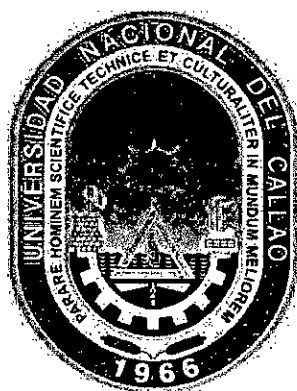


**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**REFORZAMIENTO DE LOS CONOCIMIENTOS
DURANTE EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA
AFECTADA DE TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE
SALUD LA OROYA. JUNÍN. 2014 - 2016**

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

YESENIA TINOCO TUPACYUPANQUI

CALLAO, 2018

PERÚ

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Yesenia Tinoco', written over a diagonal line.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	Presidenta
DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI	Secretaria
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Vocal

ASESOR: DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 035

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 19/01/2018

Resolución de Decanato N°076-2018-D/FCS de fecha 17 de Enero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. TINOCO YUPACYUPANQUI YESENIA

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	4
1.2 OBJETIVOS.....	7
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	7
II. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 ANTECEDENTES.....	9
2.2 MARCO CONCEPTUAL	18
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	39
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	42
3.1 FASE DE RECOLECCIÓN DE DATOS	42
3.2 EXPERIENCIA LABORAL	42
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN ATENCIÓN A LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS	45
IV. RESULTADOS.....	48
V. CONCLUSIONES.....	53
VI. RECOMENDACIONES.....	54
VII. REFERENCIALES	55
ANEXOS.....	58

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa transmisible que suele afectar a los pulmones y es causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, y que se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio de pacientes con enfermedad pulmonar activa.

La infección por *M. tuberculosis* suele ser asintomática en personas sanas, dado que su sistema inmunitario actúa formando una barrera alrededor de la bacteria; 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. Una vez diagnosticada esta enfermedad es tratada mediante la administración de medicamentos durante periodos variables (entre 6, 9, 18 ó 24 meses) dependiendo de su localización y/o sensibilidad.

Para el inicio de tratamiento se requiere considerar la atención integral de la Persona Afectada por Tuberculosis (PAT), debiendo ser la intervención del equipo multidisciplinario de la IPRESS, muy cuidadoso, empático, brindando toda la información necesaria al Paciente Afectado por Tuberculosis con la finalidad de lograr el éxito del tratamiento

Siendo que el tratamiento antituberculoso, requiere por parte de la Persona Afectada por Tuberculosis: constancia, disciplina, responsabilidad entre

otras; es necesario que las indicaciones brindadas por cada uno de los profesionales responsables de la intervención inicial sea reforzada durante la administración del tratamiento, siendo la misma entonces de entera responsabilidad del profesional de enfermería.

Es así que habiendo reconocido la importancia de la educación permanente a Persona Afectada por Tuberculosis, el presente informe detalla la experiencia que como profesional de enfermería se cuenta en los años 2014 al 2016 en la atención de la Persona Afectada por Tuberculosis en el Centro de Salud La Oroya, la cual ha permitido determinar que el reforzamiento de los conocimientos ha sido importante para el término exitoso del tratamiento de los pacientes; así mismo el presente tiene como intención resaltar la importante labor que desarrolla el profesional de enfermería para la recuperación de la salud del paciente y mejorar las condiciones que hayan predisuesto a la enfermedad en la familia.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo. En el 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 el 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 incluida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible adoptados en 2015.

Para el caso de nuestro país, los casos no son muy alentadores, ya que de acuerdo al reporte de la OMS ⁽¹⁾ en el año 2016 el Perú reportó 29733 casos nuevos y recaídas, de los cuales 83% son casos de Tuberculosis Pulmonar y de ellos el 82% con confirmación bacteriológica.

Con respecto a la IPRESS Centro de Salud La Oroya, se tiene el siguiente reporte de los años 2012 – 2016, de 22 casos de Tuberculosis, 16 de ellos Pulmonares y 6 Extrapulmonares, predominantemente en los grupos etareos de 11 a 65 años de edad, de

los cuales 15 varones y 7 mujeres, 01 caso con comorbilidad de VIH y caso con comorbilidad de Diabetes Mellitus.

De estos casos se tiene como condición de egreso CURADO 15, TRATAMIENTO COMPLETO 06 casos y 01 casos FALLECIDOS. Cabe indicar que en el periodo 2014 – 2016 no se registraron ABANDONO de tratamiento.

En los últimos años se ha visto el incremento de casos de Tuberculosis en el distrito de La Oroya, ya que hasta antes del 2012, solo se registraban 2 a 3 casos por años, mientras que en el año 2016 se diagnosticaron un total de 8 casos en pacientes del distrito y 02 transeúntes; debido quizá a que desde el año 2014 la estrategia sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis, cuenta con personal relativamente permanente; lo que ha permitido una mejor organización en el programa, haciendo que la administración del tratamiento supervisado se cumpla permitiendo la evaluación diaria del paciente y el progreso de la enfermedad.

La función que cumple el profesional de enfermería durante la atención de la persona afectada por Tuberculosis es de suma importancia ya que de acuerdo al reforzamiento de conocimientos durante la interacción diaria; la cual requiere ser permanente, acorde al nivel educativo del paciente, valorando los conocimientos previos, demostrando empatía.

