



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

Incidencia de tuberculosis en pacientes de 18 a 50 años de edad en un centro de salud de la ciudad de Guayaquil.

AUTORAS:

**Haro Espinoza, Yajaira Berenise
Romero Yagual, Karen Roxana**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TUTORA:

**Lcda. Muñoz Aucapiña, Miriam Jacqueline. Mgs.
Guayaquil, Ecuador**

28 de agosto del 2017



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Haro Espinoza, Yajaira Berenise y Romero Yagual, Karen Roxana**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**.

TUTORA

Lcda. Muñoz Aucapiña, Miriam Jacqueline. Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

Lcda. Mendoza Vines, Ángela Ovilla. Mgs.

Guayaquil, a los 28 del mes de agosto del año 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Haro Espinoza, Yajaira Berenise y Romero Yagual, Karen Roxana.**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Incidencia de tuberculosis en pacientes de 18 a 50 años de edad, en un centro de salud de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 28 del mes de agosto del año 2017

AUTORAS

Haro Espinoza, Yajaira Berenise

Romero Yagual, Karen Roxana



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Haro Espinoza, Yajaira Berenise y Romero Yagual, Karen Roxana**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Incidencia de tuberculosis en pacientes de 18 a 50 años de edad, en un centro de salud de la ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 28 del mes de agosto del año 2017

AUTORAS

Haro Espinoza, Yajaira Berenise

Romero Yagual, Karen Roxana

Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS YAJAIRA HARO Y KAREN ROMERO.docx (D30205378)
Submitted: 2017-08-21 20:52:00
Submitted By: romeroroxana142015@gmail.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Roxana', is written diagonally across the page.

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: Incidencia de tuberculosis en pacientes de 18 a 50 años de edad en un centro de salud de la ciudad de Guayaquil de Mayo hasta agosto del 2017.

AUTORAS: Haro Espinoza, Yajaira Berenise

Romero Yagual, Karen Roxana

Trabajo de titulación

previo a la obtención del título de: LICENCIADA EN ENFERMERIA

TUTORA: Lcda.

Muñoz Aucapiña, Miriam Jacqueline.

Guayaquil, Ecuador 18 de Agosto del 2017

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por Haro Espinoza, Yajaira Berenise y Romero Yagual, Karen Roxana, como requerimiento para la obtención del título de Licenciadas en Enfermería.

TUTORA:

_____ Lcda.

Muñoz Aucapiña, Miriam Jacqueline.

DIRECTORA DE LA CARRERA

_____ Lcda. Mendoza

Vinces, Ángela Ovilda. MSc

Guayaquil,

a los 18 del mes de Agosto del año 2017.

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Haro Espinoza, Yajaira Berenise y Romero Yagual, Karen Roxana

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, Incidencia de tuberculosis en pacientes de 18 a 50 años de edad, en un centro de salud de la ciudad de Guayaquil de mayo a agosto del 2017

previo a la obtención del título de Licenciadas en Enfermería.

ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 18 del mes de Agosto del año 2017

LAS AUTORAS

Haro Espinoza, Yajaira Berenise Romero Yagual, Karen Roxana

AUTORIZACIÓN

Yo, Haro Espinoza, Yajaira Berenise y Romero Yagual, Karen Roxana

Autorizo

a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a

la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, Incidencia de tuberculosis en pacientes de 18 a 50 años de edad, en un centro de salud de la ciudad de Guayaquil

de mayo a agosto del 2017, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi

exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 18 del mes de Agosto del año 2017

LAS AUTORAS

Haro Espinoza, Yajaira Berenise Romero Yagual, Karen Roxana

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios porque a pesar de mis debilidades me dio fortaleza y guió siempre mi camino lo largo de mi carrera gracias mi señor rey de reyes por tu infinito amor. A mi familia que, aunque no siempre ha estado ahí presente, he tenido su apoyo, en especial agradezco a mi madre por su paciencia, ayuda incondicional, y sobre todo por su amor, gracias a ella he podido cumplir con mi objetivo.

A mis hijos porque ellos son el motor para no caer, para seguir adelante con mi propósito, ellos son mi fortaleza para continuar.

Agradezco a la Lcda. Mirian Muñoz porque a través de sus conocimientos pude concluir con mi trabajo de titulación.

Agradezco mi compañera de tesis por su constancia, porque no se rindió en ningún momento ante las adversidades.

Agradecerme a mí porque no me di nunca por vencida.

Haro Espinoza Yajaira Berenise.

A mi DIOS por darme la oportunidad de seguir adelante y guiarme pasó a paso ya que con EL todo es posible.

URKUND

Documento TESIS VARELA, MARCO Y VAJARA, MARIO [DESCARGAR]

Presentado 2017-08-11 13:52:05 (0)

Presentado por romerovajara@20215@gmail.com

Recibido egr.munoz@cega.gov.ec/urkund.com

Mensaje TESIS VARELA, MARCO Y VAJARA, MARIO [DESCARGAR]

de estas 43 paginas, se componen de esto presente en 0 fuentes.

Lista de fuentes Bloques

Etiqueta	Categoría	Enlace/nombre de archivo
PDF		https://repositorio.cega.gov.ec/handle/document/3171768811_TESIS_VARELA_MARCO_Y_VAJARA_MARIO.pdf
PDF		tesis v. varela, marco y vajara, mario
PDF		tesis v. varela, marco y vajara, mario
PDF		tesis v. varela, marco y vajara, mario
PDF		tesis v. varela, marco y vajara, mario
PDF		tesis v. varela, marco y vajara, mario

34% Activo

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS CARRERA DE ENFERMERIA

TEMA: incidencia de tuberculosis en pacientes de 15 a 50 años de edad en un centro de salud de la ciudad de Guayaquil de mayo hasta agosto de 2017.

AUTORAS: Romero Vajara, Karen Beatriz
Romeró Vajara, Karen Beatriz

Trabajo de titulación
previo a la obtención de título de LICENCIADA EN ENFERMERIA

TUTORA: Lora
Munoz Ausubina, Milhem Jacqueline

Guayaquil Ecuador 15 de agosto de 2017

CERTIFICACION

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por Mario Espinoza Vajara

Archivo de registro Urkund: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil - correo y fastesto.docx 34%

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS CARRERA DE ENFERMERIA "SAN VICENTE PAUL"

TEMA: **incidencia de tuberculosis en los adultos sin diagnóstico por imagen** en un centro de salud de la ciudad de Guayaquil

AUTORAS: **ROMERO VAJARA, KAREN BEATRIZ**
ROMERO VAJARA, KAREN BEATRIZ
ROMERO VAJARA, KAREN BEATRIZ

Trabajo de titulación
previo a la obtención del **grado de LICENCIADA EN ENFERMERIA**

TUTORA: Lora

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios porque a pesar de nuestras debilidades nos dio fortaleza y guio siempre nuestro camino lo largo de la carrera, gracias al señor rey de reyes por su infinito amor.

A nuestras familia que aunque no siempre ha estado ahí presente, hemos tenido su apoyo, en especial agradecemos a nuestras madres por su paciencia, ayuda incondicional, y sobre todo por su amor, gracias a ella hemos podido cumplir con nuestro objetivo y culminar con satisfacción este largo camino.

A nuestros hijos porque ellos son el motor para no caer, para seguir adelante con el propósito, ellos son nuestra fortaleza para continuar.

Agradecemos a la Lcda. Mirian Muñoz porque a través de sus conocimientos pudimos concluir con nuestro trabajo de titulación, dándonos un impulso más para llegar a la meta.

A los docentes porque nos enseñaron valores, y nos brindaron todos sus conocimientos adquiridos, fomentando educación científica y moral.

A nosotras por continuar, porque no nos rendimos en ningún momento ante las adversidades ya que gracias a todas esas piedras que encontradas en nuestro camino pudimos construir nuestro propio castillo.

Haro Espinoza, Yajaira Berenise.

Romero Yagual, Karen Roxana.

DEDICATORIA

Dedicamos nuestro trabajo de tesis principalmente a Dios por ser el que nos fortalece con su bendición e ilumina nuestros camino y por darnos personas valiosas en nuestras vidas como son los hijos.

A nuestras madres por su apoyo moral y sus sabios consejos dandonos un impulso siempre para no dejarnos caer.

A nuestros hijos que son el motivo por el cual seguimos aquí siempre adelante cumpliendo con nuestra meta propuesta.

A nuestras familias que de alguna manera han contribuido en este camino recorrido.

Dedicamos este trabajo a nosotras mismas porque al estar unidas pudimos concluir con éxito nuestro trabajo de titulación.

Haro Espinoza, Yajaira Berenise.

Romero Yagual, Karen Roxana.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

**LCDA. MUÑOZ AUCAPIÑA, MIRIAM JACQUELINE. MGS.
TUTORA**

**LCDA. MENDOZA VINCES, ÁNGELA OVILDA. MGS.
DIRECTORA DE LA CARRERA**

**LCDA. HOLGUÍN JIMÉNEZ, MARTHA LORENA. MGS.
COORDINADORA DE TITULACIÓN**

**DR. OVIEDO PILATAXI, LUIS ALBERTO.
OPONENTE**



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

CALIFICACIÓN FINAL

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO.....	IX
DEDICATORIA.....	X
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	XI
CALIFICACIÓN FINAL.....	XII
ÍNDICE.....	XIII
ÍNDICE GRÁFICO.....	XVI
RESUMEN.....	XVII
ABSTRACT.....	XVIII
INTRODUCCIÓN.....	19
CAPÍTULO I.....	20
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	22
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	23
1.4. OBJETIVOS.....	24
CAPÍTULO II.....	25
2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.....	25
2.1. MARCO REFERENCIAL.....	25
CAPÍTULO II.....	27
2.2. MARCO CONCEPTUAL.....	27
2.2.1. TUBERCULOSIS DEFINICIÓN.....	27
2.2.2. EPIDEMIOLOGÍA.....	27
2.2.3 CADENA EPIDEMIOLOGICA DE TRANSMISIÓN.....	28

2.2.3.1 Agente causal.....	28
2.2.3.2. Reservorio y fuente de infección.....	28
2.2.3.3. Mecanismo de transmisión	29
2.2.3.4. Huésped susceptible de enfermar	29
2.2.4 FACTORES DE RIESGO GENERALES DE LA TUBERCULOSIS	30
2.2.4.1 Personas que han sido infectadas recientemente por las bacterias de la tuberculosis.....	30
2.2.4.2. Personas con afecciones que debilitan el sistema inmunitario.....	30
2.2.5. FACTORES DE RIESGO MEDIO AMBIENTALES	31
2.2.5.1. Tabaco	31
2.2.5.2 Alcohol.....	32
2.2.5.3. Drogas.....	32
2.2.5.4. Desnutrición.....	32
2.2.6. FACTORES SOCIOCULTURALES Y ECONÓMICOS	34
2.2.6.1. Nivel de educación	34
2.2.6.2 Ambiente laboral.....	34
2.2.6.3. Pobreza	34
2.2.7. TIPOS DE TUBERCULOSIS.....	35
2.2.7.1 Tuberculosis pulmonar	35
2.2.7.2. Tuberculosis extra pulmonar.....	35
2.2.7.3. Adenitis tuberculosa	36
2.2.7.4. Meningitis tuberculosa	36
2.2.7.5. Tuberculosis osteoarticular	36

2.2.7.6. Tuberculosis intestinal	36
2.2.8. MANIFESTACIONES CLÍNICAS	37
CAPÍTULO III	38
3. MATERIALES Y MÉTODOS	38
3.1 Tipo de estudio.....	38
3.2. Población.....	38
3.3. Método de recolección de datos	38
3.4. Procedimiento para recolección de datos	38
3.5. Instrumento de la Investigación	38
3.6. Plan de tabulación y análisis de datos	38
2.2.9. VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN.....	39
DISCUSIÓN	50
CONCLUSIÓN.....	36
RECOMENDACIONES	54
GLOSARIO	55
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	58
ANEXOS	61

ÍNDICE GRÁFICO

ENCUESTA DIRIGIDA A USUARIOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.

