

**Instituto Superior de Ciencias Médicas
Ciego de Ávila**



**Conocimientos sobre Tuberculosis en
enfermeros del Policlínico Belkis
Sotomayor en la Provincia de Ciego de
Ávila Septiembre 2007 a Septiembre
2009.**

**Autor:
Lic. Manuel Fernández Cancio.**

**Tutor:
Dr. Javier Raúl Jiménez Bodib**

**Tesis de terminación para Maestría en
Enfermedades Infecciosas.**

Ciego de Avila 2010

**Instituto Superior de Ciencias Médicas
Ciego de Ávila**

Título: Conocimientos sobre Tuberculosis en enfermeros del Policlínico Belkis Sotomayor en la Provincia de Ciego de Ávila Septiembre 2007 a Septiembre 2009.

Autor: Manuel Fernández Cancio.
Licenciado en Enfermería

Tutor: Dr. Javier Raúl Jiménez Bodib
Esp. de 1er Grado en Epidemiología;
Master en Enfermedades Infecciosas;
Profesor Instructor

Asesor: Dr. Fernando Díaz Mizos
Especialista de 1er grado en Medicina Interna;
Master en Infectología y Enfermedades Tropicales;
Profesor Auxiliar

Tesis de terminación para Maestría en
Enfermedades Infecciosas.

Ciego de Avila 2010

*...Y todo impulso es ciego
cuando no hay conocimiento
y todo saber es inútil
cuando no hay trabajo
y todo trabajo es vacío
cuando no hay amor.*

Kahalil Gibran

Agradecimiento:

A los Dres. Vivian Couce Herrera; Fernando A. Díaz Mizos y Javier Raúl Jiménez Bodib, sin cuya participación jamás se hubiera concluido este trabajo.

Resumen

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) de tipo intervención educativa con los enfermeros pertenecientes al Policlínico Belkis Sotomayor del municipio Ciego de Ávila en el período Septiembre 2007 hasta Septiembre 2009 y se obtuvo como se comportaron antes y después de la intervención educativa las variables estudiadas, lo que nos permitirá concluir que elevar el conocimiento sobre la tuberculosis en los profesionales de la salud es importante para lograr un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Palabra claves: Tuberculosis Pulmonar, Intervención educativa

ÍNDICE

Resumen

Introducción..... 1

Objetivos..... 3

Marco Teórico..... 4

Material y Métodos..... 11

Resultados y Discusión..... 16

Conclusiones..... 20

Recomendaciones..... 21

Referencias Bibliográficas..... 22

Anexos..... 25

Introducción

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que puede afectar a personas de todas edades y ambos sexos cuyo agente etiológico es el *Mycobacterium tuberculosis*, bacilo ácido alcohol resistente en forma de bastón que afecta principalmente el tejido pulmonar desde donde se puede diseminar en el hospedero por extensión directa a través de los conductos linfáticos a los ganglios linfáticos regionales y la corriente sanguínea, la cual distribuye los bacilos a todos los órganos del cuerpo (distribución miliar)... (1,2).

La tuberculosis (TB) sigue siendo, en el inicio de este nuevo milenio, la enfermedad infecciosa humana más importante que existe en el mundo, a pesar de los esfuerzos que se han invertido para su control en la última década. La enfermedad ha afectado a la humanidad desde tiempo inmemoriales, después de un período de franca disminución, en los últimos años ha tenido lugar en el mundo un incremento de la enfermedad que ha vuelto a surgir como problema central de primera magnitud, tanto en los países en vías de desarrollo como en los desarrollados. Esta pésima situación llevó a la OMS a declarar en 1993, a la tuberculosis como una emergencia de salud a nivel mundial recomendando que se intensificaran los esfuerzos para tratar de implantar una estrategia de lucha antituberculosa común, la denominada DOTS (sistema de tratamiento directamente observado). (3)

La situación actual de la tuberculosis en el mundo es fiel reflejo de las enormes diferencias económicas y sociales que existen entre los distintos países, pudiendo evidenciarse como el 95% de los casos de enfermedad y el 98% de

las muertes se dan en los países de menos recursos económicos. Además, en los últimos 20 años al azote de la gran pandemia del SIDA está afectando de tal forma a la situación de la TB, sobre todo a los países más pobres que está haciendo fracasar los ya deficitarios servicios de salud. (5)

