

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL
HOSPITAL DE QUILLABAMBA LA CONVENCION
CUSCO 2015 - 2016**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA Y
COMUNITARIA**

SEGUNDINA CCOYA QUISPE

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Segundina Ccoya Quispe', is located to the right of the author's name.

**Callao, 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|-----------------------------------|------------|
| ➤ DRA. ANA MARÍA YAMUNQUÉ MORALES | PRESIDENTA |
| ➤ MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZALES | SECRETARIO |
| ➤ MG. INÉS LUISA ANZUALDO PADILLA | VOCAL |

ASESORA: MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 213

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 14/04/2018

Resolución Decanato N° 915-2018-D/FCS de fecha 12 de Abril del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	14
2.3 Definición de Términos	96
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	109
3.1 Recolección de Datos	109
3.2 Experiencia Profesional	110
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	121
IV. RESULTADOS	125
V. CONCLUSIONES	134
VI. RECOMENDACIONES	136
VII. REFERENCIALES	137
ANEXOS	140

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico tiene como objetivo describir la experiencia profesional de intervención de enfermería en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis, los resultados permitirán desarrollar estrategias para fortalecer condiciones donde los servicios de atención al paciente con TBC y conseguir mayor adherencia en cuanto al tratamiento de TBC.

Dicho trabajo académico está basado en evidencias en la atención al paciente y el tiempo de permanencia del profesional de enfermería en el servicio de la Estrategia Sanitaria de tuberculosis del Hospital de Quilla bamba.

Además, se detalla la revisión de la literatura que son los antecedentes para el estudio, de igual manera el marco teórico que constituyen aportes significativos fundamentales para realizar el presente trabajo, a través del estudio de diferentes autores.

En cuanto al marco conceptual donde se desarrolla el conocimiento científico relacionado al área y la revisión bibliográfica.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Situación Problemática

La tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo. En 2015, 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,8 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. Se estima que en 2015 desarrollaron tuberculosis multirresistente (TB-MDR) unas 480 000 personas a nivel mundial.

La incidencia de la tuberculosis ha disminuido por término medio un 1,5% anual desde 2000. Para alcanzar los objetivos establecidos en la estrategia Alto a la Tuberculosis para 2020, es preciso incrementar ese porcentaje a un 4%-5% anual.

Se estima que entre 2000 y 2015 se salvaron 49 millones de vidas gracias a la dispensación de servicios de diagnóstico y tratamiento contra la tuberculosis.

La estrategia Alto a la Tuberculosis de la OMS, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2014, 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, y, por otro lado, evitar que ninguna familia tenga que hacer frente a costos catastróficos debido a esta enfermedad.

. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que el Perú es el segundo país con más casos de tuberculosis (TBC) en Latinoamérica. Señaló que tiene el 37 % del total de casos de tuberculosis multi-resistente que se producen en el continente.

El Ministerio de Salud registra a la fecha 32, 477 casos de TBC, de los cuales 1,050 son multi-resistentes. El 50 % de las personas con tuberculosis que no se tratan fallecen a los dos años", el Perú es uno de los países en América Latina con mayor incidencia y morbilidad de tuberculosis y así mismo se encuentra dentro de los diez países a nivel mundial con mayor número de pacientes Multidrogo resistentes.

Según el reporte de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Cusco, 534 pacientes recibieron tratamiento en los hospitales en el año 2016. Asimismo, se detectaron 500 casos nuevos, 3 son multidrogosresistente a diferencia del año 2015, los casos han disminuido. Ese año se atendieron 547 pacientes y se detectaron 526 casos nuevos en los diversos hospitales y establecimientos de salud de la región cusco. la DIRESA – CUSCO sostiene que a nivel nacional Cusco está considerado como una región de mediano riesgo a diferencia de otras ciudades más pobladas como Lima y el Callao, donde se presentan mayor número de casos. Por otra parte, la Estrategia Sanitaria Regional de Prevención y Control de la

Tuberculosis, informó que de los pacientes que reciben el tratamiento en los hospitales de la región, el 90% se cura y el 10% no logran vencer la enfermedad, pues abandonan el tratamiento.

En la región Cusco, 36 personas murieron a consecuencia de la enfermedad en 2016. La cifra es menor a la registrada en el año 2015 con 39 decesos.

Los distritos de Santa Ana (La Convención) y Santiago (Cusco) están considerados como los de mayor riesgo, debido a que reportan la mayor cantidad de pacientes con TBC.

La tuberculosis pulmonar es la más prevalente en la región cusco reportándose más de 500 nuevos casos según la dirección de Salud, siendo la población vulnerable a adquirir esta enfermedad los desnutridos y población de bajo recursos económicos, en la convención son los lugares en los que se registra más personas afectadas con TBC, pulmonar.

Los casos de multidrogorresistente también han aumentado debido al abandono del tratamiento.

La tasa de mortalidad por tuberculosis desde el 2009 al 2013 es el 3% Está condicionada también la alta prevalencia de la tuberculosis.

Cusco ocupa segundo lugar en casos reportados de tuberculosis y la provincia de La Convención son los que registran más personas afectadas por TBC.

Asimismo, la provincia de La Convención, específicamente el hospital de

Quillabamba según evaluación anual reporto para el 2013, 46 casos de TBC y caso TB MDR EL 2014 tuvo 41 casos 5 casos TB MDR EL 2015 Coco 64 casos de tuberculosis y 6 casos de TB MDR y para el 2016 se presentó 53 casos de TBC y va en aumento de 6 casos TB MDR

1.2. Objetivo

Describir la intervención de enfermería en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis en el Hospital de Quillabamba La Convención Cusco 2015-2016

1.3. Justificación

La importancia de realizar el trabajo académico de experiencia laboral radica en la repercusión que tiene la Tuberculosis Pulmonar en la población La Tuberculosis es una enfermedad que no solo afecta la parte física de las personas sino trae consigo problemas morales, sociales y económicos. Por lo antes mencionado las personas que padecen de esta enfermedad, en muchos casos son discriminados, aislados por la sociedad familiares y del trabajo.

La tuberculosis enfrenta un obstáculo muy importante para su control: el abandono, la inasistencia factores que influyen en el tratamiento, ello implica graves consecuencias tanto para el enfermo, como para la familia y comunidad, debido a que el paciente no se cura y continua la cadena de transmisión de enfermedad. Adicionalmente, la bacteria puede desarrollar resistencia a los medicamentos, lo cual predispone al fracaso del

tratamiento y en consecuencia pone en riesgo la vida y salud de las personas. Es por esta razón me motivo realizar dicho trabajo académico con el fin de contribuir al conocimiento, en la adherencia al tratamiento en la estrategia ESNPCT, y a los profesionales de la salud y personal de salud del hospital Quillabamba, dicha información de estudio justifica, porque contribuirá en el conocimiento habilidades y destrezas en el manejo del paciente en la adherencia al tratamiento con tuberculosis.

La estrategia sanitaria de tuberculosis está basada en NTS N° 208-MINSA/DGSP V.01 NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS BASE LEGAL - Ley N° 26842, Ley General de Salud. - Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud., Brindar atención, con énfasis en la detección, diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis; así como de sus complicaciones y comorbilidades. Reducir el riesgo de infección y de enfermedad por M. tuberculosis basado en medidas efectivas de prevención

Propósito del presente trabajo académico tiene como finalidad sensibilizar y proporcionar conocimiento, válido y objetivo al equipo de salud de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control de la Tuberculosis sobre la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis en el hospital de Quillabamba de esta manera obtener información precisa para la toma de decisiones que contribuirán a disminuir los índices de abandono, inasistencias, relacionados a la falta de adherencia.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Nivel Regional

ARÉVALO M, (2010). Realizó una investigación sobre “Factores predictores de la adherencia al tratamiento de la Tuberculosis –Iquitos”. Los datos generales de la muestra constituida por 58 personas, de los cuales el 60% se adhirieron al tratamiento, el riesgo de no adherencia fue mayor para las personas de hogares cuyos ingresos mensuales no superan los 500 nuevos soles, asimismo en personas cuyas viviendas carecen de provisión de agua.

En el ámbito Nacional

BALDEÓN, (2006), “La relación entre el clima social familiar y nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis que asisten al centro materno infantil Tablada de Lurín – Villa María del Triunfo – Perú 2006” el objetivo fue Determinar la relación que existe entre el Clima Social Familiar y el Nivel de Autoestima de los pacientes con Tuberculosis que asisten al Centro Materno Infantil Tablada de Lurín - diciembre 2006. El método que utilizó fue el descriptivo correlacional de corte transversal. Los resultados que se obtuvieron fueron que de 40 (100%) pacientes, 22(55%) tienen un clima social familiar medianamente favorable, seguido de 11(27.5%) con clima social familiar desfavorable y 7(17.5%) con un favorable clima social familiar. Entre las conclusiones del estudio

tenemos:

“El clima social familiar de los pacientes con tuberculosis tiene un considerable porcentaje entre los rangos de medianamente favorable y desfavorable, lo cual indica que los pacientes no cuentan con un adecuado soporte familiar, por lo cual el paciente no 13 enfrentará adecuadamente la crisis situacional que provoca la enfermedad, no contribuyendo a la recuperación de la enfermedad, predisponiendo así su salud física y emocional.”

CARDOSO Y R. MAZA, (2007) realizaron un estudio sobre “Apoyo familiar y adaptación de la persona adulta con tuberculosis frente al tratamiento - Hospital Eleazar Guzmán Barrón –Nuevo Chimbote 2007”. El objetivo fue establecer la relación entre el grado de Apoyo Familiar y el Nivel de Adaptación de la persona adulta con Tuberculosis frente al tratamiento. El método que utilizó fue cuantitativo descriptivo correlacional de corte transversal. Los resultados que se obtuvieron demuestran que del total de pacientes encuestados una mayor proporción se encontraba en el nivel de adaptación adecuada y el nivel de apoyo familiar alto 38%, así mismo se observa una prevalencia en el nivel de adaptación adecuada y el nivel de apoyo familiar moderado 22%, y un nivel de adaptación adecuada con un nivel de apoyo familiar bajo con un 6%. Entre las conclusiones del estudio tenemos: “...Existe una relación estadística altamente significativa entre el Nivel del Apoyo Familiar y el Nivel de Adaptación de las personas con tuberculosis frente a su tratamiento, lo que indica que a mayor apoyo familiar habrá una mayor adaptación del paciente con tuberculosis frente

a su tratamiento.”

P. ARRIOLA, T. CASTILLO, G. QUISPE, (2008) realizaron un estudio sobre “Factores asociados a la asistencia del paciente al tratamiento antituberculoso en el Hospital De Puente Piedra y en Centro Materno Infantil Zapallal” Lima, 2008”, cuyo objetivo fue determinar algunos factores asociados a la asistencia al tratamiento antituberculoso en pacientes del Programa de Control de Tuberculosis (PCT)”. El método que se utilizó fue cuantitativo descriptivo transversal. Los resultados fueron que, del total de pacientes, el 39% presenta asistencia discontinua al PCT, los factores asociados a la asistencia discontinua son: hacinamiento, tipo de trabajo independiente, condición de trabajo eventual, ingreso económico bajo, falta de apoyo familiar y falta de información básica sobre la enfermedad. Entre las conclusiones del estudio tenemos: “...El apoyo familiar es entendido como la percepción de que se es amado y estimado por los miembros de la familia; este apoyo promueve la salud. La red de apoyo tiene efecto directo sobre la salud mediante la interacción con los demás y fomentando la autonomía, en el estudio se observó que la mayoría de las pacientes no percibió apoyo familiar que se evidencia en mayor riesgo de inasistencia”.

En el ámbito Internacional

ÁLVAREZ GORDILLO Guadalupe del Carmen y Colaboradores, (2005), realizaron una investigación en el año 2005 sobre: “Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento”

en la ciudad de Chiapas – México. Cuyo objetivo fue: Conocer las percepciones y prácticas que los enfermos de tuberculosis tienen sobre la enfermedad y la adherencia al tratamiento. La metodología que se utilizó fue: Estudio cualitativo de 11 entrevistas grupales a 62 pacientes con tuberculosis diagnosticados durante 1997 y 1998 en las regiones Centro, Los Altos y Fronteriza de Chiapas, México. Los resultados que se obtuvieron son: Las causas de la enfermedad referidas por los pacientes fueron el contagio por trastes, el trabajo excesivo, la alimentación, el frío y otras sin relación con la transmisión de persona a persona. La incapacidad para el trabajo se reflejó en crisis económica del paciente y su familia. El estigma social impactó emocionalmente en la vida personal, familiar, laboral y de comunidad. Y entre las conclusiones se mencionan: El desconocimiento sobre la enfermedad propició la elección de diferentes alternativas para su atención. Los servicios de salud y la inadecuada relación médico-paciente influyeron en el retardo en el diagnóstico y falta de adherencia al tratamiento. Se sugiere un programa de difusión sobre aspectos básicos de la enfermedad y su tratamiento.

N. MESÉN, (2005) realizó un estudio sobre “Determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Estudio de un caso urbano, el cantón de Desamparados, Costa Rica- 2005”. el objetivo fue identificar las condiciones que conllevan a la suspensión del tratamiento. El método que se utilizó fue Cuantitativo descriptivo correlacional de corte trasversal. Los resultados que se obtuvieron fueron

que de 43 casos denominados como nuevos, 9 no se han adherido al tratamiento.

Entre las conclusiones del estudio tenemos: "...Se puede concluir que el paciente en ocasiones no logra adherirse al tratamiento porque existen causas ajenas a su control, si bien es cierto la mayoría de los casos son mayores de edad, esto no es un criterio para asumir que el paciente será el responsable de curarse". (9)

M. HEREDIA, (2009) realizó un estudio sobre "Influencia de determinantes en la adherencia al tratamiento de tuberculosis, Yucatán" México 2009. El objetivo fue. Identificar y describir los determinantes sociales que influyen en la adherencia al tratamiento de tuberculosis en Yucatán el método que se utilizó fue cuantitativo descriptivo de corte transversal. Los resultados fueron que 35% por ciento de los participantes de este estudio que abandonaron el tratamiento o no tuvieron un tratamiento supervisado, refirieron estar desempleados, y el 41.9% que son pensionados, trabajan en forma eventual o reciben ayuda pública, expresaron que no tuvieron problema para seguir el tratamiento. El 22.6% que tiene empleo o trabaja por cuenta propia declaró que recibieron apoyo para continuar con el tratamiento.

Entre las conclusiones del estudio tenemos: "...Se puede concluir que el ambiente familiar es uno de los factores que determinan el riesgo a no adherirse al tratamiento de pacientes con tuberculosis".

A. MUÑOZ, Y. RUBIANO,(2011) realizaron un estudio sobre "Adherencia

al tratamiento antituberculoso: voces de los implicados” Colombia 2011. El objetivo fue analizar, a través de la literatura científica, los significados acerca de la adherencia al tratamiento de la tuberculosis de los implicados en esta problemática, portadores y profesionales involucrados en el control de la enfermedad el método que se utilizó fue cualitativo de corte transversal. Entre las conclusiones del estudio tenemos: “...La tuberculosis y la adhesión al tratamiento implican visualizar este problema de salud más allá de lo biológico e individual; y como un complejo que implicaría de un cambio en la atención desde la perspectiva del modelo biomédico hegemónico. Esto, pensando en otro que, por un lado, permitiera una actuación menos burocratizada del sistema sanitario; y por otro la inclusión de mirada y participación de los portadores, sus familias y comunidades como actores activos.”.

REVISTA LATINO-AM. ENFERM AGEM, (2010) Correspondencia: Flor Yesenia Musayón Oblitas Facultad de Enfermería. Universidad Peruana Cayetano Heredia Doctoranda en Salud Pública, Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú, Doctoranda en Ciencias de la Salud, Escuela de Postgrado Víctor Alzamora Castro, Perú. Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú.. Doctora en Salud Publica, Profesora Adjunta, Facultades de Enfermaren, Universidad do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, Maestría en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú. Maestría en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú, El

objetivo del presente artículo es analizar el rol de la enfermera en el control de la tuberculosis desde la perspectiva de la equidad, a nivel de los países latinoamericanos. La tuberculosis está asociada frecuentemente con la pobreza, pero muchos determinantes juegan un rol importante en su prevalencia. Los países latinoamericanos luchan contra la presencia de esta enfermedad y enfermería juega un rol protagónico en el control de este problema planteando intervenciones integrales en diferentes esferas del individuo, familia y sociedad. La intervención de enfermería se enfoca desde el planteamiento de políticas públicas basadas en estudios de base epidemiológica, mediante la implementación de programas multisectoriales hasta la atención directa y educación de los usuarios en el plan operativo. Diferentes instituciones profesionales en enfermería pueden desarrollar un papel decisivo en el abordaje integral del problema, no sólo en el ámbito nacional sino también internacional, pero para ello se requiere establecer redes de apoyo con integración educativa, social, técnica y política.

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 La tuberculosis

La tuberculosis pulmonar contribuye con el 75% de todas las formas de tuberculosis siendo responsable de la forma fundamental de transmisión y por tanto del mantenimiento de la enfermedad especialmente de las formas bacilíferas. Su tratamiento debe considerarse con una doble vertiente: la actuación individual que supone la curación de un paciente enfermo, y como una medida de Salud Pública que trata de interrumpir la

Cadena de Transmisión de la enfermedad tuberculosa. El control de la tuberculosis no solo depende de la prescripción de un tratamiento correcto, sino de asegurar su administración durante el tiempo adecuado, y del estudio de los contactos de los pacientes por lo cual requiere una organización que contemple aspectos no solo médicos sino también sociales de los pacientes y de sus contactos. La tuberculosis es una infección bacteriana crónica causada por *Mycobacterium Tuberculosis*, también conocida como bacilo tuberculoso o bacilo de Koch que histológicamente se caracteriza por la formación de granulomas. Habitualmente, la enfermedad se localiza en los pulmones, pero puede afectar prácticamente a cualquier órgano del cuerpo humano.

Esta enfermedad es transmitida de persona a persona, principalmente por vía respiratoria a través de las gotitas de flugger. Los bacilos tuberculosos forman los núcleos de estas pequeñas gotitas, lo suficientemente pequeñas como para evaporarse, y permanecer suspendidas en el aire por varias horas. La tuberculosis pulmonar habitualmente puede presentarse con tos productiva, de larga evolución, (generalmente el enfermo consulta cuando lleva más de tres semanas tosiendo) este es el principal síntoma respiratorio. El esputo suele ser escaso y no purulento. Además, puede existir dolor torácico y en ocasiones hemoptisis.

2.2.2 Adherencia en el tratamiento de la tuberculosis

Aspectos conceptuales sobre la adherencia terapéutica

En la actualidad el tema de adherencia a los tratamientos médicos tiene gran trascendencia, debido a que una serie de conductas de riesgo y

problemas de salud requieren, necesariamente que la persona ponga en práctica las recomendaciones terapéuticas que se han indicado, lo cual no siempre se realiza correctamente. El incumplimiento de las indicaciones médicas no solo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito contra la Tuberculosis, sino que produce un aumento de la morbilidad y mortalidad, así como aumenta los costos de la asistencia sanitaria. Es así que genera grandes pérdidas en el aspecto personal, familiar y social.

En la literatura encontramos diferentes términos para referirnos a este concepto como son: adherencia, cumplimiento, alianza terapéutica, seguimiento, entre otros.

En mención al término "cumplimiento", se define como: "acción y efecto de cumplir", "ejecutar o llevar a cabo". En la práctica médica este concepto, suele circunscribirse casi exclusivamente al uso de los medicamentos por parte del paciente.

Libertad Martín Alfonso. Acerca del concepto de adherencia Terapéutica. Escuela Nacional de Salud Pública. Rev. Cubana salud pública. 2004. Asimismo aparece, la discusión acerca del vocablo adherencia, en cuanto a sus implicancias semánticas para la Lengua Española se define como "convenir en un dictamen o partido utilizando un recurso entablado por la parte contraria. En este caso se suma de responsabilidad al profesional, como la "parte contraria", lo cual haría depender la conducta del paciente no solo de su propia responsabilidad, sino también de las acciones efectuadas por el profesional de salud, en cuanto a la claridad de las

indicaciones, uso adecuado de los recursos de comunicación, entre otros aspectos. Muchos autores se han pronunciado sobre la definición del término Adherencia, es así que se recoge de la literatura las siguientes definiciones:

Para Adao G. la adherencia consiste en “cumplir estrictamente con las dosis específicas de los medicamentos”. En la práctica, significa que debe tomarse la medicación cuando toca y durante todo el periodo de tratamiento.

Otro autor al conceptuar la adherencia terapéutica hace referencia, a “un conjunto de conductas en las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continua las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables”. Adao Gabriela. Nuevas estrategias para asegurar la adherencia al tratamiento de tuberculosis. Rev. Médicos sin Fronteras. Barcelona. España. 2006 Zaldívar D. Adherencia Terapéutica y modelos explicativos. Rev. Salud para la Vida. Madrid 2003. Por otro lado, Cáceres M. refiere que; “la adherencia a un tratamiento se define como la coincidencia entre la conducta del paciente y la orden del médico”.

En efecto la Organización Mundial de la Salud, máximo organismo de salud, define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones, en contraparte Haynes y Sackett la definen como “la medida en que la conducta del paciente en

relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida, coinciden con las indicaciones dadas por los profesionales sanitarios”, siendo por tanto, la no adherencia el grado en que no se realizan estas indicaciones.

La adherencia terapéutica implica una diversidad de conductas, por lo que ha sido considerada como un fenómeno múltiple y complejo. Al constituir una conducta de salud para su explicación se ha partido de los modelos de comportamientos de salud. Especialmente el modelo de creencias de salud ha sido el más utilizado y considerado adecuado para predecir el cumplimiento con la medicación, porque tienen en cuenta la motivación por la salud, la vulnerabilidad y gravedad percibida, la valoración diferencial costos-beneficios y las claves para la acción.

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, entendiéndose como un comportamiento humano que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza, entre los que se mencionan: los factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento antituberculoso. Bucaramanga Colombia. 2004. Rodríguez Martín L. Psicología Social de la Salud. Madrid. Ediciones Dogma. 1995. cuales se mencionan: los relacionados con la interacción del paciente y profesional de salud, el régimen terapéutico en sí mismo, las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales del paciente.

En la literatura se han descrito diversas estrategias para mejorar la adherencia terapéutica como son: las intervenciones simplificadoras de

tratamiento, informativas/educativas, de apoyo familiar/ social, con dinámica de grupos: técnicas grupales, de refuerzo conductual, así como la combinación de estas intervenciones.

Algunas de estas intervenciones están destinadas a modificar las creencias, actitudes y atribuciones tanto en el profesional de la salud como en el paciente en relación con la adherencia, sus dificultades y consecuencias. Otras están orientadas a la modificación de creencia del paciente en materia de salud, y otras se proponen modificar el apoyo social fomentado en el entorno social inmediato del paciente su adherencia a las prescripciones, o integrándolos a grupos de autoayuda.

Las intervenciones están encaminadas a simplificar el

Tratamiento, buscar la colaboración familiar y los refuerzos conductuales de las personas.

Algunos autores refieren que para incrementar la adherencia terapéutica se debe partir de la instrucción y preparación del profesional de la salud para desarrollar comunicaciones persuasivas, afectivas y eficaces; así como programar la frecuencia de las visitas del paciente, la aplicación de refuerzos selectivos de las conductas de salud. Para la atención adecuada a los pacientes se requiere de un equipo de profesionales sensibilizados, motivados y entrenados en el manejo de las enfermedades; lo cual incluye la prevención, detección, tratamiento, seguimiento y educación, cuando lo antes mencionado no ocurre el

paciente siente desconfianza y puede influir en la adherencia al tratamiento.

Para la evaluación de la adherencia terapéutica se han propuesto diversos métodos: auto informes y autorregistros de los pacientes, informes de personas próximas a éstos, las evaluaciones del médico, mediciones bioquímicas y del consumo de medicamentos. Con relación a la utilización del método ideal, se plantea que lo idóneo es combinarla entrevista directa al paciente, la valoración de los logros con el tratamiento y la asistencia a las citas programadas.

2.2.3 Adherencia en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar

El tratamiento de la tuberculosis pulmonar se basa en diversas indicaciones como son: el tratamiento farmacológico propiamente dicho, las indicaciones de seguimiento en el control de la enfermedad, así como el tratamiento complementario que requiere el paciente.

