



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E.A.P. DE ENFERMERÍA**

TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN
LOS PACIENTES DE TRES CENTROS DE SALUD DE LA MICRO RED
SAN MARTÍN DE PORRES, LIMA 2014**

PRESENTADO POR

**HUAMÁN CAMONES, ESTER GLADIZ
VÁSQUEZ VÁSQUEZ, FANY EMÉRITA**

ASESOR

MORALES QUISPE, JUAN

Los Olivos, 2016



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE TUBERCULOSIS
PULMONAR EN LOS PACIENTES DE TRES CENTROS
DE SALUD DE LA MICRO RED SAN MARTÍN DE
PORRES, LIMA 2014**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA(O) EN
ENFERMERÍA**

**PRESENTADA POR:
Huamán Camones, Ester Gladiz
Vásquez Vásquez, Fany Emérita**

**Lima-Perú
2016**

SUSTENTADO Y APROBADO POR LOS SIGUIENTES JURADOS:

Pedro Pablo Quispe Rosales
PRESIDENTE

Rosa Eva Pérez Sigvas
SECRETARIO

Doris Mellina Alvines Fernández
VOCAL

Juan Morales Quispe
ASESOR

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE TUBERCULOSIS
PULMONAR EN LOS PACIENTES DE TRES CENTROS
DE SALUD DE LA MICRO RED SAN MARTÍN DE
PORRES, LIMA 2014**

Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado a Dios, Todopoderoso, por darnos tantas dichas en la vida y permitirnos llegar hasta este momento tan especial en nuestro desarrollo profesional.

Agradecimientos

Al término de esta etapa de nuestra vida, queremos expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda, apoyo y comprensión nos alentaron a lograr este punto importante de nuestra vida.

A Dios, por permitirnos ser parte de este mundo y por hacernos saber que a pesar de las adversidades siempre existe un nuevo día.

A nuestros padres, por darnos la vida y hacer posible realidad nuestras metas.

A nuestros hijos, por la paciencia y motivarnos a terminar la tesis.

A la Mg. Nélide Hilario, por el asesoramiento continuo a lo largo del presente estudio.

A los miembros del jurado que tuvieron a bien revisar el informe de tesis y brindarnos sus valiosas orientaciones profesionales, y sus consejos que fueron determinantes.

A nuestros docentes, por haber contribuido en nuestra formación profesional; inculcándonos siempre el amor a Enfermería.

A los profesionales de Salud, especialmente de Enfermería, a la Mg. Silvia Hernández Lujan por brindarnos las facilidades para el trabajo de campo y a los pacientes que acuden al Programa de Control de la Tuberculosis de la Micro Red San Martín de Porres, que colaboraron desinteresadamente en la aplicación de los cuestionarios, motivo del presente estudio: Gracias.

Índice

Resumen

Abstract

Introducción

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	14
1.1. Planteamiento del problema.....	14
1.2. Formulación del problema.....	18
1.3. Justificación del estudio.....	18
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	21
2.1. Marco contextual histórico social de la realidad.....	21
2.1.1. Red de Salud Rímac-San Martín de Porres - Los Olivos.....	21
2.1.2. Microred San Martín de Porres.....	21
2.3. Marco teórico conceptual.....	25
2.3.1. Conocimiento.....	25
2.3.2. La Tuberculosis.....	31
2.3.3. Importancia de la labor del profesional de Enfermería en la lucha contra la Tuberculosis en el Perú.....	41
2.3. Antecedentes de la investigación.....	49
2.3.1. Internacional.....	49
2.3.2. Nacional.....	50
2.4. Objetivos.....	53
2.4.1. Objetivo general.....	53
2.4.2. Objetivos específicos.....	53
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	54
3.1. Aspectos metodológicos.....	54
3.2. Población y muestra.....	54
3.2.1. Criterios de Inclusión.....	55
3.2.2. Criterios de Exclusión.....	55
3.3. Variables.....	55
3.3.1. Definición Conceptual de la variable.....	55

3.3.2. Definición Operacional.....	56
3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	56
3.4.1. Cuestionario de nivel de conocimientos de la tuberculosis pulmonar	56
3.5. Plan de recolección de datos	59
3.6 Técnicas de Procesamiento y Métodos de Análisis de Datos	58
3.7. Aspectos éticos	58
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	61
4.1. Resultados	61
4.1.1 Descripción de los resultados generales	61
4.1.2 Descripción de los resultados propiamente dichos	61
4.2. Discusión.....	66
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	70
5.1. Conclusiones.....	70
5.2. Recomendaciones.....	70
5.3. Limitaciones	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXOS	76

Índice de gráficos

- Gráfico 1 Nivel de conocimientos de la tuberculosis pulmonar de los pacientes de tres centros de salud de la MICRO RED San Martín de Porres, Lima – 2014.....62
- Gráfico 2 Nivel de conocimientos de la tuberculosis pulmonar en su dimensión de tratamiento farmacológico de los pacientes de tres centros de salud de la MICRO RED San Martín de Porres, Lima – 201463
- Gráfico 3 Nivel de conocimientos de la tuberculosis pulmonar en su dimensión de cuidados en el hogar de los pacientes de tres centros de salud de la MICRO RED San Martín de Porres, Lima –2014.....64
- Gráfico 4 Nivel de conocimientos de la tuberculosis pulmonar según la dimensión de medidas preventivas de los pacientes de tres centros de salud de la MICRO RED San Martín de Porres, Lima – 201465

Índice de anexos

Anexo A	Operacionalización de Variables	77
Anexo B	Instrumento de encuesta de nivel de conocimientos de la Tuberculosis pulmonar	78
Anexo C	Carta de Aceptación	83
Anexo D	Consentimiento Informado	84
Anexo E	Asentimiento Informado.....	85
Anexo F	Resultados Complementarios	86
Anexo G	Matriz de Consistencia	90

Resumen

El presente estudio se realizó en Lima durante el mes de abril del 2014, con el **objetivo** de determinar el nivel de conocimiento de Tuberculosis Pulmonar de los pacientes de tres centros de salud de la Micro red San Martín de Porres.

Metodología: El presente estudio es de enfoque cuantitativo, de diseño descriptivo y de corte transversal. La población estuvo constituida por 84 pacientes afectados con tuberculosis pulmonar que acuden a los tres establecimientos de salud objeto de estudio. El análisis de los datos recolectados se hizo mediante el paquete estadístico SPSS 20, utilizando la estadística descriptiva para elaborar las tablas y gráficos (Medidas de tendencia central, frecuencias absolutas y relativas).

Resultados: En cuanto al objetivo general encontramos que 98% de pacientes con tuberculosis presentan nivel de conocimientos regular y 2% presenta nivel de conocimientos bajo. En cuanto a la dimensión tratamiento farmacológico se resalta que 72% de pacientes con tuberculosis presentan nivel de conocimientos regular; en cuanto a la dimensión cuidados en el hogar se resalta que el 53% presenta nivel de conocimientos regular y en cuanto a la dimensión medidas preventivas el 98% presenta nivel de conocimientos regular. **Conclusiones:** El nivel de conocimientos de tuberculosis pulmonar de los pacientes de tres Centros de Salud de la Micro red San Martín de Porres que predomina es el regular, al igual que en las dimensiones de tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y medidas preventivas.

Palabras clave: Tuberculosis pulmonar, nivel de conocimientos.

Abstract

This study was conducted in Lima during the month of April 2014, with the **objective** to determine the level of knowledge of pulmonary tuberculosis patients in three health centers of the microgrid in San Martin de Porres. **Methodology:** This study is a quantitative approach, descriptive design and cross-sectional. The studied population consisted of 84 patients affected with pulmonary tuberculosis attending the three health centers chosen for our investigation. The analysis of the collected data was done by SPSS 20 using descriptive statistics to produce tables and graphs (measures of central tendency, absolute and relative frequencies, etc.). **Results:** As for the overall objective we found that 82 (98%) patients with tuberculosis have a regular knowledge level and 2 (2%) TB patients have a low level of knowledge. About the pharmacological treatment it is emphasized that 60 (72%) tuberculosis patients have a regular knowledge level; as regards the home care dimension is emphasized that 45 (53%) tuberculosis patients have a regular knowledge level; and the sizes about preventive measures is emphasized that 82 (98%) patients with tuberculosis have a regular knowledge level. **Conclusions:** The level of knowledge of pulmonary tuberculosis patients in the three health centers of the microgrid in San Martin de Porres, Lima city, year 2014, is regular. Talking about drug therapy, home care and preventive measures, the level of knowledge of pulmonary tuberculosis patients in the three health centers mentioned before is the same.

Keywords: Pulmonary tuberculosis, level of knowledge.

Introducción

La tuberculosis es una de las enfermedades infectocontagiosas de mayor incidencia en la población del mundo y un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo. El Perú es el segundo país en Sudamérica con más alta incidencia después de Haití.

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

El profesional de Enfermería cumple un rol muy importante en el tratamiento y en el control de la tuberculosis que tiene gran importancia en la salud pública por lo cual se hace necesario determinar el Nivel de conocimiento de la tuberculosis pulmonar de los pacientes que acuden a tres centros de salud de la Microred San Martín de Porres, Lima 2014.

El objetivo de la investigación es Determinar el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar de los pacientes de tres Centros de Salud de la Microred San Martín de Porres, Lima 2014, y con ello se busca fortalecer los cuidados de enfermería, desarrollar estrategias innovadoras de educación e información y favorecer un clima adecuado para la comunicación con el paciente haciendo énfasis en la continuidad del tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y las medidas preventivas.

El presente estudio está estructurado en capítulos. En el capítulo I del planteamiento del problema, se hace referencia al planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos y justificación del estudio.

En el capítulo II del marco teórico; se hace referencia al Marco contextual histórico social de la realidad, antecedentes de la investigación, marco teórico propiamente dicho, variable, definición conceptual y definición operacional.

En el capítulo III de la metodología de la investigación, se hace referencia a los aspectos metodológicos, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, proceso de recolección de datos y aspectos éticos.

En el capítulo IV se hace referencia a los resultados y discusión de resultados de nuestra investigación.

En el capítulo V se hace referencia a las conclusiones y recomendaciones de nuestro trabajo de investigación.

Finalmente, encontramos las referencias bibliográficas y los anexos del estudio.

Esperamos que este estudio sea un verdadero aporte al proceso de lucha contra la tuberculosis que sacan adelante día a día los profesionales de la salud de nuestro país.

Las autoras

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La tuberculosis (TB) convive con la humanidad desde sus albores, y así como las civilizaciones han evolucionado, el bacilo de Koch también lo ha hecho, resistiéndose a quedar relegado en la historia. La TB ha causado enfermedad en casi todas las antiguas civilizaciones del mundo, pasando por los egipcios, hindúes, chinos, incas, mayas, entre otros¹ y el intento de querer desprendernos de esta enfermedad, a la luz de la reciente aparición de la TB extremadamente resistente (TB XDR), ha sido un efímero sueño del cual la genética y biología molecular del bacilo nos han hecho despertar. ¹

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio pacientes con enfermedad pulmonar activa. ²

La tuberculosis es la segunda causa mundial de mortalidad, después del sida, a nivel mundial, causada por un agente infeccioso. En 2013, 9 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,5 millones murieron por esta enfermedad. Más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, y esta enfermedad es una de las cinco causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años. En 2013, se estima que 550 000 niños enfermaron de tuberculosis y 80 000 niños seronegativos murieron de tuberculosis. La tuberculosis es la causa principal de muerte de las personas infectadas por el VIH, pues causa una cuarta parte de las defunciones en este grupo. Se calcula que 480 000 personas desarrollaron tuberculosis multirresistente a nivel mundial en 2013. El número aproximado de personas que enferman de tuberculosis cada año está

disminuyendo aunque muy despacio; ello quiere decir que el mundo está en camino de cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio consistente en detener la propagación de esta enfermedad de aquí al año 2015. La tasa de mortalidad por tuberculosis disminuyó un 45% entre 1990 y 2013. Se calcula que entre 2000 y 2013 se salvaron 37 millones de vidas mediante el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis.³

A pesar de los esfuerzos, la TB sigue siendo un problema de salud pública, y es después del sida, la segunda causa mundial de mortalidad causada por un agente infeccioso. En 2011, en las Américas, los casos se estimaban en 268 000 y las defunciones en 30 000. Diez países concentraron el 80% de los casos de TB en todas sus formas y de ellos Brasil, Perú y Haití reportaban el 52% de los casos. Después de África, las Américas reportan el mayor número de casos de coinfección TB/VIH con un estimado de 35 mil casos, de los cuales 8100 eran TB multidrogorresistente (TB-MDR) y TB extensamente resistente (TB-XDR).⁴

En el Perú, en 2013 se logró reducir la tasa de morbilidad de 105.2 a 101.3 casos por cada 100 mil habitantes. Sin embargo, seguimos siendo el segundo país en América en registrar más casos de TB, precedido por Brasil, y los primeros con más casos de TB multidrogorresistente, es decir, aquella variedad que no responde al tratamiento con medicinas convencionales. Según la estadística del Ministerio de Salud, durante el 2013 se registraron 31 mil casos de TB en la forma sensible, 1,260 casos de TB multirresistente (TB-MDR) y 66 casos de TB extremadamente multirresistente (TB-XDR). Las regiones con más incidencia del mal fueron Madre de Dios, Callao, Ucayali, Tacna, Loreto y Lima, donde se ha fortalecido la atención con medicinas, enfermeras y médicos especialistas. En la capital la mayor cantidad de casos de TB se concentra en el distrito de San Juan de Lurigancho, que alberga la mayor cantidad de población de Lima y dos penales de máxima seguridad. Le siguen en la estadística El Agustino, Santa Anita, Ate Vitarte y el Rímac⁵.

La morbilidad y mortalidad por tuberculosis (TB) se han relacionado con múltiples determinantes biológicos, ambientales, económicos y culturales, y su control demanda acciones complejas de tipo social, preventivo y

terapéutico. Desde 1982 se demostró que la Tuberculosis venía desapareciendo en Europa mucho antes del descubrimiento de la quimioterapia, sugiriendo que su control depende en gran medida de condiciones económicas y sociales. La prevención de la infección y la enfermedad se apoya en el mejoramiento de las condiciones materiales de vida, la vacunación con BCG, el estudio y protección de contactos domiciliarios de los enfermos y el uso de quimioprofilaxis para contactos sanos, en casos indicados. ⁴

Otro aspecto a señalar es la adherencia al tratamiento, así 43 estudios de investigación en países de ingresos altos, medios y bajos (EE.UU., Canadá, Portugal, España, Alemania, Singapur, Hong-Kong, Nicaragua, Colombia, Perú, Brasil, y Chile) señalan en sus resultados que la tendencia a abandonar el tratamiento se incrementa fuertemente conforme aumenta la condición de indigencia, precariedad y marginalidad social, como en el caso de quienes están desempleados o tienen empleos muy precarios, los analfabetos, las personas que viven en situación de calle o en residencias temporarias, los pacientes alcohólicos y los adictos a las drogas ilegales. Como resultado de esta revisión es posible trazar un perfil de la no-adherencia, marcado por la desigualdad socio-económica la vulnerabilidad psico-afectiva, la exclusión social, la inequidad en el acceso a la atención de la salud con concepto negativo de la atención recibida. ⁶En la actualidad en el Perú se diagnostican 32,477 casos de (tuberculosis en todas sus formas) de los cuales 28,297 fueron casos nuevos, correspondiendo de ellos 17,264 a casos de tuberculosis pulmonar con Baciloscopia positiva, cifras traducidas en termino de tasas (por 1000,000Hab) correspondieron respectivamente a morbilidad total (110.2) incidencia total (96.1) e incidencia tuberculosis pulmonar Bk + (58.6). ⁷

Uno de los problemas álgidos en relación a la Tuberculosis, es que es una enfermedad 100% curable y prevenible, sin embargo, se ha convertido en la infección trasmisible más importante en los seres humanos. Múltiples factores explican esta situación, sobre todo factores demográficos y socioeconómicos que favorecen las migraciones, la presencia de determinantes sociales y estilos de vida inadecuados, la escasa atención prestada al control de la

Tuberculosis desestimando los canales de comunicación y responsabilidad compartida con la persona con Tuberculosis y la peligrosa comorbilidad con la epidemia del VIH, pero lo más grave aún es el hecho que cuando lo reciben, la prescripción inadecuada y la falta de adherencia al tratamiento, favorece un aumento de la Tuberculosis Pulmonar y la Tuberculosis Multidrogorresistente.⁸

Durante las prácticas pre – profesionales en la asignatura de Enfermería comunitaria en los diferentes centros de salud de la Micro red de salud San Martín de Porres se ha observado en el trabajo de campo que la población presenta una problemática de salud en común, pues la tuberculosis es parte de la vida de mucho de los pobladores del distrito de San Martín de Porres en cuanto a los Procesos de Salud – Enfermedad. El distrito se encuentra predispuesto a manifestaciones e incrementos peligrosos de algunas enfermedades establecidas en el ranking de los primeros casos de morbilidad y mortalidad es la Tuberculosis según el diagnóstico de salud del distrito.

