

403/223

EF
#0131 C





FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA TUBERCULOSIS
PULMONAR. PUESTO DE SALUD COSTA HERMOSA
SOLEDAD/ ATLÁNTICO 2004

ARAGÓN SANDRA
CONTRERAS NINI
MONSALVE MAYÉLINE
SANTODOMINGO LEYDI



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMÓN BOLÍVAR
FACULTAD DE ENFERMERÍA
VII SEMESTRE
BARRANQUILLA

2004

SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRIQUILLA

N. INVENTARIO 4031223

PRECIO _____

FECHA 02-16-2008

CANJE _____ DONACION _____

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA TUBERCULOSIS
PULMONAR. PUESTO DE SALUD COSTA HERMOSA
SOLEDAD/ ATLÁNTICO 2004

ARAGÓN SANDRA
CONTRERAS NINI
MONSALVE MAYÉLINE
SANTODOMINGO LEYDI

TRABAJO DE INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN

DR. CARLOS FRANKLIN ÁLVAREZ LLANOS
ESPECIALISTA EN: MEDICINA DEL TRABAJO, GERENCIA EN
SERVICIO DE SALUD, EPIDEMIOLOGÍA Y PEDAGOGÍA PARA EL
DESARROLLO DEL APRENDIZAJE AUTÓNOMO
ASESOR

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMÓN BOLÍVAR
FACULTAD DE ENFERMERÍA
VII SEMESTRE
BARRANQUILLA
2004

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico Dios por estar siempre a mi lado y guiar mis pasos a los caminos de la superación.

A mis Padres por el esfuerzo y la dedicación que me tuvieron en este largo camino.

A mis Hermanos por ser el motivo de superación.

A todas aquellas personas que colocaron ese granito de arena para que nosotras pudiéramos culminar nuestra meta.

Gracias.

SANDRA ARAGÓN

DEDICATORIA

Dedico esta investigación a Dios por darme sabiduría para lograr esta meta y a mi madre la cual ha sido mi apoyo incondicional y por darme la confianza necesaria, y a mis compañeros los cuales estuvimos unidos hasta el último momento, y ha una persona especial la cual llevo en mi corazón, en mis pensamientos Y en mis sueños.

NINI CONTRERAS

DEDICATORIA

La vida esta llena de triunfos y tropiezos, lo más importante es que con ellos aprendamos a crecer, lo más interesante de esto es que cuentas con personas que están contigo en las buenas y en las malas situaciones que vives. Yo dedico este trabajo a Dios por ser mi guía y por no desampárame en ningún momento, a mis padres por brindarme el apoyo y el amor para seguir adelante, a mis compañeras que compartieron este trabajo conmigo y que vivieron todas las angustias presentadas en el transcurso de esta investigación y a todas aquellas personas que colaboran directa o indirectamente con este proceso.

MAYELINE MONSALVE



DEDICATORIA

A Dios por estar siempre a mi lado, guiarme, iluminarme y demostrarme que junto a él nada es imposible.

A mi Madre Olga Paulina Guerrero, por apoyarme y sacarnos adelante a mis hermanos y a mi, a pesar de todos los obstáculos que se le han presentado en este camino y sobre todo por ser mi espejo de superación.

A mi Hermana Laura Santodomingo, quien me ha enseñado que a la vida siempre hay que buscarle el lado positivo para solucionar los problemas.

A mi Hermano Elkin Santodomingo, que me ha demostrado que para alcanzar algo tienes que luchar por el, venciendo todo obstáculo que se te presente.

LEYDI SANTODOMINGO

AGRADECIMIENTO

A lo largo de varios semestres hemos desarrollado este proyecto en el cual plasmamos sentimientos y experiencias, le debemos agradecimientos principalmente a Dios por permitirnos experimentar nuevas situaciones, donde él ha estado siempre acompañándonos y apoyándonos; al Doctor Carlos Álvarez nuestro asesor, con quien aprendimos verdaderamente a involucrarnos con este trabajo, incentivándonos a que cada día investigáramos más, nos enseñó el significado de la verdadera investigación y la importancia de esta en la vida cotidiana.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
➤ Importancia	14
➤ Antecedentes Teóricos y Prácticos	15
➤ Objetivos	20
➤ Alcances	21
➤ Limitaciones	21
➤ Metodología	21
1. RESULTADOS	23
2. CONCLUSIÓN	46
2.1 Enfermedades Concomitantes	46
2.2 Antecedentes de Enfermedades Respiratorias	47
2.3 Enfermedad Laboral Profesional	47
2.4 Edad	47
2.5 Sexo	48
2.6 Inmunización	48
2.7 Preferencia Nutricional	49
2.8 Quimioterapia	49
2.9 Nivel de Escolaridad	49
2.10 Nivel de Ingreso	50
2.11 Hacinamiento	50
2.12 Humedad	50

2.13 Ventilación	51
2.14 Manejo de Basura	51
2.15 Conocimiento Sobre La Etiología de la TBC	51
2.16 Conocimiento Sobre El Diagnostico de la TBC	52
2.17 Conocimiento Sobre Los Síntomas de la TBC	52
2.18 Conocimiento Sobre La Enfermedad	52
2.19 Creencia	53
2.20 Grado de Aceptación	53
2.21 Practicas Preventivas	53
2.22 Cambio de Tratamiento por Aparición de Cepas	54
2.23 Abandono del Tratamiento	54
3. RECOMENDACIONES	55
4. BIBLIOGRAFÍA	57
5. ANEXO	59

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Enfermedades Concomitantes	23
Tabla 2. Antecedentes de Enfermedades Respiratorias	24
Tabla 3. Enfermedad Pulmonar Profesional	25
Tabla 4. Edad	26
Tabla 5. Sexo	27
Tabla 6. Inmunización	28
Tabla 7. Preferencia Nutricional Contemplados en la Dieta	29
Tabla 8. Quimioterapia	30
Tabla 9. Nivel de Escolaridad	31
Tabla 10. Nivel de Ingreso	32
Tabla 11. Hacinamiento	33
Tabla 12. Ventilación	34
Tabla 13. Humedad	35
Tabla 14. Manejo de Basuras	36
Tabla 15. Conocimiento sobre la Etiología de la TBC	37
Tabla 16. Conocimiento sobre el Diagnostico de la TBC	38
Tabla 17. Conocimiento sobre los Síntomas de la TBC	39
Tabla 18. Conocimiento sobre la Enfermedad	40
Tabla 19. Creencia	41
Tabla 20. Aceptación de la Enfermedad	42

Tabla 21. Practicas Preventivas	43
Tabla 22. Cambio del Tratamiento por Aparición de Cepas	44
Tabla 23. Abandono del Tratamiento	45

LISTA DE ANEXO

	Pág.
ANEXO A. OPERACIONALIZACIÓN	59
ANEXO B. INSTRUMENTO	64
ANEXO C. BASE DE DATOS	67

RESUMEN

La presente investigación lleva por título Factores de Riesgo Asociado a la Tuberculosis Pulmonar Puesto de salud Costa Hermosa, Soledad Atlántico 2004, teniendo en cuenta la prevalencia de la tuberculosis en este barrio nos planteamos el siguiente interrogante: ¿ Cuáles son los Factores de Riesgo Asociado a la Tuberculosis Pulmonar Puesto de salud Costa Hermosa, Soledad Atlántico 2004?.

La tuberculosis es un reto de salud pública no solo por su perenne amenaza de muerte, sino por su clara vinculación a factores de riesgos.

En 1995 se presentaron 9 millones de casos nuevos, de los cuales se dieron 3 millones de muertes por esta causa, representando esta cifra alrededor del 25% total cada año.

En 1999, 10811 casos se presentaron, en el 2000 se presentaron 15.350 casos, cifra que va aumentando cada día.

Soledad Atlántico se encuentra en riesgo medio de incidencia de Tuberculosis Pulmonar, donde se presentan de 7 a 10 casos cada mes aproximadamente.

Nuestro objetivo general fue investigar Factores de Riesgo Asociado a la Tuberculosis Pulmonar Puesto de salud Costa Hermosa, Soledad Atlántico 2004, y objetivos específicos como: identificar enfermedades

concomitante en la población objeto de estudio, determinar la incidencia de la TBC de acuerdo a la edad y sexo en la población objeto de estudio, determinar en que escala de alimentación se encuentra la población e investigar el número de habitantes dentro de la vivienda. Determinar el número de cambios de tratamientos por aparición de cepas resistentes.

Tuberculosis Pulmonar: enfermedad infectocontagiosa bacteriana, producida por un *Mycobacterium* Bacilo de Koch, puede afectar cualquier órgano; modo de contagio: se presenta mientras el enfermo elimina bacilos efectuándose por vía aérea al inhalar las partículas de esputo al toser, hablar o estornudar.

