



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



**PROGRAMA DE AUTOCUIDADO DIRIGIDO A LOS PACIENTES CON  
TUBERCULOSIS PULMONAR QUE ACUDEN AL ÁREA DE  
NEUMONOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DR. “MANUEL NÚÑEZ TOVAR” DE MATURÍN  
ESTADO MONAGAS**

(Proyecto de Investigación como Requisito Parcial para optar  
al Título de Licenciado en Enfermería)

**Autores:**

Chacón, Celia

C.I. 4.626.193

Granado, María

C.I. 13.054.021

Marcano, Yusnelys

C.I. 10.305.684

**Tutor:**

**Prof. Fidel Santos León**

**Maturín, Marzo 2.006**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi carácter de tutor del Trabajo Especial de Grado Titulado Programa de Autocuidado Dirigido a los Pacientes con Tuberculosis Pulmonar que Acuden al Área de Neumonología del Hospital Universitario Dr. “Manuel Núñez Tovar” de Maturín Estado Monagas, presentado por las Bachilleres Chacón Celia C.I. 4.626.193, Granado María C.I. 13.054.021, Marcano Yusnelys C.I. 10.305.684; para optar al título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA, considero que dicho trabajo reúne los requisitos para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 2.006.

---

**Prof. FIDEL SANTOS LEÓN**  
**C.I. 5.543.863**

## **DEDICATORIA**

- A Dios Todopoderoso, por haberme dado la fortaleza y salud, permitiéndome alcanzar con éxito la realización de este trabajo especial de grado.
- A mis padres Pedro y Carmen por haberme dado el ser, y por sus consejos que siempre fueron oportunos para seguir adelante.
- A mi esposo Pedro, quien con su profundo amor y comprensión supo apoyarme en todo momento compartiendo esta experiencia.
- A mis hijos Yuliangelys y Luis Gustavo por estar en mi vida, para ellos deseo lo mejor del mundo.
- Al Dr. Eduardo Montaña, Dra. Iraida Arias de Rodríguez, Prof. Ines Silva, Prof. Carmen de Amarista por dedicarnos parte de su tiempo.
- Al Prof. Fidel Santos León que nos sirvió de guía en el inicio del trabajo y culminación del mismo, estamos muy agradecidos de usted.

Marcano Yusnelys

## **DEDICATORIA**

- A Dios Todopoderoso: fuente de energía y de inspiración en mi vida, gracias por guiar mis pasos y acompañarme en cada momento, permite que este logro sea para servirte.
- A mi madre: por ser mi amiga, la mano que me levanta y el hombro que me acoge, sin tu apoyo no hubiese sido posible alcanzar esta meta, este triunfo es para ti.
- A mi hijo por brindarme la sonrisa más linda que Dios me ha regalado, la cual es motivo de inspiración.
- A mis hermanos: gracias por estar siempre allí, cuando más lo necesito.

Granado, María

## **DEDICATORIA**

- Le agradezco a Dios por haberme dado la luz.
- A mi madre por conservarme, por su guía incondicional.
- Alfredo Hernández (Esposo) por apoyo moral.
- Juan Chacón (In memoria) quien fue hermano y padre a la vez por acompañarme en mis primeros pasos como enfermera.
- A mis hijos Juan Carlos, Geomar y Josmar por su apoyo.
- A mis hermanas Ana y María.

Chacón, Celia

## **AGRADECIMIENTO**

- A Dios por ser un ser supremo.
- A la Universidad Central de Venezuela que me permitió formarme en su seno.
- A mis profesores: Fidel Santos León (tutor), Ines Silva, Carmen Amarista, por haber contribuido en mi formación profesional. A cada uno de ustedes, mil gracias.
- Al personal del Hospital Universitario Dr. Manuel Núñez Tovar, por la colaboración prestada. Especialmente a la Unidad de Neumonología y a su personal.
- A todos mis compañeros y en especial a Otti Moreno que con su empeño y perseverancia lidero este grupo y permitió vivir esta linda experiencia les deseamos muchos éxitos.

Las Autoras

## ÍNDICE GENERAL

	<b>Pág.</b>
<b>APROBACIÓN DEL TUTOR</b> .....	ii
<b>DEDICATORIA</b> .....	iii
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	vi
<b>ÍNDICE GENERAL</b> .....	vii
<b>LISTA DE CUADROS</b> .....	ix
<b>LISTA DE GRÁFICOS</b> .....	x
<b>RESUMEN</b> .....	xi
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>CAPÍTULO I. EL PROBLEMA</b>	
Planteamiento del Problema.....	3
Objetivos de la Investigación:.....	
Objetivo General.....	6
Objetivos Específicos.....	6
Justificación.....	7
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO</b>	
Antecedentes de la Investigación.....	9
Bases Teóricas.....	
La Tuberculosis.....	13
Patogénesis de la Tuberculosis.....	15
Fisiopatología de la Tuberculosis.....	18
Síntomas y Signos de la Tuberculosis.....	19
Manifestaciones Clínicas de la Tuberculosis.....	20
Forma de Contagio de la Tuberculosis Pulmonar.....	23
Terapéutica o Tratamiento indicado para la Tuberculosis Pulmonar.....	25
Consideraciones sobre la Tuberculosis.....	26
Complicaciones de la Tuberculosis.....	28
Actitudes Hacia la Tuberculosis.....	29
Medidas para Prevenir el Contagio.....	29
Niveles de Prevención de la Tuberculosis.....	32
La Enfermería Como Sub-sistema del Sistema de Salud.....	35
Actividades del Personal de Enfermería.....	38
Modelo de Dorotea Orem.....	39
Sistema de Variables.....	42
Operacionalización de las Variables.....	42
<b>CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO</b>	
Diseño de la Investigación.....	44

Tipo de Estudio.....	45
Población y Muestra.....	46
Técnica e Instrumento de Recolección de Datos.....	47
Procedimiento para la Recolección de Información.....	48
Procedimiento para la Validez y Confiabilidad del Instrumento.....	49
Cálculo de Confiabilidad por KR-21.....	50
 <b>CAPÍTULO IV. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN.</b>	
Análisis e Interpretación de los Resultados.....	53
 <b>CAPÍTULO V. PROPUESTA EDUCATIVA.</b>	
Introducción.....	66
Beneficio del Programa Educativo de Auto-cuidado.....	67
Funciones del Programa.....	71
Aspectos que Debe Cumplir un Programa de Auto-cuidado.....	71
Unidad I. Condiciones de la Vivienda.....	72
Unidad II. Higiene Personal.....	73
Unidad III. Hábitos Viciosos.....	74
Unidad IV. Actividad Física y Alimentación Balanceada.....	75
Unidad V. Control Médico.....	76
Bibliografías.....	78
 <b>CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.</b>	
Conclusiones.....	79
Recomendaciones.....	80
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>85</b>



## LISTA DE CUADROS

Nº		Pág.
1	Frecuencia porcentual de las respuestas emitidas por los usuarios de la unidad de Neumonología del Hospital Dr. “Manuel Núñez Tovar” referido al Autocuidado de Tuberculosis Pulmonar en su Indicador Higiene Ambiental.....	52
2	Frecuencia porcentual de las respuestas emitidas por los usuarios de la unidad de Neumonología del Hospital Dr. “Manuel Núñez Tovar” referido al Autocuidado de Tuberculosis Pulmonar en su Indicador Higiene Personal.....	55
3	Frecuencia porcentual de las respuestas emitidas por los usuarios de la unidad de Neumonología del Hospital Dr. “Manuel Núñez Tovar” referido al Autocuidado de Tuberculosis Pulmonar en su Indicador Hábitos Viciosos.....	58
4	Frecuencia porcentual de las respuestas emitidas por los usuarios de la unidad de Neumonología del Hospital Dr. “Manuel Núñez Tovar” referido al Autocuidado de Tuberculosis Pulmonar en su Indicador Alimentación Balanceada.....	60
5	Frecuencia porcentual de las respuestas emitidas por los usuarios de la unidad de Neumonología del Hospital Dr. “Manuel Núñez Tovar” referido al Autocuidado de Tuberculosis Pulmonar en su Indicador Control Médico.....	62

## LISTA DE GRÁFICOS

Nº		Pág.
1	Frecuencia porcentual de las respuestas emitidas por los usuarios de la unidad de Neumonología del Hospital Dr. “Manuel Núñez Tovar” referido al Autocuidado de Tuberculosis Pulmonar en su Indicador Higiene Ambiental.....	53
2	Frecuencia porcentual de las respuestas emitidas por los usuarios de la unidad de Neumonología del Hospital Dr. “Manuel Núñez Tovar” referido al Autocuidado de Tuberculosis Pulmonar en su Indicador Higiene Personal.....	56
3	Frecuencia porcentual de las respuestas emitidas por los usuarios de la unidad de Neumonología del Hospital Dr. “Manuel Núñez Tovar” referido al Autocuidado de Tuberculosis Pulmonar en su Indicador Hábitos Viciosos.....	58
4	Frecuencia porcentual de las respuestas emitidas por los usuarios de la unidad de Neumonología del Hospital Dr. “Manuel Núñez Tovar” referido al Autocuidado de Tuberculosis Pulmonar en su Indicador Alimentación Balanceada.....	61
5	Frecuencia porcentual de las respuestas emitidas por los usuarios de la unidad de Neumonología del Hospital Dr. “Manuel Núñez Tovar” referido al Autocuidado de Tuberculosis Pulmonar en su Indicador Control Médico.....	63



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



**Programa de Autocuidado Dirigido a los Pacientes con Tuberculosis Pulmonar que Acuden al Área de Neumonología del Hospital Dr. “Manuel Núñez Tovar” de Maturín Estado Monagas.**

**Autoras:**

Chacón, Celia

Granado, María

Marcano, Yusnelys

**Tutor:**

Prof. Fidel Santos León

**Año:** 2006

**RESUMEN**

La finalidad de esta investigación fue realizar un programa de Autocuidado a pacientes con tuberculosis pulmonar, el estudio es de tipo no experimental siendo la población en estudio sesenta (60) pacientes con tratamiento en la Unidad Neumonológica del Hospital Dr. Manuel Núñez Tovar de Maturín, Estado Monagas. Esta investigación se fundamentó teóricamente a través de bibliografías, entrevistas directas con los pacientes, sirviendo de base para la realización del trabajo especial de grado. El instrumento utilizado para la recolección de los datos en el diagnóstico fue un cuestionario con alternativas dicotómicas con 19 ítems. Los datos fueron actualizados mediante estadísticas descriptivas en términos porcentuales. El análisis se relaciona con los planteamientos teóricos. Los resultados obtenidos permiten concluir que el grado de conocimiento o la poca información aunado a los factores culturales del medio influye en la propagación de la enfermedad, lo cual justifica el programa de Autocuidado que contribuya a disminuir la propagación de la enfermedad (tuberculosis).

## INTRODUCCIÓN

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. Supone auténticos problemas de salud pública, tanto a nivel nacional como mundial, por lo que quizá merezca la pena detenerse a analizar su situación epidemiológica actual, tan importante para comprender correctamente esta enfermedad en su globalidad.

La tuberculosis es transmitida de persona a persona principalmente por vía respiratoria, a través de las gotitas de Pflüge (saliva). Los bacilos tuberculosos forman los núcleos de estas pequeñas gotitas, lo suficientemente pequeñas como para evaporarse, y permanecer suspendidas en el aire varias horas.

La prevención de la infección y de la enfermedad, y su tratamiento efectivo, son los factores más importantes para su control a largo término, y para esto, es necesario un mejor conocimiento de los mecanismos inmunopatológicos involucrados en su patogenia.

Lo expuesto ha motivado la realización de este trabajo, el cual tiene como intención, desarrollar un programa de autocuidado a pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al área de Neumonología del Hospital Universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar” de Maturín, Estado Monagas.

El trabajo lo conforman Cinco capítulos. El primero, denominado El Problema, describe su planteamiento, los objetivos de la investigación y la justificación. El segundo, El Diseño Teórico, contiene los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, sistema de variables y su operacionalización.

El tercero, plasma el diseño Metodológico, formado por: Diseño de la investigación, su tipo de estudio, población, muestra y técnica e instrumento de recolección de datos.

El cuarto capítulo contiene los resultados de la investigación, presentación de resultados y análisis e interpretación de resultados. El capítulo quinto contempla el programa educativo de autocuidado. En el sexto capítulo se presenta las conclusiones y recomendaciones y finalmente se presentan las referencias bibliográficas y anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **Planteamiento del Problema.**

En los últimos años la tuberculosis pulmonar ha sido uno de los mayores problemas de salud a escala mundial, pues una tercera parte de la población está infectada con ella. Esta enfermedad, de acuerdo a lo señalado en las Cartas Neumonológicas (2000) está catalogada como una infección bacteriana crónica causada por *Mycobacterium tuberculosis* que se caracteriza por la formación de granulomas en tejidos infectados y una hipersensibilidad florida mediada por células. Generalmente se localiza en los pulmones, aunque puede afectar otros órganos, y ausencia de un tratamiento eficaz con una evolución es crónica y debilitante provocando la muerte.

En este orden de idea, la Organización Mundial de la Salud (OMS), citado por García, M. (2001), aseveró, que: “La tuberculosis es una de las cinco pandemias que ocasiona la mayor carga de enfermedad y que ocupa para el año 2002, el octavo lugar como causa de muerte en la edad adulta”. Diferentes estudios han encontrado que la reactivación representa una proporción importante de casos tanto en países industrializados como desarrollados.

Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en comunicado de prensa (1999), indica que estos casos se han ido incrementando, debido a las nuevas incertidumbres económicas, los daños sociales, los desastres naturales recién ocurridos y la epidemia de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, así como el fracaso para controlar la propagación de Tuberculosis Pulmonar en forma consistente. Por esto, son amenazas incipientes.

La misma fuente, sostiene que en América más de 400.000 personas padecen de tuberculosis cada año, y un tercio de ellas no son notificadas. Reporta que, 136.000 personas por días mueren por su causa. Esta amenaza de salud publicada no ha disminuido (p.23/3).

Lo expuesto evidencia que esta epidemia continua aumentando cada año, en forma considerable corriendo el riesgo de que la enfermedad pase de una fase latente a una fase activa, pues este virus debilita considerablemente el sistema inmunológico.

España, M (2003) de la sección de epidemiología afirma que en Venezuela, al igual que muchos países de América Latina, el deterioro de las condiciones socio-económicas ha favorecido el incremento y extensión de factores de riesgo relacionados con la transmisión, enfermedades y muertes por tuberculosis. Continuamente están apareciendo enfermos contagiados, elevando la tasa de incidencia que hasta el año 1981, registraba un descenso marcado aproximadamente de 4% interanual.

Para 1998, la incidencia notificada alcanzaba el 25,5 por cien mil habitantes, existiendo variabilidad en este indicador dentro de las entidades federales. Las más elevadas correspondían a los estados con importante población indígena y rural. Tal como lo señala España, M. (2003) de la Sección de Epidemiología, la dispersión de los tres primeros estados es como sigue: Amazonas, 60,1%; Delta Amacuro, 54,6%; Portuguesa, 49,7%; donde el porcentaje de pobreza crítica es elevado, aunado a los factores de tipo cultural que hacen difícil la búsqueda de casos y seguimiento de los tratamientos. Seguidos de las entidades que poseen centro con desarrollo urbano industrial, (Distrito Federal 40,2%, Zulia 24,7%, Miranda 22,8%), donde se han generado una desproporción entre los servicios públicos disponibles y la demanda existente, como producto de las migraciones en busca de una mejor calidad de vida,

capacidad resolutive de los servicios de salud, falta de equipos necesarios y debilidad de la red bacteriológica de tuberculosis.

Sobre el particular, Fernández (2002), reseña que en los primeros meses de ese año, se habían diagnosticado más enfermos de lo que se esperaba. Para el segundo trimestre del mismo año se registraron 610 casos, cien más que el año 2000, y para finales del último trimestre del 2001, se estimaba un incremento mayor. En este sentido afirma: “La preocupación que se tiene, es que la tuberculosis es una enfermedad de la pobreza, y otro de los factores que influye, es el consumo de las drogas”.

La realidad expuesta no escapa al Estado Monagas, específicamente en el Área de Neumonología del Hospital Universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar” de Maturín, estado Monagas, donde para el año 2002, según el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, El Estado ocupó el quinto lugar en incidencia, registrándose 150 casos nuevos de tuberculosis pulmonar, con una tasa de 88,2% en relación con años anteriores; acotando que la cifra expresada son sub-registro como consecuencia del conflicto médico debido a los problemas políticos que tenía el país para ese año y por tal motivo la caída del programa del control de esta enfermedad.

La misma fuente, indica que el grupo de edades más afectado corresponde a personas mayores de 24 años, en su mayoría población indígena, como consecuencias de las condiciones de vida de pobreza crítica, hacinamiento, falta de educación y su condición de emigrantes frecuente.

Dada esta situación, en atención a la responsabilidad de la gestión de enfermería, entre las que se destaca: de transmitir educación y orientación sobre los aspectos relevantes a la salud, se hace necesario realizar un estudio diagnóstico relacionado con el autocuidado dirigido a pacientes con tuberculosis pulmonar que



acuden al área de Neumonología del hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar”, a efecto de minimizar y evitar la propagación de este bacilo. En este orden de ideas, es oportuno responder a las siguientes interrogantes: ¿Qué medidas de prevención realizan los pacientes con Tuberculosis Pulmonar?

De ser afirmativo lo anterior, ¿Están participando los pacientes de este centro afectados con este bacilo, en algún programa preventivo?

¿En el Área de Neumonología del Hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar” se ha implementado algún programa educativo para la salud, relacionado con el autocuidado tuberculosis pulmonar?

