

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

DETERMINACIÓN DE LAS CAUSAS INSTITUCIONALES DE LA BAJA COBERTURA DE
BACILOSCOPÍAS, CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE, COMITANCILLO, SAN MARCOS,
GUATEMALA AÑO 2017.

TESIS DE GRADO

BLANCA DAMÁRIS CORONADO VELÁSQUEZ
CARNET 15949-10

QUETZALTENANGO, NOVIEMBRE DE 2017
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

DETERMINACIÓN DE LAS CAUSAS INSTITUCIONALES DE LA BAJA COBERTURA DE
BACILOSCOPIAS, CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE, COMITANCILLO, SAN MARCOS,
GUATEMALA AÑO 2017.

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR

BLANCA DAMÁRIS CORONADO VELÁSQUEZ

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO Y GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

QUETZALTENANGO, NOVIEMBRE DE 2017
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.

VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO

VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO

VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS

SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. EDGAR MIGUEL LÓPEZ ÁLVAREZ

SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN

DIRECTORA DE CARRERA: LIC. MAUREEN ADILIA REYES COLINDRES DE HERRERA

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. JUAN ARTURO CASTILLO LARA

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. AMARILIS DEL CARMÉN TELLO CASTRO DE DIAZ

LIC. ADELMA LUCRECIA DE LEON REYES DE CASTILLO

LIC. AURA FABIOLA BAUTISTA GÓMEZ

AUTORIDADES DEL CAMPUS DE QUETZALTENANGO

DIRECTOR DE CAMPUS:	P. MYNOR RODOLFO PINTO SOLIS, S.J.
SUBDIRECTORA ACADÉMICA:	MGTR. NIVIA DEL ROSARIO CALDERÓN
SUBDIRECTORA DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA:	MGTR. MAGALY MARIA SAENZ GUTIERREZ
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO:	MGTR. ALBERTO AXT RODRÍGUEZ
SUBDIRECTOR DE GESTIÓN GENERAL:	MGTR. CÉSAR RICARDO BARRERA LÓPEZ

Quetzaltenango, 06 de septiembre de 2017

Licenciado.
Juan Arturo Castillo Lara
Coordinador de las Carreras de Enfermería
Universidad Rafael Landívar.

Estimado licenciado:

A través de la presente le extiendo un afectuoso saludo, por este medio informo que asesore el curso de Tesis II a la estudiante: BLANCA DAMÁRIS CORONADO VELÁSQUEZ, con carné No. 1594910. Con la tesis titulada: **DETERMINACIÓN DE LAS CAUSAS INSTITUCIONALES DE LA BAJA COBERTURA DE BACILOSCOPIAS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE, MUNICIPIO DE COMITANCILLO, SAN MARCOS, GUATEMALA AÑO 2017.**

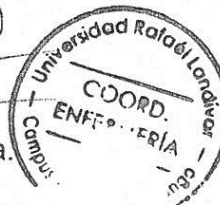
Luego de hacer las observaciones y correcciones pertinentes extendiendo la presente como constancia de aprobación y consentimiento para los trámites que correspondan. Se extiende la presente como constancia de que esta satisfactoriamente aprobada.

Agradeciendo el favor de su atención.

Atentamente.

Lic. Juan Arturo Castillo Lara.

Juan Arturo Castillo L.
LICENCIADO EN ENFERMERIA
COLEGADO No. EL-404



cc. Archivo.



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante BLANCA DAMÁRIS CORONADO VELÁSQUEZ, Carnet 15949-10 en la carrera LICENCIATURA EN ENFERMERÍA, del Campus de Quetzaltenango, que consta en el Acta No. 09860-2017 de fecha 30 de octubre de 2017, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

DETERMINACIÓN DE LAS CAUSAS INSTITUCIONALES DE LA BAJA COBERTURA DE BACILOSCOPIAS, CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE, COMITANCILLO, SAN MARCOS, GUATEMALA AÑO 2017.

Previo a conferírsele el título y grado académico de LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 6 días del mes de noviembre del año 2017.



LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

Agradecimiento

- A Dios:** Por el don de la vida, la sabiduría y por la luz de mi camino para alcanzar con éxito esta etapa de mi vida.
- A mi Familia:** Por mantener siempre la unión y el apoyo mutuo, los aprecio tanto.
- A mi Asesor de Tesis:** Lic. Juan Arturo Castillo Lara, por su acompañamiento en mi formación académica.
- A la Universidad Rafael Landívar:** Por ser mi casa de estudios y a la facultad Ciencias de la Salud, por permitirme culminar mi carrera con éxito, mediante una formación integral con principios y valores los cuales me permitirán realizarme como persona y como profesional.
- A los Catedráticos de la URL:** Por ser parte de mi formación académica, por compartir sus sabios conocimientos científicos.
- Al CAP de Comitancillo San Marcos:** Por abrirme las puertas y darme la oportunidad de esta experiencia tan importante por medio de la investigación.

**Al Coordinador y Enfermera
del Distrito Municipal de Salud
de Comitancillo San Marcos:**

Dr. Carlos Alfredo Samayoa y E.P. Rosana Clarisa Solís, por el apoyo incondicional que Dios los bendiga siempre.

A la Ciudad de Quetzaltenango:

Por el cariño y hospitalidad de su gente que me brindaron durante los nueve años de mi formación académica desde el ciclo del diversificado.

Dedicatoria

- A Dios:** Por ser el pilar de mi vida, que sin el nada fuera posible.
- A mis Padres:** Gloria Lucia Velásquez Godínez y Prof. Humberto Coronado Matías (Q.E.D) por el apoyo incondicional, el amor y consejos que me brindaron, a mi madre por ser mi amiga, mi fuerza y mi motivo para salir adelante.
- A mis Hermanos y Hermanas:** Edgar, Tito, Lucky, Reyna, Jorge, Brenda, Homero, Marisol, Flor de María y Brayan, gracias por su cariño y apoyo.
- A mis Hijas:** Jackelyn Adriadne y Gabriela Damaris Pérez Coronado, mis princesas, mi inspiración y mi motivo de seguir adelante y luchar, gracias Yacky porque a pesar de tan temprana edad en tus oraciones siempre me as encomendado.
- A mi Esposo:** Artemio Pérez Cardona, Gracias por su amor, su ayuda, el apoyo incondicional y la fe que deposito en mí para la culminación de mi carrera.
- A mis Amigas:** Siempre guardare en mi corazón todos los momentos que compartimos juntas el transcurso de la carrera, en especial a Norma Cotom. Que Dios les permita tener una exitosa vida profesional

Índice

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
III. MARCO TEÓRICO.....	5
3.1 Tuberculosis.....	5
3.2 Sintomático Respiratorio.....	7
3.3 Baciloscopía.....	9
3.4 Causas Institucionales de la baja cobertura de baciloscopías.....	14
3.5 Personal de Enfermería.....	15
3.6 Teoría de Enfermería.....	15
3.7 Contextualización Geográfica del municipio.....	16
IV. ANTECEDENTES.....	18
V. OBJETIVOS.....	23
5.1 Objetivo General.....	23
5.2 Objetivos Específicos.....	23
VI. JUSTIFICACIÓN.....	24
VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	26
7.1 Tipo de Estudio.....	26
7.2 Sujeto de estudio.....	26
7.3 Contextualización geográfica y temporal.....	26
VIII. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS.....	29
8.1 Selección de los sujetos de estudio.....	29
8.2 Recolección de Datos.....	30
IX. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	31
9.1. Descripción del proceso de digitación.....	31
9.2 Plan de Análisis de datos.....	31

9.3	Métodos estadísticos.....	31
9.4	Aspectos éticos.....	31
X.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	32
XI.	CONCLUSIONES.....	56
XII.	RECOMENDACIONES.....	57
XIII.	BIBLIOGRAFÍA.....	58
XIV.	ANEXOS.....	63

Resumen

Título: Determinación de las causas institucionales en la baja cobertura de baciloscopías, estudio realizado en el Centro de Atención Permanente, Municipio de Comitancillo, San Marcos, Guatemala Año 2017.

Comitancillo tiene una población caracterizada por la migración constante a la costa sur y zonas fronterizas con México, de población que vive en pobreza y extrema pobreza, en hacinamiento y las condiciones de salubridad no son adecuadas, lo que condiciona a sus habitantes a sufrir de enfermedades infectocontagiosas, el estudio pretende aumentar la cobertura de baciloscopías para detectar precozmente la tuberculosis pulmonar, brindar tratamiento oportuno a los casos nuevos y crear estrategias institucionales que fortalezcan la producción efectiva del programa en el personal de Enfermería.

Objetivo: Determinar las causas institucionales que influyen en la baja cobertura de baciloscopías, estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal, el universo fue comprendido por personal de Enfermería del Distrito de Salud y usuarios inscritos el libro rojo. Los instrumentos de recolección de datos fueron dos encuestas, una dirigida a personal de enfermería y otra a los usuarios inscritos en el programa de tuberculosis.

Se concluye que el servicio es accesible a la población que cubre, cuenta con personal extramuros, a veces se ejecuta el programa de capacitación, cuenta con insumos para la recolección y transporte de muestras, el personal refiere que protege la individualidad del paciente, realizan búsqueda activa en los familiares de sintomáticos respiratorios y realizan visitas domiciliarias, los resultados obtenidos de los usuarios contrastan con las respuestas del personal ya que según ellos no se les explica como recolectar la muestra ni para qué sirve el esputo que proporcionan, no les realizan terapia pulmonar, tampoco los visitan en su casa, no existe un lugar específico para recolectar las muestras y existe barrera idiomática.

INTRODUCCIÓN

Se estima que a nivel mundial 1.7 millones de personas mueren de tuberculosis cada año, la mayoría de las muertes ocurren en los países en desarrollo, la incidencia anual de tuberculosis a nivel mundial de todas las formas se ha estimado alrededor de 8.8 millones, de los cuales el 95% ocurren en los países en desarrollo, situación que se agrava, porque la mayor parte de los casos no son detectados y los detectados que presentan baciloscopías positivas menos de la mitad son curados, por lo que la prevalencia estimada de casos de tuberculosis en un momento dado a nivel mundial es de 16 a 20 millones de los cuales 8 a 10 millones presentan baciloscopías positivas y son altamente contagiosos. (1)

En América Latina, donde se reportan 270,000 casos nuevos registrados, con una tasa de incidencia de 26.2 casos por cada 100,000 habitantes y el 95% ocurre en los países en desarrollo como Guatemala, que tiene 22 casos nuevos por 100,000 habitantes y quienes tienen la mayor incidencia de Tuberculosis en el país son los pobres y extremadamente pobres con tasa del 41.2% por encima de la media nacional (46 casos de TB Pulmonar Bk+ por 100,000 habitantes). (2)

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala en el programa de Tuberculosis, como parte de las estrategias para el control de la enfermedad dirige sus esfuerzos al diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de los pacientes con el propósito de disminuir la endemia tuberculosa. Los casos de tuberculosis en Guatemala son alarmantes y el departamento de San Marcos no es la excepción, conjuntamente con los municipios del altiplano como Comitancillo que tiene población caracterizada por la migración constante a la costa sur y zonas fronterizas con México, además de ser de población que vive en pobreza y extrema pobreza, en hacinamiento, las condiciones de salubridad no son adecuadas por lo que condicionan a sus habitantes a sufrir de enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis pulmonar.

Por lo cual en la presente investigación se planteó el siguiente objetivo: Determinar las causas institucionales que influyen en la baja cobertura de baciloscopías del Centro de Atención Permanente de Comitancillo, San Marcos, estudio de tipo cuantitativo de corte transversal y con abordaje descriptivo, los resultados se dan a conocer representados de forma numérica con tablas y gráficas. El estudio pretende aumentar la cobertura de baciloscopías para detectar precozmente la tuberculosis pulmonar, brindar tratamiento acortado estrictamente supervisado de manera oportuna a los casos nuevos de tuberculosis y crear estrategias institucionales que fortalezcan la producción efectiva del programa en el personal de Enfermería.

Los hallazgos en la presente investigación indican que: El programa de capacitación sobre tuberculosis, el personal no lo lleva a cabo en forma regular, debido a que los usuarios refieren que nunca les explicaron para que servirían las muestras de esputo, tampoco como obtenerla, además no les ayudaron a realizar terapia pulmonar, nunca les han visitado en su casa, ni han realizado exámenes a sus familiares, no les brindan un lugar privado en el servicio de salud para dar las muestras de esputo. Por lo que se recomienda fortalecer la participación del recurso humano disponible en el programa de tuberculosis a través de la capacitación constante y el análisis de la cobertura de captación de muestras de baciloscopías e implementar estrategias educativas y de atención adecuada para los usuarios, así como la promoción y prevención que son muy importantes para reducir la transmisión y mortalidad por tuberculosis.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El mayor número de casos nuevos y de muertes por tuberculosis en los países en desarrollo está concentrado en la población de 15 a 60 años de edad, siendo personas económicamente activas, padres de familia, trabajadores y líderes de la comunidad. En los países en desarrollo, la lucha contra la tuberculosis puede ser dirigida exitosamente solo en el contexto de un buen Programa Nacional de Tuberculosis, el cual debe formar parte del servicio general de salud del país. (3)

Guatemala está clasificada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud como uno de los países con “alta carga de Tuberculosis”, expresando que pueden aparecer hasta 85 nuevos casos de tuberculosis por cada cien mil habitantes cada año, de estos 85 enfermos 38 casos que corresponden al 45% habrán de ser casos nuevos pulmonares bacilíferos contaminantes o infecciosos, lo cual traducido con la población total equivale aproximadamente arriba de 4,500 casos nuevos de baciloscopía positiva al año. (1)

La pesquisa de los sintomáticos respiratorios tiene como objetivo identificar en etapa temprana a los enfermos de tuberculosis pulmonar, para comenzar tratamiento lo antes posible y cerrar las fuentes de infección lo que implica un esfuerzo especial para encontrar el máximo de enfermos, lo más precoz posible, que permitan disminuir la transmisión del bacilo a sus contactos. La baciloscopía es la técnica de confirmación más práctica, sencilla y rápida, y puede confirmar entre el 65% y el 80% de los casos de tuberculosis, identificando el agente causal en muestras de secreciones a través de la bacteriología directa de la expectoración (esputo).

La baja cobertura de Baciloscopías es un problema en Comitancillo ya que para el año 2015 solo se alcanzó 49% de muestras de baciloscopías y de enero a noviembre del año 2016 el 40%, sin embargo existe una tasa alta de casos de tuberculosis positivos contra referidos por los Hospitales Rodolfo Robles de Quetzaltenango y Hospital Regional de San Marcos. Por lo anterior se plantea la

siguiente interrogante: ¿Cuáles son las causas que influyen en la baja cobertura de baciloscopías en el Centro de Atención Permanente de Comitancillo, San Marcos?

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Tuberculosis

Es una enfermedad social porque afecta preferentemente a sectores económicamente deprimidos, de naturaleza infectocontagiosa porque está provocada por un microorganismo denominado *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch, es curable puesto que con tratamiento estandarizado y supervisado se puede curar el cien por ciento de los enfermos, es de transmisión aérea, evolución crónica y de notificación obligatoria la cual habitualmente ingresa al organismo por las vías respiratorias y se propaga desde su localización inicial en los pulmones a otras partes del organismo mediante el flujo sanguíneo, el sistema linfático, las vías aéreas o por extensión directa a otros órganos. (4)

3.1.1 Reservorio y Fuente de Infección

El reservorio del *Mycobacterium Tuberculosis* es el hombre, solo cuando el hombre infectado asintomático pasa a ser enfermo se convierte en fuente de infección teniendo diferente capacidad infectante según la localización y lo avanzado de la enfermedad. Las formas más infectantes son la tuberculosis pulmonar y la laríngea, que son las que tienen mayor capacidad de eliminar bacilos al exterior y dentro de estas van a ser más contagiosas aquellas en las que existe mayor cantidad de bacilos por lo que son capaces de dar baciloscopía positiva debido a que la tuberculosis se desarrolla en el organismo en dos etapas: La primera es la infección tuberculosa, que ocurre cuando un individuo que está expuesto por primera vez al bacilo se infecta y la segunda es la enfermedad tuberculosa, esta etapa sucede cuando el individuo infectado desarrolla la enfermedad. Aproximadamente el 10% de los infectados pueden desarrollar tuberculosis durante su vida, mientras el 90% restante no enferma, si no está coinfectado con el VIH. (5)

3.1.2 Mecanismo de Transmisión de la Tuberculosis

La contagiosidad de un caso de tuberculosis está determinada por la concentración de los microorganismos en el interior de los pulmones del enfermo y su difusión hacia

el ambiente. Un paciente con tuberculosis pulmonar bacilífera puede expeler al toser, estornudar, hablar, gritar o cantar, micro gotas que contienen bacilos los cuales a través del aire pueden introducirse en los pulmones de otros individuos y determinar el contagio. El hacinamiento, poca ventilación, ambientes secos y oscuros favorecen la transmisión de los bacilos. Las micro gotas más grandes, aunque llevan mayor cantidad de bacilos debido a su gran peso se quedan en las vías respiratorias superiores y al no entrar a los pulmones no son infecciosas; por el contrario las micro gotas son realmente infecciosas al poder llegar y depositarse en los pulmones, desarrollando o no la enfermedad dependiendo de su estado inmunológico. (5)

3.1.3 Clínica de la Tuberculosis

Existen varios signos y síntomas que no conducen a la sospecha de tuberculosis, los principales síntomas de la enfermedad pueden ser generales o sistémicos y respiratorios, clasificándose de la siguiente forma:

a) Síntomas Respiratorios

Tos y expectoración

Hemoptisis

Disnea (Dificultad para respirar)

Dolor en el costado

b) Síntomas Generales o Sistémicos

Decaimiento, cansancio

Pérdida de apetito

Pérdida de peso

Fiebre y sudoración Nocturna

Irritabilidad, malestar general. (6)

Los síntomas generales o sistémicos son los primeros en aparecer a los cuales se agregan síntomas más significativos como la fiebre, sudoraciones nocturnas, pérdida progresiva de peso, irritabilidad fácil, dificultad de concentrarse, sin embargo uno de

los aspectos más importantes que siempre se debe tener en cuenta es que los síntomas generales de la tuberculosis aparecen gradualmente en semanas y hasta en meses. Los síntomas respiratorios pueden aparecer simultáneamente o posteriormente a los síntomas generales, siendo el más representativo la tos, que al comienzo es seca, irritativa y que posteriormente se vuelve productora de expectoración mucosa, mucopurulentas o purulenta. La tos con más de catorce días es el principal síntoma orientador de tuberculosis pulmonar. (7)

3.1.4 Factores de Riesgo

Existe una serie de factores riesgos que facilitan el desarrollo de la enfermedad, entre ellos están los siguientes: Estado inmunológico y nutricional deprimido, infección por VIH Sida, tratamiento y enfermedades e inmunosupresores, alcoholismo, Silicosis, y otras enfermedades crónicas. Es importante conocer que los menores de cinco años y adultos mayores de 65 a 70 años son más vulnerables a padecer la enfermedad, esto puede estar parcialmente justificado por el grado de inmunodeficiencia que se puede tener en estas edades. (8)

3.2 Sintomático Respiratorio

Es toda persona mayor de diez años que presenta tos y expectoración de más de quince días y son las que presentan alta probabilidad de tener tuberculosis pulmonar, por lo que se debe realizar seriado de baciloscopía de esputo para diagnóstico de esta enfermedad. (9)

La identificación del sintomático respiratorio se debe realizar tan pronto como sea posible, para prevenir la propagación de la enfermedad, ya que la tuberculosis se propaga principalmente a través de los pacientes con tuberculosis pulmonar con baciloscopía positiva, de la misma forma para detectar casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopía positiva tempranamente, si no son identificados, dos tercios de ellos morirán en los dos años que sigue e infectaran entre diez a quince personas por año, también se debe evitar que los contactos de pacientes con baciloscopía positiva se infecten por inhalar los bacilos tuberculosos y se debe

examinarse muestras de esputo para cada paciente que presenta tos con expectoración por quince días o más. (10)

Debe existir vigilancia de los sintomáticos respiratorios como medida que contribuye a la prevención de la tuberculosis a través de los equipos de salud, quienes deben estar atentos a los pacientes que consultan por tos o que consultan por otra patología pero presentan tos y debe examinarse el esputo de toda persona que tosa por más de quince días o con síntomas importantes y expectoración cualquiera sea su duración. (11)

3.2.1 Pesquisa de los sintomáticos respiratorios

La pesquisa o detección de casos es una actividad fundamental del programa nacional de tuberculosis para el control de esta enfermedad. (9)

Por pesquisa se entiende la búsqueda activa e investigación de sintomáticos respiratorios entre los consultantes mayores de diez años en los servicios de salud, indiferentemente del motivo de consulta y personas de las comunidades que presenten signos y síntomas que puedan sugerir la enfermedad pulmonar. De cada persona sintomática respiratorio se debe obtener tres muestras seriadas de esputo para investigar la presencia del bacilo en ellas. (11)

El cálculo de la meta de pesquisa en un servicio de salud debe basarse en la estimación de 4 casos de baciloscopía positiva por cada 10,000 habitantes y 33 sintomáticos respiratorios por cada caso BK (+). En casos especiales donde la pesquisa es baja y la meta de casos nuevos de BK (+) es superada, las estimaciones deben realizarse con otros criterios que serán determinados por el Programa Nacional de Tuberculosos. (3)

3.2.2 Búsqueda de casos

En el servicio de salud se debe organizar la búsqueda activa de pacientes sintomáticos respiratorios, independientemente del motivo de consulta considerando

que desde el punto de vista epidemiológico los casos que representan el mayor riesgo para la transmisión de la tuberculosis son los pacientes bacilíferos porque son los que transmiten la infección a la población sana, la búsqueda de casos no debe ser restringida a los pacientes que consultan por síntomas respiratorios sino que debe ampliarse a aquellos que lo hacen con síntomas respiratorios. (12)

La investigación epidemiológica de caso debe ser realizado por el personal entrenado en la búsqueda de sintomáticos respiratorios y en visita domiciliaria, deben llevar el registro de contactos tanto en el ámbito familiar como el laboral y social del caso captado; la urgencia del inicio de la investigación epidemiológica y su amplitud debe basarse en la probabilidad de transmisión de la infección y sus posibles consecuencias, especialmente en los contactos inmunodeprimidos y en niños, los contactos se clasifican como no infectados, infectados o enfermos.

