



1859

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

TÍTULO

“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE TUBERCULOSIS DEL PERSONAL DE SALUD DE AGUANGORA, CENTRO 2, CHUQUIRIBAMBA, CONSACOLA, DANIEL ÁLVAREZ, HÉROES DEL CENEP, SAN CAYETANO, DEL DISTRITO 11D01 LOJA, PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2016”

MACROPROYECTO: CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE TUBERCULOSIS DEL PERSONAL DE SALUD DEL DISTRITO 11D01 LOJA, PERIODO MAYO-OCTUBRE 2016.

**Tesis previa a la obtención
del Título de Médico General**

AUTORA: *Daniela Carolina Guaicha Valarezo*

DIRECTOR: *Dr. Tito Goberth Carrión Dávila, Mg. Sc.*

LOJA-ECUADOR

2017

CERTIFICACIÓN

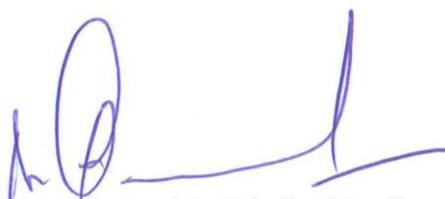
Loja, 12 de Octubre del 2017

Dr. Tito Goberth Carrión Dávila, Mg .Sc.

DIRECTOR DE TESIS**CERTIFICA**

Que el presente trabajo previo a la obtención del título de Médico General titulado **“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE TUBERCULOSIS DEL PERSONAL DE SALUD DE AGUANGORA, CENTRO 2, CHUQUIRIBAMBA, CONSACOLA, DANIEL ÁLVAREZ, HÉROES DEL CENEP, SAN CAYETANO, DEL DISTRITO 11D01 LOJA, PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2016”**, mismo que pertenece al **MACROPROYECTO: CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE TUBERCULOSIS DEL PERSONAL DE SALUD DEL DISTRITO 11D01 LOJA, PERIODO MAYO-OCTUBRE 2016.**, de autoría de la estudiante, **Daniela Carolina Guaicha Valarezo**, ha sido realizado bajo mi asesoramiento, dirección y supervisión, por lo que al cumplir con los requisitos reglamentarios autorizo su presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,



Dr. Tito Goberth Carrión Dávila, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Daniela Carolina Guaicha Valarezo, declaro ser autora del presente trabajo de Tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional- Biblioteca Virtual.

Firma:  _____

Autora: Daniela Carolina Guaicha Valarezo

CI: 1105550840

Fecha: 12 de Octubre del 2017.

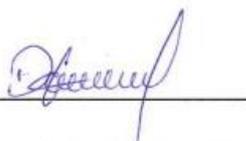
CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Daniela Carolina Guaicha Valarezo, autora de la tesis: “**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE TUBERCULOSIS DEL PERSONAL DE SALUD DE AGUANGORA, CENTRO 2, CHUQUIRIBAMBA, CONSACOLA, DANIEL ÁLVAREZ, HÉROES DEL CENEP, SAN CAYETANO, DEL DISTRITO 11D01 LOJA, PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2016**”, cumpliendo el requisito que permite obtener el grado de Médico General autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, difunda con fines estrictamente académicos la producción intelectual de esta casa de estudios superiores.

Los usuarios, libremente, pueden consultar el contenido de este trabajo a través del Repositorio Digital Institucional, accediendo a las redes de información del país y del extranjero con las cuales la Universidad mantenga convenios.

La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, 12 de Octubre del 2017.

Firma:



Autora: Daniela Carolina Guaicha Valarezo

Cédula: 1105550840

Correo electrónico: danitakrol@gmail.com

Dirección: La Argelia. **Teléfono:** 0969969981

Director de tesis: Dr. Tito Goberth Carrión Dávila. Mg, Sc.

Tribunal de tesis:

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán, Mg. Sc.

PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

Dr. Richard Orlando Jiménez, Mg. Sc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra. Fanny Karina León Loaiza, Esp.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo investigativo, en mi primera instancia a Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme las fuerzas necesarias para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mis padres, quienes por ellos soy lo que soy, por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para poder culminar mis estudios. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi empeño y mi perseverancia para conseguir mis objetivos. Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

A mis hermanas, con quienes he compartido tantos momentos y han estado en cada etapa apoyándome.

Este esfuerzo y testimonio de dedicación comparto también con mis docentes como expresión sincera de gratitud y respeto a sus conocimientos, sabiduría y orientación brindados.

Daniela Carolina.

AGRADECIMIENTO

Al término del presente trabajo investigativo exteriorizo mi agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, paradigma en la formación de la juventud, por haberme acogido como estudiante y en sus aulas propiciar los espacios adecuados para mi preparación profesional. El reconocimiento sincero a cada uno de los docentes de la Carrera de Medicina Humana por haberme entregado conocimientos y experiencias que me otorgan la seguridad de donar lo aprendido orientando mi voluntad, capacidad y afán de servicio al prójimo. A las personas que de una u otra forma contribuyeron para hacer de mí una profesional capaz de enfrentar con ética y responsabilidad la vocación para ejercer la Medicina realizando cada acción con profunda convicción y conciencia social; de igual manera mi agradecimiento sincero al Dr. Tito Carrión Dávila quien con acierto y entrega desinteresada, dirigió y guio la presente tesis sin el más mínimo atisbo de egoísmo y que con sus orientaciones acertadas contribuyó en la corrección para culminar el desarrollo del presente trabajo. En fin a todos quienes de una u otra manera han puesto su granito de arena en el curso de la investigación efectuada, facilitando llegar a la culminación de este importante tema investigativo; a nuestra sociedad en general, que constituye el motor que impulsa este incansable afán de servir y contribuir a su consolidación desde cada campo en el que nos formamos.

La autora.

ÍNDICE

CARATULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN	2
SUMMARY	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA	6
1. Tuberculosis	6
1.1. Definición	6
1.2. Etiología.....	6
1.3. Transmisión	6
1.4. Factores de riesgo	7
2. Prevención de la tuberculosis	7
2.1. Vacunación.....	8
2.2. Control de contactos.....	9
2.3. Quimioprofilaxis.....	9
2.4. Educación para la salud.....	9
2.5. Medidas preventivas contra la tuberculosis	10
2.6. Cuidados del paciente con tuberculosis.....	10

3. Recomendaciones al alta	11
3.1. Mediación	11
3.2. Alimentación nutrición	11
3.3. Hábitos higiénicos	12
3.4. Normas de bioseguridad	12
4. Diagnóstico	13
5. Manifestaciones clínicas	13
5.1. Signos y síntomas	13
5.2. Exámenes	14
5.2.1. Radiografía de tórax	14
5.2.1.1. Signos radiológicos en personas con VIH y TB pulmonar	14
5.2.2. Baciloscopia	15
6. Diagnóstico	16
6.1. Broncoscopia	16
6.2. Toracentesis	16
6.3. Otros: biopsia	16
7. Tratamiento	17
7.1. Esquema sobre el tratamiento de la tuberculosis	18
7.1.1. Tratamiento para casos nuevos con TB pulmonar y extrapulmonar sensible 18	
7.1.2. Tratamiento para casos con riesgo o evidencia de tener TB resistente a medicamentos	19
7.2. Administración del tratamiento DOTS (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado)	19
7.2.1. Quién administra el TDO (Tratamiento Directamente Observado)... 20	
7.2.2. Cómo y cuándo administrar el TDO (Tratamiento Directamente Observado)	20

7.2.3.....	20
8. Actitudes del personal de salud frente a la tuberculosis pulmonar	21
8.1. Componente cognitivo: Creencias y conocimientos	21
8.2. Componente afectivo: Sentimientos y emociones	21
8.3. Componente conductual: Experiencias en comportamientos anteriores... ..	21
8.4. Clasificación de la actitud.....	21
8.4.1. Aceptación.	21
8.4.2. Indiferencia.-	21
8.4.3. Rechazo.-.....	22
9. Escala tipo Likert	22
9.1. Categorización de la escala tipo Likert	22
9.2. Alternativas.....	22
9.3. Puntaje.....	22
9.4. Aspectos a tomar en cuenta	23
9.5. Elaboración de la escala de Likert.....	23
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	24
6. RESULTADOS	28
7. DISCUSIÓN.....	44
8. CONCLUSIONES.....	46
9. RECOMENDACIONES	47
10. BIBLIOGRAFÍA	48
11. ANEXOS	50

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	28
Tabla N° 2	29
Tabla N° 3	30
Tabla N° 4	31
Tabla N° 5	32
Tabla N° 6	33
Tabla N° 7	34
Tabla N° 8	35
Tabla N° 9	36
Tabla N° 10	37
Tabla N° 11	38
Tabla N° 12	39
Tabla N° 13	40
Tabla N° 14	41
Tabla N° 15	42
Tabla N° 16	43

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1	28
Gráfico N° 2	29
Gráfico N° 3	30
Gráfico N° 4	31
Gráfico N° 5	32
Gráfico N° 6	33
Gráfico N° 7	34
Gráfico N° 8	35
Gráfico N° 9	36
Gráfico N° 10	37
Gráfico N° 11	38
Gráfico N° 12	39
Gráfico N° 13	40
Gráfico N° 14	41
Gráfico N° 15	42
Gráfico N° 16	43

1. TÍTULO

“Conocimientos y actitudes sobre tuberculosis del personal de salud de Aguangora, Centro 2, Chuquiribamba, Consacola, Daniel Álvarez, Héroes del Cenepa, San Cayetano, del distrito 11D01 Loja, período mayo-octubre 2016”

2. RESUMEN

La tuberculosis es un problema de salud pública a nivel mundial, se estima que la tercera parte de la población está infectada con el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. En 2015 el número estimado de casos nuevos de tuberculosis fue de 10,4 millones, de los cuales 1,8 millones murieron por esta causa, sin contar unos 400 mil más entre los afectados con coinfección Tuberculosis/VIH. La presente investigación tiene como objetivo establecer el nivel de conocimiento y las actitudes respecto a prevención, diagnóstico y tratamiento de tuberculosis del personal de salud operativo en centros de salud pertenecientes al Distrito 11D01, Loja. Para ello, se presenta un estudio descriptivo, transversal, el área de estudio la conformaron 7 unidades de salud, el universo y muestra, 70 personas a quienes se aplicó un cuestionario con 15 preguntas de opción múltiple y un test, basado en la escala de Likert con 15 propuestas, las mismas que permitieron recolectar la información necesaria, la cual fue analizada, tabulada y representada mediante gráficos estadísticos. Se encontró que 49% del personal de salud encuestado presentó un nivel de conocimiento regular, 37% alto y un 14% nivel bajo; en lo concerniente a actitud de prevención, 61% demostró aceptación, 37% indiferencia y 1% rechazo; en cuanto a diagnóstico, 73% demostró aceptación, 27% indiferencia y en lo referente hacia tratamiento, 64% presentó aceptación, 34% indiferencia y 1% rechazo a las medidas propuestas. Sobre la base de los resultados se fortaleció una propuesta de normas de prevención de tuberculosis establecida por el MSP, teniendo en cuenta las evidencias científicas aportadas.

PALABRAS CLAVE: Conocimiento-Tuberculosis; Actitudes- Tuberculosis.

SUMMARY

Tuberculosis is a public health problem worldwide, it is estimated that a third of the population is infected with the Mycobacterium tuberculosis bacillus. In 2015, the estimated number of new cases of tuberculosis was 10.4 million, of which 1.8 million died because of this, without counting about 400 thousand more among those infected with tuberculosis / HIV coinfection. The present research aims to establish the level of knowledge and attitudes regarding the prevention, diagnosis and treatment of tuberculosis of operational health personnel in health centers belonging to District 11D01, Loja. For this purpose, a descriptive cross-sectional study was presented, where the study area consisted of 7 health units, and the universe and the sample, 70 people, who were asked a questionnaire with 15 multiple choice questions and one test, based on the Likert scale with 15 proposals, tools that allowed to collect the necessary information, which was analyzed, tabulated and represented by statistical graphs. It was found that 49% of the health personnel surveyed presented a regular level of knowledge, 37% high and 14% a low level; with regard to prevention attitude, 61% showed acceptance, 37% indifference, and 1% rejection; in terms of diagnosis, 73% showed acceptance, 27% indifference and in regard to treatment, 64% presented acceptance, 34% indifference and 1% rejection of the proposed measures. On the basis of the results, a proposal for tuberculosis prevention standards established by the Ministry of Public Health was strengthened, taking into account the scientific evidence provided.

KEYWORDS: Tuberculosis-Knowledge; Attitudes- Tuberculosis.

3. INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad altamente trascendente en salud pública, lo cual se evidencia por las altas tasas de morbilidad y mortalidad. La elevada frecuencia en países en vías de desarrollo tiene fuertes repercusiones económicas y sociales, debido a su efecto sobre todo en la población económicamente activa, situación a la que Ecuador no es ajeno.

Es una de las enfermedades más antiguas que afecta al ser humano, a nivel mundial es la segunda causa de muerte después del SIDA. En 2010 se calculaban entre 8,5 y 9,2 millones de casos y de 1,2 a 1,5 millones de muertes, incluyendo las muertes por tuberculosis de personas con VIH/sida. (Cardona-Arias & Hernández, 2013).

En América Latina en el 2013, se estima que hubo 285.200 nuevo casos de tuberculosis, más de dos tercios (69%) de todos los nuevos casos ocurrieron en dos subregiones de América del Sur, destacando la región Andina. (Organización Panamericana de la Salud, 2012)

En Ecuador, desde décadas atrás se reportan cifras elevadas de tuberculosis en todas sus provincias. En la ciudad de Loja a través del Distrito de Salud 11D01 se dio a conocer que para el año 2015 fueron 28 el número de personas infectadas con tuberculosis, de los cuales 14 corresponden al género masculino y 14 al femenino; en el año 2016 se reportaron 40 casos, de los cuales 25 corresponden al género masculino y 15 al género femenino hecho de por sí alarmante, al cual se debe acuñar que dentro de las pacientes infectados constan 2 profesionales de salud, pertenecientes al personal operativo de los centros de salud de la ciudad.

Ante la problemática que despierta dicha enfermedad, desde 1999, luego de una evaluación del Programa Regional de Tuberculosis de la Organización Panamericana de Salud (OPS), se recomienda implementar la Estrategia DOTS (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) en Ecuador.

En 2008 se elaboró el Plan Estratégico del Programa Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis, basado en intervenciones respaldadas con acciones dirigidas a la población pobre y vulnerable a esta enfermedad.

Desde hace aproximadamente dos años, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha planteado un nuevo modelo de atención integral que pretende responder a las necesidades

y demandas de los ciudadanos en el marco del respeto a sus derechos (salud, estilos de vida, entornos, organización, políticas, educación, trabajo, otros), modelo que contempla estrategias de salud familiar y comunitaria, así como la incorporación de un enfoque intercultural.

Uno de los aspectos más significativos de este modelo es la acción extramural del personal de salud, el cual llega a los hogares de zonas dispersas y que no tenían acceso a los servicios de salud, aspecto que se convierte en una oportunidad para incorporar algunas actividades del Programa Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (PCT), principalmente la detección de sintomáticos respiratorios, lo que permitirá mejorar la detección de casos de tuberculosis. (Ministerio de Salud Pública, 2010).

Con la presente investigación se pretende establecer el nivel de conocimiento y las actitudes sobre tuberculosis del personal de salud de Aguangora, Centro 2, Chuquiribamba, Consacola, Daniel Álvarez, Héroe Del Cenepa, San Cayetano, del Distrito 11D01 Loja, durante el período Mayo-Octubre 2016. En relación a los objetivos específicos se busca determinar el nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud y valorar las actitudes sobre tuberculosis respecto a prevención, diagnóstico y tratamiento.

Para la presente propuesta de investigación se utilizaron instrumentos los cuales fueron: un cuestionario que constó de 15 preguntas de opción múltiple y un test, basado en la escala de Likert, con 15 propuestas de acuerdo a las variables de estudio.

