

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ESTRATEGIA SANITARIA  
DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN EL  
ESTABLECIMIENTO DE SALUD KM50, CHULUCANAS-PIURA,  
2015-2017**

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

**MARISOL OSCCO RIVERA**

**Callao, 2018  
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Marisol Oscco Rivera", is written over the printed name and location.

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- |  |            |
|--|------------|
| ➤ DRA. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA          | PRESIDENTA |
| ➤ LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO  | SECRETARIO |
| ➤ DRA. TERESA ANGÉLICA VARGAS PALOMINO | VOCAL      |

**ASESORA:** DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 271

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 22/04/2018

Resolución Decanato N° 973-2018-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.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	18
2.3 Definición de Términos	31
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	32
3.1 Recolección de Datos	32
3.2 Experiencia Profesional	32
3.3 Procesos Realizados del Informe	33
<b>IV. RESULTADOS</b>	37
<b>V. CONCLUSIONES</b>	41
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	42
<b>VII. REFERENCIALES</b>	43
<b>ANEXOS</b>	44

## INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa tan antigua como la humanidad, ha constituido y constituye hoy en un gran problema debido a su crecida difusión, a la mortalidad que causa y a su carácter socioeconómica propio de una infección de curso crónico, con grandes complicaciones para la persona que la padece y su entorno, que se trasmite de una persona enferma a una sana por vía respiratoria y cuyo tratamiento para la mayoría de los casos, es largo y sacrificado. (1)

El informe de experiencia profesional titulado “Intervención de enfermería en la estrategia de prevención y control de tuberculosis en el establecimiento de salud Km 50, Chulucanas-Piura, 2015-2017” tiene por finalidad determinar las acciones que realiza la enfermera quien debe contar con conocimientos de prevención, diagnóstico y tratamientos modernos que incorporen los nuevos avances que muestran mayor beneficio para la población.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: **el capítulo I** describe el planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación; **el capítulo II** incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos; **el capítulo III** considera la presentación de la experiencia profesional; **el capítulo IV** Resultados ; **capítulo V** conclusiones; capítulo VI y el capítulo VII referencias bibliográficas y un apartado de anexos.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción de la situación problemática

La Tuberculosis sigue siendo en la actualidad un problema de salud pública global y es la segunda causa de muerte por una enfermedad infecciosa en el mundo solo por detrás del síndrome de inmunodeficiencia humana. La tuberculosis es una vieja y conocida enfermedad, a la cual se han asociado nuevos y acuciantes problemas que influyen de manera importante en su control. Mucho se conoce y se ha investigado sobre TB, pero quedan aún muchas lagunas en el conocimiento científico. (2)

**Según la OMS a nivel mundial** en el 2016, 104 millares de personas enfermaron por TB y 1.7 murieron por esta enfermedad. Más del 95 % de las muertes se produjo en países de ingresos bajos y medianos. Siete países acapearon el 64 % de la mortalidad total: encabezado esta lista por La India, seguida de Indonesia, China, Filipinas, El Pakistán, Nigéria y Sudáfrica.

En 2015 enfermaron de tuberculosis 1 millón de niños y 210 000 (entre ellos 40 000 infectados por el VIH) murieron por esta causa. La tuberculosis en la infancia suele pasar desapercibida a los profesionales sanitarios porque puede ser difícil de diagnosticar y tratar.

**En América Latina** 1200 personas contraen la enfermedad anualmente, a pesar que se cuentan con medicamentos y programas efectivos; solo el 60% cumple el tratamiento y se cura, entre los países que concentran casos esta Brasil, Haití y Perú.

**En el Perú**, la reciente Ley de Prevención y Control de la TB en el Perú (Ley 30287), declara de interés nacional la lucha contra la TB. En los últimos años, la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT) del Ministerio de Salud

(MINSA), ha obtenido avances significativos en el control de esta enfermedad; sin embargo, aún persisten desafíos que deben ser abordados.

La TB en el Perú ocupa el décimo quinto lugar de las causas de muerte, y el vigésimo séptimo puesto de carga de enfermedad medida por años de vida saludable perdidos. Afecta, predominantemente, a los estratos sociales más pobres de las grandes ciudades del país. Las tasas notificadas de incidencia (casos nunca tratados por cada 100 mil habitantes) y de morbilidad total (nuevos y antes tratados por cada 100 mil habitantes) han disminuido entre 2 a 3% por año entre los años 2011 a 2015, de 97,4 a 87,6 en incidencia y de 109,7 a 99,5 en morbilidad. En el año 2015 se notificaron 30 988 casos de TB. (3)

El 80% de los casos en el año 2015 fueron reportados por diez regiones de salud (en orden decreciente): Lima Metropolitana (Lima Este, Lima Ciudad y Lima Sur), Callao, La Libertad, Loreto, Ica, Lima Provincias, Junín, Lambayeque, Arequipa y Ucayali. Lima Metropolitana y la Región Callao notificaron el 59,3% de todos los casos de TB a nivel nacional en el año 2015.

Sin embargo, la OMS estima que en el Perú se produce un mayor número de casos de TB de los que son notificados. Para el año 2015, la OMS estimó que se produjeron 37 mil casos de TB, con una tasa de incidencia de 119 casos por 100 mil habitantes y 2500 defunciones por TB. La diferencia entre las estimaciones y lo notificado es constante y frecuente para los países en desarrollo. La OMS basa sus estimaciones en proyecciones de estudios poblacionales como medición de prevalencia de TB, por lo que una mejor estimación podría lograrse haciendo estudios de prevalencia de TB en Perú con inferencia nacional, pero estos estudios son costosos y complejos.

**El director de Salud de las Personas de la Dirección Regional de Salud Piura**, Eduardo Álvarez, advirtió que el número de pacientes con tuberculosis (TBC) sigue incrementándose en esta región, por la falta de prevención de los pobladores. Informó que en el año 2015 se presentaron 621 casos de TBC, de los cuales el Ministerio de Salud reportó 488, Essalud 105, el Instituto Nacional Penitenciario 26 pacientes y el Ejército dos casos.

Asimismo, indicó que en lo que va de este año se cuenta con 90 personas con la enfermedad, “donde el factor clima influye en la exacerbación de algunos casos o en la aparición de otros. Las elevadas temperaturas no solo ayudan a evidenciar patologías como la tuberculosis, sino otros males a causa del intenso calor”. Álvarez sostuvo que en Piura, los sectores de medianos y bajos ingresos son los que presentan mayores casos de TBC, como las localidades de 26 de Octubre, Castilla, Piura, Sullana, Bellavista, Querecotillo, Paita y Chulucanas.

### **Fallecimientos**

El funcionario explicó que la TBC es una enfermedad social por excelencia, que está asociada estrechamente a la pobreza, hacinamiento, tuburización, desnutrición, así como a determinantes sociales, culturales, demográficos y ambientales. Por su parte la coordinadora de la Estrategia de TBC del sector Salud, Raquel Guardia, recordó que en el año 2014 fallecieron 29 personas como consecuencia de la enfermedad; pero en el 2015 el número de decesos descendió a 13. Recomendó a la población a practicar medidas de prevención.

## 1.2. **Objetivo**

Describir la intervención de enfermería en la estrategia de prevención y control de tuberculosis en el establecimiento de salud Km 50, Chulucanas-Piura, 2015-2017.

## 1.3. **Justificación**

La presente investigación permite conocer las intervenciones de enfermería en prevención y control de tuberculosis en el establecimiento de salud Km 50, Chulucanas-Piura, 2015-2017. A si mismo permitirá tomar conciencia y enfatizar la información clara, concisa relacionada a la tuberculosis.

Los aportes de esta investigación serán en lo siguiente:

**En el nivel teórico:** El presente estudio sirve para profundizar los conocimientos en cuanto a la importancia de la prevención y control de la tuberculosis.

**En el nivel práctico:** La enfermera profesional incrementara los conocimientos, lo llevara a la práctica en el campo de la enfermería y realizara la intervención oportuna en el primer nivel de atención.

**En el nivel económico :** los pacientes con tuberculosis son un gran problema para la salud pública y la familia por la morbilidad y al disminuir se lograra reducir los costos tanto para la familia y el estado que invierte en la compra de medicamentos y toda la inversión que implica su atención.

