

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



EVALUACIÓN DE CASOS DE TBC PULMONAR EN
PACIENTES DE LA RED DE SALUD DE ABANCAY,
APURÍMAC, 2015 - 2016

TRABAJO ACADÉMICO
INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA

LUIS ALBERTO CAMACHO MENDOZA

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Luis Alberto Camacho Mendoza", written over a large, stylized 'X' or similar graphic element.

Callao, 2017
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO PRESIDENTA
- MG. ROSARIO MIRAVAL CONTRERAS SECRETARIA
- MG. INÉS LUISA ANZUALDO PADILLA VOCAL

ASESORA: MG. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 481

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 09/11/2017

Resolución Decanato N° 3072-2017-D/FCS de fecha 07 de Noviembre del 2017 donde se designan Jurado Examinador del Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	3
1.2 OBJETIVOS	6
1.3 JUSTIFICACIÓN	6
MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 ANTECEDENTES.....	8
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	11
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	27
EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	28
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	28
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	28
3.3 PROCESOS REALIZADOS.....	32
RESULTADOS	34
CONCLUSIONES.....	36
RECOMENDACIONES	37
REFERENCIALES.....	38

INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis es una enfermedad infecciosa, provocada por un bacilo, que se transmite a través del aire y que se caracteriza por la formación de tubérculos o nódulos en los tejidos infectados; puede afectar a diferentes órganos del cuerpo, en especial a los pulmones, produciendo tos seca, fiebre, expectoraciones sanguinolentas y pérdida de peso. Según la OMS, La tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo, la OMS ofrece a los países un modelo para poner fin a la epidemia de tuberculosis, reduciendo la mortalidad y la incidencia de esta enfermedad y eliminando los costos catastróficos conexos. Este instrumento incluye una serie de metas de impacto a nivel mundial que, por un lado, prevén reducir las muertes por tuberculosis en un 90% y los nuevos casos en un 80% entre 2015 y 2030. (1)

El presente informe de experiencia profesional titulado "EVALUACIÓN DE CASOS DE TBC PULMONAR EN PACIENTES DE LA RED DE SALUD DE ABANCAY, APURIMAC, 2015-2016". Consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: El capítulo I describe del planteamiento del problema, el capítulo II incluye el marco teórico conceptual, el capítulo III considera la presentación de la experiencia profesional, el capítulo IV los resultados, el capítulo V las conclusiones, el capítulo VI las recomendaciones, el capítulo VII Referencias bibliográficas y un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Según la OMS, para el año 2016 la Tuberculosis fue una de las diez principales causas mundiales de muerte con una estimación de 1,4 millones de muertes por TBC. En 2015 el número mundial estimado de nuevos casos (incidentes) de Tuberculosis (TB) fue 10,4 millones, de los cuales 5,9 millones (56%) en hombres, 3,5 millones (34%) en mujeres y 1,0 millón (10%) en niños. El 60 % de los casos nuevos se dieron en seis países: India, Indonesia, China, Nigeria, Pakistán y Sudáfrica. El ritmo de reducción de la incidencia mundial de la TB de 2014 a 2015 se mantuvo en tan solo un 1,5%, y es necesario aumentarlo al 4-5% anual para 2020 si se quieren alcanzar los primeros hitos de la estrategia Fin a la Tuberculosis (2). En 2016 el número estimado de nuevos casos de TB-MR fue de 480 000, más 100 000 casos de TB resistente a la Rifampicina (TB-RR), candidatos también a iniciar un tratamiento para la TB-MR (3).

Sin embargo, En el 2016 solo se notificaron 10,4 millones de nuevos casos de TB a la OMS y 1,7 millones murieron por esta enfermedad (entre ellos, 0,4 millones de personas con VIH). Más del 95% de las muertes por tuberculosis se producen en países de ingresos bajos y medianos.

La tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo. En 2016, 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,7 millones murieron por esta enfermedad (entre ellos, 0,4 millones de personas con VIH). Más del 95% de las muertes por tuberculosis se producen en países de ingresos bajos y medianos. (4)

Según la Oficina de Epidemiología del Ministerio de Salud/ DGE Perú, los casos nuevos de Tuberculosis en el Perú, en el año 2013 fue de 27,505 casos, con una incidencia de 90,3; y en el año 2014 se presentó 27,350 casos nuevos con una incidencia de 88,8. (5)

Asimismo los departamentos de Lima y callao son los que mayor caso de Tuberculosis presentan y la tendencia de la incidencia de en la última década no ha sido similar para todos los departamentos, en algunos departamentos la incidencia ha seguido un curso decreciente o estacionario, pero en otros departamentos (como Ucayali, Loreto, Tacna, Madre de Dios) la incidencia se ha incrementado. El mayor porcentaje de los casos de TB MDR, han sido reportados en departamentos de la costa, Lima con el 83,1% y un 12% en otros, probablemente asociado a la alta incidencia de TB reportada en estos departamentos. Sin embargo al observar la distribución y la tendencia de la TB MDR por departamento hay puntos importantes que resaltar: Primero, se observa un incrementado de casos en los departamentos que reportaban la

mayor cantidad de casos antes en el año 2005 (Lima, Callao, Ica, La libertad y Ancash). Segundo, departamentos de la selva (Ucayali, Madre de Dios, Loreto y San Martín) y casi todos de la sierra, que en el año 2005 muchos no tenían casos, presentan un incremento de casos de TB MDR en los últimos 3 años. Tercero, en los departamentos de la costa sur (Arequipa, Tacna y Moquegua) se observa un patrón diferente, con una disminución de casos en los últimos 3 años. Estos hallazgos muestran que la TB MDR es un problema emergente, que ya no solo está afectando a la población de Lima y algunos departamentos de la costa central, sino que ha comenzado a incrementarse o presentarse en nuevas zonas de otros departamentos (6).