Está relacionada a la pobreza, falta de empleo, hacinamiento, desnutrición en la población.⁹

Es importante mencionar que los recursos humanos de la salud como los enfermeros, cumplen un papel importante en la recuperación de la salud de estos pacientes, involucrados en este proceso, no solamente necesitan capacitación e idoneidad, sino además requieren motivación y compromiso en esta peligrosa lucha, donde arriesgan su salud y hasta sus vidas, por lo que deben ser reconocidos con una remuneración justa, digna y equitativa. Estos profesionales tienen la gran tarea de educar y acompañar al paciente y su familia en este proceso difícil que es el tratamiento.

En nuestro país vemos que los servicios de salud del primer nivel de atención no cuentan con los recursos materiales ni humanos necesarios para poder abordar la problemática de la tuberculosis que es multidimensional, pero a pesar de ello se sabe de la entrega y mística de muchos profesionales que dan su esfuerzo día a día para combatir esta enfermedad social.

Por lo tanto, el conocimiento de patología por parte del mismo paciente y la actitud positiva hacia el tratamiento es fundamental para su recuperación, debido a que ellos no están internados en un hospital y son pacientes ambulatorios que no están bajo la supervisión del personal de salud las 24 horas del día y que depende de ellos principalmente la mejoría de su estado de salud y de su comunidad.

De lo señalado anteriormente podemos señalar las siguientes interrogantes:

¿El personal sanitario destacado en el primer nivel de atención es el suficiente para poder afrontar y acompañar a la persona afectada con tuberculosis hasta su recuperación?

¿Las personas afectadas con tuberculosis reciben la información adecuada sobre los cuidados y autocuidados que deben tener en cuenta para poder recuperarse de forma definitiva?

¿Los programas preventivos promocionales relacionados a tuberculosis están siendo llevados adecuadamente?

Ante esto nos planteamos desarrollar la siguiente investigación:

Nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar de los pacientes de tres Centros de Salud de la Microred San Martín de Porres, Lima 2014

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar de los pacientes de tres Centros de Salud de la Microred San Martín de Porres, Lima 2014?

1.3. Justificación del estudio

El porqué de este estudio es contribuir con incrementar el conocimiento existente sobre los aspectos educativos relacionados a su enfermedad del paciente con tuberculosis. Actualmente, el Ministerio de Salud del Perú y sus establecimientos enfrentan un obstáculo muy elemental para el control de la tuberculosis, que consiste en la poca adherencia y abandono del tratamiento, ello implica graves consecuencias tanto para el paciente, como para la familia

y comunidad, debido a que el paciente no se cura y continúa la cadena de transmisión de la enfermedad. En cuanto a la distribución de los casos de tuberculosis por distritos, la mayor cantidad de casos se encuentra en el distrito de San Martín de Porres con 904, seguido de Comas con 778 y en tercer lugar por el distrito de La Victoria con 591 casos. La concentración en los distritos se asocia a la mayor densidad de la población.¹⁰

A todo esto la Licenciada en Enfermería Hernández Luján responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Red Rímac, SMP, precisó que hasta la fecha la tuberculosis es un problema de salud pública en la red de salud que ella dirige y que va en aumento la población de pacientes con tuberculosis sensibles a pesar de que el diagnóstico y tratamiento es gratuito y aún más preocupante que van en aumento los afectados con tuberculosis Multidrogo Resistente, pues en el año 2011 se notificaron 96 casos, en el 2012 tiene la red en total 107 pacientes con este diagnóstico, por esta razón creemos que la investigación en esta población es de vital importancia.

Esta investigación es trascendental para el profesional de enfermería porque los hallazgos encontrados pueden permitirle tener una visión objetiva del nivel de conocimiento de la persona afectada con esta enfermedad, esto nos permitirá orientar nuestro comportamiento en la realidad, como resultado de la práctica o experiencia personal del sujeto, es importante ya que la adquisición de estos, influirán en nuevos modos de comportamientos saludables que permitan alcanzar más eficientemente objetivos y satisfacer necesidades. Ya que mediante la promoción de la salud las personas puedan controlar su enfermedad y mejorar su salud, con la finalidad de promover el auto cuidado y contribuir con la construcción de una cultura de salud así como favorecer la prevención y el control de la Tuberculosis. Así mismo el paciente es quien dinamiza óptimamente los procesos de atención de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis, donde se brinda atención Integral e Individualizada dirigida al paciente, familia y Comunidad. Estos resultados se harán llegar a los profesionales de la salud, específicamente al profesional de Enfermería, puesto que es quien está más cerca y es capaz de interpretar lo que el paciente siente ante la enfermedad

que está padeciendo y que en base a este conocimiento se establezcan medidas de mejoras continuas en manejo del paciente con su enfermedad.

A su vez, en cada establecimiento de salud se debería contar con un profesional de Enfermería exclusivo para la estrategia del programa del control de Tuberculosis para que pueda orientar al paciente acerca de su enfermedad, tratamiento, sintomatología, medidas preventivas, reacciones alérgicas a los fármacos, etc. con estas intervenciones aplicadas se mejoraría el nivel de conocimiento del paciente acerca de su enfermedad.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Marco contextual histórico social de la realidad

2.1.1. Red de Salud Rímac-San Martín de Porres - Los Olivos

La Red de Salud Rímac San Martín de Porres Los Olivos fue creada con Resolución Ministerial N° 191-87-SA/DM de fecha 20 de marzo de 1987, bajo el nombre de entidad ejecutora presupuestal (E.E.P) N° 004 Rímac, organizándose de acuerdo al grado de complejidad, en centros y puestos de salud, iniciando sus labores institucionales el 5 de febrero del año 1988 en las instalaciones del actual Centro de Salud Materno Infantil Rímac.

2.1.2 Microred San Martín de Porres

2.1.2.1 Visión y Misión de la Microred San Martín de Porres

A. Visión

La salud de todas las personas será expresión de un sustantivo desarrollo socio económico, del fortalecimiento de la democracia y de los derechos y responsabilidades ciudadanas basadas en la ampliación de fuentes de trabajo estable y formal con mejoramiento de los ingresos, en la educación en valores orientados hacia la persona y la familia como unidad básica de la salud y desarrollo de la sociedad, en una cultura de solidaridad, de vida y de salud, así como en el establecimiento de mecanismos de accesibilidad a los servicios de salud con calidad, integrados en un sistema nacional coordinado y descentralizado de salud y cumpliendo las políticas y objetivos nacionales de salud.¹¹

B. Misión

La misión general de la Dirección de Red de Salud Lima Norte es lograr que toda la población asignada tenga acceso a los servicios de salud con calidad, que administra y cuyos recursos gestiona y provee, para promocionar la salud de la persona desde su fecundación hasta su muerte natural, para restablecer su salud de acuerdo al nuevo modelo de atención integral de salud, para prevenir las enfermedades, para proteger y recuperar la salud de la población en situaciones de emergencia y desastres y para apoyar a las comunidades e instituciones en la construcción de entornos saludables.¹¹

2.1.2.2 Objetivos funcionales de la Microred San Martín de Porres

- Identificar y proponer a la Dirección de Salud las políticas, objetivos, metas y estrategias de salud de corto, mediano y largo plazo en materia de salud y en el ámbito sectorial
- Lograr que las personas naturales y jurídicas, de gestión pública y privada, que prestan servicios de salud a la población asignada, cumplan con las políticas, normas y objetivos funcionales de salud.
- Lograr los objetivos de atención integral a la salud de la población asignada.
- Establecer los órganos desconcentrados para la atención de salud de mediana y baja complejidad para la población asignada y referenciada, en el marco del planeamiento estratégico regional y nacional de salud y del sistema de referencia y contra referencias.
- Lograr la mejora continua de los procesos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, de la población asignada.
- Implementar y cautelar el desarrollo de estrategias de promoción de la Salud y contribuir a la construcción de una Cultura de Salud basada en la familia, como unidad básica de salud.
- Lograr los resultados programados, de la neutralización o erradicación de las principales enfermedades transmisibles y no transmisibles, de la mejora continua y cobertura de la atención

materno-infantil, del adulto y adulto mayor y de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la población asignada y referenciada.

- Lograr la participación de todos los grupos sociales en actividades solidarias para promocionar la salud de la persona, familia y comunidad y defender la vida humana desde su concepción hasta su muerte natural.
- Lograr la complementariedad y cobertura de la atención de salud por las instituciones y organizaciones prestadoras de servicios, públicas y privadas del sector y sistema de salud en su ámbito geográfico, para alcanzar y mantener la equidad y oportunidad de acceso a toda la población asignada.
- Cumplir y hacer cumplir los procesos organizacionales enfocados en la atención de la población asignada.
- Evaluar el cumplimiento de las normas de salud por sus órganos desconcentrados.
- Lograr el apoyo y coordinación intersectorial para mejorar la salud de la población asignada, en coordinación con la Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Salud correspondiente y en concordancia con las normas, política y objetivos sectoriales correspondientes.
- Supervisar y evaluar los resultados, de los convenios con las entidades formadoras de recursos humanos en salud, que se desarrollen en sus unidades orgánicas y sus órganos desconcentrados, en coordinación con el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos a través de la Dirección de Salud respectiva y en el marco de la normatividad vigente.
- Establecer y mantener organizado el sistema de referencias y contra referencias de los servicios de salud para la población asignada y referenciada.
- Prever los riesgos y establecer los servicios, para proteger y recuperar la salud de la población en situación de emergencia, causada por epidemias y/o desastres.

- Establecer las condiciones necesarias para que los establecimientos de salud en su ámbito geográfico, sean acreditados como seguros frente a situaciones de emergencias y desastres, en concordancia con los órganos competentes de la Dirección de Salud y Ministerio de Salud.
- Proteger, recuperar y mantener la salud de las personas y poblaciones, que sean afectadas por situaciones de emergencia, desastres y/o epidemias
- Brindar, en forma eficaz y oportuna, la asistencia, apoyo técnico y administrativo a la gestión de sus órganos desconcentrados.
- Cumplir las normas del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.¹¹

2.1.2.3 Base Legal de la Microred de salud San Martín de Porres

- Resolución Ministerial N° 1125-2002-SA/DM. – Aprueban Directiva para la Delimitación de las Redes y Micro red de Salud.
- Resolución Ministerial N° 573-2003-SA/DM. - Aprueban Reglamentos de Organización y Funciones de las Direcciones de Salud y de las Direcciones de Red de Salud.
- Oficio N° 622.2003-EF/76.14 Incorpora la Unidad Ejecutora 044 Red de Salud Rímac-SMP-LO en la estructura del Ministerio de Salud a partir de enero del 2004.
- Resolución Ministerial N° 1297-2003-SA/DM. Se aprueba el presupuesto institucional de Apertura de Ingresos y Egresos del año fiscal 2004. Se detalla en anexo 2 que la unidad Ejecutora 044 forma parte de la presente resolución.
- Resolución Ministerial N° 007-2004/MINSA. Aprueban Reglamentos de Organización y Funciones de Diversas Direcciones de Salud y de Redes de Salud.¹¹

2.1.2.4 Centros de salud de la Microred San Martín de Porres y Población estimada 2014

Microred San Martín de Porres	Población
Centros de Salud	556.021
C.S. Los Libertadores	49698
C.S. Valdiviezo	35420
C.S. México	45922
C.S. San Martín de Porres	65655
C.S. Peru III Zona	41535
C.S. Peru IV Zona	59166
P.S. Condevilla	14786
P.S. Amakella	37587
P.S. Cerro la Regla	11707
P.S. Gustavo Lanatta	19218
P.S. San Juan de Salinas	37245
P.S. Cerro Candela	16722
P.S. Mesa Redonda	19290
P.S. Ex-fundo Naranjal	29762
P.S. Virgen del Pilar	22868
C.S. Infantas	49440

2.3. Marco teórico – conceptual

2.3.1. Conocimiento

2.3.1.1. Definición según Bunge, Wallon y Rossental

Define Bunge al conocimiento como un “conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos, clasificado en conocimiento vulgar, llamándose así a todas las representaciones que el común de los hombres se hace en su vida cotidiana por el simple hecho de existir, de relacionarse con el mundo, de captar mediante los sentidos información inmediata acerca de los objetivos, los fenómenos naturales y sociales, se materializa mediante el lenguaje simple y natural, el conocimiento científico, que es racional, analítico, sistemático y verificable a través de la experiencia”.¹⁸

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Es un instrumento de la promoción de salud y por tanto una función importante de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación. Asimismo, la educación para la salud es una parte del proceso asistencial del profesional en enfermería, incluyendo la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.¹⁸

Los niveles de conocimiento considerados para la evaluación de los pacientes son los siguientes:

- Conocimiento alto: los pacientes tienen un adecuado conocimiento sobre Tuberculosis Pulmonar.
- Conocimiento medio: los pacientes tienen un mero conocimiento sobre Tuberculosis Pulmonar.
- Conocimiento bajo: el paciente tiene un déficit de conocimientos sobre Tuberculosis Pulmonar.

Mientras que para Henry Wallon, los conocimientos son: “Datos e información empírica sobre la realidad y el propio individuo, es decir, conocimientos inmediatos situacionalmente útiles de tipo hábitos y costumbres que hace factible la regulación conductual y el ajuste del individuo en un momento dado”.¹⁹

Mientras que para Rossental refiere que el conocimiento es: “El proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce con el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se halla indisolublemente unido a la actividad práctica. También el conocimiento implica una relación de dualidad el sujeto que conoce (sujeto cognoscente) y el conocido”.¹⁹

El conocer es un hecho primario, espontáneo e instintivo, y por ello no puede ser definido estrictamente. Se podría describir como un ponerse en contacto con el ser, con el mundo y con el yo; también podríamos decir que es un proceso en el que están vinculados estrechamente las operaciones y procedimientos mentales, subjetivos, con las operaciones y formas de actividad objetivas prácticas, aplicadas a los objetos.²¹

El conocimiento depende de la naturaleza del objeto y de la manera y de los medios que se usan para reproducirlo. Así, tenemos un conocimiento sensorial (si el objeto se capta por medio de los sentidos), este se encuentra tanto en los hombres como en los animales, y un conocimiento racional, intelectual o intelectivo, si se capta por la razón directamente. Podríamos citar unos ejemplos: un libro, un sonido, un olor se captan por medio de los sentidos; la belleza, la justicia, el deber se captan por medio de razón.

La actividad cognoscitiva es adquisitiva, cuando obtenemos un conocimiento; conservativa, cuando retenemos o memorizamos un conocimiento; elaboraría, cuando, con base en conocimiento adquiridos y memorizados, elaboramos otros por medio de la imaginación, la fantasía o el razonamiento.²⁰

2.3.1.2. Elementos del conocimiento

- **El sujeto**

Del conocimiento es el individuo conocedor. En él se encuentran los estados del espíritu en el que se envuelven o entran la ignorancia, duda, opinión y certeza. Este se presenta como el punto de que pende por decirlo así, la verdad del conocimiento humano.

