pulmonar.

El diagnostico de la tuberculosis pulmonar, depende de antecedentes, una fuente posible de infección datos clínicos adecuados, radiografías e identificación aislamiento del microorganismo causal. Todas las pruebas utilizadas para diagnosticar la tuberculosis para la curación o prevención se hace el diagnostico medio basándose en tres principales métodos de diagnostico.

El examen físico: donde se valora las condiciones físicas y psicológicas que el usuario presente.

Radiología: las personas que tienen un resultado positivo en la prueba de tuberculina deben someterse a exámenes radiológicos para determinar si existen evidencias de tuberculosis activa. Normalmente se solicita proyecciones torácicas tomografías de diferentes sectores corporales. Todas estas imágenes son útiles por que permiten definir presencia de nódulos, cavidades, quistes, clasificaciones y detalles vasculares presente en el parénquima pulmonar.

El examen de esputo permite microscópicamente, identificar los mycobacterium tuberculosisos (bacilos ácidos resistentes) y es necesario

orientar al usuario en qué consiste las pruebas de esputo para obtener una muestra adecuada y además como hacerlo.

Robbins (1999), refiere que el estudio radiográfico, en ocasiones se puede descubrir cicatrización clasificada o destrucción tisular. La prueba con tuberculina puede demostrar sensibilización. Esta prueba es negativa o positiva según el resultado, en lo que se refiere al usuario, la reacción cutánea complementa el valor diagnóstico. En todos los casos se necesitan identificar los bacilos de la tuberculosis en extensión directa, cultivo en medio artificial o inoculación.

Es importante identificar de qué manera se produce la infección que sirve de ayuda al diagnóstico oportuno. Las enfermedades infecciosas ocurren con la alteración del hombre, agente causal y el ambiente, la mayoría de las enfermedades susceptibles de ser prevenidas a través de la aplicación de medidas sanitarias y es por eso que el médico debe hacer una pesquisa detallada de la valoración clínica de la enfermedad, ya que de ella depende la conducta a seguir sobre el tratamiento adecuado para impedir un estado más avanzado de la infección y evitar complicaciones dado que el curso de la enfermedad está vinculado a una serie de factores predisponente y que estos elementos pueden ayudar a precisar el diagnóstico y la magnitud patogénica de la enfermedad

Medida de Control

El control de la TBCP apunta en la consideración de que es una enfermedad infecciosa, lo cual supone conocer la naturaleza clínica de esta enfermedad a manera de diferencial entre otras enfermedades que presenten

similitudes. En ese sentido se requiere tener la capacidad cognoscitiva del agente infeccioso (*Mycobacterium Tuberculoso*), la distribución de la enfermedad, (numero de caso controlados y no controlados), el reservorio (fuente de infección), el modo de transmisión (vía de transmisión del *mycobacterium alveolar*, TBCP), periodo de incubación (lapso para la aparición de los primeras manifestaciones clínicas) y el de transmisión (lapso en tiempo del contacto con la fuente de infección), susceptibilidad del huésped y resistencia. Todo ello bajo el marco de lo que representa la TBCP como enfermedad infecciosa transmisible.

Por tanto al hablar de medida de control, no solo se debe buscar la causa solamente en el agente (bacilo) tampoco en lo referente al comportamiento del enfermo ante la situación relacionada a la enfermedad si no a un conjunto de elementos de la compleja interacción social y económica.

A ello, Muñoz Velasco Luisa María, (2005), a continuación señala:

Medidas de control ante una enfermedad como la TBCP, debe cumplir algo más que la interacción entre el agente etiológico, el huésped y el entorno (considerando este exclusivamente como soporte para la transmisión). Incumbe a la estructura urbana, al proceso de trabajo, a la estructura de clases, a la política sanitaria, a la manera en que se rediseña la formación social (Pàg.193)

Tomando en cuenta otro elemento aunado a lo expuesto en la referencia, las medidas de control de la TBCP corresponde a la coexistencia de los sistemas productivos acompañados del abandono de una práctica de asistencia sanitaria hacia lo posible, la permanencia de la TBCP en la

población general, con esta introducción, las autoras del estudio consideran que las medidas de control, además de exigir de manera consiente las posibilidades de que hay que actuar sobre los determinantes de la triada existencial (agente, vía de transmisión y huésped), se debe centrar en un dominio, el cual sustente determinados componentes que a continuación son mencionados:

- La modificación del entorno
- La eliminación de la oportunidades para la transmisión del bacilo
- Reducción de la susceptibilidad del huésped a la TBCP
- Inactivación del bacilo en el medio donde aparezca.

La modificación del Entorno: Esto corresponde a la capacidad de eliminación de las fuentes de donde fluyan los bacilos de Koch. Supone conocer por parte d enfermería como integrantes del equipo de salud el establecimiento de medidas que en lo posible prevea tanto personal como grupal la diseminación del *Mycobacterium tuberculosis*. Por tanto el control requiere en parte a la capacidad del servicio de salud (todos los centros dispensadores), con el propósito del control del contacto en funcionamiento del alcance de una relación de servicios que en lo posible asegure en el entorno del paciente la detención de la proliferación del bacilo y la terapeuta del mismo cuando se habla de la detención del bacilo, se está haciendo referencia al conocimiento que se debe asistir en el control del bacilo, desde los servicios de salud pública, de las actuaciones y medidas de control necesarios.

Estas medidas de control necesario son:

- Medidas de control social
- Medidas de control cultural

Medidas de control Social: en este segmento se hace necesario el componente de actuar contra la transmisión por medio del riesgo a la infección y el de enfermar determinado por factores correspondiente a la persona y el entorno caracterizado por condiciones socio económicas como:

- Protección sanitaria
- Cuidado personal
- Condiciones de la vivienda

La protección sanitaria como medida de control social corresponde a la aceptación de que la TBCP es una enfermedad social fácil de diseminar en donde el control muestra deficiencias en situaciones conducentes al reconocimiento eficaz de casos y riesgos dentro del contexto social.

Al respecto la OMS (2001), señala:

La protección sanitaria como parte del control social amerita que las instituciones de salud conozcan: razones casos infectados por un tuberculoso abierto (riesgo de infección) está dado por el porcentaje de personas que en una población se ha convertido en tuberculino – positivo en un año). Riesgo de enfermarse (cuantos de los infectados se enferman efectivamente de tuberculosis) (Pàg.190)

De acuerdo a la referencia la protección sanitaria como parte del control social requiere del dominio de los casos de prevalencia (TBCP abierto), determinado por el N° de contagio, es decir cada persona diagnosticada contra TBCP, se convierte en un tuberculoso que representa una fuente de bacilo en el contexto social. De estos casos en termino promedió el sector sanitario debe llevar como control de cuanto en promedio representa riesgo para morir sin terapia y cuantos pueden sobrevivir.

En ese sentido enfermería, como parte del personal del equipo de salud que son representantes para aportar protección sanitaria debe contar con un marco de procedimiento para saber cuántos son los riesgos y cuanto mueren aun existiendo el programa de neumotisiología. Lo cual implica contar con una estimulación de prevalencia de la TBCP, estimación de casos esperados por semestre como base para actuar con recursos necesarios que sustenten el programa para el control social.

A ello, la OMS (Op-cit), lo determina por medio:

Examen de esputo y material necesario, desde colorante o placa (porta objeto) hasta microscopio y personal necesario, medicamento, camas hospitalarias, laboratorios especiales, personal especializados estudios de sectores de riesgo basados en estadísticas de casos a partir de cibajes de TBCP en la población específica que permita promover el futuro de la endemia tuberculosa en una comunidad específica (Pág. 198)

La referencia consultada considera como parte del control social el cumplimiento de medidas necesarias para un diagnostico precoz (temprano) de

casos que en lo posible detengan los riesgos a la proliferación del bacilo, incluyendo con marcada insistencia en la urgencia de actuar en sectores con mayor necesidad como por ejemplo, aquellos con marcadas condiciones de pobreza como citadas en el planteamiento del problema (pacientes de control Hospitalario Vargas).

Visto así el personal de enfermería a cargo del programa (hospitalario y ambulatorio) debe dar rendimiento suficiente en la búsqueda sistemática de controlar la diseminación, disminuir la prevalencia de la TBCP abierto, los que no cuentan con terapia y los que no repitan las reglas (control requerido), por tanto hay que saber, que en la mayoría de los casos la TBCP se desarrolla muy rápidamente dentro de algunas semanas, por lo cual hay que promover los costos y las acciones requeridas para actuar. Sobre la eficacia de actuar masivamente es con el fin de interrumpir la cadena de infección.

En este caso las autoras del estudio consideran que ante todo, descubrir en el contexto social aquellos casos de TBCP no controlados que difunden por medio de expectoración cantidad suficiente de bacilos en el entorno, manteniendo la fuente de contaminación, por los cuales se debe actuar con prontitud. En ellos se incluye a aplicación de métodos semi cuantitativos para la captación del grado de enfermedad y del control de la terapia, identificación de casos mas avanzados y aquellos que en verdad están dispuestos por parte de la institución y del paciente para cumplir con la terapia, en estos casos tanto pacientes y personas deben estar consciente que el método de control para la

sanación corresponde a (pesquisa, diagnóstico, tratamiento, prevención) como los únicos elementos que permiten reducir del entorno la TBCP.

Implica aceptar dos principios relevantes dentro de las estrategias de control para la protección sanitaria en el área social: aliviar los sufrimientos del enfermo y fomentar las medidas sanitarias para evitar la invalidez y en caso extremo la muerte. De acuerdo a ello las consideraciones técnicas, (método aplicado para el condicionamiento social) requieren de la participación activa de enfermería dentro del contexto social.

Cuidado Personal: Como ya ha sido expuesto existe en cada persona un grado de susceptibilidad para la infección que en general es determinada por variables; la edad, condiciones físicas antes de la persona contraer al bacilo, en relación a la edad señala la OPS (2001), “en los lactantes es mayor el riesgo de contraer la enfermedad cuya manifestaciones son meningitis y tuberculosis miliar” (Pàg.184), esto autores continúan destacando que en los niños mayor de 2 años, y hasta la pubertad, las lesiones primarias curan los que desarrollan la enfermedad lo hacen durante la adolescencia.

Los adultos tienen mayor riesgo de desarrollo en tuberculosis, al cabo de tres o cuatro años después de la infección. De esto se deduce la relevancia que tiene enfermería como parte del equipo, localizar el caso índice, sobre todo en las infecciones de niños, donde se predispone ha habido contacto recientes o permanentes con casos diagnosticados que pueden representar fuente de

infección, aunado al control en la población adulto que haya padecido la infección.

Condiciones Físicas: Es considerar aquellos casos en los cuales la persona infectada cuente con alguna patología previa que actúa de manera conjunta con la TBCP, ejemplo, diabetes millitus, ancianos, trasplantados, personas con sida, etc.

Moreno Sánchez, (2006), señala:

Convenientemente el estudio a personas con HIV, usuarios de droga vías parenteral, inmigrantes recientes del país con endemia tuberculosas, pacientes bacilíferos e irreductibles estas personas suponen un riesgo significativo de infección necesario a considerar en el contexto social como parte de las condiciones de vida. (Pàg.209)

Por lo que puede interpretar que de acuerdo a las condiciones físicas la infección se instalara en la persona. Evidentemente que la patología presente unido al foco de infección primaria puede ayudar mayormente al inoculó de bacilos de la TBCP a la circulación general, provocando la diseminación linfohematologica masiva a partir del foco de infección inicial en el pulmón (TBCP miliar).