En la Red de Salud Abancay se han ido incrementando pacientes con tuberculosis pulmonar y extra pulmonar siendo en mayor cantidad en la micro red de salud centenario seguido por micro Red Tamburco y micro Red Curahuasi, todos ellos captados y diagnosticados en un 75% en el hospital Guillermo Díaz de la vega lo cual es muy preocupante ya que teniendo laboratorios y personal capacitado para la captación de sintomáticos respiratorios toma de muestra extendido y otros factores menores propios de laboratorio no se cumple correctamente las actividades según la norma técnica 104 de la ESCPTBC según el reporte solicitado de los informes del 2015- 2016 SIGTB.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

Describir la experiencia profesional en la evaluación de casos de tuberculosis pulmonar en pacientes de la red de salud Abancay, Apurímac, 2015 - 2016

1.3 JUSTIFICACIÓN

La tuberculosis es un problema de Salud Pública, en donde la intervención del profesional de enfermería cumple un papel preponderante en el Programa de Control de la Tuberculosis. Es importante que los profesionales de enfermería conozcan sobre este programa, ya que es amplio y permite un trabajo totalmente independiente en donde desarrollamos las cuatro funciones de enfermería, garantizando la salud de nuestra población sin vulnerar los derechos individuales.

Asimismo, el presente informe se justifica:

Nivel Teórico: El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos de enfermería que se deben tener en el tema de tuberculosis, permitirá orientar y enriquecer a los estudiantes, internos, serumistas y profesionales de salud, en la atención de enfermería dentro del Programa de Control de la Tuberculosis.

Nivel Social: A nivel social el informe beneficiará a los enfermeros Asimismo, los resultados que se obtengan serán de fundamental

importancia para desempeñar con éxito la labor en la red de salud de Abancay y brindar una excelente atención a este tipo de pacientes.

Nivel Práctico: A nivel práctico el presente informe, permitirá, aumentar los conocimientos y habilidades a los enfermeros que atienden o supervisan la atención de casos de TBC pulmonar. Por su presencia, compromiso y responsabilidad para el desarrollo de las actividades preventivas que busca frenar la transmisión de la TBC, realizando un diagnóstico precoz y la curación de los casos contagiosos para garantizar la adherencia del tratamiento en los pacientes.

Nivel Económico: Los pacientes con Tbc pulmonar son un gran problema para la salud pública por la morbilidad que suponen, como por las graves repercusiones médicas, económicas y sociales que conllevan. Esto es debido a que la población está determinada por factores sociales que confluyen hacia un tratamiento irregular, el cual trae problemas de resistencia en los fármacos antituberculosos que provocan prolongaciones de la estancia hospitalaria con incremento de costos sanitarios al estado y al paciente.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

ARÉVALO (2016) realizó una investigación sobre el “Inadecuado Control Glicémico como Factor Asociado de Tuberculosis Pulmonar en Pacientes con Diabetes Mellitus TIPO 2. Red Asistencial La Libertad”, con la finalidad de determinar si el inadecuado control glicémico es factor asociado a tuberculosis (TB) pulmonar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, para ello realizó un estudio de casos y controles (78 casos y 156 controles) siendo el grupo de casos pacientes diabéticos de ambos sexos que desarrollaron tuberculosis y el grupo de controles pacientes diabéticos de ambos sexos que no desarrollaron TB. Los hallazgos mostraron que el 72% de los sujetos con TB pulmonar presentaron un inadecuado control de la glucosa; el análisis variado encontró que el odds ratio del inadecuado control glicémico como factor de riesgo para TB fue de 1,97 con un intervalo de confianza al 95% entre 1,08 a 3,05 y un p valor =0,0257; se determinó el odds ratio para el sexo masculino en 2,516 con un intervalo de confianza al 95% entre 1,42 a 4,45 y un p=0,01. El estudio concluye afirmando que el inadecuado control de la glucosa es un factor asociado confiable y significativo para padecer tuberculosis pulmonar (7).