También están descritas las indicaciones de seguimiento prescritas por el equipo de salud que debe cumplir el paciente, las indicaciones del tratamiento complementario como son; la nutrición, se debe procurar asegurar una nutrición adecuada en el paciente con la finalidad de lograr el incremento del peso corporal, mantener el reposo físico por lo menos durante la primera fase del tratamiento, así mismo mantener una terapia psicológica considerando que esta enfermedad puede generar depresión en el paciente. La tuberculosis es una enfermedad considerada un

problema de salud pública a nivel mundial por lo que requiere un alto nivel de adherencia para lograr el éxito del tratamiento. A principios de la década de los 90, se aplicó con éxito la estrategia DOTS. Al respecto la Organización Mundial de la Salud considero su aplicación como una de las más exitosas del mundo. La Organización Mundial de la Salud recomienda el Tratamiento de Observación directa a corto plazo (DOTS, por sus siglas en inglés), esto significa que los pacientes tienen que tomar su medicación diaria bajo la supervisión de un profesional de la salud o una persona capacitada.

El tratamiento farmacológico acortado ha demostrado ser la intervención sanitaria más eficaz en el control de la tuberculosis, teniendo en consideración los siguientes fundamentos básicos.

- Tratamiento con asociación de medicamentos (terapia combinada) de alta eficacia que prevenga la selección de bacilos resistentes, evitando así los fracasos de tratamiento.
- Tiempo suficiente de tratamiento, con un número de tomas que asegure el mínimo porcentaje de recaídas.
- Reacciones adversas mínimas
- Administración de medicamentos en boca directamente observado por el personal de salud durante la ingesta del medicamento y que garantice la adherencia y con ello el cumplimiento de la terapia.

Este es el factor más importante para la curación de todas las personas enfermas, lo cual es la base de la estrategia. Debido a las connotaciones

sociales de la tuberculosis y el alto costo de los medicamentos, el estado garantiza el acceso al tratamiento a todos los enfermos con tuberculosis y la gratuidad del mismo. Dada la naturaleza de la Investigación se ha desarrollará solo aspectos de tratamiento farmacológico y las indicaciones de seguimiento.

En relación al rol del profesional de enfermería en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de La Tuberculosis, es responsabilidad del enfermero (a), la atención del profesional de enfermería a los pacientes con tuberculosis es integral e individualizada dirigida al paciente, su familia y la comunidad y pone énfasis en la educación, control y seguimiento del enfermo con tuberculosis y sus contactos, con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbimortalidad por tuberculosis. Entre las actividades de enfermería para el seguimiento de casos están:

ENTREVISTA DE ENFERMERÍA: es una de las actividades de la atención integral e individualizada, debe realizarse con calidad y calidez a la persona enferma de tuberculosis y su familia, con fines de educación, control, y seguimiento. Tiene como objetivos educar al paciente y su familia sobre la enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento supervisado y la baciloscopia de control mensual, contribuir a la adhesión del paciente al tratamiento mediante una buena comunicación, indagar sobre antecedentes de tratamiento. Contribuir a un

adecuado seguimiento de casos y estudio de contactos e identificar en el paciente conductas de riesgo a fin de realizar un trabajo de consejería. Realiza tres entrevistas: la primera al iniciar el tratamiento, la segunda se realiza al terminar la primera fase del tratamiento para controlar la evolución del paciente, los exámenes y análisis de la tarjeta de tratamiento y la tercera se realiza al término del tratamiento con la finalidad de recomendar al paciente que si en caso presenta sintomatología respiratoria acuda al establecimiento de salud. Se realizan otras entrevistas si el paciente no acude al establecimiento de salud para recibir su tratamiento, en caso de reacciones adversas a los fármacos antituberculosos, completar el estudio de contactos, si el paciente va a cambiar de domicilio.

VISITA DOMICILIARIA: esta actividad consiste en acudir al domicilio del enfermo de tuberculosis con la finalidad de educar al paciente y su familia. Deberá ser dentro de las primeras 48 horas de realizado el diagnóstico. Tiene como objetivos educar al paciente y su familia, identificar problemas de salud y brindar alternativas de solución, contribuir al éxito del tratamiento antituberculoso recuperando al paciente insistente, completar el seguimiento de los casos en tratamiento y optimizar el control de contactos.

ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO: es responsable de garantizar la correcta administración del tratamiento antituberculoso. El tratamiento es estrictamente supervisado y

ambulatorio. El personal de enfermería se asegurará de que el paciente ingiera los medicamentos en una sola toma al día en todos los servicios de salud. La adhesión del enfermo al tratamiento depende en gran parte de la relación establecida entre el paciente, el personal de enfermería que lo administra y el establecimiento de salud.

2.2.4 Factores asociados a la adherencia del tratamiento de la tuberculosis

Existen factores que están asociados a la adherencia del tratamiento antituberculoso entre los cuales se menciona: los relacionados a la interacción del personal de salud con el paciente, al régimen terapéutico, las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales del paciente. En la interacción profesional de la salud - paciente cobra notable importancia la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con esa relación. Se ha observado que proporcionar la información necesaria sobre la enfermedad, de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión por parte del paciente contribuye a mejorar la adherencia. En algunos casos los pacientes con Tuberculosis no entienden sobre el proceso de enfermedad, el tratamiento, los exámenes de control, el por qué el tratamiento de la Tuberculosis tiene una larga duración, entre otros aspectos. Por lo cual es necesario no solo proporcionar la información, sino llevarlo a cabo a medida del entendimiento del paciente. En cuanto a la relación personal de salud -paciente, debe estar basada en la confianza y respeto,

considerando que el tratamiento contra la tuberculosis es de meses, si el paciente confía es más probable que siga las indicaciones y consejos, así como manifieste sus dudas y temores.

El régimen terapéutico constituye otra de las determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica. Los aspectos que ejercen una mayor influencia en el tratamiento contra la tuberculosis son: la dosificación, y los efectos secundarios de los medicamentos. En el caso del tratamiento de esquema uno, se sigue regímenes de multidosis, según las fases del esquema, son entre diez y once pastillas que el paciente debe ingerir en una sola toma. En cuanto a la duración del tratamiento según el esquema en referencia son seis meses de tratamiento, por lo que, en relación a la conducta de cumplimiento, las tasas de adherencia disminuirían a medida que la terapia se alargaba. Los pacientes con Tuberculosis se encuentran más vulnerables a las reacciones adversas, por la dosificación de medicamentos, así como por el tiempo prolongado del tratamiento.

Con relación a las características de la enfermedad es necesario señalar la importancia de los síntomas como claves para la acción y como reforzadores de la adherencia. El paciente con Tuberculosis que por lo general experimenta un conjunto particular de síntomas al inicio de la enfermedad; a la inicial el esquema de tratamiento, durante la primera fase puede disminuir drásticamente los síntomas, se siente aliviado, asintomático y pone en riesgo la adherencia al tratamiento.

En la adherencia terapéutica existen varios factores psicosociales que influyen considerablemente, entre ellos podemos mencionar: las creencias, las actitudes, las atribuciones, la representación mental de la enfermedad y el apoyo social. Igualmente, los factores culturales (étnicos, religiosos) determinan el comportamiento de la familia y del grupo del paciente, e influyen directa o indirectamente en sus comportamientos, actitudes, creencias y atribuciones en materia de salud.

Muchas personas que padecen de Tuberculosis tienen fuertes creencias culturales respecto a la enfermedad y la forma de ser tratada, cuando el tratamiento prescrito entra en conflicto con estas creencias, se pone en riesgo la adherencia al tratamiento.

En lo personal, el paciente con tuberculosis puede agravar su estado de salud, como la resistencia a los fármacos, así como mantener su estado emocional alterado por el estigma social de esta enfermedad, entre otros.

Desde el punto de vista social significa un enorme costo para las instituciones de salud, proporcionar servicios que son utilizados en forma inadecuada, se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse. En el caso de la tuberculosis la adherencia terapéutica es muy importante, ya que esta enfermedad es curable, cuando se cumple el tratamiento. El éxito alcanzado, obedece a que la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis en su búsqueda de sinergias y alianzas estratégicas, consiguió canalizar el esfuerzo individual de las diferentes

dependencias del Ministerio de Salud en los niveles regional, local y otros sectores del estado, instituciones de la sociedad civil, organizaciones de personas con tuberculosis, empresa privada, de modo que el esfuerzo se convirtiera en mucho más que la suma de sus partes, a favor de la lucha contra la tuberculosis.

2.2.5 El conocimiento sobre el tratamiento de la tuberculosis y la adherencia

El conocimiento que tienen las personas sobre las enfermedades, lo adquieren básicamente a través de dos formas: informal o formal.

El conocimiento informal, está dado como resultado de las experiencias, creencias y costumbres, mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud-enfermedad y suele complementarse con otros

Medios de información. El conocimiento formal, viene a ser aquella que se imparte en el sistema de educación. A través de la comunicación adecuada, para mejorar la interacción y el dialogo entre las personas. Este tipo de conocimiento se imparte a las personas a través de los profesionales de la salud, como también por personas capacitadas para tal efecto.

El conocimiento que el paciente obtenga sobre la enfermedad de la tuberculosis y su tratamiento puede haberlo obtenido de diferentes fuentes como son: los medios de comunicación audiovisual (televisión, radio), medios de comunicación escrita, así como de la publicidad que el sector salud dispone. Cabe mencionar la importancia que recae en el equipo multidisciplinario la información y educación sobre esta

enfermedad. Así también en los representantes de organizaciones sociales de base (promotores de salud, organizaciones de personas con tuberculosis, club de madres, vaso de leche, comedores y otros), instituciones públicas y privadas. Todas las partes involucradas en la atención son parte de la socialización del conocimiento acerca de la enfermedad de la tuberculosis y su tratamiento farmacológico.

En mención a las fuentes de conocimiento, acerca de la enfermedad de la Tuberculosis, y su tratamiento farmacológico, es preciso mencionar que el proceso de cambio, en el control de la tuberculosis incorpora la comunicación estratégica, como elemento novedoso; que ha permitido mejorar paulatinamente la interacción y dialogo entre el personal de los servicios de salud y los ciudadanos en diversos escenarios y espacios (individual, familiar y comunitario); de tal manera que los mensajes comunicacionales son elaborados, teniendo en cuenta las necesidades de la persona con tuberculosis. Por otra parte, la asignación de un profesional de enfermería, para que desarrollo actividades de consejería, a través de la línea telefónica gratuita del Ministerio de Salud (INFOSALUD), que facilita brindar información sobre Tuberculosis y Tuberculosis Multidrogoresistente a la ciudadanía.

Por lo antes expuesto, en la actualidad el paciente encuentra muchas fuentes de conocimiento sobre la Tuberculosis y su tratamiento, este conocimiento actúa como un factor motivacional del comportamiento de las personas. Estos cambios se pueden observar

en la conducta del individuo y actitudes frente a situaciones de la vida diaria, dichas actividades irán cambiando a medida que aumentan los conocimientos aunada con la importancia que se le dé a lo aprendido. El

tratamiento exitoso de la Tuberculosis requiere una estricta adherencia al esquema farmacológico prescrito. Así como el cumplimiento de las indicaciones de seguimiento. La eficacia terapéutica depende en gran medida de la voluntad y la capacidad del paciente para tomar los medicamentos de una forma regular, según lo prescrito.

Como ya se mencionó, el éxito del tratamiento contra la tuberculosis no solo es la adherencia estricta al tratamiento farmacológico, sino a su vez cumplir con las indicaciones de seguimiento.

2.2.6 Derechos y deberes de las personas afectadas por tuberculosis

Los derechos y deberes de las personas afectadas por tuberculosis se encuentran contemplados en la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud y la Ley N° 26842, Ley General de Salud.

2.2.7 Notificación obligatoria de la tuberculosis

La tuberculosis constituye una enfermedad de notificación obligatoria para todos los establecimientos de salud públicos, privados y mixtos del país. La notificación debe realizarse de acuerdo a la norma vigente emitida por el Ministerio de Salud.

Los casos de TBXDR y TB en trabajadores de salud deben ser notificados de manera inmediata (dentro de las 24 horas) por el responsable de epidemiología del EESS, usando el formato de investigación epidemiológica vigente.

2.2.8 Estratificación de acuerdo al riesgo de transmisión de la tuberculosis

Los coordinadores y responsables de tuberculosis de todos los niveles de

atención de la (ESNPCT) deben establecer los escenarios epidemiológicos de acuerdo al nivel de riesgo de transmisión de tuberculosis del ámbito geográfico de su jurisdicción según los criterios que se presentan en la Tabla 1 de la presente Norma Técnica de Salud.

Para estratificar los establecimientos de salud se utilizará el número total de casos de TB, (todas las formas) notificados durante el año.

Para estratificar la micro red, red, región, distrito o provincia se utilizará la tasa de incidencia de TB pulmonar frotis positivo.

Tabla 1: Escenarios epidemiológicos de tuberculosis de acuerdo a riesgo de transmisión

Escenario epidemiológico		
	En EESS: puesto, centro, hospital	En micro red, red, distrito, región de salud, departamento
Escenario 1: Muy alto riesgo de transmisión	75 ó más casos de TB (todas las formas) por año	Tasa de incidencia de TB pulmonar frotis positivo-nuevos 75 ó más casos por 100 mil habitantes
Escenario 2: Alto riesgo de transmisión	50 a 74 casos de TB (todas las formas) por año	Tasa de incidencia de TB pulmonar frotis positivo-nuevos de 50 a 74 casos por 100 mil habitantes
Escenario 3: Mediano riesgo de transmisión	25 a 49 casos de TB (todas las formas) por año	Tasa de incidencia de TB pulmonar frotis positivo-nuevos de 25 a 49 casos por 100 mil h

Escenario 4: Bajo riesgo de transmisión	24 o menos casos de TB (todas las formas) por año	Tasa de incidencia de TB pulmonar frotis positivo-nuevos de 24 ó menos casos por 100 h
---	---	--

2.2.9 Atención integral de la tuberculosis prevención de la tuberculosis

a) Prevención Primaria

(1) Para evitar la infección por el bacilo de la TB en la población expuesta se debe realizar actividades que permitan:

a. Información y educación a la persona diagnosticada con tuberculosis sobre:

- Uso de mascarilla durante el periodo de contagio (mientras se tenga controles bacteriológicos positivos).
- Cubrirse la boca y nariz al toser, estornudar o reír y desechar con cuidado el papel usados en un depósito adecuado.

b. Establecimiento de medidas de control de infecciones en los EESS, en instituciones y en el domicilio de la persona afectada con TB.

c. Promoción de la ventilación natural en la vivienda del afectado por TB, lugar de estudio, trabajo, unidades de transporte público y en los ambientes de las instituciones públicas y privadas.

(2) El Ministerio de Salud y las otras instituciones del Sector Salud deben proveer de vacunación con el Bacilo de Calmette - Guerin (BCG) a todos los recién nacidos.

Todo recién nacido en el país debe recibir la vacuna BCG tan pronto

cuando sea posible, de acuerdo a las normas vigentes del MINSA.

Los recién nacidos de madres con VIH deben seguir las disposiciones vigentes sobre la prevención de la transmisión vertical del VIH emitidas por el Ministerio de Salud.

(3) Control de infecciones y bioseguridad en tuberculosis

Es responsabilidad de los directores de las Direcciones Regionales y Direcciones de Salud, Redes de Salud, de hospitales, jefes de centros y puestos de salud públicos y privados, garantizar la implementación del control de infecciones y bioseguridad en los establecimientos de salud de su jurisdicción.

El personal de salud tiene la responsabilidad de cumplir estrictamente con las normas de control de infecciones y bioseguridad.

Toda red de salud, o su equivalente en otras instituciones del Sector, y los hospitales deben contar con un Comité de Control de Infecciones de Tuberculosis, responsable de planificar, supervisar y monitorear las actividades de control de infecciones dentro de sus EESS.

(4) Plan de control de infecciones (PCI)

Cada red de salud u hospital debe contar con un Plan de Control de Infecciones (PCI) en Tuberculosis.

El PCI, para los casos de EESS de categoría I-1 a I-4, debe ser elaborado por el Comité de Control de Infecciones en Tuberculosis de la Red de Salud. En los EESS categoría II-1 ó superiores, el PCI debe ser elaborado por el Comité de Control de Infecciones en Tuberculosis del EESS.

Las actividades del PCI deben estar incluidas dentro del Plan Operativo Anual. En hospitales e Institutos Especializados.

El director o jefe del EESS es el responsable de la ejecución, monitoreo y evaluación del PCI. Su implementación compromete a todos los servicios y no solamente a la ES PCT del EESS.

(5) Medidas para el control de infecciones en los EESS

Las medidas de control de infecciones de tuberculosis que deben ser implementadas, de acuerdo al Módulo de Capacitación. Control de Infecciones de Tuberculosis en Establecimientos de Salud (Ministerio de Salud. Lima, 2005) son:

a. Medidas de control administrativo

Las medidas de control administrativo deben permitir:

- Búsqueda activa y evaluación inmediata de los SR en todos los servicios del establecimiento, ampliar horarios de atención del laboratorio de tuberculosis, acortar los tiempos de emisión de resultados, optimizar los sistemas de reporte e identificación de los casos.
- Atención ambulatoria de pacientes con TB confirmada: Atención en horarios diferenciados en consultorios, laboratorio y salas de procedimientos y radiología. Hospitalización en ambientes con adecuado recambio de aire para los casos que lo requieran en las UNETs.
- Priorizar que los resultados de la baciloscopia de muestras que

proceden de los servicios de emergencia y hospitalización se entreguen dentro de las dos horas siguientes de recibidas en el laboratorio.

- Inicio inmediato del tratamiento anti-TB en todos los casos diagnosticados.
- Atención del paciente con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo TBP FP por otras especialidades en horarios preferentes, bajo medidas de control de infecciones.
- Capacitación permanente al personal de salud, pacientes y familiares sobre transmisión y prevención de la TB.
- Evaluación del riesgo de transmisión en los diferentes servicios del establecimiento y vigilancia activa de los casos de TB en trabajadores de salud.

b. Medidas de control ambiental

Las medidas de control ambiental deben maximizar la ventilación natural y/o instalar sistemas de ventilación mecánica.

- Priorizar la ventilación natural, garantizando que las puertas y ventanas permanezcan abiertas, libres de cortinas u otro mobiliario.
- Ubicar las áreas de espera de pacientes ambulatorios en espacios abiertos y bien ventilados.
- En salas de hospitalización para el aislamiento de pacientes con

TB MDR/XDR, debe maximizarse la ventilación natural o implementar la ventilación mecánica para garantizar un mínimo de 12 recambios de aire por hora.

c. Medidas de protección respiratoria

Las medidas de protección respiratoria deben incluir:

- Asegurar la disponibilidad de respiradores N95 para uso de los trabajadores de salud en cantidad y calidad adecuadas en las áreas críticas y de mayor riesgo: sala de internamiento de neumología o medicina, emergencia, UCI, laboratorio, sala de procedimientos invasivos, entre otros.
- Capacitar a los trabajadores de salud en el uso y conservación adecuados del respirador N95.
- Adquisición de respiradores N95 de diferentes tallas (S, M, L).
- Todo paciente con TB pulmonar o con sospecha de TB que se encuentre en un EESS, o durante su traslado en ambulancia u otro medio de transporte debe usar mascarilla simple.

(6) Medidas de bioseguridad

El personal de los laboratorios donde se procesen muestras para el diagnóstico de tuberculosis de los diferentes niveles de atención deberá implementar medidas de contención adecuadas durante la manipulación, conservación y transporte de las muestras biológicas u otro material infeccioso.

El Comité de Control de Infecciones del EESS debe evaluar

periódicamente las condiciones de bioseguridad de los laboratorios donde se procesen muestras para el diagnóstico de tuberculosis.

b) Prevención Secundaria Diagnóstico y Tratamiento:

Se deben fortalecer las actividades de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de todos los casos de tuberculosis con frotis de esputo positivo.

Estudio de contactos:

El estudio de contactos se debe realizar en forma activa en todos los casos índices con TB, tanto en formas pulmonares como extrapulmonares, sensibles y resistentes a medicamentos

El estudio de contactos comprende:

a. Censo: En la primera entrevista de enfermería se debe censar y registrar todos los contactos del caso índice con TB.

b. Examen: Todos los contactos censados deben pasar una evaluación médica para descartar la infección o enfermedad por el *M. tuberculosis*.

A los contactos con síntomas respiratorios o con PPD positivo (≥ 10 mm) se les debe realizar una radiografía de tórax. El médico tratante decidirá la indicación de tratamiento anti-TB, terapia preventiva con isoniacida (TPI) u observación de acuerdo con lo dispuesto en la presente norma técnica.

c. Control: Todos los contactos deben ser examinados (evaluación clínica, bacteriológica y radiológica) a lo largo del tratamiento del caso índice. En casos de TB sensible la evaluación se realizará al inicio, al cambio de fase y al término del tratamiento. En casos de TB resistente,

la evaluación se realizará al inicio del tratamiento, cada 3 meses y al término del tratamiento.

Las actividades en el marco del censo y estudio de contactos deben estar registradas en la sección "Control de Contactos" de la Tarjeta de Control de Tratamiento con Medicamentos de Primera Línea, así como de la Tarjeta de Control de Tratamiento con Medicamentos de Segunda Línea, según corresponda (Anexos N°s 6 y 7).

Terapia preventiva con isoniacida (TPI):

La TPI se debe indicar a personas diagnosticadas de tuberculosis latente, que pertenecen a los grupos de riesgo especificados en la Tabla 2 de la presente Norma Técnica de Salud.

La indicación de la TPI es responsabilidad del médico tratante del EESS y su administración es responsabilidad del personal de enfermería.

Ante la presencia de factores de riesgo, tales como: personas mayores de 35 años, antecedente de alcoholismo crónico, historial de reacciones adversas a isoniacida sean personales o familiares, y potenciales interacciones medicamentosas (warfarina, ketoconazol, hidantoína, entre otros), la indicación de TPI debe ser realizada por el médico consultor.

En las personas de 15 años o más la dosis de isoniacida es de 5 mg/Kg/día (máximo 300 mg al día) y en las personas menores de 15 años la dosis es de 10 mg/Kg/día (máximo 300 mg por día), la que debe administrarse en una sola toma, de lunes a domingo por 6 meses.

En personas con infección por el VIH la duración de la TPI será de 12 meses y deberá acompañarse de la administración de 50 mg/día de piridoxina.

Tabla 2: Personas que deben recibir terapia preventiva con isoniacida, en quienes se ha descartado enfermedad tuberculosa activa.

- Menores de 5 años que son contactos de caso índice con TB pulmonar, independientemente del resultado del frotis de esputo del caso índice y del resultado del PPD del menor.
- Personas entre 5 y 19 años con PPD igual o mayor a 10 mm y que son contactos de caso índice con TB pulmonar.
- Personas con diagnóstico de infección por VIH independiente del resultado del PPD.
- Conversión reciente (menos de 2 años) del PPD en trabajadores de salud y en personas que atienden a poblaciones privadas de libertad.
- El médico tratante debe valorar individualmente la indicación de TPI en las personas con diagnóstico de TB latente que pertenezcan a los siguientes grupos de riesgo: personas con insuficiencia renal crónica, neoplasias de cabeza y cuello, enfermedades hematológicas malignas, terapias prolongadas con corticoides o inmunosupresores, silicosis, diabetes mellitus, gastrectomizados, candidatos a trasplante y personas con imagen de fibrosis residual apical en la radiografía de tórax quienes nunca recibieron tratamiento

para TB.

Procedimientos para la administración de terapia preventiva con isoniacida

El personal profesional de enfermería de la ES PCT del EESS es responsable de la organización, seguimiento, registro y control de la TPI. La entrega del medicamento será semanal y la administración será supervisada por un familiar debidamente capacitado. El registro será realizado en la tarjeta de control de tratamiento del caso índice.

Para las personas con VIH, la entrega del medicamento será mensual.

La TPI no está indicada en las siguientes situaciones clínicas:

- a. Contactos de caso índice con tuberculosis resistente a isoniacida y TB MDR.
- b. Personas que han recibido tratamiento anti-tuberculosis, a excepción de las personas con infección por VIH.
- c. Personas con antecedentes de hepatopatía crónica, daño hepático secundario a isoniacida o con historia de reacciones adversas a este fármaco

c) Prevención Terciaria

Es el conjunto de acciones dirigidas a la rehabilitación de las personas afectadas por tuberculosis que presentan complicaciones durante su enfermedad y que provocan secuelas físicas, cuya finalidad es mejorar la calidad de vida de los pacientes. La rehabilitación respiratoria es importante que sea considerada en la atención. Asimismo, la

rehabilitación laboral debe ser considerada para que la persona se reinserte a actividades productivas, sin que ello signifique que vuelva a exponerse a los mismos factores de riesgo que lo llevaron a enfermar.

