



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
BABAHOYO**

***FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD***

***ESCUELA DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA***



TESIS DE GRADO

Tesis previa a la obtención del título de Licenciada en Enfermería

TEMA:

**CONTRIBUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN LA
DISMINUCIÓN DE RIESGO DE DESARROLLAR TUBERCULOSIS EN
PACIENTES INMUNO COMPROMETIDOS QUE ACUDEN AL ÁREA DE
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE
JESÚS DE QUEVEDO DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012**

**AUTORAS: PAOLA KATHERINE JILÓN ZAMBRANO
DIANA CAROLINA CABRERA GONZÁLEZ**

TUTORA: LIC. TANYA ARABELLA CRESPO SILVA. Ms.

BABAHOYO - LOS RÍOS

2012

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

CARRERA DE ENFERMERÍA

NOMINA DE AUTORIDADES UNIVERSITARIA

DR. CÉSAR AUGUSTO NOBOA AQUINO
DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DR. WELLINTONG ESTEBAN BELTRÁN CASTRELLÓN
SUBDECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

LIC. MS. BETTHY MAZACÓN ROCA
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA

ABG. ISRAEL MALDONADO CONTRERAS
SECRETARIO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERIA**

CERTIFICACIÓN

LIC. TANYA CRESPO SILVA. Ms.
DIRECTORA DE TESIS.

CERTIFICA:

Haber dirigido y asesorado en todas sus partes, la tesis denominada **Contribución de las actividades de enfermería en la disminución de riesgo de desarrollar tuberculosis en pacientes inmuno comprometidos que acuden al área de Consulta Externa del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo durante el primer semestre del 2012**, de la autoría de **Paola Jilón Zambrano y Diana Cabrera González**

Además encuentro que este trabajo ha sido realizado de acuerdo a las exigencias Metodológicas – Técnicas exigentes para el nivel de Licenciatura, por lo que autorizo su Presentación, Sustentación y Defensa.

LIC. Tanya Arabella Crespo Silva
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA.

Los contenidos, procedimientos, criterios y propuesta emitidos en esta tesis cuya tema es **Contribución de las actividades de enfermería en la disminución de riesgo de desarrollar tuberculosis en pacientes inmuno comprometidos que acuden al área de Consulta Externa del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo durante el primer semestre del 2012**, son de exclusiva responsabilidad de sus autoras: **Paola Jilón Zambrano y Diana Cabrera González**

Autoras:

Firmas:

Paola Katherine Jilón Zambrano

.....

Diana Carolina Cabrera González

.....

DEDICATORIA.

A nuestros padres por su apoyo moral, psicológico y económico durante la trayectoria estudiantil en esta lucha de superación profesional.

A nuestros maestros, gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que nos transmitieron en el desarrollo de nuestra formación profesional, en especial a la Lic. Tanya Crespo Silva. Ms, por habernos guiado el desarrollo de este trabajo y llegar a la culminación del mismo.

Paola Katherine Jilón Zambrano

Diana Carolina Cabrera González

AGRADECIMIENTO.

Dios, por fortalecer nuestros corazones e iluminar nuestras mentes y por haber puesto en nuestro camino a aquellas personas que han sido soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A nuestros Padres, ejemplo de superación y soporte de aliento de vida, por brindarnos su apoyo incondicional y su gran amor.

A la Lic. Tanya Crespo Silva, Ms, por su asesoría durante todo el trabajo de investigación, por su comprensión a afianzar la siembra de la vocación a esta noble profesión.

A los Directivos de la facultad de Ciencias de la Salud y de la Escuela de Enfermería, por abrir las puertas del conocimiento y la sabiduría a la población estudiantil para una sociedad activa y promotora de cambios de salud.

Paola Katherine Jilón Zambrano

Diana Carolina Cabrera González

TEMA DE TESIS.

CONTRIBUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN LA DISMINUCIÓN DE RIESGO DE DESARROLLAR TUBERCULOSIS EN PACIENTES INMUNO COMPROMETIDOS QUE ACUDEN AL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS DE QUEVEDO DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012

ÍNDICE

Contenidos.	Pág.
CAPÍTULO I	1
1. Campo contextual problemático.	1
1.1 Contexto nacional, regional, local y/o institucional.	1
1.2 Situación actual del objeto de investigación.	3
1.3. Formulación del problema.	5
1.4. Delimitación de la investigación.	6
1.5. Justificación.	7
1.6. Objetivos.	8
CAPÍTULO II	9
2. Marco teórico de la investigación	9
2.1. Alternativas teóricas asumidas.	9
2.2. Categorías de análisis teórico conceptual.	10
2.2.1. Pacientes inmuno comprometidos.	10
2.2.2. Tuberculosis.	13
2.2.3. Riesgo de tuberculosis en pacientes infectados por VIH.	16
2.2.4. Tratamiento de la tuberculosis e interacciones con antirretrovirales.	18
2.2.5. Prevención de la tuberculosis.	21
2.2.6. Rol de enfermería en atención a pacientes inmuno comprometidos.	23
2.2.7. Promoción de la Salud.	24
2.2.8. Proceso de atención de enfermería (PAE) para el manejo de pacientes con tuberculosis.	31
2.3. Hipótesis.	35
2.4. Variables.	36
2.5. Operacionalización de las hipótesis específicas.	37
2.6. Glosario.	41

CAPITULO III	43
3. Metodología.	43
3.1. Tipo de investigación.	43
3.2. Diseño de investigación	43
3.3. Universo y muestra.	43
3.4. Métodos y técnicas de recolección de información.	44
3.5. Plan de procesamiento de datos	46
3.6. Procedimiento.	46
3.7. Recursos.	46
CAPITULO IV	48
4. Análisis y discusión de resultados.	48
4.1. Tabulaciones e interpretaciones de datos.	48
4.2. Comprobación y discusión de hipótesis.	71
4.3. Conclusiones.	71
CAPITULO V	73
5. Propuesta alternativa.	73
5.1. Presentación.	73
5.2. Objetivos.	74
5.3. Contenidos.	74
5.4. Descripción de los aspectos operativos de la propuesta.	77
5.5. Recursos.	78
5.6. Cronograma de ejecución de la propuesta.	78
Bibliografía.	79
Anexos.	81

INTRODUCCIÓN.

En las últimas décadas la población de pacientes inmuno comprometidos ha aumentado en forma dramática. Una característica de estos pacientes es su susceptibilidad a las infecciones con agentes que tienen poca virulencia para el huésped inmunocompetente, los llamados patógenos oportunistas.

A pesar de los avances en el desarrollo de esquemas de prevención y la disponibilidad de nuevos agentes antimicrobianos, las infecciones pulmonares son el sitio de origen más frecuente de infección invasiva en el huésped inmunodeprimido o inmuno-comprometido.

Además de los patógenos oportunistas, los pacientes inmuno-comprometidos están expuestos a enfermarse como consecuencia de los patógenos respiratorios habituales como *S. pneumoniae* y *M. tuberculosis*.

Hace más de una década la tuberculosis ha tenido un repunte en el Ecuador a pesar que se han incorporado esfuerzos en cada una de las instituciones del Ministerio de Salud Pública para reducir la incidencia y prevalencia de los casos sensibles de tuberculosis y prevenir los casos en pacientes inmuno comprometidos.

La infección por VIH ha contribuido significativamente al incremento de la TB en el mundo a fines del siglo XX y en el nuevo milenio (9). Las personas VIH positivas tienen 50 veces más probabilidad de desarrollar TB activa que los VIH negativos, en razón al compromiso inmunológico resultante de la afinidad del virus por la molécula CD4+ de los linfocitos T ayudadores.

CAPITULO I

1. CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO

1.1. Contexto nacional, regional, local y/o institucional

Ecuador está ubicado sobre la línea ecuatorial, en América del Sur, por lo cual su territorio se encuentra en ambos hemisferios. Limita al norte con Colombia y al sur y al este con Perú. Al oeste con el Océano Pacífico. Está dividido en cuatro regiones, en las que se distribuyen 24 provincias. En la costa del pacífico se encuentran las provincias de Esmeraldas, Manabí, Los Ríos, Guayas, Santa Elena y El Oro. En los Andes, en la zona norte y central están Carchi, Imbabura, Pichincha, Santo Domingo de los Tsachilas, Cotopaxi, Tungurahua y Chimborazo, en el sector sur se encuentran Bolívar, Cañar, Azuay y Loja. En la Amazonia, en cambio están Sucumbíos, Napo, Pastaza, Orellana, Morona Santiago y Zamora Chinchipe. Y en la región insular, las Islas Galápagos, compuestas por trece islas principales.

Cada capital de provincia tiene la sede del gobierno local, existen delegaciones o direcciones de los estamentos estatales en justicia, salud y educación con fines administrativos. Las provincias se dividen en cantones gobernados por el alcalde municipal, políticamente y según el número de habitantes se dividen en parroquias, cada una tiene la finalidad de determinar necesidades y mejorar su estructura política y social a través de las juntas parroquiales lideradas por sus presidentes

El Ecuador se encuentra en un periodo de transición epidemiológica pues las primeras consultas corresponden a enfermedades vinculadas al desarrollo social, sin embargo son causas frecuentes de morbilidad otras patologías como la diabetes y la hipertensión arterial. La tercera causa en frecuencia de consulta son las

ITS. En relación a la tuberculosis cabe mencionar que en el 2011 en el país se realizaron 264.426 exámenes, de los cuales 5.952 resultaron positivos. En el 2010 hubo 4.940 casos confirmados por laboratorio. Es decir, se registró un crecimiento del 20,48% de afectados¹

Los hospitales del sector público están regulados por el Ministerio de Salud, entre ellos tenemos al Hospital de Quevedo “Sagrado Corazón de Jesús”, el mismo que tiene su inicio en los años de 1960, cuando la religiosa de nacionalidad española Madre María Feliza Barandearán Directora de la Escuela Nuestra Señora de Fátima, reúne a un grupo de distinguida damas y conforman la Junta parroquial de Caridad.

La principal finalidad de esta junta, fue ayudar a los enfermos de tuberculosis, que en esa época prevalecía en la población, en 1962 un grupo de distinguidas personas se constituyeron en la Junta de Beneficencia, cuya finalidad fue la consecución de un Hospital para Quevedo, y fue el señor Vicente Chang Luey quien donó el terreno para la construcción del Centro de Salud, y es el 28 de abril de 1971 que abre sus puertas con los servicios de Consulta Externa, Emergencia, laboratorio y rayos X, con una plantilla de personal en número de 24 entre médicos, enfermeras y empleados.

En el 1993 el Hospital de Quevedo entra formar parte como área de salud en el proyecto piloto de atención primaria de salud, firmados por los gobiernos de Ecuador y Bélgica, y en el transcurso que duró el convenio ecuatoriano belga remodeló la planta baja y construyó la segunda planta correspondiente al bloque administrativo, donde funciona la UCA, sala de reunión, auditorio y biblioteca.

Actualmente cuenta con las áreas de:

¹ El Universo, Hay un 20.48% más de casos de pacientes con tuberculosis en Ecuador, marzo, 24 del 2012. www.eluniverso.com.

Hospitalización: Pediatría, Cirugía General, Ginecología, Obstetricia, Medicina interna

Consulta Externa: Pediatría, Cirugía General, Traumatología, Ginecología, Obstetricia, Medicina interna, Odontología, Rehabilitación, Epidemiología, Cardiología

Emergencia: Cirugía menor, Obstetricia, Observación de cirugía y medicina interna, Observación de obstetricia, Área de legrados y partos eutócicos.

Cirugía: Quirófanos y post operatorio.

Laboratorio clínico, Gabinete de radiología, Ecografía

Centro Urbano Quevedo

1.2. Situación actual del objeto de investigación.

La incidencia y gravedad del compromiso pulmonar en el paciente inmuno comprometido varía dependiendo de las características del individuo afectado, tipo de inmunodepresión y exposición epidemiológica. La aspiración continúa siendo una fuente importante de infección pulmonar en este tipo de pacientes.

La enfermedad por *Mycobacterium tuberculosis* constituye uno de los criterios diagnósticos de SIDA y es la enfermedad oportunista más frecuente en las personas infectadas por VIH.

Entre los usuarios de drogas por vía parenteral (inyectables), la prevalencia de la infección tuberculosa se sitúa alrededor del 50%.

La potente inmunodepresión que produce el VIH, sería la causa de la reactivación endógena de la infección tuberculosa, que es más frecuente en grupos de población socioeconómicamente deprimidos. Uno de cada tres personas tiene el bacilo de la tuberculosis, es una epidemia que se creía controlada pero ha recobrado fuerza desde los años 80,

cuando estableció una relación con la epidemia del VIH, de modo que la bacteria se multiplica con más rapidez entre aquellos que no tienen defensas naturales, están mal nutridos o están sometidos a mucho estrés.

Cabe mencionar que en las personas infectadas por el VIH existe una alta incidencia de TB ya sea por la reactivación de una infección TB previa o por una infección TB primaria, presenta características clínicas atípicas con predominio de sus formas extrapulmonares, además en estos pacientes existe un bajo nivel de cumplimiento del tratamiento lo que favorece la aparición de resistencias adquiridas a las drogas antituberculosas.

Según los datos estadísticos del Ministerio de Salud Pública en el año 2010 se reportaron 600 casos de tuberculosis, de los cuales la tuberculosis pulmonar ocupa el 75% por la forma de contagio a través de las gotitas de saliva que expulsa el enfermo al hablar, toser o estornudar.

Dentro de los problemas y necesidades que ha habido en el programa de la tuberculosis, tenemos que no hay recursos necesarios para poder acceder muchas veces hasta los pacientes, ya que ellos dan direcciones que no concuerdan con la realidad del caso y en las necesidades contamos con pocos recursos humanos preparados para dicho proceso.

En el Hospital Sagrado Corazón de Jesús, de la ciudad de Quevedo se reportan un total de 22 pacientes asistidos en el año 2011, y actualmente en el 1er semestre del 2012, se reportan 11 pacientes tratados, de los cuales 18 son hombres y 4 son mujeres, según grupo de edades tenemos:

16 – 20 años	21 – 30 años	31 – 40 años	41 y más años	Total
4	8	4	6	22

Fuente: Departamento de estadística del hospital Sagrado Corazón de Jesús, Quevedo, julio/2012

Además se reportan Tb más otras patologías como son:

- Diabetes, hipertensión, lupus y PVVS

Datos estadísticos de los pacientes de enero a junio del presente año clínica de VIH del hospital Sagrado Corazón de Jesús

DETALLE	TOTAL
CASOS COMFIRMADOS (WESTERN BLOT)	33
PCTES EN TRATAMIENTO ANTI RETRO VIRAL	115
PCTES EN TARV CON TB	2
CASOS REACTIVOS EN 1ERA Y 2DA PRUEBA	74
EMBARAZADAS REATIVAS	19
TB REACTIVOS	3
I.T.S. REACTIVOS	2
DEMANDA ESPONTANEA REACTIVOS	50
NIÑOS REACTIVOS DE 0 A 9 AÑOS	11
Total	309

Fuente: Clínica de VIH, del hospital Sagrado Corazón de Jesús, Quevedo, julio/2012

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

- ¿Cómo las actividades de Enfermería contribuyen a la disminución de riesgos de Tb en pacientes inmuno comprometidos que acuden al área de Consulta Externa del Hospital Sagrado Corazón de Jesús?

1.3.2. Problemas derivados

- ¿Cuáles son los factores de riesgos en pacientes inmuno comprometidos a desarrollar TB?
- ¿Cuál es la forma de intervención de enfermería en pacientes inmuno comprometidos a desarrollar TB?
- ¿Cómo las acciones de enfermería pueden promover hábitos de autocuidado en pacientes inmuno comprometidos a desarrollar TB?

1.4. Delimitación de la investigación

1.4.1. Área de investigación.

Enfermería en Salud Pública.

1.4.2. Línea de investigación.

Intervención específica de Enfermería.

1.4.3. Temporal

Enero – octubre 2012

1.4.4. Espacial.

Institución: Hospital “Sagrado Corazón de Jesús”

Ubicación: Parroquia 7 de octubre.

Cantón Quevedo

Provincia de Los Ríos

País Ecuador

1.4.5. Unidades de observación:

- Personal de salud del área de Consulta Externa del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.
- Pacientes de la clínica del VIH.

1.5. Justificación.

La importancia del proyecto radica en determinar la agrupación de pacientes inmuno comprometidos como son pacientes con VIH, insuficiencia renal crónica y síndrome nefrótico, inmunodeficiencias congénitas, enfermedades asociadas con tratamiento inmunosupresor o radioterapia como leucemias, linfomas, enfermedad de Hopkins, trasplantes de órganos, por su amplitud se delimita el trabajo a la patología de VIH/ tuberculosis.