MENDOZA (2015) investigó sobre los "Hallazgos tomo gráficos de la tuberculosis pulmonar en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. Julio - diciembre 2014 Lima – Perú", con el objetivo de describir los hallazgos tomo gráficos en relación a Tuberculosis pulmonar, para lo que se incluyeron a 90 pacientes con diagnóstico de TBC confirmada por estudio bacteriológico, los cuales se realizaron una tomografía en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, evaluándose manifestaciones tomo gráficas en relación a Tuberculosis pulmonar activa e inactiva. Los hallazgos más frecuente de una tuberculosis pulmonar activa son la zona de consolidación, el patrón micro nodular, las adenopatías mediastinales así como el patrón en vidrio esmerilado, con altas frecuencias. Además, vale mencionar la asociación que existe entre los distintos patrones de actividad con el derrame pleural. En caso de la tuberculosis inactiva es muy frecuentemente observar la fibrosis pulmonar asociada a adenopatías calcificadas, bronquiectasias, entre los más representativos. Por lo que se concluye que la Tomografía convencional de pulmones resulta ser una técnica de alta sensibilidad, superior a la radiografía para la detección de casos de tuberculosis activa como inactiva. (8)

LLERENA y ZABALETA (2014) publicaron un artículo titulado “Evaluación por el laboratorio de los casos de tuberculosis en profesionales del área de la salud”, con el objetivo de analizar la información del Laboratorio Nacional de Referencia de los casos de tuberculosis, a través de un estudio retrospectivo de serie de casos en 128 casos de tuberculosis en profesionales de la salud entre los años 2009 a 2012. Los resultados mostraron que el 64.8% de los casos eran de sexo femenino entre los 20 y 40 años; el 78.9% eran formas pulmonares, coinfección TB/VIH en 7.9% de los casos; los más afectados fueron médicos (21.4%). Se identificó una resistencia a los fármacos de 7.9% en casos nuevos y una multirresistencia del 4%; en casos previamente tratados la resistencia global y la multirresistencia fueron de 12.5%. Se concluye que el país debe fortalecer la vigilancia de la resistencia en este grupo de riesgo haciendo diagnóstico por baciloscopia, cultivo y pruebas de sensibilidad, incluyendo la realización de pruebas rápidas de diagnóstico avaladas por la OMS/OPS, en especial en población joven por la presencia de enfermedad y hallazgo de resistencia en profesionales dedicados a la atención de las personas (9).

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Salud pública y sus funciones

Según Winslow en 1920 "la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: 1) el saneamiento del medio; 2) el control de las enfermedades transmisibles; 3) la educación de los individuos en los principios de la higiene personal; 4) la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades; y 5) el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren a todas las personas un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada individuo esté en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad" (10).

Según Milton Terris, "La **salud pública** es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la

maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud” (1992).

En el año 2002, la Organización Panamericana de la Salud propone la siguiente definición en el contexto de Iniciativa de Salud Pública de las Américas. **Definición de la OPS La Salud Pública**, es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo.

Según la Dra. Sandra Figueroa López, define La Salud Pública como la práctica social integrada que tiene como sujeto y objeto de estudio, la salud de las poblaciones humanas y se le considera como la ciencia encargada de prevenir la enfermedad, la discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, para afrontar los problemas de salud y mantener un nivel de vida adecuado. (11)

a) Funciones esenciales

El producto de un proceso de análisis, definición de criterios básicos, discusión y pruebas de campo llevaron a determinar 11 funciones esenciales de la salud Pública, de las cuales algunas

de ellas nos ayudan en cuanto al desempeño en el Programa de Control de la Tuberculosis. (10)

FESP 1 Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud, Esta función incluye:

- La evaluación actualizada de la situación y las tendencias de salud del país y de sus factores determinantes, con atención especial a la identificación de desigualdades en los riesgos, en los daños y en el acceso a los servicios.
- La identificación de las necesidades de salud de la población, incluidas la evaluación de los riesgos de la salud y la demanda de servicios de salud.
- El manejo de las estadísticas vitales y de la situación específica de grupos de especial interés o de mayor riesgo.
- La generación de información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud.
- La identificación de recursos externos al sector que puedan mejorar la promoción de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida.
- El desarrollo de la tecnología, la experiencia y los métodos para el manejo, interpretación y comunicación de la información a los responsables de la salud pública, incluidos los actores externos, los proveedores, y los ciudadanos.

- La definición y el desarrollo de organismos de evaluación de la calidad de los datos reunidos y de su correcto análisis.

FESP 2 Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública

La capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud.

- La infraestructura de salud pública diseñada para conducir la realización de análisis de población, estudios de caso e investigación epidemiológica en general.
- Laboratorios de salud pública capaces de realizar análisis rápidos y de procesar un alto volumen de pruebas necesarias para la identificación y el control de nuevas amenazas para la salud.
- El desarrollo de programas activos de vigilancia epidemiológica y de control de enfermedades infecciosas.
- La capacidad de conectarse con redes internacionales que permitan afrontar mejor los problemas de salud de mayor interés.

- La preparación de la ASN y el fortalecimiento de la capacidad de vigilancia a nivel local para generar respuestas rápidas, dirigidas al control de problemas de salud o de riesgos específicos.

FESP 3 Promoción de la salud

El fomento de los cambios en los modos de vida y en las condiciones del entorno para impulsar el desarrollo de una cultura de la salud.

- El fortalecimiento de las alianzas intersectoriales con el fin de hacer más eficaces las acciones de promoción.
- La evaluación del impacto en la salud de las políticas públicas.
- El desarrollo de acciones educativas y de comunicación social dirigidas a promover condiciones, modos de vida, comportamientos y ambientes saludables.
- La reorientación de los servicios de salud con el fin de desarrollar unos modelos de atención que favorezcan la promoción de la salud.

FESP 4 Participación de los ciudadanos en la salud

- El refuerzo del poder de los ciudadanos para cambiar sus propios modos de vida y ser parte activa del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables de

manera que influyan en las decisiones que afecten a su salud y a su acceso a unos servicios adecuados de salud pública.