Es importante conocer las características de los pacientes y de los contactos a estudiar, estimando el riesgo de infección al que han estado expuestos, para ello es necesario disponer de la siguiente información: En relación al paciente, el estado bacteriológico, características radiológicas, síntomas especialmente como la tos y tiempo transcurrido desde su aparición, tipo de relación mantenida con los contactos, posibles antecedentes de quimioterapia antituberculosa y factores de riesgo como la edad, VIH, factores higiénicos y en relación al contacto, el lugar del contacto que incluye datos como el domicilio, escuela, lugar de trabajo, hospital, albergue o prisión, sus características en cuanto a ventilación o hacinamiento, la duración del contacto y la proximidad con el caso índice. (4)

3.3 Baciloscopía

Constituye la técnica de laboratorio que permite observar las mycobacterias al microscopio, la baciloscopía es la práctica de elección para el diagnóstico rápido y el control del tratamiento de la tuberculosis pulmonar del adulto, es simple, económica y eficiente para detectar los casos infecciosos; por eso es la herramienta fundamental del programa de control de tuberculosis. El ácido alcohol resistente es la propiedad

que tienen las mycobacterias de captar en su pared fucsina fenicada o auramina y retenerla aun con la acción de decolorantes, como la mezcla de ácido y alcohol, esta propiedad no es específica del bacilo de la tuberculosis, sino que tienen todos los bacilos del genero Mycobacterium. (2)

La baciloscopía de esputo es la forma más rápida y segura como elemento de búsqueda de casos y para que el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar se confirme; el procedimiento realizado es a través de un frotis de las partículas purulentas del esputo y después de fijarla se aplica la tinción de Ziehl Neelsen, los bacilos son visibles microscópicamente de color rojo en un fondo de color azul. (7)

3.3.1 Muestras de Baciloscopías o de Esputo

La muestra de esputo es el material proveniente del árbol bronquial expulsado a través tos y utilizado para los exámenes bacteriológicos siendo tres muestras por paciente, por otra parte las muestras de baciloscopías son obtenidas para realizar examen de laboratorio clínico en la cual se efectúa un análisis a través del estudio microbiológico de baciloscopías seriadas de esputo que actualmente es el procedimiento más simple, barato y rápido para proporcionar una orientación diagnóstica preliminar. (13)

3.3.2 Baciloscopía seriada.

Para la muestra de baciloscopía seriada se debe tener un recipiente especial para la toma del producto de la expectoración que se le solicita al paciente, para lo cual el recipiente debe ser estéril, no se debe abrir hasta que esté listo para ser utilizado. La muestra debe obtenerse tan pronto cuando el paciente se despierte por la mañana, antes de comer o beber no debe utilizar enjuague bucal, si es posible la muestra de esputo debe obtenerla afuera de su casa o cerca de una ventana abierta, debe respirar profundamente y retener el aire dentro de los pulmones por cinco segundos, lentamente dejar que salga el aire, respirar profundamente una vez más y toser fuertemente hasta que salga el esputo o flema, escupir el esputo dentro del

recipiente plástico recién abierto, continuando con los mismos pasos hasta que tenga una cantidad de flema que llegue por lo menos a la cantidad de una cucharadita.

Colocar la tapa al recipiente, asegurarse de enroscarla bien para no derramar el esputo, lavar y secar la parte exterior del recipiente, anotar en la parte exterior del recipiente la fecha en que se obtuvo la muestra de esputo, el nombre, la edad del paciente y el número de muestra, colocar el recipiente dentro de una bolsa plástica y cerrarla, entregar los frascos al laboratorio, si es necesario conservar el recipiente con la muestra dentro de la heladera, no se debe poner dentro del congelador o el freezer ni lo deje a temperatura alta. (14)

El personal de salud pedirá al paciente que repita la obtención de la muestra dos o tres veces, esto debe hacerlo en días distintos y deberá utilizar un frasco distinto para cada muestra de esputo. Para asegurar que la prueba sea exacta es importante que el paciente tosa desde lo más profundo de sus pulmones, el esputo o flema que sale de los pulmones es generalmente grueso y pegajoso, mientras que la saliva proviene de la boca, es viscosa y menos densa por lo que no es útil para este tipo de prueba. (9)

3.3.3 Obtención de la muestra de esputo

La toma de la muestra es muy importante para poder realizar un diagnóstico microbiológico confiable, el cual se debe recolectar en el mismo servicio donde se detecta al sintomático respiratorio, de preferencia debe ser en un lugar privado, bien ventilado, tras instruir al paciente sobre la adecuada forma de realizarlo, indicándole lo siguiente: Respirar profundamente, retener el aire por un instante y desprender violentamente por un esfuerzo de tos; repetir este procedimiento por lo menos tres veces para un buen volumen del material. (2)

La muestra más utilizada para el diagnóstico de la tuberculosis es el esputo, una buena muestra es la que proviene del árbol bronquial, la expectoración debe ser

mucopurulenta no únicamente saliva o secreciones rinofaríngeas, cada vez que sea posible, deben recolectarse en menos de veinticuatro horas. (10)

Para recolectar las muestras es necesario llevar la siguiente secuencia:

Primera muestra: Una muestra de esputo que es recolectada en el momento de la identificación o detección del sintomático respiratorio, siendo recolectada bajo la supervisión de un trabajador de salud utilizando la técnica adecuada para la obtención de la muestra, la segunda muestra es la que se solicita para la confirmación del diagnóstico y que se obtiene por la mañana antes de comer, sin enjuagarse ni lavarse la boca y la tercera muestra se obtiene al entregar la segunda, puede ser en el servicio de salud o durante la visita del personal del servicio. (15)

3.3.4 Envase para el esputo

Para facilitar la elección de un envase se recomiendan las especificaciones como que el recipiente sea de plástico y transparente para prevenir accidentes, facilitar su eliminación, observar el volumen y la calidad de la muestra sin abrir el envase, que tenga de boca ancha, no menos de treinta y cinco mililitros de diámetro para que el paciente pueda expectorar cómodamente dentro del envase sin contaminar el exterior, que la tapa sea de rosca a fin de asegurar un cierre hermético y reducir el riesgo de derrames y contaminación durante el transporte, que la capacidad sea de treinta y cinco a cuarenta mililitros, que sea fácil de rotular, lo que permitirá una identificación indeleble o la colocación de una viñeta. (16)

3.3.5 Transporte de la muestra

El transporte adecuado de las muestras debe garantizarse evitando derrames, exposición a la luz y calor, no colocándolas envueltas en las hojas de indicación u órdenes de baciloscopías, existen dos opciones para el traslado de las muestras: Lo ideal: Obtener las muestras, conservarlas si es posible en refrigeración o en un lugar fresco, fuera de la luz solar o fluorescente y enviarlas lo antes posible al laboratorio de referencia local para ser procesadas tomando en cuenta que no puede transcurrir más de cinco días entre la recolección de la muestra y el examen baciloscópico y la

otra es realizar el frote y enviar las láminas fijadas al laboratorio de referencia local lo antes posible, aplicando solo en lugares donde fuese imposible la referencia de las muestras en un plazo menor de cinco días. (7)

De acuerdo a otras fuentes nos dan a conocer lo siguiente en relación al transporte o traslado de las muestras: Los establecimientos que no tienen laboratorio no deben referir al paciente, sino enviar las muestras lo antes después de la obtención, dentro de las veinticuatro a cuarenta y ocho horas después de la recolección, si no puede evitarse que el traslado se retrase, las muestras deben refrigerarse o mantenerse en adecuado para evitar el desarrollo de microorganismos contaminantes, debe enviarlas en triple embalaje y cadena de frío y toda muestra para baciloscopía, debe ir acompañada de su respectiva hoja de formulario de solicitud de examen bacteriológico de tuberculosis. (16)

3.3.6 Control de calidad de las baciloscopías.

El control de calidad de las baciloscopías permite evaluar si la información producida por el laboratorio es precisa y oportuna; instaura un sistema de alarmas que permite prevenir, descubrir y corregir errores, esto resulta más eficaz para detectar y asistir los casos de tuberculosis y controlar la enfermedad, por lo tanto el control de calidad es un procedimiento que emprenden en conjunto los diferentes niveles de la red de laboratorios y tiene como objetivo evaluar y mantener la calidad del trabajo, no tiene carácter correccional. (2)

Existen técnicas para mejorar la calidad del esputo en pacientes con dificultad para expectorar, siendo estas: Esputo Inducido: Se realiza en pacientes que no dan muestra de esputo o la muestra es inadecuada, puede mejorarse la obtención a través de esta técnica en las unidades de salud que cuenten con nebulizador, se nebuliza al paciente en una zona bien ventilada e iluminada, idealmente con nebulizador ultrasónico y suero salino hipertónico al 3% y el personal responsable de la técnica debe utilizar mascarilla para su protección, idealmente N. 95. También otra de las técnicas es el drenaje postural, que consiste en colocar al paciente en posición

decúbito ventral apoyando el tórax sobre un canapé o similar, dejando caer los brazos y la cabeza hacia abajo con el fin de facilitar las salidas de las secreciones bronquiales, se le pide al paciente que inspire profundamente, que retenga un instante el aire y que lo expulse con un esfuerzo de tos. (7)

3.4 Causas Institucionales de la baja cobertura de baciloscopías.

La intervención de enfermería relacionada a contribuir a las coberturas útiles de baciloscopías en los servicios de salud es de suma importancia, entre las principales causas institucionales de las bajas coberturas de baciloscopías están las siguientes: Desconocimiento del programa de tuberculosis, poca captación de sintomáticos respiratorios, cobertura no útil del programa de tuberculosis de su servicio, déficit en consejería a pacientes con síntomas respiratorios, escasa realización de visitas domiciliarias y seguimiento a pacientes sintomáticos respiratorios, carencia de identificación de sintomáticos respiratorios entre los consultantes del servicio de salud, la deficiencia en la búsqueda pasiva de casos a través de la consulta externa y de otros programas del servicio, se puede citar también el déficit de sensibilización a la población sobre el diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar, falta de dominio del idioma o idiomas que habla la población y el personal de enfermería en el lugar de trabajo, carencia de identificación de grupos de familias que viven en hacinamientos, albergues y otros grupos de riesgo, escasez de frascos para la recolección de la muestra de esputo, falta de termos para el traslado de las muestras de baciloscopías, insuficiencia de transporte y/o de financiamiento para el traslado de las muestras de baciloscopías al laboratorio para ser examinadas. (17)

La escases de accesibilidad del servicio a la población que cubre el servicio de salud influye también en las causas de bajas coberturas, de la misma manera el déficit de capacitación o de educación permanente sobre muestras de baciloscopías y del programa de tuberculosis dirigida al personal de salud, carencia de recurso humano para cubrir los extramuros y la realización de búsqueda activa de casos en áreas de riesgo como centros educativos, déficit de análisis de la cobertura mensual de baciloscopías de sintomáticos respiratorios realizadas. (18)

3.5 Personal de Enfermería

Según la Ley de Regulación del Ejercicio de Enfermería en el artículo 171, dice: “El ejercicio de la actividad de la enfermería es un servicio tendiente a proporcionar atención en salud a todos los habitantes de la población guatemalteca, mediante acciones de atención directa, promoción, prevención, curación, rehabilitación, administración, investigación y docencia, con lo cual dicho sector poblacional pueda en forma eficiente y efectiva, contribuir a disminuir los altos índices deficitarios de salud vigentes en Guatemala. Enfermería es personal de la salud capacitado técnica-científica y humanísticamente para asistir al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación, o a la muerte pacífica, que este realizaría sin ayuda, si tuviera fuerza, voluntad o el conocimiento necesario”. (19)

3.6 Teoría de Enfermería.

Modelo de Promoción de la Salud: Nola J. Pender (1941- presente). Las bases que Pender poseía en enfermería, en desarrollo humano, en psicología experimental y en educación la llevaron a utilizar una perspectiva holística y psicosocial de la enfermería, y al aprendizaje de la teoría como bases para el Modelo de Promoción de la Salud, entre los principales conceptos y definiciones de la teoría están las siguientes: Conducta previa relacionada, que está dirigida a atender a las personas según su demanda haciendo una pequeña entrevista sobre la posible causa directa o indirecta de su consulta, los factores personales, entre ellos los biológicos, indagan sobre edad, sexo, cambios físicos o alteraciones, control de signos vitales, los psicológicos que identifican si el paciente tiene otros problemas asociados a los físicos, problemas emocionales u otros.

La teoría relaciona también lo sociocultural para atender a las personas en su idioma, ofrecer medicina alternativa, preguntar si debe pedir permiso a alguien para examinarlo, de igual forma existen beneficios percibidos de la acción para mantener el espacio para la demanda libre protegiendo la individualidad, brindar una buena atención, promocionar la cartera de servicios, las barreras percibidas de la acción,

consisten en dar la información y educación sobre ventajas y desventajas de las conductas, la auto eficiencia percibida permite la capacitación para que se atienda al paciente de forma que se demuestre competencia profesional, informar, el efecto relacionado con la actividad, permite brindar consejería sobre los diferentes programas y educación sobre el autocuidado.

Las influencias interpersonales están conducidas a apoyarse de las familias modelo y madres monitoras, mientras que las influencias situacionales se relacionan a las charlas sobre diferentes temas y visitas domiciliarias, el compromiso con un plan de acción, permite establecer planes de acción tras la presentación de una sala situacional comunitaria, establecer compromisos con él o la consultante. En las demandas y referencias contrapuestas inmediatas haga la consejería flexible, de acuerdo a las necesidades del usuario, la conducta promotora de salud reconoce la evaluación en una próxima cita o en una visita domiciliaria. (20)

3.7 Contextualización Geográfica del municipio

Comitancillo es uno de los 29 municipios del departamento de San Marcos, situado en la parte nor-oriental y se encuentra a una distancia de 34 kilómetros de la cabecera departamental, a 283 kilómetros de la ciudad capital de Guatemala, teniendo como vía de acceso la carretera interamericana. Cuenta con una población total de 64,129 habitantes, entre la población rural: 62,846; el porcentaje de población indígena es de 99.9%, población mayor de 15 años 55,290, población mayor de 15 años analfabeta 8, 901, cuenta con una extensión territorial en km² de 113 habitantes por kilómetro cuadrado, con un total de 85 comunidades. En relación a extensión territorial el municipio de Comitancillo tiene una superficie total de 113 kilómetros cuadrados equivalente al 2.9% del territorio departamental, sus límites territoriales son las siguientes: Limita al norte con los municipios de San Miguel Ixtaguacan y Sipacapa; al sur con el Municipio de San Lorenzo y la Cabecera Departamental de San Marcos; al este con los municipios de Cabricán Quetzaltenango y Rio Blanco; al oeste con el municipio de Tejutla y la Cabecera Departamental de San Marcos.

El Centro de Atención Permanente del municipio de Comitancillo San Marcos cuenta con personal de Enfermería que constituyen elementos fundamentales para la atención en salud de la población, enfocando sus actividades en función de la promoción y prevención de la salud formando parte del segundo nivel de atención de acuerdo al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del país, en el servicio de salud se manejan todos los programas, entre ellos el de tuberculosis teniendo como base fundamental los protocolos, módulos y las normas de atención para tratar a los pacientes sintomáticos respiratorios, los que desarrollan la enfermedad y los contactos, existen personal intra y extra muros para la búsqueda de pacientes, la existencia de la institución es muy importante para la población, ya que por este medio se cubren las necesidades de salud.

