

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

**PRACTICA DEL AUTOCUIDADO PRESENTE EN LOS
PACIENTES CON TUBERCULOSIS, QUE ASISTEN AL
DISTRITO SANITARIO N° 7 LA URBINA – CARACAS, EN EL
SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2011.**

(Trabajo Especial de Grado Presentado como Requisito Parcial para optar
al título de Licenciatura en Enfermería)

Autoras:

Amin Dalila C.I: 18.554.027

Herrera Alexa C.I: 10.468.022

Tutor:

Prof. Benito S. Guerrero

Caracas, Mayo 2011

DEDICATORIA

A **DIOS TODOPODEROSO**, por ser tan generoso y buen compañero durante el logro de nuestras metas.

A **Mi Esposo**, por su gran apoyo y habernos puesto la inquietud de la superación, los estudios y el progreso.

A **Mis Hijos**, por su apoyo y comprensión....Gracias.

Que el **DIOS TODOPODEROSO**,
los vea con bondad.

Alexa

DEDICATORIA

A mis padres, **Noris Marimon y salomón Amin**, que siempre me han dado su apoyo incondicional y a quienes debo este triunfo profesional, por todo su trabajo y dedicación para darme una académica y sobre todo humanista. De ellos es este triunfo y para ellos es todo mi agradecimiento.

Para mi único hermano, **Davier E. Amin**, para que también continúe superándose.

A la UCV, la Máxima Casa de Estudios, a la Escuela de Enfermería, ya que me permitieron desarrollar este trabajo de tesis y adquirir mucha experiencia profesional.

A todos mis amigos, amigas y todas aquellas personas que han sido importantes para mi durante todo este tiempo. A todos mis profesores, en especial al **Lic. Sergio Campos**, que aportó a mi formación. Para quienes me enseñaron más que el saber científico, a quienes me enseñaron a ser lo que no se aprende en salón de clase y a compartir el conocimiento con los demás.

A mi amiga y compañera de tesis **Alexa Herrera**, que me enseñó a salir adelante para la culminación del trabajo y a nuestro tutor de tesis, **Prof. Benito Guerrero**, por su confianza y apoyo en nuestra investigación.

A todos Gracias.

Dalila

AGRADECIMIENTO

A las Autoridades del Distrito Sanotario, por su apoyo durante la realización de la presente investigación.

Al Prof. **Benito Guerrero**, que con sus conocimientos y su gran paciencia nos guío en nuestra investigación, que Dios la bendiga por siempre.

A los Profesores de la Escuela de Enfermería, que gustosamente nos prestaron su ayuda, cuando así lo requerimos.

Y a todas las personas que de una u otra forma colaboraron con nuestra investigación. Gracias.

Las autoras.

ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria.....	Pp i
Agradecimientos.....	ii
Índice de Tablas.....	iv
Índice de Gráficos.....	vi
Resumen.....	viii
Introducción.....	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	
Planteamiento del Problema.....	3
Objetivos del Estudio.....	8
Justificación del Estudio.....	8
CAPÍTULO II. MARCO TEORÍCO	
Antecedentes.....	11
Bases Teóricas.....	15
Sistema de Variable.....	35
Operacionalización de la Variable.....	36
CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	
Tipo de Estudio.....	37
Población y Muestra.....	38
Instrumento de Recolección de Datos.....	39
Validez del Instrumento.....	40
Procedimiento para Recolección de Datos.....	40
Técnica de Análisis de Datos.....	41
CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	42
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones.....	57
Recomendaciones.....	58
Referencias Bibliográficas	60
Anexo A	62
Anexo B	65

INDICE DE TABLAS

TABLA		Pp
1	REPRESENTACIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: REGIMEN DIETETICO	43
2	REPRESENTACIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: PATRON DE EJERCICIOS	45
3	REPRESENTACIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: CONTROL DEL STREES	47
4	REPRESENTACIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: CONSUMO DE CIGARRILLO	49
5	REPRESENTACIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: CONSUMO DE ALCOHOL	58

6 REPRESENTACIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: TRATAMIENTO EN SU INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE LA TERAPIA MEDICA Y SUBINDICADOR: AUTO ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS 53

7 REPRESENTACIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: TRATAMIENTO EN SU INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE LA TERAPIA MEDICA Y SUBINDICADOR: CONTROL MEDICO PERIODICO 55

INDICE DE GRAFICOS

TABLA		Pp
1	REPRESENTACIÓN GRAFICA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: REGIMEN DIETETICO	44
2	REPRESENTACIÓN GRAFICA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: PATRON DE EJERCICIOS	46
3	REPRESENTACIÓN GRAFICA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: CONTROL DEL STREES	48
4	REPRESENTACIÓN GRAFICA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: CONSUMO DE CIGARRILLO	50
5	REPRESENTACIÓN GRAFICA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: CONSUMO DE ALCOHOL	52

- 6 REPRESENTACIÓN GRAFICA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: TRATAMIENTO EN SU INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE LA TERAPIA MEDICA Y SUBINDICADOR: AUTO ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS 54
- 7 REPRESENTACIÓN GRAFICA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: TRATAMIENTO EN SU INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE LA TERAPIA MEDICA Y SUBINDICADOR: CONTROL MEDICO PERIODICO 56

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**PRACTICA DEL AUTOCUIDADO PRESENTE EN LOS
PACIENTES CON TUBERCULOSIS, QUE ASISTEN AL
DISTRITO SANITARIO N° 7 LA URBINA – CARACAS, EN EL
SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2011.**

Autoras:

Amin Dalila
Herrera Alexa.

Tutor:

Prof. Benito S. Guerrero

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la práctica de auto cuidado presente en los pacientes con Tuberculosis que asisten al Distrito Sanitario VII Caracas. Para ello se realizó una investigación descriptiva, la población estuvo conformada por 120 pacientes que asisten a la consulta antes mencionada, de los cuales solo se seleccionaron 81 de ellos con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario con 14 preguntas referidas a la práctica de auto cuidado especialmente en lo relacionado al estilo de vida y el tratamiento. Para el procesamiento de los datos se utilizó una tabulación Manual y los datos fueron representados en cuadros y gráfico. Los resultados permitieron concluir, entre otras cosas, que: la mayoría de los pacientes no mantienen un régimen dietético acorde con su problema de Tuberculosis Pulmonar, no realizan ningún tipo de actividad física, además de ser consumidores de cigarrillo y alcohol, aún cuando cumplen con sus medicamentos y controles médicos periódicos. En este sentido se hacen las siguientes recomendaciones: Diseñar y poner en práctica programas de educación para la salud dirigidos a los enfermos con Tuberculosis Pulmonar que permita la motivación de una conducta de auto cuidado, así como, realizar un estudio a profundidad para detectar los factores que interfieren en la práctica del auto cuidado de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar.

Descriptor: Practica de autocuidado. Pacientes con Tuberculosis.

INTRODUCCION

La tuberculosis es una enfermedad infecto-contagiosa causada por diversas especies del género mycobacterium, todas ellas pertenecientes al Complejo Mycobacterium Tuberculosis. La especie más importante y representativa es Mycobacterium tuberculosis o bacilo de Koch. La Tuberculosis es posiblemente la enfermedad infecciosa más prevalente en el mundo. Otras micobacterias como Mycobacterium bovis, Mycobacterium africanum, Mycobacterium canetti, y Mycobacterium microti pueden causar también la tuberculosis, pero estas especies no lo suelen hacer en el individuo sano.

Venezuela país pionero en la lucha contra la tuberculosis, logra desarrollar en los años 70, una amplia infraestructura sanitaria y con ello un descenso importante en las tasa de mortalidad y morbilidad. En la década de los 90 se revierte la tendencia de la incidencia notificada, convirtiéndose en la actualidad un problema grave de salud pública que en su máxima expresión lo padecen las poblaciones desfavorecidas económicamente y en condiciones de exclusión social, echo que contribuye al la transmisión de la infección y determina una mayor proporción de personas que pasan de infectados a enfermos.

Es fundamental para asegurar el éxito, contar con una norma nacional, que regule y proporcione a las personas que trabajan en el primer nivel de atención la información requerida para organizar, aplicar y ejecutar las estrategias de intervención.

En este sentido la presente investigación tiene como propósito determinar la práctica del autocuidado presente en los pacientes con Tuberculosis que asisten al Distrito Sanitario N° 7 de la Urbina Caracas

Este estudio se encuentra estructurada en cinco capítulos, el capítulo I que incluye el planteamiento del problema, objetivos del estudio y la justificación.

El capítulo II, marco teórico, que se refiere a los antecedentes del estudio relacionado con la variable, las bases teóricas, bases legales, sistema de variables y su Operacionalización.

El capítulo III se refiere a la metodología. Se describe el tipo de estudio, diseño de la investigación, población y muestra, métodos y técnicas de recolección de información, la validez y confiabilidad del instrumento y las técnicas de presentación y análisis de los datos.

Por su parte en el Capítulo IV se presentan, analizan e interpretan los resultados obtenidos a través de la investigación de campo.

Por último el Capítulo V expone las Conclusiones y Recomendaciones inherentes al estudio. De igual forma contiene las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPITULO I.

EL PROBLEMA.

Planteamiento del Problema.