Su función consiste en aprehender el objeto, esta aprehensión se presenta como una salida del sujeto fuera de su propia esfera, una invasión en la esfera del objeto y una captura de las propiedades de este.²⁰

- **Objeto**

Es aquello a lo que se dirige la conciencia, ya sea de una manera cognoscitiva, ya sea volitiva. Es lo que se percibe, imagina, concibe o piensa. Su función es ser aprehensible y aprehendido por el sujeto.

Los objetos pueden ser reales o irreales; llamamos real todo lo que nos es dado en la experiencia externa o interna o se infiere algo de ella. Los objetos irreales se presentan, por el contrario, como meramente pensados.²⁰

- **Medio**

Generalmente, hay ausencia de medios especiales, los instrumentos de trabajo son a la vez medios del conocimiento de la realidad.²⁰

2.3.1.3. Los medios del conocimiento

- **La Experiencia interna:** Consiste en darnos cuenta de lo que existe en nuestra interioridad. Esta experiencia constituye una certeza primaria: en nuestro interior ocurre realmente lo que experimentamos.²⁰
- **La Experiencia externa:** Es todo conocimiento o experiencia que obtenemos por nuestros sentidos.
- **La Razón:** Esta se sirve de los sentidos, elabora los datos recibidos por ellos los generaliza y los abstrae, transformando la experiencia sensible y singular en conocimientos que valen en cualquier lugar y tiempo.
- **La autoridad:** Muchísimos conocimientos que poseemos nos llegan a través de la comunicación de personas que saben mucho sobre el tema, estas personas tienen autoridad científica y lo que divulgan o enseñan merece toda nuestra adhesión.²⁰
- **Imagen:** Constituye el instrumento mediante el cual la conciencia cognoscente aprehende su objeto. También es la

interpretación que le damos al conocimiento consecuente de la realidad.²⁰

2.3.1.4. Clases de conocimiento

Mediante el conocimiento, el hombre penetra las diversas áreas de la realidad para tomar posesión de ella, y la propia realidad presenta niveles y estructuras diferentes en su constitución. Así, a partir de un ente, hecho o fenómeno aislado, se puede ascender hasta situarlo dentro de un contexto más complejo, ver su significado y función, su naturaleza aparente y profunda, su origen, su finalidad, su subordinación a otros entes, en fin, su estructura fundamental. Se diferencian entonces según el caso los niveles: empírico, científico, filosófico y teológico del conocimiento.²⁰

A. Conocimiento empírico

Se le llama también "vulgar" o "popular" y se obtiene por azar, luego de innumerables tentativas cotidianas. Es a metódico y asistemático. Permite al hombre conducirse en la vida diaria, en el trabajo, en el trato con los amigos y en general manejar los asuntos de rutina. Una característica de este conocimiento es el ser indispensable para el comportamiento diario y por lo mismo a él recurren todos por igual: cineastas, burócratas, voceadores de productos, biólogos, artistas, etc. El conocimiento vulgar no es teórico sino práctico; no intenta lograr explicaciones racionales; le interesa la utilidad que pueda prestar antes que descifrar la realidad. Es propio del hombre común, sin formación, pero con conocimiento del mundo material exterior en el cual se halla inserto. En cuanto al alcance, lo único real es lo que se percibe; lo demás no interesa.²¹

B. Conocimiento científico

Va más allá del empírico; por medio de él, trascendido al fenómeno, se conocen las causas y las leyes que lo rigen.

El conocimiento científico es objetivo, racional, sistemático, general, falible, metódico. Además, son sus características el desinterés y el espíritu crítico. El carácter abierto del conocimiento científico lo aparta considerablemente de todo dogma o verdad revelada, con pretensiones de infalibilidad. Es rasgo esencial del conocimiento científico su afán de demostración. La ciencia y el pensamiento científico no toleran las afirmaciones gratuitas. Una afirmación -cualquiera que sea- solo alcanza rango científico cuando es fundamentada.²¹

C. Conocimiento filosófico

El conocimiento filosófico es un interrogar, un continuo cuestionar sobre sí y sobre la realidad. No es algo hecho, acabado. Es una búsqueda constante de sentido, de justificación, de posibilidades, de interpretación al respecto de todo aquello que rodea al hombre y sobre el hombre mismo, en su existencia concreta. La esencia de la filosofía es la búsqueda del saber y no su posesión.

El conocimiento filosófico procura comprender la realidad en su contexto más universal. No da soluciones definitivas para un gran número de interrogantes, pero habilita al hombre en el uso de sus facultades para ver mejor el sentido de la vida concreta.²¹

D. Conocimiento teológico

Es un conocimiento revelado que implica siempre una actitud de fe y ocurre cuando, sobre algo oculto o un misterio, hay alguien que lo manifiesta y alguien pretende conocerlo. El misterio, aquello culto que provoca curiosidad y lleva a la búsqueda, puede estar ligado o datos de la naturaleza, de la vida futura, de la existencia de lo absoluto, etc. Aquel que manifiesta lo oculto es el revelador. Podrá ser el propio hombre o Dios. Aquel que recibe la manifestación tendrá fe humana si el revelador es algún hombre; tendrá fe teológica si es Dios el revelador. El conocimiento revelado relativo a Dios, aceptado por fe teológica constituye el conocimiento teológico. A ese conjunto de verdades el hombre llega, no con el

auxilio de su inteligencia sino por aceptación de los datos de la revelación divina. Se vale del argumento de autoridad. Son los conocimientos adquiridos a través de los libros sagrados y aceptados racionalmente después de haber pasado por la crítica histórica más exigente.²¹

2.3.2. La Tuberculosis

2.3.2.1. Definición

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio pacientes con enfermedad pulmonar activa.²²

La tuberculosis es una infección bacteriana crónica de distribución mundial, es producida por cuatro microorganismos de la familia de las micobacterias. *Mycobacterium tuberculosis*, *M. Bovis*, *M. Africanum*, *M. Microti*, fenotípica y genéticamente similares, aunque solo *Mycobacterium tuberculosis* tiene importancia epidemiológica, ya que los otros raramente producen enfermedad en el humano.²³

2.3.2.2. Factores de riesgo de la Tuberculosis

- Contacto cercano con alguien que tiene tuberculosis activa. La inhalación de partículas transmitidas por el aire expulsadas por una persona infectada es proporcional a la cantidad de tiempo pasada en el mismo espacio aéreo, la proximidad de la persona y el grado de ventilación.²³
- Estado inmunocomprometido (pacientes con VIH, cáncer, órganos trasplantados y tratamiento prolongado con dosis elevadas de corticosteroides.
- Abuso de sustancias (intravenosas o usuarios de fármacos inyectados y alcohólicos)
Cualquier persona sin atención a la salud adecuada (indigentes,

menesterosos, minorías, sobre todo niños menores de 15 años y adultos jóvenes entre 15 y 44 años de edad).

- Enfermedades preexistentes o tratamientos especiales (diabetes, insuficiencia renal crónica, desnutrición, neoplasias selectas, hemodiálisis, órganos trasplantados, gastrectomía o derivación yeyuno lineal)
Habitar en viviendas de mala calidad y en condiciones de hacinamiento.
- Ser un trabajador de atención a la salud que realiza actividades de alto riesgo: procedimientos para inducir la producción de esputo, broncoscopio, succión, procedimientos para favorecer la tos entre otros.
- Contribuir al éxito del tratamiento antituberculoso recuperando al paciente inexistente, completar el seguimiento de los casos en tratamiento y optimizar el control de contactos.²⁶

2.3.2.3. Sintomático Respiratorio

Que se define como cualquier persona con tos por más de quince días y a quien hay que hacer la búsqueda del bacilo tuberculoso en tres muestras de esputo; sin duda, su hallazgo en cualquier paciente que consulte por éste o cualquier motivo, es el hecho más importante para detectar prontamente la tuberculosis pulmonar.²³

- **Sintomático Respiratorio Identificado (S.R.I):** Es el S.R detectado e inscrito en el Libro de registro de Sintomáticos Respiratorios.
- **Sintomático Respiratorio Examinado (S.R.Ex.):** Es el SRI al que se le realiza uno o más baciloscopías de esputo.

2.3.2.4. Exámenes de control

- **Baciloscopía:** es la herramienta fundamental rutinaria para el diagnóstico de tuberculosis y para el seguimiento del

tratamiento de pacientes, se realiza mensualmente mediante la expectoración (esputo).

- **Cultivo:** es una técnica de mayor sensibilidad y específico para detectar la presencia de *Mycobacterium tuberculosis* y otras micobacterias.
- **Prueba de Sensibilidad (PS):** es un examen para determinar la sensibilidad o resistencia a una cepa de *Mycobacterium tuberculosis* a los fármacos antituberculosos, se realiza al inicio del tratamiento.
- **Radiografía de tórax:** frecuentemente el medico solicita al inicio y final del tratamiento.
- **Control de contactos:** se denomina contacto a las personas que conviven con la persona con tuberculosis. El control de contactos se define como la evaluación integral y seguimiento de estas personas. Tiene como objetivos prevenir la infección y el desarrollo de enfermedad además de detectar casos de tuberculosis entre los contactos.

2.3.2.5. Patogenia de la Tuberculosis

El primer contacto con el bacilo de Koch es el hecho más importante en la historia natural de la tuberculosis en un individuo. Se cree que en algunos casos el germen sería destruido por las defensas naturales innatas que todos poseemos, las que no le darían muchas oportunidades de multiplicarse, de este modo no todas las personas que reciben la visita del bacilo contraerían la infección.²³

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

bacilos, cantidad de bacilos, condiciones del huésped como son edad y sexo, factores genéticos, desnutrición proteica, alcoholismo, infecciones virales (SIDA), tratamientos inmunosupresores, y en asociación con otras enfermedades. Es necesario tener en cuenta los principales factores ambientales que favorecen la transmisión de la infección tuberculosa.²³ son:

-Contacto prolongado con un enfermo bacilífero, especialmente en espacios cerrados.

-Ventilación inadecuada, con insuficiente dilución o renovación del aire infectado (especialmente tener cuidado en las nebulizaciones para inducir la expectoración).²²

2.3.2.6. Signos y síntomas de la Tuberculosis

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

sudoraciones nocturnas, pérdida progresiva de peso, irritabilidad, dificultad de concentrarse en el trabajo habitual, trastornos nerviosos, dispepsia y otras molestias digestivas.

Los síntomas respiratorios son más importantes y orientadores. Al principio la tos, es seco e irritativo, pronto productora de expectoración mucosa o mucopurulenta. La expectoración puede estar manchada con sangre o el enfermo puede presentar verdaderas hemoptisis de sangre líquida, roja, espumosa lo cual evidencia un signo importante de tuberculosis pulmonar que aparece a medida que la enfermedad progresa, la disnea aparece en fases avanzadas de la enfermedad o cuando existe derrame pleural o pericárdico; clásicamente se describen dos formas de tuberculosis pulmonar, la primaria y la pos primaria del adulto.²³

2.3.2.7. Transmisión de la Tuberculosis

La tuberculosis se transmite de persona a persona a través del aire. Cuando una persona infectada habla, tose, estornuda, ríe o canta, arroja gotitas (por lo regular de 1 a 5 unidades de diámetro); las más grandes se asientan, en tanto que las más pequeñas quedan suspendidas en el aire y son inhaladas por personas susceptibles.²⁴

2.3.2.8. Tipos de tuberculosis

- **Tuberculosis sensible**

Tuberculosis producida por una bacteria de Tuberculosis, también conocido como bacilo tuberculoso o bacilo de Koch. Por lo general, el M. Tuberculosis afecta principalmente a los pulmones y como también a otros órganos en dicho caso esta bacteria es sensible a los medicamentos de primera línea.²⁴

- **Tuberculosis Multidrogo resistente**

Tuberculosis producida por una bacteria que ha desarrollado resistencia a dos de los fármacos anti-TB-TBC más potentes: Isoniacida y Rifampicina. El tratamiento dura dos años y logra curar entre en 60 y 80 % de los casos.²⁴

- **Tuberculosis extremadamente resistente**

Tuberculosis Multidrogo resistente que ha ampliado su resistencia a los fármacos anti-TB-MDR más potentes: fluoroquinolonas y aminoglicosidos. El tratamiento dura dos años y logra curar el 40 % de los casos.²⁴

- **Tuberculosis extrapulmonar**

Los órganos extra pulmonares se infectan inmediatamente después de la primo infección, cuando los bacilos al pasar a los ganglios linfáticos y a la corriente sanguínea pueden localizarse en la parte superior de los pulmones, pleura, meninges, diáfisis de los huesos largos y ganglios, pero, en general, ningún órgano es indemne a esta siembra precoz. Luego, muchos años después, esos bacilos contenidos por las defensas intrínsecas del huésped, por razones no completamente aclaradas, presentan un proceso de reactivación en uno o varios de estos órganos.²⁵

- **Tuberculosis pleural**

Es la localización extra pulmonar más frecuente. Afecta la pleura ya por una siembra hematogena pos primaria, con activación inmediata en niños y adolescentes, generalmente asintomática con desaparición espontánea algunas veces, o afecta a los adultos por una reactivación tardía de esos focos, con síntomas variables, desde fiebre, dolor, o un

cuadro tórpido crónico de astenia, pérdida de peso y, en ocasiones disnea dependiendo del tamaño del derrame.²⁵

- **Tuberculosis ganglionar**

Actualmente, la mayoría de las adenitis tuberculosas son manifestaciones de primo infección TB. Cuadro clínico indolente, de evolución crónica, con adenopatías con frecuencia localizadas en las cadenas lateral y posterior del cuello, con masas que pueden conglomerarse, de aspecto inflamatorio y fistulas que cierran y abren, alternativamente. Cuando los ganglios se localizan internamente prefieren la región paratraqueal y mediastinal en ocasiones comprimiendo y perforando bronquios.²⁵

- **Tuberculosis genitourinaria**

En esta localización predominan los síntomas locales sobre los sistémicos que son infrecuentes. Disuria, hematuria, y el diagnóstico descansa en observar frecuentes infecciones urinarias a bacterianas, por lo cual debe sospechar y hacer cultivos en orina para el bacilo tuberculoso. Por su presentación indolente es de diagnóstico tardío y por ello puede convertirse en una forma grave de tuberculosis.²⁵

- **Tuberculosis osteoarticular**

Acontece en 0% de las TB extra pulmonares y el 50% de ellas en las vértebras (enfermedad de Pott). Cuando afecta a los jóvenes se localiza más frecuentemente en las primeras vértebras dorsales, y en los adultos en las últimas torácicas y primeras lumbares. Las manifestaciones clínicas son locales, con dolor local y limitación motriz, y el hallazgo radiológico de una masa peri espinal con destrucción del cuerpo vertebral, en un paciente con TB pulmonar hace el diagnóstico de Pott.²⁵

- **Tuberculosis del Sistema Nervioso Central**

Hay dos formas de compromiso tuberculoso del sistema nervioso central (SNC), la meningitis y el tuberculoma.