Gráfico 1: EDAD.....	23
Gráfico 2: SEXO.....	24
Gráfico 3: ESTADO CIVIL	25
Gráfico 4: OCUPACIÓN.....	26
Gráfico 5: NIVEL DE EDUCACIÓN.....	27
Gráfico 6: PERSONAS INFECTADAS RECIENTEMENTE.....	28
Gráfico 7: PERSONAS CON PATOLOGÍAS.....	29
Gráfico 8: FACTORES DE RIESGOS AMBIENTALES.....	30
Gráfico 9: TIPOS DE TUBERCULOSIS.....	31
Gráfico 10: MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	32

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud define que la tuberculosis es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria *Mycobacterium tuberculosis*. Se transmite de una persona a otra a través de gotitas de flúor generadas en el aparato respiratorio en pacientes con enfermedad pulmonar activa. Los síntomas de la tuberculosis son tos con esputo que puede ser sanguinolento. **Objetivo:** Determinar la incidencia de tuberculosis en pacientes de 18 a 50 años de edad en un centro de salud de la ciudad de Guayaquil. **Materiales y métodos:** Se realizó en una investigación descriptiva, prospectiva, transversal, en una población que consto de 30 muestras. **Método de recolección de datos:** Se utiliza la observación indirecta (ficha de recolección de datos). **Resultados:** La incidencia de casos nuevos en el centro de salud fue de 30 pacientes con tuberculosis, el 67% pertenecen al sexo masculino, la manifestaciones clínica que más se elevo fue la tos y expectoración y pérdida de peso y el factor de riesgo ambiental que más prevalece en los pacientes con tuberculosis fue la drogadicción obteniendo 40%, y del factor de socioculturales y económicos, el 50% pertenece un nivel primario, y del 57% tienen un nivel socioeconómico bajo. **Conclusión:** La incidencia de tuberculosis pulmonar fue de 30 casos en el periodo indicado, presentándose con mayor frecuencia en los pacientes de sexo masculino.

Palabras Clave: Incidencia, tuberculosis, adultos, bacilo de koch.

ABSTRACT

The World Health Organization defines tuberculosis as an infectious disease that usually affects the lungs and is caused by a bacterium *Mycobacterium tuberculosis*. It is transmitted from one person to another through Fluoride droplets generated in the respiratory tract in patients with active lung disease. The symptoms of tuberculosis are coughing with sputum that can be bloody. **Objective:** To determine the incidence of tuberculosis in patients aged 18-50 years at a health center in the city of Guayaquil. **Materials and methods:** It was carried out in a descriptive, prospective, transversal research, in a population that consisted of 30 samples. **Method of data collection.** Indirect observation is used (data collection sheet). **Results:** The incidence of new cases at the health center was 30 patients with tuberculosis, 67% were male, the clinical manifestations that increased the most were cough and expectoration and weight loss and the environmental risk factor More prevalent in patients with tuberculosis was drug addiction obtaining 40%, and socio-cultural and economic factor, 50% belongs to a primary level, and 57% have a low socioeconomic level. **Conclusion:** The incidence of pulmonary tuberculosis was 30 cases in the indicated period, occurring more frequently in male patients.

Key words: Incidence, tuberculosis, adults, Koch bacillus.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define que la tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Se transmite de una persona a otra a través de gotitas de flúor generadas en el aparato respiratorio pacientes con enfermedad pulmonar activa (OMS, 2017, párr. 1).

La infección por *M. tuberculosis* suele ser asintomática en personas sanas, dado que su sistema inmunitario actúa formando una barrera alrededor de la bacteria. Los síntomas de la tuberculosis pulmonar activa son tos, a veces con esputo que puede ser sanguinolento, dolor torácico, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna. La tuberculosis se puede tratar mediante la administración de antibióticos durante seis meses (OMS, 2017, párr. 2).

Según la Organización mundial de la salud indica que cuando la forma activa de la enfermedad se presenta, los síntomas (tos, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso, etcétera) pueden ser leves durante muchos meses. Como resultado de ello, en ocasiones los pacientes tardan en buscar atención médica y transmiten la bacteria a otras personas. A lo largo de un año, un enfermo tuberculoso puede infectar a unas 10 a 15 personas por contacto directo. Si no reciben el tratamiento adecuado, hasta dos terceras partes de los enfermos tuberculosos mueren (OMS, 2016, párr. 5).

CAPÍTULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa que afecta básicamente a los pulmones y en muchas ocasiones se puede manifestar de forma extra-pulmonar. Siendo una de las causas principales de muerte en el mundo afectando al grupo más vulnerable de la población, esta infección es causada por una bacteria llamada *Mycobacterium Tuberculosis*.

Según la Organización Mundial de la Salud la infección se transmite de persona a persona a través del aire. Cuando un enfermo con tuberculosis tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire. Basta con que una persona inhale unos bacilos para quedar infectada (OMS, 2017, párr. 2).

Según la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de tuberculosis de la Guía Práctica Clínica indica que, la tuberculosis es un problema de salud pública a nivel mundial y se estima que la tercera parte de la población mundial está infectada con el bacilo *Mycobacterium tuberculosis* (MSP, 2016, párr. 1).

La tuberculosis se ha convertido en la principal causa de muerte entre las personas que viven con VIH. La epidemia de VIH, el crecimiento de las poblaciones y la insuficiente aplicación de los conocimientos disponibles inciden en el control de la enfermedad (MSP, 2016, párr. 2).

El número mundial estimado de nuevos casos incidentes de TB fue 10,4 millones, de los cuales 5,9 millones (56%) en hombres, 3,5 millones (34%) en mujeres y 1,0 millón (10%) en niños. Las personas VIH-positivas representaron 1,2 millones (11%) de todos los casos nuevos de TB (OMS, 2016, párr. 4).

Para la región de las Américas se estimaron 276 mil casos nuevos de TB en 2012, 7 mil casos de TB multidrogorresistente (MDR) (2 % de los casos pulmonares nuevos y el 14 % de casos previamente tratados) (MSP, 2016, párr. 4).

El estimado por la Organización Mundial de la Salud para Ecuador fue de 8, 800 casos nuevos de Tuberculosis, incluyendo aquellos con co-infección TB/VIH. Sin embargo, el Sistema Nacional de Salud (SNS) diagnosticó y notificó 4, 976 casos nuevos, que corresponden al 56,6 % de detección de casos en comparación con el estimado (MSP, 2016, párr. 6).

Durante las prácticas pre-profesionales donde se realiza el estudio, se ha observado pacientes que presentan síntomas compatibles con la tuberculosis, entonces se realiza el estudio en un Centro de Salud Público en la ciudad de Guayaquil, en el periodo de tiempo entre mayo a agosto del 2017. En base al número de casos que inciden en la tuberculosis se diseñan las preguntas de investigación que sirven como guía para el presente estudio. ¿Cuál es la incidencia de tuberculosis en pacientes que acuden a un Centro de Salud Público de Guayaquil?

1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuál es la incidencia de tuberculosis en los pacientes atendidos, que acuden al Centro de Salud de Guayaquil donde se realiza el estudio?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en la transmisión de la tuberculosis en los pacientes que acuden al centro de salud de Guayaquil?
- ¿Cuáles son los tipos de tuberculosis que se presentan en los pacientes de 18 a 50 años de edad que acuden al centro de salud donde se realiza el estudio?
- ¿Qué manifestaciones clínicas presentan los pacientes con tuberculosis con que acuden al Centro de Salud de Guayaquil donde se realiza el estudio?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La importancia de esta investigación es poder conocer cuál es la incidencia de la tuberculosis y cifras estadísticas en el centro de salud donde se realiza la investigación, en este sentido el presente estudio pretende ser un aporte para:

- ✓ El colectivo profesional de salud en función de guía en cuanto a la prevención y control de la tuberculosis y para el usuario o paciente porque le permite conocer signos y síntomas de alerta de esta infección.

El presente proyecto de investigación se realizó dado que en las pasantías de Prácticas Pre-Profesionales se pudo observar un incremento de esta patología y como futura profesional es una función de salud controlar, diagnosticar y prevenir la enfermedad.

Este estudio pretende proporcionar conocimiento de los datos estadísticos sobre la incidencia de la tuberculosis que afecta a la población en general. Esto es importante porque la práctica profesional de salud tiene como objetivo principal ayudar al paciente a satisfacer sus necesidades garantizándoles una óptima atención con calidad, calidez y excelencia.

El Modelo de Atención Integral de Salud establece que; esto debe hacerse de manera que promueva la salud humana y prevenga la enfermedad, manteniendo el equilibrio y la integridad de los ecosistemas, y evitando comprometer el bienestar de las futuras generaciones (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012, párr. 5).

