



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

CARRERA DE ENFERMERÍA

**“Percepción del paciente con Tuberculosis
Multidrogorresistente en el uso del Catéter Venoso Central
como alternativa para su tratamiento”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A N

ORTIZ HERNÁNDEZ SANDRA GUADALUPE

TORRES MALDONADO ARACELI

DIRECTOR DE TESIS: DR. JUAN PINEDA OLVERA

LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA

MÉXICO, 2012





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Resumen	4
Introducción	6
CAPÍTULO I: Marco teórico	8
1.1 Percepción.....	8
1.1.2 Tipos de percepción	9
1.1.3 La percepción que un paciente tiene sobre su enfermedad	9
1.2 Tuberculosis Pulmonar.....	¡Error! Marcador no definido.
1.2.1 Concepto: Tuberculosis Pulmonar	¡Error! Marcador no definido.
1.2.2 Características del bacilo	¡Error! Marcador no definido.
1.2.3 Factores de riesgo	¡Error! Marcador no definido.
1.2.4 Mecanismo de Transmisión	¡Error! Marcador no definido.
1.2.5 Signos y síntomas.....	¡Error! Marcador no definido.
1.2.6 Diagnóstico.....	¡Error! Marcador no definido.
1.2.7 Tratamiento	¡Error! Marcador no definido.
1.3 Tuberculosis Multidrogorresistente	¡Error! Marcador no definido.
1.3.1 Clasificación de la multidrogorresistencia.....	18
1.3.2 Factores vinculados a la farmacorresistencia	19
1.3.3 Etiología de tuberculosis multidrogorresistente.....	20
1.3.4 Factores de riesgo de Tb MDR.....	21
1.3.5 Diagnóstico.....	¡Error! Marcador no definido.
1.3.5.1 Clasificación de grupos de registro de los casos, basada en el historial de tratamientos anteriores.	¡Error! Marcador no definido.
1.3.6 Tratamiento	¡Error! Marcador no definido.
1.4 Estrategia tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES) ..	¡Error! Marcador no definido.
1.5 Catéter venoso central	28
1.5.1 Complicaciones del Catéter	30
1.5.2 Cuidados de Enfermería de las Personas con Tuberculosis y el Catéter	31
1.6 Investigación Cualitativa.....	33

1.6.1 Etapas de la investigación cualitativa	¡Error! Marcador no definido.
1.6.2 Métodos cualitativos	¡Error! Marcador no definido.
1.6.3 Muestreo	¡Error! Marcador no definido.
1.6.4 Saturación de los datos	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO II: Revisión de la literatura	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO III: Planteamiento del problema	39
CAPÍTULO IV: Objetivos	40
CAPÍTULO V: Material y métodos	41
5.1 Selección de participantes	41
5.5.2 Diseño de investigación	¡Error! Marcador no definido.
5.5.3 Procesamiento de la información	¡Error! Marcador no definido.
5.5.4 Aspectos éticos de la investigación	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO VI: Resultados	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO VII: Discusión	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO VIII: Conclusiones	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO IX: Sugerencias	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo identificar la percepción que tiene el paciente con Tuberculosis multidrogorresistente sobre el uso del catéter venoso central como alternativa para su tratamiento. El enfoque metodológico es cualitativo, tipo estudio de caso, de corte fenomenológico. La muestra fue de 4 participantes llevándose a cabo de marzo a julio del 2011. Para obtener los datos se utilizó la técnica de entrevista semi-estructurada con una duración promedio de una hora y media cada una, realizándose en los domicilios de los pacientes. Es importante recordar que la falta de apego al tratamiento es la causa más importante de resistencia. La sugerencia para el manejo del paciente con Tb MDR es el uso de catéter venoso central (CVC) como alternativa para su tratamiento, ya que los medicamentos de segunda línea deben tomarse por periodos prolongados y producen reacciones adversas difíciles de tolerar. El uso de éste suele generar en el paciente alteraciones negativas en una o más esferas de su vida cotidiana, generados por la estigmatización en los diferentes espacios de socialización de la persona. El mayor o menor impacto de estas alteraciones, tiene en la familia y el paciente, la influencia en el éxito o no del tratamiento de la enfermedad y la salud de la familia³. El estigma que se tiene de la enfermedad, la consideran una consecuencia de haber tenido malos hábitos así como en el temor al contagio; por lo que prefieren guardar la enfermedad como un secreto familiar. Se necesita que el personal de salud le explique lo que sucede, lo que a va hacer con una comunicación clara, veraz, y que explore cuales son las percepciones erróneas que tiene de la enfermedad, sus causas, el tratamiento, y le puedan dar respuesta a sus temores y así ganar su confianza y obtener su colaboración en el tratamiento.

Palabras clave: Paciente, Tuberculosis multidrogorresistente, percepción, temor, enfermedad, familia.

SUMMARY

The present research work aims to identify the perception that has the patient with TB multidrogorresistente on the use of central venous catheter as an alternative treatment. The methodological approach is qualitative, Studio case of phenomenological Court. The sample was of 4 participants carried out from March to July of 2011. For data used the technique of interview semi-structured with an average duration of one hour and a half each, carried out in the homes of patients. It is important to remember that the lack of adherence to treatment is the most important cause of resistance. The suggestion for the management of patients with MDR Tb is the use of central venous catheter (CVC) as an alternative for treatment, because of second-line drugs must be taken for prolonged periods and are difficult to tolerate adverse reactions. The use of this often generate patient negative alterations in one or more areas of their daily lives, generated by the stigma in different socialization spaces of the person. The greater or lesser impact of these alterations, is in the family and the patient, the influence on the success or not of the treatment of the disease and the health of the familia³.The stigma of the disease, see it as a consequence of having bad habits as well as in fear of contagion; by what you prefer to save the disease as a secret family. Requires that health staff will explain what is happening, what to he will do with a clear, truthful communication, and to explore what misperceptions that has the disease, its causes, treatment, and you can respond to their fears and thereby gain their confidence and getting their collaboration in the treatment.

Keywords: patient, Tuberculosis multidrogorresistente, perception, fear, sickness, family

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad respiratoria producida por el *Mycobacterium tuberculosis*, que afecta principalmente a pulmones diseminándose a otros órganos. Es una enfermedad muy antigua, que continúa siendo un problema de salud pública en México y a nivel mundial; siendo así la principal causa de muerte por enfermedad infecciosa en el mundo, declarada por la OMS como emergencia mundial en 1993¹.

Dicha enfermedad representa una epidemia global, la cual cada vez más va en ascenso, representando un gran problema de control para las instituciones como para los profesionales del sector salud, debiéndose entre otros factores a la falta de efectividad de los servicios de salud, la cual exige que sean eficientes en la detección y curación de los casos; asimismo se debe a la propagación del VIH/SIDA, enfermedades asociadas como es el caso de la Diabetes Mellitus y, la aparición de las cepas de Tb Multidrogorresistente (Tb MDR)¹.

Cabe mencionarse que el tratamiento de la Tb es altamente efectivo y de bajo costo, suministrándose en la primera fase de la enfermedad, el cual permite la curación de más de 95% de los enfermos; sin embargo, debido a la falta de adherencia y cumplimiento del mismo, se propician factores como recaídas y la aparición de cepas multirresistentes y, en algunos casos ocasiona la muerte¹.

En consecuencia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugirió una estrategia útil para disminuir las tasas de tuberculosis y la frecuencia de resistencia antimicrobiana, llamada Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES), el cual consiste en que el personal de salud verifique la ingesta diaria del medicamento a lo largo de todo el tratamiento elevando así la tasa de tratamientos completos y la curación².

La Tb MDR se define como tuberculosis resistente a los principales medicamentos (Isoniacida, Rifampicina, Pirazidamida y Etambutol). También puede propagarse de persona a persona representando un riesgo para la vida aumentando los costos de la atención médica en los sistemas de salud pública que no cuentan con los recursos necesarios para controlarla².

Es importante recordar que la falta de apego al tratamiento es la causa más importante de resistencia. La sugerencia para el manejo del paciente con Tb MDR es el uso de catéter venoso central (CVC) como alternativa para su tratamiento, ya que los medicamentos de segunda línea deben tomarse por periodos prolongados y producen reacciones adversas difíciles de tolerar. El uso de éste suele generar en el paciente alteraciones negativas en una o más esferas de su vida cotidiana, generados por la estigmatización en los diferentes espacios de socialización de la persona. El mayor o menor impacto de estas alteraciones, tiene en la familia y el paciente, la influencia en el éxito o no del tratamiento de la enfermedad y la salud de la familia³.

Este tópico es importante para que el profesional de enfermería conozca y se capacite en educación, control y seguimiento en la atención y cuidados que se deben brindar a la persona con Tb MDR, la familia y la comunidad con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad³; para así poder identificar oportunamente a través de la observación las actitudes de los pacientes ante su proceso de enfermedad; para que de esta manera proponga la solución más adecuada y brinde el apoyo y consejería necesaria³.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

El impacto emocional en las personas con Tb MDR, especialmente en el momento de ser informados del diagnóstico positivo genera sentimientos de: negación, rechazo, temor, frustración, rebeldía y vergüenza así como culpabilidad. Es frecuente la angustia y la depresión, estando asociada ésta a factores como: antipatía, alteración del sueño, fatiga, baja autoestima, indecisión y auto culpabilización y podría tener incidencia en la misma evolución de la enfermedad y en el proceso de recuperación, influyendo en la adhesión al tratamiento⁴.

1.1 Percepción

Los seres humanos percibimos el mundo a través de los sentidos, pero nuestras percepciones dependen también de las experiencias anteriores. Los especialistas aseguran que la percepción es el primer proceso cognoscitivo, que permite al sujeto captar la información del entorno a través de la energía que llega a los sistemas sensoriales⁵.

Sobre la percepción se ofrecen diversas definiciones que han ido evolucionando; por ejemplo:

La percepción se forma cuando el cerebro organiza los sentimientos para interpretarlos, es decir, el reconocimiento de los objetos que provienen de combinar las sensaciones con la memoria de experiencias anteriores⁵.

Puede definirse como un proceso psicológico por el que los individuos reúnen información del medio, a fin de darle un significado a su ambiente⁶.

Función psíquica que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno⁶.

Es un proceso mediante el cual los individuos organizan e interpretan sus impresiones sensoriales con el fin de darle significado a su ambiente⁵.

1.1.2 Tipos de percepción

Hay 4 tipos fundamentales de percepción:

- Percepción del espacio: Se da con la audición, el tacto y la profundidad.
- Percepción del movimiento: Es indispensable para sobrevivir, protegernos de las amenazas y peligros⁵.
- Percepción del tiempo: Se cree que se capta con un reloj biológico hipotético y con la experiencia⁵.
- Percepción social: Cuando conocemos a una persona, entramos en proceso de percibir su físico y comportamiento y así mismo desarrollamos conclusiones y atribuciones, apoyándonos también en movimientos, sonidos, olores, etc.⁶.

Integrando las definiciones anteriormente citadas podemos afirmar que la percepción es el resultado de un proceso mental activo mediante el cual la conciencia interpreta los estímulos sensoriales sobre objetos, hechos o situaciones a partir de las cuales se forman nuestras impresiones del mundo que nos rodea, las que van a ser influenciadas por las experiencias, conocimientos, necesidades, intereses y emociones⁶.

1.1.3 La percepción que un paciente tiene sobre su enfermedad

La enfermedad suele generar tanto en la persona como en la familia alteraciones negativas en una o más esferas de su vida cotidiana: en lo familiar como la separación física de los miembros; laboral, dejar de trabajar o cambiar de trabajo; en lo social con la reducción de sus redes sociales; educativa al disminuir el rendimiento escolar o dejar de estudiar; psicológico con el sentimiento de vergüenza y culpa. Todo ello generados por la estigmatización en los diferentes espacios de socialización de la persona. El mayor o menor impacto de estas alteraciones, tiene en la familia y el paciente, la influencia en el éxito o no del tratamiento de la enfermedad y la salud de la familia⁵.

El cumplimiento o el abandono del tratamiento depende de una suma de factores como el conocimiento y las creencias del enfermo en torno a la enfermedad, sus expectativas de curación, los beneficios y/o perjuicios que le ocasiona el proceso de tratamiento, la oportunidad y disposición del mismo, la calidad de atención recibida en el sector salud, así como otros medios de apoyo o soporte afectivo, familiar y comunitario al momento de experimentar la condición de enfermo.⁷ El profesional de enfermería debe incorporar lo anterior, para ofrecer un cuidado enfermero culturalmente adecuado. De la misma forma como la cultura influye en la conducta relacionada con la salud, también tiene un profundo efecto sobre las expectativas y la percepción de la enfermedad⁶.

