



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA 2007-2009

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

**FACTORES SOCIOCULTURALES Y ECONÓMICOS PRESENTES EN
PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR. MUNICIPIO DE SANTA
ROSA DE LIMA. LA UNIÓN. DE ENERO 2007 A DICIEMBRE 2008**

AUTOR: LIC. ROSA MIRNA YANES YANES
TUTOR: DR. VÍCTOR MEJÍA
MsC Salud Pública

San Miguel, El Salvador

Marzo 2010

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
RESUMEN.....	iii
I. Introducción.....	1
II. Objetivos de la investigación.....	4
a) Objetivo general.....	4
b) Objetivo específico.....	4
III. Marco teórico.....	5
IV. Diseño metodológico.....	13
V. Resultados.....	20
VI. Discusión.....	25
VII. Conclusiones.....	27
VIII. Recomendaciones.....	28
IX. Bibliografía.....	29
X. Anexos.....	31

DEDICATORIA

A Jesucristo, quien es el creador de los cielos y la tierra, quien ilumina siempre mi camino y está presente en todo momento.

A nuestros Padres: que siempre nos impulsan y nos motivan para salir adelante cada día y vernos realizados como profesionales en nuestras vidas.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por darnos la sabiduría y fortaleza de poder concluir exitosamente mis estudios de Maestría en Salud Pública.

Al Dr. Eliseo Orellana, por habernos guiado como docente, por su dedicación, tiempo y empeño para la conclusión exitosa de nuestra maestría y la elaboración de ésta tesis.

A los Docentes del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES), que con ahínco, humanismo y profesionalismo nos brindaron sus conocimientos y experiencia para poder enfrentar los retos de la salud pública en nuestro país para su debida aplicación en nuestros puestos de trabajo.

A todos mis familiares, compañeros de trabajo y amigos por compartir conmigo este triunfo.

RESUMEN

En todos los países en vías de desarrollo la Tuberculosis constituye un problema de salud; aproximadamente un tercera parte de la población mundial (2,099 millones de personas) están infectados por *Mycobacterium tuberculosis*; al año ocurren 8.8 millones de casos, todas las formas, con una tasa mundial de 140 x 100,000 habitantes y 3.9 millones de casos BK (+) con una tasa

Según datos estadísticos del SIBASI Santa Rosa, en el municipio de Santa Rosa Cabe mencionar que el comportamiento epidemiológico de la tuberculosis en años anteriores como 2004 fue de 5 casos, para el 2005 fue de 1 caso registrado y para el 2006 no se registró ningún caso. Entre los años 2007 a 2008, se presentaron 20 casos de Tuberculosis Pulmonar, de los cuales 12 pertenecen a sexo masculino y 8 al sexo femenino, lo que es preocupante ya que después de haber tenido un silencio epidemiológico de cero casos para 2006, se triplicó el número de casos esperados para el periodo. Es preocupante tanto el “silencio epidemiológico”, como el número de casos ya que ambos pueden estar revelando un subregistro importante.

Por lo cual, se valoró que el lugar para dicha investigación es el idóneo por tener características como: un sector eminentemente comercial, inmigración extranjera, patrones socioculturales que posiblemente no favorecen su salud y permiten a nivel de la comunidad la posibilidad de que los casos de tuberculosis principalmente bacilíferos (BK+), podrían ser foco de contagio para la población circundante. Los beneficios adicionales de la realización de esta investigación, son consisten en que a partir de la identificación de los problemas encontrados puedan identificarse las causas o razones del subregistro como algunos indicios de la diseminación local de la enfermedad. Los resultados evidenciaron que el conocimiento de las personas sobre la tuberculosis, está relacionado a factores culturales y económicos, y que poseen un nivel importante de conocimiento de la enfermedad.

I. INTRODUCCIÓN

En todos los países en vías de desarrollo la Tuberculosis constituye un problema de salud; aproximadamente un tercera parte de la población mundial (2,099 millones de personas) están infectados por *Mycobacterium tuberculosis*; al año ocurren 8.8 millones de casos, todas las formas, con una tasa mundial de 140 x 100,000 habitantes y 3.9 millones de casos BK (+) con una tasa mundial de 62 x 100,000 habitantes. (1)

El 95% de los casos y el 98% de los fallecidos se presentaron en países en desarrollo. Tan solo en este decenio se calcula que aproximadamente 30 millones de personas morirán por tuberculosis, siendo éste el número más elevado de la Historia.

Igual que a nivel mundial la tuberculosis en las Américas sigue siendo una importante amenaza para la salud pública en la región, para el año 2,003 según la OPS – OMS, se declaran alrededor de 37,107 casos todas las formas con una tasa de 43.0 x 100,000 habitantes y los pacientes BAAR (+) fueron 165,210 con una tasa de 19.0 x 100,000 habitantes. Esta elevada carga de morbilidad por Tuberculosis se convierte en países como El Salvador en una tarea prioritaria de salud pública. (2)

Las iniciativas mundiales actuales para controlar la tuberculosis tiene tres dimensiones diferenciadas pero superpuestas: humanitaria, de salud pública y económica. Aliviar en los individuos la enfermedad, el sufrimiento, mejorar la calidad de vida y evitar la muerte causada por la tuberculosis, es la principal inquietud humanitaria y requiere un enfoque centrado en el paciente para el control de la tuberculosis. La dimensión de salud pública incluye el diagnóstico y tratamiento adecuado de los pacientes con esta enfermedad para reducir la transmisión de la misma dentro de las comunidades, fomentando a la vez una prevención eficaz y oportuna. Esto requiere la elaboración de programas de control bien organizados, receptivos y adaptables para el sector salud. (4)

A 12 años de haber sido declarada la afección como una urgencia mundial, ese cuadro no ha mejorado; lejos de eso, a ello han contribuido 4 factores:

- El incremento de la población marginal con problemas de pobreza y hacinamiento (la falencia de factores socioeconómicos y educativos)El deterioro de los programas de control de esta enfermedad en muchos países
- La epidemia por el virus de inmunodeficiencia humana y sida
- La drogo resistencia de las cepas de *M. tuberculosis*

“Al igual que a nivel Mundial y en la Región de Américas la tuberculosis en El Salvador, sigue afectando a gran número de personas, en los últimos años de 1193 a 2005 el número de casos notificados de todas formas de tuberculosis ha oscilado entre 1,400 y 1,800 con una tasa entre 20 a 26 por 100,000 habitantes y los casos nuevos positividad para bacilos ácido alcohol resistentes de 900 a 1,000 con una tasa que oscila entre los 14 a 17 por 100,000 habitantes, en los últimos años en El Salvador.. Lo importante que se debe señalar es el aumento de la búsqueda de los casos a través de la baciloscopia directa con la que hemos aumentado de 85,347 baciloscopía del año de 1997 a 134,281 baciloscopías para el año 2006”. (7)

Según datos estadísticos del SIBASI Santa Rosa, en el municipio de Santa Rosa, el comportamiento epidemiológico de la tuberculosis en años anteriores como 2004 fue de 5 casos, para el 2005 fue de 1 caso registrado y para el 2006 no se registró ningún caso. Entre los años 2007 a 2008, se presentaron 20 casos de Tuberculosis Pulmonar, de los cuales 12 pertenecen a sexo masculino y 8 al sexo femenino, lo que es preocupante ya que después de haber tenido un silencio epidemiológico de cero casos para 2006, se triplico el número de casos esperado para el periodo.

Como se describió en el comportamiento epidemiológico de la tuberculosis, hubo un incremento de casos, triplicando el numero esperado, en un corto tiempo, lo que fue necesario conocer cuáles son los factores socioculturales y económicos

que estuvieron relacionados con el aumento de la prevalencia de la Tuberculosis Pulmonar en la población, del Municipio de Santa Rosa de Lima, Departamento de La Unión, durante el periodo comprendido de enero 2007 a diciembre 2008

Además su importancia geográfica y económica, de la ciudad de Santa Rosa de Lima es de mucha importancia ya que esta ubicada en la zona norte del departamento citado anteriormente, cuenta con una población de 3,057 habitantes aproximadamente, es un sector de negocios de gran afluencia comercial de intercambio de productos. Básicamente la mayoría de su población se dedica a comercio, es por ello que ha llegado a catalogarse como la “Capital del Comercio”. Además esta comunidad en el transcurso de los últimos años ha contado con un alto índice de inmigración de extranjeros de los vecinos países de Honduras y Nicaragua que vienen con el objeto de buscar un progreso económico que favorezca a sus intereses. Por lo cual, se valoro que el lugar para dicha investigación es el idóneo por tener características como: un sector eminentemente comercial, inmigración extranjera, patrones socioculturales que posiblemente no favorecen su salud y permiten a nivel de la comunidad la posibilidad de que los casos de tuberculosis principalmente bacilíferos (BK+), podrían ser foco de contagio para la población circundante Los beneficios adicionales de la realización de esta investigación, son de que a partir del protocolo de investigación, este podría servir como un modelo para la ejecución de estudios futuros en tuberculosis.