Esto conceptos lleva a recordar que la infección tuberculosa en la mayoría de las veces se adquiere por inhalación del bacilo tuberculoso aglutinados en gotitas de esputo, los cuales se depositan en vías respiratorias, bajas, mas allá del epitelio ciliar, en donde existen circunstancia del ambiente social que

favorecen la inhalación del bacilo como por ejemplo, la insalubridad (humedad), alimentación, resistencia, o capacidad inmunológica de la persona conduzca al foco inicial de la TBCP. En ese sentido, no basta la acción del mycobacterium como causa principal a considerar para el control en el medio social, sino también en reconocer y saber diferencial condiciones físicas, cambios acontecidos en el ámbito social (comportamiento) y el papel que ejerce a favor de la recuperación de la TBCP en el contexto social.

Es decir no solamente tratar la enfermedad sino también estudiar a favor de reconocer en cada caso el lugar que favorece su rehabilitación y así fortalecer las debilidades hacia el alcance del bienestar del paciente. Por lo tanto esto debe corresponder una de los elementos a tomar en cuenta en las medidas que corresponden al control social.

Condiciones de la Vivienda

Este segmento, es la aceptación que debe tener el personal de enfermería con respecto a la contribuir a un mejoramiento oportuno de los casos y su relación al hecho de que estas personas habiten en viviendas con ventilación y sus influencias en el descenso de la morbilidad por tuberculosis acompañado del aporte sanitario (terapia, farmacología) explicada mas adelante.

Por lo tanto atañe, que el personal de enfermería tenga conciencia de la importancia de actuar en la reactivación de las prácticas de la salud publica con un claro trasfondo de interdisciplinariedad e intersalubridad que puede ser

rediseñada por medio del fomento y creación de la red de vigilancia epidemiológica de proyección social como medida de control social .

Red de Vigilancia Epidemiológica.

El enfoque epidemiológico aplicado a una enfermedad infecciosa transmisible como la TBCP se muestra como una poderosa herramienta para revelar asociaciones entre la TBCP y las condiciones ambientales que haga posible su control. En ese orden se consolida la epidemiología para el estudio de la causalidad, el estudio cuantitativo en un contexto social dado y de los factores asociados en la presentación y mantenimiento de la TBCP.

De lo dicho anteriormente Aparicio Ramón, (2002), “considera a la epidemiología una disciplina fundamentalmente comparativa que se ocupa de estudiar las enfermedades y fenómenos a fines en tiempo, lugar y personas, de manera diferente” (Pàg.3), el enfoque epidemiológico según la referencia permite el reconocimiento de factores ambientales y sus diferencias encontradas aplicadas tanto en la transmisión y personas o zonas de riesgo.

En ese caso la epidemiología dentro de sus enfoques busca a distribución de la enfermedad (TBCP), los estados y acontecimientos relacionados a las características de la población más afectada y por ende la aplicabilidad del control requerido y necesario para determinar la multicausalidad que dan origen a la presencia de TBCP en el medio de estudio

La vigilancia epidemiológica tal como lo define Aparicio Ramón, (Op-cit), permite “el estudio de la distribución y los determinantes de los estados de

acontecimientos relacionados al estudio de los controles de los problemas sanitarios” (Pàg.4). En relación a la referencia se puede interpretar una definición acerca de la vigilancia epidemiológica como la que permite el control de la distribución de la enfermedad en la persona, familia y comunidad, el objeto de atención, la búsqueda de la causalidad y la capacidad para la planificación de nuevas acciones de acuerdo a los objetivos propios que se busque alcanzar.

Relacionando los conceptos emitidos de la vigilancia epidemiológica con la investigación, cabe entonces enmarcarla en la vigilancia en el control epidemiológico de la TBCP. De acuerdo a ello, las autoras consideran configurarla en un marco que dé cabida al establecimiento de una red asistencial netamente dirigida a estos pacientes en cualquiera jurisdicción geográfica.

En ese sentido la red, “de vigilancia epidemiológica contara con ámbitos en el contexto socio sanitario como en los servicios clínicos (hospital, ambulatorios, y módulos de servicios de Barrio Adentro), organizaciones no gubernamentales (ONG), comunas, personas de control familiar y comunidad, mencionados en párrafos anteriores. Lo que implica sustentar por medio del servicio institucional y de apoyo la administración de acciones sanitarias a favor de la protección de los casos contra la deserción del tratamiento que concurren para que se den los reingresos hospitalarios.

Por tanto las autoras proponen por medio del alcance de la red de vigilancia sanitaria poder actuar a favor de:

- Reconocimiento de casos de TBCP contratamiento que egresan
- Zonificación de los casos de TBCP, sobre la base de los estudios comunitarios realizados por los establecimientos de salud (ambulatorios, módulos de barrio adentro)
- Control en la descentralización de los casos de TBCP(dirección de viviendas, relacionadas con el establecimiento de salud que le corresponde
- Control en las intervenciones de los casos de TBCP, atreves de las propias redes de vigilancia epidemiológica.

En el origen de estas actuaciones, enfermería como parte del equipo multidisciplinario en salud, tiene como principio fundamental contar con la diversidad de criterios e información que correspondan a sus ámbitos de actuación. Significa, desarrollar desde sus propias prácticas en un marco de referencia que en lo posible centre su atención según las características epidemiológicas de los casos de TBCP, que se ocupe, en este sentido se procederá a:

- Establecer criterios de atención en función de la protección biosico social del paciente con TBCP
- Reconocer la dinámica familiar de cada paciente en su entorno y comunidad y la relación con la asistencia recibida

- Crear un sistema de intervención para la comunicación inter centros dispensadores de salud de asistencia a casos de TBCP, de control ambulatorio
- Crear un sistema de evaluación de los casos de TBCP entre centro hospitalarios y ambulatorios en relación a los servicios prestados
- Crear un sistema que permita el intercambio de opiniones en relación a la evolución de los casos

Las características básicas requeridas para el marco de referencia, formaría parte del diseño de la red epidemiológica. En esta red se parte de la presencia del efecto asistencial que recibe cada paciente en las unidades de neumotisiología, ser vicios de control ambulatorio y hospitales que egresan casos de TBCP.

Se compara la red epidemiológica, como un sistema de vigilancia para medir la prevalencia de los casos de TBCP que no dan continuidad al tratamiento y los factores asociados con la misma. Ellos suponen el control de las asistencias como la del efecto de la misma en beneficios o deterioro del servicio.

Criterios de Atención con el Reingreso por medio de la red de vigilancia

Por lo tanto enfermería, utilizara como base de estudio el total de los casos de TBCP, en función de controlar el cumplimiento de los servicios, con sus respectivas demandas sanitarias según las características epidemiológicas que se desean controlar, ejemplo, nº de casos, deserción, reingreso, casos

nuevos, casos controlados, etc. En ese sentido enfermería por medio de la red de vigilancia tendrá los datos a utilizar a la población en su conjunto como base de estudio.

Estos aspectos requieren de herramientas a ejecuta por medio de tres grandes modalidades:

- Intervención de referencias
- Acciones clínicas
- Seguimientos (contra referencias)

Intervención de Referencia.

La referencia forma parte del sistema de la red de vigilancia, en ello enfermería, sus acciones, están ligadas al fomento de la comunicación inter departamental, lo cual debe expresar de forma concreta las actitudes y las acciones de cada paciente con respecto a la aceptación de los controles, las influencias de las condiciones sociales y sus repercusiones que median en el ambiente. Las intervenciones de referencia también darán una idea inherente acerca del rol del paciente sobre la cognición que tenga sobre la enfermedad, en ese sentido enfermería al referir al paciente debe enviar definiciones correctas sobre la conducta de manera que oriente las asistencias requeridas, esa manera se decidirá el desempeño efectivo que exista intervención de referencia, lo que implica actuar desde el área de hospitalización con los ajustes necesarios para el reconocimiento en cada paciente previo al egreso el potencial humano inherente a las exigencias de que cada paciente mantenga

un continuo equilibrio y propósito en pro de la recuperación. Son tres los elementos; la intervención de referencias busca que desde el área de hospitalización, enfermería fomente las relaciones necesarias con pacientes, acompañantes y servicios de referencias en apoyo a la aceptación de la continuidad de la vigilancia sanitaria del paciente al egresar.

En este caso, el programa de afección respiratoria, MPPS (2006), insiste sobre la importancia de que cada paciente al egresar cuente con la información acerca del ambulatorio (nombre, dirección, horario laboral) donde a partir de su egreso hospitalario recibirá asistencia para el control sanitario” (Pàg.9). En ese sentido las intervenciones de referencias se expresan para el ingreso del paciente al sistema, en lo cual enfermería también fomentara previamente el contacto con el personal de salud, dando paso a la integración institucional y de beneficios asistencial.

Cabe destacar, que todo paciente debe recibir ese apoyo en el fomento del bienestar mental y social. Incluye ser vigilante en favorecer el proceso de desarrollo que conduzca al control de la TBCP, a fin del alcance de la continuidad de la vigilancia sanitaria independientemente de las condiciones sociales y forma de vida del paciente.

Es en ese marco precisamente, la urgencia de incluir en las intervenciones de referencias a otros entes protagonistas sociales del sector al cual pertenece el paciente. Ejemplo, contraloría social, consejos comunales entre otros. En

este segmento enfermería desde las salas hospitalarias gerencial contactara con estos grupos.

Sobre este concepto de los contactos con organismos no gubernamentales, estos deben ser concernientes al aporte de ayudantías socio económicas en el caso que lo amerite. En este segmento enfermería desde la sala de hospitalización establecerá vínculos con políticas determinantes al aporte de recursos destinados a las ayudantías socio económicas establecidas en organismos gubernamentales, misión milagro, misión negra Hipólita, que cumplan sus estructuras para la protección y ayudantía social. Ello se relaciona con la presencia constante de personas de la calle que han sido casos de TBCP, en el hospital Vargas, donde muchas veces cuando reingresan ya están en periodo terminal.

Es precisamente la situación que requiere el establecimiento de un control sociocultural contra la TBCP.

Acciones clínicas.

Las acciones clínicas por parte de enfermería deben consistir en mejorar hasta el máximo las interacciones positivas del paciente con sus ambientes.