**En el nivel social:** Los resultados que se obtengan será de fundamental importancia para desempeñar con éxito la labor en la estrategia y será beneficioso para el paciente en no prolongar su estancia en el servicio.

Por lo antes expuesto este trabajo es relevante y de importancia para enfermeros y enfermeras que se encuentran en este campo y las actividades que se realizan diariamente, conociendo el problema en las visitas domiciliarias, seguimiento de casos, control

de contactos, captación de sintomáticos respiratorios, estudio de contacto, etc. A través de las experiencias adquiridas.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes.

#### a. INTERNACIONAL

**GARCÍA DE CRUZ, Susana** “Evolución de la tuberculosis en la provincia de Soria 1994-2013: diagnóstico microbiológico”  
Doctorado en Investigación en Ciencias de la Salud. Universidad de Valladolid. Facultad de Medicina 2016

Cuyo objetivo es conocer la situación epidemiológica de la tuberculosis en la provincia de Soria y su evolución durante los últimos 20 años, desde 1994 a 2013. Estudio clínico epidemiológico, observacional, descriptivo, retrospectivo, con análisis de incidencia, ajuste de tasas y recogida de datos clínico epidemiológicos. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes con tuberculosis de cualquier localización que tuviesen su residencia, en el momento del diagnóstico, en la provincia de Soria, independientemente del tiempo que llevasen viviendo en ella. Se descartaron, por tanto, los pacientes en tránsito, que por diversos motivos fueron atendidos en el Servicio de Urgencias e informaron estar en tratamiento antituberculoso, pero no se les realizó estudio ni seguimiento de esta enfermedad en la provincia. Por tanto la elección fue realizada por muestreo no probabilístico de conveniencia.

**CONCLUSIONES** La incidencia de tuberculosis en la provincia de Soria muestra una tendencia descendente desde 1995. La tasa se ha reducido un 65 % entre 1995 y 2013. Se detecta más de un 19 % de infradeclaración, sobretodo en las localizaciones extrapulmonares y sin confirmación microbiológica. Existe predominio en varones con una relación 2,3:1 en nativos, justificado por lo mayor frecuencia de factores y situaciones de riesgo. Las mayores tasas de incidencia por grupos de edad se

situaron a partir de los 55 años en pacientes nativos y entre los 20 y 24 años en pacientes inmigrantes. El 14,2 % de los pacientes vivía en instituciones cerradas en el momento del diagnóstico. Entre los que vivían en un domicilio particular, Arcos de Jalón y Pinares fueron las áreas con mayores tasas de incidencia. En el 72,7 % de los pacientes se encontró al menos 1 factor o situación de riesgo, siendo el alcoholismo y la inmigración los más prevalentes. A partir del año 2002, los casos en inmigrantes suponen más del 10 % llegando a superar el 50 % en 2007. La afectación pulmonar se produjo en el 58 % de los casos, seguida de la afectación pleural con un 16,6 %. La presentación diseminada afectó al 8,9 %. El 6,8 % de los pacientes se encontraban asintomáticos en el momento del diagnóstico y el 2 % de las tuberculosis pulmonares presentaron una imagen radiológica limpia. Casi el 30 % de nuestros pacientes fueron bacilíferos. El sexo femenino, la inmigración y la coinfección VIH predispusieron a la presentación de formas extrapulmonares.

**MAÑAS BAENA, Eva** "Impacto de la tuberculosis en la progresión de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en pacientes con un buen estado inmunológico" Grado doctoral Universidad Complutense Madrid, junio de 1999.

El objetivo principal de nuestro estudio es evaluar la influencia de la tuberculosis en la progresión de la infección VIH en pacientes con un buen estado inmunológico ( $CD4 > 500 \mu g/l$ ). El ámbito del estudio lo constituyen sujetos con infección VIH de las áreas 5 y 11 de la provincia de Madrid, distribuidas respectivamente en el norte y sur de dicha provincia. Se han estudiado 84 pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), diagnosticado entre 1986 y 1992. Todos los pacientes fueron diagnosticados de la infección VIH a través de la técnica ELISA (Ensayo de inmunoadsorción ligado a enzimas) y se confirmó con la técnica de

Western Blot. El criterio fundamental de inclusión se basó en que todos presentaran una buena situación inmunológica, definida como más de 500 linfocitos CD4 por micro litro. Así, en el inicio de su seguimiento, ninguno había recibido tratamiento antirretroviral, ya que no cumplían los criterios que se utilizaban en aquel momento para instaurar tratamiento, ni había presentado enfermedad definitoria de sida. La cohorte de casos la constituyen 28 pacientes con infección VIH y enfermedad tuberculosa, 25 de ellos seguidos en el Hospital 12 de Octubre y 3 en el Hospital de La Paz. Todos los casos de tuberculosis fueron confirmados mediante cultivo del *Micobacterium tuberculosis*, entre mayo de 1986 y diciembre de 1992. La cohorte de controles la constituyen 56 pacientes con infección VIH y sin tuberculosis, 53 de ellos seguidos en el 12 de Octubre y 3 en La Paz. Cada caso se emparejó con dos controles según el número de linfocitos CO4 (más/menos 50 células por microlitro) y la fecha de inicio de seguimiento (más/menos 6 meses).

Conclusión La tuberculosis acelera el curso de la infección VIH en pacientes con un buen estado inmunológico, en comparación con pacientes VIH sin tuberculosis. 1.1. Los pacientes con tuberculosis presentan un deterioro inmunológico más rápido que los pacientes sin tuberculosis, alcanzando un recuento de linfocitos CID4 inferiores a 500/pl. Y a < 200/pl. Más frecuentemente y en intervalos de tiempo menores. (RR de alcanzar linfocitos CID 4

**OSPINA VALENCIA, Jesús Edison** "Características Epidemiológicas De La Tuberculosis En Inmigrantes En Barcelona. Efectividad De Los Agentes Comunitarios De Salud En El Control De Esta Infección." Programa de Doctorado en Metodología de la Investigación Biomédica y Salud Pública. Universidad Autónoma de Barcelona 2017

Objetivo tuvo determinar las características epidemiológicas De La Tuberculosis En Inmigrantes En Barcelona. Efectividad De Los Agentes Comunitarios De Salud En El Control De Esta Infección. Dos estudios de base poblacional con pacientes residentes en la ciudad de Barcelona y con TB notificada al PPCTB. Fueron seleccionados los casos que terminaron exitosamente el tratamiento de la TB de acuerdo a las recomendaciones de la Unión Europea (UE). Un tercer estudio de base poblacional con pacientes residentes en Barcelona y que fueron notificados de TB u otra EDO al Servicio de Epidemiología de la ASPB.

Población:

- Estudio 1: todos los casos de TB registrados entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2005. Se estudió la efectividad de una intervención con ACS en la mejora y localización de los contactos de pacientes con TB, y se comparó con los contactos estudiados de pacientes con TB en población autóctona.
- Estudio 2: de la muestra total del período (n=920), se obtuvo una muestra representativa formada por 93 pacientes nacidos en el extranjero, que desarrollaron una enfermedad infecciosa durante los seis años anteriores al estudio, y que recibieron algún tipo de intervención con los ACS del servicio de Epidemiología de la ASPB, entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2012. Se estudió el porcentaje de personas que tenía una tarjeta sanitaria individual (TSI) antes del Real Decreto Ley 16/2012 (RDL) y que se encontraron con problemas para acceder al sistema sanitario, después de la aplicación del RDL, así como las características sociodemográficas de la población estudiada. Se aplicó un cuestionario con preguntas abiertas a profesionales de la salud de la ASPB y de la Unidad de TB de un centro de atención

primaria (CAP), que habían intervenido con los pacientes encuestados.

- Estudio 3: todos los casos de personas nacidas fuera de España, que iniciaron tratamiento para TB entre el 1 de enero de 1991 y el 31 de diciembre de 2013. Se estudió la evolución de la incidencia de la TB por áreas geográficas, así como las principales características de la enfermedad en Barcelona.

Los datos de los pacientes fueron extraídos de las encuestas epidemiológicas del PPCTB.