II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

A- OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

Describir los factores socioculturales y económicos presentes en los pacientes con tuberculosis pulmonar en el municipio de “Santa Rosa de Lima”. La Unión. Enero 2007 a Diciembre 2008.

B- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- I. Describir los factores sociales presentes
- II. Determinar los factores económicos
- III. Identificar los factores culturales

III. MARCO TEÓRICO

A- BASE TEÓRICA.

SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS A NIVEL MUNDIAL.

La organización mundial de la salud (OMS) informa que a nivel mundial existe 2,099 millones de personas (un tercio de la población mundial) infectada por el *Mycobacterium Tuberculosis*, al año ocurren 8.8 millones de casos nuevos de tuberculosis activas y fallecen 3 millones de personas. El 95% de los casos y el 98 % de los fallecidos se presentaron en países en desarrollo. Tan solo en este decenio se calcula que aproximadamente 30 millones de personas morirán por la tuberculosis, siendo este el número más elevado de la historia. Alguien se infecta de tuberculosis cada segundo. Por todo lo anterior la tuberculosis ha sido considerada una de las enfermedades reemergentes y a la cual se le debe dar prioridad con toda la atención que merece (7)

SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN LAS AMÉRICAS.

Igual que a nivel mundial la tuberculosis en las Américas sigue siendo una importante amenaza para la Salud Pública en la Región, en el 2003, la tasa regional de incidencia fue de 43 por 100,000 habitantes (370,000 casos) para Tuberculosis en todas sus formas y 19 (165,000 casos) para los casos positivos nuevos.

Si no se da tratamiento adecuado, el enfermo se encuentra en peligro de muerte; se calcula que entre 60 mil y 75 mil personas mueren de Tuberculosis cada año, la mayoría adultos en sus años productivos. de 15 a 45 años. Entre 3% y 5% de los casos nuevos en la Región son atribuibles a coinfección por el virus de SIDA. Se estima que se notifica menos de un tercio de los casos nuevos y la mayor parte de los que notifican reciben tratamiento inadecuado o ningún otro tratamiento.

La pandemia de VIH/SIDA y la coinfección VIH/SIDA y tuberculosis favorece en incremento de casos de Tuberculosis y limita las posibilidades de control de la enfermedad. No se tiene conocimiento preciso de la situación de la coinfección por VIH/SIDA y Tuberculosis. Se estima que el 5% de los casos de TB. Notificados anualmente ocurre en pacientes VIH/TB. (7)

SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN EL SALVADOR.

La tuberculosis en El Salvador, sigue afectando a gran número de personas, en los últimos años de 1993 a 2005 el número de casos notificados de todas las formas de tuberculosis ha oscilado entre 1,400 y 1,800 con una tasa entre el 20 a 26 por 100,000 habitantes y los casos nuevos con positividad para bacilos ácido alcohol resistente. En los últimos años ha habido un incremento en las notificaciones debido a la búsqueda de sintomáticos respiratorios y a la coordinación que el Programa ha establecido, con el apoyo del Fondo Global, con otros sectores como la Seguridad Social, Centro Penales, Sanidad Militar, Asilos de Ancianos y Patronato Antituberculoso. Lo importante que se debe señalar es el aumento de la búsqueda de los casos a través de la baciloscopía directa con la que se ha aumentado de 85, 347 baciloscopías del año de 1997 a 134,281 baciloscopías para el año 2006.(8)

LA TUBERCULOSIS PULMONAR

Concepto:

La Tuberculosis “es una enfermedad infecciosa aguda o crónica causada por bacterias del género *Mycobacterium*, un microorganismo unicelular o bacilo. En el caso del hombre se puede presentar tres especies distintas de *Mycobacterium: tuberculosis, bovis y africanum*”. Tuberculosis es la causa más común que desarrolla la enfermedad en el hombre. (1)

Estos microorganismos se caracterizan por la formación de estructuras celulares características denominadas Tuberculomas donde los bacilos quedan cerrados. Se localizan principalmente en pulmón, aunque pueden afectar a otros órganos, enfermedad que se denomina Tuberculosis extrapulmonar (11)

El principal reservorio de Tuberculosis es el hombre enfermo. La enfermedad no suele aparecer en animales en su hábitat natural pero si puede afectar al ganado vacuno, porcino y avícola. Desde esta forma, los niños de países en vías de desarrollo pueden ser infectados por bovis al tomar leche no pasteurizada. (12)

La tuberculosis se deriva de la palabra Tubérculos que significan protuberancia pequeña o nódulos pequeños. Desde este punto de vista histopatológico es un foco de infección granulomatosa que consiste en linfocitos, células epitelioideas, macrófagos y células gigantes. (13). Los granulomas observados en la Tuberculosis se caracterizan por una forma de necrosis tisular conocida como caseificación; así llamado porque tiene la consistencia de queso blando. Antes que ocurra una necrosis la lesión sana por completo por resolución, pero una vez que han aparecido necrosis y caseificación sana por fibrosis, encapsulación, clasificación y formación de cicatriz. (14)

Ciclo Vital.

Mycobacterium Tuberculosis pertenece al grupo de las bacterias ácido-alcohol resistente, que tiene la propiedad de retener los colorantes de la anilina una vez teñida. De ello depende su coloración específica obtenida con el método de tinción de Ziehl-Neelsen. Es un bacilo aerobio estricto, inmóvil y de crecimiento lento: su tiempo de duplicación es de 12 a 24 horas y requiere de 2 a 6 semanas para crecer en medios sólidos. La temperatura corporal (35°C – 37°C) y una atmósfera enriquecida con CO₂ estimula su desarrollo. Con fines de aislamiento se

emplea sobre todo medios sólidos a base de huevos coagulados, como el de Lowestein- Jensen que es el más utilizado. (15)

Los organismos sobreviven en un clima seco durante largos períodos aunque pueden ser eliminados, por ejemplo, mediante rayos del sol directos o la radiación ultravioleta.

Los bacilos Tuberculosos pueden permanecer latentes en el organismo durante un largo periodo, hasta que una disminución de las defensas le da la oportunidad de multiplicarse y producir los síntomas de la enfermedad. (16)

Evolución Clínica de la Tuberculosis.

La trasmisión de la Tuberculosis es directa y su vía principal es el aérea. Cuando una persona infectado tose, estornuda o habla libera núcleos goticulares (gotitas de Pflugge) llenos de bacterias al aire que pueden ser inhaladas por otros sujetos. Una vez inhalado, el bacilo de Koch. Viajará hasta el pulmón, donde producirá la Tuberculosis primaria pulmonar, y se diseminara por vía linfática y emética al resto del organismo, donde puede dar lugar a Tuberculosis extrapulmonar, en otros órganos. (17)

Al principio, el sujeto infectado simplemente no se sentirá bien y toserá como si se tratara como una gripe. Pero en una fase más avanzada de la enfermedad, el paciente mostrara fiebre, fatiga, sudoración nocturna, pérdida de apetito y adelgazamiento, además de trastornos respiratorios como tos, dolor torácico y esputo sanguinolentos.

Si el bacilo es inhibido por el sistema inmunitario del huésped, las células inmunológicas formaran una pared alrededor de las bacterias inactivas, que podrán permanecer latentes durante varios años. Una debilitación del sistema inmunológico producirá la liberación de las

Mycobacterium del tubérculo, diseminado a la infección y produciendo una Tuberculosis secundaria. En este caso, la bacteria destruye el tejido pulmonar y puede extenderse a otros órganos del cuerpo. Las localizaciones más comunes de Tuberculosis extrapulmonar son: nódulos linfáticos, pleura, huesos, meninge, aparato genitourinario y hematògeno. (17) .

Método de Diagnóstico.

La infección *Mycobacterium Tuberculosis* se puede detectar a partir de la prueba cutánea de la tuberculina (Mantoux). Una reacción positiva indica un contacto previo con la mycobacteria. La lectura se realiza a las 48-72 horas, considerándose positiva cuando se produzca una induración superior a 5mm de diámetro en personas no vacunadas.

El diagnóstico de enfermedad activa se puede realizar mediante la identificación de mycobacterias en esputo a través de examen microscópico y su cultivo es medios específicos.