El presente trabajo investigativo es relevante puesto que el conocimiento y las actitudes sobre tuberculosis del personal de salud pueden constituir un factor de vulnerabilidad para las personas que padecen y siguen un plan de tratamiento, así como un factor de riesgo para el personal operativo que labora en las distintas unidades de salud.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

1. Tuberculosis

1.1. Definición

Longos, y otros (2012) afirma:

La tuberculosis (TB), una de las enfermedades más antiguas que ha afectado a seres humanos y que tal vez existió desde las épocas de los prehomínidos, es una causa importante de muerte a nivel mundial. Esta enfermedad es causada por una bacteria del complejo de *Mycobacterium tuberculosis* que suele afectar pulmones y hasta en 33% de los casos hay afectación de otros órganos. Si se trata correctamente, la TB por cepas farmacosensibles se cura prácticamente en todos los casos, pero sin tratamiento 50 a 65% de los enfermos puede morir en un plazo de cinco años. El contagio suele ocurrir por vía aérea, a través de las gotitas que expulsan los pacientes con TB contagiosa. (pág. 1).

1.2. Etiología

El agente etiológico de la tuberculosis pertenece al género *Mycobacterium*, caracterizado por ser un bacilo fino, inmóvil, no esporulado y positivo a la tinción Gram. Comprende más de 100 especies, dentro de las cuales, las productoras de tuberculosis son: *M. tuberculosis*, *M. bovis* y *M. africanum*; también se incluye *M. microti*.

Las partículas infecciosas son inhaladas y sólo las más pequeñas escapan de las defensas de superficie de las vías respiratorias y llegan hasta los alveolos pulmonares. A nivel alveolar, los macrófagos consiguen en la mayoría de los casos eliminar las partículas infecciosas por fagocitosis. Los bacilos se multiplican en el interior de los macrófagos que, al destruirse y una vez en el espacio extracelular, a través de la vía linfática llegan hasta los ganglios del mediastino y, por la sangre, a numerosos aparatos del organismo. Los bacilos anidan especialmente en órganos con abundante sistema reticuloendotelial y bien oxigenados. La inmunidad adquirida o específica frena la multiplicación de los bacilos, pero no se establece plenamente hasta las 6 a 14 semanas tras la infección (Ocaña, 2012).

1.3. Transmisión

El ser humano infectado es el principal reservorio del bacilo. La fuente de contagio casi exclusiva es la persona enferma de tuberculosis (pulmonar, bronquial o laríngea). La transmisión habitual ocurre a partir de una persona afecta de tuberculosis bacilífera que al

toser, estornudar o hablar expulsa partículas de secreciones respiratorias que contienen bacilos. La capacidad de contagio de un enfermo está determinada por la comunicación de sus lesiones con las vías aéreas y es superior en los enfermos que tienen mayor número de microorganismos en sus lesiones y que los eliminan abundantemente con las secreciones respiratorias. Existen factores que aumentan el riesgo de infección, entre los cuales se encuentra la convivencia con un caso contagioso y la edad de las personas expuestas (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, 2010).

1.4. Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo asociados a tuberculosis, se encuentran:

- Contacto directo con pacientes diagnosticados de tuberculosis
- Lactantes y niños menores de 5 años
- Personas con compromiso inmunológico (infección por VIH, diabetes mellitus, enfermedad renal, cáncer y personas con trasplantes de órganos)
- Malas condiciones higiénicas y hacinamiento
- Personal de salud, que tiene contacto cercano con pacientes con tuberculosis
- Pobre o nula educación sobre normas de bioseguridad frente a tuberculosis (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2016).

2. Prevención de la tuberculosis

La salud comunitaria es la principal área de trabajo del personal de salud, consiste en la atención de grupos humanos vulnerables, con necesidades, problemas o riesgos sanitarios en común, teniendo en cuenta que la unidad de atención es la familia y la comunidad.

Por ello la atención primaria por parte del personal de salud, se enfatiza en la educación, control de tratamiento y seguimiento de las personas contagiadas de tuberculosis y la supervisión de sus contactos.

Teniendo en cuenta que la prevención tiene como finalidad evitar la infección o diseminación de la tuberculosis y, en caso de que esta se produzca, tomar medidas para evitar el paso de infección a enfermedad. Estas medidas están dirigidas a evitar la diseminación del bacilo de Koch, el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la tuberculosis.

La medida preventiva más eficaz es evitar el contagio, eliminando fuentes de infección presentes en la comunidad a través del diagnóstico precoz, así como el cumplimiento del tratamiento de los casos ya diagnosticados como positivos (OMS, 2012).

2.1.Vacunación

La vacuna BCG (Bacilo de Calmette–Guerin) es una vacuna con virus atenuados, obtenida originalmente a partir del Mycobacterium Boris. Su aplicación tiene como objetivo provocar la respuesta inmune útil que reduce la morbilidad tuberculosa por infección primaria. La vacuna BCG se aplica gratuitamente a los recién nacidos. Su importancia radica en la protección que brinda contra las formas graves de tuberculosis infantil, especialmente la meningoencefalitis tuberculosa y la tuberculosis miliar en la población menor de 5 años. Es responsabilidad del programa ampliado de inmunización garantizar adecuadas coberturas de vacunación BCG en el ámbito de la jurisdicción de cada establecimiento de salud.

Cada dosis de 0,1 ml de vacuna reconstituida contiene aproximadamente 0,05 mg del bacilo Calmette-Guerin y entre $1,5-6,0 \times 10^5$ de unidades viables. Cada ampolla solvente contiene 3 mg de Sodio L.-Glutamato Monohidrato.

Vienen en presentaciones de: frasco ampolla de 10 dosis, incluido el diluyente, o frasco ampolla de 20 dosis, incluido el diluyente. Cada caja presenta 50 frascos liofilizados, lo que equivale a 500 dosis. Cada una con su ampolla solvente.

La vacunación con BCG debe efectuarse por personal de salud capacitado y adiestrado, las normas de asepsia y antisepsia deben ser aplicadas rigurosamente. Se recomienda utilizar una jeringa calibre 26G 3/8 pulgadas o 27G. La dosis correspondiente es de 0,1 ml de vacuna reconstituida en dosis única. La vía de administración es la intradérmica, en el tercio superior de la región deltoidea del brazo derecho. En condiciones ideales se recomienda su aplicación al nacimiento, pero si no se administra en dicho periodo es conveniente hacerlo antes del primer año de vida o incluso hasta los 4 años.

Luego de aplicada la vacuna, aparece entre el segundo a tercer día un nódulo plano de 3 mm, con reacción eritematosa que puede desaparecer rápidamente o persistir hasta la tercera semana, en que aumenta de tamaño, se eleva y adquiere un tono rojizo de mayor intensidad. Continúa su crecimiento, adquiriendo a veces un carácter fluctuante y a los 30 a 35 días se produce una pequeña ulceración con salida de material seropurulento de lenta

cicatrización. Luego se establece una cicatriz característica, deprimida, del tamaño de una lenteja, primero de color rojizo y luego acrómica.

Las complicaciones son poco frecuentes, puede aparecer adenitis supurativas, ulceración persistente y la formación de abscesos; muchas de estas complicaciones son por técnicas inadecuadas de aplicación. La complicación más seria por la vacunación con BCG es la infección diseminada con el bacilo (Calmette-Guerín) y la osteítis que ocurre en menos de 1 por 100.000 vacunados y se ha visto sobre todo en pacientes con SIDA o pacientes con compromiso inmunológico que se han vacunado por error (Sánchez, Valencia, Montes, Sánchez, & Flores, 2008).

2.2.Control de contactos

Se denomina contactos a las personas que conviven con el enfermo de tuberculosis. Con esta actividad (de control) se trata de detectar casos de tuberculosis y prevenir el riesgo de enfermar. Sabiendo que es de carácter prioritario, debido a que son las personas que han estado expuestas a contagio y presentan mayor posibilidad de infección, y a desarrollar la enfermedad.

2.3.Quimioprofilaxis

Consiste en la administración de isoniacida a los contactos de pacientes con diagnóstico de tuberculosis – frotis positivos menores de 5 años y a pacientes con infección por VIH/SIDA sin evidencia de tuberculosis. Su objetivo específico es prevenir y disminuir el riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa en los infectados. La indicación de la quimioprofilaxis será responsabilidad exclusiva del médico tratante de los establecimientos de salud (Cajamarca, 2015).

2.4.Educación para la salud

La información, educación y comunicación en la ENPCT permite abordar el problema social de la enfermedad desde el punto de vista del desarrollo local y del concepto de salud integral en factores de riesgo y medidas de prevención. Las veces que no se cumplan dichas actividades serán oportunidades perdidas. Se recomienda realizar un proceso de diálogo entre el afectado por TB, su familia, el personal de salud y/o el agente/promotor comunitario para lograr la adopción de una conducta colectiva que disminuya el riesgo de infección y/o enfermar por TB en la comunidad.

Se recomienda a todo el personal de salud incorporar en cada una de sus consultas la identificación de Sintomático Respiratorio y medidas preventivas.

Se recomienda desarrollar procesos de educación para la salud integral con todo afectado con TB para garantizar la adherencia al tratamiento.

2.5. Medidas preventivas contra la tuberculosis

Como mejor medida de prevención para evitar el contagio y transmisión, se recomienda insistir en medidas básicas para el afectado, como:

- Cubrirse la boca al toser o estornudar, y usar mascarillas al menos durante las primeras dos semanas luego de iniciar el tratamiento.
- Se recomienda que el personal de salud que labora en áreas de riesgo se realice una radiografía de tórax anual y, de ser posible, una prueba de tuberculina al momento del ingreso laboral.
- Se recomienda la realización de pruebas de VIH a todos los afectados por TB, y a aquellos en quienes se sospeche de TB.
- Lo mejor para evitar la TB es diagnosticar y aislar rápidamente los casos infecciosos y emprender el tratamiento apropiado hasta que los pacientes sean calificados como no infectantes (por lo común dos a cuatro semanas después de comenzar el tratamiento apropiado) y se considere que la enfermedad ya curó. Otras estrategias consisten en la vacunación con BCG y el tratamiento de la infección tuberculosa latente en los individuos muy proclives a avanzar hasta la enfermedad activa.

2.6. Cuidados del paciente con tuberculosis

El paciente deberá recibir la atención que amerita si se encuentra hospitalizado y se realizará las siguientes actividades:

- Control de temperatura
- Vigilar la aparición de signos y síntomas de elevación de temperatura
- Adm. de antitérmicos, medios físicos y abundantes líquidos.
- Ingesta de abundantes líquidos si no existe contraindicación de la vía oral y/o restricción de ellos.
- Balance hídrico.

- Fisioterapia respiratoria (percusión, vibración, drenajes posturales)
- Adm. de aerosoles de suero fisiológico si no existe contraindicación (hemoptisis)
- Enseñar al paciente a realizar tos asistida y controlada.
- Estimular al paciente a toser y expectorar (toilette respiratoria).
- Se administrarán 5-6 comidas (poco copiosas pero frecuentes)
- Dejar que el paciente pueda elegir lo que desea comer de acuerdo con los alimentos recomendada.
- Ir enseñándole la dieta adecuada (plan de educación al alta)
- Administración de suplementos dietéticos si los precisa.

3. Recomendaciones al alta

3.1.Mediación

- Importancia de la toma diaria de medicación, especialmente en ayunas o antes de las comidas. En caso de intolerancia, acudir a su médico de cabecera.
- Insistir en el abandono del tabaco, drogas y otros hábitos no saludables.
- Especialmente importante es no tomar NADA DE ALCOHOL dado el riesgo de fallo hepático, al combinarlo con el tratamiento.
- Durante el tratamiento con Rifampicina es norma que la orina y las secreciones tengan un tinte naranja, pudiendo teñir las lentes de contacto.

3.2.Alimentación nutrición

- La dieta tiene que ser adecuada, completa, variada y equilibrada, insistiendo en abundantes líquidos y respetando como mínimo las cuatro comidas al día. La comida es fundamental como una parte muy importante del tratamiento. Es conveniente que continúe con la dieta que tenía durante su hospitalización.
- No tomar grasas en el desayuno (mantequilla), porque interfieren en la asimilación de la medicación y tardará más tiempo en ser efectivo.

3.3.Hábitos higiénicos

- Aseo diario: baño y cuidado de piel y mucosas.
- Cuidado de la boca: cepillado de dientes y revisiones periódicas.
- Hidratación de la piel: abundantes líquidos y cremas hidratantes.
- La higiene en el domicilio consiste en ventilar la habitación diariamente y cambiar la ropa de cama sin sacudir.
- Ejercicio moderado con paseos diarios.
- Aunque ya no esté contagiado, procurará toser cubriéndose la boca con un pañuelo, lo mismo que si tuviera que expectorar.

3.4.Normas de bioseguridad

- Se recomienda la utilización de respiradores o máscaras N95 para bacilo de Koch por parte del personal de salud y los familiares. Las mascarillas de protección tipo quirúrgica solo son eficaces cuando las utiliza el afectado.
- Se recomienda que, al considerar el uso de respiradores N95, se insista en la colocación y uso adecuado, asegurándose de que este quede firmemente ajustado al rostro.
- Se recomienda reforzar la importancia del lavado de manos antes y después de la atención de todo paciente y facilitar instalaciones para hacerlo (jabón, agua limpia, toallas desechables)
- Se recomienda el uso de respiradores N95 en los siguientes casos:
 - Durante el procedimiento de la toma de muestras de esputo y la atención a afectados en habitaciones de aislamiento para TB.
 - Durante la realización de broncoscopias u otros procedimientos que inducen tos o generan aerosoles.
 - Durante las actividades de limpieza que se realizan en áreas donde se encuentran afectados con bacteriología positiva.
 - Durante la realización de autopsias.
 - Durante el traslado de afectados con TB bacteriología positiva

(ambulancias y vehículos institucionales).

- Todo personal de salud que se encuentre en contacto con afectados TBP con bacteriología positiva.

4. Diagnóstico

Lo esencial para diagnosticar la tuberculosis es mantener siempre un alto índice de sospecha sobre esta enfermedad. El diagnóstico no es difícil en los pacientes de alto riesgo, por ejemplo, en un alcoholico indigente que presenta los síntomas habituales y una radiografía de tórax con las lesiones típicas de infiltrados y cavitaciones en los lóbulos superiores. En cambio, el proceso puede pasar inadvertido en un anciano que habita en un asilo, o en un adolescente que presenta un infiltrado focal.

Muchas veces el diagnóstico se sospecha cuando se encuentra una radiografía de tórax anormal en un paciente que se está estudiando a causa de síntomas respiratorios. Si no hay algún otro proceso o complicación que favorezca la inmunodepresión, en la radiografía de tórax pueden encontrarse los signos característicos: infiltrados y cavitación de los lóbulos superiores. Cuanto más tiempo transcurre entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico, más probable es el hallazgo de enfermedad cavitaria. En cambio, los pacientes inmunodeprimidos, como los infectados por el VIH, pueden tener signos “atípicos” en la radiografía de tórax, por ejemplo, infiltrados en los campos inferiores sin formación de cavernas.

5. Manifestaciones clínicas

5.1. Signos y síntomas

Los principales síntomas para sospechar de TB pulmonar son:

- tos
- expectoración por más de 15 días

Además de estos pueden presentarse:

- fiebre,
- sudoración nocturna,
- pérdida de apetito,
- baja de peso,
- dolor torácico,
- astenia

- hemoptisis.

En caso de existir síntomas generales como: fiebre, sudoración nocturna, pérdida de apetito y signos específicos por daño en órganos diana, se debe sospechar en TB extrapulmonar.

