



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

TÍTULO

“Conocimientos y actitudes sobre tuberculosis del personal de salud del Centro 1, Chontacruz, Comunidades, La Pradera, San Lucas, Santiago y Zamora Huayco, del Distrito 11D01 Loja, período mayo-octubre 2016”

MACROPROYECTO: “Conocimientos y actitudes sobre tuberculosis del personal de salud del Distrito 11D01 Loja, período mayo-octubre 2016”

Tesis previa a la obtención del Título de
Médico General

AUTOR: Junior Fernando Valle Barragán

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

LOJA – ECUADOR
2017

Certificación

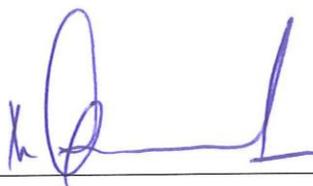
Dr. Tito Goberth Carrión Dávila, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación previo a la obtención del título de Médico General titulado: **“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE TUBERCULOSIS DEL PERSONAL DE SALUD DEL CENTRO 1, CHONTACRUZ, COMUNIDADES, LA PRADERA, SAN LUCAS, SANTIAGO Y ZAMORA HUAYCO, DEL DISTRITO 11D01 LOJA, PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2016”**, mismo que se encuentra dentro del Macroproyecto: **“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE TUBERCULOSIS DEL PERSONAL DE SALUD DEL DISTRITO 11D01 LOJA, PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2016”**, de autoría del señor Junior Fernando Valle Barragán, estudiante de la Carrera de Medicina, ha sido dirigida y orientada durante su desarrollo por lo cual autorizo su presentación.

Loja, 10 de octubre del 2017



Dr. Tito Goberth Carrión Dávila, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

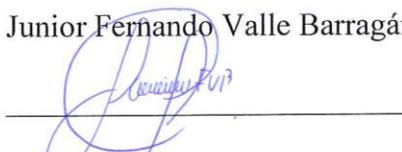
Autoría

Yo, Junior Fernando Valle Barragán, con C.I.: 1105234387, declaro ser autor del trabajo de Tesis: **“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE TUBERCULOSIS DEL PERSONAL DE SALUD DEL CENTRO 1, CHONTACRUZ, COMUNIDADES, LA PRADERA, SAN LUCAS, SANTIAGO Y ZAMORA HUAYCO, DEL DISTRITO 11D01 LOJA, PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2016”**, mismo que se encuentra dentro del Macroproyecto: **“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE TUBERCULOSIS DEL PERSONAL DE SALUD DEL DISTRITO 11D01 LOJA, PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2016”**, 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.

Autor : Junior Fernando Valle Barragán

Firma :



Cédula: 1105234387

Fecha : 10 de octubre del 2017

Carta de Autorización

Yo, Junior Fernando Valle Barragán, declaro ser el autor de la Tesis titulada: **“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE TUBERCULOSIS DEL PERSONAL DE SALUD DEL CENTRO 1, CHONTACRUZ, COMUNIDADES, LA PRADERA, SAN LUCAS, SANTIAGO Y ZAMORA HUAYCO, DEL DISTRITO 11D01 LOJA, PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2016”**, cumpliendo el requisito que me permite optar el grado de Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de esta casa de estudios superiores, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional (RDI).

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo a través del RDI, en las redes de información del país y del extranjero con las cuales la universidad mantenga un convenio.

La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la misma.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los diez días del mes de octubre del dos mil diecisiete, firma el autor.

Firma:
Autor: Junior Fernando Valle Barragán
Cédula: 1105234387
Dirección: Loja; Barrio “IV Centenario”; Ramón Pinto y 10 de Agosto
Correo Electrónico: junior_fernando1993@hotmail.com
Teléfono: 072575-039 / 0989971430

DATOS COMPLEMENTARIOS

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

Tribunal de grado: Dra. Elvia Raquel Ruíz Bustán, Mg. Sc.

Dr. Richard Orlando Jiménez, Mg. Sc.

Dra. Alba Beatriz Pesántez González, Mg. Sc.

Dedicatoria

“Si puedes soñarlo, puedes hacerlo”

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido soporte y compañía durante todo el período de estudio.

A mi madre Miriam, por darme la vida, creer en mí y por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor incondicional.

A mi padre Medardo, por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por el espíritu de responsabilidad que me inculcó desde pequeño.

A mi abuelita Luz Gardina, por quererme y apoyarme en cada momento de mi formación y vida, esto también te lo debo a ti.

A mi primo Danny (†), estoy seguro que desde el cielo aún me acompañas y estás pendiente de mí.

A mis familiares, quienes estuvieron presentes con su apoyo durante éste difícil camino, ustedes saben quiénes son.

Agradecimiento

Primeramente a Dios, por la vida, por bendecirme cada día y por hacer realidad este sueño anhelado; a mis padres, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo; a la Universidad Nacional de Loja por darme la oportunidad de forjarme como profesional; a mi director de tesis, Dr. Tito Carrión Dávila, por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, experiencia, paciencia y motivación, ha logrado que pueda culminar con éxito el presente trabajo investigativo; a mis docentes durante toda la carrera profesional, porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación profesional y personal.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida a lo largo de este camino, a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos, sin importar en donde estén quiero agradecerles por todo lo brindado.

Para ellos, infinitas gracias y que Dios les bendiga.

Junior

Índice de contenidos

Carátula.....	i
Certificación	ii
Autoría.....	iii
Carta de Autorización.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento	vi
Índice de tablas	ix
Índice de gráficos.....	x
1. Título	1
2. Resumen	2
Summary.....	3
3. Introducción.....	4
4. Revisión de Literatura	7
1. Tuberculosis	7
1.1. Definición	7
1.2. Etiología.....	7
1.3. Transmisión	7
1.4. Factores de riesgo	8
2. Prevención de la Tuberculosis.....	8
2.1. Vacunación	9
2.2. Control de contactos	10
2.3. Quimioprofilaxis.....	10
2.4. Educación para la salud	10
2.5. Medidas preventivas contra la tuberculosis.....	11
2.6. Cuidados del paciente con tuberculosis	11
2.7. Recomendaciones al alta.....	12
2.8. Normas de bioseguridad	13
3. Diagnóstico.....	13
3.1. Signos y exámenes.....	14
3.2. Radiografía de tórax.....	14
3.3. Baciloscopia.....	15

3.4.	Broncoscopia	16
3.5.	Toracocentesis	17
3.6.	Otras: biopsia	17
4.	Tratamiento.....	18
4.1.	Esquema de tratamiento de tuberculosis.....	19
4.2.	Administración del tratamiento	19
4.2.1.	DOTS.....	19
5.	Actitudes del personal de salud frente a tuberculosis.....	21
5.1.	Componente cognitivo	21
5.2.	Componente afectivo	21
5.3.	Componente conductual	21
5.4.	Clasificación de la actitud.....	21
5.4.1.	Aceptación	21
5.4.2.	Indiferencia.....	21
5.4.3.	Rechazo	22
6.	Escala tipo Likert.....	22
6.1.	Categorización de la escala tipo Likert.....	22
6.2.	Alternativas	22
6.3.	Puntaje	22
6.4.	Aspectos a tomar en cuenta.....	23
6.5.	Elaboración de la escala de Likert	23
5.	Materiales y Métodos	25
6.	Resultados.....	28
7.	Discusión	44
8.	Conclusiones.....	47
9.	Recomendaciones	48
10.	Bibliografía.....	49
11.	Anexos.....	51

Índice de tablas

Tabla N° 1 Nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad “Centro N° 1”	28
Tabla N° 2 Nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad “Chontacruz”	29
Tabla N° 3 Nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad “Comunidades”.....	30
Tabla N° 4 Nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad “La Prader”	31
Tabla N° 5 Nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad “San Lucas”	32
Tabla N° 6 Nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad “Santiago”	33
Tabla N° 7 Nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad “Zamora Huayco”	34
Tabla N° 8 Nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidades: Centro N° 1, Chontacruz, Comunidades, La Pradera, San Lucas, Santiago y Zamora Huayco, del Distrito 11D01 Loja	35
Tabla N° 9 Actitudes sobre tuberculosis respecto al diagnóstico, prevención y tratamiento del personal de salud de la Unidad “Centro N°1”	36
Tabla N° 10 Actitudes sobre tuberculosis respecto al diagnóstico, prevención y tratamiento del personal de salud de la Unidad “Chontacruz”	37
Tabla N° 11 Actitudes sobre tuberculosis respecto al diagnóstico, prevención y tratamiento del personal de salud de la Unidad “Comunidades”	38
Tabla N° 12 Actitudes sobre tuberculosis respecto al diagnóstico, prevención y tratamiento del personal de salud de la Unidad “La Pradera”	39
Tabla N° 13 Actitudes sobre tuberculosis respecto al diagnóstico, prevención y tratamiento del personal de salud de la Unidad “San Lucas”	40
Tabla N° 14 Actitudes sobre tuberculosis respecto al diagnóstico, prevención y tratamiento del personal de salud de la Unidad “Santiago”	41
Tabla N° 15 Actitudes sobre tuberculosis respecto al diagnóstico, prevención y tratamiento del personal de salud de la Unidad “Zamora Huayco”	42

Tabla N° 16 Actitudes sobre tuberculosis respecto al diagnóstico, prevención y tratamiento del personal de salud de las Unidades: Centro N° 1, Chontacruz, Comunidades, La Pradera, San Lucas, Santiago y Zamora Huayco, del Distrito 11D01	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 del Centro 1, Chontacruz, Comunidades, La Pradera, San Lucas, Santiago y Zamora Huayco, 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 de casos nuevos fue de 10,4 millones, de los cuales 1,8 millones murieron por esta causa, sin contar 400 mil más en 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 en centros de salud pertenecientes al Distrito 11D01 Loja. Para ello, se presenta un estudio descriptivo, transversal, realizado en 7 unidades de salud, cuyo universo y muestra fueron 72 personas, a quienes se aplicó un cuestionario con 15 preguntas de opción múltiple y un test, basado en una variable de la escala formulada por Rensis Likert, con 15 propuestas, herramientas que permitieron recolectar la información que fue analizada, tabulada y representada mediante gráficos estadísticos en el software Excel. Se encontró que 50% del personal de salud encuestado presentó un nivel de conocimiento alto, 31% regular y un 19% un nivel bajo; en lo concerniente a actitud de prevención, 65% del personal manifestó aceptación, 18% rechazo y 17% indiferencia; en cuanto a diagnóstico, 65% del personal demostró aceptación, 22% rechazo y 13% indiferencia y en lo referente a actitud hacia tratamiento, 64% presentó aceptación, 32% indiferencia y 4% rechazo a las medidas propuestas. Concluyendo que el nivel de conocimientos sobre tuberculosis es alto en gran parte del personal de salud y la actitud tomada mayormente es la aceptación respecto a prevención, diagnóstico y tratamiento de la patología.