### **Objetivos de la Investigación.**

#### **Objetivo General.**

Desarrollar un programa de autocuidado dirigido a los pacientes, con Tuberculosis Pulmonar que acuden al área de Neumonología, del Hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar” de Maturín, Estado Monagas Año 2005.

#### **Objetivos Específicos.**

1. Determinar las acciones de autocuidado que realizan los pacientes con Tuberculosis Pulmonar antes de aplicar el programa.
2. Diseñar un programa de autocuidado relacionado con la Tuberculosis Pulmonar.
3. Aplicar el programa de autocuidado diseñado a los pacientes, que acuden al Área de Neumonología del hospital en estudio, a efecto de minimizar y evitar la propagación de la tuberculosis pulmonar.
4. Determinar las acciones de autocuidado después de aplicar el programa.

## **Justificación.**

La tuberculosis continua siendo un importante problema de salud pública en todo el mundo, según lo sostiene la Organización Mundial de la Salud. Se admite que de cada 20 contactos infectados, dos de ellos la tendrán y uno será bacilífero, cerrando así la cadena epidemiológica de transmisión de la misma. Hasta un 30% de los enfermos, reconoce haber estado en contacto con un caso activo en los años previos, sin que se haya realizado ninguna recomendación o estudio en ello; todas las personas del entorno de un paciente tuberculoso bacilífero pueden potencialmente contagiarse, ya que el riesgo de infección depende de factores como la proximidad con el enfermo y su estado bacteriológico.

Desarrollar un programa de autocuidado de la salud relacionado con la tuberculosis pulmonar en el Área de Neumonología del Hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar” de Maturín, Estado Monagas, se justifica ya que el riesgo de transmisión requiere casi siempre la presencia sostenida de un paciente contagiante, y dado a que esta enfermedad es de transmisión predominantemente aérea, existen grandes probabilidades de incrementar su propagación, toda vez que como centro de asistencia pública, es muy frecuentado por personas afectadas con problemas respiratorio propensa a recibir cualquier tipo de contagio. Lo que favorecería a la población enferma porque le permitiría convivir dentro de su entorno evitando contagiarlos, a sus familiares, trabajadores de área en estudio y a otros enfermos que visitan ese centro por razones obvias.

El programa también permitirá que el Hospital en estudio pueda contar con un programa de autocuidado y control en tan delicada enfermedad, que coadyuvaría a minimizar las cifras reflejadas en las estadísticas registradas en el Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Sus aportes teóricos representarían un soporte fundamental que le

elevará la calidad profesional de los egresados de la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela, especialmente a las autoras de esta investigación.

La investigación aportará datos científicos y actualizados, que suplirá la carencia de trabajos sobre el particular, y dará pie a futuros trabajos que profundicen sobre los aspectos abordados; sobre todo en el aspecto metodológico ya que las técnicas de investigación a aplicar, estarán enfocada dentro de una dinámica de interacción entre los investigadores y la población objeto de estudio.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **Antecedentes de la Investigación.**

A nivel local existen muy pocos trabajos referente al problema descrito, se realizaron visitas al: Instituto Pedagógico de Maturín (IPM), a la Universidad de Oriente, Universidad Simón Rodríguez, Mejoramiento Profesional del Magisterio y solo se encontró el material instruccional como: Prensa, trípticos, trabajos especiales de grado, revistas.

En el hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar” existe un Programa Integrado de Control de la Tuberculosis; el mismo reporta los casos registrados de esta enfermedad, señalando los datos del paciente, la fecha del último chequeo médico, la evolución de la enfermedad, las indicaciones y el tratamiento a seguir.

Martínez, L. (2000) escribió un artículo el 22 de Julio en el diario La Prensa de Maturín Estado Monagas titulado “La pobreza influye en repunte de la tuberculosis” en el mismo señala que el aumento de la pobreza y las precarias condiciones de vida de gran parte de la población son las causas principales del leve aumento, que mostró el número de casos de tuberculosis.

Se aprecia en la cita que la tuberculosis surge mayormente en los sectores pobres de la región, esto no se debe, por el nivel socioeconómico de estos ciudadanos, sino que al ser estas personas sumamente humildes carecen de recursos para acudir a un Centro de Salud, además muchos de estos no están orientados sobre lo que representa esta enfermedad a corto o largo plazo, por ende no se debe pensar que esta es una enfermedad de tipo clasista porque esta ataca tanto a ricos como a pobres, solo que estos últimos se observa con un mayor índice, por la carencia de ciudadanos y el

abandono en que viven, muchos son personas que nunca han acudido a un Centro de Salud y que habitan en la calle, indigentes que duermen en una acera, entre otros.

Jerez, M.T (2000) redactó un artículo el seis de Mayo en el Diario el oriental de Maturín Estado Monagas donde destaca que: “los casos por desnutrición son alarmantes” asevera que diariamente ingresan al Hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar” entre dos y cuatro casos agravados, según los especialistas médicos; además afirma que los casos por desnutrición son constantes y manifestó su preocupación por la mala forma como se alimenta gran parte de la población del Estado.

De acuerdo a lo que plantea el autor, cada día se incrementan los casos por desnutrición, ya que gran parte de la población no cumplen rigurosamente con una alimentación balanceada, factor predisponente para contraer cualquier patología especialmente la tuberculosis pulmonar que es un gran problema de salud pública.

La nutrición es alterada por varias razones en la tuberculosis pulmonar, pero normalmente esta alteración esta asociada con la fatiga a la frecuente tos, anorexia, falta de recursos financieros o condiciones sociales. La alteración nutricional es evidente ya que la mayoría de pacientes con esta patología tienen un peso corporal 10 a 20% menor que el peso ideal, además esta comprobado que disminuyen su apetito, tienen el sentido del gusto alterado y debilidad muscular.

Para el año 2003, la Asociación contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias Crónicas (ATERC), Seccional Monagas, distribuyó un folleto contentivo de la estadística donde resaltaban los nuevos casos de tuberculosis por año; además se pedía la colaboración a la colectividad para enviar ayuda a los enfermos que padecían la enfermedad.

Estas referencias son de suma importancia para el estudio ya que aportan valiosas informaciones teóricas, las cuales sirven de antecedentes en la investigación y de esta manera tenerlas presente como marco referencial, por cuanto una de las herramientas fundamentales en el autocuidado de la tuberculosis pulmonar, es la educación para la salud, cuyos programas deben ser desarrollados en la red de atención primaria.

Dimas, M. Hernández, C. Ruiz, O, Santos L, F. (2.003), realizaron un trabajo titulado factores socio cultural del indígena panare y su incidencia en la tuberculosis pulmonar en la comunidad perro de agua municipio Cedeño del Estado Bolívar.

Los resultados obtenidos permiten concluir el grado de desconocimiento o poca información sobre la tuberculosis pulmonar, unido a estos factores socioculturales del indígena panare, lo cual influye directamente en la incidencia de la misma planteándose diversas recomendaciones para evitar la propagación, de esta enfermedad.

Lo que se expresa en esta cita es la falta de orientación que ha incrementado la diseminación de la tuberculosis pulmonar en el país, es por ello que se requiere la colaboración de la enfermera comunitaria como miembro del sector salud, acudir a las poblaciones indígenas para verificar si los habitantes de estas comunidades conocen lo que es la tuberculosis pulmonar y los cuidados que esta enfermedad requiere, y otorgar recomendaciones para controlar y disminuir el alto índice en el país.

Otros investigadores son:

Montiel C, Pérez A, Valera (2003) realizaron un estudio titulado programa educativo de la enfermera de atención comunitaria sobre la prevención de la tuberculosis pulmonar dirigido a los usuarios del Etnia Wayúu.

Los resultados de este estudio, señalan que los pacientes objeto de estudio alcanzaron un nivel medio porcentual de conocimiento de 88.3% respecto a la variable, luego de realizado el taller en relación al conocimiento identificado en pre test de 34%.

Los autores de la cita anterior manifiestan que antes de aplicar el programa de información, gran parte de los pacientes de la etnia Wayúu desconocían lo que era esta enfermedad, por lo cual no tomaban ningún tipo de medidas de prevención y basados a sus costumbres y formas de vida esto los perjudicaban, por ende la enfermedad en esta población iba en aumento, es por ello que se requiere una mayor información a los miembros de la sociedad en general, porque el conocimiento es el pilar fundamental para el autocuidado y la pronta recuperación de los pacientes, quienes colaboraran con el personal de enfermería cumpliendo con su tratamiento y acudiendo a la consulta, por lo que tomaran cuidados básicos necesarios para evitar la propagación de la enfermedad.

El autocuidado es el que aplicara el paciente y es necesario para la recuperación del mismo, por lo que este cuidará estando en su hogar. Trabajo, escuela y otros sitios que frecuente, es decir, el paciente se cuidará cuando la enfermera no esté con él, ya que esta mantiene un contacto directo con el mismo solo cuando esté acuda a la consulta.

Rojas L, Silva F. (2002) factores de riesgo que inciden en el reingreso de enfermos con diagnostico de tuberculosis pulmonar al servicio de neumotisiología del Hospital Dr. Julio Rodríguez. Cumaná Estado Sucre.

Determinaron que el desempleo, insatisfacción de necesidades básicas, abandono de tratamiento, por desconocimiento de las consecuencias, el hacinamiento, hábitos no acorde con su enfermedad, son los factores socioeconómicos que más influyen en la reinfección de la tuberculosis pulmonar, también que las acciones educativas desarrolladas por el personal de enfermería no cumplen con las expectativas esperadas, por lo tanto se recomienda que desarrollen actividades de educación para la salud al individuo, familia y comunidad, las instituciones competentes deben darle importancia a las acciones preventivas.

Lo planteado en esta cita señala como la falta de cuidados, el abandono repercute en la reinfección de la tuberculosis pulmonar, por lo que se debe educar, orientar a los pacientes que padecen esta enfermedad sobre los cuidados que requieren durante y después de dicha patología, por lo que puedan quedar recidivas de la misma.

### **Bases Teóricas.**

#### **La Tuberculosis.**

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa granulomatosa crónica, producida por un bacilo acidorresistente (*Mycobacterium tuberculosis*), que ha existido desde tiempo inmemorables. Thomas, D. (1998) citado por Harrison, Bracinwald, Isselbacher, Petersdorf, Martín y Fauci (1991), la define como “infección bacteriana causada por *Mycobacterium tuberculosis*, caracterizada por formación de granulomas en tejidos infectados” (p. 125). Generalmente, la enfermedad se localiza en los pulmones, pero puede afectar a otros órganos. Si la enfermedad está en actividad y no se trata con eficacia, es habitual una evolución consuntiva crónica que lleva, finalmente, a la muerte. La misma fuente indica que: “la mayor parte de casos de infección tuberculosa son asintomáticos”.



En este orden de ideas, en el Programa Nacional Integrado de Control de la Tuberculosis (1996), se reseña que la tuberculosis: “Es una enfermedad infecciosa y contagiosa, producida por una bacteria llamada bacilo de Kock o *Mycobacterium tuberculosis*. Afecta de preferencia a los pulmones originando la tuberculosis pulmonar” (p. 12). Además señala: “puede atacar otras partes del cuerpo como los ganglios, pleura, aparato génito-urinario, meninges y otros”.

En la última década del siglo XIX, los conocimientos sobre esta enfermedad aumentaron, hoy en día se han efectuados grandes progresos en el control y tratamiento de la tuberculosis, pero aún así sigue constituyendo un importante problema mundial de salud.

En consecuencia Rodríguez, L. (1994), señala:

Tres capas de bacilos de la tuberculosis son patógenas para el ser humano: Humana, Bovina y Aviaria. La cepa humana es transmitida a un huésped susceptible, generalmente por inhalación de las gotitas infectadas expulsada por la tos o el estornudo hacia el aire, o un paciente de tuberculosis aguda o crónica que tiene lesiones abiertas, esto focos tuberculosos en los pulmones que comunica con las vías respiratorias (p. 66).

De esto se deduce que los bacilos son muy resistentes a la desecación y permanece viable incluso en partículas de esputo durante semanas. Si sigue húmedo, la viabilidad puede persistir meses. Si bien puede ocurrir transmisión indirecta por polvos y artículos hogareños (vasos, tazas, cubiertos, entre otros) es poco frecuente.

El ser humano posee resistencia natural contra la Tuberculosis y, además la mayor parte de las partículas inspiradas son eliminadas por mecanismos de defensa del aparato respiratorio antes de llegar a los alvéolos. En consecuencia, la infección exige exposición directa y prolongada a un claro aliento.

La vía corriente de entrada de la cepa humana son los pulmones, aunque en casos muy poco frecuente los microorganismos entran por lesiones en la piel. La cepa bovina se transmite por la leche de la vaca enferma y ello produce inicialmente tuberculosis intestinal. El tratamiento al ganado y la pasteurización de la leche ha disminuido este mecanismo de infección. Al respecto Robbins y Cotran (1997) afirman:

Para todos los fines prácticos se considera que la cepa Aviaria no es patógena para el ser humano, aunque se han informado casos pocos frecuentes, cabe decir que la tuberculosis en el hemisferio occidental es causada por la cepa humana del bacilo de la tuberculosis hasta no probar lo contrario. Algunas cepas de *Mycobacterias* atípicas que guardan relación con *M. tuberculosis* pueden provocar infección pulmonar crónica que guarda semejanza con la tuberculosis, pero estos casos son comparativamente raros (p. 76).

De lo expresado anteriormente se plantea que la enfermedad en referencia es del tipo infectocontagiosa que ataca y se aloja en la vía pulmonar

### **Patogénesis de la Tuberculosis.**

La expectoración de un paciente bacilífero forma aerosoles, los cuales consisten en partículas microscópicas de esputo con bacilos. Cuando ésta tiene diámetros entre 1 y 5 micras, de acuerdo a lo señalado en las Cartas Neumonológicas (2002), al ser inhaladas por otra persona, pueden llegar hasta el espacio aéreo terminal y depositarse en el alvéolo. En ese momento, los bacilos son fagocitados por macrófagos alveolares que, aunque no están activados específicamente para destruir la *mycobacteria*, logran destruirlos debido a la habilidad que poseen para eliminar partículas infecciosas sin otro soporte inmunológico.

Cuando el macrófago elimina los bacilos inhalados antes de que llegue a desarrollarse la infección, las defensas inmunológicas seguirán estando inactivas frente a la tuberculosis.

Estas mycobacterias tienen una serie de factores que le ayudan a evitar su destrucción dentro del macrófago, entre los cuales se encuentran su habilidad para contrarrestar la interacción del fagosoma con el lisosoma. Este hecho sumado a otros factores que pueden presentar en un momento dado, como una mayor virulencia de determinada cepa, defectos en la función del macrófago o un inóculo muy grande, la misma fuente indica, que puede ocasionar que el proceso de fagocitosis sea insuficiente para eliminar las mycobacterias y el bacilo no destruido, comienza a multiplicarse dentro del macrófago, llegando eventualmente a destruirlo.

Durante esos días o semanas siguientes a la infección hay un crecimiento logarítmico de la población bacilar dentro de los macrófagos y también dentro de los monolitos no activado que empiezan a llegar al sitio de proliferación bacteriana para tratar de controlar la infección. Los bacilos que han logrado eludir estas primeras barreras de defensa continúan, por tanto, multiplicándose en las zonas del pulmón donde se han depositado. Estos focos, generalmente únicos suelen localizarse en las zonas correspondientes a la parte media de los pulmones y a la región subpleural, donde el flujo de aire facilita el depósito de los bacilos inhalados.

La fuente consultante, también indica que los macrófagos que han fagocitados mycobacterias posteriormente se dirigen a los ganglios linfáticos para hacer la presentación antigénica a los linfocitos que pasan al comando de la respuesta inmune; en ese momento, el sistema inmunológico se activa de manera específica para contrarrestar las mycobacterias y las células mononucleares que continúan llegando al foco de infección van rodeándolo dando comienzo a la formación del granuloma.

De acuerdo al balance entre las defensas del cuerpo de un lado, y la cantidad y virulencia del inoculo por el otro, puede suceder que se controle la infección en este estado o que esta progrese y se desarrolle la enfermedad. Cuando la infección se controla pueden quedar unos pocos bacilos inactivos dentro de un granuloma que posteriormente va a calcificarse.

Además de la progresión de la enfermedad, se pueden dar complicaciones, específicamente en niños, debido al efecto de masa que llegan a generar los ganglios agrandados por el fenómeno inflamatorio, desencadenado por esta infección. Los nodos linfáticos hiliares o mediastinales pueden comprimir y ocasionar el colapso de un bronquio, la ruptura de una adenopatía a un bronquio puede llevar a una siembra de la infección distal causando una neumonía, también puede darse la perforación de un bronquio por una adenopatía ya calcificada ocasionando una broncolitiasis.

La enfermedad diseminada es más frecuente en estados en los que la inmunidad no funciona adecuadamente como son las edades extremas, desnutrición o enfermedades que cursan con inmunosupresión. Entre los cinco y los quince años de edad, aunque no hay resistencia a la infección tuberculosa si hay una resistencia relativa para el desarrollo de la enfermedad progresiva.

El desarrollo de la tuberculosis se considera como una contienda del huésped contra el invasor. Los bacilos inhalados se pueden multiplicar o eliminar por los macrófagos alveolares antes de que se produzca cualquier lesión. Las cuales pueden crecer, estabilizarse y verter los bacilos a la circulación hemática o linfática; las gaseosas se pueden licuar o vaciar sus productos al árbol bronquial haciendo siembras que hacen difícil controlar la enfermedad.