5.2.Exámenes

Dentro de los exámenes que se deben realizar a una persona sintomático respiratorio se encuentran:

5.2.1. Radiografía de tórax

La TB pulmonar se sospecha al principio por los signos anormales visibles en la radiografía de tórax de un paciente que presenta síntomas respiratorios. El cuadro “clásico” es el de enfermedad de lóbulo superior con infiltrados y cavidades, pero puede detectarse prácticamente cualquier imagen radiográfica que va desde la de una radiografía normal, la de un nódulo pulmonar solitario, hasta infiltrados alveolares difusos en un sujeto con síndrome de dificultad respiratoria del adulto. En la época actual en que abundan los casos de sida, ninguna imagen radiográfica se puede considerar como patognomónica. La CT puede ser útil en la interpretación de datos dudosos en la radiografía torácica simple y puede ser de utilidad en el diagnóstico de algunas formas de TB extrapulmonar (por ejemplo, enfermedad de Pott).

5.2.1.1.Signos radiológicos en personas con VIH y TB pulmonar

Radiografía de tórax en personas con VIH y TB pulmonar

Inmunodeficiencia leve (CD4:200-499 cel/ml)	Inmunodeficiencia severa (CD4: <200 cel/ml)
Cavitación	Cavitación (muy rara)
Infiltrados en lóbulos superiores	Infiltrados en lóbulos inferiores
Infiltrados bilaterales	Infiltrados unilaterales
Derrame pleural	Derrame pleural (poco frecuente)
Linfadenopatía intratorácica (poco frecuente)	Linfadenopatía intratorácica
Fibrosis pulmonar y pérdida de volumen	Infiltrado intersticial difuso
Consolidación	Rayos X de tórax normal

Fuente: OPS/OMS. Coinfección TB/VIH: Guía Clínica. Versión actualizada 2010. Washington, D.C.; 2010. Elaborado: Daniela Guaicha V.

5.2.2. Baciloscopia

La baciloscopia es la técnica de elección para el diagnóstico rápido y el control del tratamiento de la tuberculosis pulmonar del adulto. Es simple, económica y eficiente para detectar los casos infecciosos. Por eso es la herramienta fundamental de un programa de control de la tuberculosis.

El diagnóstico de certeza de tuberculosis puede hacerse en forma confiable en el laboratorio demostrando la presencia de bacilos en una muestra de la lesión por medio de la baciloscopia (examen microscópico) o el cultivo.

Para que la baciloscopia sea positiva es preciso que la muestra tenga como mínimo, entre 5.000 y 10.000 bacilos por mililitro de muestra. Este alto contenido de bacilos se encuentra en los pacientes con tuberculosis pulmonar, especialmente en aquellos con enfermedad avanzada y con lesiones cavitadas. Estos pacientes son los que transmiten los bacilos manteniendo la enfermedad en la comunidad.

Para que el laboratorio pueda obtener resultados confiables no sólo es necesario que ejecute las técnicas correctamente. También necesita recibir una buena muestra, entendiéndose por tal la que proviene del sitio de la lesión que se investiga, obtenida en cantidad suficiente, colocada en un envase adecuado, bien identificada, conservada y transportada.

El mejor esputo es el primero de la mañana. Se recomienda recolectar dos muestras de esputo de la siguiente manera:

Día 1	Muestra 1	El paciente, tras recibir, recoge una muestra de esputo el día que consulta en el establecimiento de salud (debe recogerse en ambientes con luz y ventilación natural y el personal de salud debe utilizar respirador N-95, o bien realizarse al aire libre). Ese día el paciente recibe otro envase rotulado para traer una segunda muestra al día siguiente
Día 2	Muestra 2	El paciente recoge una muestra temprano por la mañana en su casa y la trae al establecimiento de salud.

Fuente: Ministerio de Salud Pública. (2016). Salud.gob.ec. Obtenido de Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la Tuberculosis. Guía Práctica Clínica. Elaborado: Daniela Guaicha V.

Se recomienda para los SR en los que no es posible obtener la muestra al segundo día, recolectar las dos muestras con un intervalo de al menos dos horas.

Se debe realizar cultivo cuando existen afectados con baciloscopia negativa, cuadro clínico y radiológico sugestivo de TB. El cultivo es una herramienta útil para el diagnóstico, permite aislar y tipificar micobacterias que no detecta la baciloscopia.

6. Diagnóstico

6.1. Broncoscopia

El examen se realiza con el broncoscopio flexible Olympus BF—3. Se usa la técnica transnasal, con anestesia local faríngeo laríngea de fosas nasales y árbol traqueobronquial, con administración previa de atropina.(0.5 mg). Un máximo de 20 ml de lidocaína al 20/o se usa durante todo el procedimiento. Después de inspección cuidadosa de las vías aéreas se localiza el o los bronquios con lesiones más evidentes. Se introduce el cepillo a la mayor profundidad posible y se retrocede cepillando, se realizan 4-6 frotis para citología, se cepilla de nuevo y el cepillo se sacude en un frasco con solución salina en el cual se agrega el lavado bronquial que se efectúa enclavando el broncoscopio en el mismo bronquio que fue cepillado, introduciendo un total de 40-60 ml de solución salina en porciones 5-10 ml cada vez, aspirando varias veces. Este lavado se sedimenta y se procesa para citología, microscopía y cultivo de *Mycobacterium tuberculosis* en medio de Lowenstein-Jensen. En las 48 horas subsiguientes al examen se recomienda enviar muestras de esputo para baciloscopia.

6.2. Toracentesis

Drenaje del líquido que se encuentra en el revestimiento externo de los pulmones. El líquido se puede extraer del espacio pleural con una aguja. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la bacteria de la tuberculosis no se puede encontrar en el líquido, examinándolo bajo un microscopio o tratando de cultivar la bacteria en el laboratorio a partir de una muestra de líquido pleural (cultivo). Para mejorar la rentabilidad diagnóstica se ha evaluado la utilidad de la determinación en el líquido pleural de los biomarcadores que de alguna forma intervienen en la respuesta inmunológica de la TB: Adenosina desaminasa que juega un papel relevante en la proliferación y diferenciación de los linfocitos T y el Interferón-gamma que es una citoquina liberada por los linfocitos T-CD4+ que aumenta la actividad micobactericida de los macrófagos.

6.3. Otros: biopsia

En algunos pacientes se realiza biopsia bronquial cuando se observan lesiones infiltrativas de la mucosa o adenomegalias submucosas con o sin antracosis. El tejido

obtenido por biopsia es enviado en formalina para estudio anatomopatológico; La presencia de granuloma de tipo “específico” (células de Langhans), en tejidos a la microscopía óptica, resulta en un diagnóstico anatomopatológico presuntivo de TB; sin embargo, se debe sustentar el diagnóstico con la BK y el cultivo positivo de la muestra biológica enviada (MSP, 2017).

7. Tratamiento

El tratamiento de la TB será administrado de forma gratuita y directamente observada en 100% de las dosis, en los establecimientos del SNS acreditados por el MSP. En caso de inasistencia a la toma de medicamentos, el equipo de salud o el agente comunitario realizará visita domiciliaria, dentro de las 48 horas siguientes, para continuar con el tratamiento.

El esquema de tratamiento se establece en función del tipo y gravedad de la enfermedad, variando el tiempo de administración. El tratamiento deberá ajustarse en función del peso del afectado, todos los meses.

El tratamiento de TB sensible debe ser totalmente ambulatorio e integrado a los servicios de salud, a excepción de casos especiales (meningitis tuberculosa, pericarditis tuberculosa) o complicaciones como insuficiencia respiratoria aguda, hemoptisis masiva, neumotórax espontáneo, RAM graves a fármacos antituberculosis, enfermedades que por su severidad, al asociarse con TB, pongan en riesgo la vida del afectado, continuará ambulatoriamente tan pronto como se resuelva el motivo del internamiento, en el nivel correspondiente.

Se debe ofertar y/o realizar la prueba de tamizaje para VIH a todos los afectados por TB sensible cuando inicia el tratamiento antituberculosis y al término del mismo (MSP, 2017).

En el tratamiento constan los siguientes medicamentos.

- RIFAMPICINA:** Es bactericida según las concentraciones que alcance en su lugar de acción se absorbe rápidamente, alcanzando los máximos niveles en sangre a las 2- 4 horas. Los alimentos afectan tanto la rapidez como la extensión de la absorción. El fármaco se distribuye muy bien en la mayoría de los órganos y tejidos incluyendo los pulmonares, el hígado, el hueso, saliva y los fluidos peritoneal y pleural.

•**ETAMBUTOL:** Las concentraciones séricas máximas se obtienen a las 2-4 horas. El fármaco se distribuye ampliamente por todo el organismo, encontrándose en altas concentraciones en los riñones, los pulmones y la saliva.

•**PIRAZINAMIDA:** Las concentraciones plasmáticas máximas de su metabolismo principal alcanzan entre las 4 y 8 horas. El fármaco se distribuye ampliamente por todo el organismo y es capaz de atravesar las meninges inflamadas produciendo unos niveles en el líquido cefalorraquídeo suficientes como para destruir al *M. tuberculosis*.

•**ISONIACIDA:** Se absorbe rápidamente, alcanzando los máximos niveles séricos 1-2 horas después. Los alimentos reducen tanto la rapidez como la cuantía de la absorción. La isoniacida se distribuye muy bien en todos los órganos y tejidos.

7.1. Esquema sobre el tratamiento de la tuberculosis

Se basa en dos grupos de esquemas de tratamiento:

7.1.1. Tratamiento para casos nuevos con TB pulmonar y extrapulmonar sensible

Casos nuevos o antes tratados sin evidencia de presentar TB-DR, para lo cual existe el tratamiento acortado estrictamente supervisado (DOT/TAES), que consiste en un ciclo de tratamiento que dura 6 meses, con una combinación de 4 fármacos de primera línea anti TB: isoniazida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) y etambutol (E).

Se recomienda el esquema 2HRZE/4HR para todos los casos nuevos sin factor de riesgo de resistencia (bajo supervisión estricta, DOT/TAES), o que haya sido comprobada la sensibilidad por lo menos a H y R por pruebas de sensibilidad rápida, específicamente en los siguientes casos:

- Casos nuevos con TB pulmonar bacteriológicamente positiva.
- Casos nuevos con TB pulmonar por diagnóstico clínico.
- Casos nuevos con TB extrapulmonar; excepto del sistema nervioso central (SNC) y osteoarticular.

Se recomienda una primera fase o inicial de 50 dosis (2 meses), los medicamentos se administrarán en forma diaria (5 días por semana en casos ambulatorios y 7 días a la semana en hospitalización y PPL), seguida de una segunda fase o consolidación de 100 dosis (4 meses) en forma diaria. Para el cálculo de los fármacos se tomarán en cuenta 25 tomas por mes.

7.1.2. Tratamiento para casos con riesgo o evidencia de tener TB resistente a medicamentos.

Se indican fármacos de segunda línea, como pueden ser inyectables de segunda línea kanamicina (Km)* o capreomicina (Cm); medicamentos orales: fluoroquinolonas de última generación levofloxacina (Lfx), (Mfx)*; etionamida (Eto), cicloserina (Cs) y/o ácido paraaminosalicílico (PAS). Adicionalmente, para casos con TB-XDR podrían indicarse fármacos del grupo 5 (clofazimina, amoxicilina-ácido clavulánico, linezolid, imepenen o meropenen, entre otros), que tendrán una duración entre 18 y 24 meses.

Se recomienda el esquema 6-8 Cm o Km Lfx Eto Cs (Z) (E) / 12-16 Lfx Eto Cs (Z) (E) en:

- Todo afectado con TB MDR confirmada.
- Afectados con alta sospecha de TB MDR (fracasos, tratamiento después de pérdida en el seguimiento, contactos de TB MDR), dependiendo de la condición clínica del afectado. Antes de iniciar el tratamiento deben enviarse las muestras para cultivo y PSD.
- Afectados que presenten resistencia a R (comprobado con PCR en tiempo real recomendado por la OMS, nitrato-reductasa o método de proporciones) y que tengan antecedentes de tratamiento anti TB previo.

Se recomienda que el tratamiento para la TB MDR y XDR se realice en dos fases:

- En la primera se administrará un inyectable de segunda línea y fármacos orales 156 dosis (6 meses). El inyectable se administrará hasta no menos de 4 meses después de la primera negativización del cultivo.
- En la segunda fase, se administrarán los fármacos orales, hasta completar al menos 12 meses después de la fase intensiva y que reúna criterios de curación. La segunda fase sea administrada en forma ambulatoria, por 6 días a la semana. Para el cálculo de solicitud de los medicamentos, se tomará en cuenta 26 tomas por mes. (MSP, 2017).

7.2. Administración del tratamiento DOTS (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado)

Una de las metas de la DNEPC/TB consiste en coordinar con los servicios de salud para garantizar la administración del tratamiento antituberculosis cerca del domicilio o trabajo del afectado. Para lograrlo es necesario tomar en cuenta lo siguiente:

7.2.1. Quién administra el TDO (Tratamiento Directamente Observado)

- Es responsabilidad del talento humano en salud del establecimiento garantizar el TDO para los afectados que viven y/o trabajan dentro del área de influencia.
- En afectados con difícil acceso al establecimiento de salud, la observación queda a cargo de un líder comunitario, técnico en salud o miembro de la comunidad capacitado para tal fin.
- Coordinar con instituciones de salud que cuenten con personal que pueda encargarse del TDO.
- El equipo de la GIEPC/TB debe capacitar, supervisar y evaluar al personal multidisciplinario que administrará y observará el tratamiento. Si la persona a cargo del TDO no es un miembro del personal de salud, se le entregará una copia de la tarjeta de control y administración del tratamiento para que registre cada dosis administrada. La tarjeta de control y administración de tratamiento original del afectado permanecerá en el establecimiento de salud y será actualizada semanalmente.

7.2.2. Cómo y cuándo administrar el TDO (Tratamiento Directamente Observado)

7.2.3.

- El talento humano en salud y demás personas involucradas en la observación del tratamiento deben asegurar, en todo momento, una atención con calidad, calidez y confidencialidad. Manual 2017 87
- La persona a cargo de la observación del tratamiento debe verificar que el afectado degluta todos los medicamentos administrados.
- Todos los medicamentos deben administrarse en una sola toma, en caso de intolerancia extrema se podrá fraccionar temporalmente el esquema en la toma del medicamento, de acuerdo con las indicaciones mencionadas anteriormente.
- Los medicamentos antituberculosis, preferiblemente, deben tomarse con el estómago vacío, 1 hora antes de comer, o en caso de haber ingerido algún alimento se administrarán 2 horas después.
- El talento humano en salud debe administrar el TDO durante el horario

laboral del establecimiento de salud. Si por alguna circunstancia el afectado no puede acudir, se puede encargar su administración al personal de apoyo. El tratamiento antituberculosis se considera una prioridad en la salud del afectado, por ello no debe suspenderse en situaciones como feriados, huelgas, etc., que impidan la presencia del talento humano en salud, para lo cual se establecerán estrategias que permitan la continuidad del tratamiento.

8. Actitudes del personal de salud frente a la tuberculosis pulmonar

8.1. Componente cognitivo: Creencias y conocimientos

Formado por las percepciones y creencias hacia actitudes de prevención, diagnóstico y tratamiento, así como por la información que tenemos sobre una actitud. Los objetos no conocidos o sobre los que no se pose información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con la actitud tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.

8.2. Componente afectivo: Sentimientos y emociones

Es el sentimiento en favor o en contra hacia una persona infectada con tuberculosis. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo.

8.3. Componente conductual: Experiencias en comportamientos anteriores

Es la tendencia a reaccionar hacia las actitudes de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud. Sobre este componente y la relación entre actitud-conducta y las variables que están interviniendo girará nuestra investigación. Cada uno de estos componentes pueden constituir la estructura que da origen a una determinada actitud, favorable o desfavorable, hacia los pacientes con tuberculosis.

8.4. Clasificación de la actitud

8.4.1. Aceptación. consiste en estar de acuerdo con lo que se realiza en cuanto a prevención, diagnóstico y tratamiento sobre tuberculosis, es decir, el sujeto muestra cierta tendencia de acercamiento hacia la actitud; generalmente está unido con los sentimientos de apoyo, estimulación, ayuda y comprensión, lo cual predispone a la comunicación y la interacción: personal de salud-paciente.

