

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



**DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES SOBRE LA ADHERENCIA Y
CUMPLIMIENTO CONVENCIONAL DE TBC, COTABAMBA,
APURÍMAC, 2015-2017**

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

ROSA BRAVO SEQUEIROS

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rosa Bravo Sequeiros', is positioned to the right of the author's name.

Callao, 2017
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

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

ASESORA: MG. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 480

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

Resolución Decanato N° 3071-2017-D/FCS de fecha 07 de Noviembre del 2017 donde se designan Jurado Examinador del Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	3
1.2 OBJETIVOS.....	5
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	6
II. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 ANTECEDENTES.....	7
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	11
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	19
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	21
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	21
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	21
3.3 PROCESOS REALIZADOS.....	24
IV. RESULTADOS.....	27
V. CONCLUSIONES.....	34
VI. RECOMENDACIONES.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
ANEXOS.....	38

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es la segunda enfermedad social infectocontagiosa responsable de producir mortalidad principalmente en adultos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima, que aproximadamente un tercio de la población mundial se encuentra infectada por el *Mycobacterium tuberculosis*. Así mismo la tuberculosis multidrogo resistente hoy en día es un gran problema de salud pública que enfrenta como obstáculo para su control, el abandono de tratamiento, que aumenta la morbimortalidad, expone a mayor contagio y genera resistencia bacteriana, afectando a la sociedad. Sin embargo la tuberculosis es una enfermedad curable, con un diagnóstico rápido y tratamiento oportuno, que resultan fundamentales para su control.

El presente informe tiene por finalidad evidenciar la evaluación y seguimiento que se realiza al paciente con diagnóstico de tuberculosis en la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la red de salud Cotabambas, Apurímac; y muestra mi experiencia profesional en esta materia a través de los VII capítulos que se detallan a continuación: El capítulo I describe del planteamiento del problema, el capítulo II incluye el marco teórico conceptual, el capítulo III considera la presentación de la experiencia profesional, el capítulo IV los resultados, el capítulo V las conclusiones, el capítulo VI las recomendaciones, el capítulo VII Referencias bibliográficas y un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Las Naciones Unidas adoptaron en el 2015 los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030, siendo una de sus metas el poner fin a la epidemia mundial de tuberculosis (TB). En la estrategia Fin a la Tuberculosis aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud (2014), se pide una reducción del 90% de las muertes por TB y una reducción del 80% en su tasa de incidencia para el 2030 (1). Para conseguirlo, la vigilancia epidemiológica es una herramienta que facilita la identificación de los problemas de salud en su dimensión individual (detección precoz, gestión del caso, susceptibles) y colectiva (diagnóstico de situación de salud y detección de nuevos riesgos), permitiendo diseñar estrategias para impedir la propagación de enfermedades y por otro planificar recursos que conlleven a elevar el estado de salud de la población un área geográfica determinada (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2016 se registraron alrededor del 87% de nuevos casos de tuberculosis; el mayor número de nuevos casos de tuberculosis se registró en Asia, a la que correspondió el 45%, seguida de África, con un 25% (3). Según una publicación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) La tuberculosis (TB) es un grave problema de salud

pública en la región de las Américas, donde se estiman 270,000 casos y 23,000 muertos cada año aproximadamente por esta enfermedad.

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 (AVISA), afectando principalmente a los estratos sociales más pobres de las grandes ciudades del país. Se evidencian más de 30,008 casos de TB Tasa de incidencia de 97 casos por 100 000 habitantes (4). 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% a 87% en incidencia y de 109,7% a 99,5% en morbilidad (5). En la provincia de Abancay, los distritos considerados de alto Riesgo para VIH/SIDA en el año 2010 fueron Tamburco, Abancay, Coyllurqui, y Huaquirca con antecedentes de contagio en áreas geográficas de alta prevalencia como Lima y Madre de Dios (6).

La Red de Salud Cotabambas cuenta con 03 Micro Redes, con 50 establecimientos de salud, y un hospital II-1 con 06 Municipalidades distritales; el distrito que cuenta con más casos de tuberculosis es la ciudad de Tambobamba capital de la Provincia de Cotabambas,

seguido del Distrito de Chualhuahuacho por la presencia de la Minera las Bambas. La provincia de Cotabambas (2014) contaba con una población de 52,414 habitantes contando con 10 casos de Tuberculosis frotis positivo haciendo una incidencia del 19.08%, en el 2015 contaba con una población de 52,716 habitantes contando con 05 casos de tuberculosis frotis positivo haciendo una incidencia del 9.48%, y el 2016 contaba con una población de 53,000 habitantes contando con 10 casos de Tuberculosis frotis positivo haciendo una incidencia del 18.87% .las personas afectadas por la Tuberculosis en la Red de Salud Cotabambas en un 99.9% es contagiada en la ciudad de Lima Arequipa Y puerto Maldonado quienes se desplazaron por motivos de trabajo. No contamos con casos de tuberculosis VH SIDA pero el distrito de Coyllurqui cuenta con casos de VH SIDA.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

Describir la experiencia profesional en la evaluación del paciente con diagnóstico de tuberculosis en la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis, red de salud Cotabambas-Apurímac, 2014-2016.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Nivel teórico: El presente trabajo permite conocer algunas características relacionadas con el diagnóstico de los pacientes con tuberculosis la red de salud Cotabambas – Apurímac, siendo un marco de referencia para nuevos estudios relacionados al tema.