PALABRAS CLAVE: Tuberculosis; conocimiento; personal de salud

Summary

The tuberculosis is a world's problem, it is considered that the third part of the population is infected with the bacillus *Mycobacterium tuberculosis*. In 2015 the number of new cases was 10,4 million, which of each 1,8 million were dead because of it, regardless 400 thousand more in coinfection Tuberculosis/VIH. This research aims to establish the level of knowledge and the attitude towards prevention, diagnostic and treatment of tuberculosis with the healthcare staff in the centers of Distrito 11D01 Loja. A descriptive and transversal study is undertaken in seven healthcare centers, the universe and sample – 72 people – a multiple-choice questionnaire applied to 15 people, and a test based on a variable of standardized scale by Rensis Likert with 15 proposals, those tools allowed to collect data that was analyzed, tabulated and represented with statistic graphics in the Excel software. According to the results, 50% of the healthcare staff has a high knowledge, 31% medium and 19% with a low level; about prevention 65% agreed, 18% rejected and 17% apathy; about diagnosis, 65% agreed, 22 rejected and 13% apathy; about treatment 64% agreed, 32% apathy and 4% rejected the proposals. Concluding that the level of knowledge on tuberculosis is high in much of the health staff and the attitude taken mostly is the acceptance with regard to the prevention, diagnosis and treatment of the pathology.

KEY WORDS: Tuberculosis; knowledge; healthcare staff.

3. Introducción

La tuberculosis es una enfermedad altamente trascendente en salud pública, 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 el Ecuador no es ajeno.

Se la define como la patología infectocontagiosa bacteriana, producida por una micobacteria del complejo *Mycobacterium*: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. microti* o *M. africanum*, transmitida de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio en pacientes con enfermedad activa. (Ministerio de la Protección Social Colombia, 2013). Es una de las enfermedades más antiguas que afecta al ser humano, a nivel mundial es la segunda causa de muerte después del SIDA; para 1993 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la tuberculosis como una emergencia de salud pública. En ese momento se estimaban entre 7 y 8 millones de casos y de 1,3 a 1,6 millones de muertes ocurridas cada año. 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; actualmente es considerada un problema de salud pública en todo el mundo, lo cual se evidencia por las altas tasas de morbilidad y mortalidad. (Cardona-Arias & Hernández, 2013).

En el 2013 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que cada año 8.7 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1.4 millones murieron por esta causa. El 80% se distribuye en países en vías de desarrollo, 75% de los enfermos se encuentran en el rango de edad más productiva (25-35 años), con mayor incidencia en el género masculino. (Collazos Flores, 2012). Dentro de los grupos de mayor riesgo destacan: adultos laboralmente activos, pacientes con inmunosupresión y personal de salud. Se estima que un tercio de la población mundial ha sido infectada y está en riesgo de enfermar en algún momento de su vida; cada paciente infectado conlleva el riesgo de transmitir la enfermedad a 10 o 15 personas si no recibe tratamiento oportuno (Montalvo, 2013)

En América Latina para el año 2013, se registraron 285 200 nuevos casos de tuberculosis, más de dos tercios (69%) de todos ellos ocurrieron en subregiones de América del Sur, destacando la región Andina (Organización Panamericana de la Salud, 2013). En Ecuador, desde décadas atrás se reportan cifras elevadas de tuberculosis en todas sus provincias, siendo más afectadas las regiones Costa, Sierra y Amazonía. En la ciudad

de Loja a través del Distrito de Salud 11D01 se dio a conocer que el año 2015 fueron 28 el número de personas infectadas con tuberculosis, 14 de género masculino y 14 de femenino; en el año 2016 se reportaron 40 casos, 25 en el género masculino y 15 en el femenino, con registro de un fallecido, hecho de por sí alarmante, al cual se acuña que dentro de los pacientes infectados constan 3 profesionales de salud, pertenecientes al personal operativo de los centros de salud de la ciudad.

La situación actual de la tuberculosis se considera sólo el comienzo de un problema de consecuencias imprevisibles, en respuesta la OMS y La Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias han recomendado el uso de la Tratamiento Acortado Directamente Observado DOTS (Organización Mundial de la Salud, 2015). Desde el año 1999, se implementa la Estrategia DOTS en Ecuador, en la que los pacientes contagiados toman la medicación bajo la vigilancia directa de una persona entrenada, motivo por el cual el profesional de la salud se encuentra mayormente expuesto al contagio de la patología. En el año 2001 se inicia la operación de dicha estrategia en 3 provincias del país (Azuay, Guayas y Pichincha). En el 2004 se expandió la estrategia a otras 3 provincias (El Oro, Manabí y Tungurahua). Desde 2006, con el Proyecto “Expansión de la Estrategia DOTS en Ecuador”, financiado por el Fondo Mundial de la lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria, se expandió al resto de establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública del país.

En 2008 se elaboró el Plan Estratégico del Programa Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis cuyo objetivo básico fue contribuir a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), mediante intervenciones respaldadas con acciones dirigidas a la población pobre y vulnerable a esta enfermedad. 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, hecho 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).

Sin embargo, a pesar de todos los avances científicos, programas y estrategias instauradas a nivel nacional tanto para el diagnóstico, tratamiento y prevención de tuberculosis, hasta la actualidad no se ha logrado un control adecuado de la enfermedad, hecho que destaca que los conocimientos y las actitudes del personal de salud sobre la

tuberculosis siguen constituyendo el talón de Aquiles en el manejo y control de la patología. (Carvajal-Barona, Varela-Arévalo, Hoyos, Angulo-Valencia-Valencia, & Duarte, 2014)

Con la presente investigación se pretende establecer los conocimientos y actitudes sobre tuberculosis del personal de salud del Centro 1, Chontacruz, Comunidades, La Pradera, San Lucas, Santiago y Zamora Huayco, del Distrito 11D01 Loja, durante el período mayo-octubre 2016. En relación a los objetivos específicos se proyecta determinar el nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud y valorar las actitudes sobre tuberculosis respecto a prevención, diagnóstico y tratamiento.

El conocimiento, constituye el instrumento que permite orientar nuestro comportamiento, siendo este resultado de la práctica o experiencia personal, su adquisición, influirá en la toma de actitudes adecuadas, que permitirán alcanzar más eficientemente objetivos y necesidades de las estrategias frente a tuberculosis instauradas en la actualidad. El presente estudio representa una oportunidad para determinar cuánto sabe el profesional de salud sobre la patología: síntomas, formas de transmisión, factores predisponentes, diagnóstico, tratamiento y prevención, todo esto con la finalidad de ayudar a reconocer falencias existentes; así como determinar las actitudes tomadas respecto a: prevención, diagnóstico y tratamiento, todo ello con el fin de evitar posibles contagios, propagaciones y fomentando una mejor calidad de atención.

Los principales beneficiarios constituyen el personal de salud, el cual tendrá información actualizada sobre su nivel de conocimiento y las actitudes que están tomando frente a la tuberculosis, para su análisis y posterior corrección o afianzamiento, de ser necesario; así también se dará un beneficio a la comunidad, quienes tendrán personal de salud mejor capacitado y por ende mejor calidad de atención.

El presente se constituye como apoyo para futuras investigaciones, brindando información de relevante importancia que puede utilizarse como base para promover nuevas investigaciones y estrategias frente a la tuberculosis. El estudio se encuentra dentro de la cuarta línea de investigación del Área de la Salud Humana, de la Universidad Nacional de Loja, sublínea Interculturalidad y sistemas de salud en la región sur del Ecuador; así mismo dentro de la segunda línea de investigación VIH/Tuberculosis, sublínea Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Tuberculosis (personal de salud, pacientes y sociedad), de las prioridades de investigación en salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2013-2017.

4. Revisión de Literatura

CAPÍTULO 1: CONOCIMIENTOS SOBRE TUBERCULOSIS

1. Tuberculosis

1.1. Definición

“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.” (Longo, y otros, 2012)

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
(GobiernoUSA.gov, 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 pos 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, 2012)

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. (Ministerio de Salud Pública, 2016)

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. (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, 2010)

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
- Administración 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)
- Administración 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. (Robles, 2013)

2.7. Recomendaciones al alta

Medicación:

- 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.
- Si tiene náuseas, vómitos, dolor abdominal y otros síntomas digestivos consulte con su médico.

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.

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. (Fuenfría, 2013)

2.8. 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. (Ministerio de Salud Pública, 2016)

3. 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 alcohólico 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.

3.1. Signos y exámenes

Manifestaciones clínicas

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. (Protocolo)

3.2. 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). (Longo, y otros, 2012)

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

(OPS/OMS, 2010)

3.3. 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 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. (Organización Panamericana de la Salud, 2012)

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.

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. (Ministerio de Salud Pública, 2016)

3.4. 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 traqueo bronquial, con administración previa de atropina (0.5 mg). Un máximo de 20 ml de lidocaína al 2% 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.

3.5. Toracocentesis

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.

3.6. Otras: 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” (caseoso, 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. (Ministerio de Salud Pública, 2017)

4. Tratamiento

El tratamiento de la TB será administrado de forma gratuita y directamente observado 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. (Ministerio de Salud Pública, 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. (Ministerio de Salud Pública, 2017)

4.1. Esquema de tratamiento de tuberculosis

- Los medicamentos que se administran son: Rifampicina, Etambutol, Pirazinamida e Isoniacida con una duración de 6 meses.
- El tratamiento está dividido en dos fases, la primera de dos meses, con administración diaria de las drogas antes mencionadas excepto los domingos y feriados y la segunda fase de 4 meses que se administra dos veces por semana solo con Rifampicina e Isoniacida.

Está indicado para:

- Todo paciente nuevo con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y/o extrapulmonar con BK positivo o BK negativo (incluyendo a aquellos con cultivo BK positivo o negativo).
- Todo paciente nuevo con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y/o extrapulmonar con BK positivo o BK negativo (incluyendo a aquellos con cultivo BK positivo o negativo) asociado a infección VIH/SIDA.

4.2. Administración del tratamiento

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.