IV. ANTECEDENTES

En el estudio titulado: “Investigación operativa sobre la aplicación de métodos de diagnóstico para la Tuberculosis” de la Agenda Nacional de Investigación de Tuberculosis en Perú, 2011–2014, cuyo objetivo fue describir el proceso de elaboración de la Agenda, estudio analítico, descriptivo y retrospectivo, llevado a cabo mediante un enfoque participativo y una amplia convocatoria de profesionales e instituciones vinculados con el problema en el país, la propuesta de los temas de mayor importancia mediante la consulta a 31 investigadores claves identificados a partir de 233 artículos publicados entre 1981 y 2011, 33 coordinadores regionales de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis, 16 académicos y funcionarios líderes de opinión en el tema; como instrumento se realizó una entrevista estructurada en la que se indagó acerca de experiencias vividas durante la conducción de investigaciones y un taller participativo para determinar las prioridades, por lo que se concluye: Que los resultados deben contribuir a mejorar las estrategias del control de la tuberculosis en el país y optimizar el uso de los recursos financieros y humanos. (21)

En el estudio titulado: “Tuberculosis en menores de 15 Años en el Hospital Hipólito Unanue De Tacna”, realizado en Perú, cuyo objetivo fue determinar la incidencia, características clínicas y epidemiológicas en niños menores de 15 años hospitalizados, estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, en 923 niños menores de 15 años hospitalizados en el Servicio de Pediatría del hospital durante los años 1972 a 2011 con el diagnóstico de tuberculosis, la información se obtuvo de las historias clínicas, por lo que se concluye: Que la frecuencia y letalidad de la tuberculosis en niños menores de 15 años en el hospital descendió considerablemente en los últimos 40 años, presentándose prioritariamente en adolescentes, con bajo grado de instrucción, mal estado nutricional, antecedentes familiares, provenientes del cono norte o sur de la ciudad. (22)

En el estudio titulado: “Factores de riesgo asociados a la tuberculosis pulmonar en el área No. 1 de Zamora Chinchipe, Loja Ecuador de enero 2008 a diciembre 2010”,

cuyo objetivo fue disminuir casos positivos de tuberculosis, la investigación fue de tipo descriptivo, se tomó datos registrados los últimos 3 años, la muestra lo constituyeron 26 pacientes diagnosticados de tuberculosis pulmonar en el área, para determinar los factores de riesgo se empleó la encuesta con un formulario de recolección de datos con interrogantes de opciones múltiples relacionadas con el tema de estudio por lo que se concluye: Que los pacientes más afectados fueron los de sexo masculino, en edades de 20 a 49 años, los factores de riesgo prevalentes fueron el nivel de instrucción, hacinamiento, estado nutricional, hábitos no saludables y enfermedades crónicas degenerativas siendo estos los factores predisponentes para la tuberculosis pulmonar. (23)

En el estudio titulado: “Caracterización epidemiológica, distribución y asociaciones de la tuberculosis pulmonar en el servicio de salud metropolitano sur oriente de Chile 2013.” Cuyo objetivo fue caracterizar y definir la distribución y asociaciones de la tuberculosis pulmonar. Estudio descriptivo y analítico, el instrumento utilizado fue la base de datos estadísticos del servicio y los sujetos de estudio todos los pacientes diagnosticados y notificados de tuberculosis pulmonar mediante el formulario de Enfermedades de Notificación Obligatoria pertenecientes al servicio de salud metropolitano sur oriente, validados por el equipo de tuberculosis del Hospital Doctor. Sótero del Río que corresponde a 278 casos entre hombres y mujeres de todas las edades luego de ser confirmado el diagnóstico mediante basiloscofia, cultivo de expectoración y control con médico especialista, se concluye: Que en las comunas que fueron estudiadas hubo marcadas diferencias en la incidencia de la tuberculosis, las condiciones socioeconómicas y geográficas. (24)

En el estudio titulado: “Búsqueda de Tuberculosis en Pacientes Sintomáticos Respiratorios en Cuatro Hospitales” en Bogotá Colombia del año 2007, cuyo objetivo fue identificar individuos sintomáticos respiratorios que acuden a diferentes servicios médicos en hospitales de tercer nivel, para el diagnóstico temprano de la tuberculosis, estudio comparativo descriptivo, como instrumento se realizó un formulario para obtención de datos socio demográficos y clínicos. Se investigaron

566 muestras de esputo de 354 individuos sintomáticos respiratorios en cuatro hospitales de Bogotá. Concluye: Que la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios detecta casos de pacientes bacilíferos, fuente de contaminación entre la población, facilita el inicio de la terapia antituberculosa aplicando la estrategia (DOTS) Tratamiento Directamente Observado y que el éxito en el control de la tuberculosis depende de políticas gubernamentales que sigan las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. (25)

En el estudio titulado: “Fortalecimiento del programa de control de la Tuberculosis en la República de Cuba”. Realizado a través de la Encuesta Nacional sobre conocimiento, actitud y comportamiento de la población ante la tuberculosis en el año 2010. El objetivo fue: Fortalecer la movilización social y comunitaria de la población dirigida hacia la disminución de la tuberculosis y su transmisión, se aplicó entre el 8 de junio y el 5 de julio, La población objetivo estuvo comprendida por personas de 12 años y más, residentes que permanecían en viviendas particulares del territorio nacional, exceptuando la base Naval de Guantánamo. El método empleado para el estudio fue un muestreo probabilístico denominado “Muestreo por Conglomerados Trietápico Estratificado”. Se concluye: Que la mayoría de la población objeto de estudio, identifican los signos y síntomas de la tuberculosis pulmonar y tienen conocimiento sobre la enfermedad, el 74.5% de los encuestados saben que esta enfermedad tiene tendencia a aumentar en el mundo y también conocen el tratamiento que se debe aplicar, sin embargo aún se observan respuestas poco favorables en grupos de riesgo como los diabéticos, fumadores y enfermos psiquiátricos. (26)

En el estudio titulado: “Factores asociados al tiempo de negativización de la baciloscopías de pacientes con tuberculosis pulmonar en Orizaba, Veracruz México”, el objetivo de estudio fue describir el tiempo que transcurre desde el inicio del tratamiento tuberculoso hasta la conversión de la baciloscopías y medir la asociación de factores socio demográficos y clínicos con el tiempo de conversión, se realizó análisis secundario de una base de datos que corresponde a un estudio de Cohorte

Prospectivo de pacientes con tuberculosis pulmonar en Orizaba, Veracruz entre 1995-2010, En los 930 pacientes con Tuberculosis Pulmonar que aceptaron participar se realizó evaluación clínica, radiológica, determinación de glucosa, anticuerpos anti-Virus de Inmunodeficiencia Humana, mycobacteriológica y cultivo, identificación y susceptibilidad a drogas, así como genotipificación. Se concluye que la identificación de variables asociadas a la conversión permitiría establecer estrategias oportunas que mejoren la probabilidad de curación, ya que el mayor número de conversiones en este estudio se presentaron durante la fase intensiva del tratamiento, lo que sugiere que esta fase logra combatir de manera importante la carga bacteriológica del paciente y pone de manifiesto la disminución de la probabilidad de conversión después de más de 120 días de tratamiento. (27)

En el estudio titulado: “Conocimientos que posee el personal Auxiliar de Enfermería de los servicios de salud del Distrito de Flores Petén, Guatemala para la detección y el logro de las metas en la pesquisa baciloscópica de pacientes sintomáticos respiratorios, durante el periodo de enero a febrero de 2008”, el objetivo del estudio fue describir los conocimientos que posee el personal Auxiliar de Enfermería. Estudio descriptivo cuantitativo, para la recolección de la información se elaboró un cuestionario de preguntas abiertas, basados del protocolo de la misma investigación, los sujetos de estudio fueron 12 Auxiliares de Enfermería que trabajan en el Distrito, cada uno aceptó participar en la investigación lo cual consta en el consentimiento informado, se concluye: Que los factores que intervienen para que los usuarios de la red de servicios del distrito de salud reciban atención de calidad y oportuna cuando consultan por problemas relacionados con la tuberculosis son los siguientes factores: geográficos, económicos, familiares, culturales, físicos e institucionales y en términos generales los sujetos de estudio necesitan ser capacitados de acuerdo a lo que demandan los conocimientos, actitudes y practicas establecidos por los protocolos, las normas y todos los instrumentos que se utilizan para la pesquisa baciloscópica. (28)

En el estudio titulado: “Factores de riesgo en los casos actuales de Tuberculosis pulmonar en los municipios de Lanquín, Santa Catalina la Tinta, Fray Bartolomé de las Casas y Santa María Cahabón, departamento de Alta Verapaz, Guatemala, enero-diciembre 2010.” Cuyo objetivo fue conocer las características y los factores de riesgo asociados a la enfermedad de tuberculosis, la investigación es descriptiva de tipo analítico en donde participaron 43 pacientes, ingresados como nuevos (Incidentes) de Tuberculosis Pulmonar o Extra pulmonar al Programa de Control de Tuberculosis en el período del 1 de enero al 31 de diciembre del 2010, a los que se les llamó “Casos”. Se seleccionaron dos “Controles” para cada caso por el método de apareamiento que presentan características similares como el de ser vecino del Caso, condiciones de vida parecidas y no haber padecido de ninguna forma de tuberculosis ni padecerla actualmente. Se concluye que las personas afectadas en este estudio son de áreas rurales postergadas, mayas, con bajo nivel escolar, la mayoría trabaja como agricultor y el total de casos fueron de localización pulmonar. Ningún Caso en este estudio presentó antecedentes patológicos. (29)

En el estudio titulado: “Evaluación de la aplicación del Protocolo de atención para la detección oportuna de personas sospechosas de tuberculosis pulmonar, San Pedro Necta, Huehuetenango, Guatemala Mayo-Junio 2015”. Su objetivo fue evaluar la aplicación del protocolo de atención para la detección oportuna de personas sospechosas de tuberculosis pulmonar en puestos y territorios de salud, de San Pedro Necta, departamento de Huehuetenango, investigación de tipo descriptiva de corte transversal, basada en la aplicación de un cuestionario dirigido a 22 sujetos de estudio acerca de los diferentes aspectos del protocolo para medir conocimiento y posteriormente se aplicó una lista de chequeo en la que se evidencian las acciones del personal en su área de trabajo. Se concluye: Que existe debilidad en los conocimientos que posee el personal de enfermería con respecto al protocolo de atención para la detección de personas sospechosas de tuberculosis y no se está realizando las acciones necesarias para la detección oportuna de personas con tuberculosis pulmonar, debido a que 7 de 9 servicios, no registran casos nuevos. (30)

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Determinar las causas institucionales que influyen en la baja cobertura de baciloscopías en el Centro de Atención Permanente, Comitancillo San Marcos.

5.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar a los sujetos de estudio.
2. Describir las causas institucionales que influyen en la baja cobertura de baciloscopías en el Centro de Atención Permanente, Comitancillo San Marcos.

VI. JUSTIFICACIÓN

En Guatemala según datos epidemiológicos presentados los años 2005 y 2007 los casos de tuberculosis en sus diferentes formas, obligan a las instituciones de salud e instancias del país a tomar un rol protagónico para el abordaje de esta problemática nacional. El alto porcentaje de la población enferma con tuberculosis en el país proviene del suroccidente por lo que se puede inferir que las situaciones socioeconómicas, habitacionales, migratorias entre otras pueden ser los factores que coadyuvan a deteriorar la salud de esa población. (3)

El municipio de Comitancillo, San Marcos es un lugar con características socioeconómicas y culturales que permiten que la Tuberculosis siga siendo un problema de salud pública de importancia, entre ellas están las circunstancias como pobreza y extrema pobreza, hacinamiento, problemas nutricionales, además cuenta con una población activamente migratoria lo que hacen que tenga las condiciones necesarias para mantener y/o transportar la tuberculosis como un problema debido al proceso clínico de la enfermedad por la cantidad de contagios que se producen antes de iniciar el tratamiento y quienes, ya infectados, son potenciales casos en el futuro.

La importancia de realizar esta investigación fue determinar las causas institucionales de la baja cobertura de baciloscopías en el Centro de Atención Permanente, Comitancillo San Marcos, caracterizar a los sujetos de estudio, personal de enfermería y usuarios del servicio de salud e identificar las debilidades que tiene enfermería en la captación de muestras de baciloscopías y analizar acciones que favorezcan la detección oportuna de sintomáticos respiratorios, para la activa pesquisa baciloscópica y socializar estrategias para el desarrollo de recurso humano, en la detección y captación como parte integral de las actividades de fortalecimiento del sistema de salud para contribuir a la disminución de la tuberculosis e incrementar la cobertura de baciloscopías para detectar precozmente y dar tratamiento a los casos de tuberculosis pulmonar ya que en el país hay aumento de casos positivos y

casos de resistencia a los medicamentos por lo que también es importante fortalecer las acciones de promoción de la salud en el Centro de Atención Permanente de Comitancillo.

VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 Tipo de Estudio

Descriptivo, cuantitativo de corte transversal.

7.2 Sujeto de estudio

- Personal de Enfermería del Distrito de salud de Comitancillo San Marcos.
- Usuarios que se encuentran inscritos en el programa de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES).

7.3 Contextualización geográfica y temporal

Centro de Atención Permanente de Comitancillo, San Marcos, estudio realizado en los meses de agosto a noviembre de 2016.

7.4.1 Definición de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	ÍTEMS
Caracterización de los sujetos de estudio.	Calidad o atributo que determina los rasgos de una persona y la distingue claramente de las demás. (1)	La caracterización son atributos y características de los sujetos de estudio, pacientes y personal de enfermería.	Personal de Enfermería. -Género -Edad -Idiomas que habla -Nivel Educativo -Puesto de trabajo. -Tiempo de trabajo.	Nominal	Instrumento 1 Sección I Preguntas de la 1 a la 6
			Instrumento 2 Dirigido a pacientes. -Género -Edad -Idiomas que habla -Nivel Educativo -Procedencia. -Distancia al servicio de Salud.	Nominal	Instrumento 2 Sección I Preguntas de la 1 a la 6

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	ÍTEMS
Causas institucionales de la baja cobertura de Baciloscopías.	Las causas institucionales relacionadas a la cobertura de metas de baciloscopías, son indicadores cuantitativos afines a la práctica de elección para el diagnóstico rápido y el control del tratamiento de la tuberculosis pulmonar para detectar los casos infecciosos. (12)	Son aquellos factores que impiden la baja cobertura de baciloscopias, que serán manifestados por el personal de enfermería y los pacientes.	-Causas institucionales. -Personal de salud. -Accesibilidad del servicio. -Búsqueda activa y pasiva de muestras de baciloscopias. -Programa de capacitación sobre tuberculosis. -visitas domiciliarias.	Nominal	Instrumentos 1 y 2 Sección I de: 1-6 Sección II de: 7-16

VIII. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

8.1 Selección de los sujetos de estudio

8.1.1 Criterios de Inclusión

- Personal de Enfermería que pertenecen al Centro de Atención Permanente (CAP) Comitancillo San Marcos.
- Usuarios que se encuentran inscritos en el programa de tuberculosis con Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES).

8.1.2 Criterios de Exclusión

- Personal que se encontraba de vacaciones, personal que estaban suspendidos y los que no quisieron participar en el estudio.
- Usuarios que no estaban inscritos al programa de tuberculosis, migrantes y los que no acepten participar en el estudio.
- Usuarios migrantes y los que no acepten participar en el estudio.

8.1.3 Universo del Estudio

El universo está comprendido por 36 Auxiliares de Enfermería y 3 Enfermeras Profesionales del Distrito de Salud de Comitancillo San Marcos.

Ocho usuarios inscritos el programa de tuberculosis con Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado.

8.1.4 Identificación de los Sujetos de Estudio.

La identificación de los sujetos de estudio se hizo a través de una reunión de Distrito y a los usuarios a través de registros de expedientes clínicos y registros del libro rojo del programa de tuberculosis con Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES).

8.2 Recolección de Datos

8.2.1 Métodos de Recolección de Datos

El estudio se realizó a través de una encuesta con preguntas relacionadas a la determinación de las causas institucionales de la baja cobertura de baciloscopías, el cual se llevó a cabo por el personal de enfermería en modalidad auto administrado. Y para los usuarios en modalidad administrada y auto administrado.

8.2.2 Instrumentos de Recolección de Datos

Los instrumentos de recolección de datos fueron dos encuestas, una dirigida a personal de enfermería y otra a los usuarios inscritos en el programa de tuberculosis, la primera sección indaga acerca de las características de los sujetos de estudio y la segunda incluye preguntas relacionadas a las causas institucionales y otra dirigida a los usuarios inscritos en el programa de tuberculosis, con dos secciones, que incluye 6 preguntas para la caracterización de los sujetos de estudio y 10 preguntas en base a la escala de Likert con tres opciones de respuesta para las causas de la baja cobertura de baciloscopías.

8.2.3 Validación del Instrumento

La validación de los instrumentos se realizó en el Centro de Atención Permanente de San Lorenzo, San Marcos, para lo cual se modificó la pregunta número 3 de la sección I de ambos instrumentos, de acuerdo al análisis e interpretación de datos obtenidos.

IX. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

9.1. Descripción del proceso de digitación

9.1.1 Electrónica o manual

El proceso de digitación se hizo a través de la página de Microsoft Word y Excel, tabulando gráficas y tablas en forma electrónica para presentar el porcentaje de los resultados.

9.1.2 Uso de Programas

Se utilizaron de forma electrónica los programas de Microsoft Word y Excel.

9.1.3 Uso de software

Se utilizó Windows 2013

9.2 Plan de Análisis de datos

Para el procesamiento y análisis de la información las respuestas fueron resumidas a respuestas más simples a fin de facilitar el procesamiento de los datos y generación de tablas y gráficas que permitieron describir los resultados en función de los objetivos de la investigación para agilizar el proceso.

9.3 Métodos estadísticos

Se usaron frecuencias y porcentajes además datos agrupados y sin agrupar, siendo procedimientos para manejo de datos cuantitativos mediante técnicas de recolección, recuento, presentación, descripción y análisis. (31)

9.4 Aspectos éticos

Entre los aspectos éticos se encuentran los siguientes principios: Autonomía, justicia, beneficencia, no maleficencia, consentimiento informado y permiso institucional.

X. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Tabla Núm. 1

Indicador	Género	Frecuencia	%
Género	Masculino	10	26%
	Femenino	29	74%
	Total	39	100%
Edad	18-25 años	12	20%
	26-36 años	15	36%
	34-41 años	8	18%
	42-Más	4	26%
	Total	39	100%
Idiomas que habla	Español	21	54%
	Mam	2	5%
	Mam y español	16	41%
	Total	39	100%
Nivel educativo	Auxiliar de Enfermería	30	77%
	T.U en Enfermería	8	21%
	Licenciatura en Enfermería	1	2%
	Total	39	100%
Tiempo de trabajo	Menor de 1 año	2	5%
	1-5 años	18	46%
	6-10 años	13	33%
	11-15 años	4	10%
	16-20 años	2	5%
	Total	39	100%
Puesto de trabajo	Auxiliar de enfermería	31	79%
	Enfermera de 8 horas	3	8%
	Enfermera turnista	4	10%
	Enfermera de Distrito	1	3%
	Total	39	100%

Fuente: Encuesta dirigida a personal de Enfermería CAP Comitancillo, San Marcos; septiembre 2,016.

Los resultados del estudio evidencian que el género que predomina es el femenino 74% y el 26% corresponde al género masculino.

Respecto a la edad el grupo etáreo de mayor frecuencia fue de 24 a 29 años que corresponde al 36%, seguido por el rango 36 años a más que representa el 26%, de 18 a 23 años 20%, el rango de 30 a 35 años que corresponde a 18%, por lo que se puede deducir que el CAP cuenta con personal joven con mucho potencial, para mejorar la captación de sintomáticos respiratorios e incrementar las coberturas del programa de tuberculosis.

El idioma que habla el personal de enfermería es el español con un 54%, aunque existe poca diferencia con los que dominan ambos idiomas, mam y el español que lo hablan 41% del personal, lo cual es una fortaleza porque de esta manera se puede tener mejor comunicación con los usuarios y los que solamente hablan Mam representan el 5% del personal.

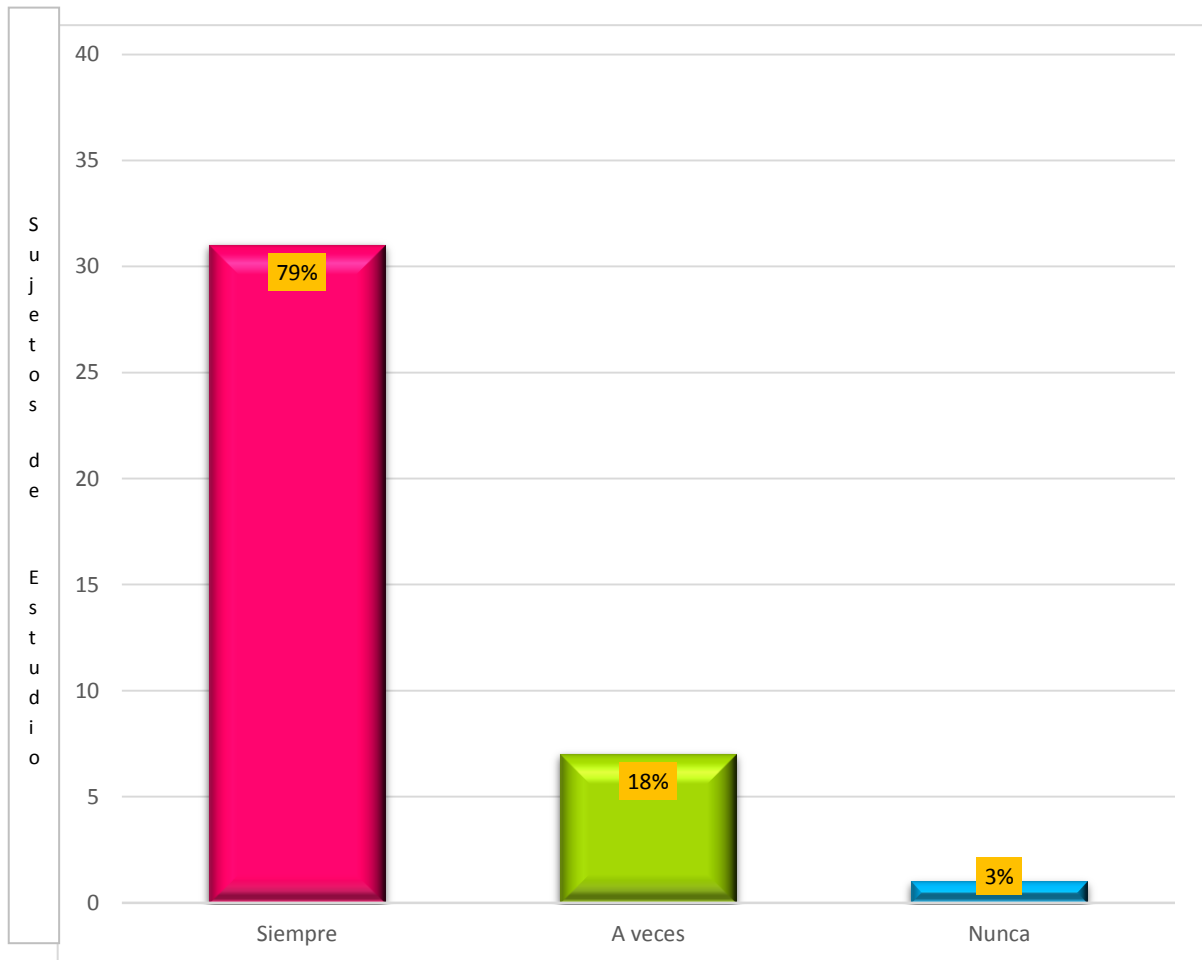
En el nivel educativo predomina el personal Auxiliar de Enfermería con el 77%, lo que indica que cuentan con conocimientos y experiencias que ayudan al alcance de las metas esperadas de acuerdo a la población del municipio, especialmente en la pesquisa baciloscóptica, seguida de 21% con Técnico Universitario en Enfermería y el 2% licenciatura en enfermería.