2.2.10 Recuperación y diagnóstico de la tuberculosis

A) Captación

Detección de sintomáticos respiratorios

La detección de sintomáticos respiratorios (SR) debe realizarse mediante la búsqueda permanente y sistemática de personas que presentan **tos y flema por 15 días o más**.

La detección de SR debe realizarse en:

a. El establecimiento de salud (EESS):

Entre las personas que acuden a los EESS. La detección es continua, obligatoria y permanente en todos los servicios del EESS independientemente de la causa que motivó la consulta.

La organización de esta actividad es responsabilidad del personal de enfermería, en coordinación permanente con los responsables de otros servicios.

b. La comunidad:

Debe realizarse en las siguientes circunstancias:

- Estudio de contactos de personas con TB pulmonar o extrapulmonar.
- Estudio de posibles brotes de TB en lugares que albergan personas: hospitales, prisiones, centros de rehabilitación, comunidades

terapéuticas, asilos, campamentos mineros, centros de estudios, comunidades nativas, zonas de frontera, personas en pobreza extrema, entre otros.

No se debe hacer campañas masivas de detección de TB mediante baciloscopia de esputo en población sin síntomas respiratorios.

Procedimientos para el estudio del sintomático respiratorio identificado

- El personal de salud debe solicitar dos muestras de esputo para prueba de baciloscopia previa educación para una correcta obtención de muestra.
- Cada muestra debe ser acompañada por su correspondiente solicitud de investigación bacteriológica (Anexo N° 1), debidamente llenada de acuerdo al Documento Nacional de Identidad (DNI) o carnet de extranjería.
- Registrar los datos del SR en el Libro de Registro de SR (Anexo N° 2) de acuerdo al DNI o carnet de extranjería.
- Explicar al paciente el correcto procedimiento para la recolección de la primera y segunda muestra de esputo y entregar el frasco debidamente rotulado.
- Verificar que la muestra obtenida sea de por lo menos 5 ml. No se debe rechazar ninguna muestra.
- Entregar el segundo frasco debidamente rotulado para la muestra del

día siguiente.

- En casos en los que exista el riesgo de no cumplirse con la recolección de la segunda muestra, se tomarán las dos muestras el mismo día con un intervalo de 30 minutos. Esta acción debe aplicarse en: personas de comunidades rurales o nativas que viven en lugares lejanos, personas en tránsito de un viaje, personas con comorbilidad importante que limitan su desplazamiento, personas con dependencia a drogas, alcoholismo o problemas de conducta y en las atenciones en los servicios de emergencia.
- Conservar las muestras protegidas de la luz solar hasta su envío al laboratorio local, a temperatura ambiente dentro de las 24 horas. Se puede conservar la muestra a 4°C hasta 72 horas antes de su procesamiento.
- Transportar las muestras en cajas con refrigerantes.
- Los laboratorios deberán recibir las muestras durante todo el horario de atención. Los datos del paciente y el resultado deberán ser registrados en el Libro de registro de muestras para investigación bacteriológica en tuberculosis.

B) Evaluación

La evaluación del caso probable de tuberculosis incluye una evaluación clínica exhaustiva, dirigida a identificar signos y síntomas compatibles con la tuberculosis, sea esta de localización pulmonar o extrapulmonar a

fin de orientar las acciones posteriores y el examen auxiliar.

C) Diagnóstico de la tuberculosis

C.1 Diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis

Baciloscopia directa:

La baciloscopia directa de la muestra de esputo y muestras extra pulmonares debe ser procesada por el método de Ziehl - Neelsen, según protocolo del INS.

El informe de resultados de la baciloscopia se encuentra en la Tabla 3 .

Tabla 3: Informe de resultados de baciloscopia de esputo

Resultados del examen microscópico	Informe de resultados de baciloscopia
No se observan bacilos ácido alcohol resistente (BAAR) en 100 campos observados	Negativo (-)
Se observan de 1 a 9 BAAR en 100 campos observados (paucibacilar)*	Número exacto de bacilos En 100 campos
Menos de 1 BAAR promedio por campo en 100 campos observados (10-99 bacilos en 100)	Positivo (+)
De 1 a 10 BAAR promedio por campo en 50 campos observados	Positivo (++)
Más de 10 BAAR promedio por campo en 20 campos observados.	Positivo (+++)

*Si se observa de 1 a 9 BAAR en 100 campos microscópicos, leer otros

100 campos microscópicos. Si persiste el resultado se anotará el hallazgo en el registro y la muestra se enviará para cultivo.

Toda muestra de esputo con baciloscopia positiva debe ser conservada refrigerada en el laboratorio para ser remitida al Laboratorio Regional para realizar pruebas de sensibilidad rápidas.

El INS es el responsable de organizar, monitorear y evaluar el control de calidad de la baciloscopias de acuerdo a sus disposiciones vigentes.

Todo profesional o técnico que realiza la baciloscopia en laboratorios locales o intermedios, de la práctica pública y privada, debe estar capacitado de acuerdo a las disposiciones del INS.

Cultivo de micobacterias:

Los métodos de cultivo para el aislamiento de mico bacterias aceptados en el país son: los cultivos en medios sólidos Löwenstein – Jensen, Ogawa y agar 7H10; los sistemas automatizados en medio líquido MGIT (del inglés Mycobacteria Growth Indicator Tube) y la prueba MODS (del inglés Microscopic Observation Drug Susceptibility), disponibles en los laboratorios de la red de salud pública según nivel de capacidad resolutive.

Las indicaciones para el cultivo de *M. tuberculosis* son las siguientes:

A. - PARA DIAGNÓSTICO:

- Muestras de SR con bk negativa y radiografía de tórax anormal.
- Muestras paucibacilares
- Muestras clínicas consideradas valiosas: biopsias, tejidos y fluidos

(pleural, pericárdico, peritoneal, líquido cefalorraquídeo, orina, otros) de casos con sospecha de tuberculosis extra-pulmonar.

B. - PARA CONTROL DE TRATAMIENTO:

- Muestras de pacientes con persistencia de baciloscopia positiva después del segundo mes de tratamiento con medicamentos de primera línea.
- Muestras mensuales de todos los pacientes en tratamiento por TB resistente a medicamentos (MDR, XDR y otras TB resistencias).

C.- PARA REALIZAR PRUEBAS DE SENSIBILIDAD INDIRECTA: a partir de muestras pulmonares o extra- pulmonares.

C.2 Diagnóstico clínico-radiológico de la tuberculosis

El diagnóstico clínico de la TB pulmonar debe centrarse en el estudio de los pacientes con síntomas respiratorios (tos, expectoración, dolor torácico, disnea) asociados a síntomas generales. Los síntomas de tuberculosis extra-pulmonar dependen del órgano afectado.

Solicitar una radiografía de tórax en todo caso probable de tuberculosis pulmonar y en aquellas personas que están en seguimiento diagnóstico.

C.3 Diagnóstico de TB extra-pulmonar

Se basa en las manifestaciones clínicas dependientes del órgano(s) afectado(s) y debe complementarse con exámenes auxiliares de bacteriología, histopatología, inmunología, estudio cito-químico, estudio de imágenes, entre otros.

Realizar el diagnóstico diferencial considerando las enfermedades

endémicas según la zona de procedencia del paciente.

En cada muestra de tejido o fluido extrapulmonar, obtenidos a través de cirugía u otros procedimientos, deberá realizarse baciloscopía, cultivo en medios líquidos (MODS, MGIT) o sólidos, prueba de sensibilidad (a partir de cultivos positivos) y según disponibilidad, pruebas moleculares y tipificación.

La muestra obtenida del sitio de infección debe enviarse en suero fisiológico para los estudios bacteriológicos y una segunda muestra en formol al 10%, para los estudios histopatológicos correspondientes.

C.4 Diagnóstico de la tuberculosis latente

El diagnóstico de TB latente es responsabilidad del médico tratante.

La prueba de la tuberculina es el método de diagnóstico de tuberculosis latente en personas sin enfermedad activa. Se considera un resultado positivo si la induración es 10 mm o más para la población en general.

En pacientes con inmunodeficiencias (VIH/SIDA, desnutridos, cortico terapia prolongada, tratamiento antineoplásico, entre otros), este valor es de 5 mm o más.

El profesional de enfermería es responsable de la aplicación y lectura de la prueba de tuberculina, para lo cual debe estar debidamente capacitado.

Seguimiento para el diagnóstico

Cuando existe una fuerte sospecha de TB pulmonar por criterio clínico, radiológico o epidemiológico y la persona tiene sus dos primeras

baciloscopías negativas debe aplicarse el criterio de **“Seguimiento para el diagnóstico”**.

El personal de salud debe solicitar dos muestras más de esputo para baciloscopia y cultivo. Hasta obtener los resultados del cultivo, se solicitará dos baciloscopías cada semana, siempre que el paciente continúe con síntomas respiratorios.

Mientras se espera el resultado del cultivo, se debe realizar el diagnóstico diferencial.

La administración de los resultados de cultivos y pruebas de sensibilidad se realizará mediante el sistema NETLAB del INS a nivel nacional.

El acceso al sistema NETLAB será proporcionado por el INS en coordinación con la ESN PCT y las ESR PCT o de las ES PCT-DISA.

Los Laboratorios Regionales, Intermedios y Locales deberán asegurar la entrega de los resultados a la ES PCT del EESS dentro de las 24 horas de haberse emitido el resultado en el sistema NETLAB.

El jefe del EESS es responsable de asegurar que los resultados emitidos a través del sistema web NETLAB sean oportunamente evaluados por los médicos tratantes.

El sistema NETLAB del INS notificará de manera inmediata por correo electrónico los casos de TB resistente a medicamentos a los coordinadores de las ESR PCT y responsables de los Laboratorios Regionales.

d) Manejo integral de la persona diagnosticada de tuberculosis

Toda persona afectada por tuberculosis debe recibir atención integral en el EESS durante todo su tratamiento que incluye: atención médica, atención por enfermería, asistencia social, psicología, salud sexual y reproductiva, evaluación nutricional y exámenes auxiliares basales, como se detalla en la Tabla 12 de la presente Norma Técnica de Salud.

A.1 Esquemas de tratamiento para TB

La administración de los esquemas de tratamiento anti-TB es responsabilidad del personal de salud y es de lunes a sábado, incluido feriados.

El esquema de tratamiento inicial debe ser ratificado o modificado dentro de los **30 días calendario** de haberse iniciado, de acuerdo a los resultados de las PS rápidas a isoniacida y rifampicina.

Los esquemas de tratamiento antituberculosis se establecen de acuerdo al perfil de sensibilidad a isoniacida y rifampicina por PS rápida, según el siguiente flujo grama de decisiones terapéuticas :

PRINCIPALES ACTORES DE RIESGO PARA LA TB RESISTENTE

1. Fracaso a esquema con medicamentos de primera línea.
2. Contacto de caso confirmado de TB resistente.
3. Recaída dentro de los siguientes 6 meses de haber sido dado de alta de un esquema con medicamentos de primera línea.

4. Recaída luego de haber sido dado de alta con medicamentos de segunda línea.
5. Personas privadas de su libertad (PPL) y residentes de albergues, comunidades terapéuticas, entre otros.
6. Antecedente de tratamientos múltiples (más de dos episodios previos de TB).
7. Antecedente de irregularidad al tratamiento, abandono o terapia no supervisada.
8. Contacto con persona que falleció por TB.
9. Comorbilidades: diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, tratamiento inmunosupresor, otros y coinfección con VIH
10. Trabajadores y estudiantes de la salud.

Si el paciente cumple con uno de los criterios de la Tabla 4 antes señalada, la ES PCT del EESS debe garantizar lo siguiente:

- Obtener una muestra de esputo y asegurar el procesamiento de la PS rápida y/o PS convencional.
- Referir al paciente para evaluación al médico consultor.
- Iniciar el esquema de tratamiento para TB sensible en aquel paciente que se encuentra clínicamente estable y tienen en proceso su PS rápida.
- Si el resultado de la PS rápida demuestra TB resistente, se debe modificar el esquema según el flujo de decisiones terapéuticas (Figura 2), dentro de los 30 días calendarios.

- En los pacientes con factores de riesgo para TB- resistente y/o deterioro clínico radiológico y en quienes no se puede esperar el resultado de PS rápida o convencional para iniciar tratamiento, la indicación del esquema estará a cargo del médico consultor.

A.2 Esquema para TB sensible:

La nomenclatura del esquema se representa de la siguiente manera:

Indicación para pacientes con TB sin infección por VIH/SIDA:

- Paciente con TB pulmonar frotis positivo o negativo.
- Pacientes con TB extra pulmonar, excepto compromiso miliar, SNC y osteoarticular.
- Pacientes nuevos o antes tratados (recaídas y abandonos recuperados).

Esquema para adultos y niños:

Primera Fase: 2 meses (HREZ) diario (50 dosis)

Segunda Fase: 4 meses (H3R3) tres veces por semana (54 dosis)

Las dosis se definen en la presente Norma Técnica de Salud.

Tabla 5: Dosis de medicamentos antituberculosis de primera línea para personas de 15 años o más

Medicamentos	Primera Fase		Segunda Fase	
	Diaria		Tres veces por semana	
	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima por
Isoniacida (H)	5 (4-6)	300 mg	10 (8-12)	900 mg
Rifampicina (R)	10 (8-12)	600 mg	10 (8-12)	600 mg

Pirazinamida(Z)	25 (20-30)	2000 mg		
Etambutol (E)	20 (15-25)	1600 mg		

Rango de dosis de medicamentos entre paréntesis.

Tanto en la primera fase como en la segunda fase, la dosis máxima no debe exceder lo dispuesto en la Tabla 5 antes señalada.

Tabla 6: Dosis de medicamentos antituberculosis de primera línea para personas menores de 15 años

Medicamentos	Primera Fase		Segunda Fase	
	Diaria		Tres veces por semana	
	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima
Isoniacida (H)	10 (10-15)	300 mg	10 (10-20)	900 mg
Rifampicina (R)*	15 (10-20)	600 mg	15 (10-20)	600 mg
Pirazinamida (Z)	35 (30-40)	1500 mg		
Etambutol (E)	20 (15-25)	1200 mg		

Rango de dosis de medicamentos entre paréntesis.

* Sólo administrar Rifampicina en jarabe, en la presentación autorizada por la DIGEMID, incluida en el PNUME. No se recomienda utilizar soluciones preparadas de manera no industrial

Tanto en la primera fase como en la segunda fase, la dosis máxima no debe exceder lo dispuesto en la Tabla 6 antes mencionada.

En la primera fase se debe administrar 50 dosis **diarias** (de lunes a sábado) por 2 meses.

En la segunda fase se debe administrar 54 dosis **tres veces por semana** (lunes, miércoles y viernes o martes, jueves y sábado) por 4 meses

Esquema para TB extra pulmonar con compromiso del SNC u osteoarticular:

En los casos de TB miliar o extrapulmonar con compromiso del sistema nervioso central (SNC) u osteoarticular, la duración del tratamiento es de 2 meses la primera fase y 10 meses la segunda fase.

Primera fase: 2 meses (HRZE) diario (50 dosis)

Segunda fase: 10 meses (HR) diario (250 dosis)

En los casos de TB miliar o extra pulmonar con compromiso del sistema nervioso central (SNC) u Osteoarticular, la duración del tratamiento es de 2 meses la primera fase y 10 meses la segunda fase.

Las dosis de los medicamentos son las mismas dispuestas para personas de 15 a más años y menores de 15 años, respectivamente.

Las dosis de Isoniacida y Rifampicina son las mismas en primera y segunda fase.

En casos de meningitis, pericarditis y formas miliares en niños y adultos debe añadirse cortico terapia sistémica a una dosis recomendada de 1 – 1.5 mg/Kg/día de Prednisona (o su equivalente) por 2 a 4 semanas, seguido de una disminución progresiva del 30% de la dosis cada semana hasta su suspensión.

Indicación para pacientes con TB con infección por VIH/SIDA:

- Paciente VIH con TB pulmonar frotis positivo o negativo,

- Pacientes VIH con TB extrapulmonar, excepto compromiso SNC y osteoarticular.
- Pacientes VIH nuevos o antes tratados (recaídas y abandonos recuperados)

Esquema:

Primera Fase: 2 meses (HREZ) diario (50 dosis)

Segunda Fase: 7 meses (HR) diario (175 dosis)

El esquema debe administrarse durante 9 meses: 50 dosis diarias en la primera fase (de lunes a sábado) y 175 dosis diarias en la segunda fase, (de lunes a sábado). Debe garantizarse el cumplimiento de las 225 dosis programadas.

La dosis de los medicamentos son las dispuestas para personas de 15 a más años y menores de 15 años, respectivamente. Las dosis de Isoniacida y Rifampicina son las mismas en primera y segunda fase.

Medicamentos de primera línea en dosis fijas combinadas (DFC):

Cuando exista disponibilidad de DFC se podrán utilizar en la medida que favorezca la adherencia al tratamiento antituberculosis. Su presentaciones, posología y se hallan en la Norma Técnica de Salud.

Los niños con menos de 30 kilos de peso recibirán su tratamiento con medicamentos de primera línea en presentaciones separadas y se usarán en esquemas modificados por reacciones adversas a medicamentos (RAM), esquemas para TB resistente y otras situaciones especiales.

A. 3 Esquemas para TB resistente

Los medicamentos anti-TB se clasifican en grupos según su eficacia, propiedades y evaluación clínica de su efectividad anti tuberculosis, como se detalla en la Tabla 7 de la presente Norma Técnica de Salud.

Tabla 7: Clasificación de medicamentos antituberculosis

Grupo	Medicamentos
Grupo 1: Agentes de primera línea	Isoniacida (H), rifampicina(R), etambutol (E), pirazinamida (Z), rifabutina (Rfb), estreptomicina (S).
Grupo 2: Agentes inyectables de segunda línea	Kanamicina (Km), amikacina (Am), capreomicina (Cm).
Grupo 3: Fluoroquinolonas	levofloxacina (Lfx), moxifloxacina (Mfx)
Grupo 4: Agentes de segunda línea	etionamida (Eto), cicloserina (Cs), ácido para-amino salicílico (PAS)
Grupo 5: Agentes con evidencia limitada	clofazimina (Cfz), linezolid (Lzd), amoxicilina/clavulánico(Amx/Clv), meropenem (Mpm), imipenem/cilastatina

A.4 Administración del tratamiento antituberculosis

Todo paciente diagnosticado de tuberculosis debe recibir orientación y consejería y debe firmar el consentimiento informado antes del inicio del tratamiento.

La administración de tratamiento debe ser directamente supervisado en boca.

Los medicamentos deben administrarse de lunes a sábado (incluido feriados), una (01) hora antes o después de ingerir alimentos. En días feriados el EESS debe implementar estrategias locales para cumplir con la administración del tratamiento correspondiente de manera supervisada.

Los medicamentos de primera y segunda línea deben administrarse en una sola toma diaria, excepto etionamida, cicloserina y PAS que se deben administrar de manera fraccionada en 2 tomas, directamente supervisadas, para mejorar la tolerancia.

Debe garantizarse el cumplimiento total de las dosis programadas. Si el paciente no acude a recibir la dosis correspondiente, el personal del EESS debe garantizar su administración dentro de las 24 horas siguientes y continuar con el esquema establecido.

Por cada 250 mg de cicloserina debe administrarse 50 mg de piridoxina (vitamina B6) por vía oral.

La administración de ácido para-amino salicílico (PAS) debe ser con bebidas o alimentos ácidos. El PAS en sachet debe mantenerse refrigerado.

A.5 Procedimientos para el inicio y monitoreo del tratamiento antituberculosis

A. TB Sensible

Procedimiento para el inicio del tratamiento en TB sensible

El inicio de tratamiento para TB sensible debe ser dentro de las 24 horas posteriores al diagnóstico.

El procedimiento comprende los siguientes pasos:

1. Realizar la consulta médica y evaluación de factores de riesgo para TB resistente .
2. Verificar que la muestra de esputo para PS rápida (en TB pulmonar) esté en proceso.
3. Obtener consentimiento informado .
4. Solicitar la batería de exámenes auxiliares basales (Tabla 11).
5. Realizar entrevista de enfermería.
6. Registrar el caso en el libro de seguimiento de pacientes que reciben medicamentos de primera línea e inicio del registro de la Tarjeta de Control de Tratamiento con Medicamentos de Primera Línea .

Monitoreo de la respuesta al tratamiento para TB sensible

El monitoreo del tratamiento mediante evaluaciones clínicas y exámenes auxiliares se detalla en la Tabla 11 de la presente Norma Técnica de Salud.

El control médico debe ser realizado al inicio, al primer mes, segundo mes y al término del tratamiento.

La baciloscopia mensual es obligatoria en todos los casos: Toda muestra de esputo cuya baciloscopia resulte positiva durante la segunda fase de tratamiento debe ser remitida para cultivada y el caso debe ser evaluado por el médico consultor. Todo paciente al término de tratamiento debe tener una baciloscopia y cultivo de control.

A todo paciente que al finalizar la primera fase de tratamiento (segundo mes) y presenta **baciloscopia positiva** se debe:

- Solicitar prueba de sensibilidad rápida a isoniacida y rifampicina por métodos moleculares o fenotipicos.
- Solicitar cultivo de esputo, si es positivo debe repetirse mensualmente.
- Prolongar la primera fase hasta que se disponga del resultado de la prueba de sensibilidad rápida.
- Referir al médico consultor con el resultado de la PS rápida para su evaluación respectiva.

Tabla 11: Monitoreo del tratamiento de la TB sensible

Procedimientos	Estudio basal	Meses de tratamiento					
		1	2	3	4	5	6
Hemograma completo	X						
Glicemia en ayunas	X						
Creatinina	X						
Perfil hepático	X		X				
Prueba rápida o ELISA para VIH 1-2	X						
Prueba de embarazo (mujeres en EF	X						
Radiografía de tórax	X		X				X

Prueba de sensibilidad rápida a H y R	X						
Baciloscopia de esputo de control		X	X	X	X	X	X
Cultivo de esputo							X
Evaluación por enfermería	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación por médico tratante	X	X	X				X
Evaluación por servicio social	X		X				X
Evaluación por psicología	X		X				X
Consejería por nutrición	X		X				X
Control por planificación familiar	X		X				X
Control de peso	X	X	X	X	X	X	X

B. TB resistente

Procedimiento para el inicio del tratamiento en TB resistente

El inicio de tratamiento para TB resistente debe ser lo antes posible y no debe ser mayor a 14 días posteriores al diagnóstico de TB resistente.

El proceso comprende los siguientes pasos:

1. Referir al paciente al médico consultor del nivel correspondiente con su historia clínica que debe contener:
 - Evaluación del médico tratante del EEES.
 - Evaluación de servicio social, psicológico y enfermería.
 - Copia de tarjeta de control de tratamiento.
 - Resultados de prueba de sensibilidad, esputo y cultivo.
 - Exámenes auxiliares iniciales detallados en la Tabla 11 de la presente Norma Técnica de Salud.
2. El médico consultor del nivel correspondiente evalúa al paciente, completa el formato de "Resumen de historia clínica de paciente con TB resistente" que incluye la opinión del médico consultor (Anexo N° 17) y emite la posología de medicamentos de segunda línea, la cual tendrá

vigencia sólo de 30 días.

3. El EESS recibe la posología y el médico tratante obtiene el consentimiento informado de aceptación del tratamiento antituberculosis (Anexo N° 16).

4. El EESS solicita los medicamentos a la ESR PCT o a la ES PCT-DISA, quienes coordinan con la DEMID/DIREMID o la que haga sus veces a nivel regional, para su abastecimiento, adjuntando la posología de medicamentos de segunda línea.

5. El EESS inicia el tratamiento según la posología del médico consultor dentro de un tiempo no mayor a 14 días de haberse diagnosticado la TB resistente; y completa el expediente para su presentación al CRER / CER - DISA en un plazo máximo de 30 días, bajo responsabilidad administrativa.

6. Sólo los pacientes con indicación de inyectables de segunda línea y/o Cicloserina deben ser evaluados de rutina por otorrinolaringología y/o psiquiatría, respectivamente, dentro del primer mes de iniciado el tratamiento. No debe postergarse el inicio del tratamiento por no disponer de estas evaluaciones.

7. Registrar el caso en el libro de seguimiento de pacientes

Monitoreo de respuesta al tratamiento de la TB resistente

El monitoreo del tratamiento de la TB resistente mediante evaluaciones clínicas y exámenes auxiliares se detalla en la Tabla 12 de la presente Norma Técnica de Salud.

