

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**FACULTAD MULTIDICCIPLINARIA DE OCCIDENTE**  
**FACULTAD DE MEDICINA**



**TRABAJO DE INVESTIGACION**  
**“TUBERCULOSIS PULMONAR EN UNIDAD DE**  
**SALUD**  
**ALDEA BOLAÑOS, EN PACIENTES**  
**CON Y SIN OTRA MORBILIDAD”**  
**MARZO – AGOSTO 2004**  
**PRESENTADO POR:**  
**YASSER MONTERROSA VANEGAS**  
**ASESOR:**  
**Dra. Y Master: MARGARITA BONILLA DE**  
**GUEVARA**  
**SANTA ANA, ABRIL DE 2005.**

**“TUBERCULOSIS PULMONAR EN UNIDAD DE  
ALDEA BOLAÑOS EN PACIENTES  
CON O SIN OTRA MORBILIDAD  
MARZO - AGOSTO 2004.”**

# INDICE

I. RESUMEN	.....	1
II. INTRODUCCIÓN	.....	3
III. OBJETIVOS	.....	6
IV. MARCO TEORICO	.....	7
V. HIPÓTESIS	.....	14
VI. DISEÑO METODOLOGICO.....		15
VII. RESULTADOS	.....	18
VIII. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS .....		27
IX. CONCLUSIONES	.....	29
X. RECOMENDACIONES	.....	30
XI. BIBLIOGRAFIA	.....	31
XII. ANEXOS	.....	32

## I. RESUMEN.

La Tb. pulmonar es una pandemia que ha ido en auge en los últimos años y se le ha prestado mayor atención desde el apareamiento del VIH – SIDA.

La presente investigación se desarrollo auxiliándose de los expedientes clínico, censos de consulta diaria, pacientes en el período de estudio en dicha Unidad de Salud, siendo un total de 6 meses.

El muestreo fue de tipo no Probabilístico o dirigido siendo un estudio de tipo Analítico Transversal. Luego procedimos a tabular en tablas preelaboradas y recopilar todos los datos. Se elaboraron gráficos según la conveniencia del caso y para una rápida y mejor comprensión del lector.

Durante el periodo en estudio se obtuvo un total de 24 muestras (pacientes) a estudiar; los cuales se detectaron en la población aparentemente sana presento 4 personas con Bk(+) del total de 24 pacientes del estudio; significando esto un 16% de la muestra; mientras quedaban un 86% del resto de la población “ Aparentemente Sana”.

Luego estos 4 pacientes que significaron un 16% del total; que presentan Bk (+) (Solamente); lo tomaron como un total de 100% del objetivo del presente trabajo de investigación.

De estos 4 pacientes con Bk (+); 3 presentaron una morbilidad sobreagrada como el VIH (+), siendo estos dos del sexo femenino y uno

del sexo masculino en donde los tres pacientes han fallecido y estos representan un 75% y por consiguiente un 25% que equivale a una persona no presento otra morbilidad sobreagregada y es del sexo femenino.

Concluimos que la población con VIH es mas susceptible de padecer otra morbilidad como por ejemplo Tb. Pulmonar que el resto de la población<sup>1</sup>.

Además que las condiciones de vivienda de las familias con grandes grupos poblacionales y carentes de muchos recursos como vivienda<sup>2</sup>son asideros propicios, para la perpetuación de la enfermedad.

La atención brindada por el MSP y AS. A través de la APS por medio de las Unidades de salud es de tipo preventivo, curativo, asistencialita, es necesario fortalecer aun mas y mejor el sistema de reporte para evitar el subregistro.

---

VER GRÁFICOS I, II Y III  
VER GRÁFICOS VII Y VIII

## II. INTRODUCCION

La tuberculosis a pesar de ser una enfermedad prevenible y curable, sigue siendo un problema de salud pública, y cada día representa más riesgos por su forma de multirresistente y por la asociación con alguna enfermedad inmunodepresiva y sobre todo sobreagregada; en tal sentido, la información, difusión, capacitación y supervisión sobre esta, evitara muertes prematuras por esta enfermedad.

En una sociedad donde las condiciones de vida han mejorado y el desarrollo de las ciencias medicas permiten mejores expectativas de vida, ha traído como consecuencia un aumento de la población a nivel mundial y con ello el hacinamiento.

Los países de Latinoamérica considerados como subdesarrollados, actualmente se ha visto un incremento en los casos de tuberculosis. Una persona infectada con el *Mycobacterium tuberculosis* y simultáneamente con alguna morbilidad agregada corre un riesgo mayor de sufrir tuberculosis en el transcurso de su vida, situación a la que la población de la Aldea Bolaños no escapa a dicho problema.

El fin que se persigue es hacer un estudio comparativo entre una muestra de población sin morbilidad en sintomáticos respiratorios y los pacientes con morbilidad; (como por Ej.: VIH); detectados en la unidad de salud durante el periodo establecido, investigando en estos dos grupos cual de ellos corre mayor riesgo o incidencia de presentar Tb. pulmonar.

En un reporte de antecedentes de los casos en años anteriores en la unidad respectiva durante el 2000 y 2003.

Se reporto en el 2000 dos casos nuevos, en el 2001 un caso, en el 2002 un caso, en el 2003 un caso. Como podemos observar la diferencia ha sido de un caso +/- por año; investigando que no ha sido la estrategia TAES la que ha fallado, sino la falta de conocimiento, factores culturales propios de la comunidad y la falta de interés de dicha población. Razón por la cual encontraremos que aun de los pocos meses que van del año hay un aumento de casos nuevos de Tb.

La tuberculosis es aun una de las primeras enfermedades infecciosas como causa de muerte. Un tercio de la población del mundo ya ha sido infectada y esta en riesgo de enfermar durante el resto de su vida; este riesgo se incrementa varias veces si además se asocia a alguna morbilidad o enfermedad inmunodeprimible (VIH-SIDA, como por ejemplo). Se estima que cerca de 9 millones de personas se enferman anualmente de tuberculosis, y que cada enfermo transmitirá la infección a 10 o 15 personas si no recibe manejo adecuado. En la década actual, múltiples gobiernos y organismo internacionales, han reconocido la seriedad del problema; para que esto ocurriera, fue necesario que la prensa reportada epidemias de tuberculosis multirresistentes a los medicamentos disponibles, que la

epidemia de VIH-SIDA duplicara o triplicara los casos de tuberculosis en países del África y que en 1993 la OMS declarara a la tuberculosis como EMERGENCIA MUNDIAL.

