

Percepción de usuarios sobre calidad de atención y educación durante la captación de sintomáticos respiratorios

Users' Perception about Quality of Health Care and Education during the Uptake Based on Respiratory Symptoms

María Nelcy Muñoz Astudillo^{1*} <http://orcid.org/0000-0002-9310-3310>

John Jairo Ocampo Rincón¹ <https://orcid.org/0000-0002-9936-1150>

Juliana Restrepo Chica¹ <https://orcid.org/0000-0002-6617-6282>

Karen Daniela Ospina Mejía¹ <https://orcid.org/0000-0001-6111-8772>

Nicolás Murcia Gómez¹ <https://orcid.org/0000-0002-4254-0238>

¹Fundación Universitaria del Área Andina Pereira. Risaralda, Colombia.

*Autor para correspondencia: marianelcy@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La tuberculosis es la novena causa mundial de mortalidad en adultos y la primera por enfermedades infecciosas. Mortalidad evitable con diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Estudio motivado por baja captación de sintomáticos respiratorios.

Objetivo: Valorar la percepción de los usuarios de una institución de salud sobre la calidad de la atención y de la educación para el autocuidado, durante la captación de sintomáticos respiratorios en el programa de tuberculosis.

Métodos: Estudio cualitativo, de abordaje con elementos de teoría fundamentada. Realizado en una institución estatal de salud de primer nivel. Participaron 96 adultos, quienes firmaron el consentimiento informado: 70 sintomáticos respiratorios y 26 familiares acompañantes. Se realizaron seis grupos focales, con dos categorías apriorísticas: calidad de atención y educación durante el proceso de captación. Información grabada y transcrita. Con Atlas Ti se realizó codificación abierta, axial y selectiva, utilizando comparación constante y memos. El análisis se apoyó en postulados de Dorothea Orem.

Resultados: Sobre calidad de atención: hubo desconocimiento de la ruta integral de atención y deficiente identificación e información sobre riesgo. Sobre educación para el autocuidado: hubo desconocimiento de aspectos relacionados con tuberculosis y déficit en educación recibida. Los participantes no relacionaron sintomáticos respiratorios con tuberculosis; esta fue estigmatizada como enfermedad contagiosa y mortal, consideraron difícil recoger muestra para baciloscopia. Se evidenciaron limitaciones de cuidado favorecidas por insuficiente apoyo educativo.

Conclusiones: La percepción de los usuarios orienta hacia la necesidad de fomentar servicios seguros, accesibles y humanizados para detección temprana y cuidado del sintomático respiratorio. La educación para el autocuidado y una mayor interacción con usuarios pueden mejorar resultados institucionales.

Palabras clave: síntomas respiratorios; tuberculosis; conocimiento; actitudes y práctica en salud; calidad de la atención de salud; enfermería; autocuidado.

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis is worldwide the ninth cause of mortality among adults and the first due to infectious diseases. It represents an avoidable mortality rate based on its early diagnosis and timely treatment. This study was motivated by low uptake for onset of respiratory symptoms.

Objective: To assess the perception of users of a health institution about the quality of care and education for self-care, during the uptake for onset of respiratory symptoms in the tuberculosis program.

Methods: Qualitative study that followed an approach with elements of grounded theory. It was carried out in a first-level state-run health institution. Ninety-six adults participated, who signed the informed consent: 70 had respiratory symptoms and 26 were accompanying relatives. Six focus groups were carried out, with two *a priori* categories: quality of care and education during the selection process. The information was recorded and transcribed. Open, axial and selective coding was performed using Atlas Ti, by means of constant comparison and memos. The analysis was supported by postulates of Dorothea Orem.

Results: Concerning quality of care, there was ignorance about the comprehensive care pathway, as well as poor identification and information on risk. Concerning education for self-care, there was ignorance about aspects related to tuberculosis and deficit in received education. The participants did not associate respiratory symptoms with tuberculosis. This condition was stigmatized as a contagious and fatal disease; they considered it difficult to collect a sample for smear microscopy. Care limitations were evidenced as favored by insufficient educational support.

Conclusions: Users' perception points towards the need to promote safe, accessible and humanized services for early detection and care of respiratory symptoms. Education for self-care and greater interaction with users can improve institutional results.

Keywords: respiratory symptoms; tuberculosis; knowledge; attitudes and health practices; quality of healthcare; nursing self-care.