En lo que se refiere a la tuberculosis, su reemergencia como problema de salud pública se ha complicado con el aumento del número de pacientes con *Mycobacterium tuberculosis* resistentes a los fármacos antituberculosos. Además la situación se agravó en forma alarmante, debido a la concomitancia de esta infección con la del VIH. La transmisión de los agentes también prospera en agrupaciones con precarias condiciones ambientales y deficientes conductas sanitarias, además predomina en los estratos de más bajo ingreso económico que viven en hacinamiento, así como en los grupos que cursan con procesos crónicos debilitantes y con deterioro inmunológico.

Es relevante porque obliga al personal de salud a realizar permanentemente esfuerzos para su prevención y control, esto implica la necesidad de contar con herramientas técnicas que permitan conocer la magnitud del problema, las estrategias, y las áreas de intervención necesarias para modificar el curso de evolución de la enfermedad y evitar casos futuros.

Beneficia a toda la población inmunocomprometida en riesgo de desarrollar tuberculosis, ya que se pretende mejorar el autocuidado,

mediante la prevención de actividades de riesgo involucrando a la familia a este proceso educativo.

1.6. Objetivos.

1.6.1. Objetivo General.

- Desarrollar actividades de Enfermería que contribuyan a la disminución de riesgos de TB en pacientes inmuno comprometidos que acuden al área de Consulta Externa del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

1.6.2. Objetivos Específicos.

- Identificar los factores de riesgos en pacientes inmuno comprometidos a desarrollar TB.
- Determinar la intervención de enfermería en pacientes inmuno comprometidos a desarrollar TB.
- Plantear acciones de enfermería que promueva hábitos de autocuidado en pacientes inmuno comprometidos a desarrollar TB.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Alternativa teórica asumida

En 1994 la OMS declaró a la Tuberculosis como una epidemia de emergencia global. Nueve años después, en Setiembre del 2003, la misma OMS declaró como emergencia global de salud pública, el hecho de fracaso en brindar tratamiento a cerca de 6 millones de personas con VIH/SIDA en los países en desarrollo.

Ambas infecciones poseen un sinergismo mortal. El VIH promueve la progresión de una infección por tuberculosis reciente o latente y, la tuberculosis acelera el curso de la enfermedad por VIH. El efecto devastante de la epidemia del VIH ha tenido el mayor impacto sobre poblaciones con alta prevalencia de infección por *Mycobacterium tuberculosis* y, esto ha tenido un profundo efecto en la epidemia de la tuberculosis.

Dado que la infección por VIH afecta la inmunidad celular, se constituye como el factor de riesgo más potente para la reactivación de la infección latente por *M. tuberculosis*.² Los sujetos infectados por VIH también se encuentran en riesgo más alto de desarrollar una nueva infección por *M. tuberculosis*, en comparación a la población VIH-negativa. Así mismo, los sujetos VIH+ expuestos a *M. tuberculosis* tienen mayor probabilidad de desarrollar enfermedad y menor probabilidad de desarrollar infección latente. Además de ello, los sujetos VIH+ tienen

² Gutiérrez Rodríguez Raúl, Eduardo Gotuzzo, (2005), Co infección VIH y Tuberculosis, Universidad Cayetano Heredia, Perú.

mayor probabilidad de desarrollar infección por *M. tuberculosis* en sitios extra pulmonares.

2.2. Categorías de análisis teórico conceptual.

2.2.1. Paciente inmuno comprometido

Definición.

Es aquel que, por su enfermedad de base, tiene alterado uno o algunos mecanismos de defensa, fenómeno que lo hace susceptible a infecciones oportunistas.

Consideraciones generales

Los pacientes inmuno comprometidos tienen defectos en sus mecanismos de defensa naturales que resultan en un mayor riesgo de infección. La infección con frecuencia es grave, rápidamente progresiva y potencialmente mortal. Los organismos que normalmente no son un problema en la persona inmunocompetente pueden ser patógenos en el paciente inmuno comprometido, por ejemplo, *Staphylococcus epidermidis*, *Corynebacterium jeikeium*, *Propionibacterium acnes*, *Bacillus especies*. Por lo tanto, los resultados del cultivo deben ser interpretados con cautela y los gérmenes aislados no deben ser considerados en este escenario como contaminantes. Aunque el tipo de inmunodeficiencia está asociada con síndromes específicos de enfermedades infecciosas, cualquier patógeno puede causar una infección en cualquier paciente inmunosuprimido en cualquier momento³.

Compromiso de la inmunidad humoral.

Los defectos en la inmunidad humoral son a menudo congénitos, aunque puede ocurrir hipogammaglobulinemia en el mieloma múltiple, leucemia linfocítica crónica y en pacientes que han sido sometidos a

³ Kahn Mariana y Sara Chernillo, (2008), Bases de la Medicina Clínica- Compromisos Pulmonar en el huésped Inmunodeprimido, Universidad de Chile.

esplenectomía. Los pacientes con falla en la inmunidad humoral pierden la capacidad de opsonización y corren riesgo especialmente de infección por microorganismos encapsulados tales como *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis* y *Streptococcus pneumoniae*.

Compromiso granulocitos – Neutropenia.

La neutropenia es común después de un trasplante de células hematopoyéticas (trasplante de células madre), pacientes con tumores sólidos (como resultado de la quimioterapia mielosupresora) y en las leucemias agudas. El riesgo de infección comienza a aumentar cuando el recuento total de granulocitos cae por debajo de 1000/mcL, con un aumento dramático en frecuencia y gravedad cuando el recuento de granulocitos cae por debajo de 100/mcL. El riesgo de infección también se incrementa con la velocidad de disminución de los neutrófilos y con la prolongación en el tiempo de la neutropenia. El paciente neutropénico es particularmente susceptible a las infecciones por microorganismos gramnegativos entéricos, *Pseudomonas*, cocos gram-positivos (en particular, *Staphylococcus aureus*, *S. epidermidis* y *Streptococcus viridans*), *Cándida*, *Aspergillus* y otros hongos que han surgido recientemente como patógenos como *Trichosporon*, *Scedosporium*, *Fusarium* y la mucormicosis.

Compromiso de la inmunidad celular.

Los pacientes con inmunodeficiencia celular abarcan un grupo amplio y heterogéneo incluyendo pacientes con infección por el VIH, pacientes con neoplasias linforreticulares (enfermedad de Hodgkin) y los pacientes que reciben medicamentos inmunosupresores (corticosteroides, ciclosporina, tacrolimus y otros medicamentos citotóxicos). Este último grupo también incluye a los pacientes que han sido sometidos a trasplante de órgano sólido, pacientes que reciben tratamiento para los tumores sólidos y pacientes que reciben tratamiento prolongado con altas dosis de corticosteroides (asma, arteritis temporal, LES). También se

incluyen en esta categoría a los pacientes que reciben inhibidores del TNF como etanercept e infliximab. Los pacientes con inmunodeficiencia celular son susceptibles a infecciones por un gran número de organismos, particularmente los que se replican intracelularmente. Por ejemplo bacterias como *Legionella*, *Listeria*, *Salmonella* y *Mycobacterium*; virus como *herpes simple*, *varicela* y *CMV*; hongos como *Cryptococcus*, *Coccidioides*, *Histoplasma* y *Pneumocystis*; y protozoos como *Toxoplasma*. Los pacientes que toman inhibidores de TNF tienen defectos específicos que aumentan el riesgo de infecciones por micobacterianas (especialmente la tuberculosis) y hongos (infección primaria o reactivación).

Otros estados relacionados.

Hay otro grupo de pacientes que no siendo específicamente inmunodeficientes, si corren un mayor riesgo de infección debido a una lesión debilitante; es el caso de quemados, trauma severo, portadores de dispositivos invasivos (catéteres centrales, Foley, hemodiálisis), alteraciones del SNC y úlceras de decúbito), uso de antibióticos de amplio espectro, diabéticos.

Prevención

Se ha despertado un gran interés en la prevención de la infección con regímenes de profilaxis antimicrobiana, pero no hay unidad acerca de los esquemas, medicamentos y dosis óptima. De nuevo lavarse las manos es el medio más sencillo y más eficaz de reducir las infecciones en el medio hospitalario especialmente en el paciente inmuno comprometido al igual que los dispositivos invasivos (accesos centrales y periféricos, sondas Foley) son fuentes de infección. Algunas instituciones usan flujo laminar o filtros de alta eficiencia de partículas de aire (HEPA) en los pacientes receptores de trasplantes de células hematopoyéticas. Usar factor estimulante de colonias durante la quimioterapia o durante el

trasplante de células madre reduce las tasas de infección y los episodios de neutropenia febril, más no la mortalidad.

Ahora consideremos ciertos patógenos de interés relevante:

2.2.2. Tuberculosis

Es una infección bacteriana contagiosa que compromete los pulmones, pero puede propagarse a otros órganos⁴.

Causas

La tuberculosis (TB) pulmonar es causada por la bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*) y se puede adquirir por la inhalación de gotitas de agua provenientes de la tos o el estornudo de una persona infectada. Esto se denomina tuberculosis primaria.

La mayoría de las personas se recupera de la infección de tuberculosis primaria sin evidencia mayor de la enfermedad. La infección puede permanecer inactiva (latente) por años; sin embargo, en algunas personas se puede reactivar.

Las siguientes personas están en mayor riesgo de tuberculosis activa:

- Los ancianos
- Los bebés
- Las personas con sistemas inmunitarios debilitados, por ejemplo, debido a SIDA, quimioterapia, diabetes o ciertos medicamentos

El riesgo de contraer tuberculosis aumenta si uno:

- Está en contacto frecuente con personas que padecen la enfermedad.

⁴ Medline Plus, Biblioteca virtual Nacional de EEUU, 2012

- Padece desnutrición.
- Vive en condiciones de vida insalubres o de hacinamiento.

El principal factor que determina el pasaje de la infección a enfermedad es la calidad de la respuesta inmune celular del huésped. Por eso siempre la tuberculosis se asoció con: edad (mayor riesgo en infancia, adolescencia y edad avanzada), malnutrición, diabetes, insuficiencia renal, tumores linfoproliferativos, silicosis, administración de corticoides u otros inmunosupresores. Últimamente el factor de riesgo más importante es la infección por el VIH.

Los siguientes factores pueden incrementar la tasa de infección tuberculosa en una población:

- Aumento de las infecciones por VIH
- Aumento del número de personas sin hogar (ambiente de pobreza y mala nutrición)
- Aparición de cepas de tuberculosis farmacorresistentes

Factores epidemiológicos del huésped

Los factores epidemiológicos del huésped que influyen en la tuberculosis son los siguientes:

Edad: la edad de infección varía de forma importante en relación con la prevalencia de la tuberculosis en un determinado país. Se considera que a mayor edad de infección mejor control de la tuberculosis. En cuanto al riesgo de conversión de infección en enfermedad es máximo en tres etapas de la vida: niños muy pequeños, adolescentes y ancianos.

Sexo: Existen un claro predominio del sexo masculino, que se ha relacionado con una mayor presencia de los factores de riesgo para la enfermedad.

Raza: Se ha señalado una mayor resistencia natural a la tuberculosis en caucasianos y mongoles y una mayor susceptibilidad en negros, esquimales e indios. Además de factores genéticos es posible que esta diferencia interracial se deba a factores de exposición.

Ambiente

La enfermedad se encuentra en todo el mundo, pero está particularmente difundida en los países en desarrollo donde habitan más de 2 000 millones de personas. En lo que respecta a Norteamérica y Europa, la pobreza y la tuberculosis van de la mano. En zonas de gran prevalencia, la tuberculosis se observa con la misma frecuencia en el medio rural y urbano y ataca principalmente a los jóvenes. En países donde es endémica la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la tuberculosis es habitualmente la causa más importante de morbilidad y mortalidad en los pacientes con SIDA.

Es más frecuente en lugares húmedos, fríos, en zonas pantanosas, donde se den corrientes de aire, espacios cerrados y mal ventilados de dormitorios comunes (presos y soldados). Otro de los factores que afecta es la respiración de aire saturado de polvo, gases y humo.

Síntomas

La fase primaria de la tuberculosis normalmente no causa síntomas. Cuando los síntomas de tuberculosis pulmonar se presentan, pueden abarcar:

- Tos (algunas veces con expectoración de moco)
- Expectoración con sangre
- Sudoración excesiva, especialmente en la noche
- Fatiga
- Fiebre
- Pérdida involuntaria de peso

Otros síntomas que pueden ocurrir con esta enfermedad:

- Dificultad respiratoria
- Dolor torácico
- Sibilancias

Diagnóstico.

Cuando los bacilos entran en el organismo, se extienden y desencadena la respuesta inmune del huésped, que puede demostrarse mediante la prueba de la tuberculina o de Mantoux. Esta prueba consiste en la administración intradérmica, en la cara anterior del brazo, de un derivado proteínico del bacilo. A las 72 horas de su administración se valora la reacción local generada.

A las embarazadas se les practica sistemáticamente una prueba cutánea para detectar la presencia de tuberculosis (prueba de tuberculina). Si se observa una reacción positiva, se debe realizar una radiografía de tórax.

A los niños cuyas madres les ha dado positiva la prueba de tuberculina también se les practica este análisis. Sin embargo, algunos niños tienen falsos resultados negativos. Si se sospecha de una tuberculosis, se envían al laboratorio muestras de líquido cefalorraquídeo y de líquido de los conductos respiratorios y del estómago para su cultivo. Una radiografía del tórax suele mostrar si los pulmones están infectados. Puede ser necesario realizar una biopsia del hígado, de algún ganglio linfático o de los pulmones y de la membrana que los rodea (pleura) para confirmar el diagnóstico⁵.

2.2.3. Riesgo de Tb en pacientes infectados por el VIH

Diferentes estudios han demostrado que el riesgo de sufrir TB es más alto en pacientes infectados por el VIH que en la población general,

⁵ <http://www.dmedicina.com/enfermedades/infecciosas/tuberculosis>

es la principal causa de muerte en personas que viven con VIH/SIDA y aproximadamente un tercio de todas las muertes relacionadas con SIDA es causado por tuberculosis. Frecuentemente la primera manifestación de la infección por el VIH es la tuberculosis pulmonar, es la más común en poblaciones de personas VIH positivo y negativo. La enfermedad extra pulmonar en individuos VIH positivo se correlaciona con el recuento bajo de células **CD4+** (menor de 200 ó 100 células/mm³). Los sitios más comunes de enfermedad extra pulmonar incluyen: sangre, médula ósea y ganglios linfáticos. Otros órganos infectados por tuberculosis incluyen hígado, bazo y riñón. La meningitis tuberculosa es mucho más común en pacientes con SIDA.⁶

Nuevas infecciones (riesgo de TB tras exposición)

Se cifra en 5-10 veces mayor en los pacientes VIH+ que en la población general. En ésta tras la exposición a un caso índice (el que infecta a los demás) sólo un 3-5% desarrollan un TB activa; en pacientes VIH+ del 17 al 37% la desarrollan entre uno y cuatro meses tras la exposición.

Reactivaciones (riesgo de TB por reactivación)

Es el principal mecanismo por el que se produce TB en los infectados por el VIH.

Pacientes VIH+ y PPD+: La incidencia de TB activa es muy superior a la esperada en pacientes VIH- y PPD+. En este hecho se fundamenta la recomendación de quimioprofilaxis con INH a todos los pacientes VIH+ con PPD mayor o igual a 5 mm y que no sufran TB activa.

⁶ Protocolo nacional para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la infección del VIH/SIDA, Revista de Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, Vol XI, Nos. 1-2 Época III Enero-junio 2001; 123p.

Pacientes VIH+ y PPD- anérgicos: También presentan una elevada incidencia de TB que se supone que, en su mayoría, se debe a la reactivación de una infección latente y, en menor medida, a nuevas infecciones.

Pacientes VIH+ y PPD+ no anérgicos: En este grupo se piensa que la mayoría de las TB se deben a nuevas infecciones.

Diagnóstico de TB en personas viviendo con VIH/sida (PVVS)

En las Clínicas de SIDA a toda PVVS debe realizarse la búsqueda de TB activa, con la finalidad de realizar el diagnóstico precoz de tuberculosis e indicar tratamiento oportuno correspondiente, de ser el caso; esta decisión debe ser tomada en conjunto con el médico tratante del PNT acreditado para este fin⁷.

Las PVVS con diagnóstico de TB activa deben ser referidas al PNT del área de salud cercana a su domicilio, con la finalidad de que inicie el tratamiento antituberculoso correspondiente.

En quienes se descarte tuberculosis activa, debe iniciar Terapia Preventiva con Isoniacida (TPI).

2.2.4. Tratamiento de la tuberculosis e interacciones con antirretrovirales.

Es responsabilidad de las Clínicas del SIDA la instauración de Terapia Antirretroviral (TARV), según las normas del PNS.

⁷ Peñuela Martha, Mirly Vásquez, Heidi Hernández y otros, (2006), Factores asociados a la coinfección VIH/sida – Tuberculosis, Salud Uninorte, vol. 22 N°1, Barranquilla – Colombia.