Así mismo la intervención en la familia es prioritaria a fin de que el paciente cuente con el apoyo familiar, se mejoren las condiciones del cuidado de la salud de la familia.

1.2 OBJETIVOS

Describir la importancia de la actividad de reforzamiento que se brinda a la Persona Afectada por Tuberculosis, durante la duración del tratamiento antituberculoso.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Los profesionales de enfermería encargados de la atención de personas afectadas por Tuberculosis (PAT), cumplimos una labor muy importante desde a captación del sintomático respiratorio, el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente luego del término del tratamiento; siendo la labor de acompañamiento y educación permanente al paciente y familia la más necesaria a fin de lograr la adherencia del tratamiento y la culminación exitosa del mismo, disminuyendo el riesgo de abandono del tratamiento.

Por ello el profesional de enfermería que labora en esta área debe realizar la actividad de reforzamiento en la educación sanitaria al paciente para el cuidado de su salud y de su familia para minimizar los riesgos que podría producirse por el cuidado inadecuado de su salud, la

falta de implementación de las medidas preventivas para evitar la enfermedad en otros miembros de la familia

Esta experiencia profesional permitirá a todos los profesionales inmersos en la atención de la Persona Afectada por Tuberculosis, mejorar la atención al paciente, asegurar la adherencia al tratamiento, lograr la curación del paciente y conseguir la adquisición de conocimientos sobre la enfermedad en la familia.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

A continuación se presenta estudios relacionados con el presente trabajo académico. Así tenemos que:

ANDRADE, Rayla Patrícia da Silva; MAIA, Vanessa FREIRES; Queiroz, Rosimeire Fontes de; Carreiro, Gisele Santana Pereira; Villa, Tereza Cristina Scatena; Pinto, Erika Simone Galvão. **Contribución profesional de atención primaria de salud para el cuidado de uno mismo asistida para pacientes con tuberculosis de la ciudad de Natal de Julio a setiembre de 2016.** Realizan el trabajo de investigación a fin de verificar la contribución de la Atención Primaria de Salud profesional (APS) apoyó el autocuidado de los pacientes con tuberculosis activa (TB). Métodos: estudio cuantitativo, transversal realizado con 100 profesionales de atención primaria en la ciudad de Natal/RN. Se utilizó para recopilar datos de los instrumentos estructurados. Resultados: el 80% de las entrevistas fueron contestadas por profesionales de la unidad de salud de la familia; 41% trabajaba en la unidad durante más de 10 años; 44% informó de una gran capacidad para la educación de unión y de la salud; 55% calificó el cuidado

razonable. Conclusión: Los profesionales de enfermería sentimos la necesidad de cumplir con el paciente de manera integral, abordando sus aspectos individuales, sociales y teniendo en cuenta los servicios de salud con el fin de fortalecer el vínculo entre el paciente y el servicio profesional.(6)

BARTHOLOMAY, Patricia; PELISSARI, Daniele Maria; de ARAUJO, Wildo Navegantes; YADON, Zaida E.; HELDAL, Einar. 2013. **Calidad de la asistencia de la tuberculosis en los diferentes niveles de atención de salud del Brasil en el 2013.** Objetivo Evaluar 1) la carga de morbilidad por tuberculosis y las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes y 2) la calidad de la atención de la tuberculosis que se presta a los pacientes que acuden y permanecen en cada nivel de los servicios de salud (primario, secundario o terciario) y a los pacientes que se transfirieron a otro nivel, mediante el análisis de los indicadores de funcionamiento de los procesos y los indicadores de resultados. Métodos En el presente estudio transversal de investigación operativa se analizaron los casos nuevos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva que se diagnosticaron en las capitales estatales del Brasil en el 2013, a partir de los registros del programa contra la tuberculosis y los datos del sistema de vigilancia de la enfermedad. Se evaluó la calidad de la atención en función de los indicadores de

funcionamiento y los indicadores de resultados como la detección sistemática de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el tamizaje de los contactos de casos de tuberculosis, el tratamiento estrictamente supervisado (conocido como DOT, por su sigla en inglés), la supervisión de la baciloscopia del esputo y los desenlaces terapéuticos. Resultados Se notificaron 12 977 casos nuevos de tuberculosis con baciloscopia positiva. De los casos notificados, 7 964 (61,4%) se diagnosticaron y recibieron tratamiento en el nivel de atención primaria, 1 195 (9,2%) en el nivel secundario, 1 521 (11,7%) en el nivel terciario y 2 296 pacientes (17,7%) recibieron asistencia en servicios de varios niveles de atención; de este último grupo, el 65% pasó del nivel terciario al nivel primario de atención. La proporción de casos en los cuales se practicó la detección de la infección por el VIH fue significativamente mayor en los pacientes que acudieron al nivel primario de atención, al compararlos con los que recibieron atención en el nivel secundario (razón de prevalencia, [RP]: 1,17; intervalo de confianza [IC] de 95%: de 1,07 a 1,28) y los pacientes tratados en servicios de varios niveles de atención. En los pacientes que acudieron al nivel terciario de atención de salud, la razón de prevalencia de no seguir el DOT fue 122% más alta que en los pacientes atendidos en el nivel primario (RP: 2,22; IC de 95%: de 2,12 a 2,32). Cuando se compararon ambos niveles, la prevalencia de un

resultado desfavorable (pérdida durante el seguimiento, defunción por tuberculosis, defunción con tuberculosis, transferido a otro centro o no evaluado) fue más alta en el nivel terciario de atención sanitaria. Conclusiones Los servicios de atención primaria de salud han incorporado de manera eficaz el tratamiento de los casos nuevos de tuberculosis con baciloscopia positiva. Los indicadores operativos de la atención primaria de salud fueron mejores que los indicadores de la atención de nivel secundario o terciario. (7)