Al respecto Myers, Beare, (2002), señala:

Las acciones clínicas de enfermería en vuelven tres criterios médicos tradicional empleados en la identificación y asistencia de enfermedades: signos, síntomas, pruebas físicas, de laboratorios y la asistencia. En este caso las acciones clínicas deben poseer destreza clínicas y

conocimientos de la enfermedad asistida en particular.
(Pàg.73)

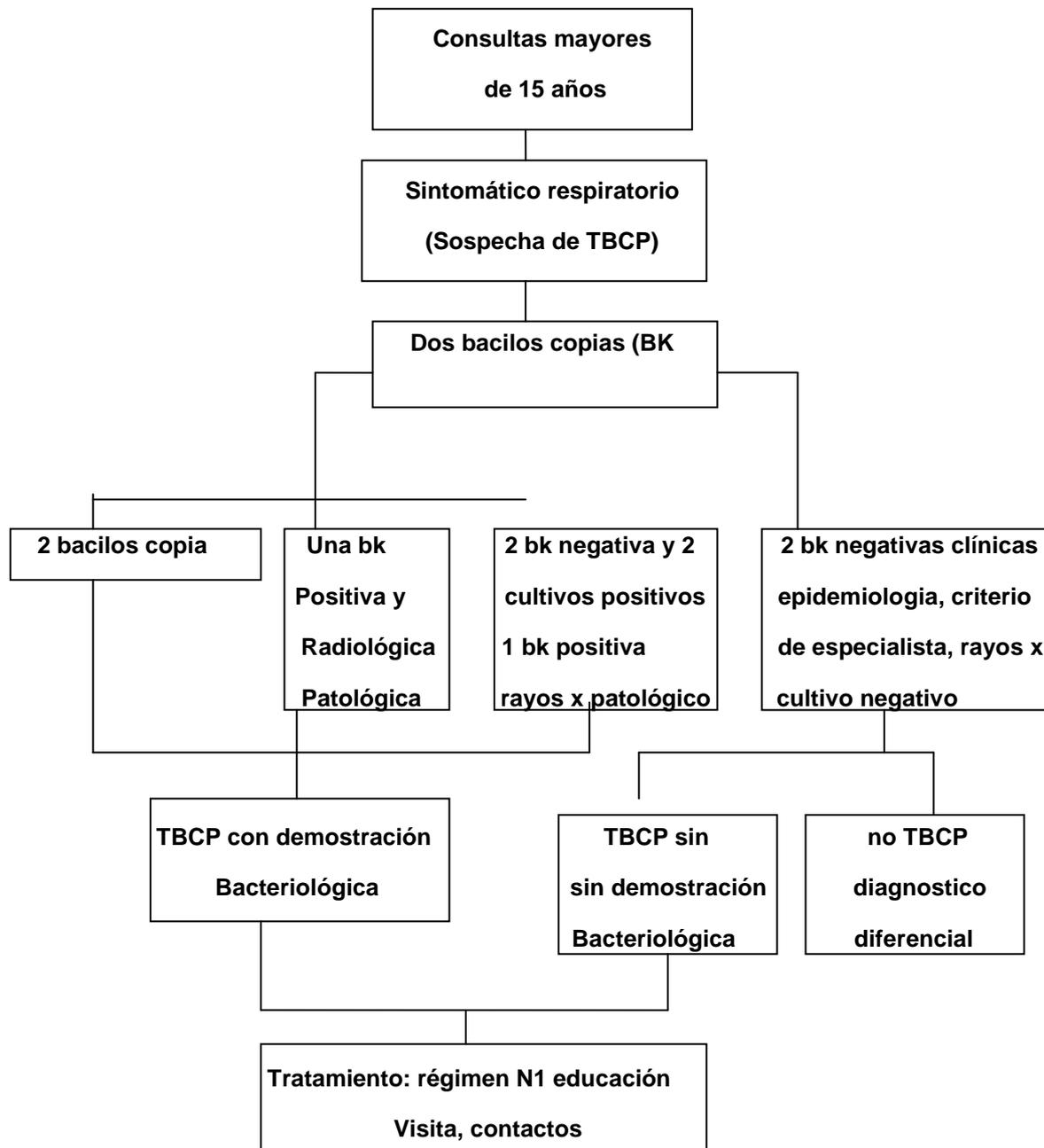
De acuerdo a la referencia las acciones clínicas deben tener pericia en la administración del cuidado directo hacia la persona sana o enferma. En ese caso enfermería debe contar con la capacidad de ver mas allá de las obvias señales e indicios y de buscar sistemáticamente nuevas informaciones concernientes al estado de salud del paciente. El estado de salud alude al grado en que las necesidades humanas individuales están satisfechas, es decir, la medida en que la persona se encuentra sana o enferma.

En el caso concreto de la investigación, las acciones clínicas son conducidas hacia el paciente con TBCP, que egresa del área de hospitalización para dar continuidad al cuidado. Desde ese marco referencial las acciones clínicas han de ser con marcada preferencia hacia la captación del paciente.

En ese sentido, como parte de las acciones clínicas el aporte ilustrativo antes del paciente egresar sobre el estudio clínico relacionados al diagnostico de la TBCP.

En este orden el paciente tendrá la comprensión necesaria de lo que representa el diagnostico clínico requerido para los controles necesarios a futuro.

Diagnostico de Tuberculosis Pulmonar.



Esquema Terapéutico

Las autoras antes citadas Quevedo, Lorena, Quevedo Anabel y Montaña Ricarda. (Op-cit). En ese orden de ideas continúan destacando que, como norma toda persona con diagnóstico de TBCP, debe recibir el tratamiento bajo la supervisión del personal de salud en garantía de la efectividad de la administración, atendiendo y cubriendo a todos los pacientes a nivel nacional por medio del esquema terapéutico de orden nacional denominados fases de tratamientos” (Pàg.32). en ese sentido a continuación se hace destacar de cada una de las fases o esquemas del Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar.

Esquema (I) o Fase I

Este esquema es bifásico, tratamiento intermitente, estricto y completo conformado por los siguientes lineamientos. Según el MPPS (2002), citado por Quevedo, L, Quevedo, A, Ricarda Montaña (2009):

Esquema (I) 1era fase: Isoniacida 300 mg. Pirazinamida 1500 mg. Ethanbutol 1200 mg. y Rifampicina 600 mg. 50 tomas por dos meses todos los días, luego corresponde a la segunda fase, 600 mg de Isoniacida y 600 mg de Rifampicina por cuatro meses que hacen un total de 54 tomas tres (3) veces por semana (Pàg.8)

Tomando en cuenta lo expuesto en la referencia es importante considerar la urgencia de que estos pacientes que reciben el tratamiento en el área de hospitalización, al egresar tengan conciencia del entendimiento del fármaco terapia de acuerdo a cada una de las fases o esquemas correspondientes.

A continuación se describe las fases del tratamiento antituberculoso:

Primera Fase: (8) semanas con tratamiento intensivo para reducir la cantidad de bacilos, limitar al máximo los efectos de una posible resistencia de bacteriana inicial y disminuir la sección de resistencias bacterianas.

Segunda Fase: (10) meses para la eliminación de bacilos cuyo régimen estándar corresponde a un año de duración.

A continuación la OPS (2000) publica el siguiente esquema:

Esquema (I): bifásico, tratamiento estricto, y completo y corresponde a lo siguiente (1era fase. Estreptomina 1 gramo cantidad por dosis de 6 veces a la semana con una duración de 8 semanas. INH 300mg/1tbl = (150 mg/1tbl) cantidad por dosis 6 veces a la semana para una duración de 8 semanas) (2da fase, estreptomina de 1 gramo dosis dos (2) veces a la semana durante 10 meses INH de 8mg dosis (2) veces a la semana para una duración de 10 meses) (Pàg.14)

Este esquema terapéutico corresponde a la primera fase también del esquema (I) la cual es conformada por dos fases (1 – 2).

Seguidamente corresponde el esquema (II) que también es bifásico, para control continuado, en donde la administración de la primera fase debe ser bajo supervisión del personal de enfermería.

De acuerdo a ello, la OPS (Op-cit), señala:

Esquema II, bifásico, control continuado, estricto y completo solo en la primera fase (1era fase, igual que en el esquema (I), durante 8 semanas) 2da fase: INH (300 mg/1tbl (150 mg/1tbl), diaria durante 10 meses) (Pàg.15)

Continuando con el esquema (II) según los mismos autores de la referencia OPS, el esquema (II) está establecido para personas que requieren del cumplimiento estricto del control durante la administración de la primera fase, sin embargo la segunda fase de este esquema es menos estricto el control, es decir la persona puede durante fin de semanas o días festivos llevar el tratamiento a la residencia y administrarlos bajo su propia responsabilidad.

Esquema (III): esquema de 8 meses de duración el cual requiere de un control (estacionario) durante la primera fase (1era fase INH, rifampicina, estreptomycin, pirracinamicuda diario durante 8 semanas (tratamientos hospitalarios). 2da fase: INH (300 mg) Tb1 (150 mg) diario durante 6 meses.

Estos esquemas antes mencionados (I, II, III) es la red eficiente de la terapia farmacológica de orden universal para todo caso diagnosticado con TBCP por tanto, todo paciente, acompañantes y familia deben aceptar concienzudamente que solamente alcanzaran la recuperación, si en verdad cumplen con cada esquema y fase del tratamiento antituberculoso (fase intensiva, fase de sostén, correspondiente al tratamiento primario y el retratamiento supervisado.

Seguimiento (contacto)

En este segmento el seguimiento es parte del programa de asistencia social a los casos por TBCP. En este caso la acción forma parte de las tareas para que haya efectividad en la continuidad del tratamiento, se demuestra, por

medio del seguimiento reforzar en estos grupos la necesidad de que haya efectividad en el mismo.

El seguimiento como parte de la contra referencia se determina con la intención de la búsqueda de casos, dando así un impulso en la red de vigilancia en los casos que las razones lo ameriten. En este caso el personal de enfermería durante la permanencia del paciente en el área de hospitalización por medio del reconocimiento de los rangos actitudinal de cada caso, programara el seguimiento con el personal de enfermería de la red primaria de atención donde le corresponden era al paciente ser controlado y asistiendo desde un perfil sanitario.

Por tanto, el seguimiento debe ser cumplido por el personal de enfermería de la red primaria. Hecho al cansado por medio de la visita al domicilio o habita del paciente. Lo que implica la combinación de la búsqueda del caso desde dos vertientes las cuales son señaladas a continuación.

- Conducta ante los contactos
- Asistencia sanitaria

Conducta ante los contactos: Como ya ha sido planteado, se considera contacto a la persona que convive con un caso de TBPC. El seguimiento de casos permitirá al personal de enfermería de la red primaria actuar desde un marco de prevención contra la transmisión del bacilo y la conducta a seguir debe regirse desde la misma sala de hospitalización, es decir enfermería debe

contra referir al personal de enfermería de la red asistencial primaria las siguientes consideraciones.

- Reconocimiento de contacto por medio de la visita del entorno del paciente
- Cumplimiento del examen clínico, bacteriológico y radiológico
- Asistencia inmediata en casos de sintomatología

En el cumplimiento de estas acciones se está evitando la proliferación del bacilo y también alcanzando un mayor y mejor acercamiento del paciente tratado con el ambulatorio o modulo de Barrio Adentro.

Visita Sanitaria: En cualquiera de los servicios que funciona el programa de neumotisiología (tratamiento, pesquisa y prevención), se debe tener presente que toda persona que es controlado requiere ser visitado por el personal de salud. El hecho de que una persona es de control por TBCP ameritan una asistencia sanitaria idónea para ejercer acción educativa y de quimio profilaxis, supervisar tratamiento ambulatorio, actividades de vacunación (BCG), pesquisa baciloscopia, etc.

Por tanto la visita sanitaria extramuros ocupa un lugar prioritario entre las acciones de enfermería en el hogar del enfermo, tanto física como psicosocial. En ello tiene la gran oportunidad de investigar por todo los medios a su alcance las posibles causas por la que este paciente podría dejar el tratamiento para así, por medio de actividades fortalecer las debilidades presente.

Desde esa perspectiva enfermería desde la sala de hospitalización donde asiste los casos de TBPC proyectar la asistencia sanitaria por medio de la referencia (seguimiento de casos).