Nivel práctico: La revisión y análisis de la información aquí detallada servirá para plantear estrategias que permitan proteger a la población vulnerable, así como tratar más efectivamente a los afectados por esta patología y favorecer su oportuno diagnóstico y pronta recuperación.

Nivel económico: La tuberculosis como problema de salud pública, principalmente a población económicamente activa, supone altos costo en el tratamiento y efectos sociofamiliares, que debemos enfrentar y reducir.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

LUNA y PICÓN (2017) investigaron sobre las "Características epidemiológicas de las personas con diagnóstico de tuberculosis multidrogo resistente atendida en el hospital santa rosa. Puerto Maldonado, 2010 – 2015, con el objetivo determinar cuáles son las características epidemiológicas de esta patología. Fue un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal; con una muestra no probabilística de 45 pacientes. Para la selección de datos se utilizó como técnica la observación documental y como instrumento la guía de verificación. Los resultados muestran que en el año 2013 se presentaron la mayoría de casos de tuberculosis multidrogo resistente (TMR) (33.3%), el más afectado fue el sexo masculino (64%) adulto (71%), con vivienda propia (60%). Contaban con pila intra domiciliara (60%), tenían baño en la vivienda (78%). La localización de la tuberculosis fue pulmonar en su totalidad, el esquema de tratamiento fue empírico 37.8%, la mayoría no tiene comorbilidades (68.9%), aunque los porcentajes menores presentan diabetes y VIH/Sida, el estado nutricional normal (68.9%), la mayoría no tiene reacción adversa al medicamento (84.4%), el examen de diagnóstico fue bacteriológico (95.6%), la mayoría no tuvieron contacto con pacientes tuberculosos (60%) y la condición de egreso

fue curado (75.6%). Concluye que los resultados difieren de la literatura, pues los pacientes no tienen bajo peso, viven en espacios adecuados en su mayoría no consumen sustancias nocivas, la mayoría no presentan patologías asociadas (7)

DÍAZ et al. (2014) publicaron un estudio sobre "valuación del diagnóstico de tuberculosis según indicador sintético de localización de casos" con el objetivo de evaluar el diagnóstico de la tuberculosis según el indicador sintético de localización de casos en proveedores de salud como método para la oportunidad en el diagnóstico de tuberculosis. Se realizó un estudio cuasi-experimental en el área de salud "Hermanos Cruz" del municipio Pinar del Río, donde se aplicó un indicador sintético de localización de casos para el diagnóstico de tuberculosis antes y después de la capacitación a usuarios internos del programa de tuberculosis en esta área de salud seleccionada. Resultados: después de aplicado el programa de capacitación, aumentó el número de casos diagnosticados, cambiando las categorías de deficiente a aceptable según establece el indicador sintético de localización de casos. Conclusiones: se demostró que el programa de capacitación vertebado sobre la base del indicador sintético de localización de casos para el diagnóstico de tuberculosis constituyó una herramienta epidemiológica para mejorar la oportunidad en el diagnóstico de la enfermedad (8).

CABRERA (2017) investigo sobre "Factores asociados a riesgo de Multidrogorresistencia en pacientes con Tuberculosis Pulmonar no adherentes al tratamiento" Objetivos: Determinar los factores que están asociados a riesgo de multidrogorresistencia en pacientes con tuberculosis pulmonares no adherentes al tratamiento en el Hospital Belén de Trujillo 2012-2016. Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 216 pacientes adultos; quienes se dividieron en 2 grupos: 72 pacientes con tuberculosis multidrogorresistente (casos) y 144 con no MDR (controles). Se recolectaron los datos directamente de las historias clínicas con el uso de una ficha elaborada por el autor. Resultados: Se encontró que la desnutrición es un factor asociado a riesgo de tuberculosis MDR con OR = 7,277 (IC: 95%, [3,586 - 14,767]) el cual fue significativo ($p < 0,05$). La toma de dosis incompletas mostró un OR = 3,74 (IC: 95%, [1,81 - 7,71]) y también tuvo significancia estadística ($p < 0,05$). Conclusiones: La mayor fuerza de asociación para el desarrollo de Multidrogorresistencia corresponde a la desnutrición. Además la toma de dosis incompleta y la infección por VIH son también factores asociados a riesgo de TBCMDR en pacientes con tuberculosis pulmonar no adherente al tratamiento. (9)