El control de los pacientes con TB resistente debe ser realizado por el médico tratante del EESS de manera mensual y por el médico consultor cada 3 meses.

Todo paciente con TB resistente debe ser monitoreado con baciloscopia y cultivo de esputo mensuales durante todo el tratamiento.

Una vez que se haya dado alta al paciente, el médico tratante debe realizar 6 controles mensuales.

Tabla 12 Monitoreo del tratamiento de la TB resistente

Procedimientos	Estudio basal	Meses de tratamiento*					
		3	6	9	12	15	Entre 18
Hemograma completo	X	X	X				
Glicemia en ayunas	X	X	X				
Creatinina	X	X	X				
Perfil hepático	X	X	X		X		
Electrolitos (Na, K, Cl) (si esquema incluye	X	X	X				
TSH (si esquema incluye	X	Según indicación de médico					
Prueba rápida o ELISA	X						
Prueba de embarazo	X						
Radiografía de tórax	X		X		X		X
Baciloscopia de control	Mensual						
Cultivo de control	Mensual						
Evaluación por enfermería	X	Mensual					
Evaluación por médico tratante	X	X					
Evaluación por médico consultor	X	X Trimestral					
Evaluación por servicio social	X						
Evaluación por psicología	X		X		X		X

Evaluación por psiquiatría (si esquema incluye cicloserina o presenta comorbilidad)	X	Según indicación de médico consultor					
Otorrinolaringología, Audiometría (si esquema incluye inyectables)	X		X				
Consejería nutricional	X		X		X		X
Control por planificación familiar	X	X	X	X	X	X	X
Control de peso	X	Mensual					

TSH: hormona estimulante de tiroides

A.6 Evaluación por el CRER / CER - DISA y reporte a la ESN PCT

El expediente para evaluación por el CRER / CER - DISA debe contener la documentación requerida para la evaluación por el médico consultor:

- Resumen de historia clínica del paciente con TB resistente que incluye la opinión del médico consultor.
- Posología (receta única estandarizada) del médico consultor.
- Formato de notificación inmediata del tratamiento (inicio de tratamiento) con medicamentos de segunda línea.
- Informe por psiquiatría si reciben cicloserina o si el paciente tiene comorbilidad psiquiátrica.
- Informe de otorrinolaringología y audiometría si reciben medicamentos inyectables (kanamicina, capreomicina y amikacina).
- El CRER / CER - DISA emite el acta correspondiente y la **posología definitiva** de medicamentos de segunda línea

- La ESR PCT o la ES PCT-DISA realiza el control de calidad de los expedientes y los refiere a la ESN PCT adjuntando el acta del CRER / CER - DISA, la posología definitiva y el formato de notificación inmediata del tratamiento con medicamentos de segunda línea.

A.7 Condición de egreso del tratamiento antituberculosis

El médico tratante del EESS es el responsable de establecer la condición de egreso de los pacientes con esquema para TB sensible; el médico consultor para los casos de TB resistente y el médico de las Unidades Especializadas de TB (UNET) para los casos con esquema para TB XDR.

La notificación de egreso de los casos de TB resistente debe remitirse a la Unidad Técnica de la ESN PCT en el formato de notificación inmediata del tratamiento con medicamentos de segunda línea .

El fallecimiento de un paciente durante el tratamiento anti-tuberculosis debe ser notificado mediante el formato de notificación de pacientes fallecidos con tuberculosis dentro de las 72 horas de ocurridos

A.8 Salud mental en la persona afectada por TB

A todo paciente se le debe aplicar una ficha de tamizaje para descartar problemas de depresión, violencia y consumo de alcohol y otras drogas en EESS del primer nivel de atención. Si el tamizaje saliera positivo, el paciente pasará al servicio de salud mental y al médico general para su evaluación respectiva. En caso el problema que presente el paciente

supere la capacidad resolutive del establecimiento, debe ser referido para evaluación especializada.

B. Tuberculosis en Niños

La tuberculosis en niños puede adquirirse por vía congénita (TB perinatal) o por vía inhalatoria.

B.1 TB Perinatal

El recién nacido (RN), hijo de madre con TB, debe ser evaluado clínicamente para detectar signos de infección perinatal y debe remitirse la placenta para estudio histopatológico y cultivo de *M. tuberculosis*.

Ante la sospecha de TB congénita, debe realizarse: radiografía de tórax y toma de muestras para baciloscopia y cultivo (aspirado gástrico, aspirado endotraqueal, LCR, sangre, secreciones, otros según corresponda).

De diagnosticarse TB congénita, iniciar tratamiento antituberculosis de manera inmediata.

El RN con TB congénita de madre con TB resistente debe recibir un tratamiento basado en el esquema de la madre.

Si la evaluación clínica del RN es normal, la conducta a seguir es:

- Si la madre recibe esquema para TB sensible: el RN debe iniciar TPI a dosis de 10 mg/Kg/día más vitamina B6 (5 - 10 mg/d) por tres meses. A los 3 meses de TPI, debe aplicarse el PPD. Si el PPD es mayor o igual a 5 mm, buscar TB activa; si se diagnostica TB activa iniciar tratamiento, de lo contrario completar los 6 meses de TPI. Si el PPD es menor de 5 mm, suspender TPI y vacunar con BCG (Figura 3).

- Si la madre presenta TB resistente a isoniacida: el RN no debe recibir TPI, se le debe vacunar con BCG y ser evaluado periódicamente por el pediatra o médico consultor.
- Todo hijo de madre con TB debe ser evaluado cada 3 meses hasta los 2 años de edad para detección precoz de TB.

*** En caso de no disponer de PPD se deberá completar 6 meses de TPI y luego vacunar con BCG.**

B.2 Tuberculosis Infantil

La detección de casos de TB infantil se basa en el estudio de contactos del caso índice con TB.

Se debe priorizar el diagnóstico en niños que pertenezcan a **grupos de alto riesgo** de desarrollar enfermedad activa:

- Contactos de TB pulmonar con frotis positivo.
- Contacto de casos TB MDR.

El diagnóstico de TB infantil se sustenta en la evaluación clínica, el antecedente epidemiológico, estudio inmunológico (PPD), estudios bacteriológicos y otros resultados de exámenes auxiliares.

La evaluación para el diagnóstico de TB infantil debe incluir:

- Historia clínica detallada: Incluyendo síntomas compatibles con TB (tos más de 2 semanas, fiebre por más de 14 días, pérdida de peso o retraso en el crecimiento) y antecedente de contacto con casos confirmados de TB activa.
- Examen físico completo: Evaluación del crecimiento y desarrollo, buscar adenopatías, signos meníngeos, deformaciones de columna,

entre otros.

- Aplicar PPD independiente de haber recibido vacuna BCG. Se considera positivo si el PPD es mayor de 5 mm en niños con desnutrición, hijos de madres con TB, infección por el VIH u otras inmunodeficiencias; y mayor de 10 mm en el resto de los niños.
- En niños con sintomatología respiratoria o con lesión radiológica pulmonar se deben tomar dos muestras de esputo o aspirado gástrico, para baciloscopia y cultivo.
- Radiografía de tórax frontal y lateral.

El diagnóstico de un caso de TB pulmonar infantil sin confirmación bacteriológica será realizado por el médico pediatra o por el médico consultor con un sustento por lo menos tres de los siguientes criterios:

- Contacto de caso TB pulmonar frotis positivo últimos 12 meses.
- Evaluación clínica sugestiva para TB.
- PPD positivo.
- Radiografía de tórax sugerente de TB.

Todo caso de TB infantil debe recibir el mismo tratamiento para personas adultas con y sin infección por VIH, contemplado en el numeral 6.3.3 de la presente Norma Técnica de Salud con dosis ajustadas a su peso,

Durante el tratamiento ajustar las dosis de acuerdo al incremento del peso del niño.

En los casos de TB infantil de contactos de caso TB resistente, se debe:

- Obtener muestras para baciloscopia, prueba de sensibilidad rápida, cultivo y prueba de sensibilidad convencional.

- Referir al niño al médico consultor.
- Iniciar tratamiento empírico de acuerdo a esquema de caso índice.
- Reevaluar el caso de acuerdo al resultado de la prueba de sensibilidad y la evolución clínica.

C. Tuberculosis e infección por el VIH

C.1 Consejería, tamizaje y manejo de VIH/SIDA en los pacientes con TB

En toda persona afectada por TB se debe descartar la infección por VIH a través de una prueba de tamizaje (ELISA o Prueba rápida) previa consejería. La consejería pre test para VIH debe ser realizada por el profesional de enfermería de la ES PCT del EESS previamente capacitado por personal de la ES PC ITS VIH/SIDA de la DISA/DIRESA/GERESA o la que haga sus veces.

El paciente con prueba de tamizaje negativa para VIH debe ser referido a la ES ITS VIH/SIDA correspondiente para orientación sobre la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y de VIH/SIDA.

El paciente con prueba de tamizaje positiva para VIH debe ser referido a la ES ITS VIH/SIDA para manejo especial de acuerdo a norma vigente

C.2 Reducción de la incidencia de tuberculosis en PVVS

La PVVS sin enfermedad tuberculosa activa debe recibir terapia preventiva con isoniacida (TPI) durante 12 meses, según lo dispuesto en

el numeral 6.3.1.2 de la presente Norma Técnica de Salud.

La ES ITS VIH/SIDA de cada EESS es responsable de la administración y registro del cumplimiento de la TPI en PVVS en la tarjeta de tratamiento anti-retroviral.

El control de infecciones en los EESS que atienden PVVS, debe cumplir los criterios establecidos en el numeral 6.3.1.1 de la presente Norma Técnica de Salud.

El coordinador de la ESN ITS VIH/SIDA de los EESS es responsable de reportar el número de PVVS que reciben TPI trimestralmente a la ES PCT del EESS.

C.3 Manejo de coinfección TB- VIH

a. Identificación precoz de casos de TB resistente y micobacterias no tuberculosas

A todo paciente con TB pulmonar y coinfección con VIH se debe realizar una PS rápida de resistencia a isoniacida y rifampicina.

Derivar las cepas de micobacterias aisladas para estudio de tipificación siguiendo los procedimientos de la Red de Laboratorios de Salud Pública del INS.

b. Tratamiento de la TB

Se debe seguir las disposiciones sobre tratamiento de la TB establecidas de la presente Norma Técnica de Salud.

Los pacientes con TB – VIH debe recibir 50 mg de piridoxina para prevenir neuropatía.

c. Tratamiento integral del VIH/SIDA

El manejo de la infección por el VIH/SIDA está a cargo de la ESN ITS VIH/SIDA de acuerdo a su normatividad vigente que incluye la Terapia Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA) y la Terapia Preventiva con Cotrimoxazol (TPC).

D. Tuberculosis y otras comorbilidades

A toda persona diagnosticada de enfermedades crónicas como diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, hepatopatía crónica, cáncer y cualquier otra condición de inmunosupresión, debe realizarse descarte de tuberculosis.

El seguimiento diagnóstico de TB será un proceso continuo por el médico tratante, en coordinación con la ES PCT del EESS.

Todo caso con comorbilidad que recibe isoniacida debe recibir suplemento de piridoxina (vitamina B6) a dosis de 50 mg/d para prevenir el desarrollo de neuropatía.

D.1 Tuberculosis y diabetes mellitus (DM)

En toda persona afectada de TB debe realizarse el tamizaje de DM con glicemia en ayunas. Los pacientes con comorbilidad TB-DM deben ser evaluados mensualmente por un endocrinólogo o médico consultor.

Todo paciente con comorbilidad TB-DM debe recibir los esquemas de tratamiento de acuerdo a Norma Técnica de Salud.

D.2 Tuberculosis y enfermedad renal crónica (ERC)

En toda persona afectada de TB debe realizarse un examen basal de Creatinina, si este es mayor a 1,3 mg/dl debe completarse los estudios para descartar ERC.

Todo paciente con comorbilidad TB-ERC debe ser referido al nefrólogo o medico consultor.

Todo paciente con comorbilidad TB-ERC debe recibir los esquemas de tratamiento de acuerdo a lo dispuesto en el numeral 6.3.3 de la presente Norma Técnica de Salud, considerando el ajuste de dosis de acuerdo al estado de función renal según la Tabla 14 de la presente Norma Técnica de Salud

D.3 Tuberculosis y enfermedad hepática crónica (EHC)

En toda persona afectada de TB debe realizarse un examen basal de perfil hepático, si detecta alteración en los resultados debe completarse los estudios para descartar EHC.

Todo paciente con comorbilidad TB-EHC debe ser referido al gastroenterólogo o médico consultor.

Todo paciente con comorbilidad TB-EHC debe recibir los esquemas de tratamiento

de acuerdo a lo dispuesto en el numeral 6.3.3 de la presente Norma Técnica de Salud, considerando el ajuste de dosis de acuerdo al peso sin ascitis y edemas y la clasificación del grado de EHC modificada de

Child-Pugh:

- Child A: Diseñar esquemas con sólo 2 medicamentos potencialmente hepatotóxicos; de preferencia evitar pirazinamida.
- Child B: Diseñar esquemas con sólo 1 medicamento potencialmente hepatotóxicos; de preferencia elegir rifampicina.
- Child C: Diseñar esquemas sin medicamentos potencialmente hepatotóxicos.

D.4 Tuberculosis y alcoholismo / farmacodependencia

Todo caso de TB con consumo nocivo o dependencia de alcohol u otras drogas debe ser derivado a salud mental quienes después de su atención coordinarán con el médico general y, de ser el caso, se realizará la referencia un establecimiento de mayor complejidad.

El equipo multidisciplinario de la ES PCT del EESS debe coordinar estrechamente con la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz y otras organizaciones locales a fin de garantizar la adherencia al tratamiento antituberculosis.

E. Tuberculosis en condiciones especiales

E.1 Tuberculosis en gestantes

La gestante con diagnóstico de TB debe ser considerada "Gestante de Alto Riesgo Obstétrico" y debe recibir manejo especializado en un EESS de mayor complejidad.

El tratamiento debe iniciarse usando los mismos esquemas

dispuestos en la sección "Tratamiento de la Tuberculosis.

Los medicamentos de primera línea (isoniacida, rifampicina Etambutol y Pirazinamida) pueden utilizarse durante el embarazo y lactancia.

Considerar el uso de Fluoroquinolona, Etionamida, cicloserina y PAS, evaluando el riesgo beneficio.

Evitar el uso de inyectables de primera y segunda línea durante el primer trimestre de la gestación. Según evaluación del riesgo beneficio, incluirlos a partir del segundo trimestre.

E.2 Tuberculosis y lactancia

El diagnóstico de tuberculosis sensible no contraindica la lactancia materna. La madre debe usar mascarilla mientras da de lactar.

En casos de madres con TB MDR/XDR con baciloscopia y cultivo positivo, la lactancia materna directa está contraindicada. En estos casos el lactante debe recibir la leche materna extraída manualmente.

E.3 Tuberculosis y anticoncepción

Toda mujer en edad fértil diagnosticada de TB debe recibir consejería y elegir el método anticonceptivo de acuerdo a lo establecido por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva o quien haga sus veces.

Las pacientes que reciban tratamiento que incluyan rifampicina no deben recibir anticonceptivos orales porque disminuye su protección.

F. Reacciones adversas a medicamentos antituberculosis (RAM)

F.1 Reacción adversa a medicamentos antituberculosis (RAM)

Tabla 15: Reacciones adversas de medicamento antituberculosis

Medicamentos de primera línea	Reacciones adversas
Isoniacida	Incremento de transaminasas, hepatitis, neuropatía periférica, reacciones cutáneas.
Rifampicina	Incremento de transaminasas, elevación transitoria de bilirrubinas, hepatitis colestásica, anorexia, síntomas gastrointestinales (náuseas vómitos), reacciones cutáneas.
Pirazinamida	Hepatitis, síntomas gastrointestinales, poliartralgias, mialgias hiperuricemia, reacciones cutáneas.
Etambutol	Neuritis retrobulbar, neuritis periférica, reacciones cutáneas.
Estreptomicina	Toxicidad vestibular – coclear y renal dependiente de dosis
Medicamentos de Segunda Línea	Reacciones adversas
Cicloserina	Cefalea, insomnio, cambio de conducta, irritabilidad, ansiedad, depresión, psicosis, convulsiones, vértigo.
Etionamida	Síntomas gastrointestinales (náuseas, vómitos, dolor abdominal), hepatitis, hipotiroidismo.
Aminoglucósidos (Amikacina, Kanamicina), Capreomicina	REACCIÓN ADVERSA Dolor en sitio de inyección, hipocalcemia e hipomagnesemia, nefrotoxicidad, ototoxicidad vestibular y coclear, parestesias.
Ácido p-amino salicílico	Síntomas gastrointestinales (náuseas, vómitos, dolor abdominal), hepatitis, hipotiroidismo, síndrome de malabsorción.
Fluoroquinolonas	Generalmente bien tolerados, artralgias, mialgias, síntomas gastrointestinales, prolongación del intervalo QT (moxifloxacino).

F.2 Reto y desensibilización en RAM

Identificar el medicamento que produjo la RAM, para lo cual se deberá reintroducir la terapia mediante un reto (agregar progresivamente dosis de cada medicamento) para rescatar el máximo número de fármacos de primera línea.

El manejo es hospitalario con monitoreo estricto (clínico y laboratorio).

Iniciar el reto con el medicamento menos probable de la RAM por 3 días, si no presentara reacciones adversas, se debe agregar el siguiente medicamento por 3 días más y así sucesivamente hasta conseguir un esquema apropiado, como se muestra en la Tabla 16 de la presente Norma Técnica de Salud.

Tabla 16: Protocolo para el reto de medicamentos de primera línea

Medicamento	Dosis día 1	Dosis día 2	Dosis día 3
Isoniacida	50 mg	100 mg	300 mg
Rifampicina	75 mg	150 mg	450 – 600 mg
Pirazinamida	250 mg	500 mg	Dosis plenas
Etambutol	100 mg	400 mg	Dosis plenas

El reto debe estar registrado en la tarjeta de tratamiento, bajo la denominación de “Esquema Modificado por RAM”.

El reto está contraindicado en las siguientes situaciones: shock, insuficiencia renal aguda, hemólisis, trombocitopenia, agranulocitosis, neuritis óptica retrobulbar, trastornos auditivos y vestibulares, falla cutánea aguda (Stevens-Johnson), Síndrome DRESS (fiebre, exantema y eosinofilia).

F.3 Interacciones medicamentosas

En todo afectado con TB debe evaluarse la eventual aparición de interacciones medicamentosas con otro tipo de fármacos.

G. Tuberculosis como enfermedad ocupacional

La Tuberculosis es una enfermedad ocupacional ligada al trabajo en el sector salud, debiéndose implementar evaluaciones pre-ocupacionales, anuales y al término de la relación laboral, de acuerdo los protocolos o guías médico ocupacionales dispuestos en las normas vigentes.

En todo trabajador de salud con diagnóstico de TB pulmonar debe realizarse prueba de sensibilidad rápida.

En los EESS públicos, privados o mixtos con riesgo de transmisión de tuberculosis se debe implementar medidas de control de infecciones de tuberculosis según lo dispuesto en la presente Norma Técnica de Salud.

Es responsabilidad del Jefe del EESS garantizar el cumplimiento de la protección respiratoria Todo trabajador de salud que padece de enfermedades inmunosupresoras, no deben trabajar en áreas de alto riesgo de transmisión de TB.

H. Atención de enfermería de la persona afectada por tuberculosis

El profesional de enfermería de la ES PCT es responsable de organizar la atención integral de la persona afectada por TB, su familia y la comunidad, para lo cual deberá:

H.1 Organizar la búsqueda de casos

- Organizar, registrar, monitorear y evaluar la detección de sintomáticos respiratorios, en coordinación permanente con los responsables de otros servicios del EESS.
- Garantizar que los SR con frotis de esputo (+) inicien tratamiento en el EESS o sean derivados.
- Verificar la obtención y envío de las dos muestras de esputo para la realización de la baciloscopia, pruebas de sensibilidad, rápida y convencional; cultivo y otros exámenes auxiliares basales, de acuerdo a lo dispuesto en la presente norma.

H.2 Educar y brindar consejería al paciente antes de iniciar el tratamiento

- Educar a la persona con TB y a su familia sobre la enfermedad, formas de contagio y medidas de prevención, uso de pruebas rápidas para detectar resistencia, qué medicamentos va a tomar, en qué horarios y por cuánto tiempo; posibles reacciones adversas, importancia de la adherencia al tratamiento y consecuencias de no

tomar la medicación correctamente, la importancia del estudio de los contactos y medidas de control de infecciones dentro del domicilio y la potencial necesidad de aislamiento.

- Realizar la consejería pre-test para tamizaje de la infección por VIH.
- Referir a las mujeres en edad fértil a la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva para orientar sobre la paternidad responsable.
- Orientar y referir al afectado con TB al servicio de nutrición, psicología y servicio social.
- Realizar el censo de contactos y educar al paciente y familia sobre la importancia de su control.
- Realizar la visita domiciliaria dentro de las primeras 48 horas, con los siguientes objetivos:
 - Verificar que el domicilio de la persona afectada.
 - Educar y orientar al grupo familiar sobre el plan de tratamiento del afectado e importancia del soporte familiar.
 - Orientar en el domicilio las medidas de prevención y control de infecciones.
 - Confirmar el censo y organizar el estudio de contactos.
 - Identificar SR entre los contactos y tomar las muestras de esputo.

H.3 Organizar la administración del tratamiento de la TB sensible

- Informar sobre las características del tratamiento: fases, medicamentos, duración, control bacteriológico, médico y radiológico.

- Administrar el tratamiento anti-TB directamente observado (observar la ingesta), y registrar las dosis administradas en la tarjeta de control de tratamiento, vigilando la presencia de RAM.
- Realizar por lo menos tres entrevistas de enfermería: al inicio, al cambio de fase y al alta; y otras cuando sea necesario.

H.4 Organizar la administración del tratamiento de la TB resistente

- Realizar las evaluaciones de enfermería en los pacientes con TB resistente, de manera mensual durante todo el tratamiento y 6 meses post alta.
- Elaborar el expediente del paciente para su evaluación por el CRER y presentar a la DISA, DIRESA, GERESA o la que haga sus veces.
- Coordinar la referencia del afectado para evaluación inicial y trimestral por el médico consultor.
- Coordinar con el servicio de farmacia del EESS, el suministro de medicamentos de segunda línea.
- Notificar el inicio del tratamiento con medicamentos de segunda línea.
- Solicitar los controles mensuales de baciloscopia y cultivo y registrar su resultado.

H.5 Promover la adherencia al tratamiento y prevenir la irregularidad al tratamiento

- Identificar los factores de riesgo asociados a abandono: antecedente

de irregularidad o abandono de tratamiento previo, existencia de conflicto familiar, laboral, alcoholismo y drogadicción, pobreza y conducta anti-social.

- Establecer con el equipo multidisciplinario del EESS, estrategias centradas en el paciente para garantizar la adherencia al tratamiento, interactuando con agentes comunitarios de salud, organizaciones de afectados o de base, gobierno local, instituciones no gubernamentales u otros actores de la comunidad.
- Monitorear y registrar la condición de **“Irregularidad al Tratamiento”** (pérdida de 3 dosis programadas en la fase inicial o 5 dosis durante todo el tratamiento para esquemas de TB sensible) en la tarjeta de administración de tratamiento.

H.6 Coordinar el seguimiento del tratamiento

- Organizar la historia clínica del paciente incluyendo todos los registros y formatos , tales como:
 - Formato de Solicitud de Investigación Bacteriológica,
 - Formato de Derivación y Transferencia de Pacientes ,
 - Formato de Notificación de Reacción Adversa a Medicamentos Anti- Tuberculosis ,
 - Formato de Notificación de Pacientes Fallecidos con Tuberculosis
 - Formato de Consentimiento Informado de Aceptación del Tratamiento Antituberculosis ,

- Resumen de la Historia Clínica del Paciente con TB Resistente, Formato de Notificación Inmediata del Tratamiento con Medicamentos de Segunda Línea ,
 - Formato de Evolución Trimestral del Tratamiento con Medicamentos de Segunda Línea , entre otros formatos de manejo de la tuberculosis.
- Coordinar la obtención de las muestras de esputo u otras para el seguimiento bacteriológico u otros exámenes auxiliares.
 - Explicar acerca de la conversión bacteriológica del esputo al final de la primera fase.
 - Informar sobre el estado actual de la enfermedad al término de cada fase de tratamiento.
 - Educar sobre la importancia de la continuidad en la segunda fase del tratamiento.
 - Realizar y registrar el peso mensual del paciente.
 - Registrar la condición de egreso, en el libro de registro de seguimiento y en la tarjeta de tratamiento.