Medida de control cultural

La perspectiva correspondiente a medida de control cultural a favor de la continuidad del cumplimiento del tratamiento antituberculoso en los casos de TBPC, envuelve el estudio de las relaciones entre normas culturales y forma de vida, y las definiciones sobre la importancia de la recuperación y las reacciones ante las medidas requeridas contra la enfermedad (tratamiento antituberculoso). La manera en que el tratamiento es percibido, el modo en que se comporta la persona (paciente) y la forma en que él o ella reaccionan ante el consumo del tratamiento reciben influencia directa de lo que corresponde a la cultura. Como conceptos, la cultura es universal y forma parte del mundo de las personas de manera individual o de grupo desde un marco referencial, que le da entendimiento sobre la naturaleza y convicción del paciente, en lo referente a la proyección asistencial tanto domiciliaria como comunitaria. De acuerdo a ello enfermería debe considerar los aspectos que a continuación las autoras de investigación mencionan:

- Reconocimiento del comportamiento del paciente ante el tratamiento
- Reconocimiento de las religiones de cada paciente
- Reconocimiento de la procedencia
- Relación familiar (afecto, compromiso)

Se puede estimar por medio de la integración de los aspectos antes mencionados la interacción de los mismos y sus coherencias en relación a la influencia que ejercen para la aceptación o rechazo del tratamiento por consiguiente, enfermería debe reconocer durante la permanencia del paciente en el área las influencias de normas culturales, las sub culturales sociables (educación, aceptación de componente bienestar, etc), no obstante también es extremadamente compleja y global. En el mejor de los casos la cultura como concepto es un medio sensibilizador que expande visión hacia el mundo. Destaca Beare Myers, (Op-cit), al analizar desde un marco conceptual a la cultura esta alude una pauta específica de un grupo social de conductas, valores, creencias y costumbre que se aprende y transmite socialmente de una generación a otra o a la siguiente” (Pàg.20). Lo que explica o acepta de acuerdo a la referencia las personas pueden comportarse de manera similar en un contexto dado.

El componente cultural y su importancia en relación en la continuidad del tratamiento antituberculoso aportan datos importantes necesarios a considerar en lo referente al campo de salud. Por lo tanto hay que recordar que la cultura de los grupos dan ideas del comportamiento futuro hacia la fármaco terapia. En ese sentido el reconocimiento de normas y valores culturales permitirá identificar en cada paciente temas dominantes en las reacciones que puedan tener a si como la uniformidad de criterios, como piensan cada uno acerca de lo que representa la sanación, tomando en cuenta el componente cultural, el

personal de enfermería abordara a estos pacientes para así apreciar con claridad las diferencias en las conductas al compararlos entre sí.

Al respecto Beare / Mayers, (Op-cit):

Dado que las ideas y las actividades se suelen comunicar de una generación a la siguiente, el desarrollo individual, las pautas de pensamientos y la conducta están fuertemente condicionadas por el medio circundantes, por consiguiente, tiene decisiva importancia para enfermería evaluar las normas culturales de las personas e incorporar las implicaciones correspondientes al plan asistencial (Pàg.26)

La referencia explica al componente cultural enmarcado en el comportamiento que se inculca o transmite mediante el pasaje de una generación a otra bien sea en la convivencia o el comportamiento en lo personal, grupal y comunidades específicas. Es importante entonces que enfermería cuando asiste al paciente con TBCP en el área de hospitalización considere el componente cultural de estos pacientes.

Es obvio, que el componente cultural, refleja la forma de vida que elige cada persona. Especialmente, las pautas de enfermedad y su recuperación en una sociedad, es un hecho relevante y necesario a tomar en cuenta, las expectativas y los valores vinculados para que estas personas acepten que solamente la farmacoterapia les otorga la recuperación.

En ese sentido, la enfermería debe contar con una perspectiva “societaria”, señalada por la OPS (2004):

La perspectiva societaria, envuelve el análisis de la forma en que la salud interactúa con otras instituciones sociales y se usa para abordar problemas en la estructura social general. Proviene del reconocimiento de que la salud es un valor social y a menudo se juzga relativamente a otros valores socios culturales (Pàg.15)

La referencia proyecta contenidos que indican la capacidad de recuperación y deseo de alcanzar a salud, un valor socio cultural, atribuido a la persona y su singularidad a la máxima prioridad que se considere. En tal caso, enfermería debe reconocer la cantidad y la calidad de servicios sanitarios requerido por pacientes al egresar debe explorar ubicación institucional en cargados de ayudantías, sopesar otras necesidades culturales en términos absolutos son limitadores o productivos para la asistencia farmacoterapia antituberculosa, en ellos se incluyen los valores relacionados al aumento de la prestación sanitaria con el otorgamiento institucional para aumentar cobertura y otorga mejor medio para que estas personas al egresar no abandonen el tratamiento.

De acuerdo a ello el perfil societario de enfermería del área de hospitalización, debe determinar el aumento de la eficiencia hospitalaria y a su vez disminuir los costos por reingreso de casos de TBPCP por abandonos del tratamiento.

¿Cómo hacerlo?

Las autoras del estudio consideran que se deben satisfacer ciertos estándares de servicios con criterios de idoneidad, prestación, niveles de

intercambios inter institucional, organización de servicios, prolongación en las entrevistas entre otros.

Esto sugiere algunos desempeños caracterizados a recibir un cuidado en los cuales suscriba el desplazamiento de un lugar a otro contra del bacilo, con su corte de lo que corresponde el contacto humano.

El trato humanizado, según Beare / Myers, (Op-cit):

Es un proceso psicoterapéutico que emplea un estado interno para explorar y procurar dar a poyo socio cultural al individuo a reconocer y dar paso a la búsqueda de solución al problema, consiste en medios de apoyo como marco útil para adoptar conductas que superen barreras comunes que dificultan el alcance de recuperación (Pàg.89)

Se explica el contacto humano, en este caso corresponde al aportado por enfermería en la persona con TBPC. En este caso, se ilustra el contacto humanizado como un medio facilitador para que el paciente acepte la urgencia a la necesidad del tratamiento.

En este caso, enfermería debe presentar iniciativa para los logros que induzcan cambios favorables. Por ejemplo, cuando lo asiste, transmitirle cada beneficio alcanzado con el tratamiento (gratuidad) del mismo, varias razones subyacen al apoyo humano ofertado por enfermería para transformarlo en una atención que oferte afecto, información sobre el tratamiento (beneficio) creencias y apoyo en la diversidad cultural de cada paciente.

Con respecto al arte de informar, señala Becker MH, citado por Muñoz Moreno, (Op-cit)

Todo paciente tiene derecho a una completa información con la cual evaluar sus condiciones y estado de salud. La falta de información puede provenir de barreras lingüística o educativa las barreras lingüística ocurren cuando la enfermera no habla o no comprende el idioma del paciente, en este caso es conveniente crear los espacios que faciliten la comunicación (Pàg.91)

Por lo expuesto la comunicación es parte esencial de la terapéutica, en ello la enfermera puede dar una relación (paciente – enfermería) con la naturaleza como de subyugación, armonía o dominación en la búsqueda de que el paciente acepte la fármaco terapia como medio fijo para la repercusión como exigencia más urgente dentro de la relación y compromiso adquirido por enfermería.

Trato humanizado

La asociación de las TBCP y pobreza data de hace siglos. Durante el tiempo se habla de la carencia de accesos saludables (vivienda, higiene, alimentación, cuidados socios sanitarios, etc.), siendo causa principal según el MPPS (2002), para que permanezcan de manera persistente personas con diagnóstico de TBCP que mueren por incumplimiento del tratamiento” (Pàg.19). Por lo expuesto en la referencia las condiciones de vida de las personas con TBCP son factores básicos determinantes en el abandono de la terapia de recuperación de estas personas.

Así, el logro de la aceptación de la recuperación se ve influido por condiciones socio cultural vigente. Como ya se dijo, existe una relación de causa y efecto ente el deterioro de las personas con TBCP, con el medio al cual pertenece incluyendo la institución de salud donde es asistido para la recuperación, como contra partida, al ingresar estas personas a las instituciones a recibir la asistencia sanitaria.

Constitución de la relación: La constitución de la relación como parte del apoyo humano, en este caso se debe promover en cada paciente la adopción de un rol activo para el proceso terapéutico de la asistencia desde el ingreso hasta el alta del paciente, esto debe permitir un tono de relación, mitigando el temor por medio del dialogo y la conversación. En ese sentido, la constitución de la relación enfermera /o – paciente es la oportunidad por enfermería para el reconocimiento de cualquier punto sobre la disponibilidad presente en el paciente para la continuidad del tratamiento al egresar. Indagar sobre el compromiso en pacientes y/o acompañantes solo puede lograrse por medio de la constitución de la relación provechosa para la aceptación por parte del paciente del suministro terapéutico. Lo que implica la necesidad de un compromiso adquirido por enfermería desde el ingreso hasta el alta.

Asistencia desde el Ingreso hasta el Alta: es un método, en el cual las autoras consideran que debe dársele a cada paciente con TBCP la planificación de protección no solamente en el área de hospitalización, también para ser aplicada en situaciones ambulatorias relacionadas con módulos,

clínicas, casa de salud y centro de rehabilitación. Debe entonces, por parte de enfermería utilizar estrategias, que se mencionaran a continuación:

- Agente encargado de casos
- Equipo multidisciplinario
- Servicios social

Agente encargado de casos: En este segmento se debe contar con el cumplimiento de asesoramiento a cada persona y a acompañante que egrese con respecto a la mediación y del otro plano de asistencia correspondiente a la continuidad. En este caso, enfermería debe contar con informaciones suficientes hacia donde darán continuidad del cuidado del paciente.

Equipo Muldisciplinario: En este caso se debe determinar la necesidad de servicios que son necesarias en los cuales enfermería trabajaran con el personal y paciente en una rutina diaria. El equipo incluye, enfermería, medico trabajador social, sociólogo, etc., el enfermo recibirá apoyo de beneficios y de control.

Equipo de servicio social: Los servicios correspondientes a este segmentos en el plan de altas incluyen (ayudantía social y económicos, etc.).

Promover la adaptación para la recuperación por medio del tratamiento.

La adaptación según Beare /Meayers, (Op-cit)

Alude a las conductas con la que la persona mantiene el equilibrio cuando se enfrente a estímulos destructivos, internos, externos. Este proceso puede ser consciente o

inconsciente, la adaptación se puede describir en términos de respuestas: conductuales (luchar, huir), físico química, psico social, o socio culturales (desamparo aprendido) (Pàg.85)

La adaptación, de acuerdo a la referencia, corresponde al enfrentamiento de las exigencias de cambios que se requiere para sobrevivir y crecer. En este caso enfermería tiene que aceptar que cada caso de TBCP tiene una respuesta singular que determine su capacidad de tolerar manejar sobrevivir sus momentos (tristeza, alegría, optimismo). Esta capacidad en cada paciente es un factor clave, que al ser reconocido por enfermería permitirá una mayor adaptación para la recuperación del mismo, hecho que puede alcanzarse por intermedio de:

- Cambios no conflictivos

Cambios No conflictivos: Promover el alcance de que el paciente acepte los consejos o sugerencias (control del componente tanto por parte del servicio de salud), este acto a utilizar por parte de enfermería para la evaluación sistemática y racional de las casusas del medio que hacen posible el abandono del tratamiento antituberculoso.

2.3. Sistema de Variable

Variable Única: Medidas de control socio cultural por enfermería a pacientes de diagnostico con TBCP en la continuidad cumplimiento del tratamiento antituberculoso.

Definición Conceptual: Acogiéndose a lo establecido por el MPPPS (2006), las actividades que den cumplimientos de los factores socioculturales de cada paciente con TBCP, deben ser parte de las acciones desarrolladas por las enfermeras (os) que asisten casos de TBCP y relacionado con el tratamiento.