CACHA GRANADOS, Norma Violeta. **Relación entre conocimiento y actitud del paciente con tuberculosis sobre su enfermedad y tratamiento en el Centro de Salud Piedra Liza 2012**, en su tesis presentada a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina, refiere que en los últimos años, la tuberculosis en vez de desaparecer ha ido en aumento a pesar de los adelantos científicos y tecnológicos, que afecta no solo a la población en extrema pobreza, sino también a la población medianamente no pobre. Por lo que la enfermera responsable de la atención debe proporcionar la satisfacción de las demandas y necesidades de los pacientes con TBC, dentro de una concepción holística. El presente estudio tuvo como objetivo establecer la relación entre los conocimientos y actitudes del paciente con tuberculosis sobre su enfermedad y tratamiento. El estudio fue de

nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional, de corte transversal. La población estuvo conformada por 59 pacientes. La técnica fue la entrevista y el instrumento; la escala Lickert modificada, el cual fue aplicado previo consentimiento informado a los pacientes; teniendo los siguientes resultados: Del 100 por ciento (59), 71 por ciento (42) conocen sobre tuberculosis, 29 por ciento (17), desconocen y la actitud fue 61 por ciento (36), favorable, 39 por ciento (23), desfavorable. De acuerdo a estos resultados se tienen las siguientes conclusiones: El mayor porcentaje de los pacientes conocen sobre tuberculosis, referido a; que atacan principalmente a los pulmones, mientras que en cuanto a la actitud el mayor porcentaje fue favorable que está dado porque le incomoda cuando reniega sin razón; para establecer la relación se aplicó la prueba del Chi cuadrado aceptando la hipótesis nula, es decir que no existe relación entre conocimiento y actitud del paciente con tuberculosis sobre su enfermedad y tratamiento. (8)

CCOICCA ALMIDÓN, Flor. **Medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja, Lima - Perú 2012**, tesis presentada a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, cuyo objetivo fue determinar las medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESN-

PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja. Material y método: El presente estudio es de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, de corte transversal, nivel aplicativo. La población de estudio estuvo conformada por 30 pacientes con diagnóstico de tuberculosis que reciben el tratamiento de Esquema I y 10 pacientes en tratamiento Multidrogoresistente (MDR) que asisten al Centro de Salud Conde de la Vega Baja. Se usó la técnica de la entrevista, y el instrumento un cuestionario. Los resultados obtenidos fueron que 25 pacientes (62.5 por ciento) realiza medidas de autocuidado adecuadas y 15 pacientes (37.5 por ciento) tiene medidas de autocuidado inadecuadas. Respecto a la alimentación, 14 pacientes (35 por ciento) consume 5 comidas durante el día; 9 pacientes (22.5 por ciento) ingiere una alimentación balanceada; 7 pacientes (17.5 por ciento) toma 5-7 vasos de agua diario; 33 pacientes (82.5 por ciento) come las principales comidas en el hogar. En relación al descanso y sueño, 28 pacientes (70 por ciento) duerme de 6 a 8 horas diarias; en cuanto a medidas higiénicas, 28 pacientes (70 por ciento) se baña diario; 18 pacientes (45 por ciento) tiene habitación privada; 34 pacientes (85 por ciento) tiene ventilación e iluminación en el hogar; 26 pacientes (65 por ciento) refiere tener ventanas en el dormitorio; 10 pacientes (25 por ciento) tiene el hábito de lavado de manos; 19 pacientes (47.5 por ciento) usa papel desechable cubriéndose la boca y nariz. En cuanto a la práctica de hábitos nocivos

15 pacientes (37.5 por ciento) toma alcohol; 9 pacientes (22.5 por ciento) consume cigarrillos; y 3 pacientes (7.5 por ciento) consume drogas; 11 pacientes (27.5 por ciento) asiste a reuniones sociales, fiestas; Respecto a control y tratamiento de la enfermedad, 34 pacientes (85 por ciento) asiste al tratamiento regularmente. (9)