4.2.1. DOTS

Siglas de Tratamiento Acortado Directamente Observado, se basa en los siguientes lineamientos:

- Es responsabilidad del talento humano en salud del establecimiento garantizar el TDO (Tratamiento Directamente Observado) 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 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.

¿Cómo y cuándo administrar el TDO?

- 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.
- 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.

CAPÍTULO 2: ACTITUDES SOBRE TUBERCULOSIS

5. Actitudes del personal de salud frente a tuberculosis

5.1. Componente cognitivo

Creencias y conocimientos.- Formado por las percepciones y creencias hacia una actitud, 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.

5.2. Componente afectivo

Sentimientos y emociones.- Es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. 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.

5.3. Componente conductual

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 un objeto.

5.4. Clasificación de la actitud

5.4.1. Aceptación

Consiste en estar de acuerdo con lo que se realiza, es decir, el sujeto muestra 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 humana.

5.4.2. Indiferencia

Se define como 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.

5.4.3. Rechazo

Es cuando el sujeto evita el objetivo, 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.

6. Escala tipo Likert

Es un tipo de escala que mide actitudes, es decir, que se emplea para medir el grado en que se da una actitud o disposición de los encuestados sujetos o individuos en los contextos sociales particulares. El objetivo es agrupar numéricamente los datos que se expresen en forma verbal, para poder luego operar con ellos, como si se tratará de datos cuantitativos para poder analizarlos correctamente.

6.1. Categorización de la escala tipo Likert

Es un 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 (favorable o desfavorable, positiva o negativa) de los individuos.

6.2. 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:

- Totalmente de acuerdo = 5
- De acuerdo. = 4
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo = 3
- En desacuerdo = 2
- Totalmente Desacuerdo = 1

6.3. Puntaje

Es el valor que se les asignan a los indicadores constitutivos como opciones de respuesta. 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.

6.4. Aspectos a tomar en cuenta

- Nos permite medir el sentido y la intensidad de las actitudes,
- Es fácil de administrar y cuantificar.
- Se puede tomar como inconveniente la necesidad de ponderar las respuestas.

6.5. Elaboración de la escala de Likert

Para la elaboración de una escala tipo Likert, se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Definición nominal de la actitud o variable que se va a medir.
- Recopilación de preguntas (ítems) en forma de proposiciones. (Operacionalización de variables).
- Determinación de las puntuaciones dadas a las categorías de los ítems.
- Aplicación de la escala provisoria.
- Análisis de ítems, eliminando los inadecuados.
- Categorización jerárquica de la escala.
- Cálculo de la confiabilidad y validez de la escala (Cajamarca, 2015).

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 lo 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

La presente investigación corresponde a un estudio de tipo descriptivo, transversal, en el cual se proyectó determinar el conocimiento y las actitudes sobre tuberculosis del personal de salud del Centro 1, Chontacruz, Comunidades, La Pradera, San Lucas, Santiago y Zamora huayco, del Distrito 11D01 Loja durante el período mayo-octubre 2016.

Área de estudio

La investigación se realizó en 7 Unidades de Salud pertenecientes al Distrito 11D01 Loja, entre las que constan: Centro de Salud Nro. 1, Chontacruz, Comunidades, La Pradera, San Lucas, Santiago, y Zamora Huayco.

Universo y muestra

El universo y muestra de estudio estuvo constituido por 72 personas que conforman el personal operativo de las Unidades de Salud, entre las que se incluye:

• Médicos/as	→	25
• Enfermeros/as	→	11
• Auxiliares de enfermería	→	11
• Odontólogos	→	10
• Laboratoristas	→	4
• Técnicos en Atención Primaria (TAP)	→	4
• Asistentes de admisiones	→	7
• TOTAL	→	72

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Personal operativo perteneciente a los centros de salud: Centro de Salud Nro. 1, Chontacruz, Comunidades, La Pradera, San Lucas, Santiago, y Zamora Huayco, 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:

- Internos rotativos, trabajadores sociales, personal administrativo y de aseo perteneciente a los centros.
- Personal de salud que no se encuentre laborando normalmente durante la realización del estudio.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la obtención de la información se utilizó como técnica la encuesta, mediante el uso de dos instrumentos de recolección de datos: un cuestionario, realizado por el autor en base a la Guía de Práctica Clínica sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de tuberculosis 2016 del MSP del Ecuador, con 15 preguntas para valorar el nivel de conocimiento, y un test, basado en una variable de la escala formulada por Rensis Likert modificada por el autor, con 15 propuestas para valorar las actitudes.

Procedimiento

- Se hizo llegar mediante oficio a cada uno de los Directores responsables de cada Unidad de Salud la solicitud para estudio de campo y posterior consentimiento informado (Anexo N° 1), en el cual se detalló en que consiste la investigación, indicando sobre la confidencialidad de identidad del personal participante, 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 fueron establecidos por los respectivos Directores de las Unidades de Salud, precautelando la no interrupción del normal laborar del personal.
- Posterior a la designación del horario, se procedió a la aplicación del instrumento de recolección de datos, mismo que constó de: un cuestionario (Anexo N°2), que valoró el conocimiento del personal de salud, con 15 preguntas de opción múltiple, en base a definición, factores predisponentes, prevención, diagnóstico y tratamiento de tuberculosis, de las cuales debieron 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 se obtuvo un puntaje de 24-30 puntos; nivel de conocimiento *regular* de 16-22 puntos y nivel de conocimiento *bajo* de 0-14 puntos.

- Para valorar las actitudes del personal de salud se aplicó un test, basado en una variable de la escala formulada por Rinses Likert (Anexo N° 3), el mismo que constó de 15 enunciados, 5 en cuanto a prevención, 5 respecto a diagnóstico y 5 sobre tratamiento, de los cuales se debía encasillar (marcar con una X) en base a las siguientes opciones:

- | | |
|-----------------------------------|----------|
| • 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 fueron medidos con base en una escala nominal en donde se consideró que existe una actitud de aceptación con un valor entre 20-25 puntos; indiferencia 15-19 puntos; y rechazo ≤ 14 puntos, valorando individualmente cada uno de los parámetros de prevención, diagnóstico y tratamiento.

Análisis estadístico

Se sistematizó la información y se distribuyó por orden de frecuencia los diferentes datos del estudio para representarlo en porcentajes mediante el uso del programa Microsoft Excel. La información procesada se presentó en tablas y gráficos (barras) estadísticos numerados, con su respectivo análisis y discusión.

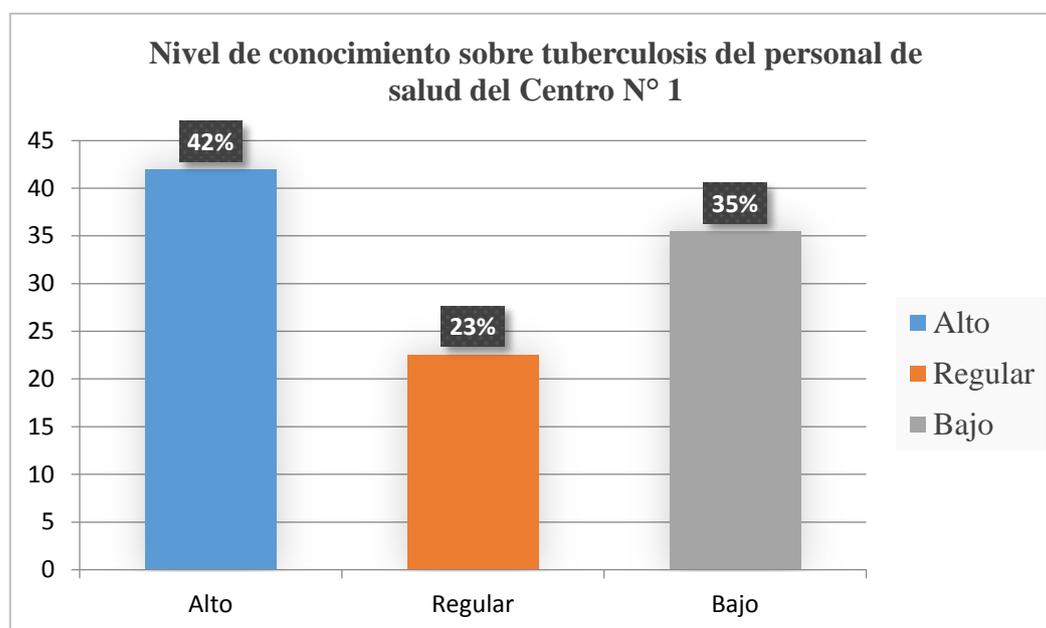
6. Resultados

Tabla N° 1

Nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad “Centro N°1”, período mayo-octubre 2016

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	13	42
Regular	7	23
Bajo	11	35
TOTAL	31	100

Gráfico N° 1



Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Junior Valle

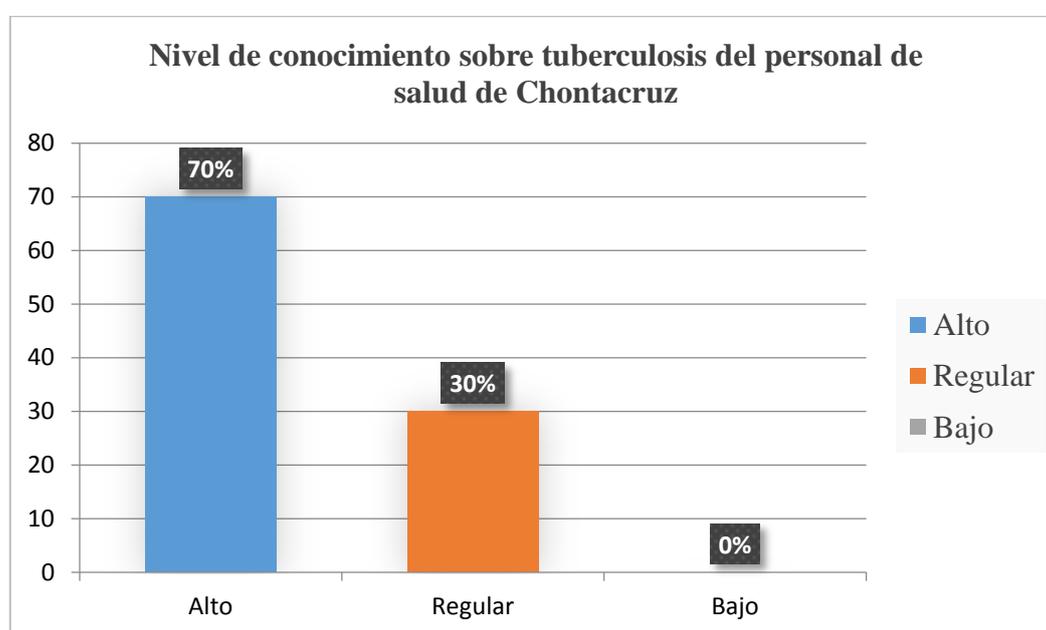
El nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud del Centro N°1, es en un 42% alto, 35% bajo y 23% regular.