Esta terapia tiene como objetivo la supresión máxima plasmática de los niveles de carga viral a valores indetectables, la restitución inmunológica y con este se logra la prevención de enfermedades oportunistas, por lo tanto debe ser ininterrumpida, indefinida, razonada, informada y aceptada.

La decisión de dar tratamiento o no se debe tomar dentro de los 7 días de evaluado el paciente con sospecha de tuberculosis. El tratamiento siempre debe ser bajo la modalidad de observación directa (DOTS). Según las normas del PNT, para el tratamiento de pacientes con SIDA se varía la duración de la segunda fase la cual se amplía a 7 meses, administrándose un total de 7 días de terapia

En general, la recomendación es de dar un régimen que contenga Isoniazida, Rifampicina y Pirazinamida por 6 meses, la cual se asocia a una tasa de recaídas del 3 al 5% a los 2 años. Sin embargo, éste se debe prolongar en los pacientes que no tengan respuesta inicial adecuada, es decir, si luego del segundo mes de tratamiento persisten con cultivo positivo. Se debe prolongar a un mínimo de 9 meses ó 4 meses luego de negativización del cultivo.

La interacción más importante es entre Rifampicina (RFP) e Inhibidores de la Proteasa, pero también hay interacciones con los Inhibidores de la transcriptasa reversa de tipo no nucleósidos (NNRTIs). La Rifampicina es un inductor importante del Sistema de Citocromo p450, aumentando su actividad. Los inhibidores de la Proteasa y NNRTIs se metabolizan en este sistema, por lo cual su metabolismo se intensifica de manera muy significativa y su eficacia baja generando falla al tratamiento y resistencia. A nivel farmacológico, los niveles valle son muy bajos y la supresión viral es parcial. En EUA existe la posibilidad de utilizar Rifabutina, de la misma familia que R17P, pero su inducción metabólica de p450 es mucho menor con una eficacia similar Dentro de las

alternativas de combinación de Rifampicina, las mejores son Ritonavir y Efavirenz⁸

Existen dos escenarios posibles respecto a la terapia en pacientes con Tuberculosis e infección por VIH:

- 1) Pacientes que se diagnostica TBC de novo y no estaban tomando antirretrovirales en este caso la recomendación es dar régimen de 4 drogas y esperara a completar la primera fase (2 meses) antes de iniciar la terapia antirretroviral. El objetivo de esta recomendación es evitar interacciones medicamentosas, evitar sobreposición de toxicidades, mejorar el cumplimiento y evitar reacciones paradójicas. Esto se recomienda incluso en pacientes con SIDA avanzado. Luego de 2 meses, en EUA se puede cambiar Rifampicina por Rifabutina, pero se debe tomar en cuenta que los efectos sobre el sistema p450 pueden durar hasta 2 meses luego de suspendida la medicación. Los regímenes más recomendados incluyen Indinavir o Nelfinavir.
- 2) En nuestro país, otra aproximación es el uso de la primera fase con Rifampicina y en la segunda fase cambiar Rifampicina por otro medicamento como Etambutol, o Pirazinamida, asociado a Isoniazida pero a dosis diarias e iniciar HAART.
- 3) Pacientes que reciben HAART cuando se les diagnostica TBC:
 - a) Si están yendo bien, es difícil cambiar su HAART. En EUA se utilizaría Rifabutina, acá se debe cambiar de esquema y priorizar el tratamiento anti-TBC.
 - b) Si no está yendo bien, la recomendación es la misma que los recién diagnosticados, y al elegir un régimen de HAART en el tercer mes, se considerará algo distinto a lo recibido previamente.

⁸ Soto Tarazona y Lily Solari Zerpa (2004), Tuberculosis e infección por VIH/sida, Revista de la facultad de Medicina Humana, Vol. 4, N°1, SISBIB; Biblioteca virtual, Universidad Ricardo Palma.

2.2.5. Prevención de la tuberculosis

La prevención es el conjunto de intervenciones realizadas por el personal de salud, con la finalidad de evitar la infección por tuberculosis y en caso de que esta se produzca, tomar medidas para evitar el paso de infección a enfermedad. Las medidas preventivas están dirigidas a evitar la diseminación del Bacilo de Koch (agente infeccioso de la TB).

Existen tres posibilidades de intervenir en la comunidad:

1. Detección, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva.

La mejor forma de prevenir la TB es la de administrar un adecuado tratamiento y conseguir la curación de todos los casos contagiosos, con la finalidad de eliminar las fuentes de infección presentes en la comunidad.

Los enfermos con TB deben recibir el tratamiento directamente supervisado por un personal de salud capacitado o por personas de la comunidad previamente capacitadas para tal fin.

Cuando se diagnostica y trata oportunamente a un enfermo con TB pulmonar con baciloscopia positiva, se evita que diez a veinte personas entre la familia y la comunidad, se infecten anualmente.

2. Quimioprofilaxis

Consiste en la administración de isoniacida a los contactos de pacientes con TB P (BK +) menores de 10 años (como prioridad para los programas de salud pública) y a los pacientes con infección por VIH, sin evidencia de enfermedad tuberculosa. Su objetivo específico es prevenir y/o disminuir el riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa en los infectados.

La indicación de la quimioprofilaxis, es responsabilidad exclusiva del médico tratante. Si en caso el reporte del médico certifica ausencia de

enfermedad en el niño contacto, se debe coordinar con el médico para que la enfermera proceda a su administración.

La organización y cumplimiento de la quimioprofilaxis, es responsabilidad de enfermería.

3. Vacunación con BCG

La vacuna BCG (Bacilo de Calmette - Güerin) es una vacuna viva y atenuada, obtenida originalmente a partir del *Mycobacterium bovis*. La vacuna BCG se aplica a todo recién nacido, como estrategia de intervención en todos aquellos países con alta o mediana endemia de TB, con la finalidad de evitar la elevada mortalidad infantil, por la protección que brinda contra las formas graves de tuberculosis infantil, especialmente la meningitis tuberculosa y tuberculosis miliar en la población menor de 5 años. No tiene impacto sobre la tendencia de la endemia.

Indicaciones:

La vacuna BCG es obligatoria en estos grupos:

- Se debe aplicar a todos los recién nacidos atendidos en cualquier establecimiento con un peso al nacer de más de 2,500 gramos (5 libras 8 onzas), en el primer día de su nacimiento.

Contraindicaciones:

- Se debe posponer la aplicación a recién nacidos con peso menos de 2,500 gramos, e inmediatamente aplicarla cuando alcance el peso mínimo requerido aproximadamente al mes de edad.
- Niños en tratamiento con inmunosupresores o corticosteroides a altas dosis.
- Niños con SIDA.
- No se debe vacunar en fechas próximas a la extracción de la sangre para medir la carga viral, ya que las vacunas producen

elevaciones transitorias de la carga y pueden generar confusiones, por lo que se recomienda que este periodo debe ser mayor de un mes.

2.2.6. Rol de enfermería en atención a pacientes inmuno comprometidos.

Dar atención directa al usuario, familia y comunidad en los aspectos de prevención, fomento, recuperación, y/o rehabilitación de la Salud en forma humana continua y libre de riesgo.

La enfermería es una actividad que tiene como objetivo a los seres humanos, no es una simple mercancía, la forma y la estructura de la enfermería se deriva de acciones por las enfermeras para ayudar a los demás que están bajo sus cuidados.

La presencia continua de enfermeras activos en la sociedad actual indica que la enfermería es un servicio deseado y utilizado, pero la tendencia moderna emplea sus conocimientos y habilidades en la presencia de la enfermería el fomento de la salud y en la ayuda a las personas a cuidar de sí mismo.

Las enfermeras tienen la base fundamental de su formación y los elementos esenciales para planear cuidados del usuario en base a las necesidades de estos, haciendo resaltar su naturaleza tridimensional (cuerpo, mente y medio ambiente), por lo que atención de enfermería no solo se limita a las órdenes médica.

La enfermería es acción para beneficios de otros por lo que es necesario que la enfermera tenga: Dominio sobre técnicas validas y fiables para diagnósticos y prescripción de enfermería.

Actividades específicas de Enfermería en el Programa de Tb.

- Organización de la detección, diagnóstico y tratamiento de casos.
- Consejería al paciente y su familia.
- Visitas domiciliarias.

Responsabilidades de la enfermera⁹

- Organizar la detección, diagnóstico y tratamiento de casos.
- Educar al paciente y familia sobre su enfermedad.
- Contribuir a la adherencia al tratamiento mediante una buena comunicación.
- Indagar sobre antecedentes de tratamiento previo.
- Contribuir a un adecuado seguimiento de casos y control de contactos.
- Identificar en el paciente conductas de riesgo, a fin de realizar un profundo trabajo de consejería.
- Realizar la visita domiciliaria para el seguimiento de los pacientes que no asisten a tomar la medicación en menos de 48 horas.
- Identificar, capacitar y supervisar a los observadores (agentes comunitarios, líderes y otros) de tratamiento que no son miembros del personal de salud del establecimiento, de los cuales se responsabilizará la enfermera del PCT o al personal a quien delegue.

2.2.7. Promoción de la salud

Entendida como el conjunto de acciones que deben dar lugar al mejoramiento de la salud de las personas a través de la unión de esfuerzos de todos los actores sociales y productivos para mejorar la salud¹⁰.

⁹ Ministerio de salud Pública, (2010), Manual de Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis, Ecuador.

¹⁰ MSP - Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, (2005); Guía Técnica de Enfermería para la prevención y control de la tuberculosis, Salvador.

En este componente, la participación de la comunidad es fundamental, para promover el auto cuidado y el desarrollo social, con participación activa de las organizaciones de base, instituciones públicas y privadas.

La promoción de la salud comprende los componentes siguientes:

- Políticas saludables
- Participación social
- Educación para la salud y comunicación social
- Transformación de los ambientes
- Reorientación de los servicios de salud

1. Información, Educación y Comunicación

Es el conjunto de intervenciones planificadas e interactivas, que combinan procesos, metodologías y tecnologías interdisciplinarias, con la finalidad de lograr cambios medibles en el *conocimiento, actitudes y prácticas* de la población, buscando sostenibilidad y autosostenimiento en torno a la satisfacción de las necesidades de salud; es una estrategia de trabajo que aplicada al control de la tuberculosis, facilita al personal de salud y a la población en general: 1) Acceder a información, 2) Dar a conocer sus experiencias y 3) involucrarlos en los diversos procesos de toma de decisiones.

Comunicación Educativa

Es el proceso planificado y sistemático de acciones de tipo interpersonal, grupal o masivo, orientadas a motivar a las personas a adoptar en forma consciente e informada nuevas actitudes o comportamientos, ya sea para modificar positivamente, fortalecer y/o enriquecer los conocimientos, actitudes y prácticas de la población respecto de la tuberculosis¹¹.

¹¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, (2005), Guía técnica de Enfermería para la prevención y control de la tuberculosis, El Salvador.

Es además una estrategia destinada a mantener el tema de la salud dentro de la agenda pública a través de los medios informativos y mensajes sanitarios con diversos recursos técnicos (perifoneo, pinta de bardas, folletos, etc.) basados en las siguientes actividades:

- Convocar a líderes y organizaciones para que se vinculen y participen en la tarea de difundir información veraz, confiable, oportuna y de manera permanente en la prevención y control de la tuberculosis a la población en general y en especial a las personas en riesgo de contraer la enfermedad.

Consejería

Es un proceso de comunicación interpersonal en el que se brinda a las personas y/o familia información oportuna, veraz y completa, con la finalidad de que tomen una decisión individual y libre de presiones, respecto a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis.

Elementos de la consejería:

- Empatía, lograr la confianza del usuario, poder identificarse con él.
- Respeto , respetar los sentimientos, actitudes y valores del usuario sin juzgarlo
- Discreción, no divulgar los problemas del usuario
- Sinceridad, expresar emociones positivas y sinceras al tratar las
- preocupaciones, dudas y preguntas del usuario.
- Ética profesional.

Consejería para pacientes con TB

Es un proceso que promueve el intercambio de información entre el consejero y, la persona enferma con tuberculosis para adquirir conocimientos, despejar dudas o ideas erróneas y contribuir al mejoramiento de la salud de la persona con tuberculosis.

Cualquier miembro del equipo multidisciplinario (médico, enfermera, trabajador social, educador, psicólogo, capacitado) puede cumplir con esta actividad, aunque la enfermera será quien tendrá un papel importante para realizar la entrevista con este fin.

La finalidad es lograr que las personas con tuberculosis asuman un rol protagónico en su tratamiento, con el apoyo de su familia y el personal de salud en un ambiente de aceptabilidad y en el ejercicio de sus derechos como persona.

Si bien para cada paciente debe establecerse un plan de consejería, debe existir un mínimo de tres reuniones: 1. Consejería inicial; 2. Consejería al final de la primera fase, y 3. Al finalizar el tratamiento.

Consejería inicial

El objetivo de la primera consejería es informar y dialogar con el paciente y su familia sobre su enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento directamente observado, controles bacteriológicos, tamizaje VIH y otros temas que favorezcan la adherencia al tratamiento. Incluye¹²:

- Establecer un ambiente de cordialidad, presentándose con el paciente.
- Verificar que el paciente y su familia conozcan su enfermedad.
- Indagar sobre antecedentes de tratamiento previo y conductas de riesgo por el abandono.
- Indagar sobre el tiempo de permanencia en el lugar y perspectivas de cambio de domicilio o trabajo para decidir junto con el paciente

¹² .Ministerio de salud Pública, (2010), Manual de Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis, Ecuador.

y su familia el lugar más conveniente para su tratamiento directamente observado.

- Brindar educación sobre la enfermedad, tratamiento y exámenes de control, con palabras sencillas y utilizando materiales didácticos como: rotafolios, afiches, folletos.
- Orientar a la mujer en edad fértil con tuberculosis, sobre la importancia de evitar el embarazo durante el tratamiento.
- Ofrecer la prueba de tamizaje para VIH, recalcar la importancia de dicho examen y la prevención de ITS/VIH, para evitar conductas de riesgo. La consejería post- prueba en casos reactivos y positivos se realizará por consejeros acreditados por el Programa Nacional del VIH/SIDA.
- Inscribir al paciente en el Libro de casos de tuberculosis o tuberculosis MDR, según corresponda.
- Llenar la Tarjeta de control y administración de tratamiento.
- Realizar el censo de contactos y hacer las citas de los mismos (contactos <5 años y contactos SR) con el médico.
- Identificar a los niños menores de 5 años contactos de pacientes con TB pulmonar BK (+) sensible, para iniciar Terapia Preventiva con Isoniacida.
- Orientar al paciente sobre la posibilidad de aparición de RAM (prurito, erupción cutánea, ictericia, etc.) y la necesidad de que informe oportunamente al personal de salud.
- Orientar al paciente sobre el control de enfermedades concomitantes (por ejem: diabetes) y facilitar la interconsulta con el médico especialista.
- Dar respuesta a toda inquietud o pregunta que tenga el paciente y su familia sobre su enfermedad.
- Orientar al paciente y su familia sobre buenas prácticas de alimentación y nutrición.

Consejería al término de la primera fase de tratamiento.

Se realiza al terminar la primera fase del tratamiento, para el control de la evolución del paciente, revisión y análisis de la Tarjeta del tratamiento. Incluye:

- Informar al paciente sobre la continuación del tratamiento en forma intermitente, tres veces a la semana, y la importancia de los controles baciloscópicos, si se trata de tratamientos de Categoría I y II. En caso de pacientes con categoría IV, la fase de continuación será diario por 18 meses (6 días por semana).
- Reforzar la educación sanitaria.
- Revisión del cumplimiento del control de contactos.
- Interrogar al paciente sobre la aparición de RAM.

Consejería al término de tratamiento

Se realiza al concluir el tratamiento con la finalidad de recomendar al paciente que si presenta sintomatología respiratoria acuda al establecimiento de salud.

Consejerías adicionales

- Si hay inasistencias al tratamiento, se dialogará con el paciente sobre las causas de su inasistencia y se lo orientará, reforzando la importancia de no abandonar el tratamiento.
- En caso de presentar RAM.
- Para completar el control de contactos.
- Si el paciente va a cambiar de domicilio, se le orientará para realizar la transferencia a otro establecimiento de salud cercano a su nuevo domicilio.
- Otros motivos que considere necesarios.

2. Educación para la salud.

Es una herramienta útil para modificar una serie de condiciones tales como el medio y los entornos para el mejoramiento de las condiciones personales y la reorientación de los servicios sanitarios hacia una atención integral con base en las siguientes Acciones:

- Informar a la población sobre la existencia, prevención, riesgo de contagio, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis.
- Sensibilizar a la población sobre la importancia de la aplicación de vacuna BCG.
- Orientar sobre el desarrollo de actividades de saneamiento básico a nivel familiar, a fin de mejorar las condiciones sanitarias de las viviendas y promover el desarrollo de hábitos nutricionales saludables, de acuerdo con las posibilidades y características de cada región.
- Prevenir a la población sobre riesgos ambientales en el trabajo, como polvos, fibras, humos o trabajar en contacto con animales bovinos enfermos, etc., que pueden asociarse con contagio de tuberculosis pulmonar.
- Promover la demanda de atención en los servicios de salud, ante la aparición de signos y síntomas que incluyen tos y flemas por más de dos semanas.
- Asegurar que el paciente comprenda la importancia de la adherencia al tratamiento hasta completarlo según la prescripción médica, a fin de disminuir el riesgo de abandono y la aparición de farmacorresistencia.