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de tuberculosis pulmonar y extra pulmonar en pacientes de 18 a 50 años de edad en un centro de salud de la ciudad de Guayaquil.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar epidemiológicamente a los pacientes que acuden al Centro de Salud de Guayaquil donde se realiza el estudio.
- Describir los factores de riesgos que influyen en la transmisión de la tuberculosis en los pacientes del Centro de Salud de Guayaquil.
- Clasificar los tipos de tuberculosis que se presentan en los pacientes de 18 a 50 años de edad del centro de salud de Guayaquil
- Identificar manifestaciones clínicas en los pacientes con tuberculosis que acuden al Centro de Salud Público de Guayaquil donde se realiza el estudio.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1. MARCO REFERENCIAL

En un estudio similar sobre los **Factores sociales en la incidencia de tuberculosis pulmonar en el municipio "10 de Octubre"** los autores manifiestan que, Los factores sociales que mostraron mayor influencia en la incidencia de la tuberculosis pulmonar fueron la disfunción familiar, las malas condiciones estructurales de las viviendas y la deficiente higiene del hogar. Influyeron también la deficiente higiene personal y el hacinamiento. Los resultados ofrecen información potencialmente útil para la estratificación de riesgos sociales en la localización de casos de tuberculosis pulmonar (Muñoz Soca, 2011, párr. 4).

Por otro lado, en un segundo estudio de **“Tendencia de la incidencia de Tuberculosis en Cuba: lecciones aprendidas en 1991-1994 y su trascendencia en 2004-2012”** indica que, en este último periodo, en los <15 años de edad, la incidencia se alzó, aunque con cifras pequeñas desde 0,3. La coinfección tuberculosis /VIH/sida aumentó desde 4,5 % en el 2004 hasta 8 % en el 2012 dentro del total de casos de tuberculosis. Podríamos pensar acorde con estos datos, en un posible cambio de la tendencia, y según las lecciones aprendidas en 1991-94, acerca de la prioridad para la asignación de recursos necesarios, que sería importante un replanteo fortalecedor del control para reducir la incidencia sostenidamente hacia la meta de eliminación (Gonzales Ochoa & González Díaz, 2015, párr. 3).

En un tercer estudio sobre **“Incidencia de la resistencia a drogas en tuberculosis y su asociación a comorbilidades en pacientes tratados en un hospital universitario”** El tabaquismo se presentó más frecuentemente asociado a la forma pulmonar estricta, a diferencia de las enfermedades autoinmunes y hematológicas que se presentaron como formas miliares y VIH como formas mixtas. La resistencia se presentó más frecuentemente en enfermedades autoinmunes (4%) y HIV (2%), sin valor significativo. Del total

de los pacientes, se detectó un $n = 47$ (6.8%) con algún tipo de resistencia a las drogas. En los últimos 4 años se detectaron 2 casos de XDR. No se encontró asociación significativa entre los diferentes tipos de resistencias con la presencia de comorbilidades. Sólo se registró un óbito en un paciente con XDR. La presencia de tratamiento previo y las formas bacilíferas fueron los factores asociados a (Martín Fescina & Membriani, 2013, párr. 8).

Según un cuarto estudio sobre **“Análisis y predicción de la incidencia de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva en Cienfuegos”**. Los autores manifiestan que, la baciloscopia positiva presentó una tendencia decreciente, representó el 56,1% del total de casos de tuberculosis pulmonar. Predominaron los enfermos masculinos y el grupo de edades de 60 años y más. El 84,2% de los casos presentó codificaciones altas en los exámenes microscópicos de esputo realizados. Menos del 52% de los diagnósticos fueron realizados en la atención primaria de salud y solo el 50% se enmarcó dentro del tiempo establecido por el programa como indicador operacional. Se predice que ocurrirá un discreto descenso de casos nuevos de pacientes con baciloscopia positiva en los próximos cuatro años (Pacheco González, 2014, párr. 4).

Por otro lado, en un quinto estudio de **“Prevalencia percibida de tuberculosis pulmonar en comunidades de la frontera suroriental del Ecuador”** indica que, la tuberculosis constituye un problema de salud pública y un gran reto para los países en desarrollo. El programa de control de la tuberculosis a pesar de haber implementado estrategias para la lucha para disminuir el número de casos, como es el DOTS, no ha logrado este objetivo y el número de casos de tuberculosis pulmonar y de tuberculosis resistente ha aumentado. Sí se reconoce el aumento en la notificación, lo que posiblemente se debe a la mejora del registro epidemiológico; pero por otro lado la permanencia de factores agravantes como la situación geográfica y demográfica de las poblaciones fronterizas, el limitado o nulo acceso a servicios de salud, siguen siendo un problema (Llerena, 2015, p. 4).

CAPÍTULO II

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. TUBERCULOSIS DEFINICIÓN

La tuberculosis o TB, como se le conoce en inglés, es una enfermedad causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*. Estas bacterias por lo general atacan a los pulmones, pero también pueden atacar otras partes del cuerpo, como los riñones, la columna vertebral y el cerebro. Si no se trata apropiadamente, la tuberculosis puede ser mortal (CDC, 2016b, párr. 1).

2.2.2. EPIDEMIOLOGÍA

La tasa de la mortalidad en Ecuador ha estado decreciendo continuamente desde el 2005, en el que fue de 5,88 por cien mil habitantes, hasta llegar a los 2,43 reportados en el año 2013; la meta en el año 2015 es alcanzar una de las tasa de mortalidad más bajo que 2 por cada cien mil habitantes. En el 2012, en el Ecuador se reportó 5.108 más casos nuevos de Tuberculosis y el éxito de este tratamiento se obtuvo con un 78,24%; en el año 2013, se reportó 4.976 casos y el éxito de este tratamiento para todos los casos nuevos fue del 81,90%(Correa Pontón & Farez Tapia, 2017, párr. 2).

En el año 2014 hubo 4.897 de casos nuevos de TB que presentemente se encuentran en tratamiento bajo DOTS (Tratamiento Acortado Directamente observado), estrategia adoptada por el Ministerio de Salud Pública desde el año 2001 con el único objetivo de garantizar la curación del afectado por tuberculosis. En el año 2014, habrá un total de 103 profesionales de doscientos ochenta y cinco establecimientos de salud de la RPIS (Red Pública Integral de Salud) fueron capacitados en las estrategias del DOTS. El importante objetivo es implementar la estrategia en todo el SNS (Sistema Nacional de Salud) hasta 2017(Correa Pontón & Farez Tapia, 2017, párr. 3).

2.2.3 CADENA EPIDEMIOLÓGICA DE TRANSMISIÓN

Al tratarse de una enfermedad infecciosa causada por un microorganismo, para que se pueda transmitir a otros individuos es obligatorio que el agente causal se ponga en contacto con la población susceptible de enfermar mediante la denominada cadena de infección constituida por el reservorio/fuente de infección y un mecanismo de transmisión.

2.2.3.1 Agente causal

Las especies agrupadas en el complejo *Mycobacterium tuberculosis*: *M. tuberculosis*, *M. africanum* y *M. bovis*. En nuestro medio, *M. tuberculosis* es el agente etiológico habitual ya que la especie africana es excepcional y la transmisión de *M. bovis* casi ha desaparecido al generalizarse el consumo de productos lácteos pasteurizados. Se trata de un bacilo aerobio estricto que tiene como características ser ácido-alcohol resistente, sensible a la luz solar, al calor, la luz ultravioleta y algunos desinfectantes pero resistente a la desecación (Rodríguez De La Pinta, Maestre Naranjo, & Pérez Zambrano, 2012, párr. 2).

2.2.3.2. Reservorio y fuente de infección

El reservorio fundamental es el ser humano infectado que puede desarrollar la enfermedad y eliminar bacilos con todas las maniobras respiratorias, especialmente al toser o estornudar, convirtiéndose así en fuente de infección. Otros mamíferos pueden tener un papel como reservorio/fuente de infección, poco relevante en el ámbito sanitario pero que se debe tener en cuenta en el trabajo desarrollado con animales (investigadores, cuidadores, veterinarios) (Rodríguez De La Pinta, Maestre Naranjo, & Pérez Zambrano, 2012, párr. 3).

2.2.3.3. Mecanismo de transmisión

La vía de transmisión más frecuente es la vía aérea, a través de la inhalación de las gotículas (pequeños residuos de partículas, iguales o menores a 5 micras, de gotas evaporadas) procedentes del enfermo con tuberculosis pulmonar o laríngea, de sus secreciones respiratorias emitidas al toser, estornudar y hablar o bien por la inhalación de partículas de polvo que contengan el agente infeccioso. Excepcionalmente se puede producir la transmisión por la vía dérmico-mucosa, a través de salpicaduras sobre piel no integra o sobre mucosas directamente expuestas; o por inoculación percutánea accidental que puede ocurrir en laboratorios y salas de autopsias. Las formas de tuberculosis más infecciosas son: Tuberculosis pulmonar, laríngea y cavidad oral. Tuberculosis Extra pulmonar con abscesos o lesiones abiertas con alta concentración de organismos o drenajes extensos. Prevención y Control de la Tuberculosis en Trabajadores del Ámbito Sanitario Enfermos portadores de tuberculosis con cepas más virulentas. – Enfermos tuberculosos con infección VIH. – Cadáveres de enfermos tuberculosos (en salas de necropsias) (Rodríguez De La Pinta et al., 2012, párr. 4).

2.2.3.4. Huésped susceptible de enfermar

Se puede considerar como susceptible de infección de TB a todo trabajador que se exponga a un enfermo bacilífero sin las medidas de prevención adecuadas. En general, se requiere un contacto intenso y prolongado, aunque se han descrito casos tras contacto corto. En el contagio influyen factores como la cantidad de bacilos presentes en la expectoración del enfermo, el grado de intimidad, la duración de la exposición, la edad del contacto (mayor riesgo en niños) y el estado inmunológico del mismo. Generalmente, la inmunidad adquirida tras una primera infección hace que las personas sean menos susceptibles si se producen exposiciones subsecuentes; no obstante, existe la posibilidad de reinfección en personas previamente infectadas particularmente si se trata de personas inmunodeprimidas (Rodríguez De La Pinta et al., 2012, p. 15).

2.2.4 FACTORES DE RIESGO GENERALES DE LA TUBERCULOSIS

Algunas personas presentan enfermedad de tuberculosis poco después de contraer la infección (en las semanas siguientes), antes de que su sistema inmunitario pueda combatir a las bacterias de la tuberculosis. Otras personas se pueden enfermar años después, cuando su sistema inmunitario se debilita por otra razón (CDC, 2016, párr. 1).

En general, aproximadamente del 5 al 10 % de las personas infectadas que no reciben tratamiento para la infección de tuberculosis latente presentará la enfermedad en algún momento de su vida. En las personas cuyo sistema inmunitario es débil, especialmente las que tienen la infección por el VIH, el riesgo de presentar enfermedad de tuberculosis es mucho más alto que para las personas con el sistema inmunitario normal (CDC, 2016, párr. 2).