Tabla N° 2

Nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad “Chontacruz”, período mayo-octubre 2016

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	7	70
Regular	3	30
Bajo	0	0
TOTAL	10	100

Gráfico N°2



Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Junior Valle

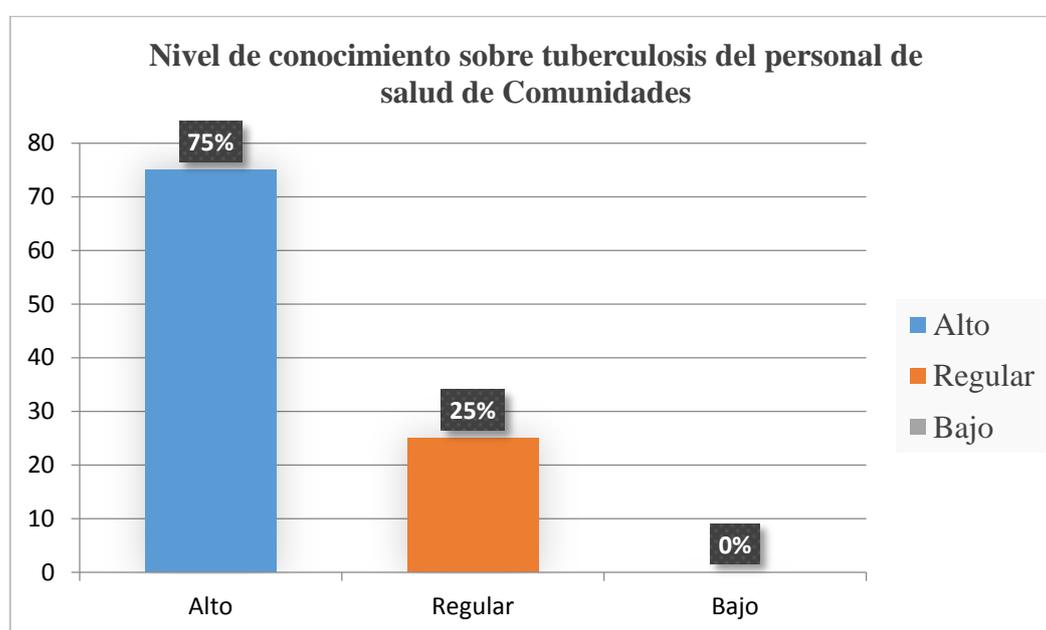
El nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad Chontacruz, es en un 70% alto, mientras que el 30% posee un nivel de conocimiento regular.

Tabla N° 3

Nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad “Comunidades”, período mayo-octubre 2016

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	3	75
Regular	1	25
Bajo	0	0
TOTAL	4	100

Gráfico N° 3



Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Junior Valle

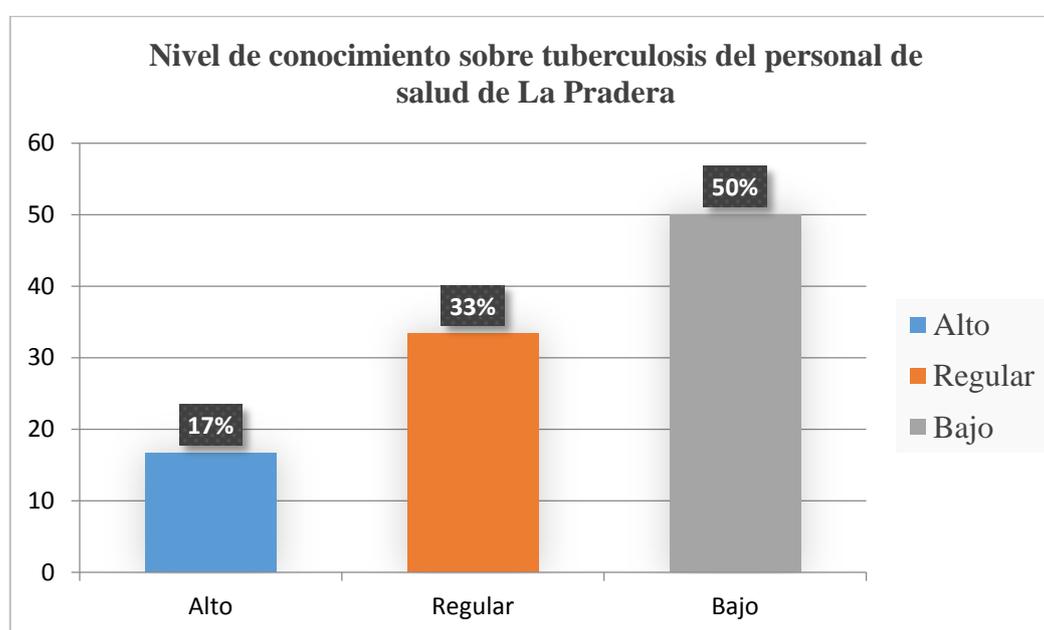
El nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad Comunidades, es en un 75% alto, mientras que un 25% posee un nivel regular.

Tabla N° 4

Nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad “La Pradera”, período mayo-octubre 2016

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

Gráfico N° 4



Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Junior Valle

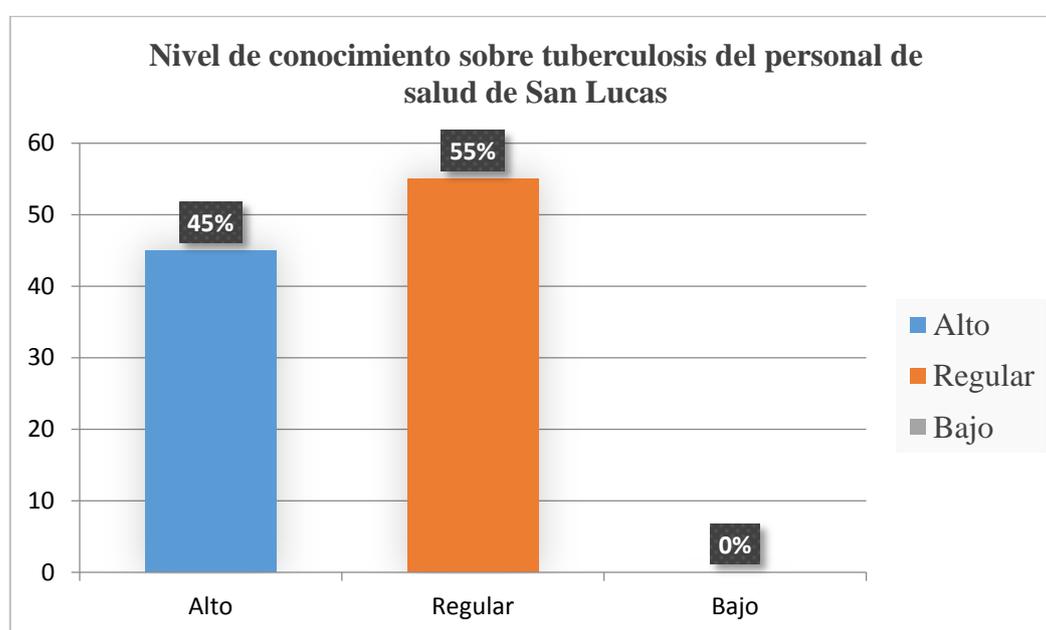
El nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad La Pradera, es en un 50% bajo, el 33% presenta un nivel regular y 17% posee un nivel alto.

Tabla N° 5

Nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad “San Lucas”, período mayo-octubre 2016

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	5	45
Regular	6	55
Bajo	0	0
TOTAL	11	100

Gráfico N° 5



Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Junior Valle

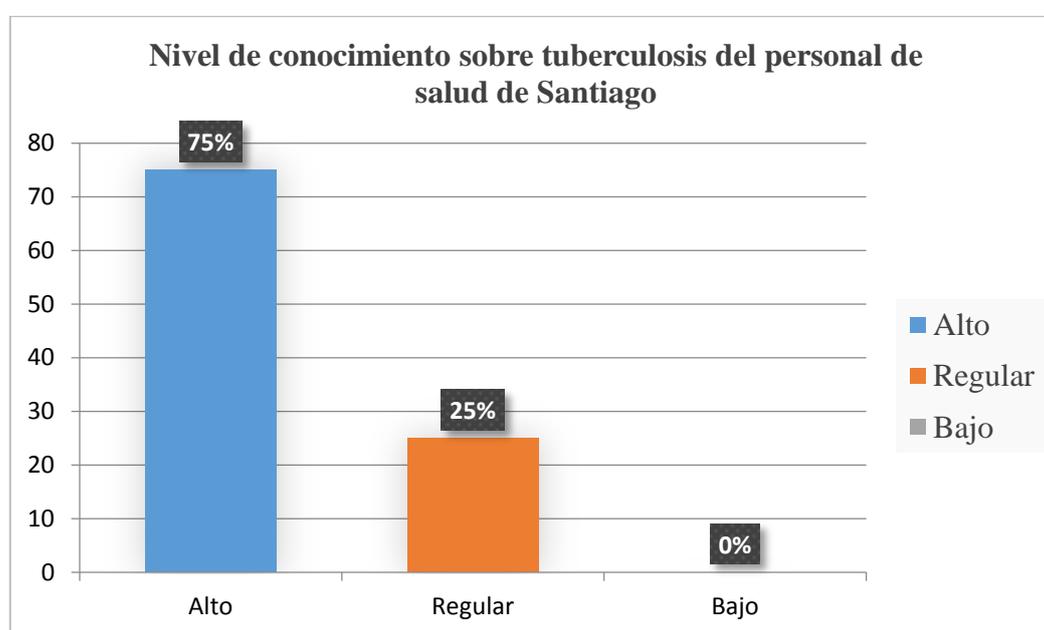
El nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad San Lucas, es en un 55% regular, mientras que el 45% posee un nivel alto.