8.4.2. Indiferencia.- es un sentimiento de apatía, el sujeto no muestra aceptación ni

rechazo a la actitud, prevalece el desinterés, la rutina y en muchos casos el aburrimiento.

8.4.3. Rechazo.- es cuando el sujeto evita al paciente, motivo de la actitud, se presenta el recelo, la desconfianza y en algunos casos la agresión y frustración que generalmente lleva a la persona a un estado de tensión constante, no presenta actitudes adecuadas respecto a prevención, diagnóstico y tratamiento sobre tuberculosis.

9. Escala tipo Likert

9.1. Categorización de la escala tipo Likert

Es un tipo de instrumento de medición o de recolección de datos que se dispone en la investigación social para medir actitudes. Consiste en un conjunto de ítems bajo la forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se solicita la reacción de los individuos.

9.2. Alternativas

Dentro de los aspectos constitutivos de la escala tipo Likert, es importante resaltar las alternativas o puntos, que corresponden a las opciones de respuesta de acuerdo al instrumento seleccionado. A continuación las alternativas y valores más usados:

- 5 Totalmente de Acuerdo
- 4 De Acuerdo.
- 3 Indeciso
- 2 Desacuerdo
- 1 Totalmente Desacuerdo

9.3. Puntaje

La Escala de Likert, consta de 15 enunciados en cuanto a prevención, diagnóstico y tratamiento, de los cuales se pueden responder en base a las opciones y cada una con sus respectivos valores:

- | | |
|-----------------------------------|----------|
| • Totalmente de acuerdo | 5 puntos |
| • De acuerdo | 4 puntos |
| • Ni de acuerdo, ni en desacuerdo | 3 puntos |
| • En desacuerdo | 2 puntos |
| • Totalmente en desacuerdo | 1 punto |

Los resultados serán medidos con base en una escala nominal en donde se considera que existe una actitud de aceptación con un valor entre 20-25; indiferencia 15-19; y rechazo =

o < 14 puntos, valorando individualmente cada uno de los parámetros de: prevención, diagnóstico y tratamiento.

9.4.Aspectos a tomar en cuenta

Ventajas:

- Permite medir el sentido e intensidad de las actitudes.
- Es fácil de administrar.

Inconvenientes:

- Necesita de la ponderación de las respuestas.

9.5.Elaboración de la escala de Likert

Los pasos en la construcción de una Escala Likert son:

1. Definición nominal de la actitud o variable que se va a medir.
2. Recopilación de preguntas (ítems) en forma de proposiciones. (Operalización de variables).
3. Determinación de las puntuaciones dadas a las categorías de los ítems.
4. Aplicación de la escala provisoria.
5. Análisis de ítems, eliminando los inadecuados.
6. Categorización jerárquica de la escala.
7. Calculo de la confiabilidad y validez de la escala.

A manera de conclusión, que la elaboración de un instrumento de medición no es una tarea fácil. Su diseño y validación, tratándose de un instrumento dirigido a evaluar las actitudes humanas es difícil, sobre todo, si se considera dificultoso del problema. Esto último no tendría por qué ser considerado caótico siempre y cuando se siguiesen ciertas reglas basadas en la sistematización y la organización de los datos.

Las escalas son un instrumento muy socorrido en la investigación social, muchos interesados en su desarrollo y aplicación carecen de las bases mínimas para tal cometido. Uno de los errores más comunes es el desarrollo de un banco de ítems o preguntas que posteriormente el investigador “acomoda” en función del problema a investigar.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Es de tipo descriptivo, transversal. Siendo su propósito determinar el conocimiento y las actitudes sobre tuberculosis del personal de salud de Aguangora, Centro 2, Chuquiribamba, Consacola, Daniel Álvarez, Héroe Del Cenepa, San Cayetano del Distrito 11D01 Loja, durante el período Mayo-Octubre 2016.

ÁREA DE ESTUDIO

La presente investigación se realizó en 7 Unidades de Salud pertenecientes al Distrito 11D01 Loja, entre las que constan: Aguangora, Centro de Salud N° 2, Chuquiribamba, Consacola, Daniel Álvarez, Héroe Del Cenepa, San Cayetano, las mismas que se encuentran ubicadas en el perímetro urbano, periférico y rural del cantón Loja.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo y muestra estuvo conformada por 70 personas, dentro de los cuales constan:

• Médicos/as	=	23
• Enfermeros/as	=	10
• Auxiliares de enfermería	=	12
• Odontólogos	=	11
• Laboratoristas	=	4
• Técnicos en Atención Primaria (TAP)	=	0
• Asistentes de admisiones	=	10
TOTAL	=	70

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Personal operativo perteneciente a los Centros de Salud: Aguangora, Centro 2, Chuquiribamba, Consacola, Daniel Álvarez, Héroe Del Cenepa, San Cayetano del Distrito 11D01 Loja, entre los que constan: médicos, enfermeras, auxiliares de

enfermería, odontólogos, laboratoristas, técnicos en atención primaria (TAP) y asistentes de admisiones.

- Personal de salud que se encuentre laborando normalmente durante la realización del estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Personal ocasional o transitorio perteneciente al Distrito 11D01 Loja: Aguangora, Centro 2, Chuquiribamba, Consacola, Daniel Álvarez, Héroes Del Cenepa, San Cayetano, entre los que constan: internos rotativos, trabajadores sociales.
- Personal administrativo y de aseo perteneciente las 7 Unidades de Salud del Distrito 11D01 Loja: Aguangora, Centro 2, Chuquiribamba, Consacola, Daniel Álvarez, Héroes Del Cenepa, San Cayetano.
- Personal de salud que no se encuentre laborando normalmente durante la realización del estudio.

TIEMPO DE DURACIÓN:

El presente estudio se realizó durante el período comprendido mayo-octubre 2016.

PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS

- El presente estudio no implica riesgo alguno para los participantes ni para el investigador.

- Para la presente investigación, se solicitó el respectivo permiso para estudio de campo dirigido al Director responsable de cada Unidad de Salud.

- Posteriormente, se hizo llegar el consentimiento informado al Director de cada Unidad de Salud para acceder a la entrevista y posterior aplicación de los instrumentos de recolección de datos (cuestionario y test de Likert), con la finalidad de obtener información acerca del nivel conocimientos y actitudes sobre tuberculosis en el personal de salud. (Anexo. Pag. 64)

- Los participantes tienen la libertad de retirarse del estudio en el momento que consideren necesario.

- La autora del presente trabajo se compromete a que la información recolectada sea confiable, sin manipulaciones y con el debido respeto para que el mismo sirva en beneficio de la comunidad.

- Los resultados obtenidos fueron reportados mediante gráficos estadísticos y se harán conocer a las instituciones en donde se desarrolló la investigación

Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control y calidad de los datos.

La presente investigación de tipo descriptiva, transversal; identificó el nivel de conocimientos y las actitudes sobre tuberculosis del personal de salud. El estudio se llevó a cabo en el personal operativo de las Unidades de Salud: Aguangora, Centro 2, Chuquiribamba, Consacola, Daniel Álvarez, Héroes Del Cenepa, San Cayetano, pertenecientes al Distrito 11D01 Loja, durante el periodo mayo-octubre del 2016.

Para la realización de este proyecto se hizo llegar mediante oficio a cada uno de los Directores responsables de cada Unidad de Salud la solicitud para el estudio de campo y posterior consentimiento informado, en el cual se detalló en que consistió la presente investigación, indicando acerca de la confidencialidad de identidad del personal participante del estudio, garantizando la seguridad e integridad de toda la información recolectada.

Utilizando los criterios de inclusión y exclusión, se procedió a recolectar los datos, en los días que se establecieron por los respectivos Directores de las Unidades de Salud, precautelando la no interrupción laboral normal del personal.

Luego de la designación del horario, se procedió a la aplicación del instrumento de recolección de datos, mismo que consta de: el primero un cuestionario, que valoró el conocimiento del personal de salud, que fue de 15 preguntas sencillas y de opción múltiple en base a definición, factores predisponentes, prevención, diagnóstico y tratamiento de las cuales debió seleccionar solo una respuesta por cada enunciado; a cada una se le asignó un valor de dos puntos, posterior, los resultados fueron analizados en base a una escala nominal en donde se consideró, un nivel de conocimiento *alto* si tiene un puntaje de 24-30 puntos; nivel de conocimiento *regular* de 16-22 puntos y nivel de conocimiento *bajo* de 0-14 puntos.

6. RESULTADOS

Tabla N° 1

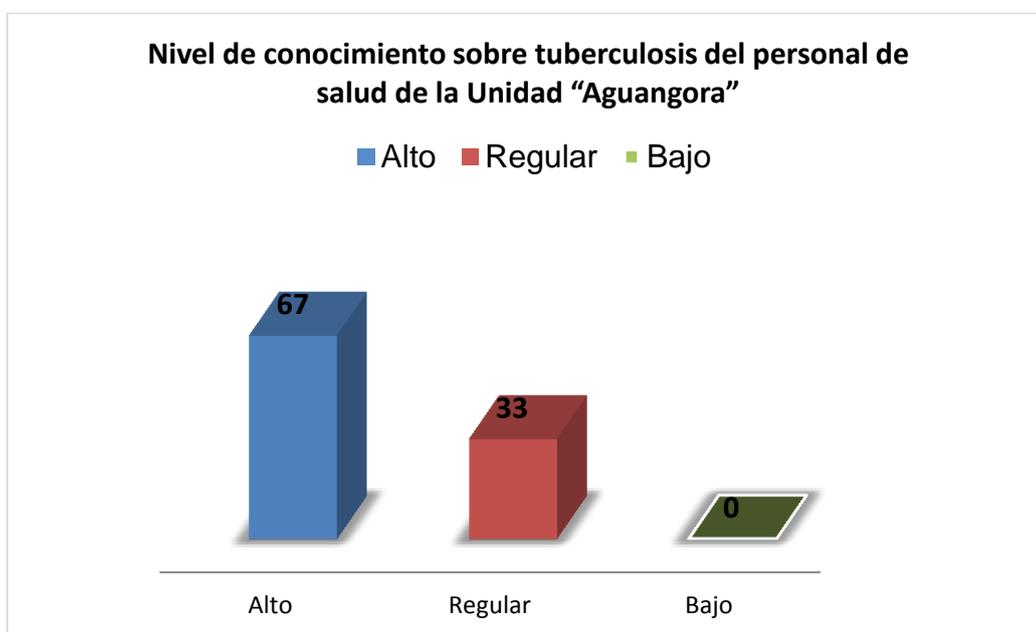
Nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad “Aguangora” periodo Mayo-Octubre 2016

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	2	67
Regular	1	33
Bajo	0	0
TOTAL	3	100

Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo

Gráfico N° 1



Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo

En el presente gráfico acerca del nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de Aguangora se observa que de un total de 3 personas, el 67% tiene un nivel de conocimiento alto, mientras que el 33% presenta un nivel de conocimiento regular.

Tabla N° 2

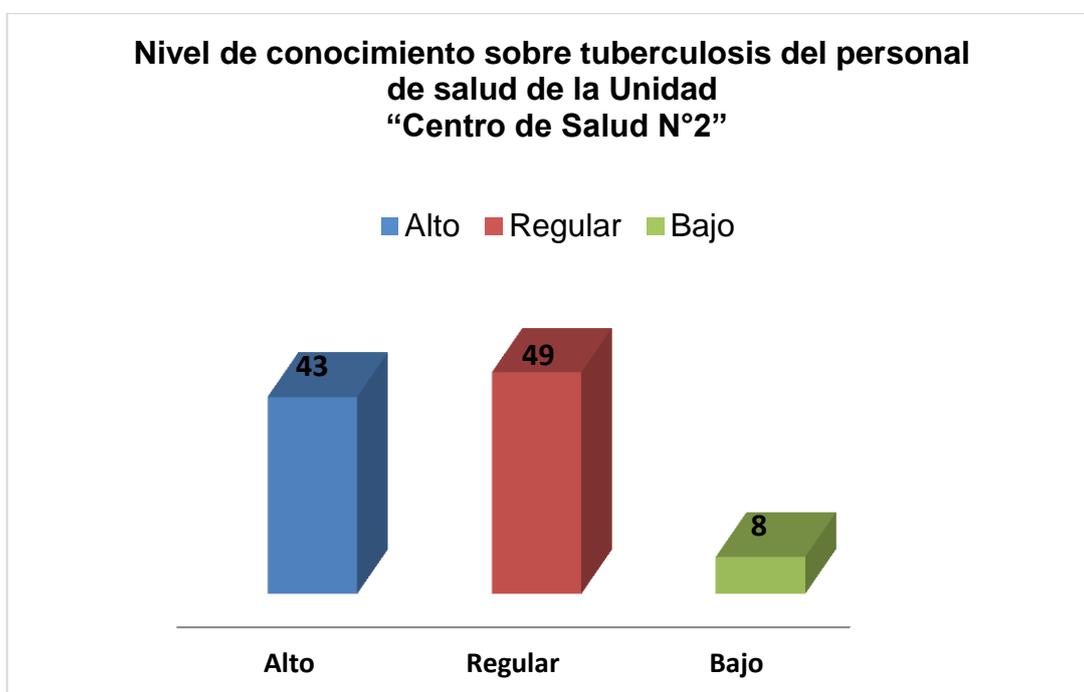
Nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad “Centro de Salud N°2” periodo Mayo-October 2016

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	16	43
Regular	18	49
Bajo	3	8
TOTAL	37	100

Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo

Gráfico N° 2



Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo

En el presente gráfico acerca del nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de Centro de Salud N°2 se observa que de un total de 37 personas, el 49% tiene un nivel de conocimiento regular, seguido de un 43% con un nivel de conocimiento alto, mientras que el 8% presenta un nivel de conocimiento bajo.

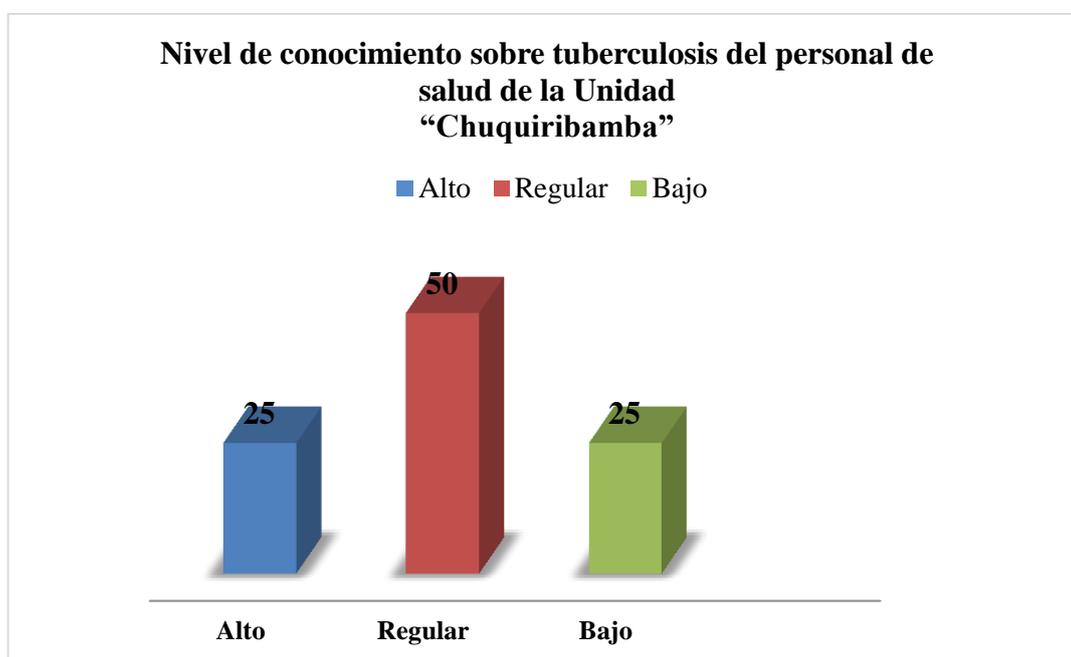
Tabla N° 3

*Nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad**“Chuquiribamba” periodo Mayo-Octubre 2016*

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	1	25
Regular	2	50
Bajo	1	25
TOTAL	4	100

*Fuente: Cuestionario**Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo*

Gráfico N° 3

*Fuente: Cuestionario**Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo*

En el presente gráfico acerca del nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de Chuquiribamba se observa que de un total de 4 personas, el 50% tiene un nivel de conocimiento regular, seguido de un 25% con un nivel de conocimiento alto, mientras que el otro 25% presenta un nivel de conocimiento bajo.