LIBÓN (2017) investigo sobre “Factores de Riesgo para desarrollo de tuberculosis multidrogorresistente en pacientes del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, de junio de 2015 a junio de 2016” Objetivo: Determinar los factores de riesgo para el desarrollo de tuberculosis multidrogorresistente (TBC-MDR) en pacientes del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, de junio de 2015 a junio de 2016. Materiales y métodos: Estudio observacional, analítico, longitudinal, retrospectivo, comparativo de casos y controles. La muestra fue de 120 pacientes diagnosticados con tuberculosis en el Programa de Control de la Tuberculosis en el Hospital Nacional “Dos de Mayo”, de junio de 2015 a junio de 2016, de los cuales 40 fueron casos y 80, controles. Se realizó un análisis bivariado, usando el software IBM SPSS Statistics versión 24. En él, se cruzaron las variables edad, sexo, ocupación, contacto con TBC-MDR, antecedente de tratamiento antituberculoso, presencia de comorbilidad, co-infección con VIH e IMC; utilizando X² y la medida de asociación odds ratio. Resultados: Se encontró que el contacto con TBC-MDR, el antecedente de tratamiento antituberculoso, la presencia de alguna comorbilidad, la co-infección con VIH y la desnutrición son factores de riesgo para el desarrollo de TBC-MDR. Por otro lado, no se pudo establecer la edad menor a 40 años, el sexo masculino o el desempleo como factores de riesgo. Conclusión: Hay una serie de factores de riesgo para el desarrollo de tuberculosis multidrogorresistente que son

manejables, por lo que se podrían establecer nuevos programas o estrategias a fin de evitar, o de no ser posible, asegurar el correcto manejo de estos factores, lo que podría ayudar a frenar el incremento de casos que se ha visto en los últimos años. (10)

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 TUBERCULOSIS

Es una enfermedad infecciosa causada, en la mayoría de casos, por una bacteria denominada *Mycobacterium tuberculosis*. Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio pacientes con enfermedad pulmonar activa, y se diseminan desde su ubicación inicial en los pulmones hasta otras partes del cuerpo vía el torrente sanguíneo, el sistema linfático, las vías aéreas o por extensión directa a otros órganos (13). La infección suele ser asintomática en personas sanas. Los síntomas de la tuberculosis pulmonar activa son: tos, a veces con esputo que puede ser sanguinolento, dolor torácico, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna (12).

a) Clasificación según localización anatómica

- **Tuberculosis pulmonar (TBP):** implica el parénquima pulmonar o el árbol traqueo bronquial. La TB miliar se clasifica

como TBP porque hay lesiones en los pulmones. Las linfadenopatías tuberculosas intratorácicas (mediastínicas y/o hiliares) o derrame pleural tuberculoso, sin alteraciones radiológicas, constituye un caso de TB extrapulmonar. Un paciente con TB pulmonar y extrapulmonar debe clasificarse como un caso de TBP.

- **Tuberculosis extrapulmonar (TBE):** caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de TB que involucra otros órganos que no sean los pulmones, por ejemplo: pleura, ganglios linfáticos, abdomen, tracto genitourinario, piel, articulaciones, huesos y meninges.

b) Clasificación según historia de tratamiento

- **Pacientes nuevos:** nunca han sido tratados por TB o que han recibido medicamentos anti TB por menos de un mes.
- **Pacientes previamente tratados:** han recibido 1 mes o más de los medicamentos anti-TB en el pasado. Se clasifican además por los resultados de su más reciente ciclo de tratamiento de la siguiente manera:
 - *Pacientes con recaída:* fueron declarados curados o tratamiento completo al final de su último ciclo de tratamiento, y ahora son diagnosticados con un episodio

recurrente de TB (ya sea una verdadera recaída o un nuevo episodio de TB causado por reinfección).

- *Pacientes con tratamiento después de fracaso:* previamente tratados por TB y su tratamiento fracasó al final de su más reciente curso de tratamiento.
 - *Pacientes con tratamiento después de pérdida al seguimiento:* tratados previamente por TB y declarados pérdida al seguimiento al final de su tratamiento más reciente. (pacientes tratados después de abandono).
- **Pacientes con historia desconocida de tratamientos previos por TB** no encajan en ninguna de las categorías mencionadas anteriormente

2.2.2 DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS

El primer paso en el diagnóstico de la TB es reconocer, a través de la detección, que el paciente está en una situación de riesgo por lo cual es necesario agilizar las pruebas de laboratorio (11). Considerar que el retraso en el diagnóstico de TBC es probablemente un contribuyente importante de la mortalidad elevada.