Tabla N° 6

Nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad “Santiago”, período mayo-octubre 2016

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	3	75
Regular	1	25
Bajo	0	0
TOTAL	4	100

Gráfico N° 6



Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Junior Valle

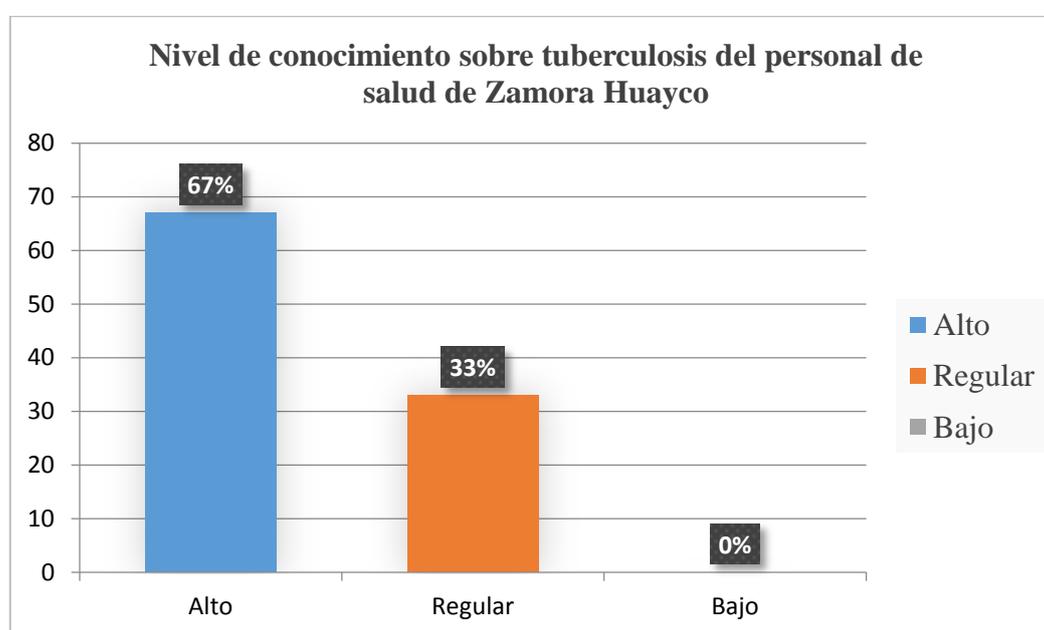
El nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad Santiago, es en un 75% alto, mientras que el 25% posee un nivel regular.

Tabla N° 7

Nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad “Zamora Huayco”, período mayo-octubre 2016

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	4	67
Regular	2	33
Bajo	0	0
TOTAL	6	100

Gráfico N° 7



Fuente: Cuestionario

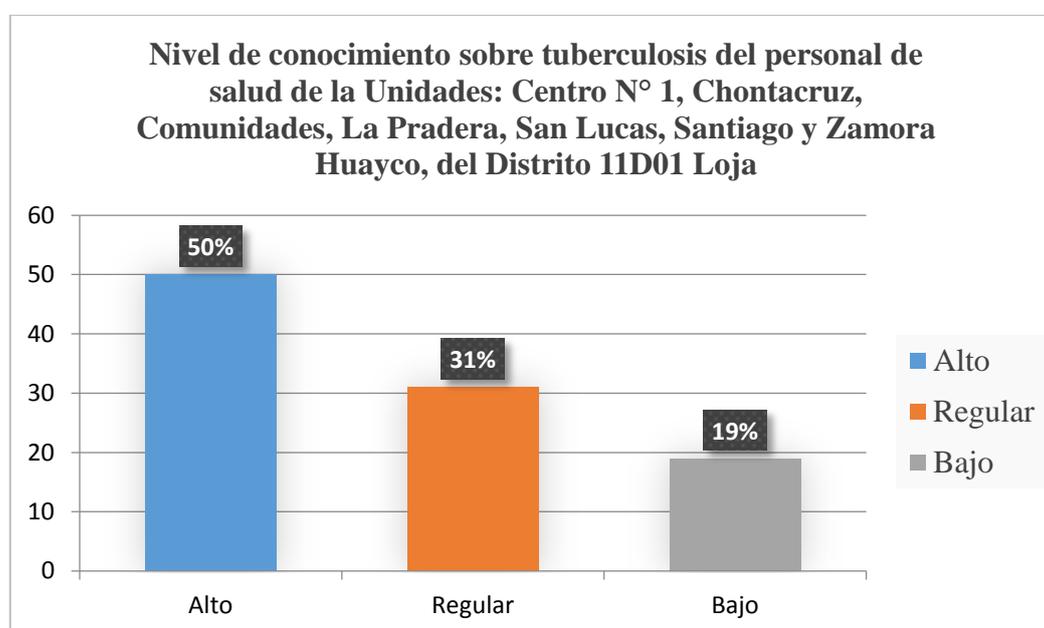
Elaborado por: Junior Valle

El nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad Zamora Huayco, es en un 67% alto, mientras que el 33% posee un nivel regular.

Tabla N° 8

Nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidades: Centro N° 1, Chontacruz, Comunidades, La Pradera, San Lucas, Santiago y Zamora Huayco, del Distrito 11D01 Loja, período mayo-octubre 2016

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	36	50
Regular	22	31
Bajo	14	19
TOTAL	72	100

Gráfico N° 8

Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Junior Valle

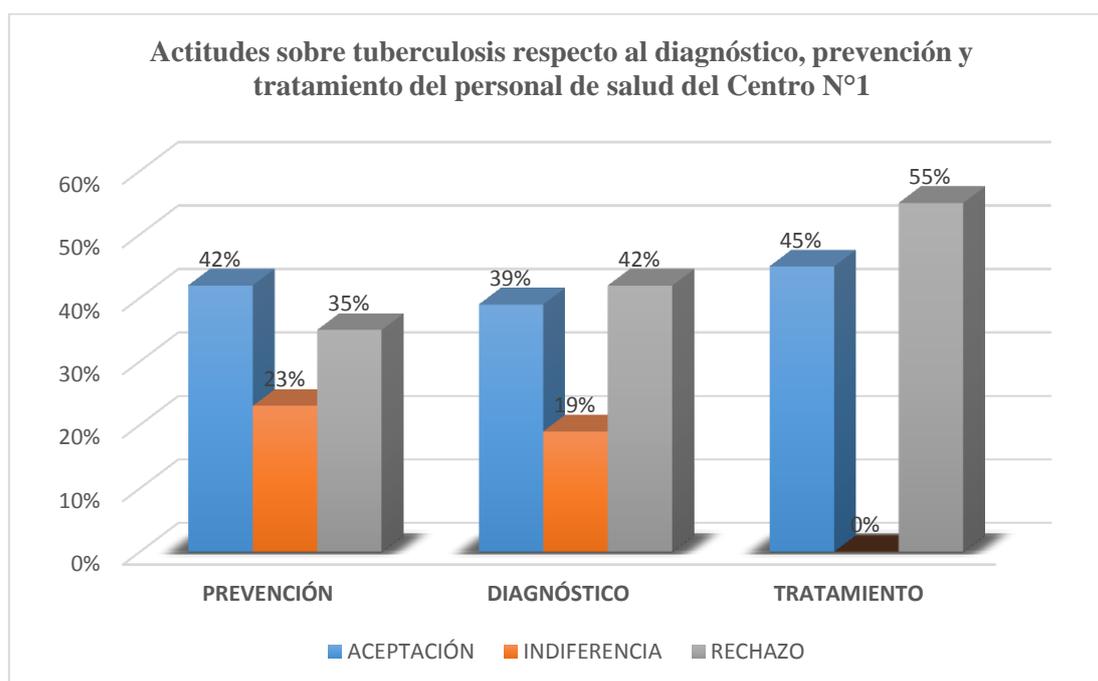
El nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de las Unidades Centro N°1, Chontacruz, Comunidades, La Pradera, San Lucas, Santiago y Zamora Huayco, es en un 50% alto, el 31% presenta un nivel regular y el 19% posee un nivel bajo.

Tabla N° 9

Actitudes sobre tuberculosis respecto al diagnóstico, prevención y tratamiento del personal de salud de la Unidad “Centro N°1”, período mayo-octubre 2016

INDICADORES	Clasificación de las Actitudes						TOTAL	
	Aceptación		Indiferencia		Rechazo			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<i>Prevención</i>	13	42%	7	23%	11	35%	31	100%
<i>Diagnóstico</i>	12	39%	6	19%	13	42%	31	100%
<i>Tratamiento</i>	14	45%	0	0%	17	55%	31	100%

Gráfico N° 9



Fuente: Test de Likert

Elaborado por: Junior Valle

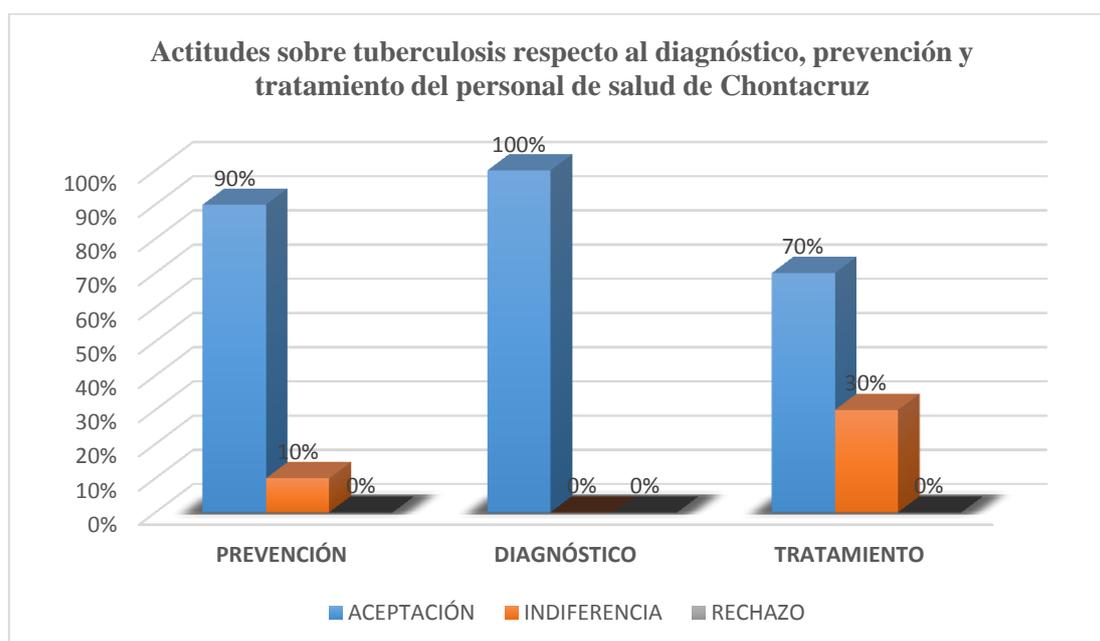
Las actitudes sobre tuberculosis del personal de salud del Centro N°1, en cuanto a prevención el 42% presenta una actitud de aceptación, el 35% una actitud de rechazo y el 23% una actitud de indiferencia; respecto al diagnóstico el 42% presenta una actitud de rechazo, el 39% una actitud de aceptación y el 19% tiene una actitud de indiferencia; en lo concerniente a tratamiento el 55% presenta una actitud de rechazo, mientras que un 45% tiene una actitud de aceptación.