La enfermedad no es una entidad objetiva y aislable, sino que se presenta en un contexto humano que tiene sus implicaciones tanto en el paciente como en el profesional de salud y en quienes lo rodean. Por esto se considera establecer una relación terapéutica que realmente proporcione apoyo emocional ante la enfermedad. Una de las necesidades más ignoradas de los enfermos es la de expresar sus sentimientos; es importante animar al paciente para que exteriorice sus sentimientos, reflexiones y permitirle que exprese lo que siente, con el fin de disminuir la frustración causada por la pérdida de salud, de allí que el paciente necesite establecer una relación humana confiable, con personas dispuestas a comprenderlo y a responder a sus necesidades⁶. La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. Para Watson (“Teoría del Cuidado Humano”), la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta⁷. El cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos. Afirma que tratando a los demás como personas únicas, el cuidador percibe los sentimientos del otro. Estas influencias y valores enfatizan en la dimensión espiritual de la vida, una capacidad para el

crecimiento y el cambio, un respeto y aprecio por la persona y la vida humana, libertad de decidir, y la importancia de una relación interpersonal e intersubjetiva entre paciente y enfermera. Estas influencias y valores han formado las bases de los 10 factores de Cuidado de Watson, utilizados por enfermeras en las intervenciones relatadas en los procesos de cuidado humano, de los cuales sólo se expondrán los relacionados con la temática que se está presentando⁷.

1. Formación de un sistema humanístico-altruista de valores. Este factor se puede definir como la satisfacción a través de la donación y ampliación del sentido del Yo⁷.

2. Infundir fe-esperanza. Este factor facilita la promoción de una asistencia de enfermería holística, y potencia la salud entre los pacientes⁷.

3. Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás. La identificación de los sentimientos conduce a la actualización de uno mismo mediante la autoaceptación tanto para la enfermera como para el paciente⁷.

4. Desarrollo de una relación de ayuda-confianza. Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz. La coherencia conlleva ser real, honesto, genuino y auténtico⁷.

5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos. La enfermera tiene que estar preparada para los sentimientos positivos y negativos, reconociendo que la comprensión intelectual y la comprensión emocional de una situación son diferentes⁷.

6. Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal. La enfermera facilita este proceso con técnicas de enseñanza – aprendizaje, diseñadas para permitir que el paciente consiga el autocuidado, determine sus necesidades personales y adquiera la capacidad de desarrollarse personalmente⁷.

7. Provisión del entorno de apoyo, protección y/o corrección mental, física, sociocultural y espiritual. La enfermera debe reconocer la influencia que tienen los factores internos y externos en la salud y la enfermedad de los individuos⁷.

9. Tolerancia con las fuerzas fenomenológicas. La fenomenología describe los datos de la situación inmediata que ayudan a comprender los fenómenos en cuestión. Para proporcionar una experiencia motivadora del pensamiento que conduzca a una mejor comprensión de nosotros mismos y de los demás⁷.

1.2 Tuberculosis Pulmonar

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, la cual es producida por el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch, que para controlarlo y lograr una curación de quien la padece, es necesario suministrar el tratamiento antituberculoso, que actualmente y debido a las necesidades de las personas que la padecen se ha denominado Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES), su duración es de 6 meses en su primera fase, siendo que cuando existen cepas multirresistentes llega a durar hasta 2 años aproximadamente; a continuación se describe a detalle qué es la Tb Pulmonar, su transmisión, diagnóstico y tratamiento, así como la Tb Multidrogorresistente y su tratamiento⁸.

1.2.1 Concepto: Tuberculosis Pulmonar

Del latín *tuberculum*, que significa pequeña protuberancia, pequeño nódulo, la tuberculosis (Tb) es una enfermedad infecciosa crónica causada por un grupo de bacterias del orden Actinomicetales de la familia *Mycobacteriaceae*. El complejo *M. tuberculosis* incluye *M. tuberculosis*, *M. africanum*, *M. bovis*, *M. microti* y *M. canettii*. Existen otras micobacterias que presentan un cuadro clínico semejante, y sólo se diferencian por estudios de laboratorio. La variedad hominis de *Mycobacterium* es la causante de la Tb, su crecimiento es muy lento, de 14 a 24 horas y no produce toxinas o sustancias químicas al organismo⁸.

1.2.2 Características del bacilo

El *Mycobacterium tuberculosis* es un bacilo aerobio estricto de 1.4 x 0.3 x 0.6 µm, inmóvil, no esporulado cuyo desarrollo es óptimo a los 35° - 37°C. Su pared celular es rica en lípidos, lo que convierte a la superficie en hidrofóbica y por lo tanto, resistente a muchos desinfectantes y también colorantes de laboratorio. Esta característica es la que hace que una vez teñido sea capaz de resistir la decoloración con ácidos y alcohol, de ahí la denominación BAAR (bacilos acido-alcohol, resistente). Puesto que su pared celular es compleja, esta micobacteria crece con lentitud y se divide cada 18-20 horas, tiene virulencia variable y muchos antígenos capaces de despertar una gran variedad de respuestas inmunológicas en el huésped⁸.

1.2.3 Factores de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido; ahora bien la palabra riesgo significa la medida que refleja la probabilidad estadística de un suceso futuro⁸.

Los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de la Tb, son entre los más destacados: 1) El incremento de la población marginal con problemas de pobreza y hacinamiento (la carencia de factores socioeconómicos y educativos); 2) El deterioro de los programas de control de esta enfermedad en muchos países; 3) La epidemia por el VIH/SIDA; 4) La drogoresistencia de las cepas de *Mycobacterium tuberculosis*; 5) Factores predisponentes como la diabetes mellitus, el alcoholismo, tabaquismo, la malnutrición, las neoplasias o el tratamiento con corticoesteroides prolongados, déficit inmunológico, entre muchos otros⁸.

1.2.4 Mecanismo de Transmisión

El vehículo donde se encuentra el bacilo son las microgotas o gotas de flügge, al ser inhaladas cuando un enfermo habla, canta, ríe, estornuda pero principalmente cuando tose; todos los que están a su alrededor respirando se encuentran en riesgo, y un caso no tratado puede infectar de 10 a 15 personas en un año⁸.

1.2.5 Signos y síntomas

Se presenta con signos respiratorios como tos seca o productiva, expectoración con o sin hemoptisis, dolor torácico y síntomas generales: anorexia, adinamia, sudoración nocturna, pérdida de peso y a veces fiebre prolongada⁸.

1.2.6 Diagnóstico

El diagnóstico de certeza de tuberculosis implica la identificación del agente causal en muestras de secreciones orgánicas o en muestras de tejido, de las cuales se basa principalmente en tres pilares⁸.

- **Bacteriología:** Se realiza el examen bacilosκόpico directo de la expectoración, es la técnica de confirmación más práctica, sencilla y rápida, la cual puede confirmar entre el 65% y el 80% de los casos de tuberculosis⁸.
- **Cultivo:** Es la técnica de mayor sensibilidad, pero requiere más tiempo, es complejo y más costoso. Por esto sólo se realiza cuando la baciloscopia es negativa, continúan los síntomas y en personas con antecedentes de tratamiento antituberculoso⁸.
- **Radiología:** Es un elemento complementario para el diagnóstico de tuberculosis, porque es poco específica, se solicita cuando hay baciloscopias negativas y como profilaxis en contactos con síntomas respiratorios⁸.

- Prueba de la Tuberculina (PPD): La reacción a la tuberculina es de poca ayuda diagnóstica, ya que diagnostica infección y no enfermedad. Entre el 10% al 20% de las formas de tuberculosis pueden aparecer como no reactivas a la tuberculina, ya sea por la mala técnica o por enfermedades que producen inmunosupresión como infección por VIH, insuficiencia renal, malnutrición, etc.⁸.

1.2.7 Tratamiento

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana (NOM-006), a toda persona mayor de 15 años con tos y flema, se le debe realizar estudio de tres muestras de baciloscopia. Todo paciente en quien se confirma *Mycobacterium tuberculosis* debe recibir Tratamiento Primario con medicamentos de primera línea 2HRZE/4H3R3, esquema que ha demostrado efectividad en más de 90% de los casos nuevos. Al término de 6 meses de tratamiento todos los pacientes deberán tener una de las siguientes categorías de clasificación: curación, tratamiento terminado, fracaso, defunción, traslado o abandono. Todos los pacientes independientemente de la localización de la tuberculosis deben ingresar al esquema antes referido, sólo los casos con tuberculosis ósea, miliar o del sistema nervioso central requieren tratamiento por 12 meses⁹.

Cuadro N°1. Tratamiento Primario Reforzado, Supervisado

Fase Intensiva:		Diario de lunes a sábado, hasta completar 72 dosis Administración en una toma.
Medicamentos	Separados (Dosis)	Combinación fija clave 2414 (Presentación)
Rifampicina	600 mg.	4 grageas de:

Isoniacida	300 mg.	150 mg.
Pirazinamida	1,500 mg. a 2,000 mg.	75 mg.
Etambutol	1,200 mg.	400 mg.
		3 tabletas de: 400 mg.
Fase de Sostén:	Intermitente, 3 veces por semana, lunes, miércoles y viernes, hasta completar 72 dosis Administración en una toma	
Medicamentos	Separados (a) (Dosis)	Combinación fija clave 2415 (Presentación)
Isoniacida	800 mg.	4 cápsulas de:
Rifampicina	600 mg.	200 mg.
Etambutol	2,400 mg.	150 mg.
		6 tabletas de: 400 mg.

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud.

(a) Para enfermos con peso menor a 50 kg y en niños, deberá ajustarse la dosis.

(b) Usar sólo en niños mayores de 8 años. Puede ser reemplazado por estreptomina, 1g diario, durante la primera fase. En pacientes con más de 50 años o menos de 50 kg. de peso, la dosis será 0.5 gr.

1.3 Tuberculosis Multidrogorresistente

Debido a que la frecuencia de la multirresistencia en la tuberculosis ha aumentado de manera considerable en los últimos años, se ha convertido en un problema importante de salud pública y se estima que en México cada año los casos en esta condición representan el 2.5%. Por tal motivo, se han desarrollado estrategias específicas orientadas al diagnóstico, tratamiento, seguimiento y vigilancia epidemiológica de la Tb MDR¹⁰.

Se entiende por multirresistencia en tuberculosis al concepto microbiológico en el que un microorganismo del complejo *M. tuberculosis*, aislado de un enfermo, no es susceptible a la acción de uno o varios fármacos antituberculosos. Se considera tuberculosis Multidrogorresistente (Tb MDR) cuando un aislamiento de este complejo no es susceptible, al menos, a la acción de Isoniacida ni de Rifampicina administrados en forma simultánea. La resistencia antimicrobiana en las micobacterias se adquiere por modificación espontánea o inducida en el sitio activo del antibiótico (mutación genética específica)¹⁰.

La tuberculosis resistente clínicamente manifiesta se puede conceptualizar como un proceso de tres pasos que inicia con una mutación genética, seguida por una proliferación selectiva de los organismos resistentes, lo cual resulta en la enfermedad activa con micobacterias resistentes¹⁰.

La resistencia que sobreviene durante el tratamiento se debe a la selección y multiplicación de las mutaciones preexistentes en la población de *M. tuberculosis* en el huésped. Al principio, los antibióticos matan a los organismos susceptibles, que son la porción predominante de la población pero después, los organismos resistentes se multiplican¹⁰.

Las lesiones fibróticas tienden a contener bacilos latentes, los cuales están adaptados a las condiciones microaeróbicas por lo que son refractarios a la esterilización con la quimioterapia convencional. Las contribuciones relativas de la

presión parcial de oxígeno baja o el bloqueo en la difusión de los antibióticos contribuyen a facilitar la resistencia de las micobacterias a diferentes antibióticos¹⁰.

1.3.1 Clasificación de la multidrogorresistencia

Resistencia primaria o inicial: Es la que se da en los pacientes en los que se identifica resistencia a algún fármaco antituberculoso y que nunca han recibido tratamiento con estos fármacos (resistencia en casos nuevos)¹¹.

Monorresistencia. Es la que se da en los casos donde la tuberculosis en enfermos, se confirma que las cepas infectantes de M. tuberculosis son resistentes a un medicamento antituberculoso de primera línea (Isoniacida y Rifampicina)¹¹.

Resistencia secundaria o adquirida: Es la que se da en los pacientes en los que hay evidencia de, al menos, un tratamiento anterior con más de un mes de duración; en su mayoría es ocasionada por el mal uso de los antimicrobianos. En la farmacorresistencia adquirida suele encontrarse resistencia a dos o más medicamentos y es relativamente frecuente la aparición de cepas con multifarmacorresistencia¹¹.

