

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ESTRATEGIA DE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN EL CENTRO
DE SALUD EL OBRERO, SULLANA-PIURA, 2015 – 2017**

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

VASQUEZ CALERO RAQUEL

**Callao, 2018
PERÚ**

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: 281

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

Resolución Decanato N° 983-2018-D/FCS de fecha 12 de Abril del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	9
2.3 Definición de Términos	20
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	22
3.1 Recolección de Datos	22
3.2 Experiencia Profesional	23
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	25
IV. RESULTADOS	29
V. CONCLUSIONES	37
VI. RECOMENDACIONES	38
VII. REFERENCIALES	39

INTRODUCCIÓN

El presente informe titulado “Intervención de enfermería en la estrategia de prevención y control de la tuberculosis en el Centro de Salud El Obrero Sullana – Piura, 2015 – 2017” tiene como objetivo describir la experiencia profesional en el cuidado de enfermería al paciente afectado por la enfermera perteneciente a la red salud Luciano Castillo Colonma.

Actualmente se registraron 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,7 millones murieron por esta enfermedad (entre ellos, 0,4 millones de personas con VIH). Más del 95% de las muertes por tuberculosis se producen en países de ingresos bajos y medianos. Debido a que tuberculosis es una de las enfermedades más frecuentes, y una de las principales causas de muertes de la población, cada día es más notorio el impacto a la atención a las personas con tuberculosis, siendo esencial la educación en su abordaje terapéutico, intervención primordial, que ejerce el profesional de enfermería como cuidadores y educadores en salud. En la base inicial de la intervención, se plantea que la persona contagiada con la tuberculosis alcance conocimientos básicos sobre la enfermedad creando un clima de interés y una buena acogida; luego, la intervención es orientada principalmente hacia el estilo de vida saludable, una buena alimentación y la actividad física, logrando que la persona con tuberculosis se cure de su enfermedad.

Mediante un relato descriptivo, retrospectivo se presentaron las características y eventos ocurridos durante la atención de pacientes con tuberculosis que asistieron durante su tratamiento en la estrategia de prevención y control de la tuberculosis del C.S El Obrero durante los años 2015- 2017. El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: **El capítulo I:** describe del 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, **capítulo IV :** resultados ; **capítulo V :** conclusiones, **capítulo VI** las conclusiones y el **capítulo VII** Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

La tuberculosis es una enfermedad causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones y a diferentes órganos. Es curable y prevenible. La tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo. En 2016, 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,7 millones murieron por esta enfermedad (entre ellos, 0,4 millones de personas con VIH). Más del 95% de las muertes por tuberculosis se producen en países de ingresos bajos y medianos. Siete países acaparan el 64% de la mortalidad total; encabeza esta triste lista la India, seguida de Indonesia, China, Filipinas, el Pakistán, Nigeria y Sudáfrica. Se estima que en 2016 enfermaron de tuberculosis un millón de niños y que 250 000 niños murieron debido a esta causa (incluidos los niños con tuberculosis asociada al VIH).

La tuberculosis es una de las causas principales de defunción en las personas VIH-positivas: en 2016, el 40% de las muertes asociadas al VIH se debieron a la tuberculosis.

La tuberculosis multirresistente (TB-MDR) sigue constituyendo una crisis de salud pública y una amenaza para la seguridad sanitaria. Según las estimaciones de la OMS, hubo 600 000 nuevos casos de

resistencia a la rifampicina (el fármaco de primera línea más eficaz), 490 000 de los cuales padecían TB-MDR.

La incidencia mundial de la TB está disminuyendo en aproximadamente un 2% al año, ritmo que habría que acelerar al 4–5% anual si se quieren alcanzar las metas fijadas para 2020 en la Estrategia Fin a la Tuberculosis. Se estima que entre 2000 y 2016 se salvaron 53 millones de vidas gracias a la dispensación de servicios de diagnóstico y tratamiento contra la tuberculosis. Acabar para 2030 con la epidemia de tuberculosis es una de las metas relacionadas con la salud incluidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible adoptados en 2015

1.2 Objetivos

Describir la experiencia profesional en Intervención de enfermería en la estrategia de prevención y control de la tuberculosis en el centro de salud el obrero, Sullana – Piura 2015-2017.

1.3 Justificación

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería que se deben tener con los pacientes afectados con tuberculosis que acuden al centro de salud del obrero en el periodo 2015-2017, con el propósito de disminuir múltiples complicaciones

y el ingreso del paciente al nosocomio así mismo, el presente informe se justifica.

Nivel teórico:

El presente informe tiene como propósito proporcionar información actualizada y relevante sobre nivel de conocimientos que tienen los pacientes que asisten a la ESN-PCT, sobre tuberculosis, de tal forma que la enfermera, personal de salud encargada de la Estrategia fortalezca la función educativa como acción preventivo promocional para modificar conocimientos y como consecuencia fomentar comportamientos saludables y generar entornos saludables en la población de tal forma que les permita tomar conciencia acerca del cumplimiento del tratamiento y/o aplicación de las medidas preventivas de la Tuberculosis.

Nivel metodológico:

El presente informe es importante a nivel metodológico ya que lograra precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de enfermería al establecer los cuidados necesarios en pacientes afectados por tuberculosis.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

BAUTISTA R. y colaboradores en Colombia 2013, realizaron un estudio sobre “Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad de los familiares de pacientes con tuberculosis”. Plantearon los siguientes objetivos: Identificar el nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad que tienen los familiares de los pacientes. Los Materiales y Métodos: Se realizó investigación cuantitativa, de tipo descriptivo transversal, con una muestra de 96 familias pertenecientes. Los resultados y conclusiones son las siguientes. “los familiares de los pacientes de la Clínica San José tiene un conocimiento regular en un 66% frente a las medidas de bioseguridad y un 70% de aplicación deficiente frente a estas. Conclusión. Se identificó que las principales medidas de bioseguridad, como métodos de barrera, eliminación adecuada del material contaminado, manejo adecuado de los alimentos, lavado de manos no están siendo aplicadas correctamente por los familiares de los 1 2 15 pacientes, convirtiéndose estas situaciones en un factor de riesgo para las familias como aumentar los contagios en esta población” (6).

VILLENA. En el año 2011, realizó un estudio con respecto a "Relación de conocimientos y actitud en los familiares de los pacientes con tuberculosis, Red Lambayeque 2011". Cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes de los familiares en la atención a las personas con tuberculosis en la Red Lambayeque durante el año 2011. La investigación fue de tipo cuantitativo, transversal con diseño correlacional, incluyendo en ella 40 familias, los mismos que se seleccionaron por conveniencia, dando como resultado que el 5% de los familiares presentaron un buen conocimiento en medidas preventivas y seguimiento al tratamiento de tuberculosis, el 75% tuvo conocimiento regular en el área de detección y diagnóstico y 20% de muestras de desconocimiento total; en lo relacionado a actitudes frente a los familiares un 87,5% presentó actitud favorable, específicamente en el componente afectivo en escuchar y ayudar en el tratamiento individualizado y el 12,7% tuvo una actitud desfavorable.