- La facilitación de la participación de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas a los programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud, con el fin de mejorar el estado de salud de la población y la promoción de entornos que favorezcan la vida saludable.

FESP 5 Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública

- La capacidad institucional para la gestión de los sistemas de salud pública, incluida la planificación estratégica, con especial interés en los procesos de construcción, ejecución y evaluación de iniciativas dirigidas a resolver los problemas de salud de la población.
- El desarrollo de competencias para la adopción de decisiones, basadas en pruebas que incorporen su planificación y evaluación, la capacidad de liderazgo y de comunicación eficaz, el desarrollo organizativo y la gestión de los recursos.

FESP 6 Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública

- La capacidad institucional para desarrollar el marco reglamentario con el fin de proteger la salud pública y la fiscalización de su cumplimiento.
- La protección de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud.
- La ejecución de todas estas actividades para asegurar el cumplimiento de la regulación de forma oportuna, correcta, congruente y completa.

FESP 7 Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios

La promoción de la equidad en el acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud necesarios.

- El desarrollo de acciones dirigidas a superar obstáculos de acceso a las intervenciones en materia de salud pública y a facilitar la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud, sin incluir la financiación de esta atención.
- El seguimiento y la evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios por medio de proveedores públicos y/o privados, adoptando un enfoque multisectorial, multiétnico y multicultural, que permita trabajar con diversos organismos e

instituciones con el fin de resolver las injusticias y desigualdades en la utilización de los servicios.

- La estrecha colaboración con instituciones gubernamentales y no gubernamentales con el fin de fomentar el acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.

FESP 8 Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública

La identificación de un perfil para los recursos humanos en la salud pública que sea adecuado para la asignación de los servicios de salud pública.

- La educación, capacitación y evaluación del personal de salud pública con el fin de identificar las necesidades de los servicios de salud pública y de la atención de salud, de enfrentarse los problemas prioritarios de la salud pública y de evaluar adecuadamente las acciones en materia de salud pública.
- La definición de requisitos para la acreditación de profesionales de la salud en general y la adopción de programas de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud pública.
- La formación de alianzas activas con programas de perfeccionamiento profesional que aseguren la adquisición de experiencias en la salud pública significativas para todos los

estudiantes, así como la formación continua en materia de gestión de los recursos humanos y desarrollo del liderazgo en el ámbito de la salud pública. •

- El desarrollo de capacidades para el trabajo interdisciplinario y multicultural en materia de salud pública.
- La formación ética del personal de salud pública, con especial atención a principios y valores tales como la solidaridad, la igualdad y el respeto a la dignidad de las personas

FESP 9 Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos

La promoción de la existencia de los sistemas de evaluación y el mejoramiento de su calidad

- El fomento de la elaboración de normas sobre las características básicas que deben tener los sistemas de garantía y mejoramiento de la calidad y supervisión del cumplimiento de los proveedores de servicios que tengan esta obligación.
- La definición, explicación y garantía de los derechos de los usuarios.
- La existencia de un sistema de evaluación de las tecnologías de la salud que colabore en los procesos de adopción de

decisiones de todo el sistema de la salud y contribuya a mejorar su calidad.

- La utilización de la metodología científica para la evaluación de intervenciones de diverso grado de complejidad en materia de salud.
- La existencia de sistemas de evaluación de la satisfacción de los usuarios y el uso de esta evaluación para mejorar la calidad de los servicios de salud

FESP 10 Investigación en salud pública

La investigación rigurosa dirigida a aumentar el conocimiento que apoye la adopción de decisiones en sus diferentes niveles.

- La ejecución y el desarrollo de unas soluciones innovadoras en materia de salud pública, cuyo impacto pueda ser medido y evaluado.
- El establecimiento de alianzas con los centros de investigación e instituciones académicas, de dentro y de fuera del sector de la salud, con el fin de realizar estudios oportunos que apoyen la adopción de decisiones de la ASN en todos sus niveles y en todo su campo de actuación.

FESP 11 Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

- El desarrollo de políticas, la planificación y realización de acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana para reducir el impacto de los desastres sobre la salud pública.
- Un enfoque integral con relación a los daños y la etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres posibles en la realidad del país.
- La participación de todo el sistema de salud y la más amplia colaboración intersectorial e interinstitucional en la reducción del impacto de emergencias o desastres.
- La gestión de la cooperación intersectorial e internacional en la solución de los problemas de salud generados por emergencias y desastres. (67-70) (10)

2.2.2 TUBERCULOSIS PULMONAR

Es una enfermedad infecciosa causada, en la mayoría de casos, por un microorganismo denominado *Mycobacterium tuberculosis*. Usualmente los microorganismos ingresan al organismo por inhalación a través de los pulmones. Se diseminan desde su ubicación inicial en los pulmones hasta otras partes del cuerpo vía el

torrente sanguíneo, el sistema linfático, las vías aéreas o por extensión directa a otros órganos.