Una vez que se hace la primera lesión tuberculosa ocurren en el huésped respuestas de hipersensibilidad tardía tanto a la tuberculina como hacia otros componentes. Brumer (1996) sostiene:

La tuberculosis se produce por la presencia del *Mycobacterium Tuberculosis*. Muchos factores predisponen el desarrollo de la enfermedad cuando disminuye la resistencia corporal; el descanso y la nutrición son insuficientes, si hay gran número de microorganismos patógenos, puede aparecer la enfermedad. Otros factores como: emocionales, tensión, ansiedad y descontento pueden contribuir al trastorno y al desequilibrio metabólico y fisiológico del organismo (p. 93).

De esto se desprende que este tipo de enfermedad se extienda atacando preferiblemente a las personas mal alimentadas niños y ancianos, un factor de riesgo que en muchas regiones del país se ha propagado como endemias.

### **Fisiopatología de la Tuberculosis.**

La tuberculosis suele atacar a los pulmones y a veces la sangre lleva los microorganismos a otros órganos por ejemplo: hueso, trompas de falopio, riñones; cuando los bacilos de la tuberculosis llegan al pulmón, produce un pequeño foco de infección que suele llamarse primo-infección; será por fibrinosis y calcificaciones, por radiografías interiores, que se aprecia dicho foco como un nódulo calcificado. El individuo puede estar asintomático durante el proceso. Al respecto Narain, C. (1999) señala:

Si la resistencia del individuo es baja, o los microorganismos tienen gran poder patógeno o se encuentra el gran número, si el contacto es repentino y duradero, el foco de infección puede aumentar de tamaño y experimentar calcificación, esto es necrosis de carácter gaseoso o zona de calcificación que puede desintegrarse y dejar una cavidad en el pulmón (p. 321).

Se puede asegurar de acuerdo a lo planteado por la pre citada autora, que se han dado caso de tuberculosis congénita, el bacilo de Koch en estos casos es difícil de encontrar.

### **Síntomas y Signos de la Tuberculosis.**

La tuberculosis (TBC), es una enfermedad insidiosa generalmente, a veces pacientes con extensos daño pulmonar no aquejan síntomas y se diagnostica en un examen de rutina. Latorre (1980), sostiene: “La fatigabilidad, anorexia, pérdida de peso, cambios menstruales, febrícula vespertina o nocturna acompañada de sudoración asociadas a infiltración muscular que no mejora con antibioticoterapia común obliga a sospechar tuberculosis” (p. 68). Otras veces la enfermedad se manifiesta con mialgias, temperatura elevada y con infiltrados pulmonares que simulan una virosis. Ocasionalmente se aparece eritema nudoso.

Cualquier indicio o señal para dar a entender algún fenómeno revelador de la enfermedad puede considerarse un signo. Los primeros síntomas varían de un sujeto a otro; por mucho tiempo, el enfermo quizás esté asintomático, aún más, puede sentirse bien. El problema del diagnóstico temprano se complica por la idea generalizada de que el tuberculoso tiene mal aspecto, esto es: delgado y pálido. Brumer (1996) sostiene:

Los síntomas tempranos suelen ser imprecisos y fácilmente pueden pasar inadvertidos; fatiga, anorexia, pérdida ponderal, tos seca moderada, cansancio, dolor torácico, pleuresía, son síntomas que pueden atribuirse al trabajo, al tabaquismo intenso o a la deficiencia alimentaria. Conforme progresa la enfermedad aparece sudoración nocturna, expectoración de esputo purulento, hemoptisis y disnea. (p.86).

De esto se concluye que es un mal que ataca silenciosamente y solo a través de los signos en la mayoría de los casos se detectan. Los pacientes en las zonas

indígenas y del medio rural, son atendidos cuando se encuentran en estado crítico y el bacilo se ha multiplicado y extendido.

Si no se trata los tubérculos, aumentan de tamaño formando otros mas grandes que se clasifican en el interior de los pulmones. El examen físico pone de manifiesto estertores apicales, soplo bronquial afónico, disminución de los movimientos respiratorios y en los casos avanzados cianosis. El examen de laboratorio muestra leucocitosis y velocidad de sedimentación aumentada.

### **Manifestaciones Clínicas de la Tuberculosis.**

En algunos de los casos de tuberculosis, pero no en todos, es posible la distinción entre una forma primaria progresiva, reactivación y reinfección exógena. Esta distinción es útil para relacionar las características clínicas con los mecanismos patógenos y para evaluar las medidas sanitarias y la posibilidad de transmisión, dentro de estas manifestaciones se tienen:

.- Tuberculosis Primaria: Generalmente es asintomática. Es típico que aparezca una neumonitis inespecífica en la zona inferior o media de los pulmones. Los ganglios linfáticos hiliares crecen, y en los niños algunas veces es suficiente para producir obstrucción bronquial. Es frecuente en adulto, puede progresar hasta convertirse en infección clínica, con todas las características patológicas de una reactivación.

.- Tuberculosis de Reactivación: Es una enfermedad debilitante crónica, en la cual las manifestaciones constitucionales son más prominentes que los síntomas respiratorios en pacientes con tuberculosis pulmonar. Hay pérdida de peso, febrícula, y muchos enfermos sufren episodios de sudación nocturna profusa en la mitad superior del cuerpo varias veces por semana.

.- Tuberculosis Pulmonar: Tiene predilección por los segmentos posteriores apicales de los lóbulos superiores y los segmentos superiores de los lóbulos inferiores. Esta localización se atribuye tanto a la postura como a la mayor concentración intraalveolar de oxígeno que existe en las porciones superiores de los pulmones. La enfermedad varía desde infiltrados mínimos que no producen enfermedad clínica y difícilmente pueden descubrirse en las radiografías de tórax, hasta una afección masiva con cavitación extensa y síntomas respiratorios y generales debilitantes.

.- Tuberculosis Extrapulmonar: Pleuresía con derrame, se produce cuando el espacio pleural está infectado por M. tuberculosis. Después de una infección primaria periférica, el espacio pleural puede contaminarse al ser transportado los microorganismos por vía linfática hasta la pleura, y de ahí a través de la superficie pulmonar, hasta el hilio. Algunas veces es masivo, se acompaña de intenso dolor de tipo pleurítico. El inicio de los síntomas suele ser repentino y el derrame casi siempre es unilateral.

.- Tuberculosis Laríngea y Endobronquial: Generalmente acompaña a la infección pulmonar muy avanzada. En ocasiones se presenta con afección pulmonar leve y resulta de la infección de la superficie mucosa por la expectoración. Inicialmente es una laringitis superficial que progresa hasta la ulceración y la formación de granuloma. El principal síntoma es la ronquera. En forma similar puede infectarse la mucosa bronquial, causando bronquitis tuberculosa.

.- Adenitis Tuberculosa: La escrófula es una linfadenitis tuberculosa crónica de los ganglios linfáticos cervicales. Cualquier ganglio cervical puede afectarse, aunque es más común que se infecten los de la parte alta del cuello, inmediatamente por debajo de la mandíbula. Los ganglios tuberculosos tienen a la palpación consistencia de caucho y no son dolorosos.



.- Tuberculosis Esquelética: La tuberculosa ósea y articular no es rara. La enfermedad de Pott o tuberculosis de la columna vertebral, generalmente afecta el raquis torácico. La tuberculosis articular es más frecuente en las articulaciones que soportan gran peso, como caderas y rodillas. Responde bien a la inmovilización y la quimioterapia.

.- Tuberculosis Genitourinaria: Puede localizarse a cualquier nivel del aparato genitourinario masculino o femenino. La tuberculosis renal se inicia como piuria microscópica con hematuria y urocultivo estéril. El diagnóstico se establece al descubrir el bacilo tuberculoso en el urocultivo. Conforme progresa la enfermedad, aparece cavitación del parénquima renal.

.- Tuberculosis Meníngea: La leptomeninges se infectan con relativa frecuencia cuando el microorganismo se disemina durante la infección primaria. En niños pequeños, puede desarrollarse una meningitis tuberculosa crónica, manifiesta no sólo por signos meníngeos sino también frecuentemente por signos de pares craneales reflejando la tendencia que tiene la infección a localizarse en la zona basilar.

.- Tuberculosis Ocular: Puede afectar cualquier porción del ojo; las manifestaciones más frecuentes son coriorretinitis y uveítis. Es muy difícil establecer el diagnóstico de tuberculosis ocular, que generalmente es de presunción. Las manifestaciones no pueden distinguirse clínicamente de la sarcoidosis o las micosis sistémicas, pero la presencia de queratitis flictenular sugiere fuertemente el diagnóstico.

.- Tuberculosis Gastrointestinal: El estómago es muy resistente a la infección tuberculosa; puede deglutirse abundantes bacilos tuberculosos virulentos sin que se produzca infección. Las principales manifestaciones son diarrea crónica y aparición de fístulas.

.- Tuberculosis Suprarrenal: La siembra hematógica de las glándulas suprarrenales probablemente sea bastante común, pero la tuberculosis es rara y casi siempre aparece acompañado a un cuadro de tuberculosis pulmonar extensa y de larga evolución.

.- Tuberculosis Cutánea: Es rara en ausencia de infección crónica no tratada, de otra localización. El lupus vulgaris es una enfermedad granulomatosa de la piel que responde bien al tratamiento. El diagnóstico se hace mediante una biopsia de piel y es común descubrir manifestaciones de hipersensibilidad a la tuberculina.

.- Tuberculosis Miliar: Resulta de la diseminación hematógica del bacilo, Se manifiesta por fiebre rara, en ocasiones con una curva cotidiana doble, acompañada de anemia y esplenomegalia. Tiende a ser más grave en los niños que en los adultos. Harrison, (1991, pp. 771).

### **Forma de Contagio de la Tuberculosis Pulmonar.**

Cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar bacilífera, sin tratamiento, tose o estornuda, expulsa los bacilos de la tuberculosis en las gotas de saliva. Estas gotas se secan en el aire y pueden ser aspiradas por las personas que rodean al enfermo. El Programa Nacional Integrado de Control de la Tuberculosis del MSAS (1996), reseña que son forma de contagio, los lugares mal ventilados y con poca luz natural; además que la persona recién infectada puede desarrollar la enfermedad en ese momento, o bien permanecer sin síntomas por años, y cuando las defensas bajan, los bacilos comienzan a multiplicarse y dan origen a la enfermedad.

Cuanto mayor sea la cantidad de bacilos expulsados y mayor el tiempo de exposición, mayor será la probabilidad de infección. Los contactos intradomiciliarios de enfermos bacilíferos serán los de mayor riesgo.

Dentro de los factores predisponentes de la tuberculosis se tienen:

- Medio ambiente pobre.
- Población indígena.
- Personas VIH positivas.
- Leucemia
- Algunos tratamientos con inmunosupresores
- Alcoholismo.
- Diabetes.
- Sarampión.
- Silicosis.
- Tabaco.
- Droga
- Desnutrición
- Lepra.
- Tosferina.
- Otras enfermedades debilitantes.

Para evitar el contagio y lograr la curación, el enfermo debe tomar el tratamiento supervisado indicado, por lo tanto se recomienda tanto a él, como al familiar lo siguiente:

1. No escupir en el suelo, sino en servilletas de papel que debe depositar en un pote para luego quemarlas o rociarlas con abundante cloro (lejía) antes de desechar.
2. Cubrirse la boca y la nariz con una servilleta de papel antes de toser y estornudar.
3. Mantener las habitaciones bien ventiladas y con la mayor luz solar posible (ob. cit, p. 12).

## **Terapéutica o Tratamiento Indicado para la Tuberculosis Pulmonar**

El tratamiento inicial de la tuberculosis deberá incluir un período de hospitalización con el fin de iniciar la terapia y la educación del paciente. Se instaurarán medidas de aislamiento respiratorio en los casos de enfermedad pulmonar. Para asegurarse de obtener una adecuada tolerancia y colaboración en el tratamiento prolongado, el médico debe instruir al paciente acerca de su enfermedad y sobre la necesidad de seguirlo con medicación antituberculosis durante un largo período. Se notificará al departamento de salud pública local de todos los casos de tuberculosis, de manera que se puedan identificar a los contactos.

Por otra parte, éste se dirige, en primer lugar, a eliminar a las grandes poblaciones vacilares que se están multiplicando rápidamente y, posteriormente, a esterizar todas las lesiones que contienen bacilos. Por este motivo consta de una primera fase bactericida, que dura ocho (8) semanas, y una segunda fase de esterilización, que dura dieciséis (16) semanas.

Durante la fase bactericida se administra una combinación de cuatro fármacos, durante 8 semanas. Éstos se seleccionan entre los de primera línea para el tratamiento antituberculoso y, a menos que haya una contraindicación absoluta, siempre incluye Rifampicina e Isoniazida. Los otros medicamentos que suelen escogerse para esta primera fase son la pirazinamida y el cuarto se selecciona entre estreptomycin y etambutol.

La segunda fase, de esterilización, cuando ya se han eliminado las poblaciones vacilares que estaban multiplicándose rápidamente, consiste en la administración de rifampicina e isoniazida durante 16 semanas. Debido a que en este momento los bacilos que han quedado se multiplican lentamente, los medicamentos no necesitan ser administrados diariamente y pueden darse dos veces por semana. Cuando este

esquema se administra dos veces por semana, las dosis recomendadas son 600 mg de rifampicina más 800 mg de isoniazida. Cartas Neumonológicas, (2002, p. 8).

La referida enfermedad suele tratarse por método médicos; el mismo esta basado en:

- Quimioterapia: La terapia antituberculosa se basa en tres principios: 1) La incidencia de resistencia a los fármacos de primera línea para uno solo de ellos es de casi 1 por cada  $10^6$  bacilos tuberculosos. 2) Es necesario un tratamiento prolongado, dado el largo tiempo de generación de las mycobacterias (>20 horas), y 3) Las pautas eficaces incluyen al menos dos fármacos a los cuales el bacilo es sensible. La quimioterapia puede ser de dos tipos, la realizada cuando la infección pulmonar no es complicada y cuando es complicada.

- Tratamiento quirúrgico.
- Descanso.
- Dieta y condiciones ambientales.

Los objetivos del tratamiento son:

- a.- Aliviar los síntomas pulmonares y generales por la eliminación de todos los bacilos tuberculosis viable.
- b- Lograr que el enfermo recupere la salud, la actividad del trabajo y la vida familiar rápidamente.
- c- Prevenir la transmisión de la enfermedad O.M.S, (1993, p.123).

### **Consideraciones sobre la Tuberculosis.**

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa crónica de amplia distribución en todo el país. Una vez superada la primera fase de la catástrofe, la movilización de

grupos poblacionales hacia otras áreas geográficas y su permanencia en albergues o zonas de refugiados por tiempo prolongado, puede aumentar el riesgo de aparición y transmisión de esta enfermedad, por lo que se debe tomar en cuenta las siguientes consideraciones y recomendaciones:

.- Dentro de cualquier grupo de damnificados puede haber pacientes que estaban en tratamiento previo a cualquier desastre; es indispensable notificar estos casos a las autoridades sanitarias para garantizar la continuidad del tratamiento y evitar así recaídas, manteniendo un estricto seguimiento de su evolución con la suficiente provisión de medicamentos.

.- Toda persona que presente sintomatología respiratoria (tos o expectoración) por más de dos semanas, debe recibir atención médica para su evaluación diagnóstica, la cual debe incluir baciloscopia y de ser ésta positiva, debe darse tratamiento precoz e identificar a los posibles contactos.

.- La sobrepoblación y el hacinamiento son una realidad común en condiciones de albergues y refugios. La presencia de un paciente con bacilo tuberculoso en el esputo (bacilífero) que no esté controlado médicamente, constituye una activa y rápida fuente de transmisión al resto de las personas que allí se encuentran.

Es como en los barrios pobres y marginales donde una vivienda esta habitada por varias familias en esta condiciones de convivencias se hacen mas difícil para un paciente con tuberculosis pulmonar.

.- Si el paciente presenta mal estado general de salud o sufre complicaciones graves, debe ser referido inmediatamente al centro hospitalario de su área de influencia para un adecuado tratamiento.

.- Pacientes con tuberculosis que reciben un tratamiento adecuado no deben ser aislados en los albergues o refugios separados de sus familiares; sin embargo deben tomarse las medidas necesarias para controlar su buena evolución, así como la de sus contactos asintomáticos.

.- Todo paciente con tuberculosis que estando bajo tratamiento presente nuevamente fiebre, tos, expectoración o empeoramiento de sus condiciones generales, debe ser reevaluado médicamente para descartar una reactivación de la enfermedad y tomar las medidas necesarias tanto para la persona como para los posibles contactos.  
(Documentos en Línea)

### **Complicaciones de la Tuberculosis.**

Están fundamentadas en dos o más cuadros en el mismo enfermo, y las más comunes son:

1.- Hemorragias: Pueden comenzar con la expulsión de esputos hemoptoicos y pueden hacerlo sin signos premonitorios. El volumen de sangre puede variar desde algunas gotas hasta la expulsión de muchos mililitros.

2.- Neumotórax espontánea: Durante la enfermedad a veces escapa aire del pulmón y penetra en la cavidad pleural, permitiendo un colapso en este órgano.

Los primeros síntomas de un neumotórax son:

- Dolor punzante y súbito del tórax.
- Disnea.
- Nerviosidad extrema y otros síntomas incluyendo: debilidad, sudoración profusa, hipotensión arterial, pulso rápido y débil, la piel pálida y cianótica.

### **Actitudes hacia la Tuberculosis.**

Temor y vergüenza eran reacciones comunes a la tuberculosis en el pasado, y de culpabilidad por la posibilidad de contagio de la enfermedad a otras personas, tales reacciones todavía se producen. Estos cambios se deben a la perspectiva intensamente mejorada para los pacientes tuberculosos y a cambio en la terapéutica, no es necesario que a muchos pacientes se les proporcione un cuidado intensivo en un sanatorio, ni es común que tenga que abandonar sus ocupaciones usuales.

