4031275

Et 5
40183

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

NOTA DE ACEPTACION

_____

_____

_____

_____

FIRMA DEL PRESIDENTE
DEL JURADO

_____

FIRMA DEL JURADO

_____

FIRMA DEL JURADO

_____

BARRANQUILLA, MAYO 27 DEL 2005

DEDICATORIA

Una investigación es un proceso largo y difícil por el cual contraemos múltiples deudas. En muchos momentos en el transcurso del proceso de investigación necesitamos apoyo, cariño, orientación intelectual y muchas cosas más. Varias personas nos dieron su apoyo en el cual le agradecemos.

Cada acto de nuestras vidas nos han sido mas que el reflejo de nuestras familias: Nuestros padres y nuestros hermanos. Los queremos entrañablemente y además le agradecemos por todas las cosas que nos enseñaron y el apoyo que nos ofrecieron.

Por ultimo agradecemos a la universidad y a nuestra docente Tayde Monterosa por enseñarnos y apoyarnos, ya que aprendimos mucho como personas profesionales prospero para graduarnos jefes de enfermería.

GRACIAS

ATTENTAMENTE:

Lucelys Barrios
Emma Diaz
Libia Sierra

COMPORTAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGOS BIOLOGICOS Y SOCIALES DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA EN EL AÑO 2004.

LUCELYS BARRIOS
EMMA DIAZ
LIBIA SIERRA

DOCENTE:
TAYDE MONTERROSA

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR
BARRANQUILLA
ENFERMERIA VII SEMESTRE

2005

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

COMPORTAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN LOS FACTORES DE RIEGOS BIOLOGICOS Y SOCIALES DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA EN EL AÑO 2004

LUCELYS BARRIOS
EMMA DIAZ
LIBIA SIERRA

PROPUESTA PARA OBTENER EL TITULO DE ENFERMERIA PROFESIONAL

DIRECTOR :

TAYDE MONTERROSA
MAGISTER EN EPIDEMIOLOGIA

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMON BOLIVAR
BARRANQUILLA
ENFERMERIA
2005

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

CONTENIDO

1. TITULO
2. PLANTEAMIENTIO DEL PROBLEMA
3. JUSTIFICACIÓN
4. OBJETIVOS
5. PROPÓSITO
6. MARCO TEÓRICO
7. ELEMENTOS METODOLÓGICOS

7.1 TIPO DE ESTUDIO

7.2 POBLACIÓN ESTUDIO

7.2.1 Universo

7.2.2 Variables

7.2.3. Cuadro de Operacionalizaciòn de Variables

7.3. RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

- 7.3.1. Fuente de Información

7.3.2 .Técnicas

7.3.3. Instrumento

7.4. PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

7.5. PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

7.6. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

8. TABLAS Y GRAFICAS
9. ANALISIS
10. DISCUSIONES
11. CONCLUSIONES
12. RECOMENDACIONES
13. BIBLIOGRAFIA
14. ANEXOS

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

1. TITULO

COMPORTAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN LOS FACTORES DE RIEGOS BIOLOGICOS Y SOCIALES DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA EN EL AÑO 2004

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa causada por el bacilo mycobacterium tuberculosis y excepcionalmente, mycobacterium bovis; ésta puede penetrar en el cuerpo a través de tubo digestivo, el sistema genitourinario y el sistema respiratorio.

Entre las enfermedades infecciosas la tuberculosis (TBC) es la segunda causa de muerte entre los adultos en el mundo. La coinfección TBC/VIH y la multiresistencia están siendo abordadas, pero no son un problema resuelto[1].

Actualmente los países conocen mejor sus limitaciones pero el control de la enfermedad, ha evidenciado debilidad de los sistemas de salud pública, tales como: comunidades, cuidado primario, administración urbana, sistema de seguridad social y falta de participación del sector privado. El comportamiento histórico de la tuberculosis en Colombia ha mostrado un descenso hasta 1997, año a partir del cual muestra un comportamiento variable, con una tendencia ligera hasta el 2002; en donde en el presente año se informa un alto riesgo en Risaralda, Chocó, Córdoba, Casanare, Bogotá y Barranquilla. Con respecto a las estrategias y su implementación, en el país avanzado de forma lenta y se han identificado problemas en aspectos como: el apoyo político al programa de tuberculosis, el proceso de reforma del sector salud, la Falta de dotación de recursos humanos y la necesidad de mejorar en la capacitación (Gerencia/supervisión), un sistema
de registro inconsistente y retraso en la notificación. De igual forma en Barranquilla se desarrolla un proyecto de fortalecimiento de estas estrategias en comunidades.[2]

---

[1] GUEVARA, Juárez centeno. Tuberculosis y la importancia de incorporar nuevas metodologías diagnosticas, Revista de la facultad de medicina de la Universidad de Bucaramanga. MED UNAB Vol.6. 16 de mayo del 2003.
Pág.45.

[2] GARCIA, Ingrid. Subdirección de vigilancia y control en salud pública. Panorama de la tuberculosis en Colombia. Pág. 1 y 2.

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

En la actualidad en el Hospital Universitario de Barranquilla está trabajando el programa de tuberculosis, reportando un total de 38 pacientes afectados de los cuales se presentan una prevalencia de 10 casos en el año 2003 y una incidencia de 28 casos que pertenecen al año 2004.

Afortunadamente los pacientes cuentan con un sistema general de salud a través del régimen subsidiado, de ésta manera se le facilita el tratamiento oportuno para disminuir el riesgo a complicaciones.

Por lo tanto como estudiantes de enfermería se resaltará la importancia de la tuberculosis como un problema de salud pública, en donde hoy en día se ha incrementando en un sin número de personas afectadas y es por esto que el grupo de investigación decide plantear la siguiente pregunta problema, ¿Cuál es el comportamiento de la tuberculosis pulmonar según los factores de riesgos biológico y sociales de los pacientes atendidos en el hospital universitario de Barranquilla en el año 2004?

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

3. JUSTIFICACIÓN

La tuberculosis es una enfermedad humana antigua y se mantiene como una de las mas extendidas en el mundo. Se estima que un tercio de la población mundial esta infectada con una forma latente de mycobacterium tuberculosis: cada año se reportan 8.2 millones de nuevos casos de los cuales tres millones fallecen, es decir, el 6% de todas las muertes del planeta. En América latina se establece de 250 a 300 mil nuevos casos y de 20 a 25 mil muerto por año. Por lo que se coloca en tercer lugar de incidencia, por debajo de África y Asia, número 1 y 2 respectivamente y se ubica en Brasil, México y Perú como los de más incidencia[3].

De acuerdo con la incidencia de tuberculosis en Colombia fue de 53% en el año 2002 , para el 2003 se reporto un 95% de la información de las personas afectadas. De 11.160 casos nuevos de tuberculosis ocurrieron en menores de 15años y más de 44 años, la mayor proporción de casos ocurrió en los hombres con el 59.6%[4].

En el departamento del Atlántico la tuberculosis inició su incremento en la captación de casos desde el año 2001 y disminuyó en el 2003 (2001: 192 casos, 2002: 201 casos, 2003: 164 casos). Para el 2004 hasta octubre se ha presentado un incremento del 31% con respecto al total de casos notificados el año anterior.

- Total de casos diagnosticados pulmonar y extrapulmonar: 207
- Total de retratamientos: 4 casos
- Total de casos pulmonares: 188, representa el 88.3% del total de casos.
- Total de casos extrapulmonares:19, que corresponde al 11.3% del total de casos.

Por tanto la tasa de casos de tuberculosis pulmonar en el departamento del Atlántico es de:19.5 por 100.000 habitantes.

---

[3] GARCIA, Ingrid. Subdirección de vigilancia y control en salud pública.Panorama dela tuberculosis en Colombia. Pág. 1.
[4] DANE. Departamento nacional de estadísticas. http://www.Dane.gov.co.

Distribución por sexo: De los casos pulmonares el 43.1% (81 casos) son mujeres y el 56.9% (107 casos) hombres.

Distribución según edad: Se observa que el mayor porcentaje lo representa el grupo de 25 a 34 años, concentrándose los casos en el de grupo de población económicamente activa 25 a 54 años.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 5 años	11	5,85%
5 – 14 años	6	3,19%
15 – 24 años	30	15,96%
25 – 34 años	36	19,15%
35 – 44 años	31	16,49%
45 – 54 años	29	15,43%
55 – 64 años	18	9,57%
65 y más	23	12,23%
Sin información	4	2,13%
Total	188	100,00%

Cifras comprendidas del año 2003

Distribución según ocupación: El 55.4% trabaja, 24.5% se dedican al hogar, 11.7% desempleados, 6.9% trabajos del campo y 1.5% son estudiantes.

Procedencia: La siguiente tabla muestra la incidencia de casos por municipio, se tiene que el mayor numero es aportado por los municipios que tienen más población como son: Soledad, Malambo y Sabanalarga y no reportaron casos los municipios de Tubará, Piojo, Manatí y Repelón.

Se observa que las más altas tasas de incidencias la presentan los municipios de Soledad, Sabanalarga, Baranoa, Galapa.[5]

[5] PEÑALOSA, Sixta, Subsecretaría de salud pública. Situación de la tuberculosis en el departamento del Atlántico, octubre 14 de 2004.

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje	Tasa de incidencia x 100.000 habitantes
BARANOA	9	4,80%	0,9
CAMPO DE LA CRUZ	4	2,10%	0,4
CANDELARIA	5	2,70%	0,5
GALAPA	9	4,80%	0,9
JUAN DE ACOSTA	1	0,50%	0,1
LURUACO	4	2,10%	0,4
MALAMBO	32	17,00%	3,3
PALMAR DE VARELA	8	4,30%	0,8
POLONUEVO	3	1,60%	0,3
PONEDERA	5	2,70%	0,5
PUERTO COLOMBIA	3	1,60%	0,3
SABANAGRANDE	2	1,10%	0,2
SABANALARGA	15	8,00%	1,6
SANTA LUCIA	1	0,50%	0,1
SANTO TOMAS	4	2,10%	0,4
SOLEDAD	81	42,50%	8,4
SUAN	1	0,50%	0,1
USIACURI	1	0,50%	0,1
TOTAL DEPARTAMENTO	188	100,00%	19,5

Cifras comprendidas del año 2003

Tuberculosis asociado con VIH- SIDA: La infección por VIH es el más poderoso factor reconocido que aumenta el riesgo de progresión a enfermedad en los infectados con M. tuberculosis. El riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa en una persona con ambas infecciones es del 50%.