**La decisión de realizar el presente trabajo en la Unidad de Salud de la Aldea Bolaños en el periodo marzo – agosto 2004 fue en vista que se ha observado, que a pesar de haberse iniciado con el programa TAES a partir del año 2000, aun persisten un número de casos similares a años anteriores evidenciándose una falta de orientación sobre la tuberculosis pulmonar. Desconociendo Que es: Tuberculosis, Para que sirve una Bk y como identificar el cuadro clínico. Pese a que se ha tratado de difundir información, aún no se alcanza la cobertura necesaria para lograr la meta.**

**En tal sentido la información, difusión y supervisión sobre esta evitara muertes prematuras por esta enfermedad.**

### **III. OBJETIVOS**

#### **GENERAL**

Identificar la población de riesgo para la Tb. pulmonar en la Unidad de Salud de la Aldea Bolaños en el periodo de Marzo a Agosto del 2004.

#### **ESPECIFICOS.**

Cuantificar los pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar (Incidencia en periodo de estudio).

Identificar el nivel de conocimiento del personal de Salud y de la población en general sobre Tb. pulmonar.

Comparar la incidencia de presentar Tb. Pulmonar en población con o sin otra morbilidad.

Determinar que condiciones ambientales socioeconómicas y culturales que incluyen en la prevalencia de la Tb. Pulmonar en la población con o sin otra morbilidad.

## **IV. MARCO TEÓRICO.**

La Tuberculosis Pulmonar es una enfermedad infecciosa contagiosa producida por el microorganismo *Mycobacterium tuberculosis*. Es una enfermedad antigua que se ha venido dando a través de los siglos.

Sigue siendo una causa importante de muerte. En algunos casos nuevos es tan alto como 400 por cada 100,000 habitantes al año. En zonas de gran prevalencia se observa con la misma frecuencia en el medio rural y urbano y ataca principalmente a los jóvenes. Todo esto aunado a factores ambientales y socioculturales como: el hacinamiento, falta de educación, falta de estrategias efectivas de prevención y cumplimiento de los tratamientos, han venido a agudizar más el aumento de los casos.

### **BASES PARA EL DIAGNOSTICO**

- Fatiga, pérdida de peso, fiebre, sudores nocturnos.
- Tos productiva, infiltrados pulmonares en la radiografía de Tórax.
- Reacción positiva a la prueba cutánea de tuberculina (la Mayor parte de los casos)
- Bacilos acidorresistentes en el frotis de esputo.

- Cultivo de esputo positivo para *Mycobacterium tuberculosis*

La infección se inicia cuando una persona susceptible a la enfermedad inhala gotitas en aerosol que contienen microorganismos viables. Al llegar a los pulmones, estos son ingeridos por macrófagos y mueren o persisten y se multiplican. Hay diseminación linfática y hematológica amplia antes que se desarrolle una respuesta inmunológica eficaz en la que son aisladas en todo el cuerpo por una inflamación Granulomatosa. Este tipo de infección es llamada **Tuberculosis Primaria** y es asintomática. Los microorganismos inactivos persisten por años y si se deterioran los mecanismos de defensa del huésped puede reactivarse la enfermedad.

La tuberculosis extrapulmonar es especialmente frecuente en pacientes VIH dicha enfermedad ha surgido como el factor de riesgo más importante en el desarrollo de la Tuberculosis.

## **CUADRO CLINICO**

El paciente con tuberculosis reactivada se presenta por lo general, con síntomas generales de fatiga, pérdida de peso, anorexia, febrícula y sudoraciones nocturnas. Los síntomas pulmonares incluyen tos, en un principio seca, pero que después produce un esputo purulento y en ocasiones con sangre. En el examen físico los pacientes se ven crónicamente enfermos y con pruebas de pérdida de peso. El examen de tórax puede revelar datos como estertores apicales posteriores o quizá sea normal.

## **DATOS DE LABORATORIO**

El diagnóstico definitivo depende del aislamiento del *M tuberculosis* de cultivos o de la identificación de microorganismos con una sonda de DNA. En consecuencia el diagnóstico se inicia con la obtención de una serie de muestras de esputo y cultivo. Se recomiendan tres muestras.

En pacientes en quienes se piensa que tienen Tuberculosis a pesar de frotis negativos, el siguiente paso diagnóstico es la broncoscopia fibroscópica, Los lavados bronquiales son útiles en particular. La aspiración temprana, por la mañana, del contenido gástrico, después de ayuno durante toda la noche, es una alternativa a la broncoscopia.

El diagnóstico serológico de Tb que utiliza la metodología de ELISA para medir anticuerpos IgA contra antígenos microbacterianos, es una nueva alternativa promisoriosa.

## **IMÁGENES**

Como la tuberculosis primaria suele ser asintomática, rara vez se toma radiografía de tórax.

La reactivación de la Tb. o posprimaria se acompaña de diversas manifestaciones radiológicas que incluyen afección apical fibrocavitaria, nódulos

e infiltrados neumónicos. La localización usual es en los segmentos apicales o posterior de los, lóbulos superiores o en los segmentos superiores de los lóbulos inferiores; sin embargo, hasta 30% de los pacientes pueden presentar pruebas radiológicas de enfermedades de otros sitios como por ejemplo; En los individuos con infección por VIH con defectos en la inmunidad celular que desarrollan Tb. pulmonar pueden variar las características radiológicas de la infección con la etapa de la enfermedad por VIH. En enfermos con infección VIH "temprana", las características radiológicas de la Tb. semejan a las de las personas sin VIH. En contraste , en enfermos con infección VIH "tardía" (SIDA) predominan las características radiológica atípicas; estas con frecuencia muestran infiltrados difusos o miliarios en las zonas pulmonares más bajas, derrames pleurales y crecimiento de ganglios linfáticos ciliares y mediastinitis.

**PRUEBA DE TUBERCULINA:** Identifica a las personas que se han infectado en alguna época con *M. Tuberculosis* pero sin diferenciar entre una enfermedad actual y otra pasada. En la prueba de Mantoux se inyecta 0.1 ml de derivado proteínico purificado estándar (DPP-E) que contiene cinco UT (unidad tóxica) en la superficie anterior del antebrazo mediante jeringa de tuberculina con aguja del número 27. La medida del diámetro (en milímetros) de la induración en el sitio cutáneo de la prueba deberá registrarse después de 48 a 72 horas. Una reacción negativa no descarta el diagnóstico de Tb. y mientras mayor sea la reacción, mayor será la probabilidad de infección.

## TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR.

<b>Categoría de tratamiento antituberculoso.</b>	<b>Pacientes con tuberculosis.</b>	<b>Fase inicial diaria.</b>	<b>Fase de continuación.</b>
<b>Categoría I</b>	<b>Casos nuevos de Tb. con BK+, Caso de Tb. extrapulmonar.</b>	<b>2HRZE</b>	<b>4HR2</b>
<b>Categoría II</b>	<b>Casos con tratamiento previo con esputo, recaída, fracaso terapéutico y abandono.</b>	<b>2HRZES- 1HRZE.</b>	<b>5H3R3E3.</b>

### ESQUEMA ACORTADO Y SUPERVISADO:

**1- PARA MAYORES DE 15 AÑOS ( POR 6 MESES):**

a)-Estreptomicina (SM) 1gr. Al día (15mg. Kg. día) IM.

- Isoniacida (INH) 300 mg día (3 tab.) (5mg) -

Rifampicina (RMP) 600 MG DIA (2 CAP) ( 10 mg. Por Kg.)

-Pirazinamida (PZ) 1.5 gr. Al día ( 15-30 mg. Por Kg.)

b) 16 semanas siguientes: --

- INH 800mg 15 mg por kg.)max. 900 mg. —

- RMP 600 mg ( 2 cap ) ( 10 mg)

- En una toma 2 días a la semana .

- Toma de BK. Al final del segundo, cuarto y sexto mes del tratamiento.

### **CRITERIOS DE CURACION**

- 26 semanas de tratamiento regular.

- BK negativa desde el cuarto mes.

- El tratamiento se suspende a las 26 semanas si cumple los requisitos anteriores o a las 40 semanas, si la negativización se hizo al quinto o sexto mes.

- Se considera fracaso si la BK es positiva al sexto mes o siguientes y la conducta en este caso es retratamiento.

### **2 - PARA MENORES DE 15 AÑOS**

a) 8 semanas diarias excepto domingos.

- INH 10 MG. Por kg. De peso Al día.

- RMP 10 MG. Por kg.de peso al Día.

- PZ 20 MG. Por kg. De peso al día.

b) 18 semanas 2 veces por semana.

- INH 20 MG. Por kg. De peso al día.

- RPM 10 MG. Por kg. De peso al día.

La Tb. constituye hoy en día la principal causa infecciosa de morbilidad y mortalidad. Sin embargo, en las naciones industrializadas se ha desviado de la población general y afectada determinar grupos.

La organización Mundial de la Salud calculó en 1990 que 33% de a población mundial, es decir 1700 millones de personas sufrían infección latente con M tuberculosis. De este grupo surgen de 8 a 10 millones de casos activos nuevos cada año. La OMS calcula que 26 % de las muertes que pueden prevenirse en los países en desarrollo son causadas por la Tb.

Por lo menos el 50% del exceso reciente de morbilidad pueden atribuirse al efecto del VIH

Hoy en día existen enfermedades inmunoprevenibles como el VIH y el SIDA que han contribuido a aumentar la tasa de tuberculosis por tres vías:

- 1) Las personas con tuberculosis latente que adquieren VIH tienen un riesgo mucho mayor de sufrir una reactivación conforme descende su capacidad inmunitaria.
- 2) Los individuos con infección por VIH o SIDA tienen mayor riesgo de adquirir otras infecciones, como la Tuberculosis, quizás por factores biológicos (son mas propensos a infectarse por sus defensas reducidas) y factores circunstanciales.
- 3) Los adultos jóvenes con VIH y Tuberculosis activa la transmiten a las personas con quienes conviven.

## **V. HIPOTESIS**

- La población con alguna morbilidad (VIH-Sida) tiene mayor riesgo de presentar tuberculosis pulmonar, que la población sin morbilidad, de la Aldea Bolaños, en el periodo de Marzo – Agosto del 2004.

## **VI. DISEÑO METODOLOGICO**

**UNIVERSO:** Total de pacientes que asistirán a consultar en la Unidad de Salud de Aldea Bolaños, departamento de Santa Ana, durante el periodo que comprende desde Marzo hasta Agosto del años 2004 que cumplirán criterios establecidos; que mas adelante se detallara.

De este universo la muestra representativa cuyos elementos que se tomaran en cuenta serán los siguientes:

1. Pacientes sintomáticos respiratorios con alguna morbilidad como por ejemplo: hipertensión arterial, Diabetes Mellitas y/o VIH – SIDA.
2. Pacientes sintomáticos respiratorios sin otra morbilidad.

**Por ser el método utilizado en la presente investigación; que es de tipo no Probabilístico dirigido; y al tomarse por completo el universo ya no se hablara de una muestra sino de un censo y por ende la forma de comprobar la hipótesis será por medio de tablas y gráficos y no de un método meramente estadística como lo seria un CHI cuadrado por ejemplo.**

**TABLA DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA EL ESTUDIO DE Tb  
PULMONAR EN PACIENTES CON O SIN MORBILIDAD EN  
UNIDAD DE SALUD ALDEA BOLAÑOS, MARZO – AGOSTO 2004.**

<b>CRITERIOS DE INCLUSION</b>	<b>CRITERIOS DE EXCLUSION</b>
QUE HAYAN CONSULTADO EN LA UNIDAD DE SALUD ALDEA BOLAÑOS.	QUE NO HAYAN CONSULTADO EN LA UNIDAD DE SALUD DE LA ALDEA BOLAÑOS.
SINTOMATICO RESPIRATORIO	NO SINTOMATICO RESPIRATORIO
DE CUALQUIER GRUPO ETAREO	
DE CUALQUIER SEXO	
QUE HAYA CONSULTADO EN EL PERIODO MARZO – AGOSTO 2004	QUE NO HAYA CONSULTADO EN EL PERIODO EN ESTUDIO
QUE SEA PACIENTE DE PRIMERA VEZ	QUE SEA PACIENTE SUBSECUENTE

**FUENTE:** La Fuente de información para el trabajo fueron los datos que se obtuvieron de los programas del MSP y AS del año 2000 – 2004 y los cuestionarios previamente elaborados que se pasaron al personal de salud y a la población en estudio ya especificada ( ver anexo).

