UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P DE ENFERMERÍA

Medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la Esn –Pct del centro de salud Conde De La Vega Baja

Tesis

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Flor Ccoicca Almidon

ASESOR

Dra. Maria Virginia Infante Contreras

Lima –Perú 2013

MEDIDAS DE AUTOCUIDADO QUE TIENEN LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA ESN –PCT DEL CENTRO DE SALUD

CONDE DE LA VEGA BAJA

LIMA – PERÚ

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE GRÁFICOS	
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
A Planteamiento del Problema	3
B Formulación del Problema	6
C Objetivos	6
D Justificación	7
E Propósito	9
F Marco Teórico	9
F.1. Antecedentes	9
F.2. Base Teórica	16
A Aspectos teóricos de la Tuberculosis	10
Situación de la tuberculosis en el Perú	17
Patogenia de la tuberculosis	19
Signos y síntomas	20
Detección, diagnostico de casos de TB	22
Tratamiento	24
Complicaciones de la tuberculosis	25
B. -Autocuidado del paciente con Tuberculosis	26
Teoría de Autocuidado de Dorothea Orem	27
Alimentación	3.
Descanso y sueño	37
Medidas higiénicas	4(
Hábitos nocivos	41
Control y tratamiento de la enfermedad	42
Ejercicio y Recreación	45
Cuidado emocional, social y espiritual	47
C Rol de la enfermera en la Estrategia sanitaria	
Nacional de control y prevención de la	
Tuberculosis	5(
Entrevista de enfermería	51
Visita domiciliaria	51
Organización y administración del tratamiento	53
G. Definición operacional de términos	55

CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODO

A. Tipo, Nivel, Método de estudio	
B. Área de Estudio	
C. Población y/o MuestraD.Técnica e Instrumento de recolección de Datos	
F. Análisis e interpretación de datos	59
G.Consideraciones éticas	59
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
A.RESULTADOS	60
B.DISCUSIÓN	72
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	
A. CONCLUSIONES	83
B. LIMITACIONES	85
C. RECOMENDACIONES	85
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	
BIBLIOGRAFÍA	92
ANEXOS	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

N °		Pág.
1.	Medidas de autocuidado que tienen los pacientes con Tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja.	62
2.	Medidas de autocuidado respecto a la alimentación que tienen los pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja.	63
3.	Medidas de autocuidado respecto a descanso y sueño que tienen los pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja.	65
4.	Medidas de autocuidado respecto a medidas higiénicas que tienen los pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja.	66
5.	Medidas de autocuidado respecto a hábitos nocivos que tienen los pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja.	68
6.	Medidas de autocuidado respecto al control y tratamiento de la enfermedad que tienen los pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja	69
7.	Medidas de autocuidado respecto a ejercicio y recreación que tienen los pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja.	70
8.	Medidas de autocuidado respecto al cuidado emocional, social y espiritual que tienen los pacientes con tubérculosis que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja	71
	ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja.	71

RESUMEN

Objetivos: Determinar las medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja. Material y método: El presente estudio es de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, de corte transversal, nivel aplicativo. Población: La población de estudio estuvo conformada por 30 pacientes con diagnóstico de tuberculosis que reciben el tratamiento de Esquema I y 10 pacientes en tratamiento Multidrogoresistente (MDR) que asisten al Centro de Salud Conde de la Vega Baja. **Técnica e instrumento:** La técnica fue la entrevista, y el instrumento un cuestionario. Resultados: Los resultados fueron que 25 pacientes (62.5%) realiza medidas de autocuidado adecuadas y 15 pacientes (37.5%) tiene medidas de autocuidado inadecuadas. Respecto a la alimentación, 14 pacientes (35%) consume 5 comidas durante el día; 9 pacientes (22.5%) ingiere una alimentación balanceada; 7 pacientes (17.5%) toma 5-7 vasos de agua diario; 33 pacientes (82.5%) come las principales comidas en el hogar. En relación al descanso y sueño, 28 pacientes (70 %) duerme de 6 a 8 horas diarias; en cuanto a medidas higiénicas, 28 pacientes (70%) se baña diario; 18 pacientes (45%) tiene habitación privada; 34 pacientes (85%) tiene ventilación e iluminación en el hogar; 26 pacientes (65%) refiere tener ventanas en el dormitorio; 10 pacientes (25%) tiene el habito de lavado de manos; 19 pacientes (47.5%) usa papel desechable cubriéndose la boca y nariz. En cuanto a la práctica de hábitos nocivos 15 pacientes (37.5%) toma alcohol; 9 pacientes (22.5%) consume cigarrillos; y 3 pacientes (7.5%) consume drogas; 11 pacientes (27.5%) asiste a reuniones sociales, fiestas; Respecto a control y tratamiento de la enfermedad, 34 pacientes (85%) asiste al tratamiento; 24 pacientes (60%) refiere que acude a la consulta con el médico; Respecto a ejercicio y recreación, 29 pacientes (72.5%) ve televisión; 13 pacientes (32.5%) practica ejercicios; 11 pacientes (27.5%) sale con su familia; 9 pacientes (22.5%) acude

al internet. Respecto a cuidado emocional, social y espiritual; 32 pacientes (80%) cuenta con una red social, 3 pacientes (7.5%) siente rechazo de las personas; 13 pacientes (32.5%) asiste a la iglesia, 17 pacientes (42.5%) busca la armonía con Dios y su ser. **Conclusiones**: La mayoría de los pacientes con tuberculosis realiza medidas de autocuidado adecuadas respecto a descanso y sueño, control y tratamiento de la enfermedad, hábitos nocivos, cuidado emocional, social, sin embargo un porcentaje significativo tiene medidas de autocuidado inadecuadas respecto a alimentación, medidas higiénicas, ejercicio y recreación, cuidado espiritual.

PALABRAS CLAVES: MEDIDAS DE AUTOCUIDADO, PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN LA ESN-PCT

SUMMARY

Objectives: To determine the measures of self-care that patients have attending ESN-PCT Health Center Count of Vega Baja. Materials and Methods: This study is a quantitative approach, descriptive, cross-sectional, application level. **Population:** The study population consisted of 30 patients diagnosed with tuberculosis who are treated Scheme I and 10 patients treated Multidrogoresistente (MDR) attending the Health Centre Count of Vega Baja. . Technical and instrument: The technique was the interview, and a questionnaire instrument. **Results:** The results were that 25 patients (62.5%) perform appropriate self-care measures and 15 patients (37.5%) have inadequate self-care measures. With regard to food, 14 patients (35%) consume 5 meals throughout the day, 9 patients (22.5%) eat a balanced diet, 7 patients (17.5%) takes 5-7 glasses of water daily, 33 patients (82.5%) eating the main meal at home. In relation to rest and sleep, 28 patients (70%) sleep of 6-8 hours per day, in terms of hygiene, 28 patients (70%) bathes daily, 18 patients (45%) have private room, 34 patients (85%) have ventilation and lighting in the home, 26 patients (65%) reports having windows in the bedroom and 10 (25%) have the habit of washing hands, 19 patients (47.5%) use disposable paper covering his mouth and nose. As for the practice of harmful habits 15 patients (37.5%) drink alcohol, 9 patients (22.5%) consumed cigarettes, and 3 patients (7.5%) using drugs, 11 patients (27.5%) attending social gatherings, parties, respect to control and treatment of disease, 34 patients (85%) attending treatment, 24 patients (60%) states that goes to the consultation with the doctor; As for exercise and recreation, 29 patients (72.5%) watch television and 13 patients (32.5%) practice exercises, 11 patients (27.5%) out with his family, 9 patients (22.5%) goes to the internet. Regarding emotional care, social and spiritual, 32 patients (80%) have a social network, 3 patients (7.5%) people feel rejection and 13 patients (32.5%) attend church, 17 patients (42.5%) seeks harmony with God and being.

Conclusions: Most patients with tuberculosis takes appropriate self-care

measures regarding rest and sleep, control and treatment of disease, bad habits,

emotional care, social, however a significant percentage have inadequate self-

care measures regarding food, measures hygiene, exercise and recreation,

spiritual care.

KEYWORDS: MEASURES OF SELF, TUBERCULOSIS IN PATIENTS

WITH ESN-PCT

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una de las enfermedades infectocontagiosas de mayor incidencia en la población del mundo y un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo, lo que constituye el 80% de la población mundial.

Este panorama es más crítico en el Perú donde el desempleo y los bajos ingresos económicos generan pobreza extrema, las cuales son el origen de los múltiples factores que condicionan la permanencia de focos infecciosos de la enfermedad, los cuales son: el déficit de saneamiento ambiental, hacinamiento, poca accesibilidad a los servicios de salud, deficiente educación para la salud y estrés social.

El personal de enfermería cumple un rol muy importante en el tratamiento y en el control de la tuberculosis que tiene gran importancia en la salud pública por lo cual se hace necesario determinar ¿Cuáles son las medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja Lima- 2012?

El objetivo del proyecto de investigación fue determinar las medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de control de la Tuberculosis en el centro de salud Conde de la Vega Baja.

El propósito principal de esta investigación; está orientado a proporcionar información válida y confiable a las autoridades y al equipo de salud del C.S. "Conde de la Vega Baja", sobre las medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESN–PCT, información que puede ser utilizada por la enfermera como miembro del equipo multidisciplinario de la ESN-PCT para planificar y/o reforzar las estrategias de intervención intra y extramural en el cual se enfatice el rol educativo de la enfermera y se promueva la importancia

del autocuidado del paciente con tuberculosis favoreciendo así la adopción de estilos de vida saludable y con ello disminuir la frecuencia de complicaciones de la enfermedad.

Así mismo la información obtenida orientara las acciones del personal de salud, principalmente el profesional de enfermería, lo cual permitirá reforzar el nivel de atención primaria, contribuyendo a una atención integral del paciente con tuberculosis.

El estudio está estructurado en IV Capítulos; en el Capítulo I: El Problema, donde se muestra el origen del problema, la formulación del problema a investigar, los objetivos planteados para el presente estudio, la justificación y el propósito del estudio. También se presentan los antecedentes del estudio, mostrándose los estudios realizados anteriormente y que guardan relación con el presente estudio. Asimismo se aborda la base teórica, la que da sustentó a los resultados encontrados; y también se incluye la definición operacional de términos. En el Capítulo II: Material y Métodos, en el que se expone el Tipo, Nivel y Método de la investigación, Área de Estudio, Población y/o muestra, Técnica e instrumento de investigación, recolección, procesamiento y presentación de datos; Análisis e Interpretación de Datos y Consideraciones Éticas. En el Capítulo III: Resultados y Discusión, Capítulo IV: en el que se expone conclusiones, limitaciones y recomendaciones. Finalmente se presentan las Referencias Bibliográficas, Bibliografía y Anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

A) Planteamiento del Problema

La tuberculosis es una enfermedad de origen infeccioso que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es responsable del 25 % de las muertes prevenibles en una población generalmente joven, que forma parte de la población económicamente activa. (1)

Según la OMS en el 2011 a pesar de que se notificaron 5,8 millones de nuevos casos de tuberculosis en el mundo; se estima, que estos casos representan dos tercios de los 8,7 millones que enfermaron de Tuberculosis, de los cuales 1,4 millones de personas murieron por esta causa. (2)

De esta manera la tuberculosis sigue representando una causa importante de enfermedad, muerte y grandes costos económicos en las Américas, es la segunda causa de muerte por un agente infeccioso. En el 2010, se estimó que hubo 334.000 casos de tuberculosis prevalentes en las Américas, lo que equivale a 35,8 por 100.000 habitantes, un estimado de 20.000 muertes se produjeron entre los casos de tuberculosis. (3)

Así mismo la OPS, asevera que el Perú, es el segundo país con más carga de tuberculosis en todas sus formas, así en el 2010 se notificaron 31.000 casos que representa el 12% de la carga total para las Américas y el 5to lugar en

incidencia más alta (106 por 100.000 hab.) después de Haití, Surinam, Bolivia y Guyana .⁽⁴⁾

En cuanto a la situación de la TB Multidrogorresistente (MDR) en el 2010, Perú fue el país con más carga estimada de casos (2.190 casos), que correspondía al 35% de toda la Región, basada en los estudios de vigilancia de la resistencia del país, surgiendo la preocupación por el aumento de nuevos casos de TB MDR que es una forma de tuberculosis para la cual el tratamiento es costoso. (5)

Según las estadísticas nacionales en nuestro país, la tasa de TB en todas sus formas, disminuyó de 109.7 en el año 2011 a 106.6 por cada 100 mil habitantes en el 2012. Es decir, se redujo de 32,703 a 32,145 casos, lo que constituye un leve pero esperanzador descenso en estas cifras; sin embargo, sigue siendo un grave problema de salud pública, por que aún subsisten indicadores alarmantes que nos ubican en una situación desfavorable; sumándose además las bajas condiciones socioeconómicas de la población y el resurgimiento de la resistencia a los medicamentos antituberculosos con formas graves de Tuberculosis como la Tuberculosis MDR y XDR en el cual existe alta mortalidad .⁽⁶⁾ Lo cual constituye un riesgo para la población más vulnerable, aún cuando el Ministerio de Salud, a través de la ESN-PCT garantiza que las personas afectadas accedan en forma gratuita en todo el territorio nacional a la detección, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

La tuberculosis al ser una enfermedad infectocontagiosa requiere adecuados cuidados, tales como: alimentación balanceada, continuidad del tratamiento farmacológico, apoyo psicológico, saneamiento ambiental adecuado en el hogar. El incumplimiento de estas medidas puede generar complicaciones como la resistencia a los medicamentos, diseminación de la enfermedad a otros órganos, contagio a los contactos, generando un círculo vicioso en la familia y comunidad.

En cuanto al autocuidado, según Dorotea Orem ⁽⁷⁾, son todas las habilidades aprendidas que incorpora un ser humano, para favorecer su integridad, salud, desarrollo y bienestar, adoptando cuidados que le ayuden a evitar o disminuir riesgos de daños a su salud, a corto y a largo plazo, por lo tanto requiere que se enseñen; esta actividad de enseñanza constituye una responsabilidad de todo profesional de la salud, uno de ellos el enfermero, donde la educación juega un papel importante, que permite a las personas hacer frente a los problemas de salud.

Ante esta realidad la enfermera cumple un rol muy importante en la atención del paciente con tuberculosis, pues es responsable de garantizar la administración y supervisión del cumplimiento del tratamiento farmacológico en la ESN-PCT, a efecto de minimizar y evitar la propagación de este bacilo lo cual permite mejorar la calidad de vida de los pacientes con TBC.

El cuidado de enfermería de las personas afectadas con tuberculosis debe ser enfatizada en la educación sobre los aspectos relevantes de la enfermedad, control del tratamiento y seguimiento de la persona con tuberculosis y sus contactos, los cuidados a considerar durante el tratamiento, realizando para ello actividades orientadas a favorecer el autocuidado del paciente con tuberculosis en beneficio de sí mismo y de su familia, las cuales pueden ser brindadas al paciente durante la entrevista de enfermería, o la visita domiciliaria, pues si el paciente conoce lo referente a la TBC tendrá en cuenta las medidas de autocuidado, ello permitirá evitar complicaciones de la enfermedad, y discapacidad en el paciente, lo cual genera un mayor gasto en la economía familiar y en la entidad de salud.

En mis practicas de enfermería en la ESN-PCT al interactuar con los pacientes ellos referían "...que cuidados debo tener para curarme de esta enfermedad...", "...puedo realizar mis actividades como antes ...", " a veces falto al centro de salud porque tengo que trabajar y salgo tarde...", "... me

alimento con lo que me alcance el dinero, no consumo frutas y verduras ...", "...mi hermano y yo estamos con tuberculosis por eso compartimos la habitación...", "...duermo pocas horas, pues trabajo de madrugada ...", "...tomo licor solo en las fiestas ...".

La tuberculosis constituye una enfermedad infecciosa de gran importancia en la salud pública, por lo cual se decidió realizar la siguiente investigación que permitió formular las siguientes preguntas ¿ Los pacientes han recibido información en el Centro de Salud por parte de la enfermera sobre los cuidados que deben tener durante el tratamiento de la tuberculosis?, ¿Qué medidas de autocuidado realiza el paciente con tuberculosis para evitar complicaciones de la enfermedad y el contagio en la familia ?, ¿Cuáles son las medidas de autocuidado que realiza el paciente en cuanto a la alimentación, descanso, sueño y medidas higiénicas?, ¿El paciente cuenta con apoyo familiar durante el tratamiento?, ¿Qué hábitos nocivos practican los pacientes con tuberculosis?, entre otras.

B.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

De lo planteado se genera el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son las medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja Lima- 2012?

C.- OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar las medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja

Objetivos Específicos

- Identificar las medidas de autocuidado respecto a la alimentación que tienen los pacientes con tuberculosis .
- Identificar las medidas de autocuidado respecto al descanso y sueño que tienen los pacientes con tuberculosis.
- Identificar las medidas de autocuidado respecto a medidas higiénicas que tienen los pacientes con tuberculosis.
- Identificar las medidas de autocuidado respecto a hábitos nocivos que tienen los pacientes con tuberculosis .
- Identificar las medidas de autocuidado respecto al control y tratamiento de la enfermedad que tienen los pacientes con tuberculosis.
- Identificar las medidas de autocuidado respecto a ejercicio y recreación que tienen los pacientes con tuberculosis.
- Identificar las medidas de autocuidado respecto al cuidado emocional, social y espiritual que tienen los pacientes con tuberculosis.

D.- JUSTIFICACIÓN

La tuberculosis constituye un problema de salud pública según la OMS (2010) menciona que la tuberculosis es la segunda causa mundial de mortalidad, después del sida, y que es causada por un agente infeccioso. En el 2010 enfermaron de tuberculosis 8,8 millones de personas y 1,4 millones murieron por esta causa. La tuberculosis se está convirtiendo en la infección transmisible más importante en los seres humanos asociado a factores socioeconómicos, siendo la presencia de determinantes sociales como la pobreza, el desempleo lo que genera estilos de vida inadecuados que llevan a estas poblaciones al riesgo de contagio de la TBC.

En la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis, se menciona que la organización en la atención integral e individualizada de la persona con tuberculosis, de su familia y la comunidad, es responsabilidad del profesional de enfermería del establecimiento de salud donde se atiende el paciente.

La atención de enfermería según la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de tuberculosis, está orientado al control, tratamiento y seguimiento de la persona con tuberculosis y sus contactos, siendo una de las funciones principales enfatizar la educación al paciente y familia incorporándolos activamente en el cuidado y autocuidado de la persona con tuberculosis con el fin de generar conductas saludables, y modificar la respuesta en el proceso salud - enfermedad y evitar complicaciones como la resistencia al tratamiento, diseminación de la infección a otros órganos, contagio a personas susceptibles de enfermar e incluso a la familia.

Si consideramos que es importante que el paciente con tuberculosis realice medidas de autocuidado adecuadas, para lo cual es necesario que la enfermera desarrolle estrategias educativas, que promuevan que el paciente sea capaz de cuidarse a sí mismo y mejore su calidad de vida, con lo cual se va a prevenir complicaciones; y ser consciente de su enfermedad. Por ello es necesario identificar qué medidas de autocuidado tiene el paciente con tuberculosis; información que podrá ser utilizada para plantear actividades preventivas promocionales.

E.- PROPÓSITO

El propósito principal de esta investigación; está orientado a proporcionar información válida y confiable a las autoridades y al equipo de salud del C.S. "Conde de la Vega Baja", sobre las medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESN–PCT, información que puede ser utilizada por la enfermera como miembro del equipo multidisciplinario de la ESN-PCT para planificar y/o reforzar las estrategias de intervención intra y extramural en el cual se enfatice el rol educativo de la enfermera y se promueva la importancia del autocuidado del paciente con tuberculosis favoreciendo así la adopción de estilos de vida saludable y con ello disminuir la frecuencia de complicaciones de la enfermedad.

Así mismo la información obtenida orientara las acciones del personal de salud, principalmente el profesional de enfermería, lo cual permitirá reforzar el nivel de atención primaria, contribuyendo a una atención integral del paciente con tuberculosis.

F. MARCO TEÓRICO

F.1 ANTECEDENTES

Existe escasa literatura respecto a medidas de autocuidado específicos para pacientes con tuberculosis.