Muchos enfermos pueden reanudar sus actividades acostumbradas y sus relaciones lo bastante pronto para evitar el gran trastorno que se produce en la vida personal y educacional que solía ser más común entre los pacientes de tuberculosis, que eran confinados a un sanatorio varios años. Narain, C. (1999) sostiene

Los nuevos antibióticos, una quimioterapia y quimioprofilaxis efectiva, la demostración de la vacuna B.C.G., son métodos que no se aplican a la mayoría de la población, entonces surgió la doctrina de la investigación de las actividades en los servicios generales de la salud para solventar los males que acarrea esta enfermedad (p. 63).

Lo expresado se deduce que el Programa Integrado de la Lucha Antituberculosa representa la única solución posible para salir del estancamiento a que se había llegado en los países en desarrollo con el método especializado.

### **Medidas para Prevenir el Contagio.**

Las normas sobre la prevención de la tuberculosis, según el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, (2002), indica la necesidad de tomar en cuenta para prevenir el contagio de la tuberculosis, las siguientes medidas:



.- Transmisión de la enfermedad: La TBC es una enfermedad de transmisión predominantemente aérea, poco contagiosa comparada con otras enfermedades infecciosas, ya que el riesgo de transmisión requiere casi siempre la presencia sostenida de un paciente contagiante. Existen otras formas de transmisión mucho más raras en el país: la vía digestiva por ingestión de leche contaminada, la inoculación percutánea en laboratorios o en salas de autopsia y la vía placentaria.

A igual susceptibilidad del huésped, el riesgo de infección es proporcional a la concentración de mycobacterias emitidas por vía aérea, al tamaño del espacio aéreo compartido, a la ventilación y a la duración de la exposición. Antes de asentarse en las superficies, una parte de la masa de gotas respiratorias liberadas al toser o estornudar se evaporan y forman núcleos de gotitas minúsculas que pueden contener uno o varios bacilos y que se diseminan fácilmente llevadas por las corrientes de aire en las habitaciones y por el aire acondicionado de los edificios. Cuando son inhaladas, el 50% penetra en las vías respiratorias y eso permite que se implanten los bacilos dentro de los macrófagos alveolares.

La vida media de los bacilos aerosolizados es unas seis horas. En una habitación la ventilación con dos cambios de aire ambiental por hora, elimina el 90% de las partículas transportadas por el aire y después de seis cambios sólo queda el 1% de los núcleos de las gotitas.

Por esta razón la habitación del paciente con tuberculosis pulmonar debe ser amplia, con adecuada ventilación, esto fortalece la circulación y el intercambio de aire, ya que en lugares calientes y húmedos el bacilo se mantiene activo.

.- Control del enfermo contagiante: En el control de la TBC. “curar es mejor que prevenir”. El tratamiento correcto es la mejor medida de control. Se recomienda que a la tercera semana de tratamiento a los enfermos que tengan baciloscopia

negativa, se les retiren las medidas de aislamiento y a los que aún tengan baciloscopio positivo se mantengan, aunque de manera mucho menos estricta, hasta la negativización de la misma. Cuando se utilizan otras pautas de tratamiento, no se puede retirar el aislamiento hasta demostrar la negativización de la baciloscopia que puede tardar varios meses.

Se educará al paciente y a sus contactos en el mecanismo de transmisión de la enfermedad para lograr la máxima colaboración en las medidas higiénicas que se implementen. El método mecánico más sencillo consiste en cubrir la boca con un pañuelo de un solo uso al toser o estornudar, ya que de esta manera impactan en el papel las gotitas respiratorias evitando que se evaporen para convertirse en núcleos de ellas. Esto requiere colaboración y, por sí solo, no constituye un control suficientemente eficaz. Los pacientes deben emplear mascarillas quirúrgicas espiratorias que cubran boca y nariz, lo que evita la diseminación de bacilos con la tos o al respirar cuando salgan de su dormitorio, en el hospital o en su domicilio y acudan a salas comunes.

.- Desinfección ambiental: El sistema de ventilación en los hospitales debe garantizar presión negativa en el interior de las habitaciones con respecto al pasillo y áreas próximas y asegurar 6 recambios de aire por hora, el flujo de aire estará correctamente dirigido en el interior del cuarto y la evacuación del aire se hará en el 100% al exterior. Dado que este sistema de ventilación eleva enormemente el coste de la climatización, estará limitado al número mínimo de habitaciones que cada hospital considere necesarias para los enfermos que requieren aislamiento riguroso. Por sí sola, la presión negativa no protege totalmente al personal sanitario o a los visitantes mientras se encuentran dentro de la habitación.

Tanto en el domicilio como en el hospital, la limpieza y desinfección de los dormitorios y de los materiales utilizados por pacientes tuberculosos se realizará

siguiendo los procedimientos generales, no siendo necesario adoptar medidas adicionales. Las ropas de cama o personales y los objetos de aseo y comida no transmiten la enfermedad.

.- Protección de los contactos: Normalmente se puede utilizar las mascarillas quirúrgicas que protege la inspiración y la espiración de gotitas con BK. Es conveniente que sean utilizadas de forma simultánea por el enfermo y las personas en contacto temporal con él. En casos especiales, es necesario utilizar respiradores personales, valorando en cada caso si se trata de un riesgo moderado o alto. Se recomienda su uso para personal sanitario al menos en las siguientes circunstancias: Realización de broncoscopios y técnicas que induzcan tos, autopsia, drenaje de abscesos tuberculosis, manejo de la orina en enfermos con TBC renal, traslado en ambulancia, entrada en habitaciones de aislamiento, asistencia en urgencias y consultas a enfermos de alto riesgo y laboratorios donde se procesan muestras de mycobacterias. En determinadas circunstancias, también podrá recomendarse su uso en otras personas con contacto prolongado con el enfermo.

### **Niveles de Prevención de la Tuberculosis.**

Dentro de los niveles de la prevención de la tuberculosis se encuentra de acuerdo a lo pautado por Torres, M. (1996), los siguientes:

Prevención primaria: Esta consiste en fomento a la salud y protección específica. En la primera, todas las acciones tienden a mejorar el nivel de vida en cuanto a nutrición, vivienda, ventilación, entre otras, incidirán en el descenso de la morbilidad por tuberculosis. Un comentario aparte, merece la educación sanitaria en cuanto a la necesidad de la vacunación y el tratamiento oportuno. La segunda, consiste en la aplicación de la vacuna BCG.

.- Prevención Secundaria: Se práctica en distintas etapas de la enfermedad, como sigue:

Diagnóstico clínico diferencial temprano: Este diagnóstico resulta difícil de establecer, debido a que los síntomas y signos pulmonares son comunes a muchos padecimientos y no existen signos patognomónicos de la tuberculosis. En México, se establece este diagnóstico con histoplasmosis y coccidioidomicosis por medio de las reacciones intradérmicas correspondientes. También es establecido con la silicosis por el antecedente de haber trabajado durante muchos años en ambiente con sílice libre en el polvo o suspendido en el aire. La imagen radiográfica puede dar la respuesta en estos casos. La silicosis frecuentemente coexiste con tuberculosis, produciendo silicotuberculosis.

El diagnóstico diferencial de cáncer se establece por medio de la investigación de células neoplásicas en el esputo con la técnica de Papanicolaou.

Diagnóstico de laboratorio y exámenes de gabinete: Los exámenes de laboratorio como BK de esputo, son fundamentales para establecer el diagnóstico. La microscopia de frotis, y en menor grado por su costo el cultivo de la expectoración, permiten establecerlo en más del 90% de los casos. El estudio puede complementarse con el examen clínico y estudios radiográficos. Sin embargo, en virtud del alto costo del material radiográfico, estos últimos no resultan accesibles al grueso de la población y han pasado a ser de utilidad secundaria.

Un acontecimiento fundamental en el tratamiento de la tuberculosis fue el descubrimiento de los fármacos antituberculosos. Su impacto en el campo de la salud pública radica en la eliminación de los bacilos tuberculosos del paciente. Aunque el enfermo no sea dado de alta, el tratamiento deja de ser bacilífero, por lo que ya no representa un peligro potencial en la transmisión.

Cuando se ha decidido iniciar la terapéutica antituberculosa en un paciente, se deben considerar los siguientes postulados:

a).- El médico asumirá la responsabilidad ante el paciente, la familia y la comunidad, y debe supervisar el tratamiento. En esto reside el éxito que lleva de la mejoría a la curación.

b).- Se debe proporcionar a la familia información y confianza, al mismo tiempo que se investigan los contactos.

Por otra parte, el tratamiento moderno de la tuberculosis debe cumplir los siguientes requisitos:

1.- Combinar tres o más fármacos para lograr el máximo efecto bactericida inicial que impida la aparición de resistencia del germen, y después, mediante la continuación del tratamiento, alcanzar la cicatrización de las lesiones para obtener la curación.

2.- Emplear la dosificación adecuada para conseguir los efectos bactericidas y esterilizante e impedir la aparición de efectos adversos.

3.- Mantener el tratamiento el tiempo necesario para administrar los de dosis suficientes y obtener los mejores resultados con el mínimo sufrimiento para el enfermo.

4.- Supervisar el tratamiento para tener la seguridad de que los enfermos han recibido el número de dosis indicadas, vigilar la aparición de efectos indeseables y obtener la certeza de la máxima utilización de los medicamentos.

5.- Disponer de la organización y capacitación necesarias para que de preferencia, el tratamiento se administre en forma ambulatoria y supervisada.

6.- Ofrecer el tratamiento en todos los establecimientos de salud, para lo que se requiere una dotación suficiente de fármacos.

Para la aplicación del tratamiento, éste se práctica en los enfermos que persisten con baciloscopia positiva a los seis meses de tratamiento primario estándar supervisado. Por lo general se emplean fármacos que no han sido utilizados en el tratamiento primario.

.- Prevención terciario: Se encamina a incorporar al hombre a la sociedad. En la clínica se ha observado que el tuberculoso no acepta su padecimiento; lo nombra una “enfermedad del pulmón”, sin mencionar la palabra tuberculosis. Abriga resentimiento a causa de su enfermedad y se pregunta en su fuero interno por qué precisamente él la padece. Siente desconfianza hacia las personas. El trato del personal de enfermería será cordial pero a la vez enérgico, no incurriendo en el trato familiar, ya que estos enfermos ocasionalmente experimentan hacia dicho personal afectos enfermizos.

Desde el principio del tratamiento se crea en el enfermo conciencia de responsabilidad ante la familia y la comunidad. Un logro positivo será la aceptación regular del tratamiento durante 6 meses.

Cuando la expectoración se hace negativa, el paciente se reintegra a sus labores. La formación de grupos de terapia ocupacional en la clínica ha tenido resultados favorables, por lo cual debe darse más atención a este tipo de actividades.

### **La Enfermería como Sub-sistema del Sistema de Salud.**

Es necesario situar la enfermería en el contexto en que se llevan a cabo las actividades de prevención, restitución y rehabilitación de la salud del individuo, familia y comunidad, ya que la misma trabaja coordinadamente con un equipo de salud multidisciplinario, es decir, actualmente en el sistema de salud los programas destinados al fomento de la salud, prevención de las enfermedades, cuidado y

tratamiento de la persona enferma y rehabilitación son realizadas por personal de varias profesiones. Por lo tanto, para alcanzar las metas propuestas para el desarrollo de los programas de salud es necesario trabajo coordinado de dichos profesionales especialmente de la Enfermería y la Medicina.

Si se toma en cuenta que el personal de enfermería es una de las bases del Sistema de Salud y es un grupo numeroso (en comparación con los médicos) y probablemente el más flexible, de los que laboran en el campo de la salud, se observa que ésta dentro del sistema salud y la relación entre éste y la sociedad, competen las siguientes funciones de acuerdo a lo reseñado por Torres, M. (1996).

.- De incorporación: La enfermería promueve la incorporación del paciente al sistema de salud, orientando al individuo y a su familia en lo relacionado con la salud y las facilidades disponibles en las mismas. A la vez, facilita la integración del paciente al sistema mediante los cuidados que presta para reducir sus temores y aprensiones. El elevado número de personal de enfermería y su amplia distribución geográfica en todos los servicios de atención médica hacen que esta constituya el enlace principal entre el paciente y el sistema de salud.

.- El número de personal de enfermería y su amplia distribución geográfica en casi todos los servicios de salud desde el Dispensario rural, hasta el más sofisticado hospital, hacen que éste constituya el enlace principal entre el cliente (paciente) y el sistema de salud.

.- De coordinación: Esta actividad la realiza por lo regular enfermería, no sólo en la unidad hospitalaria sino también en otras instituciones de salud. Con frecuencia se ve que la enfermera (o) es quien proporciona el único vínculo entre el paciente y familia en una organización fragmentada de atención médica.

.- De colaboración: En los servicios de salud, colabora con el médico en las funciones de diagnóstico y tratamiento, en especial en la atención de las necesidades básicas del paciente (función específica de enfermería). Estas actividades han ido en aumento y se han hecho más complejas por la mayor delegación de funciones por parte del médico y por el advenimiento de nuevos medicamentos, equipos y técnicas terapéuticas, tales como cuidado intensivo, diálisis renal, cirugía cardíaca, entre otras.

Entre las actividades de colaboración de la enfermería se encuentran las que tradicionalmente le han correspondido y que asumen cada vez mayor importancia y complejidad en los servicios de hoy. Podría decirse que la función específica de la enfermería es la atención de las necesidades básicas del paciente que sufre un proceso patológico y la conservación de sus fuerzas para su recuperación. En efecto, éstas, no sólo colabora con el médico en los aspectos curativos de la atención, sino que proporciona a los pacientes cuidados destinados a reducir las molestias que los afectan y ayudándolos a alcanzar cierto grado de bienestar.

La labor de la enfermería en este sentido está enfocada esencialmente a la conservación de la integridad del individuo. Levine (1969), señala que los principios de enfermería son todos “principios de conservación” de la energía del paciente, de su integridad, estructura, personal y social. De lo que se infiere, que ésta apoya el proceso de adaptación del paciente mientras este lucha con su enfermedad, y lo ayuda a mantener la motivación necesaria mientras se somete a los procedimientos esenciales para su curación. El individuo enfermo, especialmente si está hospitalizado, no sólo requiere la preparación del estado patológico, sino también la atención continua de sus necesidades físicas y de las complejas reacciones emocionales.

.- De readaptación: A través de las actividades relacionadas con la conservación de la integridad del paciente y la orientación y apoyo que le proporciona a él y su



familia. La enfermería facilita la reintegración del paciente a la sociedad después de su asistencia a una institución de salud.

### **Actividades del Personal de Enfermería.**

Dentro de las actividades del personal de enfermería establecidas según Torres, M. (1996), están las siguientes:

**Actividades en la clínica:** Vacunación con BCG en el servicio de inmunizaciones, como parte integral de los programas rutinarios de vacunación.

**Pesquisa de casos:** En cualesquiera de los servicios que funcionan en un centro de salud, se debe tener presente que todas las personas que asisten al servicio en que se encuentran temporalmente adscritas pueden estar enfermas de tuberculosis. El hecho de que una persona solicite atención médica en el centro de salud para algún padecimiento que no sea respiratorio, no excluye la posibilidad de que sea tosedor crónico.

Algunos casos de canalización necesarios son los diabéticos, los silicosis, los que reciben tratamiento con corticosteroides y los ancianos con procesos crónicos respiratorios como asma y bronquitis crónica.

**Tratamiento ambulatorio:** La contribución de la enfermera encargada del servicio es muy significativa, porque solamente ella es la que está en posibilidad de saber si el enfermo asiste con la regularidad necesaria y si tolera bien la medicación. En caso contrario, las situaciones que se aparten de los que normalmente se espera serán dadas a conocer de inmediato al médico. Ello implica que este personal conozca los esquemas vigentes de tratamiento, así como los efectos colaterales de los medicamentos antituberculosis.

**Vacunación con BCG:** Las actividades de vacunación con BCG fuera de la clínica las efectúa la enfermera en grupos de escolares, en las clínicas de sector que organiza.

**Pesquisa baciloscópica:** Se investiga en el campo la existencia de tosedores crónico. Con este propósito la enfermera llevará en su maletín frascos para muestra de esputo, es de gran importancia para dar un diagnóstico a tiempo.

Se indica que sea el mismo tosedor o algún familiar quien se encargue de llevar las muestras al centro de salud. Sólo en casos muy especiales, por verdadera imposibilidad del paciente o porque carezca de familiares, es la enfermera quien las recoge en el domicilio del enfermo y las lleva al laboratorio bacteriológico de la institución.

**Visita domiciliaria:** La visita domiciliaria a sujetos tuberculosos ocupa un lugar prioritario entre las visitas realizadas por la enfermera sanitaria. Es indispensable el conocimiento de las condiciones del hogar del enfermo, tanto físicas como psicosociales. La enfermera también debe investigar por todos los medios a su alcance las causas por las que una persona no colabora debidamente en su tratamiento.

### **Modelo de Dorothea Orem.**

Dentro de los modelos de cuidados de enfermería, Torres M. (1996), destaca:

Esta enfermera Americana dio a conocer su concepto de cuidados de enfermería en su libro “Nursing Concepts of practice” publicado en 1971 su idea básica sobre la enfermería coincide substancialmente con la de Virginia Henderson. Para ella el objetivo de la enfermería es: “ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí

mismo acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”.