Polirresistencia. La tuberculosis de aquellos enfermos en los que se confirma que las cepas infectantes de M. tuberculosis son resistentes a más de un medicamento antituberculosos de primera línea, distinto de la Isoniacida y de la Rifampicina, puede incluir a solo uno de los dos antes mencionados, pero nunca los dos simultáneamente¹¹.

Tb-MDR. La tuberculosis de aquellos enfermos en los que se confirma que las cepas infectantes de M. tuberculosis son resistentes, como mínimo, a la Isoniacida y a la Rifampicina simultáneamente¹¹.

Tb-con resistencia extendida (XDR-Tb). La tuberculosis de aquellos enfermos en los que se confirma que las cepas infectantes de M. tuberculosis son resistentes, como mínimo, a la isoniacida, rifampicina, una quinolona

(ciprofloxacino, ofloxacino, levofloxacino) más un aminoglucósido (kanamicina, amikacina, capreomicina)¹¹.

1.3.2 Factores vinculados a la farmacorresistencia

En los casos de tuberculosis con resistencia adquirida a los fármacos se han identificado diferentes factores asociados para que sobrevenga la resistencia entre los cuales podemos englobar en tres categorías (Cuadro N°2.)¹².

Personal de salud Tratamientos inadecuados	Medicamentos	Paciente: Ingesta inadecuada de medicamentos
La existencia de una prescripción de dosis no suficiente para que sea efectiva.	Mala calidad de los medicamentos	Poca adherencia al tratamiento
Prescripción incompleta o inadecuada de quimioterapia.	Tratamientos incompletos	Información incompleta sobre el tratamiento
Adición de un fármaco suplementario en caso de fracaso o recaída	Malas condiciones de almacenamiento	Efectos adversos
Empleo de medicamentos o combinaciones de fármacos con eficacia no demostrada		Falta de recursos económicos para transportarse, barreras sociales, mala absorción, presencia de toxicomanías.

Fracaso organizacional del programa de tuberculosis		Factores socioculturales: <ul style="list-style-type: none"> • El paciente se siente avergonzado • El paciente se siente culpable • Falta de comunicación con el personal de salud.
---	--	--

Fuente: Tuberculosis multirresistente medicina universitaria, Vol.4, N°17, oct-dic, 2002.

1.3.3 Etiología de tuberculosis multidrogorresistente

La Tb MDR se transmite de la misma forma que la tuberculosis sensible a los medicamentos, no es más contagiosa que la Tb sensible a los medicamentos. Entre los contactos de personas con Tb MDR, las tasas de infección parecen ser similares a los contactos de personas con Tb sensible a medicamentos. Sin embargo, debido a que pueden tener una respuesta deficiente al tratamiento y a que los medicamentos de segunda línea no son tan eficaces, las personas con enfermedad Tb MDR son, a menudo, contagiosas por más tiempo¹².

La Tb MDR es más difícil de tratar; y el éxito del tratamiento depende de la rápida identificación del caso y adecuado tratamiento; teniendo en cuenta que las drogas de segunda línea en caso de Tb MDR son menos efectivas. Los test determinan la resistencia en particular de un cultivo a varias drogas. Durante esta demora el paciente puede estar siendo tratado en forma inadecuada. El tratamiento para Tb MDR comprende un esquema de tratamiento de muchos meses o años; siendo el porcentaje de cura, en el mejor de los casos, para Tb no drogoresistente en un 90% y para Tb MDR 50% o menos. Los problemas en el tratamiento de Tb MDR son que los medicamentos usados son más fuertes, producen reacciones adversas difíciles de tolerar, se administran durante largos períodos de tiempo, la supervisión del tratamiento y los efectos colaterales requieren de condiciones del propio establecimiento de salud y del paciente en cuanto a relaciones personales y sociales, así como contar con laboratorios confiables .Dentro de las estrategias de tratamiento de Tb MDR se deben tener en cuenta las pautas de tratamiento individualizado según la sensibilidad de los cultivos obtenidos. Luego de un

tratamiento empírico inicial debe ser seguido de uno definitivo una vez que se conozcan los resultados finales del fármaco, con sensibilidad mínimo a cuatro drogas a las cuales las cepas aisladas del paciente son sensibles, dosis recomendadas altas, duración de 18 a 24 meses¹².

1.3.4 Factores de riesgo de Tb MDR

Patologías Asociadas: La Tb puede estar asociada a otras enfermedades. Las enfermedades subyacentes más comunes en huéspedes comprometidos con Tb pulmonar son la Infección por Desnutrición, Diabetes Mellitus y VIH, y varios tipos de Neoplasias¹².

Desnutrición: La relación entre desnutrición y Tb es interactiva porque la desnutrición prolongada expone al organismo a una invasión fácil de enfermedades infectocontagiosas y la infección por Tb conduce o agrava la desnutrición. La trascendencia de un estado nutricional inadecuado es que predispone a inmunosupresión¹².

Diabetes Mellitus (DM): Diversos aspectos de la inmunidad se encuentran alterados en los pacientes con DM. La inmunidad celular innata parece ser la más afectada. La función de los leucocitos polimorfonucleares está deprimida así como la adherencia, la quimiotaxis, la fagocitosis y la destrucción intracelular. La inmunidad celular adaptativa también se ve afectada en los pacientes diabéticos, con una disminución de la respuesta proliferativa linfocítica a estímulos y a algunos patógenos. Estas alteraciones inmunes determinan que algunas infecciones de Tb sean más comunes o severas en pacientes diabéticos, aumentando el riesgo de complicaciones y mortalidad en ellos¹².

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH): La inmunodepresión causada por el VIH es capaz de aumentar la incidencia de tuberculosis tanto por reactivaciones endógenas, por progresión de infecciones recientes como por reinfecciones exógenas. La aparición de las infecciones oportunistas en pacientes infectados por el VIH es una de las amenazas para la expectativa y la calidad de vida de estos¹².

1.3.5 Diagnóstico

Se debe sospechar farmacorresistencia en todo paciente con tuberculosis que curse con recaídas, múltiples abandonos y fracaso a un esquema de retratamiento primario. En todos los casos se debe realizar el llenado del cronograma farmacológico de los tratamientos previos¹³.

1.3.5.1 Clasificación de grupos de registro de los casos, basada en el historial de tratamientos anteriores.

Caso nuevo: paciente que nunca recibió tratamiento antituberculoso o solo recibió por menos de cuatro semanas¹³.

Recaída: paciente que habiendo sido declarado curado de la tuberculosis de cualquier forma después de un ciclo de tratamiento completo, presenta actualmente esputo positivo¹³.

Fracaso: Se considera fracaso si dos o más de los últimos cinco cultivos realizados durante los últimos 12 meses de tratamiento son positivos, o si uno de los tres últimos cultivos es positivo. También se considera fracaso si se tomó la decisión clínica de interrumpir el tratamiento debido a una respuesta deficiente o a reacciones adversas¹³.

Abandono: Paciente que interrumpió el tratamiento durante dos o más meses consecutivos por cualquier razón¹³.

Fracaso al tratamiento primario: Persistencia de bacilos en la expectoración, o en otros especímenes al final del 4º mes de tratamiento confirmado por cultivo, o a quien después de un periodo de negativización durante el tratamiento tiene baciloscopia positiva confirmada por cultivo¹³.

Fracaso al retratamiento: Persistencia de bacilos en la expectoración, o de otros especímenes al final del 4º mes de retratamiento primario confirmado por cultivo, o a quien después de un periodo de negativización durante el retratamiento primario tiene baciloscopia positiva confirmada por cultivo¹³.

En la Tb MDR se debe demostrar por cultivo la presencia de bacterias resistentes a Isoniacida y Rifampicina en forma simultánea, independientemente de la resistencia concomitante a otros fármacos. El conocimiento de la susceptibilidad a los diferentes fármacos antituberculosos es crucial para determinar la posibilidad de curación en el tratamiento de pacientes con tuberculosis farmacorresistente¹³.

El manejo de pacientes con un elevado riesgo de farmacorresistencia, principalmente Tb MDR, hace indispensable la realización de pruebas de farmacosenibilidad in vitro, las cuales desempeñan un papel clave en las estrategias de control de estos pacientes. El uso de esquemas de tratamiento en los que se combinan varios medicamentos de alta eficacia hace que no sea necesario el uso de pruebas de sensibilidad al inicio del tratamiento de manera rutinaria. Sólo se justifica en los casos de enfermos con antecedentes de tratamientos farmacológicos anteriores con varios medicamentos, que tienen un elevado riesgo de ser fármacorresistentes¹³.

1.3.6 Tratamiento

Antes de iniciar el tratamiento se deberá asegurar la disponibilidad de los fármacos antituberculosis para todo el periodo de tratamiento por la institución responsable, y establecerá una carta compromiso informado de aceptación y terminación de tratamiento. El tratamiento recomendado para Tb MDR es un esquema de retratamiento estandarizado y un individualizado⁸.

Cuadro N°3. Fármacos Antituberculosos de Segunda Línea.

Fármaco	Dosificación en adultos	Efectos adversos
Amikacina (Ak)	15-20 mg/kg/día Dosis máxima 1 g/24 hrs.	Reacciones adversas de todos los aminoglucósidos: Necrosis tubular e insuficiencia renal crónica. El riesgo de nefrotoxicidad aumenta con la administración concomitante de
Kanamicina (Kn)	15-20 mg/kg/día Dosis máxima 1g/24 hrs.	

Capreomicina (Cp)	20 mg/kg/día Dosis máxima 1g/24 hrs. Agentes bactericidas para organismos extracelulares	Ciclosporina A, Vancomicina, Anfotericina B y radiocontrastes. Hipoacusia y sordera irreversible. Rara vez, bloqueo neuromuscular reversible.
Ciprofloxacina (Cip) Ofloxacina (Ofi)	500 mg/12 hrs. 7,5-15 mg/ kg/día 400 mg/12 hrs. 7,5-10 mg/kg/día	Las fluoroquinolonas pueden producir: náuseas, vómitos, gastritis. Artralgias. Toxicidad SNC: cefalea, vértigo, rara vez crisis convulsivas y fotofobia
Pirazinamida (Z)	1 500 mg/24 hrs. 15-30 mg/kg/día	Artropatía gotosa, hepatitis tóxica (<2% si no se rebasa la dosis estandarizada), irritación gástrica, fotosensibilidad.
Etionamida (Eth) Protionamida (Pth)	500-1 000 mg/día 10-15 mg/kg/día 1-3 dosis/día 500-1 000 mg/día 10-15 mg/kg/día 1-3 dosis/día Bacteriostáticos para organismos extracelulares	Gastritis, neuropatía periférica, depresión, hepatitis, crisis convulsivas. Hipoglucemia. Otros efectos: exantema, púrpura, estomatitis, ginecomastia, irregularidad menstrual y posible teratogenicidad.

FUENTE: Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud.

Cuadro N°4. Retratamiento estandarizado con fármacos de segunda línea

Fase intensiva 90 dosis			
Medicamentos	Dosis/día	Duración en meses	Presentación
Capreomicina	1 g	3	Fco. Amp. 1 g
Protionamida	750 mg	3	Tab. 250 mg

Ofloxacina	800 mg	3	Tab. 400 mg
Pirazinamida	1 500 mg	3	Tab. 500 mg
Fase de mantenimiento 450 dosis			
Medicamentos	Dosis/día	Duración en meses	Presentación
Protionamida	750 mg	15	Tab. 250 mg
Ofloxacina	800 mg	15	Tab. 400 mg
Pirazinamida	1 500 mg	15	Tab. 500 mg

En personas que pesen menos de 50 kg las dosis serán por kilogramo de peso.

Cuadro N°5. Retratamiento estandarizado alternativo con fármacos de segunda línea

Fase intensiva 90 dosis			
Medicamentos	Dosis/día	Duración en meses	Presentación
Kanamicina	1 g	3	Fco. Amp. 1 g
Protionamida	750 mg	3	Tab. 250 mg
Ciprofloxacina	1 g	3	Tab. 250 mg
Pirazinamida	1 500 mg	3	Tab. 500 mg

Fase de mantenimiento 450 dosis			
Medicamentos	Dosis/día	Duración en meses	Presentación
Protionamida	750 mg	15	Tab. 250 mg
Ciprofloxacina	1 g	15	Tab. 250 mg
Pirazinamida	1 500 mg	15	Tab. 250 mg

FUENTE: Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud.