La radiografía simple de tórax es un método de exploración selectiva de la población para evidenciar la Tuberculosis Pulmonar en fases iniciales. Aunque ésta demuestra la presencia de una lesión pulmonar (granulomas tuberculoso), se deberá recurrir a las otras pruebas para confirmar su etiología.

Actualmente se están desarrollando otros métodos de identificación como los serológicos, las sondas de hibridación de DNA y técnicas de reacción en cadenas de la polimerasa con una sensibilidad casi del 100%. (18)

Epidemiología de la Tuberculosis.

La distribución es mundial. En los países industrializados se observó una tendencia decreciente en la mortalidad y la morbilidad de la Tuberculosis hasta a finales del decenio de 1980 en que la cantidad de casos notificados se estabilizó y después aumentó en las zonas y en los grupos de población con elevada prevalencia de infección por VIH o con un gran número de personas provenientes de lugares con una alta prevalencia de tuberculosis.

En general, las tasa de mortalidad y morbilidad aumentan con la edad y en los ancianos son más altas en los hombres que en las mujeres. Las tasa de morbilidad, en general y a nivel mundial, también son mucho más altas entre las personas pobres y en las ciudades más que en las zonas rurales.

Se ha descrito que en zonas de baja incidencia, casi todos los casos se deben a la reactivación de los focos latentes que quedaron de la primo infección. En algunas de las grandes zonas urbanas alrededor de la tercera parte de los casos de tuberculosis es consecuencia de infección reciente.

Aunque la tuberculosis ocupa un lugar bajo entre las enfermedades transmisibles en cuanto a infecciosidad por unidad de tiempo de exposición, la exposición prolongada de algunos contactos, en especial miembros de la familia en el hogar, puede hacer que el riesgo de contraer la infección llegue al 30%. Respecto a los niños infectados, el riesgo de presentar la enfermedad en algún momento de su vida puede llegar al 10%. En el caso de personas con infección concomitante con el VIH, se ha calculado que el riesgo anual es de 2 a 7%, y el acumulado oscila entre 60 y 80%.

Por otro lado, se han notificado brotes epidémicos entre personas congregadas en lugares cerrados, tales como instituciones para ancianos, albergues para indigentes, hospitales (principalmente neumológicos), escuelas, cárceles y edificios de oficinas.

Desde 1989 al decenio de los noventa, se han registrado brotes extensos y propagados de tuberculosis por cepas resistentes a múltiples fármacos, definida, por lo común, como enfermedad resistente al menos a isoniazida y rifampicina en lugares en que pueden congregarse muchas personas infectadas por el VIH (hospitales, cárceles, clínicas para el tratamiento de farmacodependencias y residencias para personas con infección por el VIH). Estos brotes han sido asociados con elevadas tasas de mortalidad y con la transmisión de *M. tuberculosis* al personal de salud.

La prevalencia de infección detectada por la prueba de tuberculina aumenta con la edad.

Hoy en día, la Tuberculosis produce la muerte de más jóvenes y adultos en el mundo que cualquier otra enfermedad infecciosa. Es la primera causa de mortalidad femenina y acaba con la vida de unos 100,000 niños cada año.

¿Por qué aumenta los casos de tuberculosis?

Una de las principales causas del incremento de la prevalencia de la Tuberculosis es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Ambas enfermedades forman una combinación letal ya que acelera a la otra. En los últimos años, un tercio del aumento de infecciones por el bacilo de Koch puede ser atribuido al VIH, lo que significa una estimación del 15% de los casos. La posibilidad de desarrollar Tuberculosis es de 30 veces mayor si la persona es VIH positivo.

Por otra parte, la Tuberculosis es la primera causa de mortalidad. En África, el VIH es el factor más importante que ha determinado en el aumento de la incidencia de la tuberculosis en los últimos 10 años.

En algunos países industrializados, al menos la mitad de los casos de Tuberculosis se detectan entre personas que han emigrado de su país de nacimiento. Este hecho explica, también, la extensión de la Tuberculosis hacia zonas donde se han detectado un incremento de la prevalencia de esta enfermedad. Resulta difícil tratar a poblaciones como refugiados y personas sin hogar, que están en movimiento.

Métodos de Control de la Tuberculosis.

La clave para controlar la Tuberculosis es la detección y cura de los casos infecciosos. Ese control se ha extendido a más de 100 países de forma específica gracias al programa impulsado por la OMS denominado Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES):

El TAES combina cinco elementos fundamentales:

- Laboratorios con personal especializado para reconocer el bacilo en el frotis de esputo.
- Suministros de medicamentos de alta calidad.
- Sistema de control de casos, tratamiento y resultados.
- Una observación directa del tratamiento durante dos meses como mínimo con trabajadores preparados.
- Un compromiso político y de financiación, para que la capacidad del paciente de costearse el tratamiento no influya en la decisión de proporcionárselo.

La estrategia realizada a través de los DOTS posibilita llevar a cabo de forma efectiva el descubrimiento de casos de Tuberculosis, la quimioterapia requerida y un control del paciente sin necesidad de una atención hospitalaria.

Manteniendo la actual expansión de los DOTS, los objetivos de la OMS para combatir la Tuberculosis serán alcanzados en el año 2015.

GRUPOS CON RIESGOS ESPECIAL DE INFECCIÓN POR EL BACILO DE KOCH.

Grupos de alto riesgo:

- Coinfección por VIH.
- Contactos cerrados con personas con enfermedad tuberculosa.
- Niños menores de 4 años.
- Personas con conversión tuberculínica en los últimos 1-2 años.
- Sugerencia radiológica de tuberculosis antigua.
- Adictos a drogas por vía parenteral.

Inmunización:

“La vacuna BCG (Bacilo de *Calmette- Guerin*) es una vacuna atenuada, originalmente obtenida a partir del *Mycobacterium bovis*. La vacuna se administra por vía intradérmica en una dosis habitual de 0.05 ml a recién nacidos. La OMS recomienda que en los países con prevalencia alta de Tuberculosis pulmonar se administre la vacuna a todos los niños, inmediatamente después del nacimiento. Esta vacuna protege a los niños de las formas graves y diseminadas de Tuberculosis como son la Tuberculosis, meníngea y miliar”. (19 y 20)

IV. DISEÑO METODOLÓGICO.

A. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación que se realizo se considero de tipo descriptivo, transversal.

B. UNIVERSO

La población que se estudio estuvo constituida por 20 persona con tuberculosis que se diagnosticaron a través de baciloscopia diagnostica en el Municipio de Santa Rosa de Lima, Departamento de la Unión.

C. PERIODO DEL ESTUDIO:

Se hizo una revisión de los casos de tuberculosis (revisión de expedientes y entrevistas) comprendidos entre enero 2007 a diciembre 2008.

D. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

- Criterios de inclusión
- Paciente con Tb en cualquiera de sus formas (pulmonar o extrapulmonar), diagnosticado en el periodo de estudio.
- Criterios de exclusión:
- Paciente que se niegue a participar en el estudio
- Paciente que no pertenece a la comunidad en estudio.

E. ESTIMACIÓN DE LA MUESTRA

Debido a que existe facilidad en la accesibilidad geográfica y de la información, se tomo el total del universo como muestra en el estudio, haciendo un total de 20 pacientes, los cuales fueron seleccionados a través de un muestreo, no aleatorio, por conveniencia.

E. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Objetivo específico 1	Describir los factores sociales presentes en los pacientes de Tuberculosis Pulmonar y extrapulmonar en el Municipio de Santa Rosa de Lima.			
Variables	Definición operacional	Valores/ categorías	Escala	Técnica/ instrumentos
Dirección	Constatar la dirección del paciente con Tuberculosis.	Ciudad Cantón Caserío	Cualitativa Nominal	Entrevista, Guía de entrevista.
Procedencia	Verificar la procedencia del paciente.	Urbana Rural	Cualitativa Nominal	Entrevista, Guía de entrevista.
Edad	Descripción de las edades de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar.	Edad al momento de la entrevista.	Cuantitativa Continua	Entrevista, Guía de entrevista
Sexo	Determinar el sexo en pacientes con Tuberculosis pulmonar.	Masculino Femenino	Cualitativa Nominal	Entrevista, Guía de entrevista.
Estado civil	Constatar el estado civil de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar.	Soltero Casado Acompañado Viudo Divorciado	Cualitativa Nominal	Entrevista, Guía de entrevista.
Religión	Conocer el tipo de religión al cual pertenece.	Católica Evangélica Otros	Cualitativa Nominal	Entrevista, Guía de entrevista.
Ocupación	Verificar la ocupación de los pacientes.	Oficios domésticos. Empleado Comerciante Estudiante Jornalero Obrero Agricultor	Cualitativa Nominal	Entrevista, Guía de entrevista
Nivel de escolaridad.	Conocer el grado académico del paciente.	De 1º a 3º grado. De 4º a 6º grado. De 7º a 9º grado. Bachillerato.	Cualitativa. Nominal.	Entrevista, Guía de entrevista.
Nivel Académico.	Identificar grado de escolaridad que posee el paciente.	Universitario , Superior no universitario	Cualitativa Nominal.	Entrevista, Guía de entrevista.