**METODOS Y PROCEDIMIENTOS.:** Se hizo a través de cuestionarios preelaborados tanto al personal de salud, pacientes sanos y pacientes con morbilidad en el periodo ya estipulado.

**TABLA DE VARIABLES Y SUBVARIABLES QUE SE APLICARON  
EN EL ESTUDIO : TB PULMONAR EN LA POBLACIÓN SIN  
MORBILIDAD Y CON MORBILIDAD  
MARZO – AGOSTO DE 2004.**

<b>VARIABLE</b>	<b>SUB- VARIABLE</b>	<b>VALOR Bk</b>		<b>INDICADOR</b>
TB PULMONAR	PACIENTE SINTOMATICO RESPIRATORIO	SI	NO	DIAGNOSTICO MEDICO Bk
	PACIENTES CON MORBILIDAD	ELISA PARA VIH (+)	ELISA PARA VIH (-)	ELISA PARA VIH

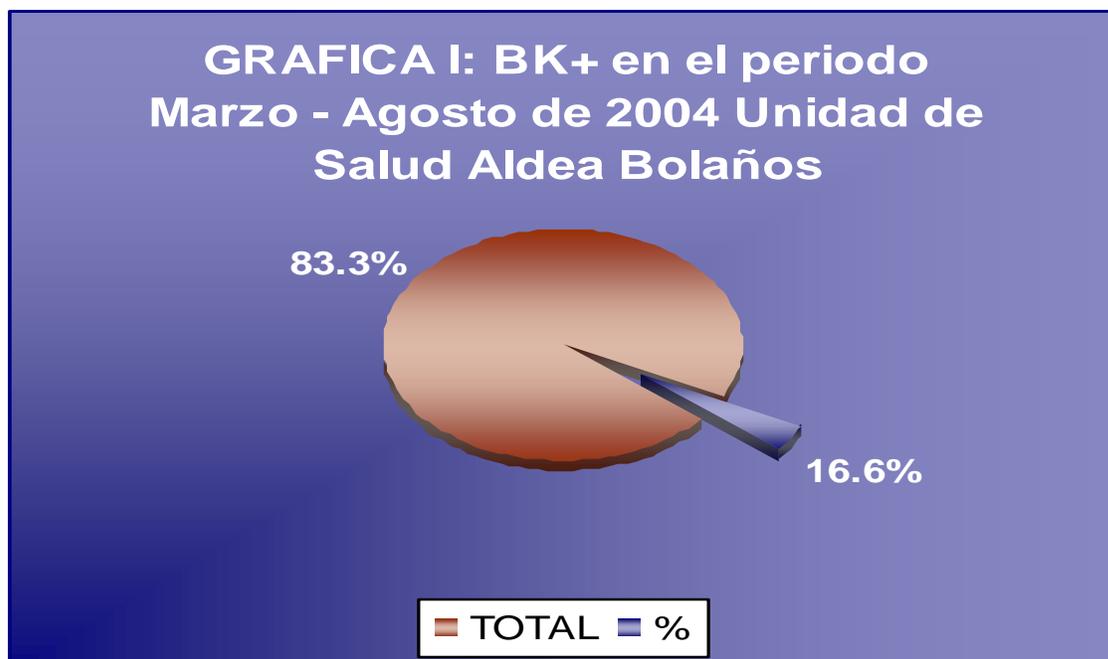
El procesamiento y análisis de los datos se hizo en base a la técnica conocida como “Método de los palotes” para clasificar y tabular los datos, de acuerdo con esta técnica se confecciona previamente una tabla disponiendo de forma vertical los valores alternativos que toman las variables y de forma horizontal el número de unidades de análisis que corresponden a cada una de las categorías se procedió a graficar los resultados según la conveniencia del caso.

## VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

**TABLA 1: BK+ en el periodo marzo – agosto de 2004 Unidad de Salud Aldea Bolaños**

<b>BK</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
POSITIVAS	4	16.6%
NEGATIVAS	20	83.3%

**Fuente de datos: censos diarios, cuestionario, expedientes de la unidad salud de la aldea bolaños en el año 2004.**

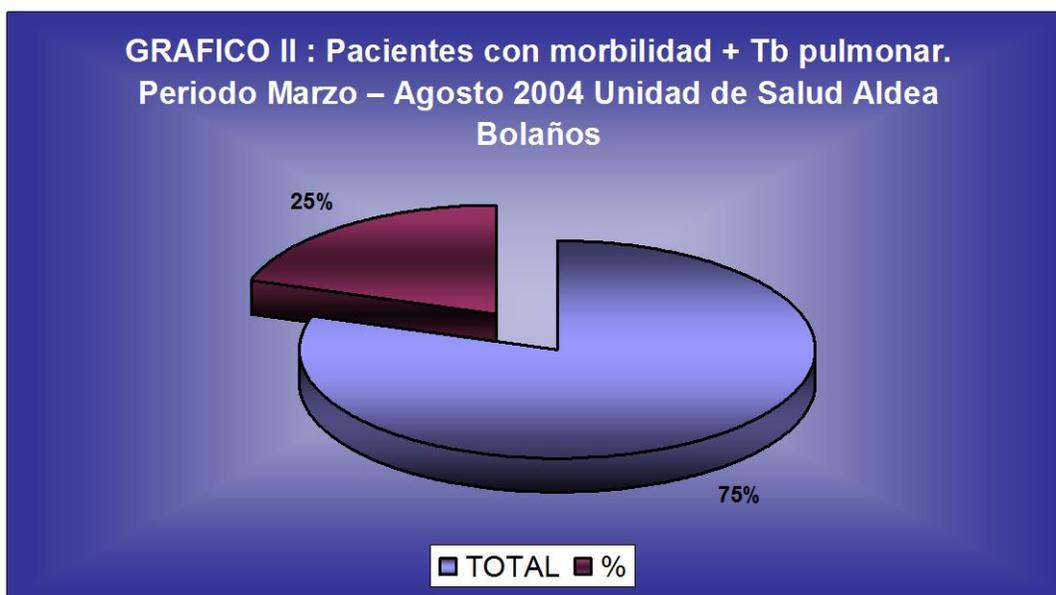


**TABLA II : Pacientes con morbilidad + Tb. pulmonar. Periodo Marzo – Agosto 2004**

**Unidad de Salud Aldea Bolaños**

<b>VIH + ( MAS TB PULMONAR)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
POSITIVAS	3	75.0%
NEGATIVAS	1	25.0%