HUARANGA RAMÍREZ, Violeta Ynés. **Actitud del familiar hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el Puesto de Salud Nuevo Progreso 2012**, tesis presentada a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, con el objetivo de determinar la actitud del familiar hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el Puesto de Salud Nuevo Progreso. 2012. Fue un estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 68 familiares. La técnica fue la encuesta y el instrumento una escala modificada tipo Lickert aplicado previo consentimiento informado, obteniendo los siguientes resultados. Del 100 por ciento (68); 46 por ciento (31) tienen una actitud de aceptación; 44 por ciento (30) rechazo y 10 por ciento (7) indiferencia, acerca de la actitud del familiar hacia el diagnóstico, 51 por ciento (35) tienen una actitud de rechazo; 40 por ciento (27) aceptación y 9 por ciento (6) Indiferencia; con respecto a la actitud hacia el tratamiento, 50 por ciento (34) tienen aceptación, 41 por ciento (28)

rechazo y 9 por ciento (6) Indiferencia. Conclusiones. La actitud del familiar hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar, el mayor porcentaje tienen una actitud de rechazo e indiferencia referido a que no le angustia que su familiar tenga tuberculosis grave, no se angustia al enterarse que el tratamiento es largo, le agrada colaborar o participar con su familia para la entrega de esputo, y le incomoda que los resultados de las pruebas de tuberculosis demoren; y un porcentaje considerable tienen aceptación hacia el cumplimiento de los exámenes de su familiar y le agradan acudir con su familiar enfermo a las sesiones educativas. (10)

PILLACA GÓNZALES, Héctor Humberto. **Estrategias de afrontamiento del paciente que asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias Schreiber – 2013**, tesis presentada a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina, refiere que la tuberculosis representa una situación estresante tanto en el inicio de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y recuperación del paciente. Al buscar entender las cogniciones y conductas que presentan los pacientes surge la necesidad de realizar un estudio con el objetivo de determinar las estrategias de afrontamiento del paciente que asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias Schreiber. Material y Método: El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método

descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo conformado por todos los pacientes asistentes a la ESN-PCT en el mes de enero del 2013 conformado por 30 pacientes. La técnica fue la entrevista y el instrumento fue el (COPE) modificado, aplicado previo consentimiento informado. Resultados: Del 100 por ciento (30), el 50 por ciento (15) las estrategias de afrontamiento están presentes y en el 50 por ciento (15) están ausentes. Las estrategias centradas en el problema están presentes en 53 por ciento (16) y en 47 por ciento (14) están ausentes. Dentro de las estrategias centradas en el problema del 100 por ciento (30), 53 por ciento (16) la supresión de actividades está presente y en 47 por ciento (14) ausente, la planificación está presente y en 57 por ciento (17) ausente. Sobre las estrategias centradas en la emoción en el 40 por ciento (12) están presentes y en el 60 por ciento (18) ausente. Dentro de las estrategias centradas en la emoción del 100 por ciento (30), 57 por ciento (17) está presente el acudir a la religión y en 43 por ciento (13) ausente; la negación está presente y en 73 por ciento (22) ausente. Referente a las otras estrategias de afrontamiento en 43 por ciento (13) están presentes y en 57 por ciento (17) ausente. Dentro de las otras estrategias de afrontamiento del 100 por ciento (30), 60 por ciento (18) está presente el desentendimiento cognitivo y en 40 por ciento (12) ausente; en el 20 por ciento (15) el desentendimiento conductual está presente. (11)

AGUEDO AGUEDO, Sussan Nattaly. **Grado de malestar psicológico en pacientes con tuberculosis de tres centros de salud de Lima, 2014**, en su tesis presentada a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, realiza una evaluación a grado de malestar psicológico que presentan los pacientes con tuberculosis atendidos en tres centros de salud de Lima y los factores relacionados a mayor malestar psicológico. Durante el periodo agosto-diciembre 2014 se entrevistó a 125 pacientes con diagnóstico de TB y en tratamiento. Se aplicó el test de Malestar psicológico de Kessler 10. Habiendo echo el estudio 125 paciente. 40 mujeres (32 por ciento) y 85 varones (68 por ciento) con edad media de 32 ± 13 , se llegó a la conclusión que más de la mitad de los pacientes con TB presentan grado de malestar psicológico entre los rangos de alto y muy alto. (12)

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Persona con tuberculosis

De acuerdo a la NTS.N°104 - MINSA/DGSP V.01 "NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS, cuya finalidad es contribuir a disminuir la prevalencia de la tuberculosis, a través de un enfoque de atención integral, en el marco del aseguramiento universal en salud,

considera que el profesional de Enfermería de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis es responsable de organizar la atención integral de la persona afectada por Tuberculosis (PAT), su familia y la comunidad y considera las siguientes actividades:

A. Organizar la búsqueda de casos:

Para ello deberá organizar, registrar, monitorear y evaluar la detección de sintomáticos respiratorios, en coordinación permanente con los responsables de otros servicios de la IPRESS, garantizando que los Sintomáticos Respiratorios con frotis de esputo (+) inicien tratamiento en la IPRESS o sean derivados.

B. Verificar la obtención y envío de las dos muestras de esputo para la realización de la baciloscopias, pruebas de sensibilidad, rápida y convencional, cultivo y otros exámenes auxiliares basales.

C. Educar y brindar consejería al paciente y a su familia antes de iniciar el tratamiento, sobre la enfermedad, formas de contagio y medidas de prevención, uso de pruebas rápidas para detectar resistencia, qué medicamentos va a tomar, en que horarios y por cuanto tiempo, posibles reacciones adversas, importancia de la adherencia al tratamiento, consecuencias de no tomar la medicación correctamente, la importancia del estudio de los

contactos y medidas de Control de infecciones dentro del domicilio y la potencial necesidad de aislamiento.