El tipo de estudio del presente trabajo de investigación es cualitativa descriptiva retrospectiva. Sobre Factores de Riesgos Asociados a TBC Pulmonar.

La población objeto de estudio consta de 120 pacientes que asisten al puesto de salud costa hermosa con tuberculosis en el 2004, en la muestra, se seleccionó el 50% de la población lo cual equivale a 60 pacientes.

La información se obtuvo por medio de encuestas realizadas a la población de objeto de estudio en su vivienda.

INTRODUCCIÓN

Los usuarios con TBC Pulmonar que asisten al puesto de salud Costa Hermosa en Soledad (Atlántico) y que están recibiendo tratamiento, se le requiere identificar los factores de riesgo asociados a la Tuberculosis Pulmonar.

La tuberculosis es un reto de salud pública no solo por su perenne amenaza de muerte y sufrimiento, sino por su clara vinculación con factores de riesgo.

En 1995 se presentaron 9 millones de casos nuevos en el mundo, hubo 3 millones de muertes por dicha causa, representando esta cifra alrededor del 25% total en cada año. En el 2000, 15.350 casos nuevos, lo que corresponde a 26 casos por 10.000 habitantes, hoy en día esta cifra va aumentando.

➤ IMPORTANCIA

Al realizar nosotras esta investigación contribuiremos a detectar cuales fueron los factores de riesgo que llevaron a la POE (población objeto de estudio) a adquirir la TBC (tuberculosis) Pulmonar, para concientizar a la población sobre el alto índice de personas infectadas y muertes ocasionadas por esta enfermedad; para que así, apliquen medidas

preventivas y curativas, teniendo en cuenta los factores de riesgo que desencadenan esta enfermedad.

➤ ANTECEDENTES TEÓRICOS PRÁCTICOS

Dentro del estudio de estos factores de riesgo encontramos las enfermedades concomitantes, las cuales aumentan la probabilidad de contraer Tuberculosis Pulmonar, ya que estas disminuyen la capacidad que tiene el organismo para defenderse adecuadamente de agentes patógenos requeridas por la POE como antecedentes y asociadas al caso, tales como VIH/SIDA que afecta de manera importante la función de las células CD4, encargadas de la regulación de diversas funciones inmunológicas.

Los antecedentes de enfermedades respiratorias que afectan dichas vías aumentan la posibilidad de contraer nuevas nueva enfermedades entre estas la TBC Pulmonar, estudios demuestran una asociación causal altamente significativa por las grandes secuelas que dejan las enfermedades; tales como bronquitis, bronconeumonía repetidas y asma bronquial.

De igual forman las enfermedad pulmonar profesional se presentan al exponerse durante un período prolongado a polvos orgánicos o inorgánicos (minerales) y gases nocivos, dentro de estas enfermedades tenemos las fibrosis pulmonar, neumococos.

Las enfermedades pulmonares profesional son la respuesta del tejido pulmonar ante la presencia de polvos, humos y substancias nocivas en el medio laboral, las enfermedad pulmonar profesional más frecuentes son la

neumoconiosis que son las neumopatías más frecuentes constituyendo un 69.5%, el 88% corresponde a silicosis pura y 31.5% a neumoconiosis mixta; el resto a silicotuberculosis y otras. Estas cifras muestran el panorama epidemiológico de la patología laboral.

En el desarrollo de la TBC influye mucho la edad que es el período de tiempo de existencia de una persona transcurrido desde el momento del nacimiento hasta el momento que se considere; según estudios realizados muestran que la edad con mayor prevalencia es la adulta mayor, ya que con el paso de los años se reduce la actividad del sistema inmunitario del organismo lo que permite que las bacterias inactivas resulten activas, en los niños, porque su sistema inmune no se ha desarrollado totalmente.

El sexo es la diferencia física y de conducta que distingue a un individuo de otro, estudios realizados muestran que la tuberculosis pulmonar es más prevalente en hombres que en mujeres por los hábitos que tiene dicho sexo, aunque otros estudios mostraron que el sexo femenino es más susceptible, por tal razón el sexo constituye un factor de riesgo de acuerdo a las condiciones en que se desenvuelva el individuo.

- ✓ La inmunización con el bacilo de Calmette Guevin (BCG) que previene la TBC, la cual se debe realizar en personas sin infección para lograr la inmunización cuando exista un alto riesgo de que se infecte. Estudios demuestran que la inmunización no es efectiva porque no defiende al organismo del bacilo ni mucho menos lo elimina, la mayoría de la población que adquiere la enfermedad ya ha sido

“inmunizada con anterioridad” es por eso que se cree que la no inmunización no es un factor de riesgo.

La preferencia de nutrientes contemplados en la dieta de POE depende que el sistema inmunitario actúe de forma normal y defienda al organismo de agentes o infecciones oportunistas.

/ La quimioterapia es un factor que influye en el desarrollo de una enfermedad ya que estas personas reciben dosis altas de químicos, lo cual baja las defensas. Estudios realizados muestran que los pacientes que reciben quimioterapia tienen alto riesgo de contraer la enfermedad o reactivar la condición latente ya que la diseminación de la enfermedad puede variar de un nivel mínimo de invasión a una invasión masiva, pero si no hay una terapia efectiva la enfermedad se vuelve progresiva.

El ingreso mensual ayuda a de la POE satisfacer las necesidades básicas, criterios relacionados con la falta de acceso a servicios de promoción de la salud, u otros indicadores como alojamiento seguro, suficiente de agua, la pobreza aumentaría dramáticamente desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo.

v El hacinamiento que existe cuando los espacios inadecuados para el desenvolvimiento y cumplimiento de las actividades esenciales para el desarrollo de la POE, estudios realizados demuestran que el hacinamiento tiene una ligera asociación causal pero este se comporta como un factor que propicia la transmisión de la enfermedad una vez aparecido un caso en el núcleo familiar y no como un factor que propicie la aparición de la misma.

El manejo y destino que tienen las basuras ayuda a la multiplicación o no de el bacilo potenciando el riesgo de contraer la enfermedad por no tener las condiciones mínimas de salubridad.

Existen otros factores tales como el conocimiento sobre la TBCP que es la idea o concepto que tiene la POE acerca de la enfermedad, los métodos Dx de la enfermedad, los síntomas de la enfermedad, el organismo causal de la TBC Pulmonar; creencia que es la certeza que tiene la POE sobre la TBC. y de esta depende la prevención de la proliferación a la enfermedad, grado de aceptación es la actitud que tiene la población objeto de estudio ante la enfermedad, prácticas preventivas de la POE en su vivienda para prevenir la propagación de la enfermedad, cambio de tratamiento por aparición de cepas, donde la resistencia ocurre cuando el paciente deja de tomar el curso completo del tratamiento o simplemente se le añade un medicamento a un tratamiento contra la TBC que presenta falla. Durante la última década, ha habido un incremento en la aparición de cepas de TBC que son resistentes a dos o más medicamentos para su tratamiento, el abandono del tratamiento es la suspensión del tratamiento después de un mes.

Por esta razón nos fijamos el interrogante: ¿Cuáles son los factores asociados a tuberculosis pulmonar, puesto de salud Costa Hermosa Soledad 2004?

La tuberculosis es una enfermedad bacteriana cuyo agente etiológico es el micobacterium tuberculosis que se encuentra en el aire, este bacilo es ácido alcohol resistente.

La tuberculosis se puede desarrollar cuando se inhalan pequeñas gotas de saliva que la persona contagiada expulsa al toser o estornudar. La infección primaria generalmente es asintomática. La tuberculosis pulmonar se desarrolla en pocas personas cuyo sistema inmune no destruye la infección primaria. La enfermedad puede aparecer unas semanas después de la infección o puede permanecer por años, antes de manifestarse.

En la tuberculosis la diseminación de la enfermedad puede variar de un nivel mínimo de invasiones a una invasión máxima, pero si no hay una terapia efectiva, la enfermedad se vuelve progresiva. No se presentan al principio o se limitan a una tos mínima y poca fiebre, en algunos ocasiones fatiga, pérdida de peso, tos sanguinolenta, sudoración nocturna lo que produce flemas. Los síntomas asociados con la enfermedad son: Sibilancia, sudoración excesiva, dolor en el tórax, disnea; entre los signos y exámenes se destaca la auscultación que permite escuchar las crepitaciones, se puede presentar adenopatías en cuello y otras áreas, derrame pleural, cultivo de esputo, prueba de tuberculina en la piel, broncoscopia, toracentesis, TAC de tórax, en raras ocasiones se requiere biopsia del tejido afectado (pulmones, pleura, ganglios linfáticos). El objetivo es curar la infección con drogas antituberculosas para lo cual se describen dosis diarias de drogas múltiples que puede incluir combinaciones de rifampicina, isoniazida, etambutamol, hasta que los resultados de los cultivos que muestran la sensibilidad de la droga de la infección micro bacteriana ayuden a orientar la selección de dichas drogas. El tratamiento se suele hacer durante seis meses, este produce tasas de curación superiores al 95% si el enfermo concluye la terapia. El riesgo de contraer tuberculosis aumenta con el contacto frecuente con personas que padecen la enfermedad y por condiciones de vida insalubres, hacinamiento, malos hábitos alimenticios (dieta pobre), manejar número de casos de

infección por VIH, hepatitis, diabetes, etc., ambiente de pobreza y mala nutrición, aparición de cepas resistentes a las drogas, el sexo, edad, nivel de escolaridad, etc.