La tuberculosis, al inicio del siglo XXI, continúa siendo en todo el mundo la enfermedad infecciosa, causada por agente único, que produce más muertes en humanos. Múltiples son los factores que inciden en la reemergencia de este problema de salud entre ellos: La pobreza, las desigualdades e inequidades presentes en las diversas poblaciones, la discapacidad operativa en la detección y tratamiento adecuado de los casos diagnosticados, los cambios demográficos (dentro de ellos las migraciones) y el impacto de la pandemia del HIV sida.

OMS. (2006) La tuberculosis es una enfermedad contagiosa que se propaga por el aire, la fuente de infección son otras personas aquejadas de tuberculosis pulmonar. Cuando una persona con tuberculosis tose, estornuda, habla o expectora, expulsa al aire bacilos de la tuberculosis, basta inhalar un pequeño número de esos gérmenes para resultar contagiado. Se entiende por contagio la presencia de bacilos de la tuberculosis en el organismo. No obstante, no todas las personas contagiadas por esos bacilos necesariamente enferman. El sistema inmunológico «enclaustra» los bacilos de la tuberculosis, que pueden permanecer latentes durante años. Si el sistema inmunitario no logra controlar la infección, se produce una forma activa de la enfermedad, entendiéndose por enfermedad las lesiones causadas por los bacilos de la tuberculosis, si no

reciben tratamiento, las personas con tuberculosis pulmonar pueden contagiar a un promedio de entre 5 personas al año.

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, causada por diversas especies del género *Mycobacterium*, todas ellas pertenecientes al Complejo *Mycobacterium Tuberculosis*. La especie más importante y representativa, causante de tuberculosis es el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch. La Tuberculosis es posiblemente la enfermedad infecciosa más prevalente en el mundo. Otras micobacterias como *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium canetti*, y *Mycobacterium microti* pueden causar también la tuberculosis, pero estas especies no lo suelen hacer en el individuo sano. Aunque la tuberculosis es una enfermedad predominantemente de los pulmones, puede también localizarse en otros órganos afectando el sistema nervioso central, el sistema linfático, circulatorio, genitourinario, gastrointestinal, el hueso, articulaciones y aún la piel.

Los signos y síntomas más frecuentes de la tuberculosis son: tos con flema por más de 15 días, fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso y coloración de la piel. Si la infección afecta a otros órganos por volverse sistémica, aparecen otros síntomas. Por lo general, las personas que tienen contacto cercano con una persona diagnosticada con tuberculosis, son sometidas a pruebas para descartar que estén infectados. La resistencia microbiana a los antibióticos usados para el tratamiento de la tuberculosis se está volviendo un creciente problema en casos de tuberculosis extensamente resistente a multi-drogas. La prevención de contraer tuberculosis radica en programas de rastreo y vacunación, usualmente con BCG.

En 2006 la OMS ha registrado en 3.689.833 nuevos casos de tuberculosis en el mundo, aunque este organismo cifró en 8.500.000 casos totales con una tasa global de 141/100.000 habitantes. En el informe OMS de 2006, se estima en 8 millones (140/100.000) de nuevos casos de Tuberculosis, de los cuales 3,9 millones (62/100.000) son bacilíferos y 674.000 (11/100.000) están coinfectados con VIH. La tuberculosis mantiene una prevalencia de 245/100.000 habitantes, y una tasa de mortalidad de 28/100.000. En el informe OMS de 2006. Se calcula que 1,6 millones de personas murieron por tuberculosis en 2005. La tendencia epidemiológica de la incidencia de Tuberculosis sigue aumentando en el mundo, pero la tasa de mortalidad y prevalencia están disminuyendo (OMS-2006).

La historia de la tuberculosis cambia dramáticamente después de la introducción de las drogas antimicrobianas. El tratamiento de la tuberculosis es fundamental para su control dado que con él se rompe la cadena de transmisión cuando el tratamiento es correcto y completamente seguido. El tratamiento farmacológico comienza en 1944 con la estreptomina (SM) y el ácido paraaminosalicílico (PAS). En 1950, se realiza el primer ensayo clínico comparando la eficacia de la SM y el PAS conjuntamente o en monoterapia. El estudio demostró que la terapia combinada fue más efectiva. En 1952, un tercer fármaco, la isoniacida (INH), fue añadido a la combinación, mejorando espectacularmente la eficacia del tratamiento, aunque todavía con una duración de 18 - 24 meses. El ethambutol se introduce en 1960, sustituyendo al PAS en los esquemas de tratamiento y reduce la duración a 18 meses. En los años 70 con la introducción de la rifampicina (RAM) en la combinación, el

tratamiento se acorta a 9 meses. Finalmente, en 1980, la pirazinamida (PZA) se introduce en el esquema terapéutico, pudiendo ser reducida la duración a 6 meses.

Dos hechos biológicos explican por qué la terapia combinada es más efectiva en el tratamiento de la Tuberculosis que la monoterapia. El primero es que el tratamiento con una sola droga induce la selección de bacilos resistentes y en consecuencia el fallo en eliminar la enfermedad. El segundo es que las diferentes poblaciones bacilares pueden coexistir en un mismo paciente.

El problema radica actualmente en el tratamiento de la tuberculosis el cual se describe a continuación: rige de las siguientes formas, en dos fases; la parte curativa, que son: Fase I; primera intensiva 50 tomas de medicamento con una duración de 2 meses y la fase II de mantenimiento, 54 tomas con duración de 4 meses. Donde se observa con mayor preocupación que los pacientes por lo general abandonan el tratamiento en la primera (fase I), o curativa que conlleva a los estudios de esta investigación. Es de gran connotación en el Distrito Sanitario número 7 de la Urbina – Caracas, el número significativo de pacientes que regularmente abandonan el tratamiento en su fase curativa, por tal razón el personal de enfermería debe de promover sus acciones aumentando la motivación y orientación en estos pacientes.

De igual manera, a través de conversaciones informales con los familiares y pacientes, se ha podido conocer que los personas con tuberculosis de forma reiterativa no cumplen con

las acciones de cuidado diarios, pues muchos de ellos consumen alcohol, cigarrillos no realizan ningún tipo de ejercicios y su consumo de alimentos se realiza de manera desordenada ya que su alimentación es rica en enlatados, grasas, carbohidratos, entre otros.

La problemática planteada permite realizar las siguientes interrogantes:

¿Cómo es la práctica de autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar en relación a su estilo de vida?

¿Cómo es la práctica de autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar en relación a su tratamiento?

Es importante destacar que en la medida en que un enfermo conozca su enfermedad y la forma de cuidarse y evitar crisis, su conducta será de autocuidado, por lo que el promedio de reingreso a los hospitales disminuirá considerablemente.

Todo lo anteriormente planteado motiva a realizar una investigación dirigida a conocer: ¿Cómo es la práctica del autocuidado presente en los pacientes con Tuberculosis que asisten al Distrito Sanitario N° 7 de la Urbina Caracas?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

Objetivo General.

Determinar la práctica del autocuidado presente en los pacientes con Tuberculosis que asisten al Distrito Sanitario N° 7 de la Urbina Caracas

Objetivo Específico.

- Identificar la práctica de autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar en relación a su estilo de vida.
- Identificar la práctica de autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar en relación a su tratamiento.

JUSTIFICACION.

En el país está establecido el programa de Nacional Integrado de control de la Tuberculosis; emitidos por el Ministerio del Poder Popular para la Salud .2006 el cual tiene como propósito, reducir el riesgo anual de infección mediante la disminución de las fuentes infección tuberculosa en la comunidad, incrementando la pesquisa de casos, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, logrando al final la disminución de la incidencia y mortalidad por tuberculosis.

Para el personal de enfermería es importante, que en el transcurso de su carrera y su investigación los aplicara mediante la educación, orientación e información en todo momento, y también en los aportes que hará al establecimiento al realizar al paciente de tuberculosis las orientaciones necesarias y motivación para el éxito del tratamiento curativo.

Como estudiantes se justifican que los esfuerzos realizados para el logro de sustentación para esta investigación,

son nuevos conocimientos que se obtienen y satisfacen las necesidades del investigador en el aprendizaje del área preventiva y por ende este trabajo quedará como aporte a la motivación y orientación en el tratamiento curativo de la tuberculosis, se considera que la única fuente mediante la cual el individuo practique el autocuidado es recibiendo educación, orientación e información de parte del personal de enfermería en cualquier tipo de problemática de salud que le amenace, en este caso es Promover las acciones de enfermería en la motivación y orientación a los pacientes con Tuberculosis, en riesgo al abandonó del tratamiento curativo.

Para el establecimiento es de suma importancia el lograr detener o minimizar esta patología en la comunidad en general visto que esto genera un problema de salud pública, orientación información y prevención por parte del personal de enfermería, no se generarán gastos de altos costos en el cumplimiento del tratamiento, y por ende el prestigio de este establecimiento se mantendrá en alto, por lo que serán estos quienes comenten la excelencia de la consulta de neumotisiología que realiza el personal de enfermería.

También se justifica en esta investigación, promover las acciones de enfermería en la motivación y orientación a los pacientes con Tuberculosis, en riesgo al abandonó del tratamiento curativo del Distrito Sanitario n° 7 de la Urbina Caracas, queda como base de guía para futuras investigaciones sobre este tema y otros relacionados.

CAPITULO II

MARCO TEORICO.