Definición Operacional: Son las observaciones hechas al personal de enfermería asistiendo a pacientes TBCP desde un orden socio cultural que asegure la continuidad del tratamiento.

2.4. Operacionalización de la Variable

Variable Única: Medidas de control socio cultural por enfermería a pacientes de diagnóstico con TBCP en la continuidad cumplimiento del tratamiento antituberculoso.

Definición Operacional: Son las observaciones hechas al personal de enfermería asistiendo a pacientes TBCP desde un orden socio cultural que asegure la continuidad del tratamiento.

Dimensión	Indicador	Sub Indicador	Items
<p>Medida de control social: Se refiere al componente epidemiológico ejercido por enfermería por medio de una red de vigilancia a favor del cumplimiento del tratamiento antituberculoso.</p>	<p>Red de vigilancia epidemiológica: Se refiere al sistema de vigilancia en función del desarrollo de una coordinación asistencial del paciente con TBCP a favor del cumplimiento del tratamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Criterio de atención con el reingreso • Tratamiento • Búsqueda del contacto 	<p>1 al 4</p> <p>5 al 8</p> <p>9 al 12</p>
<p>Medidas de control cultural: Se refiere al componente hábito y costumbre presente en el paciente que debe ser reconocido por enfermería a favor del cumplimiento del tratamiento antituberculoso.</p>	<p>Societaria: Se refiere a las condiciones y forma de vida de los pacientes con TBCP que debe ser reconocido por enfermería a favor del cumplimiento del tratamiento antituberculoso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integración de casos • Trato humanizado 	<p>13 al 15</p> <p>16 al 20</p>

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

La investigación se ubica dentro de los parámetros del diseño no experimental. De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2008) en este tipo de diseño la investigación se realiza “sin llevar a cabo la manipulación de la variable independiente, la observación se realiza en el ambiente natural de la variable objeto de estudio” (Pàg.82).

En cuanto a las fuentes de datos la misma queda enmarcada en una investigación de campo. Hurtado J (2000), explica que el propósito de estas investigaciones es “describir” un evento obteniendo datos de fuentes vivas o directas, en su ambiente natural” (Pàg.320). En este sentido las investigadoras recabaran los datos en el propio lugar donde ocurren los hechos, es decir en las salas de medicina del Hospital Vargas de Caracas.

3.1. Tipo de Estudio

El estudio se conoce como nivel descriptivo, según los autores Fernández, Hernández, y Batista (Op-cit), “la investigación descriptiva está dirigida a determinar la frecuencia e incidencia con la cual se produce un determinado hecho en una realidad social objeto de estudio” (Pàg.138). En el caso concreto de esta investigación su propósito fue determinar cómo se manifiesta la variable: Medidas de control socio cultural por enfermería a pacientes de

diagnostico con TBCP en la continuidad cumplimiento del tratamiento antituberculoso.

3.2. Población y Muestra

La población estará conformada por los 30 profesionales de enfermería que labora en el área de hospitalización interna del hospital “Vargas” en Caracas, en los turnos de trabajos, (7 am, 1 pm, 1 pm, 7 pm) la población de estudio puede definirse de acuerdo a Polit (1997), como el conjunto global de individuos u objetos que tiene una características común” (Pàg.153).

Con respecto al número (30) cabe resaltar que ello representa el 100% del total de la población de enfermería que laboran en dicho turno.

3.3. Instrumento para la recolección de datos

De acuerdo a la problemática planteada se utilizara como método de recolección de datos un cuestionario tipo Liker de respuestas: Siempre, Alguna vez, y Nunca, para ser aplicada por medio de la observación. El método la observación es explicada por Pardo y Cedeño (1998), “como la selección, la provocación, el registro y la codificación de un conjunto de ser registrados, según un plan determinado” (Pàg.235). La observación realizada a la población objeto estudio relacionadas con las medidas de control socio cultural por enfermería con pacientes con tuberculosis pulmonar para dar continuidad al cumplimiento del tratamiento antituberculoso.

Con esta investigación se utilizara un instrumento tipo guía de observación con preguntas que evalúan las situaciones del problema, propuesto en esta investigación. En ese orden se aplicara una lista de cotejo tipo Liker.

3.4. Validez y Confiabilidad

Validez

De acuerdo con Canales, Alvarado, y Pineda (2008), la validez de un instrumento viene dada por su “eficiencia para medir lo que se requiere verificar en una determinada variable” (Pàg.194). En el caso de la investigación propuesta se utilizara como procedimiento de validación del contenido a través de juicio de expertos en esta modalidad de validación se recurre a ciertos jueces para ejecutar la validación y la pregunta básica es ¿Mide o no este ítems la propiedad propuesta?. En ese sentido, se realizo la validez por expertos docentes, asistenciales y metodológicos, que a su vez dieron la validez para el diseño del instrumento definitivo.

Confiabilidad.

Definida por Busott, (1998), como la capacidad que tiene un instrumento de registrar los mismos resultados que en repetidas ocasiones con una misma muestra y bajo una misma condición (Pàg.108).

El procedimiento más común para determinar la confiabilidad mediante un coeficiente, es la medida de estabilidad (confiabilidad por test,) como señala

Hernández (2000), “en este procedimiento un mismo instrumento de medición (o ítems o indicadores) es aplicado dos o más veces a un mismo grupo de personas, después de un periodo de tiempo, la correlación entre los resultados de la diferentes aplicaciones es altamente positiva, el instrumento se considera confiable” (Pàg.249).

A objetos de medir la confiabilidad del instrumento a utilizar en la investigación, se aplico el mismo que una prueba piloto, compuesta por (8) enfermeras asignadas al Hospital José Gregorio Hernández que reúnen las mismas características de la población pero que no formen parte de la muestra, aplicándoseles en diferentes momentos, a fin de concluirse la similitud en las respuestas, dando como resultado. (0,77)

3.5. Pasos Utilizados para la Recolección de Datos

Se solicito antes la gerencia de enfermería del Hospital Vargas de Caracas, la autorización para aplicar el instrumento de recolección de datos.

El instrumento se aplico por los investigadores a fin de garantizar la objetividad de los resultados. Se conto con los recursos materiales y financieros para la recolección de los datos y su posterior tabulación y análisis.

3.6. Técnica de Análisis

Para analizar los datos obtenidos se utilizo la estadísticas descriptivas para medir la frecuencia absoluta y porcentual (%) de las observaciones hechas a cada uno de los profesionales de enfermería, de igual forma se procedió a la

representación de dichos resultados a través de cuadros y gráficos estadísticos con el fin de facilitar la comprensión de los mismos.

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

El contenido de este capítulo corresponde a los resultados de investigación con sus respectivos análisis

A continuación se presentan los resultados de la investigación por medio de cuadros y gráficos estadísticos enmarcados en frecuencias relativas y porcentajes. Se busca por medio de ello facilitar la interpretación de los mismos.

Cuadro N°1

Distribución de las observaciones hechas a enfermería aportando medidas de control social al paciente con TBCP por medio del sub indicador criterio de atención con el reingreso del indicador red de vigilancia, área de medicina Hospital Vargas, primer semestre. 2009

Criterios de atención con el regreso por TBCP	Respuestas						Total
	Siempre		Alguna vez		Nunca		
	N	%	N	%	N	%	
1. Controla el N° de casos por reingresos	9	30	15	50	6	20	100
2. Reconoce en el paciente la aceptación que tiene para su recuperación	4	13	23	77	3	10	100
3. Promueve las intervenciones de referencias con las instituciones de salud de casos por reingresos	9	30	15	50	6	20	100
4. Realiza actividades con (ONG) de apoyo al paciente a egresar del área de hospitalización	8	27	12	40	10	33	100

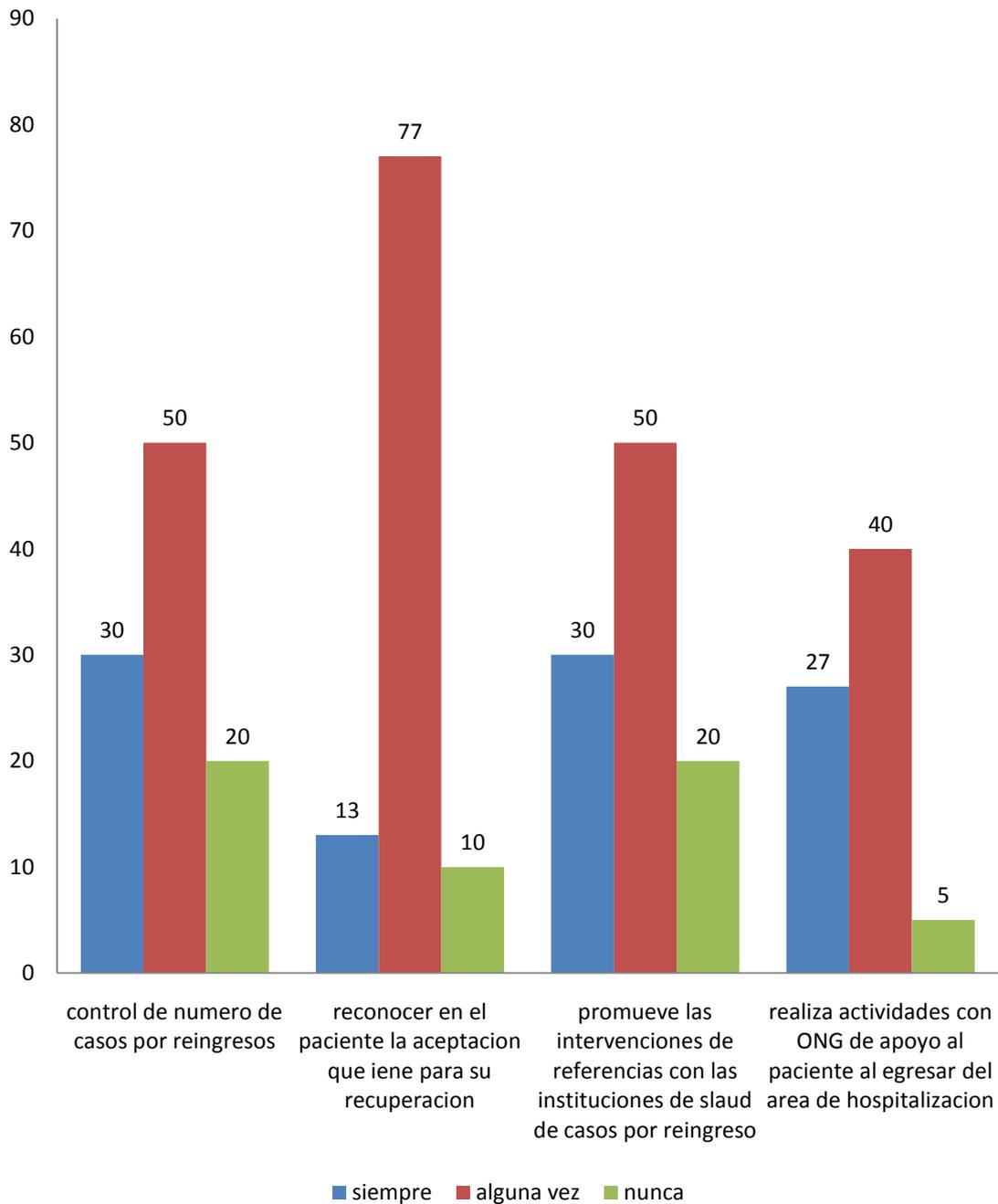
Fuente: Instrumento Aplicado

A continuación se presentan los resultados de las observaciones hechas a enfermería del sub indicador: criterios de atención con el reingreso de TBCP, estos señalan para la pregunta control del N° de casos de reingreso 30% e las respuestas correspondió a la categoría siempre, para la categoría alguna ve un 50% y un 20% para la respuesta nuca. Para la pregunta reconocimiento en el paciente la aceptación que tiene para su recuperación 13% índico siempre 77% fue para la respuesta algunas ves y 10% indico nunca. Para la pregunta promueve la intervención de referencia con institución de salud, 30% señalo

siempre, 50% fue para alguna vez y 20% indico nunca. Para la pregunta, realiza actividades con (ONG) de apoyo al paciente al egresar 27% indico siempre, 40% indico alguna vez y 33% correspondió nunca. De acuerdo a los resultados se demuestra que no hay por parte de enfermería en control de criterios especial para promover un trato especial en los reingresos.