➤ OBJETIVOS

Por la incidencia de los factores de riesgo de dicha población decidimos investigar factores de riesgo asociados a tuberculosis pulmonar, Puesto de salud Costa Hermosa Soledad 2003 - 2004, identificando enfermedades concomitantes en la población objeto de estudio, enumerando antecedentes de enfermedades respiratorias, investigando la presencia de enfermedades pulmonares profesional, interrogando a la población objeto estudio sobre el grado de escolaridad y económico, número de personas que se encuentran inmunizados contra la tuberculosis, incidencia de la tuberculosis de acuerdo a la edad y sexo, número de habitantes dentro de la vivienda, preferencia de nutrientes contemplados en la dieta, pacientes con tratamiento de quimioterapia, grado de humedad, ventilación y manejo de las basuras en las viviendas, los conocimientos sobre origen, síntomas y diagnóstico de la enfermedad, el grado de conocimiento, creencia, aceptación y prácticas preventivas ante la enfermedad, los cambios del tratamiento por aparición de cepas y el abandono del tratamiento.

Ministerio de Salud, Informe Quincenal Epidemiológico Nacional. Vol. 4 -2. N. 6.6. 30 de marzo de 2000

GAY, José. Infección de Tuberculosis pulmonar, edición especial, volumen 4. España 2000.

SOLANO, Salinas. Tuberculosis en la población inmigrante, Bilbao 2000.

WWW.monografias.com/trabajos14/tuberculosis2002

WWW.todosvacunados.com/revista/tuberculosis2003

➤ ALCANCES

Al realizar esta investigación afianzaremos el conocimiento y el desarrollo de otras investigaciones, además de concientizar a futuros espectadores sobre el alto nivel de TBC Pulmonar, para que así se creen medidas preventivas y curativas para la TBC teniendo en cuenta los factores de riesgo que desencadenan la enfermedad.

➤ LIMITACIONES

Al inicio de nuestro proyecto (diseño) lo desarrollaríamos en unión con el distrito por motivos de tiempo no se pudo realizar de esa manera, ellos solicitaban horarios en la mañana, lo cual era imposible porque se cruzaban con las horas estipuladas de clase en la universidad, durante la ejecución se presentaron problemas con las direcciones de los pacientes, ya que Soledad cambió las nomenclaturas, lo cual nos dificultó el desarrollo de la ejecución.

➤ METODOLOGÍA

Este proyecto se desarrolló con una investigación cualitativa descriptiva, retrospectiva. El método de estudio es descriptivo porque parte de una situación general para llegar a la particular, realizando encuestas a las historias clínicas, a la población objeto de estudio e inspección durante la visita domiciliaria. El universo en Soledad que cuenta con 312.254 habitantes, de estos son residentes en un 99.7% en área urbana y el 0.03% en el área rural, del total de sus habitantes el 31.9% corresponde a

población con necesidades básicas insatisfechas que equivalen a 99.609 personas.

La muestra son todos los pacientes que asisten al puesto de salud Costa Hermosa con un diagnóstico de tuberculosis pulmonar.

La población objeto de estudio consta de 120 pacientes que asisten al puesto de salud costa hermosa con tuberculosis en el 2004, en la muestra, se seleccionó el 50% de la población lo cual equivale a 60 pacientes.



LONDONO. Juan. Metodología de la Investigación Epidemiológica, edición 5. Universidad de Antioquia. Medellín. 1995.
www.bus.udea.edu.co/estad/2003

1. RESULTADOS

TABLA 1. Enfermedades concomitantes asociadas a Tuberculosis Pulmonar, Puesto de Salud Costa Hermosa, Soledad (Atlántico), 2004

Enfermedades Concomitantes	Frecuencia	%
VIH/SIDA	5	8.3
Diabetes	15	25
Hepatitis	5	8.3
Ninguna	35	58.3
Total	60	99.9

Fuente: Encuesta al usuario en la vivienda.

Interpretación:

De la población total encuestada sobre enfermedades concomitante el 58.3% contesta que no presentó ninguna, el 25% Diabetes, el 8.3% Hepatitis y VIH/SIDA.

TABLA 2. Antecedentes de Enfermedades Respiratorias en factores de riesgo asociados a Tuberculosis pulmonar. Puesto de Salud Costa Hermosa, Soledad (Atlántico) 2004

Enfermedades Respiratorias	Frecuencia	%
Gripa	36	60
Neumonía	15	25
Bronquitis	8	13.3
Otra	1	1.6
Total	60	99.9

Fuente: Encuesta al usuario en la vivienda.

Interpretación:

De las encuestas realizadas encontramos que el antecedente con mayor prevalencia es la gripa con un 60%, le sigue la neumonía con 25%, la bronquitis con 13.3% y otra respuesta 1.6%.

TABLA 3. Enfermedad pulmonar profesional asociada a TBC Pulmonar, Puesto de Salud Costa Hermosa, Soledad (Atlántico), 2004

Enfermedad Prof. Pulmonar	Frecuencia	%
Fibrosis Pulmonar	1	1.6
Neumoconiosis	3	5
Otras	1	1.6
Ninguna	55	91.6
Total	60	99.8

Fuente: Encuesta al usuario en la vivienda.

Interpretación:

De la población objeto de estudio el 91.6% no presentó ninguna enfermedad laboral, el 5% presentó neumoconiosis, el 1.6% fibrosis pulmonar y el 1.6 mencionó otras enfermedades.

TABLA 4. Edad asociada a Tuberculosis Pulmonar, Puesto de Salud Costa Hermosa, Soledad (Atlántico), 2004

Edad	Frecuencia	%
Menor 10	1	1.6
11-20	7	11.6
21-30	4	6.6
31-40	11	18.3
41-50	17	28.3
Mayor 50	20	33.3
Total	60	99.7

Fuente: Historia Clínica

Interpretación:

De la población encuestada el mayor número de edad corresponde a 33.3% es mayor de 50 años, 28.3% de 41 a 50 años, 18.3 de 31 a 40 años, 11.6% de 11-20 años, 6.6% de 21 a 30 años, 1.6 menor de 10 años.

TABLA 5. Sexo asociados a tuberculosis pulmonar. Puesto de Salud Costa Hermosa, Soledad (Atlántico), 2004

Sexo	Frecuencia	%
Hombres	36	60
Mujeres	24	40
Total	60	100

Fuente: Encuesta al usuario en la vivienda.

Interpretación:

Por medio de las encuestas pudimos observar que el sexo más predispuesto es en hombres con un 60% y en mujeres de 40%.

TABLA 6. Inmunización asociados con Tuberculosis Pulmonar. Puesto de Salud Costa Hermosa, Soledad (Atlántico), 2004

Inmunización	Frecuencia	%
Vacunado	42	70
No vacunado	18	30
Total	60	100

Fuente: Encuesta al usuario en la vivienda.

Interpretación:

De la población encuestada el 70% esta vacunado contra la tuberculosis y el 30% restante no lo está.

TABLA 7. Preferencia de Nutrientes Contemplados en la dieta asociados con Tuberculosis Pulmonar. Puesto de Salud Costa Hermosa, Soledad (Atlántico), 2004

Preferencia de Nutrientes	Frecuencia	%
Carbohidratos	40	66.6
Proteínas	9	15
Vitaminas	3	5
Todas las anteriores	8	13.3
Total	60	99.9

Fuente: Encuesta al usuario en la vivienda.

Interpretación:

De los pacientes encuestados un 66.6% consumen carbohidratos, en mayor proporción, el 15% proteínas, el 13.3 todas y el 5% consume vitaminas.

TABLA 8. Quimioterapia asociados con Tuberculosis Pulmonar. Puesto de Salud Costa Hermosa, Soledad (Atlántico), 2004

Quimioterapia	Frecuencia	%
Sí	4	6.6
No	56	93.3
Total	60	100

Fuente: Encuesta al usuario en la vivienda.

Interpretación:

De las personas encuestadas encontramos que el 93.3% no ha recibido quimioterapia y el 6.6% si la ha recibido.