Para los tres estudios se definió como caso de TB, cualquier paciente a quien se le prescribió tratamiento antituberculoso y se le mantuvo hasta el momento previsto de la finalización, excepto que muriera o presentara efectos secundarios importantes. Para el estudio 2 se definió como caso de otra EDO, a todo paciente que hubiese cursado una enfermedad transmisible y que hubiese sido notificado al PPCTB durante el período de estudio.

Para los tres estudios, se definió como inmigrante a toda persona nacida en un país extranjero. Los casos fueron agrupados por áreas geográficas, teniendo en cuenta el país de procedencia y su representación porcentual en la ciudad. Se definió agente comunitario de salud como un profesional que proviene de su propia área geográfica de origen, está integrado dentro del equipo de asistencia sanitaria y ha sido entrenado específicamente en enfermedades infecciosas y habilidades psico-sociales. .

## CONCLUSIONES

La inmigración masiva supone un desafío para los programas de TB y estos deben adaptarse a las características de los inmigrantes según sus regiones de origen. La adaptación del PPCTB a estos nuevos retos, ha supuesto logros importantes en el control y vigilancia de la enfermedad con poblaciones inmigrantes a lo largo de estos años. Sin embargo, es muy importante continuar fomentando las actividades de vigilancia y control en inmigrantes de países endémicos con elevado riesgo de abandono y muerte. Se deben mejorar y mantener los dispositivos de búsqueda activa de casos, TDO y EC, mediante el modelo implementado en Barcelona de intervención coordinada del que forman parte los EESP, gestoras de casos, ACS, UCTB y el resto de actores sanitarios implicados, así como el fomento de la investigación y desarrollo en TB. Para ello la incorporación de ACS en los programas de TB y una mejor coordinación entre las UCTB, pueden contribuir a mejorar aún más el control de la enfermedad en estos colectivos.

A pesar de la magnitud de los efectos de la crisis económica y las reformas aplicadas a la asistencia sanitaria en España, aún no se ha observado que un gran número de personas estén siendo afectadas negativamente. No obstante, el acceso al cuidado de salud universal en España ha sido crucial para el diagnóstico, control y tratamiento de las enfermedades transmisibles en poblaciones inmigrantes. Reducir este acceso y los servicios de atención médica a un porcentaje significativo de la población, que además utiliza activamente el sistema para el tratamiento de enfermedades infecciosas, puede tener efectos nocivos sobre la salud pública y profundizar las desigualdades sociales.

Hasta la fecha no ha habido estudios que evalúen los supuestos beneficios económicos que han justificado las reformas en salud,

sin embargo, los efectos negativos pueden llegar a ser importantes. Los resultados de los anteriores estudios nos animan a fortalecer el trabajo interdisciplinario como vía para mejorar los resultados en TB y otras enfermedades infecciosas.

b. NACIONAL

**(4)QUISPE QUISPE.** Clotilde “Participación Familiar Y Relaciones Intrafamiliares En Pacientes Con Tuberculosis Pulmonar Del Programa Tbc De La Red Asistencial Essalud Tacna – 2016” Título Profesional de Licenciada Puno – Perú 2016

El estudio utilizó el diseño de investigación no experimental con el método hipotético deductivo, mediante el paradigma cuantitativo, de tipo descriptivo - correlacional. Tuvo como objetivo determinar cómo se relaciona la participación familiar con las relaciones intrafamiliares, en pacientes con tuberculosis pulmonar. Para la recolección de información se utilizó la técnica de la encuesta para ambas variables, en cuanto al instrumento aplicado se utilizó dos; el cuestionario elaborado por la autora Suarez (2015), y la escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares en versión corta de la autora Rivera (1999). Entre los resultados más importantes tenemos que; el grado de significancia de la presente investigación es muy significativa, cuyo valor es 0,000 en un margen de error de 0.05 o 5%, asimismo, se determinó que el valor de  $r$  es = a 0,608 lo que indica que en las variables de estudio existe una buena correlación positiva. En la variable participación familiar, se determinó que el 55% de pacientes presentan una participación familiar medianamente favorable, lo que indica que la familia del paciente participa pero no en su totalidad, es decir, que aún carece de apoyo económico, afectivo y en el tratamiento hacia el paciente. En la variable relaciones intrafamiliares, se determinó que el 55% de pacientes perciben de manera medianamente favorable las

relaciones intrafamiliares en su hogar, en otras palabras, hay buenas relaciones pero aún existe la presencia de dificultades y carencia de unión, apoyo y expresión. Finalmente se determinó que el 50% percibe que su familia participa de manera medianamente favorable, los mismos que sostienen que las relaciones intrafamiliares son medianamente favorables, esto hace saber que en estos pacientes la participación de su familia se da con algunas carencias, ya sea en el apoyo económico, o emocional, o en el tratamiento, y son estos mismos pacientes quienes solamente tienen un nivel de relaciones intrafamiliares de manera medianamente favorables

**TOLENTINO BARZOLA**, whiny eviling / **ALIAGA SUAREZ**, Marleny Edenece "Prácticas De Medidas Preventivas De Familiares De Los Pacientes Con Tuberculosis Pulmonar En Comparación Nacional E Internacional" Título profesional Huancayo 2016

Objetivo Determinar la relación que existe entre las prácticas de medidas preventivas de los familiares de pacientes con Tuberculosis Pulmonar y la incidencia de esta enfermedad infecto-contagiosa nivel nacional e internacional. Estudio comparativo retrospectivo:

## CONCLUSIONES

- No existe una relación entre las prácticas de medidas preventivas de los familiares de pacientes con Tuberculosis Pulmonar y la incidencia de esta enfermedad infecto-contagiosa a nivel nacional e internacional.
- El nivel de información de los familiares de pacientes con Tuberculosis Pulmonar sobre la tuberculosis pulmonar es medio a nivel nacional e internacional.
- Las prácticas de medidas preventivas de los familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar en de nivel bajo, a nivel

nacional mientras que a nivel internacional las prácticas de medidas preventivas de los familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar es de nivel medio tales como una buena alimentación, y aplicación de profilaxis.

- Se concluye que no existe relación entre el conocimiento de las prácticas de medidas preventivas de los familiares de los paciente con tuberculosis con la incidencia de la enfermedad infecto contagiosa.

**BRAVO AGUILAR, Silvia Magaly** "Nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar en pacientes del programa de control de tuberculosis, Red Puno – 2015" Tesis de Grado Universidad Nacional del Altiplano 2017

El estudio se realizó con el objetivo de determinar el "Nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar en pacientes del programa de control de tuberculosis, Red Puno – 2015". La investigación fue de tipo descriptivo, con diseño transversal, la población estuvo constituida por el total de 34 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, la muestra fue obtenida por el método de muestreo no pro balístico a conveniencia, lográndose captar 18 pacientes con tuberculosis pulmonar pertenecientes al esquema de tratamiento I y II del programa de control de tuberculosis. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta y el instrumento fue el cuestionario, el cual fue sometido a prueba de validación y confiabilidad mediante juicio de expertos, alcanzando un puntaje de 81%, para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva porcentual. Los resultados obtenidos fueron: Con relación al conocimiento sobre aspectos generales: definición, causa, signos y síntomas, se aprecia que 56% de los pacientes con tuberculosis pulmonar poseen un conocimiento bueno, 28% conocimiento regular y el 17% conocimiento deficiente;

En cuanto al conocimiento sobre tratamiento farmacológico, reacciones adversas a medicamentos anti tuberculosis y complicaciones en caso de abandono, 50% de los pacientes tienen un conocimiento bueno, 33% conocimiento regular y el 17% conocimiento deficiente; y respecto al conocimiento sobre cuidados en el hogar y medidas preventivas de la enfermedad, 33% tiene un conocimiento bueno, 50% conocimiento regular y el 17% conocimiento deficiente. Por lo que se concluye que el nivel de conocimiento de los pacientes del programa de control de tuberculosis en aspectos generales, tratamiento farmacológico, reacciones adversas, complicaciones, cuidados en el hogar y medidas preventivas es de bueno a regular

SUAREZ GERONIMO, Beni Lisbeth "Características epidemiológicas de los pacientes con tuberculosis pulmonar del programa de TBC del centro de salud – San Joaquín - 2017" Tesis Grado, Universidad Alas Peruanas. Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud Ica, Perú 2017