El tiempo de trabajo más frecuente es de 1 a 5 años 46%, seguido por el 33% de 6 a 10 años, de 11 a 15 años 10%, menor de un año y de 16 a 20 años 5%.

Para el puesto de trabajo predomina Auxiliar de Enfermería con el 79%, el cual es un número significativo a quienes debe motivarse para trabajar en equipo para llegar a la cobertura útil de baciloscopías, Enfermera turnista corresponde el 10%, Enfermera de 8 horas el 8%, y enfermera de Distrito el 3%.

Gráfica Núm. 1

¿El establecimiento de salud donde labora es geográficamente, accesible para la población que cubre?

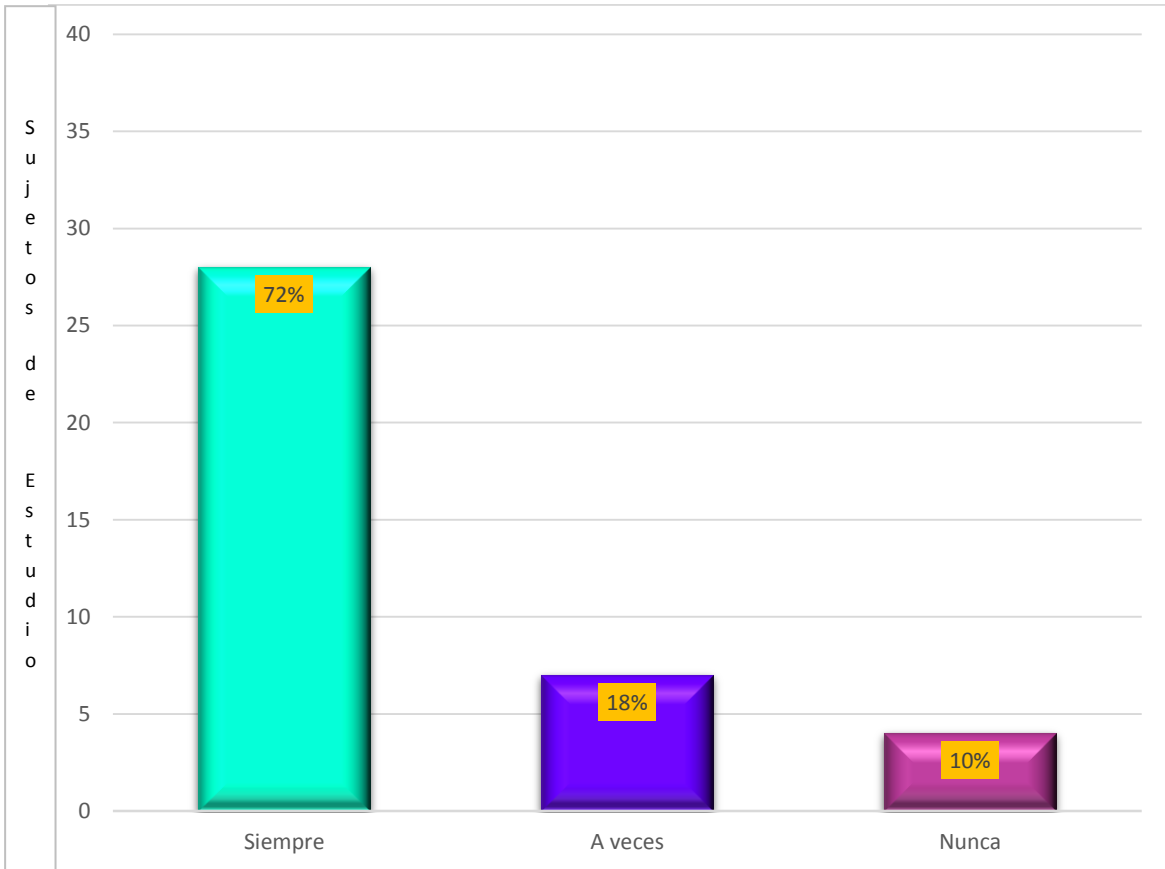


Fuente: Encuesta dirigida a personal de Enfermería CAP Comitancillo, San Marcos; septiembre 2,016.

El 79% del personal encuestado expresó que el establecimiento de salud es accesible a la población que cubre, fundamentando que es viable la cercanía a los servicios de salud a la población y que esto no es un obstáculo para asistir al mismo, especialmente cuando tienen algún problema de salud, mientras que el 18% dice que “algunas veces” y el 3% que “nunca”, demostrando que en algunos casos el servicio de salud no es factible, es un porcentaje bajo pero que en cierta medida les obstaculiza porque el acceso a la salud se les dificulta.

Gráfica Núm. 2

¿En su servicio existe personal extramuros para búsqueda activa de muestras de baciloscopías?

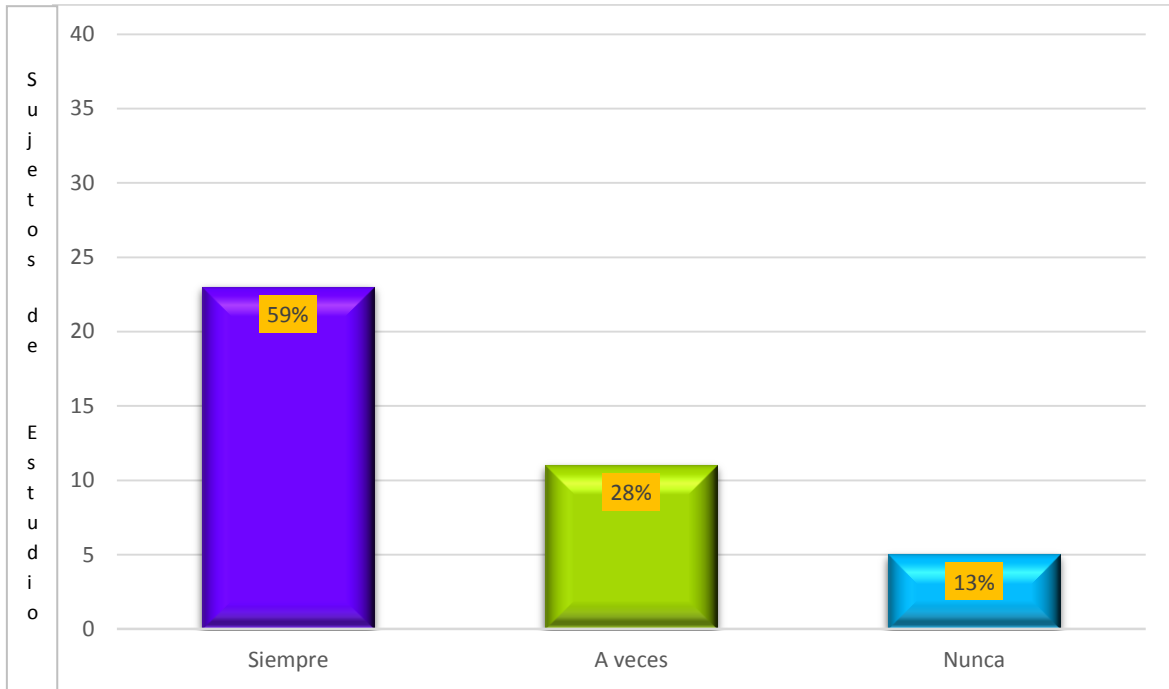


Fuente: Encuesta dirigida a personal de Enfermería CAP Comitancillo, San Marcos; septiembre 2,016.

El 72% de los encuestados dieron a conocer que en el servicio existe personal que realiza trabajo extramuros para la búsqueda activa de muestras de baciloscopías y así incrementar la cobertura y realizar trabajo de prevención, sin embargo el 18% mencionó que “algunas veces” se cuenta con el mismo y 10% de los encuestados manifiesta que “nunca”, dicho personal es importante para la búsqueda que se realiza en dos escenarios; institucional y comunitario con una periodicidad mensual o trimestral respectivamente, dando énfasis a las visitas domiciliarias, estudio de contactos, búsqueda de casos y barridos para detectar sintomáticos respiratorios.

Gráfica Núm. 3

¿El personal extramuros realiza búsqueda activa de muestras de baciloscopías durante las visitas domiciliarias?

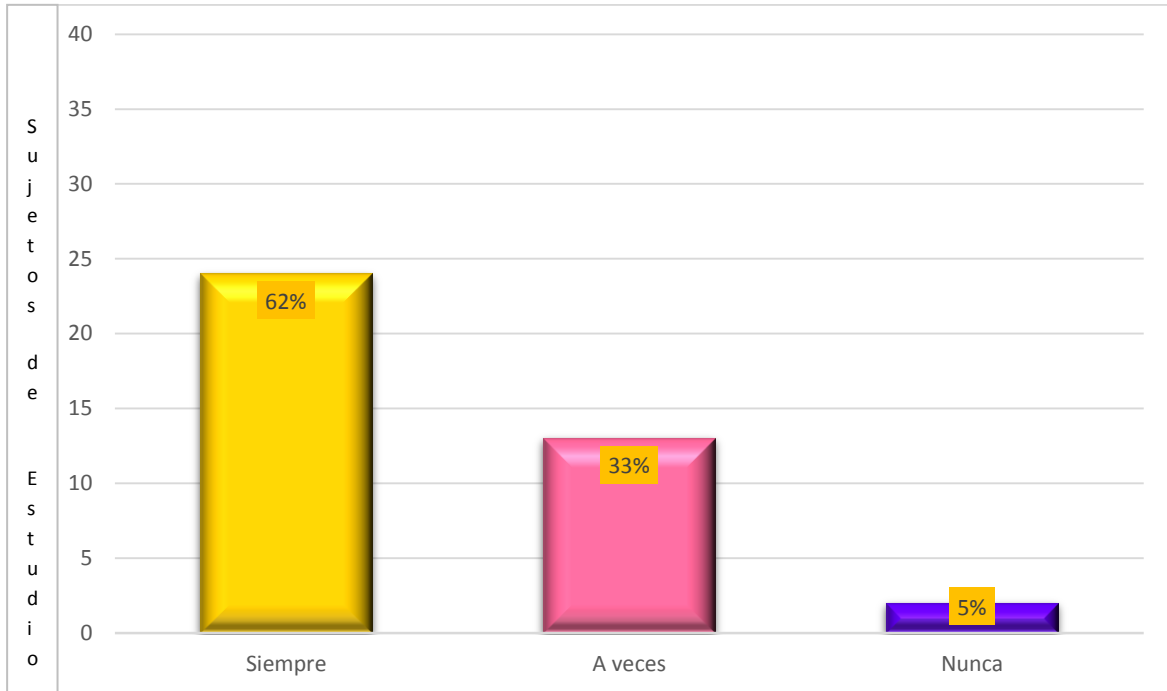


Fuente: Encuesta dirigida a personal de Enfermería CAP Comitancillo, San Marcos; septiembre 2,016.

Los resultados del estudio evidencian que el 59% del personal extramuros realiza búsqueda activa de sintomáticos respiratorios durante las visitas domiciliarias, el 28% respondió que “algunas veces” y el 13% “nunca”. Estas actividades son importantes para mantener coberturas útiles en el programa nacional de tuberculosis, cumplir con las metas propuestas, sin embargo aunque la mayoría del personal dio una respuesta favorable en los registros de coberturas de baciloscopías, no se evidencia, ya que existe baja cobertura y no se da la importancia que se requiere a la visita domiciliaria; donde podría realizarse estudio de contactos, búsqueda de casos, pesquisas baciloscópicas, para incrementar la cobertura y detectar si la familia del paciente ha contraído o no la enfermedad y realizar acciones para evitar la diseminación del bacilo.

Gráfica Núm. 4

¿Realiza búsqueda activa de muestras de baciloscopías en familiares de Sintomáticos Respiratorios?

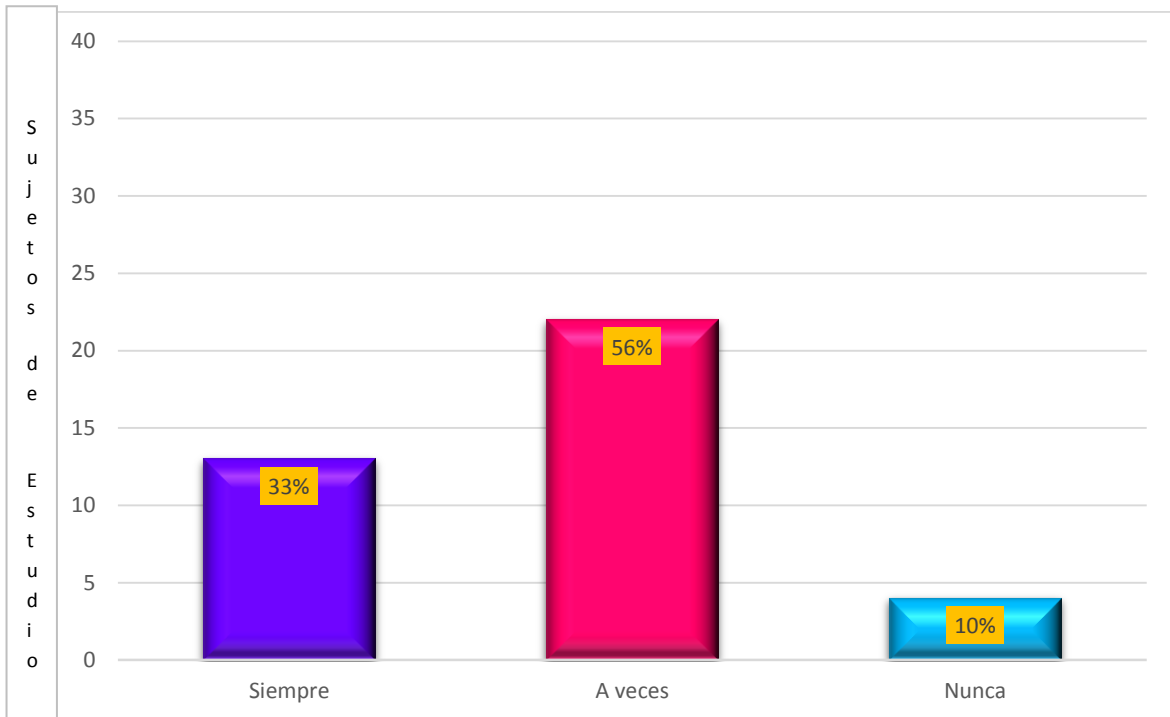


Fuente: Encuesta dirigida a personal de Enfermería CAP Comitancillo, San Marcos; septiembre 2,016.

Del 100% de los sujetos de estudio el 62% respondió que realiza búsqueda activa de muestras de baciloscopías en familiares de Sintomáticos Respiratorios, lo que representa una de las acciones adecuadas e importantes para detectar el aumento de casos, siendo los familiares contactos directos de los sintomáticos respiratorios, que están expuestos al contagio de la tuberculosis y que pueden ser potenciales para continuar la cadena de infección, el 33% dijo que “algunas veces” lo hacen y el 5% “nunca”, es de suma importancia para el personal de enfermería tomar en cuenta estos casos para la búsqueda de muestras de baciloscopías; de acuerdo a la norma nacional, el diagnóstico y control de tratamiento descansan en los exámenes de baciloscopía.

Gráfica Núm. 5

¿En su servicio de salud se ejecuta el programa de capacitación sobre tuberculosis?

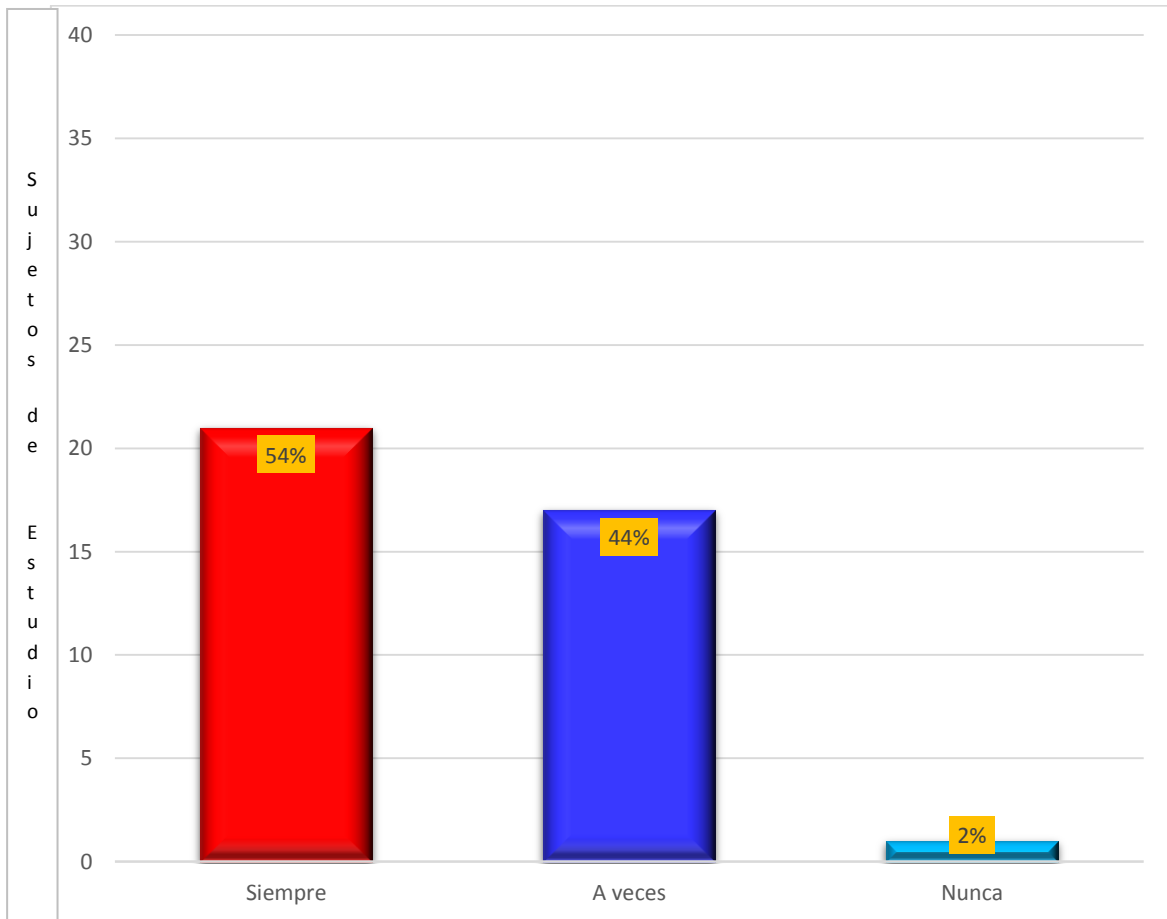


Fuente: Encuesta dirigida a personal de Enfermería CAP Comitancillo, San Marcos; septiembre 2,016.