Demando de autocuidado medidas terapéuticas requerida para satisfacer las necesidades el fundamento del modelo de enfermería de Orem, organizado en torno a al meta de la enfermería, es el concepto de autocuidado, considerado como “acto propio del individuo que sigue un patrón y una secuencia y que, cuando se lleva a cabo eficazmente, contribuye en forma específica a la integridad estructural, al funcionamiento, y al desarrollo de los seres humanos” Orem 1980, (p. 37) las actividades de autocuidado se aprenden conforme el individuo madura y son afectado por creencias culturales, hábitos y costumbre de familia y de la sociedad edad, etapa de desarrollo y estado de salud, puede afectar la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado, por ejemplo un padre o tutor debe brindar continuamente atención terapéutica al niño.

La enfermera se ocupa de la necesidad que tienen los individuos de tomar medidas de cuidado propio con el fin de ayudar al paciente “Conservar la vida y la salud recuperarse de una enfermedad o lesión y hacer frente a los efectos ocasionados por la misma” Orem 1980, (p .6) en opinión a Orem, la atención de enfermera puede ofrecer a “Unidades individuales o multipersonales” pero solo los individuos tienen necesidades de autocuidado. La enfermera brinda atención, ayuda o hace lo posible para que el paciente obtenga los resultados de salud deseada Orem, 1980, (P.126)

Orem sostiene que la salud se relaciona con la estructura y función normal ya que “Cualquier desviación de la estructura o de funcionamiento se denomina correctamente una ausencia de la salud en el sentido de unidad o integridad” (Orem, 1980, p .118) la autora se refiere a los aspectos físicos, psicológicos, interpersonales y social de la salud, pero afirma que son inseparables en el individuo “El ser humano es una unidad que funciona biológica, simbólica y socialmente (Orem, 1980, p. 180)

puede existir diversos estados de “bienestar o salud” y una persona puede pasar de un estado a otro, pero la constancia de las condiciones externas e internas se asocian con la salud.

Orem sugiere que algunas personas pueden tener requisitos de auto cuidado asociado con el desarrollo o con la desviación de la salud y que todas las personas poseen las condiciones universales de auto cuidado que se menciona a continuación:

- Conservación de una ingestión suficiente de aire, agua y alimento.
- Suministro de cuidado asociado con los procesos de eliminación y excreción.
- Mantenimiento de un equilibrio entre actividades y el descanso y entre la soledad y la interacción social.
- Evitar los riesgos para la vida funcionamiento y bienestar.
- Promover el funcionamiento y desarrollo de los seres humanos dentro de grupos sociales de acuerdo con las potencialidades, las limitaciones conocidas, y el deseo de ser normal (Orem, 1980, p. 42).

Orem describe tres etapas del proceso de enfermería.

La primera implica de “Por que una persona debe recibir atención de enfermería”. Esta etapa se refiere a la evaluación de la demanda terapéutica de auto cuidado del paciente, a cualquier deficiencia que pueda existir en la realización de las actividades de cuidado propio. La segunda etapa incluye el diseño de enfermería que de por resultado la consecución de las metas de salud, esta etapa incluye la planificación de métodos para satisfacer las necesidades de autocuidado. La tercera etapa se refiere a la implementación y evaluación de las acciones diseñadas para superar las limitaciones del autocuidado, proporcionan atención terapéutica y prevenir el desarrollo de nuevas limitaciones de auto cuidado Orem, 1980, (p. 58).

En este modelo se hace hincapié en la función de enfermería solo cuando el paciente es incapaz de satisfacer por si mismo sus necesidades de auto cuidado la intervención de enfermería suele estar dirigida a conservar la salud, prevenir enfermedades, o restablecer la salud y puede incluir actividades realizadas para el paciente. El modelo se emplea extensamente en la educación y práctica de la enfermería y constituye la base de algunas investigaciones básicas (p. 201).

### **Sistema de Variables:**

Medidas de auto cuidado de tuberculosis pulmonar que realizan los usuarios que asisten a la unidad de neumonología.

Definición Conceptual:	Según Dorotea, O. (1996), Auto cuidado: actividad que realiza una persona por si misma cuando puede hacerlo y que contribuye a su salud.
Definición Operacional:	Son actividades que realizan los pacientes con tuberculosis pulmonar para mejorar su salud a través de su auto cuidado referido a estilo de vida y control médico.

### Operacionalización de las Variables.

Dimensión	Indicador	Sub-indicador	Nº
Estilo de vida	<u>Higiene Ambiental:</u> Son las condiciones de vida, en que se encuentre el paciente el mismo conlleva a un resultado favorable o desfavorables, ya que este no mantiene un estilo de vida acorde a las dificultades que presenta.	Condiciones de la vivienda	1
		Iluminación	2
		Ventilación	3
		Limpieza	4
		Hacinamiento Agua potable	5
	<u>Higiene Personal:</u> Es la base de higiene individual. Es un factor importante para la conservación de la salud.	Baño diario	6
		Higiene bucal	7
		Cambio de vestuario diario	8
	<u>Hábitos Viciosos:</u> Es una enfermedad crónica donde intervienen enfermedades que conllevan al paciente, a tomar actitud viciosa siendo este el causante para conducir a una enfermedad crónica.	Tabaquicos	9-10
		Drogas	11
		Alcohólicos	12-13
	<u>Actividad Física:</u> es todo tipo de movimiento corporal que realiza el ser humano durante un determinado período de tiempo, ya sea en su trabajo o actividad laboral y en sus momentos de óseo que aumenta el consumo de energía considerablemente y el metabolismo basal.	Ejercicios	14
Control Médico	<u>Alimentación Balanceada:</u> Significa ingerir todos los alimentos necesarios para estar sanos y bien nutridos de forma equilibrada.	Dieta:	15
		Hipercalórica	16
		Hiperprotéica	16
		Examen de laboratorio	17
		Bk de Esputo	18
	<u>Chequeo Médico Periódico:</u> este consiste en mantener un control médico o rutina de control, el mismo con la finalidad de saber el estado de salud en que se encuentra el paciente.	Consulta médica (mensual)	19

### **CAPÍTULO III**

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

### **Diseño de la Investigación.**

El estudio para realizar un programa de auto cuidado de tuberculosis pulmonar a pacientes que acuden al área de Neumonología del Hospital Universitario Dr. “Manuel Núñez Tovar” de Maturín Estado Monagas, se desarrollará bajo la modalidad de un diseño de campo, ya que los datos de interés se recogerán en forma directa de la realidad, mediante el trabajo concreto del investigador y sus equipos. Acerca del diseño de campo, Hurtado, J. (2000), lo define como:

Aquel en el cual el investigador estudia el evento de manera directa a partir de fuentes vivas y en su contexto natural... la característica fundamental del estudio de campo consiste en que el investigador se acerca a las unidades de estudio y las observa en situaciones normales en lugar de meterlas al laboratorio para estudiarlas (p. 2).

Siguiendo este orden de ideas, el estudio se desarrollará mediante los procedimientos pertinentes para: definir con precisión la unidad y las estrategias para entrar en contacto con la misma, determinar las fuentes de información, precisar su localización, seleccionar las técnicas de recolección de datos y su aplicación, diseñar los instrumentos y desarrollar el proceso de captación de información, y una vez organizado, analizar e integrar los datos obtenidos.

También es un diseño no experimental. En relación a esto, Tamayo y Tamayo (2001), indica: “Es aquel en donde se estudia las relaciones causa-efecto, pero no en condiciones de control riguroso de las variables que maneja el investigador en una situación experimental” (p. 111).

## **Tipo de Estudio.**

El estudio de esta investigación, se considera partiendo de los siguientes criterios: según el contexto y la fuente, es documental, Hurtado, J. (2000), lo define como: “Todo tipo de diseño de investigación al cual se aplica el criterio de fuente documental, es decir, que el estudio se va a efectuar en función de fuentes documentales, restos y evidencias concretas recopiladas o identificadas por el investigador” (p. 38). En este caso, se revisará material bibliográfico de reconocidos autores, que enfoquen temática acerca del tema en estudio e interés para la investigación.

En relación a la temporalidad, es un diseño contemporáneo puntual transeccional, ya que el estudio se ubicará en un lapso relativamente corto y plenamente caracterizado. De acuerdo a la amplitud del foco, Hurtado, J. (2000), señala que: “consiste en determinar la complejidad de las situaciones a estudiar y la variedad de elementos a considerar. El investigador debe indicar si su estudio considera un solo evento o varios eventos” (p. 151), de allí que es un diseño univariantes, por cuanto se relaciona con un solo evento.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, ésta es prospectiva por cuanto se registrarán la información según van ocurriendo los fenómenos. De acuerdo al período y secuencia del estudio, es transversal, por cuanto se estudian las variables simultáneamente, en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo y de acuerdo al análisis y alcance de los resultados, es descriptivo ya que estará dirigido a determinar cómo es o cómo está la situación de las variables que se estudiarán en la población. Pineda, Alvarado y Canales (1994, p. 81).



## **Población y Muestra.**

La población, de acuerdo a Hurtado, J. (2000): “es el conjunto de elementos que forman parte del contexto donde se quiere investigar el evento, delimitado por criterios más específicos: los criterios de inclusión” (p. 142). Para este estudio la población estuvo constituida por los pacientes que asistieron durante el año 2005, al área de Neumonología del Hospital Universitario Dr. “Manuel Núñez Tovar”, estado Monagas. Se tomará una muestra por los momentos de 60 pacientes correspondientes al primer trimestre de ese año. La fuente consultada destaca que:

Los criterios de inclusión de los elementos de una muestra es el conjunto de características comunes que determina que una unidad pertenezca o no a una población; la misma son determinada por el investigador en atención a los objetivos de la investigación y a las características que podrían afectar de alguna manera la forma como se manifiestan los resultados relativos al evento en estudio (p. 276).

Lo expuesto se justifica en esta investigación, toda vez que los elementos para el diseño, que han de ser manipulados para obtener los datos necesarios, conformarán la muestra, cuya homogeneidad determinará el mayor número de características comunes las cuales reflejan la realidad o no de lo que se desea descubrir o apreciar para justificar el estudio. Para este caso se tomará la población en su totalidad por ser la misma pequeña y manejable (60 pacientes), por lo tanto no es necesario realizar ningún proceso de muestreo.

Para Pineda, Alvarado y Canales (1994), la muestra es “un subconjunto o parte del universo o población en que se llevará a cabo la investigación con el fin de generalizar los hallazgos al todo” (p. 108). La misma la conformaran los siguientes grupos:

Edades	Sexo		Total
	F	M	
De 25 a 34 años.	4	7	11
De 35 a 44 años.	6	6	12
De 45 a 54 años.	3	5	8
De 55 a 64 años.	4	7	11
De 65 a 74 años.	6	3	9
De 75 a 84 años.	5	4	9
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>32</b>	<b>60</b>

El cuadro refleja que predomina el sexo masculino (32 pacientes), 12 pacientes de ambos sexos tienen edades entre 35 a 44 años.

### **Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.**

Como método de recolección de datos se utilizó la encuesta, dirigida a los pacientes seleccionados como muestra.

La encuesta como método, es definida por Tamayo y Tamayo (2001) como: “un formulario que permite recoger información relacionado con el objeto de estudio” (p. 32). Se deduce que esta es una forma de obtener información clara y precisa a través de los informantes claves.

Como instrumento se elaboró un cuestionario. Para Hurtado, J. (2000) el cuestionario: “es el instrumento de recolección de datos que agrupa una serie de preguntas relativas a un evento, situación o temática particular, sobre el cual el investigador desea obtener información de forma clara, precisa y objetiva de la realidad a investigar, el mismo fue seleccionado por su fácil aplicación, bajo costo, rapidez en la tabulación y mayor confianza en el encuestado.

### **Procedimiento para la Recolección de la Información.**

- Se realizaron visitas a la Unidad de Neumonología del Hospital Dr. “Manuel Núñez Tovar” de Maturín Estado Monagas. Se le explicó en forma verbal a la jefa de enfermeras y director del referido hospital sobre el trabajo de investigación a realizar y los objetivos del mismo.
- Se solicitó por escrito la autorización para realizar el estudio ante la dirección del centro y la jefatura de enfermeras.
- Se obtuvo del departamento de enfermería, información sobre las estadísticas de pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al área de Neumonología.
- Se obtuvo información del Departamento de Enfermería sobre la inexistencia de programas educativos sobre la prevención de la Tuberculosis Pulmonar.
- Se realizó visita nuevamente para verificar el espacio físico, recursos humanos y materiales con que cuenta la Unidad Neumológica para la aplicación del programa educativo de Autocuidado.
- Se informó por escrito a las autoridades del Hospital, al (director y Jefe de Enfermería) sobre la fecha planificada para la aplicación del instrumento de recolección de datos.
- En el momento de recolección de la información a los usuarios, se les hizo la presentación del instrumento e instrucciones en forma grupal, posteriormente en forma personal se les aplicó la entrevista, concediéndole el tiempo para dar respuesta a cada ítem.

## **Procedimiento para la Validez y Confiabilidad del Instrumento de Recolección de Datos.**

Los autores O. Polit, D. y Hungler, B. (1994) señala que la validez se refiere al grado en que un instrumento mide lo que se supone debe medirse.

Para la validez, el instrumento de recolección de datos se somete a juicio de tres (3) expertos que están conformados por una (1) Licenciada en Enfermería con experiencia en el área comunitaria, un (1) médico neumonólogo un (1) licenciado en metodología, los cuáles aportaron observaciones que permitirán perfeccionar el instrumento en cuestión, a quienes se les entregaron un sobre de manila con el siguiente contenido: Oficio de presentación, título del trabajo especial de grado, sistema de variables.

Para medir la confiabilidad. Según E.B. Pineda y Otros (1996) se refiere a la capacidad del instrumento para arrojar datos o mediciones que correspondan a la realidad que se pretende conocer o sea a la exactitud de las mediciones.

Por lo antes señalado se aplicó una prueba piloto a diez (10) usuarios institucionalizados de la unidad de Neumonología ubicado en el hospital Dr. “Manuel Núñez Tovar” de Maturín Estado Monagas y quienes no formarán parte de la muestra estudiada, posteriormente se calculará el coeficiente KR-21 debido a que las alternativas del cuestionario pueden convertirse en dicotomías asumiendo un (1) punto para las respuestas concretas y cero (0) para las incorrectas. Se obtuvo como resultado 75% lo que significa que el instrumento es altamente confiable.

### **Cálculo de Confiabilidad por KR-21.**

$$KR-21 = \frac{1 - X (K - X)}{K^2 S^2}$$

X = Promedio de las puntuaciones = 18,2

K = N° de ítems = 19

S<sup>2</sup> = Varianza de las puntuaciones = 0,16

$$X = \frac{\sum x_i}{N} \quad S^2 = \frac{\sum (x_i - X)^2}{N}$$

N = N° de instrumento = 10

$$KR-21 = 1 - \frac{(18,2) \cdot (19 - 18,2)}{(19)^2 \cdot (0,16)}$$

$$KR-21 = 1 - \frac{(18,2) \cdot (0,8)}{(361) \cdot (0,16)}$$

$$KR-21 = 1 - \frac{14,56}{57,76}$$

$$KR-21 = 75\%$$

KR-21 = 75% Cuestionario Confiable

<b>Xi</b>	<b>Xi - X</b>	<b>(xi - x)<sup>2</sup></b>
18	- 0,2	0,04
18	- 0,2	0,04
18	- 0,2	0,04
18	- 0,2	0,04
18	- 0,2	0,04
18	- 0,2	0,04
18	- 0,2	0,04
18	- 0,2	0,04
18	- 0,2	0,04
19	0,8	0,64
19	0,8	0,64
<b>Σ = 182</b>		<b>1,6</b>

$$X = \frac{182}{10} = 18,2$$

$$S^2 = \frac{1,6}{10} = 0,16$$

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

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

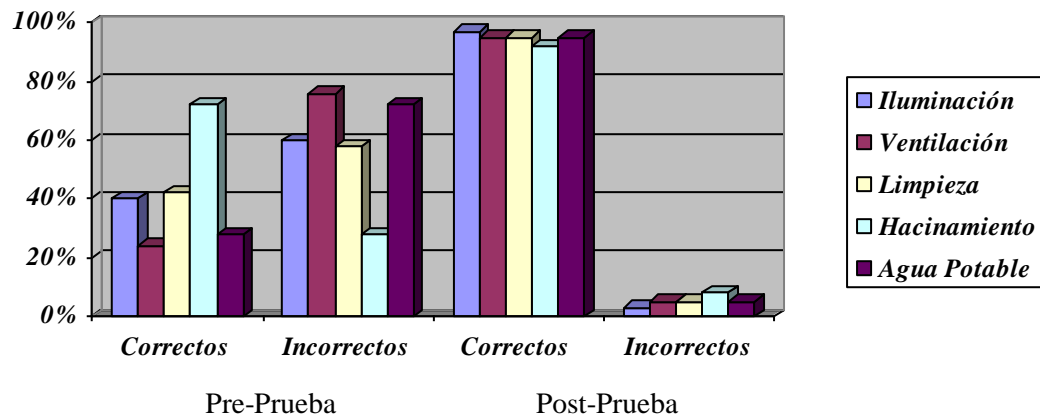
En este capítulo se presentan los resultados de los instrumentos aplicados a los usuarios de la Unidad de Neumonología del Hospital Dr. “Manuel Núñez Tovar” referido al Autocuidado de Tuberculosis Pulmonar.