Fracaso al esquema de tratamiento: Se considera sospechoso de fracaso el caso con baciloscopia inicial positiva que siguió siendo, o volvió a ser positiva al cuarto mes de haber comenzado el tratamiento, en donde se obtuvo un porcentaje de 4.8%.

Vacunación con BCG: Consiste en vacunar a todo recién nacido y todo menor de cinco (5) años que no haya sido vacunado; en donde se obtuvo un resultado de 121%.[6]

[6] SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA. Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. Pág. 23

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el comportamiento de la tuberculosis pulmonar según los factores de riesgos biológicos y sociales de los pacientes atendidos en el hospital universitario de Barranquilla en el año 2004.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la procedencia de los pacientes con TBC.
- Determinar la incidencia de tuberculosis en el año 2004
- Determinar la edad de los pacientes con tuberculosis.
- Identificar el sexo de mayor prevalecía de pacientes afectados de tuberculosis.
- Identificar el estrato socioeconómico de los pacientes con tuberculosis.
- Identificar los antecedentes de VIH- SIDA y de otras patologías de pacientes con tuberculosis.
- Determinar el número de personas que conviven con los pacientes afectados de tuberculosis.
- Establecer los antecedentes de la TBC en las familias que conviven con pacientes infectados con tuberculosis
- Identificar antecedentes de vacunación con BCG en los pacientes infectados con tuberculosis.
- Determinar la ocupación de los pacientes con TBC.
- Determinar antecedentes de desnutrición de los pacientes con TBC.
- Determinar antecedentes de alcoholismo en los pacientes con TBC.
- Determinar antecedentes de diabetes de los pacientes con TBC.
- Determinar los hábitos de drogadicción de los pacientes con TBC.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

5. PROPÓSITO

Contribuir a la reducción de la incidencia de la tuberculosis pulmonar mediante la prevención y control de los factores de riesgos biológicos y sociales garantizando la atención integral a la población afiliada y beneficiaria, por lo tanto se realizarán actividades, intervenciones y procedimientos de educación, información, promoción de la salud y rehabilitación de los enfermos tuberculosos.

De esta manera los pacientes se beneficiarán a través de las terapias y el tratamiento preventivo para eliminar la bacterias tuberculosas antes que se establezca en el individuo complicaciones que amenacen de manera significativa al afectado.

6. MARCO TEÓRICO

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, denominada también TBC, que en el ser humano es producida por la bacteria Mycobacterium Tuberculosis; esta se trasmite de persona a persona a través de gotitas suspendidas en el aire (producidas al toser o estornudar). La bacteria respirada llega a los pulmones y se multiplica formando un "foco" infeccioso; ésta vía de infección es la más frecuente ya que las partículas de aerosoles que contienen la bacteria pueden ser liberados por un paciente con infección TBC. En algunos casos puede moverse por medio del sistema linfático hacía otras partes del cuerpo, tales como riñón, espina dorsal y cerebro, donde generan una TBC extrapulmonar. La tuberculosis pulmonar es la más frecuente y por lo general puede causar algunos de estos síntomas: tos aguda que perdure más de dos semanas, dolor en el pecho, esputo con sangrado, " flema proveniente de los pulmones", debilidad o fatiga, perdida de peso, falta de apetito, escalofríos, fiebre y sudoración nocturna.

La mayoría de los individuos que respiran la bacteria de TBC y llegan a infectarse, son capaces de contenerla mediante su sistema inmunológico e inactivarla por un largo período sin causarle la enfermedad, es decir, establecen una infección latente de TBC, sin embargo, es de hacer mención que el bacilo aprovecha cualquier debilidad del sistema inmunológico para activarse, aunque la mayoría de personas con una TBC latente nunca desarrollan una TBC activa. Es por lo anterior que la aparición del virus del síndrome de inmune deficiencia adquirida (Sida) y fenómenos de hambruna, los cuales comprometen el sistema inmunológico y facilitan la activación de un TBC latente, están funcionando como potenciadotes de la enfermedad y generando bacterias patológicamente más agresivas y en casos extremos multidrogoresistentes. Una TBC no muestra síntomas aparentes; pese a ello, es posible detectarla mediante una reacción positiva a la prueba de la piel (tuberculina) y recientemente mediante la

cuantificación de interferón gamma producido por células ante una estimulación con antígenos de TBC[7].

El desarrollo de la enfermedad se da por una serie de factores de riesgos que son: la susceptibilidad es universal para todas las edades y sexos, sin embargo la desnutrición, el hacinamiento, las malas condiciones higiénicas, infección por ViH, algunas enfermedades debilitantes, la diabetes, el estrés, el alcoholismo, la drogadicción y la procedencia de la persona.[8]

Una enfermedad infecciosa caracterizada por la producción de tubérculos, pequeños nódulos redondeados que pueden aparecer en casi todas las partes del cuerpo. Está causada por el germen comúnmente llamado tuberculoso, del cual existen muchas variedades.

La década pasada ha visto avances tremendos en el control y el tratamiento de la tuberculosis. El índice de mortalidad en los estados unidos ha bajado desde 250 por cada 100.000 personas a índices de 5 en muchos estados.

La tuberculosis permanece siendo una enfermedad crónica y cicatriza y el cicatrizado no es completo puede sufrirse recaída. Aunque en las fases agudas de la enfermedad, las nuevas drogas actúan rápidamente para promover la cicatrización, el tratamiento del paciente tuberculoso puede requerir un largo tiempo. El descubrimiento y aplicación de nuevas drogas, tales como estreptomicina, ácido para aminosalicilico y la isoniazida virtualmente revolucionado el tratamiento de la tuberculosis, y los pacientes ahora pueden ser ha tratados por una combinación de hospital y tratamiento casero, mas bien que ser internados en un sanatorio. El cierre del Trudeau en el Lago Saranac fue una indicación dramática del cambio en el acercamiento al tratamiento de la tuberculosis.

---

[7] GUEVARA. Juárez centeno. Tuberculosis y la importancia de incorporar nuevas metodologías diagnosticas. Revista de la facultad de medicina de la universidad de Bucaramanga. MED UNAB Vol.6. 16 de mayo del 2003. Págs. 46, 47, 48 y 49.

[8] SÁENZ. Aguirre Corando. Infecciones de vías respiratorias. Fascículo 9. Laboratorio Procaps. Mundo Médico, S.A. Págs. 2 y 3.

UNIVERSIDAD DEL NORTE
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

Sin embargo, los sanatorios son todavía recomendados en algunos casos en donde el hospital y el cuidado casero no son adecuados.

En el pasado la tuberculosis era muy pocas veces sospechada hasta que aparecía tos severa con expectoración; seguida por perdida de peso y perspiración nocturna. Con los métodos modernos, la enfermedad puede ser detectada mucho antes de que tales síntomas serios se hayan desarrollado. Las radiografías revelan los cambios en los pulmones y las unidades móviles de rayos X son comunes ahora en muchas comunidades. Otro método de detectar la tuberculosis es la prueba tuberculina, un material contenido proteínas producidas por los bacilos tuberculosos, es aplicada a la piel o en algunos casos inyectada entre las capas de la piel. Una reacción positiva en la piel indica que los tejidos están sensibilizados por el germen de la tuberculosis, y que los gérmenes se encuentran presentes y la infección existe en alguna parte del cuerpo. Ocasionalmente las reacciones a las prueba tuberculina pueden ser dudosas, y ensayos adicionales, incluyendo ensayos de esputo y preparaciones de placas pueden ser necesarios.

Generalmente si el ensayo es positivo, otras pruebas, tales como diagnostico bacteriológico se administran para no tener duda alguna de que se encuentra presente la tuberculosis. Los casos positivos de la prueba de tuberculina, mostrando la infección crónica en los pulmones y mostrando por rayos X son considerados normalmente como tuberculosos a menos de que el diagnóstico bacteriológico indique algo distinto. Ciertas enfermedades fungales de los pulmones imitan precisamente a la tuberculosis.

El causante de la tuberculosis fue descrito primeramente en 1882 por el bacteriólogo Robert Koch. Existe una variedad de estos gérmenes, algunos infectando primordialmente a los seres humanos y otros al ganado, pájaros y animales de sangre fría. El tipo de germen que afecta al ganado puede infectar a seres humanos, generalmente a través de la leche de ganado infectado, y responsable mayormente por la tuberculosis de los huesos, de las articulaciones y de las glándulas linfáticas, especialmente en niños. Sin embargo, la incidencia de la tuberculosis en el ganado ha

sido reducida hasta casi el punto de desaparición debido a la institución de ensayos tuberclinicos para ganado. En otros países donde el control del ganado tuberculoso no ha sido tan eficiente, la enfermedad continúa teniendo un índice elevado.

Aunque la tuberculosis pulmonar es la forma más común, las glándulas, el cubrimiento del cerebro (tuberculosis meníngea) el fluido espinal, el ojo, y muchos otros tejidos, pueden estar afectados. En la tuberculosis miliar aguda de tipo generalizado, el bacilo tuberculoso puede estar diseminado a través de todos los órganos del cuerpo. La tuberculosis pulmonar activa, "tuberculosis galopante"puede ser difícil de diagnosticar cuando aparece. Puede atacar súbitamente con tos, y esputo tinto en sangre y en tales casos debe consultarse rápidamente a un medico. De esta forma, que en tiempo atrás era rápidamente fatal, ha cedido ahora las drogas modernas. La tuberculosis de la región abdominal, afectando los intestinos y notros órganos, es Rara en los estados Unidos. Una de las formas mas desesperantes conocida como enfermedad de Pott, por el medico británico que primeramente la describió, causa invalidación y curvatura de la espina dorsal.

Una persona puede tener tuberculosis en los pulmones y alguna otra forma de la enfermedad al mismo tiempo.