Recibido: 27/04/2019

Aceptado: 28/05/2020

Introducción

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa, transmisible, responsable de alta morbilidad y mortalidad en la Región de las Américas y Colombia; es considerada un problema de salud pública a nivel mundial. Durante el año 2018, fueron diagnosticados 10 millones de personas en el mundo y esta enfermedad causó 1,5 millones de muertes; se ubicó como la novena causa mundial de muerte y la primera por enfermedades infecciosas.⁽¹⁾ En el mismo año, en Colombia, el sistema de vigilancia de Salud Pública notificó 14 684 casos de tuberculosis, el 74

% fueron confirmados por laboratorio, siendo la baciloscopia el método más utilizado, con un 87 %.⁽²⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que el diagnóstico oportuno es fundamental para lograr la curación, pero existe una brecha importante entre el número de casos reportados (7 millones) y el número de casos incidentes estimados (10 millones), debido, posiblemente, a subregistro de casos detectados y a diagnóstico insuficiente porque las personas no acceden a la atención o no son diagnosticadas oportunamente.⁽¹⁾ La Asamblea Mundial de la Salud, desde el año 2014 apoyó la Estrategia Mundial “Fin a la TB - OMS”, que tiene como objetivo acabar con la epidemia mundial de tuberculosis y propuso como meta la reducción de muertes por esta causa en un 95 % y la reducción de la aparición de nuevos casos en un 90 %, entre el 2015 y 2035.⁽³⁾

En el 2016, Colombia adoptó la Estrategia Mundial “Fin a la TB- OMS”, así como sus metas en prevención, atención y control⁽⁴⁾ y en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), confirmó su interés en el control de la tuberculosis como una prioridad en Salud Pública. Desde el año 2016, esta Política cambió la orientación de la atención centrada en la enfermedad por la atención centrada en las personas y las comunidades, resaltando entre sus estrategias la Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque de salud familiar y comunitaria y el autocuidado.⁽⁵⁾

Bajo esta directriz, el Programa de Prevención y Control de la TB ubicó como primer pilar de acción *La Atención y prevención integrada, centrada en el paciente*, que incluye el *diagnóstico precoz de la tuberculosis, con tamizaje sistemático de los contactos y grupos de alto riesgo*. La atención se orienta bajo dos estándares internacionales: 1. La identificación de grupos de riesgo, aplicación del tamizaje y búsqueda de diagnóstico oportuno y 2. La definición de Sintomático Respiratorio (SR): *“Todo paciente con tos y expectoración de más de 15 días de evolución debe ser evaluado con 3 baciloscopias. Si las dos primeras son negativas, se debe cultivar la segunda muestra; el estudio bacteriológico para la TB es gratuito y sin barreras para el paciente”*.⁽⁶⁾

La ruta de atención inicia con el tamizaje sistemático de SR y contactos. Para este tamizaje en el año 2016 el Ministerio de Salud de Colombia estableció como referente, en un porcentaje de la población mayor de 15 años, una meta de captación de SR para las instituciones prestadoras de servicios de salud, del 5%.⁽⁷⁾ Asimismo, el Ministerio de Salud, a través de los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Tuberculosis 2019, insta a las instituciones prestadoras de servicios de salud y al personal de salud a identificar de forma temprana posibles casos de tuberculosis.⁽⁸⁾

En la captación de SR uno de los procesos básicos para la gestión en Salud Pública es la participación social; interesan los saberes de las personas que viven la experiencia y su percepción acerca de los servicios; la participación de las comunidades constituye el principal recurso para el logro de mejores condiciones de atención y de salud y todos los profesionales de salud están involucrados en este propósito.⁽⁹⁾ Los estudios revisados dejan entrever baja captación de SR y deficiencias institucionales en la calidad del proceso.⁽¹⁰⁾ En Bogotá-Col, no se solicitó baciloscopia al 47 % de los SR.⁽¹¹⁾ Un estudio realizado en Brasil encontró un 72 % de SR no identificados durante la consulta externa.⁽¹²⁾

El profesional de enfermería tiene un papel protagónico en la Atención Primaria en Salud, derivado de su capacidad de liderazgo dentro del equipo de salud. Las familias y comunidades exigen del cuidado enfermero: alivio para la queja, escucha activa, ayuda inmediata, apoyo, comprensión, información clara,

orientación oportuna, ánimo y toda una serie de conductas de estímulo que facilitan los procesos, calman los dolores y mejoran la condición de quien consulta. Los hallazgos en estudios con trabajadores de la salud evidenciaron que existía una brecha grande entre el conocimiento y la práctica de médicos y enfermeras del programa de TB sobre detección de SR⁽¹³⁾ y múltiples fallas en conocimientos básicos y en acciones de búsqueda activa y detección de casos sospechosos de TB.^(14,15,16) Frente a lo expresado, cabe preguntarse: ¿Cómo perciben los usuarios la calidad de la atención del equipo de salud durante el proceso de captación de sintomáticos respiratorios?