Tabla N° 10

Actitudes sobre tuberculosis respecto al diagnóstico, prevención y tratamiento del personal de salud de la Unidad “Chontacruz”, período mayo-octubre 2016

INDICADORES	Clasificación de las Actitudes						TOTAL	
	Aceptación		Indiferencia		Rechazo			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<i>Prevención</i>	90	90%	1	10%	0	0%	10	100%
<i>Diagnóstico</i>	10	100%	0	0%	0	0%	10	100%
<i>Tratamiento</i>	7	70%	3	30%	0	0%	10	100%

Gráfico N° 10



Fuente: Test de Likert

Elaborado por: Junior Valle

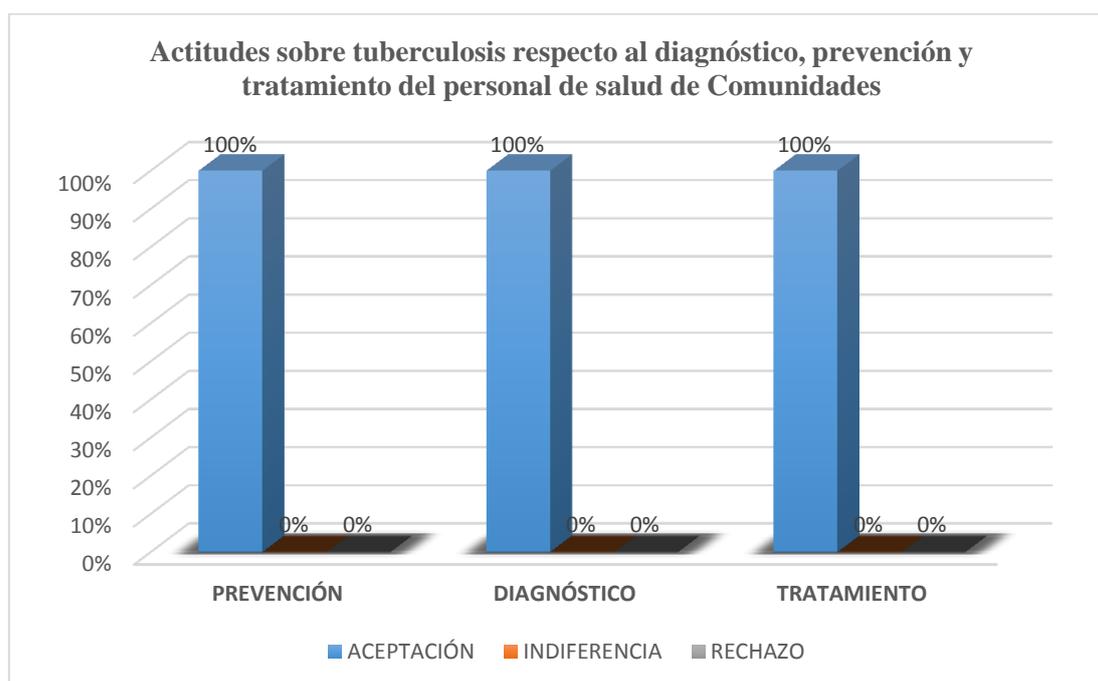
Las actitudes sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad Chontacruz, en cuanto a prevención, 90% presenta una actitud de aceptación y 10% indiferencia; respecto al diagnóstico el 100% presenta actitud de aceptación; en lo referente a tratamiento 70% presenta actitud de aceptación, mientras que un 30% tiene una actitud de indiferencia.

Tabla N° 11

Actitudes sobre tuberculosis respecto al diagnóstico, prevención y tratamiento del personal de salud de la Unidad “Comunidades”, período mayo-octubre 2016

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

Gráfico N° 11



Fuente: Test de Likert

Elaborado por: Junior Valle

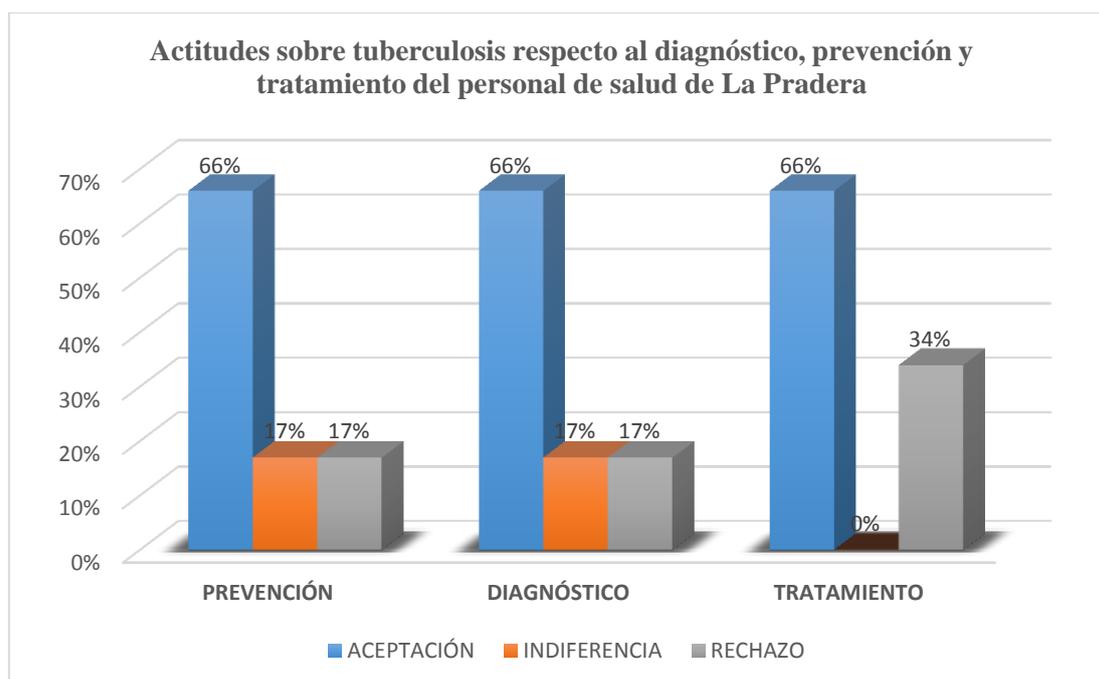
Las actitudes sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad Comunidades, en cuanto a prevención, diagnóstico y tratamiento, el 100% presenta una actitud de aceptación.

Tabla N° 12

Actitudes sobre tuberculosis respecto al diagnóstico, prevención y tratamiento del personal de salud de la Unidad “La Pradera”, período mayo-octubre 2016

INDICADORES	Clasificación de las Actitudes						TOTAL	
	Aceptación		Indiferencia		Rechazo		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
<i>Prevención</i>	4	66%	1	17%	1	17%	6	100%
<i>Diagnóstico</i>	4	66%	1	17%	1	17%	6	100%
<i>Tratamiento</i>	4	66%	0	0%	2	34%	6	100%

Gráfico N° 12



Fuente: Test de Likert

Elaborado por: Junior Valle

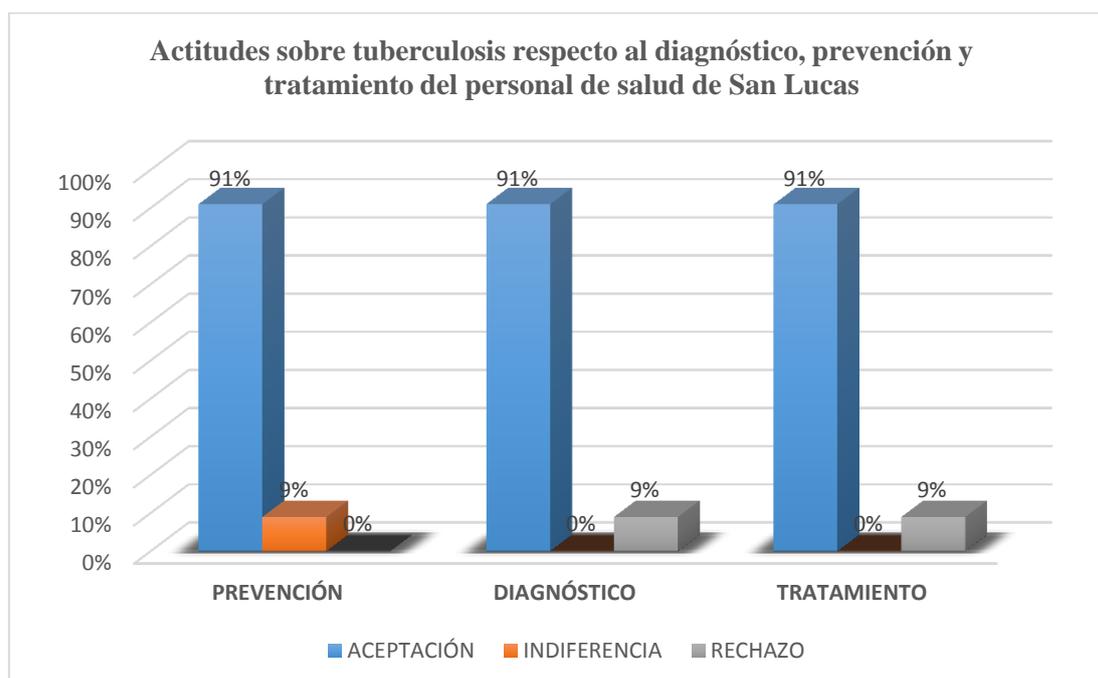
Las actitudes sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad La Pradera, en cuanto a prevención, 66% presenta una actitud de aceptación, 17% una actitud de indiferencia y 17% una actitud de rechazo; respecto al diagnóstico el 66% presenta una actitud de aceptación, el 17% una actitud de indiferencia y el 17% rechazo; en lo concerniente a tratamiento el 66% presenta una actitud de aceptación, mientras que un 34% tiene una actitud de rechazo.