En nuestro país en el año 1982 se inicio el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis como resultado de la lucha contra esta enfermedad, de 1971 a 1991 la enfermedad tuvo una tendencia descendente. De 1992 a 1994 la incidencia se incrementa, como fenómeno multicasual asociado a dificultades económicas del país. (6)

Es interesante el hecho que en nuestro país la asociación de la infección con el virus del VIH y la tuberculosis no se ha vinculado con el incremento de la enfermedad en el país, situación similar ocurre con la multirresistencia, no constituyendo hasta el momento un factor a considerar en el incremento de la morbilidad (7)

Teniendo en cuenta lo antes expuesto, hemos decidido realizar una intervención educativa en el Policlínico Belkis Sotomayor desde septiembre del 2007 hasta Septiembre del 2009 con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento en los enfermeros que intervienen en el estudio sobre la enfermedad.

Objetivos

General:

Evaluar la eficacia de una intervención educativa en función de elevar significativamente el nivel de conocimiento sobre tuberculosis en enfermeros del Policlínico Belkis Sotomayor.

Específicos:

1. Evaluar la eficacia de la intervención educativa en función de elevar significativamente el nivel de conocimiento sobre tuberculosis en enfermeros del Policlínico Belkis Sotomayor en relación a las siguientes variables.

- Síntomas y signos sospechosos de la enfermedad.
- Grupos de riesgo de la enfermedad.
- Vía de transmisión.
- Período de incubación.
- Conducta a seguir ante un caso confirmado de tuberculosis.

2. Evaluar la eficacia de la intervención educativa en función de elevar significativamente el nivel de conocimiento general, sobre tuberculosis, en enfermeros del Policlínico Belkis Sotomayor

Marco Teórico

La tuberculosis es la más antigua de las pandemias, es una enfermedad que sigue siendo hoy en día la enfermedad infecciosa más prevalente en el mundo, se estima que anualmente produce más de 500,000 muertes en la población infantil y más de 200,000 muertes en la población adulta, es un problema para la salud pública a escala mundial como causa de incapacidad y muerte. (8,9)

La historia de la tuberculosis es un tema apasionante. En pocas enfermedades es posible documentar su estrecha relación con la historia de la propia humanidad. Existen incidencias paleológicas de tuberculosis vertebral en restos neolíticos precolombinos, así como en momias egipcias que datan aproximadamente del año 2400 a.c. En los siglos XVII y XVIII la tuberculosis fue responsable de una cuarta parte de todas las muertes en adultos que se produjeron en el continente europeo.(10,11)

La tuberculosis fue definida como entidad clínica con el término de tuberculosis en 1830 y el bacilo fue identificado por Robert Koch en 1882 al utilizar una nueva técnica de tinción, el primero que por fin pudo ver al “enemigo oculto”.(12). Con el conocimiento del agente causal y el mecanismo de transmisión proliferó la aparición de los famosos sanatorios con lo que se buscaba aislar a los enfermos y por otro lado ayudar al proceso de curación.

Pero no fue hasta 1944 en plena II Guerra Mundial, con la demostración de la eficacia de la estreptomina, cuando comienza la era moderna de la tuberculosis. En el año 1952 tiene lugar el desarrollo de un agente nuevo más eficaz: la Isoniacida. Ello hace que la tuberculosis se convierta en una enfermedad curable en la mayoría de los casos.

La rifampicina en la década de los 60, hizo que los regímenes terapéuticos se acortaran de una forma significativa. (13)

Se produjo un descenso progresivo de casos hasta mediados de los 80, en los que la irrupción del SIDA, la inmigración desde países en los que la enfermedad es muy prevalente, la formación de bolsas de pobreza y situaciones de hacinamiento, el impacto en los adictos a drogas por vía parenteral, junto con la escasez de recursos sanitarios, han hecho de la tuberculosis un problema creciente, con la adquisición y propagación epidémica de nuevos casos. Todo ello a llevado a una adherencia deficiente de los enfermos a los tratamientos, con la aparición y diseminación de sepas resistentes a los medicamentos. (14,15)

La tuberculosis supone un auténtico problema de salud pública, tanto a nivel nacional como mundial.