En este capítulo, se indicarán los aspectos relacionados con los Antecedentes del Estudio, Bases teóricas. Bases legales, Sistema de variable mas su operacionalización.

ANTECEDENTES.

En la búsqueda de antecedentes sobre Promover las acciones de enfermería en la motivación y orientación a los pacientes con Tuberculosis, en riesgo al abandonó del tratamiento curativo se encontraron las siguientes investigaciones relacionadas con la acción educativa de enfermería en la prevención de dicha enfermedad

Castañeda, M (2006). Realizó una investigación titulada “Factores sociales de riesgo para la falta de cumplimientos terapéutico en pacientes con tuberculosis en el Distrito Sanitario N° 1 Caracas”. En los objetivos realizados ellos refiere que: Conocer la prevalencia y características de los factores sociales de riesgo (FSR) para la falta de cumplimiento terapéutico entre los enfermos de tuberculosis. Métodos: Análisis descriptivo de los enfermos de tuberculosis con FSR diagnosticados entre 1996 y 2002. Se consideró FSR la presencia de aislamiento social (alcoholismo, uso de drogas por vía parenteral, presidiario, sin domicilio fijo-sin techo, inadaptación social) o la inmigración. Se calculó la prevalencia y la tendencia anual de los FSR, la situación final de los pacientes

y la influencia de la administración directamente observada del tratamiento en la situación final.

Resultados: De los 775 casos de Tuberculosis, 156 pacientes (20,1%) tenían algún factor social de riesgo (FSR), 86 pacientes presentaban alcoholismo, 41 eran usuarios de drogas por vía parenteral, 24 eran inmigrantes, 14 no tenían domicilio fijo, 11 se consideraron con inadaptación social y 10 eran presidiarios. La presencia de FSR entre los enfermos de tuberculosis no mostró una tendencia a aumentar o disminuir durante el período de estudio, excepto por el incremento de inmigrantes (χ^2 para la tendencia lineal = 12,24; $p = 0,005$). La proporción de pacientes con situación final satisfactoria (curación bacteriológica o tratamiento finalizado) fue significativamente mayor en el grupo de pacientes sin FSR (el 90,4 frente al 70,8%; $p < 0,001$). La administración directamente observada del tratamiento a los pacientes con FSR no mejoró de manera significativa el porcentaje de enfermos con situación final satisfactoria. . El trabajo antes citado se relaciona con la investigación planteada en su nivel de información que posee el personal de enfermería de la consulta de neumotisiología del Distrito Sanitario n° 7 la Urbina.

Roxana Rodríguez Tamayo (2006). Los estudios realizados sobre “Tuberculosis: un problema de salud en expansión” concluyó que La Tuberculosis, reconocida por la Organización Panamericana de la Salud como una perpetua amenaza de muerte y sufrimiento para los países pobres, es de hecho una enfermedad muy antigua. Los primeros escritos que evidencian su existencia datan del Mundo Antiguo,

específicamente de regiones tan enigmáticas como Egipto, China y Babilonia. No obstante, no se le denominó como hoy le conocemos hasta muchos siglos después, exactamente en 1839. En esa centuria (s. XIX) hubo un gran interés por estudiar y conocer a profundidad sobre esta entidad, justamente porque en Estados Unidos y Europa se desataba una fuerte epidemia causada por las condiciones de las ciudades de la época, las cuales estaban muy pobladas se vivía bajo elevados índices de hacinamiento, factores que indiscutiblemente favorecían su proliferación. El estudio presentado por el autor antes mencionado, aporta a la investigación interesantes referencias teóricas relacionados con la etiología y evolución de la tuberculosis.

Nunes, A (2005) realizó una investigación titulada “Motivación del Paciente Diabético para el Ejercicio de Medidas de Auto Cuidados”. El objetivo de la investigación fue determinar el nivel de Motivación que posee los Pacientes Diabéticos para ejercer medidas de auto cuidado de la salud. Para la recolección de los datos la investigadora utilizó una escala de identificación de competencia del diabético para el auto cuidado que ha sido utilizado en anteriores investigaciones con altos niveles de validez y confiabilidad. La muestra de estudio estuvo integrada por 36 pacientes que representa el 45% de la población estudiada. Las conclusiones a que llega la investigadora son: La mayor parte de la muestra presentó niveles bajo de motivación para su auto cuidado, mientras que solo el 5% de los estudiados manifestaron alto nivel de motivación para el ejercicio de su auto cuidado.

Esta investigación guarda relación con el estudio propuesto, ya que la misma estudio lo relativo al autocuidado aspecto fundamental de la investigación que se presenta.

Fernández, M (2005), realizó un estudio Titulado “Asistencia de Enfermería en Jóvenes con Déficit en su Auto Cuidado”, cuyo objetivo fue operacionalizar la asistencia de Enfermería al paciente diabético insulino dependiente utilizando la teoría de auto cuidado de Orem. La realización de esta investigación estuvo enmarcada dentro de una metodología cualitativa siendo la técnica metodológica utilizada el estudio de caso, para ello se aplicó una entrevista semi estructurada. La muestra de estudio estuvo conformada por jóvenes portadores de diabetes mellitus tipo I. Los resultados obtenidos permitieron conocer los diagnósticos más comunes y específicos entre los que se encontraban lo referente a la perdida de la integridad de la piel, el riesgo potencial a lesiones así como el déficit de auto cuidado, además de contribuir con un modelo referencial de atención al paciente diabético, así mismo permitió demostrar que la enfermera (o) al aplicar el PAE al paciente diabético con base en la teoría de Orem avala su práctica asistencial de forma más crítica.

Al igual que la investigación anterior, este estudio se relaciona con la investigación que se presenta pues se estudia lo referente al autocuidado, variable que es investigada en este estudio.

BASES TEORICAS.

La tuberculosis.

La tuberculosis es una infección bacteriana crónica causada por *Mycobacterium tuberculosis* que histológicamente se caracteriza por la formación de granulomas. Habitualmente, la enfermedad se localiza en los pulmones, pero puede afectar prácticamente a cualquier órgano del cuerpo humano. Cualquier persona puede verse afectada por ésta infección, la enfermedad se propaga a través del aire mediante pequeñas gotitas de secreciones de la tos y expectoraciones de personas infectadas de *Mycobacterium tuberculosis*. Para contagiarse de la tuberculosis debe de haber un contacto frecuente, familiar o una convivencia con personas infectadas. Es muy raro contagiarse de forma casual por un contacto esporádico en la calle. Una vez que la bacteria se introduce en el pulmón se forma un granulosa que es la infección primaria de la tuberculosis, este proceso no produce síntomas y en el 95% de los casos se recupera solo sin más problema. La bacteria de la tuberculosis pasa así a una fase de inactividad encerradas en una granulosa. Si por cualquier causa (otras infecciones, SIDA, cáncer, estrés, etc.) las defensas del cuerpo se debilitan las bacterias se reactivan y se produce la enfermedad. Guilarte (2006)

La bacteria *Mycobacterium tuberculosis* es la causante de la Tuberculosis. Esta bacteria puede localizarse en otra parte del cuerpo, pero usualmente invade a los pulmones. Si una persona con Tuberculosis activa tose o estornuda, hay oportunidad de que se inhale la bacteria. La Tuberculosis no se esparce fácilmente. La infección usualmente requiere de repetidas exposiciones a la bacteria. La Tuberculosis se esparce

con mayor facilidad en lugares cerrados y con poca ventilación en la que habitan varias personas. La forma de transmisión más común es por inhalación. Además se puede transmitir por ingerir leche sin pasteurización, dando lugar a la Tuberculosis bovina. Una forma rara de transmisión es por infección urinaria. Especialmente en niños que utilizan los mismos sanitarios. Tuberculosis se observa también como una infección oportunista en personas con VIH (sida). La bacteria es comúnmente transmitida por un paciente con TB pulmonar infecciosa a otras personas por medio de gotas de saliva que contienen la bacteria, que van dentro de un aerosol producido por toser, estornudar, o hablar. Estas gotitas permanecen suspendidas en el aire por varias horas y pueden tener acceso directo a cualquier persona que las inspire. Hay hasta 3 mil bacterias infecciosas por cada vez que tose el paciente. Si una persona se infecta con Tuberculosis no necesariamente desarrollará la enfermedad activa. Si el sistema inmune esta saludable, producirá anticuerpos que atacarán a la bacteria. Sin embargo, el organismo permanece en estado latente, y si el sistema inmune es debilitado, la bacteria puede vencer las defensas del cuerpo. La tuberculosis, al inicio del siglo XXI, continúa siendo en todo el mundo la enfermedad infecciosa, causada por agente único, que produce más muertes en humanos. Múltiples son los factores que inciden en la reemergencia de este problema de salud entre ellos: La pobreza, las desigualdades e inequidades presentes en las diversas poblaciones, la discapacidad operativa en la detección y tratamiento adecuado de los casos diagnosticados, los cambios demográficos (dentro de ellos las migraciones) y el impacto de la pandemia del HIV.

Farga (2005). Una vez que la bacteria se introduce en el pulmón se forma una granulosa que es la infección primaria de la tuberculosis, este proceso no produce síntomas y en el 95% de los casos se recupera solo sin más problema. La bacteria de la tuberculosis pasa así a una fase de inactividad encerradas en una granulosa. Si por cualquier causa (otras infecciones, SIDA, cáncer, estrés, etc.) las defensas del cuerpo se debilitan las bacterias se reactivan y se produce la enfermedad.