a) Clasificación según localización anatómica

- **Tuberculosis pulmonar (TBP):** implica el parénquima pulmonar o el árbol traqueo bronquial. La TB miliar se clasifica como TBP porque hay lesiones en los pulmones. Las linfadenopatías tuberculosas intratorácicas (mediastínicas y/o hiliares) o derrame pleural tuberculoso, sin alteraciones radiológicas, constituye un caso de TB extra pulmonar. Un paciente con TB pulmonar y extra pulmonar debe clasificarse como un caso de TBP (12).
- **Tuberculosis extra pulmonar (TBE):** caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de TB que involucra otros órganos que no sean los pulmones, por ejemplo: pleura, ganglios linfáticos, abdomen, tracto genitourinario, piel, articulaciones, huesos y meninges (12).

a) Clasificación según historia de tratamiento

- **Pacientes nuevos:** nunca han sido tratados por TB o que han recibido medicamentos anti TB por menos de un mes.
- **Pacientes previamente tratados:** han recibido 1 mes o más de los medicamentos anti-TB en el pasado. Se clasifican

además por los resultados de su más reciente ciclo de tratamiento de la siguiente manera:

- *Pacientes con recaída:* fueron declarados curados o tratamiento completo al final de su último ciclo de tratamiento, y ahora son diagnosticados con un episodio recurrente de TB (ya sea una verdadera recaída o un nuevo episodio de TB causado por reinfección).
- *Pacientes con tratamiento después de fracaso:* previamente tratados por TB y su tratamiento fracasó al final de su más reciente curso de tratamiento.
- *Pacientes con tratamiento después de pérdida al seguimiento:* tratados previamente por TB y declarados pérdida al seguimiento al final de su tratamiento más reciente. (pacientes tratados después de abandono).

2.2.3 La enfermería en la Salud Pública

En cuanto a la enfermería en pacientes con diagnóstico de Tuberculosis se necesita mantener una relación basada en respeto, comprensión, y empatía para lograr relacionarnos de forma adecuada. La intervención de nuestra profesión debe estar basada en principios científicos y en habilidades de acuerdo a nuestras experiencias, de esta forma equilibrar ambos aspectos aplicando los

avances del conocimiento, los procesos, y metodología como fundamento de nuestra actuar diario.

Las enfermeras salubristas formaron parte del equipo de salud pública a comienzos del siglo XX. Por lo que **se atribuye a Lillian Wald, el término “enfermera sanitarista”** como una descripción de las enfermeras que trabajaban para promover la salud y prevenir las enfermedades en grandes concentraciones de inmigrantes pobres en la ciudad de Nueva York. Muy poco tiempo después, las publicaciones que mencionaban a las enfermeras como parte del personal imprescindible para un organismo sanitario las consideraban esenciales. (13).

Lillian Wald, transformo a la enfermera visitadora estereotipada de su tiempo en los movimientos comunitarios que acabarían por ampliar los horizontes de la enfermera moderna. Fue ella quien organizó un sistema por el cual los pacientes tenían acceso directo a los pacientes, creando el primer sistema público de enfermería y con ello, la Organización Nacional de Enfermería de Salud Pública de la cual fue la primera presidenta. Asimismo, creo lo que se conoció como Enfermería de Salud Pública, término que abandonó la Organización Mundial de la Salud en 1974 para acuñar el de Enfermería Comunitaria. (14).

Entre sus numerosas aportaciones de Lillian Wald a la enfermería y a la sociedad en general cabe recordar que en el año 1893,

proporcionó vasos de esputo (escupideras) y desinfectantes a las primeras enfermeras que trataron a los pacientes con tuberculosis.

También es importante mencionar que la enfermera salubrista, debe lograr insertar a la sociedad al paciente con Diagnóstico de Tuberculosis logrando su independencia. Por tal motivo se cita a Virginia Henderson del Modelo de suplencia o ayuda (1955), quien da una visión clara de los cuidados de enfermería.

Para Virginia Henderson, el paciente es un individuo que precisa ayuda para conseguir independencia. Pensaba que la práctica de la enfermería era independiente de la práctica médica, y reconoció su interpretación de la función de la enfermera como una síntesis de muchas influencias. (15)

También concluyó que la función específica de la enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible. Favoreció la comprensión empática y afirmó que la enfermera debe “meterse en la piel de cada uno de sus pacientes a fin de conocer que necesitan”, por lo que la enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios y con el paciente.

La enfermera que labora en el Programa de Control de Tuberculosis debe contar con la capacidad de comprender los sentimientos y emociones por lo que atraviesa un paciente con dicho diagnóstico. Por tal motivo es importante impartir el modelo de Relaciones entre seres Humanos.

Entonces, según Joyce Travelbee, Modelo de Relaciones entre Seres Humanos, refiere que el objetivo de la enfermería es ayudar a una persona, familia o comunidad a prevenir o afrontar las experiencias de la enfermedad y el sufrimiento y, si es necesario, a encontrar un significado para estas experiencias, siendo el fin último la presencia de la esperanza. (16)