La calidad del servicio en Atención Primaria en Salud remite a la Educación para el Autocuidado. En este estudio se seleccionó el Modelo Teórico de Dorothea Orem como un referente para el análisis de los resultados; sus postulados articulan la calidad de la atención con la función educativa del profesional enfermero.⁽¹⁷⁾ Para Orem, la enfermería es el acto de ayudar a otros en la provisión y gestión del autocuidado para mantener y/o mejorar la capacidad humana, buscando el máximo nivel de funcionalidad y efectividad en la satisfacción de sus necesidades.⁽¹⁴⁾ Su carácter holístico permite comprender a la persona en su totalidad, como un ser único e inseparable de su familia y su entorno, considerando el potencial de cambio de un individuo y su posibilidad de aprender a través de la interacción con personas, valores, cultura y demás elementos del contexto.⁽¹³⁾

El Modelo de Orem abarca tres teorías de enfermería: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener, principalmente en el acto educativo.⁽¹³⁾

La información obtenida en este estudio servirá como referente para garantizar intervenciones efectivas orientadas a mejorar el autocuidado en los SR y sus familias, lo cual posibilitará detectar y tratar la TB oportunamente para el mantenimiento de la salud y la calidad de vida. Se plantea como objetivo valorar la percepción de los usuarios de una Institución de salud sobre la calidad de la atención y de la educación para el autocuidado, durante la captación de sintomáticos respiratorios en el programa de tuberculosis.

Métodos

Estudio cualitativo, abordaje con elementos de teoría fundamentada;⁽¹⁸⁾ realizado en una Institución Estatal de Salud de primer nivel en Pereira, Risaralda-Colombia, en 2018. Muestreo por conveniencia. Participaron 96 adultos quienes firmaron consentimiento informado: 70 sintomáticos respiratorios, de los servicios de consulta externa y hospitalización y 26 familiares acompañantes. Se realizaron seis grupos focales, dos en cada una de las tres Unidades Intermedias de Salud de la entidad pública. El abordaje se realizó con dos categorías apriorísticas: calidad de atención y educación para el autocuidado, durante el proceso de captación. Algunas preguntas orientadoras fueron:

- ¿Han escuchado el término sintomático respiratorio, con qué lo relacionan?
- ¿Les han explicado cómo recoger muestras de esputo para estudio de laboratorio?

- ¿Por qué creen que las personas no recogen, o no llevan las muestras de esputo al hospital, para que las examinen?
- ¿Qué dificultades han encontrado en la institución, para su atención?

La información fue grabada y transcrita. Cada grupo focal fue considerado una unidad textual. Con Atlas Ti se realizó codificación abierta, axial y selectiva, Se utilizó la comparación constante como mecanismo de validación de componentes de cada categoría. El análisis se apoyó en postulados de Dorothea Orem. En la descripción de resultados, las frases de los participantes se identificaron con un par de dígitos (a, b) colocados en subíndice entre paréntesis al final de cada frase, donde a, corresponde al grupo focal y b, al párrafo del texto analizado.

Los resultados fueron presentados en una jornada departamental de actualización y sensibilización en captación y diagnóstico de TB, dirigida a trabajadores de la salud.

El aval ético de la Institución Universitaria fue entregado bajo el código CV2017-P19; se obtuvo la autorización de la Empresa Social del Estado-ESE Salud Pereira; los participantes firmaron consentimiento informado. La identificación de participantes e información suministrada fue confidencial.

Resultados

Más de la mitad de los participantes (58 %) fueron de género femenino. Los pacientes hospitalizados tenían diagnósticos de neumonía, EPOC y crisis asmática. Dos participantes habían sido tratados por TB, con control de baciloscopia negativo. Tres familiares habían fallecido por TB. Emergieron cuatro subcategorías de análisis: dos relacionadas con la calidad de la atención y dos con la educación para el autocuidado.

Categoría 1: Percepciones sobre la calidad de la atención

En esta categoría se incluyeron las consideraciones subjetivas de los usuarios sobre las características objetivas de los servicios. En los grupos focales, los usuarios manifestaron descontento con la atención en varios sentidos:

Subcategoría 1: Desconocimiento de ruta integral de atención

Esta subcategoría reúne las expresiones que hacen referencia al proceso que permite estandarizar el paso a paso de las intervenciones de cuidado, con el fin de asegurar la integralidad en la atención a individuos y colectivos con el propósito de promover bienestar y mantener el estado de salud.

Los códigos de lo expresado por los participantes de los grupos focales fueron:

- No es clara la ruta de atención: “le mandan a uno un examen y dicen vaya a tal parte y a la otra y lo ponen a uno a vacilar así, es mejor que manden lo que van a mandar y ya”.^(4,5,6,7)
- Existen barreras de acceso: “Yo creo que para eso es primordial la atención, desde que uno llega a una ventanilla, que le abran, a todos nos toca aguantarnos calor, lluvia, para que ...nos reciban mal, nos griten o nos den la información de mala gana”.^(6,7,8,9,10,11,12)

Subcategoría 2: Deficiente identificación e información sobre el riesgo

El riesgo, comprendido como un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo se constituye en un componente que debe ser identificado por el equipo de salud para gestionarlo, con el fin de anticiparse a desenlaces nocivos que afectan la salud de individuos, familia y comunidad. En este estudio, se percibió deficiencia en la identificación del riesgo, expresado en los siguientes códigos:

- A pesar de referir los síntomas, no se les solicita el examen a los pacientes: “No, no se lo han pedido. “Mi papá es constante botando esa flema, eso es constante de todos los días bota y bota esa flema. Desde ayer esta acá y yo no he visto que le hayan tomado ese examen”.^(2,3,4,5,6)
- Falta informar y generar confianza. “No, yo pienso que si se le informa al público y como vuelvo y le digo le dan la confianza de que lo soliciten, más de uno lo va a solicitar porque... pues para eso se está pagando y fuera de eso, lo más importante es por la salud de uno mismo. Si se tiene la información yo estoy segura que muchas personas lo vamos a solicitar”.^(4,5,6,7,8,9)

Hay una percepción de calidad de atención deficiente que involucra al paciente, a la institución de salud y a la comunidad. En la institución se perciben fallas en la calidad de la información brindada sobre la ruta de atención y en la solicitud oportuna del examen. En lo humano, no se están atendiendo a cabalidad las expectativas de las personas y no hay interacción apropiada entre el personal de salud y los pacientes durante el proceso de atención.

Categoría 2: Educación para el autocuidado

Subcategoría 1: Desconocimiento de aspectos relacionados con la tuberculosis

Al indagar sobre la educación recibida por parte del personal de salud, surgieron tres temas relacionados: sintomático respiratorio, tuberculosis y baciloscopia. Se describe lo expresado con respecto a cada uno de ellos:

Sintomático respiratorio

Ante la pregunta sobre el término sintomático respiratorio, se obtuvieron respuestas que se vincularon a cuatro códigos:

- Nunca habían escuchado el término sintomático respiratorio: “no, nunca lo he escuchado” (GF01); “no señor, yo sí no sé” (GF04).
- Síntomas que afectan la respiración: “síntomas respiratorios, por eso vine para que me dieran ayuda” (GF04); “estaba muy mal, se me fue la respiración” (GF05); “dificultad para respirar” (GF06); “son los síntomas que afectan la parte respiratoria” (GF01).
- Enfermedades respiratorias: “Asma, ella sufre de eso” (GF01); “la bronquitis y eso, pues que es cuando se complican esas gripas” (GF04); “neumonía” (GF05); “el EPOC” (GF02); “gripa” (GF06); “cuando me da la gripa fuerte y...el chillido, me suena en el pecho” (GF06).
- Presencia de tos: “tos” (GF03); “...entonces cuando toso mucho, me ataco de asma” (GF01); “es que a veces uno tiene tos” (GF04); “Y a veces me da mucha tos” (GF05).

Ninguno de los participantes relacionó al SR con TB. Los conocimientos sobre *sintomático respiratorio* y su relación con tuberculosis se aprecian insuficientes para asumir el compromiso de autocuidado en captación y detección oportuna.

La tuberculosis

Las epidemias de tuberculosis hacen parte de la historia del hombre desde hace unos tres millones de años y ha sido considerada culturalmente como un castigo divino, una enfermedad incurable asociada a la pobreza y a las deficientes condiciones higiénicas; esto la convirtió en un tabú que afecta el comportamiento de las personas y genera estigmatización de las personas afectadas, aunque hoy se conoce que la tuberculosis es prevenible y curable.

Las expresiones de los participantes se consignaron en cuatro códigos:

- Es una enfermedad que da, se trata y pasa: “yo la sufrí” (GF05); “claro, a mí la otra vez me dio y decían que era del pulmón”(GF06); “ya, tratamiento de un año y ya” (GF05); “me dio eso, entonces me dieron medicamentos un año y me curé de eso”(GF04); “si no se trata a tiempo se riega por otros órganos” (GF04).
- Es contagiosa: “Es un microbio y se expectora” (GF04); “pero es muy contagioso miya” (GF06); “es muy pegajosa” (GF04); “...y debe evitarse el contagio en la familia: Todos los utensilios separados” (GF06).
- Es mortal: “Esa enfermedad mata” (GF05); “mi papá se murió cuando yo tenía 14 años y dijeron que tenía tisis” (GF03); “mi abuela murió de eso” (GF03).
- Estigmatiza: “...vea, mira, aquel lleva tres vasitos, y como ya todos sabemos que hay tres vasitos dicen que están pensando que tiene tuberculosis” (GF06).

Los participantes no identificaron mecanismos para evitar el contagio, pero resaltaron la importancia del tratamiento y reconocen la posibilidad de la curación. Sigue vigente el estigma de la TB como enfermedad mortal y la discriminación negativa a quien la padece.