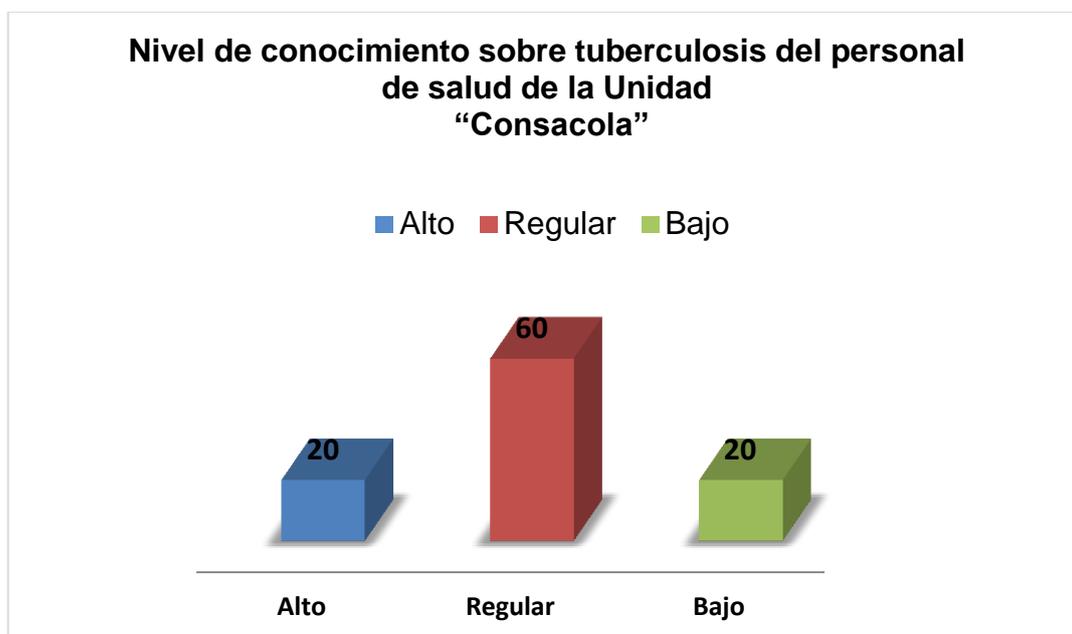
Tabla N° 4

*Nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad**“Consacola” periodo Mayo-Octubre 2016*

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	1	20%
Regular	3	60%
Bajo	1	20%
TOTAL	5	100

*Fuente: Cuestionario**Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo*

Gráfico N° 4

*Fuente: Cuestionario**Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo*

En el presente gráfico acerca del nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de Consacola se observa que de un total de 5 personas, el 60% tiene un nivel de conocimiento regular, mientras que el 20% presenta un nivel de conocimiento alto, al igual que el otro 20% presenta un nivel de conocimiento bajo.

Tabla N° 5

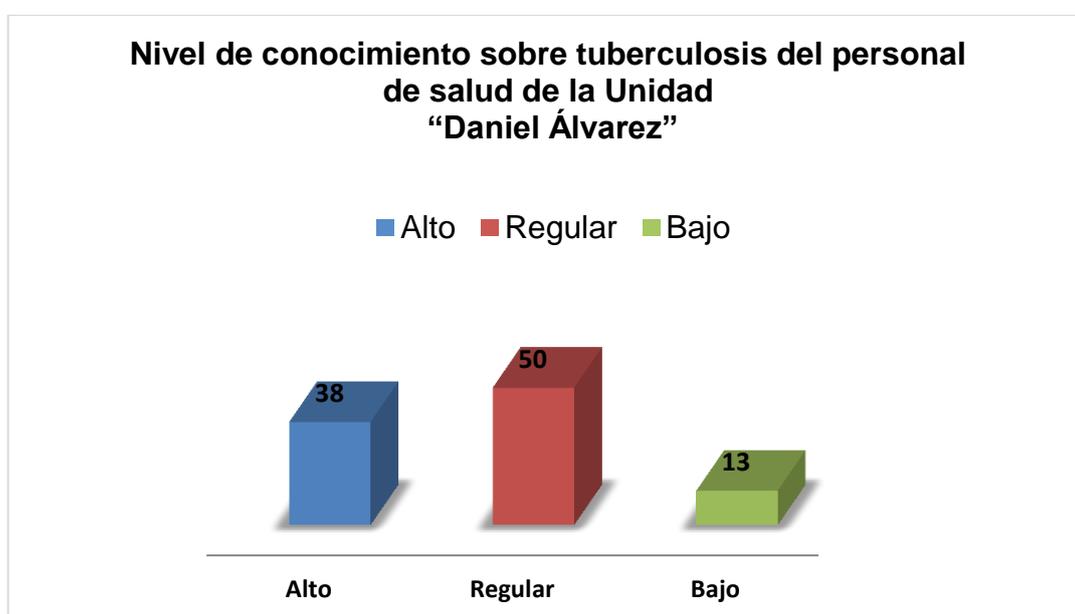
Nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad “Daniel Álvarez” periodo Mayo-Octubre 2016

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	3	38
Regular	4	50
Bajo	1	13
TOTAL	8	100

Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo

Gráfico N° 5



Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo

En el presente gráfico acerca del nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de Daniel Álvarez se observa que de un total de 8 personas, el 50% tiene un nivel de conocimiento regular, seguido del 37% que presenta un nivel de conocimiento alto, mientras que el 13% tiene un nivel de conocimiento bajo.

Tabla N° 6

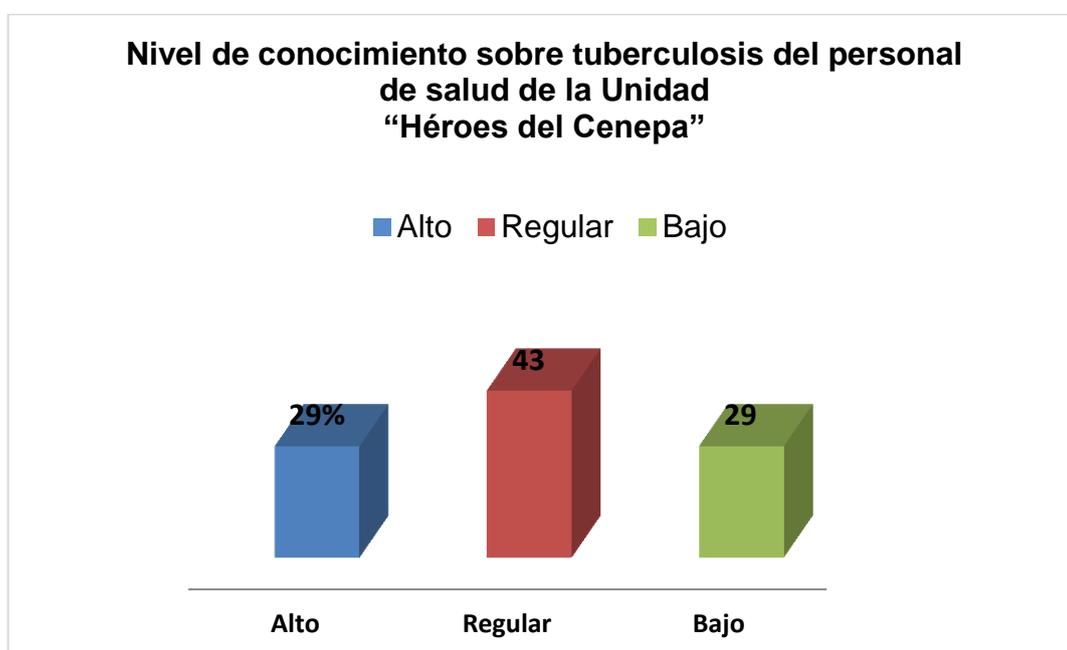
Nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad “Héroes del Cenepa” periodo Mayo-Octubre 2016.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	2	29
Regular	3	43
Bajo	2	29
TOTAL	7	100

Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo

Gráfico N° 6



Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo

En el presente gráfico acerca del nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de Héroes del Cenepa se observa que de un total de 7 personas, el 43% tiene un nivel de conocimiento regular, seguido del 29% que presenta un nivel de conocimiento alto, mientras que el 29% tiene un nivel de conocimiento bajo.

Tabla N° 7

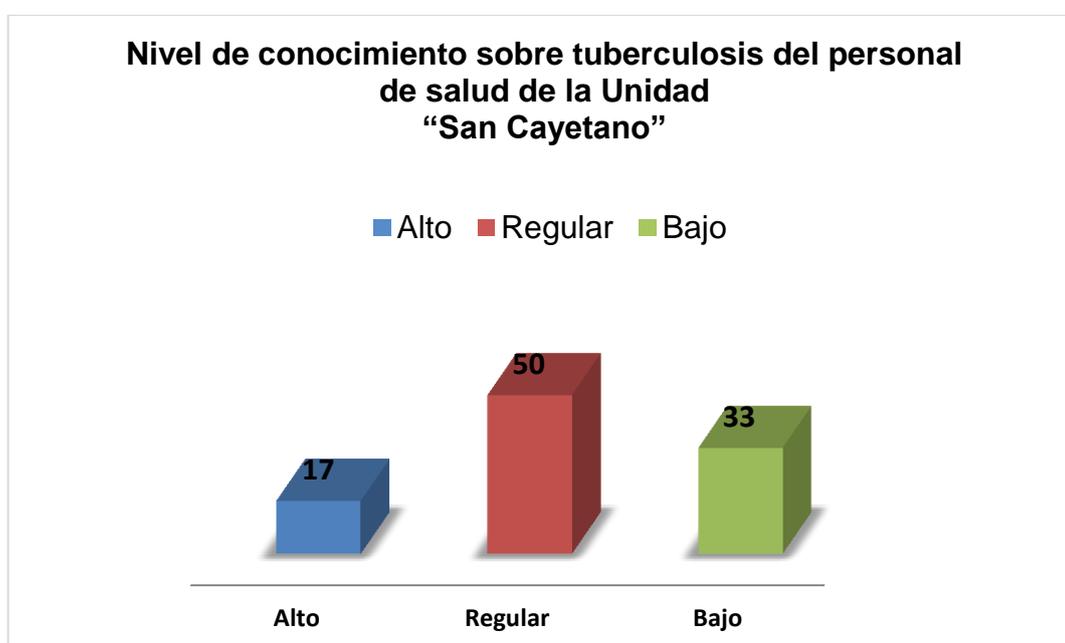
Nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad “San Cayetano” periodo Mayo-Octubre 2016

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	1	17
Regular	3	50
Bajo	2	33
TOTAL	6	100

Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo

Gráfico N° 7



Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo

En el presente gráfico acerca del nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de San Cayetano se observa que de un total de 6 personas, el 50% tiene un nivel de conocimiento regular, seguido del 33% que presenta un nivel de conocimiento bajo, mientras que el 17% tiene un nivel de conocimiento alto.

Tabla N° 8

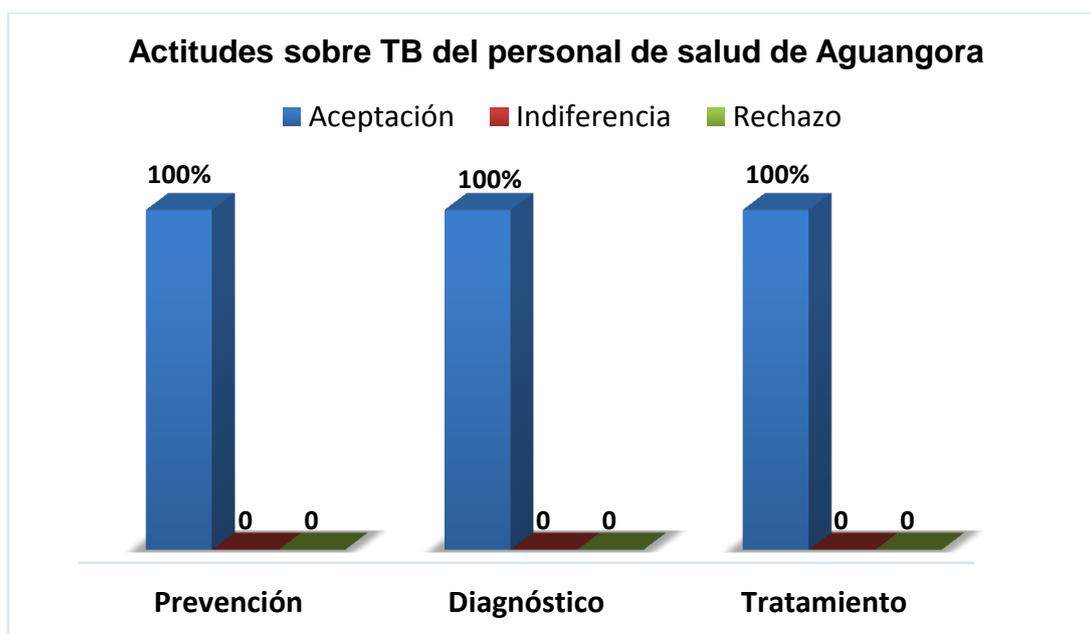
Actitudes sobre tuberculosis respecto al diagnóstico, prevención y tratamiento del personal de salud de la Unidad “Aguangora” periodo Mayo-Octubre 2016

INDICADORES	Clasificación de las Actitudes						TOTAL	
	Aceptación		Indiferencia		Rechazo		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
<i>Prevención</i>	3	100%	0	0%	0	0%	3	100%
<i>Diagnóstico</i>	3	100%	0	0%	0	0%	3	100%
<i>Tratamiento</i>	3	100%	0	0%	0	0%	3	100%

Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo

Gráfico N° 8



Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo

En el presente gráfico acerca de las actitudes sobre tuberculosis del personal de salud de Aguangora se observa que de un total de 3 personas, el 100% presenta una actitud de aceptación en cuanto a prevención, diagnóstico y tratamiento.