2.2.8. Proceso de Atención de Enfermería (PAE) para el manejo de pacientes con tuberculosis.

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centran en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos de personas en cuanto a las alteraciones de salud reales o potenciales y su importancia radica en el objetivo que tiene de construir una estructura para cubrir, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

Consta de cinco pasos:

1. Valoración
2. Diagnóstico de enfermería
3. Planeación.
4. Ejecución.
5. Evaluación.

Valoración:

La valoración consiste en el proceso de reunir todos los datos posibles, necesarios para los cuidados del paciente, dicho proceso es continuo pues a lo largo de su trabajo no debe cesar de observar, consultar, cuestionar y recopilar datos relativos a cada uno de los pacientes.

Las actividades que nos ayudan a recabar la información para construir esta etapa incluye: anamnesis (interrogatorio), examen físico, visita comunitaria, expedientes clínicos, investigaciones bibliograficas, familia, etc.

Ejemplo de preguntas que nos ayuda para la valoración general del estado de salud del paciente:

- Desde cuando presenta tos.
- Tiene dolor al respirar.
- Realiza actividades comunes sin fatigarse.
- Ha tenido pérdida de apetito y peso últimamente.
- Ha presentado sudoración por la tarde o noche.
- Es frecuente que tosa y arroje flema.
- Presenta problemas para la deambulación y actividades cotidianas.
- Cuántas horas duerme y presenta alteraciones durante el sueño.
- Utiliza prendas de vestir de acuerdo al clima.
- Ha presentado fiebre, escalofrío o temblores.
- Cada cuánto se baña.
- Cada cuánto se cambia la ropa.
- Se cubre la boca al toser.
- En donde deposita las flemas.
- Consume alcohol, cigarrillo o cualquier otra droga.
- Recibe apoyo de su familia desde su enfermedad.
- Cómo lo trata su familia desde su enfermedad.
- Ha platicado con alguien sobre su enfermedad.
- En qué trabaja o cual es su ocupación.
- Ha tenido problemas en su trabajo por su enfermedad.
- Qué haces en sus ratos libres o cómo se distraes.
- Qué sabe de la tuberculosis o que dudas tiene.
- Tiene información de los resultados de sus estudios.
- Tiene problemas para tomar el tratamiento como esta indicado.

Diagnóstico.

El diagnóstico enfermero es un juicio clínico acerca de un problema de salud real o potencial de un paciente. Que deriva de la valoración de enfermería , el cual requiere de intervenciones de este profesional de forma

independiente. Su utilidad es para orientar las actividades y definir estándares de cuidado para completar el tratamiento médico.

Los diagnósticos se clasifican en:

2. Real, consta de tres partes:
 - Problema.
 - Factores etiologicos y contribuyentes.
 - Signos y sintomas.
3. Riesgo, consta de dos partes:
 - Problema.
 - Factores etiologicos y contribuyentes
4. De bienestar, consta de una parte:
 - Deseo de mayor nivel de bienestar y estado o función actual eficaces.

Ejemplo de diagnósticos de enfermería en tuberculosis.

Real:

- Alteraciones en el mantenimiento de la salud, relacionada con desconocimiento de la enfermedad y sus complicaciones manifiestada por no asistir a la toma de sus medicamentos.
- Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con la tuberculosis manifestada por falta de apetito y pérdida de peso.
- Intolerancia a la actividad física relacionada entre el aporte y demanda de oxígeno manifestada por disnea de esfuerzo.
- Deterioro de la movilidad física relacionada con proceso infeccioso por M. tuberculosis manifestada por astenia y adinamia.
- Aislamiento social relacionada a alteracion del estado de salud por enfermedad infecto contagiosa manifestado por ausencia de apoyo familiar.

Riesgo:

- Manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado con indicaciones de riesgo de abandono al tratamiento.
- Riesgo de desarrollar resistencia farmacológica relacionada a inconstancia en la asistencia a citas para la toma de medicamentos.
- Deficit en actividades de prevención y protección de contagios relacionados con falta de conocimiento .
- Riesgo de lesión hepática relacionada con efectos farmacológicos.

Bienestar:

- Potencial para realizar las conductas generadoras de salud.
- Adecuado afrontamiento familiar para la atención de la tuberculosis.
- Potencial de mejora de las condiciones sanitarias en la familia.
- Manejo efectivo del régimen terapéutico.

Planeación:

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería que lleven al paciente a satisfacer las necesidades identificadas orientadas a prevenir, reducir o eliminar problemas y fortalecer las conductas generadoras de salud.

En esta etapa se considera las actividades que involucra a la familia y comunidad, debiendo especificar claramente que es responsabilidad del profesional implementar la acción, para ello es importante recordar que las actividades de enfermería se categorizan en:

- Independientes, las derivadas de diagnósticos reales y de bienestar.
- Interdependientes, las derivadas de diagnósticos de enfermería de riesgo.

Ejecución:

Es la puesta en marcha el plan de cuidados de enfermería para conseguir los resultados que se ha propuesto, estableciendo coordinación con los integrantes del equipo de salud cuando así se requiera.

Es un momento importante ya que el contacto con el paciente permite establecer una relación afectiva y efectiva.

Evaluación:

Como última fase del proceso de enfermería constituye la respuesta del paciente a las acciones planeadas. En este momento el diagnóstico y los resultados propuestos para la resolución del problema se utilizarán como marco para la evaluación, es decir, las consecuencias que producen en el paciente las acciones intelectuales, interpersonales y técnicas, así como los cambios que derivan de ellas.

La evaluación del logro o no logro de los resultados es la clave para determinar la efectividad del plan y determinar los factores que contribuyen al éxito del mismo.

2.3. Hipótesis.**2.3.1. Hipótesis General.**

- El desarrollo de las actividades de Enfermería están contribuyendo a la disminución de riesgos de TB en pacientes inmuno comprometidos que acuden al área de Consulta Externa del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

2.3.2. Hipótesis Específicos.

- La valoración de los factores de riesgos en pacientes inmuno comprometidos a desarrollar TB están vinculados a antecedentes patológicos, nivel socioeconómico y estilo de vida.
- La intervención de enfermería en pacientes inmuno comprometidos a desarrollar TB, está más enfocado a la promoción de la salud.
- Las acciones de enfermería están promoviendo hábitos de autocuidado en pacientes inmuno comprometidos a desarrollar TB.

2.4. Variables.

2.4.1. Variables independientes

- Actividades de Enfermería.
- Valoración.
- Intervención de enfermería
- Acciones de enfermería.

2.4.2. Variables dependientes

- TB en pacientes inmuno comprometidos
- Factores de riesgos en pacientes inmuno comprometidos a desarrollar TB
- Promoción de la salud.
- Hábitos de autocuidado en pacientes inmuno comprometidos a desarrollar TB

2.5. Operacionalización de las variables.

Hipótesis específica N°1: La valoración de los factores de riesgos en pacientes inmuno comprometidos a desarrollar TB está vinculada a antecedentes patológicos, nivel socioeconómico y estilo de vida.

Concepto	Variables	Indicadores	Items.
Recolección de información acerca del estado fisiológico, psicológico, sociológico y espiritual del paciente	Valoración.	Recopilación de datos.	<p>Desde cuando presenta tos. 1 semana. 15 días. 1mes y más.</p> <p>Tiene dolor al respirar. Si. No. A veces.</p> <p>Realiza actividades comunes sin fatigarse. Si. No. A veces.</p> <p>Ha tenido pérdida de apetito y peso últimamente. Si. No.</p> <p>Tiene información de los resultados de sus estudios. Si. No.</p>

			Algo.
Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.	Factores de riesgos en pacientes inmunocomprometidos a desarrollar TB	Antecedentes patológicos, Nivel socioeconómico Estilo de vida	Padece de alguna enfermedad: Diabetes. Bronquitis crónica. VIH/sida. Cáncer. Nivel de escolaridad: Primaria. Bachiller. Profesional. Ninguna. Condiciones de la vivienda. Amplia, adecuada y con todos los servicios básicos. Pequeña e inadecuada. Estado civil: Soltero. Casado. Unión libre. Viudo. Hábito de fumar. Si. No A veces. Ingesta de droga. Si. No. Algo.

Hipótesis específica N°2: La intervención de enfermería en pacientes inmuno comprometidos a desarrollar TB, está más enfocado a la promoción de la salud.

Concepto	Variables	Indicadores	Items.
Acciones basadas en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de Enfermería.	Intervención de enfermería	Diagnósticos de enfermería.	<p>En la institución trabaja aplicando los diagnósticos de enfermería.</p> <p>Si. No. De vez en cuando.</p> <p>En la institución existe un manual de diagnóstico de enfermería de pacientes con TB o inmunocomprometidos.</p> <p>Si. No. Desconoce.</p>
Proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.	Promoción de la salud	<p>Comunicación educativa.</p> <p>Consejería.</p>	<p>El personal de salud le ha entregado información impresa tipo folletos sobre las enfermedades inmunocomprometidas a desarrollar TB.</p> <p>Si. No. A veces.</p> <p>En la consejería que brinda el personal de salud, usted recibe la información oportuna, veraz y completa.</p> <p>Si. No. A veces</p>

2.6. Glosario.

Tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa producida por el bacilo de Koch y caracterizada por la aparición de un pequeño nódulo denominado tubérculo. Esta enfermedad puede presentarse de formas muy diferentes de acuerdo al órgano afectado.

Caso de TB.

Toda persona a la que se le diagnostica TB, con o sin confirmación Bacteriológica, y a quien se decide indicar o administrar un tratamiento Antituberculoso.

VIH/SIDA

El Virus de Inmuno-deficiencia Humana VIH, es un virus que ataca el sistema de defensas del cuerpo. Con el tiempo el virus debilita las defensas de la persona contra la enfermedad, dejándolo vulnerable a muchas infecciones y formas de cáncer que no se desarrollarían en personas saludables. Algunas personas con infección al VIH no tienen ningún síntoma, algunos tienen problemas menores de salud y otros tienen el SIDA completamente desarrollado.

SIDA

El Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida (SIDA) es la etapa final de la infección con VIH. SIDA significa que el sistema inmunológico está seriamente dañado. A menudo la persona ya ha sido diagnosticada con una infección que amenaza la vida o con un cáncer. Puede tomar hasta 10 años o más desde el momento inicial de la infección con VIH hasta llegar a ser diagnosticado con SIDA. En promedio las personas con SIDA dependiendo de muchos factores pueden vivir de dos a cuatro años más luego de ser diagnosticados.

Paciente.

El término paciente puede tener dos acepciones principales, no relacionadas directamente entre sí. La palabra se utiliza principalmente como sustantivo para designar a aquellas personas que deben ser atendidas por un médico o un profesional de la medicina a causa de algún tipo de dolencia o malestar. Al mismo tiempo, la palabra paciente puede ser usada como adjetivo calificativo para señalar a aquellos individuos cuyo carácter es tranquilo, relajado y tolerante. Ser paciente es lo contrario de ser ansioso o nervioso.

Paciente inmuno comprometido.

Sujeto cuyo mecanismo inmunológico es deficiente a causa de un trastorno por inmunodeficiencia u otra enfermedad o como consecuencia de la administración de drogas inmunosupresoras o radiación.

Vigilancia epidemiológica.

La vigilancia epidemiológica es considerada un sistema dinámico de observación utilizado permanentemente para ver la ocurrencia, distribución, factores de riesgo de la enfermedad y las condiciones que incrementan el riesgo de enfermar o morir en una población.

Enfoque enfermero

Se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud real o potencial, y, desde otra perspectiva, como complemento o suplencia de la necesidad de todo ser humano de cuidarse a sí mismo desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico.

Práctica de enfermería.

Mecanismo por el que el trabajador de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA EMPLEADA.

3.1. Tipo o nivel de estudio.

Nivel correlacional

Tiene como propósito examinar la relación entre dos variables, la primera: actividades de Enfermería y la segunda: riesgos de TB en pacientes inmuno comprometidos.

3.2. Diseño de estudio.

Diseño transversal.

Es un tipo de estudio observacional y descriptivo, que mide los efectos de la variable en una muestra poblacional en un solo momento temporal, es decir que el trabajo está dirigido a pacientes inmuno comprometidos que acuden al área de Consulta Externa del Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el primer semestre del año 2012

3.3. Universo y muestra.

La población sujeta a investigar son los pacientes que acuden al área de Consulta Externa de la Clínica del VIH, del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, para lo cual se ha considerado a los 115 pacientes en tratamiento anti retro viral, y al personal de salud que involucra a Médicos Especialista (14), PCT (1), y Enfermeras (3) que son en total (18)

Para determinar la muestra de los pacientes objeto en estudio, se utiliza la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N}{e^2 (N-1)+1}$$

n= muestra.

N= Población total.

E= margen de error.

$$n = \frac{115}{0.08^2 (115-1)+1}$$

$$n = \frac{115}{0.0064 (114)+1}$$

$$n = \frac{115}{1.7296} = 66 \text{ pacientes.}$$

La muestra será de 66 pacientes de la Clínica del VIH.

3.4. Métodos y técnicas de recolección de información

Método:

Método descriptivo

Se usó este método en la investigación para clasificar y ordenar estadísticamente los datos conseguidos facilitando la interpretación de los mismos.

Método Estadístico

Consistió en la secuencia de procedimientos para el manejo de datos cualitativos y cuantitativos de la investigación.

Técnica:

La encuesta.- es un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa de la población o instituciones, con el fin de conocer estados de opinión o hechos específicos. El investigador debe seleccionar las preguntas más convenientes, de acuerdo con la naturaleza de la investigación y, sobre todo, considerando el nivel de educación de las personas que se van a responder el cuestionario.

El análisis documentario o documento.- Un documento es toda aquella información contenida y registrada sobre cualquier soporte material y que es producido, recibido y conservado por las instituciones, organizaciones o personas, durante el desarrollo de sus actividades.

Instrumentos:

Cuestionario.-Es una técnica de recogida que supone un interrogatorio en que las preguntas establecidas de antemano se plantean siempre en el mismo orden y se formulan con los mismos términos.

Historia Clínica.- Datos obtenidos de la valoración constante que registra un paciente en cualquier unidad de salud.

Procedimientos para la obtención de datos.

- Revisión de historias clínicas para determinar la población actual con diagnóstico de enfermedades inmuno comprometidas en riesgo.

- La encuesta como instrumentos para la recolección de la información dirigida a pacientes y personal de salud del área de Consulta Externa del Hospital Sagrado Corazón de Jesús

3.5. Plan de procesamiento de datos.

Una vez aplicada la encuesta se procederá a la clasificación de la información y la tamización de la misma, para luego tabularlas y elaborar los gráficos estadísticos que correspondan al análisis e interpretación de los resultados obtenidos y poder sacar las respectivas conclusiones.

3.6. Procedimiento.

Presentacion de datos.

Los datos se presentan en tablas y gráficos estadísticas para lo cual nos valemos de programa Excel y de sus herramientas estadísticas.

Tecnica estadistica de analisis.

Luego de aplicarse el trabajo investigativo de campo, valiéndonos de 16 ítems en la encuesta a los pacientes y 7 ítems al personal de salud, se procede al análisis e interpretación de los resultados de cada grupo humano seleccionado, a través de la prueba estadística de frecuencia y porcentaje cuya fórmula es número x la cantidad de porcentaje a obtener / (dividido) entre 100, aplicando el sistema operativo de Excel para la tabulación y la graficación.

3.7. Recursos.

Humanos

Investigador, asesor de proyecto, pacientes, personal de Salud.

Materiales

Pen drive, papel A4, cartuchos de tinta, computadoras, materiales de oficinas, xerox copias, cuadernos de apuntes

Económico (presupuesto)

El presupuesto cubre el diseño y la ejecución

Distribución del presupuesto

TRANSPORTE

Viatico y movilización	100.00
------------------------	--------

MATERIALES

Resmas de Bonn tamaño Inem	\$ 12.00
Cartucho de tinta	\$ 45.00
Caja de disquetes	\$ 2.00
Textos	\$ 50.00

VARIOS

Tipiada y reproducida del proyecto	\$ 360.00
Anillado	\$ 25.00
Xerox copia	\$ 20.00

IMPREVISTOS

Otros no tomamos en cuenta	\$ 61.00
----------------------------	----------

TOTAL	675.00
--------------	---------------

Son: Seiscientos setenta y cinco dólares que serán financiados con el aporte personal de las investigadoras.