La adherencia al tratamiento es esencial para el éxito del tratamiento de los pacientes con Tb MDR, lo que permite tasas de curación mayores, se reduce el riesgo de contagio, y se evita el desarrollo de organismos aún más resistentes. La adherencia al tratamiento es responsabilidad tanto de los mismos pacientes, de los familiares como del personal de salud, puesto que se requiere de un compromiso de ambas partes para asegurar resultados favorables. Se requiere que quienes brindan atención busquen y desarrollen estrategias que aseguren que la persona afectada por Tb MDR tenga el apoyo suficiente para llegar a buen término en su tratamiento⁸.

Con el seguimiento y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis, factor importante para reducir las posibilidades de desarrollar Tb MDR y es el motivo principal por el cual se desarrolló la estrategia TAES⁸.

Por lo anterior expuesto y debido al incremento de casos con tuberculosis en América latina y en el mundo, a la falta de efectividad de los servicios de salud, propagación del VIH/SIDA y a la Tb farmacorresistentes, así como a falta de acciones para la prevención y del control de la enfermedad, la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER) decidió establecer una Red latinoamericana de Enfermería y profesionales aliados (RLAEPa) que

realiza actividades enfocadas al mejoramiento y acceso al tratamiento, la calidad en el cuidado y en la atención de las personas con Tb y sus complicaciones; a partir de esta se crearán redes nacionales de Enfermería⁸.

1.4 Estrategia tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES)

Con el propósito de destacar la importancia del papel del personal de enfermería en la estrategia DOTS/TAES de los programas de tuberculosis en Latino América; La Unión Internacional contra la tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (La Unión) convocó a un Taller en Punta del Este, Uruguay en Diciembre de 2002. En esta reunión participaron 20 enfermeras que representaron a distintos países, a su vez se crea la Red Latinoamericana de Enfermería y Profesionales Aliados, con la finalidad de contribuir en la lucha contra la tuberculosis, mejorar el acceso al tratamiento y la calidad del cuidado en la atención de los pacientes. Los compromisos establecidos fueron: la creación de Redes Nacionales de Enfermería y la aplicación de una encuesta de enseñanza en tuberculosis en las escuelas y facultades de enfermería de todos los países¹⁴.

En el 2003, el PNT creó la Red TAES de Enfermería, para ello invitó a participar a los 32 Estados del país, lográndose bajo una convocatoria con criterios específicos de selección. Participando 60 enfermeras de los 32 estados que asistieron a una capacitación nacional. Se desarrolló un plan de trabajo y se elaboró material educativo con enfoque técnico, humanístico y de organización comunitaria para la capacitación en los niveles estatal, jurisdiccional y local. La Red TAES de Enfermería está integrada por enfermeras y profesionales aliados (trabajadoras sociales, psicólogos, comunicólogos y médicos) de instituciones de salud y educativas¹⁴.

La Red TAES de enfermería tiene como función principal el control y manejo del tratamiento primario, de segunda línea y estandarizado, tanto en unidades hospitalarias como en los centros de salud y unidades de medicina familiar. Es la

responsable que la dotación del medicamento este completo para cubrir todo el tratamiento así como la encargada de ministrarlo para favorecer la adherencia al tratamiento por parte del paciente y evitar el abandono de este. Otra función que realiza la enfermera encargada de la Red TAES es la de consejería tanto al propio paciente como a sus contactos para evitar en la medida posible un contagio y que este conozca su enfermedad, las complicaciones pero sobre todo la importancia de la adherencia al tratamiento sus beneficios y reacciones de los medicamentos¹⁴.

Por otra parte también se tiene una relación de los casos nuevos, abandono del tratamiento, defunciones, casos de Tb MDR, traslado a diferentes jurisdicciones del país así como de pacientes curados; para tener un control del número de pacientes y del tipo de tratamiento que tienen¹⁴.

1.5 Catéter venoso central

Los sistemas vasculares son indispensables para la práctica de la medicina actual. Se utilizan para administrar fluidos intravenosos, medicación, sangre o derivados, nutrición parenteral y monitorear el estado hemodinámica en pacientes críticos¹⁵.

La cateterización venosa se define como la inserción de un catéter en el espacio intravascular, central o periférico, con el fin de administrar soluciones, medicamentos, nutrición parenteral, medios de contraste y realizar pruebas diagnósticas, entre otros. La instalación del catéter venoso central se encuentra entre los procedimientos habituales para contar con un acceso directo al sistema vascular central del paciente en un periodo relativamente corto¹⁵.

El primer catéter venoso central fue insertado hace más de cuarenta años. Desde entonces, han recorrido un largo camino de modificaciones y mejoras en su forma, materiales y técnicas de colocación. Aubaniac en 1952, publicó el primer trabajo sobre catéteres y 1953, el radiólogo Stockholm dio a conocer la técnica de Seldinger después de utilizarla para acceder a una vía central. Una de las

aportaciones más importantes la hicieron Broviac en 1973 y Hickman en 1979 cuando descubrieron y utilizaron los primeros catéteres de silicona¹⁵.

El material ideal con el que debe estar fabricado un catéter debe reunir ciertas características como son: biocompatibilidad, reducida formación de trombos, fácil inserción y radiopaco¹⁵.

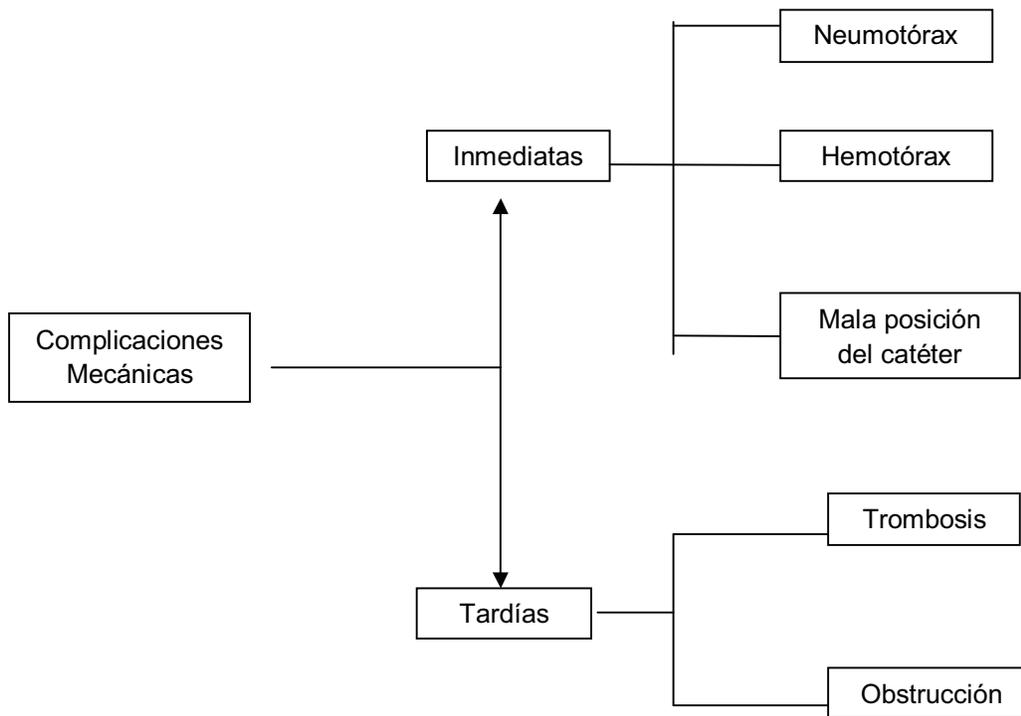
Cuadro № 6 Tipos de catéteres de acuerdo a material de fabricación y usos

Material	Características	Usos
Cloruro de polivinilo (CPVC)	<ul style="list-style-type: none"> • Una sola luz (vía de acceso) • Rígido • Radiopaco 	En terapias de corto plazo, se utiliza en pacientes que requieren acceso vascular de urgencia.
Poliuretano	<ul style="list-style-type: none"> • Multivías • Flexibilidad • Generan menos trombos • Biocompatible 	En terapia de corto plazo y terapias múltiples.
Silicona (Hickman-Broviac)	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden tener una o más vías • La colocación requiere de un procedimiento quirúrgico • Son biocompatibles • Tiene un bajo riesgo de formación de trombos • Requieren de procedimientos de mantenimiento periódico • Es necesario una capacitación específica, previa a su manejo • En los casos en los que el acceso al catéter sea intermitente consta de un trayecto de silicón conectado a una pequeña cámara de titanio o plástico la cual es depositada en un bolsón subcutáneo en la pared anterior del tórax y el acceso es a través de la punción del puerto con una aguja especial (Huber) 	Para pacientes con tratamientos prolongados o en tratamientos ambulatorios

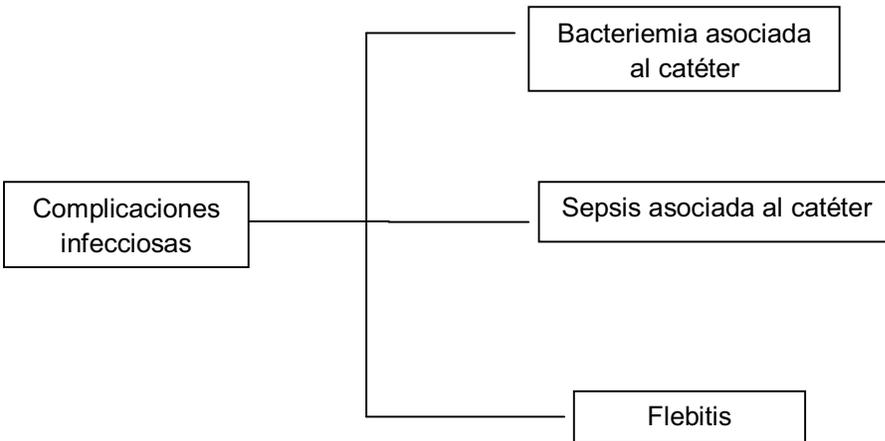
	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando no son utilizados en forma regular es recomendable <p>Accesar al puerto (entrada del catéter) cada 4-6 semanas e irrigarlo con solución heparinizada para mantenerlo permeable.</p>	
--	--	--

Fuente: Cuidados y generalidades sobre catéteres venosos centrales, Lic. Enf. Sandra Guadalupe Villalobos Escobar Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. 2003

1.5.1 Complicaciones del Catéter



Fuente: Cuidados y generalidades sobre catéteres venosos centrales, Lic. Enf. Sandra Guadalupe Villalobos Escobar Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. 2003



Fuente: Cuidados y generalidades sobre catéteres venosos centrales, Lic. Enf. Sandra Guadalupe Villalobos Escobar Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS 2003

En el esquema anterior se muestran la clasificación de las complicaciones más comunes asociadas a la colocación y manejo del catéter venoso central por parte del personal médico y de enfermería durante el tratamiento de Tb MDR.

1.5.2 Cuidados de Enfermería de las Personas con Tuberculosis y el Catéter

El uso del catéter venoso central en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente es una alternativa para su tratamiento ya que este es la opción más viable para ellos; debido a que se usa por un periodo prolongado para así minimizar las molestias que conlleva la ministración de inyecciones del tratamiento y el manejo adecuado por parte del personal capacitado que le brinda la atención en el centro de salud más cercano a su domicilio; además de favorecer la adherencia al tratamiento y garantizar al paciente buenos resultados que ayuden a su recuperación¹⁵.

Los cuidados de enfermería que se brindan al paciente con Tb es la orientación sobre las medidas de prevención acerca del uso del catéter así como de los beneficios y los riesgos de este. También la enfermera es la encargada del

mantenimiento del catéter para evitar cualquier complicación durante el tratamiento. Se debe tener un cuidado especial con estos pacientes debido a que su condición física es muy delicada así como su estado emocional por los efectos secundarios de los medicamentos antituberculosos y la enfermedad misma¹⁵.

La enfermera debe valorar el estado clínico del paciente durante la curación del catéter para brindarle seguridad; evalúa signos de infección, permeabilidad así como la ubicación y un posible deslizamiento del catéter, evitando al mínimo las manipulaciones innecesarias¹⁵.