Se realizó una revisión de antecedentes del presente estudio, tanto de los realizados en el país como también de los que se han realizado en otros países, habiéndose encontrado algunos estudios. A continuación se presentan los antecedentes a la presente investigación:

Antecedentes Nacionales

Herrera Montoya Jonathan Ronald en el 2010, en Lima-Perú realizó un estudio titulado "Adherencia al tratamiento y actitud hacia su autocuidado en pacientes con tuberculosis, Microred Portada de Manchay - Pachacamac", para optar la licenciatura en enfermería; el objetivo fue determinar la adherencia al tratamiento y actitud hacia su autocuidado en pacientes afectados con tuberculosis. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo de corte transversal; la muestra estuvo representada por un total de 37 pacientes con tuberculosis; las técnicas de recolección de datos que se utilizaron fueron: el análisis documental de una ficha de registro del tratamiento y la encuesta; los instrumentos fueron una ficha de registro sobre el tratamiento y una escala Likert para determinar actitudes. Las conclusiones entre otras fueron:

"La mayoría de los pacientes 59% (22) no presentan adherencia al tratamiento antituberculoso, mientras que la minoría restante si presentan"

"La actitud hacia su autocuidado en los pacientes afectados con tuberculosis, la mayoría presenta una actitud de indiferencia 49% (18), con tendencia a la aceptación 27% (10), el menor porcentaje restante manifiesta rechazo (8)

En el 2010, Manrique Huánaco Dina, en Lima-Perú realizó un estudio sobre "Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S Conde de la Vega Baja", el objetivo del estudio fue determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo,

método descriptivo simple, de corte transversal. La muestra estuvo representada por un total de 63 adultos mayores, la técnica fue la entrevista y el instrumento una encuesta y una escala de Likert modificada. Las conclusiones entre otras fueron:

"Existe coherencia entre lo que las personas conocen y lo que hacen en cuanto a su autocuidado. Las prácticas en la mayoría de los participantes, responde a la satisfacción de sus necesidades básicas". (9)

Monsalve Dávila, Marco Antonio, el 2010, en Lima-Perú realizó un estudio sobre "Medidas de autocuidado que tienen los adolescentes portadores del virus del VIH Sida en el Hogar San Camilo", cuyo objetivo fue determinar las medidas de autocuidado que tienen los adolescentes portadores del virus de VIH –SIDA. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo, prospectivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 40 adolescentes de ambos sexos portadores del VIH –SIDA, la técnica fue la entrevista y el instrumento un cuestionario. Las conclusiones entre otras fueron:

"La mayoría de los adolescentes portadores del virus del VIH –SIDA tienen medidas de autocuidado adecuadas en cuanto a la alimentación, higiene corporal, descanso y sueño, actividad, interacción social, autoestima, control y tratamiento de la enfermedad." (10)

En el 2006, Miguel Oria Ramírez, en Lima-Perú realizó el estudio titulado "Conocimientos y prácticas que tienen los pacientes con tuberculosis sobre alimentación y su relación con el estado nutricional en el Centro de Salud

José Carlos Mariátegui - Disa II Lima Sur", para optar su Licenciatura en Enfermería; tuvo por objetivo establecer la relación que existe entre el nivel de conocimientos, prácticas sobre alimentación y el estado nutricional de los pacientes con tuberculosis. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo correlacional de corte transversal. La muestra estuvo representada por un total de 57 pacientes con tuberculosis; la técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Algunas de las conclusiones fueron:

"Los pacientes que poseen conocimientos medio a bajo concuerdan con sus prácticas medianamente adecuadas e inadecuadas, y quienes poseen un conocimiento alto concuerdan con sus prácticas adecuadas, existe relación directa entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre alimentación los depacientes tuberculosis". "Los pacientes con prácticas adecuadas, medianamente e inadecuadas concuerda con un buen estado nutricional, no existe relación directa entre las prácticas sobre alimentación y el estado nutricional de los pacientes. (11)

En el 2005, en Lima—Perú se realizó un estudio sobre "Conocimientos y prácticas que tienen los pacientes traqueostomizados sobre autocuidado en los consultorios de cabeza y cuello del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas", la autora fue García Pereyra Zoila; el objetivo fue identificar los conocimientos y prácticas que tienen los pacientes traqueostomizados sobre su autocuidado. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal, la muestra estuvo representada por un total de 16 pacientes. La técnica de recolección de datos fue la entrevista y el instrumento un cuestionario. Las conclusiones entre otras fueron:

"El 63 % de los pacientes tienen un conocimiento medio y bajo sobre su autocuidado y el 69% presenta una práctica inadecuada sobre su autocuidado." (12)

Sheyla, Villamar Arce; en el 2005, en Lima- Perú realizó un estudio titulado "Relación entre conocimientos y prácticas de medidas preventivas de recaídas en adolescentes con tuberculosis pulmonar en centros de salud de Lima", cuyo objetivo fue determinar la relación entre conocimientos y prácticas de las medidas preventivas de recaídas en adolescentes con tuberculosis pulmonar. El estudio fue de tipo cuantitativo, diseño descriptivo correlacional de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 61 pacientes adolescentes con tuberculosis pulmonar, la técnica fue la entrevista y el instrumento un cuestionario. Algunas de las conclusiones fueron:

"Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y el tipo de prácticas de medidas preventivas de recaídas en adolescentes con tuberculosis pulmonar, lo que permite decir que a menor nivel de conocimientos las prácticas que realiza son inadecuadas".

"El nivel de conocimientos acerca de las medidas preventivas de recaídas es bajo considerando que el 98 % de ellos no conocen la importancia del cumplimiento del tratamiento, el cuidado personal, el cuidado del medio ambiente y el no consumo de sustancias psicoactivas; el tipo de prácticas de medidas preventivas de recaídas en los adolescentes con tuberculosis pulmonar es inadecuado

considerando que el 56 % no cumple con las medidas preventivas por lo cual tienen una alto riesgo de sufrir recaídas de la enfermedad incrementando la probabilidad de mortalidad a este grupo etáreo" (13)

Antecedentes Internacionales

A continuación se presenta los antecedentes internacionales sobre investigaciones relacionadas al presente estudio. Algunas de estas investigaciones fueron:

Henriques, Milena Caroline Leite y colaboradores el 2010 en Rio de Janeiro-Brasil realizaron un estudio sobre "Autocuidado: la práctica de mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia"; el objetivo planteado fue conocer y evaluar la adhesión a las prácticas de autocuidado de las mujeres con diagnóstico de neoplasia de mama sometidas a la quimioterapia. El estudio fue de nivel descriptivo de tipo cuantitativo de corte transversal y exploratorio. La muestra fue constituida por 40 mujeres registradas en la clínica pública de oncología de Aracaju-Sergipe, Brasil, la técnica utilizada fue la entrevista y el instrumento un cuestionario. Las conclusiones entre otras fueron:

"La muestra de entrevistadas están de acuerdo con las acciones de autocuidado durante el tratamiento, señalando la importancia de la consulta de enfermería en la supervisión de pacientes que reciben tratamiento quimioterápico". (14)

En el 2008, en Toluca - México; María Dolores Martínez Garduño, Teresita de Jesús Escobar Chávez y Catalina Soriano Reyes, realizaron un estudio sobre "Autocuidado de mujeres en etapa de menopausia", el objetivo del estudio fue identificar prácticas de autocuidado en la menopausia en mujeres

de la Ciudad de Toluca, México. Fue una investigación cuantitativa, de nivel descriptivo exploratorio y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 354 mujeres, la cual fue determinada de forma probabilística aleatoria, la técnica de recolección de datos fue la entrevista y el instrumento un cuestionario. Algunas de las conclusiones entre otras fueron:

"Existe déficit de autocuidado; infiriendo tres aspectos principales para este hecho. En primer término se observa la escasa información con que cuentan estas mujeres acerca de la menopausia, reto que debe enfrentar enfermería pensando y actuando con este grupo de mujeres que transitan por una etapa a la que no se le ha dado la importancia debida, por lo que recomienda que la enfermera debe participar de manera más comprometida en las políticas nacionales promoviendo la prevención trabajando de coordinada con el equipo de salud para mejorar la calidad de vida de las mujeres en etapa de menopausia"

"En este estudio se observó poca asistencia a los servicios de salud para su manejo terapéutico (95%); no realizan ejercicios (70%), malos hábitos de alimentación traducida en obesidad (30%) y sobrepeso (65%). (15)

El estudio titulado "Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá – Colombia", fue realizado por Rivera Álvarez Luz, en el 2006; tenía como objetivo el describir la capacidad que tiene la persona hospitalizada con diagnóstico de hipertensión arterial para realizar actividades de cuidado hacia sí mismo. El estudio fue de nivel descriptivo, tipo cuantitativo de corte

transversal. La muestra estuvo conformada por 90 personas hospitalizadas con diagnóstico de hipertensión arterial, la técnica de recolección de datos fue la entrevista y el instrumento utilizado fue la apreciación de la capacidad de agencia de autocuidado (ASA) de Evers e Isemberg. Las conclusiones entre otras fueron:

"El cuidado de personas hipertensas es un reto para el personal de salud y la comunidad; los cuidados de enfermería deben estar enfocados a ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta".(16)

Los estudios mencionados anteriormente permitieron a la investigadora direccionar la metodología del estudio de investigación así como orientar en la elaboración del instrumento, lo cual permitirá contribuir en reforzar las estrategias orientadas a mejorar la adopción de prácticas saludables en el paciente con tuberculosis y con ello disminuir las complicaciones de la enfermedad.

F. 2 BASE TEÓRICA

A continuación se presenta la base teórica que permitirá dar sustento a la investigación.

A. ASPECTOS TEÓRICOS DE LA TUBERCULOSIS

La primera vez que un bacilo de Koch llega a un pulmón libre de infección tuberculosa es arrastrado por la corriente aérea hasta las partes más periféricas del parénquima pulmonar, alcanzando generalmente las regiones

subpleurales. La primera infección se produce en cualquier segmento, al azar, afectando con mayor frecuencia los tercios medios de los pulmones.

La transmisión se produce cuando una persona inhala uno o más bacilos contenidos en el núcleo de una gotita de Pflugger que es el material infectante que un paciente con tuberculosis bacilífero nebuliza a su alrededor al toser, hablar, reír, gritar, cantar o estornudar, aunque cualquier aceleración del flujo aéreo proveniente de los pulmones puede nebulizar partículas finas, llegando a generar aerosoles potencialmente infectantes a través de la tos.

El bacilo de Mycobacterium Tuberculosis es un bacilo aerobio estricto y parásito intracelular, que se ha adaptado al organismo humano de tal manera que el hombre infectado o enfermo, constituye prácticamente su único reservorio por lo cual su transmisión generalmente es directa de persona a persona, no tiene toxinas conocidas, así es que puede persistir en bacteriostasis por largos periodos en el interior de las células, es aerobio lo que determina que tenga una capacidad de metabolización y de crecimiento muy diferente según la cantidad parcial de oxígeno del órgano o lesión que anida de multiplicación lenta, factor que condiciona su tendencia a la cronicidad, tiene una virulencia variable lo que podría explicar algunas de sus características epidemiológicas, asimismo tiene numerosos antígenos que son capaces de despertar una gran variedad de respuestas inmunológicas en el huésped. (17)

A.1. SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN EL PERÚ

La tuberculosis se presenta en todo el mundo. La OMS menciona que la Tuberculosis es la segunda causa mundial de mortalidad, después del sida, causada por un agente infeccioso; 8,8 millones de personas enfermaron de tuberculosis el 2010; y 1,4 millones murieron por esta causa. Más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos,

y esta enfermedad es una de las tres causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años, que representa a la población económicamente activa. Se calcula que una tercera parte de la población mundial tiene tuberculosis latente; es decir, están infectadas por el bacilo pero aún no han enfermado ni pueden transmitir la infección.

Las personas infectadas con el bacilo tuberculoso tienen un riesgo de un 10% a lo largo de la vida de enfermar de tuberculosis; sin embargo, este riesgo es mucho mayor para las personas cuyo sistema inmunitario está dañado, como ocurre en casos de infección por el VIH, desnutrición o diabetes.

La situación actual de la tuberculosis en el Perú presenta una tendencia decreciente, sin embargo es la principal enfermedad social totalmente curable que afecta a la población económicamente activa, pero es importante resaltar que los adolescentes y adultos mayores constituyen alrededor de la tercera parte del total de casos. Otro aspecto importante a mencionar es el hecho que existe un predominio de la enfermedad en los hombres, aunque las mujeres no dejan de ser un grupo importante.

En el Perú en el año 2010 se diagnosticaron 32,477 casos de Tuberculosis (Tuberculosis en todas sus formas), de los cuales 28,297 fueron casos nuevos, correspondiendo de ellos 17,264 a casos de Tuberculosis Pulmonar con Baciloscopia positiva, cifras que traducidas en término de tasas (por 100,000 hab.) correspondieron respectivamente a Morbilidad Total (110.2), Incidencia Total (96.1) e Incidencia Tuberculosis Pulmonar Bk (+) 58.6. La tendencia de las Tasas mencionadas desde el año 1994 al 2010 describe una tendencia al descenso.

La Tuberculosis Multidrogorresistente (TB-MDR), demostrada por Prueba de Sensibilidad en el periodo 1997 al 2010 correspondieron a: 44 y 1094 casos respectivamente, observándose que desde el año 1997 al 2005 hubo

un incremento sostenido para luego mostrar una tendencia de meseta y en el 2010 un inicio de descenso, es importante considerar que en el mismo periodo de tiempo las pruebas de sensibilidad, examen de laboratorio indispensable para el diagnóstico de TB-MDR, ha presentado una tendencia permanente al incremento, siendo más notorio en el periodo 2009 – 2010. Referente a la tuberculosis extremadamente resistente (TB-XDR), demostrados por prueba de sensibilidad de 1era y 2da línea, en el periodo 1999 al 2010 se tienen 315 casos acumulados, estimándose un incremento de casos TB-XDR al año 2011, también para el diagnóstico de la TB-XDR es indispensable disponer de resultados de Pruebas de Sensibilidad de primera y segunda línea. Se observa que desde el año 2005 al 2010 un incremento permanente de las Pruebas de Sensibilidad de 2da línea al registrar 1356 pruebas de sensibilidad en el año 2005 y 5687 en el año 2010. (18)

A.2. PATOGENÍA DE LA TUBERCULOSIS

El primer contacto con el bacilo de Koch es el hecho más importante en la historia natural de la tuberculosis en un individuo. Se cree que en algunos casos el germen sería destruido por las defensas naturales innatas que todos poseemos, las que no le darían muchas oportunidades de multiplicarse, de este modo no todas las personas que reciben la visita del bacilo contraerían la infección.

Una vez producida la primera infección, en la gran mayoría de los casos el bacilo queda encapsulado en pequeños focos quiescentes, que no progresan ni determinan enfermedad; solo sabemos que el sujeto ha sido infectado es decir tiene bacilos tuberculosos vivos, en estado latente, porque reacciona a la tuberculina; el paso de la infección a enfermedad estaría asociado a diversas condiciones como la virulencia de los bacilos, cantidad de bacilos, condiciones

del huésped como son edad y sexo, factores genéticos, desnutrición protéica, alcoholismo, infecciones virales (SIDA), tratamientos inmunosupresores, y en asociación con otras enfermedades. Es necesario tener en cuenta los principales factores ambientales que favorecen la transmisión de la infección tuberculosa.

- Contacto prolongado con un enfermo bacilífero, especialmente en espacios cerrados.
- Ventilación inadecuada, con insuficiente dilución o renovación del aire infectado (especialmente tener cuidado en las nebulizaciones para inducir la expectoración).

A.3. SIGNOS Y SÍNTOMAS

La edad de presentación depende de la situación epidemiológica en países con alta prevalencia (edad media inferior a 30 años), mientras que en los de baja prevalencia afecta a personas mayores. El sexo masculino es predominante. La TBC se asocia con enfermedades o trastornos graves siendo la más frecuente las siguientes: la infección por VIH, el alcoholismo, drogadicción, diabetes, insuficiencia renal, neoplasias, malnutrición y tratamientos inmunosupresores. Las formas más frecuentes de tuberculosis pulmonar suele combinar una serie de manifestaciones sistémicas y respiratorias. Los síntomas generales o sistémicos son primeros en aparecer, en el paciente se observa astenia, decaimiento, fatigabilidad, pérdida del apetito, sensación febril, traspiraciones y malestar general, el paciente con tuberculosis despierta descansado, pero va perdiendo su energía a lo largo del día hasta el extremo de necesitar ayuda para terminar sus labores habituales, pronto se agregaran síntomas más significativos como: fiebre, sudoraciones nocturnas, pérdida progresiva de peso, irritabilidad, dificultad de concentrarse en el trabajo habitual, trastornos nerviosos, dispepsia y otras molestias digestivas.

Los síntomas respiratorios son más importantes y orientadores. Al principio la tos, es seco e irritativo, pronto productora de expectoración mucosa o mucopurulenta. La expectoración puede estar manchada con sangre o el enfermo puede presentar verdaderas hemoptisis de sangre líquida, roja, espumosa lo cual evidencia un signo importante de tuberculosis pulmonar que aparece a medida que la enfermedad progresa, la disnea aparece en fases avanzadas de la enfermedad o cuando existe derrame pleural o pericárdico; clásicamente se describen dos formas de tuberculosis pulmonar, la primaria y la pos primaria del adulto. (19)

La tuberculosis pulmonar primaria es la que ocurre como resultado de una infección reciente, en individuos que nunca han estado expuestos a la TBC.

En la mayoría de los casos la primoinfección pasa desapercibida y solo es detectada por la positividad de la tuberculina, en ocasiones puede aparecer un eritema nudoso. En la mayoría de pacientes se presenta manifestaciones clínico-radiológicas.

Las anomalías radiológicas más frecuentes son:

- 1.- Infiltrado parenquimatoso en campos medios e inferiores, con frecuencia asociada a adenopatías hiliares homolaterales.
- 2.- Patrón miliar, que corresponde a la forma más grave y que es la expresión de la diseminación hematógena que ocurre durante la primoinfección; es más frecuente en niños pequeños o en pacientes inmunodeprimidos, siendo un antecedente el contacto con un paciente con tuberculosis.

La tuberculosis pulmonar post-primaria afecta principalmente a adultos y se debe a la reactivación endógena de la infección tuberculosa latente adquirida

años antes. La forma radiológica más frecuente es la presencia de un infiltrado a menudo cavitado unilateral o bilateral, la cavitación es el signos más evocador de la TBC, y si la TBC progresa su posterior vaciamiento a través de los bronquios ocasiona diseminación broncógena que se manifiesta como bronconeumonía. La erosión de un vaso sanguíneo o linfático puede dar lugar a la diseminación del microorganismo y por lo tanto, a un patrón miliar. En la TBC pulmonar cavitada la bacteriología del esputo o del broncoaspirado es casi siempre positiva, Es por lo tanto la forma más contagiosa de la TBC. (20)

A.4. DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO DE CASOS DE TBC

La detección de casos es la actividad orientada a identificar precozmente a las personas con tuberculosis. Se realizará permanentemente a través de la identificación y examen inmediato de los sintomáticos respiratorios, que se detectan durante la atención de salud en cualquier área/servicio del establecimiento. Algunos términos utilizados en este proceso son:

Sintomático Respiratorio (S.R.): Es toda persona que presenta tos con expectoración por más de 15 días.

Sintomático Respiratorio Identificado (S.R.I): Es el S.R detectado e inscrito en el Libro de registro de Sintomáticos Respiratorios.

Sintomático Respiratorio Examinado (S.R.Ex.): Es el SRI al que se le realiza uno o más baciloscopías de esputo.

Para el diagnóstico de casos de la Tuberculosis se hace uso de la bacteriología (baciloscopías y cultivo) por su alta especificidad, sensibilidad y valor predictivo.

En aquellas situaciones donde los estudios bacteriológicos no sean concluyentes, es necesario realizar el seguimiento diagnóstico de acuerdo a la organización y complejidad de la red de servicios de salud, utilizando otros criterios tales como: clínico, epidemiológico, diagnóstico por imágenes, inmunológico y anátomo-patológico.

Las Definiciones utilizadas en el diagnóstico de casos son:

Caso de Tuberculosis

Es toda persona a la que se diagnostica tuberculosis, con o sin confirmación bacteriológica y a quien se decide administrar un tratamiento antituberculoso.

Tuberculosis Pulmonar Frotís Positivo (TBP- FP)

Es la persona con TB Pulmonar, que tiene confirmación a través de baciloscopías (baciloscopías positivas).