El 56% del personal encuestado mencionó que “algunas veces” se ejecuta capacitación, el 33% respondió que “siempre” en su servicio de salud se ejecuta el programa de capacitación sobre tuberculosis y 10% que “nunca”, demostrando que de forma regular se lleva a cabo capacitación y un porcentaje mínimo pero significativo menciona que nunca se realiza el programa de capacitación, lo cual es importante porque es una herramienta de enseñanza aprendizaje para transmitir información y conocimientos sobre la enfermedad y contribuye al óptimo desarrollo de competencias relacionadas al programa, además a través de ella se actualizan conocimientos sobre la tuberculosis en sus diferentes formas y los esquemas de tratamiento que se han ido modificando de acuerdo al comportamiento de la enfermedad, así como las normas de atención y a través del mismo incentivar al personal a realizar las acciones que mejoraran la atención a los usuarios del programa.

Gráfica Núm. 6

¿Cuenta con insumos necesarios para recolectar muestras de baciloscopías?

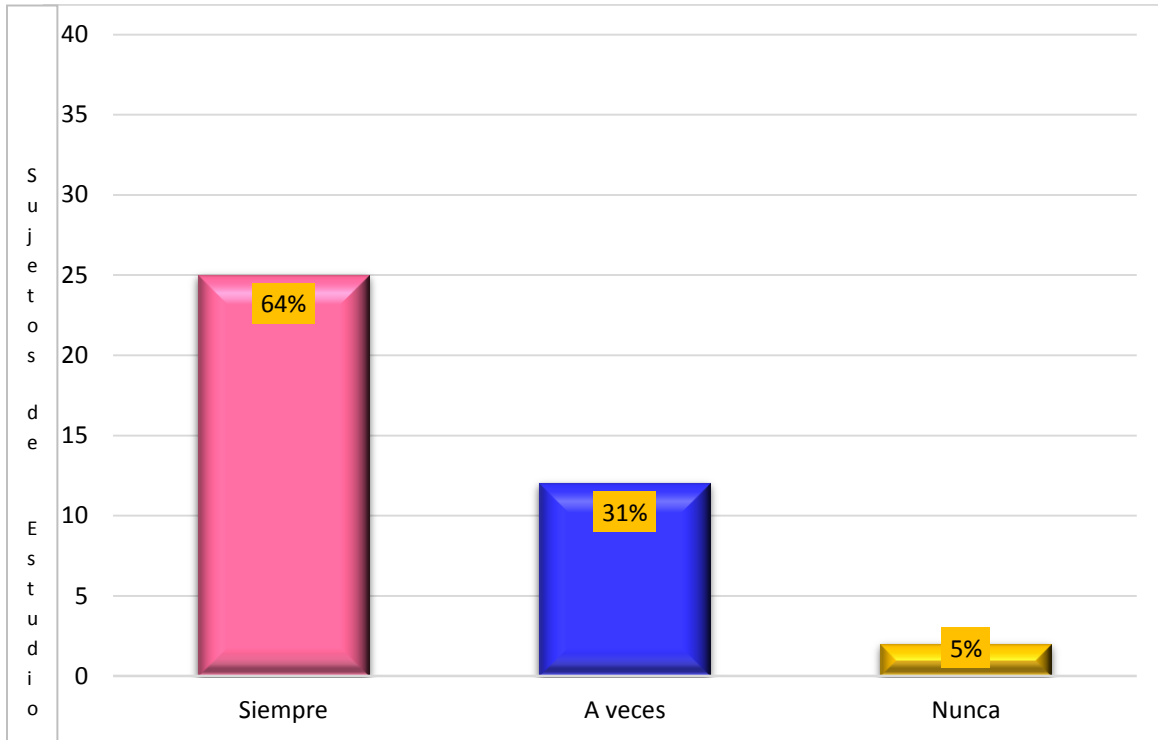


Fuente: Encuesta dirigida a personal de Enfermería CAP Comitancillo, San Marcos; septiembre 2,016.

El estudio evidencia que 54% del personal encuestado, “siempre” cuenta con insumos necesarios para recolectar muestras de baciloscopías, por lo tanto para la mayoría no es una barrera como causa institucional para las bajas coberturas de baciloscopías, 44% expreso que “algunas veces” y 2% manifestaron que “nunca” cuentan con insumos, estos dos últimos resultados demuestran que el Centro de Atención Permanente no siempre esta abastecido y para que un programa como el de Tuberculosis funcione adecuadamente es preciso contar con los insumos necesarios como recipientes para recolectar muestras de esputo, termos, papelería, guantes, mascarillas, material de laboratorio y buen sistema de información para realizar el trabajo adecuadamente.

Gráfica Núm. 7

¿En la institución donde labora existe medio de transporte para el traslado de las muestras de esputo?

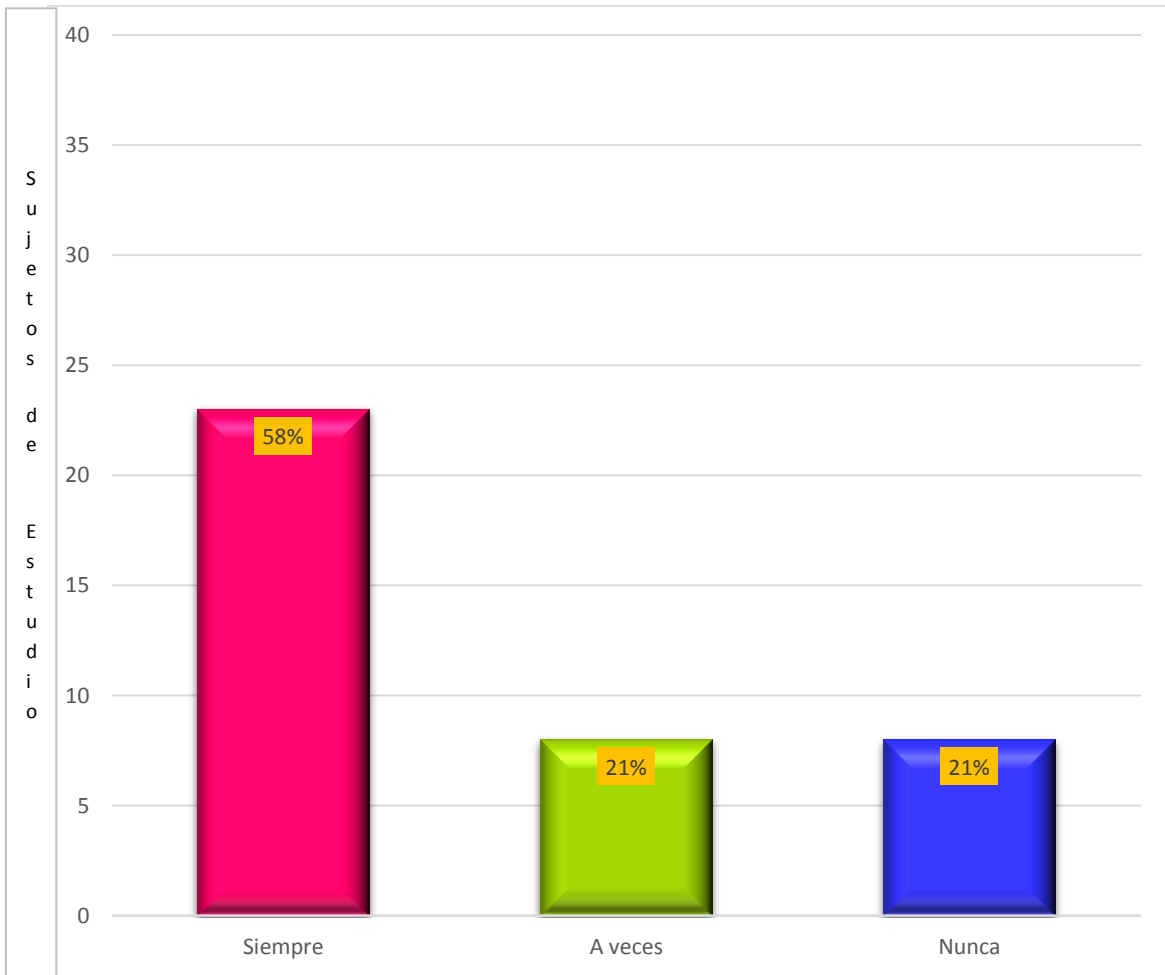


Fuente: Encuesta dirigida a personal de Enfermería CAP Comitancillo, San Marcos; septiembre 2,016.

El 64% del personal encuestado respondió que en la institución “siempre” existen medios de transporte para el traslado de las muestras de esputo, 31% respondieron que “algunas veces”, dando a conocer que la mayoría de los encuestados en relación a la existencia de medios de transporte cuentan con la accesibilidad de los servicios de salud y que en gran medida facilitan al personal de salud acortar la distancia y el tiempo para el traslado de las muestras baciloscópicas y el 5% respondió que “nunca” existe medio de transporte, siendo un porcentaje mínimo el que no cuenta con acceso a los medios de transporte, sin embargo el personal es responsable de que las muestras sean enviadas al laboratorio lo más pronto posible, por cualquier forma de transporte disponible, sin inconvenientes, ni costo para el paciente en un plazo menor de 5 días, ya que si bien este porcentaje es bajo debe cubrirse para alcanzar las coberturas.

Gráfica Núm. 8

¿Tiene termos para el traslado de las muestras de esputo?

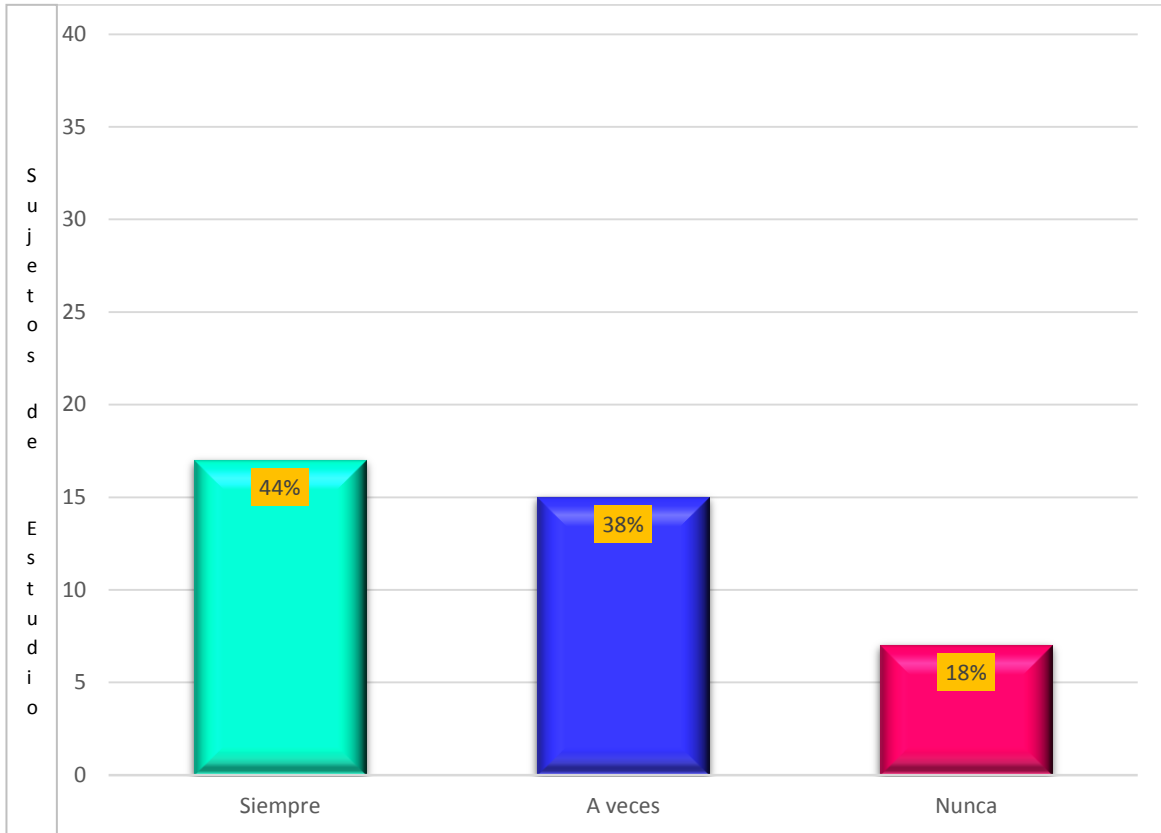


Fuente: Encuesta dirigida a personal de Enfermería CAP Comitancillo, San Marcos; septiembre 2,016.

El 58% de los encuestados evidencian que se cuenta con termos para el traslado de las muestras de esputo, siendo de vital importancia ya que ayudan a mantener la temperatura adecuada, además contribuyen a proporcionar un diagnóstico confiable, sin embargo otro grupo contradice a la respuesta ya que en la contestación de “algunas veces” y “nunca”, ambas representan el 21% lo que evidencia que se tiene dificultad en el almacenamiento y traslado de las muestras por no contar con termos suficientes, para ello es importante la gestión de los recursos.

Gráfica Núm. 9

¿Cuenta con un lugar para proteger la individualidad del paciente al momento de proporcionar la muestra de esputo?

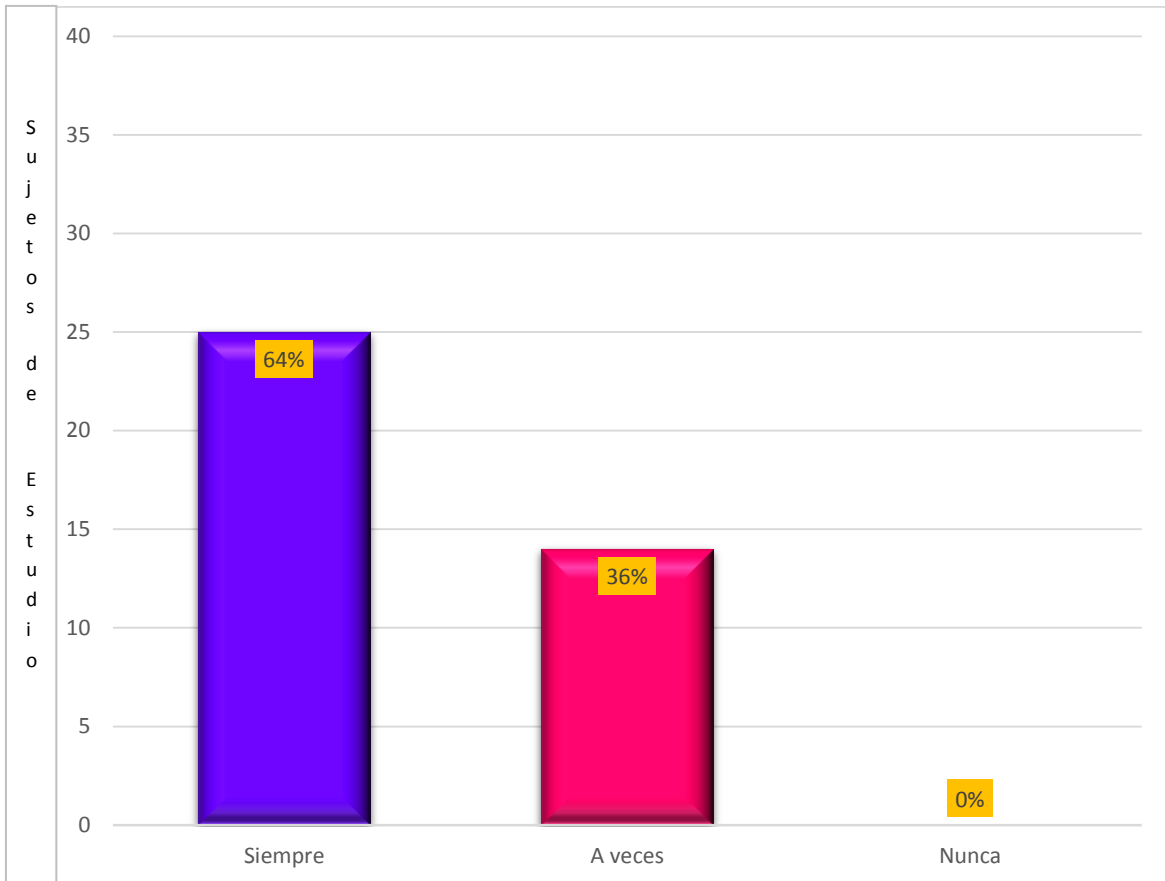


Fuente: Encuesta dirigida a personal de Enfermería CAP Comitancillo, San Marcos; septiembre 2,016.

El 44% del personal encuestado respondieron que “siempre” cuentan con un lugar para proteger la individualidad del paciente al momento de proporcionar la muestra de esputo, siendo este un principio de enfermería, que de acuerdo a los resultados el porcentaje que lo cumple es significativo, mientras que el 38% refiere que “algunas veces” y el 18% que “nunca”, ambos grupos representan un porcentaje alto que no protege la individualidad del paciente. Toda persona merece que se le trate como un ser digno, por eso los servicios de salud deben contar con un lugar aislado y exclusivo para que los pacientes proporcionen su muestra de esputo, tomando en cuenta su individualidad para que el paciente se sienta cómodo a la hora de proporcionar la muestra.

Gráfica Núm. 10

¿En su servicio se realiza búsqueda pasiva de sintomáticos respiratorios durante la consulta externa?



Fuente: Encuesta dirigida a personal de Enfermería CAP Comitancillo, San Marcos; septiembre 2,016.

El 64% del personal encuestado respondió que su servicio realiza búsqueda pasiva de sintomáticos respiratorios durante la consulta, siendo un mecanismo utilizado para mejorar la cobertura de baciloscopías, para contribuir a un diagnóstico oportuno y prevenir la diseminación del bacilo, el 36% respondió que “algunas veces”, siendo un factor que influye en la baja cobertura de sintomáticos respiratorios, de acuerdo a la norma la toma de muestra es muy importante para poder realizar un diagnóstico microbiológico confiable a todo paciente sospechoso mayor de 10 años con tos persistente durante más de 15 días.

**Encuesta Dirigida a usuarios inscritos en el libro rojo del Programa Nacional
de Tuberculosis CAP Comitancil006Co San Marcos.**

Sección I: Datos Generales

Tabla Núm. 2

Indicador		Frecuencia	%
Género	Masculino	6	75%
	Femenino	2	25%
	Total	8	100%
Edad	10-20 años	2	25%
	21-30 años	2	25%
	31-40 años	2	25%
	41-Más	2	25%
	Total	8	100%
Idiomas que habla	Español	1	12%
	Mam	5	63%
	Mam y español	2	25%
	Total	8	100%
Nivel educativo	Analfabeta	4	50%
	Primaria	3	38%
	Básico	1	12%
	Total	8	100%
Procedencia	Urbana	1	12%
	Rural	7	88%
	Total	8	100%
Distancia al servicio de salud	Media Hora	1	12%
	31 min a 1 hora	1	12%
	1 a 2 horas	2	26%
	Más de 2 horas	4	50%
	Total	8	100%

Fuente: Encuesta dirigida a usuarios CAP Comitancillo, San Marcos; septiembre 2,016.

De los pacientes inscritos al programa de tuberculosis con Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) se obtuvo la representación del género masculino con un 75% y el femenino el 25%.

Se evidenció que todos los grupos etarios representan el 25% demostrando que los sujetos de estudio son afectados, siendo la edad comprendida entre 14 y 45 años para el presente estudio.