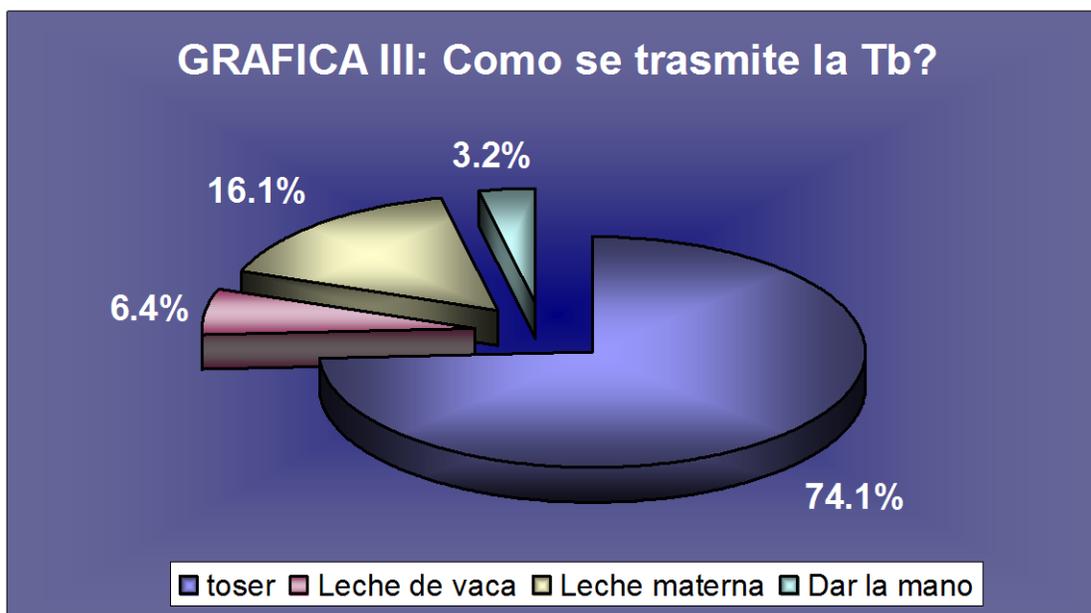
**Fuente de datos: censo, expedientes de pacientes de la unidad de salud de la aldea bolaños en el año 2004.**



**TABLA III: Como se trasmite la Tb?**

Como se trasmite la Tb.?	TOTAL	%
Toser	23	74.1%
Leche de vaca	2	6.4%
Leche materna	5	16.1%
Dar la mano	1	3.2%

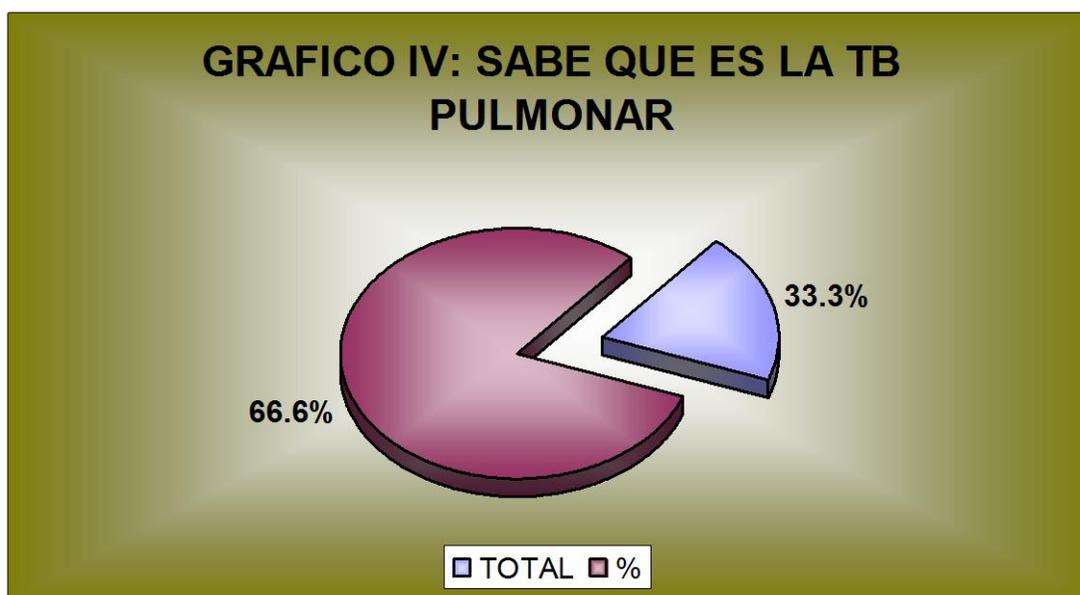
**Fuente de datos: censos diarios, cuestionarios, expedientes de los pacientes en estudio en el año 2004.**



**TABLA IV: Sabe que es la Tb. pulmonar?**

SABE QUE ES LA TB PULMONAR	TOTAL	%
SI	16	66.6
NO	8	33.3

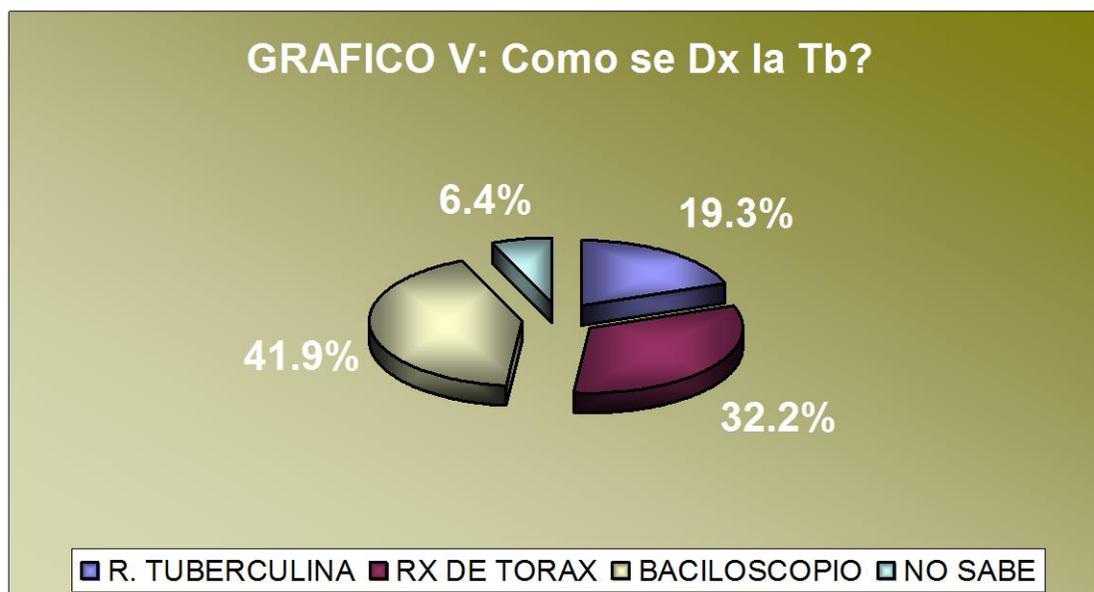
**Fuente de Datos: censos diarios, cuestionarios, expedientes de pacientes de la unidad de salud en estudio en el año 2004.**