Desde el punto de vista epidemiológico, adquieren especial prioridad los enfermos con TB pulmonar frotís positivo por constituir la principal fuente de transmisión en la comunidad.

Caso de Tuberculosis Pulmonar Cultivo Positivo (TBP- CP)

Es la persona con TB Pulmonar, en la que luego del seguimiento diagnóstico tiene baciloscopías negativas pero se ha demostrado la presencia de *Mycobacterium Tuberculosis* en el cultivo.

Caso de Tuberculosis Pulmonar BK (-) y Cultivo (-)

Es la persona con TB Pulmonar, en la que luego del seguimiento diagnóstico los resultados bacteriológicos son negativos (baciloscopías y cultivo). También se considera a aquella persona con radiografía anormal, que no es sintomático respiratorio, en la que se obtiene la muestra por nebulización, aspirado transtraqueal, lavado de bronquio alveolar, etc., a quien se realizó exámenes bacteriológicos (baciloscopías y cultivo), cuyos resultados son negativos.

Caso de Tuberculosis Pulmonar sin Baciloscopía

Es el menor de 14 años 11 meses, 29 días, a quién se le diagnostica TB pulmonar por criterio clínico, radiológico, inmunológico, porque no se ha logrado realizar el examen bacteriológico, ya que el niño difícilmente logra expectorar. (21)

A.5. TRATAMIENTO

El tratamiento se basa en diversos regímenes de terapia combinada (varios medicamentos) de corta duración formulados en los decenios de 1970 y 1980, y que han ido mejorando en el transcurso de los años, teniendo en cuenta tres propiedades fundamentales de los medicamentos antituberculosis: capacidad bactericida, capacidad esterilizante y capacidad de prevenir la resistencia. La Isoniazida y la Rifampicina son consideradas como el Núcleo Básico del tratamiento antituberculoso a la que se agregó posteriormente la Pirazinamida; todas ellas pueden eliminar el bacilo de la TB (*Mycobacterium tuberculosis*) en cualquier localización, a nivel intracelular y extracelular.

En todas las personas con tuberculosis es obligatorio observar la toma de medicamentos, con la finalidad de asegurar la posibilidad de curación y menos riesgo de resistencia y fracaso al tratamiento.

En investigaciones médicas de años anteriores se demostraron que cuando se brinda tratamiento autoadministrado (no observado por el personal de salud) las personas con tuberculosis no cumplen estrictamente la toma de todos los medicamentos y por tanto se incrementa el riesgo de fracaso y muerte, con transmisión de TB resistente.

El tratamiento farmacológico considera dos fases:

- PRIMERA FASE de inducción o bactericida: La administración es diaria, sirve para reducir rápidamente la población bacilar de crecimiento y multiplicación rápida y para prevenir la resistencia y con ello el fracaso del tratamiento.
- SEGUNDA FASE de mantenimiento o esterilizante: La administración es intermitente. Incluye menor número de medicamentos, suficientes para conseguir la eliminación de los bacilos persistentes y evitar así la resistencia a los medicamentos.

A.6. COMPLICACIONES DE LA TUBERCULOSIS

Resistencia a múltiples medicamentos

La enfermera vigila muy de cerca los signos vitales y los picos febriles o cambios en el estado clínico. La enfermera informa al individuo del riesgo de resistencia al tratamiento si no se cumple con este en forma estricta y continua.

Diseminación de la infección tuberculosa

La diseminación de la infección tuberculosa a partes del cuerpo fuera del pulmón se conoce como tuberculosis miliar, que resulta de la invasión del torrente sanguíneo por bacilos de la tuberculosis (tubérculo de Ghon). Los microorganismos emigran desde focos hacia el torrente sanguíneo, recorren todo el cuerpo y se propagan en todos los tejidos, provocando el desarrollo de tubérculos miliares minúsculos en pulmones, bazo, hígado, riñones, meninges y otros órganos.

Efectos secundarios del régimen medicamentoso

Con frecuencia los efectos secundarios de los medicamentos son la causa por el cual el paciente abandona el tratamiento. La enfermera vigila los efectos colaterales de los medicamentos contra la tuberculosis, como hepatitis, cambios neurológicos, sordera, neuritis, e irritación de la piel, para orientar al paciente sobre estas reacciones adversas y las medidas a seguir según la evaluación médica, con el objetivo de que el paciente culmine satisfactoriamente su tratamiento. (22)

B.- AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS

Para el profesional de la salud, el autocuidado es un reto, pues está llamado a promoverlo. El fomento del autocuidado requiere un enfoque humanista, por lo tanto, es necesario partir del concepto de persona como ser integral, y del concepto de salud como "el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás; de la capacidad de tomar decisiones y

controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

Colliere define el autocuidado como el acto de mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables que crean hábitos de vida propios de cada grupo o persona, cuidar es un acto individual que cada persona se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, también es un acto de reciprocidad que tiende a brindarse a cualquier persona que temporal o definitivamente no está en capacidad de asumir sus necesidades vitales y requiere de ayuda. (23)

Coppard ⁽²⁴⁾, plantea que el autocuidado comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para prevenir y tratar su enfermedad, todas las actividades individuales dirigidas a mantener y mejorar la salud, y las decisiones de utilizar tanto los sistemas de apoyo formales de salud como los informales en tal sentido, los integrantes del equipo de salud, en razón de su preparación y responsabilidad profesional, están llamados a convertirse en agentes facilitadores de ese proceso.

Existen muchas teorías que explican el autocuidado, dentro de las principales y de vital importancia para el desarrollo del presente estudio ha sido la Teoría de Dorotea Orem, la cual permite un abordaje integral, del individuo en función de los cuidados básicos como centro de ayuda a mejorar su calidad de vida.

B.1.TEORÍA DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

Para Orem la enfermería orienta sus acciones directamente al autocuidado expresando que "el autocuidado es indispensable porque cuando se ausenta el autocuidado la enfermedad y la muerte se puede producir" (25); el autocuidado entonces es un acto propio del individuo que sigue un patrón, una

secuencia y cuando se lleva a cabo eficazmente, contribuye en forma específica a la integridad estructural, al funcionamiento y al desarrollo del ser humano.

El concepto de autocuidado se explica, como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "como un conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores (internos o externos) que puedan comprometer su vida y su desarrollo posterior, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma". (26)

Según Orem, el autocuidado no es innato, se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y dependen de las costumbres, creencias y prácticas habituales del grupo social al cual el individuo pertenece. por lo tanto requiere que se enseñen; esta actividad de enseñanza constituye una responsabilidad de todo profesional de la salud, uno de ellos el enfermero, donde la educación juega un papel importante, en la medida que permite a las personas hacer frente a los problemas de salud.

El autocuidado es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos con quienes interactúa; resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, en cada experiencia como cuidador de sí mismo y de quienes hacen parte de su entorno. Debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el autocuidado se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad. Estos conceptos fueron propuestos en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Ottawa en 1986. (27)

Considerando que Orem define al ser humano como un todo desde una visión holística en el que cada persona es una combinación única de factores físicos, cognitivos, emocionales y espirituales, en interrelación estrecha con su

entorno cambiante y concede mucha importancia a la adaptación de este ser humano al mundo en el que vive; de ahí que existen varios tipos de autocuidado.

TIPOS DE AUTOCUIDADO

Son considerados en la teoría de Dorothea Orem como los requisitos de autocuidado:

Autocuidado Universal: Llamado también necesidades de base, son comunes a todos los seres humanos durante todos los estadíos de la vida, dan como resultado la conservación y promoción de la salud y la prevención de enfermedades específicas, son conocidos como demandas de autocuidado para la prevención primaria, que comprenden: aporte suficiente de aire, agua y alimento. Suministro de cuidados asociados con los procesos de eliminación, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso, entre la soledad y la interacción social, evitar riesgos para la vida, funcionamiento y bienestar, promover el funcionamiento y desarrollo de los seres humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con las potencialidades, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.

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

Autocuidado en relación a la desviación de la salud: Cuando una persona a causa de su enfermedad o accidente se vuelve dependiente y pasa a la situación de receptor de cuidados, los cuales tienen como objetivos prevenir

complicaciones y evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad denominándoles demanda de autocuidado para la prevención secundaria. Así tenemos los Sistemas de Cuidados de Enfermería; en el cual las enfermeras pueden atender a los individuos identificando tres tipos de sistemas:

- * Sistema de compensación total, el paciente no tiene papel activo en los autocuidados (paciente grave o en estado de coma). El profesional de enfermería lleva a cabo el cuidado terapéutico del paciente. "Hacer por el otro"
- * Sistema de compensación parcial, el paciente participa en los cuidados de higiene, el personal de enfermería ejecuta algunas medidas de autocuidado para el paciente, compensa las limitaciones para su autocuidado. "Hacer con el otro"
- * Sistema de Apoyo Educativo, el paciente es capaz de llevar a cabo o aprender algunas medidas de autocuidado terapéutico pero que puede ser ayudado o prestado por otra persona (familiar, apoyo, guía, enseñanza). "Dejar hacer al otro"

Las acciones que se realizan dirigidas a cuidarse son aprendidas, y en este aprendizaje influyen múltiples factores (creencias, hábitos, nivel de conocimientos, grupo social, etc.) que determinan tanto el tipo como la cantidad de autocuidados que cada uno se aplica así mismo. La educación a pacientes no es simplemente la repetición de información o la entrega de material impreso; se trata de un procedimiento que requiere por parte del profesional de salud el dominio de habilidades para obtener información de la persona, especificar el tipo de instrucción, seleccionar la metodología pertinente, evaluar el logro de las metas, y seguir la evolución de su conducta; es un proceso realizado con la persona, y para ella, con el propósito de ayudarla a aumentar su habilidad en la toma de decisiones sobre su cuidado,

manejar apropiadamente la enfermedad y mejorar su comportamiento en relación con la salud.

La educación que brinda la enfermera consiste en ayudar a las personas, en forma individual o colectiva, a tomar decisiones informadas sobre aspectos que afectan su salud y la de otros. En ese sentido, el proceso educativo se convierte en el elemento básico e indispensable para el desarrollo de las potencialidades de las personas en términos de salud. Cualquiera que sea el modelo que seleccionen los miembros del equipo de salud para cumplir con su tarea, es preciso que consideren en primer término los aspectos relacionados con el sistema de valores, la cultura y la motivación que tengan los individuos respecto de la salud.

Para que el aprendizaje se asimile hay que integrar las acciones de autocuidado entre las actividades cotidianas, y de esta forma el autocuidado pasa a formar parte del estilo de vida personal, convirtiéndose en una acción automática que contribuye a elevar el auto-concepto y la estima personal.

El profesional de la salud busca estimular el cambio en las personas, de una actitud pasiva frente al cuidado de su salud a una más activa, lo cual implica que las personas tomen la iniciativa y actúen en busca del bienestar deseado; además se pretende lograr cambios de hábitos, costumbre y actitudes frente al cuidado de la propia vida; para que esto se dé, se requiere internalizar la importancia de la responsabilidad y el compromiso que se tiene consigo mismo.

La importancia del autocuidado en la promoción de la vida y el bienestar implica cuidarse, cuidar y ser cuidado que son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y de la sociedad. Las disciplinas que han estudiado e investigado sobre el autocuidado están de acuerdo en que

este depende de la situación y cultura de quienes la practican y está altamente influida por el nivel de conocimientos que la persona posee. (28)

Son herramientas para el fomento del autocuidado; la educación, la información y la comunicación social que propician el incremento de conocimientos acerca del fomento de la salud, a través de la educación participativa y la información (publicidad, campañas, etc.) se proporcionan elementos de tipo cognoscitivo, afectivo y psicomotor para que, tanto las personas como los colectivos puedan optar por el empleo de prácticas para cuidarse. Para lograrlo se recurre a las teorías sobre la conducta, en las cuales se plantea que las personas aprendan comportamientos de diversas formas. Entre estas teorías por su utilidad en la educación se resalta dos en particular. (29)

-Aprendizaje por modelaje (ejemplo a seguir): En este aprendizaje se expone como la persona (o el grupo) aprende de otra persona que le es significativo por ejemplo un superior jerárquico o el profesional de la salud, que representan un modelo a seguir.

-Aprendizaje entre pares (aprendizaje entre iguales): Plantea que las personas o grupos aprenden de las experiencias de otras personas en relativa igualdad de condiciones entre las mismas, acerca de prácticas de riesgo o prácticas protectoras, según sea el caso. Esta teoría se aplica para el autocuidado, al propiciar encuentro entre personas que están viviendo circunstancias similares y han podido manejarlas de manera efectiva.

El fin último de las prácticas de autocuidado en salud es promover, mantener, prevenir y curar, en busca de vivir más pero con calidad de vida; considerada ésta como la situación de vida que depende de las posibilidades que tenga la persona, la familia y la comunidad para satisfacer de manera adecuada las necesidades básicas culturalmente definidas, indispensables para el desarrollo del potencial humano y el ejercicio responsable de su capacidad.

Para que la recuperación sea efectiva es necesario considerar la educación al paciente el cual debe ser brindado por la enfermera con el fin de que el paciente adquiera una actitud responsable frente a la enfermedad con lo cual le permitirá realizar medidas de autocuidado adecuadas.

Estas medidas de autocuidado en el paciente con tuberculosis se relacionan con aspectos tales como:

B.2. ALIMENTACIÓN

La alimentación es el acto de consumir alimentos y ésta debe ser completa (tener todos los nutrientes), porque los nutrientes son sustancias que el organismo no sintetiza en cantidades suficientes por lo que han de ser aportados por la alimentación. La adecuada nutrición ayuda al cuerpo a combatir enfermedades y lo ayuda a sentirse mejor. Para tener una buena salud, el ser humano necesita nutrientes que le proporcionen energía (proteínas, grasas e hidratos de carbono), vitaminas, minerales y agua, en cantidad suficiente según las necesidades de la persona; debe ser equilibrada (solo lo necesario), variada y apetitosa, adecuada para cada tipo de persona, accesible, económica, ordenada (con horario y no comer a cada rato), lo que asegurará una buena salud y calidad de vida.

El estado nutricional de los pacientes con tuberculosis es importante para el tratamiento de su enfermedad, por ello que la complementación alimentaria en los pacientes con tuberculosis es considerada una actividad que acompaña al tratamiento.

La tuberculosis hace que el organismo gaste más energía diaria y si el paciente no recibe la energía necesaria perderá peso, por lo cual el organismo no responderá adecuadamente al tratamiento.

Las nutrición es alterada por varias razones pero normalmente está asociada con la fatiga y la frecuente tos, anorexia, condiciones sociales. La alteración nutricional es evidente ya que la mayoría de pacientes con esta patología tiene un peso inferior de 10 a 20 % del peso corporal ideal, además está comprobado que disminuye su apetito, tiene el sentido del gusto alterado y debilidad muscular, además es muy frecuente el vómito por reacciones adversas al tratamiento. Asimismo, en la tuberculosis hay una pérdida considerable de tejido, por ello es importante el aporte de alimentos con contenido proteico (carnes, huevo, leche). La desnutrición especialmente proteica, probablemente por su efecto depresivo sobre la inmunidad celular, es un factor de riesgo conocido, hay varios estudios que demuestran que la enfermedad es más frecuente en los individuos de peso inferior a lo normal, aunque no sean definidamente desnutridos.

Es por ello que la alimentación constituye una base importante en el tratamiento de la tuberculosis y es conveniente que la dieta diaria contenga cantidades suficientes de proteínas para que favorezca la cicatrización debiéndose consumir entre 120 a 130 g. de proteínas, de las cuales no menos de la mitad deben ser de origen animal; así como de calorías suficientes para reponer la pérdida ponderal.

La alimentación debe cubrir el consumo elevado de energía, lo fundamental es que el menú sea variado y mixto comprendiendo productos de origen animal, sales, minerales y vitaminas, asegurándose con éstas últimas una mejor utilización de las proteínas, las grasas y los hidratos de carbono.

Las frutas y las verduras aseguran no solo el suministro de una buena cantidad de vitaminas al organismo, sino también la administración de sales minerales indispensables (potasio, calcio, fósforo). Las frutas y verduras, sobre todo las de color amarillo, ayudan a obtener la mayor parte de las vitaminas y minerales que se necesita para fortalecer el sistema inmunológico. El no consumir estos alimentos por lo menos tres veces por día es probable que no se obtenga las vitaminas y minerales que el cuerpo necesita. Las verduras deben ser consumidas entre 3 a 5 porciones diarias, mínimo 3 veces a la semana; las frutas entre 3 a 4 porciones diarias; estos permitirán utilizar todos los nutrientes de la alimentación. Así, la alimentación debe ser variada y no se necesita régimen dietético especial, exceptuando los casos que presenten complicaciones de hígado o digestivas.

Se debe proveer a los pacientes los requerimientos de energía y proteína según la edad en promedio (45 Kcal y 0.75 g. proteína /kg/día para adultos), seguido de un gradual incremento de 1.5 veces la energía y 3 a 4 veces los requerimientos de proteína por semana.

El paciente con tuberculosis debe alimentarse con una dieta balanceada rica en proteínas (carne de res, pollo, pescado), y leguminosas que deben ser consumidas de 2 a 3 porciones diarias; carbohidratos que se encuentran en los tubérculos (papa, camote, yuca), arroz, cereales (trigo, quinua y kiwicha), y menestras a las que se agregará grasas no saturadas (aceite de maíz o soya), vitaminas A, B y minerales (30)

La persona con tuberculosis que recibe tratamiento de Esquema I, deberá ingerir tres comidas principales (desayuno, almuerzo y cena) más dos refrigerios. Los pacientes con tuberculosis Multidrogoresistente consumirá

alimentos sólidos, no sopas, de seis a ocho veces al día, pará cubrir sus requerimientos nutricionales.

El exceso de alimentación en los pacientes con Tuberculosis puede provocar un aumento de producción de C02, la sobrealimentación genera que la energía se almacene en forma de grasa y su conversión da como resultado mayor producción de CO2, esto a su vez aumenta el trabajo respiratorio y puede llevar a hipercapnea sobre todo en personas con reserva pulmonar limitada, es decir en los pacientes crónicos con tendencia a retener CO2; por lo que es recomendable dar una dieta baja en carbohidratos. Hay que recordar que se debe dar suplemento de vitaminas (Piridoxina), para evitar los efectos adversos en todos aquellos casos necesarios (diabetes, pacientes con TB-MDR en retratamiento, desnutridos, gestantes, alcohólicos, adultos mayores de más de 65 años). (31)

La dosis preventiva de Piridoxina es 50 mg. por día en neuropatía periférica por isoniazida. Para el tratamiento de la neuropatía la dosis de Piridoxina es 150 mg/día. En pacientes que se encuentran recibiendo cicloserina deben recibir 50 mg. de piridoxina por cada 250 mg. de cicloserina.

La dieta base es independiente para cada paciente de acuerdo a sus requerimientos nutricionales, pero se recomienda un promedio de 2700 KCAL. por día.

La cantidad de agua en la dieta influye significativamente en prolongar la salud, normalmente se aconseja el consumo de 2 litros de agua aparte de las que podamos consumir por los alimentos, con lo cual se garantiza una adecuada hidratación. (32)

B.3. DESCANSO - SUEÑO

El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin sueño y descanso la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad. La vigilia prolongada va acompañada de un trastorno progresivo de la mente y comportamiento anormal del sistema nervioso, lentitud de pensamientos, irritabilidad y psicosis. El sueño restaura tanto los niveles normales de actividad como el equilibrio entre las diferentes partes del SNC, es decir, restaura el equilibrio natural entre los centros neuronales.

El Descanso.

El descanso es un estado de actividad mental y física reducido, que hace que el sujeto se sienta fresco, rejuvenecido y preparado para continuar con las actividades cotidianas. El descanso no es simplemente inactividad, requiere tranquilidad, relajación sin estrés emocional y liberación de la ansiedad. La persona que descansa se encuentra mentalmente relajada, libre de ansiedad y físicamente calmada.

El significado y la necesidad de descanso varía según los individuos, cada persona tiene hábitos personales para descansar tales como leer, realizar ejercicios de relajación o dar un paseo. Para valorar la necesidad de descanso y evaluar cómo se satisface ésta con eficacia, la enfermera necesita conocer las condiciones que fomentan el mismo.

Narrow ⁽³³⁾ señala 6 características que la mayoría asociamos al descanso. Las personas pueden descansar cuando:

• Sienten que las cosas están bajo control.