El 63% de los sujetos de estudio hablan el idioma mam, por lo que personal de salud deben buscar formas que contribuyan a disminuir barreras idiomáticas para lograr una adecuada comprensión con los pacientes. El 25% hablan mam y español, siendo muy importante ya que ayuda a que las personas puedan comprender la información que se brinda acerca de la prevención y/o tratamiento de la tuberculosis y el 12% solo habla español.

El 50% de los encuestados son analfabetas, siendo una limitante para estar informados de cómo cuidarse, el 38% cursaron primaria, el 12% cuentan con el básico.

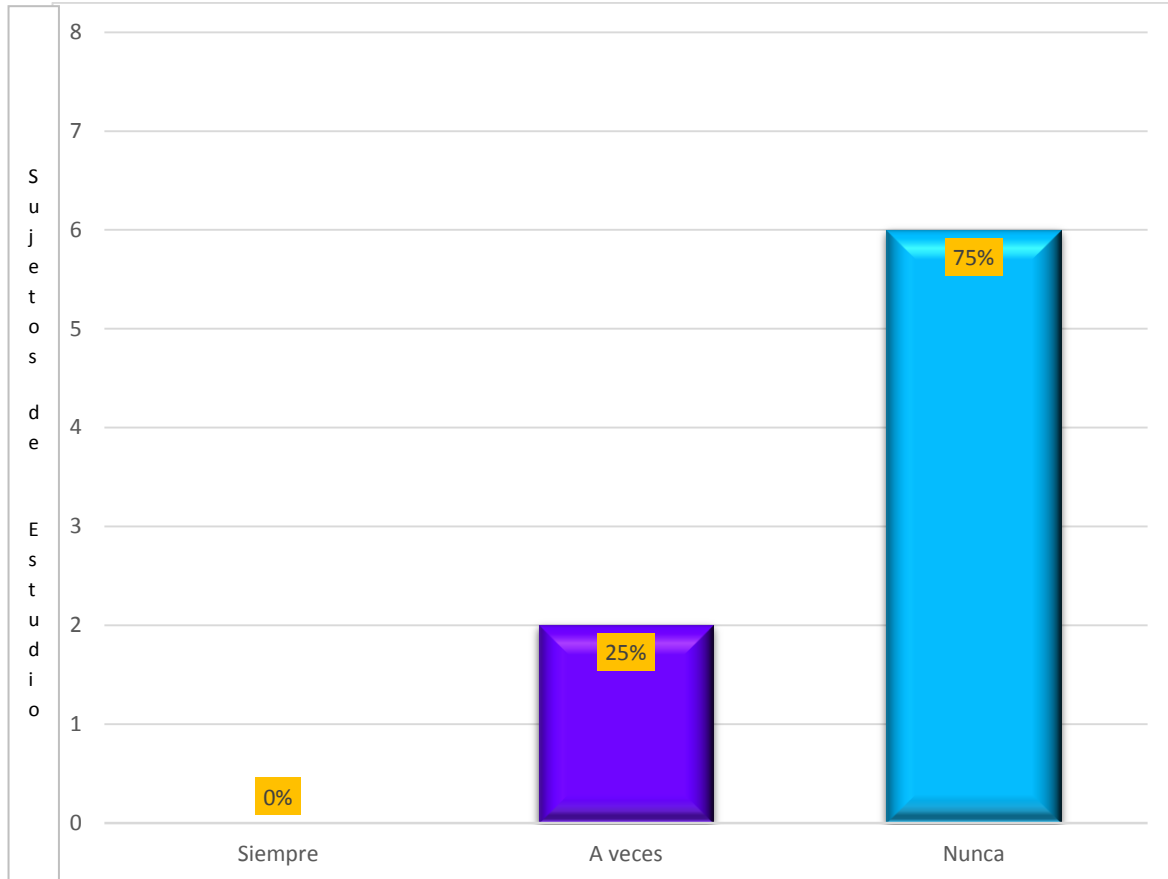
Según procedencia los resultados el 88% son del área rural, considerado epidemiológicamente como un factor de riesgo para la tuberculosis pulmonar ya que el área rural en muchos casos no llena las condiciones necesarias de vida, el 12% es de área urbana.

En cuanto a la distancia que transitan los usuarios para llegar al servicio de salud el 50% invierte 2 horas, lo cual representa una dificultad para los pacientes por el acceso a los servicios de salud. Las distancias de media hora y de 31 minutos a una hora representan el 13% y de 1 a 2 horas el 25%, siendo un inconveniente para las personas consultar a la institución sus problemas de salud, dificultando al personal realizar búsqueda pasiva de sintomáticos respiratorios por la poca afluencia de pacientes.

Sección II: Causas institucionales de la baja cobertura de baciloscopías.

Gráfica Núm. 11

¿Cuándo le solicitaron su muestra de esputo (gargajo), le explicaron para qué sirve?

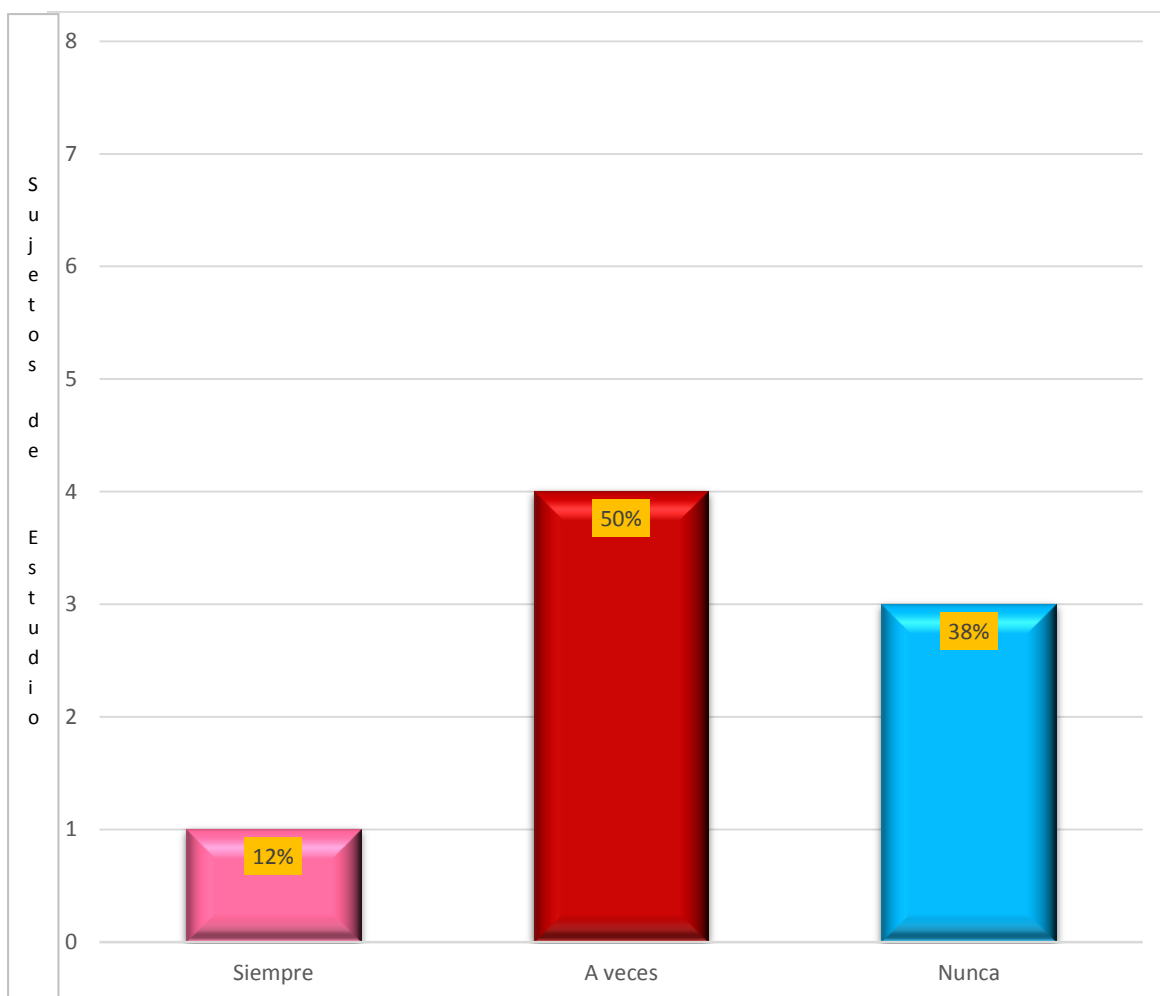


Fuente: Encuesta dirigida a usuarios CAP Comitancillo, San Marcos; septiembre 2,016.

El 75% respondió que cuándo le solicitaron su muestra de esputo “nunca” le explicaron para qué sirve, evidenciando que la mayoría no cumplió con la explicación que es parte de los derechos de los pacientes y enfermería tiene la responsabilidad de intervenir haciendo énfasis en una explicación previa a realizar procedimientos, el 25% respondió que “algunas veces” y el 0% “siempre”, siendo cuestión de tipo actitudinal por parte del personal de enfermería, ya que demuestran poco interés en la realización correcta de los procedimientos, por lo que no resultan favorables e influyen a que el paciente no colabore o no cumple con dar las tres muestras de esputo y para el servicio la cobertura de muestras disminuye.

Gráfica Núm. 12

¿Cuándo le solicitaron su muestra de esputo (gargajo), le explicaron cómo debe sacarlo?

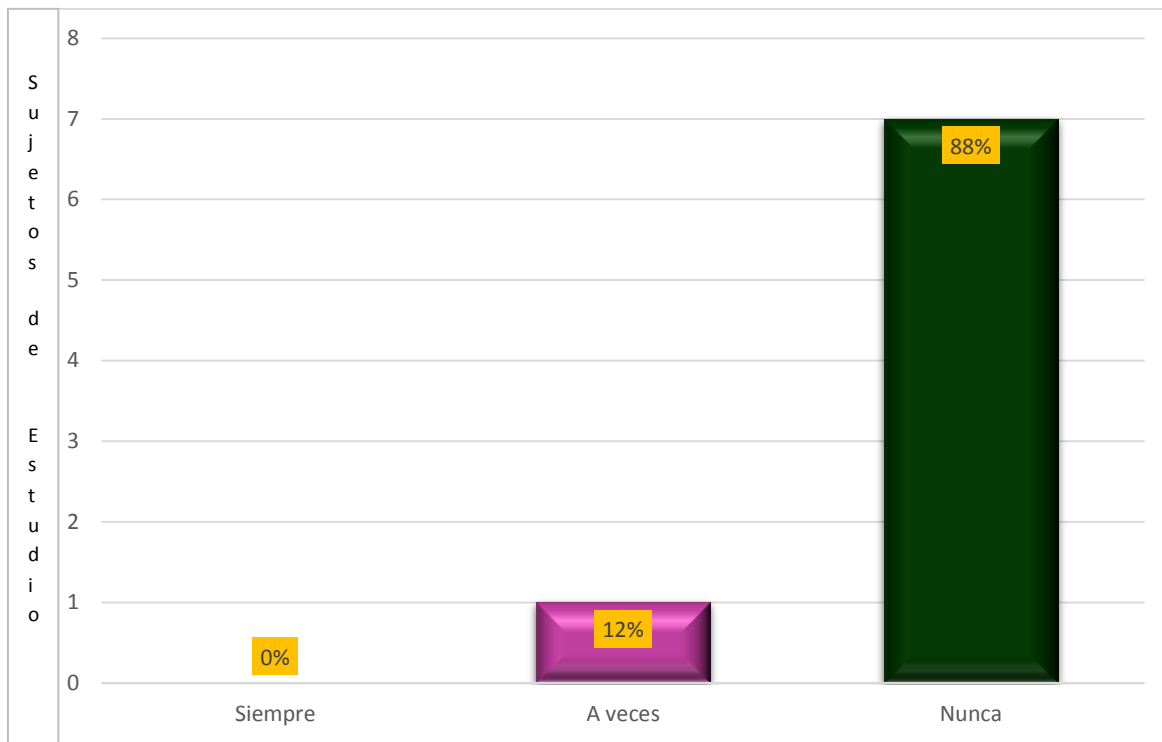


Fuente: Encuesta dirigida a usuarios CAP Comitancillo, San Marcos; septiembre 2,016.

El 50% de los usuarios respondieron que cuándo le solicitaron su muestra de esputo, “algunas veces” le explicaron cómo debe obtenerlo, 38% dijeron que “nunca” les explicaron y 12% mencionó que “siempre”, evidenciando deficiencia en la atención que brinda enfermería a los pacientes para la obtención de muestras de baciloscopías adecuadas para obtener resultados con certeza, por lo que se ve la necesidad de dar a conocer el procedimiento a los pacientes para poder lograr el esputo y aumentar la cobertura.

Gráfica Núm. 13

¿El Personal de salud le ayudó a realizar terapia pulmonar (hacerle palmaditas por la espalda) para la obtención de la muestra de esputo?

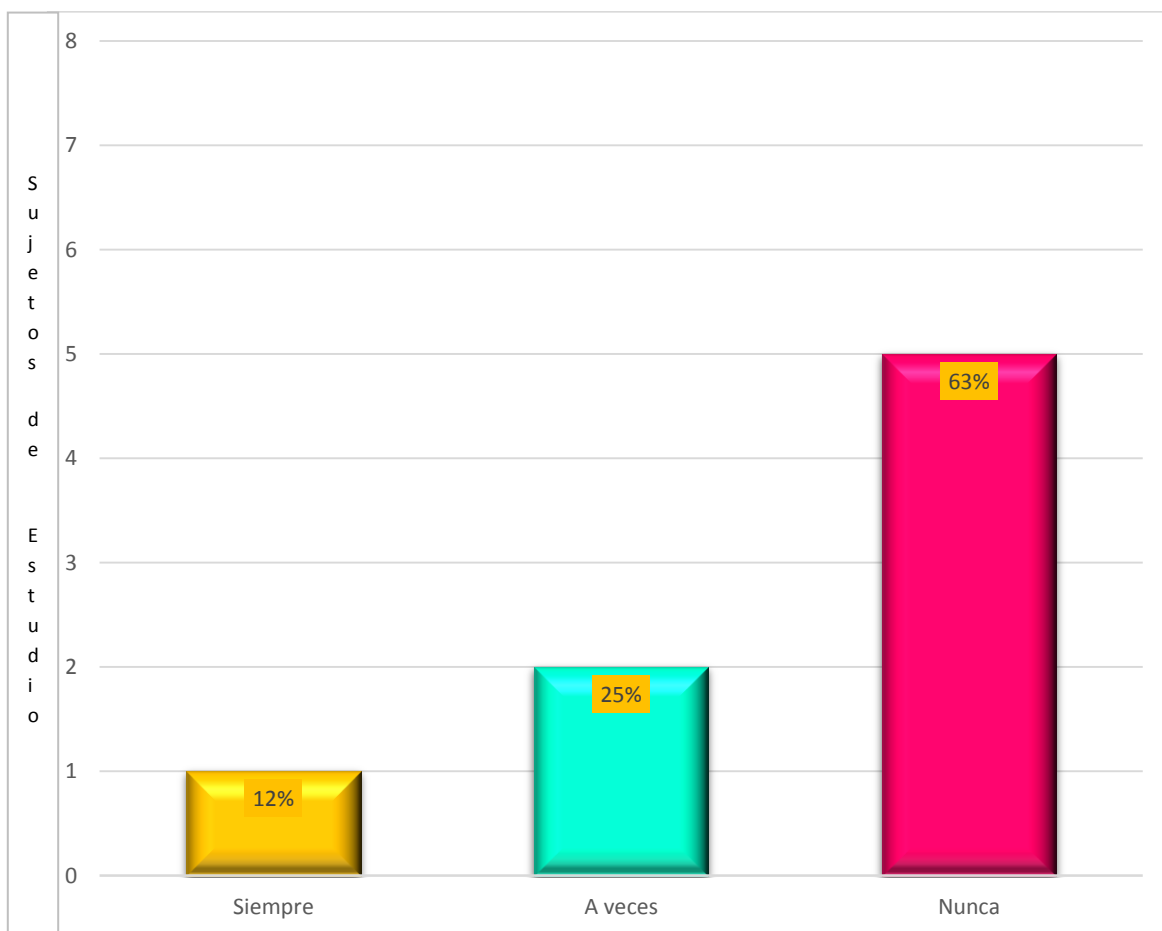


Fuente: Encuesta dirigida a usuarios CAP Comitancillo, San Marcos; septiembre 2,016.

El 88% demuestran que el personal de salud “nunca” le ayudó a realizar terapia pulmonar para la obtención de la muestra de esputo, procedimiento que favorece de manera más fácil y rápida el desprendimiento de las secreciones del árbol bronquial, el personal de salud debe poner en practica estas técnicas como una estrategia para lograr que el paciente dé su muestra de baciloscopía. El 12% respondió que “algunas veces” lo realizaron y para la respuesta “siempre” no hubo respuesta favorable 0%, estos últimos resultados evidencian que el personal no realiza terapia pulmonar, esta técnica debe establecerse como rutina en el servicio para contribuir que el paciente logre dar su muestra.

Gráfica Núm. 14

¿El personal de salud lo ha visitado para solicitarle muestras de esputo (gargajo)?

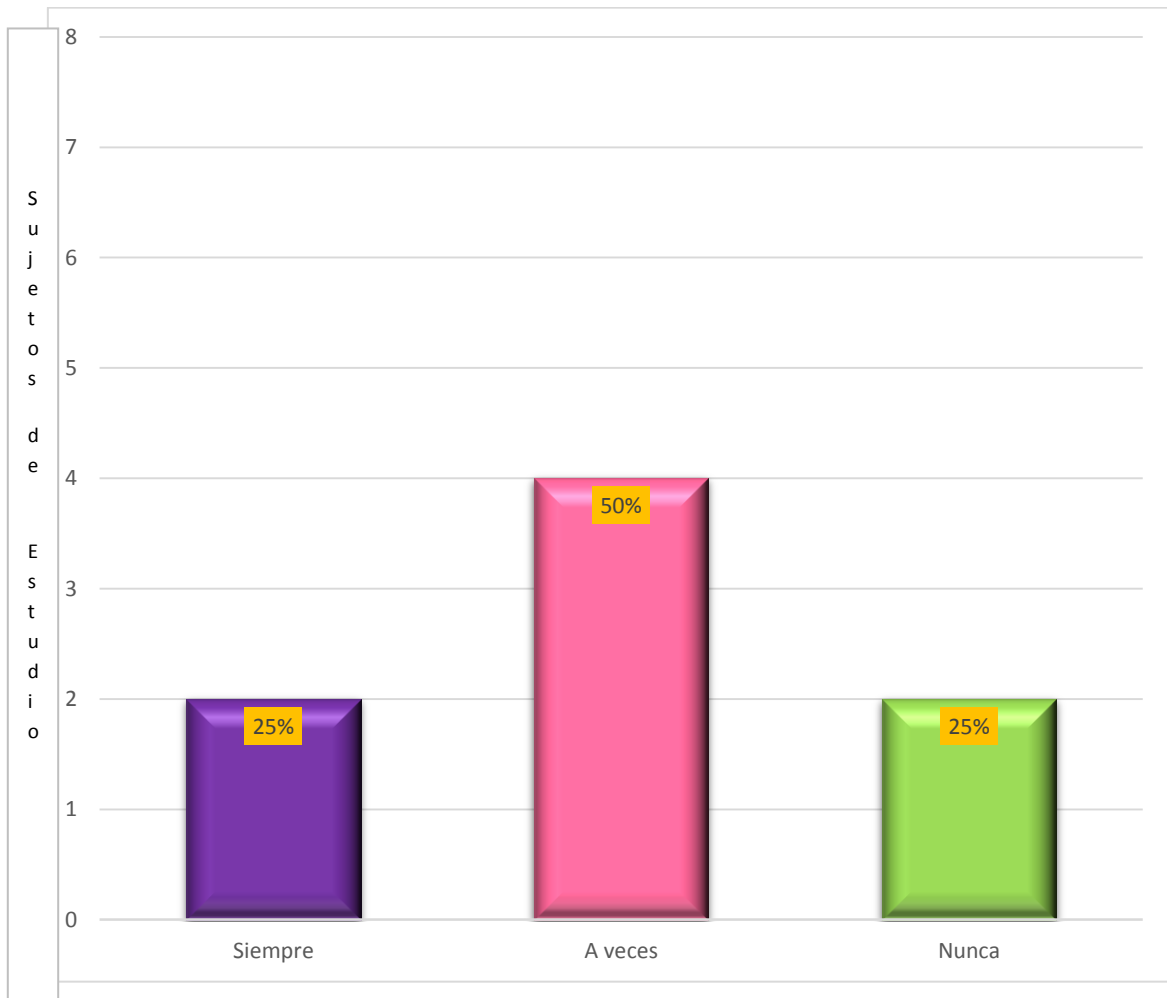


Fuente: Encuesta dirigida a usuarios CAP Comitancillo, San Marcos; septiembre 2,016.