El objetivo principal es determinar las características epidemiológicas de los pacientes con tuberculosis pulmonar del programa de TBC del Centro de Salud - San Joaquín – 2017. Es un estudio no experimental, transversal, retrospectivo, descriptivo. Se aplicó sobre 86 pacientes con tuberculosis del Centro de Salud de San Joaquín. Los resultados fueron las siguientes: La tuberculosis se distribuye según edad, entre 15 a 35 años 40.7% (35), entre 26 a 60 años (29.1%), mayores de 60 años 17.4% (15) y menores de 15 años 12.8% (11). Según sexo la tuberculosis predominó en el sexo masculino 60.5% (52) en contra parte del sexo femenino 39.5% (34). El 18.6% (16) de los pacientes con tuberculosis consumen drogas mayores. El 15.1% (13) de pacientes con tuberculosis presenta también SIDA concomitantemente y otras comorbilidades como diabetes, hipertensión arterial, enfermedades

renales entre otras 25.6% (22) y no presentan otra comorbilidad 59.3% (51). El 33.7% (29) de los pacientes se encuentran con bajo peso, el 41.9% (36) están con peso normal y el 24.4% (21) son pacientes con sobre peso. Los pacientes con tuberculosis tuvieron al momento del diagnóstico una cruz como carga bacilar en el 43% (37), dos cruces el 29.1% (25), tres cruces el 15.1% (13) y cuatro cruces el 12.8% (11). Las probables formas de contagio fueron por los familiares en un 22.1% (19), los amigos el 34.9% (30), en el trabajo el 22.1% (19), en los colectivos de transporte al trabajo 16.3% (14) y en otro lugar o no sabe el 4.7% (4). Los pacientes con tuberculosis viven en lugares hacinados en el 51.2% (44) mientras que el 48.8% (42) considera que no viven hacinados.

## **2.2. Marco conceptual.**

### **2.2.1. La tuberculosis**

La **tuberculosis** (abreviada **TBC** o **TB**), llamada antiguamente **tisis** (del griego *φθίσις*, a través del latín *phthisis*) es una infección bacteriana contagiosa que compromete principalmente a los pulmones, pero puede propagarse a otros órganos. La especie de bacteria más importante y representativa causante de tuberculosis es *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo, perteneciente al complejo *Mycobacterium tuberculosis*.

### **SIGNOS Y SINTOMAS**

Clínicamente la tuberculosis se puede manifestar por signos y síntomas pulmonares o extrapulmonares. El primer caso incluye:

- Neumonía tuberculosa: puede deberse a primo infección o a reactivación, aunque la infección primaria suele causar pocos síntomas (paucisintomática). La primo infección se caracteriza por la formación del complejo primario de Ghon (adenitis regional parabiliar, linfangitis y neumonitis). La clínica

en la reactivación suele ser insidiosa, con febrícula y malestar general. Es frecuente la sudoración nocturna y la pérdida de peso. En cuanto a semiología pulmonar, suele haber tos persistente que se puede acompañar de esputos hemoptoicos(sanguinolentos). La neumonía tuberculosa es muy contagiosa, motivo por el cual los pacientes deben estar aislados durante dos semanas desde el inicio del tratamiento.

- Pleuritis tuberculosa: aparece generalmente en personas jóvenes y suele hacerlo de forma aguda y unilateralmente. El signo principal es un exudado en el espacio pleural. Característicamente en este exudado se puede detectar la enzima adenosin-desaminasa (ADA) elevada. Asimismo el tipo celular predominante en el exudado son los linfocitos y las células mesoteliales son escasas.
- Tuberculosis meníngea: forma de meningitis bacteriana causada por *Mycobacterium tuberculosis* o más raramente *Mycobacterium bovis*. El organismo se asienta en las meninges, predominantemente en la base encefálica, y forma microgranulomas con posterior rotura. El curso clínico tiende a ser subagudo, que progresa en días. Los síntomas pueden ser: dolor de cabeza, rigidez de nuca, déficits neurológicos.
- Tuberculosis ocular: infección tuberculosa del ojo, principalmente del iris, cuerpos ciliares y coroides.
- Tuberculosis cardiovascular: tuberculosis que afecta a corazón, pericardio o vasos sanguíneos. La pericarditis tuberculosa puede evolucionar a pericarditis constrictiva, hecho que lleva al uso de cortico esteroides en su tratamiento.
- Tuberculosis del sistema nervioso central: tuberculosis del cerebro, médula espinal o meninges. Generalmente

causada por *Mycobacterium tuberculosis* y más raramente por *Mycobacterium bovis*.

- Tuberculosis genitourinaria: causa habitual de piuria estéril (leucocitos en orina sin germen visible). El acceso de la infección al aparato genitourinario suele ser por vía sanguínea. Puede ser causa de esterilidad por afectación de los epidídimos en los hombres y de la trompas de Falopio en las mujeres.
- Tuberculosis ganglionar: compromete las cadenas ganglionares cervicales y supraclaviculares. Produce hinchazón de los ganglios linfáticos. Puede presentar escrofulodermia: hinchazón de extensión local del tejido subcutáneo por una reactivación del bacilo tuberculoso en dichos tejidos. En este caso, se producen fístulas o úlceras drenantes, que presentan fibrosis e induración además de un característico color rojizo oscuro. Es común en pacientes jóvenes y niños. En infantes es muy común que la infección se presente en ganglios superficiales acompañados de fístulas. El 50 % de los casos, tanto en jóvenes como en niños, la enfermedad se manifiesta con grave hinchazón de los ganglios cervicales. El ganglio hinchado se presenta en exploración física como una gran masa dolorosa y con probable fistulación (escrófula). Dicha fistulación (escrofulodermia) suele ser de color rojo oscuro. En todos los casos hay presencia de fiebre.
- Tuberculosis osteoarticular: Tras una infección pulmonar el bacilo puede circular por el torrente sanguíneo hasta alojarse en algún hueso o articulación, se trataría así de una osteoartritis tuberculosa o tuberculosis osteoarticular. También puede aparecer osteomielitis tuberculosa sin afectación articular, aunque su frecuencia es baja. Teóricamente, la infección puede originarse por una herida producida por un

objeto contaminado con el bacilo, si bien no está documentada ninguna por esta vía. En los años 1930 se realizaban tratamientos con luz de arco de carbón con resultados dispares.

- **Diseminados (TBC miliar)**

- Tuberculosis miliar: forma de tuberculosis debida a la diseminación sanguínea del bacilo, afectando a distintos órganos. Suele ocurrir en personas con grave alteración del sistema inmune. Asimismo es más frecuente en ancianos. Clínicamente puede cursar con inicio agudo o insidioso. La sintomatología es dominada por fiebre y otros síntomas constitucionales. Para su diagnóstico deben practicarse alguno o todos los siguientes cultivos: esputo, orina, jugo gástrico o médula ósea.

## **TRANSMISION**

La transmisión de la tuberculosis solo puede realizarse por personas que tengan activa la enfermedad. La TBC se transmite a través de partículas expelidas por el paciente bacilífero (con TBC activa) con la tos, estornudo, hablando, escupida, etc. Cada una de esas gotitas proveniente de un enfermo activo puede transmitir el microorganismo, especialmente sabiendo que la dosis infectante de la tuberculosis es considerablemente baja, La probabilidad de una transmisión eficaz aumenta con el número de partículas contaminadas expelidas por el enfermo, en lo bueno que sea la ventilación del área, la duración de la exposición y en la virulencia de la cepa personas por año. Otros riesgos incluyen aquellas áreas donde la TBC es frecuente, en pacientes inmunodeprimidos con condiciones como malnutrición y sida,

poblaciones étnicas en alto riesgo y trabajadores de la salud sirviendo en regiones de alto riesgo. En los pacientes con sida la TBC, actúa como enfermedad oportunista (coinfección) fuertemente asociada. También puede transmitirse por vía digestiva, sobre todo al ingerir leche no higienizada procedente de vacas tuberculosas infectadas con *Mycobacterium bovis*.