- Se sienten aceptados.
- Sienten que entienden lo que está pasando.
- Están libres de molestias e irritaciones.
- Realizan un número satisfactorio de actividades concretas.
- Saben que recibirán ayuda cuando la necesiten.

Las situaciones que favorecen un descanso adecuado son:

- Comodidad física.
- Eliminación de preocupaciones.
- Sueño suficiente.

El sueño

Buckwork y Dishman (2002) señalan que el sueño es un estado reversible de inconsciencia caracterizado por una escasa movilidad y una reducción de las respuestas a estímulos externos. Es el estado de suspensión de las actividades mentales conscientes, la voluntad y la vida de relación que se produce normalmente de forma periódica y que permite el reposo de los músculos voluntarios y, en parte del sistema nervioso.

Según Morris explica las funciones del sueño distingue dos, la primera hace referencia que el dormir es una función adaptable y una función protectora; ya la segunda se orienta hacia una función reparadora o restauradora del sueño" (34), ya que el sueño es importante para que el ser humano realice de manera optima sus actividades cotidianas pues con el sueño se consigue que el organismo recupere el desgaste producido por la actividad diaria.

De acuerdo con Maslow, el sueño es una necesidad básica del ser humano; es un proceso universal común a todas las personas. Históricamente se consideró que era un estado de inconsciencia, más recientemente se ha considerado que es un estado de conciencia en el cual la percepción y reacción del individuo al entorno está disminuido. Lo que parece que está claro es que el sueño se caracteriza por una actividad física mínima, unos niveles variables de conciencia, cambios en los procesos fisiológicos del organismo y disminución de la respuesta a los estímulos externos.

Las horas de sueño promedio que requiere un individuo varían según la edad, la complexión física y el nivel de actividad diaria para restaurar su desgaste físico y mental. En personas de 16 a 65 años se considera que necesitan un promedio de 6 a 8 horas de sueño.

Los pacientes con tuberculosis pueden tener problemas para conciliar el sueño debido a los signos y síntomas de su enfermedad como: dolor, tos persistente y temperaturas elevadas acompañadas de sudoración nocturna, lo cual impide la satisfacción de la necesidad de sueño del paciente con esta enfermedad.

Según la norma legal de la nación el descanso médico es un derecho de la persona con alguna enfermedad; y según la Norma Técnica de Prevención y Control de la Tuberculosis, se recomienda un reposo físico de por lo menos dos meses durante la primera fase del tratamiento, en el cual el paciente recibe mayor cantidad de fármacos y aun persisten bacilos positivos que son capaces de contagiar a otra persona. Asimismo, durante este periodo se recomienda rehabilitación respiratoria en el curso del tratamiento en aquellos pacientes con lesión pulmonar importante. (35)

B.4. MEDIDAS HIGIÉNICAS

Para que la recuperación sea efectiva es necesario considerar la educación en salud que debe estar basado en el entendimiento exacto de las prácticas adecuadas de autocuidado en el hogar.

Cualquiera es susceptible de contraer la tuberculosis si inspira los bacilos que exhalan un enfermo o portador al hablar, estornudar, toser, expectorar; estas bacterias pueden permanecer suspendidas en el aire durante horas incluso años.

Algunas medidas importantes son:

- Lavarse las manos con agua y jabón antes y después de consumir alimentos.
- El paciente debe poseer un cuarto privado, dormir solo.
- Utilizar papel higiénico cuando tose, cubrirse la nariz y la boca con pañuelos desechables al toser, estornudar, reír.
- Colocar los pañuelos desechables utilizados en una bolsa de papel y quemarlos, posteriormente lavarse las manos.
- Limpiar el polvo de los muebles con trapo húmedo y trapear el piso con desinfectante o simplemente agua.
- Ventilar el cuarto donde duerme el enfermo; abrir las ventanas para que ingrese los rayos solares que emiten radiaciones ultravioleta, lo cual destruye al mycobacterium tuberculosis.

B.5. HÁBITOS NOCIVOS

Llamamos hábitos nocivos a aquellos que provocan un daño constante a corto o largo plazo al paciente y en situaciones de riesgo de contraer una enfermedad grave. Los hábitos tóxicos son los producidos por el consumo de una sustancia nociva que provocan un incremento de morbilidad y de mortalidad evitable y con gran repercusión social y económica. Entre tales hábitos se encuentran los relacionados con el consumo de todo tipo de drogas, siendo el tabaco y el alcohol, sustancias que por su gran extensión en la sociedad, los que más preocupan a las autoridades sanitarias.

Consumo de tabaco

Según el informe anual de la OMS de 1999 se ha demostrado que el fumar causa el 12% de todas las muertes por tuberculosis en China, los fumadores de más de 20 cigarrillos al día tienen el doble de tasa de mortalidad que los tuberculosos que no fuman y esto se podría explicar porque el daño pulmonar que produce el tabaco ofrecería una mayor predisposición para la infección tuberculosa.

Consumo de Alcohol

Los clínicos señalan con frecuencia una asociación entre el consumo de alcohol y la incidencia de la tuberculosis, debido a los mecanismos inmunitarios que son afectados por el alcohol entre los que se encuentran también aquellos que son esenciales para aumentar el riesgo de Tuberculosis. El paciente con tuberculosis durante todo el tratamiento no deberá de consumir alcohol, porque podría provocarle un daño hepático. El alcohol por su

capacidad de inducción enzimática, puede hacer descender los niveles plasmáticos de Rifampicina e Isoniazida que son considerados el núcleo básico del tratamiento antituberculoso. (36)

Drogadicción

El consumo de drogas es un fenómeno de naturaleza compleja de múltiples causas y que impacta de diversa manera a la población peruana, atentando contra la salud pública, el desarrollo social y familiar de las personas. El consumo de drogas en el Perú, evidencia una presencia importante en los grupos de adolescentes y jóvenes. Los diferentes estudios realizados a nivel nacional, han demostrado que el consumo de drogas legales como el alcohol y los cigarrillos reporta el más alto índice de uso en la población, a diferencia del caso de las drogas ilegales como la marihuana, cocaína e inhalantes que reportan un menor índice de consumo (37)

Según Pedro Lorenzo Fernández los pacientes que consumen drogas y están infectados por Micobacterium Tuberculosis constituyen un grupo en el que puede ser difícil erradicar la tuberculosis sino se garantiza la continuidad del tratamiento. (38)

Reichman y colaboradores postularon un riesgo de enfermedad tuberculosa consecutiva a una infección más elevada en drogadictos por vía endovenosa, en comparación con los no drogadictos, debido a la inmunodepresión secundaria que genera la cocaína y/o crack⁽³⁹⁾

B.6. CONTROL Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

El tratamiento farmacológico constituye la base para la curación de la tuberculosis, el tratamiento acortado ha demostrado ser la intervención

sanitaria más eficaz en el control de la tuberculosis, teniendo en consideración los siguientes fundamentos básicos:

- Tratamientos con asociación de medicamentos (terapia combinada) de alta eficacia que prevenga la selección de bacilos resistentes, evitando así los fracasos de tratamiento.
- Tiempo suficiente de tratamiento, con un número de tomas que asegure el mínimo porcentaje de recaídas.
- Reacciones adversas mínimas
- Administración de medicamentos en boca directamente observado por el personal de salud durante la ingesta del medicamento.

En todas las personas con tuberculosis es obligatorio observar la toma de medicamentos, con la finalidad de asegurar la curación y menos riesgo de resistencia y fracaso al tratamiento. En investigaciones médicas de años anteriores demostraron que cuando se brinda tratamiento autoadministrado (no observado por el personal de salud) las personas con tuberculosis no cumplen estrictamente la toma de todos los medicamentos y por tanto se incrementa el riesgo de fracaso y muerte, con transmisión de TB resistente.

El paciente debe tomar los medicamentos antituberculosos de acuerdo con la prescripción, los medicamentos deben tomarse siempre en combinaciones de dos o tres, y de manera ininterrumpida.

El paciente con tuberculosis deberá acudir al centro de salud, de forma diaria, excepto los días feriados y domingos. Los medicamentos de primera línea deberán administrarse en una sola toma, excepto las drogas de segunda línea que pueden ser fraccionadas, el tratamiento será supervisado por el personal de enfermería para garantizar el cumplimiento del tratamiento. El

enfermo en tratamiento al tomar sus medicinas en forma regular, dejará de contagiar y podrá convivir con la familia.

La eficacia terapéutica se establece mediante el control mensual de muestra de esputo, hasta que se hacen negativas para lo cual es necesario instruir a los pacientes para obtener una buena muestra para evitar secreciones nasofaríngeas o saliva; la expectoración se recoge en un frasco limpio y seco en donde se coloca la fecha y nombre del paciente y la eficacia del estudio bacteriológico depende de una buena muestra.

El control de peso se realiza mensualmente en el paciente con tuberculosis pues la alimentación y el tratamiento farmacológico constituyen la base para la curación de la enfermedad por ello es necesario asegurar una nutrición adecuada para aprovechar al máximo los beneficios del tratamiento con la finalidad de lograr un incremento de peso. (40)

Durante el tratamiento, el paciente tendrá que acudir como mínimo a tres consultas médicas. Las consultas son gratuitas, de cumplimiento obligatorio y deberán ser realizadas por el médico tratante; la primera consulta, se realiza al inicio del tratamiento; el segundo control se realiza al cambio de fase, la tercera consulta se da durante el alta en el cual se verifica el cumplimiento del tratamiento completo y el resultado de BK directo y/o cultivo para determinar la condición de egreso de la persona con tuberculosis.

La eficacia terapéutica depende en gran medida de la voluntad y la capacidad del paciente para tomar los medicamentos de una forma regular, según lo prescrito. La toma esporádica de la medicación se asocia con fracaso terapéutico y desarrollo de cepas de Micobacteryum Tuberculosis resistentes a los fármacos, por lo tanto esto exige que el personal de enfermería tenga un

alto nivel de información sobre la enfermedad, tratamiento, y seguimiento a través de la educación continuada para responder a las demandas de estos pacientes.

B.7. EJERCICIO Y RECREACIÓN

La recreación es la realización o práctica de actividades durante el tiempo libre. El uso del tiempo libre es usado por muchas personas en actividades como la práctica de deportes que proporcionan descanso, diversión que favorece luchar contra la fatiga y la depresión, mejorar la resistencia, aumentar el estado cardiovascular, ayudar a reducir el estrés y estimular la fortaleza muscular. También favorece que el sistema inmunológico funcione mejor, también el tiempo libre es usado en mirar la televisión que nos enseña a ser pasivos y no activos, en lugar de estimular nuestra creatividad y nuestro deseo por hacer cosas de provecho tiene un efecto contrario y nos produce un letargo intelectual, y físico en cambio el deporte nos produce lo contrario. Por ello es importante que el individuo encuentre espacios en su comunidad para la práctica de deportes que lo alejen de la drogadicción y alcoholismo. (41)

La recreación es una forma de descanso. El equilibrio humano puede conseguirse a través de una buena recreación dirigida, pues esta no solo tiende a establecer el equilibrio psicológico alterado por las tensiones del día, sino que enriquece nuestra personalidad, permite el desarrollo de la personalidad y la capacidad creadora. Representa al mismo tiempo un verdadero derecho individual y social que debe ser respetado y protegido. Una recreación bien concebida influye positivamente en el desarrollo del individuo, la comunidad, y la nación. Asimismo, la actividad recreativa tiene importancia, porque acompaña al individuo a lo largo de la existencia. En la recreación encontramos valores terapéuticos, psicológicos y educativos. (42)

El valor educativo de la recreación nace, pues, del reconocimiento de la dignidad del ser humano y del incuestionable efecto sobre las relaciones humanas y la participación social.

El valor terapéutico de la recreación aporta significativamente sobre la salud mental de la persona, influye en la estabilidad emocional, constituyéndose en una verdadera fuerza para contrarrestar o prevenir las enfermedades mentales. La recreación restaura el balance orgánico y psíquico de las personas; ayuda a superar la timidez, la introversión y también ayuda a integrar la personalidad a través del desarrollo de actividades positivas.

Por otro lado, la recreación restaura el equilibrio psicofísico, es una oportunidad para crear, nos hace pensar y actuar creativamente, haciendo uso de nuestra propia iniciativa y libertad.

La actividad física en los pacientes con problemas respiratorios favorece el drenaje postural y la estimulación de la expectoración tiene beneficios a nivel de todos los sistemas del cuerpo humano, fortalecimiento de los músculos, reduce las demandas de oxigeno de los miembros inferiores y del tórax. (43)

La actividad física no necesita ser intensa para dar beneficios para la salud como contribuir a mejorar la salud mental, hacer frente al estrés, y mejorar la autoestima; así como la resistencia, la fuerza y la coordinación, los beneficios son tanto físicos como psicológicos, con significativa mejoría en la calidad de vida tal como lo afirma Juan Manuel Gonzales. (44)

B.8. CUIDADO EMOCIONAL, SOCIAL Y ESPIRITUAL

La enfermedad genera un gran impacto en la persona que la padece puede alterar las relaciones interpersonales, donde las creencias y valores individuales pierden la importancia que tiene para el enfermo. La enfermera debe aportar a estas personas apoyo y cuidado para conseguir una existencia más cómoda, eficaz y satisfactoria, en la que la autonomía y la dignidad humana estén presentes y lograr el equilibrio emocional, social y espiritual para enfrentar las exigencias de la enfermedad.

CUIDADO EMOCIONAL

La situación emocional y psicológica que enfrenta un individuo al recibir y conocer el diagnóstico de una situación de salud desfavorable, es sin duda una de las mayores pruebas para el personal de salud que acompaña este proceso de adaptación al conocimiento del diagnóstico. Es de vital importancia la actitud de la persona que vive con la enfermedad, de sus familiares y de sus cuidadores, tanto si se toma de manera dramática o como una oportunidad para aportar en la calidad de vida de la persona que vive la situación en su propia vida y cuerpo. Por ello es importante la terapia psicológica durante el tratamiento pues muchos pacientes presentan depresión reactiva al conocer su diagnóstico, o en el curso de un tratamiento prolongado. Algunos medicamentos como Isoniacida, Ciprofloxacina, Etionamida y Cicloserina tienen efectos colaterales neuro-psiquiátricos.

Es muy importante que el personal de salud evite palabras y actitudes discriminatorias. Hay que dar información, ganarse la confianza y entender las circunstancias de vida del enfermo.

CUIDADO SOCIAL

Los aspectos sociales incluyen desde los aspectos económicos hasta la presencia de una red social de apoyo físico, emocional al paciente y a la familia. La presencia de esta red, se considera un recurso adecuado para enfrentarse a la situación de enfermedad y al duelo, otro aspecto que debe considerarse en el paciente y la familia es el laboral pues mientras el paciente cuente con un ingreso económico puede mejorar su autocuidado.

Asimismo, se debe propiciar el apoyo familiar; ya que ésta es el soporte fundamental del sujeto enfermo, pues se constituye en receptora del sufrimiento del enfermo y padecedora de su propio sufrimiento.

Colliere señala que "la familia es un elemento participante del cuidado en el hogar y son la mayor fuente de apoyo para el paciente por lo que es necesario conocer de quien recibe el apoyo social y psicológico para su tratamiento y así poder reforzar las relaciones familiares". (45)

La adecuada participación de la familia favorece la salud y calidad de vida del paciente, pues los sentimientos y emociones pueden repercutir de modo positivo o negativo en el bienestar del individuo, "el sentirnos amados y apoyados por otras personas adquiere un enorme valor cuando tenemos que afrontar situaciones estresantes" (46)

CUIDADO ESPIRITUAL

Según Watson, el mundo del espíritu se hace más importante a medida que las personas crecen y maduran de forma individual y evolucionan de manera colectiva como humanos. La salud se entiende en sus planteamientos como la unidad y armonía del cuerpo, la mente y el espíritu y se relaciona, además, a la actualización, al ser real que desarrolla su esencia espiritual y el sentido superior, para volverse más semejante a Dios. La meta de la enfermería es ayudar a que las personas ganen armonía entre su mente, cuerpo y espíritu, y que encuentren significado en su existencia y experiencias. (47)

La enfermería considera al ser humano como un ser holístico para lo cual es necesario brindar a la persona un cuidado espiritual el cual consiste en propiciar a través del cuidado la satisfacción de las necesidades espirituales de la persona cuidada. El cuidado espiritual incluye ayudar a la gente a identificar y desarrollar su perspectiva espiritual y su conciencia personal de espiritualidad y de sus componentes así como ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades espirituales (48).

La espiritualidad es aquel elemento dentro del individuo del cual se origina el significado, el propósito y plenitud en la vida, el deseo de vivir, las creencias y la fe en su ser, en otros y en Dios. Es aquello que inspira, motiva y genera esperanza, dirigiendo al individuo hacia valores de amor, verdad, belleza, confianza y creatividad. Es la parte que busca significado y propósito en la existencia. Es la relación de trascendencia más allá del acá y ahora, un componente esencial para alcanzar un nivel óptimo de salud, de bienestar o de calidad de vida. En ausencia de este significado se genera lo que se ha denominado un distrés espiritual, que resulta cuando el individuo es privado de satisfacer sus necesidades espirituales y se caracteriza por sentimientos de vacío y desespero. (49)

El mundo espiritual es el más complejo, porque en él se producen la integración e interpretación de las vivencias que acontecen en las otras esferas, con un resultado global consistente en una opinión sobre sí mismo y su

situación de enfermedad. Se debe valorar lo espiritual, pues comprende el mundo interior afectivo, deben integrarse los elementos culturales por su influencia en la escala de valores personales, las creencias y las consideraciones de la persona sobre la mejor ayuda. También están incluidas las motivaciones y las consideraciones como necesidades del individuo. El aspecto religioso es una parte más del mundo espiritual. (50)

C.- ROL DE LA ENFERMERA EN LA ESN -PCT

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis ESN-PCT es el órgano técnico normativo dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas, responsable de establecer la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú; garantizando la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y supervisado a todos los enfermos con tuberculosis, con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad. El Ministerio de Salud garantiza la gratuidad del tratamiento de la TB sensible, TB-MDR y TB-XDR con el objetivo de disminuir de forma progresiva la incidencia de tuberculosis.

En relación al rol del profesional de enfermería en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, la enfermera es responsable de la atención de los pacientes con tuberculosis, la cual debe ser integral e individualizada dirigida al paciente, su familia y la comunidad con énfasis en la educación, control y seguimiento del enfermo con tuberculosis y sus contactos, con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbimortalidad por tuberculosis. Entre las actividades que la enfermera realiza para el seguimiento de casos están:

Entrevista de enfermería:

Es una de las actividades del cuidado integral e individualizado brindado a la persona afectada con TB; cuyos fines son educativos, de control, y seguimiento, funciones que deben realizarse con calidad y calidez hacia la persona enferma de tuberculosis y su familia. La finalidad de la función educativa está orienta a educar al paciente y su familia sobre la enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento supervisado y la baciloscopía de control mensual, indagar sobre antecedentes de tratamiento, así como contribuir a la adhesión del paciente al tratamiento mediante una buena comunicación.

También la entrevista de enfermería busca contribuir a un adecuado seguimiento de casos y estudio de contactos e identificar en el paciente conductas de riesgo a fin de realizar un trabajo de consejería. Se debe realizar tres entrevistas: la primera al iniciar el tratamiento, la segunda al terminar la primera fase del tratamiento para controlar la evolución del paciente, los exámenes bacteriológicos y análisis de la tarjeta de tratamiento y la tercera se realizará al término del tratamiento con la finalidad de recomendar al paciente que al presentar sintomatología respiratoria acuda al establecimiento de salud y sobre los controles de baciloscopía después del alta. Se realizarán otras entrevistas si el paciente no acude al establecimiento de salud para recibir su tratamiento; en caso de reacciones adversas a los fármacos antituberculosos, para completar el estudio de contactos, o si el paciente va a cambiar de domicilio

Visita domiciliaria

Esta actividad consiste en acudir al domicilio de la persona con Tuberculosis con la finalidad de educar al paciente y familia. Deberá efectuarse dentro de las primeras 48 horas de realizado el diagnóstico.

La visita domiciliaria tiene por objetivos identificar al paciente y familia, , identificar problemas de salud y brindar alternativas de solución, optimizar el control de contactos, contribuir al éxito del tratamiento antituberculoso recuperando al paciente inasistente y optimizar el control de contactos, factores condicionantes, para brindar apoyo educativo en busca de su solución, contribuir al éxito del tratamiento antituberculoso recuperando a la persona inasistente.