Las directrices para la detección y diagnóstico de paciente con Tuberculosis a nivel nacional están desarrolladas en la Norma

Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis. Las mismas que serán descritas a continuación (12).

a) Detección de casos

Actividad orientada a identificar precozmente a las personas con tuberculosis. Se realizará permanentemente a través de la identificación y examen inmediato de los sintomáticos respiratorios (S.R.) detectados.

La detección del S.R. se realizará obligatoria y permanentemente en todos los establecimientos de salud, en la demanda de las atenciones en mayores de 15 años. Esta actividad es responsabilidad del profesional de enfermería en coordinación permanente con el equipo multidisciplinario de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT), y su cumplimiento es responsabilidad de todos los trabajadores del establecimiento de salud.

- **Número de muestras y momento de la recolección:** Se recomienda analizar dos muestras de cada S.R., la primera debe obtenerse en el momento de la consulta y la segunda al día siguiente en la mañana. La recepción se realizará durante todo el horario de atención del establecimiento de salud y no se deberá rechazar ninguna muestra.

- **Detección de S.R. en los Servicios de Emergencia:** Los establecimientos de salud (hospitales y centros de salud) que atienden las 24 horas del día, deberán implementar la identificación y la detección de S.R. en el servicio de emergencia, el mismo que funcionará como una Unidad Recolectora de Muestras (U.R.M.), debiendo entregar las muestras recolectadas durante el turno correspondiente, al laboratorio que habitualmente procesa baciloscopías.

- **Detección en grupos de alto riesgo:**
 - *Poblaciones cerradas:* penales, asilos de ancianos, hospitales psiquiátricos, centros de rehabilitación para fármaco dependientes, salas de hospitalización y otras poblaciones vulnerables (Indígena, aislamiento voluntario, zonas de frontera).
 - Poblaciones que se encuentran en Áreas de Elevado Riesgo de Transmisión de Tuberculosis (AERTs)
 - *Contactos* (intra y extradomiciliario).
 - *Personal de salud y estudiantes de ciencias de la salud.*
 - *Inmunocomprometidos:* infectados por VIH, tratamiento inmunosupresor, enfermedades neoplásicas. diabéticos.

- *Población con comportamiento de riesgo:* alcoholismo, drogadicción, delincuencia. Las estrategias a emplear para estas áreas, serán de acuerdo a la realidad local.

b) Diagnóstico de casos

La herramienta fundamental para el diagnóstico de caso de TB es la bacteriología (Baciloscopía y Cultivo).

- **Baciloscopía:** El informe de los resultados pueden ser
 - Negativo (-): No se encuentra bacilos ácido alcohol resistente (BAAR) en 100 campos microscópicos.
 - Positivo (+): Menos de 1 BAAR promedio por campo en 100 campos observados (10-99 bacilos en 100 campos).
 - 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.
- **Cultivo:** Método bacteriológico más sensible y específico para detectar la presencia de *Mycobacterium tuberculosis* y otras microbacterias. Aporta de 20 a 25% casos más a lo diagnosticado por baciloscopía.

En situaciones donde estos estudios no sean concluyentes será necesario realizar el seguimiento diagnóstico según protocolo, utilizando criterios como: Clínico, epidemiológico, diagnóstico por imágenes, inmunológico, y anatomopatológico.

Toda persona con diagnóstico de TB previa consejería y aceptación se deberá realizar la prueba de diagnóstico para VIH.

Dentro de los casos de tuberculosis, que se refiere a la persona con diagnóstico con o sin confirmación bacteriológica, y desde el punto de vista epidemiológico, adquieren especial prioridad los enfermos con TB pulmonar frotis positivo por constituir la principal fuente de transmisión. A continuación se pueden apreciar los principales casos de Tuberculosis que pueden presentarse:

- **Caso de TB pulmonar con frotis positivo (TBP-FP):** Es el caso de TB Pulmonar, que tienen confirmación a través del frotis directo positivo.
- **Caso de TB pulmonar cultivo positivo (TBP-CP):** Luego del seguimiento diagnóstico se ha demostrado la presencia de *Mycobacterium tuberculosis* en cultivo, teniendo baciloscopías negativas. Responsabilidad exclusiva del médico.
- **Caso de tuberculosis pulmonar con BK (-) y cultivo (-):** Realizado el seguimiento diagnóstico con bacteriología negativa, se decide iniciar tratamiento antituberculoso por otros

criterios (clínico, epidemiológico, diagnóstico por imágenes, inmunológico, anatomopatológico).