CAPITULO IV

4. TABULACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

4.1. Tabulaciones e interpretación de datos.

Resultados del cuestionario de preguntas dirigidas a pacientes que acuden a Consulta Externa del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

1.- Desde cuando presenta tos.

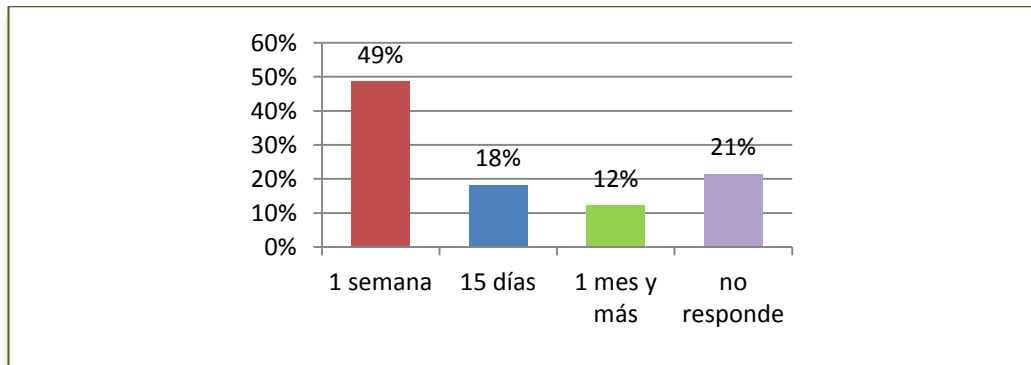
CUADRO N°1

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 semana	32	49%
15 días	12	18%
1 mes y más	8	12%
No responde	14	21%
TOTAL	66	100%

Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012

Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera.

GRÁFICO N°1



Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012

Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera

Discusión de datos.

El 49% de los pacientes asistente a Consulta Externa manifiestan que desde hace 1 semana presentan tos, el 21% no han querido responder, el 18% desde hace 15 días y el 12% desde hace 1 mes y más, se concluye que la tos es un síntoma muy común en estos pacientes.

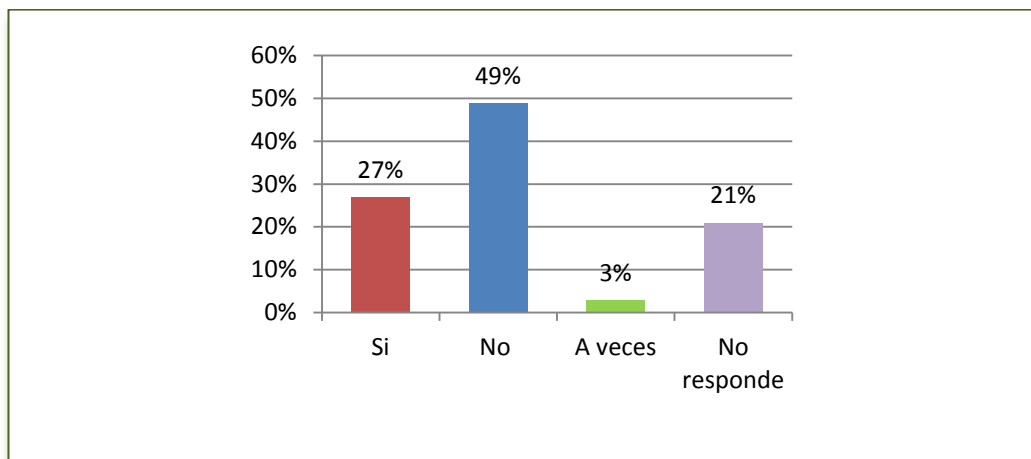
2.- Tiene dolor al respirar.

CUADRO N°2

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	18	27%
No	32	49%
A veces	2	3%
No responde	14	21%
TOTAL	66	100%

Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012
Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera.

GRÁFICO N°2



Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012
Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera

Discusión de datos.

El 49% de los pacientes encuestados manifiestan que actualmente no presentan dolor al respirar, el 27% que si, el 21% que no responden a la pregunta, y el 3% que a veces, se concluye que el algia respiratoria es un sintoma poco comun entre los pacientes asistente a la consulta actual.

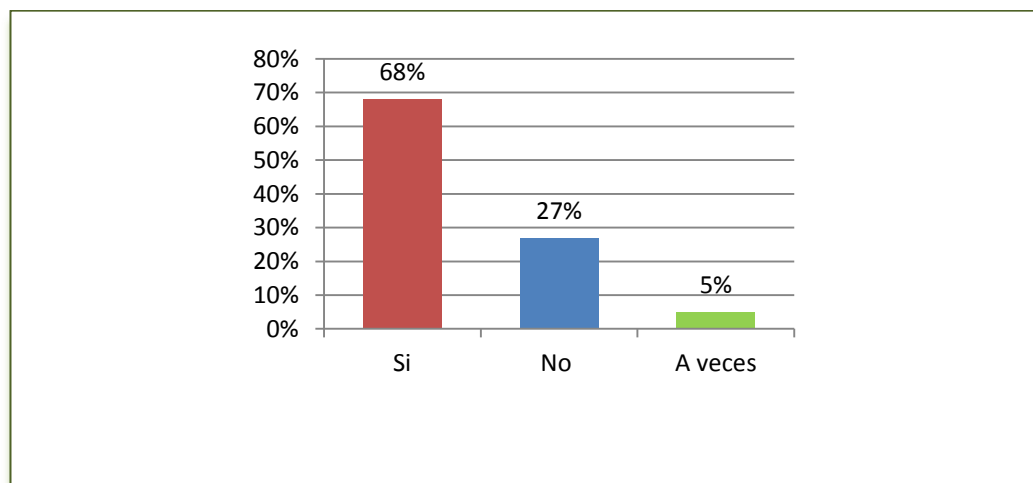
3.- Realiza actividades comunes sin fatigarse.

CUADRO N°3

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	45	68%
No	18	27%
A veces	3	5%
TOTAL	66	100%

Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012
Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera.

GRÁFICO N°3



Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012
Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera

Discusión de datos.

El 68% de los pacientes encuestados manifiestan que si realizan actividades comunes sin fatigarse, el 27% que no pueden realizarlas y el 5% que a veces, se concluye que la mayoría llevan una vida normal.

4.- Ha tenido pérdida de apetito y peso últimamente.

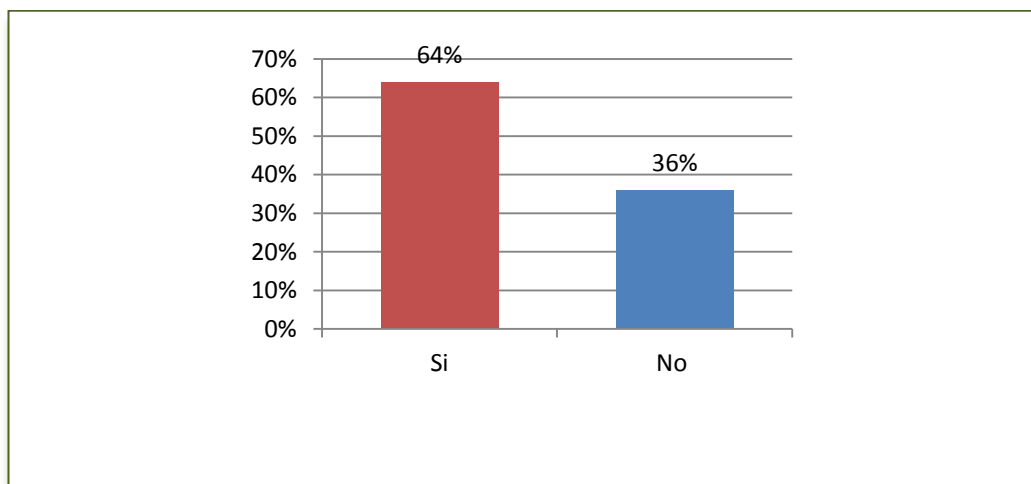
CUADRO N°4

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	42	64%
No	24	36%
TOTAL	66	100%

Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012

Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera.

GRÁFICO N°4



Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012

Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera

Discusión de datos.

El 64% de los pacientes encuestados manifiestan que si han tenido pérdida del apetito y peso ultimamente, mientras que el 36% que no, se concluye que esta sintomatología es muy comun en estos tipos de pacientes.

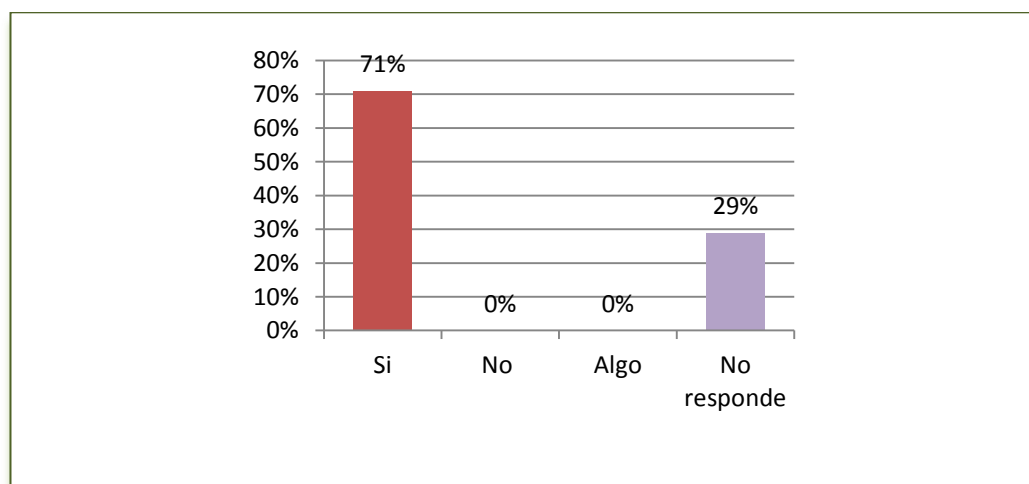
5.- Tiene información de los resultados de sus estudios.

CUADRO N°5

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	47	71%
No	0	0%
Algo	0	0%
No responde	19	29%
TOTAL	66	100%

Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012
Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera.

GRÁFICO N°5



Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012
Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera

Discusión de datos.

El 71% de los encuestados manifiestan que si conocen los resultados de sus estudios clínicos, mientras que le 29% no respondieron la pregunta, se concluye que el personal de médico en sus respectivas consultas confirman sus diagnósticos los mismos que son informados al paciente para su continuidad en el tratamiento y prevención.

6.- Usted padece de alguna de estas enfermedades:

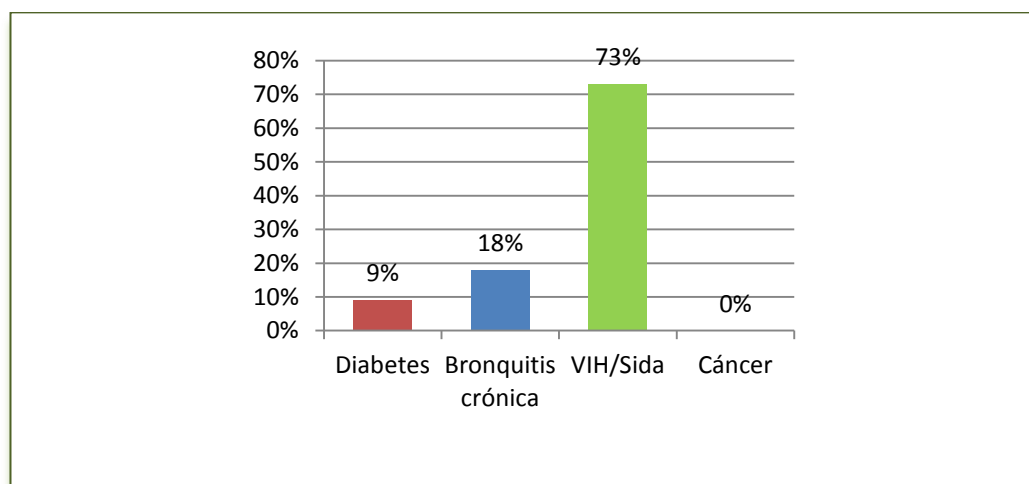
CUADRO N°6

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Diabetes	6	9%
Bronquitis crónica	12	18%
VIH/Sida	48	73%
Cáncer	0	0%
TOTAL	66	100%

Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012

Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera.

GRÁFICO N°6



Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012

Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera

Discusión de datos.

El 73% de los pacientes encuestados corroboraron su diagnóstico de VIH, el 18% padecen Bronquitis y el 9% restante Diabetes, se concluye que existe una alta incidencia de casos en tratamiento del VIH en el hospital.

7.- Qué nivel de escolaridad:

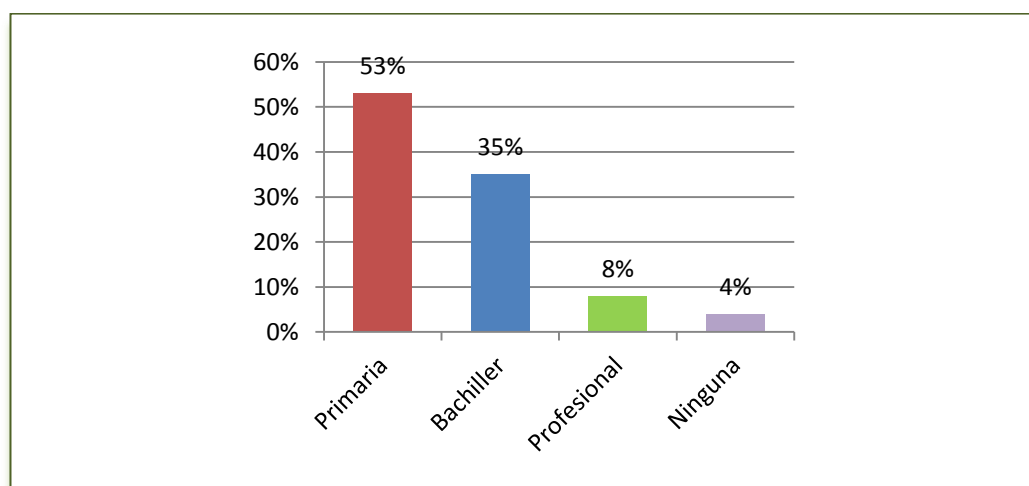
CUADRO N°7

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	35	53%
Bachiller	23	35%
Profesional	5	8%
Ninguna	3	4%
TOTAL	66	100%

Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012

Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera.

GRÁFICO N°7



Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012

Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera

Discusión de datos.

El 53% de los encuestados manifiestan que tienen un nivel de instrucción de primaria, el 35% son bachilleres, el 8% son profesionales y el 4% no poseen ninguna instrucción, se concluye que la mayoría de los pacientes diagnosticado con VIH en la presente investigación tiene un nivel de instrucción de primaria.

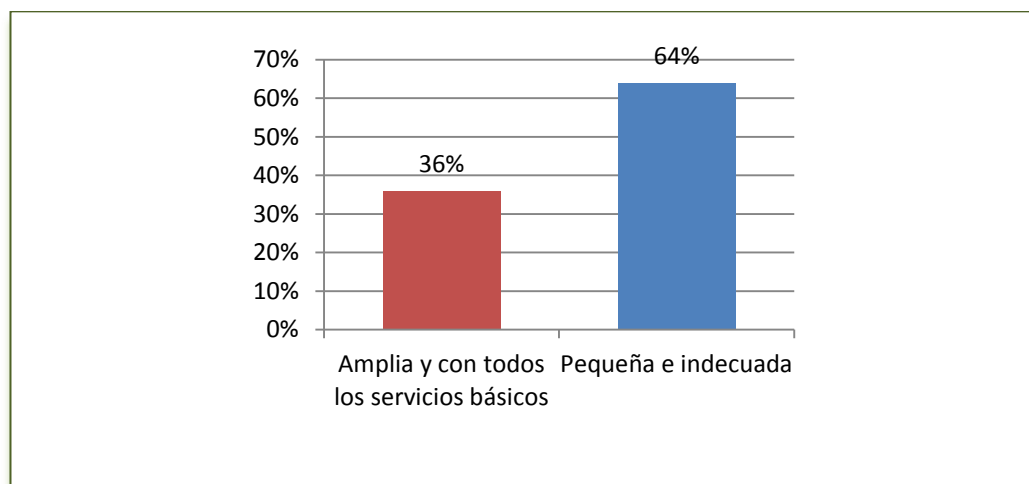
8.-Cuál son las condiciones de la vivienda.

CUADRO N°8

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Amplia, adecuada y con todos los servicios básicos.	24	36%
Pequeña e inadecuada.	42	64%
TOTAL	66	100%

Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012
Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera.

GRÁFICO N°8



Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012
Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera

Discusión de datos.

El 64% de los encuestados respondieron que la vivienda es pequeña e inadecuada, el 36% en cambio dispone de todos los servicios básicos, se concluye que por su nivel de instrucción su economía es limitada a las necesidades básicas familiar.