2.2 Marco Conceptual

HISTORIA NATURAL DE LA TUBERCULOSIS

Entendemos como historia natural a la serie de acontecimientos que ocurren en el organismo humano entre la acción secuencial de las

Nivel Social:

El informe beneficiara a los pacientes afectados por la tuberculosis en atención en la consulta externa, exámenes de laboratorio que serán de fundamental importancia para desempeñar con éxito la labor en el servicio ESN-PCT y brindar una excelente atención.

Nivel Económico:

Considerando que la tuberculosis es un grave problema de salud pública a nivel mundial por su alta prevalencia. Este problema se agrava por la exposición a las complicaciones de los pacientes de acuerdo con sus resultados de laboratorio ya que se alarga su proceso de recuperación lo que ocasiona problemas económicos y sociales. Es fundamental por ello, una buena educación y un cuidado de calidad por parte del profesional de enfermería, el mismo que será fortalecido a través de este documento.

transportadas hasta los ganglios linfáticos regionales y por vía hemática al resto del organismo. Pocos días después de la infección se pone en marcha la inmunidad celular que frena la multiplicación de los bacilos y que es capaz de evitar la enfermedad en el 85-90% de los individuos (en este momento es cuando la prueba de la tuberculina se positiviza).

PERIODO CLÍNICO

Es el periodo comprendido entre la aparición de signos o síntomas en las personas infectadas hasta que se produce el desenlace de esa enfermedad.

Alrededor del 5% de los pacientes infectados por *M.tuberculosis* complex desarrolla enfermedad durante el primer año, y entre un 5-10% la desarrolla en una fase posterior. Los signos y síntomas clínicos de la tuberculosis son el reflejo de la localización de la infección y la enfermedad primaria normalmente se restringe a las vías respiratorias inferiores. Los pacientes suelen tener síntomas inespecíficos como malestar general, adelgazamiento, tos y sudoración nocturna. El esputo puede ser escaso o hemoptísico y purulento.

El diagnóstico clínico se apoya en: indicios radiológicos de enfermedad pulmonar, resultados positivos en la prueba de la

causas componentes hasta que se desarrolla la enfermedad y ocurre el desenlace.

Se distinguen tres periodos: el periodo de inducción, el de latencia y el de expresión.

PERIODO DE INDUCCIÓN:

Se define como periodo de inducción al tiempo durante el cual están actuando las causas componentes.

El mecanismo de transmisión en la tuberculosis es fundamentalmente respiratoria por lo que nos referimos al tiempo que transcurre desde la exposición a personas infectadas o enfermas de tuberculosis, que estén eliminando bacilos por sus secreciones respiratorias, hasta que las micobacterias contenidas en las gotitas infecciosas se depositan en los pulmones de las personas expuestas.

PERIODO DE LATENCIA O INCUBACIÓN

El periodo de incubación de una enfermedad infecciosa es el intervalo de tiempo transcurrido entre la invasión por parte del agente infeccioso y el desarrollo del primer síntoma o signo clínico de enfermedad.

En la tuberculosis este periodo suele ser largo de meses ó años. Tras su inhalación las bacterias se multiplican en los macrófagos alveolares, y a través de los macrófagos infectados son

tuberculina y detección de micobacterias, en muestras del paciente, en el laboratorio.

La enfermedad se cura si se realiza un tratamiento con los fármacos adecuados y durante el tiempo necesario. Se necesitan pautas con múltiples antibióticos y durante un tiempo prolongado para prevenir la aparición de cepas resistentes.

El 50% de los pacientes que no reciben tratamiento morirá entre los 5 y los 8 años siguientes, aunque la mayoría lo hará antes de los 18 meses.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Prevención primaria

Se aplicaría en el periodo de inducción de la enfermedad, actuando sobre las causas componentes. Su finalidad es prevenir o posponer la aparición de nuevos casos de enfermedad. En la tuberculosis serían:

Erradicación de la tuberculosis en el ganado bovino
Búsqueda y tratamiento de los individuos enfermos para que dejen de ser contagiosos.

Vacunación con BCG en niños pequeños. La protección conferida por la vacuna oscila entre 0-80%, y aunque en algunos casos no impide la infección si es muy eficaz para prevenir la enfermedad

diseminada en los niños pequeños (tuberculosis miliar y meningitis tuberculosa).

Prevención secundaria

Se aplicaría en el periodo de latencia de la enfermedad. Su finalidad es mejorar el pronóstico de los casos acortando la duración de la enfermedad o evitar su aparición.

Se realizaría una búsqueda y tratamiento preventivo de los pacientes infectados para evitar que desarrollen la enfermedad. La investigación se llevaría a cabo en las personas que en su domicilio, en el trabajo o en alguna otra actividad han compartido el aire ambiental con un enfermo de tuberculosis diagnosticado recientemente. Los contactos de mayor riesgo son los de los enfermos con tuberculosis pulmonar, laringea o bronquial bacilífera, especialmente si son niños, jóvenes o personas negativas a la prueba de la tuberculina.

Prevención terciaria

Se aplicaría en el periodo de latencia de expresión de la enfermedad.

El tratamiento debería incluir como mínimo tres fármacos eficaces en la fase inicial para conseguir la rápida reducción de la población bacilar e impedir desarrollo de resistencias, y se mantendría durante

varios meses para eliminar las distintas poblaciones bacilares y evitar así la aparición de recidiva.

El tratamiento es eficaz para curar la enfermedad en la mayor parte de los casos. En la práctica los fracasos se producen por resistencias a los fármacos o un régimen inapropiado y por un falta de cumplimiento del tratamiento por parte del paciente.(18).

TIPOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Pasiva: cuando los trabajadores y las instituciones de salud no efectúan la búsqueda de los casos, sino que se identifican y registran cuando el usuario es atendido en el sistema sanitario.

Se emplean **fuentes secundarias de la información** como:

- Registros hospitalarios y dispensarios de servicios de salud (historias clínicas de la consulta externa, registros de los servicios de urgencias)
- Registros en fronteras: barreras internacionales (puertos, aeropuertos, pasos fronterizos)
- Registros de plantas faenadoras y procesadoras de alimentos
- Registros de laboratorios diagnósticos
- Notificaciones en oficinas sanitarias
- Estadísticas sanitarias
- Estadísticas naturales: clima, tipos de suelo, otros (biotopo)

disminucion sostenida en la incidencia de TB mayor al 8% anual. Posterior a esta epoca la tendencia se mantuvo casi estacionaria, observandose una disminucion promedio anual de 2% .(3)

2. Prevalencia

Los estimados de prevalencia en base a la morbilidad total, sugieren reducciones significativas respecto al ano 1990. La meta de reducir a la mitad la tasa de prevalencia se alcanzo en nuestro pais, de una tasa de prevalencia estimada en 554 por cada 100 mil habitantes en el ano 1990 a 121 para el 2012(3).