El procedimiento se realiza con técnica aséptica la curación se realiza cada 72 horas o antes según sea necesario, el material que se utiliza es el mismo que para cualquier otra curación, se realiza la asepsia del sitio de inserción con isodine en tres tiempos y posteriormente con alcohol en dos tiempos del centro a la periferia, alrededor y por debajo de los botones de plástico, posterior se conecta el equipo de venopack con la solución y el medicamento a una de las vías regulando la velocidad de flujo de la solución el cual deberá pasar de 45 minutos a 1 hora y se mantiene en observación al paciente por si presenta alguna reacción adversa al medicamento, después de terminar de pasar la solución se retira el equipo de venopack y se hepariniza el catéter con 1000 Uds./ ml diluida en 3 ml de solución salina, se pinza el catéter en un lugar diferente al anterior para evitar la fractura de este se coloca el tapón de la vía y se cubre con una gasa, una vez terminada de realizar la curación y ministración del medicamento se coloca el parche transparente asegurándose que quede bien fijado y colocando en una esquina la fecha de curación y se registra el medicamento, dosis, vía y la hora de administración del tratamiento en el formato de control de pacientes¹⁵.

Por lo anterior, es importante conocer y estandarizar el manejo del catéter venoso central por parte del personal de enfermería que debe estar capacitado para la realización de los procedimientos en la atención del paciente con tuberculosis durante su tratamiento¹⁵.

1.6 Investigación Cualitativa

La Investigación Cualitativa es un tipo de investigación formativa que ofrece técnicas especializadas para obtener respuestas de fondo acerca de lo que las personas piensan y cuáles son sus sentimientos. Esto permite a los responsables de un programa comprender mejor las actitudes, creencias, motivos y comportamientos de una población determinada¹⁶.

La Investigación Cualitativa se realiza para contestar a la pregunta “¿Por qué?”, es un proceso de descubrimiento; es de índole interpretativa; se realiza en grupos pequeños de personas los cuales, generalmente, no son seleccionados en la base de la probabilidad¹⁶.

Las dos técnicas de Investigación Cualitativa son:

a) Las entrevistas de profundidad. Son realizadas por personal especializado a través de citas previamente concretadas, provocando un clima óptimo y de tranquilidad, donde el entrevistado pueda desarrollar una plática fluida que permita obtener la información buscada. Las mismas son grabadas, analizadas y las principales sugerencias se presentan en un reporte final¹⁶.

b) Las Sesiones de Grupo. Consisten en un diálogo grupal de seis a diez personas coordinadas y analizadas por psicólogos acerca del tema que estos proponen y que se ajustan a una guía de tópicos. Los participantes expresan libremente sus opiniones sobre la temática propuesta por el coordinador. De acuerdo a la dinámica se puede alterar el orden de los tópicos de la sesión sin perder de vista el cumplimiento del objetivo fundamental¹⁶.

1.6.1 Etapas de la investigación cualitativa

1. Formulación.- Es la acción con la que se inicia la investigación y se caracteriza por explicitar y precisar ¿Qué es lo que se va a investigar y por qué?¹⁶.

2. El diseño.- Se buscará responder a las preguntas ¿Cómo se realizará la investigación? y ¿en qué circunstancias de modo, tiempo y lugar? ¹⁶.
3. La Ejecución.- Esta acción corresponde al comienzo observable de la investigación y tiene lugar mediante el despliegue de una o varias estrategias de contacto con la realidad o las realidades objeto de estudio. Entre esas técnicas de contacto se encuentran: el diálogo propio de la entrevista, la reflexión y construcción colectiva característica de los talleres, o la vivencia lograda a través del trabajo de campo y la observación participante, entre otras alternativas¹⁶.
4. El Cierre.- Esta acción de la investigación busca sistematizar de manera progresiva el proceso y los resultados del trabajo investigativo. Para ello, parte de la estructuración preliminar de lo que denominaremos un cierre preliminar inicial, el cual tiene lugar inmediatamente después de concluir el primer episodio de análisis derivado, a su vez, de la conclusión del primer evento de recolección o generación de información¹⁶.

1.6.2 Métodos cualitativos

- **Etnografía:** La etnografía es un término que se deriva de la antropología, puede considerarse también como un método de trabajo de ésta; se traduce etimológicamente como estudio de las etnias y significa el análisis del modo de vida de una raza o grupo de individuos, mediante la observación y descripción de lo que la gente hace, cómo se comportan y cómo interactúan entre sí, para describir sus creencias, valores, motivaciones, perspectivas y cómo éstos pueden variar en diferentes momentos y circunstancias; podríamos decir que describe las múltiples formas de vida de los seres humanos¹⁶.
- **Fenomenología:** Describe las estructuras de la experiencia tal y como se presentan en la conciencia, sin recurrir a teoría, deducción o suposiciones procedentes de otras disciplinas vs las ciencias naturales. En la actualidad se han desarrollado interpretaciones fenomenológicas en teología,

sociología, psicología, psiquiatría, crítica literaria, lingüística y otras ciencias sociales¹⁶.

- **Teoría fundamentada:** Su objetivo es el de generar teoría a partir de textos recogidos en contextos naturales y sus hallazgos son formulaciones teóricas de la realidad¹⁶.
- **Etología:** La observación sistemática, el análisis y la descripción de conductas¹⁶.
- **Etnociencia:** Técnica lingüística para descubrir estructuras cognitivas a partir de lo que la gente dice¹⁶.

1.6.3 Muestreo

El objetivo del muestreo cualitativo es comprender el fenómeno de interés, trabaja sobre muestras seleccionadas intencionalmente. El investigador elige individuos y contextos al preguntarse: ¿Quién puede darme la mayor y mejor información acerca de mi tópico?, ¿en qué contextos seré capaz de reunir la mayor y mejor información acerca de mi tópico? ¹⁶.

1.6.4 Saturación de los datos

Cuando todas las categorías de datos han sido saturadas; la saturación es alcanzada cuando el desarrollo de categorías es denso (en variación y proceso) y cuando las relaciones entre categorías están bien establecidas y validadas. Determinar un tamaño de muestra suficiente para alcanzar la saturación depende de varios factores que incluye: “la calidad de los datos” (transcripciones legibles; audiograbaciones claras, etc.); “alcance del estudio” (amplio versus estrecho); “naturaleza del tópico” (claro; la información puede ser obtenida fácilmente); “cantidad de información útil obtenida por cada participante” (articulada; vinculación de la experiencia con el fenómeno; tiempo disponible para dar); “número de entrevistas por participante; “uso de datos sombreados” (reportes de participantes acerca de otras experiencias), y “método cualitativo y diseño del estudio realizados”¹⁶.

CAPÍTULO II: REVISIÓN DE LA LITERATURA

Se encontraron diferentes investigaciones que tienen relación con el tema de estudio. Como lo muestran los siguientes ejemplos:

1) Mery Cruz Carranza; de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, E.A.P. de Enfermería en el 2008 realizó en Lima Perú un estudio llamado: **“Percepción del paciente con tuberculosis sobre el apoyo emocional que le brinda su grupo familiar y el personal de salud en la satisfacción de sus necesidades emocionales”**; en el cual se aborda la percepción del paciente con Tb pulmonar sobre el apoyo emocional que recibe de su grupo familiar y del personal de salud para la satisfacción de sus necesidades emocionales; el diseño metodológico es cualitativo, tipo estudio de caso, con una población de 35 pacientes. Entre las consideraciones finales se tiene que el apoyo tanto emocional como tangible es percibido por los pacientes como importante y necesario desde el inicio, razón por la cual se debe establecer una adecuada relación terapéutica como responsabilidad del personal de salud hacerlo factible, siempre teniendo en cuenta las necesidades emocionales de afecto, suficiencia y autosuficiencia que manifiesta el paciente.

2) Ángel Gustavo Valencia Miranda; de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, realizó en el 2003 en Lima Perú un estudio llamado: **Niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis**, se evaluó aplicando el Test de Hamilton a 90 pacientes, portadores de tuberculosis en sus diferentes tipos, con el objetivo de determinar la relación existente entre tuberculosis y depresión; concluye que cuando mayor es el tiempo de tratamiento los niveles de depresión aumentan, de esta manera se comprueba que existe relación directa entre la Tuberculosis y la depresión en la población estudiada.

3) Luz María Tejada Tayabas*, Blanca Estela Grimaldo Moreno** y Olga Maldonado Rodríguez *** *Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (San Luis Potosí, S.L.P, México); **Hospital General de Zona No.

1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (San Luis Potosí, S.L.P México); ***Clínica Días Infante S.A. (San Luis Potosí, S.L.P, México), en el 2006, realizaron un estudio llamado **“Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento”**. Este trabajo presenta las percepciones de enfermos diabéticos y sus familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. Es un estudio cualitativo, de corte etnográfico. Se identificaron las formas en que el apoyo familiar facilita a los enfermos afrontar su padecimiento más fácilmente, y las repercusiones cuando no se brinda apoyo afectivo o económico. Los familiares refieren dificultades para comunicarse con los enfermos y los sitúan como demandantes de atención, se sienten abrumados por no saber cómo tratarlos y ayudarles con su enfermedad. Los hallazgos permiten comprender los diferentes factores individuales y del entorno familiar que favorecen o dificultan en el enfermo su autocuidado y los recursos para afrontar el padecimiento.

4) La antropóloga Claudia Romero Hernández, Subdirección de Investigación Sociomédica, Unidad de Investigación, INER, de Octubre a diciembre de 1999. Realizó un estudio sobre **“creencias y consecuencias sociales de la tuberculosis pulmonar en dos comunidades indígenas del estado de Oaxaca: una aproximación cualitativa”**. De tipo descriptivo en el cual encontró que la tuberculosis fue desconocida por más del 80% de las familias. Los enfermos perciben a esta enfermedad como “Enfriamiento” y “Brujería”, la adherencia al tratamiento se hizo en etapas avanzadas y viven la tuberculosis como rechazo social, siendo el abandono y el aislamiento las principales consecuencias.

5) La doctora en Enfermería Elisabete Pimenta Araújo Paz, Profesor Asistente de la Universidad del Estado de Pará, Brasil, Margareth Moita Sá. Realizaron un estudio de **“Lo cotidiano del tratamiento de personas enfermas de tuberculosis en unidades básicas de salud: un abordaje fenomenológico”** donde se mostró que los enfermos temen a la enfermedad y sus consecuencias, el cuidado que se realiza de modo impersonal, la responsabilidad por el tratamiento enfatizada por los profesionales y asumida por los enfermos y que las conductas

de los profesionales se pautan, predominantemente, por las normas técnicas del discurso biomédico.

6) Guadalupe del Carmen Álvarez-Gordillo, Dra. en el Colegio de la Frontera Sur, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México ; Julio Félix Álvarez-Gordillo, Socio Universidad Autónoma de Chiapas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México; José Eugenio Dorantes-Jiménez, M.S.P., Subdirección de Salud Pública, Instituto de Salud del Estado de Chiapas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México David Halperin-Frisch,[†] M.S.P. Realizaron un estudio cualitativo sobre **“Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México.”** Donde se encontró que el desconocimiento sobre la enfermedad propició la elección de diferentes alternativas para su atención. Los servicios de salud y la inadecuada relación médico-paciente influyó en el retardo en el diagnóstico y falta de adherencia al tratamiento.

7) Macarena De los Santos Roig del departamento de psicología social de la Universidad de Granada, con el profesor Cristino Pérez Meléndez, han desarrollado una nueva prueba que puede evaluar y cuantificar la representación cognitiva que los pacientes crónicos tienen acerca de su enfermedad. **“la forma en que los pacientes perciben sus enfermedades realmente influye en el impacto que las enfermedades tienen sobre ellos”**. Los resultados que se obtuvieron fueron que la representación cognitiva de una enfermedad está relacionada con las creencias y las ideas que los pacientes tienen acerca de su condición y estas ideas se basan normalmente en cinco cosas: los síntomas, las causas, las consecuencias de la enfermedad en sus vidas, las medidas de control y la progresión de la enfermedad.

CAPÍTULO III: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, la resistencia bacteriana a uno o más de los medicamentos antituberculosos es un factor limitante para garantizar la curación del 100% de los pacientes y por ende el control de la enfermedad. Tratar de curar a un paciente portador de una cepa resistente es un reto técnico, médico y social¹⁷.

La OMS (2006), refiere que la tuberculosis, actualmente declarada como una urgencia mundial, enfrenta un obstáculo muy importante para su control: el abandono del tratamiento, también llamado no-adherencia, incumplimiento o falta de apego del paciente a la medicación. Esto implica graves consecuencias tanto para el enfermo, como para la comunidad, debido a que el paciente no se cura y continúa la cadena de transmisión de la enfermedad¹⁷.

Se hace importante considerar que la situación del enfermo con tuberculosis pulmonar, se vuelve aún más crítica ya que no sólo tiene la enfermedad física, altamente contagiosa, sino también que, como consecuencia de los grandes problemas sociales, económicos, afectivos, el paciente enfrenta situaciones complejas y esto sumado al aporte mínimo de apoyo por parte de sus redes sociales, repercute negativamente en su recuperación; por lo cual es necesario que se le brinde apoyo emocional durante todo el proceso de enfermedad, tratamiento, y recuperación¹⁷.