Aproximadamente un tercio de la población mundial está infectado por M. tuberculosis según las estimaciones disponibles, en 1995 se registraron mundialmente nueve millones de casos nuevos de tuberculosis y tres millones de defunciones por esta causa. (16)

La tuberculosis pulmonar comienza en la mayoría de los casos , de forma insidiosa y poco alarmante, por lo que pueden pasar varios meses hasta que se llegue al diagnóstico, la TB puede presentar cualquier síntoma o signo en

cualquier parte del organismo. Los síntomas más frecuentes de esta afección son la tos y la expectoración hemoptoica prolongada durante más de 2-3 semanas. Independientemente a la afección pulmonar las manifestaciones extrapulmonares más frecuentes son pleural, linfática, urogenital, osteo-articular y meníngea. Además de los síntomas locales, la TB se presenta con frecuencia febrícula, sudoración profusa, astenia, anorexia y pérdida de peso.

(17)

Durante la primoinfección el 95% de los pacientes permanecen asintomáticos (o con síntomas mínimos que recuerdan un episodio viral) y solamente un 5% desarrolla la enfermedad aparente. Lo normal en estos sujetos es que se produzca una conversión tuberculínica. Habitualmente este proceso se producía en la infancia, sin embargo, este proceso puede tener lugar en cualquier momento de la vida y se inicia con la inhalación de las partículas cargadas de bacilos por parte de una persona no expuesta previamente.

Las gotas de Flugler, al perder parte de su contenido en agua, se forman unas partículas de 1-5 μ , que contienen aproximadamente tres bacilos/ partículas que son las realmente infecciosas. Los mecanismos de defensa de las vías aéreas superiores (tos, sistema mucociliar) evitan la llegada de las partículas superiores a 5 μ al parénquima pulmonar de una forma inespecífica, Se considera que deben llegar al menos 10-200 para que tenga lugar la infección. La zona de llegada preferente es, lógicamente, la zona mejor ventilada del pulmón y corresponde a la región subpleural del lóbulo inferior. En este momento se produce una respuesta exudativa o inespecífica o una pequeña

área de neumonía constituida por tubérculos o granulomas características de la tuberculosis con una zona central de necrosis caseosa rodeada de una masa de células epiteloides gigantes mononucleares, células gigantes de Lanhens y rodeado de una corona de linfocitos. A este granuloma se le denomina Folículo de Kaester y e su centro pueden hallarse bacilos.

Existen algunas situaciones médicas que aumentan el riesgo de que la infección progrese a enfermedad, pero no todas en la misma medida entre ellas tenemos

- Infección por VIH-SIDA
- Adición a drogas por vía parenteral
- Infección reciente (en los dos años previos)
- Diabetes Mellitus
- Silicosis
- Terapia prolongada con corticoides
- Cancer de cabeza y cuello
- Insuficiencia renal crónica
- Gastrectomía
- Bajo peso corporal

Un aspecto esencial a considerar es el de los casos de TB con infección por VIH, hay que señalar que una persona infectada con ambos microorganismos tendrá un riesgo anual del 10 % de desarrollar tuberculosis.

La mayor incidencia de tuberculosis en los enfermos con infección por VIH es una consecuencia de las activaciones de la inmunidad celular que padecen estos pacientes, además se ha demostrado una disminución progresiva de la respuesta proliferativa de los linfocitos T a la estimulación con PPD y de la actividad citolítica mediada por las células T. Casi todos los estudios que se han realizado en este sentido demuestran que la tuberculosis activa acelera la progresión de la infección por VIH y acorta la supervivencia de las personas que la sufren. La carga viral plasmática aumenta entre 5 y 160 veces, y el recuento de linfocitos CD4 disminuye a una velocidad 5 veces mayor que en los enfermos VIH positivos sin tuberculosis.

Se ha confirmado que la administración de profilaxis con Isoniacida a personas coinfectadas retrasa del desarrollo de infecciones oportunistas y aumenta la supervivencia al evitar que desarrollen tuberculosis. En estudios de laboratorio se ha corroborado esta observación clínica al demostrarse que la tuberculosis produce una liberación de citoquinas que aumentan la replicación del VIH. (18, 19,20)

Existen diferentes clasificaciones de la TB de acuerdo a su localización, entre ellas tenemos:

- Tuberculosis meníngea: Forma de meningitis bacteriana causada por *Mycobacterium tuberculosis* o más raramente *Mycobacterium bovis*. El curso clínico tiende a ser subagudo, que progresa en días. Los síntomas pueden ser cefalea, rigidez de nuca, convulsiones déficit neurológicos.