Ingresos económicos	Conocer cuantas personas conviven con el paciente		Cuantitativa Continua	Entrevista, Guía de entrevista
Numero de personas	Conocer cuantas personas conviven con el paciente	De 1 a 3 personas De 4 a 6 personas De 7 a 10 personas O más.	Cuantitativa Nominal	Entrevista, Guía de entrevista
Numero de habitaciones	Saber cuantas habitaciones tiene la vivienda del paciente	De 1 a 2 habitaciones De 3 a 4 habitaciones O más.	Cuantitativa Nominal	Entrevista, Guía de entrevista
Objetivo específico 2	Determinar los factores económicos presentes en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar del Municipio de Santa Rosa de Lima.			
Variables	Definición operacional	Valores/ categorías	Escala	Técnica/ instrumentos
Vacunación con BCG	Conocer si el paciente fue vacunado en su infancia	Si No	Cualitativa Nominal	Entrevista Guía de entrevista.
Antecedentes familiares sobre la Tuberculosis Pulmonar.	Detectar si algún miembro de la familia a padecido de Tuberculosis Pulmonar.	Si No	Cualitativa Nominal	Entrevista Guía de entrevista.
Tratamiento	Conocimiento del paciente sobre el tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar.		Cualitativa Nominal	Entrevista Guía de entrevista.
Centro Asistencial.	Identificar a que centro asistencial consulto el paciente con Tuberculosis Pulmonar	Publico, Privado	Cualitativa Nominal	Entrevista Guía de entrevista
Distancia del Establecimiento de Salud.	Conocer la distancia del Establecimiento de Salud al que el paciente consulta.	De 1 a 5 kilómetros. De 5 a 10 kilómetros De 10 a 20 kilómetros.	Cuantitativa Nominal	Entrevista Guía de entrevista
Tabaquismo.	Identificar si el paciente tiene adicción al tabaquismo.	Si No	Cualitativa Nominal	Entrevista Guía de entrevista
Tabaquismo	Constatar desde cuando el paciente fuma.	Tiempo de fumar	Cualitativa Nominal	Entrevista Guía de entrevista
Cantidad de cigarrillos	Conocer cuantos cigarrillos se fuma al día.	3-5 cigarrillos	Cualitativa Nominal	Entrevista Guía de entrevista

		5-10 cigarrillos 10-20 cigarrillos		
Objetivo específico 3	Identificar los factores culturales presentes en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el Municipio de Santa Rosa de Lima.			
VARIABLES	Definición operacional	Valores/ categorías	Escala	Técnica/ instrumentos
Sintomatología de tuberculosis	Evaluar si el paciente alguna vez padeció de algunos signos y síntomas de tuberculosis.	Tos persistente con expectoración por 15 días o más. Espujo sanguinolento. Dolor en el pecho. Pérdida de peso y apetito. Fiebre Sudoración en la noche.	Cualitativa Nominal	Entrevista Guía de entrevista.
Presencia de síntomas de tuberculosis	Saber si el paciente pensó que si podría ser la Tuberculosis.	Si No	Cualitativa Nominal	Entrevista Guía de entrevista.
Tuberculosis	Valorar si el paciente tiene conocimientos de la Tuberculosis Pulmonar y extra pulmonar	Si No	Cualitativa Nominal	Entrevista Guía de entrevista.
Transmisión de la tuberculosis.	Conocer si el paciente sabe sobre las formas de transmisión	Si No	Cualitativa Nominal	Entrevista Guía de entrevista.
Medios de transmisión de la Tuberculosis Pulmonar.	Identificar la clasificación de los medios de transmisión de la tuberculosis pulmonar.	Por contacto por gotas de saliva. Por cuidar a un enfermo con tuberculosis. Por utilizar los mismo trastos Por consumir leche cruda de vaca. Por platicar con una persona enferma. A través del aire.	Cualitativa Nominal	Entrevista Guía de entrevista.

La Tuberculosis Pulmonar y Extra Pulmonar es curable	Conocer si el paciente sabe si la Tuberculosis tiene curación.	Si No	Cualitativa Nominal	Entrevista Guía de entrevista.
La Tuberculosis Pulmonar y Extra Pulmonar causa muerte	Indagar en el paciente si cree que la Tuberculosis causa la muerte.	Si No	Cualitativa Nominal	Entrevista Guía de entrevista
Medios de comunicación.	Evaluar si el paciente alguna vez a escuchado hablar de la Tuberculosis a través de los medios de comunicación.	Televisión Radio Periódico Charlas educativas en establecimientos de salud.	Cualitativa Nominal	Entrevista Guía de entrevista

E-TÉCNICA DE OBTENCIÓN DE DATOS

Dentro de la técnica que se utilizaron están:

A- Revisión documental

Se obtuvieron datos de registros epidemiológicos y de programa de control de la tuberculosis (PCT 5), expedientes clínicos.

B- Técnica de Trabajo de Campo:

Se uso la entrevista: con lo cual se recuperara la información primaria proveniente de la entrevista con el paciente.

F- INSTRUMENTO.

Para la investigación bibliográfica se utilizo ficha bibliográfica. La investigación de campo se realizo a través de una guía e entrevista, dirigido a la muestra en estudio, dicho instrumento estuvo dividido en dos secciones una donde contiene datos generales del paciente y luego la sintomatología de la enfermedad. (Ver anexo 2)

G- PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La investigación se desarrollo en dos fases: planificación y ejecución.

- **Planificación:** en esta etapa se elaboro el protocolo que inicio la tercera semana de marzo y finalizo la última semana de mayo, del corriente. Se enumeraron los siguientes pasos: selección del tema, determinación del área de trabajo, elaboración del protocolo de investigación, obtención de la población se elaboro un cronograma que se resumen los pasos mencionados.
- **Ejecución:** esta segunda etapa se llevo a cabo durante un período de 8 semanas, a partir de la recolección de información.

H- VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.

Para darle validez y confiabilidad al instrumento de recolección de la información se realizo a través de la ejecución de una prueba piloto la cual se llevo a cabo en la primera semana de junio del año 2009, tratando de valorar si las preguntas están mal formuladas si resultan incomprensibles o incómodas o reordenarlas si es necesario. Esta prueba se realizo con cinco personas con tuberculosis, pero que no formaron parte de la muestra en estudio; por ello la validación se hizo en la Unidad médica (ISSS), de San Miguel, que esta cercana a la Unidad de Salud del estudio.

I-RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se realizo a través de la administración de un cuestionario a las personas de la muestra en estudio a partir de la segunda semana de julio hasta la segunda semana de agosto.

J-TABULACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACION DATOS.

Una vez recolectada la información a través de los instrumentos antes descritos se procedió a la tabulación de los datos. La información fue procesada en el programa EPI INFO 3.5.1, haciendo un análisis de la información. Se usaron proporciones, frecuencias, razones así como medidas de tendencia central y de dispersión. El informe final fue elaborado en Microsoft Word®, y las tablas y gráficos en Excel®.

K. CONTROL DE SEGOS

- Se limitó por que la aplicación del instrumento se hizo directamente por el investigador, lo que disminuye el sesgo al momento de la recolección de la información.
- Además para darle validez y confiabilidad al instrumento de recolección de la información se realizó una prueba piloto.
- Esta prueba se realizó con personas de las cuales no forman parte de la muestra en estudio.

ASPECTOS ÉTICOS A CONSIDERAR.

- La información no se comercializó, ni se hizo pública, fue utilizada exclusivamente para fines del estudio.
- Se guardó discreción sobre los resultados obtenidos, así como de información como nombre y apellidos, que pudieron identificar al paciente.

V. RESULTADOS

Se recolectó información de 20 pacientes, de los cuales el 60%(12) procedían del área rural y 40%(8) del área urbana. El intervalo de edad de los pacientes estuvo entre los 12 y 81 años. La tabla 1, muestra la distribución de grupos de edades según sexo, donde se aprecia que el 60% de los casos fue del sexo masculino, y un 40%(8) del femenino. Los grupos de edad más afectados son en el sexo masculino el grupo de 40 a 49 años con cuatro casos y en el sexo femenino los mayores de 60 años con tres casos.