3. Mortalidad

La informacion estimada de mortalidad por TB en nuestro pais, muestra que se alcanzo la meta de reducir a la mitad la mortalidad por TB respecto al ano 1990, con una disminucion estimada del 71%, de 34 muertes por TB por cada 100 mil habitantes en el ano 1990 a una 9.8 para el ano 2012

4. Detección de casos

La meta sobre deteccion de casos del 90%, se ha cumplido parcialmente en nuestro país.(3) .

TEORÍAS DE ENFERMERÍA:

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender.

El Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender se basa en la educación de las personas, sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivo-perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud, cuando existe una pauta para la acción.

JUICIOS CRÍTICOS. ¿Qué es la educación para la salud? “La educación para la salud es cualquier combinación de experiencias educativas diseñadas para predisponer, capacitar y reforzar adopciones voluntarias de comportamientos individuales o colectivos que conducen a la salud”. Green (20). “El objetivo de la educación para la salud, no es sólo conseguir un cambio cuantitativo de conocimientos, sino un cambio cualitativo en las actitudes que lleven a un cambio real de las conductas. No se trata de disponer muchos conocimientos, sino de disponer de capacidades y habilidades que permitan comportarse de manera diferente”. Marqués y Colell (21). La educación para la salud es facilitar la adaptación voluntaria de los comportamientos de los responsables, de los técnicos y de la población a través de las experiencias de aprendizaje complementarias que mejoren la salud del individuo o de la colectividad” Rochon (22). “La educación para la salud es un proceso de información, de responsabilización del individuo para que

- Certificados de defunción

Activa: Cuando las instituciones y los trabajadores de la salud efectúan la búsqueda de los casos en su origen, bien sea que el usuario solicite o no atención en la institución de salud. Utiliza encuestas de morbilidad, investigación de brotes y otros tipos de estudios epidemiológicos.

Especializada o Centinela: Es un tipo de vigilancia para una patología específica, la metodología puede ser activa o pasiva, se utiliza para eventos en proceso de erradicación, cuando la curva de incidencia esta en descenso(19)

Metas y perspectivas en la prevención y control de la tuberculosis

Estrategias de respuesta mundial frente a la lucha contra la Tuberculosis.

Para detener la TB a nivel mundial se han establecido diversas metas, la OMS formulo una estrategia que aprovechaba los exitos del enfoque DOTS y abordaba los principales problemas que plantea la enfermedad.

Progreso hacia las metas mundiales de reducción de la carga de enfermedad, resultados del País

1. Incidencia

Desde el fortalecimiento del programa de control de la tuberculosis en la decada de los 90 hasta el año 2003, en el país se observo una

adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva". Generalitat de Catalunya (23).

CONCLUSIONES. El Modelo de Promoción de la Salud es propuesto por Nola J. Pender con el objetivo de integrar tanto a la enfermera como a la persona respecto a las conductas que promueven el bienestar humano tanto físico, mental y social; ya que el profesional en enfermería debe ser el principal motivador para los pacientes en cuánto a mantener su salud personal. o Nola J. Pender considera a la salud como un estado positivo de alto nivel, y lo toma como objetivo, hacia el cual debe esforzarse la persona para poder llevar una vida saludable. o El Modelo de Promoción de la Salud 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.

Modelo de Dorothea Orem

Dorothea no tuvo un autor que influyera en su modelo, pero si se sintió inspirada por otras teóricas de enfermería como son: Nightingale, Peplau, Rogers entre otras.

Orem define el objetivo de la enfermería como: Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por si mismo acciones de autocuidado para

conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: Actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para desarrollo. El concepto de auto cuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Los cuidados enfermeros representan un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos porque está centrado sobre las personas que no poseen la capacidad para ejercer el autocuidado, completando así los déficit de autocuidado causados por el desequilibrio entre salud y enfermedad(Orem, 1993). *El rol de la enfermera*, pues, consiste en persuadir a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de sus autocuidados utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar. Para ello el profesional de enfermería se vale de tres modos de actuación: sistema de intervención totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de asistencia/enseñanza según la capacidad y la voluntad de las personas. **Dorothea Orem, demostró interés e inclusión en todas**

e) **Tuberculosis:** La tuberculosis es una enfermedad causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones. Es curable y prevenible.

III.- EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de Datos

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para la cual se hizo la revisión del Libro de Registro y Seguimiento de Personas Afectadas por Tuberculosis con Esquema I, Informe Operacional de la ESNPYCTB, Registros de la Vigilancia Epidemiológica de Tuberculosis de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática de estudio.

Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

- **Autorización:** Se solicitó la autorización respectiva al Médico jefe del Centro de Salud el obrero a fin de tener acceso a la información del servicio de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de tuberculosis, (Libro de Registro y Seguimiento de Personas Afectadas por Tuberculosis con Esquema I,) historias Clínicas, la oficina de estadística (informe operacional de la ESNPYCTB).

- **Recolección de Datos:**

Las técnicas que usaron en el presente informe fueron:

a) Documentación :

Existentes en la oficina de Epidemiología, Servicio de la ESNPYCTB, Oficina de Estadística de el centro de Salud y otros

b) Entrevista :

Son datos que se obtienen del paciente a través de esta, usada por la ESNPYCTB (primera, segunda y tercera), ubicables en las Historias Clínicas.

Las fuentes que se utilizaron fueron:

- Análisis Estadísticos
- Boletines Epidemiológicos
- Paginas de internet
- Sistemas electrónicos
- Estadísticas Vitales

- **Procesamiento de Datos:**

Los datos obtenidos fueron procesados con el programa de Excel para la obtención de cuadros y gráficos.

3.2. Experiencia Profesional

Recuento de la Experiencia Laboral:

Mi experiencia Profesional se inicio:

- En el mes de enero del 2010 hasta julio del mismo, Centro de Salud de 9 de octubre, como coordinadora del establecimiento y responsable de la oficina de epidemiologia
- En el mes agosto 2010 hasta diciembre, Centro de Salud de paimas Responsable de inmunizaciones.