- Tuberculosis oftálmica: Infección tuberculosa del ojo, principalmente del iris, cuerpos ciliares y coroides.
- Tuberculosis cardiovascular: Afecta al corazón, pericardio o vasos sanguíneos
- Tuberculosis del sistema nervioso central: Tuberculosis del cerebro, médula espinal o meninges.
- Tuberculosis miliar: Forma de tuberculosis debida a la diseminación sanguínea del bacilo, afectando los distintos órganos. (21)

La historia de la tuberculosis cambia dramáticamente después de la introducción de los agentes antimicrobianos. El tratamiento de la enfermedad es fundamental para su control dado que con él se rompe la cadena de transmisión cuando es correcto y con seguimiento. El tratamiento efectivo de la TB se basa en la aplicación sistemática de la terapia combinada y en el seguimiento de los resultados de este tratamiento. Dos hechos biológicos explican el por qué la terapia combinada es más efectiva en el tratamiento de la tuberculosis que la monoterapia. El primero es que el tratamiento con una sola droga induce la selección de bacilos resistentes y en consecuencia el fallo en eliminar la enfermedad. El segundo es que las diferentes poblaciones bacilares pueden coexistir en un mismo paciente. (22)

Los llamados fármacos de primera línea para el tratamiento de la tuberculosis son: Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol y Estreptomina. Se les denomina así porque son los más eficaces, mejor tolerados, con menor número

de reacciones adversas o efectos secundarios, además por facilitar la adherencia y mejorar la tolerancia.

Los fármacos de segunda línea como la cicloserina, etionamida, ciprofloxacino se utilizan en los casos de tuberculosis resistentes o cuando las de primera línea producen efectos secundarios. (23)

Nuestro Programa Nacional de la Tuberculosis iniciado en 1962 se ha caracterizado por etapas que transitan desde el tratamiento dispensarial , la implantación del tratamiento ambulatorio controlado en 1971, la adopción en 1982 del esquema acortado multidroga, en 1987 el uso de la Rifampicina en ambas fases, hasta la introducción en 1997 de acciones específicas para reducir la fuente de infección en los contactos de TB pulmonar con baciloscopia positiva. (24)

Material y Métodos

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) de tipo intervención educativa con los enfermeros pertenecientes al policlínico Belkis Sotomayor de Ciego de Avila en el período Septiembre 2007 hasta Septiembre 2009 con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar en los enfermeros de dicho centro.

El universo de trabajo lo constituyó 126 enfermeros pertenecientes al policlínico Belkis Sotomayor a los cuales se les aplicó una encuesta (Anexo No. 1), previa discusión y aprobación por los autores del trabajo. Se realizaron actividades de intervención educativa (Anexo No. 2) y después se aplicó el instrumento inicial y se comprobaron los resultados obtenidos antes y después de la intervención educativa.

La misma se evaluó de la siguiente forma:

- Alto: 60-100 puntos
- Bajo: 60 o menos.

El nivel de conocimiento general de los enfermeros (tabla # 8) se evaluó de la siguiente forma:

- Alto: 86-100 puntos
- Medio: 61-85 puntos
- Bajo: 60 o menos

Criterios de inclusión

- Ser graduado de Enfermero General
- Laborar en el policlínico Belkis Sotomayor de Ciego de Avila

Criterios de exclusión.

- No estar graduado de Enfermero General
- Laborar en consultorios de Médicos de la Familia de otros municipios y/o áreas de salud pertenecientes a la Provincia de Ciego de Avila.

Los consultorios de los enfermeros que intervinieron en el estudio son:

Área Belkis: CMF 17 (1,2,3,4,5,6,8,10,12,15,16,18,20,21,23,25,29)

Las variables que se utilizaron en el estudio fueron: categorías científicas, años de graduados, síntomas y signos sospechosos de tuberculosis, grupos de riesgo de la enfermedad, vías de transmisión, período de incubación y conducta a seguir frente a un caso confirmado de tuberculosis.