Tabla N° 13

Actitudes sobre tuberculosis respecto al diagnóstico, prevención y tratamiento del personal de salud de la Unidad “San Lucas”, período mayo-octubre 2016

INDICADORES	Clasificación de las Actitudes						TOTAL	
	Aceptación		Indiferencia		Rechazo			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<i>Prevención</i>	10	91%	1	9%	0	0%	11	100%
<i>Diagnóstico</i>	10	91%	0	0%	1	9%	11	100%
<i>Tratamiento</i>	10	91%	0	0%	1	9%	11	100%

Gráfico N° 13



Fuente: Test de Likert

Elaborado por: Junior Valle

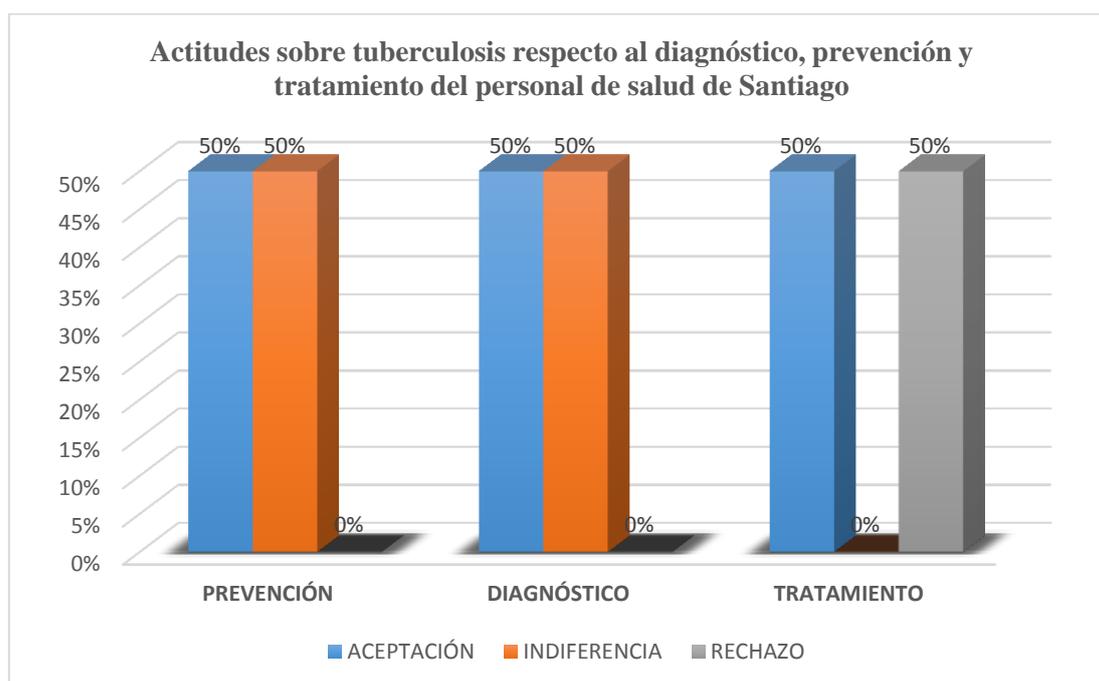
Las actitudes sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad San Lucas, en cuanto a prevención, 91% presenta una actitud de aceptación y 9% actitud de indiferencia; respecto al diagnóstico el 91% presenta una actitud de aceptación, y 9% tiene una actitud de rechazo; en lo concerniente a tratamiento el 91% presenta una actitud de aceptación, mientras que un 9% tiene una actitud de rechazo.

Tabla N° 14

Actitudes sobre tuberculosis respecto al diagnóstico, prevención y tratamiento del personal de salud de la Unidad “Santiago”, período mayo-octubre 2016

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

Gráfico N° 14



Fuente: Test de Likert

Elaborado por: Junior Valle

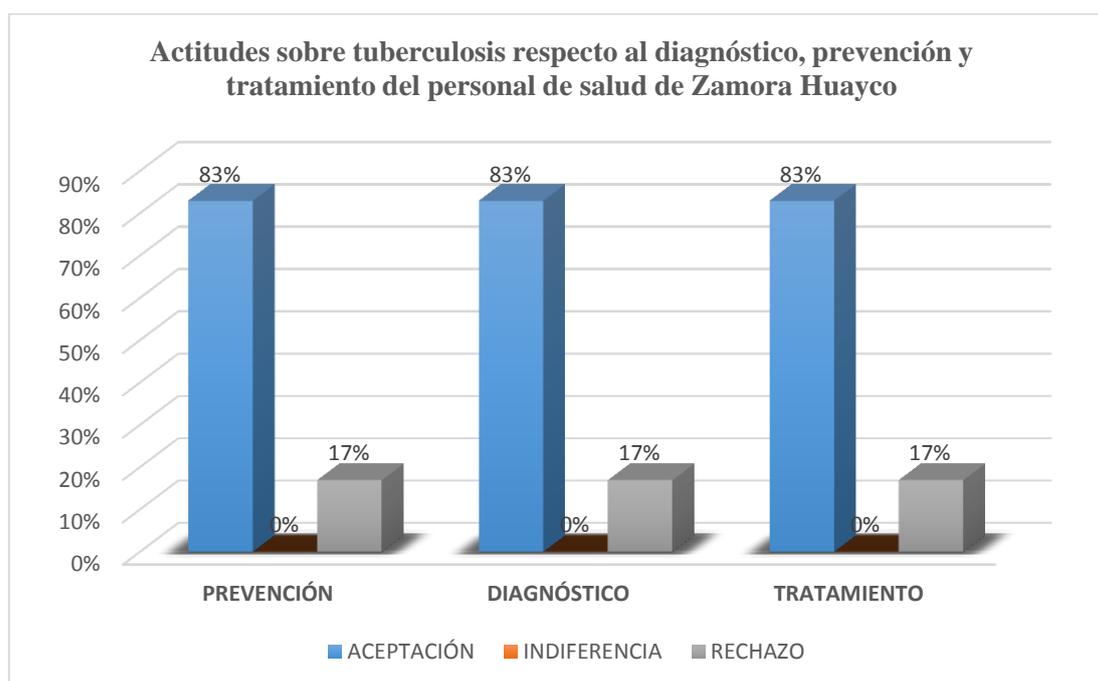
Las actitudes sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad Santiago, en cuanto a prevención el 50% presenta una actitud de aceptación y 50% de indiferencia; respecto al diagnóstico el 50% presenta una actitud de aceptación y 50% de indiferencia; en lo concerniente a tratamiento el 50% presenta una actitud de aceptación y el 50% tiene una actitud de rechazo.

Tabla N° 15

Actitudes sobre tuberculosis respecto al diagnóstico, prevención y tratamiento del personal de salud de la Unidad “Zamora Huayco”, período mayo-octubre 2016

INDICADORES	Clasificación de las Actitudes						TOTAL	
	Aceptación		Indiferencia		Rechazo			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<i>Prevención</i>	5	83%	0	0%	1	17%	6	100%
<i>Diagnóstico</i>	5	83%	0	0%	1	17%	6	100%
<i>Tratamiento</i>	5	83%	0	0%	1	17%	6	100%

Gráfico N° 15



Fuente: Test de Likert

Elaborado por: Junior Valle

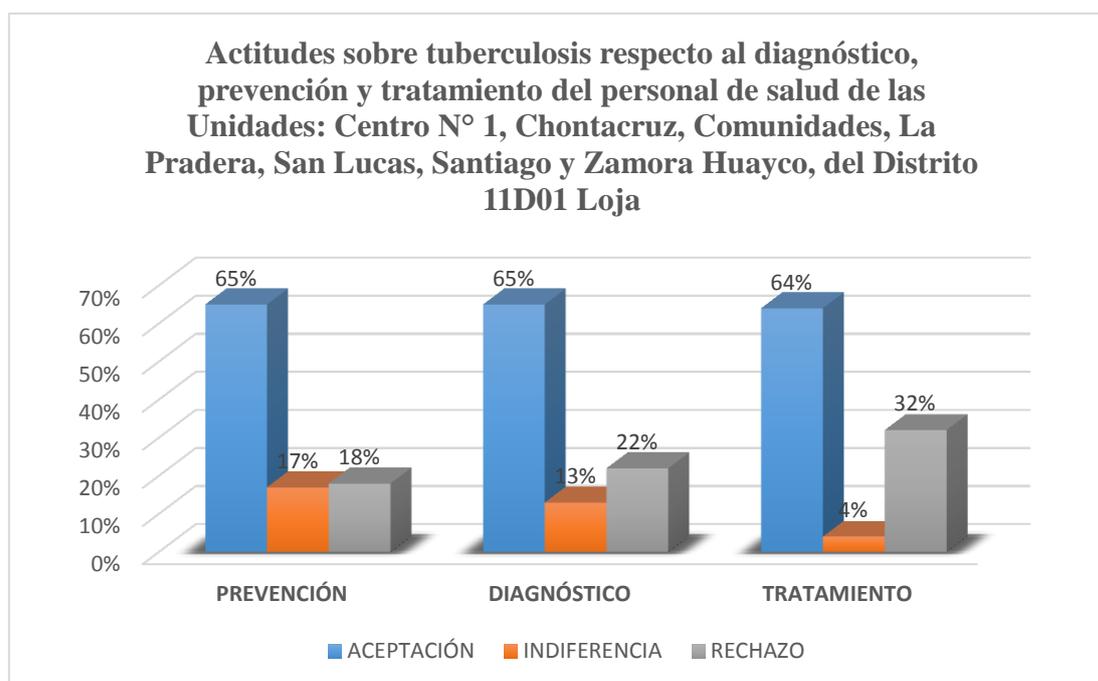
Las actitudes sobre tuberculosis del personal de salud de la Unidad Zamora Huayco, en cuanto a prevención el 83% presenta una actitud de aceptación y 17% actitud de rechazo; respecto al diagnóstico el 83% presenta una actitud de aceptación y 17% actitud de rechazo; en lo concerniente a tratamiento el 83% presenta una actitud de aceptación, mientras que un 17% tiene una actitud de rechazo.