Tabla N° 9

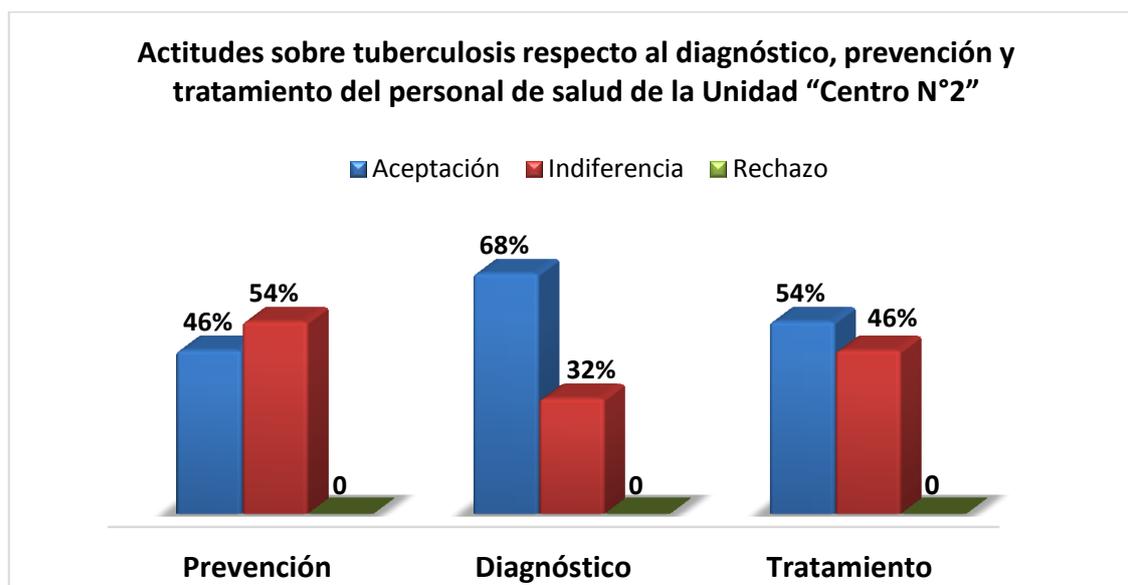
Actitudes sobre tuberculosis respecto al diagnóstico, prevención y tratamiento del personal de salud de la Unidad "Centro N°2" periodo Mayo-Octubre 2016

INDICADORES	Clasificación de las Actitudes						TOTAL	
	Aceptación		Indiferencia		Rechazo		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
<i>Prevención</i>	17	46%	20	54%	0	0%	37	100%
<i>Diagnóstico</i>	25	68%	12	32%	0	0%	37	100%
<i>Tratamiento</i>	20	54%	17	46%	0	0%	37	100%

Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo

Gráfico N° 9



Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo

En el presente gráfico acerca de las actitudes sobre tuberculosis del personal de salud de Centro N°2 se observa que de un total de 37 personas, en cuanto a prevención el 54% presenta una actitud de indiferencia, seguido del 46% con una actitud de aceptación; respecto al diagnóstico el 68% presenta una actitud de aceptación mientras que el 32% que tiene una actitud de indiferencia y finalmente en cuanto a tratamiento el 54% presenta una aceptación y el 46% tiene una aceptación de indiferencia.

Tabla N° 10

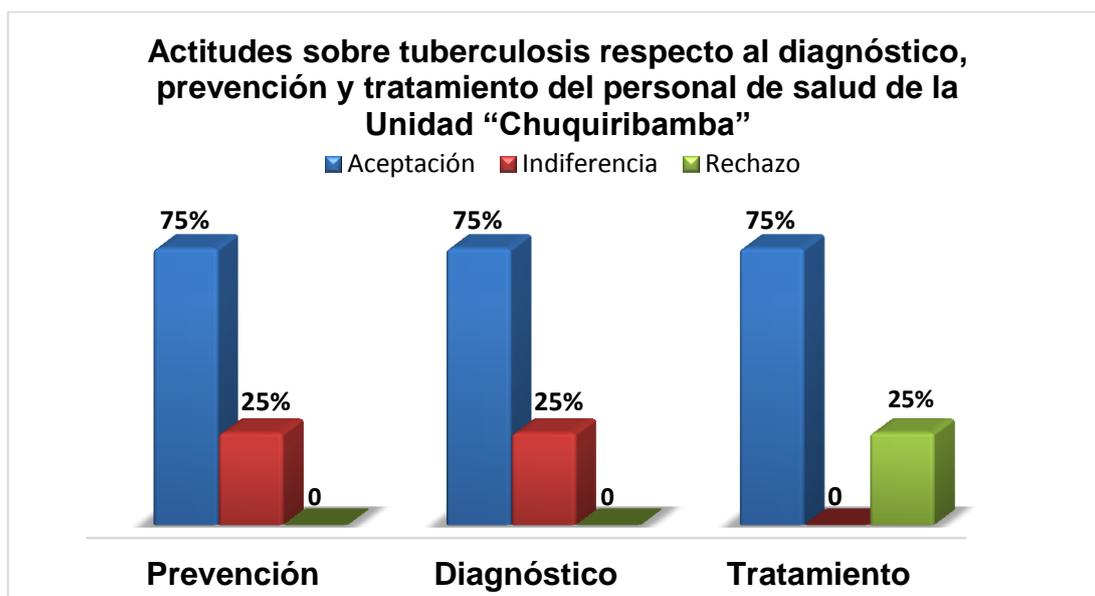
Actitudes sobre tuberculosis respecto al diagnóstico, prevención y tratamiento del personal de salud de la Unidad “Chuquiribamba” periodo Mayo-Octubre 2016

INDICADORES	Clasificación de las Actitudes						TOTAL	
	Aceptación		Indiferencia		Rechazo		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
<i>Prevención</i>	3	75%	1	25%	0	0%	4	100%
<i>Diagnóstico</i>	3	75%	1	25%	0	0%	4	100%
<i>Tratamiento</i>	3	75%	0	0%	1	25%	4	100%

Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo

Gráfico N° 10



Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo

En el presente gráfico acerca de las actitudes sobre tuberculosis del personal de salud de Chuquiribamba se evidencia que de un total de 4 personas, en cuanto a prevención, diagnóstico y tratamiento el 75% presenta una actitud de aceptable, mientras que el 25% presenta una actitud de indiferencia en cuanto a prevención y diagnóstico; finalmente un 25% muestra una actitud de rechazo respecto a tratamiento.

Tabla N° 11

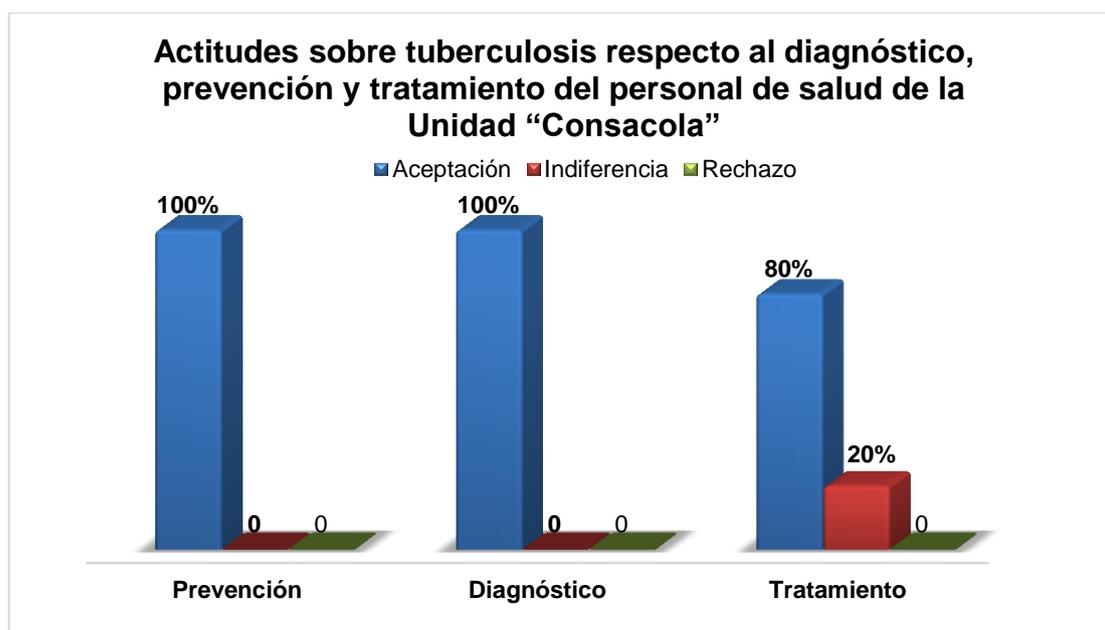
Actitudes sobre tuberculosis respecto al diagnóstico, prevención y tratamiento del personal de salud de la Unidad "Consacola" periodo Mayo-Octubre 2016.

INDICADORES	Clasificación de las Actitudes						TOTAL	
	Aceptación		Indiferencia		Rechazo		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
<i>Prevención</i>	5	100%	0	0%	0	0%	5	100%
<i>Diagnóstico</i>	5	100%	0	0%	0	0%	5	100%
<i>Tratamiento</i>	4	80%	1	20%	0	0%	5	100%

Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo

Gráfico N° 11



Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo

En el presente gráfico acerca de las actitudes sobre tuberculosis del personal de salud de Consacola determinamos que de un total de 5 personas, en cuanto a prevención y diagnóstico el 100% presenta una actitud de aceptación; mientras que respecto al tratamiento el 80% presenta una actitud de aceptación y un 20% presenta una actitud de indiferencia.

Tabla N° 12

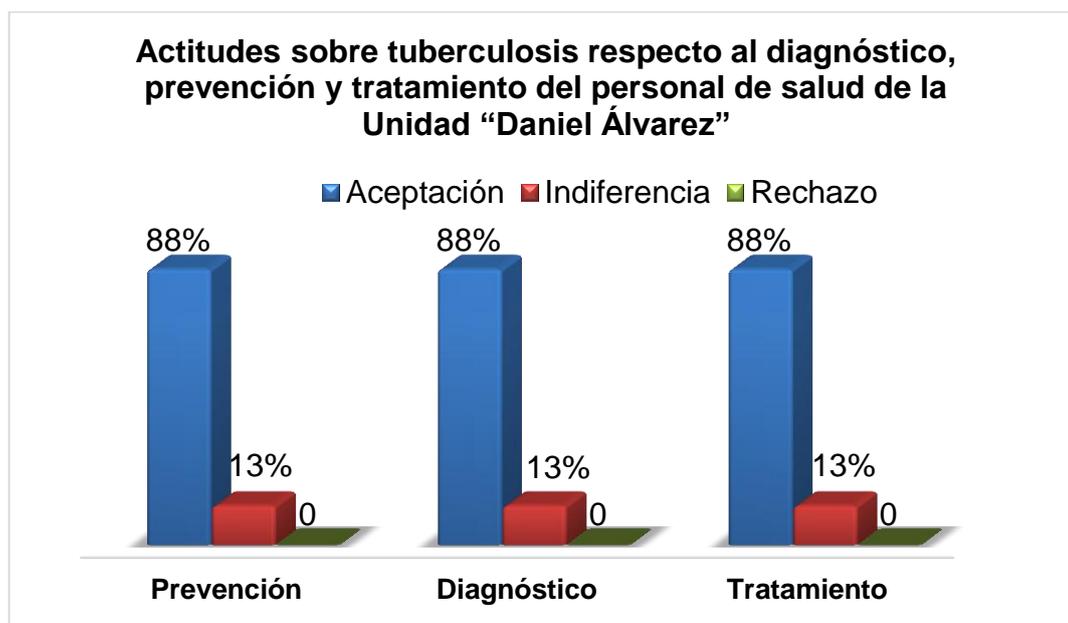
Actitudes sobre tuberculosis respecto al diagnóstico, prevención y tratamiento del personal de salud de la Unidad “Daniel Álvarez” periodo Mayo-Octubre 2016

INDICADORES	Clasificación de las Actitudes						TOTAL	
	Aceptación		Indiferencia		Rechazo		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
<i>Prevención</i>	7	88%	1	13%	0	0%	8	100%
<i>Diagnóstico</i>	7	88%	1	13%	0	0%	8	100%
<i>Tratamiento</i>	7	88%	1	13%	0	0%	8	100%

Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo

Gráfico N° 12



Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo

En el presente gráfico acerca de las actitudes sobre tuberculosis del personal de salud de Daniel Álvarez deducimos que de un total de 8 personas, en cuanto a prevención, diagnóstico y tratamiento el 88% presenta una actitud de aceptación, mientras que el 13% presenta una actitud de indiferencia respecto a prevención, diagnóstico y tratamiento.

Tabla N° 13

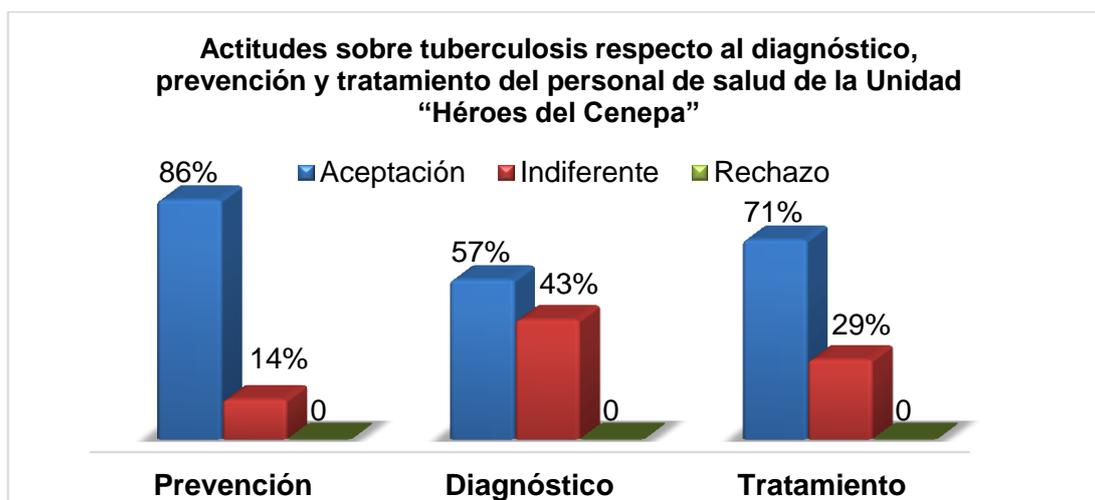
Actitudes sobre tuberculosis respecto al diagnóstico, prevención y tratamiento del personal de salud de la Unidad “Héroes del Cenepa” periodo Mayo-Octubre 2016

INDICADORES	Clasificación de las Actitudes						TOTAL	
	Aceptación		Indiferencia		Rechazo		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
<i>Prevención</i>	6	86%	1	14%	0	0%	7	100%
<i>Diagnóstico</i>	4	57%	3	43%	0	0%	7	100%
<i>Tratamiento</i>	5	71%	2	29%	0	0%	7	100%

Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo

Gráfico N° 13



Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo

En el presente gráfico acerca de las actitudes sobre tuberculosis del personal de salud de Héroes del Cenepa concluimos que de un total de 7 personas, en cuanto a prevención el 86% presenta una actitud de aceptación, mientras que el 14% presenta una actitud de indiferencia; respecto al diagnóstico el 57% presenta una actitud de aceptación mientras que el 43% tiene una actitud de indiferencia; finalmente en cuanto al tratamiento el 71% tiene actitud de aceptable, mientras que el 29% presenta una actitud de indiferencia.

Tabla N° 14

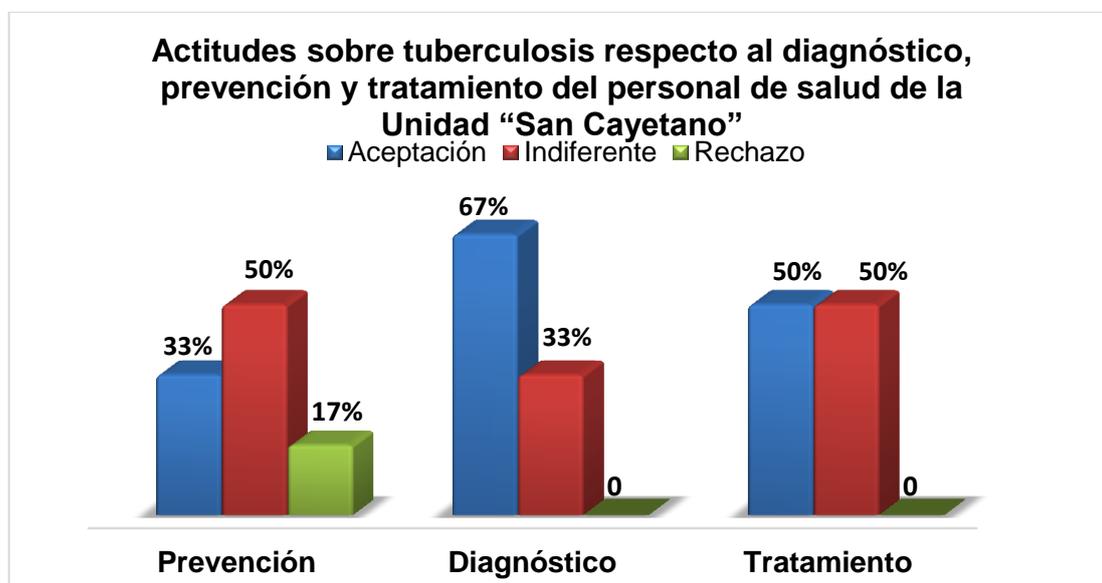
Actitudes sobre tuberculosis respecto al diagnóstico, prevención y tratamiento del personal de salud de la Unidad "San Cayetano" periodo Mayo-Octubre 2016

INDICADORES	Clasificación de las Actitudes						TOTAL	
	Aceptación		Indiferencia		Rechazo		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
<i>Prevención</i>	2	33%	3	50%	1	17%	6	100%
<i>Diagnóstico</i>	4	67%	2	33%	0	0%	6	100%
<i>Tratamiento</i>	3	50%	3	50%	0	0%	6	100%

Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo

Gráfico N° 14



Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo

En el presente gráfico acerca de las actitudes sobre tuberculosis del personal de salud de San Cayetano se observa que de un total de 6 personas, en cuanto a prevención el 50% presenta una actitud de indiferencia, seguido de un 33% que presenta una actitud de aceptación y el 17% tiene una actitud de rechazo; respecto al diagnóstico el 67% presenta una actitud de aceptación mientras que el 33% tiene una actitud de indiferencia; finalmente en cuanto al tratamiento el 50% tiene actitud de aceptación e indiferencia.