La forma meníngea puede resultar de la siembra postprimaria en la meninges o una ruptura de un foco cerebral al espacio subaracnoideo. Por lo general, el proceso se localiza en la base del cerebro con cefalea, confusión, rigidez de la nuca, compromiso del nervio óptico, convulsiones y coma.²⁵

- **Tuberculosis abdominal**

La localización abdominal de la tuberculosis afecta con más frecuencia el peritoneo, pero puede comprometer cualquier otro órgano, generalmente por siembra pos primario. El 15% tiene TB pulmonar concomitante con manifestaciones sistémicas de fiebre, astenia y pérdida de peso.²⁵

La TB gastrointestinal es rara hoy día y, además, de la etiología postprimaria, puede deberse a la deglución de bacilos en pacientes con tuberculosis pulmonar, o a la ingestión de leche contaminada no pasteurizada, se inocula en el tracto intestinal siendo el íleon terminal el sitio más frecuente.²⁵

- **Pericarditis tuberculosa**

Es menos de 10% de las formas extra pulmonares y, casi siempre se debe más a una extensión de focos vecinos (pleurales, pulmonares, ganglionares), que a una siembra pos primario. Localización peligrosa por el compromiso secundario del músculo cardíaco; el cuadro clínico con derrame mostrará dolor y disnea y, ocasionalmente, signos de taponamiento cardíaco.²⁵

2.3.2.9. Situación de la tuberculosis en el Perú

La tuberculosis se presenta en todo el mundo. La OMS menciona que la Tuberculosis es la segunda causa mundial de mortalidad, después del sida, causada por un agente infeccioso; 8,8 millones de personas enfermaron de tuberculosis el 2010; y 1,4 millones murieron por esta causa. Más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, y esta enfermedad es una de las tres causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años, que representa a la población económicamente activa. Se calcula que una tercera parte de la población mundial tiene tuberculosis latente; es decir, están infectadas por el bacilo, pero aún no han enfermado ni pueden transmitir la infección.²²

La Tuberculosis Multidrogo Resistente (TB-MDR) demostrada por Prueba de Sensibilidad en el periodo 1997 al 2010 correspondieron a: 44 y 1094 Casos respectivamente, observándose que desde el año 1997 al 2005 hubo un incremento sostenido para luego mostrar una tendencia de meseta y en el 2010 un inicio de descenso, es importante considerar que en el mismo periodo de tiempo las pruebas de sensibilidad, examen de laboratorio indispensable para el diagnóstico de TB-MDR, ha presentado una tendencia permanente al incremento, siendo más notorio en el periodo 2009 – 2010.

Referente a la tuberculosis extremadamente resistente (TB-XDR), demostrados por prueba de sensibilidad de 1era y 2da línea, en el periodo 1999 al 2010 se tienen 315 casos acumulados, estimándose un incremento de casos TB-XDR al año 2011, también para el diagnóstico de la TB-XDR es indispensable disponer de resultados de Pruebas de Sensibilidad de primera y segunda línea. Se observa que desde

el año 2005 al 2010 un incremento permanente de las Pruebas de Sensibilidad de 2da línea al registrar 1356 pruebas de sensibilidad en el año 2005 y 5687 en el año 2010.²²

2.3.2.10. Estrategia Sanitaria Nacional de Tuberculosis

Es un órgano técnico normativo dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud. Asimismo, es responsable de establecer la doctrina, normas y procedimientos para el control de la TBC.²⁶

- **Misión**

Garantizar la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno, gratuito y supervisado de los enfermos con tuberculosis en todos los servicios de salud del país, brindando atención integral, con personal capacitado, fomentando el autocuidado en la población con la finalidad de disminuir la morbimortalidad por tuberculosis y sus repercusiones sociales y económicas.²⁶

- **Visión**

A fines de la primera década del siglo XXI, el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis mantendrá su condición de líder al haber logrado elevados niveles de eficiencia, eficacia y efectividad, garantizando la disminución progresiva y sostenida de la incidencia de tuberculosis, en la perspectiva de que esta enfermedad no constituya un problema de salud pública, contribuyendo de esa manera a mejorar las condiciones de salud de la población.²⁶

2.3.3. Importancia de la labor del profesional de Enfermería en la lucha contra la Tuberculosis en el Perú

2.3.3.1. El profesional de Enfermería responsable de la estrategia de tuberculosis

El profesional de Enfermería desempeña un rol crucial en los programas de control. No en vano en el plan regional de tuberculosis 2006 – 2015, se considera a enfermería como un socio histórico en el trabajo contra la Tuberculosis, pero ahora con exigencias mayores en su desempeño.²⁶

En tal sentido, las acciones existentes deben ser integrales y reducir de manera radical la tuberculosis desde el control de la pobreza. Más aún, estas intervenciones deberían ser entendidas y ejecutadas con esa visión por los profesionales involucrados hasta el nivel Operativo.²⁶

En el Perú, la enfermera realiza la visita domiciliaria periódicamente para realizar el seguimiento del cumplimiento del tratamiento, esta visita se realiza principalmente en el primer nivel de atención.²⁶

En muchos países, el desempeño enfermero es entendido casi exclusivamente al aspecto asistencial; de hecho que gran parte de la responsabilidad para tal apreciación involucra al propio enfermero, pero esta realidad puede ser modificada. Es necesario adoptar medidas correctivas, ya que se percibe en la burocracia administrativa a la profesión como una carga financiera e incluso se exploran vías para reducir los costos que representa el trabajo de enfermería profesional.²⁶

Una de las cuestiones básicas a nivel local para la enfermería es valorar la y promover la participación de la comunidad, en los programas de control de la calidad de atención de salud, especialmente en los programas de enfermería. La información

es una herramienta fundamental para capacitar al usuario, a fin de que pueda participar como elemento activo en el control social del sector. Por ello, es necesario considerar como estrategia de acción, el informar acerca de quién es la enfermera, cuál es su actividad, qué capacidad de liderazgo posee, cuál es su valor dentro de la sociedad.²⁶

2.3.3.2. Modelo de enfermería según Lydia E. Hall: Introspección, cuidado y curación en pacientes con tuberculosis pulmonar

Como base para desarrollar el presente estudio, se utilizó el modelo de introspección, cuidado y curación de Lydia E. Hall, quien utilizó su filosofía de enfermería para diseñar y desarrollar el Loeb Center for Nursing en el Hospital de Nueva York, donde se desempeñó como directora, utilizó su experiencia como base para este modelo y sus principales fuentes teóricas son del psicólogo Carl Rogers “Terapia centrada en el paciente” y del filósofo Dewey John: “La enseñanza y el aprendizaje”.²⁷

Sus principales supuestos fueron:

- **Enfermería:** puede y debe ser profesional, la enfermera debe llevar a cabo las funciones terapéuticas hacia el paciente con Tuberculosis Pulmonar.²⁷
- **Persona:** los pacientes alcanzan su máxima capacidad mediante el proceso de aprendizaje; por tanto, la principal terapia que precisan es la educación. Es importante la entrevista de enfermería, donde se educa a la persona con Tuberculosis y familia, sobre la enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y medidas de prevención. Hall creía que la enfermera profesional, con conocimientos sobre habilidades comunicativas, podía facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje.²⁷

- **Salud:** ponerse enfermo es una conducta. Los sentimientos de los cuales la persona no es consciente, que son la base de los problemas de adaptación, condicionan la enfermedad. Para promover la curación se debe ayudar al paciente a conseguir la autoconciencia de su enfermedad. La persona con Tuberculosis Pulmonar con ayuda de la enfermera debe tomar consciencia de la enfermedad y las consecuencias de no seguir el tratamiento farmacológico.²⁷
- **Entorno:** los servicios de enfermería están organizados para realizar tareas con eficacia.²⁷
- **Afirmación teórica:** Enfermería debe de actuar de forma diferente, según Hall en tres círculos entrelazados que representan los aspectos de atención al paciente. Estos círculos son la introspección, el cuidado y la curación.²⁷

La introspección implica el uso terapéutico del Yo, para comunicarse con el paciente. La enfermera, mediante el uso de la terapia reflexiva, ayuda al paciente a especificar los motivos y los objetivos, y acelera el proceso del paciente para conseguir la autoconciencia.²⁷

El cuidado, mientras se proporciona el cuidado, la enfermera y el paciente desarrollan una relación de proximidad que representa el aspecto de enseñanza aprendizaje de enfermería.

La curación está relacionada con la administración de medicamentos y tratamientos. La enfermera interviene en este proceso como investigadora.

Hall divide el cuidado en dos fases: la biológicamente grave y la de seguimiento evaluador. Durante la primera, el paciente recibe cuidado médico intensivo y pasa por múltiples pruebas de diagnóstico; La necesidad del cuidado enfermero es inversamente proporcional a la necesidad del cuidado médico.

En la segunda fase se favorece el aprendizaje y la rehabilitación, el requerimiento de cuidados y de aprendizaje es importante, es el mejor momento para proporcionar un cuidado Enfermero Profesional completo. La segunda fase (04 meses) es de recuperación de la enfermedad. Considera que el paciente está formado por el cuerpo, la patología y la personalidad. El carácter singular de la enfermera, no sólo reside en conocer el cuidado corporal, sino también en como modificar el proceso patológico, el tratamiento, teniendo en cuenta la personalidad del paciente.²⁷

Por ello, se relacionó su modelo con la atención de enfermería con el tratamiento y la duración de la enfermedad de Tuberculosis Pulmonar, dura 6 meses y se divide en dos fases: La primera fase del tratamiento dura 02 meses, donde la enfermera desempeña el papel complementario de la medicina. En esta fase, el tratamiento es diario y los medicamentos son muy fuertes porque reducen rápidamente la multiplicación del bacilo de Koch. Tras este periodo de crisis según Hall, el paciente está más dispuesto aprender de las enseñanzas de la enfermera. La segunda fase dura 04 meses, es de supervisión y rehabilitación. La enfermera se centra en que los pacientes alcancen su máxima capacidad, mediante el proceso de enseñanza - aprendizaje. Por ello el profesional de enfermería encargado de la Estrategia de Tuberculosis, debe fortalecer la función educativa como acción preventivo promocional para modificar conocimientos y como consecuencia fomentar comportamientos saludables y generar entornos saludables en los pacientes, de tal forma que les permitan tomar conciencia acerca del cumplimiento del tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y la aplicación de las medidas preventivas.²⁷

2.3.3.3. Actividades del profesional de Enfermería en la ESN-TBC

En relación al rol del profesional de enfermería en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de La Tuberculosis, es responsabilidad del enfermero (a), la atención del profesional de enfermería a los pacientes con tuberculosis es integral e individualizada dirigida al paciente, su familia y la comunidad y pone énfasis en la educación, control y seguimiento del enfermo con tuberculosis y sus contactos, con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbimortalidad por tuberculosis. Entre las actividades de enfermería para el seguimiento de casos están.²⁸

▪ Entrevista de enfermería

Es una de las actividades de la atención integral e individualizada, debe realizarse con calidad y calidez a la persona enferma de tuberculosis y su familia, con fines de educación, control, y seguimiento. Tiene como objetivos educar al paciente y su familia sobre la enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento supervisado y la Baciloscopía de control mensual, contribuir a la adhesión del paciente al tratamiento mediante una buena comunicación, indagar sobre antecedentes de tratamiento.

Contribuir a un adecuado seguimiento de casos y estudio de contactos e identificar en el paciente conductas de riesgo a fin de realizar un trabajo de consejería. Realiza tres entrevistas: la primera al iniciar el tratamiento, la segunda se realiza al terminar la primera fase del tratamiento para controlar la evolución del paciente, los exámenes y análisis de la tarjeta de tratamiento y la tercera se realiza al término del tratamiento con la finalidad de recomendar al paciente que si en caso presenta sintomatología respiratoria acuda al establecimiento de salud.²⁵ Se realizan otras entrevistas si el paciente no acude al establecimiento de salud para recibir su tratamiento, en caso de reacciones adversas a los

fármacos antituberculosos, completar el estudio de contactos, si el paciente va a cambiar de domicilio.²⁸

- **Visita domiciliaria**

Esta actividad consiste en acudir al domicilio del enfermo de tuberculosis con la finalidad de educar al paciente y su familia. Deberá ser dentro de las primeras 48 horas de realizado el diagnóstico. Tiene como objetivos educar al paciente y su familia, identificar problemas de salud y brindar alternativas de solución, contribuir al éxito del tratamiento antituberculoso recuperando al paciente inexistente, completar el seguimiento de los casos en tratamiento y optimizar el control de contactos.²⁸

- **Organización y administración del tratamiento**

Es responsable de garantizar la correcta administración del tratamiento antituberculoso. El tratamiento es estrictamente supervisado y ambulatorio. El personal de enfermería se asegurará de que el paciente ingiera los medicamentos en una sola toma al día en todos los servicios de salud. La adhesión del enfermo al tratamiento depende en gran parte de la relación establecida entre el paciente, el personal de enfermería que lo administra y el establecimiento de salud.²⁸

2.3.3.4. Dimensiones del estudio nivel de conocimiento de la tuberculosis pulmonar

A. Dimensión Tratamiento Farmacológico

En el Perú, el estado garantiza la gratuidad del tratamiento de la tuberculosis a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis.²⁵

- **Esquema uno:** es el esquema de terapia combinada diseñado con medicamentos de Primera Línea, incluye los siguientes fármacos: Isoniacida (H), Rifampicina (R),

Pirazinamida (Z), Etambutol (E). La Isoniacida y la Rifampicina son consideradas como el Núcleo Básico del tratamiento antituberculoso a la que se agregó posteriormente la Pirazinamida; todas ellas pueden eliminar el bacilo de la Tuberculosis (*Mycobacterium tuberculosis*) en cualquier localización, a nivel intracelular y extracelular.

El esquema de tratamiento se debe administrar durante 6 meses, hasta completar 82 dosis, dividido en dos etapas:²⁶

- a. Primera Fase:** Duración de 02 meses (50 dosis), frecuencia diaria de lunes a sábado excepto domingos y feriados con:
 - Rifampicina: Dosis 300 mg: 2 cápsulas.
 - Isoniacida: Dosis 100 mg: 3 tabletas.
 - Pirazinamida: Dosis 500 mg: 3 tabletas.
 - Etambutol: Dosis 400 mg: 3 tabletas.
 - b. Segunda Fase:** Duración 04 meses (32 dosis), frecuencia intermitente, 2 veces por semana.
 - Rifampicina: Dosis 300 mg: 2 cápsulas.
 - Isoniacida: Dosis 100mg: 9 tabletas.
- **Total por paciente:**
 - Rifampicina: x 300mg 164 capsulas.
 - Isoniacida: x 100mg 438 tabletas.
 - Pirazinamida x 500mg 150 tabletas.
 - Etambutol x 400mg 150 tabletas.
 - **Indicaciones del esquema uno**
 - De preferencia brindar en ayunas, con agua o sustancia liquida que no contenga leche, porque interfiere en la absorción del medicamento.
 - La persona con Tuberculosis con menos de 50 Kg. de peso, tanto adultos como niños, la dosis de la medicación se administra en relación con el peso del paciente, según la posología adjunta.

- En menores de 7 años, valorar riesgo beneficio del uso de Etambutol por el riesgo de producir Neuritis Óptica. Utilizar Estreptomina como medicamento alternativo al Etambutol.
- Las molestas más comunes que pueden presentar los pacientes son náuseas, vómito y gastritis.²⁶

- **Fundamentos del tratamiento farmacológico**

- Tratamiento con asociación de medicamentos (terapia combinada) de alta eficacia que prevenga la selección de bacilos resistentes, evitando así los fracasos de tratamiento.
- Tiempo suficiente de tratamiento con un número de tomas que asegure el mínimo porcentaje de recaídas.²⁷

B. Dimensión Cuidados en el Hogar

Es parte del tratamiento complementario.²⁸

- **Alimentación:** es el suministro de alimentos, los pacientes con tuberculosis deben tener una alimentación rica en proteínas de alto valor biológico, estos se encuentran en las menestras, cereales, soya, huevo, pollo, carne, pescado, hígado, leche y otros. Con la finalidad de lograr un incremento de peso significativo.
- **Actividad física:** se recomienda reposo físico relativo por lo menos durante la primera fase del tratamiento. Donde puede realizar caminatas, ejercicios respiratorios, estiramiento corporal.

C. Dimensión medidas preventivas

Su finalidad es evitar la diseminación del Bacilo de Koch. Transmisión: se transmite de persona a persona a través del aire. Cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire. Basta

con que una persona inhale unos pocos bacilos para quedar infectada.²⁶

2.3. Antecedentes de la investigación

2.3.1. Internacional

Project Concert International y la Alliance for Border Collaborative. Chiapas-México en el año 2009 realizaron un estudio sobre “De la Tos a la Curación - Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Tuberculosis 2009” con el objetivo de medir el conocimiento, la actitud y las practicas hacia la prevención de la Tuberculosis, donde participaron la población en general, personas, familiares de pacientes con tuberculosis, y personal de salud, El método fue el descriptivo de acción participativa, la población estuvo conformada con un total de 100 participantes, Los instrumentos utilizados fueron guía de entrevistador inicial.