Los motivos de la Visita domiciliaria son:

- Ubicar al sintomático respiratorio BK (+) que no acude al establecimiento de salud.
- Ubicación y verificación del domicilio de las personas con tuberculosis para su ingreso al tratamiento.
- Educación sanitaria al grupo familiar sobre: Importancia del tratamiento supervisado, medidas preventivas y solicitar su participación en el cuidado de la persona con tuberculosis.
- Verificar número de contactos censados a fin de facilitar su control y detectar nuevos casos de tuberculosis.
- Recolectar muestras de esputo en caso de encontrar sintomáticos respiratorios entre los contactos.
- Obtener la segunda muestra del sintomático respiratorio que no retorna al establecimiento de salud.
- Recuperar a la persona con tuberculosis que no asiste al tratamiento (dentro de las 24 horas).

Organización y administración del tratamiento

La enfermera del establecimiento de salud es responsable de garantizar la correcta administración del tratamiento antituberculoso, el cual es estrictamente supervisado y ambulatorio. La adherencia al tratamiento depende en gran parte de la relación establecida entre la persona con tuberculosis, el personal de enfermería que lo administra y el establecimiento de salud. El profesional de enfermería asegurará que la persona con tuberculosis, reciba la administración de los medicamentos en una sola toma al día (fármacos de primera línea), vigilar la aparición de reacciones adversas. Garantizar la administración de tratamiento supervisada en boca por el personal de enfermería en los servicios de salud, para lo cual es necesario que se cuente con lo siguiente:

- -Un ambiente con luz y ventilación natural cruzada para la atención de las personas con tuberculosis.
- -Disponer de los libros de registro y seguimiento de pacientes.
- -Tarjetas de control y asistencia de medicamentos, solicitudes de baciloscopías.
- -Capacitar al personal de salud (profesional y técnico) en la administración supervisada del tratamiento antituberculosis,
- -Monitoreo y evaluación del desarrollo de las actividades de tratamiento.

Administración de la quimioprofilaxis

Consiste en la administración de Isoniacida a personas con riesgo a desarrollar Tuberculosis, es prioridad la administración en personas menores de 15 años que son contactos directos de un paciente con tuberculosis. Ello permite disminuir considerablemente el contagio de tuberculosis. La

organización y cumplimiento de la quimioprofilaxis estará a cargo del profesional de enfermería.

Se entregará las tabletas de Isoniacida en forma semanal, realizando el registro de la fecha de entrega en la tarjeta del caso índice. Se debe investigar sobre la presencia de alguna reacción adversa: pérdida de apetito, náuseas, vómitos, coluria, dolor abdominal, fiebre, rash cutáneo, insomnio y pérdida de la sensibilidad. La presencia de algunos de estos síntomas debe motivar la suspensión de la quimioprofilaxis y una evaluación médica.

El profesional de enfermería ha desempeñado siempre un papel importante proporcionando servicios de salud, dentro de los mas importante es la educación para la salud mediante el cual brinda enseñanza dándole un enfoque científico e integral tanto al paciente o individuo como la familia y comunidad de manera que les enseña a conservar la salud con autonomía .

Es responsabilidad del profesional de enfermería la educación al paciente con tuberculosis para lo cual la enfermera cuenta con conocimientos científicos, técnicos y humanísticos, para que el paciente reciba una atención óptima, segura, oportuna, apropiada y libre de riesgo, fundamentada en la condición de enfermedad del paciente para concientizarlo logrando que el paciente mismo propicie su autocuidado, pues la tuberculosis se presenta en la etapa de vida más productiva del individuo lo cual le va impedir velar por su familia.

Los aspectos teóricos presentados permitieron elaborar el instrumento de recolección de datos y posteriormente analizar los resultados obtenidos.

G.- DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS

Medidas de autocuidado: Son las respuestas expresadas por los pacientes que asisten a la ESN- PCT acerca de las actividades que realiza para controlar la enfermedad y disminuir el riesgo a complicaciones, mantener un mejor estado de salud, en relación a la alimentación, descanso y sueño, medidas higiénicas, hábitos nocivos, control y tratamiento de la enfermedad, ejercicio y recreación, cuidado emocional, social y espiritual.

Paciente: Es aquella persona con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar que recibe tratamiento en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

A.-Tipo, nivel y método de estudio

El presente estudio es de enfoque cuantitativo y tipo descriptivo pues va a describir hechos tal y como se presentan en la realidad, es también un estudio de corte transversal porque se obtendrá la información en un determinado lapso de tiempo. Es de nivel aplicativo ya que permitirá estudiar y contribuir a la solución de un problema práctico.

B.-Área de estudio

El estudio se realizó en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja ubicado en el Cercado de Lima, pertenece a la Disa V - Lima Ciudad; brinda atención de lunes a viernes en el horario de 8 am a 8 pm y los sábados de 8 am a 2 pm

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y control de la Tuberculosis (ESN-PCT) está a cargo de un equipo multidisciplinario

conformado por un médico, enfermera, psicólogo, nutricionista, personal técnico de enfermería y asistenta social.

Las actividades que se realizan en la ESN-PCT están orientadas a la prevención y recuperación de los pacientes con tuberculosis; desde la captación de sintomáticos respiratorios, el control de contactos, la administración de tratamiento farmacológico y la educación para la salud la cual es brindada por la enfermera y que consiste en la orientación al paciente sobre el tratamiento a seguir, las medidas preventivas en el hogar para evitar el contagio de la enfermedad a los familiares cercanos al paciente y medidas para evitar las complicaciones de la enfermedad.

C.- Población y/o Muestra

La población de estudio estuvo conformada por 30 pacientes con diagnóstico de tuberculosis que reciben el tratamiento de Esquema I y 10 pacientes en tratamiento Multidrogoresistente (MDR) que asisten regularmente y reciben tratamiento en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja. Se consideró en la población a los pacientes en tratamiento MDR debido a que no afectaba al desarrollo del estudio pues esta población cumple con los criterios de inclusión de la investigación. Por la cantidad de pacientes asistentes no se consideró necesario utilizar muestra, se trabajó con toda la población según criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión considerados fueron:

- Pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar y en tratamiento.
- Que asistan regularmente a la ESN PCT en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja.
- Pacientes que sepan leer y escribir.
- Acepten participar en el estudio.

Se consideraron como criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de Tuberculosis que han abandonado el tratamiento.
- Que no deseen participar en el estudio.

D.- Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la entrevista, y el instrumento utilizado fue un cuestionario el cual tenía por objetivo recolectar la información acerca de las medidas de autocuidado de los pacientes que asisten a la ESN-PCT.

El instrumento consta de introducción, datos generales, instrucciones, y datos específicos tiene 24 preguntas entre las cuales se han formulado preguntas cerradas entre dicotómicas y de opción multiple. (Ver Anexo C)

La validez del instrumento, se hizo mediante el juicio de 8 expertos, participando profesionales que laboran en el área, cuyas opiniones y recomendaciones sirvieron para mejorar el instrumento. Los puntajes fueron sometidos a la prueba binomial, para establecer la concordancia (Ver anexo D). Luego fueron sometidos a prueba de confiabilidad estadística en donde se utilizó la prueba Kuder - Richardson. (Ver Anexo F).

E.- Recolección, procesamiento y presentación de datos.

Para el proceso de recolección de datos se realizaron los trámites administrativos necesarios en las instancias correspondientes, a fin de obtener las facilidades y autorización para ejecutar la recolección de datos.

Luego de ello, se realizó las coordinaciones; previa autorización; con la enfermera a cargo de la ESN –PCT, considerando de 20-30 minutos para su aplicación previa al consentimiento informado.

Luego de la recolección de datos, estos fueron procesados mediante el programa de Excel previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz.

Los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos para proceder al análisis e interpretación de la información recolectada.

F.- Análisis e Interpretación de datos

Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva a través de la frecuencia absoluta y porcentaje, así como el promedio aritmético. La medición de la variable se realizó mediante la valoración de manera general en adecuada, e inadecuada y luego en frecuencias absolutas y porcentajes.

G. Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas tomadas en cuenta para el desarrollo de la investigación fue la aceptación de los pacientes a participar del estudio, previa información a cada uno de los pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT para lo cual se elaboró un formato de consentimiento informado (Ver anexo G), para la elaboración del consentimiento informado se tuvo en cuenta el principio de autonomía, mediante el cual todas las personas deben decidir teniendo toda la información necesaria; asimismo se les garantizó el anonimato , pues la investigación se realiza solo con fines de estudio.

Dicho consentimiento informado, se incluye en la parte introductoria del instrumento.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de recolectados los datos, éstos fueron procesados y los resultados fueron representados en tablas y/o gráficos estadísticos para realizar el análisis e interpretación. Así tenemos:

A.-RESULTADOS

DATOS GENERALES:

La edad de los pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT), del total de 40 pacientes (100 %), 18 pacientes (45%) fluctúan entre los 16-26 años; entre 27-37 años 14 pacientes (35%); entre 38-48 años, 5 pacientes (12.5%); y entre 49 años a más, 3 pacientes (7.5%).(Ver Anexo Q).

En cuanto a la distribución de los pacientes de acuerdo al sexo, encontramos que de un total de 40 pacientes (100%), 27 pacientes (67.5 %) son de sexo masculino y 13 pacientes (32.5 %) sexo femenino. (Ver Anexo R).

Acerca del grado de instrucción, 34 pacientes (85%), tienen educación secundaria; 3 pacientes (7.5%), educación primaria; y 3 (7.5%), educación superior (Ver anexo S).

Respecto a la religión los hallazgos muestran que son católicos 21 pacientes (52.5%), pertenecen a otros credos religiosos 12 pacientes (30%); y no profesan ninguna religión 7 pacientes (17.5%). (Ver Anexo T)

En cuanto al número de personas que habitan en el hogar del paciente con tuberculosis tenemos que hay hogares de 1-3 personas, 7 pacientes (17.5%); entre 4 a 7 personas, 22 pacientes (55%); y los hogares en que habitan entre 8 a más personas, son 11 pacientes (27.5%). (Ver Anexo U).

Respecto al estado civil de los pacientes 21 (52.5%), son solteros; 12 pacientes (30%), son convivientes; 6 pacientes (15%), son casados; y 1 paciente (2.5%), es viudo. (Ver Anexo V).

En relación a lo que refieren los pacientes sobre su ocupación, se encuentra que 26 pacientes (65%), desempeña un trabajo; 14 pacientes (35%), no cuenta con un trabajo; 16 pacientes (40%), trabajan en forma independiente dedicándose al comercio formal e informal, al reciclaje, al transporte público; 8 pacientes (20%) son empleados; son obreros, 2 pacientes (5%). (Ver Anexo W).

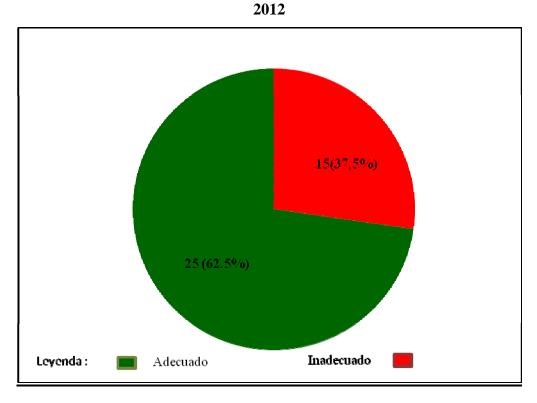
DATOS ESPECÍFICOS

A continuación se presentan los hallazgos específicos encontrados y que van a dar respuesta a los objetivos propuestos.

GRÁFICO Nº 1

Medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESN –PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja

Lima – Perú



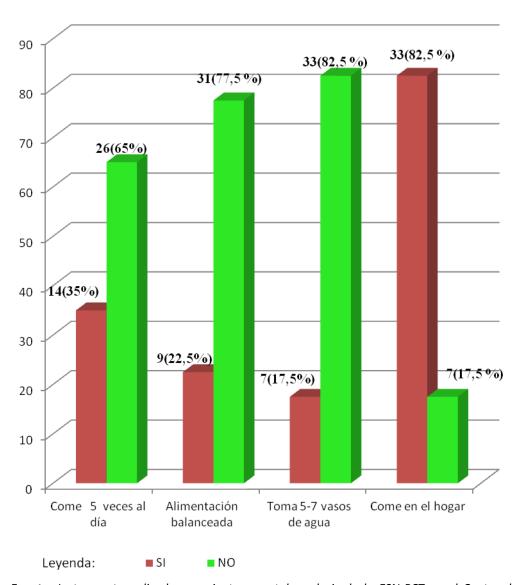
Fuente: Instrumento aplicado a pacientes con tuberculosis de la ESN-PCT en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja 2012

En el gráfico Nº 1 respecto a las medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESN-PCT, podemos observar que de 40 pacientes (100%), 25 pacientes (62.5%) tienen medidas de autocuidado adecuadas; y 15 pacientes (37.5%) poseen medidas de autocuidado inadecuadas.

GRÁFICO Nº 2

Medidas de autocuidado respecto a su alimentación que tienen los pacientes que asisten a la ESN –PCT en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja

Lima – Perú 2012



Fuente: Instrumento aplicado a pacientes con tuberculosis de la ESN-PCT en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja 2012

En el gráfico N° 02, sobre las medidas de autocuidado respecto a la alimentación que tienen los pacientes con tuberculosis, del total de 40 pacientes (100%), 14 pacientes (35%) consume 5 comidas durante el día; 26 pacientes (65 %), consume entre 2 a 3 comidas al día.

Respecto a si ingieren una alimentación balanceada, 9 pacientes (22.5%), afirman que sí lo hacen, en tanto 31 pacientes (77.5%) no lo hacen; resultados similares es con la ingesta de agua al día, así 7 pacientes (17.5%), refieren tomar 5-7 vasos de agua diario, en tanto 33 pacientes (82.5%), no lo hace.

Asimismo, 33 pacientes (82.5%), refiere que come las principales comidas en el hogar, y solo 7 pacientes (17.5%), no lo hace por motivos de trabajo, también debido a la economía familiar.

En tanto los pacientes que consumen frutas a diario son 18 pacientes (45%); interdiario 15 pacientes (37.5%); semanal 6 pacientes (15%); nunca 1 paciente (2.5%).

Respecto a la alimentación que tienen los pacientes con tuberculosis (Ver Anexo J) los resultados encontrados son los siguientes:

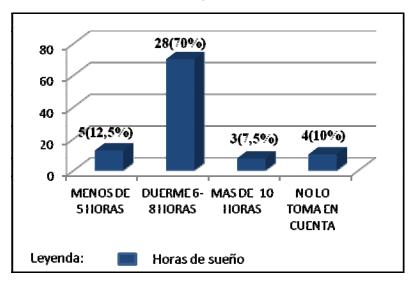
En relación al consumo de verduras 14 pacientes (35%), manifiestan que si comen diario verduras; 13 pacientes (32.5%) interdiario; 4 pacientes (10%) semanal; 3 pacientes (7.5%) nunca.

El consumo de lácteos, 14 pacientes (35%) diario; 8 pacientes (32.5%) interdiario. En relación al consumo de menestras, 4 pacientes (10%) consume diario; 16 pacientes (40%) interdiario; 13 pacientes (33%) semanal; 4 pacientes (10%) no consume nunca menestra. Acerca del consumo de proteínas, 5 pacientes (12.5%) consume diario proteínas; 16 pacientes (40%) interdiario; 15 pacientes (38%) semanal; 4 pacientes (10%) nunca.

GRÁFICO Nº 3

Medidas de autocuidado respecto al descanso y sueño que tienen los pacientes que asisten a la ESN –PCT en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja

Lima – Perú 2012



Fuente: Instrumento aplicado a pacientes con tuberculosis de la ESN-PCT en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja 2012

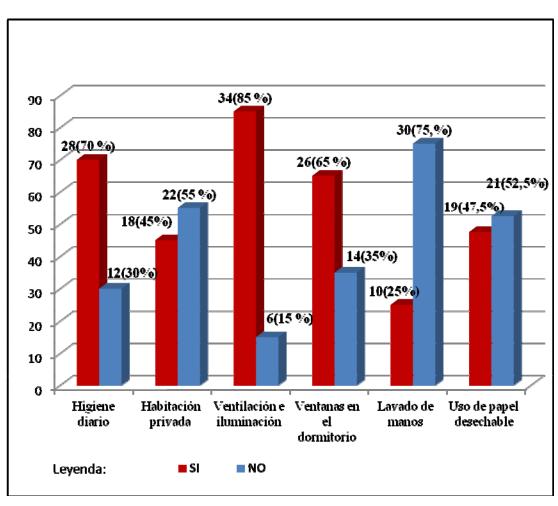
En el gráfico N° 3, las medidas de autocuidado respecto al descanso y sueño que tienen los pacientes que asisten a la ESN-PCT, de 40 pacientes (100%), 28 pacientes (70 %), duermen de 6 a 8 horas diarias; 5 pacientes (12.5%), descansan menos de 5 horas; 3 pacientes (7.5%) duerme más de 10 horas diarias; 4 pacientes (10 %), no lo toman en cuenta.

Respecto a las horas de trabajo; los pacientes que trabajan 26(65%), realizan jornadas de trabajo siendo 14 (35%), los que trabajan 8 horas diarias; 5(12.5 %), trabajan 10 horas al día; 2 (5%), lo hacen 12 horas por día; y 5 (12.5 %), trabajan más de 12 horas. (Ver Anexo LL).

GRÁFICO Nº 4

Medidas de autocuidado respecto a medidas higiénicas que tienen los pacientes que asisten a la ESN –PCT en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja

Lima – Perú 2012



Fuente: Instrumento aplicado a pacientes con tuberculosis de la ESN-PCT en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja 2012

En el gráfico Nº 4 se presentan los resultados encontrados sobre las medidas de autocuidado respecto a medidas higiénicas que tienen los pacientes que asisten a la ESN-PCT, así podemos observar que de un total de 40 pacientes (100%), 28 pacientes (70%), refieren bañarse a diario; 12 pacientes (30%) refiere no hacerlo.

Respecto a los pacientes que cuentan con habitación privada para dormir 18 pacientes (45%), refieren tenerlo, en tanto 22 pacientes (55%), tienen que compartir la habitación con otros familiares.

En cuanto a si el paciente cuenta con ventilación e iluminación en el hogar donde habita se encontró que 34 pacientes (85%) refieren que cuenta con ventilación e iluminación en el hogar, pero 6 pacientes (15%), dicen no tenerlo.

Acerca si el paciente cuenta con ventanas en su dormitorio, 26 pacientes (65%), contestan positivamente, pero 14 pacientes (35%), dicen que no lo tienen.

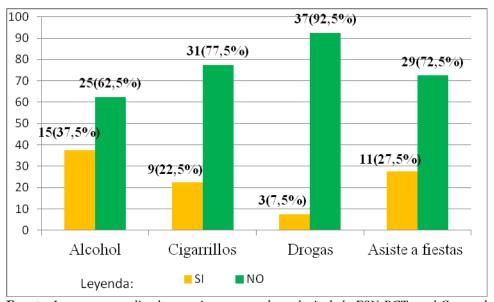
En cuanto a realizar el lavado de manos se encontró que los pacientes que asisten a la ESN-PCT de 40 pacientes (100%); 10 pacientes (25%), tienen este hábito, en tanto 30 pacientes (75%), no lo practican.

Respecto a las precauciones que tiene el paciente al toser y estornudar se encontró que de 40 pacientes (100%); 19 pacientes (47.5%), refieren usar papel desechable cubriéndose la boca y nariz, pero 21 pacientes (52.5%), no lo realiza, es importante resaltar que los pacientes que optaron por otras alternativas 14 pacientes (35%), refieren que cuando tose o estornuda dobla el brazo cubriéndose la boca y nariz.