Generalmente, las personas con alto riesgo de tener la enfermedad de tuberculosis pertenecen a estas dos categorías: Personas que han sido infectadas recientemente por las bacterias de la tuberculosis y personas con afecciones que debilitan el sistema inmunitario (CDC, 2016, párr. 3).

2.2.4.1 Personas que han sido infectadas recientemente por las bacterias de la tuberculosis

Entre estas se incluyen las siguientes personas: Contactos cercanos de una persona con enfermedad de tuberculosis infecciosa, personas que han inmigrado desde regiones del mundo con altas tasas de tuberculosis, grupos con altas tasas de transmisión de tuberculosis, tales como personas que viven en la calle, usuarios de drogas inyectables y personas con infección por el VIH (CDC, 2016a, párr. 4).

2.2.4.2. Personas con afecciones que debilitan el sistema inmunitario

Los bebés y los niños pequeños a menudo tienen el sistema inmunitario débil. Hay otras personas que también pueden tener el sistema inmunitario débil, especialmente si presentan alguna de las siguientes afecciones: Infección por

el VIH (el virus que causa el sida), Abuso de sustancias nocivas, Diabetes mellitus, Bajo peso corporal (CDC, 2016a, párr. 5).

2.2.5. FACTORES DE RIESGO MEDIO AMBIENTALES

2.2.5.1. Tabaco

Según la OMS la relación que posee el consumo del tabaco con la tuberculosis pulmonar es alta. El tabaco aumenta sustancialmente el riesgo de padecer tuberculosis y morir por esta causa (Cortez Romero & Lara Mite, 2017, p. 29).

La incidencia mundial de tuberculosis pulmonar atribuye el 20% por el consumo del tabaco, controlar el consumo del tabaco ayudara también a controlar y prevenir el contagio de tuberculosis pulmonar. El tabaco es factor de riesgo independiente del alcoholismo y de otros factores de socioeconómicos, este multiplica el 2,5 de riesgo de tuberculosis (Cortez Romero & Lara Mite, 2017, p. 29).

El aumento del riesgo de infecciones respiratorias en el fumador activo y pasivo puede ser parcialmente atribuido al aumento de la adherencia y colonización bacteriana de la mucosa respiratoria, disminución de la depuración mucociliar nasal y de la vía aérea, y alteraciones específicas de la inmunidad humoral y celular. De este modo, se ha planteado que la nicotina, y quizás otros componentes del tabaco, que disminuyen la producción de factores de necrosis tumoral en los macrófagos alveolares, aumentarían la susceptibilidad de los individuos a desarrollar enfermedad tuberculosa progresiva a partir de una infección por *M. tuberculosis* en estado latente (Cortez Romero & Lara Mite, 2017, p. 29).

En la medidas que recomienda la Organización Mundial de la Salud comprende de diferentes medidas y criterios para la lucha del consumo del tabaquismo relacionado con la tuberculosis pulmonar entre ella se encuentran preguntar al paciente si consume tabaco, explicar los riesgos y ventajas sobre el consumo del tabaco, la importancia que es reducir el consumo del tabaco para que el tratamiento de la tuberculosis pulmonar tenga una buena respuesta (Cortez Romero & Lara Mite, 2017, p. 30).

2.2.5.2 Alcohol

Los clínicos señalan con frecuencia una asociación entre el consumo de alcohol y la incidencia de la tuberculosis. Debido a los mecanismos inmunitarios que son afectados por el alcohol son también aquellos que son esenciales para la resistencia a la tuberculosis el consumo de alcohol puede en realidad aumentar el riesgo de Tuberculosis. El consumo de alcohol se asocia con tuberculosis en su mayoría en los hombres entre los bebedores con mayor intensidad que poseen tuberculosis pulmonar (Cortez Romero & Lara Mite, 2017, p. 30).

2.2.5.3. Drogas

El consumo de drogas está asociado a un incremento de las tasas de morbilidad e infección correspondientes a la tuberculosis. En los sujetos con infección tuberculosa que no presentan coinfección por el VIH, el riesgo de padecer tuberculosis activa en algún momento de la vida oscila entre un 5% y un 10%, mientras que en los VIH-positivos esos mismos porcentajes corresponden al riesgo anual de desarrollar la enfermedad (Cortez Romero & Lara Mite, 2017, p. 30).

Aunque hay menos mujeres que hombres consumidores de drogas, las primeras tienden a estar expuestas a mayores repercusiones sanitarias y sociales. La vinculación con el trabajo sexual puede suponer para la población femenina un mayor riesgo de VIH y, por consiguiente, también de tuberculosis relacionada con el VIH. Las mujeres están más expuestas a la marginación y la violencia. Por otro lado, tienen necesidades específicas relacionadas con el embarazo y la crianza de los niños, tanto en materia de anticoncepción como de atención de salud materno infantil. El riesgo de transmisión del VIH de la madre al niño puede reducirse mediante el diagnóstico precoz y la dispensación de tratamiento antirretroviral (Cortez Romero & Lara Mite, 2017, p. 30).

2.2.5.4. Desnutrición

La relación entre la desnutrición y la tuberculosis pulmonar es interactiva ya que la desnutrición es un factor que deja vulnerable al organismo a una

invasión fácil de enfermedades infectocontagiosas especialmente a la tuberculosis pulmonar la cual agrava la desnutrición (Cortez Romero & Lara Mite, 2017, p. 31).

El alcance de encontrarse con estado nutricional deficiente desencadena trastornos en las funciones del organismo, como por ejemplo las inmunológicas (Cortez Romero & Lara Mite, 2017, p. 31).

También se encuentra una relación en la ingesta de drogas provocan trastornos gastrointestinales que alteran la absorción de nutrientes y micronutrientes ocasionando síntomas como vómitos, náuseas, alteraciones del gusto y del olfato que tiene como consecuencia la disminución de alimentos causando el deterioro del estado nutricional teniendo como consecuencia un sistema inmunológico deficiente vulnerable para las enfermedades como la tuberculosis pulmonar (Cortez Romero & Lara Mite, 2017, p. 31).

La desnutrición aumenta el riesgo de tuberculosis y viceversa; en consecuencia, la desnutrición es muy frecuente entre las personas con tuberculosis. Los niños pequeños y las embarazadas son particularmente vulnerables a los efectos de la desnutrición y la tuberculosis. Las mujeres con tuberculosis pueden tener mayor riesgo de padecer preeclampsia y otras complicaciones durante el embarazo. La tuberculosis también aumenta el riesgo de parto prematuro, insuficiencia ponderal del recién nacido y mortalidad perinatal (Cortez Romero & Lara Mite, 2017, p. 31).

En algunos pacientes se han observado bajas concentraciones circulantes de micronutrientes, por ejemplo, de vitaminas A, E y D, y de hierro, zinc y selenio, si bien los niveles suelen regresar a la normalidad tras dos meses de tratamiento adecuado de la tuberculosis (Cortez Romero & Lara Mite, 2017, p. 31).

2.2.6. FACTORES SOCIOCULTURALES Y ECONÓMICOS

2.2.6.1. Nivel de educación

Existen factores propios del individuo que favorecen al desarrollo de la enfermedad como la deficiente información de la población sobre este tema de la tuberculosis pulmonar (Cortez Romero & Lara Mite, 2017, p. 32).

Los conocimientos de la población y la conciencia popular sobre la tuberculosis pulmonar, son un factor importante debido que ayuda a la detección de casos y control de la enfermedad, por lo tanto al momento de desarrollar nuevas estrategias es necesario establecer métodos sencillos que requieran la participación de la comunidad y permitan aumentar el nivel de conocimientos (Cortez Romero & Lara Mite, 2017, p. 32).

2.2.6.2 Ambiente laboral

De acuerdo con la organización mundial de la salud entre el 60 al 70% de todos los hombres adultos y entre el 30 al 60% de las mujeres adultas están fuera de su hogar. El lugar de trabajo aún en sociedades relativamente modernas puede ser potencialmente peligroso para la salud humana (Cortez Romero & Lara Mite, 2017, p. 32).

Cada año se informan más de 100 millones de casos de enfermedades relacionadas con el trabajo alrededor del mundo. Los riesgos ambientales también contribuyen al resurgimiento de las enfermedades infecciosas y acarreadas por portadores tal es el ejemplo de la tuberculosis la cual es causada por una bacteria que se transmite de persona a persona cuyas tasas de infección a menudo se ven elevadas en ambientes donde la gente permanece acumulada, con una ventilación escasa y una luz solar débil o sin ella (Cortez Romero & Lara Mite, 2017, p. 32).

2.2.6.3. Pobreza

La pobreza con la tuberculosis pulmonar poseen una correlación, pues tanto como la pobreza puede estar relacionada con las condiciones precarias de la salud como estas también pueden producir la pobreza, limitando las oportunidades de trabajo y la subsistencia formando un círculo que tiende a

empeorar. Los riesgos relacionados a estatus socioeconómicos como aglomerados, pobreza y desempleo tienen que ver con las inversiones que se hacen en el tratamiento pero no a la prevención (Cortez Romero & Lara Mite, 2017, p. 33).

La pobreza es un factor que ayuda a la diseminación de la tuberculosis pulmonar, situaciones habitacionales abarrotadas producidas por baja condiciones socioeconómicas, tiende a ocurrir la ocurrencia de un caso, a conducir la transmisión de un bacilo, resultando de la existencia de la infección por tuberculosis y consecuentemente el aumento de la incidencia de la enfermedad (Cortez Romero & Lara Mite, 2017, p. 33).

2.2.7. TIPOS DE TUBERCULOSIS.

2.2.7.1 Tuberculosis pulmonar

Es una enfermedad infecciosa que afecta a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Se transmite de una persona a otra a través de gotas generadas en el aparato respiratorio en pacientes con enfermedad pulmonar activa (OMS, 2017, párr. 3).

2.2.7.2. Tuberculosis extra pulmonar

Se define, utilizando los criterios de clasificación de la OMS, como aquella infección producida por *Mycobacterium tuberculosis*, que afecta a tejidos y órganos fuera del parénquima pulmonar. Representan el 20-25% de los casos de enfermedad tuberculosa. La tuberculosis extra pulmonar es el resultado de la diseminación hematológica y linfática del bacilo de *M. tuberculosis* (M. Ramírez Lapausa, 2015, párr. 1).