La tos es el síntoma mas conocido de la tuberculosis y es una indicación de que la infección por parte del bacilo tuberculoso o por algún otro germen ha llegado a los pulmones. Cualquier tos que persista por tres a cuatro semanas debe siempre se llevada a la atención de un medico. La tos es frecuente acompañada por expectoración y en algunos caso suficiente destrucción del tejido pulmonar ha ocurrido para que se expectore sangre. Mas aun puede fluir liquido desde las paredes del pecho, un ejemplo del modo en que el cuerpo trata de controlar la infección. Otro modo en que el organismo trata de controlar es cubrir o emparedar la infección con tejido cicatrizante, un proceso conocido como fibrosis.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARQUISIMETO

La persona tuberculosa sufre malestar garantizado, pierde peso y se siente débil. Una elevación ieve de la temperatura en la tarde, o fiebre y un incremento en la velocidad del pulso pueden también aparecer y la perspiración nocturna es común.

El examen por rayos X revelara la extensión en que el pulmón esta afectado y un examen físico del pecho determinaran cualquier cambio que haya tomado lugar en su forma o contorno y movimiento. Colocando sus manos sobre el pecho, el medico puede determinar la presencia de espasmos de los músculos y vibraciones asociadas con el pasaje del aire dentro y fuera del pulmón. El médico también golpeara el pecho y notara si el sonido es sordo, si tiene resonancia incrementada o si existe respuesta timpánica.

Los sonidos hechos por el aire al pasar dentro del pulmón, como se oyen a través de un estetoscopio, indican cualquier interferencia con el pasaje del aire, la presencia de los fluidos o tejidos sólidos, o cualquier otro cambio.

El esputo es examinado para determinar la presencia de gérmenes tuberculosos que conclusivamente apunten a tuberculosis La ausencia de evidencia bacteriológica no indica, sin embargo, la exclusión de la enfermedad, debido a que en los estados tempranos de la infección los gérmenes pueden estar ausentes hasta en 35% de los casos.

El éxito del tratamiento depende mayormente del reconocimiento de la enfermedad en el momento más temprano posible. Una vez que el médico ha determinado la extensión de la tuberculosis, la edad de la infección, las porciones de tejido afectado y otros factores significativos, decidirá el curso a seguir, no sólo medicinalmente sino también personalmente con el paciente. Un entendimiento y actitud saludables de parte del paciente hacia su enfermedad puede ser un gran factor contribuyente en la afectividad del tratamiento.

Problemas sociales y económicos enfrentan a muchas familias cuando algún miembro desarrolla tuberculosis y los departamentos de servicios sociales de los hospitales a menudo son de gran ayuda en resolver estos problemas. Desde un punto de vista medico el principio del tratamiento de descanso requiere tanto como sea posible, libertad de ansiedades y precauciones y al ayudar a la solución de estas, los servicios sociales pueden ayudar al estado físico del paciente.

Una vez que el diagnostico ha sido establecido, casi sin excepción alguna todo caso de tuberculosis es tratado con las drogas apropiadas durante por los menos doce meses y generalmente entre 18 y 24 meses. Combinaciones de estreptomicina, isoniazida y ácido paraaminosalicilico son prescriptas en la mayoría de los casos. Descanso en cama, del tipo sanatorio, es recomendado cuando se comienza el tratamiento pulmonar activa, seguido por un estado semi ambulatorio y luego un periodo ambulatorio de actividad limitada.

Aunque en un tiempo se creyó que un clima seco, fresco y alto era más conducido a la cura de la tuberculosis, se ha establecido ahora que la enfermedad puede ser tratada en cualquier clase de clima. La atención de un buen hospital o sanatorio, descanso suficiente, buena comida y administración de drogas antituberculosas y otros factores, son primordialmente significativos.

Debido a la afectividad de la terapia prolongada con drogas, una combinación de tratamiento casero y hospital es recomendada siempre que sea posible. La Sociedad Trudeau Americana ha publicado el siguiente sumario: "El tratamiento de la tuberculosis hoy día es una materia compleja que requiere la supervisión continuada de un médico o médicos bien entrenados, el uso de facilidades de laboratorio complicadas para la evaluación apropiada y el uso a largo termino e interrumpido de drogas antituberculosas apropiadas; la disponibilidad de cirugía toráxica competente en muchos casos, la oportunidad para un buen cuidado del enfermo y efectivo descanso físico por largo tiempo y relajación emocional; la disponibilidad de educación del

paciente y la proporción apropiada ocupacional y servicio social medico, y facilidades apropiadas para el aislamiento.

Se concluye que en la mayoría de los casos este servicio y tratamiento pueden ser ofrecidos mejor en un hospital, durante por lo menos las fases agudas de la tuberculosis, y para las fases mas tardías, a menos que se encuentra disponible un buen cuidado casero adecuadamente supervisado.

Las comunicaciones indican que se están obteniendo buenos resultados en aquellas comunidades en donde el programa hospitalario y cuidados caseros supervisado se encuentran coordinados. El tratamiento es comenzado en el hospital y continuado a través del periodo agudo, generalmente hasta que las cavidades cierran, el esputo es negativo y el curso de la enfermedad es predecible.

Luego un programa apropiadamente supervisado de cuidado casero, con el continuo tratamiento por drogas es establecido. El empleo de neumotórax artificial para el colapso del pulmón ha sido casi completamente abandonado, debido a la incidencia alta de complicaciones serias. Sin embargo, cuando es necesario producir el colapso del pulmón para descansarlo, la toraxoplastia, una operación de la pared del pecho en que ciertas porciones de las costillas son removidas, permanece siendo un procedimiento efectivo.

El uso de isoniazida para tratar tuberculosis miliar aguda y meningitis tuberculosas, ha producido una reducción espectacular en el índice de mortalidad, y en algunos grupos la supervivencia llega a un índice de entre 80 a 100 por ciento. En general la tuberculosis que afecta partes del cuerpo que no sean los pulmones es tratada con las mismas drogas que el tuberculoso pulmonar. El conocimiento extenso de la tuberculosis de que se dispone en la actualidad, hace que su prevención completa sea una buena posibilidad. El quitar aquellos males y condiciones que rebajan la resistencia y hacen que el cuerpo se haga más susceptible a la infección tuberculosa, tales como áreas de

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL CARIBE
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

conventillos, en donde las normas de salud e higiene son vías puede disminuir gradualmente la incidencia de tuberculosis. Una medida mas inmediata es la detección de la tuberculosis a través de examen físico general una vez por año.
Los casos activos deben ser aislados y las personas que han estado expuestas deben estar particularmente en guardia. Cada persona que presente síntomas de tuberculosis, perdida de peso y apetito, nausea, fiebre persistente, tos y expectoración persistente, un resfriado prolongado o escupido con sangre, debe consultar inmediatamente al médico.[9]

Existen varias maneras de prevenir la tuberculosis. Por ejemplo. Se puede utilizar luz ultravioleta germicida en aquellos lugares en que varias personas con distintas afecciones pueden tener que estar sentadas juntas por varias horas, como en los hospitales o en las salas de espera de urgencias. Esa luz destruye las bacterias que se encuentren en el aire.

El fármaco isoniazida es muy eficaz cuando se aplica a personas con alto riesgo de desarrollar tuberculosis. Entre estas se encuentran quienes han estado en estrecho contacto con personas afectadas por la enfermedad. Como por ejemplo los trabajadores sanitarios cuyas pruebas cutáneas de la tuberculina hallan pasado a ser positivas (cuando antes eran negativas) y cuyas radiografías no revelen ninguna enfermedad. Ello significa que existe una infección reciente que todavía no se ha desarrollado completamente; puede curarse tomando isoniacida a diario durante 6 a 9 meses. Estudios recientes han demostrado que alrededor del 10% de las personas con infecciones recientes desarrollan tuberculosis si no se aplica un tratamiento, cualquiera sea su edad.[10]

---

[9] Fishbein Morris. Enciclopedia familiar de la medicina y la salud Vol. 2 Pág. 744- 748
[10] Berkow. Rober. Manual Merck de información medico. Editorial océano. Pág. 919

7. ELEMENTOS METODOLÓGICOS

7.1 Tipo de estudio: descriptivo transversal

7. 2 Población estudio: 20 personas

7.2.1Universo: todos los pacientes inscritos en el programa de tuberculosis en el hospital universitario de Barranquilla en el año 2004 para un total de 20 personas

7.2.2 Variables:

Factores Biológicos

1. Sexo
2. Edad
3. Sida
4. Desnutrición
5. Diabetes
6. Antecedentes de TBC en la familia
7. Antecedentes de vacuna con TBC

Factores Sociales

8. Procedencia
9. Drogadicción
10. Hacinamiento
11. Condiciones higiénicas
12. Ocupación
13. estrato socio-económico
14. Composición familiar
15. Alcoholismo

7. 2.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

MACRO VARIABLE	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÒN	CRITERIO DE CLASIFICACIÓN
Factores biológicos	Edad	Tiempo transcurrido en días , meses y años cumplidos	Cuantitativa	Razón	15 - 24 años 25 – 44 años 45 –59 años 60 años y más.
	Sexo	Características que diferencia el hombre de la mujer.	Cualitativo	Nominal	Masculino Femenino
	SIDA	Enfermedad depresible del sistema inmune.	Cualitativa	Nominal	Si o no
	Desnutrición	Trastornos nutricionales del organismo por una mala alimentación.	Cualitativo	Nominal	Si o No
	Diabetes	Enfermedad caracterizada por el aumento de la glucosa.	Cualitativo	Nominal	Si o No

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARQUISIMETO

	Antecedentes de TBC en la familia	Para ver si algún miembro de la familia ha sufrido de TBC que se pueda convertir como factor de riesgos.	Cualitativa	Nominal	Si o No
	Antecedentes de vacuna con TBC	Para ver si la persona aceptada tiene el esquema de vacunación completa.	Cualitativo	Nominal	Si o No
Factores sociales	Procedencia	Municipio, departamento o nación que constituye el lugar habitual de vivienda.	Cualitativo	Nominal	Rural y urbana
	Drogadicción	Es el consumo alucinógenas.	Cualitativo	Nominal	Si o No
	Hacinamiento	Numero elevado de personas que ocupa un lugar específico.	Cuantitativo	Nominal	Si o No
	Ocupación	Cargo que desempeña una persona en su ámbito laboral.	Cualitativo	Nominal	Si o No

	Estrato socioeconom.	Es la capacidad económica con la que cuenta una persona para subsistir.	Cuantitativo	Ordinal	Alto Medio Bajo
	Alcoholismo	Enfermedad ocasionada por el abuso de bebidas alcohólicas.	Cualitativo	Nominal	Si o No

7.3 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN: al momento de realizar recolección de los datos no fue posible el acceso de la 28 historias clínicas de los pacientes que durante el año 2004 había presentado la patología, sólo nos facilitaron 20 historias clínicas de las cuales obtuvimos la información necesaria.