TABLA 9. Grado de escolaridad asociados con Tuberculosis Pulmonar. Puesto de Salud Costa Hermosa, Soledad (Atlántico), 2004

Escolaridad	Frecuencia	%
Analfabeta	5	8.3
Preescolar	2	3.3
Primaria	29	48.3
Secundaria	23	38.3
Técnico	1	1.6
Total	60	99.8

Fuente: Encuesta al usuario en la vivienda.

Interpretación:

De la población encuestada se observó que el 48.3% realizó sus estudios hasta primaria, el 38.3% hasta secundaria, el 8.3% es analfabeta, el 3.3% cursó hasta preescolar y el 1.6% es técnico; ninguno es universitario.

TABLA 10. Nivel de Ingresos Mensuales asociados a TBC Pulmonar, Puesto de Salud Costa Hermosa, Soledad (Atlántico), 2004

Nivel de Ingreso	Frecuencia	%
Menor 1 Sal. Min.	16	26.6
Salario Mínimo	24	40
Mayor 1 Sal Min.	2	3.3
Total	60	99.9

Fuente: Encuesta al usuario en la vivienda.

Interpretación:

De la población encuestada se encontró que el 70% de la población tienen un ingreso mensual igual a un salario mínimo, el 26.6% menor a un salario mínimo y el 3.3 % mayor a un salario mínimo.

TABLA 11. Índice de hacinamiento asociados a Tuberculosis Pulmonar, Puesto de Salud Costa Hermosa, Soledad (Atlántico), 2004

Hacinamiento	Frecuencia	%
Hacinado	6	10
Recuperable	52	86.6
No Hacinado	2	3.3
Total	60	99.9

Fuente: Encuesta al usuario en la vivienda.

Interpretación:

De las encuestas realizadas encontramos que el 86.6% de la población es recuperable, el 10% está hacinado y el 3.3% no se encuentra hacinado.

TABLA 12. Humedad de la vivienda asociada a TBC Pulmonar. Puesto de Salud Costa Hermosa, Soledad (Atlántico), 2004

Humedad	Frecuencia	%
Si	32	53
No	28	46
Total	60	99

Fuente: Observación de la vivienda de la POE

Interpretación:

De la población observada se encontraron que el 53% presentan humedad en las paredes y pisos de la vivienda y el 46% no presentan humedad.

TABLA 13. Ventilación de la vivienda asociados a Tuberculosis pulmonar. Puesto de Salud Costa Hermosa, Soledad (Atlántico), 2004

Ventilación	Frecuencia	%
Buena ventilación	34	56
Mala ventilación	26	43
Total	60	99

Fuente: Encuesta al usuario en la vivienda.

Interpretación:

De la población observada se encontró que el 56% presentaron buena ventilación en la vivienda y el 43% presentaron mala ventilación.

TABLA 14. Manejo de basuras en la vivienda asociado a TBC Pulmonar, Puesto de Salud Costa Hermosa, Soledad (Atlántico), 2004

Manejo de Basuras	Frecuencia	%
Quemadas	1	1
Enterradas	5	8
Votan cerca de la vivienda	14	23
Son recogidas	40	66
Total	60	98

Fuente: Encuesta en la vivienda de la POE

Interpretación:

De la población encuestada se encontró que el 66% de las basuras de la vivienda son recogidas, el 23% las votan cerca, el 8% enterradas y el 1% las queman.

**TABLA 15. Conocimiento de la etiología asociado a TBC Pulmonar.
Puesto de Salud Costa Hermosa, Soledad (Atlántico), 2004**

Conocimiento etiología de la TBC	Frecuencia	%
Bacteria	20	33.3
Virus	34	56.6
Hongos	2	3.3
No sabe	3	5
Otros	1	1.6
Total	60	99.8

Fuente: Encuesta al usuario en la vivienda

Interpretación:

De la población encuestada sobre el conocimiento de la etiología de la TBC pulmonar, el 56.6% respondió virus, el 33.3% hongos, 5% no sabe y en una proporción menor del 1.6% por otras.

TABLA 16. Conocimiento de diagnóstico asociados a Tuberculosis Pulmonar. Puesto de Salud Costa Hermosa, Soledad (Atlántico), 2004

Conocimiento diagnóstico	Frecuencia	%
BK	16	26.6
Cultivo	21	35
Rayo X	10	16.6
Examen de sangre	5	8.3
Todos los anteriores	8	13.3
Total	60	99.8

Fuente: Encuesta al usuario en la vivienda.

Interpretación:

De 60 pacientes encuestados el 35% respondió a cultivo, el 26.6% BK, el 16.6% Rayos X, el 13.3% todos los anteriores, el 8.3% examen de sangre.

TABLA 17. Conocimiento de síntomas de la enfermedad asociados a TBC pulmonar. Puesto de Salud Costa Hermosa, Soledad (Atlántico), 2004

Conocimiento de síntomas	Frecuencia	%
Tos	44	73.3
Dolor torácico	7	11.6
Vomitó	1	1.6
Nauseas	1	1.6
Todos los anteriores	7	11.6
Total	60	99.7

Fuente: Encuesta al usuario en la vivienda.

Interpretación:

En las encuestas realizadas a la POE encontramos que el 73.3% reconoce como signo y síntoma de la TBC la tos, el 11.6% dolor torácico, el 11.6% reconoce como síntomas todos los anteriores, el 1.6% el vómito, y el 1.6% nauseas.

TABLA 18. Conocimiento de la enfermedad asociados a Tuberculosis pulmonar. Puesto de Salud Costa Hermosa, Soledad (Atlántico), 2004

Conocimiento	Frecuencia	%
No tiene conocimiento	7	11.6
Poco conocimiento	16	26.6
Tiene conocimiento	37	61.6
Total	60	99.8

Fuente: Encuesta al usuario en la vivienda.

Interpretación:

De las encuestas realizadas encontramos que el 61.6% tiene conocimiento, el 26.6% tiene poco conocimiento y el 11.6% no tiene conocimiento sobre la tuberculosis.

TABLA 19. Creencia asociados a tuberculosis pulmonar, Puesto de Salud Costa Hermosa, Soledad (Atlántico), 2004

Creencia	Frecuencia	%
Si previene	52	86.6
No previene	8	13.3
Total	60	99.9

Fuente: Encuesta al usuario en la vivienda.

Interpretación:

De los pacientes encuestados el 86.6% toma medidas preventivas y el 13.3% no.



TABLA 20. Aceptación de la enfermedad asociados a TBC Pulmonar, Puesto de Salud Costa Hermosa, Soledad (Atlántico), 2004

Grado de aceptación	Frecuencia	%
Se <u>negaba</u> a creer que la tenía	19	31
Fue conciente de ella	35	58
La acepto pero no quería que nadie supiera	6	10
Total	60	99

Fuente: Encuesta al usuario en la vivienda.

Interpretación:

De la población encuestada el 31% no lo quería creer, el 58% era conciente de la enfermedad y el 10% no quería que los demás superan que la padecía.

TABLA 21. Prácticas preventivas asociadas a TBC pulmonar. Puesto de Salud Costa Hermosa, Soledad (Atlántico), 2004

Prácticas	Frecuencia	%
Toma de medicamento	39	65
Uso mi propia cuchara	3	5
Uso tapaboca	8	13
Otro	4	6
Nada	6	10
Total	60	99

Fuente: Encuesta al usuario en la vivienda.

Interpretación:

De la población encuestada se encontró que el 65% toma de medicamentos, el 13% usa tapaboca, el 10% no hace nada, el 6% otras medidas y el 5% usa su propia cuchara.

TABLA 22. Cambio de tratamiento por aparición de cepas asociados a TBC pulmonar. Puesto de Salud Costa Hermosa, Soledad (Atlántico), 2004

Cambio de tratamiento	Frecuencia	%
Si cambio	47	78.3
1 cambio	11	18.3
2 cambios	2	3.3
Total	60	99.9

Fuente: Encuesta al usuario en la vivienda.

Interpretación:

En la población encuestada se registra la aparición de cepas por cambio de tratamiento al 78.3% si cambio, el 18.3% con un cambio y el 3.3% dos cambios.

**TABLA 23. Abandono del tratamiento asociado a TBC Pulmonar.
Puesto de Salud Costa Hermosa, Soledad (Atlántico), 2004**

Abandono de tratamiento	Frecuencia	%
Si	35	58.3
No	25	38.3
Total	60	96.6

Fuente: Encuesta al usuario en la vivienda.

Interpretación:

De la población encuestada se encontró que el 58.3% abandonó el tratamiento antituberculoso y el 38.3% no lo abandono.