Tabla N° 15

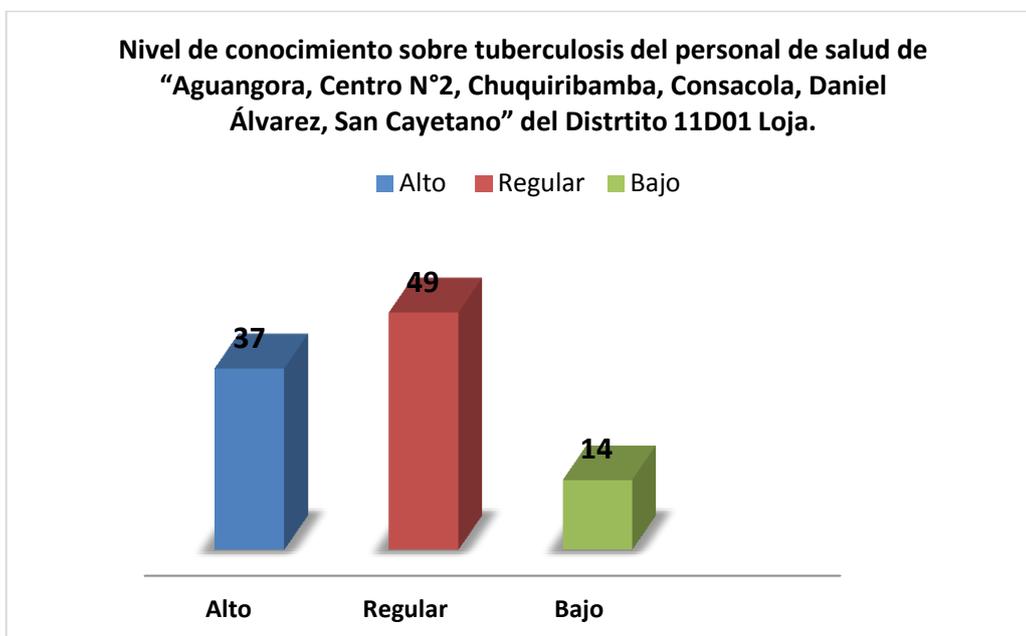
Nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de “Aguangora, Centro N°2, Chuquiribamba, Consacola, Daniel Álvarez, San Cayetano” del Distrito 11D01 Loja. periodo Mayo-Octubre 2016

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	26	37
Regular	34	49
Bajo	10	14
TOTAL	70	100

Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo

Gráfico N° 15



Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo

En el presente gráfico acerca del nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de Aguangora, Centro N°2, Chuquiribamba, Consacola, Daniel Álvarez, San Cayetano del Distrito 11D01 Loja se observa que de un total de 70 personas, el 49% tiene un nivel de conocimiento regular, el 37% presenta un nivel de conocimiento alto, mientras que el 14% un nivel de conocimiento bajo.

Tabla N° 16

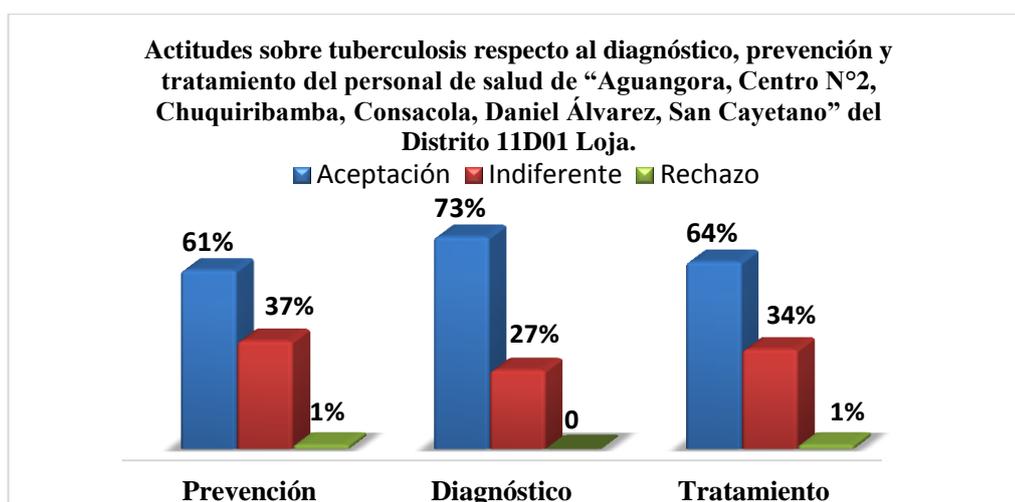
Actitudes sobre tuberculosis respecto al diagnóstico, prevención y tratamiento del personal de salud de “Aguangora, Centro N°2, Chuquiribamba, Consacola, Daniel Álvarez, San Cayetano” del Distrito 11D01 Loja. periodo Mayo-Octubre 2016

INDICADORES	Clasificación de las Actitudes						TOTAL	
	Aceptación		Indiferencia		Rechazo		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
<i>Prevención</i>	43	61,42%	26	37,14%	1	1,42%	70	100%
<i>Diagnóstico</i>	51	72,85%	19	27,14%	0	0%	70	100%
<i>Tratamiento</i>	45	64,28%	24	34,28%	1	1,42%	70	100%

Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo

Gráfico N° 16



Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Daniela Guaicha Valarezo

En el presente gráfico acerca de las actitudes sobre tuberculosis del personal de salud de Aguangora, Centro N°2, Chuquiribamba, Consacola, Daniel Álvarez, San Cayetano del Distrito 11D01 Loja, se observa que de un total de 70 personas, en cuanto a prevención el 61% presenta una actitud de aceptación, seguido de un 37% que presenta una actitud de indiferencia mientras que el 1% muestra una actitud de rechazo; respecto al diagnóstico el 73% presenta una actitud aceptación, mientras que el 27% tiene una actitud de indiferencia; finalmente en cuanto al tratamiento el 64% tiene actitud aceptación, el 34% tiene una actitud de indiferencia, mientras que el 1% presenta una actitud de rechazo.

7. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como propósito establecer el nivel de conocimiento y las actitudes sobre tuberculosis del personal de salud operativo en 7 unidades de salud del Distrito 11D01 de la ciudad de Loja. Si bien el estudio fue descriptivo, sus resultados son valiosos en la medida en que se evaluó a un gran número de personal de salud involucrado en los programas de diagnóstico, tratamiento y control de tuberculosis.

Revisando trabajos similares y haciendo referencia al conocimiento, en un estudio realizado en México, denominado “Conocimientos y actitudes sobre tuberculosis en el personal médico de Veracruz, México”, mismo que fue aplicado a 220 médicos y en el cual se tomó en cuenta aspectos como definición, agente causal, métodos diagnósticos y tratamiento, se obtienen que solo 38% de la población en estudio presenta un nivel de conocimiento adecuado y 83% poseen un nivel inadecuado (Aguilar, Cortéz, & Zenteno, Conocimiento y actitudes sobre tuberculosis en personal médico de Veracruz, México, 2013). Hecho que destaca los resultados de nuestro estudio, ya que en el mismo se obtuvo que 14% del personal participante (médicos, enfermeros/as, auxiliares de enfermería, odontólogos/as, laboratoristas, TAP, asistentes de admisión) tiene un nivel regular de conocimiento sobre la patología, remarcando que se evaluó bajo los mismos acápites.

Ahora bien, según el estudio realizado en Colombia acerca de “Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la tuberculosis en trabajadores del sector salud en municipios prioritarios de la Costa Pacífica colombiana” realizado a 38 trabajadores de salud, entre los cuales se tomó en cuenta a médicos, enfermeros, laboratoristas, auxiliares de enfermería y promotores de salud, se obtiene que un 60% de los participantes posee un nivel de conocimiento adecuado (“esperado” en la catalogación del estudio), tomando en cuenta aspectos como el manejo de la enfermedad, formas de transmisión, prevención, diagnóstico y tratamiento. (Ministerio de la Protección Social Colombia, 2013). Relacionando estos resultados con los de nuestro estudio, se encuentra concordancia, con un buen nivel de conocimiento en la mayoría de participantes, hecho que puede deberse a que en ambos estudios se toma en cuenta a personal de salud con similares cargos en su unidad de salud.

Enmarcando las actitudes, el estudio realizado en la ciudad de Loja denominado “Actitudes del personal de salud de instituciones del ministerio de salud pública sobre

prevención, diagnóstico y tratamiento de tuberculosis pulmonar”, en el cual se tomó en cuenta a 67 personas, entre los cuales constaban médicos, enfermeros/as y laboratoristas, se reportó que dentro de las actitudes del personal de salud se acepta que para lograr un buen diagnóstico es necesario la detección rápida, precoz y oportuna de la tuberculosis pulmonar estando todos totalmente de acuerdo con un 100%, así como también la identificación de sintomáticos respiratorios 73.1% y la orientación sobre las formas de contagio con un 74.6% (Cajamarca, 2015). En relación a nuestro estudio se puede manifestar que las actitudes tomadas por el personal de salud participante con respecto a prevención, diagnóstico y tratamiento son de aceptación, ya que en los tres acápite analizados, más del 64% del personal apoyaba las propuestas establecidas y protocolizadas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, siendo un hecho muy alentador para el fin de mejorar los programas frente a la tuberculosis.

De lo anteriormente expuesto se puede deducir que la mayor parte del personal de salud que participó en el estudio se encuentra debidamente capacitado, pero que se puede reforzar los conocimientos acudiendo a capacitaciones sobre la tuberculosis, ya que esto les permite participar activamente, fortalecer y mejorar los actuales programas encaminados hacia la reducción y erradicación de esta patología. La actitud, definida como la predisposición organizada para pensar, predecir, sentir y comportarse ante una situación en forma de aceptación, rechazo o indiferencia, proviene primordialmente de la información que recibimos y de la manera en la cual la percibimos, de ahí que nuestra actitud cambiará si también lo hacen nuestros conocimientos y sapiencia.

8. CONCLUSIONES

Al término de la presente investigación, se puede concluir que:

- El nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud, perteneciente a las siete unidades en estudio, que corresponde a un total de 70 personas (100%), es regular con un porcentaje de 49%, seguido de un nivel alto con un 37%, mientras que el 14% presentó un nivel bajo; destacando que existe mayor déficit de conocimientos con respecto al tratamiento.
- En lo concerniente a las actitudes sobre tuberculosis respecto a prevención, diagnóstico y tratamiento, del personal de salud perteneciente a las siete unidades en estudio, que corresponde a un total de 70 personas (100%), presentan en cuanto a prevención un 61% actitud de aceptación, seguido de 37% con indiferencia, mientras que el 1% muestra rechazo; en lo referente a diagnóstico un 73% tiene una actitud de aceptación, mientras que el 27% muestra una actitud de indiferencia; finalmente en el tratamiento se obtuvo en un 64% actitud de aceptación, seguido del 34% con indiferencia, mientras que el 1% muestra rechazo. sin embargo se encontró que un número considerable de personal muestra rechazo a: realizarse una radiografía de tórax anual así como que el fracaso del tratamiento se deba exclusivamente a errores de supervisión por parte del personal de salud, sin no a factores asociados a los pacientes tales como: poca adherencia al tratamiento, alcoholismo, drogadicción, lo cual constituye un factor de riesgo para el adecuado control y manejo de tuberculosis en la población afectada y personal de salud.

9. RECOMENDACIONES

- Se recomienda al persona de salud que acudan de manera permanente a las capacitaciones, ya que esto les permite mantenerse actualizados en cuanto la Guía de Práctica Clínica sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis 2016 dispuesto actualmente por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, fortaleciendo no solo sus conocimientos si no también actitudes adecuadas basadas en aspectos éticos y morales frente al paciente y a su entorno, que contribuyan a un mejor manejo y control de esta patología la misma que hasta la actualidad no logra ser erradicada.
- Es importante que la información sobre tuberculosis sea transmitida a todo el personal que labora en las unidades de salud, debido a que de una u otra manera se encuentran expuestos a esta patología, además es indispensable que tengan un mayor conocimiento sobre el tratamiento y la correcta administración de los medicamentos antifímicos, ya que constituye el aspecto más esencial tanto para proteger la salud del propio paciente como para prevenir la propagación de la enfermedad y la aparición de cepas resistentes a los medicamentos.
- Es necesario que se ponga énfasis en la práctica de medidas adecuadas no solo para el diagnóstico sino también para la prevención de esta patología, y de esta manera reducir su incidencia. A pesar de que en su mayoría el personal de salud presentó actitudes de aceptación frente a la tuberculosis, se debe considerar que la calidad de atención prestada a los pacientes y la rigurosidad con la que se cumple son determinantes importantes para el éxito del tratamiento y la reducción del riesgo de contraer la infección.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, M., Cortéz, C., & Zenteno, R. (2013). Conocimiento y actitudes sobre tuberculosis en personal médico de Veracruz, México.
- Cajamarca, C. (2015). Tesis de Grado. En *Actitudes del personal de salud de instituciones del Ministerio de Salud Pública sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de tuberculosis pulmonar en la ciudad de Loja* (págs. 11-12). Loja.
- Cardona-Arias, J., & Hernández, A. (2013). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tuberculosis en indígenas zenúes y habitantes de una zona rural Colombia*. Obtenido de Scielo.org: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v11n2/v11n2a02.pdf>
- Carvajal-Barona, R., Varela-Arévalo, M., Hoyos, P., Angulo-Valencia-Valencia, E., & Duarte, C. (2014). Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la tuberculosis en trabajadores del sector salud en municipios prioritarios de la costa pacífica Colombiana. *Rev. Ciencia Salud*, 339-52.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2016). *Centro para el control y diagnóstico de enfermedades*. Obtenido de CDC: <http://www.cdc.gov/tb/esp/topic/basics/risk.htm>
- Collazos Flores, C. (2012). *Relación entre conocimientos y actitudes hacia la aplicación de medidas preventivas de la tuberculosis en familiares de pacientes de la ESN-PCT - C.S. San Luis*. San Marcos-Lima-Perú.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, e. T. (2010). *Guía Salud*. Obtenido de Guiasalud.es: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_473_Tuberculosis_AIAQS_compl.pdf
- Longo, D., Kasper, D., Jameson, L., Fauci, A., Hauser, S., & Loscalzo, J. (2012). Harrison Principios de Medicina Interna. En T. R. Harrison, *Tuberculosis* (págs. 1340-1341). México: Mc Graw Hill. Obtenido de <http://farma.facmed.unam.mx/prac/PRAC%20TUBERCULOSIS/V1/13.0%20revis%20-%20Raviglione%20MC,%20OBrien%20RJ.%20Tuberculosis.%20En%20Fauci%20AS,%20Kasper%20DL,%20Hauser%20SL.pdf>

- Ministerio de la Protección Social Colombia. (2013). Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. *Guía de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública*, Tomo II.
- Ministerio de Salud Pública. (2010). Obtenido de Manual de Normas Y Procedimientos para el control de la Tuberculosis en Ecuador:
<http://www.colegiomedicoguayas.com/GUIAS%20MSP/MANUAL%20DE%20NORMAS%20Y%20PROCEDIMIENTOS%20PARA%20EL%20CONTROL%20DE%20LA%20TUBERCULOSIS.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *Salud.gob.ec*. Obtenido de Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis. Guía Práctica Clínica (GPC):
<http://www.salud.gob.ec/>
- Montalvo, S. (2013). *Relación entre el nivel de conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis en el profesional de enfermería, red Chiclayo 2013*. Chiclayo.
- MSP, E. (2017). *Procedimientos para la prevención y control de la tuberculosis*. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/07/MANUAL-DE-PROCEDIMIENTOS-DE-TB-FINAL.pdf>
- Ocaña, G. (2012). *Ministerio de Salud Pública Argentina*. Obtenido de [Ministeriodesalud.gov.ar:
http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/guia_tuberculosis.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/guia_tuberculosis.pdf)
- OMS. (2012). *Normas para la prevención de la transmisión de Tuberculosis*. Obtenido de Who.int: http://www.who.int/tb/publications/who_tb_99_269_sp.pdf
- OPS/OMS. (2010). Coingección TB/VIH. *Guía Clínica actualizada 2010*.
- Organización Mundial de la Salud*. (2015). Obtenido de Nota descriptiva N° 104. Tuberculosis: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *lacfondomundial.org*. Obtenido de <http://lacfondomundial.org/wp-content/uploads/2015/09/Regi%C3%B3n-de-Las-Am%C3%A9ricas-resumen.pdf>
- Sánchez, M., Valencia, M., Montes, J., Sánchez, J., & Flores, I. (2008). Inmunología y terapéutica de la vacuna BCG. *Revista Alergia México*, 153-163.

11. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

**“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE TUBERCULOSIS DEL
PERSONAL DE SALUD DE AGUANGORA, CENTRO 2, CHUQUIRIBAMBA,
CONSACOLA, DANIEL ÁLVAREZ, HÉROES DEL CENEP, SAN
CAYETANO, DEL DISTRITO 11D01 LOJA, PERÍODO MAYO-OCTUBRE
2016”**

Buenos días, el presente cuestionario tiene como objetivo plasmar los conocimientos que tiene el personal de salud sobre tuberculosis, con el propósito de mejorar e incorporar nuevos contenidos que permitan un mejor desempeño y contribuir al mejoramiento de los programas de atención al paciente con tuberculosis. El presente cuestionario es completamente anónimo y confidencial por lo que se solicita su total veracidad en el desarrollo del mismo.

DATOS GENERALES

Centro de salud: _____ **Edad :** _____

Género : Masculino () Femenino ()

Profesión : Médico/a () Enfermero/a () Auxiliar de enfermería ()

Odontólogo () Laboratorista () TAP ()

Asistente de admisión ()

Especialidad: _____ **Años de servicio:** _____

CUESTIONARIO

Lea detenidamente las preguntas y encierre en un círculo la opción que usted considere correcta (solo un literal es el correcto).

1.- ¿Qué tipo de enfermedad es la tuberculosis?

- Infectocontagiosa
- Hereditaria
- Viral
- Idiopática
- Desconoce

2.- ¿Cuáles son las estructuras más frecuentemente afectadas por la tuberculosis?

- a) Plexos braquiales de extremidades
- b) Estómago, bazo e intestinos
- c) Pulmones, pleura y ganglios linfáticos
- d) Órganos reproductores
- e) Desconoce

3.- ¿Cuáles son los factores predisponentes para contagiarse de tuberculosis?

- a) Desnutrición
- b) Hacinamiento
- c) Inmunosupresión
- d) Todos
- e) Desconoce

4.- ¿Cuál es el mecanismo de transmisión de la tuberculosis?

- a) Por vía aerobia mediante gotitas de Flügge
- b) Por relaciones sexuales con una persona infectada
- c) Por administración de la vacuna BCG
- d) Por vía vertical madre-hijo al momento del parto
- e) Desconoce

5.- ¿Cuáles son los principales síntomas de una persona infectada de tuberculosis?

- a) Cefalea, náuseas, vómitos y diarrea por más de 5 días

- b) Diaforesis nocturna, fatiga muscular, hiporexia y tos con expectoración por más de 15 días
- c) Dolor articular, hiporexia, mialgias y tos sin expectoración por más de 15 días
- d) Dolor torácico, disnea, hiporexia y escalofríos por más de 10 días
- e) Desconoce

6.- Se denomina sintomático respiratorio a la persona que:

- a) Presenta tos sin expectoración por más de 15 días
- b) Presenta tos y expectoración sanguinolenta por más de 3 días
- c) Presenta disnea de pequeños esfuerzos con tos y expectoración verdosa por más de 5 días
- d) Presenta tos con expectoración por más de 15 días
- e) Desconoce

7.- ¿En quienes se debe realizar búsqueda activa de tuberculosis?

- a) Personas que han tenido contacto directo con paciente diagnosticados con tuberculosis
- b) Personas diagnosticadas con VIH
- c) Personas con infecciones respiratorias
- d) Todas las anteriores
- e) Desconoce

8.- Los exámenes fundamentales para diagnóstico de tuberculosis son:

- a) Baciloscopía y cultivo.
- b) Radiografía de tórax y cultivo
- c) Baciloscopía y PCR
- d) Prueba de tuberculina y baciloscopía
- e) Desconoce

9.- Para evitar el contagio de tuberculosis el personal de salud frente a todo paciente diagnosticado, debe priorizar:

- a) Utilizar solo mascarilla quirúrgica
- b) Utilizar mascarilla N95 y lavado de manos
- c) Utilizar guantes de nitrilo
- d) Utilizar mascarilla y guantes quirúrgicos
- e) Desconoce

10.- Una persona que está en tratamiento antifímico sigue transmitiendo la enfermedad cuando:

- a) Ha recibido menos de un mes de tratamiento farmacológico
- b) La baciloscopía de control durante el tratamiento es negativa
- c) Ha recibido más de 4 semanas de tratamiento
- d) Utiliza mascarilla y medidas de bioseguridad
- e) Desconoce

11.- ¿Cuáles son los medicamentos de primera línea utilizados en el tratamiento antifímico?

- a) Rifampicina, Etambutol, Propizamida e Isoniacida
- b) Rifampicina, Pirazinamida, Isoniacida y Salbutamol
- c) Rifampicina, Etambutol, Pirazinamida e Isoniacida
- d) Rifampicina, Etambutol, Pirazinamida, Isoniacida y Estreptomicia
- e) Desconoce

12.- La duración del esquema de tratamiento de tuberculosis es de:

- a) 12 meses
- b) 8 meses
- c) 6 meses
- d) 5 meses
- e) Desconoce

13.- ¿Cuál es el tratamiento de las personas coinfectadas de TB/VIH?

- a) Únicamente tratamiento antituberculoso.
- b) Debe iniciarse tratamiento antituberculoso y, como mínimo dos semanas después, iniciar Tratamiento Antirretroviral.
- c) Iniciar el tratamiento antirretroviral durante 8 semanas y luego continuar con el tratamiento antituberculoso.
- d) Únicamente tratamiento Antirretroviral
- e) Desconoce

14.- ¿Cómo se debe realizar seguimiento de la respuesta al tratamiento de TB?

- a) Se recomienda realizar baciloscopia de esputo cada semana.
- b) Se recomienda realizar baciloscopia de esputo cada 72 horas.
- c) Se recomienda monitorear mediante baciloscopia de esputo en forma mensual.

d) Se recomienda monitorear mediante baciloscopia de esputo cuando se termine el tratamiento y tenga resultado positivo.

e) Desconoce

15.- Se considera un fracaso en el tratamiento antifímico cuando un paciente presenta:

a) Baciloscopía positiva al segundo mes de tratamiento

b) A los 6 meses de terminado el tratamiento vuelve positivo a tuberculosis

c) Baciloscopía positiva al quinto mes o más de tratamiento

d) Baciloscopía positiva al primer mes de tratamiento

e) Desconoce

Investigador:

Daniela Carolina Guaicha Valarezo

Estudiante del X Ciclo de la Carrera de Medicina Humana del ASH de la UNL



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

**“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE TUBERCULOSIS DEL
PERSONAL DE SALUD DE AGUANGORA, CENTRO 2, CHUQUIRIBAMBA,
CONSACOLA, DANIEL ÁLVAREZ, HÉROES DEL CENEP, SAN
CAYETANO, DEL DISTRITO 11D01 LOJA, PERÍODO MAYO-OCTUBRE
2016”**

ESCALA DE LIKERT

A continuación se presentan una serie de enunciados con sus respectivas alternativas:

- Totalmente de Acuerdo
- De Acuerdo
- Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo
- En Desacuerdo
- Totalmente Desacuerdo

Lea detenidamente los enunciados y marque con una X en el casillero que usted crea conveniente:

Proposiciones	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo	En Desacuerdo	Totalmente Desacuerdo
PREVENCIÓN					
Considera importante el lavado de manos antes y después de la atención a todo paciente					
Es necesario el uso de mascarillas N95 por parte del personal de salud que se encuentre en contacto con el paciente con tuberculosis					
Es necesario que el personal de salud que labora en áreas de riesgo se realice una radiografía de tórax anual.					
Considera necesario informar al					

paciente con tuberculosis sobre medidas básicas como: cubrirse la boca al toser o estornudar y usar mascarilla.					
Cree necesaria la instalación de un sistema de ventilación en todas las Unidades de Salud					
DIAGNÓSTICO					
Es necesario informar al paciente sobre el adecuado procedimiento para la toma de muestra de esputo.					
Se preocupa por identificar sintomáticos respiratorios en la Unidad de Salud que usted labora.					
Se debe realizar una Baciloscopia en la primera consulta de todo paciente sintomático respiratorio					
Considera necesario realizar búsqueda activa de tuberculosis en todos los contactos del paciente diagnosticado					
Cree necesaria la realización de la prueba de VIH en todo paciente con tuberculosis					
TRATAMIENTO					
Considera necesario informar al paciente sobre los efectos secundarios (hipoacusia, pérdida de la agudeza visual, anemia, erupción cutánea) del tratamiento antifímico.					
Se interesa por conocer y orientar sobre las medidas a tomarse en cuenta durante administración de medicamentos en el tratamiento antifímico.					
Son necesarias las visitas domiciliarias a los pacientes que se encuentren recibiendo tratamiento antifímico.					
Es necesario realizar seguimiento del paciente afectado luego que de éste haya terminado el tratamiento.					
Considera que los fracasos en el tratamiento de tuberculosis se deben exclusivamente a errores de supervisión.					

Investigador: Daniela Carolina Guaicha Valarezo



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Proyecto de Investigación: “CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE TUBERCULOSIS DEL PERSONAL DE SALUD DE AGUANGORA, CENTRO 2, CHUQUIRIBAMBA, CONSACOLA, DANIEL ÁLVAREZ, HÉROES DEL CENEP, SAN CAYETANO, DEL DISTRITO 11D01 LOJA, PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2016”

Responsable de la Investigación:

Daniela Carolina Guaicha Valarezo

Estudiante del X Ciclo de la Carrera de Medicina Humana del ASH de la UNL

Celular: 0969969981

1. Introducción y propósito

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo general: Establecer el conocimiento y las actitudes sobre tuberculosis del personal de salud de Aguangora, Centro 2, Chuquiribamba, Consacola, Daniel Álvarez, Héroes Del Cenepa, San Cayetano, Del Distrito 11d01 Loja, Período Mayo-Octubre 2016.

Procedimiento

Al aceptar la participación en el presente estudio, se compromete a:

➤ Permitir que se aplique al personal operativo de salud a su cargo el instrumento de recolección de datos del proyecto, mismo que consta de dos acápite: un cuestionario y una variable del test de Likert.

✓ El cuestionario se realiza con el fin de valorar el nivel de conocimientos sobre tuberculosis que posee el personal; el cual consta de 15 preguntas de opción múltiple, de las cuales solo se deberá seleccionar una respuesta por cada literal.

✓ El test, basado en la Escala de Likert, se realiza con la finalidad de valorar las actitudes sobre tuberculosis del personal; el cual consta de 15

proposiciones, de las cuales se debe marcar con una X dentro del casillero que considere adecuado.

➤ Que cualquier duda o pregunta que tenga sobre este trabajo será debidamente informada al autor del estudio, para su dilucidación.

2. Riesgos e incomodidades

El presente estudio no conlleva ningún tipo de incomodidad para los sujetos de estudio, a más del tiempo que llevará el responder el respectivo cuestionario y test.

3. Costo/Pago

El cuestionario y test que se le aplicarán, *no representan ningún costo para el personal de salud.*

4. Confidencialidad

Toda la información y resultados recolectados a lo largo de este proceso investigativo serán únicamente utilizados con fines científicos, con completa confidencialidad hacia los sujetos de estudio, por tanto no se registrará el nombre, ni ningún otro dato que pueda atentar contra la integridad del personal de salud.

5. Beneficios

Los beneficios serán para el propio personal de salud, ya que permitirá recolectar información actual sobre su nivel de conocimiento y las actitudes que se están tomando frente a la tuberculosis; así como también se dará un beneficio a la comunidad en general, quienes tendrán una mejor calidad de atención, reduciendo de esta manera el riesgo de propagación de dicha tuberculosis.

6. Derecho a Negarse o Retirarse

Usted tiene la facultad de aceptar y continuar dentro del proceso investigativo, así como de negarse o retirarse en el momento que crea conveniente, sin que ello ocasione repercusiones legales y/o morales.

7. Consentimiento

Yo _____ con
C.I.: _____, en calidad de Director de la Unidad de Salud:
_____, en pleno uso de mis facultades
mentales y sin coacción alguna, en completo conocimiento de la naturaleza, forma,
duración, propósito e inconvenientes relacionados con el estudio que se me indicó,
declaro haber sido informado/a de forma clara por parte del responsable del trabajo
de grado, lo siguiente:

- Que permitiré la aplicación al personal de salud operativo a mi cargo de un cuestionario y un test, los cuales permitirán valorar sus conocimientos y actitudes sobre tuberculosis.
- Que cualquier duda o pregunta que tenga sobre el estudio, me será explicada por el responsable del mismo.
- Que los resultados alcanzados en este estudio serán utilizados únicamente para objetivos del trabajo de grado.
- No se me ha ofrecido, ni pretendo recibir beneficios económicos por la participación en este estudio
- Que puedo aceptar, negarme y/o retirarme de la presente investigación en el momento que crea conveniente.

Luego de haber leído, comprendido y recibido las respuestas respecto a este consentimiento informado, acepto las condiciones para la participación en el estudio y a la vez autorizo al responsable proceder con la realización del mismo.

Firma

CERTIFICADO DE TRADUCCIÓN DEL RESUMEN



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Prof. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen para el trabajo de titulación denominado: *"CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE TUBERCULOSIS DEL PERSONAL DE SALUD DE AGUANGORA, CENTRO 2, CHUQUIRIBAMBA, CONSACOLA, DANIEL ÁLVAREZ, HÉROES DEL CENEP, SAN CAYETANO, DEL DISTRITO 11D01 LOJA, PERÍODO MAYO - OCTUBRE 2016"*, autoría de la alumna Daniela Carolina Guaicha Valarezo, con Cédula de Identidad No 1105550840, egresada en la Carrera de Medicina Humana, de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza a la interesada, hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 05 de octubre de 2017

Prof. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.



Líderes en la Enseñanza del Inglés