La Baciloscopia

Las respuestas sobre baciloscopia generaron tres códigos:

- Se conoce como examen de flema - desgarro - gargajo:

“Si, lo que le sacan con la flema y a través de eso, yo no me acuerdo como es que se llama eso”.^(3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15) “Sí, yo he llevado esos exámenes, el desgarro, el gargajo, claro, muchas veces lo he llevado”.⁽⁶⁻¹²⁾ “Es el examen que utilizan para detectar si sigue viva la bacteria o se ha combatido”.^(3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14)

- No se reconoce como examen para diagnóstico de TB:

“no ni sabía que ese examen se hacía”;^(4,5,6,7,8,9,10) “ahora es que lo escucho”;^(1,2,3,4,5,6,7) “yo lo escuche hace muchos años”.^(5,6,7,8,9)

- Es de difícil recolección por los usuarios:

“Si, que cuando le de tos así, que desgarre y ahí mismo lo hecha y ya”⁽²⁻⁸⁾, “a mí se me hace muy dificultoso entregar eso a la hora que ellos quieren, uno no desgarra bien”,⁽⁵⁻⁷⁾ “a mí me parece que eso es muy fastidioso”.^(3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13)

Los conocimientos sobre baciloscopia son incompletos; se evidencia falta de compromiso por parte de los usuarios con la recolección de la muestra.

Subcategoría 2: Déficit en educación recibida

En los grupos focales se logró evidenciar que existe falta de información y un vacío de conocimiento sobre el tema. El reconocimiento de esta problemática y el reclamo social se refleja en tres códigos:

- No hay conocimiento sobre el tema. “no,... porque usted lo dice, ni sabía, no nunca, no nos han dicho”. (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10)
- Falta educar sobre la enfermedad. “Sí, por falta también de... de conocimiento, de saber la enfermedad, de saber para qué es la muestra, con eso se van a evitar muchos riesgos... pues si la enfermedad y pues también de enseñarle a la gente, o sea de que les llegue el mensaje a las personas”. (6,7,8,9,10,11,12,13,14) “en consulta y a través de los medios masivos de comunicación”. (4,5,6,7,8,9)
- No hay información suficiente para la toma de la muestra y el trámite institucional: “expliquen a la gente cómo se hagan el examen y donde lo entregue y que no lo pongan a desgarrar a uno a la brava”. (1,2,3,4,5,6,7,8).

Las percepciones de los usuarios reflejan deficiencias en la educación e incumplimiento de los lineamientos nacionales para la captación de SR.

Discusión

A pesar de las limitaciones propias del diseño, los hallazgos reflejan que el proceso de captación de SR en la institución del estudio es percibido por los usuarios como deficiente, tanto en el proceso de atención en la institución de salud como en la educación para el autocuidado. Las deficiencias en el proceso de atención y su relación con la baja captación de sintomáticos respiratorios también ha sido reportada en varios estudios en diversas regiones del mundo, (19) de Latinoamérica^(10,12,16,20) y de Colombia. (9,11,21,22) En Colombia, la alta prevalencia de enfermedades respiratorias aumenta la probabilidad de detectar casos de TB entre personas que buscan atención para síntomas respiratorios, sin embargo, esta actividad no se está realizando acorde con los lineamientos nacionales.⁽⁸⁾

La captación del SR es el primer eslabón en el flujograma de atención para lograr el fin de tuberculosis; es fundamental que las recomendaciones de la OMS sean adoptadas por las instituciones de manera estricta.⁽²³⁾ Los usuarios perciben que no es clara la Ruta Integral de Atención, hay falta compromiso con la calidad de la información y con la solicitud de la baciloscopia. Es posible que el personal de salud requiera capacitación o mayor sensibilización para la captación oportuna, y emprender acciones colectivas, incluyendo la búsqueda activa de casos en comunidades de mayor riesgo, como ha sido reportado en varios estudios.^(9,24,25)

Cuando hay claridad en los procesos institucionales, la búsqueda de casos se convierte en una meta individual y colectiva, se fomenta el acercamiento personal de salud- usuario, y por consiguiente el diagnóstico oportuno, lo que puede repercutir en una mejor percepción de la calidad de la atención y en la disminución de la tasa de morbilidad y mortalidad por el evento.^(21,26)

El profesional de enfermería cumple un papel importante en la calidad de la atención. Posee la visión integral del cuidado, lo que le permite asumir el reto de transformar el comportamiento de los usuarios y posibilitar su participación en el cuidado de la salud; a través de la interacción cotidiana y su capacidad para

comprender la necesidad humana.⁽³⁰⁾ Puede lograr que los pacientes aprendan a reconocer signos de alarma que los lleve a consultar y solicitar oportunamente respuesta a sus necesidades; de esta forma se constituye en una guía para fomentar el autocuidado como eje rector del desarrollo integral del ser humano.⁽²⁷⁾