2. CONCLUSIONES

2.1 ENFERMEDADES CONCOMITANTES

Al analizar las enfermedades concomitantes de los casos, como lo indica la tabla 1, se comprobó que el 58.3% no presenta ninguna enfermedad, seguido por la diabetes con una frecuencia relativa del 25% y en un bajo nivel un 8.3% VIH / SIDA y Hepatitis.

Comparado con los estudios realizados por la *Doctora Jessica Bustamante en Valencia / Caracas en enero del 2003, se encontró que un 26% presentaron diabetes. Otro estudio realizado en Barcelona por **Carlos Shimith en marzo del 2003 arrojó un porcentaje de 21.7% que presentaron VIH/SIDA. Existe una gran similitud entre los resultados del presente estudio y otros en los casos de diabetes, a diferencia de los casos de SIDA que esta en mayor proporción. Por lo que se concluye que las enfermedad concomitantes son un factor de riesgo para adquirir la enfermedad, disminuyendo en gran proporción las defensas del organismo atacando células como CD4, encargadas de la regulación de diversas funciones inmunológicas.

*BUSTAMANTE, Jessica, Tuberculosis Pulmonar, Valencia – Caracas, enero de 2003

**SHIMITH, Carlos, Tuberculosis, Barcelona, Marzo 2003

2.2 ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

La prevalencia de antecedentes de enfermedad respiratoria se encuentran en un 98.3% de los pacientes con tuberculosis, comparando con estudios realizados en Barcelona en marzo de 2003 por *Carlos Shimith, muestra un alto índice de pacientes con antecedentes de enfermedades respiratorias con un 88%. Con esto se puede concluir que los antecedentes de enfermedades respiratorias coinciden considerablemente en un alto riesgo de contraer la enfermedad por las alteraciones que se producen a nivel de las vías respiratorias.

2.3 ENFERMEDAD PULMONAR PROFESIONAL

Al analizar los resultados del estudio realizado se comprobó que el 91.6% no presentó ninguna enfermedad pulmonar profesional y se presentaron en una menor proporción con un 6.6%, no se encontraron estudios para constatar la relación entre las enfermedades pulmonares laborales y la tuberculosis, aunque se puede concluir que son pocas las personas que se enferman al manipular sustancias tóxicas por lo tanto no se considera un alto riesgo para contraer la enfermedad.

2.4 EDAD

El presente estudio muestra que la edad susceptible y predispuesta son las de mayores de 50 años con un 28.3% y de 41-50 años con un 28.3%, comparando con estudios realizados en *Barcelona por Carlos Shimith en marzo de 2003, muestra que existe mayor prevalencia de la enfermedad en las edades entre 21-30 años con un 26.6% y de 31-40 años con un 24%; es decir, que la variable edad como factor de riesgo varía de acuerdo a las condiciones y al medio en que se desenvuelva el individuo.

2.5 SEXO

Este estudio muestra que el 60% de la población afectada son hombres y el 40% son mujeres. comparado con el estudio realizado en Santiago de Cuba por las *Doctoras Oneida Terazon y Maritza Prego , sobre la prevalencia de tuberculosis según el sexo, encontró que el género masculino está más predispuesto a adquirir la enfermedad con un 94.63% a diferencia de las mujeres con un 5.37%. En el mismo país otro estudio arrojó resultados de un 68.4% en hombres y el 31.6% mujeres. De igual forma en Barcelona estudios realizados muestran que la prevalencia en hombres es de un 66.1% y en mujeres un 33.9%, por lo que se concluye que el género masculino es más susceptible de contraer la enfermedad por emplear menos medidas preventivas en su vida cotidiana que las mujeres.

2.6 INMUNIZACIÓN

Este estudio registró que un 70% de la población estudiada se encuentra inmunizada y el 30% no lo está. Comparando con el estudio en *Barcelona muestra que la inmunización contra la TBC es de un 60% y un 40% no lo está, se presenta una similitud en los resultados arrojados, concluyendo que esta medida preventiva no es eficaz en un 100% aunque la población acuda a la inmunización.

*TERAZÓN. Oneida y PREGO, Maritza, Enfoque de riesgo de la tuberculosis, Santiago de Cuba, 2002

2.7 PREFERENCIA NUTRICIONAL

Al analizar la preferencia nutricional en la dieta en los casos registrados en la Tabla 7 se comprobó que el consumo de carbohidratos es de un 66.6%, consumiéndose en un bajo nivel las vitaminas con un 5%. Revisando la literatura del *Doctor Jorge Restrepo sobre Factores de Riesgo asociados a la tuberculosis pulmonar en el Municipio de Manzanillo, se encontró que un 42.6% de pacientes tuberculosos tienen un alto consumo de carbohidratos en su dieta, se concluye que a causa del nivel económico de esta población, el consumo de carbohidratos es mucho mayor.

2.8 QUIMIOTERAPIA

Este estudio mostró que el 93.3% de la POE no se realizó quimioterapia y un 6.6% si la recibió. No se encontraron estudios para comparar la relación entre quimioterapia y tuberculosis pulmonar. Lo investigado si corresponde a la afirmación teórica que la quimioterapia es un factor de riesgo para adquirir una TBC y la población de Soledad lo reafirmó con un 6.6% el concepto teórico.

2.9 NIVEL DE ESCOLARIDAD

Los datos registrados en la tabla 9 sobre el nivel de escolaridad de la POE, tenemos que un 48.3% realizaron sus estudios hasta primaria, encontrándose solo un 8.3% analfabetas. Sin embargo, de toda la literatura analizada no se encontró ningún dato el cual determine el grado de escolaridad como factor de riesgo, por lo que se concluye que no existe relación alguna del grado de escolaridad de la persona con el desarrollo de la tuberculosis.

2.10 NIVEL DE INGRESO

Al analizar el nivel de ingresos mensuales de la POE se encontró que el 70% reciben un salario mínimo y en una proporción del 3.3% mayor a un salario mínimo. Comparándolo con un estudio realizado en Bilbao por el Doctor Salinas Solano en Noviembre de 2002, se encontró que existe una prevalencia de infectados con un 31% y de TBC Pulmonar activa 0.83 % en la población estudiada, 10 veces superior a los 28.2%/100.000 habitantes en la provincia, lo que constituye que el actor económico es un factor de riesgo para contraer la enfermedad porque no suplen las necesidades básicas para subsistir dignamente.

2.11 HACINAMIENTO

De la población encuestada para determinar el índice de hacinamiento en los casos de TBC pulmonar el 86.6% es recuperable y el 10% se encuentra hacinado. Comparando con el estudio de **Reinchard cat sobre TBC en niños en Chicago EE.UU. en el 2003, se encontró que el 38.4% viven en condiciones de hacinamiento, se cree que lo anterior se deba a que Chicago al tener un mejor aporte para el desarrollo laboral, profesional y económico, a diferencia de Soledad (Atlántico) donde no se presentan las mismas oportunidades.

2.12 HUMEDAD

El presente estudio arrojó resultados de un 53% de presencia de humedad en las viviendas y un 46% donde no hay este problema, no se encontraron estudios que confronten estos resultados, aunque la teoría demuestre la gran relación entre la humedad y la proliferación de la enfermedad, se

puede concluir que al haber presencia de humedad el bacilo vive mas tiempo y por lo tanto es mas fácil que un individuo contraiga la tuberculosis por su rápida proliferación.

2.13 VENTILACIÓN

En las viviendas de la POE se encuentra que en la presente investigación 56% presentan una buena ventilación y el 43% una mala ventilación. con relación a otros estudios realizados en manzanillo por la *Doctora Cecilia Santisteban, se encontró que un 34.2% de esta población presentan una mala ventilación y un 65.8% mala ventilación, contribuyendo la ventilación como factor de riesgo para la transmisión del bacilo Koch debido a la presencia de la bacteria en el ambiente.

2.14 MANEJO DE BASURAS

Al estudiar el manejo de las basuras, este estudio arroja que un 66% son recogidas y un 1% quemadas, no se han realizado estudios comparativos acerca de esta variable, según el índice de esta investigación demuestra que la población objeto de estudio emplea medidas adecuadas eliminar sus desechos. Se puede concluir que esta variable si es un factor de riesgo para contraer la tuberculosis, por la clara vinculación de la tuberculosis con las condiciones insalubres.

2.15 CONOCIMIENTO SOBRE LA ETIOLOGÍA DE LA TBC

Con respecto a los conocimientos de la población sobre la etiología de la enfermedad tenemos que el 56.6% respondió que era transmitido por virus, el 33.3% por otras causas. Comparados con los estudios realizados por la

**OMS, el 57% de la población respondió que la enfermedad se difunde por contagio, mientras que el resto conserva la vieja creencia que la enfermedad se transmite por herencia demostrándose una ligera asociación causal.