Guilarte (2006) La primera infección o infección primaria con el bacilo de la TB usualmente no presenta síntomas. El 99% de personas infectadas no desarrolla ningún síntoma hasta que desarrollan una hipersensibilidad al microorganismo, sin embargo los síntomas no son clínicamente significativos. La infección primaria usualmente envuelve al área baja o media de los pulmones. La primera lesión consiste en un área de exudación del parénquima de los pulmones, que rápidamente se vuelve con una textura suave, como queso crema, y se riega a los nódulos linfáticos broncopulmonares, en donde gana acceso al torrente sanguíneo. (15) Desde ese momento se establece el curso que seguirá el desarrollo de la Tuberculosis pulmonar y extra pulmonar tiempo después. Sin embargo, en la mayoría de casos, una reinfección secundaria de adentro de los pulmones (endógena) o fuera del cuerpo (exógena) no ocurre, por el desarrollo subsiguiente de hipersensibilidad a la bacteria y por la inmunidad celular. La presencia de grandes concentraciones de antígenos en el lugar de la infección inicial se torna en necrosis y en algunos casos en fibrosis y calcificación de los tejidos, la cual impide que continúe la infección y deja la enfermedad inactiva. Pero en el caso de que la infección no se controle, el

paciente puede desarrollar síntomas de la Tuberculosis primaria progresiva.

La Tuberculosis secundaria surge como resultado de reinfección con el bacilo de la tuberculosis ya sea por vía endógena o exógena. Esta es la forma clínica más común de Tuberculosis. Es casi siempre el resultado de una reinfección endógena, que ocurre cuando la lesión primaria se activa. Esto sucede comúnmente en personas débiles que tienen una resistencia reducida contra enfermedades. La resistencia a la Tuberculosis depende de la salud en general, y en las condiciones de vida del individuo. Una mala salud, una vida antihigiénica, la malnutrición y otras enfermedades pueden bajar las defensas del individuo. Un factor secundario que puede cuasar la enfermedad es la exposición frecuente al bacilo en cantidades en las que ninguna persona sana podría escapar de ser infectada. El sistema inmune trata de rodear los gérmenes de Tuberculosis con granulomas. Si el sistema inmune no puede controlar esta bacteria, la bacteria se multiplica y los granulomas se agrandan y parecen masas o tumores en los pulmones.

Estas masas tienen la consistencia de queso suave. A medida que la enfermedad progresa mas tejido es destruido y los granulomas se expanden hasta el grado de volverse líquidos. Eventualmente, se pueden formar cavidades en los pulmones. La bacteria de Tuberculosis puede crecer en estas cavidades y luego regarse a otras áreas del cuerpo.

Factores de Riesgo.

- Inmunidad suprimida

- Pobreza, personas que viven en la calle y abuso de drogas
- Condiciones de vida en hacinamiento
- Edad
- Malnutrición, puesto que debilita la inmunidad
- Ser trabajador de salud y tener contacto con personas infectadas
- Viajar constantemente a muchos lugares del mundo

Diagnostico.

Tras la sospecha por la clínica deben realizarse los siguientes estudios:

Radiografía de tórax.

Cultivos de esputo.

Tuberculina.

Broncoscopio con aspirado de secreciones y cultivo. La exploración, inclusive la auscultación pulmonar, pueden ser anodinos. Los exámenes para determinar la exposición a la bacteria o la Tuberculosis activa incluyen:

- Prueba de la piel: se inyectan un fluido dentro de la piel, y la reacción después de 72 hr. Indica la presencia de bacteria. Una prueba positiva no significa que la persona tenga Tuberculosis activa
- Rayos X del pecho: si la persona fue positiva para la prueba de piel, el médico especialista ordenará este examen para observar una posible infección asintomática. Las imágenes revelarán

manchas blancas (granulomas) en donde el sistema inmune ha encapsulado la bacteria.

- Cultivos: si el examen anterior revela anormalidades en el tejido se tomarán muestras de tejidos y fluidos (moco, secreciones urinarias, secreciones estomacales) que mostrarán la presencia de bacteria. Microscopio AFB.

Tratamiento.

Se utiliza una asociación de rifampicina, ionizada y pirazinamida durante un año. Pueden sustituirse alguno de ellos por alternativas pero la mala asociación o el mal cumplimiento del tratamiento es causa de las peores complicaciones de la tuberculosis. Con el tratamiento adecuado la tuberculosis se cura y el paciente se recupera totalmente.

Con un apropiado tratamiento de antibióticos, la Tuberculosis puede curarse en 9 de cada 10 pacientes. El éxito del tratamiento depende de la cooperación entre el paciente, medico, y otros trabajadores de la salud. Los medicamentos antibióticos representan el tratamiento más efectivo, y requiere tomar de dos a cuatro medicamentos por 6 a 12 meses para destruir completamente la bacteria. Comúnmente se inicia con 4 medicamentos: isoniacidina, rifampina, ethambutol y pyrazinamida. Aunque la Tuberculosis ya no es contagiosa luego de unas semanas de tratamiento se necesita seguir una terapia completa para atenuar la bacteria. Si se falla el tratamiento, se puede crear una resistencia a los medicamentos, en el que el tratamiento será inefectivo. Este desarrollo causa el progreso de la Tuberculosis hasta una etapa letal, además de ayudar a esparcir la enfermedad al médico y el personal de Enfermería. Si

el paciente no toma toda su medicina de la manera que el doctor indica puede enfermarse de nuevo y esparcir la Tuberculosis a familiares

Casos nuevos, recaídas y recuperación de abandono.

FASE	DROGAS Y DOSIS.	FRECUENCIA	DURACION
Primera Intensiva.	Ethambutol 1200 mgs. Isoniacida 300mgs. Rifampicina 600mgs. Pirazinamida 2 grs.	5 días por semanas de lunes a viernes.	10 semanas totales. 50 tomas.
Segunda Mantenimiento.	Isoniacida. 600mgs. Rifampicina 600mgs.	3 veces por semana, lunes, miércoles y viernes.	18 semanas totales. 54 tomas

Fuente: Normas oficiales Venezolana del programa nacional integrado del control de la tuberculosis. Dr. Guiliarte Alexis y Dra. España Mercedes. (2006). Pág. 24

Complicaciones.

La Tuberculosis crónica pulmonar puede ser acompañada de pleuresía, que es el primer síntoma de Tuberculosis. El bacilo puede causar úlceras o inflamación alrededor de la laringe. Algunas veces se desarrollan infecciones intestinales probablemente causadas por tragar moco contaminado con bacteria. Una complicación más seria es el colapso del pulmón, que indica que una cavidad profunda del pulmón ha sido perforada o abierta en la cavidad pleural permitiendo que aire y material infectado entren al pulmón. Cuando un área infectada descarga su contenido en el árbol bronquial, el resultado es neumonía. Cuando una gran cantidad de bacilos entra al sistema circulatorio, llegan a todas las partes del cuerpo y pueden

depositarse en cualquier órgano. Prácticamente todos los órganos del cuerpo pueden ser invadidos, especialmente los riñones, el hígado, los genitales, y la columna vertebral. Además en las meninges, pleura y peritoneo.

Sánchez, M (2008) define las acciones como unos conjuntos de métodos y estrategias planificadas con el objeto de impartir enseñanza a un grupo determinado mediante actividades organizadas. Algunas acciones tienden a hacer uno o lo otro, mientras que otras hacen ambas cosas. La razón por la cual las acciones son inversiones populares a pesar del hecho de que pueden ser volátiles, es decir, cambiar de valor rápidamente en el corto plazo, es debido a que históricamente las acciones en general han proporcionado un mayor rendimiento que otros valores.

Aparicio, R (2008). Las acciones de enfermería son todas aquellas actividades, que realiza el personal de enfermería a través de métodos y estrategias para cumplir con el rol de transmisión de conocimientos mediante la información, orientación y la prevención en las acciones de enfermería en la motivación y orientación a los pacientes con Tuberculosis, en riesgo al abandonó del tratamiento curativo.

Refiere el Ministerio del poder popular para la Salud (2007) las siguientes Acciones de básicas Enfermería.

- Promoción de salud.
- Vacunación BCG población de 0 a 14 años de edad.
- Localización de casos bacilíferos, mediante la pesquisa del sintomático respiratorio que es todo consultante de primera vez, de 15 años o mas que acude a un establecimiento de

salud por cualquier causa y al interrogatorio dirigido manifiesta presentar: Tos, expectoración y/o hemoptisis de 2 a más semanas de evolución.

- Supervisión de tratamiento a personas que sea diagnosticada con tuberculoso. El profesional de enfermería educara al paciente a cerca de la importancia en la toma del tratamiento curativo supervisado y el peligro de la interrupción de este.
- Explicar las reacciones adversas como: orinas rojas o anaranjadas, debido a la ingesta de rifampicina, cefaleas, insomnio, artralgias, trastornos digestivos, entre otros.
- Visitas domiciliarias para seguimiento de casos, es la forma tradicional del cuidado de enfermería comunitaria y sigue siendo el método para brindar estos cuidados.

Autocuidado

Orem citada por Dugas, B (2003) explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno , para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida , salud o bienestar.

La misma autora define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Así mismo, Orem citada por Dugas, B (2003) explica la teoría del déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

Esta autora menciona de igual manera la teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.

- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.

- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc) y

hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.

2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.

3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.

4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.

5.- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y

guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las discapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

BASES LEGALES.

El Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006 se basa en el principio de que la salud es condición indispensable para alcanzar la auténtica igualdad de oportunidades. Asimismo, se constituye como la guía para construir un sistema de salud que propicie la protección financiera, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad integral de la población. En el

marco del Programa Nacional de Salud, la tuberculosis se considera un problema de Salud Pública del país, que requiere atención prioritaria. Para el logro de los objetivos del PNS se han considerado cinco estrategias sustantivas y cinco estrategias instrumentales. El Programa de Acción para la Prevención y Control de la Tuberculosis se encuentra en la segunda estrategia sustantiva: "reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres". Bajo el término rezago se ubican los daños a la salud evitables, generalmente relacionados con nutrición insuficiente, infecciones comunes y reproducción. Causa fundamental de estos problemas es la pobreza, por lo que su solución definitiva depende de la reducción de la misma. Sin embargo, existe información que demuestra que aún en presencia de esta condición, es posible reducir considerablemente el peso de estas enfermedades a través de intervenciones altamente efectivas que significan un costo razonable.

Para resolver los problemas del rezago es necesario garantizar el acceso efectivo de la población de alta marginación, tanto rural como urbana, el establecimiento básicos de salud, mediante la focalización de ciertos programas de acción como el de Prevención y Control de la Tuberculosis, en las comunidades y grupos poblacionales más vulnerables.

Objetivo General del Programa es Alcanzar una cobertura universal y de calidad en la atención a la salud integral de los y las adolescentes con enfoque de sexo y de derechos Para mejorar su calidad de vida, estableciendo criterios técnico-administrativos que orienten la organización y funcionamiento de los servicios y acciones de salud, con la participación activa de

los y las adolescentes, sus familias, la comunidad y las redes sociales e institucionalismo.

- a) Brindar una Atención oportuna y relevante a los y las adolescentes, incorporando el enfoque de Promoción de Salud y Desarrollo en los distintos niveles de atención del sistema de salud, articulando respuestas transectoriales y transdisciplinarias que aborden precozmente los factores de riesgo y fortalezcan aquellos que son protectores de la salud y la vida.
- b) Lograr la atención específica y diferenciada de las y los adolescentes, de acuerdo a sus condiciones de salud, edad, sexo, etnia, y grupo o territorio social, incorporando estrategias de coordinación entre las redes sanitarias, sociales y comunitarias.
- c) Favorecer la autonomía y empoderamiento de los y las adolescentes, como sujetos constructivos y creadores de su desarrollo individual y social, a través de acciones de educación permanente en salud y prevención dirigidas a que los adolescentes y sus familias asuman su corresponsabilidad en el autocuidado de la salud.
- d) Promover el desarrollo de competencias para la atención integral de adolescentes, en los diferentes actores con responsabilidad en la promoción de salud y desarrollo.
- e) Elevar la accesibilidad y calidad (calidez, confidencialidad y privacidad) de los establecimientos y acciones para la atención integral de las y los adolescentes según sus necesidades específicas.

- f) Promover el desarrollo de investigaciones en áreas temáticas prioritarias y de acuerdo a las necesidades específicas de las y los adolescentes.
- g) Perfeccionar el sistema de monitoreo y evaluación de las acciones de promoción de Calidad de Vida y Salud, así como de la calidad de atención en los establecimiento.
- h) Unificar el sistema de Información y Registro que incluya sexo, edad, grupos de edad, y otros datos de relevancia sobre la situación de salud y desarrollo de la población adolescente.
- i) Fomentar la participación transectorial, comunitaria y familiar para impactar positivamente los determinantes de la calidad de vida y salud de la población adolescente.

- Estrategias Generales.

- Promoción de la Salud, Educación Sanitaria y Participación comunitaria en Tuberculosis. Educación para la salud a los pacientes para prevenir abandono de tratamiento y a los familiares para que participen en el proceso del tratamiento del paciente y colaboren en la investigación de contactos.
- Vacunación BCG a los Recién Nacidos, antes de su egreso del establecimiento de salud o en su primer control post-parto.
- Búsqueda activa de los Sintomáticos Respiratorios, mediante el interrogatorio a los Consultantes de 15 años y más, de los establecimiento generales de salud.
- Examen Baciloscópico, de dos muestras de esputo, a los Sintomáticos Respiratorios Identificados de 15 años y más, en las consultas generales.

- Tratamiento, de todos los casos nuevos de tuberculosis, con esquemas de corta duración, totalmente supervisado, ambulatorio y gratuito.
- Tratamiento, de todos los casos de tuberculosis, totalmente supervisado, y gratuito
- Investigación de los contactos de todo caso de tuberculosis, especialmente el grupo familiar que convive con el paciente.
- Quimioprofilaxis, a contactos menores de 15 años con alto riesgo, a pacientes con alto riesgo (Cáncer, inmunosuprimidos, trasplantados, etc.) y a pacientes coinfectados VIH-TBC.
- Integración de las actividades de control de la tuberculosis, en todos los establecimientos de salud con capacitación y adiestramiento continuo al personal.
- Investigaciones operacionales para la actualización de parámetros de programación y verificación de medidas estandarizadas y simplificadas.
- Coordinación interprogramática con otros Programas de Salud: VIH/SIDA, PAI

Normas del Programa Nacional Integrado del control de la Tuberculosis. – 2006

.- Campo de aplicación de la norma.

Esta Norma Nacional de cumplimiento obligatorio y diseñada en los aspectos técnicos, clínicos, paraclínicos y administrativos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, sustentan las decisiones y acciones a nivel Regional, Distrital/Municipal y Local en cada establecimiento de salud, público y privado, de todo el país, dirigidas a reducir la morbilidad y mortalidad por esta causa. Los establecimientos de

salud deberán investigar todos los casos de tuberculosis, cumpliendo como mínimo lo establecido en esta norma nacional.

- Todas las personas que reúnan los criterios de Caso establecidos por la Norma Nacional, deberán iniciar el tratamiento lo más pronto posible.
- Todas las personas que inicien tratamiento antituberculoso, lo harán bajo los esquemas normados.
- Los esquemas normados para el tratamiento de la tuberculosis son: REGIMEN N° 1; para pacientes nuevos, recaídas y recuperación de abandono, de 15 años y más, REGIMEN N° 2; para personas menores de 15 años y REGIMEN N° 3; Retratamiento en casos de fracaso de tratamiento.
- A todo enfermo de tuberculosis y a su familia se le debe educar sobre las medidas higiénicas, a seguir en el hogar.
- A todo paciente con tuberculosis debe realizársele la prueba del VIH y a todo paciente con serología VIH positivo se le debe investigar tuberculosis. Los fines de estas pruebas son epidemiológicos, sus resultados deben ser utilizados solamente para información en beneficio del paciente y para llenar, las hojas de notificación correspondientes, las cuales son confidenciales.
- Todos los contactos de un caso de tuberculosis deben ser evaluados para determinar la conducta específica a seguir.
- Todo caso de tuberculosis deberá ser NOTIFICADO y al terminar el tratamiento se debe realizar un Informe Final de Tratamiento
- Las Meningitis Tuberculosas, las complicaciones de la Vacuna BCG y las Reacciones Adversas a Fármacos

Antituberculosos deben ser notificadas en los formatos específicos establecidos.

- Las actividades de baciloscopias y cultivo, para diagnóstico y control; y la administración del tratamiento, son indispensables para el programa y no deben ser interrumpidas bajo ningún concepto ya que se consideran emergencias epidemiológicas.

- Población - Objeto.

- Toda la población del país, para promoción y educación con acciones específicas para:
 - a. Vacunación BCG: Población de 0 a 7 años.
 - b. Localización de Casos: 1) Población consultante de 15 años y más, 2) Casos VIH/SIDA, 3) Contactos.
 - c. Quimioprofilaxis: Todas las edades según condición clínica
 - d. Tratamiento TOTALMENTE SUPERVISADO: para toda persona, que sea diagnosticada como Caso de Tuberculosis, de acuerdo a lo establecido en estas normas.

.- Disposiciones Generales.

- La medida preventiva más efectiva es prevenir el contagio, esto se hace eliminando las fuentes de infección que se encuentran en el hogar y la comunidad, a través del diagnóstico precoz, tratamiento correcto y completo de los pacientes con tuberculosis pulmonar bacilífera.
- La población general deberá estar informada sobre lo siguiente:
 - o Los estilos de vida saludables
 - o Debe habitar en lo posible y de acuerdo a sus recursos económicos en ambientes bien ventilados, que reciban la luz del sol

o La tos y expectoración pueden ser síntomas de enfermedad y cuando se tienen síntomas respiratorios duraderos se debe ir a consulta

o Que la tuberculosis se transmite por vía aérea y de persona a persona.

- Todo recién nacido sano debe ser vacunado con BCG.

- A toda persona de 15 años y más de edad que consulte por cualquier causa, deberá preguntársele si tiene tos y expectoración o hemoptisis. si presenta estos síntomas desde hace dos semanas o más, será considerado un sintomático respiratorio.

- . Toda persona considerada como un Sintomático Respiratorio, debe registrarse como tal, y hacerle 2 exámenes de esputo para examen de BK.