La cadena de transmisión puede romperse si se aísla al enfermo con tuberculosis activa y comenzando de inmediato la terapia antituberculosis efectiva. Después de dos semanas con dicho tratamiento, aquellos pacientes con TBC activa y no-resistente dejan de ser contagiosos. Si una persona llegase a quedar infectada, le tomará menos de 21 días a un mes antes que pueda comenzar a transmitir la enfermedad a otros.

### **Cuadro clínico de la tuberculosis**

En el comienzo de la enfermedad, las personas con tuberculosis pueden tener síntomas comunes a otras enfermedades, como son fiebre, cansancio, falta de apetito, pérdida, depresión, sudor nocturno y disnea en casos avanzados; mas cuando se agregan las aflicciones de tos y expectoración purulenta por más de quince días debe estudiarse, pues se considera un síntoma respiratorio.

En un 25 por ciento de los casos activos, la infección se traslada de los pulmones, causando otras formas de tuberculosis. Ello ocurre con más frecuencia en aquellos pacientes inmuno suprimidos y en niños. Las infecciones extra pulmonares incluyen la pleura, el sistema nervioso central causando meningitis, el sistema linfático causando escrófula del cuello, el sistema genitourinario causando tuberculosis urogenital y los huesos o articulaciones en el caso de la enfermedad de Pott especie evolucionó de otros

microorganismos más primitivos dentro del propio género *Mycobacterium*. Se puede pensar que en algún momento de la evolución, alguna especie de micro bacterias traspasara la barrera biológica, por presión selectiva, y pasará a tener un reservorio en animales. Esto, posiblemente, dio lugar a un ancestro progenitor del *Mycobacterium bovis*, que es la aceptada por muchos como la más antigua de las especies que actualmente integran el denominado complejo *Mycobacterium tuberculosis*, que incluye *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum* y *M. microti*. El "escalón" siguiente sería el paso del *M. bovis* a la especie humana, coincidiendo con la domesticación de los animales por parte del hombre. Así, posiblemente, pudo surgir como patógeno para el perro.

#### **Patogenia de la Tuberculosis.**

La tuberculosis constituye un paradigma de la interacción de un agente exógeno y la respuesta inmunitaria del huésped. La Organización Mundial de la Salud estima 2000 millones de infectados por el *M. tuberculosis* y 8 millones de nuevos infectados cada año, venciendo la batalla en la mayoría de las ocasiones. Sin embargo, mueren casi dos millones de personas al año por causa de esta enfermedad.

- **Infección tuberculosa latente:** la infección por *M. tuberculosis* suele realizarse por vía aérea. De esta manera, el bacilo es fagocitado por los macrófagos alveolares. En un 30 % de los casos, estos macrófagos son incapaces de destruirlo. Entonces se genera la infección, que se caracteriza por el crecimiento en el interior del fagosoma de los macrófagos infectados. Ello es debido a que el bacilo es capaz de frenar la unión fago-lisosoma. Histopatológicamente, en el foco de infección se genera un granuloma, que se caracteriza por la presencia de tejido necrótico intragranulomatoso y que se

estructura finalmente con la adquisición de la inmunidad. Con la inmunidad, los macrófagos infectados pueden activarse y destruir el bacilo, de manera que se controla la concentración de este.

Entonces empieza la infección latente, caracterizada por la presencia de respuesta inmune específica, control de la concentración bacilar, pero con la presencia de bacilos latentes (en estado estacionario) en el tejido necrótico. A medida que los macrófagos van drenando este tejido, los bacilos latentes se confunden con esta necrosis y son drenados hacia el espacio alveolar, donde pueden reactivar su crecimiento de nuevo. De esta manera se mantiene la infección durante años.

Clínicamente, la infección tuberculosa latente no genera síntomas. Su diagnóstico se basa actualmente en el test cutáneo de Mantoux. Los individuos con esta infección no pueden infectar a nadie. Sin embargo, en un 10 % de los casos, el control de la concentración bacilar se pierde, se reanuda el crecimiento y se puede generar una tuberculosis activa, o enfermedad tuberculosa propiamente. Es por ello que debe tratarse, sobre todo aquellos pacientes recientemente infectados. Lamentablemente, el tratamiento representa la administración de isoniazida durante 9 meses, hecho que dificulta su seguimiento.

### **Diagnostico**

La radiografía es esencial en el diagnóstico de la enfermedad. Las lesiones típicas radiológicas son apicales, en hemitórax derecho, en segmentos posteriores y generalmente formando cavidades.

La herramienta fundamental para el diagnóstico de caso de tuberculosis es la bacteriología (baciloscopía y cultivo) por su alta especificidad, sensibilidad y valor predictivo. En aquellas

situaciones donde los estudios bacteriológicos no sean concluyentes será necesario realizar el seguimiento diagnóstico de acuerdo con la organización de la red de servicios de salud, utilizando otros criterios: clínico, epidemiológico, diagnóstico por imágenes, inmunológico, anatomopatológico.

### **Cultivo de muestra biológica**

El cultivo puede hacerse en el medio de Löwenstein-Jensen, que está constituido por:

Crece muy lentamente (30 a 90 días) a 37 °C en atmósfera con dióxido de carbono (en cultivo crecen mejor a pesar de ser aerobio estricto), dando colonias con aspecto de migas de pan (o huevos de araña), secas amarillentas y rugosas.

### **Tratamiento**

El tratamiento de la tuberculosis se realiza con combinaciones de fármacos antituberculosos, haciendo eficaces las pautas de seis meses de tratamiento, dos en la primera fase de tratamiento y cuatro meses en la segunda fase.

La tuberculosis es curable, pero es necesario un diagnóstico temprano (acudir inmediatamente al médico), ya que es una enfermedad grave si no se sigue el tratamiento adecuado. En seguida, es indispensable no abandonar el tratamiento dado por el médico porque, al suspender el tratamiento, esta enfermedad empeora rápidamente y se favorece la proliferación de bacilos resistentes a los medicamentos.

### **Tratamiento sanatorial de la tuberculosis]**

Se inicia a mediados del siglo XIX y primera mitad del XX, se generaliza como base del tratamiento, principalmente en los países desarrollados, llegando a ser uno de los índices que determinan el nivel sanitario de un país.

Los sanatorios se construían a gran altura, basándose en la teoría fisiológica de aumentar el flujo sanguíneo pulmonar, por la taquicardia inducida por la altura. Sin embargo, la evidencia de su eficacia resultó dudosa.

#### **Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis.**

Se realizaron diversas técnicas, todas ellas basadas en la *colapso terapia*, que consistía en hacer colapsar el pulmón para que permaneciera *en reposo* y así ayudar a una cicatrización de las lesiones.

#### **Tratamiento farmacológico de la tuberculosis**

La historia de la tuberculosis cambia dramáticamente después de la introducción de los agentes antibióticos. El tratamiento de la tuberculosis es fundamental para su control, dado que con él se rompe la cadena de transmisión cuando el tratamiento es correcto y se sigue completo.

El tratamiento farmacológico comenzó en 1944 con la estreptomicina (SM) y el ácido paraaminosalicílico (PAS). En 1950, se realiza el primer ensayo clínico comparando la eficacia de la SM y el PAS conjuntamente o en monoterapia. El estudio demostró que la terapia combinada era más efectiva. En 1952, un tercer fármaco, la isoniacida (INH), se añadió a la combinación, mejorando espectacularmente la eficacia del tratamiento, aunque todavía con una duración de 18-24 meses. El etambutol se introduce en 1960, sustituyendo al PAS en los esquemas de tratamiento y reduce la duración a 18 meses. En los años 1970, con la introducción de la rifampicina (RAM) en la combinación, el tratamiento se acorta a nueve meses. Finalmente, en 1980, la pirazinamida (PZA) se introduce en el esquema terapéutico, pudiendo reducirse la duración a seis meses.

Dos hechos biológicos explican por qué la terapia combinada es más efectiva en el tratamiento de la TBC que la monoterapia. El primero es que el tratamiento con un solo fármaco induce la selección de bacilos resistentes y en consecuencia el fallo en eliminar la enfermedad. El segundo es que las diferentes poblaciones bacilares pueden coexistir en un mismo paciente.