De acuerdo a resultados el 63% de los pacientes dieron a conocer que el personal de salud “nunca” los ha visitado para solicitar muestras de esputo, el 25% respondió que “algunas veces” y el 12% que “siempre”, sin embargo en la gráfica número 3 el personal refiere que realiza búsqueda activa de muestras de baciloscopías, el cual se realiza a través de visitas domiciliarias, en especial a pacientes que representan riesgos para la salud, pero se evidencia en la presente gráfica que el personal de salud no da seguimiento a los pacientes en el hogar para la pesquisa baciloscópica, el personal de salud debe contar con planes de visitas domiciliarias y ejecutarlas estrictamente.

Gráfica Núm. 15

¿El personal de salud le habla en su idioma?

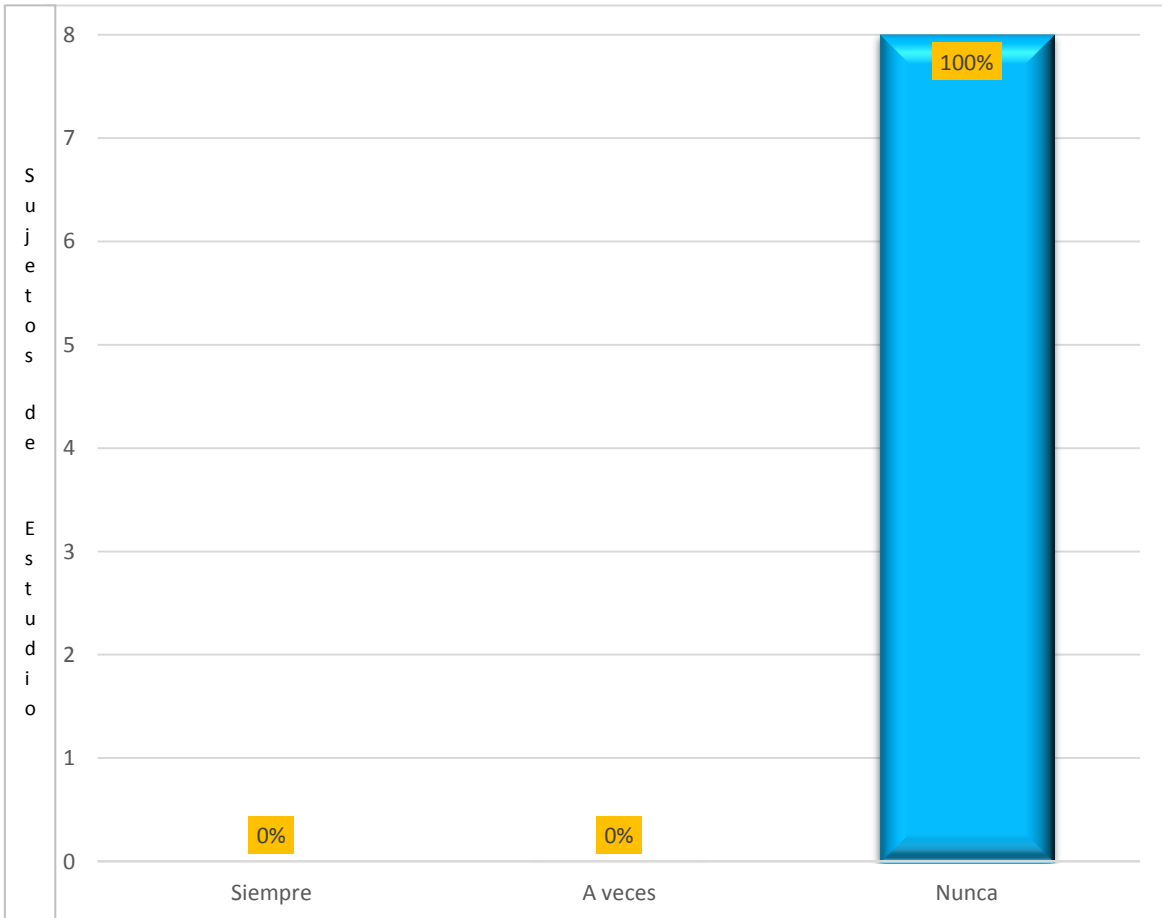


Fuente: Encuesta dirigida a usuarios CAP Comitancillo, San Marcos; septiembre 2,016.

El 50% de los pacientes dieron a conocer que “algunas veces” el personal de salud le habla en su idioma y para las respuestas “siempre” y “nunca”, ambas obtuvieron el 25%; por lo que demuestra que las barreras idiomáticas son de tipo actitudinal del personal, ya que de acuerdo a la tabla número 1 la cual demuestra que el 41% del personal hablan los idiomas mam y español y el 5% habla solo mam, por lo que sí se domina el idioma local, puede ser utilizado como estrategia para facilitar la comunicación que transmita la información que se desea dar a conocer al paciente.

Gráfica Núm. 16

¿En el servicio de salud donde le solicitaron su muestra de baciloscopía (gargajo) le brindaron un lugar apartado para que no lo vean los demás usuarios (proteger su individualidad)?

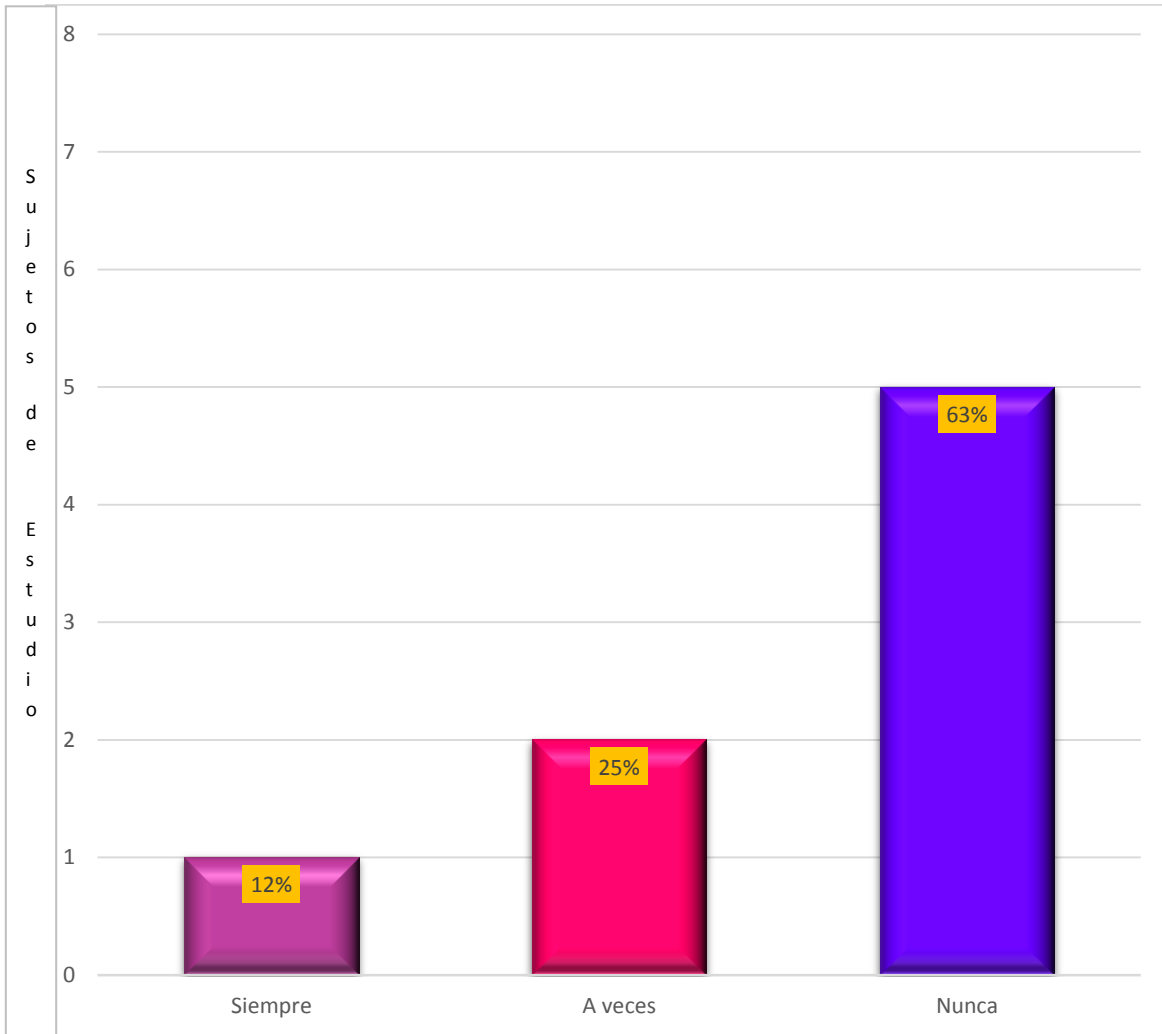


Fuente: Encuesta dirigida a usuarios CAP Comitancillo, San Marcos; septiembre 2,016.

El 100% de los usuarios evidenció que “nunca” le brindaron un lugar privado para proporcionar la muestra de esputo, lo que demuestra que no se practica uno de los principios fundamentales de enfermería, proteger la individualidad del paciente.

Gráfica Núm. 17

¿El personal de salud que le solicitó su muestra de esputo (gargajo), también les ha solicitado los mismos exámenes a sus familiares?

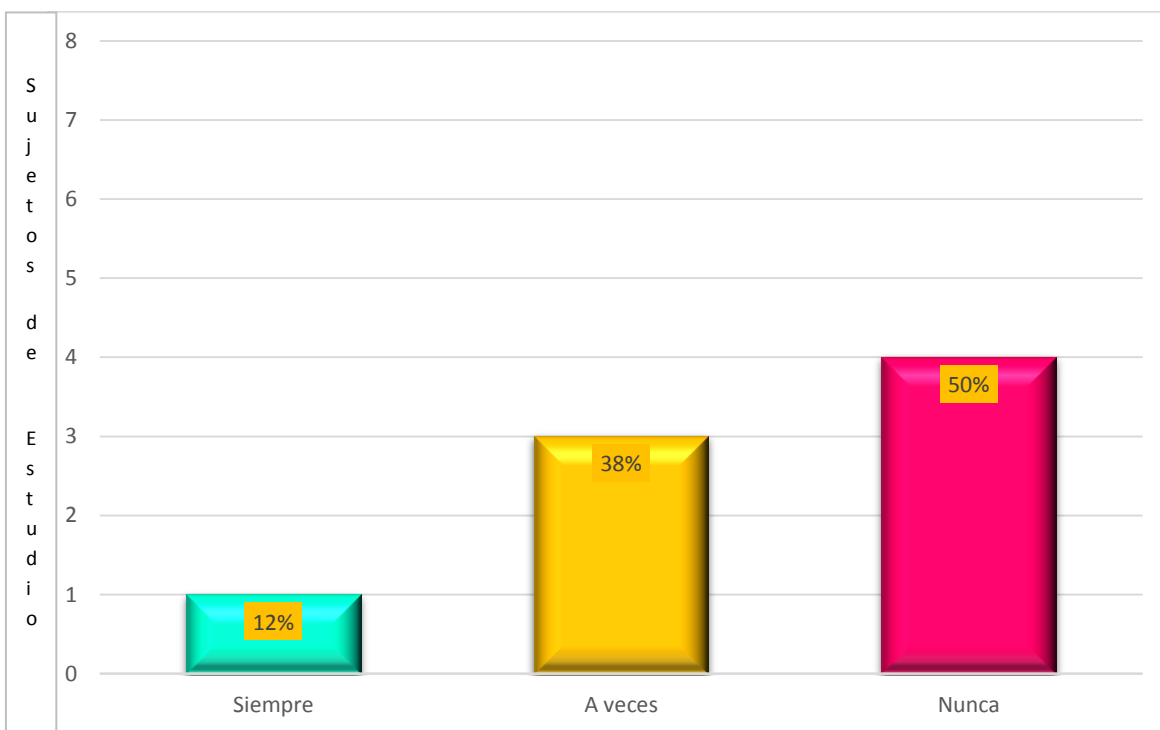


Fuente: Encuesta dirigida a usuarios CAP Comitancillo, San Marcos; septiembre 2,016.

El 63% de los usuarios evidenciaron con sus respuestas que el personal “nunca” les ha solicitado los mismos exámenes a sus familiares, siendo importante captarlos, porque son contactos con potencial riesgo de desarrollar la enfermedad, el 25% expresaron que “algunas veces” y 12% que “siempre”, demostrando poco interés en el estudio de contactos, principalmente en la familia del paciente que es imprescindible para la búsqueda activa de muestras de baciloscopías.

Gráfica Núm. 18

¿El personal de salud lo ha visitado para darle seguimiento a su tratamiento?

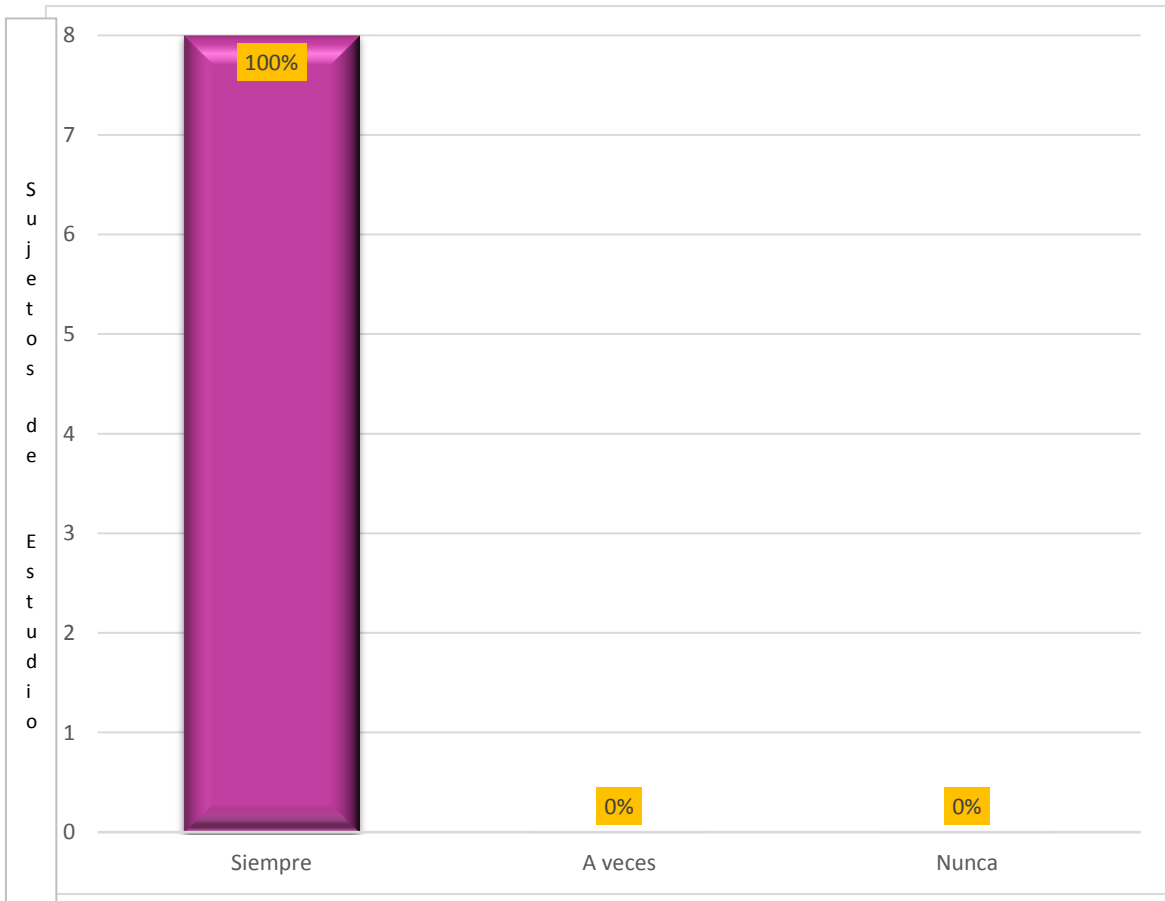


Fuente: Encuesta dirigida a usuarios CAP Comitancillo, San Marcos; septiembre 2,016.

El 50% de los usuarios dio a conocer que el personal de salud “nunca” lo ha visitado en su hogar para darle seguimiento a su enfermedad, evidenciando deficiencia en las visitas domiciliarias de seguimiento, lo cual es importante porque en el tratamiento acortado estrictamente supervisado se debe visitar al paciente en su hogar para garantizar que esté llevando a cabo su autocuidado para mejorar su estado de salud, cumpliendo con la responsabilidad de evitar el contagio a su familia y cumplir con el esquema de tratamiento. El 38% manifestó que “algunas veces” y el 12% que “siempre” lo han visitado demostrando que a este porcentaje le dan seguimiento a través de visitas domiciliarias como fortalecimiento al programa, cuya meta es erradicar la enfermedad.

Gráfica Núm. 19

¿Cuándo le solicitaron su examen de esputo (gargajo) la enfermera le proporcionó los frascos?

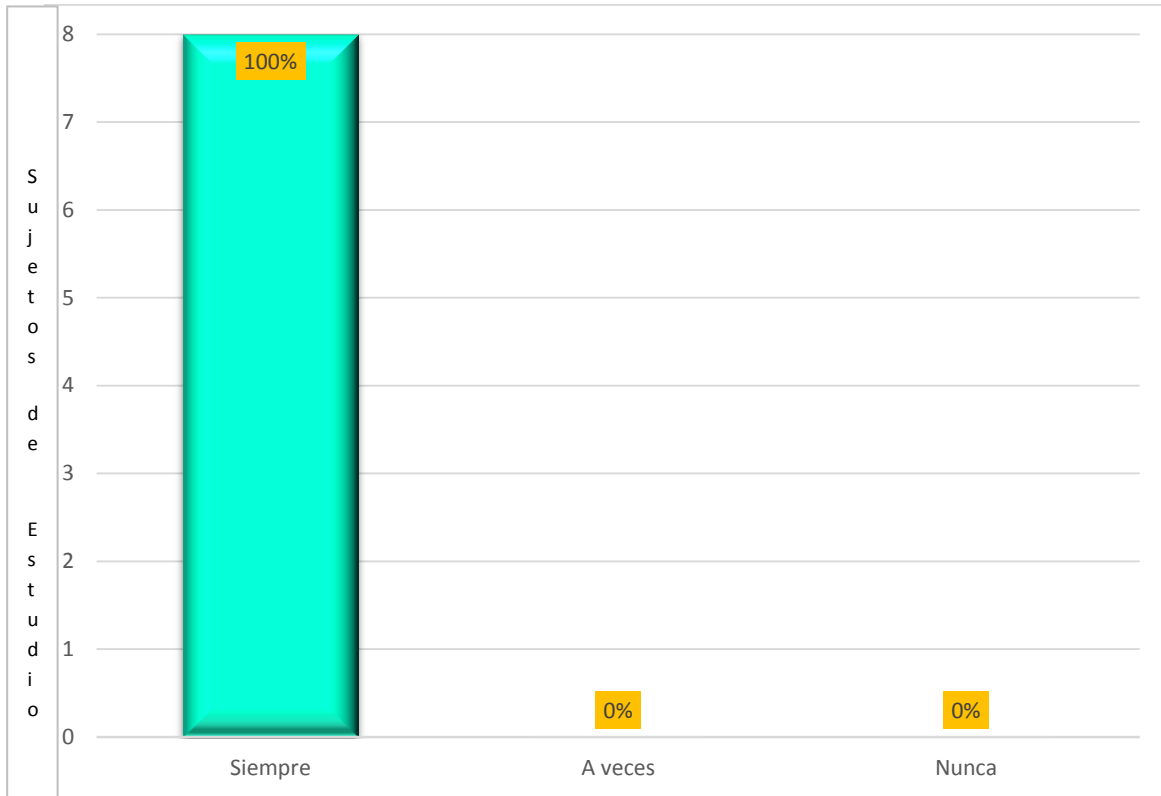


Fuente: Encuesta dirigida a usuarios CAP Comitancillo, San Marcos; septiembre 2,016.