El programa educativo (Anexo No. 2) constó de 8 sesiones donde se trabajó con las variables antes mencionadas, mediante conferencias, video- debate, dinámica de grupo, técnicas participativas. Las sesiones fueron quincenales y se evaluó el incremento del nivel de conocimiento adquirido sobre la enfermedad mediante la aplicación del instrumento.

La técnica de recolección de la información fue a través del instrumento el cuál fue procesado en una microcomputadora, y revisión de la misma a través de un paquete de datos estadísticos SPSS para Windows. Como medida de resumen de la información se utilizaron las distribuciones de frecuencia, porcentaje (%) y chi cuadrado(χ^2). Se aplicó el Test de Mc Nemar para determinar las diferencias estadísticas de las variables.

Los resultados se expresan en tablas y gráficos.

Conceptualización y operacionalización de las variables:

Dimensiones	Indicadores	Técnica utilizada o Ítem que evalúa.
<p>1-Conocimiento en profesionales de la salud sobre la tuberculosis.</p>	<p>Alto: Si conoce los síntomas y signos de la enfermedad, los grupos de riesgo, el período de incubación y la conducta a seguir ante un caso confirmado de tuberculosis.</p> <p>Bajo: Si no conoce menos de 2 de los síntomas y signos de la enfermedad, 1 o ninguna de las vías de</p>	<p>• Encuesta:</p> <p>Pregunta #4(25Ptos) Incisos a. b, c, d, e cada inciso 5 Pts.</p> <p>Pregunta #5(20Ptos) Incisos a. b, c, d, f cada inciso 4 Pts.</p> <p>Pregunta #6(15Ptos) Incisos d, e cada inciso 7.5 Pts.</p> <p>Pregunta #7(15Ptos) Incisos b 15 Pts.</p> <p>Pregunta #8(25Ptos) Incisos a. b, c, d, e, f cada inciso 5 Pts.</p> <p>Pregunta #4 (15 Ptos) Incisos a, b, c, d, e, cada uno 3 Ptos</p> <p>Pregunta #5 (15 Ptos) Incisos a, b, c, d, f cada</p>

	transmisión, 1 o ninguno de los grupos de riesgo, no tener conocimiento sobre el período de incubación y que no conozca sobre la conducta a seguir ante un caso confirmado de tuberculosis.	uno 3 Ptos Pregunta #6 (15 Ptos) Incisos d, e cada unos 7.5 Ptos Pregunta #7 (5 Ptos) Inciso b 5 Ptos Pregunta #8 (10 Ptos) Incisos a, b, d, e, f cada uno 2 Ptos Evaluación Alto: De 60 a 100 Pts Bajo: 60 ó menos.
--	---	---

Variable Independiente

Intervención Educativa: Sistema de actividades educativas efectivas para lograr cambios de comportamientos específicos y sostenidos en sectores de a población; debe estar centrado en el sujeto, implicándolo afectivamente, con una comunicación horizontal.

Operacionalización de esta variable

Centrado en el sujeto: El profesional de la salud que atiende población de riesgo de tuberculosis es el centro de la actividad, siendo sujeto y objeto a la vez.

Comunicación horizontal: Cuando los elementos del conocimiento necesario se transmiten sin diferencia de nivel entre sujetos y diferentes estratos.

Métodos educativos: Son las vías y los modos de la actividad conjunta entre los sujetos para lograr los objetivos propuestos.

Implicado afectivamente: Cuando no se limita el sujeto a conocer sobre el problema, sino que éste está relacionado con sus necesidades y motivos.

Variables	Tipo	Operacionalización	
		Escala	Descripción
Tiempo de Graduado	Cuantitativo	<1año De 1-4 años 5-9 años >10 años	Según certificado de graduado
Categoría Científica	Cualitativo	Enfermero Licenciado Técnico	Según certificado de graduado

Resultados y Discusión

Conocimientos sobre Tuberculosis en enfermeros del policlínico Belkis

Sotomayor de Ciego de Avila.

Tabla # 1 Distribución de enfermeros según categoría científica, municipio Ciego de Avila , Septiembre 2007-Septiembre 2009.

Categoría Científica	#	%
Enfermero Licenciado	76	60.3
Técnico	50	39.6
Total	126	100

Fuente: Encuesta

En la tabla se muestra la distribución de enfermeros de acuerdo a su categoría científica donde el mayor número de profesionales del estudio correspondió al enfermero Licenciado 60.3% seguido de técnico 39.6%.