GRÁFICO Nº 5

Medidas de autocuidado respecto a hábitos nocivos que tienen los pacientes que asisten a la ESN -PCT en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja

Lima – Perú 2012



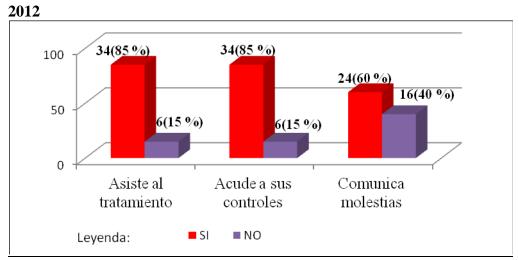
Fuente: Instrumento aplicado a pacientes con tuberculosis de la ESN-PCT en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja 2012

En el gráfico Nº 5, sobre las medidas de autocuidado respecto a hábitos nocivos de 40 pacientes (100%), 15 pacientes (37.5%), toma alcohol y 25 pacientes (62.5%), no lo hace; acerca del consumo de cigarrillos 9 pacientes (22.5%), fuman y 31 pacientes (77.5 %), no lo hace; en relación a si consume drogas, 3 pacientes (7.5%), manifestaron que si lo hacía y 37 pacientes (92.5%), manifestaron no consumir drogas; finalmente 11 pacientes (27.5%), refieren asistir a reuniones sociales, fiestas y 29 pacientes (72.5%), no lo hace.

GRÁFICO Nº 6

Medidas de autocuidado respecto a control y tratamiento de la enfermedad que tienen los pacientes que asisten a la ESN -PCT en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja

Lima - Perú



Fuente: Instrumento aplicado a pacientes con tuberculosis de la ESN-PCT en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja 2012

En el gráfico Nº 6 relacionado con las medidas de autocuidado respecto a control y tratamiento de la enfermedad que tienen los pacientes del estudio, encontramos que del total de 40 pacientes (100%); 34 pacientes (85%) manifiestan asistir al tratamiento, en tanto 6 pacientes (15%), dice no hacerlo; asimismo, 34 pacientes (85%), refieren acudir a sus controles, y 6 pacientes (15%) dicen no hacerlo.

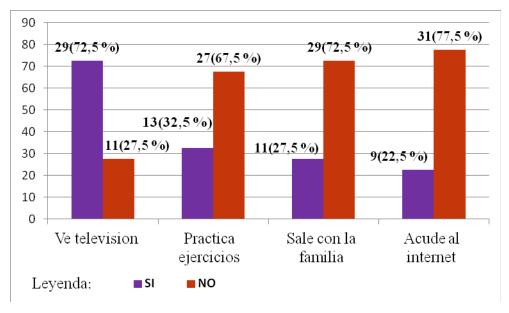
En cuanto a si comunican las molestias que presentan al personal de salud, 24 pacientes (60%), refiere que acude a la consulta con el médico cuando tiene molestias y 16 pacientes (40%), dice no hacerlo; de ellos 7 pacientes (17.5%), refieren que acuden a la farmacia, 6 pacientes (15%),

manifiestan que esperan que pase el malestar y 3 pacientes (7.5%), dice que usa hierbas medicinales para las molestias que siente. (Ver anexo O).

GRÁFICO Nº 7

Medidas de autocuidado respecto a ejercicios y recreación que tienen los pacientes que asisten a la ESN –PCT en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja

Lima – Perú 2012



Fuente: Instrumento aplicado a pacientes con tuberculosis de la ESN-PCT en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja 2012

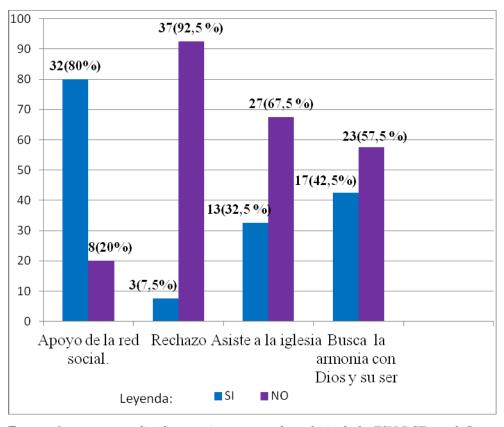
En el gráfico Nº 7, sobre las medidas de autocuidado respecto a ejercicios y recreación de los pacientes del estudio, encontramos que de 40 pacientes (100%); 29 pacientes (72.5%) se distraen viendo televisión, y 11 pacientes (27.5%) no lo utiliza como medio de distracción; 13 pacientes (32.5%), manifiestan practicar ejercicios y 27 pacientes (67.5%), dice no hacerlo; otra forma de distracción es salir con su familia, y así lo refieren 11 pacientes (27.5%), en tanto 29 pacientes (72.5%), no lo hace; otro medio de

distraerse es acudir al internet, siendo 9 pacientes (22.5%), quienes lo hacen; y otros pacientes realizan otras actividades como leer, dormir en su tiempo libre.

GRÁFICO Nº 8

Medidas de autocuidado respecto al cuidado emocional, social y espiritual que tienen los pacientes que asisten a la ESN -PCT en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja

Lima – Perú 2012



Fuente: Instrumento aplicado a pacientes con tuberculosis de la ESN-PCT en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja 2012

En el gráfico Nº 8, sobre las medidas de autocuidado respecto al cuidado emocional, social y espiritual que tienen los pacientes del estudio, tenemos que

en relación al cuidado social de un total de 40 pacientes (100%), 32 pacientes (80%) cuenta con el apoyo de la red social el cual está constituida por su familia y amigos, en tanto 8 pacientes (20%), refieren no contar con ese apoyo.

En relación al cuidado emocional; 3 pacientes (7.5%), dicen sentir rechazo de su entorno, y 37 pacientes (32.5%), dicen no sentirse rechazados. En cuanto al cuidado espiritual 13 pacientes (32.5%), de los pacientes refieren asistir a la iglesia, y 27 pacientes (67.5%), dicen no hacerlo. En relación a que el paciente busca la armonía con Dios y su ser 17 pacientes (42.5%), refiere que si lo hacen y 23 pacientes (57.5%), de los pacientes dicen no hacerlo.

B.- DISCUSIÓN

La tuberculosis al ser una enfermedad infectocontagiosa requiere adecuados cuidados, tales como: continuidad del tratamiento farmacológico, adecuada alimentación, apoyo psicológico, higiene personal y saneamiento ambiental adecuado en el hogar, así como adecuado descanso y sueño. El incumplimiento de estas medidas puede generar complicaciones como la resistencia a los medicamentos, contagio a los contactos, generando un círculo vicioso en la familia y comunidad.

Las medidas de autocuidado son destrezas aprendidas a través de toda la vida, el cuidado de sí mismo es inculcado en un inicio en el núcleo familiar, y consiste en cuidar nuestro cuerpo y su relación con nosotros mismos; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece también es influenciada mediante un proceso educativo de reflexión-acción para lograr una vida saludable ⁽⁵¹⁾

Es importante por ello el rol educativo que realiza la enfermera en la atención del paciente con Tuberculosis pues de esta manera se logra incorporar activamente al paciente y familia en el cuidado y autocuidado de la persona

con tuberculosis con el fin de generar conductas saludables, y modificar la respuesta en el proceso salud – enfermedad.

Respecto a las medidas de autocuidado que tienen los pacientes con tuberculosis en la ESN–PCT se encontró un porcentaje mayoritario 25 pacientes (62.5 %) tiene medidas de autocuidado adecuadas. Estos resultados discrepan a los encontrados por Villamar ⁽¹³⁾ (2004), quien encontró que las prácticas de medidas preventivas en los pacientes con tuberculosis son inadecuadas considerando que el 56% no cumple con las medidas preventivas.

Por lo expuesto podemos deducir que la mayoría de los pacientes con tuberculosis realiza medidas de autocuidado adecuadas y asume una actitud responsable en relación a la enfermedad y su cuidado lo cual es propiciado a través de un proceso educativo brindado por la enfermera, sin embargo preocupa que un porcentaje significativo 37.5% no realice medidas de autocuidado adecuadas lo cual representa un riesgo para la diseminación de la enfermedad y el compromiso de su salud.

La nutrición en el paciente con tuberculosis es alterada por varias razones, pero normalmente está asociada con la fatiga y la frecuente tos, y anorexia. Asimismo, en la tuberculosis hay una pérdida considerable de tejido, por ello, es importante el aporte de alimentos con contenido proteico (pescado, pollo, res) para que favorezca la cicatrización y calorías suficientes para reponer la pérdida ponderal. Es recomendable que el paciente con tuberculosis cosuma 3 comidas principales mas dos refrigerios (32)

En relación a las medidas de autocuidado respecto a la alimentación encontramos que 14 pacientes (35%) consume 5 comidas durante el día; 9 pacientes (22.5%) tiene una alimentación balanceada, 7 pacientes (17.5%), refieren tomar 5-7 vasos de agua diario, 33 pacientes (82.5%) consume las

principales comidas en el hogar. Así estos resultados son similares con los de Oria ⁽¹¹⁾ (2006) quien encontró que la mayoría de pacientes con tuberculosis 49 pacientes (86%) tienen prácticas medianamente adecuadas e inadecuadas en relación a alimentación balanceada y forma de preparación de algunos alimentos y lugar de consumo.

Por lo expuesto podemos decir que en relación a las medidas de auto cuidado respecto a alimentación la mayoría de los pacientes tiene medidas de autocuidado inadecuadas, lo cual no es benéfico para el paciente, pues la alimentación constituye una base importante en el éxito de la curación de la enfermedad, por lo cual, es importante propiciar en el paciente y la familia medidas de autocuidado relacionadas con su alimentación.

El sueño es una necesidad básica del ser humano cuya función es restaurar la energía y bienestar que la persona pierde durante el día tal como lo afirma Morris, ya que el sueño es importante para que el ser humano realice de manera optima sus actividades. Es recomendable que un individuo duerma entre 6 a 8 horas diarias ⁽⁵²⁾, en el caso de los pacientes con tuberculosis pueden tener problemas para conciliar el sueño debido a los signos y síntomas de su enfermedad, como dolor, tos persistente y temperaturas elevadas acompañadas de sudoración nocturna.

Según la norma técnica de prevención y control de la Tuberculosis, se recomienda reposo físico por lo menos durante la primera fase del tratamiento, en el cual el paciente recibe mayor cantidad de fármacos y aun persisten bacilos positivos que son capaces de contagiar a otra persona.

En relación a las medidas de autocuidado respecto a descanso y sueño un porcentaje mayoritario 28 pacientes (70%) duerme de 6 a 8 horas diarias; estos resultados son similares a lo planteado por Monsalve (2009) quien encontró que 25 pacientes (62.5%) duerme de 8 a 12 horas diarias siendo estas

medidas de autocuidado adecuados. Por otro lado respecto a las horas de trabajo se encontró que la mayoría 14 pacientes (35%), trabaja 8 horas diarias, 12 pacientes (40%) trabaja más de 8 horas diarias, los resultados encontrados son similares al estudio del impacto socioeconómico de la Tuberculosis realizado el 2010 ⁽⁵³⁾, en el cual se encontró que luego del diagnóstico de la tuberculosis 42 pacientes no trabajan y 14 siguen trabajando más de 8 horas diarias, estos datos evidencian que la tuberculosis tiene un gran impacto en el área laboral del paciente.

Por lo expuesto podemos deducir que la mayoría tiene medidas de autocuidado adecuadas respecto a descanso y sueño, lo cual contribuye en su recuperación; por otro lado es importante resaltar que existe un porcentaje significativo 12 pacientes (40%) trabaja más de 8 horas pues no logran acceder al descanso médico, debido a que cuentan con trabajos independientes lo cual les exige continuar con sus actividades laborales desempeñándose en trabajos dedicados al contacto con el público lo cual aumenta la probabilidad de que exista más contagios por tuberculosis entre la población.

La tuberculosis se puede adquirir por la inhalación de gotitas de saliva provenientes de la tos o el estornudo de una persona infectada; siendo factores que inciden en su aparición el hacinamiento, inadecuada ventilación e iluminación, condiciones de la vivienda, siendo un factor clave la cantidad de personas por habitación destinada exclusivamente para dormir y la eliminación adecuada de las secreciones respiratorias.

En relación a las medidas de autocuidado respecto a medidas higiénicas que tienen los pacientes con tuberculosis, los resultados hallados son que un mayor porcentaje 28 pacientes (70%) refiere el baño diario, estos resultados son similares con Chacón ⁽⁵⁴⁾ (2006) quien encontró que el 56% de los pacientes con tuberculosis realiza el baño diario. En relación a que el paciente cuenta con una habitación privada para dormir, la mayoría 22 pacientes (55%)

comparte la habitación con otro familiar, estos resultados coinciden con los encontrados en el informe socioeconómico de la tuberculosis en el Perú 2010, en el cual el 20 % de las viviendas de los pacientes con tuberculosis hay tres o más personas por habitación destinada exclusivamente para dormir; en cuanto a la ventilación e iluminación en el hogar la mayoría 34 pacientes (85%) refiere presentar ventilación e iluminación en el hogar; acerca si tiene ventanas en su dormitorio la mayoría 34 pacientes (85%) refiere contar con ventanas en el dormitorio, en relación al lavado de manos la mayoría 30 (65%) no tiene este habito, en cuanto al uso de papel desechable en la eliminación de las secreciones respiratorias encontró que la mayoría 21(52.5%) no lo realiza. estos datos coinciden con lo planteado por Villamar (2004) quien encontró que el 51% de los pacientes tiene practicas inadecuadas en cuanto a cuidado personal e higiene.

Por lo expuesto se puede deducir que la mayoría de los pacientes realiza medidas de autocuidado inadecuadas en cuanto a medidas higiénicas lo cual es preocupante pues con estas medidas se incrementa el riesgo de contagio de la tuberculosis entre los contactos del paciente y la población. De allí la importancia que el personal de enfermería logre sensibilizar al paciente sobre la correcta eliminación de las secreciones respiratorias y medidas higiénicas en el hogar para evitar la diseminación de bacilos entre la población.

El consumo de drogas, alcohol, y tabaco entre otras sustancias causa mucho daño en el individuo, siendo el tabaco el que causa más daño pulmonar y se asocia con cáncer y enfisema pulmonar según lo afirma Juan de Vicente Dubren; así como los trabajos experimentales hechos sobre la nicotina por el español Mateo Orfila y por el francés Claudio Bernard. (55)

Respecto a las medidas de autocuidado en cuanto a hábitos nocivos se encontró un menor porcentaje 15 pacientes (37.5%) consume alcohol, 9 pacientes (22.5%) fuma y 3 pacientes (7.5%) consume drogas, 29 pacientes

(72.5%) no asiste a fiestas. Estos datos son similares a lo planteado en el estudio sobre las características epidemiológicas del paciente con tuberculosis pulmonar bacilifera (2002) en el cual se encontró que el 67.2% no presentaron ningún habito nocivo, sin embargo de los pacientes que tenían algún habito nocivo se encontró que el habito nocivo de mayor frecuencia es el consumo de alcohol (56) ello coincide con las estadísticas nacionales.

Por lo anteriormente mencionado se concluye que la mayoría de los pacientes de la ESN-PCT realiza medidas de autocuidado adecuadas respecto a hábitos nocivos, lo cual favorecerá el cumplimiento del tratamiento, sin embargo los pacientes que practican estos hábitos nocivos puede interferir en su tratamiento pues es difícil lograr una adherencia al tratamiento y que los abandonos del mismo sean frecuentes lo cual incrementa el índice de mortalidad, por ello la enfermera debe enseñar a los pacientes acerca de los riesgos que ocasionan la práctica de estos hábitos, lo cual no contribuye en su autocuidado.

Es necesario resaltar que los pacientes que asisten a fiestas o reuniones sociales involucra un riesgo para lo sociedad, pues en este tipo de eventos no se consideran medidas de prevención, pues según los datos encontrados en el presente estudio se comparten los vasos entre las personas, además que bajo el efecto del alcohol son más propensos al consumo de otras sustancias como las drogas que significan un riesgo para su salud.

El tratamiento farmacológico acortado ha demostrado ser la intervención sanitaria más eficaz en el control de la tuberculosis, pues si consideramos que cada persona que enferma de TBC y no tiene un tratamiento efectivo, contagia el bacilo tuberculoso entre 10 a 15 personas cada año, y que las cepas resistentes y extremadamente resistentes se transmiten de la misma manera que las cepas sensibles. (53) En este sentido es importante que el paciente tome los medicamentos en forma regular de esta manera podrá convivir con la familia

sin mayor riesgo; la enfermera es responsable de garantizar el cumplimiento del tratamiento farmacológico y la supervisión en la toma del medicamento.

Respecto a las medidas de autocuidado en relación al control y tratamiento de la enfermedad se encontró que la mayoría 34 pacientes (85%) asiste al tratamiento y acude a sus controles, estos resultados discrepan de los hallado por Villamar (2004) quien encontró que un alto porcentaje 62% no cumple su tratamiento. En otra investigación realizada por Monsalve (2009) los resultados son similares con lo hallado el cual encontró que 35 pacientes (87.5%) asiste a sus controles y tratamiento de la enfermedad.

En relación si comunican las molestias al personal de salud se encontró que la mayoría 24 pacientes (60%) refiere que acude a la consulta con el médico, estos resultados discrepan de lo encontrado por Sian ⁽⁵⁶⁾ quien en el 2008 encontró que el 40% de las personas entrevistadas no busca los servicios de salud y utiliza la medicina tradicional como única alternativa para resolver sus problemas de salud.

Por lo expuesto se puede deducir que la mayoría de los pacientes realiza medidas de autocuidado adecuadas en relación al control y tratamiento de la enfermedad, lo cual disminuye el riesgo de contagios y nuevos casos de tuberculosis, así como prevenir complicaciones de la enfermedad como la resistencia a los fármacos y diseminación de la enfermedad a otros órganos.

La recreación es una forma de descanso, es una oportunidad para crear, nos hace pensar y actuar creativamente, haciendo uso de nuestra propia iniciativa y libertad, pues ésta no solo tiende a establecer el equilibrio psicológico alterado por las tensiones a diario, sino que enriquece nuestra personalidad.

La actividad física no necesita ser intensa para dar beneficios para la salud como contribuir a mejorar la salud mental, hacer frente al estrés, y mejorar la autoestima; así como la resistencia, la fuerza y la coordinación, los beneficios son tanto físicos como psicológicos, con significativa mejoría en la calidad de vida tal como lo afirma Juan Manuel Gonzales.⁽⁵⁷⁾

En relación a las medidas de autocuidado respecto a ejercicios y recreación la mayoría realiza actividades de recreación como ver televisión, y un menor porcentaje sale con la familia y acude a internet. Estos resultados discrepan con lo hallado por Monsalve quien en el 2009 encontró que la mayoría de los adolescentes cumplen con las actividades recreativas, es decir, estudia, usa internet, juega, ve televisión; sean estás lúdicas y/o sociales. En relación a la práctica de ejercicios un mayor porcentaje 27 pacientes (65.5%) refiere no hacerlo, estos datos son similares a lo encontrado por Sian (2008) en el cual 82% de los pacientes con tuberculosis opinaron que realizar ejercicios es incorrecto.

Por lo tanto se puede deducir que la mayoría de los pacientes realiza medidas de autocuidado inadecuadas en cuanto a ejercicio y recreación, lo cual preocupa pues la actividad física mejora la calidad de vida del paciente y brinda beneficios tanto físicos como psicológicos respecto a ello es importante la intervención de enfermería para orientar al paciente y familia sobre los beneficios del ejercicio y recreación.

La presencia de una red social compuesta por amigos, familiares en el paciente con tuberculosis, se considera un recurso necesario para afrontar de forma adecuada la situación de enfermedad, siendo la familia el soporte fundamental del sujeto tanto en lo físico como en el área emocional y espiritual, pues es receptora del sufrimiento del enfermo; en el caso de carecer de apoyo familiar y social, se convierten en limitantes para afrontar el tratamiento.

La tuberculosis es una enfermedad que presenta un fuerte prejuicio o estigma social, con diferentes matices culturales según la sociedad de que se trate. La conducta reportada más frecuente en los distintos países es tratar de ocultar la enfermedad, lo que también incide en el diagnóstico y tratamiento., el rechazo sentido por los enfermos es una dimensión negativa añadida a los malestares propios de la enfermedad, que inciden en su calidad de vida incluso hasta mucho después que esta desaparece. Este prejuicio afecta a una de las necesidades fundamentales de los humanos, la aceptación social, necesidad que para intentar satisfacerla dependerán de las características de la personalidad de cada individuo y del contexto en que se desenvuelve. (58)

Se entiende lo espiritual como un sentido de armonía interna de la persona que incluye la relación con el propio ser, con los otros, con el orden natural o un poder superior manifiesto a través de expresiones creativas, rituales familiares, trabajo significativo y prácticas religiosas que generan una dimensión existencial y le da sentido a la vida. (50)

Algunos investigadores, que han adoptado un abordaje del cuidado espiritual que debe ser brindado por la enfermera, pues de esta forma se considera al ser humano de manera integral afirman que la asistencia a la iglesia y el compromiso religioso pueden suministrar una fuente de soporte social y motivación al comportamiento saludable. Así los sujetos que profesan compromiso religioso parecen beneficiarse de forma espiritual, ya que, refieren sentirse mejor, pues la conexión con lo divino en cuanto a las creencias y las prácticas religiosas suministran una forma indirecta de control que ayuda a retornar a una situación que propicie la sanación. (59)

Respecto a las medidas de autocuidado en cuanto a cuidado emocional, social y espiritual, se encontró que la mayoría 32 pacientes (80%) cuenta con el apoyo de la red social, estos datos son similares con lo encontrado en el

informe socioeconómico de la tuberculosis (2010) en el cual el 50 % de los pacientes con TB sensible; al comunicar la enfermedad a sus compañeros de trabajo el trato recibido fue de comprensión, al comunicar el diagnostico de la enfermedad a la familia el 77 % recibió comprensión por parte del padre y 82 % recibió comprensión por parte de la madre.