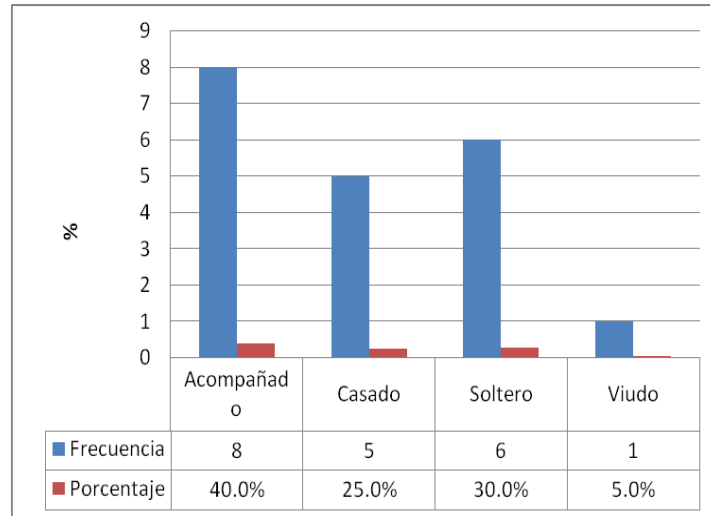
Tabla 1. Distribución de grupos de edad según sexo. Pacientes con tuberculosis atendidos en la Unidad Médica de Santa Rosa de Lima.

Grupo edad	Sexo				Total
	Masculino	%	Femenino	%	
10 - 19	2	66.7	1	33.3	3
20 - 29	0	0.0	2	100.0	2
30 - 39	3	75.0	1	25.0	4
40 - 49	4	80.0	1	20.0	5
Mayor de 60 años	3	50.0	3	50.0	6
TOTAL	12	60.0	8	40.0	20

Fuente: Entrevista a pacientes con tuberculosis. Unidad Médica de Santa Rosa de Lima

El 40%(8) de los pacientes están acompañados, 30%(6) solteros y el 25%(5) son casados, se registro un caso de viudez. Ver grafica 1

Grafica 1. Estado civil de los pacientes entrevistados. Pacientes con tuberculosis atendidos en la Unidad Médica de Santa Rosa de Lima.



Fuente: Entrevista a pacientes con tuberculosis. Unidad Médica de Santa Rosa de Lima

El 70% (14) de los pacientes pertenecen a la religión católica, y 30%(6) a la evangélica. La tabla 2, muestra que en el 31.6% (6) de los pacientes realizan oficios domésticos, seguido de un 21.1% (4) se dedican a la agricultura, otras ocupaciones pueden apreciarse en la tabla 2.

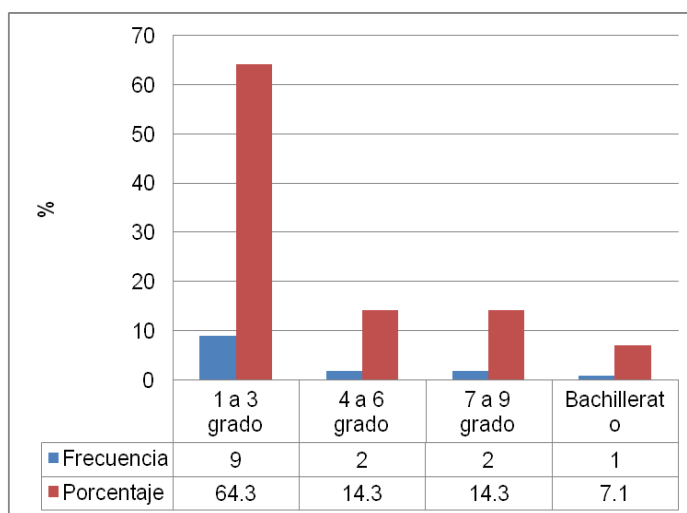
Tabla 2. Ocupación de los pacientes con tuberculosis. Pacientes con tuberculosis atendidos en la Unidad Médica de Santa Rosa de Lima.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Oficios domésticos	6	31.6
Agricultor	4	21.1.
Estudiante	3	15.8
Comerciante	2	10.5
Jornalero	2	10.5
Otro	2	10.5
Total	19	100

Fuente: Entrevista a pacientes con tuberculosis. Unidad Médica de Santa Rosa de Lima

El 70%(14) de los pacientes saben leer y escribir; de este grupo la grafica 2 muestra los diferentes grados de escolaridad, donde se observa que de 1º a 3º grado lo han cursado el 64%(9) de los pacientes, de 4º a 6º grados representan el 14.3%(2), el mismo porcentaje se registro en el grupo de 7º a 9º grado, solo uno de los entrevistados tenían el bachillerato cursado.

Grafica 2. Grado de escolaridad de los pacientes con tuberculosis. Pacientes con tuberculosis atendidos en la Unidad Médica de Santa Rosa de Lima.



Fuente: Entrevista a pacientes con tuberculosis. Unidad Médica de Santa Rosa de Lima

El ingreso mensual promedio en los hogares es de \$134.00 (± 69.00), con un intervalo entre 50 y 300 dólares como máximo. El promedio de personas por vivienda es de 5, con un intervalo entre 2 y 7 personas como máximo. Además se encontró que el número promedio de habitaciones por vivienda es de 3, con un intervalo de entre 2 a 4 habitaciones.

ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES

EL 100%(20) de los pacientes fueron vacunados con BCG, además mencionan que ningún miembro de la familia ha padecido de tuberculosis al momento de la entrevista. Todos los entrevistados mencionaron que el establecimiento de salud se encuentra entre 1 a 5 km, de donde viven. Únicamente 2 pacientes tienen el hábito de fumar, desde hace 15 y 20 años respectivamente, así mismo mencionan

que fuman entre 3 y 5 a 6 a 10 cigarrillos al día. Mencionan que saben que el cigarrillo y sus efectos secundarios generan problemas pulmonares.

CONOCIMIENTOS DE LA TUBERCULOSIS

Tabla 3. Signos y síntomas que presentaron los pacientes con tuberculosis al inicio de su enfermedad. Pacientes con tuberculosis atendidos en la Unidad Medica de Santa Rosa de Lima.

Signos y síntomas	Frecuencia	Porcentaje ¹
Tos persistente con expectoración de 15 días o mas	20	100
Perdida de peso y apetito	19	95
Dolor de pecho	14	70
Espujo sanguinolento	3	15
Sudoración nocturna	2	10

Fuente: Entrevista a pacientes con tuberculosis. Unidad Médica de Santa Rosa de Lima

De los pacientes que afirmaron padecer los síntomas descritos, ninguno de ellos pensó que podría estar padeciendo de tuberculosis. El 100% de los entrevistados manifestaron saber que era la tuberculosis pulmonar; sin embargo un 50%(10) no pudieron explicar en que consistía dicha enfermedad, de las 10 personas restantes, tenían conceptos errados sobre la patología.

Al preguntar sobre mecanismos de transmisión de la tuberculosis, también el 100% respondió que si sabían sobre ellos, aunque el 50%(10) de ellos no supieron explicar los mecanismos de transmisión, 50%(10), los explicaron correctamente. En relación a la forma de transmisión de la tuberculosis la tabla 4 anterior refleja los datos obtenidos por los entrevistados en 95%(19) dijeron que se transmite por platicar con una persona enferma. Un 85%(17) por contacto por gotas de saliva, por utilizar los mismos trastos correspondiendo al 30%(6) y solo un 10%(2) mencionaron que por cuidar un enfermo con tuberculosis. Ver tabla 4.

¹ Debido a que es una pregunta de respuesta múltiple, la suma de los porcentajes no da el 100%.

Tabla 4. Formas de transmisión de la tuberculosis. Pacientes con tuberculosis atendidos en la Unidad Médica de Santa Rosa de Lima.

Formas de transmisión de la TB	Frecuencia	Porcentaje
Por platicar con una persona enferma	19	95
Por contacto con gotas de saliva	17	85
Por utilizar los mismos trastos	6	30
Por cuidar enfermo con tuberculosis	2	10
Por consumir leche de vaca cruda	0	0
A través del aire	0	0

Fuente: Entrevista a pacientes con tuberculosis. Unidad Médica de Santa Rosa de Lima

El 100% de las personas entrevistadas cree que la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar tiene curación, si se trata a tiempo según mencionaron. Además todos los entrevistados coincidieron que esta enfermedad puede causar la muerte, si no se trataba a tiempo. En la tabla 5 se puede observar que el 100% de los entrevistados escucharon hablar de la tuberculosis en los establecimientos de salud a través de las charlas educativas. El 40%(8) de los entrevistados agregó también que por la radio y solo un 35%(7) por la televisión.