Tabla # 2 Distribución de enfermeros según años de graduados Municipio Ciego de Avila, Septiembre 2007-Septiembre 2009.

Años de Graduados	#	%
Menor de 1 año	10	7.9
De 1- 4 años	28	22.2
De 5 - 9 años	50	39.6
> 10 años	38	30.1
Total	126	100

Fuente: Encuesta

Se pudo apreciar que el mayor número de enfermeros que participaron en la intervención correspondió a los que tenían de 5-9 años de graduado 39.6% seguido de >10 años 30.1%.

Tabla # 3. Nivel de conocimiento sobre síntomas y signos de la enfermedad. Municipio Ciego de Avila,septiembre 2007-septiembre 2009.

Nivel de Conocimiento	Antes		Después	
	#	%	#	%
Alto	31	24.6	104	82.5
Bajo	95	75.3	22	17.4
Total	126	100	126	100

X²= 4.92 p=0.02

Fuente: Encuestas

Teniendo en cuenta el nivel de conocimiento de los enfermeros sobre los síntomas y signos de la enfermedad pudimos observar un incremento en el nivel de conocimiento después de la intervención en un 82.5% por lo que existe diferencias estadísticas significativas (p=0.02)

Tabla #4. Nivel de conocimiento sobre grupos de riesgos, municipio Ciego de Avila, septiembre 2007-septiembre 2009

Nivel de Conocimiento	Antes		Después	
	#	%	#	%
Alto	32	25.3	93	73.8
Bajo	94	74.6	33	26.1
Total	126	100	126	100

X²= 4.92 p=0.029

Fuente: Encuestas

Como se puede apreciar en la tabla el nivel de conocimiento sobre los grupos de riesgo de la enfermedad mostró un incremento en un 73.8% después de aplicada la intervención educativa, existe diferencia estadísticamente significativa (p=0.0051)

Tabla #5. Nivel de conocimiento sobre vía de transmisión municipio Ciego de Avila, septiembre 2007-septiembre 2009.

Nivel de Conocimiento	Antes		Después	
	#	%	#	%
Alto	40	31.7	90	71.4
Bajo	86	68.2	36	28.5
Total	126	100	126	100

X²= 6.5 p=0.0051

Fuente: Encuestas

Como se puede apreciar en la tabla, el nivel de conocimiento sobre la vía de transmisión de la enfermedad mostró un incremento de un 71,4 después de aplicada la intervención educativa, existe diferencia estadísticamente significativa(p=0.0051).

Tabla # 6. Nivel de conocimiento sobre período de incubación municipio Ciego de Avila, septiembre 2007-septiembre2009.

Nivel de Conocimiento	Antes		Después	
	#	%	#	%
Alto	42	33.3	87	69.0
Bajo	84	66.6	39	30.9
Total	126	100	126	100

X²= 4.6 p= 0.015

Fuente: Encuestas

En esta tabla se muestran los resultados obtenidos sobre el nivel de conocimiento de los enfermeros sobre el período de incubación de la enfermedad, donde el mayor por ciento de conocimientos fue después de aplicada la intervención educativa 69,0%, se comprueba que existen cambios estadísticos significativos (p=0.015).

Conclusiones

1- La intervención educativa logró elevar significativamente los conocimientos en la muestra de enfermeros de la policlínica Belkis Sotomayor en relación con: Síntomas y signos sospechosos de la enfermedad; Grupos de riesgo de la enfermedad; Vía de transmisión; Período de incubación; Conducta a seguir ante un caso confirmado de tuberculosis.

2- La intervención educativa logró elevar significativamente el conocimiento general sobre tuberculosis en la muestra de enfermeros de la policlínica Belkis Sotomayor

Recomendaciones

Continuar realizando estudios de intervención educativa sobre estas enfermedades en los profesionales de la salud para de esta forma contribuir a elevar el nivel de conocimiento sobre estas enfermedades de gran incidencia en nuestra población.