Fue necesario enviar una carta al director de la institución para adquirir el premiso y así facilitar el desarrollo de la investigación

7. 3.1 Fuente secundaria: datos obtenidos de las historias clínicas

7.3.2 Técnicas: Observación y revisión de las historias clínicas de los pacientes con TBC.

7.3.3 Instrumento: Formulario individual por cada historia clínica del paciente de la información.

7.4 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: se procesará de forma sistemática, en el equipo BENQ- V551 a través de los programa Microsoft Word y Microsoft Excel.

7.5 PRESENTACION DE LA INFORMACIÓN: los resultados se presentan en tablas de frecuencia y gráfica de barra.

7.6 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN: el análisis se hizo mediante medidas de frecuencia y porcentajes.

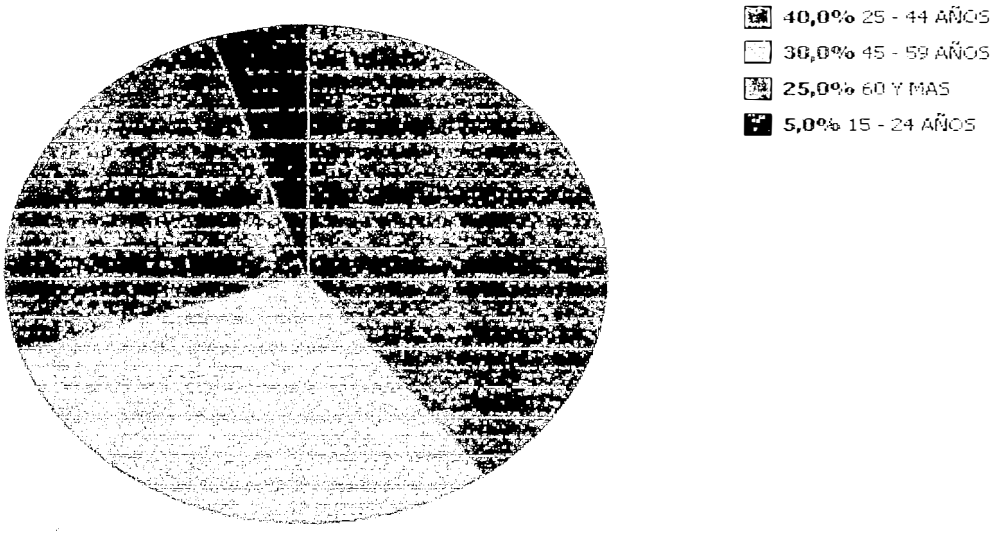
8. TABLAS Y GRAFICAS

TABLA №1
FRECUENCIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN LA EDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA EN EL AÑO 2004.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15-24 AÑOS	1	5%
25- 44 AÑOS	8	40%
45-59 AÑOS	6	30%
60 Y MAS	5	25%
TOTAL	20	100%

FUENTE: historias clínicas

GRAFICA № 1
FRECUENCIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN LA EDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA EN EL AÑO 2004.



FUENTES: Tabla № 1

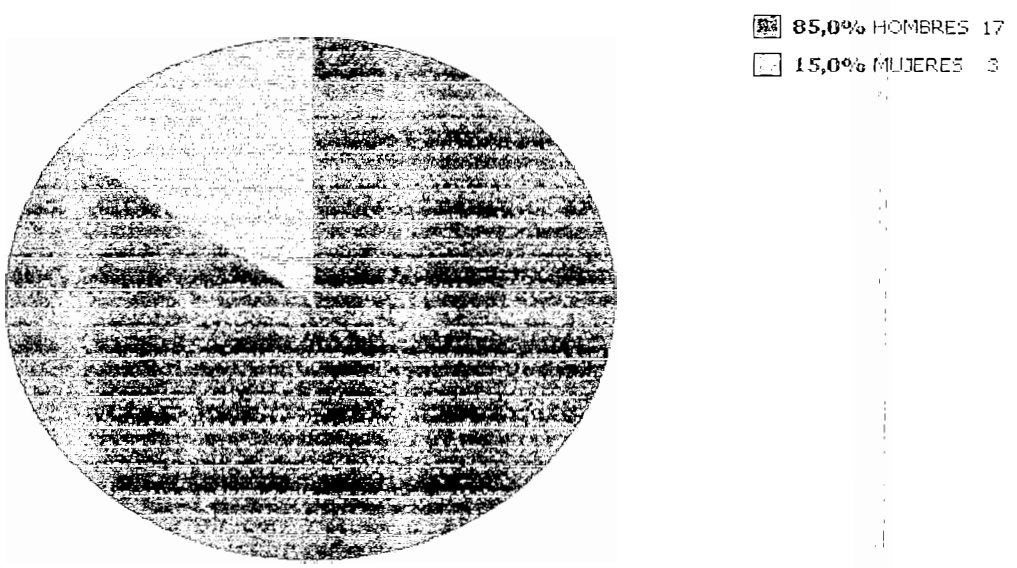
UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

TABLA № 2
FRECUENCIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN EL SEXO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA EN EL AÑO 2004.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUJERES	3	15%
HOMBRES	17	85%
TOTAL	20	100%

FUENTE: historias clínicas

GRAFICA № 2
FRECUENCIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN EL SEXO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA EN EL AÑO 2004.



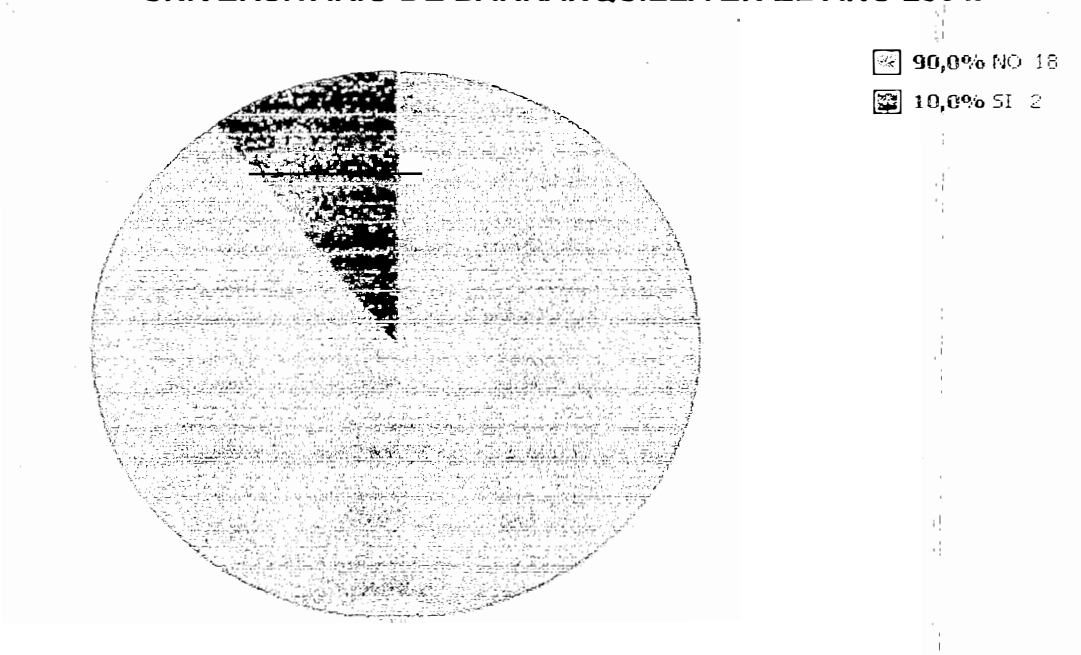
FUENTES: Tabla № 2

TABLA № 3
FRECUENCIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN EL SIDA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA EN EL AÑO 2004.

SIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	2	10%
NO	18	90%
TOTAL	20	100%

FUENTE: historias clínicas

GRAFICA № 3
FRECUENCIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN EL SIDA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA EN EL AÑO 2004.



FUENTES: Tabla № 3

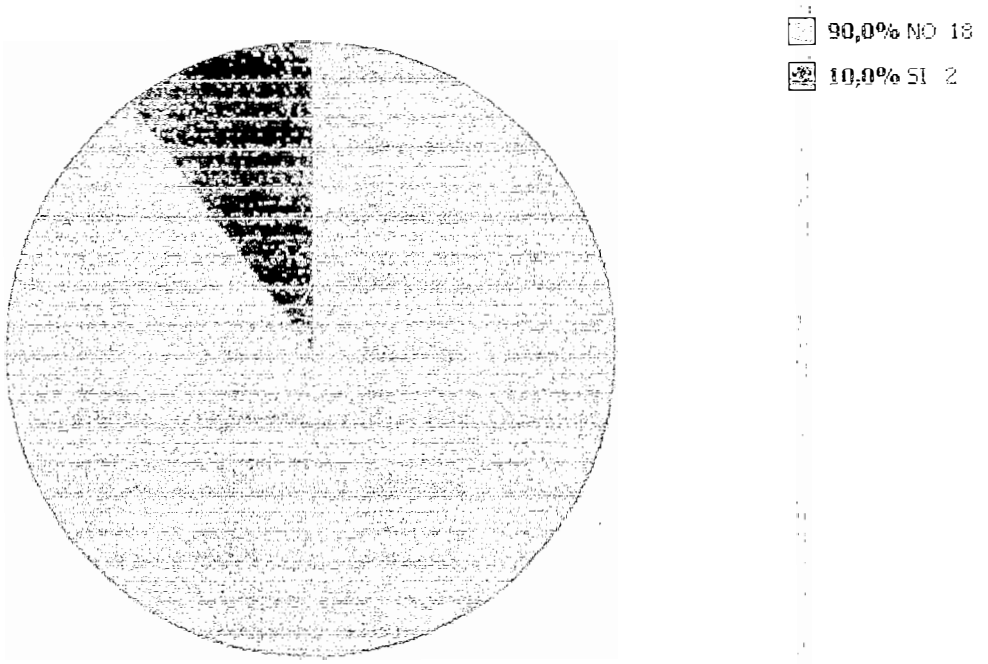
UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

TABLA № 4
FRECUENCIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN LA DESNUTRICIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA EN EL AÑO 2004.

DESNUTRICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	2	10%
NO	18	90%
TOTAL	20	100%

FUENTE: historias clínicas

GRAFICA № 4
FRECUENCIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN LA DESNUTRICIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA EN EL AÑO 2004.



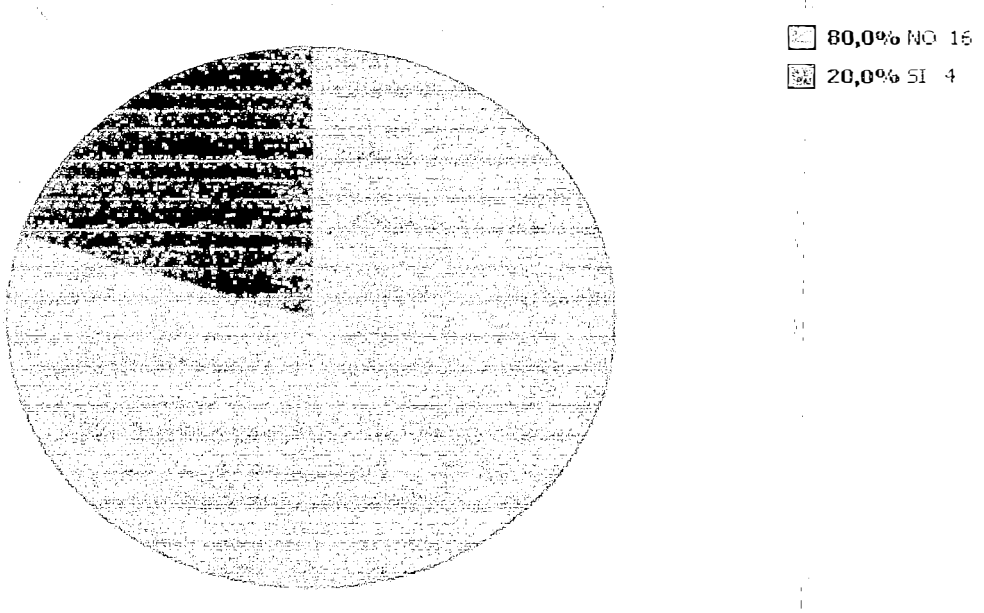
FUENTES: Tabla № 4

TABLA № 5
FRECUENCIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN LOS ANTECEDENTES DE TUBERCULOSIS EN LA FAMILIA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA EN EL ANO 2004

ANTECEDENTES DE TBC EN LA FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	20%
NO	16	80%
TOTAL	20	100%

FUENTE: historias clínicas

GRAFICA № 5
FRECUENCIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN LOS ANTECEDENTES DE TUBERCULOSIS EN LA FAMILIA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA EN EL AÑO 2004



FUENTES: Tabla № 5

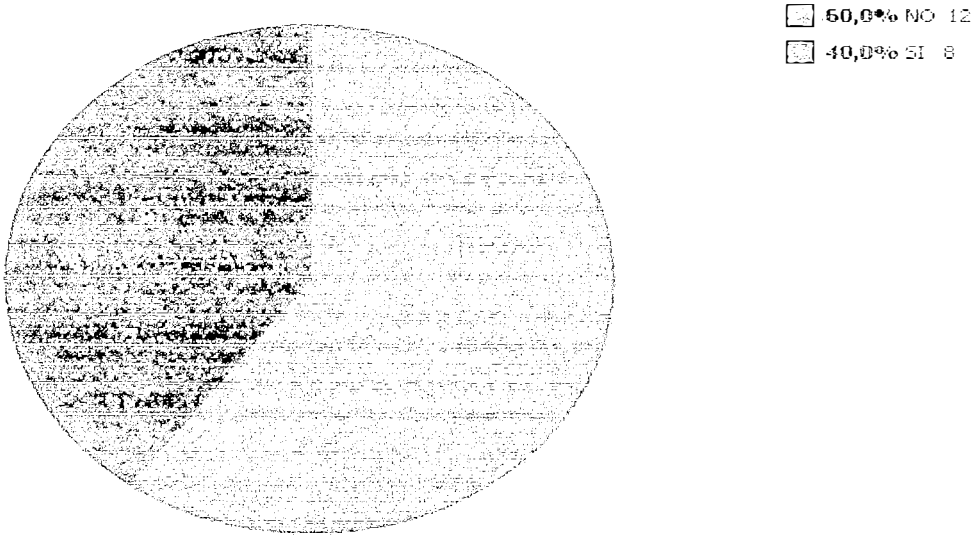
UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

TABLA № 6
FRECUENCIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN LOS ANTECEDENTES DE VACUNA CON TUBERCULOSIS EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA EN EL AÑO 2004

ANTECEDENTES DE VACUNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	8	40%
NO	12	60%
TOTAL	20	100%

FUENTE: historias clínicas

GRAFICA № 6
FRECUENCIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN LOS ANTECEDENTES DE VACUNA CON TUBERCULOSIS EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA EN EL AÑO 2004



FUENTES: Tabla № 6

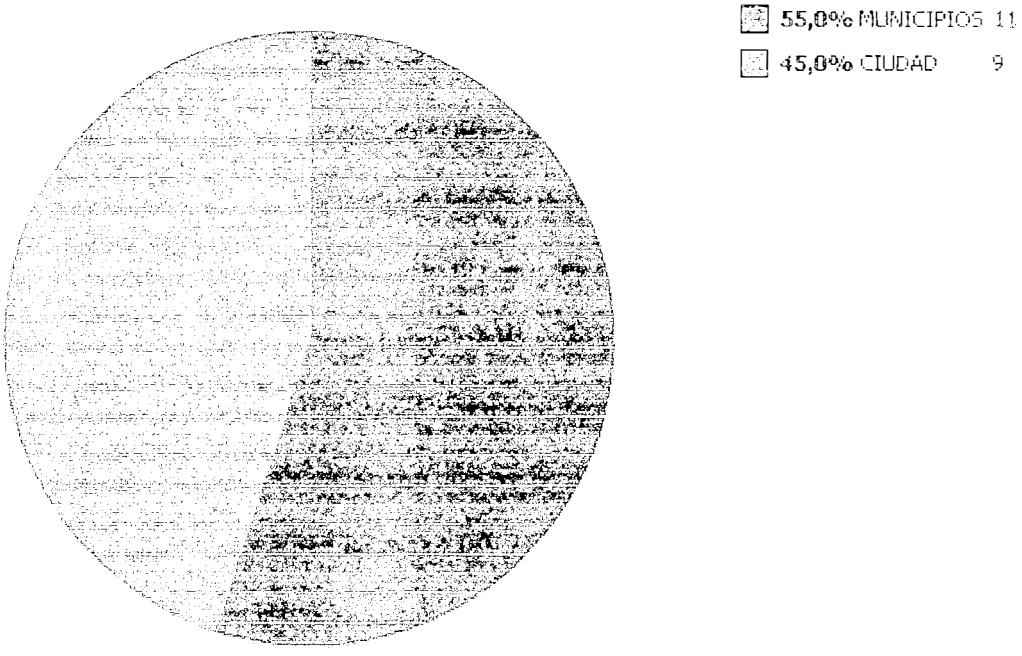
UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

TABLA № 7
FRECUENCIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN LA PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA EN EL ANO 2004

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUNICIPIOS	11	55%
CIUDAD	9	45%
TOTAL	20	100%

FUENTE: historias clínicas

GRAFICA № 7
FRECUENCIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN LA PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA EN EL AÑO 2004



FUENTES: Tabla № 7

TABLA № 8
FRECUENCIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN LA DROGADICCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA EN EL ANO 2004

DROGADICCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	7	35%
NO	13	65%
TOTAL	20	100%

FUENTE: historias clínicas

GRAFICA № 8
FRECUENCIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN LA DROGADICCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA EN EL AÑO 2004

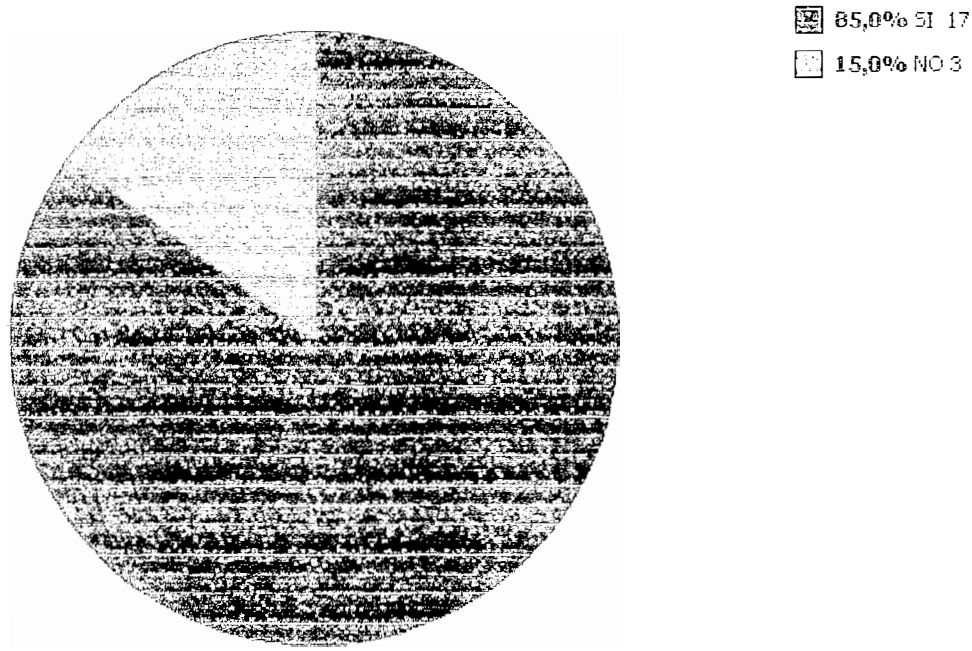
FUENTES: Tabla № 8

TABLA № 9
FRECUENCIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN EL HACINAMIENTO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA EN EL ANO 2004

HACINAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	17	85%
NO	3	15%
TOTAL	20	100%

FUENTE: historias clínicas

GRAFICA № 9
FRECUENCIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN EL HACINAMIENTO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA EN EL AÑO 2004