H.7 Organizar el estudio de contactos y la administración de terapia preventiva

- El estudio de contactos del caso TB sensible debe ser realizado al inicio, cambio de fase y al término de tratamiento y cada 3 meses en los contactos del caso TB resistente.

- Organizar, registrar y controlar la administración de la terapia preventiva con isoniacida a los contactos con indicación médica.

H.8 Organizar la derivación y transferencia

El proceso de derivación y transferencia es responsabilidad del personal de enfermería de la ES PCT y consiste en:

Derivación

- Se denomina al procedimiento por el cual aquella persona que es diagnosticada de tuberculosis y que no reside en la jurisdicción del EESS, es derivada al EESS más cercano a su domicilio. Utilizar el formato de derivación y transferencia de pacientes (Anexo N° 8), adjuntando los resultados de los exámenes de diagnóstico realizados.
- El EESS que deriva un paciente, NO DEBE registrarlo como CASO, en el libro de registro de casos. La derivación debe ser registrada (fecha y lugar) en el libro de registro de sintomáticos respiratorios .
- Realizar seguimiento de los casos derivados a fin de confirmar el inicio del tratamiento.
- El EESS que recibe al paciente debe confirmar y remitir el desglose inferior del formato de derivación y transferencia de pacientes .
- En caso de personas hospitalizadas adjuntar copia de la epicrisis.
- Los medicamentos serán provistos por el EESS donde recibe el tratamiento.

Transferencia

- Se denomina a aquella persona diagnosticada y notificada por tuberculosis que reside en la jurisdicción del EE SS, pero que solicita traslado a otro EESS por cambio de lugar de residencia o cercanía a su lugar de trabajo, estudio, entre otros.
- El EESS que realiza la transferencia de un paciente DEBE registrarlo como CASO, en el libro de registro de casos.
- Utilizar el formato de derivación y transferencia de pacientes adjuntando copia de la tarjeta de control de tratamiento correspondiente.
- El EESS que transfiere es responsable de realizar el seguimiento para confirmar que los casos llegaron al EESS y garanticen la continuación de su tratamiento hasta obtener la condición de egreso.
- Asimismo, el EESS de salud que recibe el caso debe comunicar la condición de egreso al EESS de origen para ser reportado en el estudio de cohorte.
- Los medicamentos serán provistos por el EESS donde recibe el tratamiento.
- En casos de transferencias a otros países debe coordinarse con la ESN PCT para realizar la referencia internacional, de acuerdo al formato contenido en el Anexo N° 9 de la presente Norma Técnica de Salud y confirmación de la continuación del tratamiento en el país de

destino.

H.9 Organizar el sistema de registro e información y análisis de información

- Organizar y garantizar el llenado de los registros utilizados en el seguimiento de los casos de TB y TB resistente.
- Realizar el control de calidad de los datos registrados en los libros de registro y tarjetas de tratamiento, de acuerdo a lo dispuesto en la presente Norma Técnica de Salud. Consolidar la información operacional de la ES PCT de los EESS: Informe operacional, informe bacteriológico, estudios de cohorte, base nominal y remitirlo al nivel inmediato superior.
- Analizar los indicadores operacionales y epidemiológicos, para la toma de decisiones en el nivel local.

I. Atención social de la persona afectada de tuberculosis

Toda persona diagnosticada con tuberculosis debe ser evaluada por el área de servicio social del EESS o de la red de salud correspondiente. La evaluación de servicio social está dirigida a:

- Elaborar el informe social que contenga el perfil socio económico y cultural de la persona afectada.
- Orientar y gestionar el apoyo social de la persona y familia en riesgo social.
- Identificar los factores y conductas de riesgo social, asociados al no cumplimiento del tratamiento.

En las personas que reciben esquema para TB sensible realizar por lo menos 3 entrevistas: al inicio, al cambio de fase y al alta; y otras cuando sea necesario. En las personas con TB resistente cada 3 meses.

Realizar visitas domiciliarias para complementar el diagnóstico y monitorear el tratamiento social.

El informe social debe contener: datos personales, antecedentes, composición y situación familiar, situación de la vivienda, situación económica, situación social, diagnóstico social, plan de trabajo, fecha y firma del trabajador social.

J. Promoción de la Salud y Comunicación Social

La Autoridad Nacional de Salud impulsará el abordaje de las Determinantes Sociales de la Salud para afrontar la Tuberculosis como problema de salud pública. Establecerá los mecanismos necesarios para hacer las coordinaciones intersectoriales e intergubernamentales, con participación de la Autoridad Regional de Salud o de las Direcciones de Salud, orientadas a modificar sustancialmente las condiciones socio económicas en que vive la población afectada, como condición clave para vulnerar efectivamente la enfermedad, en ejercicio de la responsabilidad del Estado y del Ministerio de Salud para defender el bien público en salud.

La DISA, DIRESA, GERESA o la que haga sus veces, deberá realizar las siguientes actividades:

K. Promoción de la salud

- Establecer alianzas estratégicas con otros sectores del Estado para la implementación de acciones de promoción de la salud promoviendo el abordaje de los determinantes sociales de la salud y estilos de vida saludables.
- Programar recursos financieros para la elaboración, implementación y evaluación de estrategias, planes, programas y proyectos de promoción de la salud.
- Conducir la implementación de planes de promoción de la salud, los cuales deben priorizar:
 - Actividades educativas que permitan promover la importancia del autocuidado, el reconocimiento precoz de síntomas de tuberculosis, su mecanismo de transmisión y la búsqueda de atención en el EESS.
 - Acciones educativas dirigidas a difundir las medidas de control de infecciones de TB en el domicilio del paciente y la comunidad: mejorar la ventilación natural, protección respiratoria y cubrir la nariz y boca cuando la persona estornuda o tose (etiqueta respiratoria).
 - Informar sobre prevención de la tuberculosis en los centros laborales y promover la no discriminación laboral.
 - Promover el voluntariado en TB (promotores comunitarios de salud) que sirva de nexo entre la implementación de las actividades de la ES PCT y el paciente, su entorno familiar, social, laboral y la comunidad

L. Comunicación social

- Implementar actividades de abogacía, comunicación y movilización social (ACMS) relacionados a la TB como enfermedad de salud pública.
- Elaborar e implementar planes comunicacionales de acuerdo a población objetivo, que permitan abordar las conductas de estigma y discriminación, así como promover los estilos de vida saludables.
- El plan comunicacional debe priorizar:
 - La difusión de mensajes informativos de la TB a través de medios de comunicación masivos y alternativos de alcance nacional, regional y local.
 - Actividades de comunicación y movilización social regional y local de manera periódica, focalizadas en áreas de elevado riesgo de transmisión de la TB.
 - Talleres de sensibilización y capacitación a comunicadores, periodistas, voceros y líderes de opinión sobre las medidas para prevención y control de la TB.

Propiciar el abordaje de los determinantes sociales mediante un enfoque de gestión territorial

Coordinar con el responsable de promoción de la salud para:

- Realizar un mapeo de actores sociales en la jurisdicción del EESS.
- Promover la creación de Comités Multisectoriales de TB a nivel de los gobiernos locales.

- Organizar el trabajo del voluntariado (promotores de salud) en TB en el primer nivel de atención en coordinación con los líderes de la comunidad

2.11 Modelos y teorías de enfermería aplicada en pacientes que abandonaron el tratamiento anti-tuberculosis

Las teorías de enfermería son una serie de conceptualizaciones relacionadas entre sí, que orientan a visualizar el grado de relación que existe entre la enfermedad y la persona aquejada por la situación, son verificadas y validadas a través de la exploración.

Es importante saber que cada teoría estudia un aspecto limitado de la realidad del estudio, nuestra tesis se ha apoyado en conjeturas relacionadas a nuestra exploración como son los factores asociados al abandono de tratamiento anti- tuberculosis.

1. Teoría de déficit de auto cuidado Dorotea Orem

Dorotea Orem define el auto cuidado como una contribución constante del ser humano a su propia existencia, a su salud y a su bienestar continuo.

El auto cuidado es la práctica de actividades que los individuos realizan a favor de si mismo para mantener la vida, la salud y el bienestar.

Orem define que el ser humano tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales y que cuenta con un potencial para aprender y desarrollarse.

Con capacidad para auto conocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de auto cuidado.

Su aplicación en el estudio es fomentar el auto cuidado enseñándoles los cuidados que se debe aplicar frente a la enfermedad.

2. Modelo de Promoción de la salud Nola Pender

El modelo de promoción de Nola Pender identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable su filosofía dice.

“Hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”

NOLAR PENDER define a la Salud

Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

Persona: Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud, **su aplicabilidad** en los pacientes que han abandonado el tratamiento es reintegrarlos al tratamiento mediante conversatorios educativos y sociales, entre el personal a cargo del mismo y del personal de programa de control de la tuberculosis para fomentar en ellos, la adherencia al tratamiento farmacológico, e impulsar en ellos cambios de estilos de vida.

3. Teoría de Hidegarde Peplau

Esta teoría permite que el profesional de enfermería deje de centrarse, en la atención biofísica de la enfermedad y permite acercarse a los sentimientos y los comportamientos frente a la enfermedad de los pacientes, estos comportamientos pueden ser explorados e incorporados a las intervenciones de enfermería. Mediante la aplicación de esta filosofía conseguiremos que surja una relación entre la enfermera-paciente que permita afrontar los problemas que padezcan de manera conjunta.

HIDEGARDE PEPLAU integro en su modelo las teorías psicoanalítica, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad, al mismo tiempo que el crecimiento de la teoría enfermera era algo relativamente novedoso y describe 4 fases en su teoría psicoanalítica.

Describe cuatro fases:

1) **Orientación:** El paciente intenta identificar cuáles son sus problemas delimitando sus necesidades y busca al profesional. La enfermera ayuda al paciente tanto a reconocer y comprender su problema como a determinar su necesidad de ayuda.

2) **Identificación:** El paciente, junto a la enfermera, identifica su situación, responde con las personas que pueden ayudarlo y se relaciona con ellas.

Las enfermera diagnóstica los problemas y formula un plan de cuidado

3) **Aprovechamiento o explotación:** El paciente hace uso de los cuidados de enfermería y saca el máximo beneficio de la relación, por lo tanto la enfermera aplica el plan de cuidado establecido hasta alcanzar lograr la maduración y la independencia.

4) **Resolución:** El paciente se libera de la participación de la enfermera, (se ha hecho autosuficiente) Se abandonan viejos objetivos y se adoptan otros nuevos.

5) La incorporación de este modelo permitirá en los pacientes que dejaron de asistir a la terapia farmacológica por diversas causas, a reintegrarse al tratamiento mediante la relación interpersonal enfermera - paciente o viceversa paciente - enfermera, realizando participaciones sociales, en conversatorios con otros pacientes de tratamiento. para experimentar vivencias relacionadas al tratamiento, asíéndolos sentir que la asistencia a la unidad de salud es importante, para que la terapia antifimica haga su efecto, mostrando siempre empatía por su situación.

El rol de la enfermería en el control de la tuberculosis: una discusión desde la perspectiva de la equidad

El objetivo del presente artículo es analizar el papel del profesional de enfermería en el control de la tuberculosis, en la perspectiva de la equidad, considerando los países de América del Norte.

La tuberculosis está frecuentemente asociada a la pobreza, pero muchos determinantes

Contribuyen de manera importante a su prevalencia. Los países sudamericanos luchan contra esta enfermedad y la enfermería tiene un papel protagónico en el control de este problema, reivindicando intervenciones integrales dirigidas a las diferentes las esferas, las familias y la sociedad. La intervención de enfermería es enfocada desde el diseño de políticas públicas sobre la base de estudios epidemiológicos, mediante la implementación de programas multisectoriales, hasta la asistencia directa y educación de los usuarios, en el plano operativo.

Diferentes instituciones profesionales de enfermería pueden desarrollar una actuación decisiva para el abordaje integral del problema, en el ámbito nacional e internacional, con lo que deberán establecer redes de apoyo integradas a las dimensiones educativas, sociales, técnicas y políticas.

Este papel es el objetivo de analizar las enfermas en el control de la tuberculosis, de la equidad en los Estados Unidos. La tuberculosis es una enfermedad frecuente En el caso de que se trate de un problema, prevalencia. De los Estados Unidos de América. en el control de las muertes en el control de la tuberculosis individuales, familias y sociedad. El foco de la intervención de la enfermedad incluye de las políticas públicas, basado en los estudios epidemiológicos y en el seguimiento multisectorial los programas, la orientación directa y la educación del cliente en el nivel operativo. Diferente las personas que se dedican a la

construcción de una escuela, tanto en los países nacionales como en los internacionales; ir a exigir el estado de la técnica y descriptores.

Rol protagónico de la enfermera

No cabe duda que la tuberculosis ocurre preponderantemente en poblaciones vulnerables por pobreza e inequidad. Sin embargo, lo importante no solo es saber que estas personas son pobres, sino cuan pobres son y cuáles son las características de su pobreza a fin de hacer asignaciones acertadas cuando de distribución presupuestal y de servicios se trate.

Aún cuando el tratamiento de la tuberculosis es una de las intervenciones más costo – efectivas, en razón a que el costo de curar un caso de tuberculosis es de sólo 90 centavos de dólar por cada año de vida que se agrega al enfermo esta intervención no asegura la equidad entre los pacientes.

La equidad es un concepto multidimensional que abarca igualdad de oportunidades y de acceso, así como la distribución de recursos. No debe ser confundida con igualdad, dado que está referido más bien con lo justo. En este sentido constituye un “valor social”, dado que implica dar a cada uno lo suyo. Para el caso de la tuberculosis los trabajadores de salud necesitan mejorar el entendimiento de los aspectos de género y sociales del control de la tuberculosis particularmente aspectos que influyen en la probabilidad para lograr la equidad en el diagnóstico y la cura. Dentro de estos aspectos sociales, no cabe duda de que el análisis de la pobreza es

fundamental para intervenir sobre esta enfermedad. La corresponsabilidad con otros actores sociales resalta la necesidad de un trabajo intersectorial e interdisciplinario.

La profesión de enfermería no está ajena a esta intención, pues es parte de su filosofía el contribuir con el nivel adecuado y calidad de vida de la persona sujeto de atención, más aún específicamente en el caso de la Tuberculosis, la enfermera desempeña un rol crucial en los programas de control. No en vano en el plan regional de tuberculosis 2006 – 2015, se considera a enfermería como un socio histórico en el trabajo contra la Tuberculosis, pero ahora con exigencias mayores en su desempeño.

En tal sentido, las acciones existentes deben ser integrales y reducir de manera radical la tuberculosis desde el control de la pobreza. Más aún, estas intervenciones deberían ser entendidas y ejecutadas con esa visión por los profesionales involucrados hasta el nivel

operativo. En Brasil, por ejemplo, la estrategia DOTS/TAES, es llevada a los hogares con el fin de satisfacer las necesidades sociales, culturales, económicas y facilitar el acceso del paciente y familia a diferentes niveles y servicios del sistema de salud.

Experiencia similar la cumple San Salvador donde las pastillas son entregadas por las manos de las enfermeras a los pacientes casi todos los días de la semana. En el Perú, la enfermera realiza la visita domiciliaria periódicamente para realizar el seguimiento del cumplimiento del tratamiento, esta visita se realiza principalmente en el primer nivel de

atención. En muchos países el desempeño enfermero es entendido, casi exclusivamente al aspecto asistencial; de hecho, que gran parte de la responsabilidad para tal apreciación involucra al propio enfermero, pero esta realidad puede ser modificada. Es necesario adoptar medidas correctivas, ya que se percibe en la burocracia administrativa a la profesión como una carga financiera e incluso se exploran vías para reducir los costos que representa el trabajo de enfermería profesional. Una de las cuestiones básicas a nivel local para la enfermería es valorar la y promover la participación de la comunidad, en los programas de control de la calidad de atención de salud, especialmente en los programas de enfermería. La información es una herramienta fundamental para capacitar al usuario, a fin de que pueda participar como elemento activo en el control social del sector. Por ello es necesario considerar como estrategia de acción, el informar acerca de quién es la enfermera, cuál es su actividad, qué capacidad de liderazgo posee, cuál es su valor dentro de la sociedad.

En el esquema 1, se proponen los niveles de intervención en donde puede participar la enfermera desde los planteamientos políticos hasta los operativos, desde el nivel local hasta el internacional y así como en las organizaciones competentes.

Una lectura ascendente del esquema explica los diferentes escenarios en que se desempeña el profesional de enfermería, estos van a nivel local desde la atención directa hasta el nivel internacional donde pueda

alcanzar objetivos relacionados con políticas y manejo de los problemas de salud.

Atención directa

- Promoción de la salud Prevención de TB (vacunas, medidas de bioseguridad, etc.)
- Valoración integral al paciente y familia (física, psicológica, nutricional, socioeconómica, cultural etc.)
- Cuidado integral al paciente y familia en TB, TB-MDR, VIH-TB, gestante, poblaciones. Vulnerables o en desventaja Educación sanitaria a paciente, familia y comunidad
- Reinserción social
- Empoderamiento
- Educación crítica para la participación popular

Gerencia

- Participación en elaboración de políticas.
- Participación en asignación presupuestal de manera justa
- Participación en elaboración de normas y guías de atención adecuando según inequidad
- Distribución de recursos de enfermería.
- Gestión del cuidado directo considerando las inequidades existentes

Investigación

- Análisis de la Situación de TB
- Factores de riesgo, modelos de prevención

- Estudio de inequidades
- Aporte al Tratamiento farmacológico (adherencia, efectos secundarios, prevención de complicaciones y resistencia)
- Cuidados de enfermería.
- Seguimiento de Políticas
- Sistematización de estrategias de empoderamiento individual y colectivo

Docencia

- Formación de nuevo recurso humano en enfermería en Tuberculosis inequidad, desventajas sociales, solidaridad, ciudadanía, derechos humanos, presupuesto participativo, etc.
- Capacitación de colaboradores o personal de enfermería comprendiendo inequidades
- Educación sanitaria crítica • Autoformación

2.3 Definición de Términos

Definiciones Operativas

Adherencia: es el cumplimiento estricto del tratamiento, que comprende el tratamiento farmacológico y las indicaciones de seguimiento y que se obtendrá a través de una ficha de registro y se valoró como adherencia o no adherencia.

Nivel de Conocimiento: es el conjunto de información que tienen los pacientes sobre el tratamiento de la tuberculosis, que comprende el

farmacológico y las indicaciones de seguimiento, obtenido a través de una encuesta y se valoró en alto, medio y bajo.

Paciente: es la persona con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, mayor de 18 años registrado en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Primavera.

1. Caso probable de tuberculosis: Persona que presenta síntomas o signos sugestivos de tuberculosis. Incluye a los sintomáticos respiratorios.

2. Caso de tuberculosis: Persona a quien se le diagnostica tuberculosis y a la que se debe administrar tratamiento antituberculosis.

3. Caso de tuberculosis según localización de la enfermedad:

a. Caso de tuberculosis pulmonar: Persona a quien se le diagnostica tuberculosis con compromiso del parénquima pulmonar con o sin confirmación bacteriológica (baciloscopía, cultivo o prueba molecular).

-Tuberculosis pulmonar con frotis positivo (TBP FP): Caso de TB pulmonar con baciloscopía (frotis) de esputo positiva.

-Tuberculosis pulmonar con frotis negativo (TBP FN): Caso de TB pulmonar con dos o más baciloscopías de esputo negativas. Se clasifica en:

- **TB pulmonar frotis negativo y cultivo o prueba molecular positiva:** Caso de TB pulmonar con baciloscopía negativa y que cuenta con cultivo o prueba molecular positiva para *M. tuberculosis*.

- **TB pulmonar frotis y cultivo negativos:** Caso de TB pulmonar sin confirmación bacteriológica cuyo diagnóstico se basa en criterios clínicos, epidemiológicos y/o diagnóstico por imágenes.

- **Tuberculosis pulmonar sin frotis de esputo:** Caso de TB pulmonar en el que no ha sido posible lograr una muestra de esputo para el estudio bacteriológico.

b. Caso de tuberculosis extra-pulmonar: Persona a quien se le diagnostica tuberculosis en órganos diferentes a los pulmones. El diagnóstico se basa en un cultivo, prueba molecular positiva, evidencia histopatológica y/o evidencia clínica de enfermedad extrapulmonar activa. En presencia de compromiso tanto pulmonar como extrapulmonar el caso se define como TB pulmonar. En los casos de TB miliar se definen como TB pulmonar.

La afección pleural o ganglionar fluido extrapulmonar por bacteriología ni por estudios histopatológicos. El diagnóstico se basa en criterios epidemiológicos, clínicos y/o estudios de imágenes.

4. Caso de tuberculosis según sensibilidad a medicamentos anti-TB por pruebas convencionales

a. **Caso de TB pansensible:** Caso en el que se demuestra sensibilidad a todos los medicamentos de primera línea por pruebas de sensibilidad convencional.

b. **Caso de TB multidrogorresistente (TB MDR):** Caso con resistencia

simultánea a isoniacida y rifampicina por pruebas convencionales.

c. Caso de TB extensamente resistente (TB XDR): Caso con resistencia simultánea a isoniacida, rifampicina, una fluoroquinolona y un inyectable de segunda línea (amikacina, kanamicina o capreomicina) por prueba rápida molecular o convencionales.

d. Otros casos de TB drogoresistente: Caso en el que se demuestra resistencia a medicamentos anti-tuberculosis sin cumplir criterio de TB MDR. Pueden ser:

- **TB monorresistente:** Caso en el que se demuestra, a través de una Prueba de Sensibilidad (PS) convencional, resistencia solamente a un medicamento anti-tuberculosis.

- **TB polirresistente:** Caso en el que se demuestra, a través de una PS convencional, resistencia a más de un medicamento anti-tuberculosis sin cumplir criterio de TB MDR.

5. Caso de TB según sensibilidad a isoniacida y/o rifampicina por pruebas rápidas: Para las pruebas de sensibilidad rápida que determinan la sensibilidad a isoniacida y rifampicina se deberá usar la siguiente clasificación:

- Caso de TB sensible a isoniacida (H) y rifampicina (R) por prueba rápida.

- Caso de TB resistente a isoniacida (H) por prueba rápida.

- Caso de TB resistente a rifampicina (R) por prueba rápida.

- Caso de TB multidrogorresistente por prueba rápida.

6. Caso de tuberculosis infantil: Menor de 15 años con diagnóstico de TB pulmonar o extra-pulmonar en el que se inicia tratamiento anti-tuberculosis; pueden ser:

a. TB infantil confirmada: Definida por un estudio bacteriológico positivo para *M. tuberculosis* (baciloscopía, cultivo o prueba molecular positiva) o una muestra de tejido histológico compatible con TB.

b. TB infantil probable: Definida como la presencia de 3 ó más de los siguientes criterios:

- 1) síntomas como fiebre, tos y pérdida de peso;
- 2) exposición a un caso con TB infecciosa activa;
- 3) prueba de tuberculina o PPD positiva;
- 4) hallazgos en radiografía de tórax compatibles con TB activa;
- 5) evidencia por otros exámenes de apoyo al diagnóstico, en asociación con síntomas y signos.

7. Conversión y reversión bacteriológica:

a. Conversión: Se considera cuando se tienen dos cultivos negativos consecutivos con intervalo de 30 días, después de tener un cultivo positivo.

b. Reversión: Se considera cuando luego de una conversión bacteriológica inicial, vuelve a presentar dos cultivos positivos consecutivos tomados con un intervalo de 30 días.

8. Condición de ingreso según antecedente de tratamiento:

a. Caso nuevo: Paciente con diagnóstico de tuberculosis que nunca ha

recibido tratamiento anti-tuberculosis o que lo ha recibido por menos de 30 días consecutivos ó 25 dosis continuas.

b. Caso antes tratado: Paciente con diagnóstico de tuberculosis con antecedente de haber recibido tratamiento antituberculosis por 30 días o más. Se clasifican en:

- **Recaída:** Paciente que presenta otro episodio de TB diagnosticado después de haber sido dado de alta como curado o como tratamiento terminado.
- **Abandono recuperado:** Paciente que no concurrió a recibir tratamiento por más de 30 días consecutivos, es dado de alta como abandono y es captado nuevamente por el establecimiento de salud (EESS) para reiniciar tratamiento desde la primera dosis.
- **Fracaso:** Paciente que ingresa a un nuevo tratamiento luego de haber sido declarado como fracaso terapéutico de un esquema con medicamentos de primera o segunda línea.