2.16 CONOCIMIENTO SOBRE EL DIAGNOSTICO DE LA TBC

Este estudio muestra que la mayor parte de la población manifiesta que el medio para diagnosticar la tuberculosis es con cultivo constituyendo el 35% de la población encuestada y los de menor proporción contestaron exámenes de sangre con un 8.3%, no se encontraron estudios para constatar la información obtenida en esta investigación, se puede concluir que la población tiene algún grado de conocimiento con respecto a como se diagnostica la tuberculosis.

2.17 CONOCIMIENTO SOBRE LOS SÍNTOMAS DE LA TBC

Los datos registrados en la tabla sobre los síntomas de las manifestaciones clínicas que tienen la POE tenemos que un 73.3% aportaron el mayor valor seguido de dolor torácico con una frecuencia del 11.6%, de igual forma vómito y náuseas con 1.6%. Sin embargo, de toda la literatura analizada no se encuentra ningún dato en el cual determine el grado de conocimiento sobre las manifestaciones clínicas predispongan para que se desarrolle la enfermedad.

2.18 CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDADES

Este estudio arroja que el 61.6% tiene conocimiento y el 11.6% no tiene acerca de Tuberculosis Pulmonar. No se encontraron estudios para

confrontar el grado de conocimiento de la población objeto de estudio, pero se puede concluir que se tiene conocimiento mas no se practican en gran parte las medidas preventivas.

2.19 CREENCIA

El grado de creencia de la población objeto de estudio para prevenir la enfermedad tenemos que un 86.6% previene la TBC y un 13.3% no previene. Al realizar la comparación no se encontraron estudios que arrojaran un resultado específico, según el índice de esta investigación demuestra que la población objeto de estudio presenta un nivel de conocimiento que le permite emplear medidas preventivas de la enfermedad.

2.20 GRADO DE ACEPTACIÓN

En este estudio se encontró que un 58% de la población fueron concientes de la enfermedad y con una frecuencia relativa del 10% aceptaron pero no querían que nadie lo supiera. Comparándolo con el estudio de el **Dr. Allynnes sobre la alta prevalencia de tuberculosis en los países menos desarrollados en marzo 23 del 2002 se encontró que el 70% es conciente de la enfermedad; existiendo una gran similitud entre los estudios, por lo que se concluye que la actitud que tiene la persona cuando le detectan la enfermedad ayuda en la curación y prevención de la enfermedad en el núcleo familiar y su entorno.

2.21 PRACTICAS PREVENTIVAS

Al analizar las practicas preventivas en los casos registrados se encontraron que el 65% toman medicamentos y el 10% no emplea ninguna

medida preventiva. No se encontraron estudios para confrontar las practicas preventivas con la Tuberculosis, se puede concluir que la población objeto de estudio encuestada emplea medidas preventivas, ayudando así a disminuir el contagio entre sus familiares y su entorno.

2.22 CAMBIOS DEL TRATAMIENTO

Los cambios de tratamiento por aparición de cepas resistentes en nuestro estudio arrojo que un 78.3% de la población no han presentado ningún cambio y dos cambios con un 3.3%. Al comparar con los estudios realizados por Jimena Muñoz en España en Marzo 13 de 2003, actualmente el 79% de los casos de fármaco resistencias están relacionados con determinadas cepas que no reaccionan, al menos, 3 de los 4 principales medicamentos utilizados contra la TBC.

2.23 ABANDONO DEL TRATAMIENTO

Al analizar la tabla sobre el abandono del tratamiento de la TBC se observa que el 58.3% abandonó el tratamiento y el 38.3 sigue con su tratamiento. Revisando la literatura médica del **Doctor Eduardo Gómez de Austria se encontraron asociados al abandono del tratamiento 4.18% de la población. Tenemos que no solo los factores individuales se encuentran asociados al abandono del tratamiento antituberculoso, sino relacionados con la accesibilidad de los servicios, instituciones y estructura de los programas asociados.

*SANTISTEBAN, Cecilia, Trabajo de tuberculosis, Manzanillo, 2002

**ALLEYNE, Alta prevalencia de la tuberculosis en los países menos desarrollados, Perú, marzo 23 2002

3. RECOMENDACIONES

- 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 trabajadores que se encuentren en contacto directo con sustancias nocivas para que apliquen medidas preventivas y así disminuir el riesgo de contraer Tuberculosis Pulmonar por esta causa.
- Crear programas educativos (PAB- Puesto de Salud Costa Hermosa) referentes a la tuberculosis, dirigido principalmente a la población vulnerable (edades productivas- sexo masculino).
- Incentivar a las madres de la comunidad de Soledad para la vacunación de sus hijos contra la tuberculosis, para disminuir las posibilidades de contraer la enfermedad.
- Crear un grupo de líderes de los barrios que conforman a Soledad y brindar capacitación sobre formación de microempresas con ayuda de la Alcaldía de esta ciudad.
- Profundizar la búsqueda de factores relacionados con esta 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 la población sobre estilos de vida saludable, para que modifique progresivamente sus hábitos alimenticios
- Educar a la población que recibe quimioterapia sobre la susceptibilidad que tiene de contraer la enfermedad y así eviten contacto con pacientes con Tuberculosis Pulmonar.
- Incentivar a la población objeto 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 estas.
- Crear unidades de atención inmediata para detectar posibles casos de TBC en los distintas zonas de Soledad.
- 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 este 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.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

- GISPERT, Carlos. Diccionario de Medicina Océano, nueva edición: España, 2002.
- GISPERT, Carlos .Manual de Enfermería Océano, nueva edición, volumen 3, España 2003.
- GAY, José. Infección de Tuberculosis pulmonar, edición especial, volumen 4, España 2000.
- LONDOÑO, Juan. Metodología de la Investigación Epidemiológica, edición 5. Universidad de Antioquia, Medellín.1995.
- SOLANO, Salinas. Tuberculosis en la población inmigrante, Bilbao 2000.
- LIPPINCOTT, Nettina. Manual de enfermería practica, Cc Grauu Hill Interamericana, marzo de 1999

REVISTAS

- Ministerio Nacional de Salud, Informe quincenal epidemiológico, Volumen 4 – 2, Número 6-6, 30 de Marzo de 2000.

INTERNET

- WWW.itsa.edu.co/solonfo.htm/2001.
- WWW.medynet.com/elmedico/aula 2002
- WWW.bus.sld.cu/revistas/med/2003
- WWW.monografias.com/trabajos14/tuberculosis/2002
- WWW.todosvacunados.com/prevenir/tuberculosis2003
- WWW.oge.sld.cu/revistas/mtr/2002
- WWW.bus.sld.cu/revistas/est/2003
- WWW.medicos.municipales.org.ar/bts2003
- WWW.prolinf.org/spanish/fs/TBC/2002
- WWW.sap.org.ar/archivos/2002/
- WWW.paho.org23/03/02



ANEXOS

ANEXO A.

OPERACIONALIZACIÓN

MACROVARIABLE	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>CARACTERÍSTICAS PERSONALES</p>	Enfermedades Concomitantes	Enfermedad referida por la POE como antecedente y asociado al caso	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - VIH/SIDA - Hepatitis - Diabetes - Ninguna
	Antecedentes de Enfermedades Respiratorias	Antecedentes de problemas respiratorios referidos por la POE	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Gripe - Neumonía - Bronquitis - Otras
	Enfermedad Pulmonar Profesional	Enfermedades pulmonares originadas por la exposición de periodos prolongados a polvos nocivos referidos por la POE	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Fibrosis pulmonar - Neumoconiosis - Otras - Ninguna
	Edad	Periodo de tiempo de existencia de una persona transcurrido desde el momento de su vida hasta ahora referido por la POE	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Menor de 10 años - 10 – 20 años - 21 – 30 años - 31 – 40 años - 41 – 50 años - Mayor de 50 años
	Sexo	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales de otro registrados en la historia clínica	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Hombre - Mujer

MACROVARIABLE	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
CARACTERÍSTICAS PERSONALES	Imunización	Defensa adquirida por un biológico que previene la TBC registradas en la historia clínica y referido por la POE	Cualitativa	nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Vacunado - No vacunado
	Preferencia Nutricional Contemplados en la Dieta	Referencia del grupo de alimentos consumidos por la POE	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> Rica en - Proteínas - Carbohidratos - Vitaminas - Todas las anteriores
	Quimioterapia	Referencia de tratamiento con quimioterapia por la POE	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> Recibe o Recibió - Si - No
	Nivel de Escolaridad	Grados cursados referidos por la POE	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Analfabeta - Pre - escolar - Primaria - Secundaria - Otros
	Nivel de Ingreso	Referencia de la cantidad de ingresos económicos que recibe la POE para satisfacer sus necesidades básicas	Cuantitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Menor a un Sal Min - Un salario Mínimo - Mayor a un Sal Min