Se aprecia déficit de autocuidado derivado de la falta de conocimiento, que, según Orem, se presenta cuando un individuo posee limitaciones a causa de su salud o relacionado con ella, lo cual le impide asumir su autocuidado.⁽¹⁷⁾ Este desconocimiento afecta las capacidades para ocuparse del autocuidado, con acciones como solicitar la baciloscopia o protegerse del contagio; asimismo, aumenta la probabilidad de que los SR no comprendan la magnitud de su sintomatología, no acaten las indicaciones del personal de salud, y se pierda la oportunidad de un diagnóstico oportuno.^(13,16,26) Es necesario empoderar a la comunidad como agencia de autocuidado, dando lugar a la creación de una red de transferencia de conocimientos que puede fortalecer los procesos de captación y prevención de la TB y proveer la confianza necesaria para facilitar la comunicación oportuna.⁽²⁰⁾

Asumiendo los postulados de Orem, se requiere activar el sistema de apoyo educativo y capacitar a las personas para ejercer mayor control sobre su propia salud y mejorarla. Este sistema se pone en práctica cuando las personas son capaces de realizar acciones para el autocuidado y son susceptibles de adaptarse a nuevas situaciones, pero para hacerlo necesitan el apoyo de la enfermera, quien provee conocimientos y habilidades que les permita tomar decisiones favorables a su salud y bienestar.⁽¹³⁾ Como sistema de apoyo, para que sea efectivo, requiere de la interacción entre la enfermera y el sujeto de cuidado, de la relación intersubjetiva que permita compartir potencialidades orientadas al mismo propósito: el autocuidado.

Según Orem, cuando las personas no han sido capacitadas para agenciar su autocuidado y las condiciones o circunstancias no son propicias para cubrir los requisitos de autocuidado, lo que se observa es un déficit de autocuidado; la teórica plantea que el profesional de enfermería debe actuar basado en las necesidades y los requerimientos de los pacientes, utilizando los cinco métodos de ayuda.^(17,28) En este caso, es necesario: *Actuar* compensando los déficits de conocimientos; *Guiar*, motivar a los pacientes con sintomatología respiratoria y familiares hacia un cambio de comportamiento para que opten por un diagnóstico oportuno; *Enseñar* los beneficios de la prevención y de la detección temprana de la TB. *Apoyar* los procesos institucionales para fomentar adherencia al sistema de salud y a la gestión del riesgo y *Proporcionar* un entorno propicio para convertir a los a los pacientes con sintomatología respiratoria y sus familiares en aliados de la detección oportuna de la TB.

Si no se dispone de una agencia de enfermería adecuada, esto repercute negativamente en la calidad global del servicio. El Sistema de Apoyo-educación por parte de enfermería debe compensar las deficiencias observadas. Cuando el proceso educativo no cumple la expectativa del usuario, es pertinente replantearlo, de tal manera que los objetivos sean claros y compartidos; los contenidos comprensibles, en el lenguaje del usuario; las metodologías utilizadas sean participativas y motivadoras y los resultados sean aplicables a corto plazo. La educación debe incluir aspectos científicos-técnicos y humanos, fundamentados en el respeto por la cultura de las personas, sus creencias, hábitos, prácticas e intereses.⁽²⁸⁾

En conclusión, es deber del personal de salud mantenerse actualizado en los desarrollos científico-técnicos; la seguridad en sus conocimientos le posibilita fomentar la captación de los pacientes con sintomatología respiratoria, brindar información clara, oportuna y suficiente a los usuarios e inspirará la confianza necesaria para incentivar las prácticas de autocuidado en la población, lo que se evidenciará en la percepción de una mejor calidad de atención. Las necesidades de autocuidado no satisfechas provocan molestia en el usuario, lo que redundará en pérdida de oportunidades de captación de personas con sintomatología respiratoria y un mayor riesgo de enfermar y morir por eventos prevenibles como la TB.

La percepción de déficit de autocuidado está relacionada con la falta de empatía en la interacción entre el equipo de salud y el paciente que llega a solicitar la atención. Para eliminar la brecha entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado del individuo, es primordial el trato humano, la comprensión de la experiencia de salud del otro; la agencia de cuidado del profesional de enfermería, tanto con el paciente como con el equipo de trabajo facilitan la aprehensión e interiorización del conocimiento, la actitud favorable hacia el cambio de comportamiento y la buena práctica del autocuidado.

Las rutas de atención deben ser reconocidas como instrumentos que garantizan adherencia a los procesos de atención tanto por parte del personal de salud como por el usuario de los servicios en el contexto de la política PAIS y la Atención Primaria en Salud - APS, por esto es requerido un fuerte sistema de apoyo educativo, que describa y explique las relaciones que se deben mantener con y entre las personas durante la prestación de los servicios. La percepción de los usuarios orienta hacia la necesidad de fomentar servicios seguros, accesibles y humanizados con procesos de información oportuna y adecuada para detección temprana y cuidado del sintomático respiratorio.