- D. Realizar la consejería pre test para Tamizaje de infección por VIH, en caso sean mujeres en edad fértil referirlas a la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva para orientar sobre la paternidad responsable.
- E. Orientar y referir al afectado con TB al servicio de nutrición, psicología y servicio social.
- F. Realizar el censo de contactos y educar
- G. Realizar el censo de contactos y educar al paciente y familia sobre la importancia de su control, la entrevista puede realizarse en la IPRESS o durante la visita domiciliaria dentro de las primeras 48 horas, con la finalidad de verificar el domicilio de la persona afectada, educar y orientar al grupo familiar sobre el plan de tratamiento del afectado e importancia del soporte familiar, orientar en el domicilio las medidas de prevención y control de infecciones, confirmar el censo y organizar el estudio de contactos, Identificar Sintomáticos Respiratorios entre los contactos y tomar las muestras de esputo.
- H. Organizar la administración del tratamiento de la Tuberculosis Sensible, para ello se debe informar sobre las características del

tratamiento: fases, medicamentos, duración, control bacteriológico, médico y radiológico.

- I. El tratamiento antituberculoso será administrado directamente, se debe observar la ingesta y registrar las dosis administradas en la tarjeta de control de tratamiento, vigilando la presencia de Reacciones Adversas al Medicamento (RAM)
- J. Se debe realizar por lo menos tres entrevistas de enfermería: al inicio, al cambio de fase y al alta; y otras cuando sea necesario.
- K. Para casos de tratamiento de la Tuberculosis resistente, se debe realizar la evaluación de enfermería de manera mensual durante todo el tratamiento y 6 meses post alta, debiendo elaborar el expediente del paciente para su evaluación por el CRER y presentar a la DISA, DIRESA, GERESA o la que haga sus veces, coordinando la referencia del afectado para evaluación inicial y trimestral por el médico consultor y con el servicio de farmacia de la IPRESS para el suministro de medicamentos de segunda línea, debiendo notificar el inicio del tratamiento con medicamentos de segunda línea. Se debe solicitar los controles mensuales de baciloscopía y cultivo y registrar su resultado.
- L. Para ambos casos se debe promover la adherencia al tratamiento y prevenir la irregularidad al tratamiento, identificando los factores de riesgo asociados a abandono: antecedente de

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

- M. Se debe establecer con el equipo multidisciplinario de la IPRESS estrategias centradas en el paciente para garantizar la adherencia al tratamiento, interactuando con agentes comunitarios de salud, organizaciones de afectados o de base, gobierno local, instituciones no gubernamentales u otros actores de la comunidad.
- N. Se debe monitorear y registrar la condición de "Irregularidad al Tratamiento" (pérdida de 3 dosis programadas en la fase inicial o 5 dosis durante todo el tratamiento para esquemas de TB sensible) en la tarjeta de administración de tratamiento.
- O. Durante el seguimiento del tratamiento, el personal debe organizar la historia clínica del paciente incluyendo todos los registros y formatos, tales como: Formato de Solicitud de Investigación Bacteriológica (Anexo N° 1), Formato de Derivación y Transferencia de Pacientes (Anexo N° 08), Formato de Notificación de Reacción Adversa a Medicamentos Anti-Tuberculosis (Anexo N° 10), Formato de Notificación de Pacientes Fallecidos con Tuberculosis (Anexo N° 11), Formato de Consentimiento Informado de Aceptación del Tratamiento

Antituberculosis (Anexo N° 16), Resumen de la Historia Clínica del Paciente con TB Resistente (Anexo N° 17), Formato de Notificación Inmediata del Tratamiento con Medicamentos de Segunda Línea (Anexo N° 18), Formato de Evolución Trimestral del Tratamiento con Medicamentos de Segunda Línea (Anexo N° 19), entre otros formatos de manejo de la tuberculosis.

- P. Coordinar la obtención de las muestras de esputo u otras para el seguimiento bacteriológico u otros exámenes auxiliares, explicar al paciente acerca de la conversión bacteriológica del esputo al final de la primera fase, informando sobre el estado actual de la enfermedad al término de cada fase de tratamiento, educar sobre la importancia de la continuidad en la segunda fase del tratamiento, realizar y registrar el peso mensual del paciente.
- Q. Al término del tratamiento registrar la condición de egreso, en el libro de registro de seguimiento y en la tarjeta de tratamiento.
- R. Organizar el estudio de contactos y la administración de la Terapia Preventiva con Isoniacida, el estudio de contactos debe realizarse al inicio, al cambio de fase y al término de tratamiento y cada 3 meses en los contactos del caso TB resistente. Se debe organizar, registrar y controlar la administración de la terapia preventiva con isoniacida a los contactos con indicación médica.