SISTEMA DE VARIABLE.

Variable.

Práctica de auto cuidado presente en los pacientes con Tuberculosis pulmonar.

Definición Conceptual.

Orem citada por Dugas, B (2003) explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar

Definición Operacional.

Se refiere a los cuidados a la salud que ejecutan los pacientes con tuberculosis que asisten al Distrito Sanitario N° 7 de la Urbina Caracas”, referidos al estilo de vida y el tratamiento.

Operacionalización de la Variable

Variable: Práctica de auto cuidado presente en los pacientes con tuberculosis pulmonar

Definición Operacional: Se refiere a los cuidados a la salud que ejecutan los pacientes con tuberculosis que asisten al Distrito Sanitario N° 7 de la Urbina Caracas”, referidos al estilo de vida y el tratamiento

Dimensión	Indicador	Sub.indicador	Ítems
<p>Estilo de Vida: Se refiere a los cuidados diarios en relación a su salud que pone en práctica el paciente con TBC</p>	<p>Cuidados Diarios: Se entenderá como la ejecución de actividades de mantenimiento de la salud por parte del paciente y referidas a: Regimen dietético, patrón de ejercicio, control de estrés, consumo de alcohol, consumo de cigarrillo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen dietético • Patrón de ejercicio • Control de estrés • Consumo de cigarrillo • Consumo de alcohol 	<p>1-2-3 4-5 6-7-8 9 10</p>
<p>Tratamientos: Se refiere al cumplimiento de la terapia médica por parte del paciente con tuberculosis pulmonar</p>	<p>Cumplimiento de Terapia Medica: Se entenderá como la administración de los medicamentos y el control médico periódico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Auto administración de los medicamentos • Control médico periódico. 	<p>11-12 13-14</p>

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

El presente capítulo tiene como propósito describir el marco metodológico de la investigación, constituido por: Tipo de investigación, Población y Muestra, Instrumento de recolección de datos, Procedimiento para validación y confiabilidad del instrumento y para la recolección de la información, plan de tabulación y análisis de los resultados.

Tipo de Investigación

En la investigación científica existen diversos tipos de estudios, esta diversidad la asigna la manera como se efectúe la investigación. De allí que el presente estudio este estructurado en una investigación de tipo Descriptiva; ya que está relacionado con condiciones existente, donde la práctica directa prevalece para la obtención y tabulación de los datos, pues esto supone un elemento interpretativo del significado o importancia de lo que se describe; por tanto se parte de la descripción de un fenómeno existente en el Hospital donde se llevó a efecto al estudio.

Hernández, S. (2003), considera que la investigación de tipo descriptiva:

Consiste fundamentalmente, en caracterizar un fenómeno o situación concreta e indicar sus rasgos más peculiares o diferenciales de una población en específico, con la finalidad de realizar un diagnóstico real de sus necesidades y luego analizarlas, a partir de

allí, para poder plantear una posible solución. (Pág. 67).

Según la temporalización del estudio, es de tipo Transversal, porque se recogen los hechos en el momento que sucede el fenómeno, haciendo un corte en el tiempo.

En este orden de ideas, Canales, F., Alvarado, E., y Pineda, E. (1998), señalan que los estudios Transversales, “estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo; en éste el tiempo no es importante en la relación con la forma en que se dan los fenómenos. (Pág. 136)

Población

Selltiz, H (1974) referida por Fernández, R., Fernández C. y Baptista L. (2003), define la población como “el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones”. (p.210)

En el marco de las referencias anteriores, la población de este estudio estuvo constituida por el 100% de los pacientes con tuberculosis que asisten al Distrito Sanitario N° 7 de la Urbina Caracas” y la cual fue, según estadísticas de la Consulta de 120 pacientes lo que representó el 100%.

Muestra

Según Tamayo y Tamayo. (1993); “La muestra descansa en el principio de que las partes representan al todo y por tal

reflejan las características que definan la población de la cual fue extraída, la misma indica que es representativa. (Pág. 110).

Para efectos de la investigación la muestra estuvo conformada por 81 pacientes con tuberculosis que asistieron a la consulta a realizarse el Control Médico, lo cual constituye un porcentaje de 67,5% de la población y que se considera representativo.

Instrumento de Recolección de Información

Para la recolección de la información requerida en el estudio, fue elaborado un instrumento; tipo cuestionario autoadministrado, el cual estuvo orientado en función de los indicadores y sub-indicadores resultantes de la operacionalización de la variable.

Al respecto Ander-Egg (citado por Colmenares R., Pantoja, M. y Pérez, M., 1999) señala que el cuestionario es:

Un instrumento de recopilación de datos rigurosamente estandarizado que traduce y operacionaliza determinados problemas que son objetos de investigación. Esta operacionalización se realiza por los sujetos de la encuesta, permiten estudiar el hecho propuesto en la investigación o verificar hipótesis formuladas (Pág. 70).

El instrumento estuvo dirigido a los usuarios de la consulta de medicina interna y quedó constituido por 14 preguntas, con el objeto de verificar la práctica de auto cuidado en relación a su enfermedad, para ello se utilizó escala de Likert, con tres

alternativas de respuestas cuya medición osciló entre cuatro: (S) Siempre, (AV) Algunas Veces y (N) Nunca.

Validación del Instrumento.

Posterior a la construcción del instrumento se procedió a la validación, la cual fue realizada por parte del tutor de la investigación, además, del juicio de tres expertos, quienes emitieron sus opiniones al respecto; donde consideraron la validez de la construcción del instrumento, en realización con: el nivel de comprensión, la claridad, presentación, pertinencia de los ítems con los sub-indicadores, indicadores y la variable abordada. Luego del análisis y observaciones de los especialistas, se realizaron ajustes al instrumento para su aplicación.

Procedimiento para la Recolección de la Información

Se procedió a la recolección de la información según los siguientes pasos:

Se realizó una comunicación por escrito a las autoridades del Distrito Sanitario N° 7 de la Urbina Caracas”, con la finalidad de informar sobre la investigación a realizar, y solicitar su autorización y colaboración para aplicar los cuestionarios del mismo, a los pacientes con tuberculosis.

Luego de obtener la aprobación a la solicitud antes planteada, se procedió a realizar una reunión con el personal de enfermeras, que laboran en esta consulta, con el fin de informales el objetivo de la investigación, demostrarles la

importancia del estudio y de la colaboración de ellos con respecto al estudio.

Una vez finalizada la reunión y explicados los motivos de la investigación, por parte de las autoras; se procedió a realizar la aplicación del cuestionario según lo establecido para el mismo.

El instrumento fue aplicado a cada uno de los pacientes que asistieron a la consulta en un lapso de 30 días, a quienes se le explicaba el fin del cuestionario, lo cual era complementado con la introducción del mismo, se prestó apoyo personalizado a los pacientes objetos de estudio y se aplicó una vez obtenido su consentimiento.

Plan de Tabulación y Análisis

Luego de la aplicación de los cuestionarios a los usuarios, que conformaron la muestra de estudio, se obtuvo una globalización de la información sobre las cuales se realizaron una serie de actividades tendentes a la organización de los mismos y registrados en una matriz de datos según el orden, representando cuantitativamente las respuestas obtenidas promediándose para la construcción de los cuadros y gráfico en relación a los indicadores y sus respectivos sub-indicadores. Sobre esta base se construyeron los cuadros y gráficos en cuanto a la frecuencia y el porcentaje los cuales fueron promediados para obtener resultados reales de la dimensión y su valor.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Presentación de los Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos a través de la aplicación del instrumento de recolección de datos. Los datos se presentan agrupados de acuerdo a los indicadores de la variable considerada en el estudio.

Cada tabla presenta un análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados obtenidos, así mismo se representan en gráficos de sectores.

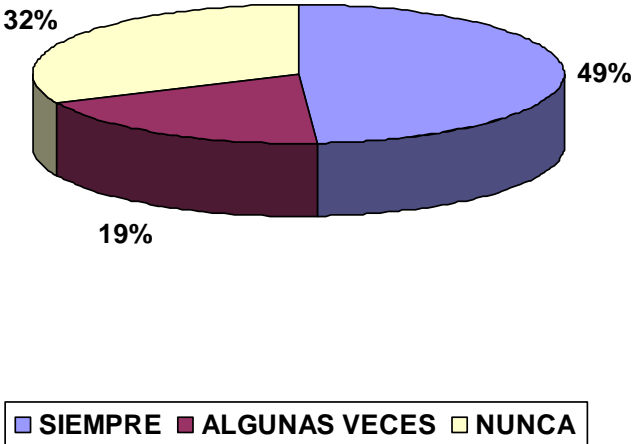
TABLA N° 1 REPRESENTACIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: REGIMEN DIETETICO

OPCIONES	FI	F%
SIEMPRE	40	49%
ALGUNAS VECES	15	19%
NUNCA	26	32%
TOTAL	81	100%

Fuente: Instrumento Aplicado.