Tabla 5. Medio de comunicación a través del cual ha escuchado el paciente hablar de la tuberculosis. Pacientes con tuberculosis atendidos en la Unidad Medica de Santa Rosa de Lima.

Medios de comunicación	Frecuencia	Porcentaje ²
Charlas educativas en establecimientos de salud	20	100
Radio	8	40
Televisión	7	35
Periódicos	0	0

Fuente: Entrevista a pacientes con tuberculosis. Unidad Médica de Santa Rosa de Lima

² Debido a que es una pregunta de respuesta múltiple, la suma de los porcentajes no da el 100%.

VI. DISCUSIÓN

La muestra del estudio principalmente procedía del área urbana, lo cual permite a estas personas la búsqueda y atención de los servicios de salud, para nuestros resultados la mayoría procedían del área urbana.

OMS, menciona en 2003 que dentro de los grupos de edad más afectada están el sexo masculino y la población económicamente activa de 15 a 45 años, lo cual se evidencia en los resultados de la presente investigación ya que el comportamiento epidemiológico es similar presentándose los casos en el sexo masculino y en el grupo de 40 a 49 años.

El estado civil predominante en los pacientes fue el estar acompañado, lo cual en la literatura consultada no es considerado como un factor de riesgo para la tuberculosis, a menos que la pareja tenga tuberculosis pulmonar.

La mayor proporción de los pacientes profesan la religión católica, y además se encontró que las personas que realizaban oficios domésticos eran los más afectados, aunque ambas situaciones no estén consideradas en la literatura mundial como factores de riesgo para tuberculosis, sin embargo estos hallazgos podrían ser no relacionados a la enfermedad.

El analfabetismo como factor de riesgo en los pacientes con tuberculosis, no se encontró registrado en el grupo en estudio, aunque este se haya descrito como un factor de importancia en el riesgo de la enfermedad, ya que todos los pacientes estudiados, podían leer y escribir, y que además la mayor proporción de ellos había cursado entre el 1 y 3 grado académico.

Según la OMS, en familias donde existe un ingreso socioeconómico bajo, tienen un poder adquisitivo bajo también, lo que genera el no cubrir una dieta alimentaria básica que permita a sus miembros un estado nutricional óptimo que disminuya el riesgo para que la tuberculosis pueda manifestarse o adquirirse por las bajas defensas inmunológicas que la desnutrición o malnutrición pudiese condicionar, es así como se encontró un promedio de ingreso mensual que está por debajo de la canasta básica que es de \$300 a 400, aunado a que el promedio de personas por familia es de cinco personas, y que existe como promedio 3 habitaciones por vivienda; lo anterior genera un contexto de riesgo en una pobre adquisición de la canasta básica, además de generar condiciones de vida limitadas a un hacinamiento que como sabemos son determinantes importantes para adquirir tuberculosis y que el hacinamiento genera una rápida transmisibilidad.

Una factor de protección a las formas graves de tuberculosis es el que desde la infancia se adquiriera inmunidad a través de la aplicación de la vacuna BCG, ya que se ha demostrado que esta disminuye hasta un %, la tuberculosis meníngea, ósea, renal y otras formas, posiblemente y ya que la población en estudio tenía el 100% el antecedente de haber sido vacunado con BCG, estos desarrollaron tuberculosis en sus formas no graves. Muchas veces la demanda de los servicios de salud, se ve limitada debido a la accesibilidad geográfica, ya que las personas deben de caminar grandes distancias desde su vivienda hasta el centro de salud, para nuestro caso el promedio de distancia es aceptable bajo la óptica que en la zona oriental del país, la mayoría de personas tienen que caminar en promedio entre 1 a 5 Km para poder recibir sus servicios de salud.

Al indagar a los pacientes sobre el conocimiento de la tuberculosis en su mayoría a pesar de su escasa escolaridad manifestaron saber sobre los signos y síntomas de la patología en estudios entre los cuales dieron a conocer los siguientes. Tos persistente de 15 días o más, pérdida de peso y apetito dolor de pecho esputo sanguinolento y finalmente expresaron probablemente por el clima habitual de las zonas sudoración nocturna.

Basándose bajo la óptica de las diferentes formas de transmisión de la tuberculosis se adquirió la información generaliza. Los entrevistados dijeron que la vía de transmisión de la tuberculosis en la mayoría de casos se cree que es por platicar con una persona que sea portadora de la enfermedad, como también por contactos por gotas de saliva al momento de entablar un dialogo también la convivencia y la utilización de trastos y utensilios culinarios y algunos expresaron que puede transmitirse por el cuidado que se tenga con un enfermo de tuberculosis.

La influencia de los medios de comunicación, es imprescindible para que la población en general sea informada; sin excepción de los entrevistados en estudio, que coincidieron que en primera instancia fue por medio de las charlas educativas ofrecidas en los diferentes centros asistenciales de salud fue donde escucharon sobre la tuberculosis, la parte restante de los entrevistados asociaron, al radio, televisión como medios que han informado destacadamente sobre la tuberculosis.

VII. CONCLUSIONES

1. Los factores sociales de riesgo, demográficos y culturales en la presente investigación, no son determinantes para el apareamiento de la tuberculosis en el grupo en estudio. Por tratarse de un diseño descriptivo y por ser una muestra muy pequeña para inferir causalidad
2. Los hábitos sociales como el alcoholismo y el fumado, por la escasa presencia en el grupo de estudio, se observan con frecuencia en el grupo de estudio y se han descrito como determinantes con relación a la tuberculosis sin embargo por el diseño de estudio no se puede inferir causalidad.
3. No se presentaron formas graves de tuberculosis, lo cual esta descrito y relacionado a que 100% de los pacientes tenían el antecedente de aplicación de la BCG.
4. Los resultados de este estudio reflejan que pese al bajo nivel de escolaridad los entrevistados en su mayoría tenían conocimientos en relación a la tuberculosis, como resultado del acceso e influencia de los medios de comunicación.

VIII. RECOMENDACIONES

- Que la gerencia del programa TAES en la clínica comunal de Santa Rosa de Lima, continúe con la estrategia TAES, ya que los resultados obtenidos en la curación de los pacientes.
- Concientizar al personal de la clínica comunal Santa Rosa de Lima para que de continuidad a los programas educativos para que exista una detección temprana del sintomático respiratorio y así evitar la propagación de la tuberculosis, y el nivel de conocimiento de las personas en relación a la enfermedad.
- Que se eduque a la población que se atiende en la clínica comunal, en la búsqueda temprana de atención en los centros de salud al presentar cualquier problema de salud. En este caso relacionado con la sintomatología de la tuberculosis.

IX. BIBLIOGRAFÍA.

- 1- Dirección de regulación Programa Nacional de Tuberculosis y enfermedades respiratorias El Salvador 2007 pág. 1
- 2- Patronato Nacional Antituberculosis. El Salvador “Memoria”1955 pág. 2
- 3- Dirección de regulación Programa Nacional de Tuberculosis y enfermedades respiratorias El Salvador 2007 pág. 2
- 4- Dirección de regulación Programa Nacional de Tuberculosis y enfermedades respiratorias El Salvador 2007 pág. 3
- 5- Dirección de regulación Programa Nacional de Tuberculosis y enfermedades respiratorias El Salvador 2007 pág. 5
- 6- MSPAS “Guía técnica de enfermería para la prevención y control de la tuberculosis ”El Salvador 2007 Pág.7
- 7- MSPAS “Guía técnica de enfermería para la prevención y control de la tuberculosis ”El Salvador 2007 pág. 8
- 8- MSPAS modulo I “Programa Nacional de Prevención y control de la Tuberculosis 2001” Pág.19
- 9- Modulo II de Capacitación TAES pág.17
- 10-Dirección de regulación Programa Nacional de Tuberculosis y enfermedades respiratorias El Salvador 2007 pág. 24
- 11-MSPAS “Guía técnica de enfermería para la prevención y control de la tuberculosis ”El Salvador 2007 Pág.51
- 12-MSPAS “Guía técnica de enfermería para la prevención y control de la tuberculosis ”El Salvador 2007 Pág.52
- 13-IGLESIA MEJIA, Salvador. Guía para la Elaboración de Trabajo de Investigación Pag´72
- 14-Organización panamericana para la salud “TB/VIH”. Manual clínico para las América latina 1998 pág. 139.
- 15-TAMAYO Y TAMAYO, Mario. El proceso de la investigación científica 3 edición Limusa Noriega Editores 1999 pág. 231

- 16-ROJAS SORIANO RAÚL, Guía para realizar investigaciones sociales, Dirección General de Publicaciones. Universidad Autónoma de México D.F 1989 pág. 274
- 17-PAUL B. BENSON WALCHSHON MC DERMONT. Tratado de Medicina Interna Pág. 655
- 18-L.S BRUNER D.S SUDDARTH. Manual de Enfermería Medico Quirúrgico vol.11 4 edición pág. 835
- 19-MOSBY Enciclopedia de Medicina y Enfermería Tomo 11990. pág. 1504
- 20-BENSON MC DERMONT, WYMGARDEN, Tratado de medicina Interna S.A de C.V 1998.