S. El proceso de derivación y transferencia es responsabilidad del personal de enfermería de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis y consiste en:

- **Derivación:** Procedimiento por el cual aquella persona que es diagnosticada de tuberculosis y *que no reside en la jurisdicción de la IPRESS*, es derivada a la IPRESS más cercano a su domicilio. Utilizar el formato de derivación y transferencia de pacientes (Anexo N° 8), adjuntando los resultados de los exámenes de diagnóstico realizados. La IPRESS que deriva un paciente, NO DEBE registrarlo como CASO, en el libro de registro de casos. La derivación debe ser registrada (fecha y lugar) en el libro de registro de sintomáticos respiratorios (Anexo N° 2). Se debe realizar el seguimiento de los casos derivados a fin de confirmar el inicio del tratamiento. La IPRESS que recibe al paciente debe confirmar y remitir el desglose inferior del formato de derivación y transferencia de pacientes (Anexo N° 8). En caso de personas hospitalizadas adjuntar copia de la epicrisis. Los medicamentos serán provistos por el EESS donde recibe el tratamiento.

- **Transferencia:** Se denomina a aquella persona diagnosticada y notificada por tuberculosis *que reside en la jurisdicción de la IPRESS*, pero que solicita traslado a otra IPRESS por cambio de lugar de residencia o cercanía a su lugar de trabajo, estudio, entre otros. La IPRESS que realiza la transferencia de un paciente DEBE registrarlo como CASO, en el libro de registro de casos. Utilizar el formato de derivación y transferencia de pacientes (Anexo N° 8) adjuntando copia de la tarjeta de control de tratamiento correspondiente. La IPRESS que transfiere es responsable de realizar el seguimiento para confirmar que los casos llegaron a la IPRESS y garanticen la continuación de su tratamiento hasta obtener la condición de egreso; asimismo la IPRESS que recibe el caso debe comunicar la condición de egreso a la IPRESS de origen para ser reportado en el estudio de cohorte. Los medicamentos serán provistos por la IPRESS donde recibe el tratamiento. Para casos de transferencias a otros países debe coordinarse con la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis para realizar la referencia internacional, de acuerdo al formato contenido en el Anexo N° 9 de la Norma Técnica de

Salud y confirmación de la continuación del tratamiento en el país de destino

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

Así mismo la Persona Afectada por Tuberculosis debe contar con la atención social, por ello debe ser evaluada por el área de Servicio Social de la IPRESS. La evaluación de servicio social está dirigida a elaborar el informe social que contenga el perfil socio económico y cultural de la persona afectada la cual tiene como finalidad:

- A. Orientar y gestionar el apoyo social de la persona y familia en riesgo social. Identificar los factores y conductas de riesgo social, asociados al no cumplimiento del tratamiento.

- B. En las personas que reciben esquema para TB sensible realizar por lo menos 3 entrevistas: al inicio, al cambio de fase y al alta; y otras cuando sea necesario. En las personas con TB resistente cada 3 meses.
- C. Realizar visitas domiciliarias para complementar el diagnóstico y monitorear el tratamiento social. El informe social debe contener: datos personales, antecedentes, composición y situación familiar, situación de la vivienda, situación económica, situación social, diagnóstico social, plan de trabajo, fecha y firma del trabajador social.

Actividades de Promoción de la Salud y Comunicación Social

La Autoridad Nacional de Salud impulsará el abordaje de las Determinantes Sociales de la Salud para afrontar la Tuberculosis como problema de salud pública.

Establecerá los mecanismos necesarios para hacer las coordinaciones intersectoriales e intergubernamentales, con participación de la Autoridad Regional de Salud o de las Direcciones de Salud, orientadas a modificar sustancialmente las condiciones socio económicas en que vive la población afectada, como condición clave para vulnerar efectivamente la enfermedad,

en ejercicio de la responsabilidad del Estado y del Ministerio de Salud para defender el bien público en salud.

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

- A. Promoción de la salud: Las actividades que se desarrollan en este componente tienen como finalidad establecer alianzas estratégicas con otros sectores del Estado para la implementación de acciones de promoción de la salud promoviendo el abordaje de los determinantes sociales de la salud y estilos de vida saludables, así mismo programar recursos financieros para la elaboración, implementación y evaluación de estrategias, planes, programas y proyectos de promoción de la salud. Conducir la implementación de planes de promoción de la salud, los cuales deben priorizar:
- Actividades educativas que permitan promover la importancia del autocuidado, el reconocimiento precoz de síntomas de tuberculosis, su mecanismo de transmisión y la búsqueda de atención en el EESS.
 - Acciones educativas dirigidas a difundir las medidas de control de infecciones de TB en el domicilio del paciente y la comunidad: mejorar la ventilación natural, protección

respiratoria y cubrir la nariz y boca cuando la persona estornuda o tose (etiqueta respiratoria).

- Informar sobre prevención de la tuberculosis en los centros laborales y promover la no discriminación laboral.
- Promover el voluntariado en TB (promotores comunitarios de salud) que sirva de nexo entre la implementación de las actividades de la ES PCT y el paciente, su entorno familiar, social, laboral y la comunidad.

B. Comunicación social: Se deben implementar las siguientes actividades:

- Implementar actividades de abogacía, comunicación y movilización social (ACMS) relacionados a la TB como enfermedad de salud pública.
- Elaborar e implementar planes comunicacionales de acuerdo a población objetivo, que permitan abordar las conductas de estigma y discriminación, así como promover los estilos de vida saludables.
- El plan comunicacional debe priorizar la difusión de mensajes informativos de la TB a través de medios de comunicación masivos y alternativos de alcance nacional, regional y local.