Generalmente, suele existir un síndrome tóxico más o menos acentuado, síndrome febril, dolor torácico y tos, que puede ser seca o con expectoración siendo frecuente los episodios hemoptoicos y a veces hemoptisis franca. Algunos de los posibles lugares afectados de tuberculosis extra pulmonar son: (Grupo CTO, párr. 1).

2.2.7.3. Adenitis tuberculosa

La tuberculosis ganglionar, consiste en la aparición de uno o más ganglios, generalmente en la región cervical (escrófula) o también pueden aparecer adenopatías generalizadas. Aunque en un principio los ganglios mantienen una hinchazón no dolorosa, con el tiempo suelen inflamarse y fistulizar. Aparece fundamentalmente en pacientes afectos de VIH (Grupo CTO, párr. 2).

2.2.7.4. Meningitis tuberculosa

Al igual que las dos formas anteriores, suele producirse por diseminación hematológica. Algunas pacientes desarrollan tuberculomas (granulomas de gran tamaño). Es característico u LCR que presente linfocitosis. Aumento de proteínas en glucosa baja (Grupo CTO, párr. 3).

2.2.7.5. Tuberculosis osteoarticular

Se produce principalmente por diseminación hematológica. La localización en la columna vertebral recibe la denominación de enfermedad de pott o espondilitis tuberculosa tras la adenitis (Grupo CTO, párr. 4)

2.2.7.6. Tuberculosis intestinal

Puede resultar afectado cualquier tramo del tracto digestivo su desimanación puede ser por vi hematológica o por ingesta de leche contaminada por M. bovis (hoy mucho menos frecuente) (Grupo CTO, párr. 5).

2.2.8. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los síntomas de la enfermedad de tuberculosis dependen del área del cuerpo donde se estén multiplicando las bacterias de la tuberculosis. Por lo general, las bacterias de la tuberculosis se multiplican en los pulmones (tuberculosis pulmonar). La enfermedad de tuberculosis en los pulmones puede causar síntomas como los siguientes: Tos intensa que dura 3 semanas o más, dolor en el pecho, hemoptisis o esputo (flema que sale desde el fondo de los pulmones), debilidad o fatiga, pérdida de peso, falta de apetito, escalofríos, fiebre, sudores nocturnos (CDC, 2016 párr. 1).

Los síntomas de la enfermedad de tuberculosis en otras partes del cuerpo dependen del área afectada. Las personas que tienen infección de tuberculosis latente no se sienten mal, no presentan síntomas ni pueden transmitirles la tuberculosis a los demás (CDC, 2016, párr. 2).

CAPÍTULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Tipo de estudio

Se realizó una investigación descriptiva, prospectiva, transversal.

3.2. Población

La población consto de 30 muestra que fueron diagnosticados con tuberculosis en el centro de salud donde se realizó el estudio.

3.3. Método de recolección de datos

La técnica utilizada fue la observación indirecta (ficha de recolección de datos de historias clínicas de pacientes).

3.4. Procedimiento para recolección de datos

Para realizar este estudio se entregó un oficio a la Directora del Centro de Salud que nos autorice ingresar al departamento de estadística para la revisión de historias clínicas de pacientes con tuberculosis durante el periodo de tiempo entre mayo y agosto del 2017, el cual fue concedido. El estudio se llevó a cabo con un formulario de recolección de datos. El orden de la logística estuvo estructurado de la siguiente manera:

- Selección y aprobación del tema.
- Solicitud de autorización institucional para la recolección de datos.
- Labor de campo (revisión de historias clínicas en el lugar de estudio)
- Presentación del Informe final.

3.5. Instrumento de la Investigación

Está conformado por una guía de observación indirecta, que direccionan la recolección de información de los pacientes diagnosticados con tuberculosis.

3.6. Plan de tabulación y análisis de datos

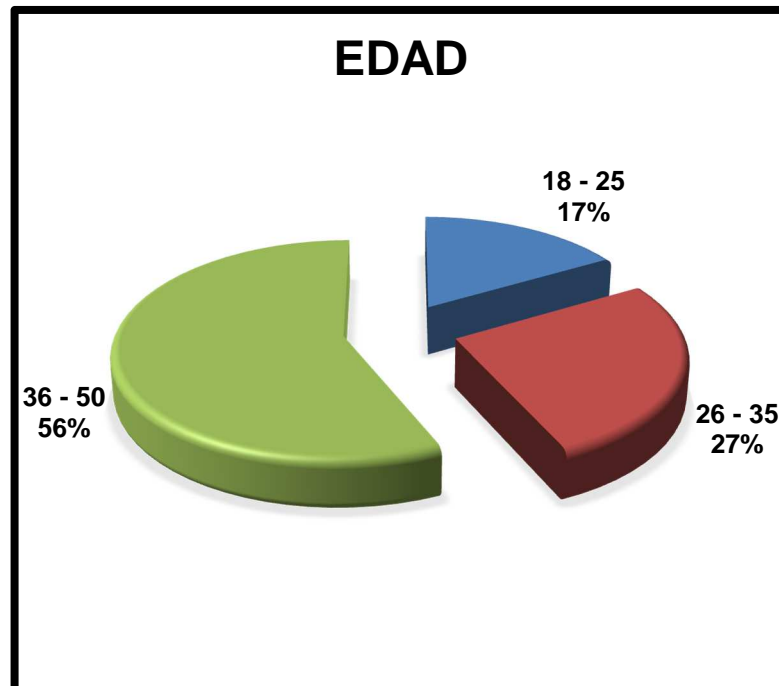
Los datos se analizaron en Microsoft Excel a través de una base de datos.

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Número de casos nuevos de una patología determinada en una población y espacio de tiempo determinado. Identifica aspectos naturales de la información propia de la persona y los aspectos técnicos de un sujeto objeto o estado que lo define como tal.	Características epidemiológicas	Edad	18-25 26-35 36-50
		Sexo	Mujer Hombre
		Estado civil	Soltero Casado Unión Libre
	Factores de riesgo generales	Personas infectadas recientemente	Si No
		Personas con patologías agregadas	VIH Diabetes mellitus Embrazo Ninguna
	Factores de riesgos Ambientales	Tabaquismo Alcohol Drogas Desnutrición	Si No
	Factores Socioculturales y económicos	Nivel de educación	I Nivel II Nivel III Nivel Ninguna
		Ocupación	Trabajo independiente dependiente
		Nivel socioeconómico	50 - 100 101 - 250 251 a 375
	Tipos de tuberculosis	Pulmonar	# casos
		Extrapulmonar	Adenitis tuberculosa Meningitis tuberculosa Tuberculosis osteoarticular Tuberculosis intestinal
	Manifestaciones Clínicas	Signos y síntomas	Sudoración nocturno Pérdida de peso Expectoración Fiebre Fatiga Debilidad Hemoptisis Dolor en el pecho

2.2.9. VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

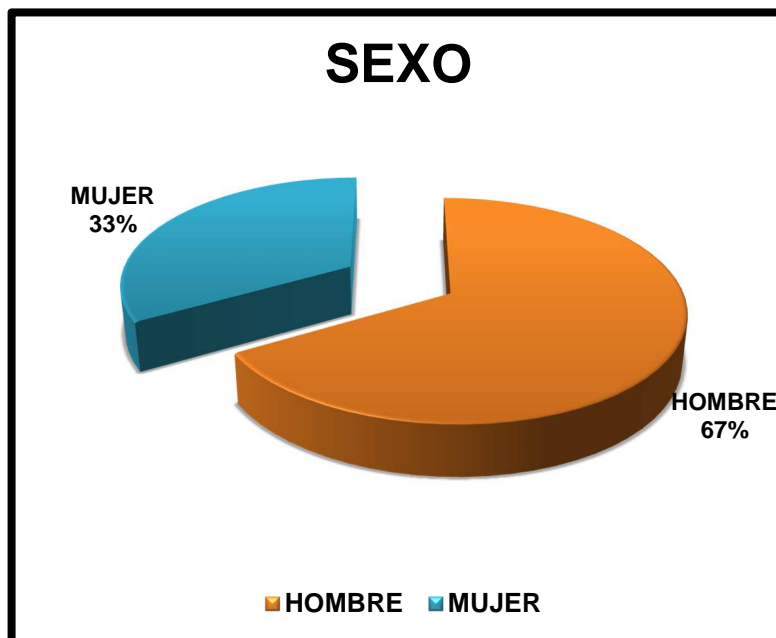
Gráfico N.- 1



*Fuente: Centro de Salud de Guayaquil
Elaborado por: Haro Espinoza Yajaira, Romero Yagual Karen*

Análisis: Según los datos obtenidos en este año muestran que los pacientes que incidieron con tuberculosis están entre los 36-50 años de edad dando un porcentaje del 56%, las personas de esta edad tienen mayor predisposición de contraer la enfermedad debido a que su sistema inmunológico se encuentra debilitado al presentar otras patologías agregadas como neumonía, diabetes, VIH, haciéndolos más vulnerables al contraer la enfermedad.

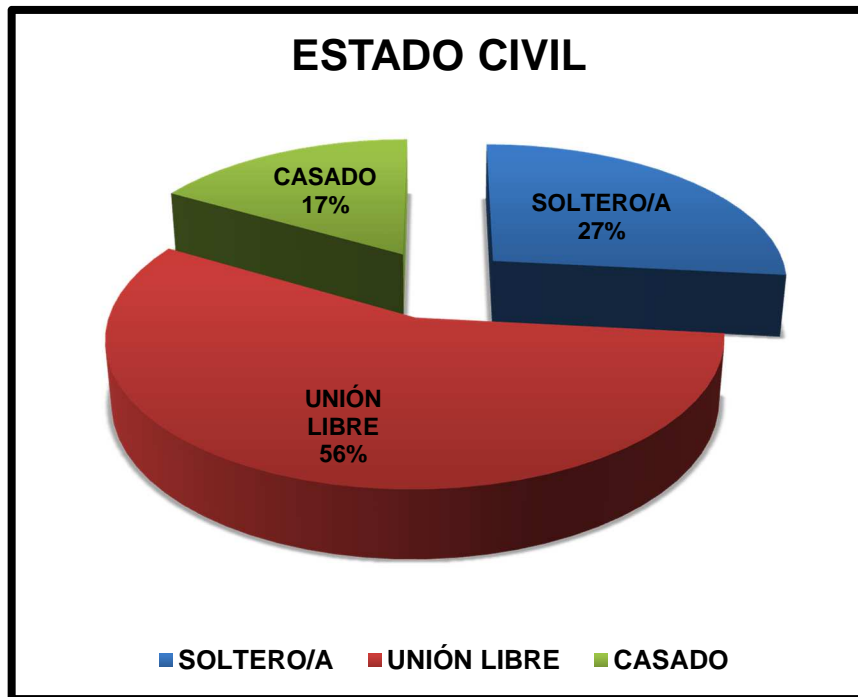
Gráfico N.-2



Fuente: Centro de Salud de Guayaquil
Elaborado por: Haro Espinoza Yajaira, Romero Yagual Karen

Análisis: Entre los meses que va del año según el estudio dio como resultado que el 67% de los casos con tuberculosis pertenecen al hombre a diferencia que la mujer ya que al ser hombres cumplen con roles diferentes, como el tipo de trabajo, el desgaste físico como proveedor del hogar, además de no tener hábitos de higiene y alimentación determinados durante su jornada diaria.