Concluyeron entre otros:

Casi 8 de cada 10 manifestaron que las razones de falta de adherencia al tratamiento son por ignorancia, 7 de 10 dice que por falta de entendimiento de las personas. El alcohol fue mencionado por 64.5% y la falta de apoyo por 56.0%. El 50% considera a la discriminación y a la migración como causantes de abandono. La familia es el factor fundamental del apego hacia el tratamiento; solo 23.4% consideran que los servicios integrados contribuyen al tratamiento. El trato libre de estigma y discriminación, fue mencionado por 28.5% y la rapidez en la atención citada por un 28.0% de personas entrevistadas, como factores que favorecen el apego al tratamiento.¹²

Hernández E. y col. en Habana-Cuba en el año 2009 realizaron un estudio titulado “Encuesta Nacional de Conocimiento, Actitud y Comportamiento de la Población ante la Tuberculosis”. Tuvo como objetivo incrementar el conocimiento y el cambio favorable de los aspectos afectivos y conductuales de la población referidos a la enfermedad donde participaron, personas con

tuberculosis y familiares de pacientes con tuberculosis, el método fue descriptivo fue un muestreo probabilístico denominado “Muestreo por conglomerados trietápico estratificado”, el instrumento utilizado fue la encuesta mediante entrevistas cara a cara.

Concluyeron entre otros:

Obtuvo resultados referentes a la conducta que tendría la población de 12 años y más con alguna referencia sobre la Tuberculosis, ante personas enfermas o que hayan padecido tuberculosis, este autor encontró que el 78.2% mantendría relaciones normales con las mismas, un 14.6% no sabría qué hacer y sólo un 4.5% dejaría de relacionarse con estas personas, mientras el 2.7% reaccionaría de otra manera.¹³

Mariscal, A y col. en Veracruz México 2007 realizaron una investigación sobre “Conocimientos de tuberculosis Pulmonar en pacientes y sus contactos en Veracruz México” con el objetivo de conocer el nivel de conocimientos de la tuberculosis pulmonar tanto de los pacientes como de sus contactos, con una metodología de estudio tipo descriptivo-transversal, a partir de la aplicación de un instrumento a 69 pacientes con tuberculosis pulmonar.

Concluyeron entre otros:

Que la población tiene un conocimiento medio sobre la tuberculosis y su conocimiento en prevención es bajo.¹⁴

2.3.2. Nacional

Capacute M. en Tacna-Perú 2012 realizó una investigación sobre “Relación entre el Nivel de Conocimiento de Tuberculosis Pulmonar y la Actitud hacia el Tratamiento de los Pacientes de la Micro red Cono Sur Tacna”, con el objetivo de describir la Relación entre el Nivel de Conocimiento de Tuberculosis Pulmonar y la Actitud hacia el Tratamiento. El método es de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal, la población de estudio estuvo constituida por 65 pacientes con Tuberculosis Pulmonar de la Micro red Cono Sur para la cual se utilizó el muestreo no probabilístico por

conveniencia. Considerando al 100% de Pacientes con Diagnostico de Tuberculosis Pulmonar. Mediante una encuesta De Nivel de Conocimientos y segundo la Escala de Likert modificada.

Concluyeron entre otros:

Para lo cual se obtuvo que el 56,92% presentó un nivel medio de conocimiento y el 50,77% mostró actitud de indiferencia al tratamiento así mismo que existe una relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento de Tuberculosis Pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la Micro red Cono sur. ¹⁵

Antón, R. y col. en Piura-Perú, 2007, realizaron una investigación sobre “Bajo nivel de conocimientos y actitud de rechazo hacia el tratamiento de tuberculosis”. Con el objetivo de determinar nivel de conocimientos y actitud de rechazo hacia el tratamiento de tuberculosis, el método fue descriptivo, la población fue de 67 pacientes de los centros de salud de las ciudades de Piura y Castilla. La técnica fue la entrevista y se usó instrumentos previamente usados, tanto para evaluar los conocimientos como para las actitudes hacia el tratamiento.

Concluyeron entre otros:

En cuanto al conocimiento global, el nivel fue bajo en 33 de ellos y solo seis poseían un nivel alto; la situación fue distinta cuando se analizó por dominios, donde lo relacionado con el tratamiento se ve más afectado donde 38 tienen un nivel bajo, 28 nivel medio y 1 alto. La indiferencia hacia el tratamiento fue la actitud más frecuente (50 de 67), y solamente 10 mostraron una actitud de aceptación. Al evaluar si existía asociación, considerando las puntuaciones de ambas escalas a nivel global, se obtuvo un coeficiente rho de Spearman de 0,249 que mostró una correlación positiva estadísticamente significativa. Es pertinente también, considerar que tanto los conocimientos como las actitudes son potenciales factores que afectan la efectividad de

las intervenciones dirigidas por la Estrategia Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.¹⁶

Huaynates, A. Lima Perú 2006, realizó una investigación sobre: “Relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados en la estrategia sanitaria control de la Tuberculosis del centro de salud – San Luis con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimientos sobre Tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tiene los pacientes. Utilizó el método de estudio descriptivo correlacional de corte transversal, consideró una población de 60 personas y el instrumento utilizado fue el cuestionario. Concluyeron entre otros:

Existe relación directa entre el nivel de conocimientos sobre Tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes, al existir la relación estadística entre las dos variables; el nivel de conocimientos que tienen los pacientes sobre tuberculosis pulmonar de manera global es de medio o bajo 87%, lo que estaría limitando a que ellos tomen decisiones acertadas en relación a la enfermedad, poniendo en riesgo su salud, la de su familia y comunidad, las actitudes que tienen los pacientes hacia el tratamiento predominantemente son de indiferencia 74%, lo que nos indica que los pacientes están en mayor riesgo de recaer o abandonar el tratamiento farmacológico. Respecto al nivel de conocimientos que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar sobre las medidas preventivas, el 53% presentan un nivel de conocimientos bajo y el 40% un nivel de conocimientos medio; lo que favorece el incremento de casos nuevos y limita la erradicación de la tuberculosis.¹⁷

2.4. Objetivos

2.4.1. Objetivo general

- Determinar el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar de los pacientes de tres Centros de Salud de la Microred San Martín de Porres, Lima 2014.

2.4.2. Objetivos específicos

- Identificar el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar en su dimensión de tratamiento farmacológico de los pacientes de tres centros de la Microred San Martín de Porres, Lima 2014
- Identificar el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar en su dimensión de cuidados en el hogar de los pacientes de tres centros de salud de la Microred San Martín de Porres, Lima 2014.
- Identificar el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar en su dimensión de medidas preventivas de los pacientes de tres centros de la Microred San Martín de Porres, Lima 2014.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Aspectos metodológicos

El presente estudio es una investigación de enfoque cuantitativo ya que se puede realizar la cuantificación de los datos mediante un instrumento de recolección de datos cuantitativo, permitiendo su análisis, utilizando la estadística, de estudio descriptivo ya que está dirigido a determinar cómo está la situación de la variable.

Según el estudio es de corte transversal, ya que nos permite estudiar la variable tal y como se presenta en la realidad.²⁹

3.2. Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por 84 personas, todos pacientes afectados con tuberculosis pulmonar que acuden a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis, registrado en los establecimientos de salud Los libertadores, Perú cuarta zona e Infantas de la Microred San Martín de Porres, de enero a abril del presente año con un total de 195 pacientes de los cuales 84 pacientes con Tuberculosis Pulmonar cumplen con el criterio de inclusión.³⁰

Centros de salud de la Microred San Martín de Porres	Total de pacientes de enero a abril	Pacientes enrolados que cumplen los criterios de inclusión
C.S. Los Libertadores	85	14
C.S. Perú IV Zona	50	40
C.S Infantas	60	30

3.2.1. Criterios de Inclusión

- Paciente con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar registrados en la ESN-PCT de los centros de salud Los Libertadores, Perú cuarta zona e Infantas.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado y asentimiento informado.
- Pacientes mayores de 15 años.
- Pacientes con tuberculosis pulmonar que acepten ingresar al estudio por propia voluntad.

3.2.2. Criterios de Exclusión

- Paciente con diagnóstico de Multidrogo Resistente y Extremadamente Resistente (MDR y XMDR).
- Paciente que tenga una alta frecuencia de emigración.
- Pacientes complicados con comorbilidad (Diabetes, VIH/SIDA).
- Pacientes menores de 15 años.
- Pacientes con diagnóstico de tuberculosis extra pulmonares.
- Pacientes con tuberculosis pulmonar que tengan algún impedimento físico o mental: Retraso mental, síndrome Down, etc.
- Pacientes con indicación de alta.

3.3. Variables (Anexo A)

Nivel de conocimientos de tuberculosis Pulmonar.

3.3.1. Definición Conceptual de la variable

Es el nivel de comprensión de todo aquello que es percibido y aprendido por la mente humana, su contexto y su alcance son ilimitados.²⁶

Mientras más interacción haya entre sujeto y objeto, hay mayor probabilidad de conocer.

3.3.2. Definición Operacional

Son los tipos de experiencia que incluye una representación vivida de un hecho, fórmula o condición compleja, junto con una firme creencia en su verdad de la enfermedad de tuberculosis pulmonar en relación al tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y medidas preventivas que experimentan los pacientes de tres Centros de Salud de la Microred San Martín de Porres, Lima 2014, el cual será medido mediante el Cuestionario de Nivel de Conocimientos de la tuberculosis pulmonar.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada fue la entrevista y el instrumento que se empleó fue el cuestionario de Nivel de Conocimientos de la tuberculosis pulmonar validado por respectivamente por un juicio de 04 expertos, 01 licenciado en enfermería que labora en la ESN-TBC, 02 docentes universitarios expertos en el tema y 01 estadístico cuya opiniones, recomendaciones y sugerencias, contribuyeron a la mejora del instrumento, los puntajes fueron sometidos a la prueba binomial buscando que el error de significancia en el instrumento no supera los valores establecidos para $P > 0.05$, por lo que el instrumento fue válido. A continuación, detallaremos aspectos relacionados al instrumento de este estudio.

3.4.1. Cuestionario de nivel de conocimientos de la tuberculosis pulmonar

- **Instrumento N° 1** Cuestionario: Nivel de Conocimientos de Tuberculosis Pulmonar, obtenido de la tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería de la señora Capacute K. Titulado: Relación entre el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la Microred cono sur Tacna 2012, con Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados que consta de 20 preguntas con un valor 0.825. Cada pregunta con alternativas y distribuidos en 03 dimensiones: de los cuales 07 preguntas corresponden a

tratamiento farmacológico, 03 preguntas a cuidados en el hogar y 10 preguntas de medidas preventivas. Todas las preguntas plantearon respuestas cerradas con cinco alternativas, siendo una de ellas correcta y cuatro incorrectas. (Anexo B)

Para construir la escala de medición, se asignó valores de 2 puntos a las respuestas correctas y 0 a las incorrectas, que finalmente se sintetizó en las siguientes categorías:

Nivel bajo	:	< 20 puntos
Nivel regular	:	20 a 30 puntos
Nivel alto	:	31 a 40 puntos

3.5. Plan de recolección de datos

Para el desarrollo de la recolección de datos se tuvo que realizar diversas coordinaciones con autoridades e instituciones que de alguna u otra forma respaldaron y se relacionaron con la investigación. (Anexo C)

- Se realizó visitas a la Red de Salud Rímac apersonándonos con la Lic.: Silvia Hernández Lujan, coordinadora de la ESN-PCT. Se le explicó en forma verbal a la coordinadora de estrategia de la institución sobre el trabajo de investigación a realizar y los objetivos del mismo.
- Se obtuvo de la Coordinadora de ESN-PCT información sobre las estadísticas de pacientes con Tuberculosis pulmonar que acuden a los 3 establecimientos que pertenecen a la Microred de San Martín de Porres.
- Se informó por escrito a las autoridades de los 3 centros de salud de la Micro red de Salud San Martín de Porres, al Jefe de coordinación sobre la fecha planificada para la aplicación del instrumento de recolección de datos.
- En el momento de ejecutar se le informaron a los pacientes respecto al estudio y la presentación del instrumento e instrucciones en forma

grupales, posteriormente en forma personal se les aplicó la entrevista, concediéndole el tiempo para dar respuesta a cada ítem.

3.6. Técnicas de Procesamiento y Métodos de Análisis de Datos

Al ser este un estudio descriptivo se utilizaron técnicas y métodos de análisis de datos descriptivos. Para el procesamiento de datos se utilizó el programa estadístico SPSS 20. Es un programa estadístico informático muy usado en las ciencias de la salud. Originalmente SPSS fue creado como el acrónimo de *Statistical Package for the Social Sciences* aunque también se ha referido como "Statistical Product and Service Solutions".

Sin embargo, en la actualidad, la parte SPSS del nombre completo del software (IBM SPSS) no es acrónimo de nada.

Análisis de Técnica Estadística Descriptiva

Al ser una investigación con enfoque cuantitativo y descriptivo, se aplicó el análisis estadístico descriptivo mediante el paquete estadístico SPSS 20. Se analizó la variable principal y las secundarias, se utilizaron las medidas de tendencia central, las frecuencias relativas y absolutas y otras pruebas descriptivas para obtener los gráficos que fueron posteriormente interpretados.

3.7. Aspectos éticos

Toda investigación en el campo de la ciencia de la salud involucra de alguna u otra forma a seres humanos, por lo tanto, se tuvo en cuenta los principios básicos de bioética de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia para el desarrollo de dicho estudio. Como investigadoras garantizamos la confidencialidad de los datos que nos brindaron los adultos mayores que formaron parte de este estudio.

- **Autonomía:** Es la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que pueda tomar. Todos los individuos deben ser tratados como seres autónomos

y las personas que tienen la autonomía mermada tienen derecho a la protección.

- **Beneficiencia:** La obligación moral de actuar en beneficio de los demás. Curar el daño y promover el bien o el bienestar. Es un principio de ámbito privado y su no-cumplimiento no está penado legalmente.
- **No Maleficiencia:** No producir daño y prevenirlo. Incluye no matar, no provocar dolor ni sufrimiento, no producir incapacidades. No hacer daño. Es un principio de ámbito público y su incumplimiento está penado por la ley.
- **Justicia:** Equidad en la distribución de cargas y beneficios. El criterio para saber si una actuación es o no ética, desde el punto de vista de la justicia, es valorar si la actuación es equitativa. Debe ser posible para todos aquellos que la necesiten. Incluye el rechazo a la discriminación por cualquier motivo. Es también un principio de carácter público y legislado. Otro aspecto a tener en cuenta es que cada familia entrevistada deberá autorizar mediante la firma del consentimiento informado su deseo de participar voluntariamente en esta investigación.

- **Permiso Institucional**

Se realizó las entrevistas con la coordinadora de la Microred para solicitar el permiso necesario para realizar la investigación en los tres establecimientos de salud que abarcan la Microred San Martín de Porres.

- **El Consentimiento Informado**

Es un acuerdo voluntario y legalmente efectivo que un potencial participante de la investigación otorga después de la comprensión y consideración de toda la información relevante pertinente a la decisión de participar en un estudio.³¹

Es un proceso mediante el cual un sujeto confirma voluntariamente su deseo de participar en un estudio en particular después de haber sido informado sobre todos los aspectos de este que sean relevantes para que tome la decisión de participar. El consentimiento informado se documenta por medio de un formulario de consentimiento informado escrito, firmado y fechado.

Por lo tanto, el consentimiento informado debe entenderse esencialmente como un proceso y por conveniencia un documento, con dos propósitos fundamentales:

- Asegurar que la persona controle la decisión de si participa o no en una investigación clínica.
- Asegurar que la persona participe solo cuando la investigación sea consistente con sus valores, intereses y preferencias.