El cuidado al paciente con Tb MDR, quien al confirmar su enfermedad necesitará apoyo de todo el personal de salud, en especial de la enfermera, quien se encuentra en constante interacción con el paciente, por ello es importante comprender la percepción que tiene el paciente con Tb MDR sobre el uso del catéter venoso central como alternativa para su tratamiento así como analizar los cambios que ha tenido en su entorno familiar, social y laboral; los sentimientos que ha tenido a raíz de su enfermedad y la atención brindada por el personal de salud¹⁷.

CAPÍTULO IV: OBJETIVOS

GENERAL:

- ❖ Identificar la percepción que tiene el paciente con Tuberculosis MDR sobre el uso del catéter venoso central como alternativa para su tratamiento.

ESPECÍFICOS:

- ❖ Indicar los cambios que ha tenido el paciente con Tuberculosis MDR en su entorno familiar, social y laboral.
- ❖ Describir los sentimientos y/o vivencias emocionales que ha tenido a raíz de su enfermedad.
- ❖ Analizar la atención brindada por personal de salud hacia el paciente.

CAPÍTULO V: MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño metodológico cualitativo, tiene como propósito explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan los implicados en la problemática. Dentro de las investigaciones en ciencias de la salud se desarrolla la fenomenológica la cual es tanto una filosofía como un método de investigación.

El propósito de ésta, es describir las experiencias tal como son vividas; en términos fenomenológicos, captar la “experiencia vivida” por los participantes en el estudio dando así paso para realizar estudios de caso, que es un método de investigación cualitativa que tiene por objeto entender las conductas sociales por medio de la observación en profundidad ya sea de agrupaciones, de individuos concretos o de parte o partes de una organización, teniendo una gran importancia en el desarrollo de las ciencias sociales; este requiere tratarse con profundidad, buscando el completo entendimiento de su naturaleza, sus circunstancias, su contexto y sus características.

5.1 Selección de participantes

Se realizó la selección de 4 participantes con las siguientes características; personas con Tuberculosis Multidrogorresistente que utilizaran o hayan utilizado catéter venoso central, que radicarán en el Distrito Federal y/o Estado de México. Los cuales fueron captados en el instituto especializado en estos padecimientos y posteriormente se asistió a su domicilio.

Perfil de los participantes del estudio

Sexo	Edad	Estado civil	Ocupación	Grado de estudio
Femenino	34	Divorciada	Desempleada	Licenciatura
Femenino	22	Unión libre	Ama de casa	Preparatoria
Masculino	59	Casado	Jubilado	Doctorado
Femenino	21	Soltera	Estudiante	Preparatoria

5.5.2 Diseño de investigación

El diseño metodológico es cualitativo, tipo estudio de caso, de corte fenomenológico. Se llevó a cabo el estudio de marzo a julio del 2011, se utilizó la técnica de entrevista semi-estructurada a través de una guía de entrevista a pacientes con tuberculosis multidrogorresistente. Todas las entrevistas se realizaron en los domicilios de los pacientes hasta saturar los datos, con una duración promedio de una hora y media cada una.

5.5.3 Procesamiento de la información

Para la recolección de datos se utilizó la técnica entrevista semi-estructurada la cual comprendió 3 apartados: 1 datos generales y sociodemográficos 2. Percepción sobre la enfermedad y el tratamiento 3. Sentimientos a raíz de la enfermedad, las cuales fueron grabadas y posteriormente transcritas con una duración promedio de 5 horas cada una en el programa de Word para el análisis de las entrevistas individuales de las cuales emergieron las siguientes categorías: 1) impacto emocional generado por la enfermedad y el tratamiento, 2) repercusiones sociales de la enfermedad, 3) trato del personal de salud.

5.5.4 Aspectos éticos de la investigación

Antes de realizar el estudio se contó con la autorización de los informantes mediante consentimiento informado, el cual tuvo como objetivo asegurar que los individuos participaran en la investigación propuesta sólo cuando ésta fuera compatible con sus valores, intereses y preferencias; y que lo hacen por propia voluntad con el conocimiento suficiente para decidir con responsabilidad sobre sí mismos. Los requisitos específicos del consentimiento informado incluyen la provisión de información sobre la finalidad, los riesgos, los beneficios, la comprensión del sujeto de esta información y de su propia situación, y la toma de una decisión libre, no forzada sobre si es conveniente participar o no. El consentimiento informado se justificó por la necesidad del respeto a las personas y

a sus decisiones autónomas. Cada persona tiene un valor intrínseco debido a su capacidad de elegir, modificar y proseguir su propio plan de vida. La presencia de testigos idóneos y el uso de grabaciones son medidas que pueden complementar ó sustituir en ciertos casos al consentimiento firmado por escrito. La aceptación o no de estos recursos debe ser decidida por los sujetos¹⁸.

Los requisitos éticos para la investigación cualitativa no concluyen cuando los individuos hacen constar que aceptan participar en ella. El respeto a los sujetos implica varias cosas: permitir que cambie de opinión, decidir que la investigación no concuerde con sus intereses o conveniencias y que puede retirarse sin sanción de ningún tipo; la reserva en el manejo de la información, que debe ser considerada con reglas explícitas de confidencialidad; la información nueva y pertinente producida en el curso de la investigación debe darse a conocer a los sujetos inscritos; como reconocimiento a la contribución de los sujetos, debe haber un mecanismo para informarlos sobre los resultados y sobre lo que se aprendió de la investigación; y el bienestar del sujeto debe vigilarse a lo largo de su participación, y, si es necesario, debe recibir las atenciones necesarias incluyendo un posible retiro de la investigación¹⁸.

Los aspectos éticos se basaron en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en su Título segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos. Capítulo I. Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio¹⁹.

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta¹⁹.

CAPÍTULO VI: RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos según fueron emergiendo en el análisis de los textos transcritos de las entrevistas individuales.

En la investigación respondiendo a las interrogantes, se obtuvieron las siguientes categorías:

1) IMPACTO EMOCIONAL GENERADO POR LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO

- Sentimientos a raíz de la enfermedad
- La enfermedad como secreto familiar
- Apoyo familiar y/o dependencia
- Sentimientos provocados por el uso del catéter
- Cuidados del catéter durante el tratamiento

2) REPERCUSIONES SOCIALES DE LA ENFERMEDAD

- Limitaciones físicas en el desarrollo profesional y laboral
- Alteraciones en la vida cotidiana

3) TRATO DEL PERSONAL DE SALUD

- Ser entendido en su diversidad

1) IMPACTO EMOCIONAL GENERADO POR LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO

Los estados emocionales están relacionados con patrones característicos de procesamiento de la información emocionalmente relevante (Mathews y MacLeod, 1994). Así, por ejemplo, la excesiva atención a la información amenazante puede generar reacciones de ansiedad, de la misma forma que la incapacidad para eliminar los pensamientos intrusivos negativos autorreferentes genera episodios depresivos. La investigación sobre la relación entre emoción y salud se ha centrado, entre dos grandes aspectos. En primer lugar, en establecer la etiopatogenia emocional de ciertas enfermedades, intentando relacionar la aparición de determinadas emociones (ansiedad, ira, depresión) con trastornos psicofisiológicos específicos (trastornos coronarios, alteraciones gastrointestinales, o del sistema inmunológico). En segundo lugar, la expresión o inhibición de las emociones en la salud y en el enfermar²⁰.

- **Sentimientos a raíz de la enfermedad**

El filósofo Max Scheler realizó una clasificación de los sentimientos desde la fenomenología dentro de esta se encuentra los sentimientos psíquicos, que suelen ser más independientes del cuerpo y están producidos por circunstancias y hechos concretos ante un suceso o noticia; más que estados son cualidades del yo, cuyo significado se limita a modular afectivamente una singular relación sujeto-objeto²⁰.

Por lo anterior mencionado sobre los sentimientos encontramos que los participantes refieren entre sí tener miedo al momento del diagnóstico, la evolución de esta debido al desconocimiento de la enfermedad así como al pronóstico de curación; también mencionan un constante temor a la muerte por la incertidumbre de no saber que les iba a suceder presentando depresión y un dolor no físico sino mas bien emocional como se muestra en los siguientes testimonios:

“Pues lo que te platicaba la otra vez que pensaba que me iba a morir no sabía absolutamente nada sobre la enfermedad para mi únicamente lo que te decía que veía en las películas de Carlos I y todo eso es lo único que... y lo que veía pues era que... es que... que tosían y que sacaban sangre y que a los dos meses se morían... eso era lo que yo pensaba que me iba a pasar...destrozó mi vida...” (SA)

“Me daban ganas de llorar no sabía lo que era pero sabía que era feo ya después me enteré que se curaba ya me sentí más tranquila terminé el tratamiento y entré en depresión, miedo más que nada por la niña más que nada miedo”. (KY)

“Pues muchas cosas ¡no! así de no no este ... pues si será grave me voy a morir o me voy a curar la escuela este... mmm qué es lo que me espera y... cómo le voy hacer, no sé fue así como que a la vez me quede en shock y a la vez como que las preguntas eran así muy fuertes así de ahh no sé, no, no, no, fue muy feo un dolor muy fuerte que llegó a mi vida en un momento que no esperaba.. pues ha sido muy muy fea, ahorita ya estoy más tranquila ya no ... siento el mismo dolor que antes porque no me gusta recordarlo pero en ese tiempo sí fue muy fuerte no me gustaba hablar del tema por pues porque decía no quiero contar lo que estoy viviendo y pues ahorita ya es un poco más leve y pues sí un poco mas fácil para mi”. (LM)

- **La enfermedad como secreto familiar**

El diagnóstico de la enfermedad es manejado en muchos casos como un secreto familiar donde solo saben las personas de mayor confianza, a veces mantienen en secreto su enfermedad en sus centros laborales, en el colegio y con sus amistades. Debido a la estigmatización o tabúes que se tienen sobre la enfermedad así como el desconocimiento de esta, causándoles un conflicto emocional.

Se detectó que una participante mantenía en secreto su enfermedad para con sus amistades debido a que ella pensaba que no estaban preparados para una noticia de esta magnitud y asimismo los protegía; creía que el desconocimiento de la enfermedad por parte de ellos les podría causar el contagio de esta, por tal motivo solo les informó que tenía una enfermedad respiratoria sin entrar en detalles de la misma, como se muestra a continuación:

“mis amigos no, de hecho no saben qué tengo, solo que tengo una enfermedad de los pulmones pero no les he querido decir porque de hecho eso es muy personal, mío no! trato de cuidarme y cuidarlos a ellos claro pero ellos no saben, siento que si lo sepan, si lo supieran me apoyarían pero sería un poco de wow no, porque ellos no están bien informados de esta enfermedad y en mi familia todos me han apoyado, me han cuidado todos”. (LM)

- **Apoyo familiar y/o dependencia**

Durante el proceso de enfermedad es muy importante que se mantenga el apoyo familiar ya que de este depende el éxito o fracaso del tratamiento; los enfermos crónicos con algún grado de discapacidad reciben la mayor parte de los cuidados del entorno familiar. La motivación es un factor determinante para seguir adelante, así como un apoyo incondicional, alentando a terminar el tratamiento, y que manteniendo siempre conversaciones en el que manifiesten sus dudas, temores y preocupaciones²⁰.

Como ya se mencionó se encontró que los participantes perciben el apoyo familiar como un pilar importante durante su recuperación y la evolución de la enfermedad creando así un vínculo de dependencia en algunos casos, debido al deterioro físico que presentaba la persona en ese momento, como se relata a continuación:

“yo creo que el factor más importante para que no dejara el tratamiento fue mi familia, porque ellos eran los que estaban detrás de mi todo el tiempo, ellos eran los que me llevaban, me traían, me llevaban y me dejaban en el centro de salud como si fuera de niña de kínder, ahí me dejaban con la enfermera y luego cuando regresaban me entregaban porque como era, no tenía... no era independiente, o sea no podía caminar bien, no me podía vestir, no podía amarrarme las agujetas, no podía hacer nada, me hacían todo este ”.(SA)

Por otro lado, hallamos que la motivación es importante para continuar en este proceso ya que el apoyo recibido por parte de la familia es total y de gran ayuda para superar esta faceta, como a continuación se menciona:

“el apoyo de mi familia era incondicional y sabía que iba a tener cura, para mi y mi familia y sí ha sido un proceso largo, costoso pero pues .. todos sabemos que es para algo, mucho, mucho mejor”
(LM)

- **Sentimientos provocados por el uso del catéter**

Basándonos en la clasificación de los sentimientos por el filósofo Max Scheler encontramos los sentimientos vitales y corporales, los cuales nos expresan una situación en la que lo físico acaba de perder su precisión topográfica para extenderse a la corporalidad en su conjunto, por ejemplo el sentimiento de salud o de enfermedad, contiene esa significación corporal, unitaria y comprensiva que refleja su expresión verbal²⁰.