**TABLA V: Como se Dx la Tb.?**

<b>COMO SE DX LA TB?</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
R. TUBERCULINA	6	19.3
RX DE TORAX	10	32.2
BACILOSCOPIO	13	41.9
NO SABE	2	6.4

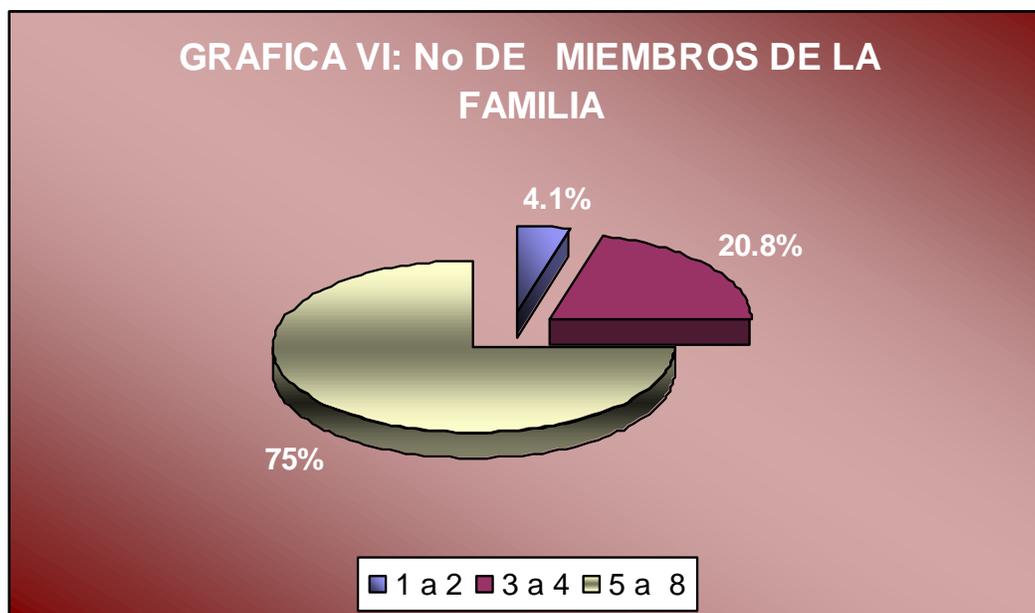
**FUENTE DE DATOS: CENSOS DIARIOS, CUESTIONARIOS, EXPEDIENTES DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO.**



**TABLA VI: No DE MIEMBROS DE LA FAMILIA**

<b>No DE MIEMBROS DE LA FAMILIA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
1 a 2	1	4.1
3 a 4	5	20.8
5 a 8	18	75.0

**FUENTE DE DATOS: CENSOS DIARIOS, CUESTIONARIOS, EXPEDIENTES**



**TABLA VII: No de dormitorios**

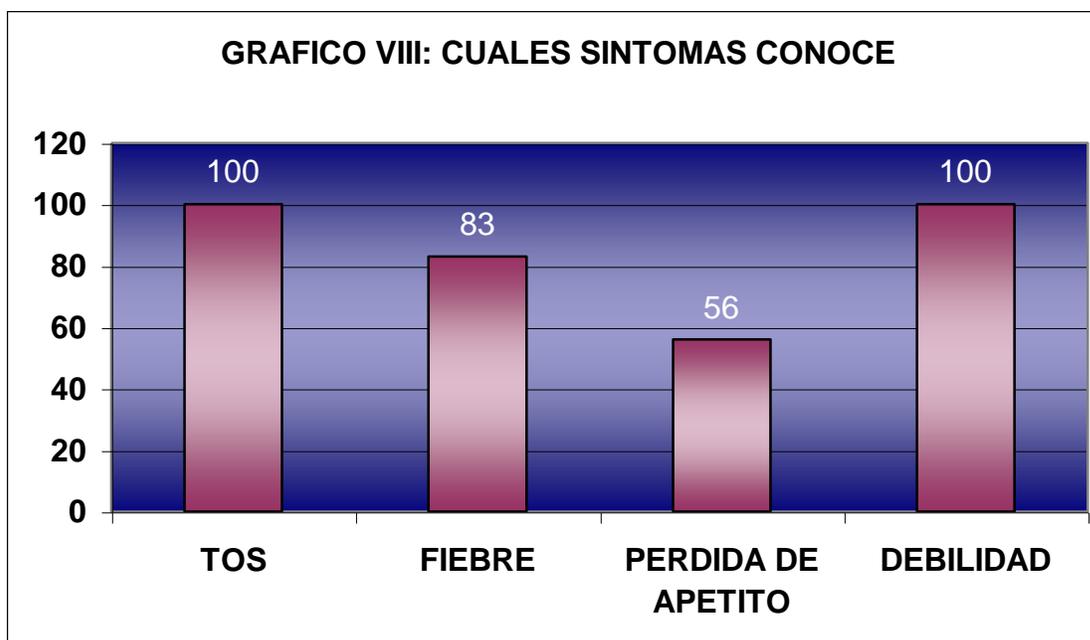
No DE DORMITORIOS	TOTAL	%
1	21	87.5
2 a 3	3	12.5

**Fuente de Datos: censos diarios, cuestionarios, expedientes de pacientes de la unidad de salud de la aldea bolaños en el año 2004.**