9. Condición de egreso de pacientes con TB pulmonar en tratamiento con esquemas para TB sensible:

a. Curado: Paciente con confirmación bacteriológica al inicio, que concluye el esquema de tratamiento y cuenta con baciloscopía de esputo negativa en el último mes de tratamiento.

b. Tratamiento completo:

- Paciente con confirmación bacteriológica al inicio, que concluye el esquema tratamiento con buena evolución y en quien no fue posible

realizar la baciloscopia de esputo en el último mes de tratamiento.

- Paciente sin confirmación bacteriológica al inicio de tratamiento que concluye esquema de tratamiento con buena evolución.

c. Fracaso: Paciente con baciloscopia o cultivo de esputo positivo a partir del cuarto mes de tratamiento.

d. Fallecido: Paciente que fallece por cualquier razón durante el tratamiento de la tuberculosis.

e. Abandono: Paciente que inicia tratamiento y lo discontinúa por 30 días consecutivos o más. Incluye al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa.

f. No evaluado: Paciente al que no se le ha asignado la condición de egreso.

Incluye los casos transferidos a otro EESS en los que se desconoce su condición de egreso.

g. Éxito de tratamiento: Resultado de la suma de los pacientes con la condición de egreso "curado" y "tratamiento completo".

10. Condición de egreso de pacientes con TB pulmonar en tratamiento con esquemas para TB MDR y TB XDR

a. Curado: Paciente que concluye el esquema de tratamiento y cuenta con 10 cultivos mensuales negativos consecutivos en los últimos 12 meses del tratamiento programado para casos de TB MDR y TB XDR.

b. Tratamiento completo: Paciente que completó el tratamiento

programado sin evidencia de fracaso, pero que no implica que cumple el criterio de curado.

c. Fracaso: Paciente que no logra conversión bacteriológica al sexto mes de tratamiento o en quien se produce reversión bacteriológica después del sexto mes.

También se considera como fracaso cuando se demuestra la ampliación de la resistencia, a una fluoroquinolona y un inyectable de segunda línea.

d. Fallecido: Paciente que fallece por cualquier razón durante el tratamiento de la tuberculosis.

e. Abandono: Paciente que inicia tratamiento y los discontinúa por 30 días consecutivos o más. Incluye al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa.

h. No evaluado: Paciente al que no se le ha asignado la condición de egreso.

Incluye los casos transferidos a otro EESS en los que se desconoce su condición de egreso.

f. Éxito de tratamiento: Resultado de la suma de los pacientes con la condición

de egreso “curado” y “tratamiento completo”

11. Control de infecciones de Tuberculosis: Conjunto de medidas destinadas a prevenir la transmisión de la tuberculosis dentro de los establecimientos de salud, la comunidad y la vivienda del afectado por TB. Las medidas son de tres tipos: administrativas, de control ambiental y

de protección respiratoria.

12. Estudio de contactos

a. Caso índice: Es la persona que ha sido diagnosticada de TB.

b. Contacto: Persona que tiene o ha tenido exposición con un caso índice diagnosticado de tuberculosis en los tres meses previos al diagnóstico. Los contactos pueden ser:

- Personas que comparten o compartieron el mismo domicilio con el caso índice con TB.
- Personas que no comparten el domicilio del caso índice, pero que frecuentaron el mismo espacio: vecinos, parejas, compañeros de estudio o trabajo, entre otros.

c. Contacto censado: Es el contacto registrado en la tarjeta de control de asistencia y administración de medicamentos.

d. Contacto examinado: Es el contacto censado que ha sido estudiado mediante alguno de los siguientes procedimientos para descartar tuberculosis: examen clínico, rayos X, prueba de tuberculina (PPD), y si es sintomático respiratorio: baciloscopías y cultivos de esputo.

e. Contacto controlado: Es el contacto que ha cumplido con todos los controles programados; para los casos de contacto de TB sensible se consideran 3 controles y en los casos de TB resistente se consideran 6 controles.

13. Derivación y Transferencia:

a. Derivación: Proceso por el cual un paciente diagnosticado de TB en

un EESS y que reside en otra jurisdicción, es referido al EESS más cercano a su domicilio para continuar su tratamiento. La notificación del caso es realizada por el EESS que recibe al paciente.

b. Transferencia: Proceso por el cual un paciente diagnosticado de TB en el EESS de su jurisdicción, solicita ser trasladado a otro EESS. La notificación del caso es realizada por el EESS que transfirió al paciente.

14. Irregularidad al tratamiento: No ingesta de 3 dosis programadas continuas o alternadas durante la primera fase del tratamiento o de 5 dosis continuas o alternas durante todo el tratamiento de esquemas para TB sensible.

15. Médico consultor: Médico que brinda atención a pacientes referidos por los médicos tratantes del primer nivel de atención con entrenamiento en el manejo de tuberculosis sensible y resistente a medicamentos anti-TB, de las reacciones adversas a medicamentos y complicaciones

16. Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos Estratégicos: Son aquellos utilizados para las intervenciones sanitarias, que por especificidad, características del mercado y costos son suministrados por el Ministerio de Salud.

17. Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos de Soporte: Son aquellos Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos no estratégicos y que son adquiridos por las unidades ejecutoras.

18. Prueba de sensibilidad (PS) a medicamentos antituberculosis:

Son ensayos *in vitro* que sirven para detectar la resistencia a medicamentos antituberculosis. Se denominan PS directas cuando se realizan a partir de las muestras clínicas (por ejemplo, esputo); y PS indirectas cuando requieren cultivo para aislar la Micobacteria.

a. PS convencionales indirectas en medio sólido: Método de proporciones en medio Löwenstein – Jensen o en agar en placa.

b. PS convencionales en medio líquido: Sistemas automatizados en medio líquido en tubos MGIT (Mycobacteria Growth Indicator Tube).

c. PS rápidas fenotípicas directas: Prueba de sensibilidad a medicamentos mediante observación microscópica, MODS (Microscopic Observation Drug Susceptibility) y la prueba de la nitrato reductasa o prueba de Griess.

d. PS rápidas moleculares: Pruebas que analizan el ADN de la Micobacteria para identificar el complejo *M. tuberculosis* y detectar mutaciones asociadas a resistencia a rifampicina, isoniacida y medicamentos de segunda línea.

19. Seguimiento diagnóstico: Procedimiento para completar el estudio bacteriológico en casos probables de TB pulmonar que cuentan con 2 baciloscopías de esputo negativas, mediante 2 cultivos y baciloscopías de esputo semanales.

20. Unidad especializada en tuberculosis (UNET): Ambiente o área de atención de los hospitales donde se brinda atención especializada a los afectados de tuberculosis que cumple con las condiciones de control de

infecciones y bioseguridad.

21. Sintomático Respiratorio (SR): Persona que presenta tos y flema por 15 días o más.

22. SR Esperado (SRE): Número de SR que se espera identificar en un periodo determinado en un establecimiento de salud. Se espera identificar 5 SR por cada 100 atenciones prestadas en el establecimiento de salud en mayores de 15 años.

23. SR Identificado (SRI): Es el SR debidamente registrado en el Libro de Registro de SR.

24. SR Examinado (SREx): Es el SRI en el que se ha obtenido al menos un resultado de baciloscopía de diagnóstico.

25. SR Examinado con baciloscopía positiva: Es el SREx con resultado de baciloscopía positiva.

26. Tuberculosis latente: Estado en el que se documenta infección por *M. tuberculosis* a través de la prueba de tuberculina o PPD, sin evidencia de enfermedad activa intra-torácica, sin anomalías radiográficas en parénquima pulmonar, constituye un caso de TB extrapulmonar.

Las definiciones operativas de caso de TB extrapulmonar son:

- **TB extrapulmonar con confirmación bacteriológica:** Caso en el que se demuestra la presencia de *M. tuberculosis* por bacteriología (baciloscopía, cultivo o pruebas moleculares) en el tejido o fluido extrapulmonar.

- **TB extrapulmonar con confirmación histopatológica:** Caso en el que se demuestra una reacción inflamatoria compatible con tuberculosis (granuloma específico) o la presencia de bacilos ácido-alcohol resistente (BAAR) en tejido o fluido extrapulmonar mediante estudio histopatológico.
- **TB extrapulmonar sin confirmación:** Caso en el que no se determina la presencia de *M. tuberculosis* en el tejido.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Se realizó la recolección de datos Del servicio estrategia sanitaria de tuberculosis del Hospital Quillabamba. Son una variedad de registros que a continuación se detallan:

- Registro de síntomas respiratorio - 2015 – 2016.
- Registro de bacteriología – 2015 – 2016.
- Registro y seguimiento de pacientes esquema sensible con medicamentos de 1° Línea – 2015 – 2016.
- Registro y seguimiento de pacientes esquema sensible con medicamentos de 2° Línea – 2015 – 2016.
- Registro de visitas domiciliarias.
- Actas de expedientes realizados de pacientes resistentes .
- Evaluación trimestral 2015 – 2016 de ES TBC.
- Evaluación semestral 2015 – 2016 de ES TBC.
- Evaluación 3° trimestral 2015 – 2016 de ES TBC.
- Evaluación anual 2015 – 2016 de ES TBC.
- Derivación y transferencia de pacientes TBC 2015 – 2016.
- Registros pacientes fallecidos 2015 – 2016.
- Registros pacientes que abandonaron 2015 – 2016.
- Registros pacientes con RAM 2015 – 2016.
- Registros pacientes hospitalizados 2015 – 2016.

- Registros pacientes con comorbilidad - diabetes.
- Registros pacientes con tb – VIH.
- Plan táctico ES TBC 2015 – 2016.
- Diagnostico situacional ES TBC 2015 – 2016.
- Informe operacional mensual de área estadística.
- Informe de laboratorio (laminas utilizadas en)
- Requerimiento de medicamentos tb sensible y MAR
- TDR día mundial de la tuberculosis 2015 – 2016.
- TDR capacitación personal salud 2015 – 2016.

3.2 Experiencia Profesional

En el 2004, 2005 realice el Servicio Rural Urbano marginal (SERUMS) como Lic. de enfermería en el CS. Maranura. donde labore con un equipo completo entre médico, Enfermera, obstetra, técnico de enfermería, técnico en laboratorio y personal de servicio, labore realizando actividades preventivo-promocionales entre ellas la atención de crecimiento y desarrollo al niño, atendiendo casos de infecciones respiratorias, infecciones diarreicas, visitas domiciliarias y salidas comunitarias etc. Había una programación de salidas comunitarias por las noches para los trabajos de entomología donde se realizaba la captura de zancudos anopheles lutzomias etc. La captura se realizaba en las casas que estaban designadas especialmente ubicadas en las

orillas de los ríos tiempo promedio desde las 5 de la tarde hasta las 10 de la noche. Al día siguiente normal asistía al trabajo todo el personal.

Durante este periodo tuve la oportunidad de haber trabajado en lo concerniente a la Estrategia Sanitaria de metaxénicas bartonelosis en ese año el CS Maranura había casos de bartonelosis donde eran frecuentes las salidas comunitaria casi a diario en cuanto a la búsqueda de febriles anémicos y por diferentes motivos en ese entonces la dirección de Salud envió radiograma para que el personal de salud este con inamovilidad por los casos de bartonelosis, se realizó una serie de coordinaciones con las autoridades para las reuniones en comunidad allí estaba el profesional en enfermería encabezando para las visitas a las comunidades y el barrido del muestreo de lámina periférica y charlas educativas, la población desconocía de la enfermedad en ese tiempo falleció un paciente pero antes se le había sacado una serie de análisis dentro de ello para descartar enfermedades metaxénicas prevalentes de la zona de la Convención dichas muestras fueron enviadas al laboratorio del Hospital A. Lorena Cusco ya después de un mes aproximadamente salió confirmado un caso de bartonelosis, se realizó salidas comunitarias casa por casa para continuar los muestreos de lámina periférica a toda la comunidad de acuerdo a los síntomas que presentaba el paciente, es así laboratorio es el que no se abastecía con la lectura de las láminas por lo que tuve la

oportunidad de realizar lecturas con el antecedente de haber aprendido en el laboratorio de la red la convención.

En ese entonces el Hospital de Quillabamba y a nivel nacional se estaba realizando la campaña de la vacuna de la FIEBRE AMARILLA donde tuve que desplazarme a dicho Hospital por disposición de la dirección del hospital de Quillabamba en donde se requería personal de enfermería tuve la oportunidad de trabajar en el área de inmunizaciones , .

Para dichas campañas en ese año de igual manera se realiza una serie de coordinaciones con las instituciones públicas, privadas mercados asociaciones de vasos de leche, comedores populares, instituciones educativas Universidades institutos superiores institución nivel secundario primaria e inicial.

El trabajo se logró con responsabilidad en vista que el hospital aún tiene población trabaja con metas por la cual en ese momento se tenía bajas coberturas al final, después se las coordinaciones con las diferentes instituciones la campaña estuvo organizado con puestos fijos de vacunación tomando puntos estratégicos a las salidas e ingreso de la ciudad de Quillabamba puesto que al 100 por ciento debían de estar vacunados para ingresar al interior diez días antes . El trabajo más arduo era visitar casa por casa por manzanas a vacunar en concentraciones reuniones de instituciones o asociaciones vecinales etc.

En ese entonces se coordina con la policía en los terminales terrestres el requisito indispensable VACUNARSE CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

antes de ingresar al interior se tenía que subir a los buses previa una consejería sobre el propósito de la campaña lo importante la población colaboro en esta campaña positivamente en vista de que esta enfermedad es altamente mortal son pocos los pacientes que se salvan de morir por no vacunarse , cuán importante es la organización de la estrategia de inmunizaciones que estuvo encabezando liderando la licenciada en enfermería y nosotras como serumistas licenciadas en enfermería logramos con el empeño total y ese esfuerzo entregado a trabajar y lograr que la población acepte la vacunación los logros realizados seria por su puesto por el esfuerzo de las licenciadas en enfermería y todo el equipo que conformo esta campaña de vacunación.

En el 2006 al 2009 tuve la oportunidad de trabajar en el servicio de gineco obstetricia y pediatría labore como enfermera asistencial tuve la oportunidad de participar en las visitas médicas asistencia a pacientes hospitalizados preparación pre y post operatoria asistencia en los legrados uterinos cuidados de enfermería en el cuidado de enfermería en el post operatorio balance hídrico, transfusión de sangre ,canalización de vía periférica control de sangrado uterino evidenciado en ese entonces llega una pacientes con aborto incompleto después del legrado presento hemorragia masiva se tuvo que canalizar 2 vías con cloruro de sodio. No cesaba el sangrado por lo cual se tenía que poner una unidad de sangre no había en el banco de sangre por que el grupo de sangre era B+ la paciente estaba hipotensa pálida había dificultades para canalizar porque

no se notaba sus venas además era una paciente subida de peso. El personal y de otros servicios nos apoyaron ese día me tocaba trabajar no se logró canalizar en tanto los médicos ahí rodeando a la paciente hasta que te tuvo que llamar a la enfermera de sala de operaciones y se logró canalizar vía mientras se gestionaba la referencia al cusco no conseguían la sangre para ello eran los minutos muy valiosos era una emergencia valiosa para salvar la vida de la paciente al fin se logra transferir a la paciente a cusco que es lo que se pudo rescatar es que una paciente con aborto incompleto darle prioridad porque desde emergencia la paciente no estaba con vía no se ha previsto porque aparentemente no sangraba mucho ya después del legrado se vino la emergencia muy trágica se les observaba a los médicos preocupados y todo el personal que trabajaba en el servicio de ginecología .

En el 2010 como Lic. En Enfermería he sido rotada al área de Estrategia Sanitaria de Tuberculosis en ese momento la estrategia funcionaba en un lugar inadecuado en el medio de los demás servicios tanto de emergencia medicina mujeres y parte de las oficinas administrativas en las en ese entonces los pacientes de TBC tenían dificultades para ingresar a su tratamiento se sentían sin privacidad ya que por estas razones no acudían al tratamiento también el personal de salud se notaba que los rotaban casi permanente no había un buen seguimiento de los paciente hecho esto se reclamó a las instancias superiores ya sea en una evaluación de la estrategia de que no pueden rotar permanentemente también se ha

visto que en esta estrategia enviaban personal que estaban enfermos por otra causa personal que ya se iban a jubilar o enfermeras con destaque solo por un corto tiempo también el ambiente no propicio y a su vez estaba recién capacitándose el personal médico y enfermeros en vista que teníamos pacientes con MDR si había deficiencias del personal por falta de capacitación y por supuesto no conocer el uso adecuado de las mascarillas la aplicación del DOTS O DOTS PLUS .

El 2014 la estrategia de TBC se reubica a una área más discreto y privado para ese entonces ya se había logrado a tanta lucha y reclamo la permanencia del personal de salud en ese entender pero aquí va nuestro problema de los pacientes con TBC en todo estos años que vengo trabajando en la estrategia de TBC el trabajo no es fácil con el paciente porque hay pacientes con todo tipo de problemas tanto económicos ,familiares que viven solo aislado de sus seres queridos pacientes que consumen drogas y especialmente alcohólicos pacientes con creencias culturales pacientes con diferentes creencias espirituales religiosas, donde a veces se ha visto casos que duermen en el mercado porque no tienen su habitación se tiene escolares de padres separados son pacientes especiales a esto se tiene que agregar pacientes que tienen hijos profesionales o que trabajan en otra ciudad que simplemente el enfermo casi está en el olvido en la cual en el servicio estos pacientes en el momento de la consejería que tienen para recibir su tratamiento derraman sus lágrimas al estar con esta enfermedad también porque les

falta economía para su alimentación por otra parte se tiene problemas que no todos los afectados tienen sus seguro integral de salud porque se tiene deficiencias un obstáculo para los exámenes de laboratorio y evaluaciones permanentes con el medico consultor en la misma estrategia . Toda esta problemática que tiene el paciente antes narrado con las dificultades para la adherencia al tratamiento estas son las razones 'por la que no hay una buena adherencia al tratamiento.

Dentro de mi experiencia laboral que llevo trabajando en esta estrategia son 9 años se ha ido paulatinamente mejorando esta intervención por parte de los enfermeros de dicha estrategia la parte fundamental 6 meses de trabajo con el paciente no todo es fácil la clave fundamental es la primera entrevista de enfermería que se le realiza al paciente en esta entrevista se le brinda lo siguiente:

- Charla educativa información sobre tuberculosis
- Indicar cuales son los signos de alarma a la pronta aparición comunicar de inmediato a la enfermera para lo cual el paciente lo tiene nuestro número de celular.
- Información que tipo de alimentos debe comer para mejorar la salud.
- Indicar a qué hora debe venir a tomar su tratamiento sabiendo que lo recomendable debe tomarlo en ayunas y consumir el alimento después de 2 horas.

- Brindar la importancia fundamental que tiene que venir a recibir su tratamiento SIN FALTAR NI UN DIA AL TRATAMIENTO Y NO ABANDONAR EL TRATAMIENTO.
- Explicar que debe tomar todas las pastillas que se le brinda diario por ningún motivo debe ocultar la pastilla y explicar las consecuencias de un fracaso o que pueda convertirse en una tb RESISTENTE, un aumento en la gravedad de la enfermedad, transmisión constante de la tuberculosis e incluso puede ocasionar la muerte.
- Se le indica al paciente que se le visitara en cualquier momento a su casa para verificación del domicilio y la consejería a los familiares
- Tenemos que ser rápidos para dar el tratamiento y no demorar con el paciente así volverá diario sin poner obstáculos desde que está ingresando ya estamos preparando su tratamiento porque son personas que van a estudiar ,trabajan o simplemente quieren irse lo más pronto posible.:

En el hospital de Quillabamba los pacientes todos al 100% y el personal de salud utilizan los medios de seguridad uso de mascarillas y respiradores

Se lleva el tratamiento al paciente a la sala de espera que es un ambiente bien ventilado ahí se ofrece al paciente su tratamiento se lleva en un vaso descartable y lo fundamental es observar lo que el paciente toma su tratamiento aplicando el DOTS pero se da circunstancias como mencione anteriormente que con la afluencia de pacientes que vienen con

referencias de otras micro redes pacientes que vienen para inicio, cambio de fase o alta a tratamiento además funciona la estrategia de Metaxénicas, Zoonosis, VIH y Hepatitis B la razón por que no se tiene un ambiente exclusivo para TBC eso es la razón por la que en algún momento no estamos directamente con el paciente

Lamentablemente nuestra estrategia tiene escasos recursos de personal para las visitas domiciliarias o cuando salimos de vacaciones o salimos con permiso por salud son obstáculos que escapan de nuestra voluntad cuando nos sentimos impotentes de poder buscar al pacientes alcohólicos con inasistencia al tratamiento en su mayoría viven solos a veces duermen entre alcohólicos alrededor de los mercados cuando se sale en busca del paciente que no vuelve a su tratamiento no se le ubica esta como no habido o a veces algún comerciante lo lleva al interior de la selva para trabajos de agricultura y se dan cuenta que no están bien no rinden en el trabajo están volviendo a la estrategia más desnutridos pero que ya abandonaros estos pacientes vuelven nuevamente a iniciar el tratamiento por supuesto que se comprometen a no incumplir al tratamiento pero como ellos están en riesgo en La calle nueva mente cometen el delito de seguir consumiendo el alcohol y nuevamente el trabajo de seguir buscando y hasta que nuevamente abandonan y pasando los años siguen deambulando por las calles poniendo en riesgo a la población a pesar que se ha coordinado con la municipalidad provincial para poder clausurar las

cantinas clandestinas v solo funciona por una vez entra otra gestión y se queda en la nada.

Los licenciados de enfermería actúan un papel muy importante en cuanto al seguimiento y a su tratamiento y somos el personal de enfermería muy importante para que el paciente salga curado y dentro de todo ello sentimos satisfacción de que se logra curar a l paciente si nos pondríamos en el lugar de ellos es difícil porque hasta se ha visto pacientes tanto varones o mujeres fueron discriminados por sus parejas y se alejaron de ellos o ellas y como logramos estas situaciones ahí el enfermero practica la abogacía en si es un todo que tenemos que actuar coordinando especialmente con sus familiares que muy difícil de venir poniendo obstáculos que no tienen tiempo o trabajan lejos, se realiza las coordinaciones para psicología nutrición servicio social y otras atenciones en el caso de pacientes con comorbilidad –diabetes y VIH se maneja a otro nivel puesto que ellos por su enfermedad presentaran sus defensas bajas y estar pendiente de sus evoluciones bacteriológicas y si hay algo que se muestra dificultando para con su tratamiento es inmediato evaluado por el medico consultor o especialista .

Pacientes que se faltan si disponemos de personal se programa para la visita eso es la parte critica de nuestra estrategia si lo vamos estamos visitando fuera de nuestra hora de trabajo porque es nuestra responsabilidad que el paciente no abandone su tratamiento ayudar si tiene dificultades por no va a por venir al hospital y tenemos que

coordinar con otro establecimiento de salud para su continuación de su tratamiento

Adherencia al tratamiento es Un componente clave del manejo de casos es ayudar a los pacientes a cumplir y completar el tratamiento de la tuberculosis. Adherencia al tratamiento se refiere al cumplimiento de tratamiento mediante la ingesta de todos los medicamentos indicados durante todo el tratamiento

Se debe mencionar también la Insuficiente participación de las autoridades regionales y locales y grupos organizados de apoyo a los enfermos con TBC. débil organización de los servicios de salud .

El profesional de Enfermería es quien dinamiza los procesos de atención de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis, donde se brinda Atención Integral e Individualizada dirigida al paciente, familia y Comunidad; así mismo la educación y orientación al paciente son primordiales a fin de favorecer adherencia al tratamiento, estilos de vida saludable y lograr la recuperación del paciente.

Capacitación

La estrategia de tuberculosis es un programa presupuestal de TUBERCULOSIS-VIH SIDA cuenta con presupuesto para capacitaciones en cuanto a material de Bioseguridad material de escritorio impresiones para difusión radial spot publicitario insumos para laboratorio etc. Se realizan capacitaciones referentes a la Tuberculosis, al personal del hospital Quillabamba mediante talleres de control de infecciones

bioseguridad, actualización de la norma técnica, capacitaciones en cada servicio participan cada servicio obteniendo buena concurrencia del personal.

Información Permanente

Se difunde las medidas de prevención y control de la transmisión aérea de Tuberculosis, en forma permanente a los pacientes y población en general sobre la transmisión de la Tuberculosis en el Hospital de Quillabamba.