Grafico N°1

Distribución de las observaciones hechas a enfermería aportando medidas de control social al paciente con TBCP por medio del sub indicador criterio de atención con el reingreso del indicador red de vigilancia, área de medicina Hospital Vargas, primer semestre. 2009



Fuente: Cuadro N°1

Cuadro N°2

Distribución de las observaciones hechas a enfermería aportando medidas de control social al paciente con TBCP por medio del sub indicador tratamiento del indicador red de vigilancia, área de medicina Hospital Vargas, primer semestre. 2009

Tratamiento	Respuestas						Total
	Siempre		Alguna vez		Nunca		
	N	%	N	%	N	%	
5. Promueve con los pacientes la continuidad del tratamiento al egresar del área de hospitalización	8	27	16	53	6	20	100
6. Explica sobre las fases del tratamiento necesaria para la recuperación.	6	20	14	47	10	33	100
7. Explica sobre el numero de fase de acuerdo al tiempo correspondiente según esquemas	5	17	18	60	7	23	100
8. Los motiva por medio de la información reafirmandoles sobre la injerencia de aceptar la administración de los tres esquemas (I, II, III)	8	27	16	53	6	20	100

Fuente: Instrumento Aplicado

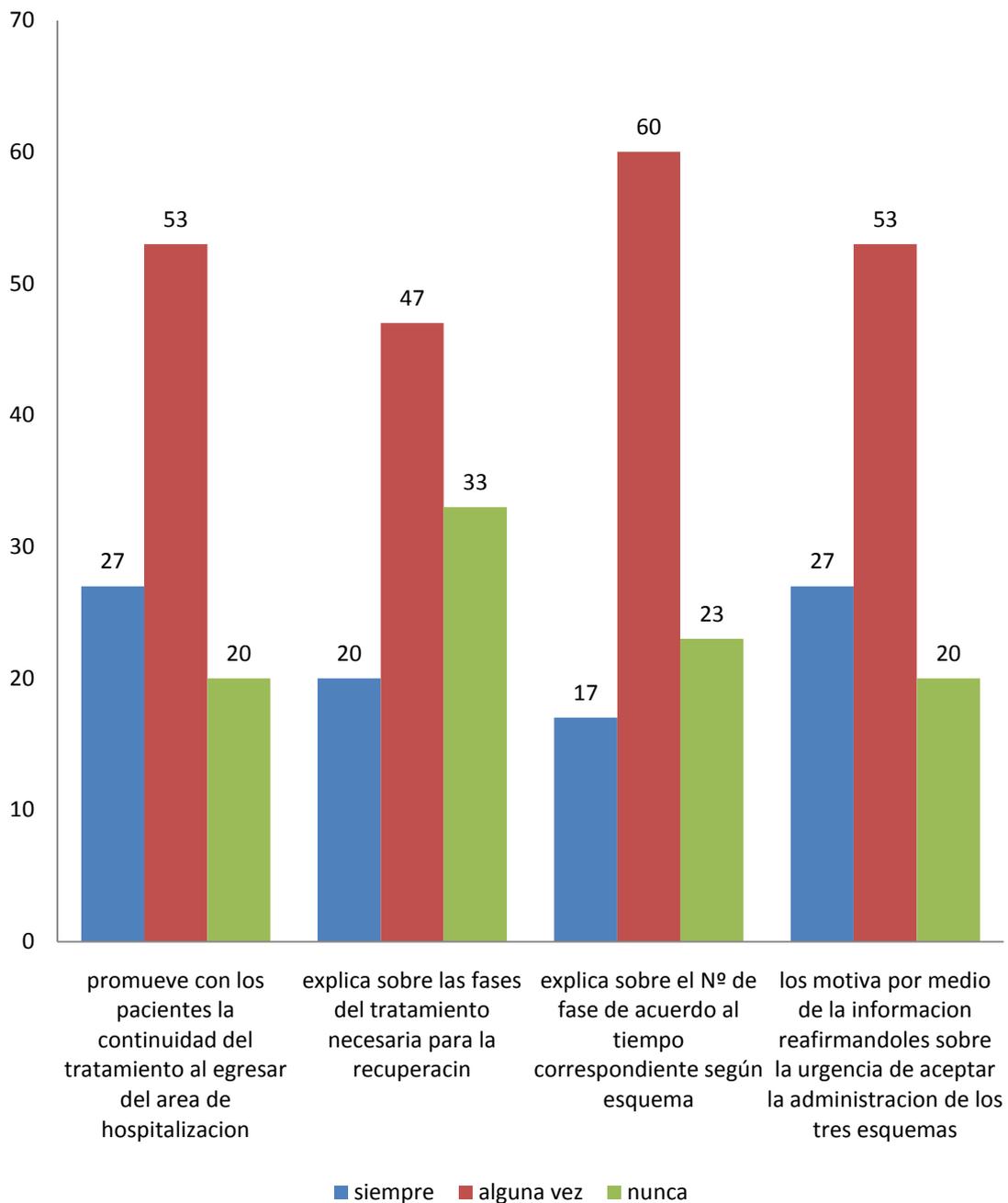
Resultados correspondientes al sub indicador tratamiento antituberculosos para la pregunta promueve la continuidad del tratamiento al egresar el paciente del área 27% correspondió a la respuesta siempre 53% fue para la categoría alguna vez y 20% para la respuesta nunca. Para la pregunta explica sobre la fase del tratamiento 20% fue para la respuesta siempre, 47%. Para la respuesta alguna vez, 33% para la categoría Nunca. Para la pregunta explica el numero de fases de acuerdo al tiempo correspondiente según esquema 17%

fue para la categoría siempre, 60% para la categoría alguna vez y 23% para la respuesta nunca. Para la pregunta los motiva por medio de la información reafirmando sobre la urgencia de aceptar la administración de los tres esquemas (I, II, III), 27% fue para la respuesta siempre 53% fue para la respuesta alguna vez y 20% fue para la categoría nunca.

Estos resultados de las observaciones hechas a la población objeto estudio le corresponde una mayor preferencia a la categoría alguna vez lo que demuestra que no hay un control con los pacientes de TBCP reafirmando de manera continua sobre el tratamiento con el factor principal para alcanzar la recuperación

Grafico N°2

Distribución de las observaciones hechas a enfermería aportando medidas de control social al paciente con TBCP por medio del sub indicador tratamiento del indicador red de vigilancia, área de medicina Hospital Vargas, primer semestre. 2009



Fuente: Cuadro N°2

Cuadro N°3

Distribución de las observaciones hechas a enfermería aportando medidas de control social al paciente con TBCP por medio del sub indicador búsqueda de contacto del indicador red de vigilancia, área de medicina Hospital Vargas, primer semestre. 2009

Tratamiento	Respuestas						Total
	Siempre		Alguna vez		Nunca		
	N	%	N	%	N	%	
9. Aporta criterios para el seguimiento de casos en los requeridos	10	33	18	60	2	7	100
10. Aporta criterios para la búsqueda de contactos con otras dependencias sanitarias	7	23	21	70	2	7	100
11. Promueve conductas de asistencias sanitarias de atención directa con el contacto	5	17	21	70	4	13	100
12. Aporta criterios para el cumplimiento de la visita sanitaria como estrategias	7	23	18	60	5	17	100

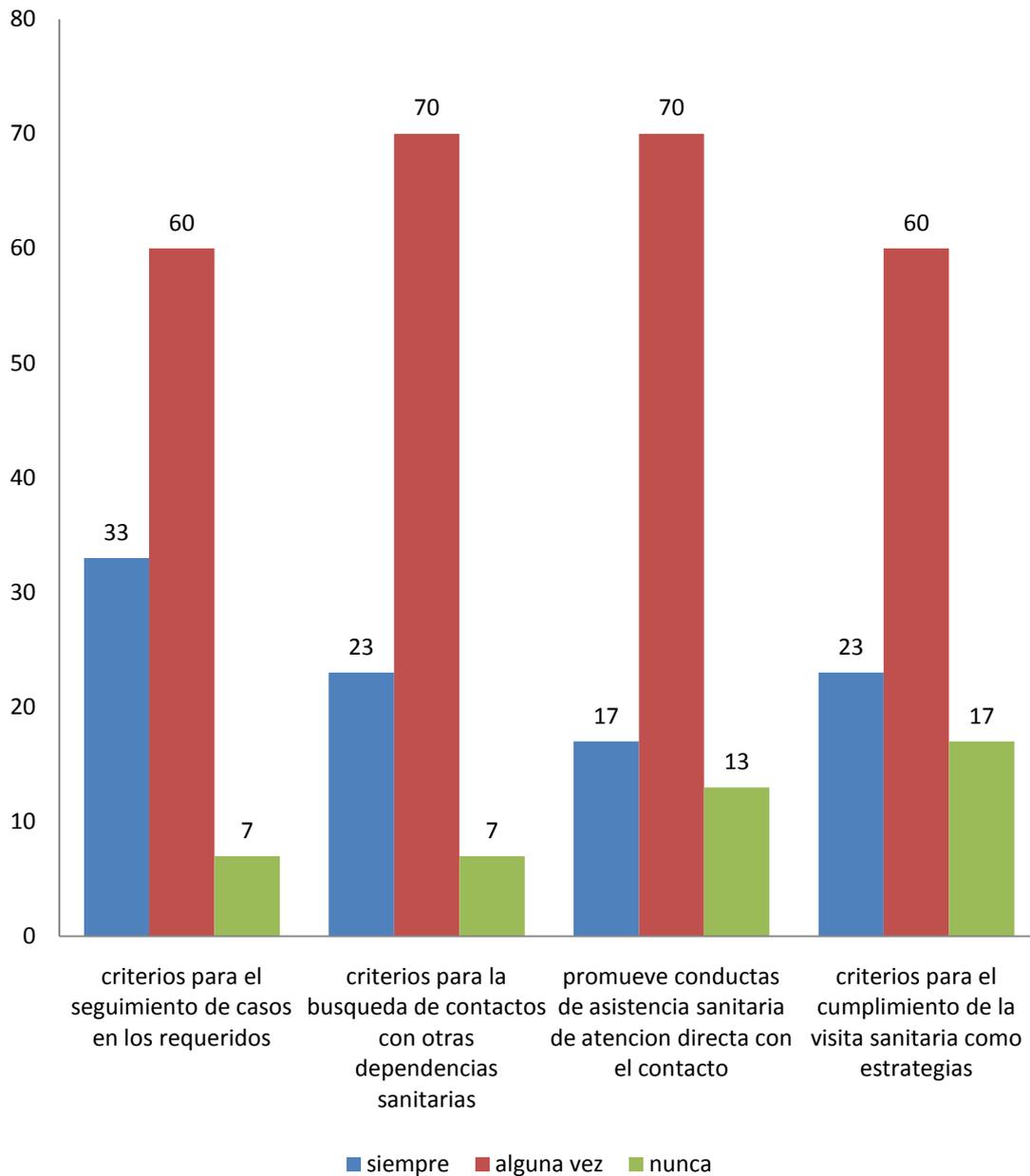
Fuente: Instrumento Aplicado

Resultados de las observaciones del sub indicador búsqueda del contacto como parte de la red de vigilancia. Para la pregunta criterios para el seguimiento de casos en los requeridos 33% fue para la categoría siempre, 60% para la respuesta alguna vez, y 7% para la respuesta nunca. Para la pregunta criterios para la búsqueda de contacto con otras dependencias sanitarias 23% fue para la respuesta siempre, 70% fue para la respuesta alguna vez y 7% fue para la respuesta nunca, para la pregunta promueve conductas de asistencias sanitarias de atención directa con el contacto 17% fue para la respuesta siempre 70% para la respuesta alguna vez, 13% fue para la respuesta nunca, para la pregunta criterios para el cumplimiento de visitas

sanitarias como estrategias 23% fue para la respuesta siempre 60% para la respuesta alguna vez y 17% para la respuesta nunca. Los resultados del sub indicador búsqueda del contacto como parte de la red de vigilancia demuestran una marcada preferencia a la categoría alguna vez.