Gráfico N.- 3



*Fuente: Centro de Salud de Guayaquil
Elaborado por: Haro Espinoza Yajaira, Romero Yagual Karen*

Análisis: De los datos recolectados en el centro de salud se obtuvieron un resultado del 56% de los pacientes que mantienen un estado civil en unión libre, de esta manera aumenta las probabilidades de contagio ya que las personas cuentan con mayor libertad y no todas las parejas en unión libre cumple con las responsabilidades que se adquieren como pareja.



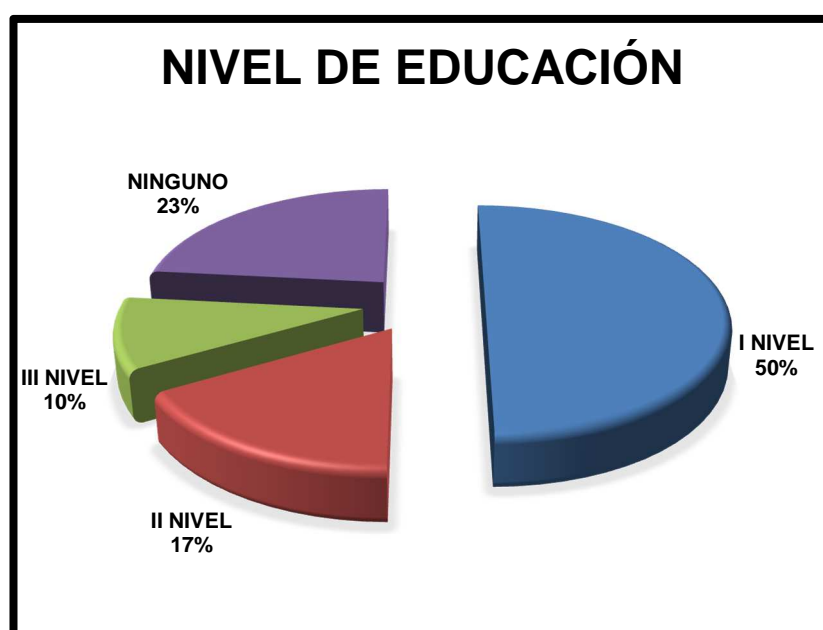
Gráfico N.- 4

*Fuente: Centro de Salud de Guayaquil
Elaborado por: Haro Espinoza Yajaira, Romero Yagual Karen*

Análisis: De los pacientes con tuberculosis atendidos en el centro de salud el 73% mantiene una relación laboral dependiente e independiente y al permanecer por muchas horas fuera del hogar crea un ambiente

potencialmente peligroso para la salud ya que al estar en contacto con diferentes personas en donde hay poca ventilación y luz solar débil pueden contraer la enfermedad.

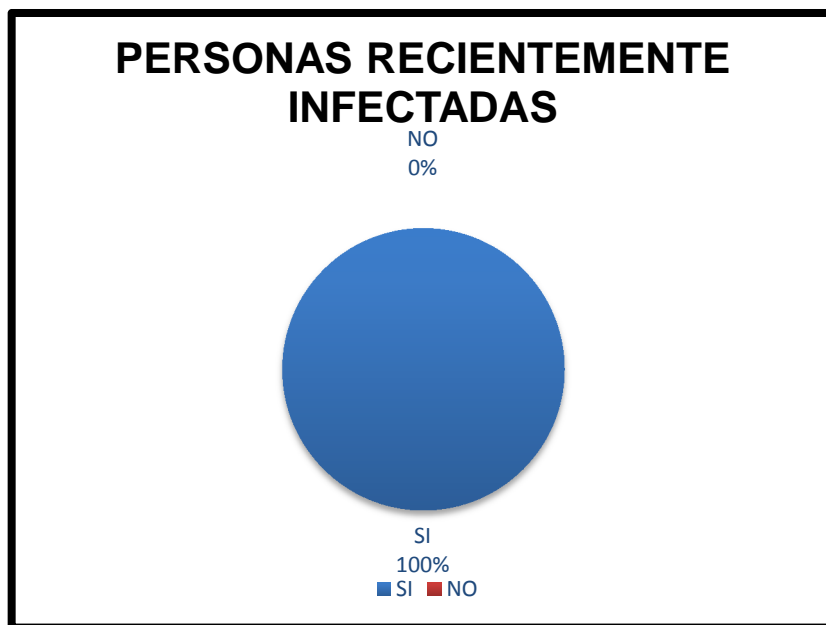
Gráfico N.- 5



*Fuente: Centro de Salud de Guayaquil
Elaborado por: Haro Espinoza Yajaira, Romero Yagual Karen*

Análisis: Entre los pacientes con tuberculosis que acuden al centro de salud se obtuvieron como resultado que el 50% de los pacientes pertenece al primer nivel de educación y el 23% no posee ningún nivel de educación haciendo que la deficiente información de la población y el desconocimiento sobre este tema de la tuberculosis favorezcan al desarrollo de esta enfermedad.

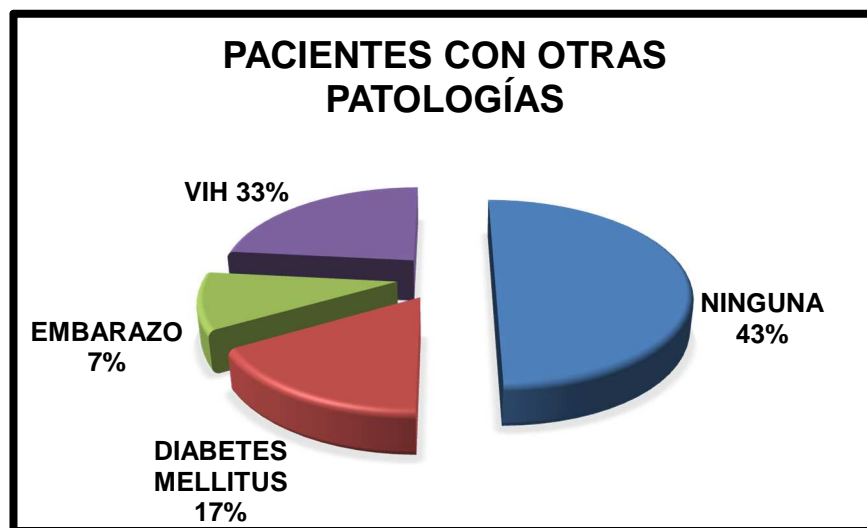
Gráfico N.- 6



*Fuente: Centro de Salud de Guayaquil
Elaborado por: Haro Espinoza Yajaira, Romero Yagual Karen*

Análisis: Se obtuvo como resultado que el 100% de los pacientes que acuden al centro de salud de Guayaquil con tuberculosis fueron infectados recientemente.

Gráfico N.- 7



*Fuente: Centro de Salud de Guayaquil
Elaborado por: Haro Espinoza Yajaira, Romero Yagual Karen*

Análisis: Se determinó que el 43% de los pacientes no presenta ninguna otra patología antes de infectarse con tuberculosis pero si presentan VIH con un 33%, seguido de un 17% con diabetes mellitus, y un 7% de mujeres en estado de gestación como primera patología antes que la tuberculosis al tener el sistema inmunológico debilitado los vuelve más propensos a contraer la infección.

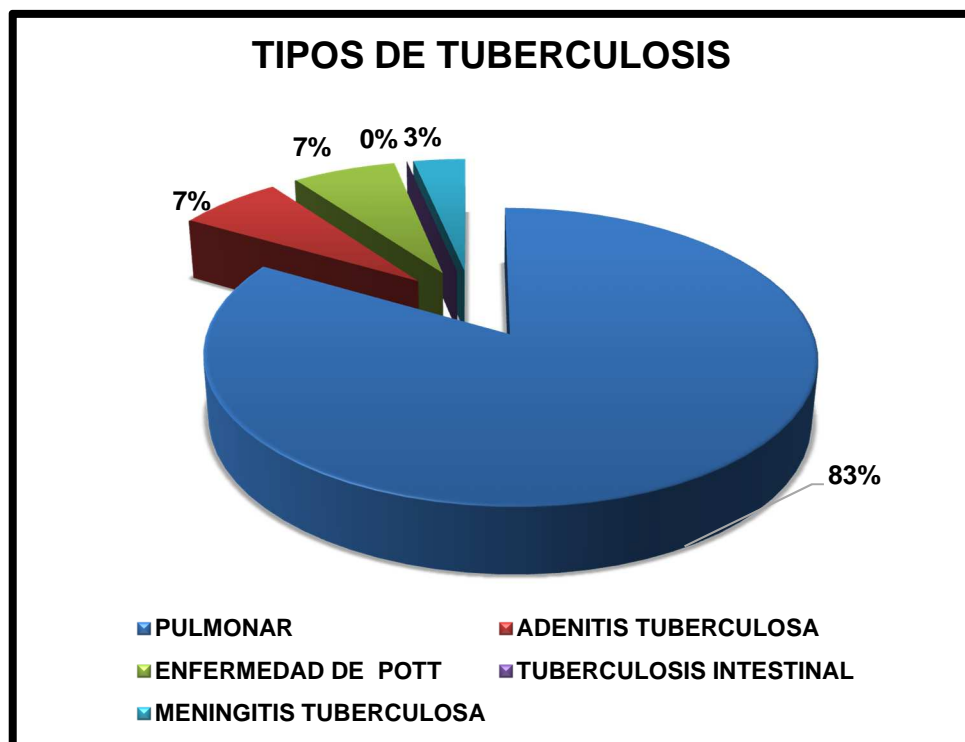
Gráfico N.- 8



*Fuente: Centro de Salud de Guayaquil
Elaborado por: Haro Espinoza Yajaira, Romero Yagual Karen*

Análisis: El factor de riesgo ambiental que más prevalece en los pacientes con tuberculosis fue la drogadicción obteniendo 40%, seguido de la desnutrición con un 33% ya que al estar bajo el consumo de drogas y tener una mala alimentación sus defensas bajan y desencadenan en las personas trastornos en las funciones del organismo haciendo que el contagio del bacilo se transmita.