- **Caso de Tuberculosis Extra Pulmonar:** Es el caso a quien se diagnostica tuberculosis en otro(s) órgano(s) que no sean los pulmones. Las formas más frecuentes en nuestro país son: pleural, ganglionar e intestinal. El líquido obtenido se remitirá para estudio bacteriológico (baciloscopía y cultivo) con la Biopsia obtenida enviar una muestra conservada en suero fisiológico, y la segunda muestra, conservada en formol, para estudio anatomopatológico. En las personas con TB extrapulmonar que son S.R., solicitar además baciloscopía y cultivo de esputo, para descartar TB pulmonar. Los casos de TB Pulmonar Frotis Positivo más TB extrapulmonar, serán notificados como TB Pulmonar en el informe operacional.
- **Caso de TB Multidrogo-resistente (TB MDR):** Ocasionada por bacilos mutidrogosresistentes, es decir, bacilos resistentes a por lo menos Isoniacida y Rifampicina.
- **Caso de Tuberculosis Infantil:** Es la persona menor de 15 años diagnosticada con TB y a quien se decide iniciar un tratamiento antituberculoso. El diagnóstico se efectuará según los siguientes criterios: epidemiológico, clínico, inmunológico, radiológico, y bacteriológico.

c) Seguimiento Diagnóstico

El diagnóstico de TB pulmonar en el adulto, se realiza fundamentalmente por el examen baciloscópico de dos muestras de esputo en el sintomático respiratorio. Sin embargo, existen S.R. frotis negativo sospechosos de TB, definiéndolo como aquel S.R. con dos baciloscopías negativas, que tienen síntomas, signos clínicos y/o imágenes radiológicas sugestivas de tuberculosis (Rayos X anormal). El seguimiento diagnóstico consiste en:

- Al S.R. BK (-) sospechoso de tuberculosis, se le solicitará dos baciloscopías más en forma inmediata a la consulta del médico tratante.
- De persistir la baciloscopía negativa en las muestras de esputo registradas como: Rayos X Anormal; el laboratorista procederá a enviar inmediatamente la 2ª. Muestra negativa al laboratorio intermedio de su ámbito jurisdiccional, para el cultivo de *Mycobacterium tuberculosis*.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Baciloscopía:** Es la herramienta fundamental rutinaria para el diagnóstico de la tuberculosis y para el seguimiento del tratamiento de los pacientes con esta enfermedad.

- **Definición de caso:** Caso de tuberculosis, es toda persona a la que se diagnostica tuberculosis, con o sin confirmación bacteriológica y a quien se decide indicar y administrar un tratamiento antituberculoso.
- **Diagnóstico de enfermedad tuberculosa:** El diagnóstico de la enfermedad tuberculosa es microbiológico. Requiere el aislamiento y cultivo de MT en muestras biológicas. El contexto clínico y los hallazgos radiológicos y analíticos pueden hacer sospechar el diagnóstico y poner en marcha los procedimientos para la obtención de muestras adecuadas para el diagnóstico bacteriológico.
- **Evaluación:** Valoración de conocimientos, actitud y rendimiento de una persona o de un servicio.
- **Seguimiento:** Observación minuciosa de la evolución y desarrollo de un proceso.
- **Sintomático Respiratorio (S.R.):** Es toda persona que presenta tos con expectoración por más de 15 días.
- **S.R. Identificado (S.R.I):** Es la persona detectada e inscrita en el Libro de Registro de Sintomáticos Respiratorios.
- **S.R. Examinado (S.R.Ex):** Es el S.R. al que se le realiza uno o más baciloscopías de esputo.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos del presente informe se utilizó la técnica de revisión documentaria, para lo cual se revisaron los informes anuales de, los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio. Así mismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

- Se solicitó la autorización respectiva al jefe de la Red.
- La recolección de datos se realizara en la coordinación de ESPCTB y la oficina de estadística de la Red.
- El procesamiento de datos se realizara a través del Excel.
- Los resultados se mostraran mediante tablas y gráficos, para su posterior análisis e interpretación

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

▪ Recuento de la Experiencia Profesional

Lic. en Enfermería con título profesional del 10 de Diciembre del 2009 en la universidad Tecnológica de los Andes de Abancay departamento de Apurímac.

El SERUMS lo realice en el Centro de Salud Villagloria del 01 de junio del 2009 al 31 de mayo del 2010.

Trabaje como directora de Capacitación en la dirección Regional de Salud de Apurímac del 02 de enero al 08 de abril del 2011.

Trabaje como directora de Participación Comunitaria en la Dirección Regional de Apurímac del 06 de abril al 30 de Junio del 2011

Y trabajo desde el 01 de Junio del 2012 a la fecha en la Red de Salud Cotabambas:

El 2012 como coordinadora de Promoción de la Salud de la Red de Salud Cotabambas.