Por lo tanto, se confirma con lo anterior, la experiencia que tuvieron los participantes con el uso del catéter venoso central como alternativa para su tratamiento, donde ellos manifestaron una molestia física generalizada por el uso de este; así como la incomodidad al pórtao pero sobre todo el dolor que les causó al momento de la colocación, el rechazo a usarlo y las limitaciones que este les causaba en su vida cotidiana, como ellos lo refieren:

“Al principio sentí feo pero ya después me acostumbre a tenerlo ya, me molestaba no poder usar la ropa que me gustaba, ir a nadar, cubrímelo y me lo cocían a cada rato”. (KY)

“Pues al principio se siente raro porque pues es algo extraño a tu cuerpo no que lo traes ahí pegado y este así con un poco de temor porque es así como que una.. línea directa a infecciones por dentro de tu cuerpo, no este pero ya después con el tiempo te vas acostumbrando pues como lo usé tanto tiempo que ya al final ya no me molestaba ya ni me hacía tanto” (SA)

“Es espantoso porque no puede uno dormir bien porque duele, a mí me afectó un nervio en el momento en el que me lo pusieron, me lastimaron un nervio y me dolía, además pues es una herida y un cuerpo extraño, el organismo se defiende y tiende a rechazarlo, es mas todavía no cierra la herida después de 6 meses me molesta todavía”. (AG)

“pues sí pesado por que dije no, o sea yo no quiero tener esa cosita en mi cuerpo, no quiero, no quiero me vean con ella no quiero sentirla, no quiero, simplemente no quería, pero sabía que no tenía otra opción más que ponérmelo .. pues fue muy doloroso, muy difícil” (LM)

- **Cuidados del catéter durante el tratamiento**

Los pacientes son concientes que el cuidado de sí mismo es importante para culminar su tratamiento con éxito; por lo tanto toman medidas como tener un cuidado específico para el catéter en su domicilio así como descansar, alimentarse adecuadamente, siguiendo las indicaciones de los médicos y enfermeras para mantener en buen estado su catéter y así prevenir infecciones y manipulaciones innecesarias.

Por lo tanto, ellos refirieron que los cuidados que tenían en casa con su catéter, era no mojarlo, cubrirlo, no realizar esfuerzos y lo más importante que ellos señalan, es la higiene que deben tener, también mencionaron que las curaciones las realizaban en el centro de salud cada semana y el manejo estaba a cargo de la enfermera capacitada como ellos lo señalan:

“Pues sí que me no lo mojara y que bueno, me hacían la curación cada semana y nada más me limpiaban, no recuerdo con qué con un liquido café y alcohol nunca se me infectó”.(KY)

“Sí, no mojarlo, lo mas higiénico posible, en realidad yo no hacía mucho esfuerzo con la mano del lado donde estaba o cargar cosas y eso este.. porque yo no lo limpiaba ni nada,, como me ponían el plástico ese que te ponen, bueno, no se cómo se llama lo que cubre pues en realidad no le hacía mucho, nada más con que no lo mojara y la limpieza pues me las hacían en el centro de salud, entonces no le hacía mucho el tenerlo limpio y este sin humedad y ya”. (SA)

“Sí claro, pues no tocarlo, no hacer esfuerzos bruscos, bañarme y tapármelo con... alguna cinta o un papel, no sé y en el centro de salud cada semana me hacían limpieza”. (LM)

“Bueno, pues este los cuidados era siempre este, una higiene extrema, si extrema y este y el cubrimiento de las terminales del catéter y además el la, la infusión, la este, la le inyectaban un liquido, un anticoagulante pero que ahorita no recuerdo el nombre del anticoagulante y en casa pues obviamente ee no tocar el catéter, cubrirlo con un hule básicamente eso”. (AG)

2) REPERCUSIONES SOCIALES DE LA ENFERMEDAD

- **Limitaciones físicas en el desarrollo profesional y laboral**

La enfermedad en muchos casos modifica la vida diaria de las personas, las limitaciones laborales que genera la enfermedad se ve reflejada en el estado físico y anímico de la persona debido a las reacciones adversas de los medicamentos y la experiencia de las molestias que estos les generan. No es fácil tener tuberculosis y un trabajo a la vez, ello genera tensión en el paciente provocando cambios de humor, así mismo algunos ponen de manifiesto que han dejado de trabajar o se han visto en la necesidad de escoger entre el trabajo y el tratamiento de la enfermedad.

Por este motivo los participantes mencionan que es un factor determinante, es el deterioro del estado físico en relación con el desarrollo laboral y profesional debido a las molestias que les provocan los medicamentos, por ende se ve limitado su desempeño laboral ya que como ellos refieren, no pueden rendir al cien por ciento en sus actividades e incluso han tenido que dejarlas como se cita a continuación:

“Pues ya no puedo hacer mis cosas como antes, este me canso mucho, este me agito cuando subo puentes o así al subir los micros y este me mareo”.(KY)

“Yo trabajaba 12 horas diario de 8:30 a 9 y ahora pues ya no puedo trabajar, me da mucho sueño en el día pues porque me acostumbré a trabajar todo el día”(SA)

“Por completo cambio mi vida fue un cambio radical en mis actividades tuve que dejar de trabajar porque los efectos secundarios de los medicamentos son terribles, este las náuseas y el mareo no me permiten realizar una vida normal, imagínate tu ir a trabajar así, no das el cien por ciento en tus actividades”. (AG)

“Pues en mucho, este con este mm enfermedad me dieron mas padecimientos y.. me sentí mas insegura y más feo”. (LM)

- **Alteraciones en la vida cotidiana**

Dentro la clasificación de los sentimientos, mencionada anteriormente, se describen los sentimientos sensibles. Estos señalan el tránsito de los fenómenos sensoriales a los afectivos, entre la sensación y el sentimiento, un modo de referencia puramente físico y psicológico. Los sensoriales presentan cierto carácter de signo o indicación de que algo físico se encuentra alterado. Por otro lado, encontramos los sentimientos espirituales. Se distinguen netamente de los demás fenómenos afectivos en que, más que estados, se podrían catalogar como modos de ser: sentimientos absolutos que penetran y empapan todos los contenidos peculiares de la vivencia²⁰.

Con la descripción anterior de los sentimientos tanto sensibles como espirituales encontramos una relación en la experiencia que tuvieron los participantes con respecto a las alteraciones que han presentado en su vida cotidiana a partir de la enfermedad. Con lo cual refieren un cambio radical en sus actividades, tanto a nivel social, laboral y personal, pero sobretodo el deterioro físico y emocional que presentan durante el proceso de enfermedad y tratamiento, lo cual ellos expresan:

“Pues lo que te decía, la vez pasada me cambio mi vida un doscientos mil por ciento, yo vivía en Cabo San Lucas, casada, trabajo y este desmadre, fiestas todo y cuando me enfermo pues ni marido, ni trabajo, ni casa, ni desmadre, ni nada, ahí está todo, todo, se me cambió totalmente” (SA)

“En qué cambió mi vida... pues mucho porque mi vida personal, con mi marido, mi hija, porque al principio estaba acostada nada más y cuatro meses dejé mi trabajo y volvía a trabajar, ahora no, trabajo porque me agoto al subir puentes, micros, mi vida familiar no cambió nada, ni amistades”.
(KY)

“Mmm, pues todo me volvió más insegura, me alteraba más los nervios, sí me cambió mucho en mi forma de pensar pero pues creo que con el tiempo y .. ya curándome lo voy asimiliar , voy a tener mucho más cuidado, voy a tratar de cuidarme más, voy a seguir manteniéndome como ahorita, comer, tener mucho, mucho cuidado en mí, seguirme cuidando”. (LM)

“mi vida prácticamente era normal, es más este, el dotbal no tiene, no tiene reacciones secundarias importantes, yo no sentía nada, yo ya llevaba una vida normal ¡no! El, el problema es cuando cuando empieza el tratamiento de segunda línea, terribles, tuve problemas auditivos, tengo problemas gastrointestinales, terribles, no puedo comer por las náuseas y las náuseas son tan altas, a veces, que provocan casi vértigo y mareos, no poder comer es terrible, este tengo dolores de articulaciones, dolores de huesos, dolores musculares, cefalea, éstas son las consecuencias”. (AG)

3) TRATO DEL PERSONAL DE SALUD

- **Ser entendido en su diversidad**

Las personas enfermas perciben el apoyo que les proporciona el personal de salud de diversos modos, tales como el buen trato, la paciencia, la motivación, comprensión, confianza y la educación a la familia que reciben por parte del personal de salud. Por ello, es importante que las instituciones de salud brinden un trato de calidad y calidez haciendo en este último, hincapié, ya que no basta con tener personal capacitado en técnicas y procedimientos cuando no se ofrece un servicio de calidez, ya que al usuario se le trata como un número más de cama o el enfermo de, todos estos aspectos son los que favorecen al éxito o fracaso del tratamiento y a la recuperación³.

Por todo esto, los informantes percibieron que el trato del personal en algunos casos fue positivo, ya que crearon lazos de amistad y respeto con médicos y enfermeras encargados de su cuidado y sabían que era personal capacitado para brindarles la atención adecuada como en los siguientes casos:

“Lo que te decía ahí en el centro de salud pues, el enfermero pues es mi amiguísimo, chateamos todos los días aunque nos vemos verdad, pero de todas formas este... el la siempre he tenido un buen trato” (SA)

“Muy bien, ellos se portaron muy muy bien conmigo, me sentía protegida, este em, me sentía segura, o sea cuando me sentía mal físicamente pero pues no importaba porque yo sabía estaba en buenas manos, yo agarré mucho afecto y una muy buena amistad con la doctora Muñoz y con varias enfermeras pues, muy padre”. (LM)

“El trato ha sido muy bueno, los médicos que me han atendido me dan un trato completo, agradable pero sobre todo que son personas expertas en la materia ¡no! y me siento a gusto porque estoy en buenas manos, bueno y las enfermeras ni qué decir, me tratan magnífico, siempre están capacitadas para atenderme”. (AG)

Aunque no todos tenían la misma perspectiva, hubo una informante que para ella la relación con el personal de salud fue negativa debido a que sentía que las enfermeras le daban una atención impersonal y que no les gustaba tratar con ella como a continuación lo refiere:

“Pues como que siento que ya se fastidieron, como que lo hacen más a fuerza que de ganas, hacían gestos, así como que ash...no”.(KY)

CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN

De acuerdo con la descripción de las categorías que se realizaron de las entrevistas donde nuestros principales ejes de investigación fue conocer la percepción que tiene el paciente con tuberculosis no solo de su enfermedad sino también sobre las vivencias que ha tenido con el uso del catéter como alternativa para su tratamiento, el proceso de enfermedad no es fácil de sobrellevar y más aún cuando este involucra el entorno social, laboral y personal del paciente con tuberculosis; ya que estas alteraciones en conjunto tienen por consecuencia el desequilibrio emocional, de salud y familiar, encontramos algunas similitudes con diferentes estudios de investigación:

Mery Cruz Carranza (2008) nos menciona que el apoyo emocional que brinda el personal de salud es importante y necesario desde el inicio del tratamiento tomando en cuenta las necesidades emocionales de afecto, suficiencia y autosuficiencia manifestados por el paciente. En los resultados de este trabajo los informantes percibieron que el trato del personal en algunos casos fue positivo ya que crearon lazos de amistad y respeto con médicos y enfermeras encargados de su cuidado y sabían que era personal capacitado para brindarles la atención adecuada; sin embargo, una informante mencionó que la relación con el personal de salud fue negativa debido a que sentía que las enfermeras le daban una atención impersonal y que no les gustaba tratar con ella.

El estudio realizado por Luz María Tejada Tayabas (2006), menciona que el apoyo familiar favorece la afrontación del padecimiento con mayor facilidad y se ve reflejado en el cuidado de la persona. Nuestros participantes perciben el apoyo familiar como un pilar importante durante su recuperación y la evolución de la enfermedad creando así un vínculo de dependencia en algunos casos debido al deterioro físico que presenta la persona en ese momento, por otro lado, hallamos que la motivación es importante para continuar en este proceso ya que el apoyo recibido por parte de la familia es total y de gran ayuda para superar esta faceta.