**Cuadro N° 1. Frecuencia Porcentual de las Respuestas Emitidas por los Usuarios de la Unidad de Neumonología del Hospital Dr. “Manuel Núñez Tovar” referido al Autocuidado de Tuberculosis Pulmonar en su Indicador Higiene Ambiental.**

<b>Sub Indicador</b>	<b>Pre Prueba</b>		<b>Post Prueba</b>	
	<b>Correctos</b>	<b>Incorrectos</b>	<b>Correctos</b>	<b>Incorrectos</b>
Condiciones de la Vivienda				
Iluminación	40%	60%	97%	3%
Ventilación	24%	76%	95%	5%
Limpieza	42%	58%	95%	5%
Hacinamiento	72%	28%	92%	8%
Agua Potable	28%	72%	95%	5%

**Fuente: cuestionario aplicado. Marzo 2006**

**Gráfico N° 1. Frecuencia Porcentual de las Respuestas Emitidas por los Usuarios de la Unidad de Neumonología del Hospital Dr. “Manuel Núñez Tovar” referido al Autocuidado de Tuberculosis Pulmonar en su Indicador Higiene Ambiental.**



Fuente: Cuestionario Aplicado. Marzo 2006

En atención a los resultados presentados en el cuadro 1 relacionado con las condiciones de la vivienda y lo expresado por los usuarios de la unidad de neumonología en la pre prueba se determinó que el 60% de los encuestados respondieron que viven en malas condiciones en viviendas con poca iluminación, mientras un 40% determinó que era correcta. La del indicador de higiene ambiental, el aspecto ventilación el 76% expresó que es incorrecta y un 24% correcta.

En el aspecto de limpieza un 58% dijo que era incorrecto mientras un 42% correcta. Un 72% viven en condiciones de hacinamiento y un 28% dijo habitar en forma incorrecta.

Con este cuadro se detecta que el 72% no consume agua potable mientras un 28% utiliza el agua potable. Todos estos resultados son reveladores y ameritan las orientaciones de la enfermera referidas al Autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar.



### **Análisis Post Prueba.**

En el cuadro 1 se detecta que el 97% de los usuarios de la unidad de Neumonología expresó que después de haber recibido las indicaciones y orientaciones de las condiciones de la vivienda consideraron que es un indicador de higiene ambiental, mientras un 3% dijo no.

La iluminación constituye un indicador relevante para contraer la tuberculosis, cuyo riesgo se determina por la reorientación de las exposiciones de personas enfermas, a través del tiempo y tener condiciones específicas para su transmisión, la poca iluminación, la oscuridad, el encierro y la convivencia colectiva.

En referencia a la ventilación de la casa se pudo determinar que un 95% expresó que es correcta, mientras un 5% dijo incorrecta. Las condiciones ambientales de la vivienda deben estar acorde con la salud de los habitantes. El cierre de las casas inhabitables por carencia de iluminación y ventilación hace que, muchos pacientes habiten casas de vecindad que son verdaderos antros, carentes de luz, aire y agua, con vistas a patios fríos y húmedos, saturados de malos olores exhalados de sumideros, pozos sépticos y letrinas que hace que los pacientes no mejoren.

De allí la importancia que el personal de enfermería está llamada a desarrollar programas educativos dirigidos a evitar factores de higiene ambiental. En el aspecto limpieza el 95% expresó correcto, mientras 5% incorrecto.

La enfermera debe educar al paciente para que tome las riendas de mejorar su estilo de vida, alimentación, lavado, desinfección, especial la ropa del paciente, también se debe proponer como medida profiláctica divulgar los conocimientos de la higiene que debe tener los usuarios incluyendo aire limpio, jardines y paseos libres.

En el programa de Autocuidado se debe abogar por la mejora de la vivienda con casas bajas y soleadas calles anchas con cuartos de vivir y dormir ventilados.

En relación a lo expuesto en el indicador de higiene ambiental un 92% expresó que el hacinamiento es un factor, mientras un 8% dijo no. El hacinamiento constituye un espacio pequeño donde conviven personas en malas condiciones ambientales sanitarios y con una alta proporción de desempleados, donde la persona carece de un descanso inadecuado que favorecen la debilidad orgánica y la mala higiene personal y doméstica, las camas compartidas, los esputos descontrolados y la tos seca persistentes favorecen la transmisión del bacilo.

De allí la importancia de que el paciente siga las recomendaciones dadas por el médico y la enfermera para ayudar a los clientes a modificar su estilo de vida. En lo que respecta al consumo de agua potable un 95% expresó correcto mientras un 5% incorrecto.

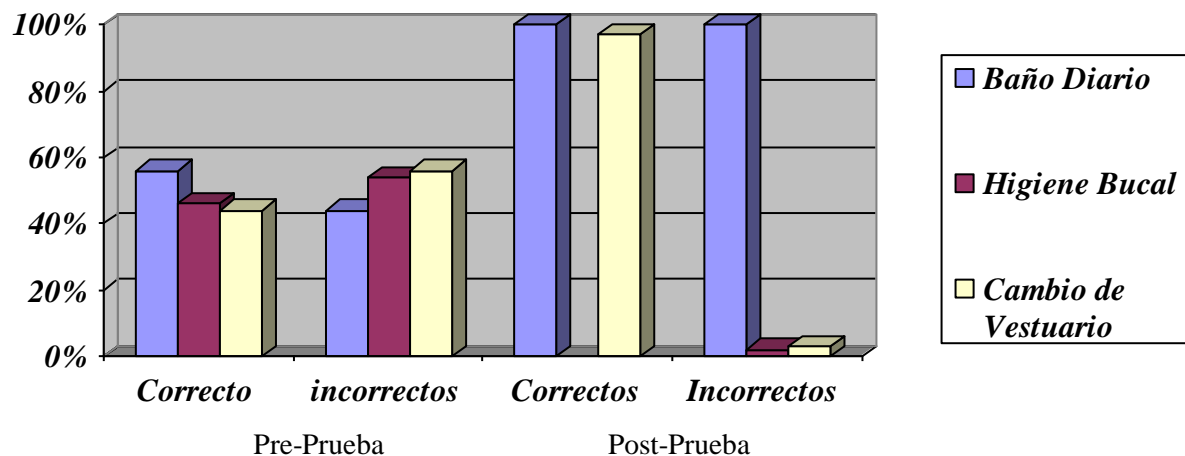
El usuario de la unidad debe consumir agua potable o hervida debido a que es posible lograr la prevención a individuos, familia y comunidad. La educación del paciente de tuberculosis y la población en situación de riesgo sirve para prevenir la propagación de enfermedades porque la TBC más que un problema es una cuestión social que tiene por clave en algunas veces la miseria.

**Cuadro N° 2. Frecuencia Porcentual de las Respuestas Emitidas por los Usuarios de la Unidad de Neumonología del Hospital Dr. “Manuel Núñez Tovar” referido al Autocuidado de Tuberculosis Pulmonar en su Indicador Higiene Personal.**

Sub Indicador	Pre Prueba		Post Prueba	
	Correcto	incorrectos	Correctos	Incorrectos
Baño Diario	56%	44%	100%	100%
Higiene Bucal	46%	54%	93.33%	2%
Cambio de Vestuario Diario	44%	56%	97%	3%

**Fuente: Cuestionario Aplicado. Marzo 2006**

**Cuadro N° 2. Frecuencia Porcentual de las Respuestas Emitidas por los Usuarios de la Unidad de Neumonología del Hospital Dr. “Manuel Núñez Tovar” referido al Autocuidado de Tuberculosis Pulmonar en su Indicador Higiene Personal.**



**Fuente: Cuestionario Aplicado. Marzo 2006**

Los resultados del cuadro 2 son el reflejo de lo que expresaron los pacientes en la pre-prueba, en la cual manifestaron que la higiene personal, lo consideraron de la siguiente manera:

Un 56% de los pacientes expresó que el baño diario es correcto, mientras un 44% incorrecto. En el aspecto de higiene bucal un 54% dijo que es incorrecto, mientras un 46% correcto. El cambio de vestuario diario un 56% manifestó incorrecto, un 44% correcto.

Estos aspectos considerados en este cuadro reflejan la necesidad de promocionarles conocimientos significativos a los pacientes para orientarlos acerca de un programa de Autocuidado para mejorar la salud.

Después de aplicar la pre prueba. En la post prueba se pone de manifiesto lo reflejado en este cuadro, donde se expresa que el 100% de los usuarios de la unidad practican baño diario. El baño diario es imprescindible y fundamental en el paciente, de allí que el personal de enfermería debe ayudar al paciente tuberculoso a través de sesiones educativas a mejorar su alimentación, e higiene personal, de acuerdo a sus hábitos y a su disponibilidad de servicios básicos, con relación a la ingesta de calorías que ingiere que permite fluidificar las secreciones.

Estos resultados evidencian que la higiene personal está asociada a los hábitos de cada paciente y a las acciones de enfermería en propiciar higiene personal.

El 98% de los pacientes expresó que la higiene personal del paciente al realizar higiene bucal es correcta, mientras un 2% expresó no.

El profesional de enfermería debe orientar al paciente sobre la higiene bucal, la personal y doméstica, inclusive la higiene consiste en utilizar cepillo dental, visitas al odontólogo por lo menos una vez al año y la limpieza después de cada comida.

El 97% de los usuarios de la unidad de Neumonología realizan cambios de vestuario diario, mientras un 3% no lo hacen.

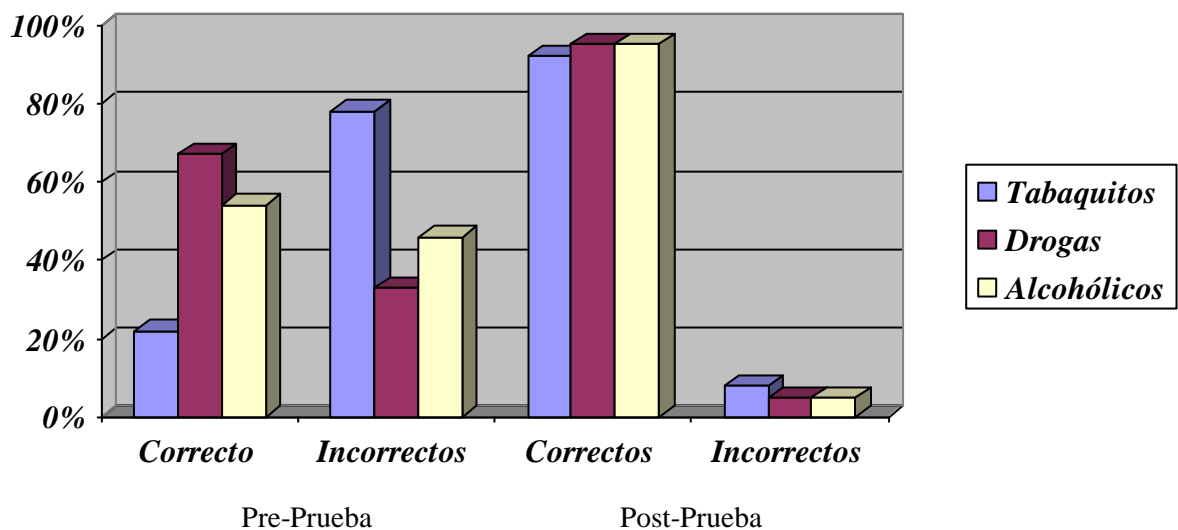
Los resultados anteriores permiten afirmar que los usuarios de la unidad de Neumonología ameritan recibir orientaciones conjuntamente con la familia y la comunidad para concientizarlos a la higiene personal, para asegurar la limpieza del cuerpo, el cambio de ropa limpia, para mantener una sensación de limpieza y frescura, por otro lado es la única manera de evitar su contagio. Es importante señalar que hay que tener cuidado con útiles personales y utensilios del usuario de la unidad de Neumonología para evitar el contagio con los mismos.

**Cuadro N° 3. Frecuencia Porcentual de las Respuestas Emitidas por los Usuarios de la Unidad de Neumonología del Hospital Dr. “Manuel Núñez Tovar” referido al Autocuidado de Tuberculosis Pulmonar en su Indicador Hábitos Viciosos.**

Sub Indicador	Pre Prueba		Post Prueba	
	Correcto	Incorrectos	Correctos	Incorrectos
Tabaquitos	22%	78%	92%	8%
Drogas	67%	33%	95%	5%
Alcohólicos	54%	46%	95%	5%

**Fuente: Cuestionario Aplicado. Marzo 2006**

**Gráfico N° 3. Frecuencia Porcentual de las Respuestas Emitidas por los Usuarios de la Unidad de Neumonología del Hospital Dr. “Manuel Núñez Tovar” referido al Autocuidado de Tuberculosis Pulmonar en su Indicador Hábitos Viciosos.**



**Fuente: Cuestionario Aplicado. Marzo 2006**

En relación a los resultados del cuadro 3 referidos a los hábitos viciosos se pudo determinar a través del pre-prueba lo siguiente:

El 78% de los pacientes consideran que el consumo de tabaco es incorrecto, mientras un 22% correcto. En lo que respecta a drogas un 67% dijo que es correcto y un 33% incorrecto. Lo referido al consumo de alcohol un 54% expresaron correcto, el consumo de alcohol, y el otro 46% dijo que es incorrecto.

Ante los resultados expresados en la pre prueba se pudo detectar que el paciente amerita recibir orientaciones y métodos de enseñanza que será impartida por el profesional de enfermería de acuerdo a la necesidad y condiciones de los pacientes para involucrarse en el programa de Autocuidado y promocionar la salud y el bienestar de los pacientes.

### **Análisis Post Prueba.**

En el cuadro 3 se observa que en el subindicador hábitos viciosos después que los usuarios de la unidad de Neumonología recibieron las orientaciones de Autocuidado se pudo detectar que el tabaquismo ocupa el 92% en respuesta satisfactoria, mientras un 8% expresó en forma incorrecta que merece especial cuidado del profesional de enfermería.

En estos porcentajes se visualiza que el exceso de consumo de tabaco aunado a la deficiencia alimentaria, constituyen síntomas tempranos de tuberculosis y el paciente debe abandonarlo para su curación.

En este orden de ideas la enfermera debe educar al usuario de la unidad de Neumonología sobre el tabaco y los efectos nocivos para la salud en la formación de actividades y valores, por la representación social que de ella se tiene y la importancia del grupo en la etapa trabajadora y la tendencia imitadora del mismo.

El 95% de los pacientes expresó que el indicador hábitos viciosos de droga ha mejorado expresaron correcto mientras un 5% expresó incorrecto. El profesional de

enfermería debe tener especial atención al abordar un paciente con problemas de drogas, debido a las condiciones sociales que potencia dicha conducta que merece ser atendido no sólo desde el punto de vista más elemental, sino por los cambios neurobiológicos que en estos sujetos se producen, sino tener una visión integradora que abarque lo social y su complejo mundo exterior.

El 95% creyó conveniente que los hábitos viciosos del alcoholismo hay que abandonarlo, mientras un 5% expresó lo contrario.

El alcoholismo es un factor degenerativo, que mientras los pacientes tuberculosos consumidores de alcohol, aislados, reclusos, por su bajo nivel sociocultural, su desestructuración familiar y sus hábitos tóxicos, es muy difícil lograr una adherencia a los tratamientos y que los abandonos del mismo sean frecuentes.

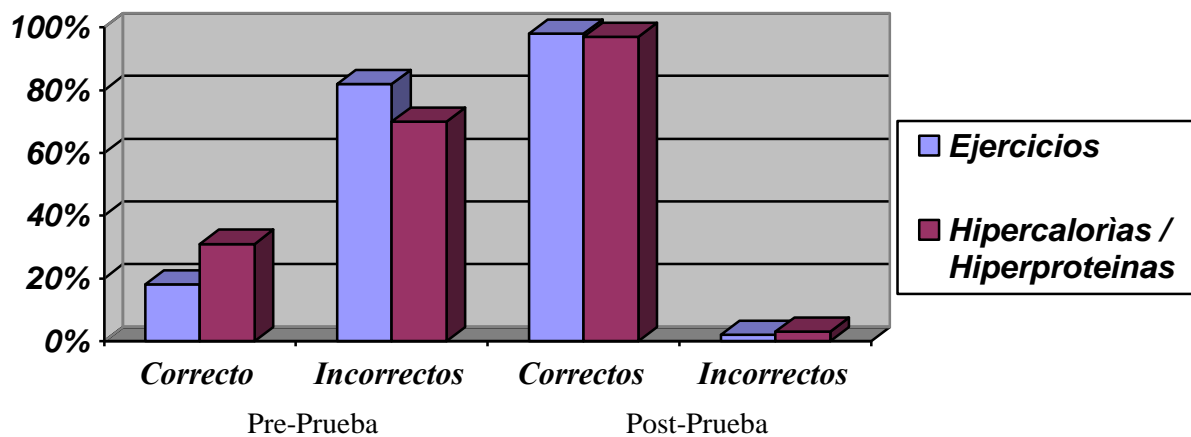
De allí se infiere que la enfermera debe realizar acciones docentes donde se les enseñe a los afectados lo relacionado con los riesgos que ocasionan los vicios de tabaquismo, droga y alcohol en los pacientes tuberculosos, especialmente por que pueden ocasionar cáncer de pulmón, la enfermera debe expresarle sobre los factores de riesgos y la promoción de programas educativos.

**Cuadro N° 4. Frecuencia Porcentual de las Respuestas Emitidas por los Usuarios de la Unidad de Neumonología del Hospital Dr. “Manuel Núñez Tovar” referido al Autocuidado de Tuberculosis Pulmonar en su Indicador Alimentación Balanceada.**

Sub Indicador	Pre Prueba		Post Prueba	
	Correcto	Incorrectos	Correctos	Incorrectos
Ejercicios	18%	82%	98%	2%
Hiper calorías / Hiper proteicas	31%	70%	97%	3%

**Fuente: Cuestionario Aplicado. Marzo 2006**

**Gráfico N° 4. Frecuencia Porcentual de las Respuestas Emitidas por los Usuarios de la Unidad de Neumonología del Hospital Dr. “Manuel Núñez Tovar” referido al Autocuidado de Tuberculosis Pulmonar en su Indicador Alimentación Balanceada.**



**Fuente: Cuestionario Aplicado. Marzo 2006**

En el cuadro 4 se detecta que en la pre-prueba que se le hizo a los pacientes referido al indicador actividad física y alimentación balanceada arrojó el siguiente resultado.