MACROVARIABLE	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
CARACTERÍSTICAS DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	Etiología de la TBC	Conocimiento sobre origen de la TBC referida por la POE	Cualitativa	Ordinal	- Bacteria - Virus - Hongo - Otros - No responde
	Diagnóstico de la TBC	Conocimiento sobre métodos de diagnósticos para la TBC referidos por la POE	Cualitativa	Ordinal	- BK - Cultivo - Rayos X - Todos los anteriores - No responde
	Síntomas de la TBC	Conocimiento sobre los síntomas de la enfermedad referidos por la POE	Cualitativos	Ordinal	- Tos - Fiebre - Dolor torácico - Todos los anteriores - Otros - No responde
	Conocimiento sobre la TBC	Idea o concepto acerca de la TBC Pulmonar referido por la POE	Cualitativa	Ordinal	0 no tiene conocimiento 1-2 poco conocimiento 3-4 tiene conocimiento

MACROVARIABLE	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NI EL DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
CARACTERÍSTICAS DE ACTITUD	Creencia	Certeza sobre el origen y transmisión de la TBC referidos por la POE	Cualitativa	Nominal	- Si previene - No previene
	Aceptación de la Enfermedad	Reacción referida por la POE ante el Dx de la enfermedad	Cualitativa	Nominal	- Se negaba a creer que la tenía - Fue conciente de ella - La acepto pero quería que nadie lo supiera
	Practicas Preventivas	Acciones referidas por la POE para prevenir la enfermedad	Cualitativa	Nominal	- Toma medicamentos - Tengo mi vaso - Uso mi propia cuchara - Uso tapaboca - Otro - Nada
	Cambio del Tratamiento por Aparición de Cepas	Registro de cambios del tratamiento por fármaco resistencia al bacilo en la POE	Cualitativa	Nominal	- Sin cambio - 1 cambio - 2 cambios
	Abandono del Tratamiento	Registro de suspensión de forma voluntaria del tratamiento en la POE	Cualitativa	Nominal	- Si - No

ANEXO B.

**CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMÓN BOLÍVAR
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SÉPTIMO SEMESTRE
FACTORES ASOCIADOS A TUBERCULOSIS PULMONAR, PUESTO DE
SALUD COSTA HERMOSA, SOLEDAD – ATLÁNTICO 2004**

DIRIGIDO: Usuarios inscritos al programa de TBC, puesto de salud Costa Hermosa
Municipio de Soledad - Atlántico

OBJETIVO: Detectar respuestas a interrogantes del instrumento por parte del
usuario con
un Dx de Tuberculosis en su respectiva vivienda

I. Nombres: _____ Apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: F _____ M _____ Estado Civil: _____

Dirección: _____ Barrio: _____

II. ¿ Que otras enfermedades diferentes a la actual tiene o ha tenido usted ?

VIH/SIDA _____ Hepatitis _____ Linfomas _____ Uremia _____

Diabetes _____ Otras _____ Cual _____ Ninguna _____

III. ¿ Ha sufrido de alguna enfermedad respiratoria ?

Gripa _____ Neumonía _____ Bronquitis _____ Otra _____ Cual _____ Ninguna _____

IV. ¿ Ha tenido usted contacto con sustancias nocivas (polvos, químicos) ?

Cerámica _____ Abrasiva _____ Fundición _____ Carbón _____ Otros _____

* ¿ Ha sufrido usted durante el tiempo que trabaja alguna enfermedad relacionada al contacto con una sustancia ?

Silicosis ___ Fibrosis Pulmonar ___ Asbestosis ___ Neumoconiosis ___
Otras ___ Cual _____ Ninguna _____

V. ¿ Fue usted vacunado contra la Tuberculosis ?

SI _____ NO _____

VI. ¿ Cuales son los alimentos que mas consume ?

Carne ___ Pollo ___ Pescado ___ Frijoles ___ Papa ___ Frutas ___ Arroz ___ Otros ___

VII. ¿ Ha recibido usted tratamiento de quimioterapia ?

SI _____ NO _____

VIII. Que grado de estudios realizo usted

Analfabeta ___ Pre-escolar ___ Primaria ___ Secundaria ___ Otros ___

IX. ¿ Cual es el ingreso económico mensual ?

Menor a un salario mínimo ___ Salario mínimo ___ Mayor a un salario mínimo

IX. ¿ Cuantas habitaciones tiene la vivienda ?

1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ Otras _____

¿ Cuántas viven con usted ?

1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ Otras _____

X. Presencia de humedad en la vivienda (observación)

SI _____ NO _____

XI. Como es la ventilación (observación)

Buena _____ Mala _____

XII. ¿ Cual es el manejo que se le da a las basuras ?

Quemadas ___ Enterradas ___ Las votan cerca de la vivienda ___ Son recogidas ___

XIII. ¿ Sabe usted que causa la Tuberculosis ?

Bacteria ___ Hongo ___ Microorganismo ___ Polvo ___ Otros ___

* ¿ Cómo se Diagnostica la Tuberculosis ?

BK ___ RX ___ Cultivo ___ Examen de sangre ___

* ¿ Cuales son los síntomas de la Tuberculosis ?

Tos con esputo ___ Nauseas ___ Vómitos ___ Dolor torácico ___

* ¿ Sabe usted como se transmite la enfermedad ?

Beso ___ Abrazo ___ Compartir baso ___ Compartir utensilios personales ___

Por las manos ___ No sabe ___ No responde ___

* ¿ Cual fue su actitud cuando se entero que tenia Tuberculosis ?

Se negaba a creer que la tenia ___ Fue conciente de ella ___ Lo aceptaba pero no quería que los demás se enteraran ___ Porque _____

* ¿ Que medidas emplea usted para evitar el contagio a sus familiares ?

Tomo medicamento ___ Tengo mi vaso ___ Uso mi propia cuchara ___

Uso tapaboca ___ Nada ___ Otros ___ Cual _____

* ¿ Le han cambiado el tratamiento ?

Sin cambio ___ 1 Cambio ___ 2 Cambios ___ Otros ___

* ¿ Ha suspendido el tratamiento alguna vez ?

SI ___ NO ___



ANEXO C.