- Año 2011 en puesto de salud de jambur como coordinadora y jefe Oficina de Epidemiología e inmunizaciones participando en la Investigación Epidemiológica de un brote de Enfermedad transmitidos cistercircosis
- Año 2012 Centro de Salud bellavista: coordinadora de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.
- Año 2013 – en el centro de salud miguel checa encargada de inmunizaciones.
- Año 2014 hasta la actualidad en el centro de salud el obrero encargada de la estrategias de inmunizaciones y tbc.
- Participado en el " II Curso de Epidemiología Básica", Organizado por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del 28 de Noviembre del 2016 a 03 de Marzo del 2017, con 140 horas virtuales, así mismo participe en el Curso Virtual de "Prevención y Control de Brotes de Dengue", del 24 de Febrero al 30 de Marzo del 2017, organizado por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, con una duración de 40 horas lectivas.

y cada una de las funciones en las que existe participación activa de enfermería como lo son:

asistenciales, administrativas, docentes y de investigación.

Lo que le favoreció para conceptualizar un modelo teórico que hasta nuestros días ayuda a brindar un cuidado integral al usuario de los servicios de salud, basándose en el autocuidado

2.3 Definición de Términos

Consiste en definir términos de forma breve, clara y concisa en relación al área de investigación motivo de estudio.

- a) **Intervención de enfermería:** Se trata de cualquier tratamiento de cuidados, que realiza un profesional de la enfermería en beneficio del paciente, basado en el conocimiento y juicio clínico. Las intervenciones describen, por tanto, conductas que realizan las enfermeras.
- b) **Estrategia:** Una estrategia es un conjunto de acciones que se llevan a cabo para lograr un determinado fin.
- c) **Prevención:** es la disposición que se hace de forma anticipada para minimizar un riesgo.
- d) **Control:** La palabra control proviene del término francés controle y significa comprobación, inspección, fiscalización o intervención.

3.3. Procesos Realizados en el tema del informe

Descripcion del Area Laboral:

- ✓ Organización: la Unidad de Epidemiología del centro de salud el obrero, tiene 02 responsables, distribuidos de la siguiente manera:
Responsable de la Unidad de Epidemiología de infecciones Asociadas a la Atención de Salud.

Responsable de la Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades sujetas a la notificación.

Comité integrado: por la Jefa de La Micro red, 01 Medico, 01 obstetra, Responsable de PROMSA, Responsable de la Etapa Niño, responsable de farmacia, Responsable de Saneamiento Ambiental y las 02 enfermeras de la unidad de Epidemiología. Para la discusión de casos de:

Vigilancia de las infecciones Asociadas a la Atención de Salud.

Vigilancia de Muerte Materna y Perinatal

Vigilancia y prevención de Accidentes con Materiales Punzo cortantes

Equipo de Brotes y otras.

- ✓ Recursos Humanos:

04 Enfermeras

01 Médico Cirujano

01 Obstetra

01 tec. Farmacéutico

✓ **Infraestructura:**

No contamos un ambiente exclusivo, para la Unidad de Vigilancia Epidemiológica, la compartimos con la estrategia Nacional tbc

✓ **Prestaciones:**

✓ **Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica.** (notificación individual, consolidada (caso de IRA, EDA).

✓ **Detectar y monitorizar.** Un sistema de vigilancia estructurado y operativo proporciona el medio (los datos) para establecer la línea base o punto de comparación, y puede ayudar en la detección de brotes en los establecimientos de salud, al señalar desviaciones significativas con respecto a la tasa basal (endémica).

Funciones Desarrolladas en la actualidad

a) Área asistencial:

Vigilancia

✓ Se realiza la Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud y otros como la Vigilancia de la Tuberculosis.

✓ Elaboración de la Sala Situacional de Salud

✓ Análisis de la Situación de tuberculosis en Distrito de Sullana

✓ Suministrar información, educar y reforzar buenas prácticas. La presencia continua de un sistema de vigilancia puede mejorar la toma de conciencia entre el personal de salud acerca de las

prácticas de prevención de infecciones; asimismo, pueden servir para señalar prácticas de alto riesgo. El uso de los datos de vigilancia del propio en los establecimientos de salud, ha mostrado tener un efecto beneficioso en la sensibilización del personal sanitario en relación con las prácticas de prevención y control de infecciones.

b) Área Administrativa

- ✓ Se recaba el reporte de las Responsables de la ESPYCTB en forma semanal, haciendo uso de formulario de notificación individual, a excepción de casos de tuberculosis en personal de salud y casos de TB XDR, que son de notificación inmediata a través de portal web para la notificación de brotes de la Dirección General de Epidemiología (<http://www.doe.gob.pe/notificar/>).
- ✓ Notificación Semanal de los casos de tuberculosis del Centro de Salud del obrero.
- ✓ Se realiza el análisis de la información obtenida por la Vigilancia Epidemiológica de la Tuberculosis como:
 - Tasa de notificación de casos de tuberculosis
 - Porcentaje de TB extrapulmonar
 - Porcentaje de TB MDR
 - Porcentaje de TB monorresistente

Porcentaje de TB poliresistente

Tasa de TB meníngea en menores de 5 años

Porcentaje de fallecidos por tuberculosis

Porcentaje de recaída

Porcentaje de abandonos recuperados

- ✓ Ejecución de las acciones o intervenciones, relacionadas a control y prevención de tuberculosis
- ✓ Diseminación de la información sobre las enfermedades y eventos y sobre los resultados de las medidas aplicadas.
- ✓ Se realiza la Vigilancia Epidemiológica de las infecciones Asociadas a la Atención de Salud y diariamente en el servicio de internamiento y consultorios externos del establecimiento.

c) Area de Investigacion

- ✓ La Investigación Epidemiologica se realiza para los casos de TB MDR, TB en personal de salud.
- ✓ La investigación epidemiológica se realiza dentro de las 48 horas de notificado el evento y el instrumento a utilizar será la Ficha de Investigación Epidemiológica, la cual es llenada por el personal de epidemiologia que realiza la investigación de caso.
- ✓ Realizada la Investigacion se emite un informe de Investigacion según Directiva Sanitaria de Notificacion de Brotes y Epidemias y otros Eventos de importancia para la Salud publica.

IV RESULTADOS

CUADRO 4.1.