X. ANEXOS

ANEXO Nº. 1



UNIVERSIDAD CAPITÁN “GENERAL GERARDO BARRIOS”



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD UNAN – MANAGUA

ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR DEL MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LA UNIÓN.

Objetivo: Recopilar información sobre los factores socioculturales y económicos que influyen en la prevalencia de la tuberculosis pulmonar.

Indicación: por medio de esta entrevista se estuvo realizando una investigación acerca de los conocimientos que tiene el universo o población en estudio sobre los factores socioculturales y económicos. Dicho estudio es para optar el pos grado en maestría en Salud Publica instrumento que fue pasado a muestra en es estudio en una manera personal.

Fecha de llenado del instrumento: ____/_____/2009

I. Datos Generales:

1. Dirección del paciente: ciudad/cantón/caserío _____
2. Procedencia: Urbana Rural
3. Edad del paciente: _____
4. Sexo: Femenino Masculino
5. Estado Civil:
Soltero Acompañado
Casado Viudo
Divorciado

6. ¿A que religión pertenece?

Católico

Evangélico

Otros. _____

7. ¿Cuál es su ocupación?

a) Oficios domésticos

b) Empleado

c) Comerciante

d) Estudiante

e) Jornalero

f) Obrero

g) Agricultor

h) Otros: _____

8. Sabe leer y escribir? Si

No

9. Grado de escolaridad:

a) Analfabeta

b) 1º a 3º grado

c) 4º a 6º grado

d) 7º a 9º grado

e) Bachillerato

f) Universitario

g) Superior no Universitario

10. ¿Cuánto es su ingreso mensual promedio (\$)?: _____

11. Número de personas que conviven con usted: _____

12. Número de habitaciones que tiene su vivienda: _____

II. Antecedentes familiares y personales:

13. ¿Ha sido vacunado con BCG?

Si No

14. ¿Algún miembro de la familia ha padecido de tuberculosis?

Si No

15. ¿Si la respuesta positiva, ha recibido tratamiento?

Si No

16. ¿Dónde consulto?

Unidad de salud ISSS

17. ¿a que distancia aproximadamente le queda el establecimiento de salud al que consulta?

De 1 a 5 Km. De 6 a 10 km. De 11 a 20 km.

Explique: _____

18. ¿Fuma usted?

Si No

19. Desde cuando fuma?: _____

20. ¿Si la respuesta es positiva, cuántos cigarrillos consume al día?

a) 3-5 b) 6-10 c) 11-20

III. Conocimientos sobre Tuberculosis

21. ¿Alguna vez ha padecido usted de los siguientes signos y síntomas?

-Espujo sanguinolento. -fiebre.
-Dolor de pecho. - sudoración en la noche
-perdida de peso y apetito.
-Tos persistente con expectoración por 15 días o más

22. Al presentar los síntomas anteriores, pensó usted que podría tener tuberculosis?

Si No

Explique: _____

23. ¿Sabe usted que es la tuberculosis pulmonar?

Si No

Explique: _____

24. ¿Conoce usted cómo se transmite la tuberculosis?

Si No

Explique: _____

25. ¿Si la respuesta anterior es sí, cómo cree que se transmite?

a) Por contactos con gotas de saliva
b) Por cuidar a un enfermo con tuberculosis
c) Por utilizar los mismos trastos
d) Por consumir leche cruda de vaca
e) Por platicar con una persona enferma
f) A través del aire
g) No sabe

26. ¿Cree que la tuberculosis (pulmonar y extrapulmonar) tiene curación?

Si No

¿Por qué?:

27. ¿Cree que la tuberculosis puede causar la muerte?

Si No

Explique: _____

28. ¿Ha escuchado hablar alguna vez de la Tuberculosis por algún medio de comunicación? .Mencione:

Televisión Radio Periódicos

Charlas educativas en establecimientos de salud

Otros. Explique: _____

ANEXO Nº. 3



UNIVERSIDAD CAPITÁN GENERAL GERARDO BARRIOS MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD UNAN – MANAGUA

Instructivo para llenar la entrevista.

Objetivo: facilitar la recolección de los datos y analizar cuidadosamente las siguientes instrucciones que aparecen en el cuestionario.

I. Datos generales.

- 1- Anote la dirección del paciente en el espacio en blanco.
- 2- Marque con una “X” la procedencia del paciente si es urbano o rural.
- 3-Anote la edad que el paciente menciona al momento de la entrevista
- 4-Marque con una “X” el sexo del paciente:
- 5- Marque con “X” el estado civil del paciente.
- 6-señale con una “X” a la religión que el paciente pertenece.
- 7-Marque con “X” su ocupación.
- 8- Señale con “X” sin sabe leer o escribir.
- 9- marque con una “ X” el grado de escolaridad.
- 10- Señalar con una “X” los ingresos mensuales.
- 11-Escribe en el espacio en blanco el numero de personas que conviven con el paciente.
- 12- Escriba en el espacio en blanco el número de habitaciones que tiene la vivienda del paciente.

II. Antecedentes familiares y personales.

13-Señale con "X" si ha sido vacunado con la BCG.

14- Señale con un una "X" si algún miembro de la familia a padecido de la tuberculosis.

15- Marque con "X" si a recibido tratamiento para la tuberculosis pulmonar.

16- Señalar con una "X" el centro atención en que consulto.

17- Marcar con "X" a que distancia le queda el centro de salud que consulta o escriba en espacio en blanco.

18Marcar con "X" si fuma

19-Escriba el año desde que inicio a fumar.

20- Marcar con "X" la cantidad de cigarrillos que se fuman al día.

III.

Conocimiento sobre la tuberculosis.

21-Señalar con "√" si alguna vez a padecido los siguientes signos y síntomas.

22- Marque con una "X" si pensó usted que podría ser la tuberculosis o explique en el espacio en blanco.

23- Marcar con "X" si sabe que es la tuberculosis

24- Señalar con "√" si conoce como se transmite la Tuberculosis Pulmonar.

25-Marcar con "√" si se sabe como se transmite la tuberculosis Pulmonar.

26-Señalar con una "X" si cree que la tuberculosis tiene curación.

27-- Señalar con una "X" si cree que la tuberculosis puede causar la muerte.

28-señale con "X" por cual medio de comunicación el paciente escucho hablar de lo que es la tuberculosis o escriba en el espacio en blanco.

ANEXO Nº. 4

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

ABANDONO DEL TRATAMIENTO:

Inasistencia continúa a la administración de los medicamentos antituberculosos durante un mes o más.

ANOREXIA:

Falta o pérdida del apetito, lo que ocasiona abstinencia de comer.

ANTÍGENO:

Sustancia, generalmente proteica, que da lugar a la formación de un anticuerpo con el reacciona específicamente.

BACILIFERO:

Un paciente que tiene bacilos tuberculoso en su esputo, visible por bacilos copia.

BACILOSCOPIA:

Es un examen, que se realiza y a través de laboratorios, el cual consiste en examinar microscópicamente en el esputo proveniente de los bronquios en bacilos ácidos- alcohol resistente.

BIOPSIA:

Extirpación de un pequeño fragmento de tejido vivo de un órgano u otra parte del cuerpo

CASO:

Persona que padece la enfermedad de la Tuberculosis.

CASEIFICACIÓN:

Forma de necrosis tisular con pérdida de los límites celulares y aspecto de queso desmenuzado que es típico de la Tuberculosis.

CONTACTO:

Es toda persona que independientemente del parentesco está expuesto al riesgo de infección por que vive en el mismo domicilio con un caso de tuberculosis o tiene contacto prolongado o cercano con él.

CURADO:

Paciente que ha presentado por lo menos dos baciloscopía negativas: al terminar el tratamiento o un mes antes.

DIAGNÓSTICO:

Identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evaluación científica de sus signos físicos y su historia clínica.