**TABLA VIII: CUALES SÍNTOMAS CONOCE**

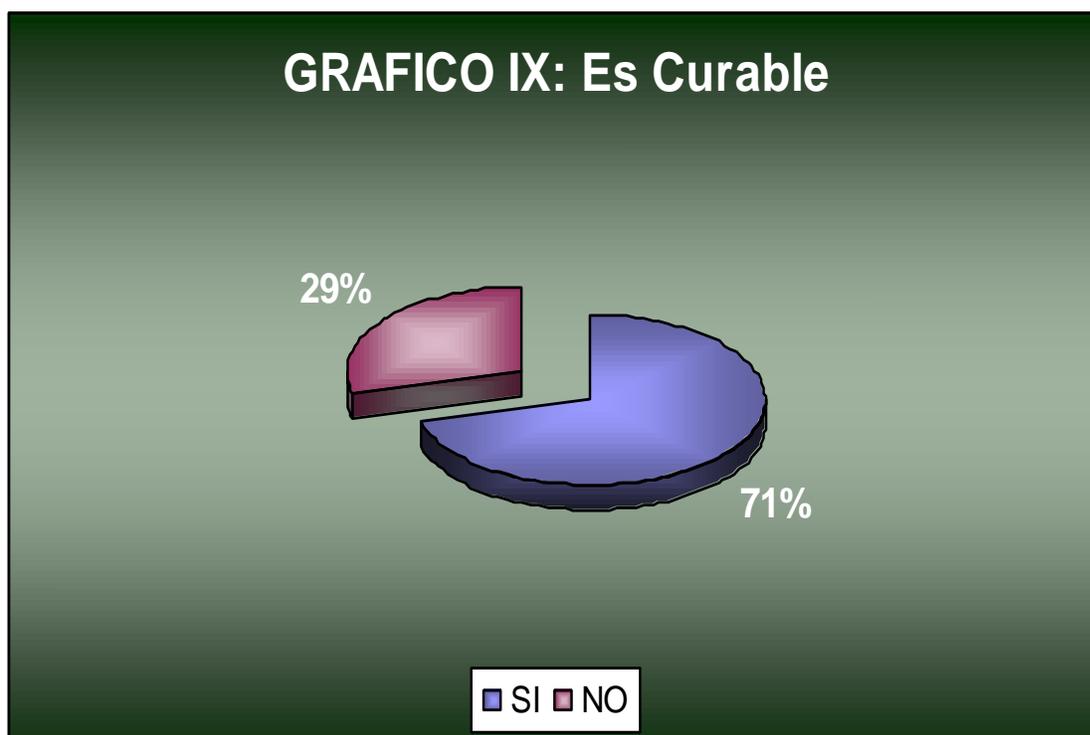
<b>SINTOMAS</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
TOS	24	100
FIEBRE	5	83
PERDIDA DE APETITO	18	56
DEBILIDAD	24	100



**TABLA IX: CREE QUE SE PUEDE CURAR LA TB**

<u>ES CURABLE</u>	<u>TOTAL</u>	<u>%</u>
<u>SI</u>	<u>17</u>	<u>70.8</u>
<u>NO</u>	<u>7</u>	<u>29.1</u>

FUENTE DE DATOS: CENSO Y EXPEDIENTE DE PACIENTES EN ESTUDIO.



## VIII. DISCUSION Y ANALISIS

En base a los datos obtenidos podemos inferir que la Tb. pulmonar en la Unidad de Salud de Aldea Bolaños en el periodo Marzo – Agosto de 2004 presento un comportamiento similar al de años anteriores.

Se observó que en los grupo con morbilidad un 75% sobre la población sin morbilidad con un 25%<sup>4</sup> lo cual refuerza la hipótesis de que la población con morbilidad es mas vulnerable que la población en general especialmente pacientes con VIH (+), además de que los factores socioeconómicos culturales se encuentran íntimamente ligados al mismo escenario como lo es la falta de acceso de servicios de salud, tabúes, consulta tardía, etc que aunque no fueron profundamente explorados en esta investigación siguen siendo tradicionalmente condicionamientos de dichas situaciones. Ello nos sirve de parámetro para tratar al entorno de los pacientes de una manera integral.

Desglosando de una manera mas amplia podemos determinar que la población tiene noción de las diversas formas como se diagnostica (ver grafico V) y en especial la baciloscopía que siendo el método mas especifico, barato y rápido, aparte de la clínica. Posiblemente debido a las diferentes campañas que durante hace años el MSPAS ha desarrollado a través de medios de comunicación, afiches, visita domiciliar, pesquisa activa de sintomáticos respiratorios.

---

<sup>4</sup> Ver Gráficos I y II

A pesar que la población de La Aldea Bolaños es de tipo rural predominantemente con un cinturón urbano, pero a pesar de ello se nota homogeneidad de conocimientos en la población en general. Además que no hubo diferencia significativa entre el personal de salud y la población en general en cuanto a términos básicos y generales, no así en cuanto a aspectos técnicos

Quedan por explorar diversos aspectos como la adecuada toma de la muestra, la supervisión de casos ya diagnosticados y el tratamiento de contactos.

Podemos notar también que en la población en estudio predominaron las familias con condiciones socioeconómicas adversas; como lo son grupos familiares numerosos, siendo el grupo mas representado el de 5 – 8 miembros con un 75%<sup>5</sup> además que viven en casas con espacios ocupacionales pequeños, como por ejemplo, 1 dormitorio con un 87.5%<sup>6</sup> lo cual viene a ser un asidero ideal para perpetuar y propagar los contagios y recaídas en pacientes sin morbilidad y con morbilidad, en este ultimo grupo la condición actual, parte de la propagación de esta enfermedad ya que entre mas hacinamiento, menor educación, menor protección, aunado a prácticas sexuales diversas aumentan la probabilidad del contagio.

---

<sup>5</sup> Ver Gráfico VI

<sup>6</sup> ver Grafico VII

<sup>7</sup> Ver anexo V

## **IX. CONCLUSIONES**

- La población con morbilidad es más susceptible a padecer Tb Pulmonar que la población sin morbilidad como resultado del estudio en la Unidad de Salud de Aldea Bolaños en el Periodo Marzo – Agosto de 2004. la población con morbilidad tiene un riesgo 3 veces mayor de presentar Tuberculosis que la población sin morbilidad.
- La mayor parte de la población en estudio de la Unidad de Salud de Aldea Bolaños estudiada en el periodo Marzo - Agosto conoce los términos básicos y generales en cuanto a la enfermedad.
- El hacinamiento y las condiciones socioculturales constituyen factores potenciadores de la morbilidad de la Tb pulmonar en ambos grupos en estudio en la Unidad de Salud Aldea Bolaños en el periodo Marzo – Agosto de 2004.
- La tendencia de la Tb pulmonar se ha mantenido con respecto a años anteriores a pesar de los diferentes campañas del MSPAS lo cual indica que es una enfermedad multifactorial en su etiología y que se debe de abordar de una manera integral.