En relación a sentir rechazo de las personas la mayoría 37 pacientes (92.5%) refiere no sentirse rechazados estos resultados son similares a lo encontrado por Monsalve (2010) quien encontró que la mayoría de los adolescentes con VIH consideran que son importantes y no sienten rechazo de su entorno.

En cuanto al cuidado espiritual la mayoría 27 pacientes (67.5%) refiere no asistir a la iglesia; en relación a la búsqueda de la armonía con Dios y su ser la mayoría 23 pacientes (57.5 %), dicen no hacerlo. Estos datos discrepan de lo hallado en el informe sobre el impacto socioeconómico de la tuberculosis (2010) en el cual se obtuvo que existe una relación entre la satisfacción con la vida y la práctica de alguna religión se encontró que el 59 % está muy satisfecho con la vida que lleva y practica una religión.

Por lo expuesto podemos deducir que la mayoría de los pacientes realiza medidas de autocuidado adecuados en cuanto al cuidado emocional, lo cual favorece en la aceptación social por parte del paciente que lo estimula a continuar con su tratamiento, pues por temor al rechazo los pacientes optan por no comunicar de la enfermedad a los amigos y familiares, mientras que otros pacientes deciden descontinuar el tratamiento lo cual afecta en su recuperación.

En cuanto al cuidado social se puede deducir que la mayoría tiene medidas de autocuidado adecuadas lo cual permite afrontar positivamente la enfermedad.

En relación al cuidado espiritual podemos deducir que la mayoría tiene medidas de autocuidado inadecuadas, en este sentido es importante promover este cuidado de esa manera el paciente recibe los beneficios de la espiritualidad como son suministrar una fuente de soporte social y motivación al comportamiento saludable.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A.- CONCLUSIONES

Dentro de las conclusiones a las que se llegó tenemos:

- Las medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESN-PCT, la mayoría tiene medidas de autocuidado adecuadas en cuanto al descanso y sueño, control y tratamiento de la enfermedad, practica de hábitos nocivos ,cuidado emocional, y cuidado social.
- Las medidas de autocuidado respecto a alimentación que tienen los pacientes que asisten a la ESN-PCT, la mayoría son inadecuadas, pues los pacientes no consumen una alimentación balanceada, ya que, comen menos de 5 comidas al día y no toman una adecuada cantidad de líquidos.

- Las medidas de autocuidado respecto al descanso y sueño que tienen los pacientes que asisten a la ESN-PCT la mayoría son adecuadas, pues un mayor porcentaje de pacientes duerme entre 6-8 horas diarias.
- Las medidas de autocuidado respecto a las medidas higiénicas que tienen los pacientes que asisten a la ESN-PCT la mayoría son inadecuadas, pues los pacientes comparten la habitación para dormir, una minoría tiene el hábito de lavado de manos y no se cubre la boca y nariz de forma adecuada después de toser y estornudar.
- Las medidas de autocuidado respecto a hábitos nocivos que tienen los pacientes que asisten a la ESN-PCT la mayoría son adecuadas, pues solo una minoría tiene hábitos nocivos como el consumo de cigarrillos, drogas siendo el hábito nocivo con mayor porcentaje el consumo de alcohol.
- Las medidas de autocuidado respecto a control y tratamiento de la enfermedad que tienen los pacientes que asisten a la ESN-PCT la mayoría son adecuadas, pues los pacientes acuden a sus controles y reciben tratamiento de la tuberculosis.
- Las medidas de autocuidado respecto al ejercicio y recreación, la mayoría de pacientes realiza medidas de autocuidado inadecuadas, pues los pacientes en su mayoría no realizan actividad física así como actividades recreativas.
- En cuanto al cuidado emocional la mayoría tiene medidas de autocuidado adecuadas, pues no sienten rechazo de su entorno. Con

respecto al cuidado social la mayoría tiene medidas de autocuidado adecuadas, ya que, el paciente cuenta con el apoyo de una red social, la cual generalmente es su familia y amigos; en relación al cuidado espiritual la mayoría tiene medidas de autocuidado inadecuadas, pues los pacientes no asisten con regularidad a la iglesia, y no buscan la armonía con Dios y su ser.

B.- LIMITACIONES

Las conclusiones del presente estudio no pueden ser generalizadas a otras poblaciones.

C.-RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas del presente estudio son:

- Realizar estudios similares en poblaciones más grandes orientados a verificar si los resultados son similares al estudio planteado.
- La educación brindada al paciente con tuberculosis debe reforzarse a través de la entrega de material educativo y la demostración de prácticas adecuadas sobre la forma de eliminación de las secreciones al toser o estornudar, alimentación balanceada, medidas de higiene personal y de la vivienda; que le permita al paciente adquirir destrezas para un mejor autocuidado.
- Realizar un monitoreo y motivación por parte del personal de enfermería a los pacientes que no asisten de forma regular al tratamiento, para que continúen su tratamiento y eviten propagar la enfermedad.

• Realizar estudios orientados a diferenciar el autocuidado entre los pacientes en tratamiento Esquema I y los pacientes MDR.

REFERENCIAS BIBLIOGRÀFICAS

- (1) M
 INISTERIO DE SALUD: "Norma técnica de salud para el control de la tuberculosis" Perú 2006, pg. 15-16
- (2) Informe mundial sobre la tuberculosis 2012 (18 de abril de 2013) Disponible en (http://www.who.int/tb//global report/gtbr12.pdf)
- (3) OPS.2011 Tuberculosis en las Américas (19 de abril 2013) Disponible en (URL: http://new.paho.org/hq/index.report 2011)
- (4) OPS/OMS Situación del control de la Tuberculosis (TB) en las Américas.(5 junio 2008) Disponible en (URL: http://new.paho.org/per)
- (5) MINISTERIO DE SALUD: Norma técnica para el control y prevención de la Tuberculosis, Op.Cit pg. 86-87
- (6) MINISTERIO DE SALUD: Sala situacional de TB en el Perú 2012 Disponible en (URL:http://www.tuberculosis.pe/content/estadisticas)
- (7) MARRINER, Torrey Ann, "Modelos y teorías en enfermería"; 2da Edición. Editorial Elsevier, Madrid, España.2007, pg.521
- (8) Herrera Montoya J, (2010) Lima- Perú, "Adherencia al tratamiento y actitud hacia su autocuidado en pacientes con tuberculosis", en la Microred Portada de Manchay Pachacamac.
- (9) Manrique Huánaco, D, (2010) "Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S Conde de la Vega Baja. UNMSM, Perú

- (10) Oria Ramírez, M (2006) "Conocimientos y prácticas que tienen los pacientes con tuberculosis sobre alimentación y su relación con el estado nutricional" en el Centro de Salud José Carlos Mariátegui - Disa II Lima Sur, Perú
- (11) García Pereyra, Z. (2005) "Conocimientos y prácticas que tienen los pacientes traqueostomizados sobre autocuidado en los consultorios de cabeza y cuello del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas". UNMSM, Perú.
- (12) Monsalve Dávila, M,(2010), "Medidas de autocuidado que tienen los adolescentes portadores del virus del VIH Sida en el Hogar San Camilo", UNMSM .Perú
- (13) Villamar Arce, S, (2005). "Relación entre conocimientos y prácticas de medidas preventivas de recaídas en adolescentes con tuberculosis pulmonar en centros de salud de Lima". UNMSM . Perú
- (14) Milena Carolin Leite, H y colaboradores. (2010) "Autocuidado: la práctica de mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia", en la clínica pública de oncología de Aracaju-Sergipe, Brasil, 2010
- (15) Martínez Garduño, M. (2008) "Autocuidado de mujeres en etapa de menopausia", Toluca- México
- (16) Rivera Álvarez, L. (2006). "Capacidad de Agencia de autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá" Colombia,
- (17) PICAZO, de la Garza, Juan, "Enfermedades Infecciosas: Manual ilustrado", Volumen 2, Editorial Draft, España (2002) pg. 122-125
- (18) MINISTERIO DE SALUD: "Evaluación epidemiológica y operacional del programa de control de la tuberculosis" Perú 2000 Pg.138

- (19) FORBES, Betty, "Diagnostico Microbiológico", 12ava Edición, Editorial Médica Panamericana, España. (2009). pg. 479-481
- (20) MINISTERIO DE SALUD Norma técnica de salud para el control de la tuberculosis, Op. Cit. pg. 33-36
- (21) PICAZO de la Garza. Op. Cit. pg.128
- (22) BRUNNER, "Enfermería médico quirúrgico". Editorial Interamericana. España 1998. pg. 1092
- (23) COLLIERE, Marie-Francoise. "Promover la Vida". Editorial McGraw Hill. España. 1993, pg. 232
- (24) Fallow D. Effectiue Patient Education: A Guide lo Increased Compliance. Maryland: Aspen Publication; 1985.
- (25) OSTIGUIN Meléndez, R. "Teoría General de Déficit de Autocuidado". 1ra Edición. Editorial Manual Moderno. México 2001. pg. 67
- (26) OREM, Dorothea. "Normas prácticas de Enfermería". España. 2da Edición Editorial pirámide. Madrid. España. 1983. pg. 181.
- (27) Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud 1986 (15 Setiembre 2010) Disponible (URL:http://webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf)
- (28) Glanz M, Glanz R, eds. Health Eehaviors and Health Education. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1990.
- (29) TOBON, Ofelia "Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo comunitario en salud" 1ra edición, Editorial Universidad de Caldas. Colombia. 2004 .pg. 42-43
- (30) MINISTERIO DE SALUD ".Recetario de Alimentación y nutrición "Mi recetario y yo como alimentarme saludablemente" Perú 2006 .Pág. 4

- (31) MINISTERIO DE SALUD "Norma técnica de salud para el control de la tuberculosis, Op. Cit. pg.76-77
- (32) GARCÍA Blandón Pedro "Fundamento de Nutrición" .1ra Edición.Editorial.Universidad Estatal de Costa Rica. San José , Costa Rica .1983. pg 217.
- (33) KOZIER, Bárbara. "Fundamentos de Enfermería". 1ra Edición. Edit. Interamericana. México. 1998. pg. 216-218
- (34) MÁRQUEZ, Rosa S. "Actividad física y salud". 1ra Edición. Editorial Díaz de Santos. Madrid, España.2009. Cap.XVI, pg. 217.
- (35) MINISTERIO DE SALUD Norma técnica de salud para el control de la tuberculosis, Op. Cit. pg. 77
- (36) MINISTERIO DEL INTERIOR "Estrategia Nacional de lucha contra las drogas 2012-2016" (15 de enero 2013) Disponible en (URL:http://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/11793/PLAN_11793.pdf)
- (37) GUTIÉRREZ Delgado F. (2005). "Factores asociados a la incidencia de tuberculosis en personas de 15 a 49 años residentes en los distritos v, vi y municipio de Tipitapa" Nicaragua, pg. 10
- (38) LORENZO Fernández, P. "Drogodependencias: Farmacología, patología psicología, Legislación".3ra Edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires.2009.Cap.XXVII, pg.213.
- (39) DESORMEAUX J, y otros. Servicio de orientación y detección del VIH vinculado a un programa comunitario antituberculoso en una población de alto riesgo. Bol. Of Salnit Panam 1996; 120(6):463-71

- (40) MINISTERIO DE SALUD: Norma técnica de salud para el control de la tuberculosis (Junio 2011) Disponible en (URL:ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESN tuberculosis.pdf)
- (41) BENITES M, Salinas Martin. "Cuidados paliativos y atención primaria" 1ra Edición. Editorial Springer Barcelona, España.2000.Cap.XIX, pg. 210-211
- (42) DUQUE Hernando, Rebeca Yepes "Como alcanzar la superación y éxito personal", 7ma Edición. Editorial San Pablo .Bogotá-Colombia. 2007 pg. 56-58
- (43) GONZALES Aramendi, Juan. "Actividad física, deporte y vida".1ra edición. Editorial Grafo.C. Vasco-España .2003 Cap. V. pg. 53
- (44) MARQUEZ. Op. Cit pg 156
- (45) COLLIERE, Op.Cit pg 233
- (46) DUQUE, Op.Cit pg 58
- (47) Van kaam, a. "the dynamics of spiritual self direction". Dimension, denville, New Jersey. citado por Goddard, Nancy. Op. Cit., pg. 808 815
- (48) SÁNCHEZ, Herrera B."Dimensión Espiritual del cuidado de Enfermería en situación de enfermedad y muerte", Editorial Universidad Nacional de Colombia, Bogota- Colombia 2004. pg. 73-75
- (49) NEWMAN, Margaret. "El núcleo de la disciplina de enfermería", Adv. Nur. Sci., 1991, 14(1), pp. 1-5. 75. Capra.
- (50) SÁNCHEZ, Op.Cit pg. 88

- (51) TOBÓN Correa Ofelia "El autocuidado una habilidad para vivir" 2003(29 de junio) Disponible (URL: http://promocionsalud.ucaldas.edu.pdf)
- (52) Como manejar las alteraciones del sueño (24 de marzo 2013) Disponible en (URLhttp://www.hospitalesangeles.com/saludyvida/s/articulo).
- (53) MINISTERIO DE SALUD, "Impacto socioeconómico de la tuberculosis en el Perú 2010" (25 de febrero) Disponible en (URL:http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1820.pdf)
- (54) CHACON, Celia "Programa de autocuidado dirigido a los pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al área de neumonología del Hospital universitario Dr. "Manuel Núñez Tovar", (28 de Marzo), Disponible en (URL http://saber.ucv.ve/jspui/handle/123456789/362http://saber.ucv.ve/jspui/b

itstream/123456789/362/1/CAP%C3%8DTULO IV. Yuleidis.pdf)

- (55) Cox hs, Sibilia K, Feuerriegel S, Kalon S, Polonsky J, Khamraev AK, et al. Emergence of extensive drug resistance during treatment for multidrug-resistant tuberculosis. N Engl J Med. 2008; 359(22): 2398-400.
- (56) Rivadeneyra, Yrina "Características del paciente con Tuberculosis Pulmonar bacilifera, Hospital Regional de Loreto" (15 de enero), Disponible en (URLhttp://bv/enfermedades_torax/v49_n3/.pdf)
- (57) SÍAN Espantzay Rosenda "Practicas de medicina tradicional en el tratamiento de enfermedades culturales ", (10 de marzo), Disponible en (URL: http://biblioteca.umg.edu.gt/digital/45870.pdf)
- (58) GONZALES, Op.Cit pg.48

(59) BONILLA, Castro E. Género, familia y sociedad: aproximación sociológica. Fermentum 1993; 6-7:26-41.

BIBLIOGRAFÍA

- BRUNNER. "Enfermería médico quirúrgico". España. Editorial.
 Interamericana. 1998.
- BENITES M, "Cuidados paliativos y atención primaria" Editorial springer. Barcelona 2000
- CANALES, F. H.: "Metodología de la Investigación" 2° Edición. editorial Limusa. México 2000.
- COLLIERE, Marie-Francoise. "Promover la Vida". Editorial Mc Graw Hill. España. 1993
- DUQUE, Hernando "Como alcanzar la superación y el éxito personal"
 7ma edición. 7ma Edición. Editorial San Pablo Colombia 2007
- FORBES, Betty, "Diagnostico Microbiológico", 12ava Edición, Editorial Médica Panamericana, España. (2009).

- GARCÍA Vega Luis, "Breve Historia de la Psicología".2da Edición Editorial Siglo XXI, España 2007
- GONZALES Aramendi, Juan. "Actividad física, deporte y vida".1ra edición. Editorial Grafo.C. Vasco- España.2003
- KOZIER, Bárbara. "Fundamentos de Enfermería". España. Edit.
 Interamericana
- LORENZO Fernández, P. "Drogodependencias: Farmacología, patología psicología, Legislación".3ra Edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires.2009
- MÁRQUEZ, Rosa S. "Actividad física y salud". 1ra Edición. Editorial
 Díaz de Santos. Madrid, España.2009
- MARRINER, Ann. "Modelos y teorías en enfermería". Edit. Elsevier.
 España. 2007
- MINISTERIO DEL INTERIOR "Estrategia Nacional de lucha contra las drogas" 2012-2016" Perú.
- MINISTERIO DE SALUD ".Recetario de Alimentación y nutrición
 "Mi recetario y yo como alimentarme saludablemente" Perú 2006
- MINISTERIO DE SALUD: "Evaluación epidemiológica y operacional del programa de control de la tuberculosis" Perú. 2000

- MINISTERIO DE SALUD: "Norma técnica de salud para el control de la tuberculosis" 2006
- MINISTERIO DE SALUD, "Impacto socioeconómico de la tuberculosis en el Perú 2010"
- OREM, Dorothea. "Normas prácticas de Enfermería". España. 2da
 Edición. Editorial pirámide. Madrid. España. 1983
- OMS. Tuberculosis Global Facts 2010
- OSTIGUIN Meléndez, R. "Teoría General de Déficit de Autocuidado".
 1ra Edición. Editorial Manual Moderno. México 2001
- PICAZO DE LA GARZA, Juan."Enfermedades Infecciosas". España Edit. Draft. (2002)
- SÁNCHEZ, Herrera B."Dimensión Espiritual del cuidado de Enfermería en situación de enfermedad y muerte", Editorial Universidad Nacional de Colombia, Bogotá- Colombia 2004
- TOBON, Ofelia "Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo comunitario en salud" Colombia. Editorial Universidad de Caldas, Colombia, 2004

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANE	=XO	Pag.
A.	Operacionalización de la variable	ţ
B.	Matriz de Operacionalización de la variable	V
C.	Instrumento de recolección de datos: Cuestionario	VI
D.	Tabla de concordancia-Prueba binomial	XII
E.	Tabla de codificación del instrumento	XIII
F.	Confiabilidad del instrumento. Coeficiente de Kuder - Richardson (K-R)	ХV
G.	Consentimiento Informado	XVI
Н.	Medidas de autocuidado que tienen los pacientes con Tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja	XVII
I.	Medidas de autocuidado respecto a la alimentación que tienen los pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja.	XVIII
J.	Alimentación que tienen los pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja.	XIX
K	Medidas de autocuidado respecto a descanso y sueño que tienen los pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja	XX
L.	Horas de trabajo que realizan los pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja.	XXI
LL	Medidas de autocuidado respecto a medidas higiénicas	

	que tienen los pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja.	XXII
M.	Medidas de autocuidado respecto a hábitos nocivos que tienen los pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja	XXIII
N.	Medidas de autocuidado respecto al control y tratamiento de la enfermedad que tienen los pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja.	XXIV
Ñ.	Medidas que tienen los pacientes con tuberculosis ante molestias del tratamiento del Centro de salud Conde de la Vega Baja.	XXV
O.	Medidas de autocuidado respecto a ejercicio y recreación que tienen los pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja.	XXVI
P.	Medidas de autocuidado respecto al cuidado emocional, social y espiritual que tienen los pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja.	XXVII
Q.	Edad de los pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja	XXVIII
R.	Sexo de los pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja	XXIX
S.	Grado de Instrucción de los pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja.	XXX
T.	Religión de los pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja	XXXI
U.	Número de personas que viven en el hogar de los pacientes con Tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del Centro de	

	Salud Conde de la Vega Baja	XXXII
V.	Estado civil de los pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja	XXXIII
W.	Ocupación de los pacientes con tuberculosis que asisten a	XXXIV

ANEXO A
OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Definición	Valor final de la
	conceptual			operacional	variable
Medidas de autocuidado de los pacientes de la ESN-PCT del C.S Conde de la Vega Baja	adquiridas de la constante aplicación que pueden ser	Alimentación	Frecuencia del consumo de alimentos . Lugar del consumo de alimentos Consumo de proteínas Consumo de frutas y verduras.	Son las respuestas expresadas por los pacientes que acuden a la ESN PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja para mantener su salud y/o complicaciones	Adecuadas

persona realiza para		Consumo de	en los	
sí mismo.		líquidos.	siguientes	
El paciente con		1	aspectos	Inadecuadas
tuberculosis al ver			alimentación,	madecadas
afectado su salud es	Descanso – sueño	Horario: duración	descanso y	
necesario que realice	Descanso – sueno	del descanso	sueño ,	
medidas de		nocturno	medidas	
autocuidado que		1100001110	higiénicas,	
contribuyan		Nº Horas de trabajo	hábitos	
a mejorar su calidad		3	nocivos,	
de vida para			control y	
disminuir el riesgo a	Medidas higiénicas	0:11 1	tratamiento,	
las complicaciones.		Cuidado personal	recreación,	
in complicationes.		Cuenta con	aspecto	
		habitación privada	emocional,	
		nwo www ton pri www	social y	
		Ventilación del	espiritual. Lo	
		dormitorio del	que será	
		`paciente.	medido a	
		I	través de un	
		Iluminación natural	cuestionario	
		durante el día de la	estructurado y	
		habitación.	evaluadas	
		114014401011.	como	
		Forma de	adecuadas, e	
		eliminación de los	inadecuadas.	
		pañuelos usados al		
		pariucios usados ai		

	Hábitos nocivos	Consume cigarrillos Consumo de drogas Consumo de alcohol.	
	Control y Tratamiento	Asistencia a fiestas los fines de semana. Asistencia al tratamiento. Control de peso, baciloscopías mensual Reacción adversa al tratamiento manifestado al equipo de salud.	