FUENTES: Tabla № 9

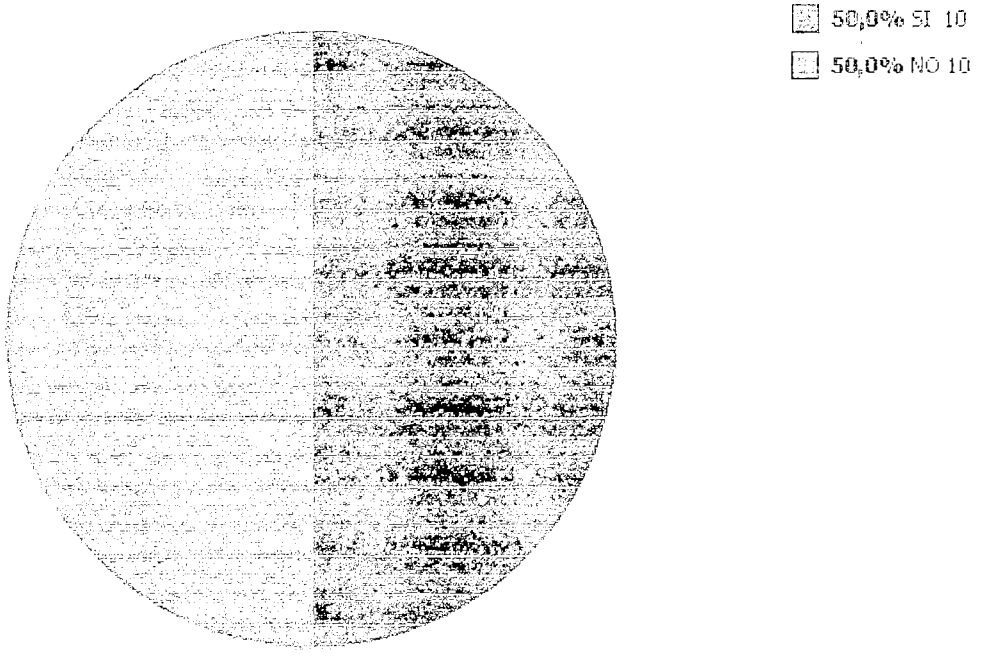
UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

TABLA № 10
FRECUENCIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN LA OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA EN EL ANO 2004

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	50%
NO	10	50%
TOTAL	20	100%

FUENTE: historias clínicas

GRAFICA № 10
FRECUENCIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN LA OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA EN EL AÑO 2004



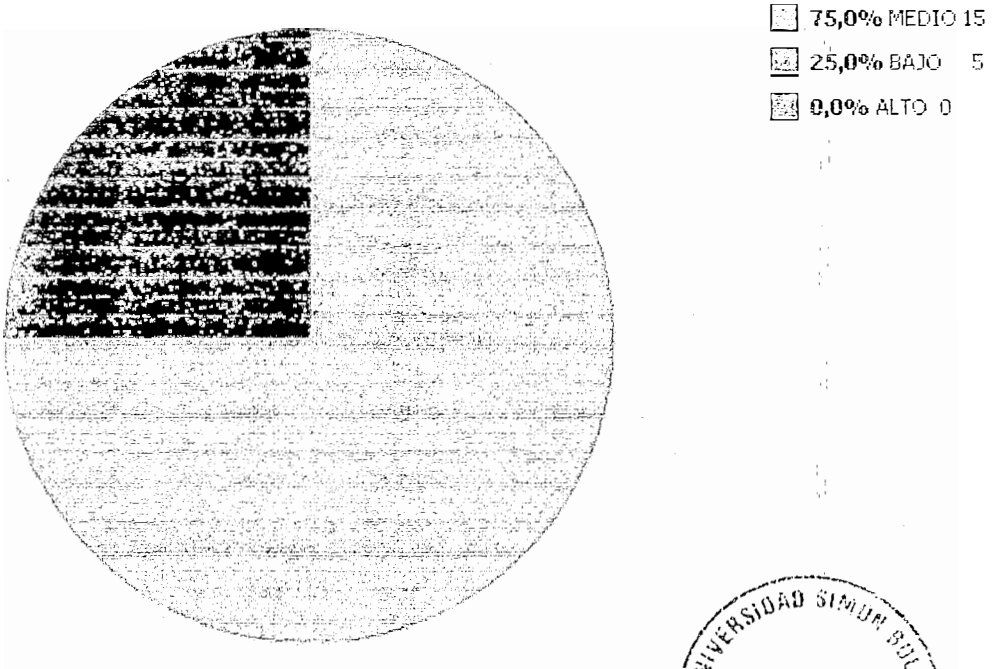
FUENTES: Tabla № 10

TABLA № 11
FRECUENCIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN EL ESTRATO SOCIOECONOMICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA EN EL ANO 2004

ESTRATO SOCIOECONOMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO	0	0%
MEDIO	15	75%
BAJO	5	25%
TOTAL	20	100%

FUENTE: historias clínicas

GRAFICA № 11
FRECUENCIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN EL ESTRATO SOCIOECONOMICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA EN EL AÑO 2004



FUENTES: Tabla № 11

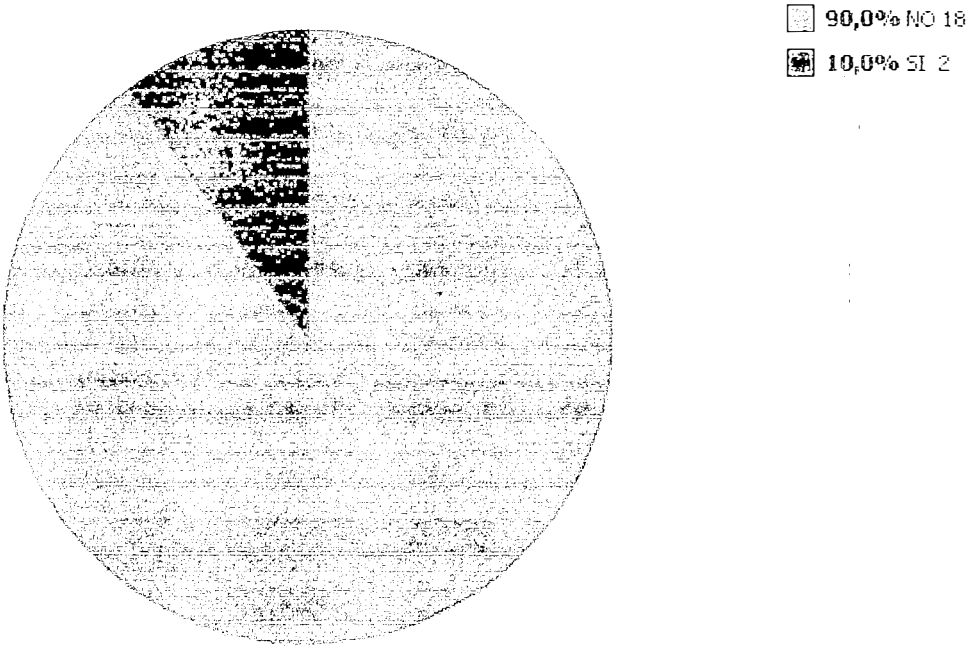
UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

TABLA № 12
FRECUENCIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN EL ALCOHOLISMO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA EN EL ANO 2004

ESTRATO SOCIOECONOMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	2	10%
NO	18	90%
TOTAL	20	100%

FUENTE: historias clínicas

GRAFICA № 12
FRECUENCIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN EL ALCOHOLISMO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA EN EL AÑO 2004



FUENTES: Tabla № 12

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

TABLA № 11: la mayor frecuencia de los pacientes que habitan en los diferentes estratos, se encontró en el estrato medio un porcentaje del 75%, seguido de la menor frecuencia que viven en el estrato bajo un porcentaje del 5%.

TABLA № 12: solo se presentaron dos casos de pacientes alcohólicos que corresponden al 10%. La población restante que equivale al 90% no son alcohólicos.

10. DISCUCIONES

Tabla № 1. EDAD

Según antecedentes hallados en la enciclopedia medica familiar circulo de lectores, Santa fe de Bogota. Editorial plaza y Jones. S.A. Año 2001. Pag. 646 - 649 ISBN 958 - 28 y un estudio comparativo en enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo. Torres, Uria Margarita Ruth. Lima, (Perú) : Universidad de Lima, Octubre del 2002 (17 de mayo 2004), la población mas afectadas son personas entre los 20 - 44 años con un porcentaje del 92%, nuestro estudio señalo que el 40% de los usuarios entre 25 -44 años presentan la patología. A diferencia de los datos obtenidos de Peñaloza Sixta. Subsecretaria de salud publica. Situación de la tuberculosis pulmonar en el departamento del atlántico, la mayor frecuencia se presenta entre las edades de 25 - 34 años.

Tabla № 2. SEXO

Teniendo en cuenta los datos obtenidos del DANE. Departamento Nacional de Estadística. DANE.gov.co y Garcías Ingrid, subdirección de vigilancia y control de salud publica. Panorama de la TBC en Colombia. Pág. 1. Nos muestra que la patología afecta principalmente a los hombres con 107 casos reportados correspondiente al 56.9% y al comparar los resultados de esta investigación en cuanto al sexo obtuvieron 17 personas con un porcentaje de 85%, esto indica que presenta mas en hombres que en mujeres.

Tabla №3. SIDA

Según la clasificación de casos vigentes en el programa nacional a partir de 1994 (Cuba) Ministerio de salud publica. Dirección nacional de epidemiología. Actualización del programa de tuberculosis. La habana cuba. Minsap 2004. Se presentaron 48 casos con un porcentaje de 70.6%, sin embargo al comparar nuestros resultados obtenidos

UNIVERSIDAD DE BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

solo se presentaron 2 casos entre las 20 personas en estudio, correspondiente a un porcentaje del 10%.

Tabla № 4. DESNUTRICION

Teniendo en cuenta el reporte de casos según el manual de diagnósticos y tratamiento de la tuberculosis en atención primaria. Dirección Xeral de Saude publica. Xunta de Galicia. España 1993. Los casos asociados a la desnutrición con la relación a la aparición de tuberculosis arrojo un resultado del 54.4% de la población cifra que nos permite relacionarlos con nuestros resultados donde solo el 10% de la población estudio presento casos de desnutrición, cifra que difiere significativamente

Tabla № 5. ANTECEDENES DE TBC EN LA FAMILIA

Dentro de los antecedentes patológicos familiares según la clasificación de casos vigentes en el programa nacional de epidemiología. Actualización del programa de control de tuberculosis. La Habana Cuba. Minsap 1995, el 24.4% correspondiente a 20 casos reportados de antecedentes en la familia, con relación a los resultados arrojados de nuestra investigación la frecuencia por antecedentes presenta una diferencia notoria en donde solo 4 personas en estudio reporto antecedentes familiares que corresponden a un 20%.