Referencias Bibliograficas

1. Caminero J. A. Guía de la tuberculosis para médicos especialistas. Ed. Unión Internacional contra la tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER), Paris, Francia 2003.
2. Enarson DA, Riedor HL, Arradettir T, Tribecg A Manejo de la tuberculosis. Ed. Unión Internacional contra la tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER), Paris, Francia, 2004.
3. Maher D, Mikulencak M. ¿Qué es DOTS/TAES? Ed. Organización Panamericana de la Salud. WHO/COS/CPS/TB/99.270 Ginebra, Suiza, 2006.
4. Montoso E, Suárez O, Valdivia J. A. Mico bacterias. Capítulo 36: Llop, Valdés – Dapena, SUAZO, Editores, Microbiología y Parasitología <édica, Ciencia Médicas, La Habana 2001, p 363-385.
5. Alcalde J, AHet MN, Canel I. Epidemiología de la tuberculosis An Esp Pediat 2000, 53: 449-457
6. Marrero A, Carreras L, Valdivia J. A, Montero E, González E. Programa Nacional de Contro de la Tuberculosis en Cuba. Manual de Normas y Procedimientos. La Habana, Ed. Ciencias Médica, 1999.
7. Ministerio de Salud Pública: Análisis del comportamiento probable de algunos eventos de salud seleccionados (edición limitada). La Habana: MINSAP; 2006..
8. Morenol, Marrero A. Un enfoque epidemiológico de la tuberculosis. Rev. Inst. Ef Rev Mex 2004; 17(2): 117-125.

9. Alarcón, E. Evolución epidemiológica y del Programa Nacional de Control de Tuberculosis en el Per. Año 2000, Informe anual 2000. Programa Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles 2000; pp 25-39.
10. López Serrano E. Prensa médica en Cuba. Publicaciones del siglo XVIII. Rev. Cub. Adm. Salud 1999; 10(4): 364-71.
11. López espinosa J. A. Revista Médica Cubana del siglo XVIII. El observador Habanero. Rev Cubanas Salud Pub 2001,23(2): 106-9.
12. Moreno L. Desde las fuerzas mágicas hasta Roberto Koch: Un enfoque epidemiológico de la tuberculosis. Rev. Inst. Nac. Ef Mex 2004; 17(2): 117-125.
13. Miad, P; Pai, M, Hopewell, P.C. Avances en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. Proc Am Torca Coc 3: 103-110.2005.
14. Caminero J. A Guía de la tuberculosis para médicos especialista. Ed. Union Internacional contra la tuberculosis y Enfermedades respiratorias (UICTER), Paris, Francia.2007.
15. Reidor HL. Interventions for Tuberculosis Control and elimination. Ed. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, Paris, Francia, 2006.
16. Centros Americanos para el control de la tuberculosis. Datos disponibles, MMWR 2005, 52.
17. Geng, E, Kreiswirth, B, Burzynski, J. Clinical and Redrographic Correlates of primary and reactivation tuberculosis. A molecular Epidemiology Study. Jama 293: 2740-2745. 2005.

18. Richeldi, L. Una actualización en el diagnóstico de la infección de tuberculosis y SIDA. Am J Respir Crit Care Med 174: 736-742. 2006.
19. American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Sociedad de enfermedades infecciosas de América. Control de la Tuberculosis y SIDA en Estados Unidos. Am J Respir Crit Care Med 172: 1169-1227; 2005.
20. [www.medline](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/medline). Plus. Pag actualizada 05 nov 2007.
21. Standards de diagnósticos: Clasificación de la tuberculosis en adultos. Am J Respir Crit Care Med 2000; 161. Actualizado 8/3/2007
22. Kang, Y. A, Lee H. W; Yoon, H. I. Actualización en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. JAMA 293: 2756-2758. 2005.
23. Maher D, Chanlet P, Spanaci S, Harries A. Tratamiento de la Tuberculosis Directrices para los programas nacionales Ed. Who/TB/2002. Ginebra, Suiza.2002.
24. Alarcón, Richeldi, L, Pai M. Evaluación operacional del programa nacional de control de la tuberculosis. Informe anual. Programa de control de enfermedades transmisibles 2001, pag 25-38.

ANEXOS

Anexo #1

Encuesta

Tú participación en este proyecto será muy útil para tu vida profesional. Necesitamos que respondas cada una de las preguntas cuidadosamente, después de leerlas y pensar cual es la mejor respuesta y cual es tu criterio personal. (Marcar las respuestas con una o más X si fuera necesario) No es imprescindible que escribas tu nombre.