- Actividades de comunicación y movilización social regional y local de manera periódica, focalizadas en áreas de elevado riesgo de transmisión de la TB.
- Talleres de sensibilización y capacitación a comunicadores, periodistas, voceros y líderes de opinión sobre las medidas para prevención y control de la TB.

Se debe propiciar el abordaje de las determinantes sociales mediante un enfoque de gestión territorial, para ello se debe coordinar con el responsable de promoción de la salud para:

- Realizar un mapeo de actores sociales en la jurisdicción del EESS.
- Promover la creación de Comités Multisectoriales de TB a nivel de los gobiernos locales.
- Organizar el trabajo del voluntariado (promotores de salud) en TB en el primer nivel de atención en coordinación con los líderes de la comunidad.

2.2.1 Teoría de enfermería

De acuerdo a estas funciones la intervención en enfermería que debe realizar el profesional se sustenta en el Modelo de Enfermería de

Dorothea Orem, descrito como la Teoría General del Autocuidado, la cual trata de tres subteorías relacionadas:

A. La teoría del autocuidado:

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la

aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud.

B. La teoría del déficit de autocuidado:

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

C. La teoría de sistemas de enfermería:

En la que se explican los modos en que el profesional de enfermería puede atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.

Acción del profesional de enfermería: Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente; Compensa la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y lo protege.

- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados:

Acción del profesional de enfermería: Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones de autocuidado; ayuda al paciente.

Acción del paciente: Desempeña algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera.

- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: El profesional de enfermería actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda:

Acción del profesional de enfermería: regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado.

Acción del paciente: Cumple con el autocuidado.

NATURALEZA DEL AUTOCUIDADO:

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.

Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el

concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

- Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
- Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
- Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
- Prevención de la incapacidad o su compensación.
- Promoción del bienestar.

El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos.

El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado.

Esta teoría, puede encontrar un parecido con la filosofía debido a que tiene una visión de realismo, que describe la visión de los seres

humanos como “seres dinámicos, unitarios, que viven en un sus entornos, que están en procesos de conversión y que poseen libre voluntad, así como cualidades esenciales de los seres humanos.”

Trata de la resolución de una problemática de la ciencia de la enfermería, con una investigación no empírica, donde la cual Dorothea ha observado durante toda su carrera. Además ella misma ha dicho que han sido sus propias conclusiones, que no han surgido de ningún otro autor, por lo tanto no puede ser una metateoría.

CONCEPTOS SEGÚN LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM:

a) Concepto de persona:

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

b) Concepto de Salud:

La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

c) Concepto de Enfermería:

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de Enfermería se definen 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 afrontar las consecuencias de esta.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

d) Conceptos de Entorno:

Factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean comunitarios o familiares que pueden influir o interactuar con la persona.

También es necesario aclarar los siguientes conceptos, abarcados en la teoría de Orem:

Necesidades de autocuidado terapéutico:

El conjunto de medidas de cuidado que se requieren en ciertos momentos o durante un cierto tiempo, para cubrir las necesidades de autocuidado de la persona.

Actividad de autocuidado:

Las acciones deliberadas e intencionadas que llevan a cabo las personas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo.

Agente:

La persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en él mismo.

Agente de cuidado dependiente:

Es el adolescente o adulto que asume la responsabilidad de cubrir las demandas terapéuticas de las personas que son importantes para él.

Por otra parte la relación enfermero-paciente-familia representa para Orem el elemento básico del sistema de enfermeros, ya que influyen estos agentes en el proceso de enfermería, el cual se basa en tener una relación efectiva, en la cual se deberá ponerse de acuerdo para poder realizar las cuestiones relacionadas con la salud del paciente.

Esta relación se ve también en la guía de planificación de la enfermera según Orem, que dice:

- Información previa, se debe consultar al paciente y a la familia sobre el estado de salud del mismo y las condiciones culturales.

A su vez Identificar y analizar el impacto de la condición del paciente sobre los miembros de la familia y su interacción con ellos.

- Valoración: evaluar el desarrollo del paciente y su familia, que se analizara las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia (acerca del tratamiento).
- Planificación: Planificar los cuidados de enfermería, dirigidos a superar los déficit de autocuidado del paciente y aquellos problemas con que puede encontrarse la familia. La enfermera deberá apoyar la toma de decisiones del paciente y su familia.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **PAT:** Persona Afectada por Tuberculosis, con localización Pulmonar o Extrapulmonar, diagnosticado bacteriológicamente, histopatológicamente y/o evidencia clínica y a la que debe administrarse tratamiento antituberculoso.
- **Tuberculosis:** Enfermedad infectocontagiosa producida por el *Mycobacterium Tuberculosis*
- **Tuberculosis pulmonar:** Persona a quien se le diagnostica tuberculosis con compromiso del parénquima pulmonar con o sin

confirmación bacteriológica (baciloscopia, cultivo o prueba molecular).