Tasa de morbilidad, incidencia y TBP FP,
Año 2013 – 2017

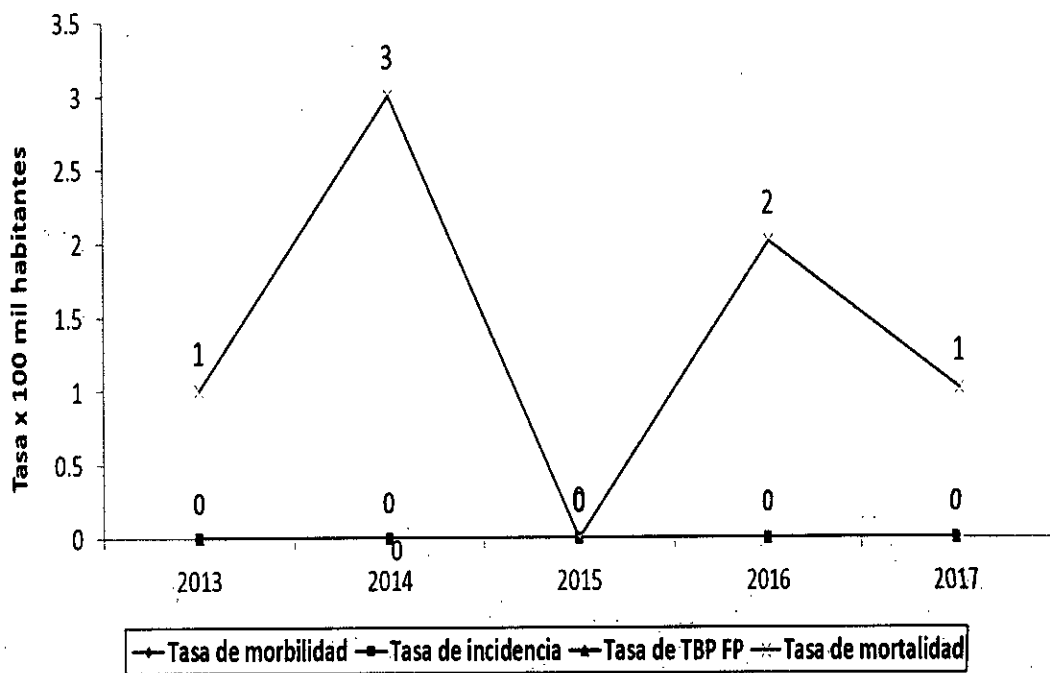


GRAFICO 4.3.

Detección: N° de SR Identificados entre las atenciones en > 15 años,
DISA PIURA II – SULLANA, 2013 – 2017

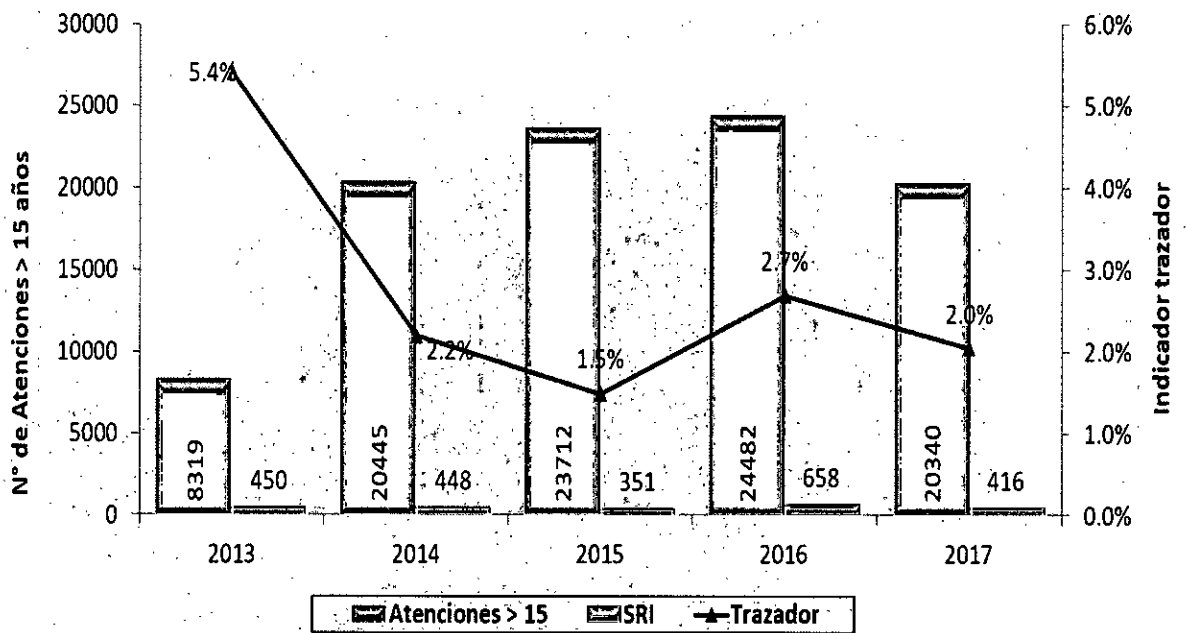


GRAFICO 4.4

**Baciloscopias: de Dx. Total vs. S.R. Examinados
ANUAL 2013 - 2017**

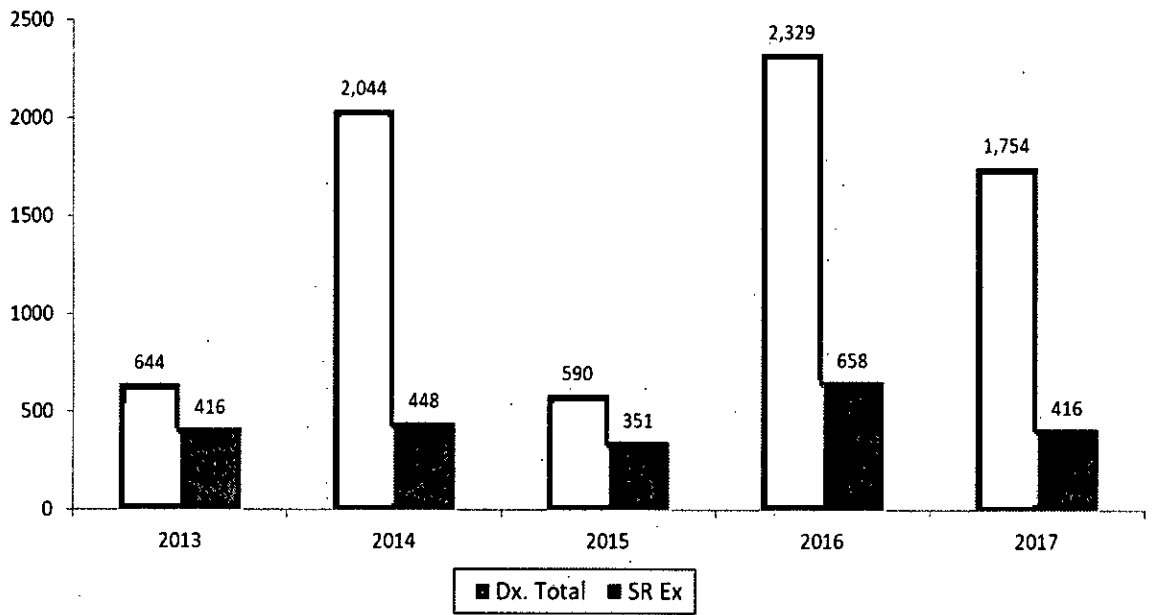


GRAFICO 4.5.