3.3. Procesos realizados en el tema

3.3.1 Otras actividades preventivo promocionales

- Talleres de sensibilización mensual a los pacientes que participan otros profesionales con otros temas de salud
- Diseños y creatividades de trípticos de materiales informativos con mensajes claves sobre la prevención realizados por el profesional de enfermería.
- Difusión Radial en diferentes emisoras.
- Campañas de Tuberculosis en Instituciones educativas.
- Difusión de videos en sala de espera.

3.3.2 Limitaciones para el desempeño profesional

Fueron muchas las limitaciones para mi desempeño profesional, dentro de estas las más importantes fueron y todavía continúa siendo:

- Discriminación de pacientes por parte de algunos personales de Salud.
- Inadecuada Infraestructura, de los ambientes de TBC
- Equipamiento y mobiliario deficiente e insuficiente
- Falta de Médico especialista (neumólogo).
- Falta de identificación de algunos personales de Salud en la atención de los pacientes.
- Abandono parcial o total por parte de la familia hacia con los pacientes afectados por tuberculosis.

3.3.3. Logros obtenidos:

- A nivel personal y profesional, he adquirido mayor conocimiento en cuanto a la prevención Diagnóstico y tratamiento oportuno de los casos de Tuberculosis.
- Tuve la oportunidad de que me capaciten en cuanto a la atención al paciente con TBC.
- Mejoré mis habilidades destrezas y el estar permanente en el servicio tuve la oportunidad de poder organizar dirigir ,gestionar hacer requerimientos resolver dificultades en cuanto al tratamiento del paciente y la parte administrativa.
- Habilidades y destrezas en cuanto al manejo de paciente con RAM reacción Adversa y conocer el Diagnóstico y tratamiento oportuno de la Tuberculosis utilizando los procedimientos y técnicas adecuadas especialmente en el Diagnostico de la Tuberculosis. En

lo que son los procedimientos como son el aspirado gástrico, espirometría manejo del tratamiento MDR y sus reacciones adversas etc.

- En cuanto al equipo técnico que trabaja en el servicio personal técnico de enfermería y todo el personal tuvo el mayor logro de que están sensibilizados y todos trabajamos con un solo objetivo de lograr que cumpla el tratamiento el paciente estrictamente todos de una u otra manera observamos al paciente en cuanto a la administración de su tratamiento y todos estamos pendiente si algún paciente está faltando a su tratamiento y estamos preocupados y pronto ya dispuestos a la búsqueda del paciente y nos brinda una gran satisfacción al verlos curados y cuando salen de alta la mayoría de los pacientes muestran su agradecimiento al personal de salud de la estrategia..

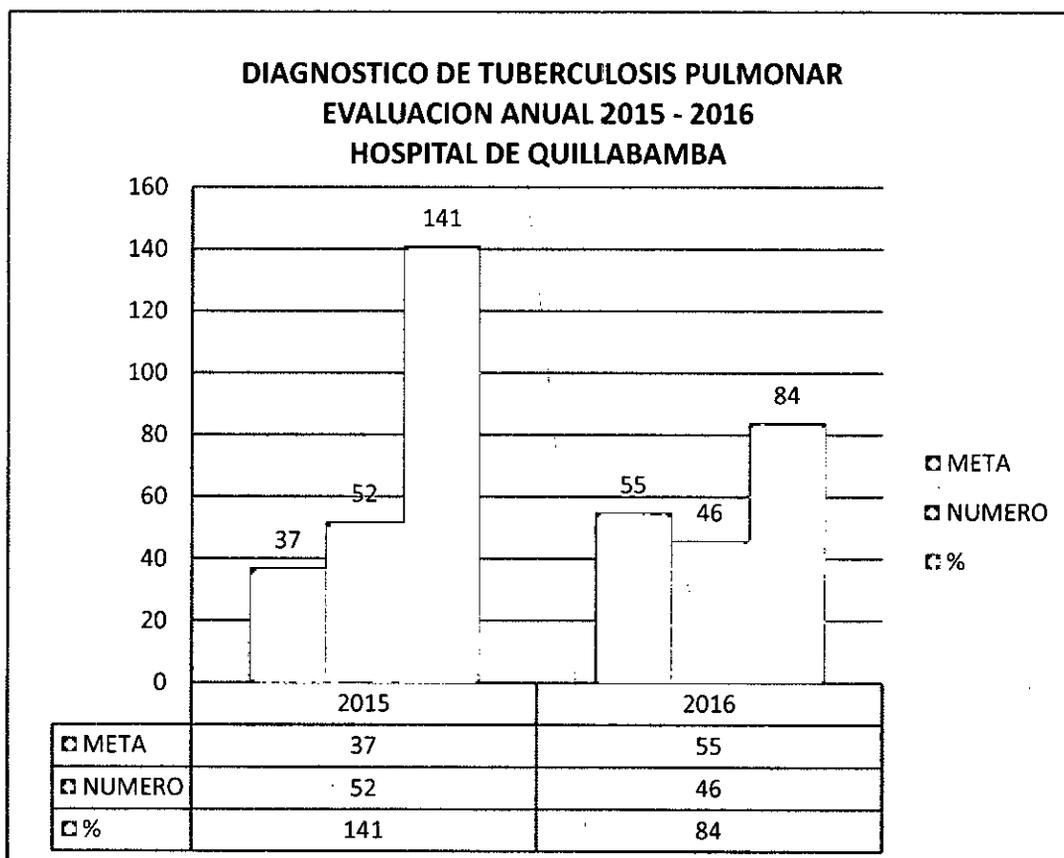
3.3.4 Aportes

- Existe una empatía y solidaridad con los pacientes, manteniendo siempre el respeto a las personas afectadas por tuberculosis.
- Profesionalmente, hemos logrado que nuestro servicio de TBC está bien visto en especial con la institución los pacientes afectados por la Tuberculosis sobre todo con los pacientes en situación de abandono.

- En mi experiencia me permito decir que no todo el personal del hospital Quillabamba está involucrado algunos son todavía son indiferentes ante los pacientes afectados por esta enfermedad no todos están involucrados ahí estamos en camino a seguir trabajando para que todos estemos involucrados.

IV. RESULTADOS

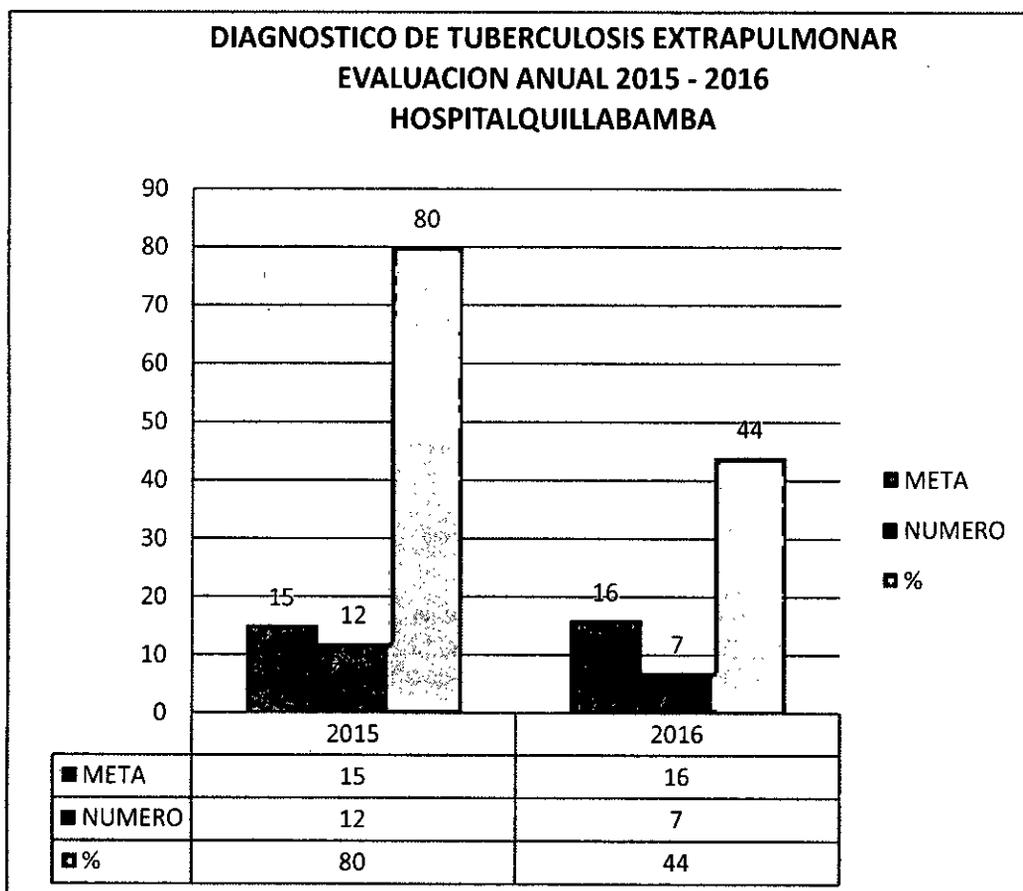
GRAFICO N° 4.1



Fuente: Departamento de Estadística Hospital Quillabamba 2015-2016

El diagnóstico de la tuberculosis pulmonar para el 2015 se diagnosticó 52 casos que tuvo una meta de 37 casos para el 2016 tiene una meta de 55 casos logrando llegar a 46 casos llegando a un 84% el hospital Quillabamba tiene cada año el mayor número de casos de incidencia.

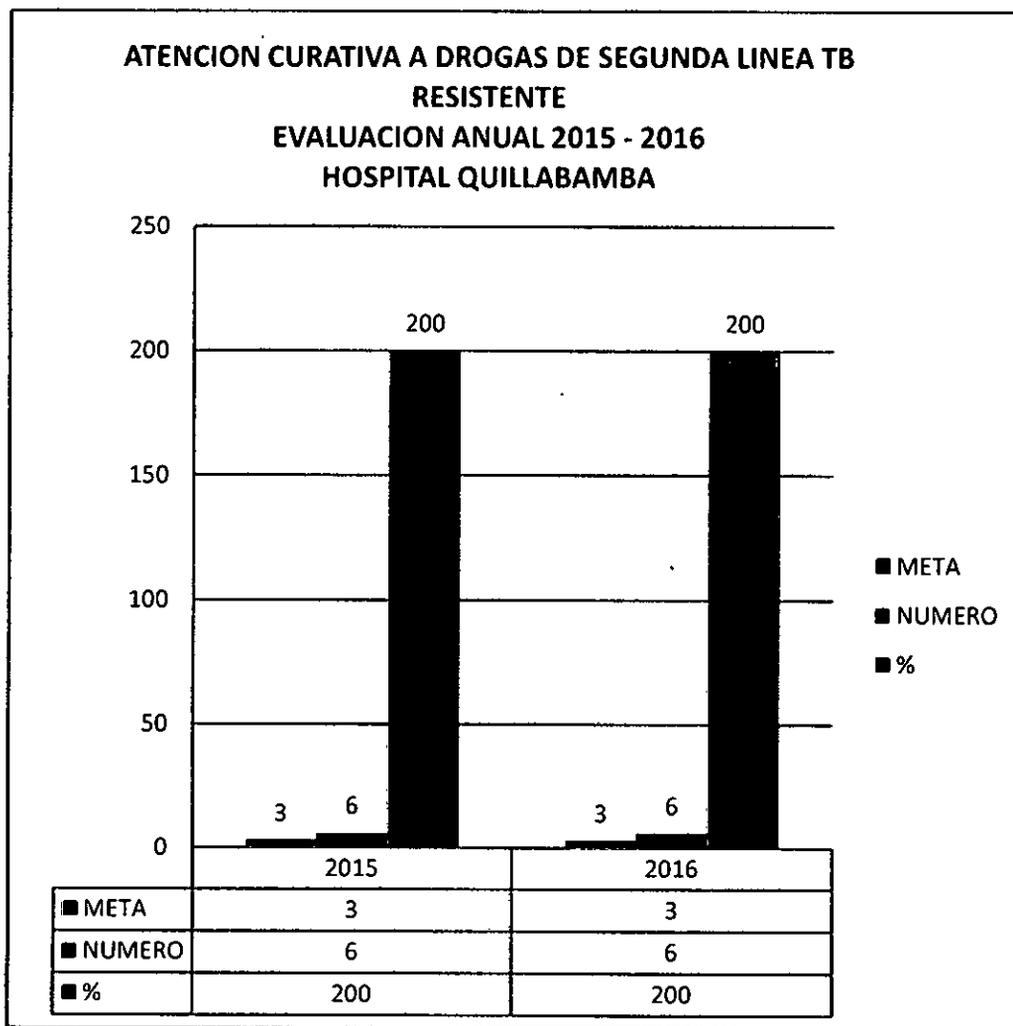
GRAFICO N° 4.2



Fuente: Departamento de Estadística Hospital Quillabamba 2015-2016

La TBC extrapulmonar se tiene la presencia de casos para el 2015 se presentó 12 casos con una meta de 15 casos llegando a un 80% a diferencia del 2016 se obtuvo 7 casos con un 44% en nuestra provincia es permanente la presencia de la TB extra pulmonar.

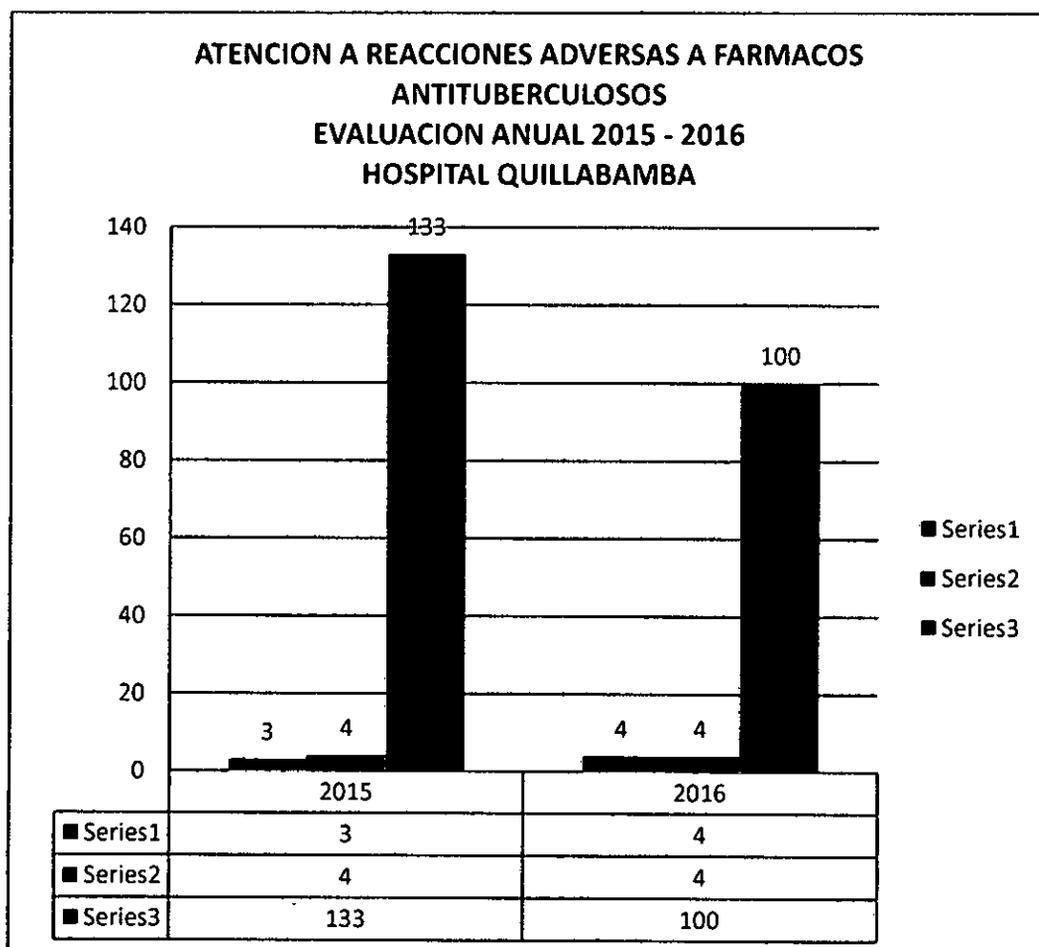
GRAFICO N° 4.3



Fuente: Departamento de Estadística Hospital Quillabamba 2015-2016

Los casos TBC resistentes como se observa en el cuadro tiene metas de 3 en ambos años y supera llevando a un total de 6 casos y logrando el 200% que es preocupante este aumento de casos en nuestra provincia.

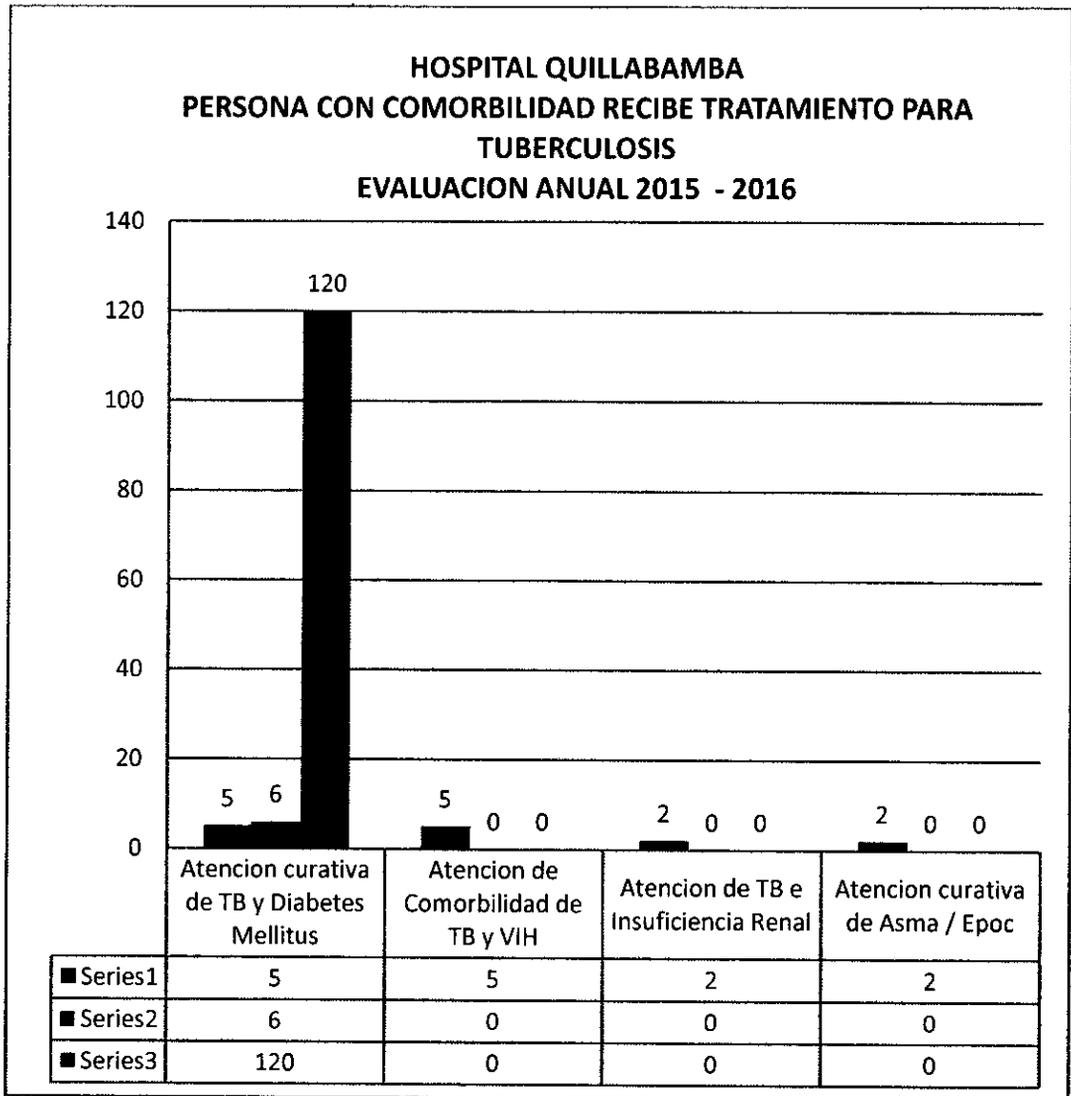
GRAFICO N° 4.4



Fuente: Departamento de Estadística Hospital Quillabamba 2015-2016

Las reacciones adversas es parte de la no adherencia e interrupción al tratamiento de TBC el presente cuadro presenta una meta de 3 casos para el 2015 y 4 para el 2016 llegando a más del 100%

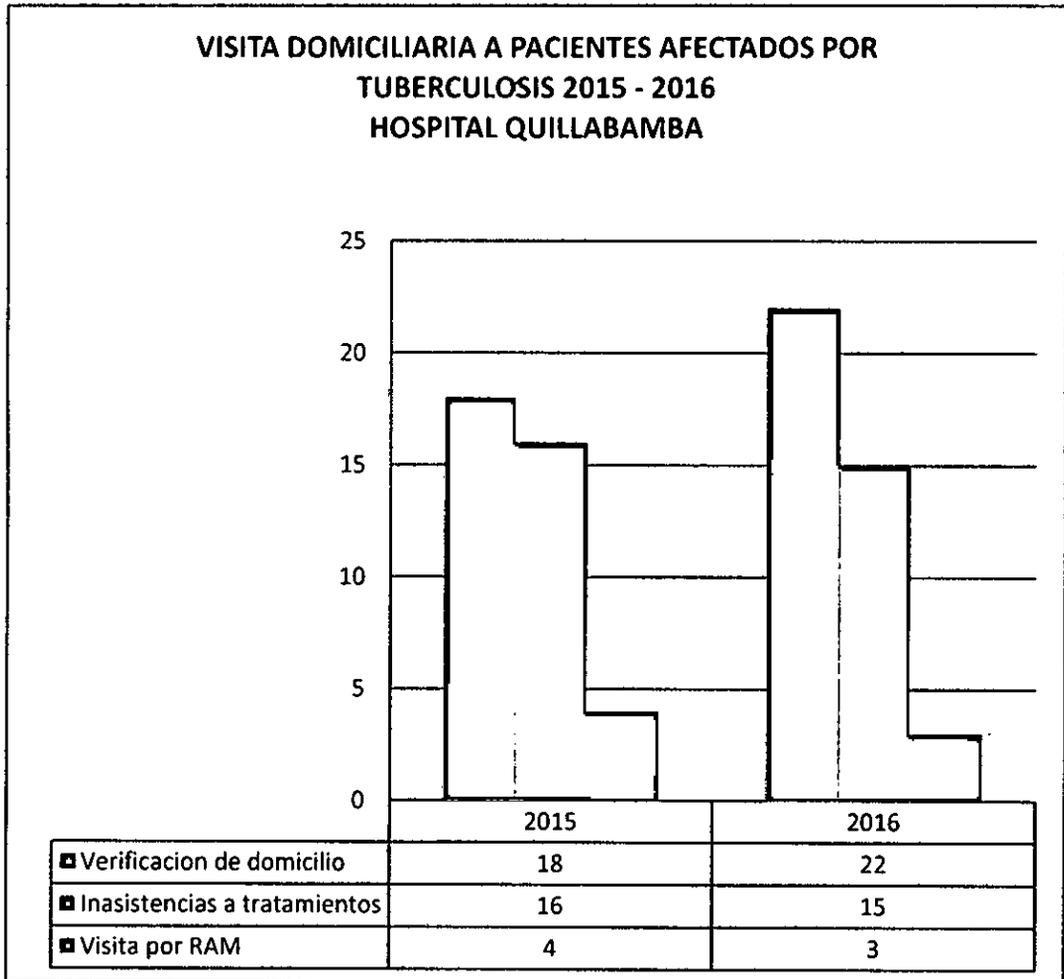
GRAFICO N° 4.5



Fuente: Departamento de Estadística Hospital Quillabamba 2015-2016

En el presente grafico se aprecia que en 2015 se tuvo programado 5 casos lo cual se presentó 6 casos con comorbilidad de diabetes logrando un 120% estos pacientes en cierta forma intervienen en la no adherencia al tratamiento por su enfermedad existente , de igual manera para el 2016 se tuvo la programación de 5 casos lo cual no se tuvo casos.