Para otorgar un consentimiento verdaderamente informado, es decir, para asegurar que un individuo tome determinaciones libres y racionales de si la investigación clínica está de acuerdo con sus intereses, debe hacerse énfasis en que la información debe ser veraz, clara y precisa, de tal forma que pueda ser entendida por el sujeto al grado de que pueda establecer sus implicaciones en su propia situación clínica, considerar todas las opciones, hacer preguntas, para que así pueda tomar una decisión libre y voluntaria.

Al elaborar el consentimiento informado tomaremos los siguientes aspectos:

- Información para el Sujeto de Investigación

Este documento de información será la base o la guía para la explicación verbal y discusión del estudio con el sujeto o su representante legal. Se reconoce que este documento no será la única fuente de la información que recibirá el sujeto en el proceso de consentimiento informado.

- Formulario de Consentimiento Informado para la firma

El formulario de consentimiento informado es el documento que la persona o su representante legal y el testigo (si aplica) van a firmar y fechar, para dejar con ello una evidencia documentada o constancia de que el sujeto ha recibido información suficiente acerca del estudio, el producto de investigación y de sus derechos como sujeto de investigación y que desea libre y voluntariamente participar en el estudio. Es importante hacer notar que algunos de los contenidos de este documento pueden estar ya predefinidos por regulaciones del país.³¹ (Anexo D)

Asentimiento Informado: Este Documento no reemplaza al consentimiento firmado por los padres o apoderados. Se añade el asentimiento al consentimiento y señala la voluntad de cooperación del niño/a.³¹ (Anexo E)

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

4.1.1 Descripción de los resultados generales

En nuestra investigación la población estuvo conformada por 84 pacientes afectados con tuberculosis pulmonar de los 3 establecimientos de salud de la Microred San Martín de Porres. Se identificó en la distribución que el grupo mayoritario fue del Centro de Salud Perú IV zona con 40 pacientes que representan el 47.62 % del total de participantes, seguido del Centro de salud Infantas con 30 pacientes que representan el 35,71% del total de participantes y el Centro de Salud Libertadores con 14 pacientes que representan el 16.67 % del total de participantes. (Tabla 1).

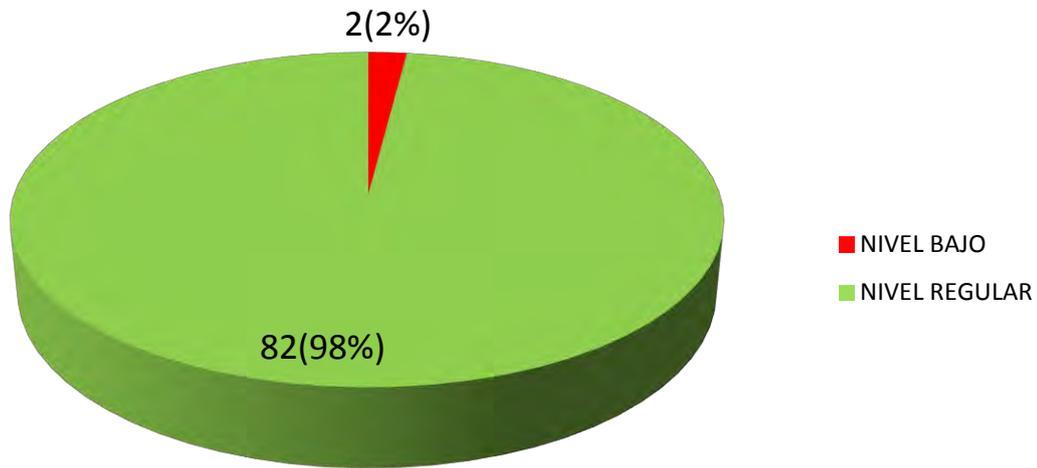
La población se caracterizó por una edad media de 34.19 años con predominio de sexo masculino en el 58,3% de los participantes. (Tabla 2)

4.1.2 Descripción de los resultados propiamente dichos

En los cuadros que siguen a continuación presentaremos los resultados conseguidos en relación al objetivo general y específicos del estudio.

Gráfico 1

Nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar de los pacientes de tres centros de salud de la MICRORED San Martín de Porres, Lima 2014

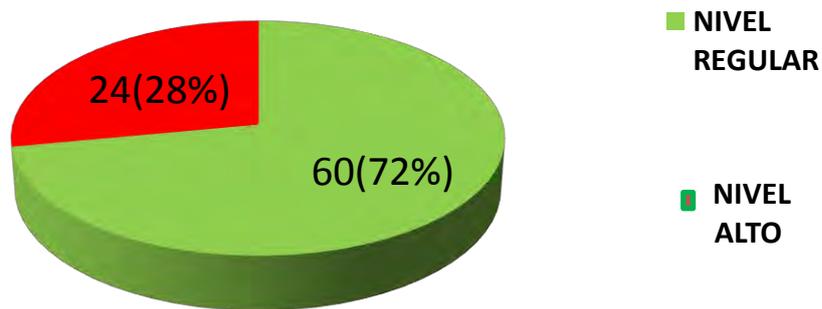


Fuente: Encuesta realizada a los pacientes con tuberculosis pulmonar de tres centros de salud de la Microred San Martín de Porres, Lima 2014.

En el gráfico 1 se observa que 82 pacientes con tuberculosis que representan el 98% del total presentan un nivel de conocimientos regular, también se observa que 2 pacientes con tuberculosis que representan el 2% del total presentan un nivel de conocimientos bajo.

Gráfico 2

Nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar en su dimensión de tratamiento farmacológico de los pacientes de tres centros de salud de la MICRORED San Martín de Porres, Lima 2014

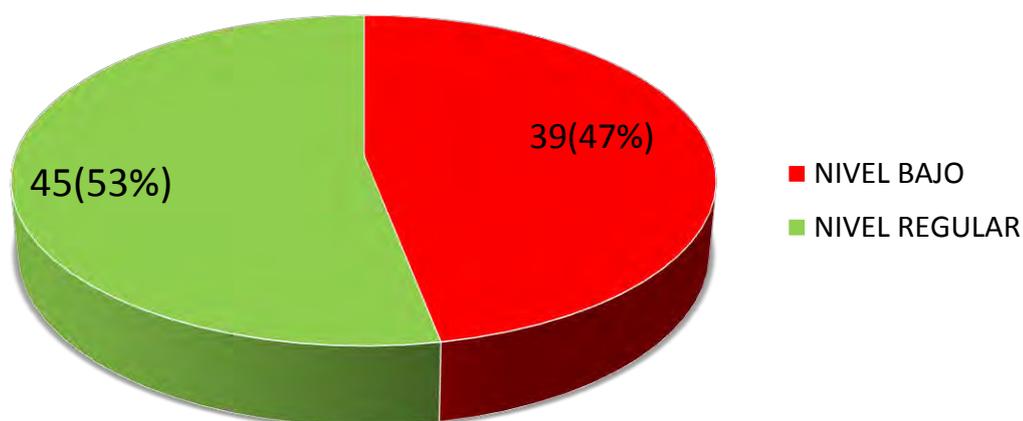


Fuente: Encuesta realizada a los pacientes con tuberculosis pulmonar de tres centros de salud de la Microred San Martín de Porres, Lima 2014.

En el gráfico 2 se observa que 60 pacientes con tuberculosis que representan el 72% del total presentan un nivel de conocimientos regular, también se observa que 24 pacientes con tuberculosis que representan el 28% del total presentan un nivel de conocimientos alto.

Gráfico 3

Nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar en su dimensión de cuidados en el hogar de los pacientes de tres centros de salud de la MICRORED San Martín de Porres, Lima 2014

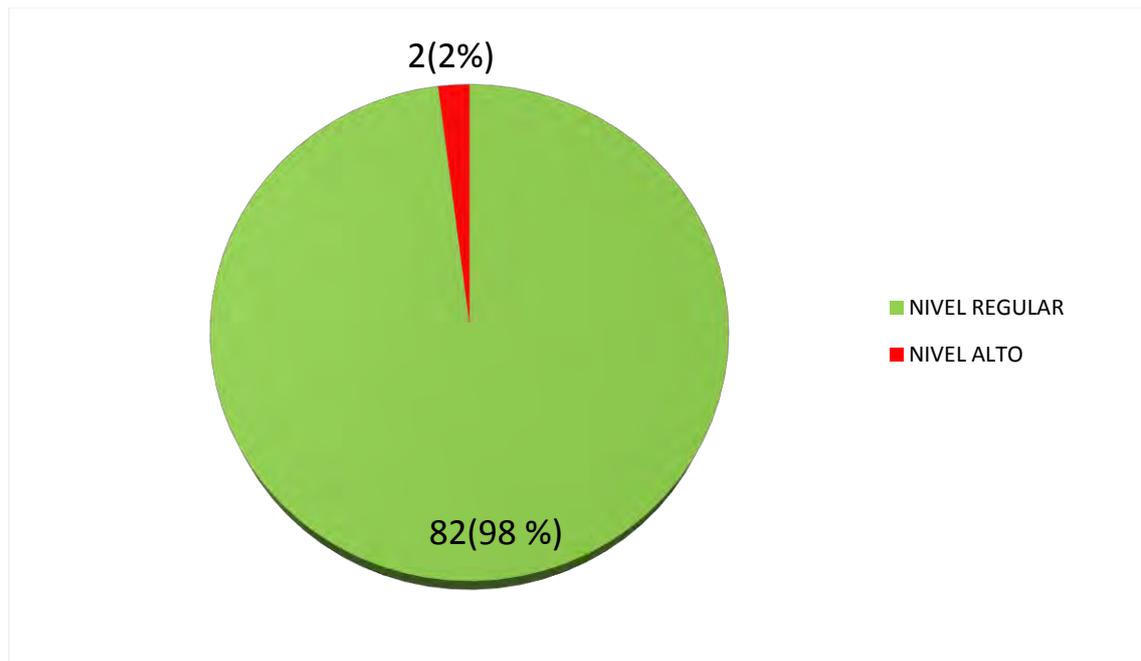


Fuente: Encuesta realizada a los pacientes con tuberculosis pulmonar de tres centros de salud de la Microred San Martín de Porres, Lima 2014.

En el gráfico 3 se observa que 45 pacientes con tuberculosis que representan el 53% del total presentan un nivel de conocimientos regular, también se observa que 39 pacientes con tuberculosis que representan el 47% del total presentan un nivel de conocimientos bajo.

Gráfico 4

Nivel de conocimiento tuberculosis pulmonar en su dimensión de medidas preventivas de los pacientes de tres centros de la MICRORED San Martín de Porres, Lima 2014



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes con tuberculosis pulmonar de tres centros de salud de la Microred San Martín de Porres, Lima 2014.

En el gráfico 4 se observa que 82 pacientes con tuberculosis que representan el 98% del total presentan un nivel de conocimientos regular, también se observa que 2 pacientes con tuberculosis que representan el 2% del total presentan un nivel de conocimientos alto.

4.2. Discusión

Siendo la tuberculosis un problema de gran magnitud, considerada un problema de salud pública, es importante y necesario profundizar en lo que conoce el paciente acerca de la patología que está experimentando, dado que el conocimiento es el instrumento que permite orientar el comportamiento de este grupo de pacientes.

A continuación, procederemos a debatir respecto a los diversos resultados encontrados sustentando con estudios realizados en poblaciones con características similares.

En nuestro estudio hemos identificado que en los pacientes que acuden a tres centros de salud de la Microred San Martín de Porres predomina el nivel regular de conocimiento en su dimensión de tratamiento farmacológico (72.0 %), seguido de nivel alto (28.0%).

Los resultados encontrados en el estudio de Capacute K.¹⁴ son similares al nuestro dado que el nivel de conocimiento de tratamiento farmacológico que predominó en los pacientes con Tuberculosis pulmonar fue el nivel de conocimiento medio (53,85%) y nivel alto (20,0%).

Cabe destacar que Huaynates, A.¹⁶ y Capacute K.¹⁴ en sus respectivos estudios identificaron nivel de conocimiento bajo en el 53% y 26,15% respectivamente en la dimensión de tratamiento farmacológico, estos datos son relevantes porque difieren totalmente en nuestra investigación, dado que nuestra población no presentó nivel bajo de conocimientos. Antón R.¹⁵ establece que tener nivel de bajo de conocimiento es un indicador de que los pacientes con tuberculosis pulmonar necesitan ser sensibilizados sobre los conocimientos en el tratamiento farmacológico, por lo mismo dado que el nivel regular se encuentra en riesgo potencial de disminuir su nivel de conocimientos, se hace necesario sensibilizar a este 72% de pacientes que obtuvieron nivel regular de conocimientos. Por lo tanto podemos deducir que la mayoría de los pacientes en nuestro estudio presentar un nivel de conocimientos regular en el tratamiento farmacológico con un (72.0%) estos pacientes están en riesgo a tener un fracaso en el tratamiento, ya que el conocimiento viene a ser un factor

determinante en la conducta de cada paciente frente a la aceptación al tratamiento farmacológico y el mejor seguimiento de las indicaciones terapéuticas, entonces se deduce que la mayoría de los pacientes, por tener un nivel de conocimientos entre medio y bajo tendrán limitaciones en el consumo regular de los medicamentos, no prestando atención a los signos de RAFA (Reacción adversa al medicamento antituberculosos), condicionando la toma esporádica de la medicación se asocia con fracaso terapéutico y desarrollo de cepas drogo resistentes, lo cual implica según estudios realizados mayor porcentaje de abandonos al tratamiento.³¹

Esto incide en la aparición de complicaciones específicamente relacionadas a la resistencia a los fármacos, y el mayor riesgo de mortalidad por lo cual la enfermera es responsable de la ESN-TBC, quien tiene como objetivo educar a los pacientes con tuberculosis y familia sobre la enfermedad, durante el proceso de la entrevista de enfermería, visita domiciliaria y sesiones educativas en los que debe comunicarse de manera clara, y completa empleando estrategias de comunicación efectivas como medios audiovisuales y otros, ya que según Bandura el aprendizaje se da a través de la observación.³²

Dentro de la norma técnica de prevención y control de la Tuberculosis establecida por el ministerio de salud, se recomienda reposo físico por lo menos durante la primera fase del tratamiento, en el cual el paciente recibe mayor cantidad de fármacos y aún persisten bacilos positivos que son capaces de contagiar a otra persona.³² Debe brindarles apoyo desde el momento del diagnóstico y generar una conducta de autocuidado, durante todo el proceso de tratamiento, hasta que el paciente se cure y salga de alta.

En nuestro estudio hemos identificado que en los pacientes existe predominio del nivel regular de conocimiento en su dimensión de cuidados en el hogar (53,00%), seguido de nivel bajo (47,00%).

Los resultados encontrados en el estudio de Capacute K.¹⁴ y Huaynates, A.¹⁶ son similares al nuestro dado que el nivel de conocimiento de cuidados en el hogar que predominó fue nivel bajo de conocimientos en 50,77% y 47%, respectivamente.

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad infecciosa que requiere diversos cuidados en el hogar, para que sea efectiva la recuperación del paciente. Por eso es necesario que ellos posean conocimientos acerca de los cuidados en el hogar que deben realizar, tales como el manejo de la dificultad para respirar al esfuerzo, que se contrarresta cuando se utiliza periodos de descanso entre sus actividades, lo cual incrementa la tolerancia hacia el esfuerzo físico, la nutrición en los pacientes se ve alterada, ya que la enfermedad es de curso prolongado, la tos y la respiraciones profundas incrementa la demanda de energía, disminuyendo su curva ponderal y en su mayoría los pacientes están desnutridos al inicio de la enfermedad; es preciso que en el hogar los pacientes cubran las necesidades básicas de ingestión de los nutrientes necesarios para cubrir sus demandas.