Cobertura de estudio de Contactos Examinados entre los Contactos Censados ANUAL 2013 - 2017

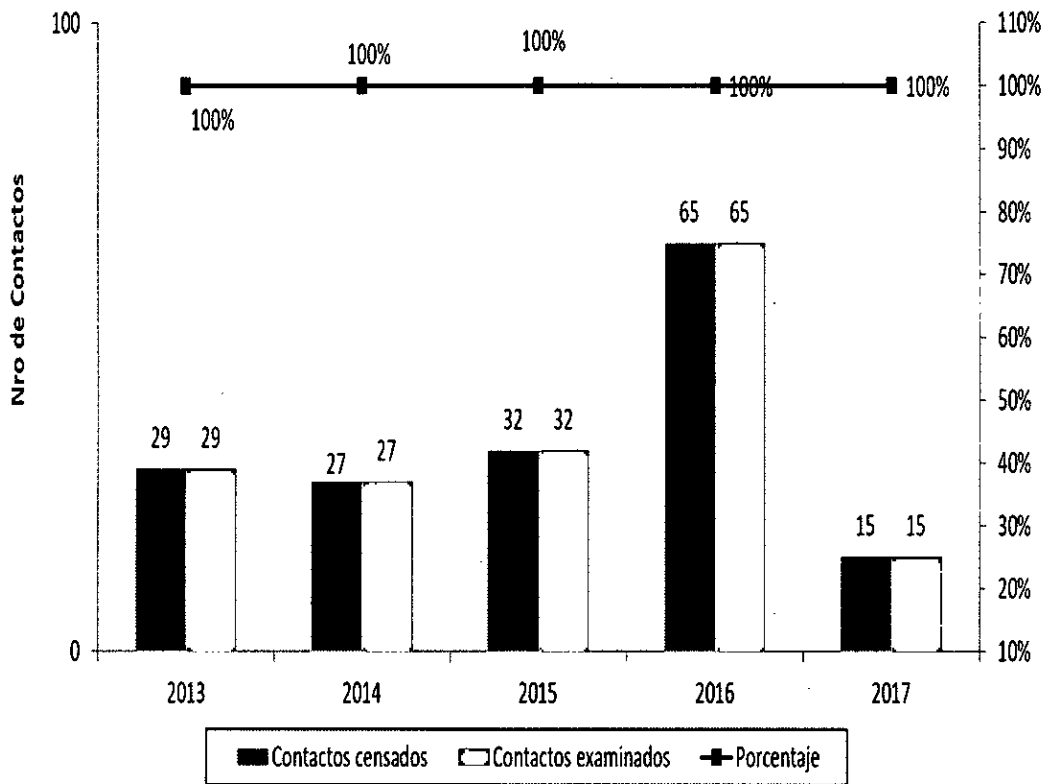


GRAFICO 4.6.

Detección: Porcentaje de contactos examinados entre los censados y contactos con TB, DISA PIURA II – SULLANA, 2013 – 2017*

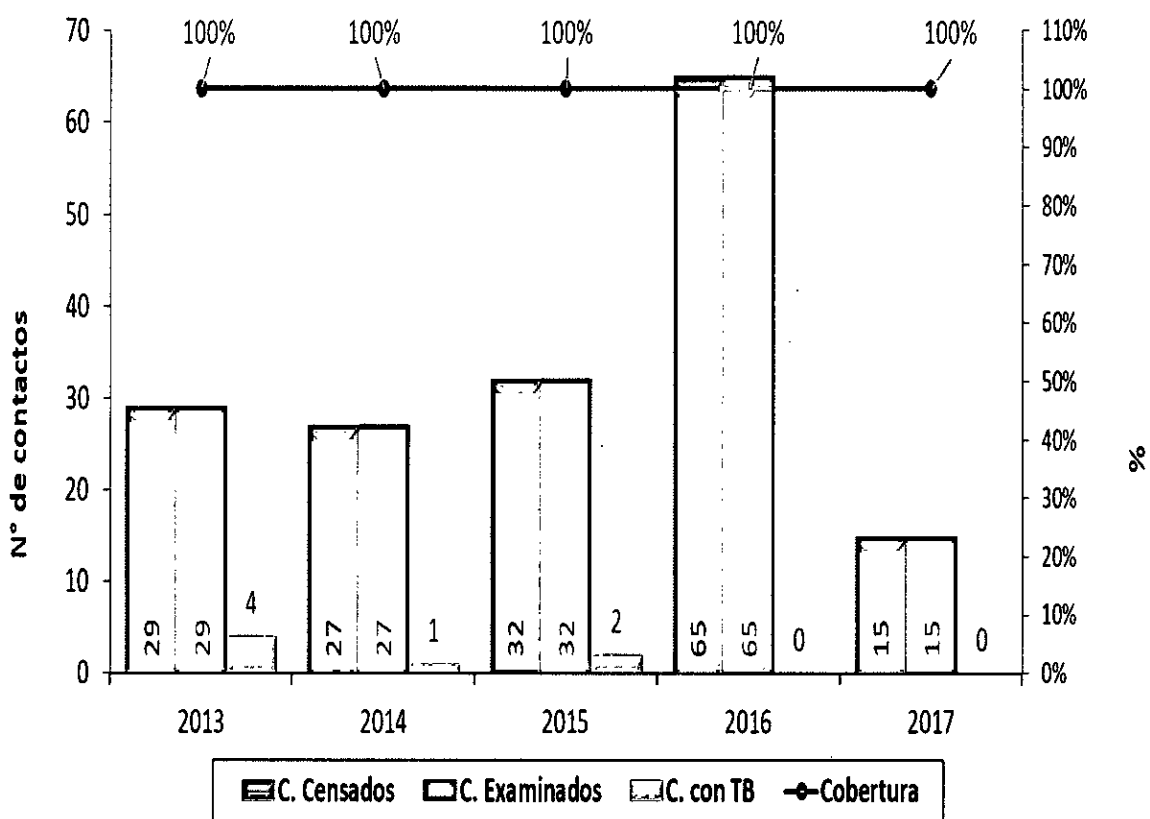


GRAFICO 4.7.