Para Travelbee era importante la comunicación, la interacción, la empatía, la esperanza, la compasión, por lo que su propuesta era que enfermería se lleve a cabo mediante relaciones entre seres humanos que comienzan con el encuentro original, identidades emergentes.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Adherencia al tratamiento**, se define como el cumplimiento del tratamiento antituberculoso; esto quiere decir, tomar la medicación en el horario indicado, con persistencia y durante el tiempo que dure el tratamiento; sin abandonar el Programa.
- **Intervención de Enfermería**, Se define a "Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.
- **Salud Pública**, es la disciplina encargada de la protección, acomodación sustentación filosófica y mejora de la **salud** de la población humana. Tiene como objetivo mejorar la **salud**, así como el control y la erradicación de las enfermedades.
- **Tuberculosis**, Enfermedad infecciosa, provocada por un bacilo, que se transmite a través del aire y que se caracteriza por la formación de tubérculos o nódulos en los tejidos infectados; puede afectar a diferentes órganos del cuerpo, en especial a los pulmones, produciendo tos seca, fiebre, expectoraciones sanguinolentas y pérdida de peso.
- **Tuberculosis pulmonar** Es la forma más frecuente de esta enfermedad y usualmente constituye más del 80,0% de los casos.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos, como es desde mi encargatura y responsabilidad, por ser COORDINADOR DE LA MICRO RED CENTENARIO DE LA ESCPTBC Octubre del 2012 en el C.S. Y LA RED DE SALUD ABANCAY ABRIL 2015 - Y MAYO 2017 y para este informe, utilicé la información que se presenta mensualmente SIGTB 2015 Y 2016, se recabaron datos coherentes referente al tema.

Se solicitó la autorización respectiva para la utilización de la Base de datos de la Red de Salud de Abancay, reporte mensual, anual y también el libro de registro de pacientes afectados por Tuberculosis de las 5 micro redes que pertenecen a la Red de Salud Abancay.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

▪ Recuento de la Experiencia Profesional

Me recibí como licenciado de enfermería en la Universidad Tecnológica de los Andes en el año 2003.

Realice mi SERUMS en el CENTRO DE SALUD PUEBLO JOVEN (1-4)-Micro red Centenario – Red de salud Abancay, de

octubre 2003 a octubre del 2004.

Función: asistencial (ejecutar actividades prevención y promoción

Desde Julio del 2012 laboro como nombrado en el CENTRO DE SALUD PUEBLO JOVEN CENTENARIO, y en setiembre del mismo año asumo la responsabilidad de llevar la ESCPTBC del centro de salud y la MICRO RED CENTENARIO DE LA RED DE SALUD ABANCAY hasta Febrero del 2015.

LABORE en marzo del 2015 hasta junio del 2017 en la RED DE SALUD ABANCAY COMO COORDINADOR DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE TUBERCULOSIS.

Actualmente estoy laborando en el CENTRO DE SALUD DE PUEBLO JOVEN (1-4) –Micro red centenario – Red de salud Abancay desde JULIO DEL 2017.

Función: asistencial (ejecutar actividades prevención y promoción e la salud) y administrativo (Organización con el equipo de salud MULTIDICLINARIO DE LA ESCPTBC en las diferentes actividades programadas)

▪ **Funciones desarrolladas en la actualidad**

a) Área Asistencial

- Ejecutar acciones que den solución a los problemas de salud, identificados precozmente a los sintomáticos respiratorios con 2 o más muestras, seguimiento al dx de descarte de TBC.
- Participar en programas de vigilancia epidemiológicas
- Registra en la historia clínica toda la información disponible como antecedentes sobre los problemas identificados en casos de S.R. en los individuos, familia, comunidad.
- Evaluar Los resultados y seguimiento al DX descarte de TBC del individuo, la familia o la comunidad al tratamiento y los cuidados de enfermería,
- Ejecutar actividades de promoción y Prevención en familias de alto riesgo captando precozmente S.R. y fomento dela salud delos individuos, la familia y la comunidad.
- Capacitar al individuo la familia para que asuma conductas responsables en el cuidado y búsqueda exhaustiva de sintomáticos respiratoria de su salud

- Ejecutar actividades de prevención y promoción en colegios, institutos de nivel superior y universidades a individuos, familia y comunidad
- Ejecutar técnicas y procedimientos de enfermería en el ámbito de su competencia.

b) Área Administrativa

- Planificar y controlar cuidados de enfermería.
- Participación en la organización de las actividades programadas mensualmente
- Dirigir al equipo de Salud en las atenciones comunitarias.
- Ejecutar y controlar el cumplimiento de los principios ético y bioéticos.
- Capacitar y/o dirigir las reuniones como responsable de la ESCPTBC de salud a cargo.
- Realizar informe mensual de las actividades según Estrategia Sanitaria de Salud.

c) Área Docencia

Trabajé en la Universidad Tecnológica de los Andes UTEA del año 2007 al 2009 como docente de práctica de la carrera profesional de enfermería.

3.3 PROCESOS REALIZADOS

Cuando trabajé en la red de Salud Abancay, las micro redes aumentaron las actividades de búsqueda exhaustiva de sintomáticos respiratorios, debido a los constantes monitoreos y capacitaciones que se realizó bajo mi cargo coordinadamente con la DIRESA y laboratorio referencial, como también el tratamiento con medicamentos oportunos que se hizo de acuerdo a la programación, manejo y control de contactos quedando una tarea muy importante de la administración de terapia preventiva con isoniacida a contactos menores de 19 años, lo cual hasta la fecha es una gran debilidad, por diferentes factores propios de la familia.

- **Aportes**

- Es necesario hacer cumplir la norma técnica, para identificar problemas en la identificación o diagnóstico de casos: se hicieron visitas y seguimiento a los laboratorios responsable de la lectura de muestra, sin resultados.