Finalmente, desde el 2013 a la fecha como coordinadora de la Estrategia sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Red de Salud Cotabambas

▪ **Funciones desarrolladas en la actualidad**

a) Área Administrativa

Las funciones que me corresponde realizar como coordinadora de la estrategia de Tuberculosis es el monitoreo y la evaluación, tengo que monitorear el proceso de realización de las actividades programadas y cumplimiento de metas de las

actividades sustantivas de gestión capacitación , logística y de prestación de servicios diagnóstico y tratamiento en la cantidad y calidad que han sido programadas , y el monitoreo lo realizo mediante visitas a los establecimientos de Salud priorizando los centros lo cual me permite vigilar alertar a la gestión del programa conociendo dificultades u obstáculos que impiden la ejecución de las actividades, por otro lado evaluar el progreso logrado en la ejecución y la evaluación del programa que me permite aumentar la eficiencia del personal de salud dentro de su ámbito laboral, es una extensión de la capacitación que tiene por objetivo aumentar el conocimiento, perfeccionar las habilidades y mejorar la actitud y fortalecer la motivación del personal de salud , mediante la evaluación que se realiza se mide los logros programáticos y epidemiológicos en forma periódica, trimestral, semestral o anual, midiendo de esta manera de cuando en cuando y haciendo un corte en el tiempo y mirar los resultados de un proceso.

El proceso de evaluación lo realizo a través de:

La revisión de los registros de los establecimientos de salud en forma regular (historias, registro de sintomáticos, medicamentos) recopilar información y formular indicadores, analizar algunos indicadores esenciales relacionados con la detección de casos, tratamiento de tuberculosis, calidad de

atención y trabajo en laboratorio y así poder identificar éxitos, retos y deficiencias, y una vez obtenidos los resultados del análisis de deben aplicar medidas para mejorar la situación encontrada y hacer un seguimiento y evaluación de las actividades proporcionando alternativas de solución.

3.3 PROCESOS REALIZADOS

El objetivo de mi labor es mejorar e incrementar la detección de sintomáticos respiratorios y evitar los abandonos. Para lo cual se realizar una serie de procesos:

Para evitar el abandono:

- Seguimiento de casos.
- Visitas domiciliarias.
- Se brinda información personalizada sobre la enfermedad, su tratamiento y Apoyo emocional con el paciente y la familia.
- Capacitación continua al personal de salud sobre las estrategias de control de la tuberculosis y firma de acta de compromiso sobre la atención domiciliaria a los casos de TB.
- Diseñar e implementar estrategias de atención, capacitación, integradas en los servicios con participación comunitaria y escolar adecuada a un contexto sociocultural diverso.

- Capacitar a voluntarios de salud y promotores escolares de escuelas promotoras en DOTS comunitario.
- Diseñar y elaborar material para la capacitación, difusión y promoción de la Tuberculosis de acuerdo a las características de la comunidad.
- Elaboración de material informativo sobre promoción del programa de Control de Tuberculosis, para lo cual realizaron concursos con los chicos de las escuelas. Además de colocar los carteles de información sobre el Programa de Control de Tuberculosis y firmar actas de compromisos con los establecimientos de referencia de los sintomáticos respiratorios a las unidades operativas.

Avance:

- Empoderamiento del personal de salud del área.
- Se han referido y acompañado a los Sintomáticos Respiratorios a las unidades operativas para su valoración y realización de exámenes bacteriológicos.
- Material informativo sobre la necesidad de acercarse a los centros de salud en caso de tener tos y expectoración por más de quince días, distribuidos a través de las farmacias del área y los centros educativos.

- **Innovaciones – Aportes**

- Reuniones semanales con el equipo multidisciplinario de Tuberculosis en los establecimientos de salud IV y hospital.
- Capacitación al personal de salud sobre infecciones hospitalarias

- **Limitaciones para el Desempeño Profesional**

- Una de las limitaciones para la atención al paciente con tuberculosis en la Red Salud Cotabambas es no se cuenta con un médico Consultor por la permanencia eventual de los médicos por la distancia.
- No se cuenta con un radiólogo para la toma de RX a los pacientes con Tuberculosis solo se cuenta con el personal técnico capacitado.
- Los establecimientos de Salud no cuentan con una unidad recolectora de Muestra y modulo para dar tratamiento al paciente con Tuberculosis.

IV. RESULTADOS

CUADRO N° 4.1
DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO
DE TUBERCULOSIS EN LA RED DE SALUD COTABAMBAS –
APURÍMAC, 2014 - 2016

SEXO	2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N°	%
Femenino	10	42%	6	46%	5	24%
Masculino	14	58%	7	54%	16	76%
Total	24	100%	13	100%	21	100%

Fuente: Elaboración propia

En el cuadro 4.1 se evidencia que en los casos de tuberculosis la mayor incidencia se da en el sexo masculino entre el 2014 y 2015, siendo superior al 50%, y al 2016 superior al 70%.

Lo que puede deberse a que principalmente los varones son quienes trabajan, y por mayor remuneración económica salen a trabajar a otros lugares como la selva, frecuentemente labora el puerto Maldonado, o en la Mineras aledañas.