La mayoría de los pacientes con tuberculosis carecen de medios económicos y el respaldo educativo necesario para mantener un cuidado óptimo en el hogar. Por lo tanto, podemos deducir que el alto porcentaje de pacientes que poseen un nivel de conocimiento entre medio y bajo no realizarán los cuidados necesarios en el hogar, lo cual incidirá negativamente en la recuperación del paciente.

En nuestro estudio hemos identificado predominio del nivel regular de conocimiento en su dimensión de medidas preventivas (98,00%). Los resultados son discordantes al estudio realizado por Capacute, K.¹⁴ donde encontró que nivel de conocimiento medio (38,46%) sobre medidas preventivas seguido de un nivel bajo (27,69 %) en los pacientes que acudieron a la Micro red Cono Sur sin embargo es resaltante indicar que el estudio realizado por Huaynates, A.¹⁶ tiene cierta similitud en el nivel de conocimiento alto (7%) y nuestro estudio reporta un nivel alto de (2,00%) en la dimensión medidas preventivas, ambos estudios realizados en Lima.

Las medidas preventivas incluyen la vacuna BCG al recién nacido para prevenir las manifestaciones más graves de la enfermedad, la quimioprofilaxis que consiste en la administración de Isoniacida a los contactos menores de 15 años de los pacientes con tuberculosis pulmonar con resultado de esputo positivo, el control de contactos para detectar casos de tuberculosis y prevenir el riesgo de

enfermedad, la educación para la salud orientada a conseguir la adopción de una conducta que disminuya la transmisión de infección de la comunidad, siendo la medida preventiva más eficaz es evitar el contagio eliminando las fuentes de infección presentes en la comunidad a través de la detección, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Por lo tanto, podemos deducir que la mayoría de los pacientes en nuestro estudio presentan un nivel de conocimientos regular en las medidas preventivas con un (98.0%) estos pacientes no están preparados para aplicar medidas preventivas que eviten el incremento de casos nuevos limitando la erradicación de la tuberculosis en el país.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Después de analizar los siguientes resultados de la presente investigación se llegaron a las siguientes conclusiones:

- El nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar de los pacientes de tres Centros de Salud de la Microred San Martín de Porres, Lima 2014 que predomina es el regular.
- En cuanto a la dimensión de tratamiento farmacológico, el nivel de conocimientos de tuberculosis pulmonar de los pacientes de tres Centros de Salud de la Microred San Martín de Porres, Lima 2014 que predomina es el regular.
- En cuanto a la dimensión de cuidados en el hogar, el nivel de conocimientos de tuberculosis pulmonar de los pacientes de tres Centros de Salud de la Microred San Martín de Porres, Lima 2014 que predomina es el regular.
- En cuanto a la dimensión de medidas preventivas, el nivel de conocimientos de tuberculosis pulmonar de los pacientes de tres Centros de Salud de la Microred San Martín de Porres, Lima 2014 que predomina es el regular.

5.2. Recomendaciones

- Los Profesionales de Enfermería que laboran en los Establecimientos de Salud de la Microred San Martín de Porres deben fortalecer y velar por la implementación rigurosa de la Norma Técnica de Salud para el control de la tuberculosis, se debe utilizar estrategias que sean pertinentes, con calidad y calidez, que permita mejorar la confianza del paciente y así poder tener un mayor acercamiento que permita brindarle información sobre su proceso de recuperación.

- El equipo de salud de cada establecimiento debe fomentar la educación y las actividades preventivas promocionales en cuanto a la enfermedad de la tuberculosis teniendo en cuenta que el nivel de conocimientos predominante en los pacientes participantes en este estudio es el regular.
- El profesional de Enfermería debe seguir realizando trabajos de investigación cuantitativa sobre Tuberculosis Pulmonar, ya que es un problema de Salud Pública no solo en nuestra región sino a nivel mundial.

5.3. Limitaciones

- La limitación principal en nuestra investigación fue el factor tiempo, teniendo en cuenta que los pacientes acuden a tomar tratamiento en sus establecimientos sin un horario establecido. Para realizar las encuestas tuvimos que adecuarnos a sus horarios, muchas veces el paciente en estudio no concurría al establecimiento, entonces, se tuvo que realizar visitas domiciliarias para realizar nuestra encuesta con apoyo del personal de salud.

Referencias bibliográficas

1. Mendoza, A. Gotuzzo, E. Tuberculosis extremadamente resistente (TB-XDR), historia y situación actual. *Acta Méd Per* 25(4) 2008.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v25n4/a11v25n4>
2. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis. Ginebra – Suiza, 2015.
<http://www.who.int/topics/tuberculosis/es/>
3. Organización Mundial de la Salud – Centro de prensa. Tuberculosis. Nota descriptiva N° 104 Marzo de 2015. Ginebra – Suiza, 2015
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
4. Fontalvo D. Gómez D. y Gómez R. Análisis de la política para el control de la tuberculosis en Colombia. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública* [online]. 2014, vol.31, n.4, pp. 775-780. ISSN 1726-4634.
5. Perú21 Tuberculosis: Unas 4 mil personas mueren al año en el mundo por la enfermedad. Marzo 2015. <http://peru21.pe/vida21/tuberculosis-unas-4-mil-personas-mueren-al-ano-mundo-esta-enfermedad-2214745>
6. Arrossi, S., Herrero M., Greco, A, Ramos, S. Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento de la tuberculosis: Revisión de la literatura; CEDES; CONICET, Buenos Aires 2011.
7. Jave, O. Estado de la Tuberculosis en el Perú. Estrategia Sanitaria Nacional de Tuberculosis. Ministerio de Salud Perú, 2010.
8. Asalde C. Situación de la tuberculosis en el Perú. Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis del Ministerio de Salud (MINSA); *Acta Méd. peruana* v.25 n.3 Lima jul. /set. 2008.

9. Ministerio de Salud. Análisis de Situación de Salud Nacional. Dirección Ejecutiva de Inteligencia Sanitaria. ASIS Perú, 2010.
10. Ministerio de Salud. Análisis de Situación de Salud Nacional. MINSA [Internet]. Lima; 2012; 120. Available from: www.asisonline.gob.pe/.../2012-05-asis-58th-annual-sem.
11. Ministerio de Salud. Dirección de Salud Lima V Rímac, San Martín de Porres, Los Olivos. Lima. Marzo. 2012.
12. Project Concert Internacional y la Alliance for Border Collaboratives. De la Tosa a la Curación-Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Tuberculosis; cinco localidades (Tijuana, Baja California; Tampico, Tamaulipas; Morelia, Michoacán; Monterrey, Nuevo León y Comitán, Chiapas). México; 2009.
13. Hernández E. y col. Encuesta Nacional de Conocimiento, Actitud y Comportamiento de la Población ante la Tuberculosis; Cuba; 2009.
14. Mariscal, A y col. Conocimiento de tuberculosis pulmonar en pacientes y sus contactos en Veracruz, México” 2007 [citado 20 – 07 – 11] disponible en: <http://132.248.9.1:8991/hevila/Altepepaktli/2007/vol3/no6/1.pdf>
15. Capacute M. Relación entre el Nivel de Conocimiento de Tuberculosis Pulmonar y la Actitud hacia el Tratamiento de los Pacientes de la Micro red Cono Sur Tacna 2012 [Tesis para el título de Licenciada en Enfermería] Tacna: UNJBG; 2012.
16. Antón R, Mezones E. Bajo nivel de conocimientos y actitud de rechazo hacia el tratamiento de tuberculosis. Rev. Perú Méd. Exp. Salud Pública. 2009; 26(4):582-90. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/medicina_experimental/v26_n4/pdf/a29v26n4.pdf.

17. Huaynates, A. Relación entre el Nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia en tratamiento que tienen los pacientes registrados en la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis del Centro de Salud - San Luis 2006 [Tesis para el título de Licenciada en Enfermería] Lima: UNMSM; 2006.
18. Bunge M. La ciencia, su método y filosofía. 31ª ed. Buenos Aires Argentina: Editorial Flama. 1995.
19. Rossental. Indin. Diccionario Filosófico. Ediciones Universo Lima-Perú 1987.
20. Fernández M. Conocimiento, tipos y elementos del conocimiento, Conocimiento, tipos y elementos del conocimiento. Weblog [internet] marzo 2012 [citado 20 de abril 2014]; 24 (4) disponible en: <http://diferbe.wordpress.com/2008/07/09/conocimiento-tipos-y-elementos-del-conocimiento/diferbe>.
21. Universidad Nacional de Colombia. Dirección Nacional de innovación académica Instituto de estudios ambientales IDEA. Seminario de Investigación; 2007. Cap. 5.
22. Ministerio de Salud: Evaluación epidemiológica y operacional del programa de control de la tuberculosis. Perú 2000 p.138.
23. Forbes, B. Diagnóstico Microbiológico, 12da. Edición, Editorial Médica Panamericana, España. (2009). pp. 479-48.
24. Ministerio de Salud: Guía de atención de la Tuberculosis Pulmonar y Extra pulmonar. Perú. 2013 .p. 32, 41, 45, 46, 47, 48, 49, 50.
25. Ministerio de Salud: Norma Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis. ESN-PCT. DGSP. 2006
26. Marriner Tomey, Ann y Raile Alligood, M. Modelos y teorías en enfermería, 6 Ed. España: Mc Graw Gill Interamericana; 2003.

27. Musayón Y. El rol de la enfermera en el Control de la tuberculosis: una discusión desde la perspectiva de la equidad. Revista Latinoamericana Enfermagem. España. 2012. pp. 39-48.
28. Canales, F. H. Metodología de la Investigación. 2° Ed. México: Editorial Limusa; 2000.
29. Hernández, Sampieri y col. Metodología de la investigación. 4ta. Ed. México: Mc Graw Hill; 2006. p. 247.
30. Oficina de NIH para Investigaciones Extraintitucionales. Protección de los participantes humanos de la investigación. EEUU, 2011 <https://pphi.nihtraining.com/users/login.php>
31. Tacuri M. Relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Primavera El Agustino, 2009 [Tesis para el título de Licenciada en Enfermería] Lima: UNMSM; 2009.
32. Sánchez B. Habilidad de cuidado de los cuidadores de personas en situación de enfermedad crónica en grupo de cuidado. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. El arte y ciencia del cuidado Bogotá: Unibiblos; 2002. pp. 373-385.
33. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para el control de la tuberculosis. Op. Cit. pp.76-77.

ANEXOS

Cuestionario N° 01

Encuesta: Nivel de conocimiento de la tuberculosis pulmonar

Le pedimos sinceridad en sus repuestas, ya que son totalmente anónimas.

Agradezco anticipadamente su colaboración

INSTRUCCIONES:

A continuación, se presentan una serie de preguntas con 5 alternativas, marque Ud. con un aspa (X) la que considere correcta.

I. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE

1. Edad: 15 a 20 () 21 a 30 () 31 a 40 () 41 a 50 () 51 a + ()

2. Sexo: M () F ()

3. Grado de Instrucción:

Primaria completa () Primaria incompleta ()

Secundaria completa () Secundaria incompleta ()

Superior completa () Superior incompleta ()

4. Ocupación:

Empleado () Independiente () Desempleado ()

Estudiante () Ama de casa ()

II. DATOS ESPECÍFICOS

1. ¿Qué tipo de enfermedad es la tuberculosis?

a) Contagiosa

b) Hereditaria

c) Viral

d) Desconocida

e) No sabe

2. ¿Cómo se contagia la tuberculosis?

a) Por el aire con microbios que respiramos

b) Por el agua con microbios que bebemos

c) Por las relaciones sexuales con pacientes con tuberculosis

d) Por compartir cubiertos, ropas u otros objetos con los pacientes con tuberculosis

e) No sabe

3. ¿Cuánto tiempo debe presentar una persona para sospechar que tiene tuberculosis?

- a) Por más de 7 días sin flema
- b) Por más de 15 días, con o sin flema
- c) Por más de 7 días con flema
- d) Por más 10 días sin flema
- e) No sabe

4. ¿Qué condición es necesaria para que la persona se enferme con tuberculosis?

- a) Una mala alimentación
- b) La falta de higiene
- c) El consumo de alguna comida contaminada
- d) El uso de los mismos cubiertos o vasos
- e) No sabe

5. ¿Cuántos esquemas de tratamiento existen para la tuberculosis?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) No sabe

6. ¿Cuáles son los principales medicamentos que recibe un paciente con tuberculosis?

- a) Aspirina, Graval, ampicilina, y Etambutol
- b) Estreptomina, ampicilina, Graval y Plidan
- c) Rifampicina, Isoniazida, Etambutol y Pirazinamida
- d) Furosemida, penicilina, Graval y aspirina
- e) No sabe

7. ¿Cuáles son las molestias más comunes que pueden presentar los pacientes que reciben medicamentos contra la tuberculosis?

- a) Diarrea y dolor de estómago
- b) Vómitos y diarreas
- c) Náuseas y dolor de estómago
- d) Náuseas y vómitos
- e) No sabe

8. ¿Cuál de las siguientes acciones es necesaria para curarse de la tuberculosis?

- a) Realizar ejercicios físicos
- b) No dejar de tomar las pastillas
- c) Alimentarse en exceso
- d) No ir a trabajar
- e) No sabe

9. ¿Qué ocurre con la tuberculosis si el paciente no inicia tratamiento Oportuno?

- a) Disminuye
- b) Se mantiene igual
- c) Desaparece
- d) Se extiende
- e) No sabe

10. ¿Qué ocurre con los microbios de la tuberculosis si no se cumple o se abandona el tratamiento?

- a) Se vuelven débiles a los medicamentos
- b) Se vuelven resistentes a los medicamentos
- c) Desaparecen
- d) Se mantienen igual
- e) No sabe

11. ¿Con qué líquido de preferencia debe tomar el paciente los medicamentos?

- a) Agua pura y mates
- b) Leche y jugos
- c) Café y té
- d) Gaseosa y agua
- e) No sabe

12. ¿Qué alimentos debe consumir mayormente el paciente con tuberculosis?

- a) Harinas, verduras y frutas
- b) Carnes, productos lácteos y menestras
- c) Verduras, frutas y carnes
- d) Productos lácteos, verduras y frutas
- e) No sabe

13. ¿Qué medida de precaución debe tener el paciente con tuberculosis al toser?

- a) Cubrirse la boca y mantenerse alejado
- b) Cubrirse la boca y no hablar
- c) Cubrirse la boca y evitar hablar de frente
- d) Cubrirse la boca y hablar de frente
- e) No sabe

14. ¿Qué debe hacer el paciente cuando elimina flema?

- a) Eliminarlo directamente al recipiente de basura
- b) Eliminarlo en una bolsa y luego quemarlo
- c) Eliminarlo directamente en una bolsa plástico
- d) Eliminarlo en papel higiénico y echarlo en una bolsa plástica
- e) No sabe

15. ¿Cómo deben ser las actividades diarias del paciente con tuberculosis?

- a) Continuar con las actividades diarias
- b) Disminuir sus actividades diarias
- c) Incrementar sus actividades diarias
- d) No realizar ninguna actividad
- e) No sabe

16. ¿Cómo debe mantenerse la vivienda del paciente con tuberculosis para disminuir el contagio?

- a) Iluminada y con poca ventilación
- b) Con poca iluminación y poca ventilación
- c) Con poca iluminación y ventilada
- d) Iluminada y ventilada
- e) No sabe

17. ¿Qué examen debe realizarse el paciente mensualmente para su control durante el tratamiento?

- a) Radiografía de tórax
- b) Análisis de esputo
- c) Análisis de sangre
- d) Examen de orina
- e) No sabe

18. ¿Cuál de las siguientes acciones obligatoriamente debe realizar el Paciente con tuberculosis al inicio de su tratamiento, cambio de fase y su alta?

- a) Asistir a la consulta médica
- b) Asistir a la consulta nutricional
- c) Asistir a la consulta con la asistente social
- d) Asistir a la consulta psicológica
- e) No sabe

19. ¿Cada cuánto tiempo debe controlar su peso el paciente con tuberculosis?