ENDÓGENO:

Es originado o producido dentro del organismo o una de sus partes.

ESPUTO:

Material expectorada, especialmente moco o material mucopurulenta y en algunos casos sangre expectorada de las vías respiratorias.

EXPECTORACIÓN:

Eliminación de moco u otros excesos de los pulmones, bronquiales o tráquea.

EXÓGENO:

Es originado o producido fuera del organismo.

FRACASO:

Paciente que sigue presentado o vuelve a presentar o una baciloscopia positiva al cabo de 5 meses o más del tratamiento.

FEBRÍCULA:

Temperatura superior de 37°C, pero que es inferior a 38°C, que se mantiene durante las 24 horas.

FIBROSIS:

Proliferación de tejido conectivo, fibroso, el primero es normal durante la formación de la cicatriz para sustituir el tejido que se perdió por traumatismo o infección.

HUÉSPED:

Persona o animal vivo que en circunstancia naturales permite la subsistencia o el alojamiento de un agente infeccioso.

INCIDENCIA:

Número de casos nuevos de Tuberculosis que se diagnostican durante un periodo por 100,000 habitantes.

MORTALIDAD:

Número de pacientes tuberculosos que fallecen durante el año por 100,000 habitantes.

PREVALENCIA:

Es el número de casos nuevos y antiguos de Tuberculosis Pulmonar, durante un periodo por 100,000 habitantes.

PRUEBA DE TUBERCULINA:

Es el derivado proteico purificado (PPD) de un cultivo de *Mycobacterium Tuberculosis* y se utiliza para determinar el diagnostico en Tuberculosis infantil.

RECAÍDA:

Es un paciente que ha sido tratado previamente por una Tuberculosis que fue considerado por un médico, pero actualmente presenta baciloscopia positiva independientemente del tiempo.

RESERVORIO:

Es un huésped que permite alojamiento y en una fuente continua de enfermedades infecciosas.

SINTOMÁTICO RESPIRATORIO:

Es toda persona con tos con o sin expectoración de más de 15 días de evolución.

TAES:

Tratamiento acordado estrictamente supervisado.

ANEXO Nº. 5

REGÍMENES TERAPÉUTICOS NORMADOS.

CATEGORÍA I

ESQUEMA ACORTADO ESTRICTAMENTE SUPERVISADO A DIARIO (TAES) PARA CASOS NUEVOS (Pulmones, extrapulmonares, embarazadas) 2HRZE6/4H3R3.

En este régimen terapéutico se distingue una fase inicial (o intensiva) de meses de duración y una fase de continuación de 4 meses. En la fase inicial, en la que se usan 4 medicamentos, se produce una rápida destrucción de bacilos tuberculosos. Los pacientes infecciosos dejan de serlo en unas 2 semanas. En una amplia mayoría, los pacientes con baciloscopia positiva pasan a tener una baciloscopia negativo en los primeros 2 meses de tratamiento. La fase de mantenimiento requiere un número menor de medicamentos pero durante un lapso mayor de tiempo (4 meses).

Por lo tanto se establece el siguiente esquema con 4 medicamentos.

Esquema de tratamiento usando medicamentos aislado (no combinados

Primera fase: Diario exceptuando los domingos: dos meses (8 semanas)= 50 dosis)

Categoría I

Primera Fase

Frecuencia: Diario exceptuando los domingos (6 días/semanas)

Duración: 2 meses (8 Semanas)

Nº de dosis: 50 dosis

CUADRO N° 1.

MEDICAMENTOS	DOSIS RECOMENDADA	DOSIS MÁXIMA DIARIA
Isoniacida (H) 100 a 300mg 4-6 mg/kg/día	5mg/kg/día	300 mg
Rifampicina (R) 300 mg 8-12 mg/kg/ día	10 mg/kg/día	600 mg
Pirazinamida (Z) 400 o 500mg 20-30 mg/kg/día	25 mg/kg/día	2 gr
Etambutol(E) 400mg 15-20 mg/kg/día	15 mg/kg/día	1200 mg

Segunda fase: Intermitente 3 veces por semana:

Frecuencia: 3 veces por semana.

Duración: 4 meses (16 semanas)

Nº de dosis: 50 dosis

CUADRO N° 2

MEDICAMENTOS	DOSIS RECOMENDADA	DOSIS MÁXIMA DIARIA
Isoniacida (H) 100 y 300 mg 8-12 mg/kg/día	10 mg/kg/día	900 mg
Rifampicina (R) Cap. 300mg 8-12 mg/kg/día	10 mg/kg/día	600 mg

Esquema de 8 meses para pacientes tratados anteriormente

(Recaída y Retorno después de abandono de tratamiento)

2 HRZES6/1HRZE6/5H3R3E3.

Etapa Intensiva I (Supervisada)

Frecuencia: Diario exceptuando los domingos (6 veces/semanas)

Duración: 2 meses (8 semanas)

Nº de dosis: 50 dosis

CUADRO Nº. 3

MEDICAMENTOS	DOSIS RECOMENDADA	DOSIS MÁXIMA DIARIA
Isoniacida (H) 100 ó 300 mg 4-6 mg/kg/día	5 mg/kg/día	300 mg
Rifampicina (R) 300mg 8-12 mg/kg/día	10 mg/kg/día	600 mg
Pirazinamida (Z) 400 o 500mg 20-30 mg/kg/día	25 mg/kg/día	2 gr
Etambutol(E) 400mg 15-20 mg/kg/día	15 mg/kg/día	1200 mg
*Estreptomicina (S) 12-18 mg/kg/día Ampolla de 1 gr.	IM 15 mg/kg/día	1 gr

*Máximo 60 dosis por paciente y administrado por personal capacitado.

Dosis diaria exceptuando los domingos, por 1 mes (4 semanas)= 24 dosis.

Etapa Intensiva II (Supervisada)

Frecuencia: Diario exceptuando los domingos (6 veces/semanas)

Duración: 1 mes (4 semanas)

Nº de Dosis: 25 dosis.

CUADRO Nº. 4

MEDICAMENTOS	DOSIS RECOMENDADA	DOSIS MÁXIMA DIARIA
Isoniacida (H) 100 ó 300 mg 4-6 mg/kg/día	5 mg/kg/día	300 mg
Rifampicina (R) 300mg 8-12 mg/kg/día	10 mg/kg/día	600 mg
Pirazinamida (Z) 400 o 500mg 20-30 mg/kg/día	25 mg/kg/día	2 gr
Etambutol(E) 400mg 15-20 mg/kg/día	15 mg/kg/día	1200 mg

Segunda fase: Intermitente (Supervisada)

Frecuencia: 3 veces por semana

Duración: 5 meses (20 semanas)

Nº de dosis: 60 dosis

CUADRO Nº 5

MEDICAMENTOS	DOSIS Recomendada	DOSIS MÁXIMA DIARIA
Isoniacida (H) Tabletas 100 mg y 300mg 8-12 mg/kg/día	10 mg/kg/día	900 mg
Rifampicina (R) Cápsula 300 mg 8-12 mg/kg/día	10 mg/kg/día	600 mg
Etambutol(E) Tabletas 400mg 25-35 mg/kg/día	30 mg/kg/día	1200 mg

Esquema de Tratamiento de Tuberculosis en la Niñez.

Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado de la Tuberculosis Pulmonar en Niños.

Medicamentos No Combinados:

Primera Fase:

Frecuencia: Dosis diaria exceptuando los domingos (6 días/semana).

Duración: 2 meses (8 semanas).

Nº de dosis: 50 dosis.

CUADRO Nº 6

Medicamentos	Dosis Recomendada	Dosis máxima Diaria
Isoniacida (H) Tabletas de 100 y 300 mg 4-6 6mg/kg/día	5 mg/kg/día	300 mg
Rifampicina (R) Frasco 100mg/15ml 8-12 mg/kg/día	10 mg/kg/día	600 mg
Pirazinamida (Z) Tabletas de 400 o 500 mg 20-30 mg/kg/día	25 mg/kg/día	2 gr

Medicamentos en dosis diaria recomendada Dosis máxima diaria

Fase Intermitente:

Frecuencia: Tres veces por semana

Duración: 4 meses (16 semanas)

Nº de dosis: 50 dosis

CUADRO N° 7

MEDICAMENTOS	DOSIS RECOMENDADA	DOSIS MÁXIMA DIARIA.
Isoniacida (H) Tabletas de 100 y 300 mg 8-12 mg/kg/día	10 mg/kg/día	900 mg
Rifampicina (R) Frasco 100 mg/5ml 8-12 mg/kg/día	10 mg/kg/día	600 mg