CUADRO N° 4.2
DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO
DE TUBERCULOSIS EN LA RED DE SALUD COTABAMBAS –
APURÍMAC, 2014 - 2016

EDAD	2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N°	%
<15 años	9	38%	1	8%	4	19%
15 - 19 años	3	13%	1	8%	1	5%
20 - 59 años	10	42%	11	84%	14	67%
60 años a más	2	8%	0	0%	2	10%
Total	24	100%	13	100%	21	100%

Fuente: Elaboración propia

El cuadro 4.2 evidencia la distribución de casos de tuberculosis según la edad de los pacientes, presentándose más casos en la población entre los 20 y 59 años con un 42% y un 67% entre el 2014 y 2016 respectivamente.

Probablemente se deba a que esta población, en una edad productiva, son los que más laboran, y se contagian al salir a trabajar en otras zonas.

CUADRO N° 4.3
BACTERIOLOGÍA INICIAL DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO
DE TUBERCULOSIS EN LA RED DE SALUD COTABAMBAS –
APURÍMAC, 2014 - 2016

BACTERIOLOGÍA		2014		2015		2016	
		N°	%	N°	%	N°	%
BK	(+)	1	4%	1	8%	4	19%
	(++)	3	13%	1	8%	3	14%
	(+++)	7	29%	3	25%	4	19%
	(-)	13	54%	7	58%	10	48%
Cultivo (+)		0	0%	0	0%	2	8%
Total		24	100%	12	100%	21	100%

Fuente: Elaboración propia

En el cuadro 4.3 podemos apreciar los casos diagnosticados a través de bacteriología. Evidenciando que la baciloscopia es la más utilizada, y es más frecuente el hallazgo de positivo en tres cruces (+++), lo que significa mayor potencial de contagio. Esto se evidencia porque las personas se acercan al centro de salud para la evaluación y diagnóstico cuando los síntomas son más severos.

Así mismo el cultivo es la prueba menos utilizada, pero diagnóstico en el 2016 a dos casos, la misma que se da cuando las baciloscopias dan negativo (-), sugiriendo tuberculosis extrapulmonar.

CUADRO N° 4.4

**TIPO DE TB Y CONDICIÓN DE INGRESO DE LOS PACIENTES DE LA
RED DE SALUD COTABAMBAS – APURÍMAC, 2014 - 2016**

TIPO		2014		2015		2016	
		N°	%	N°	%	N°	%
TB Pulmonar nuevo		24	100%	7	58%	21	100%
Extra pulmonar nuevo	Pleura	0	0%	2	17%	0	0%
	Cerebro	0	0%	1	8%	0	0%
	Peritoneal	0	0%	1	8%	0	0%
	Ósea	0	0%	1	8%	0	0%
	Testículo	0	0%	1	8%	0	0%
Total		24	100%	13	108%	21	100%

Fuente: Elaboración propia

En el cuadro 4.4 puede evidenciarse claramente que los mayores casos de Tuberculosis son pulmonares siendo del 100% en el 2014 y en el 2016; sin embargo, en el 2015 se ven casos de tuberculosis extra pulmonar.

CUADRO N° 4.5
COMORBILIDAD DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
TUBERCULOSIS EN LA RED DE SALUD COTABAMBAS –
APURÍMAC, 2014 - 2016

COMORBILIDAD		2014		2015		2016	
		N°	%	N°	%	N°	%
Presencia	Peritonitis	0	0%	1	8%	0	0%
	Sífilis	0	0%	0	0%	1	5%
	Malaria	0	0%	0	0%	1	5%
	Enfermedad cardíaca	0	0%	0	0%	1	5%
	Insuficiencia renal	0	0%	0	0%	1	5%
	Infección urinaria	0	0%	0	0%	1	5%
	Limitación física	0	0%	1	8%	0	0%
Ausencia		24	100%	11	85%	16	76%
Total		24	100%	13	100%	21	100%

Fuente: Elaboración propia

En el cuadro 4.5 se aprecia que los casos de comorbilidad han aumentado a través de los años, siendo superior en el 2016 con un 24%.

CUADRO N° 4.6
CAPTACIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS EN LA RED DE
SALUD COTABAMBAS – APURÍMAC, 2014 - 2016

SEXO	2014	2015	2015
Atenciones > 15 años	25,315	34,507	36,347
Sintomáticos esperados (5%)	1,266	1,725	1,817
Sintomáticos examinados	236	710	1,608
% de sintomáticos examinados	18,64%	41,16%	88,50%

Fuente: Elaboración propia

Se evidencia que la población asignada para la estrategia se ha incrementado a través de los años, incrementando a su vez los casos de sintomáticos respiratorio esperados. Se puede apreciar que se ha incrementado la captación de sintomáticos respiratorios en 69,86% entre el 2014 y el 2016, evidenciando el arduo trabajo del profesional de enfermería.