Ejercicio y Recreación Cuidado emocional, social y	Uso del tiempo libre Tipo de ejercicios Apoyo de la red social. Discriminación por	
espiritual	Discriminación por la enfermedad. Espiritualidad	
	Asistencia a la iglesia.	

ANEXO B

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VALOR FINAL DE LA VARIABLE	CRITERIO ASIGNAR VALORES		PARA	PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	TÈCNICA E INSTRUMEN TO
Medidas de autocuidado:				1-Obtener la aceptación por parte de la Administración del Centro de Salud.	T: Entrevista
Adecuadas	13	-	24	2- Obtención del consentimiento informado de los pacientes seleccionados para el estudio.	I:Cuestionario
Inadecuadas	0	-	12	 3- Aplicación del instrumento a la población seleccionada. 4- Tratamiento de la información recolectada, identificándose las medidas de autocuidado que tienen los pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja. 	

ANEXO C

CUESTIONARIO

INTRODUCCIÓN

a) Desayuno ()

Buenos días Sr (a) (ita): Mi nombre es Flor Ccoicca Almidon soy estudiante de Enfermería de la UNMSM, estoy realizando un trabajo de investigación con el objetivo de obtener información acerca de las medidas de autocuidado (cuidado de sí mismo) que tienen los pacientes que asisten al programa de tuberculosis del Centro de Salud Conde de la Vega Baja. Para lo cual solicito su colaboración a través de sus respuestas sinceras y veraces; expresándoles que es de carácter anónimo y confidencial.

Agradezco anticipadamente su colaboración.

DATOS GENERALES 1.-Edad: (años) 2.-Sexo: a) Masculino () b) Femenino () 3.-Grado de instrucción a) Primaria () b) Secundaria () c) Superior () 4.-Religión _____ 5.-¿Cuántas personas viven actualmente en su hogar?: 6.- Estado Civil a) Soltero b) Casado () () b) Casauc d) Conviviente () c) Viudo () e) Separado 7.- Ocupación a) Independiente especifique ______ b) Ama de casa_____ c) Empleado especifique ______ d) Obrero especifique____ e) Desempleado I.--INSTRUCCIONES Lea atentamente cada pregunta y marque con un aspa (X), solo una respuesta por cada pregunta: que considere correcta (en algunas precisa más respuestas)

()

1. Marque Usted. con una X todas las comidas que consume durante el día.

Cena

b) Almuerzo () Refrig c) Lonche () Merie d) Otros especifique	gerio () nda ())		
2. Sus comidas principales, con mayor	frecuen	cia las consu	me en:	
a) El mercadob) Comedor popularc) Casad) Otros especificar		_		
3. ¿Cuántos vasos de agua consume al	día?			
,	4 vasos vasos a 1			
Alimentos que	D: :	Frecue		N.T.
Consume 1Carne de	Diario	Interdiario	Semanai	Nunca
Pescado				
Pollo				
Res				
Vísceras (Menudencia)				
2 Frutas				
3Verduras				
4Lacteos (Leche, yogur, queso)				
5Menestras (lentejas, frejol, pallares)				
 5. ¿Cuántas horas duerme durante la n a) Menos de 5 horas b) Entre 6-8 horas c) Mas de 10 horas d) No lo tomo en cuenta. 6. ¿Usted trabaja? a) Si () b) No () 	oche?			

Si su respuesta es sí, ¿Cuái	ntas horas al día tral	baja?	
a) 8 horas al díab) 10 horas al díac) 12 horas al díad) Mas de 12 horas			
7. El lavado de manos, Us	sted lo realiza:		
a) Antes de comerb) Después de estornudc) Después de toserd) Después de manipula	lar ()	Después de salir Antes de tomar la Después de come Antes y después	as pastillas (er (
8. La higiene personal (baî	ño) lo realiza:		
a) Diariamenteb) Interdiarioc) Una vez por semanad) Cada 15 días			
9. La habitación donde familiares	Ud. duerme es o	compartida con	otros
a) S Si su respuesta es "si ", r habitación	i() marque con una "X"		arte la
a) Su pareja () c) Hermanos (as) ()	b) Sus hijo d) Un fami	s menores ()	
10. Su dormitorio cuenta	a con ventanas		
a) S	Si () b)	No ()	
¿Con qué frecuencia abi	re las ventanas de su	dormitorio	
b) C c) U	Codos los días Cada semana Una vez en el mes No abro las ventanas		
11. En su hogar cuenta co e iluminación natural du		ermite una venti	llación
Si () N	Jo ()		

12. Marque	con un	x lo que hace	uste	d cuan	ido tose, o	estornuda:	
a)Escupe la	flema al	piso	() N	lo se cubre l	a boca la nariz	()
b)Se cubre con un pañuelo de tela			() (Gira la cabez	a a un costado	
c)Cubre la boca y nariz			(,		ıda sin mascarilla	,
con pape	•		(, -			()
d)Dobla el	Č		() S	e cubre la b	002 ()	
ŕ			(, ,	
la boca y	y la nariz			c	on mascarill	a	
13. Señale sustancias:	Ud. con	n una X l	a fr		ia con que	consume las s	iguientes
Sustancia	Diario	Interdiario	Sen	nanal	Mensual	Solo en fiestas	Nunca
Alcohol							
Cigarrillos							
Drogas							
a) Si ()	b					miliares. una X lo que us	sualmente
b) Peri c) Se r	sume al manece h etira te sume fri	asta la amaneo mprano		() () ()	Consun	te los vasos ne Drogas aparte los cubierto	() () os () ()
a) Mensu	ıal	en que asiste a	a sus	contro	les (peso, e	esputo) es:	
b) Cada (c) Quince d) Diaria	enal						

16. Acude al centro de salud a re	cibir su tratamiento:
a) Si () b) No Si su respuesta es si	0()
Porqué, lo hace: a) Por voluntad propia b) Por influencia de mi familia c) Por influencia del personal d) Por influencia de mis amige	de salud
	se le presenta alguna molestia como náuseas, ar los medicamentos para la tuberculosis?
a) Toma hierbas curativas delb) Va a la farmacia cerca a suc) Comunica al personal de sad) Espera que pase el malesta	casa alud
18. ¿Realiza usted ejercicio?	
a) Si () b) N	No ()
¿Qué tipo de ejercicio realiza u a) Caminata () b) Corre () c) Trota () d) Otros	sted?
19. En su tiempo libre a qué acti	vidad se dedica?
a) Acude al internet () b) Ve televisión () c) Realiza ejercicios () d) Camina ()	Va a fiestas () Lee () Sale con sus familiares () Duerme ()
20. ¿Cuenta usted con apoyo d	le su familia para su tratamiento?
a) Siempro b) Casi sie c) A veces d) Nunca e)	mpre

21. Cuando necesit	a apoyo	para se	entirse	bien o	resolver	algún	problema	que l	(
aqueja:									

b) Buscas su fuec) Trata de que sucede.	en amigos o famili erza interior para re e sus amigos o fa a nadie y se deprii	esolver solo amiliares se	sus problem	nas	le
22. ¿Siente usted q	jue las personas e	n la calle lo	rechazan?		
a)	Si	b)	No		
	es sí, señale qué l				
a)	Se siente m	-			
b)	No lo toma				
c)	Enfrenta a	-			
d)	Otros				
23. Asiste usted a a) Si () Si su respuesta a) Semanal b) Quincenal c) Mensual d) Anual 24¿Qué hace uste cosas materiales?	es afirmativa ¿Cor		encia asiste?		stituye con
*	Escucha men cuenta s amigos y familia monía con Dios y s	res			

MUCHAS GRACIAS

"ANEXO D"

TABLA DE CONCORDANCIA - PRUEBA BINOMIAL

		JUECES										
ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	Prob.			
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,0039			
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0,0039			
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0,0039			
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0,0039			
5	1	1	1	1	0	1	1	1	0,0313			
6	1	1	1	0	1	0	1	1	0,1094			
7	1	1	1	1	0	1	1	1	0,0313			

Favorable = 1

Desfavorable = 0

Si p < 0.5 la concordancia es significativa

ANEXO E

TABLA DE CÓDIGOS

I	DA	TC	S	GE	NE	RA	LES
---	----	-----------	---	-----------	----	----	------------

1.	Edad:	16-26	(1)	27-37	(2)
----	-------	-------	-----	-------	-----

38-48 (3) 49-mas (4)

2. Sexo: (1) Masculino (2) Femenino

3. Grado de Instrucción: Primaria (1) Secundaria (2) Superior (3)

4. Religión: Católico (1) Otros (2) Ninguno (3)

5. Nº de personas en el hogar

$$1-3 = 1$$
 $4-7 = 2$ $7-10 = 3$

6. Estado Civil

Soltero (1) Casado (2) Viudo (3) Conviviente (4) Separado (5)

7.- Ocupación

Independiente (1) Ama de casa (2) Empleado (3) Obrero (4) Desempleado (5)

I. CUESTIONARIO

Respuesta Correcta 1 punto Respuesta Incorrecta 0 puntos

Puntaje Máximo 24 puntos Puntaje Mínimo 0 puntos

MEDIDAS DE AUTOCUIDADO

ITEM	CÓDIGO	CÓDIGO
1	A+B	1
3	С	1
	D	1
4	A	1
5	В	1
6	A	1
7	A+B+C+D	1
8	A	1
9	В	1
10	A	1
11	A	1
12	С	1
13	A	1
14	С	1
15	A	1
16	A	1
17	A C	1
18	A	1
19	С	1
20	A	1
21	A	1
22	В	1
23	A	1
24	D	1

ANEXO F

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

COEFICIENTE DE KUDER – RICHARSON (K-R)

$$\mathbf{KR} = \underbrace{K}_{\text{K-1}} \begin{bmatrix} 1 - & \underline{pi*qi} \\ & SX^2 \end{bmatrix}$$

Donde:

PI*QI= Varianza de cada ítem

 SX^2 = varianza de la prueba x

 $K = N^{o}$ de cada ítem

 $\sum pi.qi = 4,8225$

k = 24

 $SX^2 = 13$

K-R = 0,657

El instrumento utilizado para medir las medidas de autocuidado en pacientes con tuberculosis, es confiable.

ANEXO G

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada "Medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESN-PCT del centro de salud Conde de la Vega Baja Lima – Perú 2012"

Habiendo sido informada de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de investigación, además confío en que la investigación utilizara adecuadamente dicha información asegurando su máxima confidencialidad.

Nombre y firma

Compromiso de Confidencialidad

Estimado (a) paciente:

La investigación de estudio para la cual usted ha manifestado su deseo de participación, habiendo dado su consentimiento informado se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad, de la información obtenida asegurándole que los hallazgos serán utilizados exclusivamente con fines de investigación.

ATTE Flor Ccoicca Almidon

Autora del proyecto de investigación

ANEXO H

TABLA Nº 1

MEDIDAS DE AUTOCUIDADO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ASISTEN A LA ESN –PCT DEL CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA

LIMA – PERÚ

2012

MEDIDAS DE	PACIENTES			
A LITTO CLUDA DO	2.7	0.7		
AUTOCUIDADO	N	%		
ADECUADO	25	62.5		
INADECUADO	15	37,5		
TOTAL	40	100		

ANEXO I

TABLA Nº 2

MEDIDAS DE AUTOCUIDADO RESPECTO A LA ALIMENTACIÓN QUE TIENEN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ASISTEN A LA ESN-PCT DEL CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ

2012

ALIMENTACIÓN			PA			
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	TOTAL	%
Come 5 veces al día	14	35	26	65	40	100
Alimentación balanceada	9	22,5	31	77,5	40	100
Toma 5-7 vasos de agua	7	17,5	33	82,5	40	100
Come en el hogar	33	82,5	7	17,5	40	100

ANEXO J

TABLA Nº 3

2012

Alimentación	Dia	rio	Interdiario		Semanal		Nunca		Total	
Balanceada	Nº	%	N° %		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Frutas	18	45	15	37,5	6	15	1	2,5	40	100
Verduras	14	35	13	32,5	4	10	3	7,5	40	100
Lácteos	14	35	8	32,5	11	28	4	10	40	100
Menestras	4	10	16	40	13	33	4	10	40	100
Proteínas	5	12,5	16	40	15	38	4	10	40	100

ANEXO K

TABLA Nº 4

MEDIDAS DE AUTOCUIDADO RESPECTO A DESCANSO Y SUEÑO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ASISTEN A LA ESN-PCT DEL CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ

2012

DESCANSO Y SUEÑO	PAC	IENTES
	N°	%
Menos de 5 horas	5	12,5
Duerme 6-8 horas	28	70
Más de 10 horas	3	7,5
No lo toma en cuenta	4	10
TOTAL	40	100

ANEXO L

TABLA Nº 5

HORAS DE TRABAJO QUE REALIZAN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ASISTEN A LA ESN-PCT DEL CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ

2012

	1					
	PAC	PACIENTES				
HORAS DE TRABAJO	N	%				
No trabaja	14	35				
8 horas al día	14	35				
10 horas al día	5	12,5				
12 horas al día	2	5				
Más de 10 horas	5	12,5				
TOTAL	40	100				

ANEXO LL

TABLA Nº 6

MEDIDAS DE AUTOCUIDADO RESPECTO A MEDIDAS HIGIÉNICAS QUE TIENEN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ASISTEN A LA ESN-PCT DEL CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA

LIMA – PERÚ

2012

MEDIDAS HIGIENICAS	PACIENTES							
HIGHERICAS	,	SI	N	10	TOTAL	%		
	Nº	%	Nº	%				
Higiene diario	28	70	12	30	40	100		
Habitación								
privada	18	45	22	55	40	100		
Ventilación e								
iluminación	34	85	6	15	40	100		
Ventanas en el								
dormitorio	26	65	14	35	40	100		
Lavado de manos	10	25	30	75	40	100		
Uso de papel	_							
desechable	19	47,5	21	52,5	40	100		

ANEXO M

TABLA Nº 7

MEDIDAS DE AUTOCUIDADO RESPECTO A HÁBITOS NOCIVOS QUE TIENEN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ASISTEN A LA ESN-PCT DEL CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA

LIMA – PERÚ

2012

HÁBITOS NOCIVOS	PACIENTES								
		SI]	NO					
	Nº	%	Nº	%	TOTAL	%			
Alcohol	15	37,5	25	62,5	40	100			
Cigarrillos	9	22,5	41	77,5	40	100			
Drogas	3	7,5	37	92,5	40	100			
Asiste a fiestas	11	27,5	29	72,5	40	100			

ANEXO N

TABLA Nº 8

MEDIDAS DE AUTOCUIDADO RESPECTO A CONTROL Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD QUE TIENEN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ASISTEN A LA ESN-PCT DEL CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ 2012

CONTROL	PACIENTES							
TRATAMIENTO	SI		N	NO		TAL		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Asiste al								
tratamiento	34	85	6	15	40	100		
Acude a sus								
controles	34	85	6	15	40	100		
Comunica molestias	24	60	16	40	40	100		
al personal de salud								

ANEXO \tilde{N}

TABLA Nº 9

MEDIDAS QUE TIENEN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS ANTE MOLESTIAS DEL TRATAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA

LIMA – PERÚ

2012

TRATAMIENTO	PACIENTES			
IKATAMIENTO	Nº	%		
Comunica al personal de salud	23	57,5		
Acude a la farmacia	7	17,5		
Espera que pase el malestar	7	17,5		
Usa hierbas medicinales	3	7,5		
Total	40	100		

ANEXO O

TABLA Nº 10

MEDIDAS DE AUTOCUIDADO RESPECTO A EJERCICIO Y RECREACIÓN QUE TIENEN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ASISTEN A LA ESN-PCT DEL CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ 2012

Ejercicio y Recreación	PACIENTES							
		SI	TO	ΓAL				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Ve televisión	29	72,5	11	27,5	40	100		
Practica ejercicios	13	32,5	27	67,5	40	100		
Sale con la familia	11	27,5	29	72,5	40	100		
Acude al internet	9	22,5	31	77,5	40	100		

ANEXO P

TABLA Nº 11

MEDIDAS DE AUTOCUIDADO RESPECTO A APOYO EMOCIONAL, SOCIAL Y ESPIRITUAL QUE TIENEN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ASISTEN A LA ESN-PCT DEL CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ

2012

Apoyo emocional	PACIENTES					
Social y espiritual		SI]	NO	ТО	TAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Apoyo de la red social.	32	80	8	20	40	100
Rechazo	3	7,5	37	92,5	40	100
Asiste a la iglesia	13	32,5	27	67,5	40	100
Busca a Dios	17	42,5	23	57,5	40	100

ANEXO Q

TABLA Nº 12

EDAD DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ASISTEN A LA ESN-PCT DEL CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ

2012

	PACIENTES		
EDAD	N	%	
16-26	18	45	
27-37	14	35	
38-48	5	12,5	
49 - a más	3	7,5	
TOTAL	40	100	

ANEXO R

TABLA Nº 13

SEXO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ASISTEN A LA ESN-PCT DEL CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ

2012

	PA	CIENTES
SEXO	N	%
Masculino	27	67,5
Femenino	13	32,5
TOTAL	40	100

ANEXO S

TABLA Nº 14

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ASISTEN A LA ESN-PCT DEL CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ

2012

	PACIENTES		
GRADO DE INSTRUCCIÓN	N	%	
Primaria	3	7,5	
Secundaria	34	85%	
Superior	3	7,5	
TOTAL	40	100	

ANEXO T

TABLA Nº 16

RELIGIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ASISTEN A LA ESN-PCT DEL CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ

2012

	PACIENTES		
RELIGIÓN	N	%	
Católico	21	52,5	
Otros	12	30	
Ninguna	7	17,5	
TOTAL	40	100	

ANEXO U

TABLA Nº 17

NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ASISTEN A LA ESN-PCT DEL CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ 2012

NÚMERO DE PERSONAS EN	PACIENTES		
EL HOGAR	N	%	
1-3 personas	7	17,5	
4-7 personas	22	55	
8 a más	11	27,5	
TOTAL	40	100	

ANEXO V

TABLA Nº 18

ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ASISTEN ESN-PCT DELCENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ 2012

ESTADO	PACIENTES		
CIVIL	Nº	%	
Soltero	21	52,5	
Casado	6	15	
Viudo	1	2.5	
Conviviente	12	30	
TOTAL	40	100	

ANEXO W

TABLA Nº 19

OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ASISTEN A LA ESN-PCTDEL CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ 2012

	PACIENTES		
OCUPACIÓN	N	%	
Independiente	16	40	
Ama de casa	6	15	
Empleado	8	20	
Obrero	2	5	
Desempleado	8	20	
TOTAL	40	100	