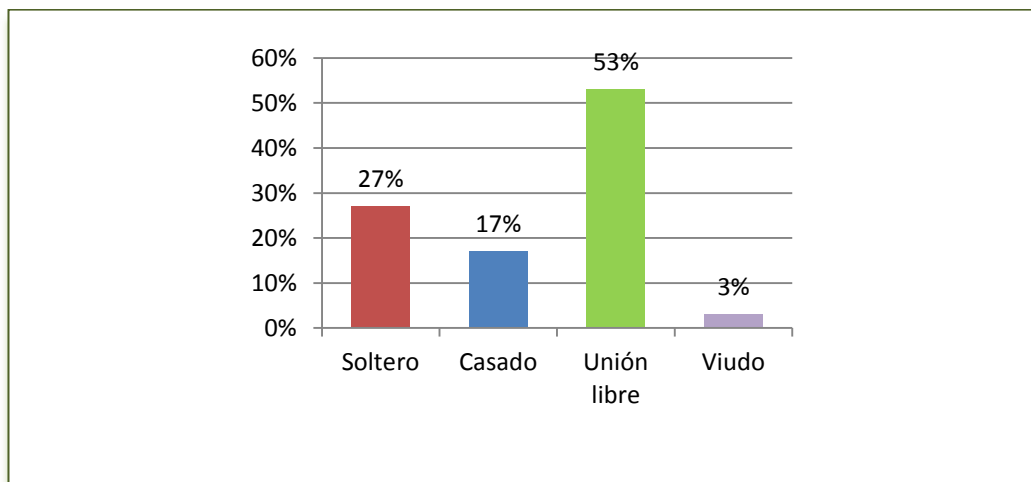
9.-Cuál es su estado civil:

CUADRO N°9

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero	18	27%
Casado	11	17%
Unión libre	35	53%
Viudo	2	3%
TOTAL	66	100%

Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012
Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera.

GRÁFICO N°9



Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012
Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera

Discusión de datos.

El 53% de los encuestados respondió que su estado civil es unión libre, el 27% están soltero, el 17% son casados y el 3% son viudos, se concluye que el estado civil ponderable en el estudio es la unión libre.

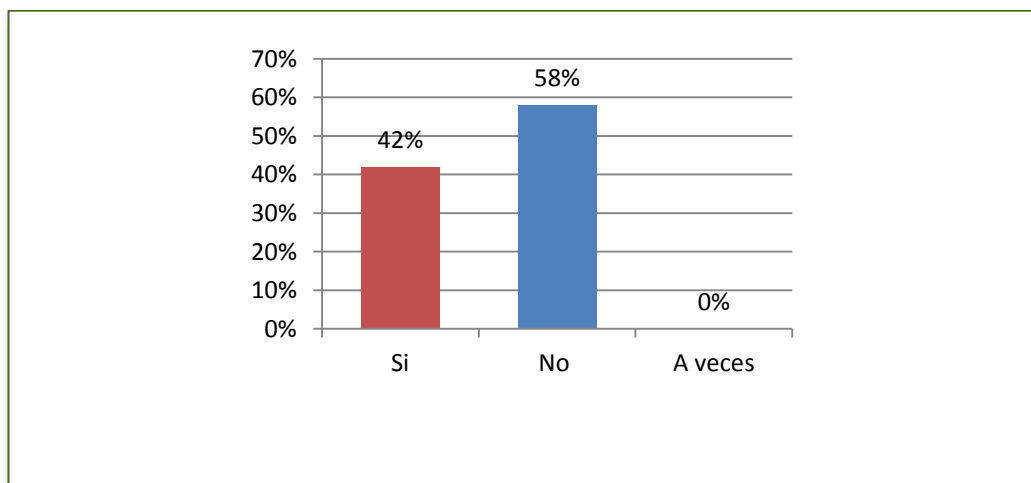
10.- Tiene hábito de fumar.

CUADRO N°10

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	28	42%
No	38	58%
A veces	0	0%
TOTAL	66	100%

Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012
Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera.

GRÁFICO N°10



Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012
Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera

Discusión de datos.

El 58% de los encuestados respondió que no tiene el hábito de fumar en contradicción con el 42% que si lo hacen, se concluye que existe poca diferenciación entre los pacientes que poseen el hábito con los que no lo tienen.

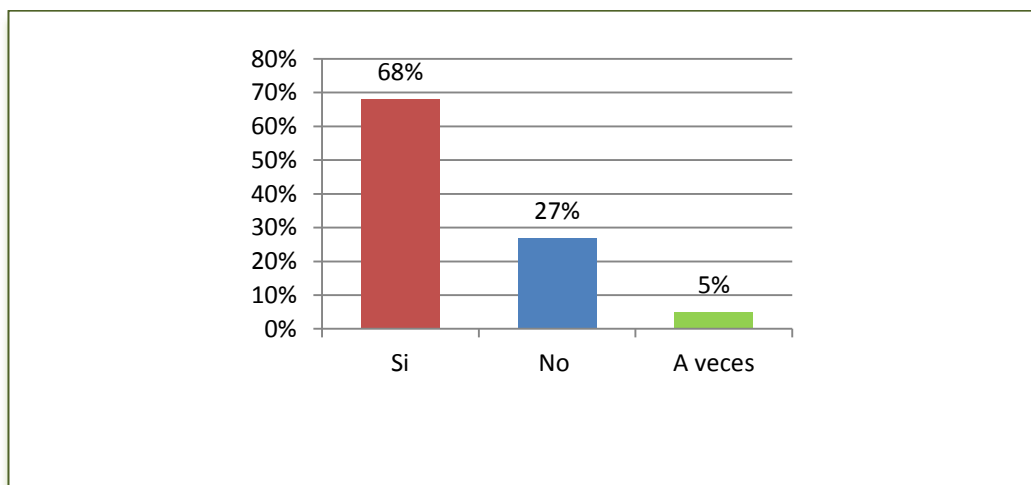
11.- Usted consume droga.

CUADRO N°11

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	45	68%
No	18	27%
Algo	3	5%
TOTAL	66	100%

Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012
Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera.

GRÁFICO N°11



Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012
Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera

Discusión de datos.

El 68% de los encuestados respondió que si consumen drogas, el 27% que no y solo un 5% que a veces, se concluye que el consumo de drogas es un factor incidente en el contagio de la enfermedad.

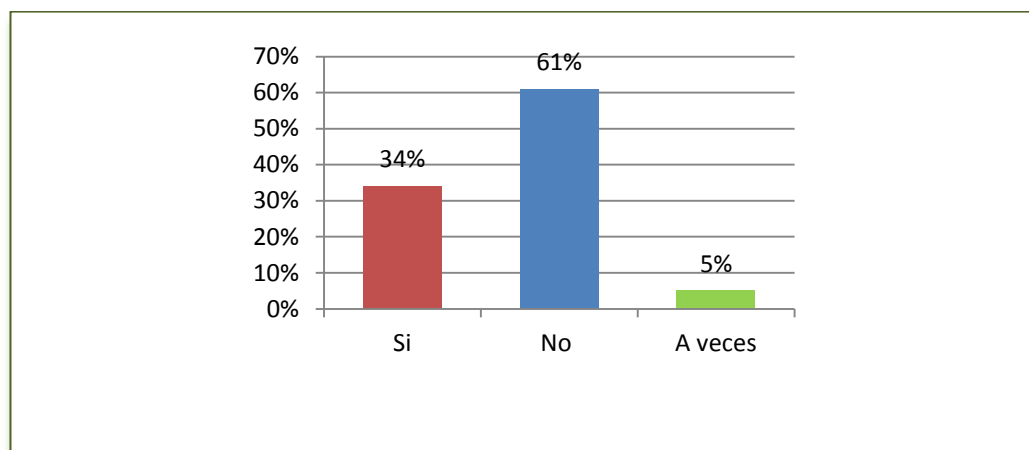
12.- El personal de salud le ha entregado información impresa tipo folletos sobre las enfermedades inmuno comprometidas a desarrollar TB.

CUADRO N°12

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	23	34%
No	40	61%
A veces	3	5%
TOTAL	66	100%

Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012
Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera.

GRÁFICO N°12



Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012
Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera

Discusión de datos.

El 61% de los encuestados manifiestan que el personal de salud no le ha entregado material informativo sobre las enfermedades inmuno comprometidas a desarrollar TB, el 34% que si, y el 5% que aveces, se concluye que el tema de enfermedades inmuno comprometidas no es una temática muy tratado pero que si están informando en un porcentaje muy bajo que indican que no lo realizan con todos los pacientes del estudio.

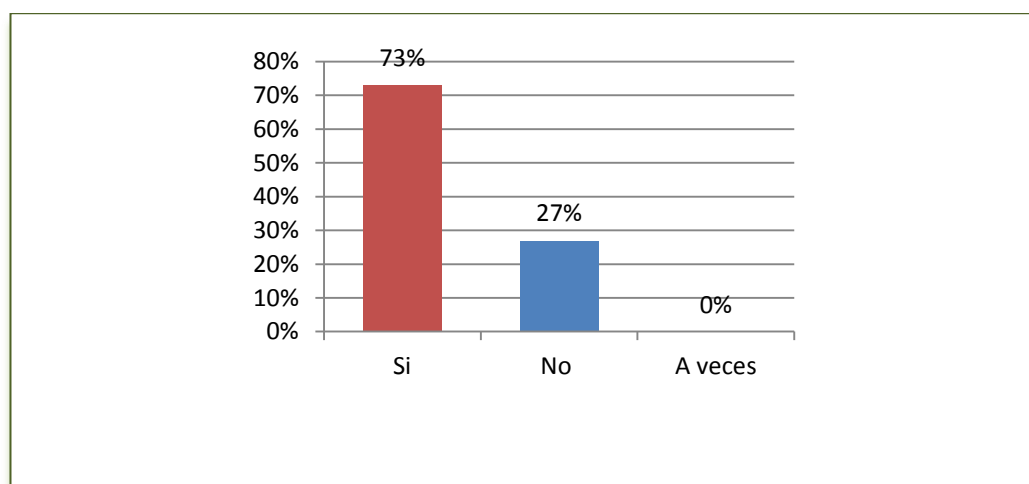
13.- En la consejería que brinda el personal de salud, usted recibe la información oportuna, veraz y completa.

CUADRO N°13

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	48	73%
No	18	27%
A veces	0	0%
TOTAL	66	100%

Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012
Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera.

GRÁFICO N°13



Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012
Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera

Discusión de datos.

El 73% de los pacientes encuestados manifiestan que la consejería recibida si la consideran oportuna y veraz, el 17% que no, se concluye que la mayoría de los pacientes están conforme con la información que reciben por parte del personal de salud.

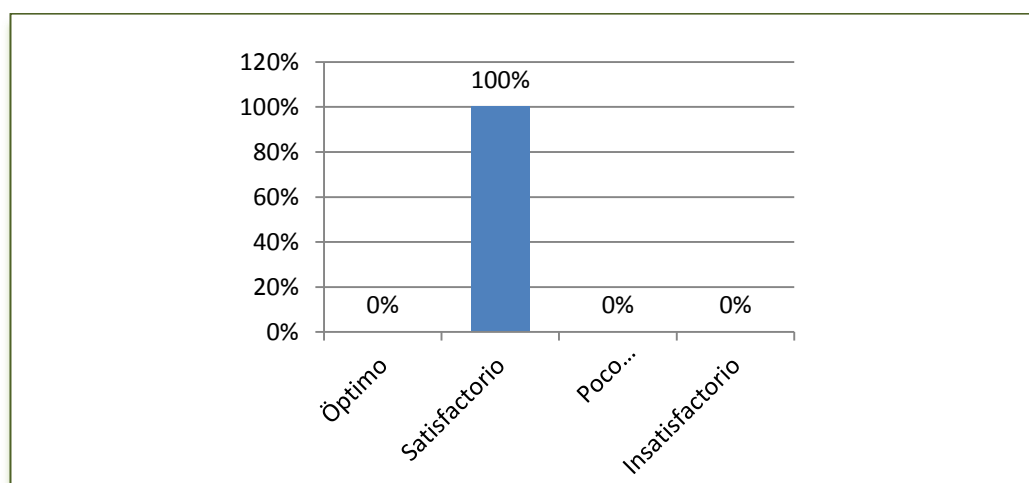
14.- Tipo de cuidado que recibe por parte del personal de enfermería es:

CUADRO N°14

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Óptimo	0	0%
Satisfactorio	66	100%
Poco satisfactorio	0	0%
Insatisfactorio	0	0%
TOTAL	66	100%

Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012
Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera.

GRÁFICO N°14



Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012
Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera

Discusión de datos.

El 100% de los pacientes encuestados manifiestan que el tipo de cuidado que reciben de parte del personal de enfermería es satisfactorio, se concluye que los pacientes están complacidos con los cuidados recibidos.

15.- Cumple con el control médico y el tratamiento prescrito

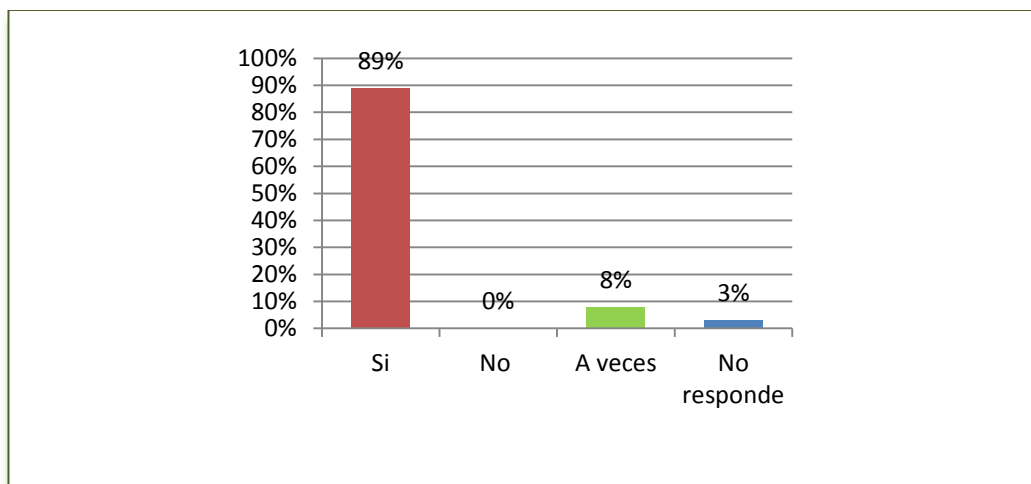
CUADRO Nº15

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	59	89%
No	0	0%
Algunas veces	5	8%
No responde	2	3%
TOTAL	66	100%

Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012

Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera.

GRÁFICO Nº15



Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012

Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera

Discusión de datos.

El 89% de los encuestados manifiestan que si cumple con el control médico y el tratamiento prescrito, el 8% que a veces y el 3% que no, se concluye que existe un pequeño porcentaje de pacientes que incumple con los controles necesarios de la enfermedad y su propagación.

16.- La gustaría capacitarse en prácticas de autocuidado para evitar el riesgo de enfermedades agregadas.

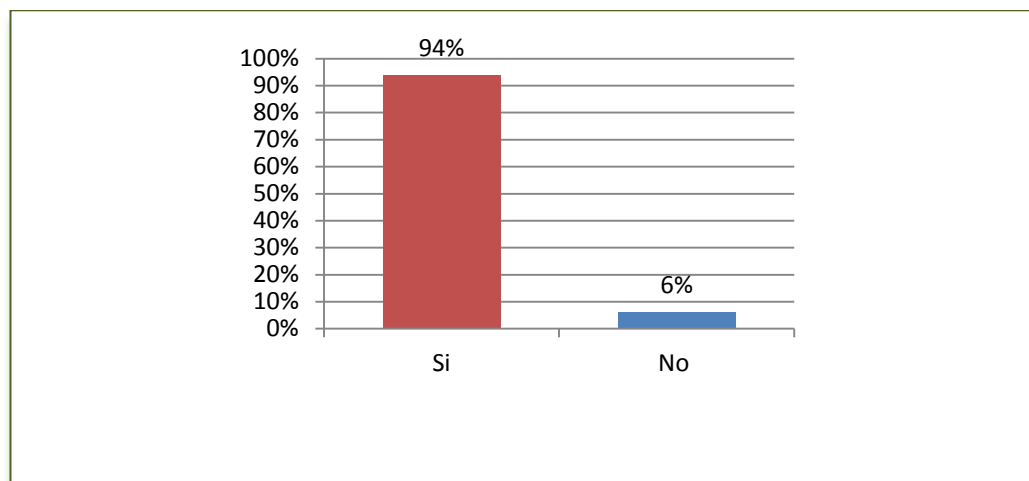
CUADRO N°16

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	62	94%
No	4	6%
TOTAL	66	100%

Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012

Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera.

GRÁFICO N°16



Fuente: Pacientes de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012

Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera

Discusión de datos.

El 94% de los encuestados manifiestan que si les gustaria recibir la capacitación en practicas de autocuidado, mientras que solo un 6% que no, se concluye que existe predisposición de los pacientes para asistir a la capacitación y conocer medidas para evitar adquirir enfermedades agregadas a su enfermedad.