Los antituberculostáticos se clasifican en dos grupos en función de su eficacia, potencia y efectos secundarios:

- Fármacos de primera línea: isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol o estreptomina
- Fármacos de segunda línea: cicloserina, etionamida, ciprofloxacino, etc. Se utilizan en los casos de tuberculosis resistentes o cuando los de primera línea producen efectos secundarios.
- Prevención

Se previene mediante una vida sana e higiénica, identificando oportunamente a los enfermos y asegurando su curación para no contagiar a otras personas, principalmente por medio de la vacunación con vacuna BCG.

La vacunación sistemática con la vacuna BCG en los recién nacidos se abandonó en España en 1980 (1974 en Cataluña), manteniéndose actualmente solo en el País Vasco.

**Medidas preventivas** La persona infectada debe protegerse siempre que tosa con pañuelos desechables.

- Lavado de manos después de toser.
- Ventilación adecuada del lugar de residencia.
- Limpiar el domicilio con paños húmedos.
- Utilizar mascarilla en zonas comunes.
- Restringir visitas a personas no expuestas a la enfermedad.

- Garantizar adherencia al tratamiento.
- No fumar. El cigarrillo no causa tuberculosis, pero sí favorece el desarrollo de la enfermedad.
- Día Mundial de la Lucha contra la Tuberculosis

La OMS estipuló que el 24 de marzo sería el Día Mundial de la Lucha contra la Tuberculosis. Se conmemora que el 24 de marzo de 1882 el doctor Robert Koch anunció el descubrimiento del bacilo de la tuberculosis.

### **2.2.2. Modelo de Promoción de la Salud.**

Nola J. Pender planteo que proponer un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identifico los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad.

Además, identifico que los factores cognitivos perceptuales de los individuos son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de Promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidas como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud.

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a la salud y su vida. Este modelo le da importancia a la cultura, entendida esta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación de otra.

El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de conducta, influenciadas por la cultura, así: la primera teoría, es la de la **Acción Razonada**: originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado.

La segunda es la **Acción Planteada**: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizara con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.

La tercera es **Teoría Social-Cognitiva**, de Albert Bandura en la cual se plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”. Adicional a lo anterior, la auto-eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad.

Según Pender, el Modelo de la Promoción de la Salud retoma las experiencias y características individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que los rodea.

### **Base Teórica.**

El modelo de promoción de la salud de Noé 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.

En este sentido el rol que asume el profesional de la salud especialmente la enfermera es sumamente importante pues se ocupa de las respuestas de las personas a los factores que amenazan su bienestar, en consecuencia la enfermera tiene la posibilidad de modificar en forma importante la filosofía de nuestra sociedad y la prestación de servicio de salud, debido a que además de tener una formación predominantemente preventivo promocional tiene la obligación moral y legal de desarrollar actividades de este tipo a fin de mejorar los estilos de vida de la población cumpliendo así un rol fundamental en este proceso lo cual es reafirmado por la OMS quien señala que "los profesionales de enfermería darán cada vez más, una mayor cobertura de atención de salud en la sociedad a los grupos de personas y/o pacientes económicamente débiles, Socialmente marginados. Grupos de diferentes culturas, personas con problemas crónicos y terminales; por lo tanto ejercerán con mayor autonomía y se esperan que actúen como líder del cuidado de atención primaria asignándoles un papel prioritario centrado en la unidad de la familia como unidad social básica para promover y mantener la salud. Así mismo, el profesional de enfermería continuara siendo un elemento clave en la complejidad de la atención hospitalaria a pacientes con problemas críticos de salud.

### **2.3. Definición de términos.**

**Intervención:** Es un término que hace referencia a la acción de participar o tomar parte en alguna situación.

**Prevención:** Conjunto de actos y medidas que se ponen en marcha para reducir la aparición de los riesgos ligados a enfermedades o a ciertos comportamientos nocivos para la salud.

**Estrategia sanitaria:** Conjunto de acciones limitadas en el tiempo y la realidad de los pueblos, el objetivo se plasma en propósitos concretos, cada uno de los cuales se plasma a su vez en resultados esperados y tareas.

**Tuberculosis:** Enfermedad infecciosa provocada por un bacilo que se trasmite a través del aire y que se caracteriza por la formación de tubérculos o nódulos en tejidos infectados; puede afectar a diferentes órganos del cuerpo, en especial a los pulmones.

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 Recolección de datos.**

Para realizar el presente informe de experiencia laboral profesional se han recolectado datos ya existentes, utilizando la técnica de revisión documentaria para lo cual se hizo de los registros del servicio de enfermería como historias clínicas de las cuales se tomaran los datos coherentes a la temática en estudio.

Para la redacción de datos se realizaron las siguientes acciones:

- Autorización: Se solicitó la autorización respectiva al jefe de servicio de estadística de la Red de Salud Chulucanas, quien proporciono datos sobre el tema en estudio.
- Recolección de datos.
- Procesamiento de datos.
- Resultados.
- Análisis e interpretación de datos.

#### **3.2. Experiencia Profesional.**

En el año 2000, realice el Serum equivalente (AD-HONOREM), en el Centro Medico Santa Teresa perteneciente a la Dirección Regional de Salud de Apurímac. Realizando actividades asistenciales, campaña de salud donde la prioridad era llegar a los personas más necesitadas y estaba dirigido por un sacerdote. La ayuda que recibían era del extranjero.

En el 2001, ingrese a laborar en el Establecimiento de Salud Sicchez provincia de Ayabaca , que pertenece a la Sub Región de Salud Luciano Castillo Coloma, por un periodo de dos años realizando actividades preventivo promocionales de diferentes estrategias y asumiendo con responsabilidad la jefatura del servicio priorizando siempre el trabajo en equipo.

Para el año 2003, labore en el Establecimiento de Salud I-2 Los Ranchos en la modalidad de contrato temporal durante 8 años. En junio del 2010 pase a laborar como personal nombrado en este mismo establecimiento de salud.

- **Descripción del área laboral:** Establecimiento de Salud I-3 Km 50 ubicado en la provincia de Morropón, Distrito de Chulucanas. Zona rural cuya población se dedica a la agricultura, ganadería y el comercio.
- **Organización:** Pertenece a la Dirección Regional de Salud Piura, Sub Región de Salud Chulucanas.
- **Recursos Humanos:** 2 Médicos, 4 Lic. en Enfermería, 4 Lic. En Obstetricia, 2 Digitadores, 1 Odontólogo, 1 Psicólogo y 7 Tec. En Enfermería.
- **Infraestructura:** Gran parte es de construcción moderna y material noble. Aun con deficiencia de ambientes.
- **AMBIENTES:** Tópico, Triage, Admisión, Oficina de SIS, 4 Consultorios, sala de espera, Farmacia, Laboratorio, sala de partos, sala de observación.

### **3.3. Procesos Realizados en el Tema del Informe.**

En la actualidad trabajo como personal nombrado con el cargo de enfermera nivel 10 en el Establecimiento de Salud I-3 Km 50 de la red de salud Chulucanas y bajo mi responsabilidad esta la estrategia de Tuberculosis, en la que se pone en práctica lo aprendido hasta la fecha, paralelo a ello se realizan actividades de crecimiento y desarrollo del niño, inmunizaciones y actividades de tópico.

El servicio de tuberculosis se ubica en un área específica del establecimiento de salud, el personal de enfermería es responsable de organizar la detección, diagnóstico y tratamiento de casos de tuberculosis

en todas sus formas y brinda atención integral a la persona afectada por TB, familia y comunidad.

## **FUNCIONES ESENCIALES DE ENFERMERÍA**

### **Preventivo promocionales.**

- Vacuna BCG: Para proteger las formas graves de TBC.
- Terapia preventiva con isoniacidez (TPI): con el fin de prevenir y/o disminuir el riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa.
- Organización del control de los contactos: Identificar y registrar a las personas que viven con el paciente.
- Actividad I.E.C.
- Actividades generales: (Charlas educativas, Información y educación).
- Actividades personales: (Orientación, consejería y entrevista de enfermería).
- Realizar campañas de salud médico-integral con participación de la estrategia.
- Promocionar la ventilación natural en la vivienda, garantizando que las puertas y ventanas permanezcan abiertas y libres de cortinas u otros mobiliarios.