Cobertura de inicio de TPI en < 5 años,
ANUAL 2013-2017

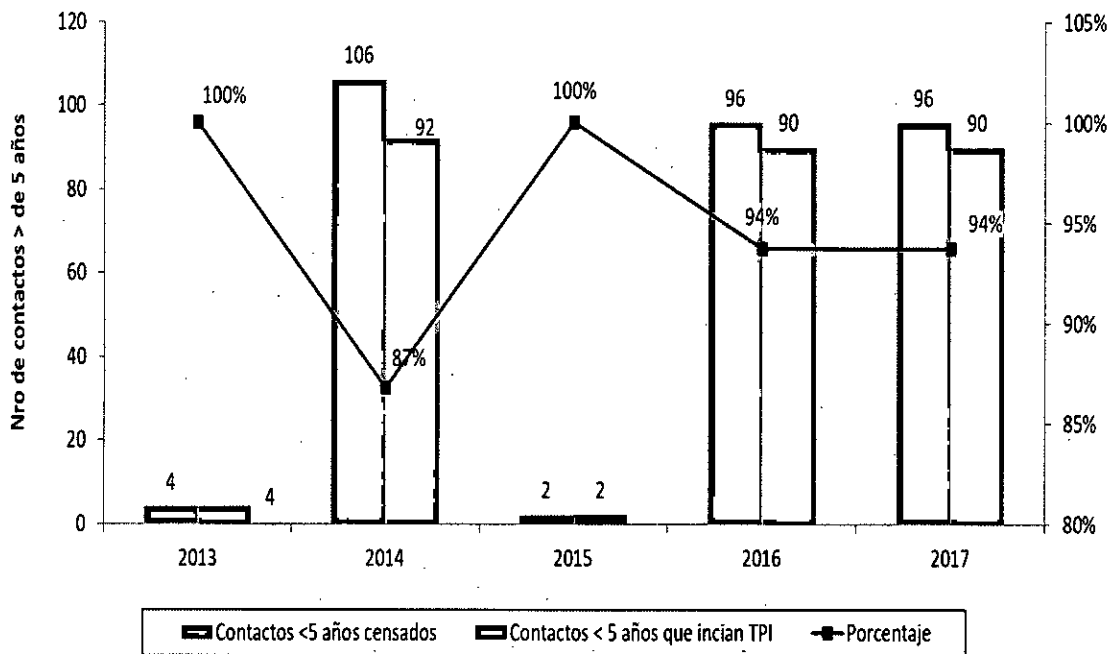
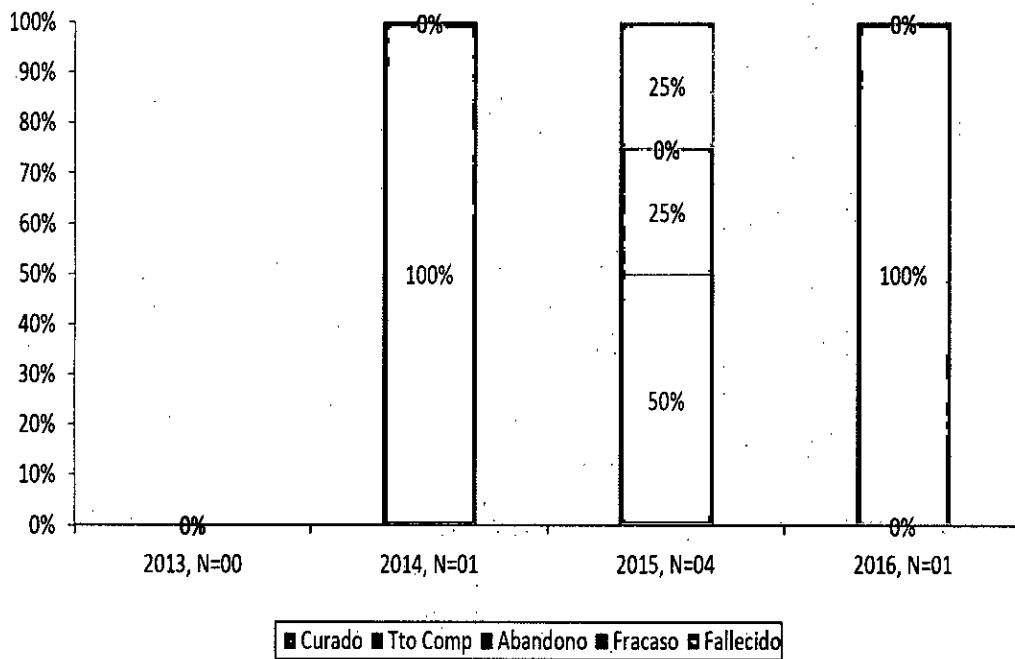


GRAFICO 4.8.

**Tratamiento: Estudio de cohorte de pacientes con TB Sensible
DIRESA PIURA II, 2013 – 2016**



V. CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que la enfermera de epidemiología desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para el abordaje de los factores de riesgo, que juega un rol importante en la transmisión de la enfermedad en el distrito, grupos en la que se debe de intervenir para el control y esta no sea un obstáculo para el tratamiento del paciente.
- b) El abordaje de los determinantes sociales es el también es importante en la transmisión de la enfermedad en el distrito, por lo tanto es importante incluir estrategias que permitan abordar la reducción de las desigualdades sociales en el control de tuberculosis, es un tema que no es una tarea exclusiva del sector salud, sino que involucra una serie de actores de nivel local, el municipio, así como otros actores.
- c) Un alto porcentaje de casos se diagnosticaron con carga bacilar alta, el incremento de la carga bacilar de la baciloscopia de esputo puede estar asociado a un diagnóstico tardío de la enfermedad. En este sentido el monitoreo de la carga bacilar de las baciloscopias de esputo al momento del diagnóstico, podría contribuir con información para identificar áreas donde sea necesario fortalecer estrategias de captación.

VI.- RECOMENDACIONES

- a) Identificar oportunamente , los factores, de riesgo en los pacientes a fin de intervenir , para que estos no sean obstáculos o motivo de fracaso del tratamiento del paciente.

- b) Presentar situación de la tuberculosis en el distrito en sesión de consejo (municipio) a fin de lograr participación de los mismos , que conlleven a disminuir estas brechas.

- c) Realizar la búsqueda activa de casos (Sintomaticos Respiratorios), a través del registro de los contactos que se elabora, en nuestros establecimientos en la área donde se detectó del caso de TBFP (++) , (+++), en el momento del conocimiento del caso y periódicamente trimestralmente por espacio de 07 años.para una captación precoz.

VIII.- REFERENCIALES

1. **Organización Mundial de la Salud:** Informe sobre Tuberculosis 2016
Sinopsis.
2. **Organización Mundial de la Salud,** global tuberculosis report 2015.
Disponible
[pps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf](https://www.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf).20154.
3. **SOTO CABEZAS** Mirtha Gabriela / **CHAVEZ PACHAS** Ana Maria:
Vigilancia Epidemiologica de TB-VIH/SIDA Direccion General de
Epidemiologia – MINSA.
4. **YUMPO CASTAÑEDA,** Daniel Situacion Actual de la Tuberculosis de la
Region Junin 2009 – 2014.
5. Unidad de Vigilancia Epidemiologia de la Micro Red Chilca.
- 6.- **HARGREAVES JR, BOCCIA D, EVANS CA, ADATO, M Petticrew M,**
Porter JDH, tehe ocial determinantes of tuberculosis: from evidencie to
action Am J Public Health, abril del 2011; 101 (4): 654-62.
7. **Ministerio de salud y Protección social. Plan Decenal de Salud
Pública,** PDSP, 2012 – 2021. Bogotá, Marzo 15 de 2013.
8. **SANTO AH, PINHEIRO, CE, JORDANI MS.** Causas múltiples de morte
relacionadas à tuberculose no Estado de São Paulo, 1998. Rev Saúde
Pública. 2003;37(6):714-21.
9. **CHIHANA M,** Floyd S, **MOLESWORTH A, CRAMPIN AC, KAYUNI N,**
PRICE A, et al. Adult mortality and probable cause of death in rural

northern Malawi in the era of HIV treatment. Trop Med Int Health. 2012;17(8):74-83.