- Se debe realizar seguimiento a la toma adecuada de muestras: vigilancia a los profesionales y a los nuevos SERUMS, que aunque vienen con todas las ganas de trabajar, aun no tienen la experiencia necesaria.
- Se han dado replicas y manuales para favorecer las actividades en relación al paciente con tuberculosis. "Norma técnica 104 del manual de TBC, como actuar y los procedimientos básicos".
- A pesar que la norma técnica requiere para el diagnóstico tener los por más de 15 días, es necesario que el profesional de la salud capte inmediatamente para la recolección de muestra al paciente con otras sintomatología que pueda sugerir tuberculosis, tal como: sudoración, debilidad, falta de apetito, y solo en 8 o 10 días.
- Se elaboraron rota folios personalizados y adecuados a la población.

IV. RESULTADOS

CUADRO N° 4.1

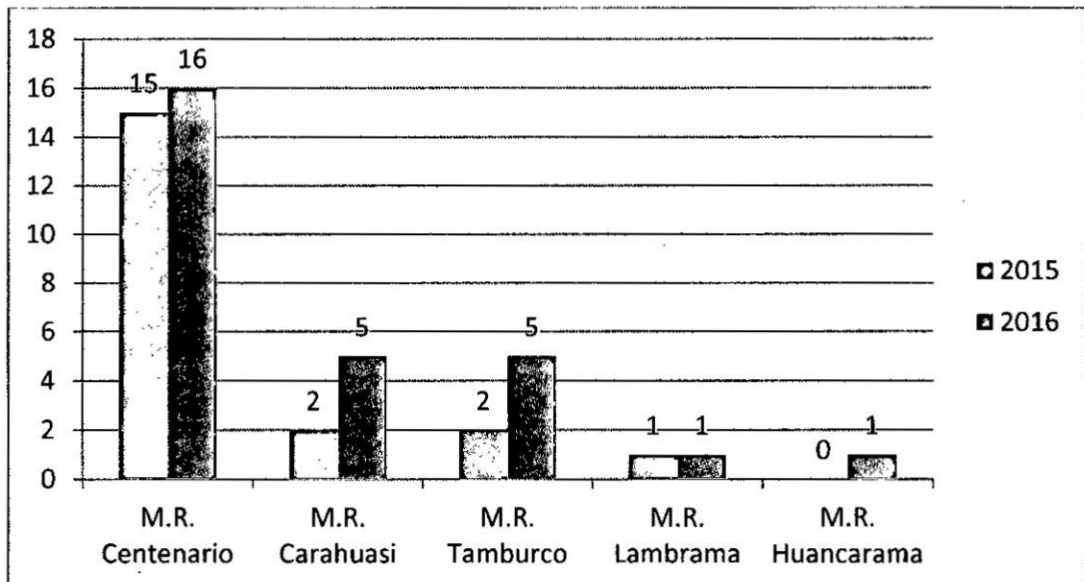
CASOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN PACIENTES DE LA RED DE SALUD ABANCAY, APURIMAC, 2015 - 2016

MICROREDES	2015	2016
M.R. Centenario	15	16
M.R. Carahuasi	2	5
M.R. Tamburco	2	5
M.R. Lambrama	1	1
M.R. Huancarama	0	1

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 4.1

CASOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN PACIENTES DE LA RED DE SALUD ABANCAY, APURIMAC, 2015 - 2016



En el gráfico 4.1 se aprecia que la Micro red Centenario es la que tiene mayores casos reportados.