Tabla №6. ANTECENTES DE VACUNA

Teniendo en cuenta los estudios realizados por la clasificación de casos vigentes en el programa nacional de epidemiología. Actualización del programa del control de la tuberculosis. La Habana Cuba. Minsap 1995; los inmunosuprimidos al examen directo positivo resulto ser mas probable que los inmunocomponentes dada la baja frecuencia de enfermedad pulmonar en ellos, solo el 25% del total de casos fueron Baciloferos, nosotros encontramos una alta susceptibilidad en pacientes inmunodeprimidos con un total de 12 personas correspondiente al 60%.

Tabla №7 PROCEDENCIA

Según las investigaciones realizadas y el reporte de casos, Peñaloza Sixta. Subsecretaria de salud publica. Situación de la tuberculosis pulmonar en el departamento del atlántico octubre 14 del 2004. La incidencia de casos por municipio, se tiene que el mayor numero de casos es reportados por los municipios que tienen mayor población: Soledad con un total de 81 personas con un porcentaje del 42.50% y en malambo con 32 casos con un porcentaje de 17.00% al comparar con nuestros resultados, la procedencia coincide en que la gran mayoría de la población pertenece a los municipios del departamento del atlántico.

Tabla №8. DROGADICCION

Según los antecedentes reportados con la clasificación de casos vigentes en el programa nacional de epidemiología. La actualización del programa de control de la tuberculosis. La Habana Cuba. Minsap 1995, solo se reporto un caso de drogadicción entre la población con un porcentaje de 1.5%, al comparar con nuestro resultado, la cifra aumenta a 7 casos con un porcentaje del 35%

Tabla №9 HACINAMIENTO

Según antecedentes hallados en la enciclopedia medica familiar circulo de lectores, Santa fe de Bogota. Editorial Plaza y Jones. S.A. año 2001. Pág. 745- 746 ISBN 28 1202-8, nos muestra que el 75% de la población vive en hacinamiento cifra que indica un alto riesgo que contagio que se relaciona con nuestros resultados para un total de 17 personas correspondiente a un 85%.

Tabla №10. OCUPACION

Teniendo en cuenta los datos reportados, Peñaloza Sixta. Subsecretaria de salud publica. Situación de la tuberculosis pulmonar en el departamento del atlántico, octubre 14 del 2004. la distribución según la ocupación de la población muestra que el 55.4% trabaja, el 24.5% se dedica al hogar, el 11.7% están desempleados, 6.9 se dedican al trabajo del campo y el 1.5% son estudiantes, haciendo un estudio comparativo las cifras

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

se mantienen ya que la mitad de la población en estudio se dedican a algún trabajo pero no especifico

Tabla №11. ESTRTATO SOCIOECONOMICO

Según los estudios realizados por Guevara, Juárez Centeno. Tuberculosis y la importancia de incorporar nuevas metodologías diagnosticas revista de la facultad de medicina de la universidad de Bucaramanga. MED UNAB, Vol. 6. de mayo 16 del 2003. La tuberculosis a causado la muerte de 130 millones de personas en el mundo perteneciente a la población económicamente activa, cifra que difiere de la nuestra en donde la mayor frecuencia de casos se presento en personas del estrato socioeconómico medio para un total de 15 personas con un porcentaje de 75%

Tabla №12. ALCOHOLISMO

Según la clasificación de casos vigentes en el programa nacional a partir de 1994 Cuba Ministerio de salud publica. Dirección nacional de epidemiología. Actualización del programa de control de la tuberculosis. La Habana Cuba. Minsap 1995, solo se presento un caso de alcoholismo con un porcentaje de 1.5%, diferencia poco notoria que se relaciona con nuestros resultados en lo que solo se presentaron 2 casos de alcoholismo con un porcentaje del 10%.

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

11. CONCLUSIÓN

Con las reflexiones expuestas en el cuerpo de desarrollo de este estudio descriptivo transversal de la enfermedad de tuberculosis, actualmente es un gran problema de salud publica en Colombia, a pesar que existen los medios preventivos, esta es la razón por la cual enfatizamos de esta enfermedad que afecta a un porcentaje de la población mundial, obtenidos de los resultados encontrados en el lugar o institución escogida; por esta razón nos fue de importancia llevar a cabo este estudio para conocer sus factores de riesgos, sus causas y la forma como la promociona y previene dicha bacteria que afecta nuestros pulmones, mediante intervenciones de enfermería que se establece en institución para que conlleve al mejoramiento de la población afectada.

Por ultimo el conocimiento de este estudio se logro enriquecer a nivel profesional e investigativo para crecernos y lograr todas nuestras metas trazadas en nuestro futuro.

12. RECOMENDACIONES

- Toda persona con tuberculosis no se le recomienda realizarse el examen serológico, además el paciente debe ser informado antes de realizarle la prueba.
- La Rifampicina es el medicamento fundamental en la tuberculosis y los IP ITRNN son los medicamentos antirretrovirales más potentes; por lo cual los pacientes con tuberculosis y VIH requieren de los siguientes consideraciones especiales:
- La tuberculosis tiene un curso clínico más rápido que la infección por VLH.
- El tratamiento requiere de múltiples medicamentos, lo cual conllevan al riesgo de toxicidad.
- La tolerancia de los medicamentos es menor en personas con una mala nutrición.
- Trabajar junto con el PAB para detectar enfermedades concomitantes, antecedentes de enfermedades respiratorias y enfermedad pulmonar profesional en la población con el fin de crear campañas de prevención de la tuberculosis pulmonar.
- Educar a los pacientes que se encuentran en contacto directo con sustancias nocivas para que apliquen medidas preventivas y así disminuir el riesgo de contraer Tuberculosis Pulmonar por ésta causa:
- Crear programas educativos referentes a la tuberculosis, dirigido principalmente a la población vulnerable (edades productivas – sexo masculino).
- Profundizar la búsqueda de factores relacionados con ésta enfermedad y priorizar la atención para aquellos susceptibles de ser modificados.

- Capacitar a los estudiantes sobre promoción y prevención de la TBC para que estos sean multiplicadores de la información.

- Educar a los pacientes sobre estilos de vida saludable, para que modifique progresivamente sus hábitos alimenticios.
- Incentivar a los pacientes objetos de estudio para que continúen con el manejo que le están dando a los desechos y aquellos que le dan un mal manejo, proporcionarles información sobre la importancia de éstas.
- Crear unidades de atención inmediata para detectar posibles casos de TBC en el Hospital Universitario.
- Pedir colaboración a la red de solidaridad del departamento para el mejoramiento de la infraestructura de las viviendas de los pacientes que se encuentren en riesgo de contraer la enfermedad por hacinamiento, mala ventilación y presencia de humedad.
- Gestionar para la vinculación al SISBEN a la población que se encuentre más susceptible a contraer la enfermedad y esté en mayor contacto con los factores de riesgo.
- Crear estrategias reeducativas para que la población conozca el riesgo de contraer la enfermedad con respecto a las enfermedades concomitantes.

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

13. BIBLIOGRAFÍA

- GUEVARA, JUÁREZ Centeno. Tuberculosis y la importancia de incorporar nuevas metodologías diagnosticas. MED UNAB, Vol. 6. de mayo 16 del 2003.

- GRANADO, Enric. Enciclopedia Larousse de la Enfermería. Vol. 9. Edición Larousse Planeta S.A. Barcelona. 2002.

- GARCÍ, Ingrid. Subdirección de vigilancia del control de Salud Pública. Panorama de la TBC en Colombia.

- DANE. Departamento Nacional de Estadísticas. http: www.Dane. gov.co.

- SAÉZ AGUIRRE, Corando. Infecciones de vías respiratorias. Fascículo 9.

- JAWETZ. Melnick Alberto. Microbiología Médica.

- MINISTERIO DE SALUD. Prevención y control de la tuberculosis. http:// MINSALUD. gov.com

- BACCA ARIZA, Carmelina. La tuberculosis en Barranquilla. Código TS 0042

- NETTER, Frank Henry. Colección Ciba de ilustraciones médicas: Sistema respiratorio. Código R611.2N474.

- ARCON, Ana. Factores sociales que inciden en la transmisión y desarrollo. Código TS0042.
- CASTRO PADILLA, Milagro. factores de riesgos asociados a la transmisión de la tuberculosis.
- BERKOW Robert. Manual Merck Información médica. Edición Océano.

- MINISTERIO DE SALUD. Manual de Normas de Prevención y Control de Tuberculosis. 1995.

- OMS. Programa de la OMS contra la Tuberculosis. Marco para el control eficaz de la tuberculosis. Documento OPS/OMS, 1994.

- OPS: Manual para control de las enfermedades transmisibles. Pub. Cient. No. 564 16ª. Edición ., 1997.

- Programa Gallego de Prevención y Control de la Tuberculosis. Dirección Xeral de Saúde Pública. Xunta de Galicia. España, 1993.

- SECRETARIA DE SALUD PUBLICA. GUIA DE ATENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR Y EXTRAPULMONAR.

- MORRIS Fishbein. M.D. Enciclopedia Familiar de la Medicina y la Salud. Editorial HS Stuttman Volumen I. I – Z.

- Enciclopedia medico familiar círculo de lectores, santa fe de bogota. Editorial plaza y jones. S.A. Año 2001.

- Torres, Uria Margarita Ruth. Lima, (Perú): universidad de lima, Octubre 2002 (17 de mayo 2004).

- Casos vigentes en el programa nacional a partir de 1994 (Cuba) Ministerio de salud pública. Dirección nacional de epidemiología. Actualización del programa de tuberculosis. La Habana Cuba. Minsap 2004.

- Manual de diagnostico y tratamiento de la tuberculosis en atención primaria. Dirección general de sanidad pública. Xunta de Galicia. España 1993.