Tabla N° 16

Actitudes sobre tuberculosis respecto al diagnóstico, prevención y tratamiento del personal de salud de las Unidades: Centro N° 1, Chontacruz, Comunidades, La Pradera, San Lucas, Santiago y Zamora Huayco, del Distrito 11D01 Loja, período mayo-octubre 2016

INDICADORES	Clasificación de las Actitudes						TOTAL	
	Aceptación		Indiferencia		Rechazo		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
<i>Prevención</i>	47	65%	12	17%	13	18%	72	100%
<i>Diagnóstico</i>	47	65%	9	13%	16	22%	72	100%
<i>Tratamiento</i>	46	64%	3	4%	23	32%	72	100%

Gráfico N° 16



Fuente: Test de Likert

Elaborado por: Junior Valle

Las actitudes sobre tuberculosis del personal de salud de las Unidades Centro N°1, Chontacruz, Comunidades, La Pradera, San Lucas, Santiago y Zamora Huayco, expresan que en cuanto a prevención el 65% presenta una actitud de aceptación, el 18% actitud de rechazo, y 17% indiferencia; respecto al diagnóstico el 65% presenta una actitud de aceptación, el 22% actitud de rechazo y 13% indiferencia; en lo concerniente a tratamiento el 64% presenta una actitud de aceptación, 32% actitud de indiferencia y 4% 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 netamente descriptivo, transversal, 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.

En el presente estudio se logró determinar que el 50% del personal de salud participante posee un nivel de conocimiento alto sobre la enfermedad, 31% nivel regular y un significativo 19% un nivel bajo, resaltando que el mayor vacío de conocimiento es sobre el esquema de tratamiento de tuberculosis, sus variaciones dependiendo de la situación particular de cada paciente (coinfección VIH, inmunodeprimidos) y el seguimiento posterior a la farmacoterapia administrada.

En lo concerniente a las actitudes respecto a prevención, los resultados denotaron que el personal de salud presenta aceptación en un 65%, 18% indiferencia y rechazo en un 17% a las propuestas establecidas, hecho alentador ya que la mayoría promueve y aplica normas de bioseguridad frente a tuberculosis, como lavado de manos, usos de mascarilla N95 y se interesa por informar a la población las medidas básicas de prevención (cubrirse la boca al toser, uso de mascarilla quirúrgica); el llamativo porcentaje de rechazo se debe a razón de que un gran número de personal de salud expuso su oposición a la medida de realizarse una radiografía de tórax anual como protocolo en cada unidad de salud.

En lo referente a las actitudes respecto a diagnóstico se encontró que el personal de salud presenta aceptación en un 65%, 22% rechazo e indiferencia en un 13% a las propuestas, destacar que la mayoría de personal demuestra preocupación por detectar sintomáticos respiratorios e informar sobre la correcta recolección de muestras de esputo; el marcado porcentaje de rechazo se debe principalmente a la negativa que tuvo el personal sobre la propuestas de: realizar estudios serológicos (VIH) a casos confirmados y la búsqueda activa en de tuberculosis en todos los contactos del paciente diagnosticado de tuberculosis.

En cuanto a las actitudes respecto a tratamiento se demostró que el personal de salud presenta aceptación en un 64%, 32% rechazo e indiferencia en un 4% a las propuestas, enfatizar que la mayoría de personal se interesa por informar a los pacientes sobre el tratamiento antifímico, posibles efectos secundarios y seguimiento del mismo; el elevado

porcentaje de rechazo es debido a que el personal de salud se opone a la propuesta de que el fracaso en el tratamiento antifímico se debe exclusivamente a errores de supervisión, puesto que a su parecer factores propios del paciente como: poca adherencia al tratamiento, alcoholismo y drogadicción, se relacionan en gran número de casos.

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, demuestra que el 38% de la población en estudio presenta un nivel de conocimiento adecuado y 83% poseen un nivel inadecuado (Aguilar, Cortéz, & Zenteno, 2013). Hecho que destaca los resultados de nuestro estudio, ya que en el mismo obtuvo que 50% del personal participante (médicos, enfermeros/as, auxiliares de enfermería, odontólogos/as, laboratoristas, TAP, asistentes de admisión) tiene un nivel adecuado (alto) 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 indica que un 60% de los participantes posee un nivel 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 acápites 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 con el fin de mejorar los programas frente a la tuberculosis.

8. Conclusiones

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

- El nivel de conocimiento sobre tuberculosis del personal de salud de las siete unidades en estudio, es alto en la mayoría de participantes, sin obviar que un porcentaje (19%) presentó un nivel bajo, destacando que existe mayor déficit de conocimientos con respecto al esquema de tratamiento de la tuberculosis.
- En lo concerniente a las actitudes sobre tuberculosis respecto a prevención, se encontró una actitud de aceptación frente a las propuestas establecidas, con gran apego a las medidas de bioseguridad; en las actitudes respecto a diagnóstico, el personal de salud presenta aceptación en su gran mayoría, demostrando gran interés por la detección oportuna de sintomáticos respiratorios; en cuanto a actitudes respecto al tratamiento, el personal participante presenta aceptación, expresado por el interés para brindar correcta información sobre el tratamiento que recibirán los pacientes.

9. Recomendaciones

- Al personal de salud (médicos, enfermeras/os, odontólogos/as, laboratoristas, auxiliares de enfermería, TAP, asistentes de admisión), como recurso humano fundamental para la atención de los pacientes, se recomienda acudir de manera permanente a las capacitaciones, ya que esto les permitirá mantenerse actualizados en cuanto la Guía de Práctica Clínica sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis, dispuesto actualmente por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, fortaleciendo sus conocimientos, con el fin de contribuir a un mejor manejo y control de esta patología.
- A los directores de cada Unidad de salud, se recomienda que la información entregada en las capacitaciones sobre tuberculosis sea transmitida a todo el personal que labora en la unidad, debido a la constante exposición que todos mantienen; además hacer hincapié en el conocimiento del tratamiento y la correcta administración de medicamentos antifímicos, tanto para precautelar la salud del propio paciente como para prevenir la propagación de la enfermedad y la aparición de cepas drogorresistentes.
- A todo el personal que labora en unidades de Salud, debe poner énfasis en la práctica de medidas adecuadas no solo enfatizadas en diagnóstico precoz y tratamiento, sino de sobremanera en medidas de prevención, pues constituyen la piedra angular en el largo camino hacia la completa erradicación de esta patología.

10. Bibliografía

- Aguilar, M., Cortéz, C., & Zenteno, R. (2013). Conocimiento y actitudes sobre tuberculosis en personal médico de Veracruz, México. 215-216. Obtenido de <http://revistasnew.unab.edu.co/index.php/medunab/article/viewFile/820/739>
- 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*, 339-349. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v12n3/v12n3a05.pdf>
- 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.
- Fuenfría, H. I. (2013). *Madrid.org*. Obtenido de Consejos para los cuidados al alta de pacientes en unidades de aislamiento: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DGuia+de+Cuidados+al+alta+pacientes+Unidades+Aislamiento.pdf&blobheadervalue2=language%3D>
- GobiernoUSA.gov. (2016). *Centro para el control y diagnóstico de enfermedades*. Obtenido de CDC: <http://www.cdc.gov/tb/esp/topic/basics/risk.htm>
- 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): 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.

- 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/>
- Ministerio de Salud Pública. (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>
- Montalvo, S. (2013). *Relación entre el nivel de conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis en el profesional de enfermería, red Chiclayo 2013*. Chiclayo.
- Ocaña, G. (2012). *Ministerio de Salud Pública Argentina*. Obtenido de [Ministeriodesalud.gov.ar](http://www.msal.gov.ar): 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](http://www.who.int/tb/publications/who_tb_99_269_sp.pdf)
- OPS/OMS. (2010). Coinfección 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). *Infomed*. Obtenido de Manual para el diagnóstico bacteriológico de tuberculosis: <http://files.sld.cu/tuberculosis/files/2009/12/tb-labs-baciloscopia1.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *lacfondomundial.org*. Obtenido de <http://lacfondomundial.org/wp-content/uploads/2015/09/Regi%C3%B3n-de-Las-Am%C3%A9ricas-resumen.pdf>
- Robles, A. (2013). *Neumosur Enfermería*. Obtenido de Tuberculosis: http://www.neumosurenfermeria.org/AAA/almeria/textos/actualizacion_c_e_tb.htm
- Sánchez, M., Valencia, M., Montes, J., Sánchez, J., & Flores, I. (2012). Inmunología y terapéutica de la vacuna BCG. *Revista Alergia México*, 153-163.

11. Anexos

ANEXO N° 1



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 DEL CENTRO 1, CHONTACRUZ, COMUNIDADES, LA PRADERA, SAN LUCAS, SANTIAGO Y ZAMORA HUAYCO, DEL DISTRITO 11D01 LOJA, PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2016”

Responsable de la Investigación:

Junior Fernando Valle Barragán

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

Celular: 0990835907

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 del Centro 1, Chontacruz, Comunidades, La Pradera, San Lucas, Santiago y Zamora huayco, del distrito 11D01 Loja, durante el 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, sino fuese por su valioso tiempo, el cual empleará en 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 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, intentando conseguir una autorreflexión acerca del cumplimiento de las normativas sobre tuberculosis establecidas.

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

ANEXO N° 2



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

“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE TUBERCULOSIS DEL PERSONAL DE SALUD DEL CENTRO 1, CHONTACRUZ, COMUNIDADES, LA PRADERA, SAN LUCAS, SANTIAGO Y ZAMORA HUAYCO, 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: _____ **Tiempo 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?

- a) Infectocontagiosa
- b) Hereditaria
- c) Viral
- d) Idiopática
- e) 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 más de 15 días
- c) Dolor articular, hiporexia, mialgias y tos sin expectoración mayor 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, Estreptomina e Isoniacida
- b) Rifampicina, Pirazinamida, Isoniacida y Salbutamol
- c) Rifampicina, Etambutol, Pirazinamida e Isoniacida
- d) Rifampicina, Etambutol, Pirazinamida, Isoniacida y Estreptomina
- 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

ANEXO N° 3



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

“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE TUBERCULOSIS DEL PERSONAL DE SALUD DEL CENTRO 1, CHONTACRUZ, COMUNIDADES, LA PRADERA, SAN LUCAS, SANTIAGO Y ZAMORA HUAYCO, 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.					

ANEXO N° 4



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Lic. Andrés Loja Vega
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada "CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE TUBERCULOSIS DEL PERSONAL DE SALUD DEL CENTRO 1, CHONTACRUZ, COMUNIDADES, LA PRADERA, SAN LUCAS, SANTIAGO Y ZAMORA HUAYCO, DEL DISTRITO 11D01 LOJA, PERIODO MAYO-OCTUBRE 2016" autoría del Sr. Junior Fernando Valle Barragán, egresado de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 03 de Octubre de 2017

Lic. Andrés Loja Vega
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442