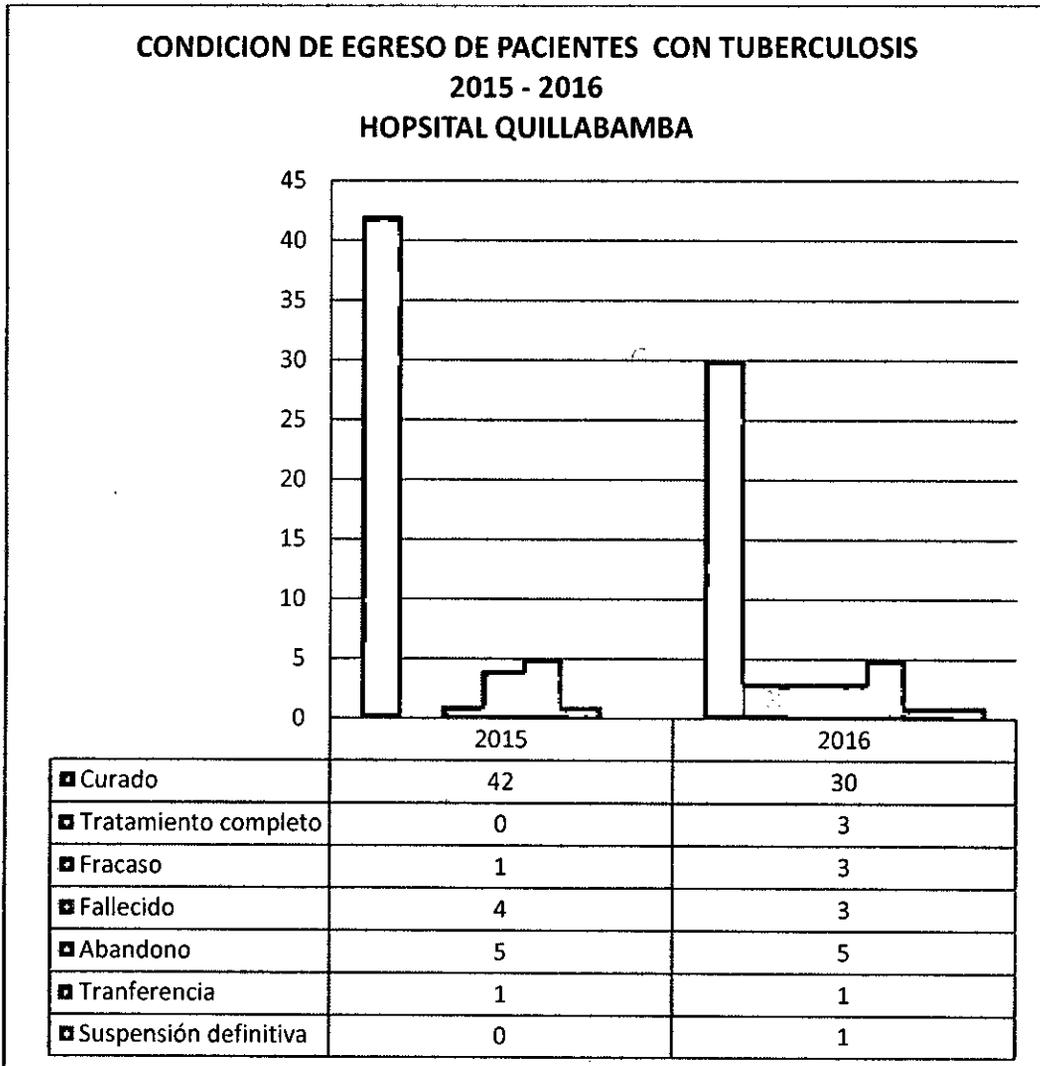
GRAFICO N° 4.6



Fuente: Departamento de Estadística Hospital Quillabamba 2015-2016

En este gráfico se observa que para el 2015 se realizó visitas domiciliarias en cuanto a verificación de domicilio un número de 18, inasistencias a tratamiento 16, en cuanto a visitas por reacción adversa 4. para el 2016 vistas por verificación de domicilio total visitados 22, por inasistencia a tratamiento fueron 15, y visitas por RAM 3.

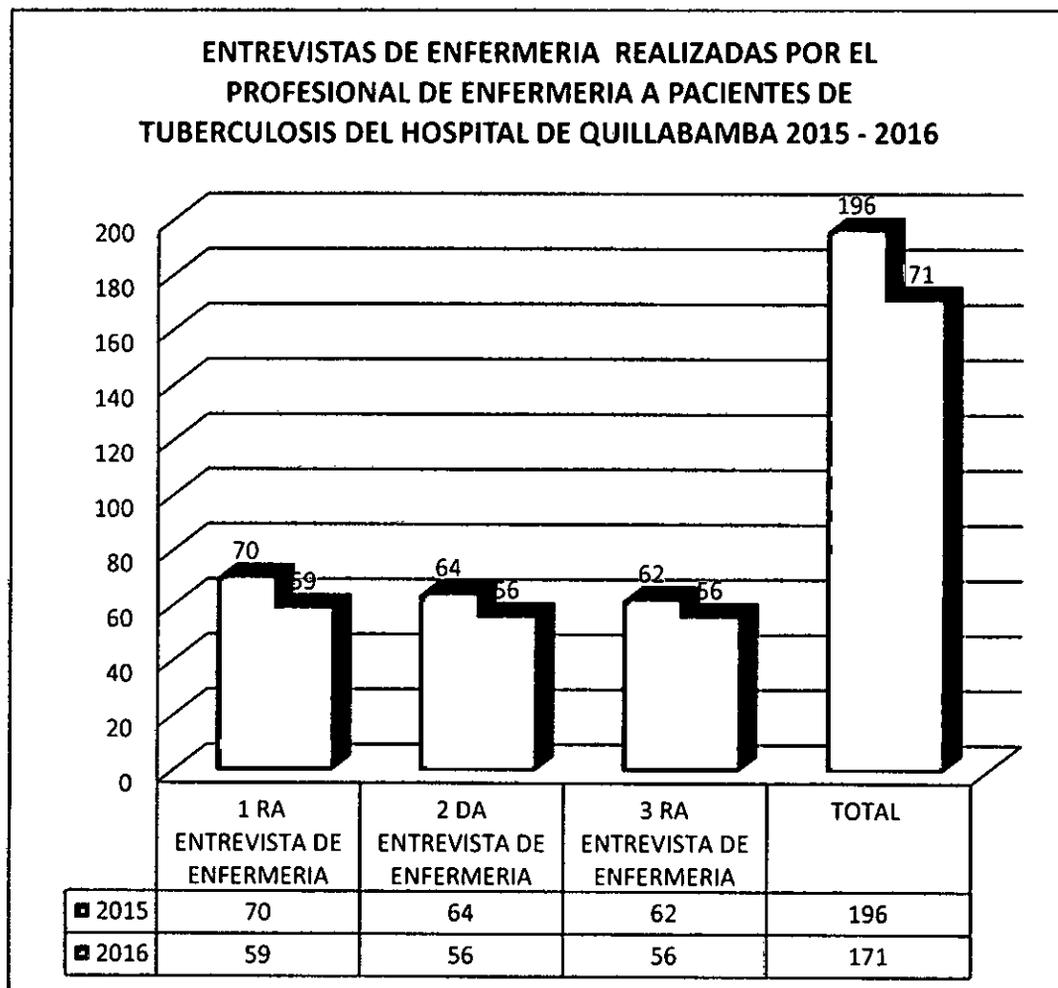
GRAFICO N° 4.7



Fuente: Departamento de Estadística Hospital Quillabamba 2015-2016

En el siguiente cuadro observamos la condición de egreso son 5 abandonos por año 3 fallecidos 1 paciente transferido y 01 caso de suspensión definitiva este problema es porque los pacientes viven su vida casi solos y no tienen vivienda se dedican al consumo de alcohol

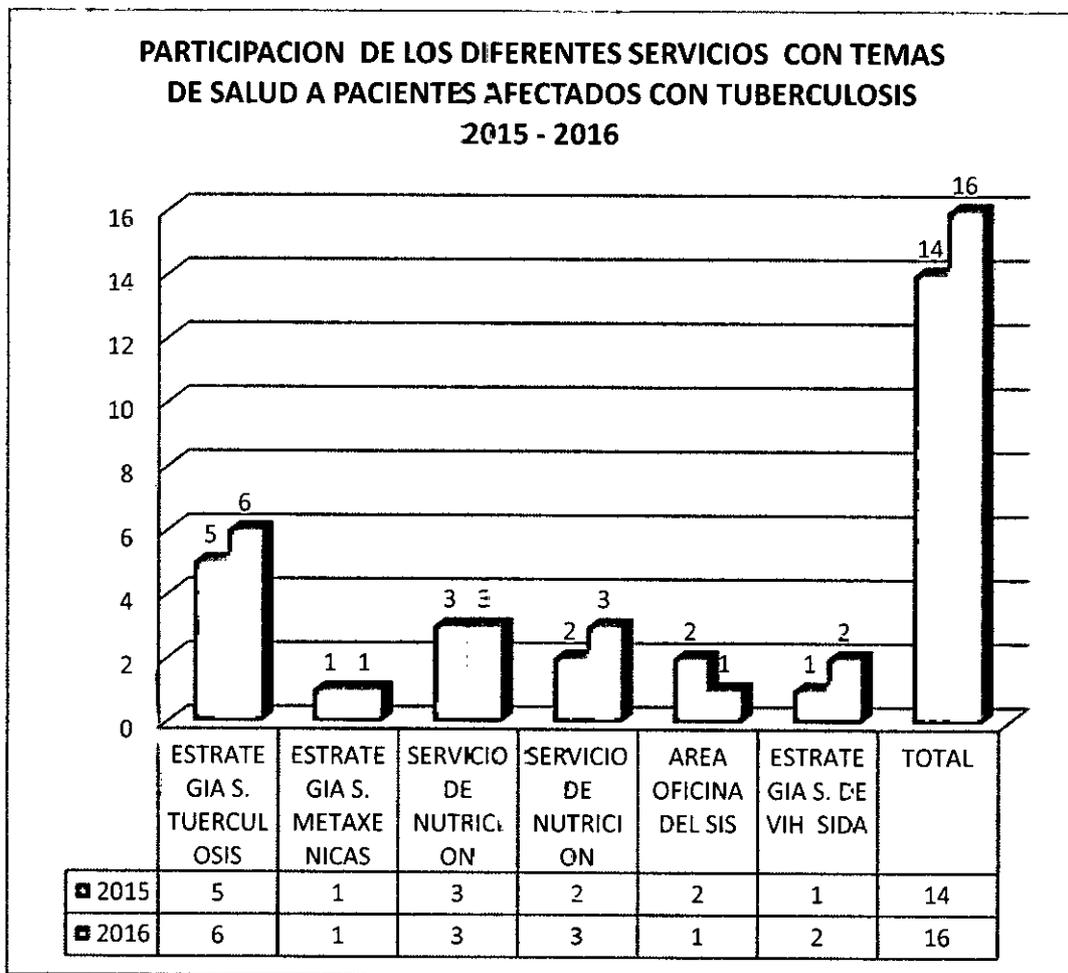
GRAFICO N° 4.8



Fuente: Departamento de Estadística Hospital Quillabamba 2015-2016

En el presente cuadro se observa las entrevistas realizadas por el profesional de enfermería donde se detalla para el 2015 se realizó 196 entrevistas de enfermería seguido de 2016 con 171 entrevistas de enfermería lo que se demuestra que cada caso de tuberculosis recibe la entrevista de enfermería al 100%

GRAFICO N° 4.9



Fuente: Departamento de Estadística Hospital Quillabamba 2015-2016

El presente cuadro nos informa la participación de los diferentes servicios que participan con temas de salud cada mes en la cual se detalla que el servicio de nutrición el que tiene la mayor participación psicología y por supuesto está presente la estrategia de tuberculosis ya que mensualmente los pacientes se reúnen para el reparto de alimentos.

V. CONCLUSIONES

- a) La familia juega un papel importante para que el paciente con TBC continúe con el tratamiento.
- b) La primera entrevista de enfermería del profesional de enfermería es fundamental para la adherencia al tratamiento en el paciente .
- c) El paciente debe conocer correctamente los signos de alarma de una reacción adversa a medicamentos RAM se ha visto el problema de salud pública cuando el enfermo con TBC es adicto al alcohol la intervención de enfermería es importante para que el paciente tome conciencia de su enfermedad y de esa forma disminuir los casos de TBC.
- d) El profesional de Enfermería es quien dinamiza los procesos de atención de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis, donde se brinda Atención Integral e Individualizada dirigida al paciente, familia y Comunidad
- e) La educación y orientación al paciente son primordiales a fin de favorecer la adherencia al tratamiento, estilos de vida saludable y lograr la recuperación del paciente. El conocimiento, es un factor determinante en la conducta de cada persona, frente a la aceptación del tratamiento y los cuidados preventivos a realizar.
- f) El profesional de Enfermería es parte del equipo multidisciplinario de salud, quien brinda atención al paciente aplicando el DOTS tratamiento Directamente Observado en Boca.

- g) Las visitas domiciliarias y la entrevista de enfermería, la que constituye un eje fundamental de acción de la estrategia; tanto por su labor educativa como por el rol orientador que debe brindar, en el caso de los pacientes con Tuberculosis el desconocimiento sobre su enfermedad y el tratamiento farmacológico conllevaría a muchos riesgos entre ellos el abandono del tratamiento.
- h) El abandono de tratamiento como un agravante de los Programas de Control de la Tuberculosis en los Establecimientos de Salud, constituye una amenaza a la Salud Pública, por el riesgo de incrementar la resistencia bacteriana
- i) En el año 2015,2016 se tuvo un total de 119 casos de tuberculosis de los cuales 10 pacientes abandonaron 08 pacientes presentaron RAM. 04 fracasos motivo TB resistente y un caso suspensión definitiva obtuvo complicaciones del hígado y antecedente de ser alcohólico , el abandono de tratamientos está relacionados con aspectos sociales como el consumo alcohol seguido de factores vinculados con los Servicios de Salud: falta de atención , falta de visitas domiciliarias dentro de las 48 horas de inasistencia al tratamiento) y los factores relacionados con el RAM

VI. RECOMENDACIONES

- a) Sensibilizar a la población, a través de educación sanitaria y prevención de la tuberculosis .
- b) Mantener una capacitación continua del personal profesional de enfermería sobre la ESN-PCT para seguir fortaleciendo los conocimientos en cuanto a la adherencia al tratamiento en los pacientes afectados por tuberculosis.
- c) Incrementar personal de enfermería encargado de la ESN-PCT para un seguimiento más estricto de los pacientes y la participación en las visitas domiciliarias.
- d) En el caso de los familiares de pacientes alcohólicos deben ayudarlo anímicamente y recibir terapia psicológica el paciente y la familia
- e) Se necesita coordinar con la municipalidad para clausurar cantinas clandestinas donde son un foco de contagio y de alto riesgo para dicha enfermedad.
- f) Las personas afectadas por tuberculosis deben asumir su responsabilidad con relación al cumplimiento del tratamiento antituberculoso, DOTS (tratamiento directamente observado), para contribuir de esta manera a disminuir la presencia de casos de tuberculosis y Multidrogo Resistentes.

VII. REFERENCIALES

1. Silva F C. Enfermería y su colaboración en la adherencia tuberculosa: su sentido para enfermeras y pacientes (serial online) 2012 (citado 10 de agosto 2013) Disponible en URL: http://www.colegiodeenfermeras.cl/pdf/cuidados_sentido.pdf
2. Guía del Tratamiento de tuberculosis departamento de fármaco epidemiología [Serial Online] 2009. [Citado 30 Oct 2013].Disponible en URL:<http://www.ccss.sa.cr/>
3. Ministerio de Salud. "Norma Técnica De Salud Para El Control De La Tuberculosis Actualización Del Sub Numeral 7. Tratamiento De La Tuberculosis 041-Minsa/Dgsp-V.01 "Aprobada Por R.M. N° 383-2010
4. Manual de Normas Técnicas Del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Lima- Perú. 2007. [Serial online] 2007 [citado 23 Ene 2014] Disponible en URL:<http://www.minsa.gob.pe/portal/osEstrategiasnacionales/04ESNtuberculosis/t.b.cno>
5. Tacuri M. Relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Primavera El Agustino 2009. [Serial online] 2008- 2011 [citado 10 de Nov 2013]. Disponible en URL:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/519/1/tacuri_tm.pdf

6. MINSA. Construyendo las alianzas estratégicas para el control de la tuberculosis: Experiencia peruana. ESM-PCT. 2008
7. ROSSENTAL. Indin. "Diccionario Filosófico". Ediciones Universo Lima-Perú 1987
8. MINSA. Construyendo las alianzas estratégicas para el control de la tuberculosis: Experiencia peruana. ESM-PCT. 2008
9. GELBAND H. Factores de la no adherencia al tratamiento antituberculoso. Bucaramanga. Colombia. 2001
10. DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades Centro Nacional para la Prevención del VIH/Sida, Hepatitis Virales, ETS y Tuberculosis División de Eliminación de la Tuberculosis Atlanta, Georgia 2014
11. Musayón Y, Loncharich N, Salazar ME, David HML, Silva I, Velásquez D. El rol de la enfermería en el control de la tuberculosis: una discusión desde la perspectiva de la equidad. Rev. Latino-Am. Enfermería . ene.-feb. 2010
12. Rev. Médicos sin Fronteras. Barcelona. España. 2006 Zaldívar D. Adherencia Terapéutica y modelos explicativos. Rev. Salud para la Vida. Madrid 2003. Silva F C. Enfermería y su colaboración en la

adherencia tuberculosa: su contenido para enfermeras y pacientes (serial online) 2012 (citado 10 de agosto 2013) Disponible en URL: http://www.colegiodeenfermeras.cl/pdf/cuidados_sentido.pdf

13. Gonzales E. "Factores Asociados al Abandono y Adherencia al Tratamiento Antituberculoso en Pacientes Detectados en la Unidades Operativas del Área de Salud N° 1 de la Ciudad de Tulcán en el 68 Periodo de Enero a Junio del 2012". [Serial online] 2008-2011 [citado 10 de Nov 2013]. Disponible en URL:
14. Vega. O y Gonzales. D. Teoría del déficit del autocuidado. (internet). [Fecha de acceso: 20/03/14] Disponible en: <file:///C:/Users/Invitado.PROFESSIONAL/Downloads/DialnetTeoriaDelDeficitDeAutocuidado-2534>
15. Suárez Ponce Catherine Yesela ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y SU RELACIÓN CON LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN UN CENTRO DE SALUD. 2014034.pdf. Lima-Perú 2015
16. Norma Báez Tafur Consejera de TB-TBMDR ESN PCT informe de consejería en tuberculosis y tuberculosis Multidrogorresistente vía – info salud - 080010828 – periodo junio 2005 – septiembre 2007. Lima.

ANEXOS

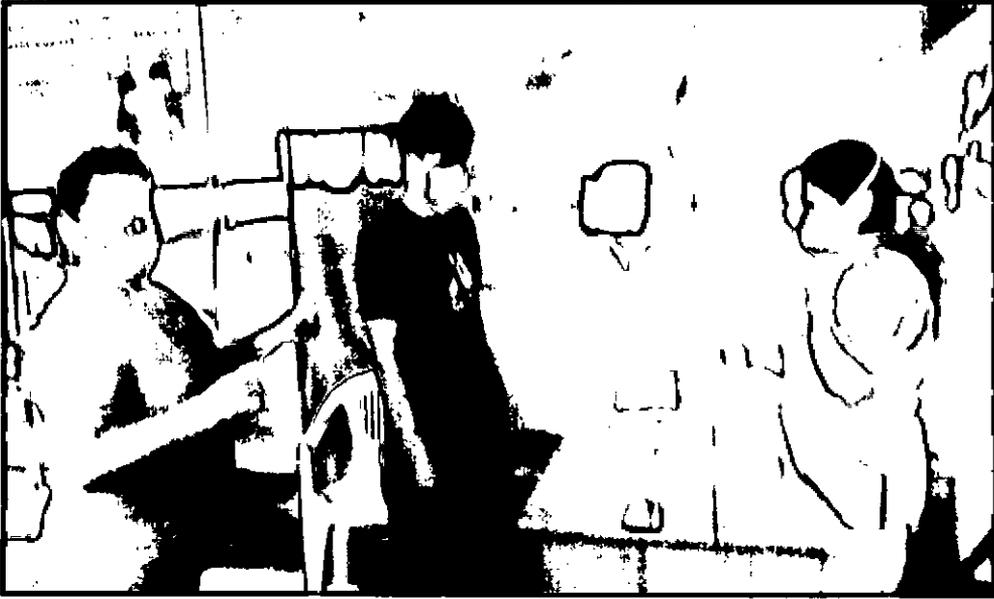


Ilustración 1



Ilustración 2



Ilustración 3

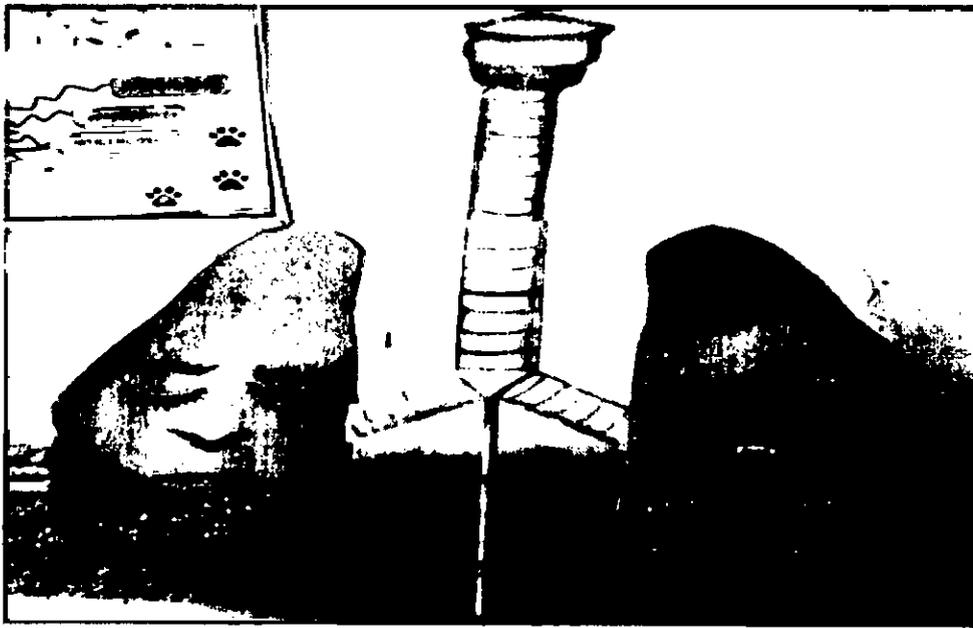


Ilustración 4



Ilustración 4



Ilustración 6



Ilustración 7

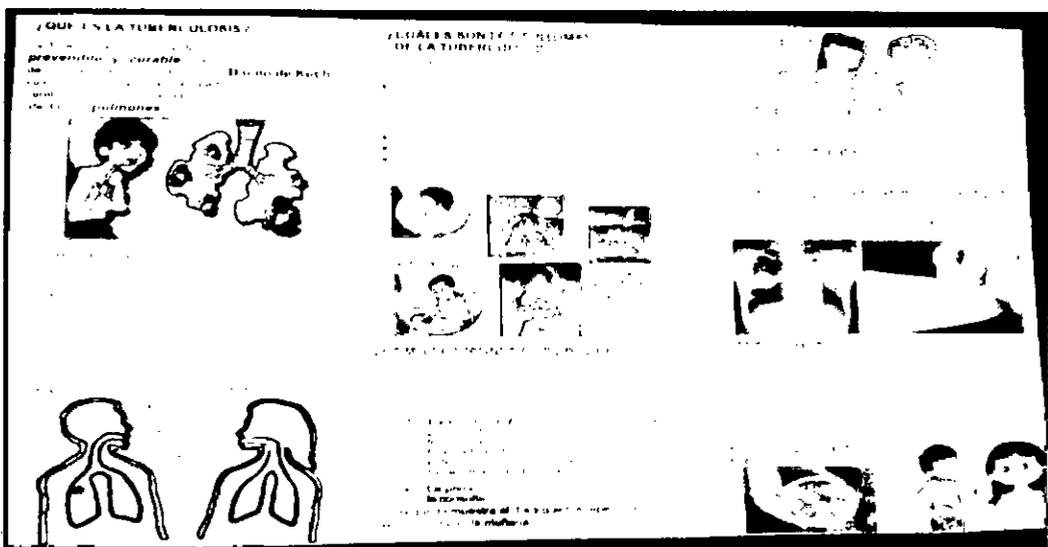


Ilustración 8



Ilustración 5