El 82% de los pacientes opinaron que realizar ejercicios es incorrecto, mientras un 18% consideraron correcto. Un 70% considera que es incorrecto recibir alimentación con dietas hipercalorías e hiperproteicas, mientras el 30% manifestaron que es correcto.

Después de realizado la post prueba referida a la actividad física y la alimentación balanceadas las investigadoras determinaron que los pacientes ameritan especial atención en la patología presentada.



En este cuadro se observa que el 98% de los pacientes encuestados expresaron que el ejercicio es correcto, y un 2% dijo incorrecto. El ejercicio fundamental siempre y cuando no exceda con ejercicios fuertes que tienda a cansarse es importante, debido a que la actividad física contribuye a la salud, por eso se recomienda la frecuencia y el tiempo.

En lo relacionado a la dieta hipercalóricas e hiperproteicos el 97% determinó que el consumo es correcto y el 3% incorrecto. La alimentación juega un papel importante en el soporte nutricional debido a que una alimentación balanceada con dieta hipercalórica e hiperproteicos y una buena información adecuada sirve de ayuda al personal de enfermería, el cual brinda información al paciente de la pasteurización de la leche porque puede traer bacterias transmitidas por vacas enfermas y puede contener tuberculosis intestinal.

La enfermera debe orientar, asesorar y asistir al paciente tuberculoso en cuanto a la enfermedad, recuperación y su independencia e invitarlo al consumo de alimentos como frutas frescas, leche y vegetales con cantidades de fibras y carnes.

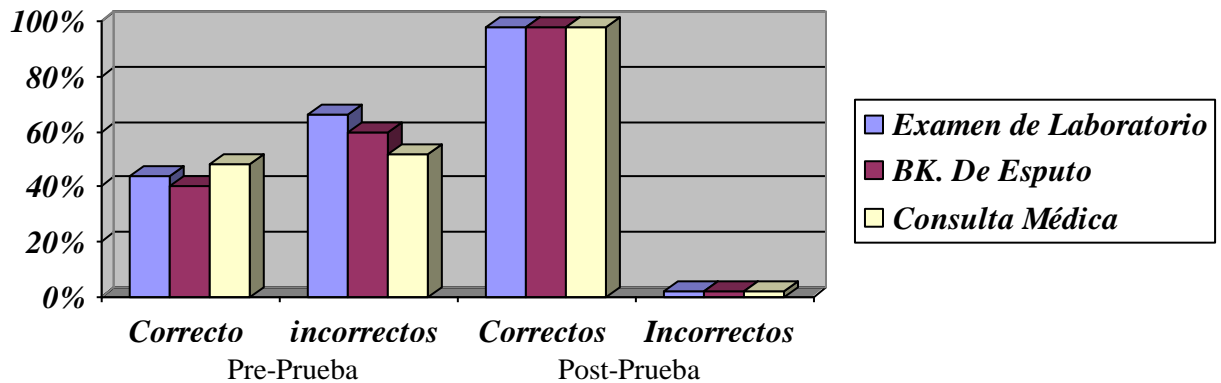
La promoción de la salud es un punto de partida para el desarrollo de estilos de vida sana a través de las recomendaciones que suministre el personal de enfermería.

**Cuadro N° 5. Frecuencia Porcentual de las Respuestas Emitidas por los Usuarios de la Unidad de Neumonología del Hospital Dr. “Manuel Núñez Tovar” referido al Autocuidado de Tuberculosis Pulmonar en su Indicador Control Médico.**

Sub Indicador	Pre Prueba		Post Prueba	
	Correcto	Incorrectos	Correctos	Incorrectos
Examen de Laboratorio	44%	66%	98%	2%
BK de Espudo	40%	60%	98%	2%
Consulta Médica	48%	52%	98%	2%

**Fuente: Cuestionario Aplicado. Marzo 2006**

**Gráfico N° 5. Frecuencia Porcentual de las Respuestas Emitidas por los Usuarios de la Unidad de Neumonología del Hospital Dr. “Manuel Núñez Tovar” referido al Autocuidado de Tuberculosis Pulmonar en su Indicador Control Médico.**



En la realización del pre-prueba emitida a los usuarios de la unidad de Neumonología del Hospital Dr. “Manuel Núñez Tovar” referido al Autocuidado de tuberculosis en su indicador control médico se puede apreciar:

En lo que respecta a exámenes de laboratorio el 66% expresó que era incorrecto, mientras el 44% dijo correcto. En el examen de BK en esputo el 60% lo consideró incorrecto, y el 40% correcto.

Lo referido a la consulta médica que es necesario hacerla mensual el 52% incorrecto y el 48% correcto.

El resumen de resultados expresados en el cuadro 5 de la post prueba se expresan así. El 98% de los pacientes consideraron que practicarse los exámenes de laboratorio es correcto, mientras un 2% expresó incorrecto.

El personal de enfermería deben asesorar a los usuarios de la unidad de Neumonología del Hospital Dr. “Manuel Núñez Tovar” a una debida alimentación y a la puesta en práctica de exámenes de laboratorio, y estimularlo a seguir tratamiento para evitar recaída de la enfermedad y cumplir con la consulta médica según la fecha indicada.

Los exámenes de laboratorio son importantes porque muestran leucositosis y velocidad de sedimentación aumentados. El 98% de los pacientes consideró que hay que practicarse el BK, mientras el 2% dijo no.

Ante estos resultados se recomienda explicarles a los pacientes la importancia de este examen como lo indica el médico los cuales se realizan con previas orientaciones que el profesional de enfermería debe indicar que debe practicarse en ayuna y llevar un registro a través de una tarjeta, para tal fin se envía al laboratorio a una hora indicada sin ingerir alimentos y posteriormente se realiza el examen.

El 98% de los pacientes opinó que la asistencia a la consulta médica es correcta mientras el 2% señalan que es incorrecto. Los pacientes deben asistir a la consulta por órdenes del médico y del profesional de enfermería en el cual se les practican exámenes de rutina, control de peso semanal y se valoran efectos importantes para su patología.

De esto se sucede que el personal de enfermería esta cumpliendo el papel que le corresponde porque la educación del paciente es un factor determinante para evitar su propagación. En el cual se requiere también el examen físico, para detectar la existencia de disminución de los movimientos respiratorios y en los casos avanzados de cianosis y problemas bronquiales.

El control médico a tiempo cumplido como lo requiere el usuario es un factor relevante para disminuir la recaída, por lo cual se recomienda estimular al paciente y a la familia para que conozcan la importancia de realizarse los exámenes de laboratorio, BK en esputo y la asistencia médica mensual para chequear peso, talla y aspecto físico.

**CAPÍTULO V**  
**PROPUESTA EDUCATIVA**

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

**PROGRAMA EDUCATIVO DE AUTOCUIDADO**  
**SOBRE TUBERCULOSIS PULMONAR (TBCP)**

**AUTORES:**

Chacón, Celia  
Granado, María  
Marcano, Yusnelys

**AUTOR:**

Fidel Santos León

Maturín, Marzo 2006

## **INTRODUCCIÓN**

El presente programa tiene como finalidad instruir a los pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al área de Neumonología del Hospital Dr. “Mar Núñez Tovar” de Maturín Estado Monagas, año 2.005.

Es de gran beneficio tanto para los usuarios como para la misma institución que contará con un programa de Autocuidado y control tan delicada enfermedad.

Previamente se solicitó la ayuda del equipo de salud para la aplicación del mismo, organizando a los pacientes en la sala de espera del área, allí se realizaron dos exposiciones didácticas. Los días Lunes 30/01/06 y Martes 31/01/06 con un tiempo establecido de 30 minutos cada una, con la participación de las Trabajadoras Sociales, el grupo de enfermera supervisada por la Coordinadora de Enfermería y la colaboración de los autores; donde se expuso el siguiente contenido: higiene ambiental, higiene personal, hábitos viciosos, actividad física, alimentación balanceada y control médico.

## **Beneficios del Programa.**

El programa beneficiará a:

El Personal Directivo; porque la preparación y empleo de los coordinadores de enfermería brindara a sus integrantes resultados favorables que conducen al mejor funcionamiento de la unidad Neumonológica.

Personal de Enfermería; Por cuanto formara parte de los cuidados de atención y su integración al programa para participar en la solución de problemas institucionales, el cual será autogestor responsable y se hará participe del mismo.

Al Usuario; Porque un adecuado programa supone una profunda búsqueda y estudio de alternativas de solución que se ajustan a las características del problema y de hecho los objetivos que se han planteado, en el programa de Autocuidado y en beneficio del mismo y por ende del paciente y sus familiares.

A los Familiares; Un buen programa de Autocuidado supone que ofrecerá a la familia una orientación y ayuda para el éxito del usuario y de los que conviven con el, por tanto ofrecerá a la familia y a la comunidad la opción de formar ciudadanos con medidas preventivas.

## **Actividades.**

- \_ Selección del personal de enfermería (o) que reúna las condiciones exigidas.
- \_ Selección de contenidos y material de trabajo para la disertación de los temas a tratar.
- \_ Reproducción de materiales.

- \_ Ambientación del local para dictar las charlas.
- \_ Determinar el tiempo estipulado para cada charla.
- \_ Proponer formas para evaluar las charlas a través de intervenciones, preguntas y respuestas.

### **Recursos.**

Los recursos a emplear en el programa de Autocuidado se organizan en la siguiente forma:

Recursos Humanos: Se requiere al personal especializado en técnicas de enseñanza para facilitar las charlas. Personal de enfermería, docentes, coordinadores.

Recursos Materiales: Sala de reunión de la Unidad Neumonológica del Hospital Dr. “Manuel Núñez Tovar”. Medios audiovisuales, Láminas, lápices, retroproyector, rotafolio, transparencia de acetatos, video vean y otros.



### **Programa de Auto cuidado de Tuberculosis Pulmonar.**

**Objetivo General:** Reconocer los aspectos que influyen en los cambios de estilo de vida, como factores claves para el Autocuidado de Tuberculosis Pulmonar.

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Estrategias Metodológicas</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Duración</b>
Identificar los aspectos más importantes relacionados con la higiene ambiental.	Condiciones de vivienda:  - Iluminación.  - Ventilación.  - Limpieza.  - Hacinamiento.  - Agua Potable.	- Recursos humanos.  - Personal de enfermería.  - Médicos neumonólogos.  - Usuarios.  - Se realizó una exposición didáctica donde se resaltaron aspectos importantes relacionados con la higiene personal del paciente y las condiciones de la vivienda.  - A través de una lluvia de ideas la enfermera dirige actividades de enseñanza al usuario.	- Pre Prueba.  - Post Prueba. Participación de los usuarios de la unidad Neumonológica. Preguntas y respuestas.	45 Minutos.

Objetivos Específicos	Contenidos	Estrategias Metodológicas	Evaluación	Duración
<p>Establecer la forma adecuada para realizar la higiene personal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importancia del Baño Diario.</li> <li>- Higiene Bucal.</li> <li>- Técnica del Cepillado.</li> <li>- Cambio de vestuario diario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Invitar a los usuarios de la Unidad Neumológica a charlas.</li> <li>- Establecer una Discusión socializada para la participación del usuario y de familiares sobre la importancia de la higiene personal y el porque estar limpio y aseado.</li> <li>- Explicarle la importancia de la higiene bucal.</li> <li>- Vigilar la técnica del cepillado de los dientes.</li> <li>- Ofrecer jornadas donde la enfermera haga un seguimiento de lo explicado.</li> <li>- Recursos Humanos.</li> <li>- Recursos Didácticos como rotafolio, lápices, tríptico, cartelera informativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pre y Pos Prueba : La metodología a seguir para poner en práctica la evaluación del Autocuidado define los aspectos a:</li> <li>- Determinar los indicadores utilizar.</li> <li>- Elaborar normas internas.</li> <li>- Propiciar preguntas y respuestas.</li> <li>- Retroalimentación el proceso tiempo.</li> </ul>	<p>45 Minutos.</p>

Objetivos Específicos	Contenidos	Estrategias Metodológicas	Evaluación	Duración
<p><u>Determinar:</u> Las causas que conllevan a los hábitos viciosos. Los efectos negativos ocasionan que generen.</p> <p><u>Describir:</u> Los beneficios de la actividad física y la alimentación balanceada para el auto cuidado de T.B.C.P.</p>	<p>- Tabaquismo. - Drogas. - Alcoholismo.</p> <p>- Ejercicios Físicos. - Dieta: Hipercalórica.</p>	<p>- Invitar a los familiares a colaborar con los hábitos viciosos.</p> <p>- Propiciar información sobre los efectos nocivos de los hábitos viciosos.</p> <p>- Invitar a los usuarios de la Unidad Neumológica.</p> <p>- Entablar una discusión socializada para la participación del usuario y de familiares.</p> <p>- Dar a conocer la importancia de la realización de ejercicios y la alimentación balanceada del paciente.</p> <p>- Explicar a los usuarios a través de charlas y presentar carteleros los tipos de ejercicios que puede realizar el paciente.</p> <p>- Atender a las preguntas de los usuarios en relación a la alimentación balanceada del paciente.</p> <p>- Crear conciencia sobre el tipo de alimentación que debe ingerir el paciente.</p> <p>- Invitarlo a las actividades de enseñanza que propician el personal de enfermería sobre problemática nutricional.</p>	<p>Pre Prueba.</p> <p>Pos Prueba,</p>	60 Minutos.

Objetivos Específicos	Contenidos	Estrategias Metodológicas	Evaluación	Duración
Verificar el cumplimiento del control médico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen de laboratorio.</li> <li>- BK de esputo.</li> <li>- Consulta médica mensual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suministrar jornadas de concientización para explicarle a los pacientes y familiares la importancia de los controles médicos.</li> <li>- Propiciar actividades de enseñanza sobre la realización de exámenes.</li> <li>- Prestar atención a los familiares y hacerle sentir corresponsable con sus familiares.</li> <li>- Ofrecer respuestas al paciente cuando el caso lo amerite.</li> <li>- Presentar cronogramas de actividades para establecer las fechas de consulta médica y de exámenes de laboratorio.</li> <li>- Charlas educativas dictadas por el personal de enfermería para concientizarlos en la puesta en práctica de los exámenes requerido.</li> <li>- Tener claro que la asistencia a la consulta médica es necesaria para los controles necesarios para su curación.</li> </ul>	<p>Pre Prueba.</p> <p>Pos Prueba,</p>	60 Minutos.

## **Funciones del Programa.**

Desarrollar acciones educativas de enfermería prioritarias dirigidas al usuario y los familiares en general, para ello es necesario:

- \_ Seleccionar el personal para realizar charlas sobre normativas de limpieza.
- \_ Planificar estrategias con los usuarios de la unidad para explicarle la importancia de cuidar los pulmones y sus posibles consecuencias.
- \_ Promocionar campañas de conservación y mantenimiento en la unidad y sus alrededores en orden de prioridad para preservar la higiene ambiental.
- \_ Promover actividades de ejercicios para que los usuarios realicen prácticas en la unidad.

## **Aspectos que Debe Cumplir un Programa de Autocuidado.**

1. Conocimiento de metas y objetivos del programa. Estos deben ser lo suficientemente claro y estar dispuesto a cambios cuando la situación lo amerite.
2. Los objetivos del programa deben ser comunicados al personal médico, enfermeras (os), usuarios y familiares, a fin de lograr el compromiso de ellos atendiendo razonable lógico y factible de tales objetivos.
3. Se deben considerar las metas de los usuarios del programa y de la unidad Neumonológica.
4. La participación de todos es clave. El individuo debe tener claro el papel que le corresponde y se espera de el, para el logro de los objetivos.
5. Tiene que existir libertad para trabajar en el programa de Autocuidado. Todos deben tener la oportunidad para participar y ajustarse a sus requerimientos,

para darle la connotación y el beneficio que tiene el programa de Autocuidado.

## **Guía de Contenidos del Programa de Autocuidado de Tuberculosis Pulmonar**

### **UNIDAD I. Condiciones de la Vivienda.**

Iluminación: Es un factor que puede causar molestia al momento de presentarse cualquiera situación, una mala iluminación puede causar fatiga a la vista, perjudica al sistema nervioso y puede ocasionar en gran parte incidentes físicos y emocionales, del mismo modo existe la necesidad fisiológica de contar con cierta cantidad de luz, una vivienda amerita iluminación material donde penetren los rayos solares que influyen en el bienestar de los pacientes con problemas respiratorios.

Ventilación: El cuerpo humano tiene una temperatura constante que logra conservar la estabilidad térmica pese a los cambios intensos en la temperatura externa. El hombre contribuye con esa estabilidad. En el programa de Autocuidado se aconseja que la vivienda del usuario tenga una temperatura adecuada al diagnóstico del paciente, cuando sea posible instalar aires acondicionados o puedan utilizar ventiladores que reduzcan las molestias del calor.

Limpieza: Es una dimensión que está asociada con las medidas de higiene que posee la vivienda del usuario de la consulta de Neumonología, en el cual el personal de enfermería le explica al cliente sobre la importancia de tenerla limpia y a través del programa de Autocuidado el personal le explica técnicas y métodos, lo cual ayuda a mejorar la calidad de la asistencia prestada y lo benefician de enfermedades infectocontagiosas.

Hacinamiento: Rápido crecimiento de la población que propicia situaciones desagradables y desmejora el nivel de vida debido a la carencia económica para satisfacer las necesidades básicas de alimento y demás estimaciones que limitan la capacidad de acceso a los pobres los servicios de salud y de otro tipo.