## XI RECOMENDACIONES

- Continuar con la promoción de la prevención de la enfermedad por medio de las campañas, charlas en cada una de las unidades para que la población identifique con más facilidad y prontitud los principales signos y síntomas de la tuberculosis e iniciar sus respectivo seguimiento.
- Promover lo que se conoce como **SEGUIMIENTO DIAGNOSTICO** en donde los pacientes serian sometidos a un proceso de observación clasificados como SR con sintomatología persistente y con BK negativas y que a pesar estén manejados con antibióticos de amplio espectro.
- Desarrollar nuevos instrumentos de diagnostico de tuberculosis rápidas, convincentes y sencillas para su uso en países de alta prevalecía, los cuales facilitarían mucho el acceso de los pacientes a la estrategia.
- Es necesario una prueba de diagnostico rápida y precisa para la tuberculosis con BK. Negativas, debido al aumento de los casos notificados de esta forma de TB. Asociadas a la infección por VIH.

## X. BIBLIOGRAFÍA

- CURRENT, DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO. 34ª EDICION, PAGES 287-288
- HARRISON, TRATADO DE MEDICINA INTERNA  
VOLUMEN II, 13ª EDICION PAGES 827-830.
- HERNÁNDEZ SAMPIERI. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.  
2da EDICIÓN. PGS 9-18, 21-54. 203-230.
- JULIO PIURA LOPEZ, INTRODUCCION A LA METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION CIENTIFICA, 2da EDICION PGS. 27-42.
- MASSON, LITTLE BROWN , MANUAL DE TERAPEUTICA MEDICA “ EL MANUAL WASHINTON”. 9ª EDICION PAGES. 374, 380, 381, 681.
- MSP – AS, GUIAS DE ATENCION DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DOCUMENTOS No. 14 SERIE No. 1, PAG 61-69, AÑO 2004..
- MINISTERIO DE SALUD – OPS, PANPLETO –REVISTA “ LO QUE TODOS DEBEMOS SABER SOBRE TUBERCULOSIS”. PGS 1 – 34, EDICION 2002.

# X. ANEXOS

## ANEXO 1: ENCUESTA SOBRE LA ENFERMEDAD DE TUBERCULOSIS.

- 1) ¿Sabe que es la Tuberculosis?  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 2) ¿Como se transmite?  
POR LA SALIVA \_\_\_\_\_ POR LA LECHE DE VACA \_\_\_\_\_  
POR DAR LA MANO A ALGUIEN ENFERMO \_\_\_\_\_  
POR LA LECHE MATERNA \_\_\_\_\_
- 3) ¿Que órganos son los más afectados?  
PULMONES \_\_\_\_\_ RIÑON \_\_\_\_\_  
PIEL \_\_\_\_\_
- 4) ¿Cuales son los síntomas que Ud. Conoce?  
TOS \_\_\_\_\_ FIEBRE \_\_\_\_\_ PERDIDA DE PESO \_\_\_\_\_  
DEBILIDAD \_\_\_\_\_
- 5) ¿Sabe cuales exámenes debe hacerse?  
PRUEBA DE TUBERCULINA \_\_\_\_\_ BACILOSCOPIA \_\_\_\_\_  
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX \_\_\_\_\_
- 6) ¿Cree Ud. Que se puede curar la Tuberculosis?  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 7) ¿Ha estado en contacto con personas TB?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 8) ¿Cuantos dormitorios tiene su casa? \_\_\_\_\_
- 9) ¿Cuantos miembros tiene su grupo familiar? \_\_\_\_\_

**ANEXO 2: ENCUESTA SOBRE LA ENFERMEDAD DE TUBERCULOSIS. PARA PERSONAL DE SALUD**

1. ¿Conoce como se diagnostica una Tb.?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

2. ¿Conoce lo que es una baciloscopia?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

3. ¿Conoce como se toma correctamente una baciloscopia?

SI\_ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

DESCRIBA SU RESPUESTA: \_\_\_\_\_

4. ¿Conoce como se interpreta una baciloscopia?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

5. ¿Conoce cual es el Tratamiento de la Tb. En sus diferentes formas?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

6. ¿Conoce como prevenirlo?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

7. ¿Conoce cuales son los diferentes esquemas de tratamiento para pacientes sanos e inmunodeprimidos?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

DESCRIBA SU RESPUESTA: \_\_\_\_\_

### PRESUPUESTO ESTIMADO

#### (PERFIL)

FECHA	COSTO UNITARIO	#EQUIPO UTILERIA	COSTO TOTAL
Enero – 04 Marzo - 04	\$ 3. 00	Papel bond	\$ 3.00
	\$ 0.35	Impresión c / hoja	\$10.05
	\$ 1. 15	Anillado (#2)	\$2.30
	\$0.30	Lapices - lápiz	\$1.50
<b>Total</b>			<b>= \$ 16.80</b>

#### (PROTOCOLO)

FECHA	COSTO UNITARIO	#EQUIPO UTILERIA	COSTO TOTAL
Marzo– 04 Julio - 04	\$ 0. 33	Encuesta (#34)	\$11.22
	\$1.15	Anillado ( #2)	\$2.30
	\$0.15	Persona campo ( pasaje x5 días)	\$0.75
	\$5.00	Tinta-Fotocopia Otros	\$5.00
<b>Total</b>			<b>= \$ 19.27</b>

#### (INFORME FINAL)

Julio– 04 Diciembre- 04	Dependerá del número de informes a presentar
-------------------------	--

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Búsqueda del tema												
Inscripción del tema												
Planeamiento de hipótesis												
formulación de objetivos												
Detección de muestra												
Recopilación de muestra												
Entrega de perfil												
Elaboración de encuesta												
Evaluación por medio de encuesta												
Incorporación diseño metodológico												
Discusión y análisis cronológico de resultados												
Comprobación de hipótesis												
Presentación informe final												