En cuanto al régimen dietético que siguen los pacientes con tuberculosis que asisten al Distrito Sanitario N° 7 de la Urbina Caracas”, se pudo evidenciar que el 49% de los encuestados consumen alimentos con alto contenido en sal, grasas y procesados, sin embargo, existe un 32% que nunca los consumen y un 19% que algunas veces consumen dichos alimentos

GRÁFICO N° 1 REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: REGIMEN DIETETICO



Fuente: TABLA N° 1

TABLA N° 2 REPRESENTACIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: PATRON DE EJERCICIOS

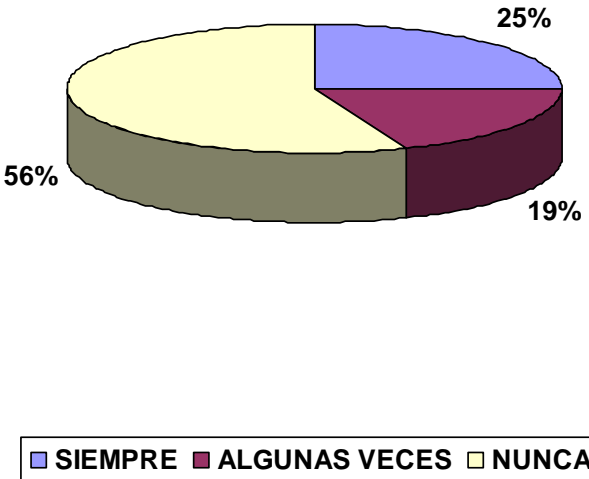
OPCIONES	FI	F%
SIEMPRE	20	25%
ALGUNAS VECES	15	19%
NUNCA	46	56%
TOTAL	81	100%

Fuente: Instrumento Aplicado.

En cuanto al patrón de ejercicios que practican los pacientes con tuberculosis que asisten al Distrito Sanitario N° 7 de la Urbina Caracas, se pudo observar que el 56% de los enfermos nunca practica caminatas ni otro tipo de ejercicio, mientras que existe un 25% siempre lo hace y un 19% lo hace algunas veces.

Como se puede observar los resultados muestran lo difícil que puede ser el control de la presión arterial elevada para estos enfermos, ya que no existe en la mayoría el cumplimiento de un patrón de ejercicios, en este sentido De Los Arcos, L (1998) explica que la práctica de un deporte o la realización programada de actividad física aeróbica, proporciona un acondicionamiento cardiorrespiratorio, permitiendo así, mantener un buen estado de salud

GRÁFICO N° 2 REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: PATRON DE EJERCICIOS



Fuente: TABLA N° 2

TABLA N° 3 REPRESENTACIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: CONTROL DEL ESTRÉS

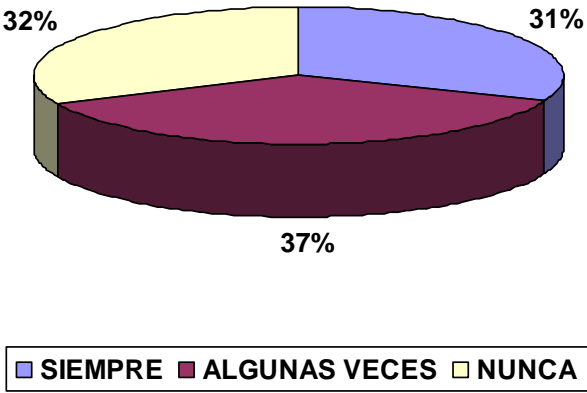
OPCIONES	FI	F%
SIEMPRE	25	31%
ALGUNAS VECES	30	37%
NUNCA	26	32%
TOTAL	81	100%

Fuente: Instrumento Aplicado.

En cuanto al control del stress de los pacientes con tuberculosis que asisten al Distrito Sanitario N° 7 de la Urbina Caracas”, se pudo evidenciar que el 37% de los pacientes algunas veces ponen en práctica actividades recreativas, duermen entre 6 y 8 horas diarias, entre otras, mientras que existe un 31% que siempre lo hace y un 32% nunca realiza ningún tipo de actividad para el control del estrés.

De Los Arcos, L (1998) señala que toda situación de stress induce modificaciones en la condición de salud, cuando se suman factores condicionantes, la salud se puede ver afectada o la capacidad de recuperación es menor.

GRÁFICO N° 3 REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: CONTROL DEL ESTRÉS



Fuente: TABLA N° 3

TABLA N° 4 REPRESENTACIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: CONSUMO DE CIGARRILLO

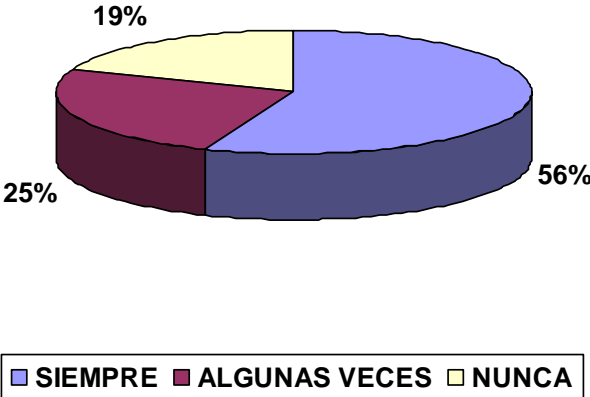
OPCIONES	FI	F%
SIEMPRE	45	56%
ALGUNAS VECES	20	25%
NUNCA	16	19%
TOTAL	81	100%

Fuente: Instrumento Aplicado.

En cuanto al consumo de cigarrillo, se pudo evidenciar que 56% de los pacientes consumen cigarrillos; mientras que existe un 25% que algunas veces lo hace y un 19% que nunca fuma.

Castelli, H (1992) refiere que la cantidad, el tipo de tabaco y el tiempo de consumo de cigarrillo, favorece la aparición de problemas respiratorios que puede agravar una patología existente como la tuberculosis pulmonar.

GRÁFICO N° 4 REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: CONSUMO DE CIGARRILLO



Fuente: TABLA N° 4

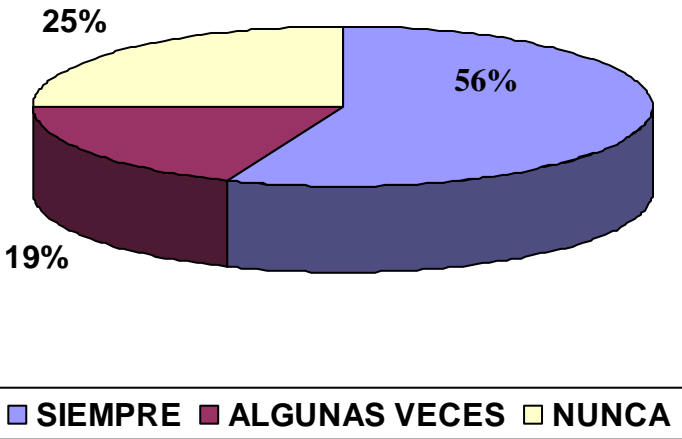
TABLA N° 5 REPRESENTACIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: CONSUMO DE ALCOHOL

OPCIONES	FI	F%
SIEMPRE	45	56%
ALGUNAS VECES	16	19%
NUNCA	20	25%
TOTAL	81	100%

Fuente: Instrumento Aplicado.

En cuanto al consumo de alcohol, se pudo evidenciar que 56% de los pacientes lo consumen; mientras que existe un 25% que nunca lo hace y un 19% que algunas veces bebe alcohol.

GRÁFICO N° 5 REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: ESTILOS DE VIDA EN SU INDICADOR: CUIDADOS DIARIOS Y SUBINDICADOR: CONSUMO DE ALCOHOL



Fuente: TABLA N° 5

TABLA N° 6 REPRESENTACIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: TRATAMIENTO EN SU INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE LA TERAPIA MEDICA Y SUBINDICADOR: AUTO ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

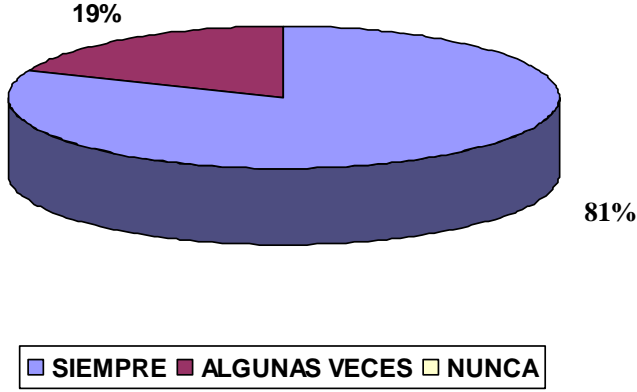
OPCIONES	FI	F%
SIEMPRE	65	81%
ALGUNAS VECES	16	19%
NUNCA	0	0%
TOTAL	81	100%

Fuente: Instrumento Aplicado.

En cuanto al cumplimiento de los medicamentos en el horario indicado, por parte de los pacientes, se pudo observar que el 81% de los enfermos siempre lo hace, solo el 19% de los ellos algunas veces se auto administran los medicamentos dentro del horario indicado.

En este sentido Castelli, H (1992) explica que el cumplimiento de la terapia es fundamental en el control de la tuberculosis pulmonar, acompañado de los cambios en el estilo de vida que incluye el cumplimiento del régimen dietético, control del stress, disminución del consumo de alcohol y cigarrillo.