ANEXOS

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

ANEXO Nº 1

COMPORTAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGOS BIOLÓGICOS Y SOCIALES DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA 2004
UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR

SISTEMA DE VIGILANCIA ASISTENCIAL DE FACTORES DE RIESGOS

INDIVIDUALES, BIOLOGICOS Y SOCIALES DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

1. Identificación:
   Nombre y apellidos:_____
   Edad:____
   Ocupación:_____
   Estado civil: Lugar de resistencia:_____
   Sexo: F____ M____ Barranquilla Si( ) No( )
   Cuantas personas conviven en la familia ____ Barrio:_____

2º. Antecedentes de VIH: SI ____ NO_____

3. Fecha de ingreso al hospital: Día:___ Mes:___ Año:___

4. Estrato socioeconómico: Alto:_____ Medio:_____ Bajo:_____

5. Antecedentes de vacuna de TBC: Si___ No____

6. Padece la madre o el padre de tuberculosis: Si: ( ) No: ( )
   Otros familiares: Si: ( ) No: ( )
   Quien?_____

7. Adición a las drogas: Si_____ NO_____

8. Alcoholismo: SI _____ NO:_____

9. Condiciones higiénicas: adecuada_____ inadecuado_____

10. Padece de enfermedad diabética SI_____ NO_____

Observaciones: _____

_____

Encuestado por:_____Firma y código del estudiante:_____

ELEMENTOS ADMINISTRATIVOS
ANEXO Nº 2

COMPORTAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGOS BIOLÓGICOS Y SOCIALES DE PACIENTE ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA EN EL AÑO 2004
PRESUPUESTO

1. Recursos humanos:

1.1 Grupo de investigación: 3 estudiantes

1.2 Asesores: se contará la intervención de dos asesores uno metodología y otro científico.

1.3 Gastos generales: los costos serán asumidos por las estudiantes.

- Transporte	$ 50.000.
- Fotocopias	$ 30.000.
- Transcripción de documentos	$ 150.000.
- Búsqueda de evidencias	$ 10.000.
- Internet	$ 25.000.
TOTAL	**$ 265.000.**

ANEXO Nº 3

COMPORTAMIENTO DE LATUBERCULOSIS PULMUNAR SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGOS BIOLÓGICOS Y SOCIALES DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA EN EL AÑO 2004.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Tiempo (días y semanas)	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Agosto	Sep	Oct	Nov
Etapa: Planificación del trabajo										
1. Definición del tema	Día 18	X								
2. Revisión Bibliografía	Día 5 Y 6		X							
3. Definición del titulo y problema	Día 2 y 15			X						
4.Definición de aspectos teóricos	Día 6 y 19				X					
5. Definición de fase metodología	Día 1 y2					X				
6. Definición de la fase administrativa	Día 1 y 2					X				
7.Realización de estandarización	Día 12						X			
IIEtapa: Ejecución del trabajo										

1. Recolección de información	Día 15							X		
2 Revisión de información	Día 22							X		
3. Procesamiento	Día 29							X		
4. Realización de presentación, tabular y grafica	Día 6								X	
5. Análisis e interpretación de resultado	Día 13								X	
III Etapa: divulgación										
1. Realización de informe científico	Día 10									X
2. Entrega de informe científico	Día 18									X
IV ETAPA (2005)										
1. Entrega del trabajo	Día 15			x						
2. Entrega del trabajo	Día 19			x						
3. Asesoría del trabajo	Día 29			x						
4. Asesoría del trabajo	Día 10				x					
5. Entrega del trabajo	Día 17				x					
6. Entrega del trabajo	Día 23				x					

ANEXO No. 4

Barranquilla, 9 de septiembre de 2004

Doctor
OSCAR IMITOLA
Director
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA
Barranquilla

Cordial saludo:

La Universidad Simón Bolívar a través de su Facultad de Enfermería, viene adelantando actividades académico científicas desde junio de 1998 en el Distrito de Barranquilla y Departamento del Atlántico; por tal motivo me permito manifestarle que los estudiantes de la facultad de Enfermería conscientes que la investigación es la búsqueda de respuesta a los interrogantes del hombre, la solución a problemas específicos o la identificación de causas o consecuencias de eventos determinados han soñado diseñar una investigación sobre Comportamiento de la tuberculosis pulmonar, según los factores de riesgos individuales, biológicos y sociales de pacientes atendidos en el Hospital Universitario de Barranquilla en el año 2004.

Por lo anterior me permito presentar a los estudiantes de VI semestre Lucelys Barrios Emma Díaz y Libia Sierra, bajo la coordinación de la Enfermera **Tayde Monterrosa**, quienes son conocedores de la Misión de la Institución que usted dignamente dirige y los beneficios que presta a la comunidad del Distrito de Barranquilla.

Por tal motivo, me permito solicitarle su autorización para el ingreso de los estudiantes antes mencionados, y la posibilidad de que nuestros estudiantes realicen su proyecto en esa Institución , espacio que aportará al desarrollo de su investigación.

Segura de contar con su apoyo y colaboración en tan importante gestión.

Atentamente,

MILDRED CARROLL MOZO
Decana

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE B.QUILLA.
SECRETARIA DE ENFERMERIA
17/9/04
3:00

ANEXO No. 5

NOMBRES DE LOS PACIENTES	ENFERMEDAD	No. HISTORIA CLINICA	FECHA INGRESO
Jorge Pineda Ortiz	TBC Pulmonar	454638	May. 1/04
Faraón Florián Tatis	TBC + derrame pleural	29591348	Ene. 29/04
Cecilia Arango Rodríguez	TBC Pulmonar	22409861	Ene. 15/04
Oswaldo Obredor	TBC Pulmonar	3724384	Ene. 22/04
Arnulfo Antonio Borrero	TBC HIV	8766747	Ene. 16/04
Brunilda Bolaño de Jinete	TBC Neumonía	22783307	Feb. 26/04
Cristian Julio Mejia Blanco	TBC	72243760	Feb. 16/04
Leopoldo Enrique Cantillo de la Rosa	TBC + NAC	8693721	Mzo. 17/04
Pablo Marenco Navarro	TBC	7427688	Mzo. 27 /04
Rafael Antonio Ruiz Cantillo	TBC + VIH	7466748	Abr. 17/04
Oscar Díaz Parra	TBC + S. Febrel	72209558	Myo. 1/04
Nilson Polo Benavides	Ciptococsis -- Meníngea + TBC + VIH	72203162	Myo. 1/04
Ferneil Rafael Cervantes Carpio	TBC Meníngea	72103609	Jul. 30/04
Carlos Rodríguez Ospino	TBC Pulmonar	72289762	Jun. 18/04
Ricardo Coba de la Hoz	TBC Pulmonar	8716101	Jun. 10/04
Humberto Antonio Bejarano Olivares	SDR + TBC EPOC	8753426	Jul. 6/04
Eusebio Jiménez Gómez	Neopulmonar + TBC + Derrame pleural	860839	Ago. 31 5/04
Carmen Núñez Turizo	TBC + HVD	26906085	Jun. 5/04
Uribe Jaramillo Maria Inés	Derrame Pleural TBC	22037674	Jul. 24/04
Angulo Hurtado Johan	TBC + NAC	72240027	Oct. 18/04

DISEÑO DEL PLAN DE INTERVENCIÓN

Consulta médica: Es importante continuar con un estricto control médico, a través del seguimiento, se va a vigilar que el paciente acuda a su control médico a los 2, 4 y 6 meses o finalización del tratamiento o en caso que el paciente así lo requiera.

Control de enfermería profesional: Realizar controles cada dos meses al 1º. ,3º. 4º. y 5º mes del tratamiento.

En caso de encontrar intolerancia medicamentosa, toxicidad, enfermedad interrecurrente u otra situación que justifique el control médico, el paciente se debe remitir a consulta.

En cada control por enfermería el paciente recibe el tratamiento y la dosis correspondiente, insistiéndole la importancia de la toma regular de los medicamentos y la gravedad que ocasiona el abandono de los mismos, resaltando sus efectos adversos.

Administración del tratamiento: Se realiza supervisando estrictamente la toma de medicamentos y está a cargo del profesional de enfermería, promotores y agentes comunitarios capacitados, asegurando la capacitación del profesional y la dotación de medicamentos lo cual disminuye al riesgo de pérdida o abandono.

Visita familiar: Se debe realizar a los pacientes inasistentes al tratamiento o control, a la mayor brevedad posible con el fin de evitar tratamiento irregulares que conduzca a la aparición de resistencia bacteriana.

Educación: Todo el personal de salud está en la obligación de impartir educación acerca de la tuberculosis. La educación será programada de acuerdo a las necesidades del paciente. Las actividades educativas en tuberculosis estarán dirigidas hacia el personal de salud, el paciente, la familia y la comunidad. Es importante hacer énfasis en los siguientes aspectos:

- ✓ Toda persona con más de 15 días con sintomatología de gripa, debe realizarse una baciloscopia seriada de esputo.

- ✓ Los exámenes para Dx de la tuberculosis, y su tratamiento no le cuestan al paciente.

- ✓ La tuberculosis es curable. Durante el tratamiento el paciente puede llevar una vida completamente normal: convivir con la familia, trabajar, mantener una vida sexual activa etc.

Promoción: Se deben promover las acciones educativas utilizando los mejores recursos tanto humanos como físicos. Se hará referencia hacia charlas de información en la consulta externa de los grupos consultantes. Debe promocionarse la captación de sintomáticos respiratorios aprovechando todas las oportunidades.

ACTIVIDADES INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS

ACTIVIDAD	INTERVENCIONES O PROCED.	FRECUENCIA
Detección	Búsqueda de sintomáticos respiratorios.	Continuo
Diagnóstico	Baciloscopia Esputo (3)	Al inicio
	Consulta médica general	
Tratamiento	Admón.. y supervisión del Tto.	Diaria en la primera fase. Bimensual en la segunda fase.
Seguimiento	Consulta médica general	Bimensual
	Consulta de enfermería	Bimensual
	Baciloscopia del Esputo	Bimensual
Acciones de promoción y prevención	Actividades de educación intervención y control al paciente, familia y comunidad.	Al inicio y según las necesidades del paciente.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA

1 - TUBERCULOSIS PULMONAR
2 - SISTEMA RESPIRATORIO
3 - ENFERMEDADES PULMONARES
4 - PULMON
5 - TUBERCULOSIS PULMONAR - PREVENCION
6 - BRONQUIOS
7 - BACILO DE KOCH
8 - ENFERMERIA - TOSIS Y DESORDENES RESPIRATORIAS