Gráfico N.- 9



*Fuente: Centro de Salud de Guayaquil
Elaborado por: Haro Espinoza Yajaira, Romero Yagual Karen*

Análisis: De los resultados obtenidos en los tipos de tuberculosis el 83% de los pacientes que acuden al centro de salud tienen tuberculosis pulmonar siendo la forma más común para la transmisión de la enfermedad.

Gráfico N.- 10



Fuente: Centro de Salud de Guayaquil
Elaborado por: Haro Espinoza Yajaira, Romero Yagual Karen

Análisis: La manifestación clínica que mayormente presentan los pacientes con tuberculosis es la tos y expectoración con el 40%, la afectación suele quedar restringida al pulmón en forma de neumonía siendo contagiosa, requiriendo aislamiento inicial del enfermo.

DISCUSIÓN

En un estudio la Incidencia de la tuberculosis en España resultados del Proyecto Multicéntrico de Investigación en Tuberculosis (PMIT) ratifican que la tuberculosis es un problema de salud pública muy importante ya que la tasa de incidencia global obtenida es bastante mayor que la de otros países de nuestro entorno social y económico, aunque debe tenerse en cuenta que los datos se obtuvieron mediante búsqueda activa más de tres cuartas partes de los casos se identificaron, y el porcentaje de población incluida fue alto intervalo del 49%.

La importancia relativa del problema de la tuberculosis en España y la necesidad de mejorar las medidas de control para el resto de Europa occidental ya que en muchos países industrializados, los inmigrantes suponen más del 50% del total de casos; sin embargo, en España, excepto en Melilla y Ceuta, éstos representan una proporción mínima, lo que indicaría que la carga global de la tuberculosis no es producto de la inmigración sino resultado de deficiencias en el control de la enfermedad.

En Ecuador es uno de los países que ha luchado en los últimos años para minimizar la incidencia de la tuberculosis, sigue siendo una de las enfermedades infecciosas con mayor importancia en salud pública en el mundo debido a la circulación de cepas resistentes de Tuberculosis, situación que dificultad actualmente el éxito de control de la enfermedad.

En cuanto en un estudio en España los jóvenes están todavía muy afectados, al contrario de lo que ocurre en la mayoría de países industrializados, donde la tuberculosis es, al menos en la población autóctona, una enfermedad de personas mayores producida por la reactivación de una infección previa ocurrida en su infancia o juventud, cuando el tratamiento de esta enfermedad no era eficaz. El hecho de que el porcentaje de enfermos españoles menores de 45 años sea más alto que el de mayores de esta edad, y las altas tasas en niños y adolescentes, sugieren que no hemos sido capaces de proteger a la población más joven de la exposición a *Mycobacterium Tuberculosis* y que muchos casos la enfermedad son resultado de la infección reciente.

Por otro lado, en un segundo estudio de "Tendencia de la incidencia de Tuberculosis en Cuba y del Comportamiento de la tuberculosis pulmonar el grupo de edad altamente afectado mundialmente son los mayores de 60 años, seguidos por el grupo de 36 a 59 años, debido a la alta predisposición física en estas edades; los ancianos son los más afectados. En efecto, las personas mayores son un grupo frágil para los bacilos de la tuberculosis por lo que la enfermedad afecta a todas las edades, sobre todo jóvenes, adultos o personas en edad madura. Que a diferencia de otras enfermedades, la tuberculosis afecta principalmente a los hombres en todos los grupos de edad, pero se acentúa a medida que pasan los años.

En el proyecto de investigación realizado el centro de salud la incidencia de tuberculosis es mucho más alta en varones que en mujeres. Esto no quiere decir que el sexo masculino sea más susceptible a la enfermedad que el femenino, ya que algunos estudios sugieren que el riesgo de progresión de infección a enfermedad en la edad reproductiva es mayor en mujeres que en varones, en edades superiores sucedería lo contrario.

Muñoz Soca en su proyecto de investigación sobre los Factores sociales en la incidencia de tuberculosis pulmonar el autor manifiestan que, los factores sociales que mostraron mayor influencia en la incidencia de la tuberculosis pulmonar fueron la disfunción familiar, las malas condiciones estructurales de las viviendas y la deficiente higiene del hogar.

Existen diversos factores que concurren con la edad, el estilo de vida y el área donde se asienta la población para acrecentar más la aparición de la tuberculosis y los de mayor incidencia son la mala alimentación, la falta de higiene, el hábito de fumar y la ingestión de alcohol, entre otros ya que su trascendencia en 2004-2012” indica que, en este último periodo, en los <15 años de edad, la incidencia se alzó, aunque con cifras pequeñas desde 0,3. La coafección tuberculosis /VIH/sida aumentó desde 4,5 % en el 2004 hasta 8 % en el 2012 dentro del total de casos de tuberculosis.

La incidencia de tuberculosis está marcada por aspectos políticos, normativos, captación de sintomáticos respiratorios y cumplimiento de normas (como la Baciloscopia seriada y el uso de cultivos); la coafección Tuberculosis/VIH tiene un papel importante en la presentación de la forma extra pulmonar.

Cuando hablamos de tuberculosis por coafeccionados por VIH, tenemos que saber que es la primera causa de muerte en paciente con sida, nos damos cuenta que generalmente se presentan más en personas infectadas con el VIH y *Mycobacterium tuberculosis* tienen 100 veces más probabilidades de desarrollar tuberculosis activa que las personas negativas para VIH infectadas con el Tuberculosis.

En nuestro proyecto confirma que los resultados obtenidos es el factor de riesgo ambiental que más prevalece en los pacientes con tuberculosis fue la drogadicción seguido de la desnutrición ya que al estar bajo el consumo de drogas y tener un mala alimentación su sistema inmunológico comienza a deteriorarse y esto hace que las personas desencadenan trastornos en las funciones del organismo haciendo que el contagio del bacilo se transmita.

Las manifestaciones clínicas que predominaron en los diversos estudios fueron los síntomas y signos inespecíficos tales como el mal estado general, la hiporexia y pérdida de peso, siendo lo anterior lo más frecuentemente.

En cuanto a la localización, encontramos que en la tuberculosis pulmonar el síntoma que se encontró con mayor frecuencia en nuestro estudio fue la tos y expectoración seguida de la pérdida de peso que constituyó una de las manifestaciones principales.

CONCLUSIONES

Durante los meses de estudio del trabajo realizado de la incidencia de tuberculosis se han registrado en el centro de salud 30 casos nuevos de tuberculosis, dando como resultado un porcentaje 100%.

La incidencia de tuberculosis predomina el sexo del hombre con un porcentaje del 67% y un 33% al sexo de los pacientes que residen en el centro de salud.

Entre los factores de riesgo que más influyeron en la incidencia de tuberculosis están los pacientes que presentaban otra afección con anterioridad que la tuberculosis, estos fueron pacientes con VIH, según el factor ambiental el que mayor porcentaje obtuvo fue la drogadicción y entre los factores socioculturales y socioeconómicos está el nivel de educación del para el nivel primario, en cuanto la relación laboral aunque los pacientes trabajan mantienen un nivel económico bajo.

Entre los tipos de tuberculosis el que mayor porcentaje presentó fue para los pacientes con tuberculosis pulmonar con un porcentaje 83%.

Las principales manifestaciones clínicas fueron las siguientes: tos y expectoración, pérdida de peso, fiebre, sudoración nocturno.

RECOMENDACIONES

Continuar realizando este tipo de estudios, para mantener actualizada la información del comportamiento epidemiológico de esta patología.

Para contribuir, disminuir el índice de morbilidad se sugiere que se establezca un sistema de control y monitoreo para cubrir la mayoría de necesidades de atención a la comunidad.

Realizar campañas de promoción y prevención en salud a través de diferentes fuentes de información y comunicación.

Elaborar una guía educativa acerca de los cuidados que se deben tener durante el tratamiento de la tuberculosis y así puedan evitar el contagio.

GLOSARIO

BAAR: Bacilo ácido alcohol resistente.

Bacterias resistentes: las bacterias que no pueden ser destruidas con un medicamento específico.

BCG: Una vacuna contra la tuberculosis que lleva las iniciales de los científicos franceses que la desarrollaron, Calmette y Guérin.

BK+: Baciloscopia positiva.

BK-: Baciloscopia negativa.

CAAF: Citología por aspiración con aguja fina.

CNMB: Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos.

Contacto: Una persona que ha pasado tiempo con alguien que tiene tuberculosis en su etapa infecciosa.

Cultivo: Una prueba para determinar si hay bacterias de la tuberculosis en las flemas o en otros líquidos corporales. Esta prueba puede tardar entre 2 y 4 semanas, en la mayoría de los laboratorios.

DOTS: Estrategia de tratamiento acortado directamente observado.

Esputo: la flema proveniente del interior de los pulmones que se expulsa al toser. El esputo se examina para detectar la presencia de bacterias de la tuberculosis mediante un frotis; una parte del esputo también se puede usar para hacer un cultivo.

Fracaso al tratamiento: Afectado con TB cuya baciloscopia o cultivo de esputo es positivo en el quinto mes o posterior del tratamiento.

Frotis: Una prueba para determinar si hay bacterias de tuberculosis en las flemas. Para realizar esta prueba, el personal del laboratorio unta la flema en un portaobjetos de vidrio, tiñe la muestra con un colorante especial y analiza si hay bacterias de tuberculosis en el portaobjetos. Por lo general, los resultados de esta prueba tardan un día.

GenExpert: Diagnosticar la tuberculosis y la resistencia a la rifampicina

MDR: Multidrogoresistente.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

RRR: Resistencia a rifampicina.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

SNC: Sistema nervioso central.

Sintomático respiratorio (SR): persona que tiene tos con flema por más de dos semanas.

Sintomático respiratorio esperado (SRE): SR que el personal de salud espera detectar. Desde el punto de vista de la programación, corresponde al 4 % de las primeras consultas en mayores de 15 años (preventivas y de morbilidad) atendidas intra y extramural por el establecimiento de salud.

Sintomático respiratorio examinado (SREx): SR identificado al que se le realiza por lo menos una baciloscopia de esputo.

Sintomático respiratorio identificado (SRI): SR detectado por el personal de salud o agente comunitario e inscrito en el Libro de Registro de Sintomáticos Respiratorios.