10. **MALTA DC, FRANÇA E, ABREU DX, OLIVEIRA H, MONTEIRO RA, SARDINHA LMV, et al.** Atualização da lista de causas de mortes evitáveis (5 a 74 anos de idade) por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol Serv Saúde. 2011;20(3):409-1.

11. **ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)** la TB en el año 2014

12. **HEALTH C** on SD of. **Lograr la equidad en salud : desde las causas iniciales a los resultados justos : Comisión sobre determinantes sociales de la salud, declaración provisional.** Achieving health equity : from root causes to fair outcomes : Commission on Social Determinants of Health, interim statement [Internet]. 2007 [citado 17 de octubre de 2014].

13. **SOLAR O, Irwin A (2007).** **A conceptual framework for action on the social determinants of health.** Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, documento de debate).

14. Ministerio de Salud del Perú. Análisis de Situación de Salud del Perú año 2013. Disponible en http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=406&Itemid=364.

- 15 **GUERRERO ESPEJO A, COLOMINA RODRÍGUEZ J.** Población inmigrante y enfermedades infecciosas. Rev Esp Salud Pública. octubre de 2004;78(5):565-70. *Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú. 2015. 123*
16. **MUNAYCO CV, SOTO-CABEZAS MG, VALENCIA JA, HUAROTO FM, CUCHO C, MEZA CR, et al.** Tuberculosis y migración interna en un área endémica del sur del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. julio de 2009;26(3):324-7.
17. **MUNAYCO CV, MUJICA OJ, LEON FX, DEL GRANADO M, ESPINAL M** Social Determinants and Inequalities in tuberculosis in Latin America and the Caribbean (documento aun no publicado).
18. http://sameens.dia.uned.es/Trabajos7/Trabajos_Publicos/Trab_2/Fernandez_Verdugo_2/indice2.htm.
19. **Harold TORRES PINZÓN** – Epidemiólogo
<http://www.slideshare.net/harold74/vigilancia-epidemiologica-en-salud-publica-1>
20. **GREEN L.W. PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN SANITARIA EN SALUD PÚBLICA.** Madrid: Interamericana; 1992.
21. **MARQUÉS Fernando, SAÉZ Salvador, GUAYTA Rafael.** MÉTODOS Y MEDIOS EN PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD. Barcelona: UOC; 2004.
22. **ROCHON A. EDUCACIÓN PARA LA SALUD, GUÍA PRÁCTICA PARA REALIZAR UN PROYECTO.** Barcelona: Masson; 1991.

- 23. Generalidad de CATALUÑA. EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA, ORIENTACIONES Y PROGRAMAS.** Cataluña;1995.
24. **TAYLOR, S.** (2007). Dorothea E. **OREM:** Teoría del déficit de autocuidado. En Marriner, A y Raile, M., *Modelos y teorías en enfermería* (pp 267-295). Barcelona: Elsevier.
25. **KUMAR, VINAY; ABUL K; Fausto Nelson, & MITCHELL Richard N** (2007), **Ribbins Basic Pathology** (8th ed). Sainders Elsevier. pp 516-522 ISBN 978- 1-4160-2973-1.
- 26 **RAVIGLIONE MC, O'Brien RJ** (2004). «Tuberculosis». En **KASPER DL, BRAUNWALD E, FAUCI AS, HAUSER SL, LONGO DL, JAMESON JL, ISSELBACHER KJ,** eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine* (16th ed. edición). McGraw-Hill Professional. pp. 953-66. ISBN 0071402357. doi:10.1036/0071402357.
27. **FARIÑAS AT.** **La Vigilancia en Salud Pública en Cuba,** 1993.
28. **UATS. Sistemas de Vigilancia en Salud.** MINSAP Área de Higiene y Epidemiología,1994).
29. **Organización Panamericana de Salud Modulo de Principios de Epidemiologia para el Control de Enfermedades (MOPECE) 2011-12**
30. thefreedictionary.com (ed.). «Definición de Distrito».
31. **Lin JN, Lai CH, Chen YH, Lee SSJ, Tsai SS, Huang CK, et al.** Risk factors for extra-pulmonary tuberculosis compared to pulmonary tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis Off J Int Union Tuberc Lung Dis.* mayo de 2009;13(5):620-5.

32. **Yang Z, Kong Y, Wilson F, Foxman B, Fowler AH, Marrs CF, et al.** Identification of risk factors for extrapulmonary tuberculosis. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 15 de enero de 2004;38(2):199-205.
33. **GARCIA-RODRIGUEZ JF, ALVAREZ-DIAZ H, LORENZO-GARCIA MV, MARINO-CALLEJO A, FERNANDEZ-RIAL A, SESMA-SANCHEZ P.** Extrapulmonary tuberculosis: epidemiology and risk factors. Enfermedades Infecc Microbiol Clinica. septiembre de 2011;29(7):502-9.
34. **PETO HM, PRATT RH, HARRINGTON TA, LOBUE PA, ARMSTRONG LR.** Epidemiology of extrapulmonary tuberculosis in the United States, 1993-2006. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 1 de noviembre de 2009;49(9):1350-7.
35. Organizacion Panamericana de la Salud. La tuberculosis en la Region de las Americas, Informe Regional 2013. Washington, DC. 2014. Disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=29808&lang=es..
36. Alianza Alto a la Tuberculosis y Organizacion Mundial de la Salud. Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015. Ginebra, Organizacion Mundial de la Salud, 2006 38. (WHO/HTM/STB/2006,35). B
37. **BERTI E, GALLI L, VENTURINI E, DE MARTINI M, CHIAPPINI E.** Tuberculosis in childhood: a systematic review of national and international guidelines. BMC Infect Dis. 2014;14 Suppl 1:S3.

38. DEL CASTILLO-BARRIENTOS H, CENTENO-LUQUE G, UNTIVEROS-TELLO A, SIMMS B, LECCA L, Nelson AK, et al. Clinical presentation of children with pulmonary tuberculosis: 25 years of experience in Lima, Peru. *Int J Tuberc Lung Dis Off J Int Union Tuberc Lung Dis*. Septiembre de 2014;18(9):1066-73.

39. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis - NTS N°104 - MINS/DGSP v.01. 2013.