BASE DE DATOS

	Pacientes	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	Ñ	O	P	Q	R	S	T	U	V
1	María Rodríguez Sánchez	D	G	N	6	H	S	MSM	N	NV	C	R	S	N	R	B	B	T	PC	SP	FC	TM	SC	N
2	Carmelo Oliveros Avendaño	N	G	N	2	H	P	SM	N	V	C	R	S	N	R	B	B	T	PC	SP	FC	TM	2C	S
3	Evangelina Carrillo Suárez	N	G	N	5	M	P	MSM	N	NV	C	R	N	S	V	H	R	T	TC	SP	SN	TB	SC	N
4	Luz Yarima Pérez González	D	G	N	3	M	S	SM	N	NV	P	R	S	N	R	B	B	DT	TC	SP	FC	TM	SC	N
5	Sandra González Herrera	D	G	N	2	M	S	SM	N	V	C	R	N	S	R	B	C	DT	TC	SP	SN	TM	SC	N
6	Wendy Cermeño Osea	N	G	N	6	M	S	MSM	N	V	C	NH	S	N	R	B	R	TA	TC	SP	FC	TM	SC	N
7	Jorge Regino Olivares	V/S	G	N	4	H	S	SM	N	V	C	R	S	N	R	V	TA	TA	TC	SP	FC	TM	SC	N
8	Jairo Jaraba Rodríguez	N	N	N	5	H	S	SM	N	V	P	R	S	N	R	V	TA	TA	TC	SP	FC	TM	SC	N
9	José Carlos Benavides	V/S	G	FP	4	H	P	SM	N	V	C	R	N	S	V	B	TA	T	TC	SP	LA	TM	1C	S
10	Antonio Trespalacio	D	G	N	6	H	S	SM	N	V	C	R	S	N	R	V	TA	TA	PC	SP	FC	TM	SC	N
11	Sixta Maíra García Ramirez	D	G	NE	4	M	P	SM	N	V	C	R	N	S	R	V	B	TA	TC	SP	FC	TM	SC	N
12	Melissa Domínguez	V/S	N	N	6	M	S	MaySM	N	V	C	R	S	N	R	V	TA	T	TC	SP	FC	TM	1S	N
13	Carlota Jiménez Rodríguez	V/S	G	N	4	M	P	SM	N	V	P	R	S	N	R	V	TA	TA	TC	SP	FC	UT	SC	N
14	Jorge Lineros Gómez	N	G	NE	5	H	P	MSM	N	V	C	R	N	S	R	V	TA	DT	TC	SP	FC	TM	SC	N
15	Lili Candelaria Jiménez	V/S	N	N	6	M	P	SM	N	V	C	R	S	N	R	B	TA	TA	TC	SP	FC	TM	2C	N
16	María Romero Salcedo	D	G	N	4	M	P	MSM	N	NV	C	R	N	S	R	V	B	T	TC	SP	FC	TM	SC	N
17	Jaime Sánchez	N	G	N	5	H	P	MSM	N	V	C	R	S	N	E	V	C	T	TC	SP	LA	TM	1C	N
18	Delfina Balcelo Navarro	N	B	N	4	M	P	MSM	N	V	C	R	N	N	V	NS	C	T	TC	SP	LA	TM	SC	N
19	Adalberto Romero Campos	N	N	N	2	H	S	SM	N	V	P	H	N	N	R	B	C	T	TC	SP	FC	TM	SC	N
20	Wilson Teheran Torres	N	G	N	2	H	P	SM	N	V	C	NH	N	S	E	V	B	T	PC	NP	FC	N	SC	N
21	Carmelo Osorio Bermúdez	H	B	N	4	H	T	SM	N	V	C	R	N	S	R	B	C	T	TC	SP	SN	TM	SC	N
22	Roberto Mejía González	D	N	N	5	H	P	MSM	N	NV	C	R	N	S	E	NS	C	T	PC	NP	FC	N	SC	N
23	Rosa Bermúdez Osorio	N	N	N	4	M	A	MSM	N	NV	C	R	N	S	V	NS	C	T	NC	NP	SN	N	1C	S
24	Narcisa Perea Chimá	H	N	N	5	M	P	MSM	N	V	T	R	S	S	R	B	C	T	TC	NP	SN	N	SC	N
25	Isabel Pérez Pérez	D	B	N	5	M	PE	MSM	S	NV	V	R	N	S	E	V	ES	T	PC	SP	FC	UT	SC	N
26	Camilo González Jaramillo	D	G	N	4	H	P	SM	N	NV	P	H	N	N	E	V	C	T	TC	SP	FC	TM	SC	S
27	Victor Mendoza Arango	N	G	N	3	H	P	SM	S	V	T	R	N	S	R	V	C	T	TC	SP	SN	TM	SC	N
28	Nicolás Arzuza Rondón	N	N	N	5	H	S	MSM	N	V	C	R	S	S	Q	B	C	T	TC	SP	SN	U	1C	N
29	Juan Castillo Meza	N	N	N	6	H	P	SM	N	V	C	H	N	S	V	B	R	T	TC	SP	LA	TM	SC	N
30	Francisco Yépez Llanas	N	G	N	5	H	P	AM	N	NV	T	R	S	N	R	B	R	DT	TC	SP	SN	TM	SC	N

BASE DE DATOS

	Pacientes	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	Ñ	O	P	Q	R	S	T	U	V
31	Mauricio Costa dela H	D	G	N	6	H	A	MSM	N	N	T	R	S	S	V	V	ES	T	TC	SP	SN	U	IC	S
32	José Marino Escorcia	H	G	N	3	H	A	SM	N	S	C	H	S	N	R	V	ES	T	TC	SP	SN	TM	SC	N
33	Mario S Pérez	D	N	N	6	M	P	MSM	N	N	V	R	N	S	V	V	C	T	TC	SP	SN	TM	SC	N
34	Luis Moreno G.	N	G	N	5	H	PE	SM	N	S	C	R	S	N	V	V	ES	DT	TC	SP	FC	UT	SC	N
35	Juan Bordes.	D	B	N	6	H	A	SM	N	N	C	R	N	S	V	V	C	T	TC	SP	SN	TM	IC	S
36	Francía Daza Lelva	H	G	N	5	M	S	May SM	N	S	C	R	S	S	V	B	B	DE	TC	SP	FC	TM	SC	N
37	Javier Álvarez Díaz	N	G	O	6	H	S	SM	N	S	T	R	N	S	R	V	C	T	TC	SP	FC	O	SC	N
38	Maria Ospino P	N	N	N	1	M	A	SM	N	N	C	R	S	S	R	V	C	T	TC	SP	SN	TM	SC	N
39	Rosario Alamar Rodríguez	D	G	N	5	M	P	MSM	N	N	V	R	S	N	R	B	C	T	SC	SP	LA	O	IC	N
40	Domingo Reales Puertas	H	B	N	4	H	P	SM	N	S	P	R	N	S	V	B	B	N	SC	NP	FC	TM	IC	N
41	Ramiro A. Chamarro Perales	N	O	N	6	H	P	SM	N	S	C	R	S	N	R	V	B	T	PC	SP	FC	O	SC	N
42	Manuel A. Vaca Peña	N	N	N	2	H	P	SM	N	S	C	R	N	S	R	V	B	T	PC	SP	SN	TM	SC	N
43	Carolina M. Rondon Fontalvo	N	N	N	6	M	P	SM	N	S	C	R	N	S	R	O	ES	T	PC	SP	FC	TM	SC	N
44	Jairo Eduardo Gómez Cervantes	N	B	N	5	H	S	SM	N	N	P	H	S	N	R	V	C	T	TC	SP	FC	U	SC	N
45	Susana Mendoza Orozco	N	B	N	6	M	P	SM	N	S	C	R	S	N	R	H	B	T	TC	SP	FC	TM	IC	S
46	Leydi Acosta Guerrero	H	G	N	2	M	S	SM	N	N	C	R	N	S	R	V	R	T	TC	SP	FC	TM	SC	N
47	Manuel Castro Lora	H	N	N	5	H	S	MSM	N	S	C	H	S	N	R	B	C	T	TC	SP	FC	U	SC	N
48	Calixta Rojas de Rangel	D	G	N	6	M	S	MSM	N	S	C	R	S	N	R	B	R	T	PC	SP	FC	TM	SC	N
49	Alfonso Pacheco J.	N	G	N	6	H	S	SM	N	N	T	R	S	S	R	V	R	V	PC	NP	FC	TM	SC	N
50	José Acosta Gonzáles	N	B	N	2	H	S	SM	N	S	C	R	S	N	R	V	B	T	SC	SP	SN	N	SC	S
51	Néstor Araque Castro	H	N	N	6	H	S	SM	N	S	P	R	S	S	R	B	C	T	SC	SP	SN	UT	SC	N
52	José Casas Guerrero	N	G	N	6	H	S	SM	N	S	C	R	S	N	V	V	C	DT	PC	NP	FC	TM	SC	N
53	Mederlin Padilla	H	G	N	6	M	S	SM	S	S	C	R	S	S	R	V	B	T	TC	SP	FC	UT	SC	N
54	Ignacia Pacheco	N	G	N	5	M	P	SM	N	N	T	R	S	S	R	V	C	T	SC	SP	FC	TM	SC	N
55	Ezequiel Samora	N	G	N	5	H	P	SM	S	S	C	R	N	N	V	V	R	T	TC	SP	SN	UT	SC	S
56	Benigno Hernández	N	N	N	3	H	P	MSM	N	S	C	R	N	N	R	V	R	T	PC	SPS	FC	U	IC	N
57	José Bolívar	N	G	N	6	H	P	SM	N	S	T	R	N	N	V	V	B	T	PC	SP	SN	O	SC	N
58	Juan Maligna	D	G	N	2	H	S	MSM	N	S	C	R	S	S	R	V	R	T	SC	NP	FC	TM	SC	N
59	Augusto Salazar	N	G	N	5	H	S	SM	N	S	C	R	S	S	R	V	B	T	PC	SP	FC	TM	SC	N
60	Pedro Garcías	N	G	N	4	H	P	SM	N	S	P	R	S	S	R	B	B	T	PC	SP	SN	TM	SC	N

A= Enfermedades concomitantes B= Antecedentes de enfermedades respiratorias C= Enfermedad pulmonar profesional D= Edad E= Sexo F= Nivel de escolaridad G=nivel de ingreso H= Quimioterapia I= Inmunización J= Preferencia nutricional en la dieta K= Hacinamiento L= Ventilación M= Humedad N= Manejo de basuras Ñ= Conocimiento sobre etiología de la enfermedad O= Conocimiento sobre diagnóstico de la enfermedad P= Conocimiento sobre los síntomas de la enfermedad Q= Conocimiento sobre la TBC R= Creencia S= Aceptación de la enfermedad T= Practicas preventivas U= Cambio del Tto por aparición de cepas resistentes V= Abandono del tratamiento.



- 1- TUBERCULOSIS PULMONAR
- 2- BACILO DE LOFF
- 3- ENFERMEDADES
- 4- TUBERCULOSIS - PREVENCIÓN Y CONTROL
- 5- PULMONES - ENFERMEDADES
- 6- BRONQUIOS - ENFERMEDADES
- 7- RESPIRACION
- 8- ENFERMERIA - ENSAYOS