Tuberculosis:

Enfermedad infectocontagiosa producida por el bacilo de Koch que se caract

eriza por la formación de nódulos en diversos órganos como los pulmones, riñones o meninges.

Tuberculosis Miliar:

Caracterizada por pequeñas granulaciones tuberculosas diseminadas en el órgano afectado, en especial en el pulmón.

TB latente: La infección por M. tuberculosis que no ha progresado a la TB activa.

TBEP: Tuberculosis Extra pulmonar.

TBP: Tuberculosis pulmonar.

TBMR: Tuberculosis multirresistente.

TBQ: Tabaquismo.

WB: Western blot es un análisis de inmunotransferencia de proteínas virales del HIV.

XDR: Extensamente resistente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CDC. (2016a). Factores de riesgo de la tuberculosis. Recuperado a partir de <https://www.cdc.gov/tb/esp/topic/basics/risk.htm>

CDC. (2016b, mayo 13). TUBERCULOSIS. división of tuberculosis elimination. Recuperado a partir de <https://www.cdc.gov/tb/esp/default.htm>

CDC. (s/f). TUBERCULOSIS. Recuperado a partir de <https://www.cdc.gov/tb/esp/topic/basics/signsandSYMPTOMS.htm>

Correa Pontón, V. L., & Farez Tapia, M. I. (2017). *Caracterización epidemiológica de los usuarios con tuberculosis que acuden a un centro de salud de la ciudad de Guayaquil*. (tesis). Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Guayaquil. Recuperado a partir de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7588/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-364.pdf>

Cortez Romero, M., & Lara Mite. (2017). *Prevalencia de tuberculosis pulmonar en adultos de 18 a 60 años en un Centro de Salud de la ciudad de Guayaquil*. Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Guayaquil. Recuperado a partir de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/7493>

Gonzales Ochoa, edilerto, & González Díaz, A. (2015). Tendencia de la incidencia de Tuberculosis en Cuba: lecciones aprendidas en 1991-1994 y su transcendencia en 2004-2012. *Revista Cubana de Medicina Tropical*. Recuperado a partir de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602015000100012

Grupo CTO. (s/f). *Manual CTO de Enfermería* (5ta edición, Vol. tomo 2). CTO Editorial.

Llerena, F. (2015). *PREVALENCIA PERCIBIDA DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN COMUNIDADES DE LA FRONTERA SURORIENTAL DEL ECUADOR* (tesis). Universidad Central del Ecuador, QUITO. Recuperado a partir de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4642/1/T-UCE-0006-123.pdf>

M. Ramírez-Lapausa, & A. Menéndez-Saldaña. (2015). Tuberculosis extrapulmonar. Recuperado a partir de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202015000100002

MSP. (2016). *Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control de Tuberculosis. Guía Práctica Clínica. (GPC)* (Primera edición). QUITO: Dirección Nacional de Normatización; 2015.: nuevo arte.

Muñoz Soca, R. (2011). Factores sociales en la incidencia de tuberculosis pulmonar en el municipio “10 de Octubre”. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. Recuperado a partir de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300002

OMS. (2016). Informe mundial sobre la tuberculosis 2016. Recuperado a partir de http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2016_executive_summary_es.pdf

OMS. (2017a). TUBERCULOSIS. Recuperado a partir de <http://www.who.int/topics/tuberculosis/es/>

OMS. (2017b, marzo). TUBERCULOSIS. Recuperado a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>

Pacheco Gonzalez, J. (2014). Análisis y predicción de la incidencia de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva en Cienfuegos. MediSur. Recuperado a partir de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2014000500007&script=sci_abstract

Rodriguez De La Pinta, M., Maestre Naranjo, M., & Perez Zambrano, A. (2012). PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN TRABAJADORES DEL ÁMBITO SANITARIO. Recuperado a partir de <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=14/09/2012-46db82522e>

ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Certificado No CTS-2014-631



www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671

Teléfonos:
2206952-2200286
Ext. 1818-1817

Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, 10 de Agosto del 2017

Doctora
Johanna Romero Sigcho
Director Distrital del 09D04
En su despacho.-



De mis consideraciones:

La suscrita Directora de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, conocedora de su espíritu de colaboración en lo que a Docencia se refiere, solicita la autorización para que las estudiantes ROMERO YAGUAL KAREN con C.I 0924312564 y HARO ESPINOZA YAJAIRA con C.I 0923637078 quienes se encuentran realizando el trabajo de titulación con el tema "INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS EN PACIENTES DE 18 A 50 AÑOS DE EDAD DE UN CENTRO DE SALUD DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL DE MAYO A AGOSTO 2017 realicen la recolección de datos (encuesta) en la institución que usted dirige. Cabe recalcar que se guardará privacidad en todo momento para salvaguardar la identidad de los sujetos estudiados.

Las estudiantes estarían bajo la supervisión de la Lic. Susan Quevedo.

Agradeciendo de antemano por la atención a la presente.

Atentamente,

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería

Lic. Angela Mendoza Vences
DIRECTORA
CARRERA DE ENFERMERIA

Cc: Archivo





Ministerio
de **Salud Pública**

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DEL GUAYAS
DISTRITO 09D04
CENTRO DE SALUD # 13

LCDA.

SUSAN QUEVEDO

COORDINADORA DE ENFERMERIA

EN SU DESPACHO:

En conocimiento de su solicitud presentada por la Lcda. Ángela Mendoza Directora de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, en la cual solicita a su autorización de las Internas de Enfermería Yajaira Haro Espinoza y Karen Romero Yagual para la recolección de datos (encuestas) en el tema **INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS EN PACIENTES DE 18 A 50 AÑOS DE EDAD EN UN CENTRO DE SALUD DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.**

Al respecto tengo a bien informarle que se le da la aprobación a las internas para su respectiva recolección de datos en el Centro de Salud, siendo el proyecto de tuberculosis que se maneja en el Ministerio de Salud Pública.

Atentamente
Lcda. Susan Quevedo
M.S. (E) Enfermera S.
COORDINADORA DE ENFERMERIA

Coordinadora de Enfermería



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA**

Hoja de recolección de datos. Determinar la incidencia de tuberculosis en pacientes que acuden a un centro de salud público de Guayaquil.

N° de Caso:

Investigadora:

1.- Características epidemiológicas según los números de casos

Edad: 18-25 26-35 36-50

Sexo: Hombre Mujer

Estado civil: soltero/a casado unión libre

Tipos de tuberculosis: Pulmonar Extra pulmonar:

2.- Manifestaciones clínicas.

Tos y expectoración: si no

Pérdida de peso: si no

Fiebre: si no

Sudoración nocturna: si no



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA**

3.- Factores de Riesgos Generales.

VIH:	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus:	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
Embarazo:	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
Ninguno:	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>

4.- Factores de riesgo medio ambientales.

Tabaquismo:	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
Alcohol:	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
Drogas:	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
Desnutrición:	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>

4.- Factores de riesgo socio culturales y económicos.

Nivel de educación:	I NIVEL	<input type="checkbox"/>	II NIVEL	<input type="checkbox"/>	IIINIVEL	<input type="checkbox"/>	ninguna	<input type="checkbox"/>
Nivel económico:	50-100	<input type="checkbox"/>	101-250	<input type="checkbox"/>	251-375	<input type="checkbox"/>		
Relación laboral:	trabaja	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>			

Foto N.- 1



*Fuente: Centro de Salud de Guayaquil
Elaborado por: Haro Espinoza Yajaira, Romero Yagual Karen*

Foto N.- 2



*Fuente: Centro de Salud de Guayaquil
Elaborado por: Haro Espinoza Yajaira, Romero Yagual Karen*

Foto N.- 3



*Fuente: Centro de Salud de Guayaquil
Elaborado por: Haro Espinoza Yajaira, Romero Yagual Karen*

Foto N.- 4



*Fuente: Centro de Salud de Guayaquil
Elaborado por: Haro Espinoza Yajaira, Romero Yagual Karen*



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Romero Yagual, Karen Roxana** con C.C: **092431256-4** autora del trabajo de titulación: **Incidencia de tuberculosis en pacientes de 18 a 50 años de edad en un centro de salud de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 28 de agosto de 2017.

Romero Yagual, Karen Roxana

C.I.: 092431256-4



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Incidencia de tuberculosis en pacientes de 18 a 50 años de edad en un centro de salud de la ciudad de Guayaquil.		
AUTOR(ES)	Yajaira Berenise, Haro Espinoza Romero Yagual, Karen Roxana		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Oviedo Pilataxi, Luis Alberto. Lcda. Muñoz Aucapiña, Miriam Jacqueline. Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.		
FACULTAD:	Ciencias Médicas.		
CARRERA:	Enfermería.		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	28 de agosto del 2017	No. DE PÁGINAS:	70
ÁREAS TEMÁTICAS:	Promoción y Prevención en salud.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Incidencia, tuberculosis, adultos, bacilo de koch.		
RESUMEN/ABSTRACT La Organización Mundial de la Salud define que la tuberculosis es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria Mycobacterium tuberculosis. Se transmite de una persona a otra a través de gotitas de flúor generadas en el aparato respiratorio en pacientes con enfermedad pulmonar activa. Los síntomas de la tuberculosis son tos con esputo que puede ser sanguinolento. Objetivo: Determinar la incidencia de tuberculosis en pacientes de 18 a 50 años de edad en un centro de salud de la ciudad de Guayaquil. Materiales y métodos: Se realizó en una investigación descriptiva, prospectiva, transversal, en una población que consto de 30 muestras. Método de recolección de datos: Se utiliza la observación indirecta (ficha de recolección de datos). Resultados: La incidencia de casos nuevos en el centro de salud fue de 30 pacientes con tuberculosis, el 67% pertenecen al sexo masculino, la manifestaciones clínica que más se elevo fue la tos y expectoración y pérdida de peso y el factor de riesgo ambiental que más prevalece en los pacientes con tuberculosis fue la drogadicción obteniendo 40%, y del factor de socioculturales y económicos, el 50% pertenece un nivel primario, y del 57% tienen un nivel socioeconómico bajo. Conclusión: La incidencia de tuberculosis pulmonar fue de 30 casos en el periodo indicado, presentándose con mayor frecuencia en los pacientes de sexo masculino.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0968381993 0969094355	E-mail: tayshina@hotmail.es romeroroxana142015@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Lcda. Holguín Jiménez, Martha Lorena. Mgs.		
	Teléfono: 0993142597		
	E-mail: martha.holguin01@ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			