GRÁFICO N° 6 REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: TRATAMIENTO EN SU INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE LA TERAPIA MEDICA Y SUBINDICADOR: AUTO ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS



Fuente: TABLA N° 6

TABLA N° 7 REPRESENTACIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: TRATAMIENTO EN SU INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE LA TERAPIA MEDICA Y SUBINDICADOR: CONTROL MEDICO PERIODICO

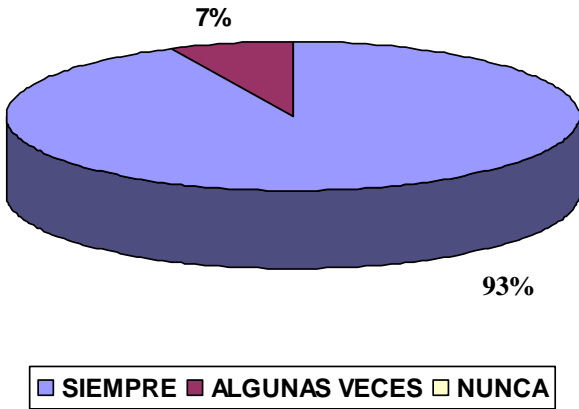
OPCIONES	FI	F%
SIEMPRE	75	93%
ALGUNAS VECES	6	7%
NUNCA	0	0%
TOTAL	81	100%

Fuente: Instrumento Aplicado.

En cuanto al cumplimiento del control médico periódico por parte de los pacientes, se pudo observar que el 93% de los enfermos siempre lo hace, solo el 7% de los ellos algunas veces asisten de forma periódica al control con el médico.

En este sentido Castelli, H (1992) explica que el control médico permanente permite al enfermo mantener control de la tuberculosis pulmonar, logrando su recuperación e incorporación a las actividades de vida diaria.

GRÁFICO N° 7 REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL CONSOLIDADO DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES REFERIDAS A LA DIMENSIÓN: TRATAMIENTO EN SU INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE LA TERAPIA MEDICA Y SUBINDICADOR: CONTROL MEDICO PERIODICO



Fuente: TABLA N° 7

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el siguiente capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones derivadas del análisis e interpretación de los resultados y objetivos planteados en el estudio.

Conclusiones

➤ **En relación con el Estilo de Vida:**

- El 49% de los pacientes siempre consumen alimentos ricos en sal, grasos y procesados de poca carga proteica, sin embargo existe un porcentaje importante (32%) que nunca lo hace.
- Un porcentaje importante (56%) de los pacientes nunca practican ningún deporte, como actividad de auto cuidado.
- Un porcentaje representativo de pacientes (37%) se ubica en la categoría algunas veces con relación a la ejecución de actividades para el control de stress, mientras que un 32% nunca realiza dichas actividades.
- Con respecto al consumo de cigarrillo y alcohol el 56% de los enfermos entra en la categoría de los que siempre lo hacen

➤ **En relación con el Tratamiento:**

- Existe un porcentaje representativo de pacientes con tuberculosis pulmonar (81%) que se ubica en la categoría siempre, quienes se auto administran sus medicamentos según la indicación, siendo el porcentaje menos significativo para aquellos que lo hacen algunas veces (19%).
- Un porcentaje considerable de pacientes (93%) siempre asisten a sus controles médicos periódicos.

Recomendaciones

Con base en los resultados y las conclusiones obtenidas se formulan las siguientes recomendaciones:

- Informar a las Autoridades del Distrito Sanitario N° 7 los resultados de la investigación.
- Informar a las enfermeras (os) del Distrito Sanitario N° 7 los resultados de la investigación, con el fin de poner los correctivos necesarios referidos a la motivación del paciente con Tuberculosis Pulmonar a que ponga en práctica las medidas necesarias que permitan su autocuidado enmarcados dentro del contexto del estilo de vida y el cumplimiento de la terapéutica.
- Diseñar y poner en práctica programas de educación para la salud dirigidos a los enfermos con

tuberculosis pulmonar que permita la motivación de una conducta de auto cuidado.

- Sugerir a la gerencia de enfermería la realización de talleres vivenciales dirigidos a los enfermos con tuberculosis pulmonar que permita proporcionar herramientas para promover el cambio en el estilo de vida.
- Considerar a la familia de los enfermos con tuberculosis como un sistema dinámico de apoyo para promover una conducta de auto cuidado en el paciente.
- Realizar un estudio a profundidad para detectar los factores que interfieren en la práctica del auto cuidado de los pacientes con tuberculosis pulmonar.
- Replicar este estudio en otros centros de salud con enfermos con tuberculosis pulmonar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- APARICIO, R (2008) **Salud Publica y Enfermería Comunitaria**. 2da edición, Volumen II, Editorial Mc Graw-Hill Interamericana.
- CANALES, F; ALAVARADO, E; PINEDA, E (1998) **Metodología de la Investigación**. México, Editorial Limusa.
- CASTAÑEDA, M (2006) **Factores sociales de riesgo para la de cumplimiento terapéuticos en pacientes con tuberculosis en el Distrito Sanitario N° 1 Caracas**. Trabajo Especial de Grado. UCV facultad de Medicina. Escuela de Enfermería.
- CASTELI, H (1992) **Terapéutica Médica**. Ediciones Salvat 7^a Edición México D.F
- COLMENARES, R; PANTOJA, M; PEREZ, M (1999) **Metodología de la Investigación**. Editorial Mediterráneo, México D.F 1^a Edición.
- DE LOS ARCOS, L (1998) **Prevención y Control de los factores de riesgo para la TBC**. Revista ILADIBA. Volumen 5 N° 7. Caracas, Venezuela.
- DUGAS, B (2003) **Tratado de Enfermería Práctica**. 4ta edición. Nueva Editorial Interamericana, México. D.F
- FARGA, (2005) **Tuberculosis** Editorial mediterráneo. México. D.F 1ra edición.
- FERNANDEZ, M (2005) **Asistencia de enfermería en jóvenes con déficit en su Auto Cuidado**. Trabajo Grado. Universidad Federal de Paraíba. Brasil
- FERNANDEZ, R; FERNANDEZ, C; BAPTISTA, L (2003) **Metodología de la Investigación**. Editorial Interamericana. 3ra edición México D.F.
- GUILARTE, A (2005) **Manual práctico sobre la Tuberculosis**. Primera edición. Editorial Cuba. Bogotá. Colombia.

- HERNANDEZ, S (2003) **Metodología de la Investigación**. Editorial Interamericana. 3ra edición México D.F.
- MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
NORMATIVAS. (2007) **Programa Nacional de
Tuberculosis**. Caracas Venezuela.
- NORMAS DE PROGRAMA NACIONAL INTEGRADO DEL
CONTROL DE LA TUBERCULOSIS (2005)
- NUNES, A (2005) **Motivación del paciente diabético para el
ejercicio de medidas de Auto Cuidados**. República
federal de Brasil. Sistema de información latinoamericana
LILACS.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2006) **Tuberculosis
síntomas y signos**. Informe anual. Ginebra. Suiza
- PROGRAMA NACIONAL INTEGRADO DEL CONTROL DE LA
TUBERCULOSIS. (2001-2006) Caracas Venezuela
- RODRIGUEZ, R (2006) **Tuberculosis: Un problema de salud en
expansión**. 4ta edición. Limusa México.
- SANCHEZ, M (2008) **Enfermería Comunitaria**. 2da edición,
volumen II, Editorial Mc Graw-Hill Interamericana.
- TAMAYO y TAMAYO, (2003) **El proceso de la investigación
Científica**. 4^a edición. Limusa México.

ANEXO A
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Guía de entrevista aplicada a los pacientes objeto de estudio.

Presentación

El presente instrumento de recolección de datos es un formulario y está dirigido a recoger datos referentes a la práctica de auto cuidado presente en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar.

La información aquí recogida solo se usará con fines docentes y de investigación.

Tutor:
Prof. Benito Guerrero

Autoras:
Amin Dalila
C.I: 18.554.027
Herrera Alexa
C.I: 10.468.022

Noviembre 2010

Instrucciones:

- Lea detenidamente cada una de las interrogantes que se le plantea a continuación.
- Plantee al entrevistado la interrogante con sus respectivas alternativas (hágalo de forma lenta y clara) repita la interrogante de ser necesario.
- Marque con una (x) el recuadro correspondiente a la respuesta que fue emitida por el entrevistado para cada una de las preguntas, para lo cual S corresponde a siempre, AV algunas veces y N nunca.
- Una vez formulada la entrevista exprese las gracias al entrevistado por su colaboración.

Usted en el quehacer diario y en relación a su problema de Tuberculosis realiza las siguientes actividades	S	AV	N
1.- Consume alimentos con altos contenidos de sales como los enlatados.			
2.- Consume alimentos con altos contenidos de grasas como cochino frito y otras frituras			
3.- Consume alimentos procesados como jamones, mortadelas, carnes en conserva.			
4.- Camina diariamente por espacio de una hora			
5.- Realiza ejercicios diariamente por espacio de una hora			
6.- Realiza actividades recreativas tales como ir al parque.			
7.- Descansa durante la noche por espacio de 6-8 horas continuas			
8.- Busca realizar actividades que lo mantengan tranquilo tales como la lectura, oír música.			
9.- Consume cigarrillos			
10.- Ingiere alcohol			
11.- Cumple diariamente con su tratamiento indicado por su médico			
12.- Consume su medicamento de acuerdo a los horarios indicados.			
13.- Se realiza los exámenes según la indicación de su médico tratante			
14.- Asiste de forma periódica al control médico de acuerdo a las citas dadas.			