- a) Mensualmente
- b) Diariamente
- c) Semanalmente
- d) Quincenalmente
- e) No sabe

20. ¿Qué tratamiento farmacológico deben recibir los menores de 15 años que están en contacto con el paciente con resultado de esputo positivo?

- a) Pastillas de Rifampicina
- b) Pastillas de Isoniazida
- c) Pastillas de Etambutol
- d) Pastillas de Pirazinamida
- e) No sabe.

Anexo C: Carta de aceptación.



"Año de la Inversión para el Desarrollo Rural y
Seguridad Alimentaria"

CARGO - ODI

25
ANIVERSARIO
1988-2013

CIRCULAR N° 1376-2013-ODI-RED-SA-LN-V-R-SMP-LO

A : Dra. LUCY CHANG TORRES
JEFE MICRO RED San Martín

ASUNTO : Facilidades para recolectar información de los
actuales casos TBC MDR y TBC XDR de los EESS

FECHA : RIMAC, 04 de octubre del 2013

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarla cordialmente y a la vez, con ocasión de, se brinde las facilidades para recolectar información de los actuales casos TBC MDR y TBC XDR, de los Establecimientos de Salud de la RED-RIMAC-SMP-LO, a las estudiantes, tal como se indica:

- Huamán Camones Ester Gladiz Código N° 09202086
- Fernández Huamán Julián Jesús Código N° 10202062
- Vásquez Vásquez Fany Emérita Código N° 08202085

Sin otro particular hago propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de estima personal.

Atentamente,



JIMJU/rbp

Telf: 2195050

www.reddesaludrimac.gob.pe

Av. Próceres 1051 - Rimac

Fax: 2195055



Anexo D: Consentimiento informado

Nombre del proyecto: Nivel de conocimiento de la tuberculosis pulmonar de los pacientes de tres centros de salud de la Micro red San Martín de Porres, Lima 201

Investigadores: Ester Gladiz Huamán Camones, Fany Vásquez Vásquez.

Propósito del proyecto: Determinar el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar de los pacientes presente proyecto se llevara a cabo en la Micro red San Martin de Porres. Los ejecutores del proyecto son los estudiantes de enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades (**UCH**) La valiosa información obtenida en el presente estudio contribuirá al conocimiento científico en el profesional de enfermería.

Participación en el estudio: Seria de manera anónima mediante el instrumento del estudio se obtendrá la información aportada en forma voluntaria por Usted.

Beneficios: Como resultados de su participación en este estudio, no obtendré ningún beneficio directo; sin embargo, es posible que los investigadores aprendan más de los pacientes afectados con tuberculosis con la esperanza que este conocimiento beneficie a otras personas afectadas con tuberculosis en el futuro.

Declaración:

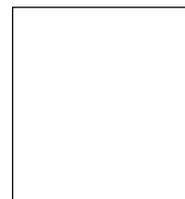
Mi participación en este estudio es confidencial, tengo el derecho de negarme a participar en este estudio o discontinuar mi participación en cualquier momento, sin que esta decisión no afecte mi atención médica. Si deseas mayor información puedes comunicarte con la Mg. Nérida Hilario al teléfono celular: 956496006.

He leído y se me ha leído todo el consentimiento informado asimismo se me aclaró toda duda antes de firmarlo. Se me brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo cual accedo participar en esta investigación.

Nombres y Apellidos:

DNI:

Fecha: **Firma:** **Huella**



Anexo E: Asentimiento informado

Nombre del proyecto: Nivel de conocimiento de la tuberculosis pulmonar de los pacientes de tres centros de salud de la microred San Martín de Porres, Lima 2014.

Investigadores: Ester Gladiz Huamán Camones, Fany Vásquez Vásquez.

Propósito del proyecto: Determinar el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar de los pacientes presente proyecto se llevará a cabo en la Micro red san Martin de Porres. Los ejecutores del proyecto son los estudiantes de enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades (**UCH**) La valiosa información obtenida en el presente estudio contribuirá al conocimiento científico en el profesional de enfermería.

Participación en el estudio: Seria de manera anónima mediante el instrumento del estudio se obtendrá la información aportada en forma voluntaria por Usted.

Beneficios: Como resultados de su participación en este estudio, no obtendré ningún beneficio directo; sin embargo, es posible que los investigadores aprendan más de los pacientes afectados con tuberculosis con la esperanza que este conocimiento beneficie a otras personas afectadas con tuberculosis en el futuro.

Declaración:

Mi participación en este estudio es confidencial, tengo el derecho de negarme a participar en este estudio o discontinuar mi participación en cualquier momento, sin que esta decisión no afecte mi atención médica. Si deseas mayor información puedes comunicarte con la Mg. Nélida Hilario al teléfono celular: 956496006.

He leído y se me ha leído todo el consentimiento informado asimismo se me aclaró toda duda antes de firmarlo. Se me brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo cual accedo participar en esta investigación.

Apoderado:

Nombres y Apellidos:

DNI:

Fecha: **Firma:** **Huella**

Menor de Edad:

Nombres y Apellidos:.....

DNI:

Fecha: **Huella**

Anexo F: Resultados complementarios

Tabla 1

Nivel de conocimiento de los pacientes de tres centros de salud de la MICRORED San Martín de Porres según población por centro de salud Lima – Perú, 2014

CENTROS DE SALUD		Pacientes y Porcentaje
Válido	C.S INFANTAS	30 (35,7%)
	C.S LOS LIBERTADORES	14 (16,7%)
	C.S PERU IV ZONA	40 (47,6%)
	Total	84 (100,0%)

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes con tuberculosis pulmonar de tres centros de salud de la Micro red San Martín de Porres, Lima 2014

Tabla 2

Nivel de conocimientos en los pacientes de tres centros de salud de la MICRORED San Martín de Porres según edad, Lima – Perú, 2014

Edad	Válido	84
	Media	34,19
	Mediana	25,50
	Moda	19
	Mínimo	16
	Máximo	78

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes con tuberculosis pulmonar de tres centros de salud de la Micro red San Martín de Porres, Lima 2014

Tabla 3

Nivel de conocimientos en los pacientes de tres centros de salud de la MICRORED San Martín de Porres según sexo, Lima – Perú, 2014

	Sexo	Porcentaje
Válidos	masculino	58,3
	femenino	41,7
	Total	100,0

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes con tuberculosis pulmonar de tres centros de salud de la Micro red San Martín de Porres, Lima 2014

Tabla 4

Nivel de conocimientos de tuberculosis pulmonar de los pacientes de tres centros de salud de la MICRO RED San Martín de Porres, Lima 2014

Categoría de conocimiento		Porcentaje
	Nivel bajo	1,2
Válidos	Nivel regular	98,8
	Total	100,0

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes con tuberculosis pulmonar de tres centros de salud de la Micro red San Martín de Porres, Lima 2014

Tabla 5

Nivel de conocimiento en su dimensión de tratamiento farmacológico de los pacientes de tres centros de la MICRO RED San Martín de Porres, Lima 2014

Tratamiento farmacológico	Porcentaje
De 7 a 10 (Regular)	71,4
Válidos De 11 - 14 (Alto)	28,6
Total	100,0

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes con tuberculosis pulmonar de tres centros de salud de la Micro red San Martín de Porres, Lima 2014

Tabla 6

Nivel de conocimiento en su dimensión de cuidados en el hogar de los pacientes de tres centros de salud de la MICRORED San Martín de Porres, Lima 2014

CUIDADOS EN EL HOGAR		Porcentaje
	menor de 3 (nivel bajo)	46,4
Válidos	3 a 4 (nivel regular)	53,6
	Total	100,0

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes con tuberculosis pulmonar de tres centros de salud de la Micro red San Martín de Porres, Lima 2014

Tabla 7

Nivel de conocimiento en su dimensión de medidas preventivas de los pacientes de tres centros de la MICRORED San Martín de Porres, Lima 2014

MEDIDAS PREVENTIVAS		Porcentaje
	11 a 15 (nivel regular)	98,8
Válidos	16 a 20 (nivel alto)	1,2
	Total	100,0

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes con tuberculosis pulmonar de tres centros de salud de la Micro red San Martín de Porres, Lima- 2014

Anexo G: Matriz de consistencia

Título: Nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar en su dimensión de tratamiento farmacológico de los pacientes de tres centros de la Microred San Martín de Porres, Lima 2014.

Autores: Huamán camones Ester, Vásquez Vásquez Fanny

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ÍTEM
<p>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar de los pacientes de tres Centros de Salud de la Microred San Martín de Porres, Lima 2014?</p>	<p>OBJETIVOS GENERALES</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar de los pacientes de tres Centros de Salud de la Microred San Martín de Porres, Lima 2014.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>-Identificar el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar en su dimensión de tratamiento farmacológico de los pacientes de tres centros de la Microred San Martín de Porres, Lima 2014</p> <p>-Identificar el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar en su dimensión de cuidados en el hogar de los pacientes de tres centros de salud de la Micro red San Martín de Porres, Lima 2014.</p> <p>-Identificar el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar en su dimensión de medidas preventivas de los pacientes de tres centros de la Microred San Martín de Porres, Lima 2014.</p>	<p>Por ser un estudio descriptivo no hay hipótesis</p>	<p>Nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar</p>	<p>Tratamiento farmacológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento • Tiempo • Dosis • Importancia reacciones adversas <p>Cuidados en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividad física • Alimentación <p>Medidas Preventivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transmisión • Exámenes de control • Control de contactos • Medidas de protección en casa 	<p>nivel bajo</p> <p>nivel regular</p> <p>nivel alto</p> <p>nivel bajo</p> <p>nivel regular</p> <p>nivel alto</p> <p>nivel bajo</p> <p>nivel regular</p> <p>nivel alto</p>	<p>Ítems:</p> <p>7</p> <p>Ítems:</p> <p>3</p> <p>Ítems:</p> <p>10</p>

METODOLOGÍA	INSTRUMENTO	CRONOGRAMA												PRESUPUESTO																																																																																																																																																		
<p>Metodología El presente estudio es una investigación de enfoque cuantitativo ya que se puede realizar la cuantificación de los datos permitiendo su análisis utilizando la estadística, de estudio descriptivo ya que está dirigido a determinar cómo está la situación de la variable. Según el estudio es de corte transversal, ya que nos permite estudiar la variable tal y como se presenta en la realidad.</p>	<p>Técnicas: Fue la entrevista y los instrumentos que se empleo fue: el cuestionario de Nivel de Conocimientos de la tuberculosis pulmonar validada respectivamente por 5 expertos.</p> <p>Validación de un instrumento para evaluar el cuestionario de nivel de conocimiento en pacientes con tuberculosis pulmonar</p> <p>Instrumento N° 1 cuestionario : Nivel de Conocimientos de Tuberculosis Pulmonar, obtenido de la tesis para optar el título profesional de licenciatura: Relación entre el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la Micro red cono sur Tacna 2012 con Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados que consta de 20 preguntas con un valor 0.825 20, cada pregunta con alternativas y distribuidos en 03 dimensiones: de los cuales 07 preguntas corresponde a tratamiento farmacológico, 03 preguntas a cuidados en el hogar y 10 preguntas de medidas preventivas. Todas las preguntas plantearon respuestas cerradas con cinco alternativas, siendo una de ellas correcta y cuatro incorrectas.</p> <p>Para construir la escala de medición, se asignó valores de 2 puntos a las respuestas correctas y 0 a las incorrectas, que finalmente se sintetizó en las siguientes categorías:</p> <p>.Nivel bajo : < 20 puntos .Nivel regular: 20 a 30 puntos .Nivel alto : 31 a 40 puntos.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="954 220 1211 379" rowspan="3">AÑO /MESES ACTIVIDADES</th> <th colspan="12" data-bbox="1211 220 1693 244">2014</th> </tr> <tr> <th colspan="3" data-bbox="1211 244 1312 276">ABRIL</th> <th colspan="3" data-bbox="1312 244 1469 276">MAYO</th> <th colspan="3" data-bbox="1469 244 1570 276">JUNIO</th> <th colspan="3" data-bbox="1570 244 1693 276">JULIO</th> </tr> <tr> <th data-bbox="1211 276 1245 379">1</th><th data-bbox="1245 276 1312 379">2</th><th data-bbox="1312 276 1379 379">3</th> <th data-bbox="1379 276 1447 379">4</th><th data-bbox="1447 276 1514 379">1</th><th data-bbox="1514 276 1581 379">2</th> <th data-bbox="1581 276 1648 379">3</th><th data-bbox="1648 276 1715 379">4</th> <th data-bbox="1715 276 1783 379">1</th><th data-bbox="1783 276 1850 379">2</th><th data-bbox="1850 276 1917 379">3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="954 379 1211 451">Idea e inicio de elaboración del proyecto</td> <td></td><td></td><td>x</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="954 451 1211 515">El problema</td> <td></td><td></td><td></td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="954 515 1211 587">Objetivos y justificación de la investigación</td> <td></td><td></td><td></td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="954 587 1211 667">Marco contextual histórico social</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="954 667 1211 746">Marco teórico propiamente dicho</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="954 746 1211 842">Hipótesis, variables y operacionalización de las mismas</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="954 842 1211 898">Aspectos metodológicos</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td></td> </tr> </tbody> </table>												AÑO /MESES ACTIVIDADES	2014												ABRIL			MAYO			JUNIO			JULIO			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	Idea e inicio de elaboración del proyecto			x										El problema				x	x	x							Objetivos y justificación de la investigación				x	x	x	x						Marco contextual histórico social							x	x	x				Marco teórico propiamente dicho							x	x	x	x			Hipótesis, variables y operacionalización de las mismas									x	x	x		Aspectos metodológicos									x	x	x		<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1715 220 1872 244">RUBRO</th> <th data-bbox="1872 220 2036 244">GASTOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1715 244 1872 292">Material bibliográfico</td> <td data-bbox="1872 244 2036 292">300</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1715 292 1872 323">Movilidad</td> <td data-bbox="1872 292 2036 323">300</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1715 323 1872 355">Refrigerio</td> <td data-bbox="1872 323 2036 355">300</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1715 355 1872 403">Material de escritorio</td> <td data-bbox="1872 355 2036 403">505</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1715 403 1872 451">Material de impresión</td> <td data-bbox="1872 403 2036 451">360</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1715 451 1872 483">Fotocopias</td> <td data-bbox="1872 451 2036 483">400</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1715 483 1872 531">Gastos para trámites</td> <td data-bbox="1872 483 2036 531">370</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1715 531 1872 595">TOTAL</td> <td data-bbox="1872 531 2036 595">2535 Nuevos soles</td> </tr> </tbody> </table>		RUBRO	GASTOS	Material bibliográfico	300	Movilidad	300	Refrigerio	300	Material de escritorio	505	Material de impresión	360	Fotocopias	400	Gastos para trámites	370	TOTAL	2535 Nuevos soles
AÑO /MESES ACTIVIDADES	2014																																																																																																																																																															
	ABRIL			MAYO			JUNIO			JULIO																																																																																																																																																						
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3																																																																																																																																																					
Idea e inicio de elaboración del proyecto			x																																																																																																																																																													
El problema				x	x	x																																																																																																																																																										
Objetivos y justificación de la investigación				x	x	x	x																																																																																																																																																									
Marco contextual histórico social							x	x	x																																																																																																																																																							
Marco teórico propiamente dicho							x	x	x	x																																																																																																																																																						
Hipótesis, variables y operacionalización de las mismas									x	x	x																																																																																																																																																					
Aspectos metodológicos									x	x	x																																																																																																																																																					
RUBRO	GASTOS																																																																																																																																																															
Material bibliográfico	300																																																																																																																																																															
Movilidad	300																																																																																																																																																															
Refrigerio	300																																																																																																																																																															
Material de escritorio	505																																																																																																																																																															
Material de impresión	360																																																																																																																																																															
Fotocopias	400																																																																																																																																																															
Gastos para trámites	370																																																																																																																																																															
TOTAL	2535 Nuevos soles																																																																																																																																																															