CUADRO N° 4.7
VISITAS DOMICILIARIAS REALIZADAS A LOS PACIENTES CON
TUBERCULOSIS EN LA RED DE SALUD COTABAMBAS –
APURÍMAC, 2014 - 2016

SEXO	2014	2015	2015
Total de pacientes diagnosticados	24	13	21
Total de visitas domiciliarias	24	13	21
% de visitas ejecutadas	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia

En el cuadro 4.7 se evidencia el éxito de visitas domiciliarias realizadas en los pacientes diagnosticados con tuberculosis, ya que se realizaron visitas a todos los pacientes diagnosticados.

V. CONCLUSIONES

- a) La población principalmente afectada son los varones en edad productiva, diagnosticados en tres cruces; así mismo los casos de tuberculosis pulmonar son mayores y han aumentado los casos de comorbilidad a la fecha.
- b) Es fundamental contar con todos los recursos humanos y materiales que favorezcan un adecuado diagnóstico y tratamiento al paciente que acude al establecimiento.
- c) La experiencia profesional y los conocimientos permiten que los profesionales responsables de la captación y sensibilización de los pacientes con tuberculosis, desarrollen sus capacidades críticas, analíticas y creativas para brindar una atención de calidad eficiente, oportuna y segura; garantizando un adecuado tratamiento y recuperación.

VI. RECOMENDACIONES

- a. A los profesionales de enfermería, implementar un programa educativo a pacientes con Tuberculosis y la familia enfatizando el tratamiento supervisado y cambios en su estilo de vida.
- b. A los establecimientos de salud, adecuar los ambientes para la recolección de muestra y para brindar tratamiento en un lugar adecuado a fin de mejorar la calidad de atención del paciente con Tuberculosis.
- c. A la Red de Salud, capacitar al personal de salud para el manejo del paciente con Tuberculosis y la atención integral; así mismo, motivar al personal de salud en mejorar su actitud frente al paciente con Tuberculosis con el fin de mejorar en el actuar en forma oportuna aplicando nuestros conocimientos científicos.

VII. REFERENCIALES

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la tuberculosis 2016 - Sinopsis. [Online].; 2016 [cited 2017 Oct 25]. Available from: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2016_executive_summary_es.pdf?ua=1.
2. García C. Vigilancia epidemiológica en salud. AMC. 2013 [Internet] Dic [citado 2017 Oct 31]; 17(3): p. 784-805. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v17n6/amc130613.pdf>.
3. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa: Tuberculosis. [Online].; 2017 [cited 2017 Nov 1]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
4. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Control de la Tuberculosis en Grandes Ciudades de Latinoamérica y el Caribe Lecciones aprendidas Washington; 2017.
5. Alarcón V, et al. Tuberculosis en el Perú: situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. Rev. perú. med. exp. salud publica. 2017; 34(2): p. 293-298.
6. Dirección Regional de Salud Apurímac. Análisis de situación de salud regional. Biblioteca virtual de desarrollo sostenible y salud ambiental. [Online].; 2011 [cited 2017 Oct 3]. Available from: <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/asis-regiones/Apurimac/Apurimac2011.pdf>
7. Luna AJ, Picón LM. Características epidemiológicas de las personas con diagnóstico de tuberculosis multidrogo resistente atendidas en el hospital santa rosa. puerto maldonado, 2010-2015. [Tesis de grado].

Puerto Maldonado: Universidad Nacional Amazónica de Madre de Dios, Facultad Ciencias de la Salud; 2017.

8. Díaz DY, Hernández MI, Rodríguez LA, Casanova MdIC. Evaluación del diagnóstico de tuberculosis según indicador sintético de localización de casos. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2014 Jun [citado 2017 Oct 03] ; 18(3): p. 401-413. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000300005&lng=es.
9. Cabrera Cruzado C. Factores Asociados A Riesgo De Multidrogorresistencia En Pacientes Con Tuberculosis Pulmonar No Adherentes Al Tratamiento. [Tesis de grado]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, La libertad; 2017.
10. Libón Fernando Y. Factores de Riesgo para desarrollo de tuberculosis multidrogorresistente en pacientes del Hospital Nacional "Dos de Mayo", de junio de 2015 a junio de 2016. [Tesis de grado]. Lima : Universidad Ricardo Palma , Lima ; 2017.

ANEXOS

ANEXO 3
EVIDENCIAS DE LA EXPERIENCIA LABORAL

Fig. 1
Capacitación a los profesionales de salud



Fig. 2
Capacitación a agentes comunitarios



Fig. 3

Capacitación a agentes comunitarios



Fig. 4

Capacitación a agentes comunitarios