Ángel Gustavo Valencia Miranda (2003) muestra que existe relación entre la enfermedad y la depresión que provoca en las personas que se encuentran enfermas de tuberculosis ya que esta situación les afecta en su estado emocional y físicamente retardando la curación. Los pacientes refieren entre sí tener miedo al momento del diagnóstico, la evolución de esta debido al desconocimiento de la enfermedad, así como al pronóstico de curación; también mencionan un constante temor a la muerte por la incertidumbre de no saber qué les iba a suceder presentando depresión y un dolor no físico sino más bien emocional.

Otro estudio con el que coincidimos es el de Guadalupe del Carmen Álvarez-Gordillo (2000) señala que el estigma social impactó emocionalmente en la vida personal, familiar, laboral y social. Una participante mantenía en secreto su enfermedad para con sus amistades debido a que ella pensaba que no estaban preparados para una noticia de esta magnitud y asimismo los protegía; creía que el desconocimiento de la enfermedad por parte de ellos les podría causar el contagio de esta.

Como se puede observar la persona con Tb MDR debe enfrentarse con los cambios resultantes de la enfermedad y del tratamiento. Cada persona responde de forma diferente a la enfermedad y, por tanto, deben individualizarse las intervenciones enfermeras holísticas. Es frecuente que la persona experimente cambios de conducta y emocionales, así como cambios en las funciones, en la imagen corporal, en el concepto de sí mismos y en la dinámica familiar.

CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES

Con la investigación realizada encontramos que tiene un gran reto enfermería no solo a nivel de conocimiento de la enfermedad sino más bien en cuanto a acciones encaminadas a brindar un apoyo emocional, de educación pero sobre todo humano a los pacientes con tuberculosis; ya que como se ha venido mencionando el estar enfermo no es un proceso fácil y menos aun cuando no se cuenta con los cuidados adecuados para sobrellevar este proceso de duelo que viven día a día nuestros pacientes en esta condición, porque la mayoría de veces el personal de salud solo se enfoca en la patología, el tratamiento y la evolución de la enfermedad dejando a un lado el aspecto emocional y personal de cada paciente debido a que no se está capacitado para afrontar esta parte.

Entre las consecuencias objetivas de la enfermedad destaca la disminución de los roles sociales: dejan de trabajar o estudiar, así como dejan de asistir a eventos con las amistades; y por lo tanto se restringe la participación social del enfermo.

El estigma que se tiene de la enfermedad, la consideran una consecuencia de haber tenido malos hábitos así como en el temor al contagio; por lo que prefieren guardar la enfermedad como un secreto familiar. Se necesita que el personal de salud le explique lo que sucede, lo que a va hacer con una comunicación clara, veraz, y que explore cuales son las percepciones erróneas que tiene de la enfermedad, sus causas, el tratamiento, y le puedan dar respuesta a sus temores y así ganar su confianza y obtener su colaboración en el tratamiento. La necesidad de afecto es muy importante para la adhesión al tratamiento la cual depende en gran parte de la relación establecida con sus principales soportes sociales: la familia, centro de salud una relación de acompañamiento, empatía, paciencia, motivación y buen trato.

Siendo el enfermero profesional miembro del equipo de salud, encargado de brindar cuidado integral a la persona y familia, debe orientar y fortalecer la

autoestima del paciente, mediante el uso de mecanismo de adaptación, identificación de sus sentimientos dudas y temores, contribuyendo a que el paciente acepte el uso del catéter como alternativa para su tratamiento como parte del proceso de recuperación de su salud, contribuyendo de esta manera a ayudar al paciente a superar la crisis situacional por la que está cursando, en beneficio de la protección de su salud física y mental, con un enfoque integrador de los aspectos biopsicosociales y espirituales del paciente.

CAPÍTULO IX: SUGERENCIAS

Las recomendaciones que surgen de esta investigación son:

- Realizar estudios de tipo cualitativo en México para profundizar en el tema y conocer diversas realidades.
- Impulsar a las (os) Licenciadas (os) en Enfermería a que brinden la consejería como una estrategia que permita conocer al paciente con Tb-MDR y así brindarle una atención integral, debido a que este paciente experimenta problemas psicosociales que lo pueden llevar a abandonar el tratamiento.
- De igual manera se necesita que los profesionales en enfermería realicen investigación para así poder brindar bases de sustento para guías de cuidado, programas de prevención y promoción a la salud que tanta falta hacen para el quehacer diario de enfermería y poder brindar cuidados no solo de calidad si no de calidez.
- Realizar visitas domiciliarias con mayor frecuencia a los pacientes con Tb-MDR implementando así la estrategia RED TAES.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Gordillo GC, Dorantes Jiménez JE. Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado para Tuberculosis Pulmonar [en línea]. Salud Pública México. 1998; 40:272-275. <www.scielosp.org/pdf/spm/v40n3/Y0400308.pdf> [Consulta: 30/08/2010].
2. Martínez Medina Miguel A. Efecto del Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) sobre la adherencia y la tasa de curación de la tuberculosis pulmonar [en línea]. SCIELO México 2004; 140. <www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0016...script=sci_arttext> [Consulta: 28/08/2010].
3. Cruz Carranza M. Percepción del paciente con tuberculosis sobre el apoyo emocional que le brinda su grupo familiar y el personal de salud en la satisfacción de sus necesidades emocionales. [tesis en línea] Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, E.A.P. de Enfermería. Lima Perú, 2010. <http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2010/cruz_cm/pdf/cruz_cm-TH.1.pdf> [Consulta: 15/12/2010].
4. Bravo Chaupis EE. Actitudes del paciente con tuberculosis hacia su condición de multidrogorresistente en el C.S. Fortaleza [tesis en línea]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, E.A.P. de Enfermería. Lima Perú, 2008. [en línea] <http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/bravo_ce/pdf/bravo_ce.pdf> [Consulta: 18/12/2010].
5. Montalvo C, Hernández A, Ibarra Y, Martínez C. Percepción social. [en línea] <<http://www.slideshare.net/cecy8505/4-6-tipos-de-percepcin>> [Consulta: 7/12/2011].
6. La percepción. [en línea] <<http://www.slideshare.net/JEMWONG/6-sem-6-ppt-de-clases-sensacionpercepcion-fanny-jem-wong>> [Consulta: 7/12/2011].
7. Rivera Álvarez LN, Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country. [en línea] <<http://www.docentes.unal.edu.co/lnriveraa/docs/cuidado%20humanizado%20de%20enfermeria%20visibilizando%20la%20teoria%20y%20la%20investigacion%20en%20la%20practica.pdf>> [consulta:9/12/2011]

8. Generalidades sobre la tuberculosis con resistencia a fármacos. [en línea] < <http://cenavece/ops-oms/conave/iner/indre.>> [Consulta: 20/12/2010]
9. Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud. [en línea] <www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/006ssa23.html>.[Consulta: 22/09/2010].
10. Estándares para la Atención de la Tuberculosis en México. <www.cenavece.salud.gob.mx/programas/.../pdf/guiaatenpacmfr.pdf>.[Consulta: 18/08/2010]
11. Guerrero Chapa A, Rendón Pérez LA. Tuberculosis Multirresistente. Universidad Autónoma de Nuevo León México. 2002;4(17):217-221. [en línea] <www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?id_revista=86&id> [Consulta:20/11/2010].
12. Guía para la Atención de Personas con Tuberculosis Resistente a Fármacos. [en línea]<www.cenavece.gob.mx/tuberculosis/Farmacorresistencia/guia_tb_mfr>. [Consulta: 22/09/2010]
13. Marroquín M. H. T, Lepe Q. A, Huertas G.J.A, Thomas. K, Alvarado M.J.F, Marie B.R. Estudio descriptivo de los pacientes atendidos en el Sanatorio Antituberculoso San Vicente y el Hospital General de Enfermedades del IGSS [Tesis Médico y Cirujano en línea] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 2009. <www.biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05_8508.pdf> [Consulta: 18/10/2010]
14. Manejo de la tuberculosis. Capacitación para el personal del establecimiento de salud".<<http://spe.epiredperu.net/SE-TBC/Modulo1.pdf>>[Consulta: 11/07/2011]
15. Lic. Enf. Villalobos Escobar SG. Cuidados y generalidades sobre catéteres venosos centrales. [en línea] Revista de Enfermería IMSS 2003; 11(1):29-34 <http://www.imss.gob.mx/SiteCollectionDocuments/migracion/publicaciones/Revista%20Enfermeria/03/1_29-34.pdf> [consulta: 22/08/2010]
16. Quintana Peña A. Metodología de Investigación Científica Cualitativa. [en línea] <www.unmsm.edu.pe/psicologia/.../04LibroEAPQuintana.pdf>[Consulta: 13/12/2011].

17. Manual de Procedimientos en Tuberculosis para Personal de Enfermería. [en línea] <www.cenavece.salud.gob.mx/programas/descargas/.../manprocentfb>[Consulta: 28/09/2010].
18. González Ávila M. Aspectos éticos de la investigación cualitativa. Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes adultos y niños con diagnóstico y sospecha de tuberculosis multidrogorresistente". [en línea]<http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8508.pdf> [Consulta: 14/12/2011]
19. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud [en línea] <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>>[Consulta: 13/01/2012]
20. Psicología de la salud. Emociones, sentimientos, actitudes, pensamiento y salud [en línea] <http://webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/apunt_psicolog_salud_3.pdf>. [consulta: 16/12/2012]

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CLÍNICA DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN Y PREVENCIÓN
EN TUBERCULOSIS PULMONAR



CONSENTIMIENTO INFORMADO:

A través de este documento yo _____
_____, expreso mi voluntad de participar en la investigación
titulada **“Percepción del paciente con Tuberculosis Multidrogorresistente en
el uso del catéter venoso central como alternativa para su tratamiento”**.

La finalidad de dicho estudio es conocer la influencia que tiene el uso del catéter
venoso central como alternativa en el suministro del Tratamiento Acortado
Estrictamente Supervisado para personas con Tuberculosis Multidrogorresistente.

Habiendo sido informado (a) del propósito de la misma y teniendo toda la
seguridad de que la información que proporcione a las autoras Araceli Torres
Maldonado y Sandra Guadalupe Ortiz Hernández, será exclusivamente para fines
de la investigación en mención; además confió en que dichos datos serán
utilizados con la máxima confidencialidad y anonimato.

México Distrito Federal a _____ de _____

PSS Araceli Torres Maldonado

PSS Sandra Guadalupe Ortiz Hernández



GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Fecha: Hora:

PRESENTACIÓN:

Buenos días señor (a) soy prestadora de Servicio Social de Enfermería de la FESI-UNAM y estoy realizando un estudio titulado “**Percepción del paciente con Tuberculosis Multidrogorresistente en el uso del catéter venoso central como alternativa para su tratamiento**”, para lo cual solicito su colaboración en esta entrevista, agradezco anticipadamente su participación para contestar sinceramente dichas preguntas ya que es anónimo y su aporte servirá para comprender los diferentes factores individuales que favorecen o dificultan al enfermo su auto cuidado y los recursos para afrontar el padecimiento.

DATOS GENERALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS:

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Estado
Civil: _____ Ocupación Actual: _____ Religión: _____

1. ¿A qué se dedicaba anteriormente de tener la TB?
2. ¿Con quién vive?
3. No. de personas con las que habita:
(Cambio de vivienda después de que se le diagnosticó la enfermedad)

Preguntas acerca de la enfermedad y tratamiento

- 4.- ¿Para usted qué es la enfermedad de tuberculosis?
 - 5.- ¿Conoce las complicaciones?
 - 6.- ¿Le han dicho qué es la tuberculosis Resistente?
 - 7.- ¿cuál fue la causa por la que acudió al médico?
 - 8.- ¿Me podría decir el motivo por el cuál le pusieron el catéter?
- ¿Hace cuánto tiempo se le diagnosticó por primera vez TB?*
¿Cuánto tiempo duró con el tx?

¿Usted pensó en abandonar alguna vez el tratamiento?

9.- Conoce los cuidados del catéter? *Recuerda cómo eran esos cuidados que le brindaban y como eran los cuidados que debería tener en casa*

10.- ¿Qué sentimientos ha tenido a raíz de su enfermedad?

¿Por qué no resultaron los medicamentos en su caso?

11.-. Cómo se siente utilizando el catéter?

12. ¿Le benefició o afectó utilizar el catéter?

13. A partir de esta enfermedad, ¿cómo y en qué aspectos ha cambiado su vida?

14. Cómo se visualiza ya sano?

15. ¿Podría decirme cómo es la atención que recibe por parte del personal de salud?