Grafico N°3

Distribución de las observaciones hechas a enfermería aportando medidas de control social al paciente con TBCP por medio del sub indicador búsqueda de contacto del indicador red de vigilancia, área de medicina Hospital Vargas, primer semestre. 2009



Fuente: Cuadro N°3

Cuadro N°4

Distribución de las observaciones hechas a enfermería aportando medidas de control social al paciente con TBCP por medio del sub indicador búsqueda de contacto del indicador red de vigilancia, área de medicina Hospital Vargas, primer semestre. 2009

Tratamiento	Respuestas						Total
	Siempre		Alguna vez		Nunca		
	N	%	N	%	N	%	
13. Toma en cuenta las creencias del paciente sobre la TBCP como enfermedad curable	5	17	21	70	4	13	100
14. Identifica la región que profesa el paciente relacionándola a la recuperación	11	37	17	56	2	7	100
15. Toma en cuenta la procedencia de cada paciente relacionándola a la recuperación	5	17	21	70	4	13	100

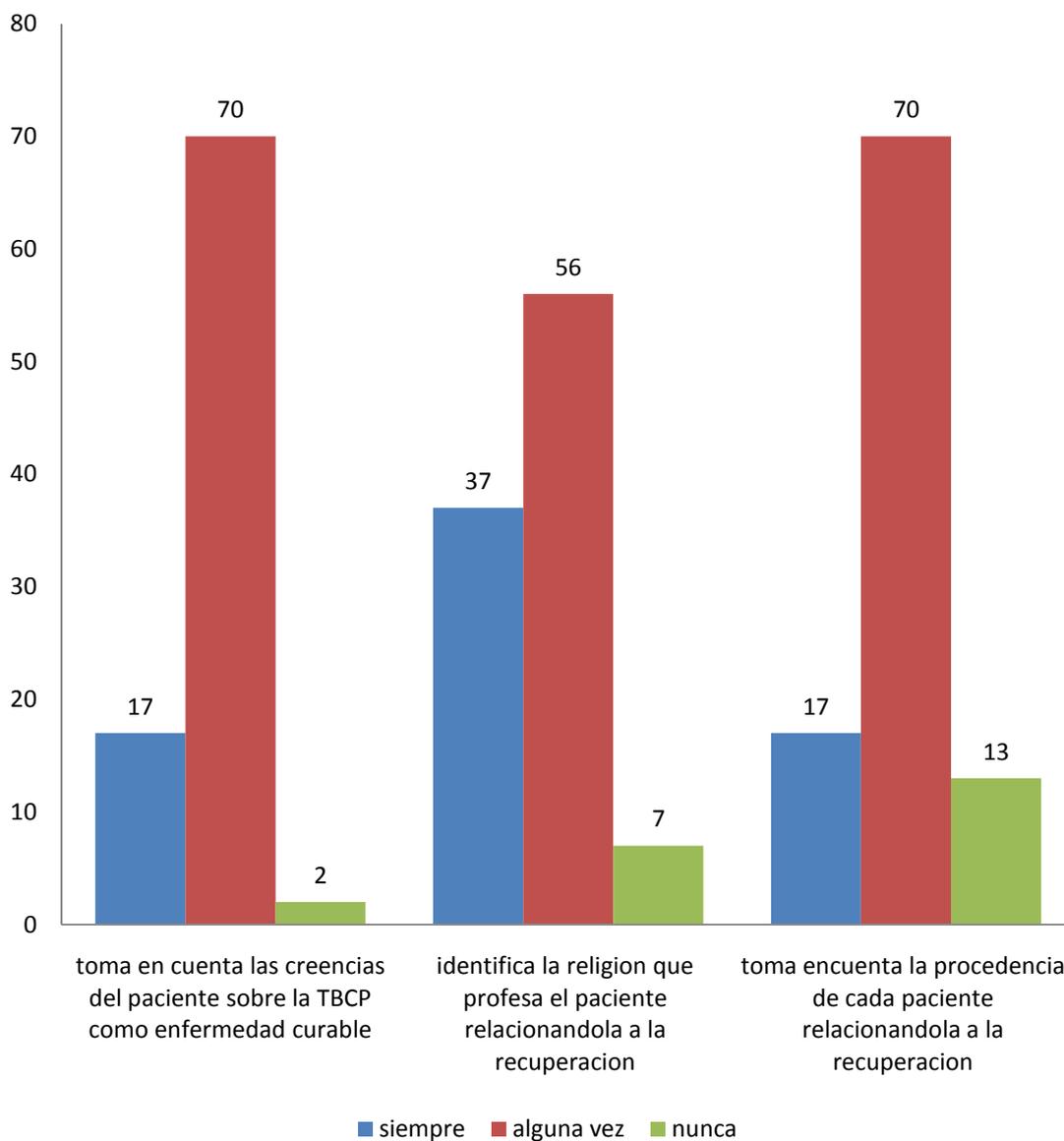
Fuente: Instrumento Aplicado

A continuación se presentan los resultados del sub indicador integración de datos del indicador societaria en lo correspondiente a la pregunta investigación de las creencias del paciente sobre la TBCP como enfermedad curable 17% correspondió a la categoría siempre, 70% para la categoría alguna vez y 13% para la categoría nunca, 70% para la categoría alguna vez y 13% para la respuesta nunca. Para la pregunta toma en cuenta la religión que profesa el paciente 37% fue para la categoría siempre, 56% para la categoría alguna vez y 7% para la categoría nunca. Para la pregunta toma en cuenta la procedencia de cada paciente 17% fue para la categoría siempre 70% para la categoría alguna vez y 13% para la categoría nunca. Los resultados al igual que los anteriores ya expuestos demuestran que la población objeto estudio

mayormente alguna vez aporta medidas de control con respecto a la integración de datos personales del paciente, facilitadores para un control provechoso a la recuperación.

Grafico N°4

Distribución de las observaciones hechas a enfermería aportando medidas de control social al paciente con TBCP por medio del sub indicador búsqueda de contacto del indicador red de vigilancia, área de medicina Hospital Vargas, primer semestre. 2009



Fuente: Cuadro N° 4

Cuadro N°5

Distribución de las observaciones hechas a enfermería aportando medidas de control cultural al paciente con TBCP por medio del sub indicador búsqueda de contacto del indicador red de vigilancia, área de medicina Hospital Vargas, primer semestre. 2009

Trato Humanizado	Respuestas						Total
	Siempre		Alguna vez		Nunca		
	N	%	N	%	N	%	
16. Promueve en el equipo de salud el tratamiento humanizado al paciente	8	27	6	20	16	53	100
17. Promueve el tratamiento humanizado entre pacientes y acompañantes	10	33	14	47	6	20	100
18. Llama a cada paciente pro su nombre.	5	17	7	23	18	60	100
19. Toma en cuenta el estado de animo del paciente (tristeza, alegría)	8	27	6	20	16	53	100
20. Incluye al servicio social en el reconocimiento asistencial intra y extramuros	14	47	10	33	6	20	100

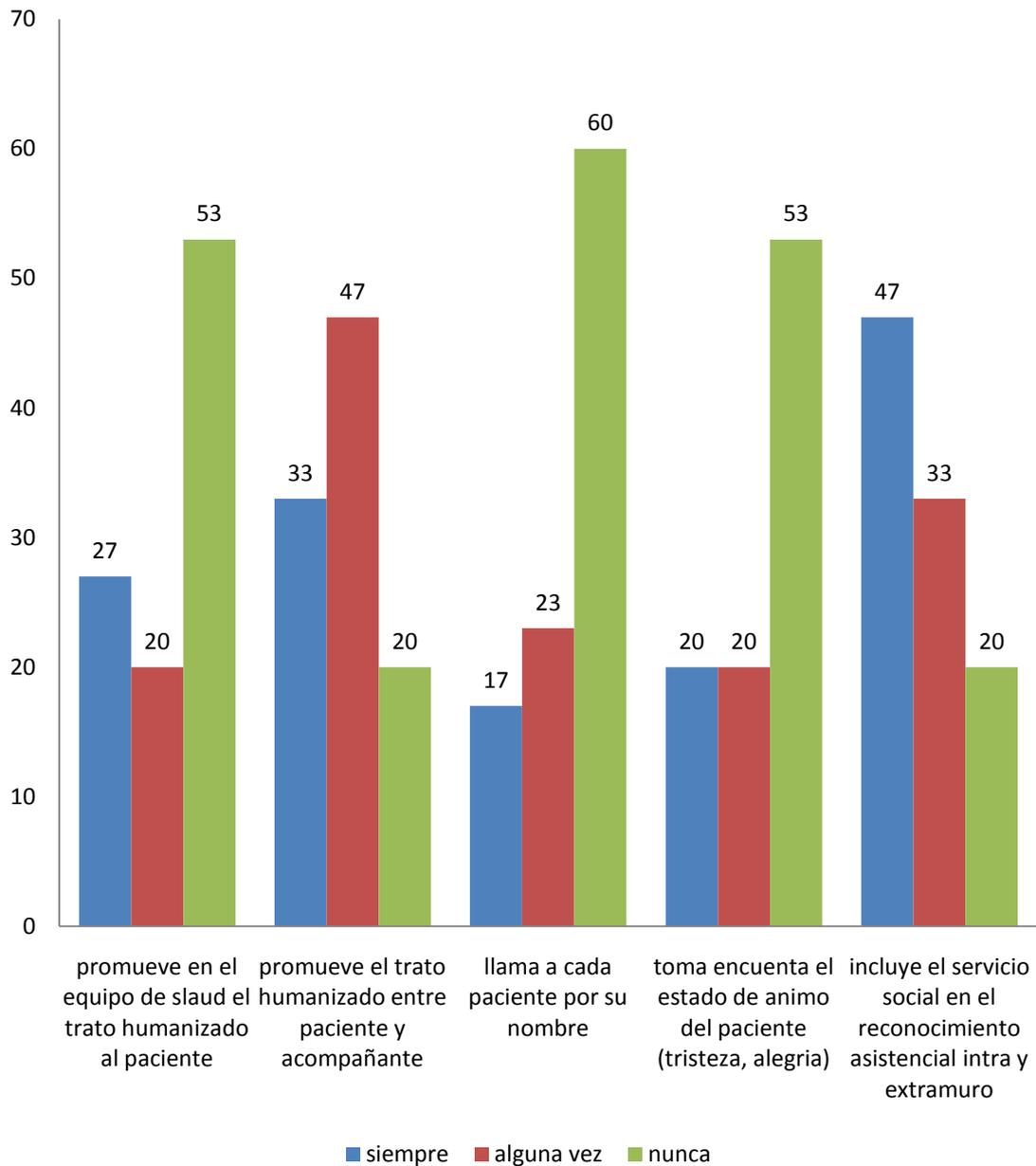
Fuente: Instrumento Aplicado

A continuación se presentan los resultados del sub indicador trato humanizado correspondiente al indicador societario. En relación a ello, los resultados de la pregunta promueve el trato humanizado con el equipo de salud 27% fue para la categoría siempre, 20% para la respuesta alguna vez y 53% para la respuesta nunca. Para la pregunta promueve el trato humanizado entre pacientes y acompañantes, 33% fue para la categoría siempre, 47% para la categoría alguna vez y 20% para la respuesta nunca. Para la pregunta llama a cada paciente por su nombre 17% fue para la respuesta siempre 23% para la