Resultados del cuestionario de preguntas dirigidas al personal de Salud de la Consulta Externa del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

1.- Conoce usted si en la institución el personal de enfermería trabaja aplicando los diagnósticos de enfermería.

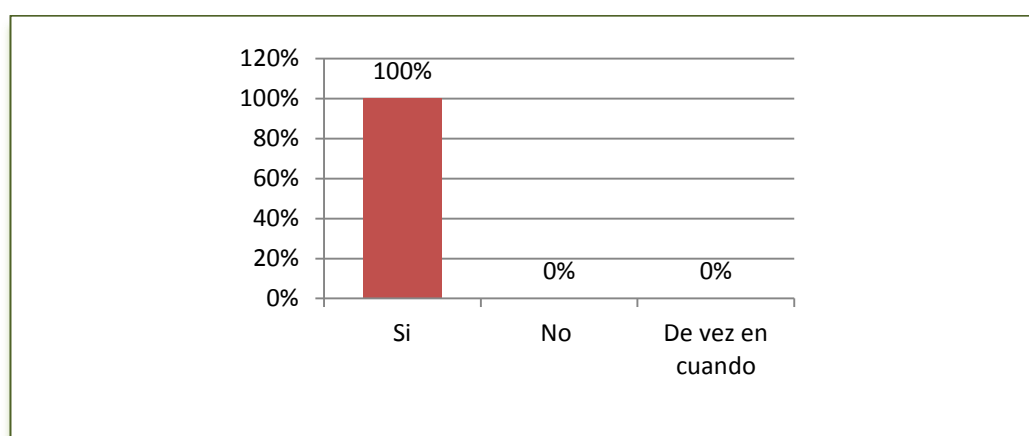
CUADRO N°1

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	18	100%
No	0	0%
De vez en cuando	0	0%
TOTAL	18	100%

Fuente: Personal de salud del área de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012

Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera.

GRÁFICO N°1



Fuente: Personal de salud del área de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012

Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera

Discusión de datos.

El 100% del personal de salud, respondió que si conocen de la aplicación de diagnósticos de enfermería que realizan el personal en el trabajo con los pacientes en el área de consulta externa y en hospitalización.

2.- Conoce usted si en la institución existe un manual de diagnóstico de enfermería de pacientes con TB o inmuno comprometidos.

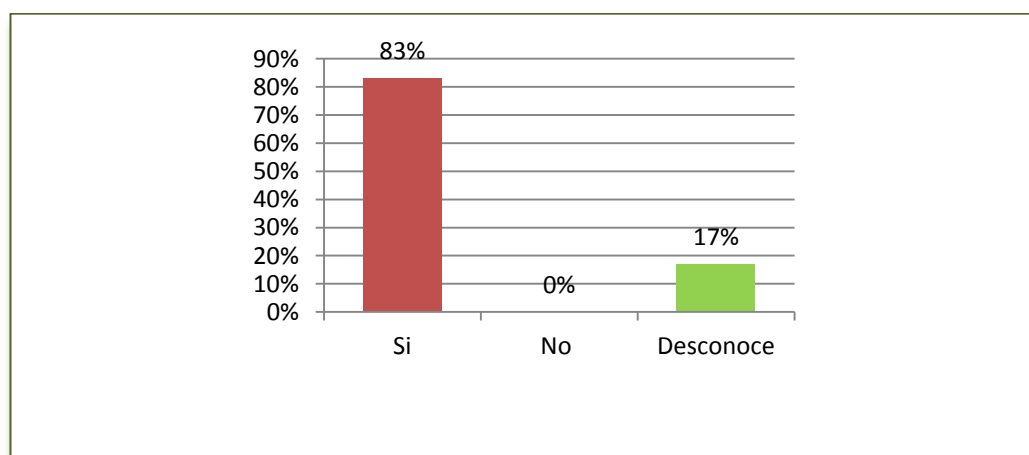
CUADRO N°2

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	15	83%
No	0	0%
Desconoce	3	17%
TOTAL	18	100%

Fuente: Personal de salud del área de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012

Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera.

GRÁFICO N°2



Fuente: Personal de salud del área de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012

Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera

Discusión de datos.

El 83% de los encuestados respondió que si existe un manual de diagnóstico de enfermería para pacientes con TB o inmuno comprometidos, solo el 17% que desconoce, se concluye que el personal de enfermería está trabajando con el proceso de atención de enfermería y que existe documentación de esos trabajos en el hospital.

3.- El personal de enfermería brinda atención domiciliaria a pacientes inmuno comprometidos

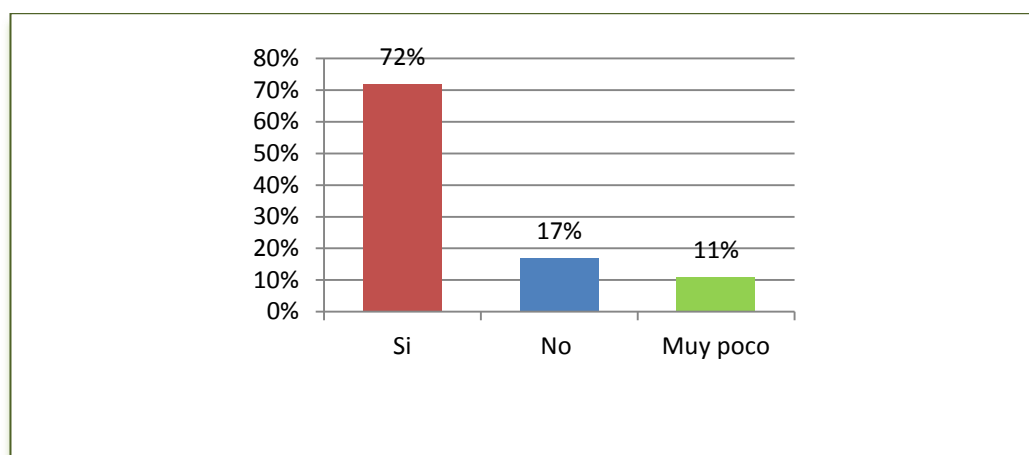
CUADRO N°3

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	13	72%
No	3	17%
Muy poco	2	11%
TOTAL	18	100%

Fuente: Personal de salud del área de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012

Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera.

GRÁFICO N°3



Fuente: Personal de salud del área de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012

Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera

Discusión de datos.

El 72% de los encuestados manifiestan que el personal de enfermería si brinda atención domiciliaria a pacientes inmuno comprometidos, el 17% que no, y el 11% que muy poco, se concluye que la atención domiciliaria es una actividad usual en el personal de enfermería.

4.- Considera usted que el personal de enfermería está bien capacitada en el Manejo del programa PNT.

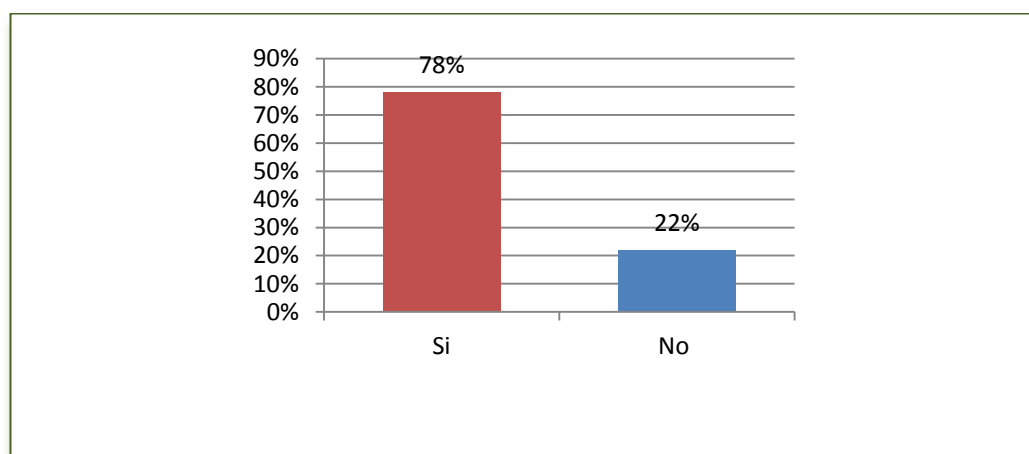
CUADRO N°4

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	14	78%
No	4	22%
TOTAL	18	100%

Fuente: Personal de salud del área de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012

Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera.

GRÁFICO N°4



Fuente: Personal de salud del área de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012

Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera

Discusión de datos.

El 78% del personal encuestado respondió que si consideran que el personal de enfermería está bien capacitado en el manejo del programa PCT, mientras que el 22% que no, se concluye que la mayoría del personal está presto a la rotación de cualquier área.

5.- La cantidad de insumos y medicamentos de la estrategia Nacional de Control de la TB se encuentran accesibles para el tratamiento de todos los pacientes.

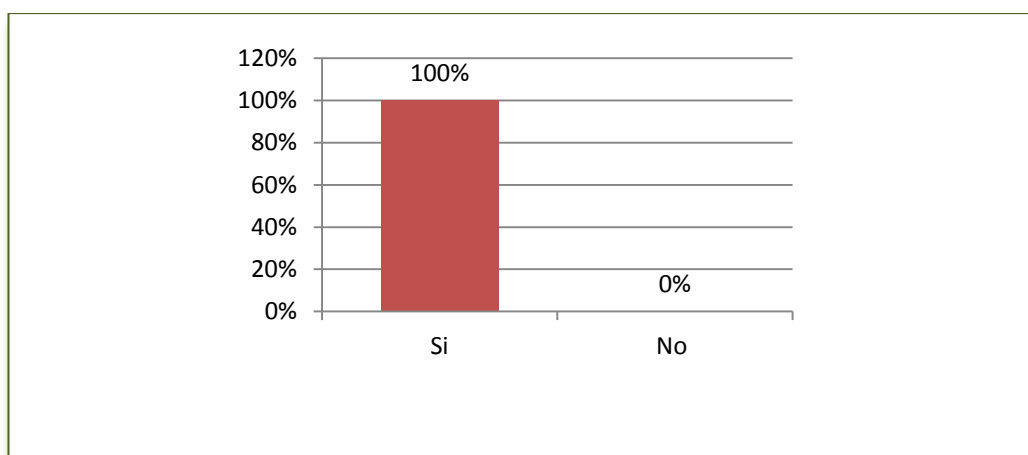
CUADRO N°5

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	18	100%
No	0	0%
TOTAL	18	100%

Fuente: Personal de salud del área de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012

Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera.

GRÁFICO N°5



Fuente: Personal de salud del área de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012

Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera

Discusión de datos.

El 100% de los encuestados respondió que la cantidad de insumos y medicamentos para el control de la Tb, si está accesible al tratamiento de todos los pacientes, se concluye que el PCT es una estrategia con calidad óptima al servicio de los pacientes con TB.

6.- Los pacientes cumple satisfactoriamente con el control médico y el tratamiento prescrito

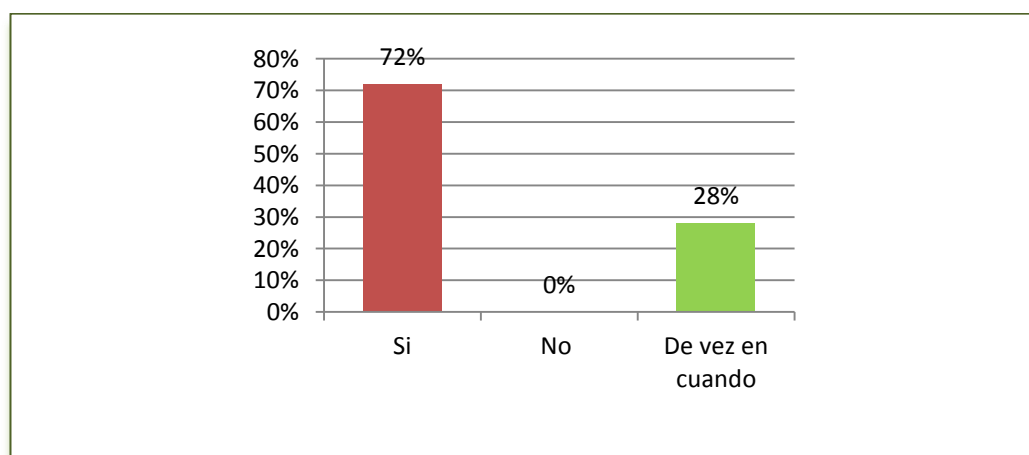
CUADRO N°6

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	13	72%
No	0	0%
De vez en cuando	5	28%
TOTAL	18	100%

Fuente: Personal de salud del área de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012

Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera.

GRÁFICO N°6



Fuente: Personal de salud del área de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012

Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera

Discusión de datos.

El 72% de los encuestados respondió que los pacientes con VIH si cumplen satisfactoriamente con el control y el tratamiento prescrito por el médico, mientras que el 28% que de vez en cuando, se concluye que existe un grupo pequeño de pacientes que no cumplen con el tratamiento de la enfermedad.

7.- Entrega usted información impresa tipo folletos sobre las enfermedades inmuno comprometidas a desarrollar TB a sus pacientes.

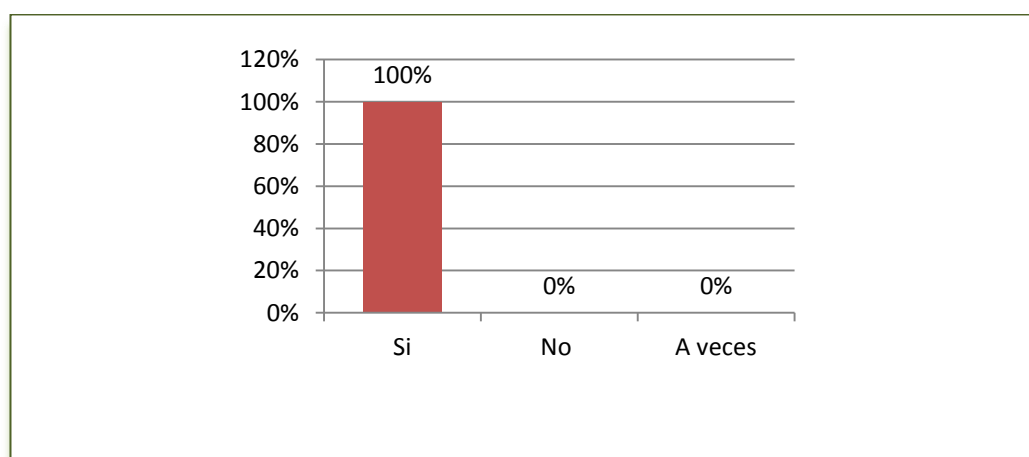
CUADRO N°7

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	18	100%
No	0	0%
A veces	0	0%
TOTAL	18	100%

Fuente: Personal de salud del área de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012

Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera.

GRÁFICO N°7



Fuente: Personal de salud del área de Consulta Externa, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, 2012

Investigadoras: Paola Jilón y Diana Cabrera

Discusión de datos.

El 100% de los encuestados respondió que si entregan material informativo a los pacientes con VIH sobre enfermedades inmuno comprometidas a desarrollar Tb, por lo que está actividad esta siendo cumplida por todo el personal.

4.2. Comprobación y discusión de hipótesis.

La hipótesis de trabajo es positiva, ya que las diversas actividades del personal de enfermería como la documentación de diagnóstico de enfermería, la atención domiciliaria para el seguimiento de los controles en pacientes inmuno comprometidos si contribuye a la disminución de riesgos de TB.

4.3. Conclusiones.

Objetivo específico N°1: Identificar los factores de riesgos en pacientes inmuno comprometidos a desarrollar TB.

- El estudio de campo detectó que los pacientes con diagnóstico de VIH, tiene un nivel de instrucción básica es decir la mayoría de ellos solo tiene o han terminado la primaria, por lo que su situación socio económica es baja, además un alto porcentaje manifestó que han sido y son consumidores de drogas.
- La mayoría de los pacientes tienen diagnóstico comprobado de VIH, y presenta tos y pérdida de apetito como síntoma común de la enfermedad.

Objetivo específico N°2: Determinar la intervención de enfermería en pacientes inmuno comprometidos a desarrollar TB.

- El personal de enfermería actualmente está trabajando con el proceso de atención de enfermería y ha insertado en su actividad laboral un manual de enfermería de pacientes con Tb o inmuno comprometido, el mismos que está siendo utilizado en la atención domiciliaria que realiza este personal.

- El personal de enfermería está empoderada en el manejo del programa PNT, estrategia que está contribuyendo positivamente a estos pacientes por el acceso oportuno e inmediato del medicamento al contar con el abastecimiento necesario en la unidad operativa de salud.
- La mayoría de los pacientes con VIH están conscientes de la enfermedad y el personal de salud le informa de la condición de salud de ellos.
- El personal de salud informa sobre enfermedades del VIH y TB pero desconocen sobre las enfermedades inmuno comprometidas.
- No hubo consistencia en los datos sobre la información que los pacientes reciben de parte del personal de salud, por que el 34% manifiestan que si reciben y el 100% del personal de enfermería encuestados manifiestan que si entregan información impresa.
- Los pacientes califican como satisfactorio el tipo de cuidado que oferta el personal de enfermería.