La deficiencia en las acciones de educación para la salud promueve una inadecuada comprensión de la magnitud del problema de la TB por parte del usuario y falta de apropiación del compromiso de participación en su diagnóstico y tratamiento oportuno, lo que se refleja en reducción de acciones de autocuidado que incrementan el riesgo de desenlaces negativos. En este caso, el déficit de conocimientos sobre SR, TB, baciloscopia y sobre los procesos de atención en la institución de salud, favorecen el déficit de autocuidado en la población, que conduce a la inadecuada gestión de riesgo en salud y a la inoperancia de la política de seguridad del paciente.

En lo relacionado con la formación de los profesionales de enfermería, la captación de SR no puede quedar reducida a acciones intramurales de las instituciones de salud; en las prácticas comunitarias se debe realizar búsqueda activa en los sectores de mayor riesgo por su vulnerabilidad socioeconómica y cultural, por sus condiciones de aseguramiento en salud, nivel educativo, creencias, higiene, nutrición, estado de las viviendas, ubicación geográfica, transporte, entre otros. Dorothea Orem invita a las instituciones formadoras a fortalecer la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incrementando el conocimiento de las características individuales de las personas, así como sus formas de interacción con el entorno.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization-WHO. Global tuberculosis Report. Geneva: World Health Organization; 2019 [acceso: 16/05/2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf?ua=1>
2. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Tuberculosis. Informe de evento Colombia, Informe 2019 [acceso: 10/04/2020]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informes>
3. Organización Mundial de la salud-OMS. 67.ª Asamblea Mundial. 2014 [acceso: 18/02/2020]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-sp.pdf?ua=1
4. Colombia. Ministerio de la Protección Social y Salud; OPS; OMS. Plan Estratégico «Hacia el fin de la tuberculosis». Bogotá. Colombia; 2016 [acceso: 24/01/2020] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/Plan-estrategico-fin-tuberculosis-colombia-2016-2025.pdf>
5. Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia. Política de Atención Integral en Salud. Repos Inst Digit Minsalud. 2016 [acceso: 15/02/2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
6. Colombia- Ministerio de Salud y Protección Social y Organización Internacional para las Migraciones. Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Plan de Monitoreo y Evaluación. Bogotá. Colombia; 2017 [acceso: 10/02/2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/plan-monitoreo-evaluacion-tuberculosis.pdf>
7. Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia. Circular 055 de 2016. Actualización de lineamientos TB; 2016 [acceso: 15/03/2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freeseachresultsf.aspx?k=Circular%20Externa%2055%20de%202016>
8. Ministerio de de Salud y Protección Social. Resolución No. 227 de 2020. Lineamientos técnicos y operativos TB; 2020 [acceso: 17/02/2020]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20227%20de%202020.pdf
9. Cubides-Munevar Á, Daza-Arana J, García-Puerta M, Zapata-Ossa H, Arenas-Quintana B, Palacio S. Sintomáticos respiratorios desde un enfoque poblacional. Rev Cuba Salud Publica. 2018 [acceso 10/03/2020];44(4):153-68. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1160>
10. Roque-Henríquez J, Catacora-López F, Hilasaca-Yungas G, Romaní-Romaní F. Evaluation of tuberculosis detection indicators in a region with high risk of transmission in Peru. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2015 [acceso: 24/05/2020];32(3):504-8. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2015.v32n3/504-508/es>
11. Collazos C, Carrasquilla G, Ibáñez M, López LE. Prevalencia de sintomáticos respiratorios en instituciones prestadoras de servicios de salud de Bogotá, D.C. Biomedica. 2010 [acceso: 15/02/2020];30(4):519-29. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/290>
12. Rodrigues ILA, Cardoso NC. Detecção de sintomáticos respiratórios em serviços de saúde da rede pública de Belém, Pará, Brasil. Rev Pan-Amazônica Saúde. 2010 [acceso: 17/02/2020];1(1):67-71. Disponible en:

http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232010000100023&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

13. Muñoz-Sánchez AI, Puerto-Guerrero AH, Pedraza-Moreno LM. Educative intervention aimed at health workers about the casefinding of individuals with tuberculosis respiratory symptoms. *Rev Cuba Salud Publica*. 2015 [acceso: 10/03/2020];41(1):46-56. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v41n1/spu05115.pdf>

14. Dandicourt-Thomas C. Modelos de enfermería relacionados con el cuidado preventivo orientado a la comunidad y la familia. *Rev Cubana Enferm*. 2018 [acceso: 17/02/2020];34(4). Disponible en:

<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2318/406>

15. Romani-Romani FR, Henriquez JR, Lopez F, Hilasaca Yngas G. Conocimientos, percepciones y prácticas de personal de salud en la detección de sintomáticos respiratorios en una región de muy alto riesgo de transmisión de tuberculosis en el Perú. *An Fac medicina*. 2016 [acceso: 18/05/2020];77(2):123-7. Disponible en:

<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v77n2/a05v77n2.pdf>

16. Gutierrez- Araújo V, Bejarano- Eguiluz S. Percepción del cuidado enfermero y actitud de pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogoresistente Microredes MINSA Arequipa 2017 [tesis]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; Perú; 2017 [acceso: 20/05/2020]. Disponible en:

<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5812>

17. Naranjo YH, Pacheco JAC, Larreynaga MR. The self-care deficit nursing theory: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Médica Espirituana*; 2017 [acceso: 15/05/2020];19(3): [aprox 11 p.]. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v19n3/GME09317.pdf>

18. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Segunda Ed. Editorial Universidad de Antioquia, editor. Medellín Colombia; 1998 [acceso: 20/03/2019]. Disponible en:

<https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/bases-investigacion-cualitativa.pdf>

19. Beyanga M, Kidenya BR, Gerwing-Adima L, Ochodo E, Mshana SE, Kasang C. Investigation of household contacts of pulmonary tuberculosis patients increases case detection in Mwanza City, Tanzania. *BMC Infect Dis*. 2018 [acceso: 13/03/2020];18(1):1-8. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29510670/>

20. Malaver C, Vicitacion J. Actitudes y practicas del personal de enfermería en el cuidado a los pacientes afectados con tuberculosis - Piura, 2016 [tesis]. Uladech Católica; 2020 [acceso 24/05/2020]. Disponible en:

<http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/8550>

21. Rodríguez DA, Verdonck K, Bissell K, Victoria JJ, Khogali M, Marín D, et al. Monitoring delays in diagnosis of pulmonary tuberculosis in eight cities in Colombia TT - *Rev Panam Salud Pública*. 2016 [acceso: 15/05/2020];39(1):12-8. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28196>

22. Daza Arana JE, Cubides Munévar AM, Lozada Ramos H. Prevalencia de sintomáticos Respiratorios y factores relacionados en dos territorios vulnerables de Santiago de Cali. *Hacia la promoción la salud*. 2016 [acceso: 10/10/2019];21(1):63-76. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a06.pdf>

23. Colombia. Ministerio de Salud; OPS; OMS. Plan Estratégico «Hacia el fin de la tuberculosis». Primera. Organización Mundial de la Salud - OMS- OPS. Bogotá.

- Colombia; 2016 [acceso: 12/03/2020]:124. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/Plan-estrategico-fin-tuberculosis-colombia-2016-2025.pdf>
24. Jordán Severo T, Oramas González R, Díaz Castrillo AO, Armas Pérez L, González Ochoa E. Intervención capacitante para la pesquisa activa de sintomáticos respiratorios en dos municipios de Ciudad de La Habana. Rev Cuba Med Trop. 2010 [acceso: 12/03/2020];62(3):186-93. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&%5Cnpid=S0375-07602010000300004
25. Banda HT, Thomson R, Mortimer K, Bello GAF, Mbera GB, Malmborg R, et al. Community prevalence of chronic respiratory symptoms in rural Malawi: Implications for policy. Plos-one. 2017 [acceso: 17/02/2020];12(12):1-13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5720679/>
26. Soder RM, Oliveira IC, Anildo L. Práticas de enfermeiros na gestão do cuidado na atenção básica Prácticas de gestión del cuidado en la atención primaria Healthcare Management Practices in Primary Care. 2020 [acceso: 25/05/2020];36(1):1-14. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2815>
27. Gonzalo A. Dorothea Orem: Self-care deficit theory. 2020 [acceso: 20/05/2020]. Disponible en: <https://nurseslabs.com/dorothea-orems-self-care-theory/>
28. Dorothea Orem. Guides for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses. Health Education and Welfare. Washington: United States Government printed Office; 1959 [acceso: 20/05/2020]. Disponible en: <https://books.google.com.co/books?id=JldG7SaA79IC&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22Dorothea+Elizabeth+Orem%22&hl=es&sa=X&ved=0OahUKEwjv8f2s2M3pAhVzdc0KHeCDDwMQ6AEIPjAC#v=onepage&q&f=false>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

María Nelcy Muñoz Astudillo: Propuesta, recolección de información, análisis de datos, socialización de resultados, elaboración general del manuscrito, redacción y ajustes pertinentes hasta la aprobación de la versión final del manuscrito.

John Jairo Ocampo Rincón: Propuesta, recolección de información, análisis de datos, socialización de resultados, elaboración general del manuscrito, redacción y ajustes pertinentes hasta la aprobación de la versión final del manuscrito.

Juliana Restrepo Chica: Recolección de información, transcripción de textos y análisis de los resultados. Aprobación de la versión final del manuscrito.

Karen Daniela Ospina Mejía: Recolección de información, transcripción de textos y análisis de los resultados. Aprobación de la versión final del manuscrito.

Nicolás Murcia Gómez. Recolección de información, transcripción de textos y análisis de los resultados. Aprobación de la versión final del manuscrito.