Los resultados demuestran que cuando el personal de salud solicitó examen de esputo al 100% de los usuarios, “siempre” se les proporcionó recipiente, siendo estos el insumo principal para la toma de muestras de baciloscopías, lo que evidencia que en el servicio de salud esta abastecido de insumos necesarios, por lo que no se justifica la baja cobertura, porque con solo contar recipientes o envases ya se puede lograr la captación de las muestras en los sintomáticos respiratorios.

Gráfica Núm. 20

¿Al momento de entregar sus muestras de esputo (gargajo), la enfermera los guardo en un termo?



Fuente: Encuesta dirigida a usuarios CAP Comitancillo, San Marcos; septiembre 2,016.

El total de usuarios indicaron que al momento de entregar sus muestras de esputo la enfermera “siempre” lo guarda en un termo, lo cual demuestra la existencia de insumos, garantizando la eficacia en la conservación y/o traslado de las muestras de esputo.

XI. CONCLUSIONES

- El personal de enfermería del Centro de Atención Permanente de Comitancillo San Marcos, es femenino, comprendido en las edades de 26 a 36 años, hablan mam y español, son Auxiliares de Enfermería, cuentan entre 1 a 5 años de trabajo. Respecto a los usuarios son de sexo masculinos, hablan el idioma mam, son analfabetas, proceden del área rural y tienen que recorrer más de 2 horas de distancia para llegar al servicio de salud.
- El establecimiento de salud es geográficamente accesible para la población que cubre, cuenta con personal extramuros para la búsqueda activa de las muestras, a veces se ejecuta el programa de capacitación, cuenta con termos e insumos necesarios para la recolección y transporte de muestras, el personal refiere que protege la individualidad del paciente al momento que dan la muestra, realizan búsqueda activa en los familiares de sintomáticos respiratorios, además realizan visitas domiciliarias.
- Las causas institucionales de la baja cobertura de baciloscopías son: falta de planificación y capacitación a cerca de tuberculosis, incumplimiento en la búsqueda de sintomáticos respiratorios, los resultados obtenidos de la encuesta a los usuarios contrastan con las respuestas del personal ya que según los usuarios, las causas institucionales son: Falta de información para recolectar las muestras, no se les explica como recolectar la muestra ni para qué sirve el esputo que proporcionan, no les realizan terapia pulmonar, tampoco los visitan en su casa, no existe un lugar específico para recolectar las muestras y existe barrera idiomática.

XII. RECOMENDACIONES

- Promover la participación del recurso humano disponible y promover planes de mejora, ya que tienen características representativas como la edad del personal, hablan mam y español y que en su mayoría son auxiliares de enfermería, lo cual constituye fortalezas para adquirir la responsabilidad de trabajar para la prevención, tratamiento y disminución de casos de tuberculosis en el municipio de Comitancillo San Marcos.
- Fortalecer la capacitación del recurso humano en relación al programa de tuberculosis, realizar planificación y ejecución estricta de visitas domiciliarias dirigida a pacientes y contactos de sintomáticos respiratorios y aprovechar al máximo los recursos disponibles en el servicio de salud
- Crear un área específica para la toma de muestras, brindando información a los pacientes de cómo proporcionar la muestra y realizar terapia pulmonar, efectuar búsqueda activa y pasiva de sintomáticos respiratorios, brindar seguimiento a través de visitas domiciliarias, promover el acercamiento con los usuarios y brindar información veraz y confiable.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia social, Programa Nacional de Tuberculosis. Guatemala.** Módulo Introductorio: La Tuberculosis como problema de Salud Pública. Guatemala: s.n., 2009. ISSN.
2. **Organización Panamericana para la Salud.** Manual para el diagnóstico Bacteriológico de la Tuberculosis, Parte I Baciloscopía. Normas y guía técnica. Argentina : s.n., 2008.
3. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Tuberculosis.** Protocolo de Atención del paciente con Tuberculosis, Norma Nacional. Guatemala: s.n., 2009. ISBN/ISSN.
4. **Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud.** Protocolo de Vigilancia de la Tuberculosis. Colombia: s.n., 2010.
5. **Ministerio de Salud y Deportes.** Manual de Normas Técnicas. Programa Nacional del Control de la Tuberculosis. Bolivia: s.n., 2005.
6. **Ministerio de Salud Subsecretaria de la Salud Pública División de Prevención y control de enfermedades.** Normas Técnicas para el Control y la eliminación de la Tuberculosis. Santiago de Chile: s.n., 2014.
7. **Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.** Manual de Normas de Control de la Tuberculosis. Honduras: s.n., 2012. ISBN.
8. **Organización Panamericana para la Salud.** Manual para el Diagnóstico Bacteriológico de la Tuberculosis Parte 2 Cultivo. Argentina: s.n., 2008.
9. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.** Módulo 4 de Capacitación, Identificación de los Sintomáticos Respiratorios. El Salvador: s.n., 2008.
10. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.** Diagnóstico oportuno de asos mediante la investigación de los Sintomáticos Respiratorios Módulo 1. Diagnóstico oportuno de casos mediante la investigación de los sintomáticos respiratorios, Módulo 1. Guatemala: s.n., 2009.

11. **Ministerio de Salud República de Argentina.** Guía para el equipo de Salud, Enfermedades Infecciosas; Diagnóstico de Tuberculosis. Argentina: s.n., 2009. ISSN 1852-1819 / ISSN 1852-219X (en línea).
12. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.** Manejo de la Coinfección TB/VIH-Sida Módulo 3. Guatemala: s.n., 2,009.
13. **OMS/OPS Programa regional de Tuberculosis.** Guía de enfermería para la aplicación de la estrategia DOTS/TAES. Washington D.C.: s.n., 2002.
14. **Gúzman, Dr. Mario.** Guía de práctica clínica. Argentina: s.n., 2013.
15. **Organización Panamericana de la Salud.** Coinfección TB/VIH: Guia Clínica. Washington, D.C 20037, EE.UU: s.n., 2008.
16. **Ministerio de Salud de El Salvador.** Manual de Toma, manejo y envío de muestras de Laboratorio. El Salvador: MINSAL, 2013. ISBN.
17. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de Educación Continua.** Instructivo de Enfermería para el programa de tuberculosis. Guatemala C.A: s.n., 1992.
18. **The University of Arizona Collage of Nursing.** Factors affecting job satisfaction in the registered Nurse. Estados Unidos: s.n., 2013.
19. **Congreso de la República de Guatemala.** Ley de Regulación del ejercicio de Enfermería. Guetemala: 1ra Edicion, 2007.
20. **Martha Raile Alligood. Ann Marriner Tomey.** Modelos y Teorías en Enfermería. s.l: Elsevier Mosby.
21. **Organización Panamericana Para la Salud.** Agenda Nacional de Investigación en Tuberculosis en Perú, 2011-2014. [En línea] diciembre de 2014. [Citado el: 21 de marzo de 2015.] http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=14&ved=0CC8QFjADOAo&url=http%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fjournal%2Findex.php%3Fgid%3D561%26option%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download&ei=WfDjVMuJGPDfsATizYH4CQ&usg=AFQjCNHvDpmDydWo0bJdkKcX1dzDBdeGRg.
22. **Mejía, Mauro Robles.** Tuberculosis en menores de 15 años en el Hospital Hipólito Unanuede Tacna. 1972 – 2011. [En línea] 2011. [Citado el: 21 de marzo de 2015.] <http://www.unjbg.edu.pe/revistas/pdf/20140430-revistamV7-2.pdf>.

23. **Quezada, Amparito del r. Soto.** Factores de riesgo asociados a la tuberculosis pulmonar del área N°1 de Zamora Chinchipe en enero 2008 – diciembre 2010.”. [En línea] Noviembre de 2011. [Citado el: 21 de mayo de 2015.] <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/4054/1/SOTO%20QUEZADA%20AMPARITO%20DEL%20R.%20.pdf>.
24. **Alvarado, Marcela Carolina Morales.** Caracterización Epidemiológica, Distribución y asociaciones de la tuberculosis pulmonar en el servicio de salud Metropolitano sur oriente: Estudio descriptivo y analítico (Enero dE 2010 a julio de 2012). [En línea] Diciembre de 2013. [Citado el: 20 de Marzo de 2015.] <http://www.saludpublicachile.cl:8080/dspace/bitstream/123456789/384/1/TESIS%20Marcela%20Morales.pdf>.
25. **Sandra Henao Ríveros, Claudia Sierra, Edgar Sánchez, Alfredo Rodríguez.** “Búsqueda de tuberculosis en pacientes sintomáticos respiratorios en cuatro Hospitales” en Bogotá Colombia. [En línea] 19 de junio de 2007. [Citado el: 21 de marzo de 2015.] <file:///F:/NUEVA%20TESISS/v9n3a09.pdf>.
26. **Centro de Estudios de Población y Desarrollo.** Proyecto “Fortalecimiento del programa de control de la Tuberculosis en la República de Cuba”. Encuesta Nacional sobre conocimiento, actitud y comportamiento de la población ante la Tuberculosis, 2009. [En línea] 2010. [Citado el: 20 de marzo de 2015.] http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/tuberculosis/encuesta_tb.pdf.
27. **Copca, Brenda Armenta.** Factores asociados al tiempo de Negativización de baciloscopía de pacientes con tuberculosis pulmonar en Orizaba, Veracruz. [En línea] 2011. [Citado el: 12 de marzo de 2015.] <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=18&ved=0CEUQFjAHOAo&url=http%3A%2F%2Fwww.inspvirtual.mx%2FCentroDocumentacion%2FcowisBancoPF%2FSPTDownloadFile.php%3FId%3D544&ei=WfDjVMuJGPDfsATizYH4CQ&usg=AFQjCNFhXQsXZR0jwHsfcnKcRsKDQbS3LQ>.
28. **Gonzales, Walfren Videulfo Roblero.** “Conocimientos que posee el personal Auxiliar de Enfermería de los servicios de salud del Distrito de Flores, para la detección y el logro de las metas en la pesquizá baciloscópica de pacientes

sintomáticos respiratorios. [En línea] Julio de 2008. [Citado el: 15 de Marzo de 2015.] http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8577.pdf.

29. **López, Mynor Nolberto Sagástume.** “Factores de riesgo en los casos actuales de Tuberculosis pulmonar en los municipios de Lanquín, Santa Catalina la Tinta, Fray Bartolomé de las Casas y Santa María Cahabón, departamento de Alta Verapaz. Guatemala, enero - diciembre 2010”. [En línea] Febrero de 2012. [Citado el: 15 de Marzo de 2015.] <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/09/11/Sagastume-Mynor.pdf>.

30. **Aguilar, Diana Gabriela Castillo.** Evaluación de la aplicación del protocolo de atención para la detección oportuna de personas sospechosas de tuberculosis pulmonar. [En línea] septiembre de 2015. [Citado el: 06 de febrero de 2016.] https://www.ehu.eus/documents/2458096/3401856/05_Consentimiento/Informado_es.pdf.

31. **Castillo, Dr. José Antonio Zaes.** Guión de la práctica para la asignatura de Métodos Estadísticos. San Francisco, California : 1ra Ed., 2010. 94105 USA.

32. **Perú, Ministerio de Salud Fondo mundial.** Guía técnica para el diagnóstico y manejo de la comorbilidad tuberculosis y diabetes mellitus en el primer nivel de atención. [En línea] 2012 de enero de 31. [Citado el: 21 de Msrzo de 21.] <http://www.parsalud.gob.pe/phocadownload/fondomundial/ProdcutoMaterialIEC/PAL/GUIA%20DM-TB.version%20final.pdf>.

33. **Ministerio de la Proteccion Social, Instituto Nacional de Salud.** Protocolo de vigilancia de tuberculosis. Colombia: s.n., 2013.

34. **Cedeño, Wagnia Piedad Castro.** Evaluación de los Indicadores operacionales de detección de casos de Tuberculosis en pacientes internados en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo Enero a Julio de 2011. [En línea] julio de 2011. [Citado el: 13 de marzo de 2015.] <http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/407/1/TESIS%20PDF.pdf> .

35. **Organización Panamericana de la Salud.** Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015. Washington: s.n., 2006. ISBN 92 75 32673 8.

36. **Organizacion Panamericana de la salud. Programa Regional de Tuberculosis.** Reunión Regional de Jefes de Programas Nacionales del Control de la Tuberculosis. Mexico: s.n., 2014.

37. **Organización Panamericana de la Salud.** Plan de acción para el control de la tuberculosis en América Latina, Programa de enfermedades transmisibles. Washinton D.C: s.n., 1993.

XIV. ANEXOS

Boleta Número. _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Comitancillo San Marcos.

Por medio de la presente doy mi consentimiento voluntariamente y de manera libre, sin ningún tipo de obligación, decido participar en la investigación titulada: **Determinación de las causas institucionales que influyen en la baja cobertura de baciloscopías en el centro de Atención Permanente de Comitancillo San Marcos.** La cual está a cargo de la Enfermera Profesional Blanca Damáris Coronado Velásquez, estudiante de Licenciatura en Enfermería. Dicha investigación es de carácter estrictamente confidencial y con el único objetivo de aportar información para el desarrollo de la investigación.

f. _____

Participante en la Investigación.

f. _____

Responsable de la Investigación.

Gracias por su colaboración.

ENCUESTA DIRIGIDA A PERSONAL DE ENFERMERÍA

Boleta Número. _____

Título: Determinación de las causas en la baja cobertura de baciloscopías de agosto a septiembre de 2016 en el Centro de Atención Permanente, Municipio de Comitancillo, San Marcos, Guatemala.

Responsable: Blanca Dámaris Coronado Velásquez. Estudiante de la Licenciatura en Enfermería.

Instrucciones: A continuación se le presenta una lista de preguntas, marque con una X su respuesta.

Datos Generales

1. Género	M	<input type="checkbox"/>	2. Edad	De 18-25	<input type="checkbox"/>	3. Idiomas que habla:	Español	<input type="checkbox"/>
	F	<input type="checkbox"/>		26-33	<input type="checkbox"/>		Mam	<input type="checkbox"/>
				34-41	<input type="checkbox"/>		Mam y Español	<input type="checkbox"/>
				42- Más	<input type="checkbox"/>			
4. Nivel educativo:	Auxiliar de Enfermería	<input type="checkbox"/>	5. Tiempo de Trabajo	Menor de 1 a.	<input type="checkbox"/>			
	T. U. en Enfermería	<input type="checkbox"/>		1-5	<input type="checkbox"/>			
	Licenciatura en Enf.	<input type="checkbox"/>		6-10	<input type="checkbox"/>			
6. Puesto de Trabajo:	Auxiliar de Enfermería	<input type="checkbox"/>		11-15	<input type="checkbox"/>			
	Enfermera de 8 horas	<input type="checkbox"/>		16-20	<input type="checkbox"/>			
	Enfermera Turnista	<input type="checkbox"/>						
	Enfermera de Distrito	<input type="checkbox"/>						

SECCIÓN II

Instrucciones: A continuación se le presenta una lista de preguntas en base a escala de Likert con tres opciones de respuesta marque con una X.

No.	Preguntas	Siempre	A veces	Nunca
7	¿El establecimiento de salud donde labora geográficamente es accesible para la población que cubre?			
8	¿En su servicio existe personal extramuros para búsqueda activa de muestras de baciloscopías?			
9	¿El personal extramuros realiza búsqueda activa de muestras de baciloscopías durante las visitas domiciliarias?			
10	¿Realiza búsqueda activa de muestras de baciloscopías en familiares de Sintomáticos Respiratorios?			
11	¿En su servicio de salud existe programa de capacitación sobre tuberculosis?			
12	¿Cuenta con insumos necesarios para recolectar muestras de baciloscopías?			
13	¿En la institución donde labora existe medio de transporte para el traslado de las muestras de esputo?			
14	¿Tiene termos para el traslado de las muestras de esputo?			
15	¿Cuenta con un lugar para proteger la individualidad del paciente al momento de proporcionar la muestra de esputo?			
16	¿En su servicio realiza búsqueda pasiva de sintomáticos respiratorios durante la consulta externa?			

Gracias por su colaboración.

Universidad Rafael Landívar

Campus Quetzaltenango

Facultad Ciencias de la Salud

Licenciatura en Enfermería

ENCUESTA DIRIGIDA A USUARIOS DEL SERVICIO

Boleta Número. ____

Título: Determinación de las causas en la baja cobertura de baciloscopías de agosto a septiembre de 2016 en el Centro de Atención Permanente, Municipio de Comitancillo, San Marcos, Guatemala.

Responsable: Blanca Dámaris Coronado Velásquez. Estudiante de la Licenciatura en Enfermería.

Instrucciones: A continuación se le presenta una lista de preguntas, marque con una X su respuesta.

Datos Generales

1. Género	M	<input type="checkbox"/>	2. Edad	De 10-20	<input type="checkbox"/>	3. Idiomas que habla:	Español	<input type="checkbox"/>
	F	<input type="checkbox"/>		21-30	<input type="checkbox"/>		Mam	<input type="checkbox"/>
				31-40	<input type="checkbox"/>		Mam y	<input type="checkbox"/>
				41- Más	<input type="checkbox"/>		español	<input type="checkbox"/>
4. Nivel educativo		Analfabeta	<input type="checkbox"/>	5. Procedencia:	Urbana.	<input type="checkbox"/>		
		Primaria	<input type="checkbox"/>		Rural	<input type="checkbox"/>		
		Básico	<input type="checkbox"/>					
6. Distancia al servicio de salud.		Media hora	<input type="checkbox"/>					
		31m-1hora	<input type="checkbox"/>					
		1-2horas	<input type="checkbox"/>					
		2horas- más	<input type="checkbox"/>					

SECCIÓN II

Instrucciones: A continuación se le presenta una lista de preguntas en base a escala de Likert con tres opciones de respuesta marque con una X.

No.	Preguntas	Siempre	A veces	Nunca
7	¿Cuándo le solicitaron su muestra de esputo (gargajo), le explicaron para qué sirve?			
8	¿Cuándo le solicitaron su muestra de esputo (gargajo), le explicaron cómo debe sacarlo?			
9	¿El Personal de salud le ayudó a realizar terapia pulmonar (hacerle palmaditas por la espalda) para la obtención de la muestra de esputo?			
10	¿El personal de salud lo ha visitado para solicitarle muestras de esputo (gargajo)?			
11	¿El personal de salud le habla en su idioma?			
12	¿En el servicio de salud donde le solicitaron su muestra de baciloscopía (gargajo) le brindaron un lugar apartado para que no lo vean los demás usuarios (proteger su individualidad)?			
13	¿El personal de salud que le solicitó su muestra de esputo (gargajo), también les ha solicitado los mismos exámenes a sus familiares?			
14	¿El personal de salud lo ha visitado para darle seguimiento a su tratamiento?			
15	¿Cuándo le solicitaron su examen de esputo (gargajo) la enfermera le proporcionó los frascos?			
16	¿Al momento de entregar sus muestras de esputo (gargajo), la enfermera los metió a un termo?			

Gracias por su colaboración.