También se denomina hacinamiento a un espacio reducido que tiene efectos residuales de la crisis financiera.

Agua Potable: La utilizada para el consumo humano, debe satisfacer determinados requisitos, es un agua limpia incolora, e inodora y su contenido en sustancias inorgánicas y materia orgánica también está sujeto a limitaciones, las aguas corrientes se someten a un proceso de filtración, esterilización, decantación para eliminar todas las impurezas y hacerlas adecuadas para el consumo humano (p. 73).

## **UNIDAD II. Higiene Personal.**

Baño Diario: Este indicador está referido a la aplicación de agua y jabón en forma diaria y con fines terapéuticos para prevenir infecciones en la piel, en los genitales, en la orina y en otras partes del cuerpo.

La enfermera debe orientar a los usuarios de la unidad, el baño diario y el uso del jabón, por lo menos una vez al día cada vez que se bañen.

Higiene Bucal: Se refiere a la limpieza de los dientes con cepillo y crema dental así como la visita al odontólogo para prevenir infecciones en las encías, los dientes y sistema digestivo. Al respecto Rosales (1996) expresa que:

Resulta innecesario resaltar la frecuencia con que los problemas dentales afectan a las personas... porcentaje de usuarios lo padecen y son elevadas las repercusiones sociales y económicas de una inadecuada salud bucal (p. 54).

El personal de enfermería debe educar en relación a la importancia de esta actividad.

Cambio de Vestuario: Se refiere a la sustitución de prendas de vestir usadas por otras limpias. Esta actividad también es un hábito de salud muy importante. Después de cada baño, el individuo debe cobrarse las prendas sucias o sudadas por unas limpias, así se protege de los gérmenes y parásitos que se hallan en el ambiente. La enfermera debe enseñar a los usuarios de la unidad de Autocuidado sobre el cambio de ropa diaria como medida para prevenir enfermedades.

En cuanto a esta unidad las autoras pueden deducir que una buena higiene personal en el usuario del programa con la ayuda y el carisma del personal de enfermería es importante para su bienestar físico, mental y emocional.

### **UNIDAD III. Hábitos Viciosos.**

Tabaquismo: Enfermedad causada por la ingestión de nicotina en grandes cantidades: ataca en primer lugar al sistema nervioso autónomo, y a continuación a todo el cuerpo. El tabaquismo agudo produce un aumento de la actividad cardíaca después de un aminoración inicial, el descenso de la tensión arterial tras una subida de esta, el aumento de la actividad intestinal después de una corta inhibición y el agotamiento de la secreción glandular tras un breve aumento. El tabaquismo crónico produce arterioesclerosis precoz, trastornos circulatorios, hipertiroidismo, trastornos digestivos, el tabaco se relaciona con el 90% de cáncer pulmonar.



Drogas: Las drogas son un obstáculo serio al desarrollo intelectual y social de las personas, que impide su evolución natural hacia la edad avanzada, al prolongar la dependencia y la inmadurez. Las personas que utilizan drogas difieren unas de otras por el tipo de relación que se establece entre la voluntad, la droga y su conducta.

El uso excesivo de droga ocasional o frecuente deteriora el estado físico y psicológico y puede ocasionar sentimientos compulsivos de necesitarla y en la dependencia física se producen síntomas tales como vómitos, dolor abdominal. Es importante señalar que el uso de la droga está asociada al tabaco y el alcohol.

Alcoholismo: Conjunto de trastornos causados por el abuso de alcohol, pequeñas cantidades de éste actúan en primer lugar sólo sobre el sistema nervioso, disminuyendo las inhibiciones y exteriorizando su acción mediante aumento de locuacidad, falta de discernimiento y alucinaciones (embriaguez alcohólica); después se presenta un entumecimiento acompañado de inseguridad en el habla y en la deambulación y especialmente de un descenso de la capacidad de reacción (ebriedad).

El abuso prolongado crónico de alcohol tiene lugar una intoxicación alcohólica que puede manifestarse mediante polineuritis, ataxia, temblor, trastornos mentales, dilatación cardíaca, cirrosis hepática y esclerosis renal, además tiene lugar una degeneración anímica de la personalidad, que influye sobre las condiciones de la vida social.

#### **UNIDAD IV. Actividad Física y Alimentación Balanceada.**

Ejercicios físicos: La actividad físico o participación en actividades deportivas son muy necesarias para que el usuario del programa mejore su capacidad de ejercicio, para ello se requiere que el profesional de enfermería suministre atención al paciente y recomienda la importancia de mantener físico y emocionalmente

involucrado en atenciones a las limitaciones fisiológicas y al mantenimiento de su salud física.

El apoyo familiar comunitario y económico permite obtener en el paciente su máximo grado de desarrollo y bienestar psicosocial, el cual están referidos al proceso de una adecuada alimentación.

Dieta Hipercalórica: Las necesidades alimenticias del paciente están aumentadas por dietas que garanticen calorías, proteínas, minerales, vitaminas, debe consumir frutas, verduras, legumbres, pastas, hidratos de carbonos y consumir mucha leche, es importante que la enfermera debe hacerle la valoración nutricional e investigar el mayor aporte nutricional del paciente.

La promoción de la salud constituye el punto inicial para el desarrollo de estilos de vida sanos y la conformación de una cultura en salud en las personas de cualquier sexo, la atención de enfermería en el cuidado de los requerimientos nutricionales debe tenerse presente en la ingesta de alimentos que el cuerpo humano amerita.

## **UNIDAD V. Control Médico.**

Examen de Laboratorio: Son aquellos perfiles básicos que incluye determinación de hemoglobina, hematocito, proteínas y otros que requieren los usuarios del programa. Otras determinaciones se harán de acuerdo a las condiciones del paciente y a los datos recogidos durante la evaluación clínica que servirán como prueba. Es importante estar alerta ante la conducta alimentaria del paciente.

BK de Esputo: Es un examen que se realiza en el laboratorio con el fin de detectar la tuberculosis, el esputo es un producto de secreción del aparato bronco pulmonar que mediante carraspeo o a través de golpe de tos, resulta eliminado,

predominantemente formado por mucosidad, a veces está mezclado con pus, sangre, cuerpos extraños o agentes patógenos. Ejemplo: Bacilos Tuberculosos.

Consulta Médica Mensual: Es una estrategia que se emplea en medicina para llevar un control y observar el estado físico, las mejorías su función y su calidad de vida en los usuarios que acuden a la misma.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Álvarez (1997). *Folleto de Enfermería*. Publicado en material en línea.

Carl Hanb (2005). *Material en Línea*.

Carnevali, Doris, L. Patrick (1980). *Material Impreso*.

Internet (2000). *Funciones Docentes*. On-line. Disponible en <http://www.wnfermería.org/profesio/concepto/función/html.hospitaldeclínicas>. Caracas-Venezuela.

López, M. (1991). *Manual de Crecimiento y Desarrollo*. Caracas-Venezuela.

Metas Nutricionales y Guías de Alimentación (1988). Fundación Cavendes. Caracas-Venezuela.

Morazoni, B. Hardee, Polo de Reblon Marina (1997). *Enfermería Genética*. Tomo II. Caracas-Venezuela.

Organización Panamericana de Salud. (1990). *Condiciones de Salud en las América*. Washinton (USA) edición I.

Rosales (1996). *Documento en línea*.

Salas, A. (1990). *Efectos del Tabaco en el Organismo*. P.C.M. Año 4 Volumen 4 N° 1.

Sobre el Mundo Salud @ el [mundoespublicidadenelmundosalud.com](http://mundoespublicidadenelmundosalud.com)  
Mundinteractivos, S.A. Política de Privacidad.

Suárez, E. Parada, M. (2001). Material Mimeografiado.

Universidad Central de Venezuela. (1996). *Módulo de Enfermería Integral II*. Tomo I. Caracas-Venezuela.

## **CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **Conclusiones.**

- Las condiciones de la vivienda del paciente presentan problemas de habitabilidad, debido a que carece de una buena iluminación, ventilación, espacio físico ambientado, hacinamiento, falta de educación e inclusive en muchos casos pobreza crítica.
- La higiene personal es precaria debido a las condiciones socioeconómicas del paciente, que en muchas oportunidades, no cuentan con los requisitos mínimos aceptables y carecen de estrategias preventivas para combatir esta enfermedad.
- Los malos hábitos alimentarios aunados al consumo de tabacos, alcohol y drogas deterioran el aspecto físico del paciente lo que puede traer como consecuencia el deterioro de la personalidad.
- Las causas y consecuencias que representan, el uso de tabaco, drogas y alcohol evidencian que existe peligro tanto activo como pasivo en el ámbito fisiológico y ambiental que influyen en el deterioro de la imagen física e inclusive en el aspecto social.
- El desconocimiento de un buen soporte nutricional puede ocasionar desnutrición al paciente. La relación de ayuda es importante para incluir aporte dietético y establecer suplementos dietéticos en los pacientes que lo requieran.
- Los usuarios de la Unidad Neumonológica desconocen que deben cumplir con el control médico para eso es necesario la práctica de exámenes de laboratorio, de BK

de esputo y la consulta médica para minimizar y evitar la propagación de la tuberculosis pulmonar.

- El grado de desconocimiento o la poca información sobre la tuberculosis, unido a los factores culturales del medio influyen en la propagación de la enfermedad. De allí que el personal de enfermería tiene una misión importante en la prevención de esta enfermedad.

### **Recomendaciones.**

- Informar a la unidad de Neumonología del Hospital Dr. Manuel Núñez Tovar el objeto y las conclusiones del estudio que condujeron a recomendar.
- Dar a conocer a todas las instituciones de salud pública de la región oriental, el funcionamiento del programa de Autocuidado que tiene la Unidad de Neumonología del Hospital Dr. Manuel Núñez Tovar de Maturín Estado Monagas, la organización y la puesta en práctica del referido programa para ayudar al paciente que requiera su servicio una atención especializada.
- Incentivar al personal de enfermería que labora en la referida unidad de que suministre al usuario de la misma, una atención de enseñanza, al paciente de calidad, como lo merece un ser humano e instruirles hábitos de limpieza y prevención como lo requiere.
- Implementar en la unidad una asistencia en la atención de los usuarios referidos a las normas de cuidado personal tanto en la unidad como fuera de ella para evitar su reingreso a la misma.

- Planificar y desarrollar un programa que permita el seguimiento y control de los casos de pacientes institucionalizados y los controles que debe proseguir en el hogar, el cual ayudará al profesional de enfermería reforzar los conocimientos adquiridos por los pacientes a lo largo de su estadía en el.
- Solicitar ayuda a los familiares de los usuarios de la unidad para que ellos sientan la corresponsabilidad que deben tener con la institución y con el usuario para su debida curación y prevención.
- Solicitar dotación de los recursos humanos, materiales e institucionales que influyen en la planificación y programación de citas, para así lograr que aumente el número de pacientes que requieren ser atendidos en dicha unidad Neumonológica referido al Autocuidado de Tuberculosis.
- Revisar, adaptar y actualizar el programa de Autocuidado propuesto según lo cambios que se vayan detectando en la población objeto de estudio.
- Aplicar el programa propuesto a otras poblaciones para verificar su efectividad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brumer. (1996) *Las Infecciones Pulmonares*. Editorial Trillas. Argentina.1996

Cartas Neumológicas. (2002) *Proyecto Creado por la Universidad de la Sabana y Pfizer*. Colombia.

Documentos en Linea.

Dimas, M. Hernadez, C. Ruiz, O y Santos F, 2003 Factores Socioculturales del Indígena Panare e Incidencia de la Tuberculosis Pulmonar en la Comunidad perro de agua Municipio Cedeño del Estado Bolivar Trabajo Especial de Grado presentado en la Escuela de Enfermería de la U.C.V. Caracas.

España, M. (2003) *Situación Epidemiológica de la Tuberculosis en Venezuela*, <http://www.biomedicina.org.ve/eventos/Vie.13-00.htm>. Caracas.

Fernández. (2001) <http://www.healthig.com/latin/Venezuela9.html>. .

García, M. (2001) *Mycobacterium tuberculosis en pulmones sin lesiones tuberculosas, ¿Santuario inmunológico?* La Revista de Investigación Clínica. Vol 53.: [www.imbiomed.com.mx](http://www.imbiomed.com.mx).

Harrison, Bracinwald, Isselbacher, Petersdorf, Martin y Fauci (1991). *Principios de la medicina Interna*. Vol. 1. Interamericana McGraw-Hill. México.

Hurtado, J. (2000) *Metodología de la Investigación Holística*. Fundación Sypal. Caracas.

Jerez, M.T. (2000) *Casos Alarmantes*. El Sol. Maturín.

Latorre. P. (1980) *Tratamiento de la Tuberculosis*. Colombia.

Levine, M. (1969). *Introduction to Clinical Nursing* F.A.Davis Company. Philadelphia.

Martínez, L. (2000) *La Pobreza influye en repunte de la Tuberculosis*, La Prensa de Monagas, Maturín.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. 2002.



Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. (1996) *Programa Nacional Integrado de Control de la Tuberculosis*. División de Tuberculosis y enfermedades Pulmonares. Caracas.

Módulo de Enfermería Básica (1996) FUNDACA.

Módulo Instruccional Enfermería Comunitaria e Investigación Aplicada (s/f), *Programa de Profesionalización*. Venezuela.

Montiel, C. Pérez, A. Valera, E. 2003 Programa Educativo de la Enfermera de Atención Comunitaria sobre la prevención de la Tuberculosis Pulmonar dirigido a los usuarios Tuberculosos de la Ernia Wayúu trabajo especial de grado presentado en la escuela de enfermería de la U.C.V Caracas

Narain, C. (1999) *Higiene y Salud*. Caracas. Venezuela.

Neuman, B. (1996) *Atención de Enfermería Integral I*. 2da. Versión. Caracas.

Organización Mundial de la Salud (1993) *Revista N° 12*.

Organización Panamericana de Salud Pública (1999) *Programa de Lucha Contra la Tuberculosis*. Comunicado de prensa.

Organización Panamericana Sanitaria. (1994) *V.H.I y Tuberculosis*.

Pineda, E., Alvarado, E. y Canales, F. (1994) *Metodología de la Investigación*. Manual para el desarrollo de personal de salud. Segunda Edición. Organización Panamericana de la Salud. Washington.

Recomendaciones SEPAR. (2002) *Normativa sobre la Prevención de la Tuberculosis*. Arch Bronconeumol 38(9):441-51.

Robbiins y Cotran. (1997) *La Tuberculosis en los Adultos y Niños*. Editorial Mc Graw Hill. México.

Rojas, L y Silva F. (2002) Factores de Riesgos que inciden en el reingreso de enfermos con diagnósticos de Tuberculosis Pulmonar al servicio de neumonología del Hospital Julio Rodríguez de Cumana Trabajo Especial de grado presentado en la escuela de enfermería de la U.C.V de Caracas.

Ruiz. M (1998) *Historia de la Salud*. Barquisimeto Venezuela.

San Martín, H. (1984). *Salud Comunitaria. Teoría y Práctica*. Editorial Díaz de Santos, S.A. Madrid, España.

Tamayo, M. y Tamayo (2001) *El Proceso de la Investigación Científica*. Limusa Noriega Editores. México.

Torres M. (1996) *Modulo de Enfermería Comunitaria*

## **ANEXOS**

## **ANEXO “A”**

**Cuestionario para Medir la Información Sobre Medidas de Autocuidado de  
Tuberculosis Pulmonar que Poseen los Pacientes que Asisten al Área de  
Neumonología del Hospital Dr. Manuel Núñez Tovar Maturín Estado Monagas**

### Instrucciones:

Lea cuidadosamente y marque con una (X) donde considere que la respuesta sea Si o No.

- |  |               |
|--|---------------|
| 1- ¿Mantiene su vivienda iluminada en forma natural?:                | Si ( ) No ( ) |
| 2- ¿Usted mantiene su vivienda con una ventilación natural?:         | Si ( ) No ( ) |
| 3- ¿Realiza limpieza a su casa periódicamente?:                      | Si ( ) No ( ) |
| 4- ¿Duerme usted con más de dos personas en su habitación?:          | Si ( ) No ( ) |
| 5- ¿Consume agua potable o hervida?:                                 | Si ( ) No ( ) |
| 6- ¿Se baña usted diariamente con jabón y shampoo?:                  | Si ( ) No ( ) |
| 7- ¿Se cepilla los dientes después de cada comida, y al levantarse?: | Si ( ) No ( ) |
| 8- ¿Se cambia usted la ropa todos los días?:                         | Si ( ) No ( ) |
| 9- ¿Usted fuma o ha fumado alguna vez?:                              | Si ( ) No ( ) |
| 10- ¿Algunas de las personas con las que convives fuman?:            | Si ( ) No ( ) |
| 11- ¿Usted a consumido algún tipo de droga?:                         | Si ( ) No ( ) |
| 12- ¿Consume o consumió algún tipo de bebidas alcohólicas?:          | Si ( ) No ( ) |
| 13- ¿Ingiere usted bebidas alcohólicas frecuentemente?:              | Si ( ) No ( ) |
| 14- ¿Realiza usted ejercicios con frecuencia?:                       | Si ( ) No ( ) |
| 15- ¿Hace usted tres comidas diarias?:                               | Si ( ) No ( ) |
| 16- ¿Consume en su dieta todo tipo de alimentos?:                    | Si ( ) No ( ) |
| 17- ¿Se realiza los exámenes de laboratorio en la fecha indicada?:   | Si ( ) No ( ) |
| 18- ¿Se realiza el examen de esputo cuando lo indica el médico?:     | Si ( ) No ( ) |
| 19- ¿Cumple con la consulta médica en la fecha indicada?:            | Si ( ) No ( ) |