### **Asistencial.**

- Identificación y captación sintomáticas respiratorias en todos los servicios del establecimiento de salud las 24 horas del día.
- Realizar el control de BK, cultivos y pruebas de sensibilidad en pacientes con tratamiento.
- Recolección de muestras de BK: (Esputo y aspirado gástrico).
- Remitir muestras de esputo con sus respectivas solicitudes de investigación bacteriológica al laboratorio de acuerdo a las medidas de bioseguridad.
- Realizar seguimientos de resultados de muestras remitidas y obtener resultados dentro las 24 horas.

- Detección de casos.
- Ejecutar actividades de diagnóstico y tratamiento supervisado.
- Administración de terapia preventiva.
- Censo y evaluación de los contactos.
- Brindar atención integral a la persona con TB y TBCMDR.
- Vigilar las reacciones adversas a los medicamentos.
- Realizar derivaciones y transferencias de casos diagnosticados de TB, TB-MDR, y XDR.

#### **ADMINISTRATIVO.**

- Coordinar con el responsable de farmacia el requerimiento de los medicamentos e insumos antituberculosos.
- Análisis de indicadores epidemiológicos y operacionales.
- Elaboración de informes mensuales, trimestrales y anuales.
- Elaborar plan de control de infecciones de tuberculosis.
- Derivación y transferencia a su jurisdicción según su domicilio del paciente.
- Participación de actividades de gestión del programa.
- Efectuar supervisión directa e indirecta y asesoría de actividades de localización de casos, diagnóstico y tratamiento.

#### **DOCENTE.**

- Organizar y llevar a cabo las actividades de capacitación, adiestramiento y reforzamiento (transmisión, prevención y bioseguridad).
- Participar como ponente.

#### **INVESTIGACION.**

- Búsqueda de antecedentes epidemiológicos.

- Estudio de cohorte en tuberculosis.

### **Innovaciones – Aportes.**

Sensibilización al personal del establecimiento de salud En dar prioridad al paciente que acude al servicio a recibir tratamiento y brindar trato amable ya que el establecimiento no cuenta con personal exclusivo para la estrategia.

Las falsas creencias religiosas, geografía, el nivel económico e intelectual de la población las mismas que no trasgreden por mas intentos que como profesional se realicen, para que al menos exista una mínima influencia.

Las múltiples actividades que se desempeñan en el primer nivel de atención son consideradas como una limitación para el desempeño en la estrategia.

#### IV. RESULTADOS

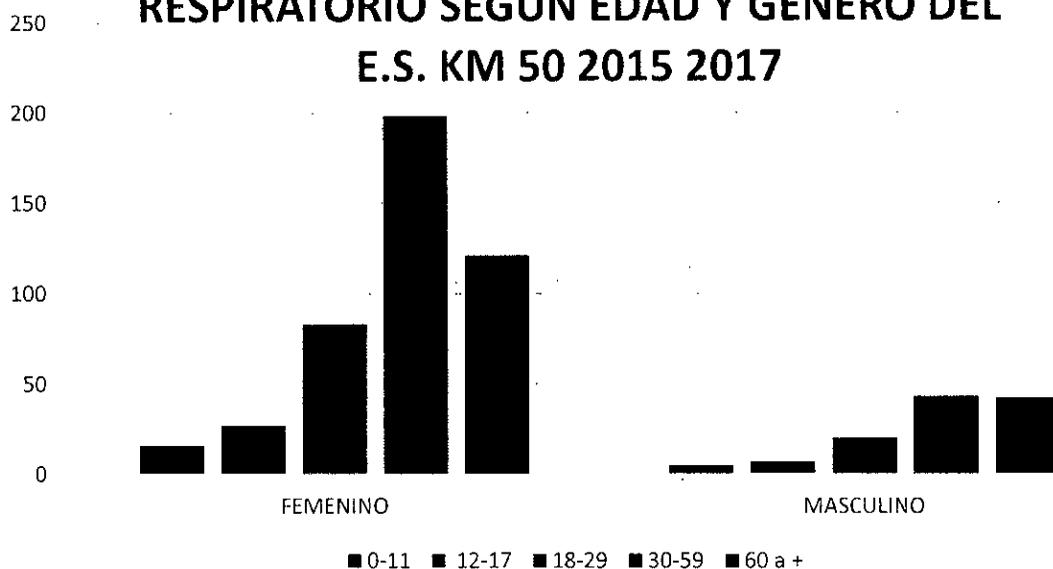
CUADRO 4.1

DISTRIBUCION DE SINTOMATICO RESPIRATORIO SEGÚN EDAD Y  
GENERO DEL E.S. KM 50 2015 2017

GRUPO DE EDAD AÑOS	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0-11	16	3.59	5	4.27	21	3.73
12-17	27	6.06	7	5.98	34	6.04
18-29	83	18.65	20	17.09	103	18.32
30-59	198	44.49	43	36.75	241	42.88
60 a +	121	27.19	42	35.89	163	29
TOTAL	445	79.18	117	20.82	562	100

Fuente: Estadística del E.S KM 50.

## DISTRIBUCION DE SINTOMATICO RESPIRATORIO SEGÚN EDAD Y GENERO DEL E.S. KM 50 2015 2017



En el cuadro Y grafico 4.1 se observa que los casos de sintomáticos respiratorios se incrementa en Proporción directa a la edad. A mayor edad mayor casos de sintomáticos respiratorios.

La mayor incidencia de casos se da en rango de 30-59 años de la población en estudio siendo esta el 48.88 % del total, seguida del grupo etario de 60 a+ con el 29 %.

Se observa también que el sexo femenino reporta la mayor incidencia de casos con un 79.18 %.

## CUADRO 4.2

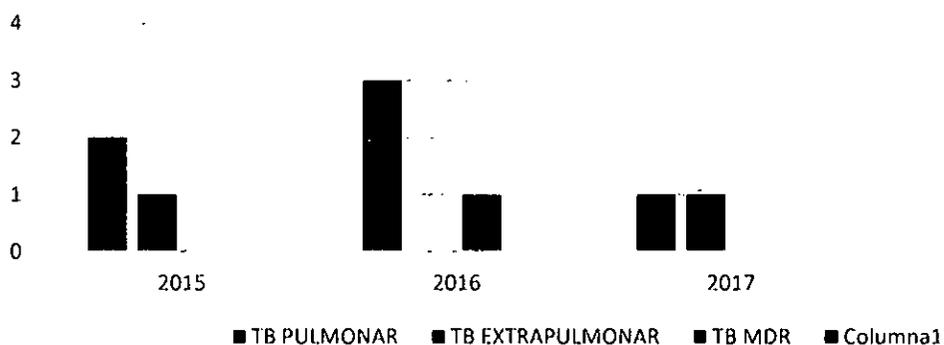
### DETECCION DE CASOS DE TUBERCULOSIS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD KM 50.

2015-2017

INDICADOR	2015		2016		2017	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TB PULMONAR	2	66.6	3	75	1	50
TB EXTRPULMONAR	1	33.3	0	0	1	50
TB MDR	0	0	1	25	0	0

Fuente: Registro de enfermería.

DETECCION DE CASOS DE TUBERCULOSIS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD KM 50.  
2015-2017



En cuadro y grafico 4.2 se observa que en los tres años de estudio la TB pulmonar registra la mayor incidencia.