Objetivo N° 3: Plantear acciones de enfermería que promueva hábitos de autocuidado en pacientes inmuno comprometidos a desarrollar TB.

- Existe predisposición de los pacientes para asistir a la capacitación de autocuidado y así evitar enfermedades agregadas que comprometan más su estado clínico.

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA

Taller de capacitación de autocuidado a pacientes inmuno comprometidos.

5.1. Presentacion.

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

El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, A lo largo de la historia, enfermería ha enseñado a las personas a cuidarse a sí mismas, impartiendo instrucciones acerca de las practicas de higiene, las cuales contribuyen a reducir las posibilidades de una infección secundaria y ayudan a retrasar la evolución de la infección.

Con el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, se hace cada vez más urgente la incorporación del autocuidado como una estrategia explícita y permanente en los modelos de atención en salud,

El objetivo del cuidado enfermero ha de ir, encaminado a estimular la participación del paciente en su cuidado, enseñarle medidas específicas de autocuidado, apoyarle ante sus dificultades teniendo

siempre presente que el paciente decide sobre su salud, de manera que las enfermeras debemos respetar sus decisiones.

5.2. Objetivos

5.2.1. Objetivo General.

- Desarrollar un taller de capacitación de autocuidado a pacientes inmuno comprometidos para estimular su participación en el cuidado de su salud.

5.2.2. Objetivos específicos.

- Capacitar a los pacientes inmuno comprometidos en medidas de salud.
- Ayudar a las personas a responsabilizarse de su propia salud mediante el autocuidado.

5.3. Contenidos.

Generalmente las infecciones oportunistas constituyen una amenaza para la vida de los pacientes atacando el sistema inmunológico comprometido, siendo de vital importancia los cuidados que estos deben tener para preservar su salud.

Para cuidar la vida y la salud se requiere del desarrollo de habilidades personales, para optar por decisiones saludables, lo cual constituye uno de los cinco componentes de la promoción de la salud establecidos en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud en Ottawa Canadá, donde se dijo que: “la promoción favorece el desarrollo personal y social en la medida que aporte información sobre el cuidado, educación sanitaria para tomar decisiones informadas y se

perfeccionen las aptitudes indispensables para la vida; de esta manera se aumentan las opciones disponibles para que la gente pueda ejercer un mayor control sobre su salud y el medio social y natural, y así opte por todo aquello que propicie la salud.

Cuidar representa un conjunto de actos de la vida que tiene por objeto hacer que esta se mantenga, continúe y se desarrolle, como una estrategia fundamental para remover la vida y el bienestar de las personas.

CUIDADOS QUE SE DEBEN DESARROLLAR.

Higiene de la casa: si el conteo de linfocitos CD4 es muy bajo y ha desarrollado SIDA no es recomendable mucha gente en casa y menos en la habitación, ya que la mayoría de las personas portan bacterias llamadas pseudomonas aeruginosa que provocan diferentes enfermedades, principalmente neumonía (las flores las portan).

Mantener todas las habitaciones bien aireadas para disminuir los riesgos de que el paciente contraiga una enfermedad, evitar ruidos molestos, luz tenue. La luz solar directa es germicida y se ha descubierto que hace aumentar el número de glóbulos blancos, se ha demostrado el valor en el tratamiento de la tuberculosis y de la piel.

Higiene personal: se recomienda baños diarios o por lo menos tres veces a la semana, tener cuidado con los desechos, las manos por estar más que cualquier parte del cuerpo en contacto con gérmenes infectantes deben lavarse antes de cocinar, de comer, así como antes y después de ir al sanitario, el lavado repetido de las manos pueden causar grietas en la piel, evitar la resequedad excesiva, secar en forma suave. Las unas largas ponen en peligro la salud del individuo por la introducción de suciedad y bacteria a la boca, además cuando están largas entorpecen el

normal funcionamiento de los dedos. No deben compartir objetos potencialmente contaminados con sangre agujas, jeringas, navajas, máquina de afeitar y demás utensilios personales tal como el cepillo de dientes.

Higiene buco-dental: ayudar e insistir en la limpieza de los dientes, encías y paladar ya que puede ser foco de graves infecciones que posteriormente se extiende a otras partes del cuerpo o dificultan la alimentación; lavar la boca después de cada comida, usar en el enjuague agua con bicarbonato de sodio disminuye las infecciones por candidiasis, usar hilo dental para limpiar los espacios entre los dientes, visitar al dentista periódicamente.

Entre las personas inmuno comprometidos las enfermedades y los trastornos bucodentales pueden tener efectos negativos en su salud general, algunas de las cuales podrían causar la muerte.

Alimentación: una alimentación ordenada y adecuada en calidad y cantidad, beneficia el tratamiento del paciente con HIV Sida, ayudando a reforzar el sistema inmunitario y evitar complicaciones como la malnutrición y desnutrición.

La alimentación debe ser lo más normal posible, adaptándose a los distintos momentos de la enfermedad y teniendo presente algunos cuidados en la higiene y manipuleo de alimentos, para disminuir la contaminación y la carga microbiológica, ya que los mismos pueden ser vectores de infecciones agregadas, principalmente gastrointestinales

Higiene de los alimentos: para mantener y mejorar la calidad de vida de las personas con VIH-SIDA es esencial desarrollar intervenciones nutricionales apropiadas, alimentarios junto con buenos hábitos de higiene en la preparación, ingestión y manipulación de alimentos.

Asegurarse que la producción y distribución de alimentos sean seguras, limpias y completas, para ello hay que evitar la contaminación tomando precauciones para no causar intoxicación alimentaria o gastroenteritis.

Actividades lúdicas: las actividades lúdicas serán pasivas según las limitaciones y las restricciones impuestas por los síntomas o los tratamientos, es decir la respuesta física del paciente podrán leer, pintar, dibujar, caminar. Los juegos deben ser sin esfuerzo físico, evitar en lo posible los juegos como el fútbol, andar en bicicleta o de competencias que impliquen traumatismo.

5.4. Descripción de los aspectos operativos de la propuesta.

Contenidos:

- Autocuidados.
- Higiene de casa.
- Higiene personal.
- Higiene buco-dental.
- Alimentación.
- Higiene de los alimentos.
- Actividades lúdicas.

Actividades:

- Organizar evento de capacitación con el equipo de Enfermería del Hospital.
- Elaborar material impreso.
- Disponer de horario para desarrollar el taller.
- Ejecutar sesiones de taller de capacitación.
- Registrar firmas de la capacitación o consejería y de la entrega del material en las historias clínicas de cada paciente.

Metodología:

- Participación activa a través del uso de técnicas activas en cada sesión organizada.
- Exposición de experiencias de los participantes.

5.5. Recursos.**Humanos:**

- Personal de salud del Hospital.
- Grupo investigadoras.
- Directora del proyecto de tesis.
- Pacientes y familiares asistentes a la Clínica del VIH.

Materiales:

- Equipo informático.
- Suministros de oficinas.
- Folletos.
- Equipo audiovisual.
- Historias clínicas

5.6. Cronograma de ejecución de la propuesta.

Actividades	Presupuesto	Fecha
- Organizar evento de capacitación con el equipo de Enfermería del Hospital.	50.00	Diciembre - 2012
- Elaborar material impreso.	500.00	Diciembre - 2012
- Disponer de horario para desarrollar el taller.	-----	Enero - 2013
- Ejecutar sesiones de taller de capacitación	500.00	Enero - 2013
- Registrar firmas de la capacitación o consejería y de la entrega del material en las historias clínicas de cada paciente.	-----	Enero - 2013

BIBLIOGRAFIA.

- Alarcón Edith, (2007), "Rol de Enfermera en el Control de la TB y TB MDR", Consultora "La Unión" III Congreso Nacional de Tuberculosis –El Salvador.
- Clínica de VIH, del hospital Sagrado Corazón de Jesús, Quevedo, julio/2012
- Departamento de estadística del hospital Sagrado Corazón de Jesús, Quevedo, julio/2012
- García María de Jesús. (2004), El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. Editorial Progreso. Segunda edición. México, p. 245.
- Guía de enfermería para la implementación y expansión de la Estrategia DOST/TAES. Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. Año 2004
- <http://www.dmedicina.com/enfermedades/infecciosas/tuberculosis>
- Jamieson Elizabeth, Lesley Whyte, (2008), Procedimientos de Enfermería Clínica: Guía para la práctica basada en la experiencia, 5º edición.
- Juall Carpenito Lynda. (2003). Diagnósticos de Enfermería, Aplicaciones a la práctica clínica. (9a. Edic.) Madrid Editorial Interamericana McGraw Hill.
- Kahn Mariana y Sara Chernillo, (2008), Bases de la Medicina Clínica- Compromisos Pulmonar en el huésped Inmunodeprimido, Universidad de Chile
- Medline Plus, Biblioteca virtual Nacional de EEUU, 2012
- MSP - Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, (2005); Guía Técnica de Enfermería para la prevención y control de la tuberculosis, Salvador.
- Ministerio de salud Pública, (2010), Manual de Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis, Ecuador.

- Organización Panamericana de la Salud, Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015, (con información actualizada según el WHO report 2008) Washington, D.C: OPS, 2006. ISBN 92070532673 8.
- Peñuela Martha, Mirly Vásquez, Heidi Hernández y otros, (2006), Factores asociados a la coinfección VIH/sida – Tuberculosis, Salud Uninorte, vol. 22 N°1, Barranquilla – Colombia.
- Potter Perry, (2002), Fundamentos de Enfermería, volumen 1, 5ta edición Harcourt S.A., Editorial Eddie, S.L., España.
- Potter Perry, (2002), Fundamentos de Enfermería, volumen II, 5ta edición Harcourt S.A., Editorial Eddie, S.L., España.
- Potter Perry, (2011), Guía Mosby de Técnicas y procedimientos de Enfermería, 7º edición, Editorial Eddie, S.L., España.
- Protocolo nacional para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la infección del VIH/SIDA, Revista de Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, Vol XI, Nos. 1-2 Época III Enero-junio 2001; 123p.
- Secretaría de Salud. (2006), Guía de Enfermería para la Atención del Paciente con Binomio TB/SIDA. México, ISBN 970-721-336-1
- Soto Tarazona y Lily Solari Zerpa (2004), Tuberculosis e infección por VIH/sida, Revista de la facultad de Medicina Humana, Vol. 4, N°1, SISBIB; Biblioteca virtual, Universidad Ricardo Palma.

ANEXOS.

ENCUESTA N°1

Cuestionario de preguntas dirigidas a pacientes que acuden a Consulta Externa del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

1.- Desde cuando presenta tos.

1 semana.

15 días.

1mes y más.

2.- Tiene dolor al respirar.

Si.

No.

A veces.

3.- Realiza actividades comunes sin fatigarse.

Si.

No.

A veces.

4.- Ha tenido pérdida de apetito y peso últimamente.

Si.

No..

5.- Tiene información de los resultados de sus estudios.

Si.

No.

Algo.

6.- Usted padece de alguna de estas enfermedades:

Diabetes.

Bronquitis crónica.

VIH/sida.

Cáncer.

7.- Qué nivel de escolaridad:

Primaria.

Bachiller.

Profesional.

Ninguna.

8.-Cuál son las condiciones de la vivienda.

Amplia, adecuada y con todos los servicios básicos.

Pequeña e inadecuada.

9.-Cuál es su estado civil:

Soltero.

Casado.

Unión libre.

Viudo.

10.- Tiene hábito de fumar.

Si.

No

A veces.

11.- Usted consume droga.

Si.

No.

Algo.

12.- El personal de salud le ha entregado información impresa tipo folletos sobre las enfermedades inmuno comprometidas a desarrollar TB.

Si.

No.

A veces.

13.- En la consejería que brinda el personal de salud, usted recibe la información oportuna, veraz y completa.

Si.

No.

A veces

14.- Tipo de cuidado que recibe por parte del personal de enfermería es:

Óptimo.

Satisfactorio.

Poco satisfactorio.

Insatisfactorio.

15.- Cumple con el control médico y el tratamiento prescrito

Si.

No.

Algunas veces

16.- La gustaría capacitarse en prácticas de autocuidado para evitar el riesgo de enfermedades agregadas.

Si.

No.

ENCUESTA N°2

Cuestionario de preguntas dirigidas al personal de Salud de la Consulta Externa del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

1.- Conoce usted si en la institución el personal de enfermería trabaja aplicando los diagnósticos de enfermería.

Si.

No.

De vez en cuando.

2.- Conoce usted si en la institución existe un manual de diagnóstico de enfermería de pacientes con TB o inmuno comprometidos.

Si.

No.

Desconoce.

3.- El personal de enfermería brinda atención domiciliaria a pacientes inmuno comprometidos

Si.

No.

Muy poco.

4.- Considera usted que el personal de enfermería está bien capacitada en el Manejo del programa PNT.

Si.

No.

5.- La cantidad de insumos y medicamentos de la estrategia Nacional de Control de la TB se encuentran accesibles para el tratamiento de todos los pacientes.

Si.

No.

6.- Los pacientes cumple satisfactoriamente con el control médico y el tratamiento prescrito

Si.

No.

De vez en cuando.

7.- Entrega usted información impresa tipo folletos sobre las enfermedades inmuno comprometidas a desarrollar TB a sus pacientes.

Si.

No.

A veces.



Universidad Técnica de Babahoyo

Papel Universitario
\$ 1,00

0250001

Quevedo, 13 de Julio del 2012

Sr. Dr.

Luis Soria Pesantes

DIRECTOR DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESUS

DE LA CIUDAD DE QUEVEDO

9932-1
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SECRETARÍA DE SALUD
FECHA: 13.07.2012
HORA: 11:20
FIRMA: [Firma]
SECRETARIA

De mis consideraciones:

Las estudiantes de la Universidad Técnica de Babahoyo, Srta. CABRERA GONZALEZ DIANA Y Srta. JILON ZAMBRANO PAOLA internas de enfermería de dicha institución, le damos un cordial saludo y a la vez de solicitarle de forma mas comedida se nos de la apertura para realizar un trabajo investigativo para el desarrollo de nuestra tesis, cuyo tema es " CONTRIBUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN LA DISMINUCIÓN DE RIESGO DE DESARROLLAR TUBERCULOSIS EN PACIENTES INMUNO COMPROMETIDOS QUE ACUDEN AL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS DE QUEVEDO DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012".

Por la atención que se le brinde a la presente le reiteramos nuestros más sinceros sentimientos de estima y consideración.

Atentamente

[Firma]
I/E CABRERA GONZALEZ DIANA

C.I 120647963-4

[Firma]
I/E JILON ZAMBRANO PAOLA

C.I 092292156-4



Ministerio de Salud Pública
Dirección Provincial de Salud de Los Ríos

Oficio N° 076 CVSHQ
Quevedo, julio 05 de 2012

Señoritas
Diana Cabrera González
Paola Jilón Zambrano
ESTUDIANTES UTB – EXT. QUEVEDO
Presente.-

De mi consideración:

Mediante la presente, informo a usted lo solicitado por medio de oficio el día 04 de julio del presente año, recordándoles que en la Clínica del VIH se mantiene la confidencialidad y solo se les entregará datos estadísticos de los pacientes de enero a junio del presente año, los cuales detallo a continuación:

DETALLE	TOTAL
CASOS CONFIRMADOS (WESTERN BLOT)	33
PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTI RETRO VIRAL	115
PACIENTES EN TARV CON TB	2
CASOS REACTIVOS EN PRIMERA Y SEGUNDA PRUEBA	74
EMBARAZADAS REACTIVAS	19
TB REACTIVOS	3
I.T.S. REACTIVOS	2
DEMANDA ESPONTANEA REACTIVOS	50
NIÑOS REACTIVOS DE 0 A 9 AÑOS	11

Por la atención que preste a la presente, expreso mis agradecimientos.

Cordialmente


Carolina Bacheo Vila
Dra. Carolina Bacheo Vila
COORDINADORA DE LA
CLÍNICA DE VIH/SIDA – QUEVEDO

CPV/JVM

Av. Guayacanes # 400 Parroq. 7 de Octubre - Teléfono: 052 750373
cvsq@hotmail.com
QUEVEDO - ECUADOR

EVIDENCIA DEL TRABAJO DE CAMPO



Aplicando la encuesta al personal de Salud del PCT, en el área de Consulta Externa



Aplicando la encuesta al personal de Salud del área de Consulta Externa



Pacientes en espera en el área de Consulta Externa del Hospital.



Aplicando la encuesta a los pacientes con VIH en el área de Consulta Externa del Hospital.



Aplicando la encuesta a los pacientes con VIH en el área de Consulta Externa del Hospital.



Ambiente de la Clínica del VIH en el Hospital "Sagrado Corazón de Jesús"