1. Edad _____ años.
2. Sexo 2.1 F_____ 2.2 M_____
3. Categoría Científica
 - a) _____ Médico Especialista.
 - b) _____ Médico General.
 - c) _____ Residente.
4. Marque con una X los grupos de riesgo que conozca sobre la tuberculosis.
 - a) _____ Alcohólicos.
 - b) _____ Desnutridos.
 - c) _____ Seropositivos a VIH.
 - d) _____ Internamiento prolongados.
 - e) _____ Ex reclusos
 - f) _____ Obesos.
5. Marque con una X los síntomas y signos sospechosos de tuberculosis.
 - a) _____ Tos, expectoración hemoptoica.
 - b) _____ Síntomas respiratorios de más de 14 días.
 - c) _____ Fiebre acompañada de sudoraciones nocturna.
 - d) _____ Eritrosedimentación en más de 3 cifras.
 - e) _____ Algún otro síntoma o signo de localización extrapulmonar de la tuberculosis.
 - f) _____ Astenia, anorexia, perdida de peso.
6. ¿Cuáles son las vías de transmisión de la tuberculosis?
 - a) _____ Vía oral.
 - b) _____ Por contacto sexual con una persona enferma.
 - c) _____ Por transfusiones de sangre.
 - d) _____ Por vía respiratoria.

e) _____ Por contacto directo de persona a persona enferma y no tratada.

7. ¿Cuál es el período de incubación de la tuberculosis?

- a) _____ De 7 a 10 días.
- b) _____ De 4 a 12 semanas.
- c) _____ De 4 a 6 meses.
- d) _____ De más de 1 año.

8. ¿Cuál es la conducta a seguir ante un caso confirmado de tuberculosis?

- a) _____ Notificado
- b) _____ Llenar historia Epidemiológica
- c) _____ Orientar desinfección de secreciones.
- d) _____ Realizar prueba de tuberculina o Mantux a contactos.
- e) _____ Quimioprofilaxis
- f) _____ Ponerle tratamiento inmediato.

Anexo #2

Programa educativo para fomentar conductas responsables ante la tuberculosis.

Tema #1: Presentación del programa

Sumario:

1. Participación de los participantes y el programa.
2. Aplicación de la encuesta.
3. Cierre.

Objetivo: Crear un ambiente de confianza, desinhibición, establecer reglas del grupo dentro de los profesionales de la salud capacitar.

Tipo de actividad: Dinámica de grupo

Recursos: Papel, lápiz, pápelo grafo.

Frecuencia: 1 vez

Responsable: Epidemiólogo

Participantes: Profesionales a capacitar.

Tema #2. Epidemiología de la transmisión de la tuberculosis.

Sumario:

1. Vías o modo por el cual se puede adquirir la enfermedad.
2. Factores de riesgo de la enfermedad.
3. Principales síntomas de la enfermedad.

Objetivo: Valorar los conocimientos acerca del tema, así como las nuevas experiencias a las que se puedan enfrentar los profesionales de la salud en su consultorio de riesgo.

Tipo de Actividad: Video- Debate

Recursos: Televisor, video, local.

Frecuencia: 1 vez

Responsable: Epidemiólogo.

Participantes: Profesionales de los consultorios de riesgo.

Tema #3. Prevención de la enfermedad.

Sumario:

1. Principales medidas para prevenir la enfermedad.

Objetivo: Crear en los profesionales de la salud que atienden consultorio de riesgo como prevenir la enfermedad.

Tipo de Actividad: Conferencia.

Recursos: Hojas, lápices, pápelo grafo.

Frecuencia: 1 vez

Responsable: Epidemiólogo.

Participantes: Profesionales de la salud que atienden consultorios de riesgo

Tema #4. Cierre y evaluación.

Sumario:

1. Reafirmación del contenido.
2. Aplicación de la encuesta.

Objetivo: Que los profesionales de la salud que atienden población de riesgo eleven sus conocimientos sobre la enfermedad.

Tipo de Actividad: Debate

Recursos: Hojas, lápices, pápelo grafo.

Frecuencia: 1 vez

Responsable: Epidemiólogo.

Participantes: Profesionales de la salud que atienden consultorios de riesgo