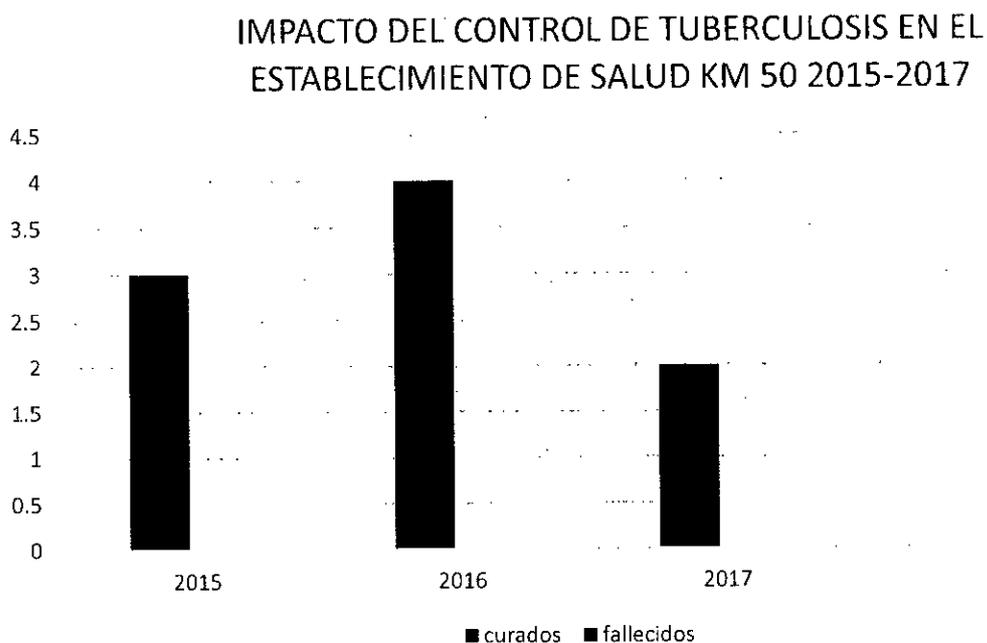
En el año 2015 se presentaron 3 casos de TB, el año 2016 se incrementa a 4 y en el año 2017 se reducen a 2 casos.

### CUADRO 4.3

#### IMPACTO DEL CONTROL DE TUBERCULOSIS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD KM 50 2015-2017

CONDICION DE EGRESO	2015	2016	2017	TOTAL
CURADOS	3	4	2	9
FALLECIDOS	0	0	0	0

Fuente : Estadística Km 50



Se observa en el cuadro y grafico 4.3 que durante los años de estudio todos los pacientes de TBC la condición de egreso fue curados y no se registraron pacientes fallecidos por TBC.

## V. CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el Enfermero brinde un cuidado de calidad, eficiente, oportuno en el primer nivel de atención, con la finalidad de disminuir la morbi-mortalidad que produce esta enfermedad.
- b) Del total de pacientes captados como sintomático respiratorio el mayor porcentaje se encuentra en el sexo femenino y en el grupo etario de 30-59 años.
- c) Se observa que existe incremento en la incidencia de casos, así como casos de TB MDR, ante esta situación el personal de enfermería debe de estar preparada y tener conocimientos claros que le permitan actuar oportunamente.

## VI. RECOMENDACIONES

- a) Fortalecer las actividades de capacitación, supervisión y monitoreo de desempeño laboral del trabajador de salud, con la finalidad de actualizar permanentemente sus conocimientos y destrezas.
- b) Incrementar la captación del sintomático respiratorio en personas de sexo masculino y en grupo de edad donde se obtuvo bajos porcentajes y encontrar posibles cosos nuevos que pueden estar propagando la enfermedad.
- c) Recomendar a la gerente del clas km 50 para que se considere un personal de enfermería exclusivo para la estrategia, porque se tiene como antecedente que el clas reporta el mayor número de casos como Red de salud.

## VII. REFERENCIALES

1. GARCÍA DE CRUZ S. GARCÍA DE CRUZ, Susana "Evolución de la tuberculosis en la provincia de Soria 1994-2013: diagnóstico microbiológico" Doctorado en Inve. In Doctorado en Investigación en Ciencias de la Salud.; Universidad de Valladolid. Facultad de Medicina.
2. Baena Mañas e. impacto de la tuberculosis en la progsion de la infeccion por el virus de la inmunodeficiencia humana en pacientes con un buen estado inmunologico: universidad complutense de madrid; 1999.
3. Ospina Valencia JE. Características epidemiológicas de la tuberculosis en inmigrantes en Barcelona. Efectividad de los agentes comunitarios de salud en el control de esta infección Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Pediatria, d'Obstetrícia i Ginecologia i de Medicina Preventiva; 2017.
4. Quispe Quispe C. Participación familiar y relaciones intrafamiliares en pacientes con tuberculosis pulmonar del programa TBC de la red asistencial Essalud Tacna – 2016: universidad nacional del altipano; 2016.
5. TOLENTINO BARZOLA, Whiny Eviling; ALIAGA SUAREZ, Marleny. Practicas de medidas preventivas de familiares de los pacientes con tuberculosis pulmonar en comparacion nacional e internacional: Universidad Peruana del centro; 2016.
7. Cruz SGD. evolucion de la tuberculosis en la provincia de soria 1994-2013. In grado de doctora.; 1994-201. p. Universidad de Valladolid.

[http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UAPI\\_fc39a855bc14800ace85e021bb13f9e3](http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UAPI_fc39a855bc14800ace85e021bb13f9e3)

<http://uvadoc.uva.es/handle/10324/22440>

[http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RNAP\\_06a1a0c3cef6edf1c41cbc1e55c4ff44/Description#tabnav](http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RNAP_06a1a0c3cef6edf1c41cbc1e55c4ff44/Description#tabnav)

# **ANEXOS**

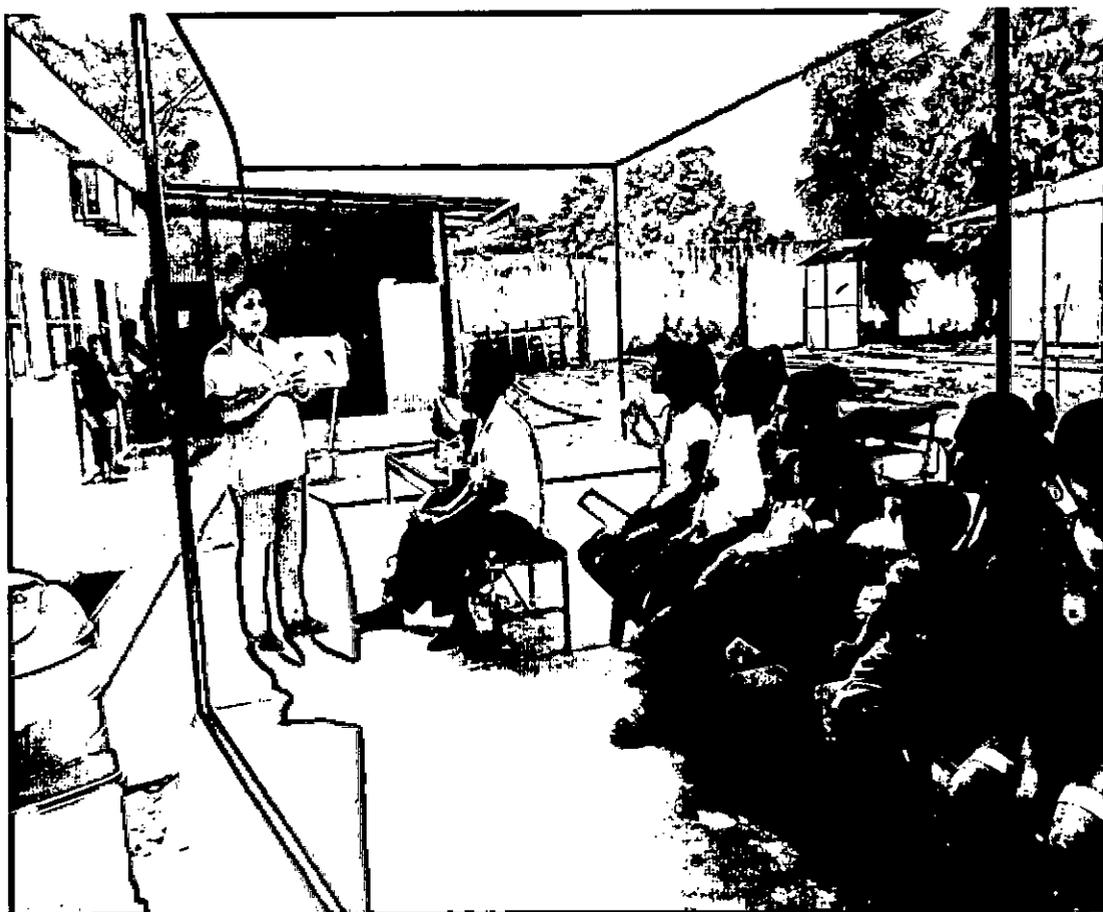
**ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO A PACIENTE CON ESQUEMA  
ESTANDARIZADO**



Fuente: Propia



## SESIÓN EDUCATIVA DE TBC EN EL E.S. KM 50



Fuente: Propia