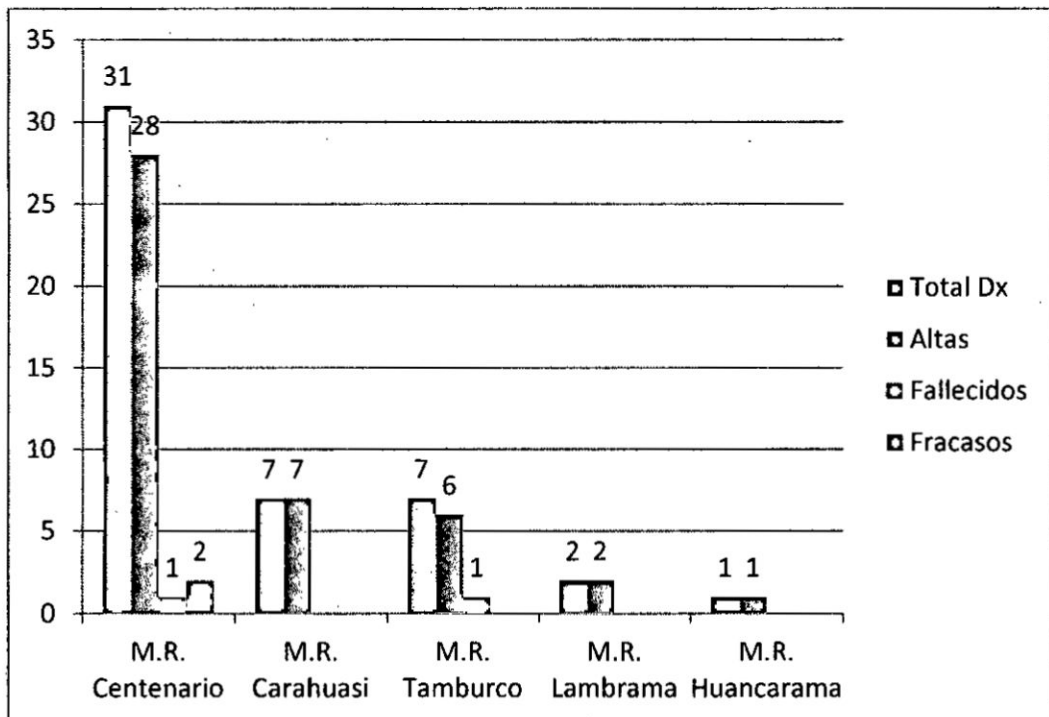
CUADRO N° 4.2

**EVALUACIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN
PACIENTES DE LA RED DE SALUD ABANCAY, 2015 - 2016**

MICROREDES	TOTAL DX	ALTAS	FALLECIDOS	FRACASOS
M.R. Centenario	31	28	1	2
M.R. Carahuasi	7	7		
M.R. Tamburco	7	6	1	
M.R. Lambrama	2	2		
M.R. Huancarama	1	1		

GRÁFICO N° 4.2

**EVALUACIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN
PACIENTES DE LA RED DE SALUD ABANCAY, 2015 - 2016**



En el gráfico 4.2 se aprecia que se han presentado 2 fallecimientos y un fracaso, fuera de esos casos la mayoría ha sido dada de alta, habiendo cumplido sus tratamientos.

V. CONCLUSIONES

- a) La tuberculosis es un problema de salud pública con diversos estigmas, en cuanto al personal de salud de ENFERMERIA es necesario fortalecer sus conocimientos y practicas con la norma técnica 104 ESCPTB-2013 cumplir y hacer cumplir la captación oportuna de sintomáticos respiratorios para el diagnóstico oportuno de tuberculosis siendo una debilidad el personal de salud SERUMS que viene con todas las ganas de trabajar pero no tiene la experiencia necesaria.

- b) Son los profesionales de la salud los encargados de garantizar un adecuado diagnóstico, sin embargo una de las mayores dificultades está en la detección oportuna, toma y lectura de muestra.

- c) La ESCPTB tiene el apoyo a nivel nacional para tratar casos de tuberculosis en todas las fases que pueda presentarse, desde la promoción de la salud hasta la recuperación del paciente con tratamiento oportuno de fármacos control de tratamiento de acuerdo a su sensibilidad y alimentación complementaria.

VI. RECOMENDACIONES

- a. A los profesionales de enfermería, capacitarse y actualizarse constantemente sobre la tuberculosis, y a través de la práctica y experiencia observar y vigilar a los pacientes para brindar una atención innovadora y oportuna a esa población.
- b. A los establecimientos de salud, exigir los plazos de cumplimiento de la norma técnica a los diversos profesionales de la salud que favorecen la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis.
- c. A la Red de Salud, capacitar al personal de salud para el manejo del paciente con Tuberculosis y su atención integral; así mismo, motivar al personal de salud en mejorar su actitud y labor con el fin mejorar los resultados de éxito.

VII. REFERENCIALES

1. Salud OMDl. OMS 2017. [Online].; 2017 [cited 2017 10 11]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
2. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la tuberculosis 2016 - Sinopsis. [Online].; 2016 [cited 2017 Oct 25]. Available from: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2016_executive_summary_es.pdf?ua=1
3. OMS. Informe mundial sobre la tuberculosis 2016. 2016: p. 1.
4. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa: Tuberculosis. [Online].; 2017 [cited 2017 Nov 1]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
5. Ministerio de Salud. Analisis de situacion epidemiologica de la tuberculosis en el peru 2015. Lima-Peru: 2015. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3446.pdf>.
6. Analisis de situación epidemiológica de la tuberculosis en el peru 2015 Lima-Peru: MINSA; 2015.
7. Arévalo DJ. Inadecuado Control Glicémico como Factor Asociado de Tuberculosis Pulmonar en Pacientes con Diabetes Mellitus TIPO 2.

- Red Asistencial La Libertad. Tesis de grado. Trujillo: Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas; 2016.
8. Mendoza LE. Hallazgos tomográficos de la tuberculosis pulmonar en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. Julio - diciembre 2014 Lima – Perú. Tesis de grado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos , Facultad de Medicina ; 2015.
 9. Llerena C, Zabaleta A. Evaluación por el laboratorio de los casos de tuberculosis en profesionales del área de la salud. Acta Med Colomb. 2014 Oct-Dic; 39(4): p. 321-326.
 10. Organización Mundial de la Salud. La salud pública en las Americas. Washington;; 2002.
 11. Dra. Sandra Figueroa de Lopez. Introduccion a la Salud Pública. [Online].: Universidad de San Carlos; 2012 [cited 2017 Nov 1]. Available from: <https://saludpublicayepi.files.wordpress.com>
 12. Minsiterio de Salud. Norma técnica de salud para el control de la tuberculosis. Primera ed. Lima: Cartolan EIRL; 2006.
 13. SALUD OPDL. La enfermería de salud pública y las funciones esenciales de salud pública: bases para el ejercicio profesional siglo XXI: BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index; 2005.