categoría alguna vez y 60% para la respuesta nunca. Para la pregunta toma en cuenta el estado de ánimo del paciente (tristeza alegría), 27% fue para la categoría siempre 20% para la respuesta alguna vez, y 53% para la respuesta nunca. Para la pregunta incluye el servicio social para el reconocimiento asistencial intra y extramuros 47% fue para la respuesta siempre 33% para la respuesta alguna vez y 20% para la respuesta nunca. Estos resultados demuestran una marcada referencia para la categoría nunca, es decir la relación objeto estudio mayormente no promueve el trato humanizado hacia el paciente con TBCP.

Grafico N°5

Distribución de las observaciones hechas a enfermería aportando medidas de control cultural al paciente con TBCP por medio del sub indicador búsqueda de contacto del indicador red de vigilancia, área de medicina Hospital Vargas, primer semestre. 2009



Fuente: Cuadro N°5

4.2. Análisis e Interpretación de los Resultados

Los análisis correspondientes a los resultados de investigación se plasmaron en función de los objetivos del estudio, por tanto la investigación se planteo dos (2) objetivos específicos y un objetivo general.

Para el objetivo que busco identificar como enfermería establece medidas de control social con pacientes de diagnóstico con TBCP, para dar continuidad en el cumplimiento del tratamiento antituberculosos, los resultados indican 24% para la categoría Siempre, mientras que la categoría Alguna vez 18,58%. En atención a los resultados obtenidos del objetivo específico como enfermería establece medidas de control social don paciente se puede constatar de mayor preferencia para la categoría alguna vez, es decir no hay una contante actividad en el cumplimiento de medidas de control en pacientes con TBCP.

El segundo objetivo específico busco identificar como enfermería establece medidas de control cultural con pacientes de diagnóstico de TBCP, de acuerdo a los resultados estos señalan 27,75% para la categoría siempre en lo correspondiente a la categoría alguna vez estos indican 43%, mientras que la categoría nunca 29,8%. Los resultados obtenidos le dan mayor preferencia a la categoría alguna vez, lo que se demuestra que no todo el personal de enfermería tiene como constante considerar los valores culturales de estos pacientes. En ese sentido los resultados de ambos objetivos dan la idea que en el servicio de medicina no consideran las influencias socio cultural en relación

al plan de recuperación de estos pacientes quienes reingresan en sus mayorías por abandono del tratamiento.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El contenido del capítulo le corresponde a las conclusiones y recomendaciones a que dio lugar de acuerdo a los resultados obtenidos según objetivos planteados en el estudio.

5.1. Conclusiones

A continuación se exponen las conclusiones de los resultados obtenidos de las observaciones hechas a la población objeto estudio:

- El personal de enfermería (30) 100% del total de la población objeto estudio el 24% siempre establece medidas de control social con pacientes diagnosticados con TBCP, mientras que el 57,75% alguna vez cumple con esta actividad y en menor proporción 18,58% nunca establece medida de control social con estos pacientes.
- El personal de enfermería (30) 100% del total de la población objeto estudio apenas el 27,75% siempre establece medidas de control cultural con pacientes de diagnostico de TBCP y 43% alguna vez realiza medidas de control y 29,8% nunca establece medidas de control, cultural con pacientes en apoyo a la recuperación.

5.2 Recomendaciones

A continuación se expresan las recomendaciones a que dio lugar de acuerdo a los resultados obtenidos.

- Dar a conocer los resultados del estudio al personal de enfermería adscritos al área de investigación.
- Reactivar en el personal de enfermería el fomento de medidas de control social durante las asistencias propiciadas al paciente con TBCP con la intención de proyectar las vigilancias sanitarias a fin de la disminución de pacientes con reingresos con TBCP con abandonos del tratamiento.
- Fomentar dentro del personal de enfermería como parte del equipo multidisciplinario de salud las medidas de control cultural con el objetivo del aporte de un servicio integrador con paciente con TBCP a favor de la continuidad del tratamiento al egresar al área de hospitalización

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

APARICIO RAMON, (2002). Epidemiologia. 2da Edición Mc Graw Hill Interamericana.

ALCALA Y OTROS, (2005). Rol de la Enfermera con Pacientes con TBCP. Trabajo Especial de Grado Escuela de Enfermería Universidad Central de Venezuela.

BEARE / MAYERS, (2001). Enfermería principios y practicas. Editorial medica Panamericana Hilarion Eslava. S. A

FLORES PEREZ DOMINGO (2006). Practica de enfermería Editorial Medica Panamericana.

GARIDO CORDERO ISABEL (2006). TBCP.

HERNANDEZ, FERNANDEZ Y BATISTA, (2008). Metodología de la Investigación.

HOSPITAL VARGAS. (2008). Estadísticos de Morbilidad TBCP. Historias Medicas Caracas, Venezuela.

HURTADO, J (2000). Metodología de la Investigación.

HARDENSON VIRGINIA. (1987). Enfermería contenidos Teorices.

LONG, J (2000). TBCP

MARTINEZ MARCO, ORGULLO SALAZAR, (2006). Equipo de Trabajos.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD, (2001), **microbacterium TBCP.**

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD, (2006), **programa de neumotisiología.** 2da Edición Caracas, Venezuela

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD, (2000), **TBCP, Fisiopatología.**

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD, (2007), **estadísticas de morbi-mortalidad de TBCP Venezuela.** Informe Epidemiológico N°36

MORENO SANCHEZ, (2006). **Riesgo para la TBCP.**

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD, (2002), **trato Humanizado al Paciente TBCP.**

MUÑOZ VELAZCO LUIS MARIA (2005). **Medidas de control de la TBCP.** 2da Edición Mc Graw Hill Interamericana.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, (2001). **Protección Sanitaria.**

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, (2001). **Bacilos de Koch.**

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, (2008). **Tuberculosis pulmonar Enfermedad Infecto contagiosa.**

ORGNIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. (2001). **Riesgo de Padecer la TBCP.**

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. (2004). **Perspectiva societaria.**

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. (2008). **Estadísticas de morbi mortalidad de TBCP.**

PEREZ, A GONZALEZ, P (2002). **Acciones de Enfermería a usuarios con TBCP.** Trabajo Especial de Grado Escuela de Enfermería Universidad Central de Venezuela.

QUEVEDO ANABEL, QUEVEDO LORENA, (2009). **Participación de enfermería orientando al paciente con TBCP.** Trabajo Especial de Grado Escuela de Enfermería Universidad Central de Venezuela

RIVAS, LUISA (2001). **Calidad de atención a usuarios con TBCP** Trabajo Especial de Grado Escuela de Enfermería Universidad Central de Venezuela

ROBBIMS (1999). **Diagnostico de la TBCP.**

SUSAN LEYDIS. (1992). **Modelo del auto cuidado**

SANCHEZ MORENO (2002). **Epidemiología y Enfermería.** Mc Graw Hill Interamericana.

SMITH (2006). **TBCP, Enfermedad Infecto Contagiosa.**

TANLUY (1990). **Síntomas de la TBCP.**



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



INSTRUMENTO PARA RECOLECTAR LA VARIABLE. MEDIDAS DE CONTROL SOCIO - CULTURAL POR ENFERMERIA PARA QUE EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE CONTINUIDAD AL TRATAMIENTO AL EGRESAR. AREA DE MEDICINA, HOSPITAL VARGAS, PRIMER SEMESTRE 2009

**Tutor:
Prof. Ricarda Montaña**

**Autoras:
González, Dioselina
Pereda Jineth**

Caracas, 2010



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



Estimado /a Señor /a

A continuación se le hace entrega de un cuestionario con la intención de conocer su opinión con respecto a las medidas a seguir a favor de la prevención de las enfermedades diarreicas en los niños menores de 5 años residentes del sector 5 de Julio Barrio Federico Quiroz, de respuestas a la que usted considere verdadera.

El trabajo es de interés Académico.

Gracias.....

En área de hospitalización	Siempre	Alguna vez	Nunca
1. Enfermería cuando asiste al paciente con TBCP por ingreso lleva control del número de casos.			
2. Reconoce en cada paciente de reingreso la aceptación que tiene para su recuperación			
3. Promueve las intervenciones de referencias con la institución de salud de casos de TBCP por reingresos.			
4. Realizar actividades con (ONG) de apoyo al paciente con TBCP para su protección al egresar al área de hospitalización			
5. Promueve con los pacientes la administración del tratamiento por los esquemas correspondientes			
6. Les explica sobre las fases de tratamientos necesarios para la recuperación			
7. Les explica sobre el tiempo de cada una de las fases correspondientes al tratamiento según esquemas			
8. Los motiva por medio de la plática para que den continuidad al tratamiento según los esquemas (I, II, III)			
9. establece criterios para el seguimiento de casos en aquellos requeridos			
10. Establece criterio para la búsqueda de contactos con otras dependencias sanitarias			
11. Promueve el área la conducta a según con los contactos			

12. Establece criterios para que se cumpla la visita sanitaria en los casos que lo ameritan			
13. Toma en cuenta las creencias del paciente sobre la TBCP como enfermedad curable.			
14. Identifica la religión que profesa cada paciente			
15. Toma en cuenta las procedencias de cada paciente en relación a la recuperación			
16. Promueve en el equipo de salud el trato humanizado con el paciente			
17. Promueve el trato humanizado entre pacientes y acompañantes			
18. Llama a cada paciente por su nombre			
19. toma en cuenta el estado de ánimo del paciente (tristeza alegría)			
20. Incluye al servicio social en el reconocimiento asistencial intra y extramuros.			

Análisis de fiabilidad:

Escala: medidas de control socio cultural por enfermería a pacientes de diagnostico con TBCP en la continuidad cumplimiento del tratamiento antituberculoso.

	Respuestas acertadas	Respuestas No acertadas
1	5	3
2	5	3
3	6	2
4	6	2
5	6	2
6	6	2
7	6	2
8	7	1
9	6	2
10	5	3
11	7	1
12	7	1
13	6	2
14	6	2
15	7	1
16	7	1
17	7	1
18	7	1
19	6	2
20	6	2
Total	119	36

$$X = \frac{Ra}{Ra + Rn} = \frac{119}{119 + 36} = \frac{119}{155} = 0,77$$

$$X = 0,77$$

ANEXOS