- **Tuberculosis pulmonar con frotis positivo (TBP FP):** Caso de TB pulmonar con baciloscopia (frotis) de esputo positiva.
- **Tuberculosis pulmonar con frotis negativo (TBP FN):** Caso de TB pulmonar con dos o más baciloscopías de esputo negativas. Se clasifica en: TB pulmonar frotis negativo y cultivo o prueba molecular positiva: Caso de Tuberculosis pulmonar baciloscopia negativa y que cuenta con cultivo o prueba molecular positiva para *M. tuberculosis*.
- **Tuberculosis pulmonar frotis y cultivo negativos:** Caso de TB pulmonar sin confirmación bacteriológica cuyo diagnóstico se basa en criterios clínicos, epidemiológico y/o diagnóstico por imágenes.
- **Tuberculosis extrapulmonar:** Persona a quien se le diagnostica tuberculosis en órganos diferentes a los pulmones. El diagnóstico se basa en un cultivo, prueba molecular positiva, evidencia histopatológica y/o evidencia clínica de enfermedad extra-pulmonar activa.

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

- **Tuberculosis Multidrogoresistente (TB MDR):** Caso con resistencia simultánea a isoniacida y rifampicina por pruebas convencionales.

- **Tuberculosis Extensamente Resistente (TB XDR):** Caso con resistencia simultánea a isoniacida, rifampicina, una fluoroquinolona y un inyectable de segunda línea (amikacina, kanamicina o capreomicina) por prueba rápida molecular o convencionales.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 FASE DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del presente trabajo académico profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión los registros de casos de Tuberculosis de la IPRESS Centro de Salud La Oroya, hojas de tratamiento, historias clínicas, entro otros.

3.2 EXPERIENCIA LABORAL

El informe describe las actividades realizadas en el periodo del 2014 al 2016, en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis de la IPRESS, Centro de Salud La Oroya, perteneciente a la Red de Salud Yauli – La Oroya, Unidad Ejecutora Jauja, de la Dirección Regional de Salud Junín.

Durante este periodo se ha realizado la atención de 17 casos de Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar, 16 casos de Tuberculosis Pulmonar, 06 casos de Tuberculosis Extrapulmonar, de ellos se tuvo 01 caso con comorbilidad de Diabetes Mellitus y 01 caso con Comorbilidad de VIH. Las edades de los pacientes con Tuberculosis fueron entre 11

a 65 años, de los cuales 15 tuvieron como condición de egreso CURADO, 6 con condición de TRATAMIENTO COMPLETO y 01 como FALLECIDO.

La intervención realizada con estos pacientes se inició desde la captación del SR y diagnóstico positivo para Tuberculosis en el caso de pacientes con BK (+) y con el seguimiento diagnóstico a pacientes con BK (-) o Tuberculosis Extrapulmonar.

Antes de iniciar el tratamiento la actividad de Entrevista de Enfermería, es un espacio valioso, dado que este momento permite el acercamiento a la Persona Afectada por Tuberculosis y a la familia, permite conocer su actitud frente a la enfermedad su interés por mejorar su estado de salud, así como los temores frente a la enfermedad iniciándose así el primer paso del proceso de atención de enfermería que es la Valoración.

Si bien es cierta, la entrevista de enfermería no se encuentra estructurada, ello permite que se realicen las preguntas de forma libre recogiendo la información relacionada a la enfermedad, hábitos y costumbres, dinámica familiar y social, que permitirá elaborar el plan de trabajo con el paciente, la familia y la comunidad.

Antes de iniciar el tratamiento, el paciente es abordado por el equipo multidisciplinario, se ha observado que en algunas ocasiones estas

intervenciones generan confusión, temor, desconfianza e incluso conflicto familiar dependiendo de la empatía y sencillez con que sea el abordaje del paciente, es en esta situación que el profesional de enfermería, debe prestar la atención necesaria para reforzar los conocimientos e indicaciones que brinde cada profesional.

La administración supervisada del tratamiento antituberculoso, DOTS es el espacio ideal para continuar con el reforzamiento de conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento; por la frecuencia diaria con que el paciente acude a la IPRESS, progresivamente se va generando un clima de mayor confianza hacia el profesional de enfermería, siempre y cuando el profesional demuestre empatía con el paciente.

Es así que a medida que avance el tratamiento se ha demostrado que el paciente presenta mayor disposición al diálogo y es el mismo quien va expresando su necesidad de conocer más sobre su enfermedad, involucrando a la familia.

El tratamiento para la tuberculosis es un proceso complicado y largo, dada la naturaleza de la enfermedad ha sido estigmatizada y sigue siendo motivo de vergüenza en las personas, pero la única manera de curar la enfermedad es seguir estrictamente el tratamiento, para ello el

paciente debe reorganizar sus actividades para acudir a recibir el tratamiento y mantener sus actividades habituales.

Se debe tener en cuenta que la afectación en la salud física puede afectar la salud mental, siendo la negación, la ira y la frustración conductas habituales cuando se debe sobrellevar algo difícil e inesperado como esta enfermedad, el Paciente Afectado por Tuberculosis necesitará más herramientas para hacer frente a estas y otras emociones; de allí que el apoyo psicológico deben ayudar a desarrollar estrategias de afrontamiento positivas.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN ATENCIÓN A LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS

Durante la atención a la Persona Afectada por Tuberculosis, se han considerado tanto las actividades administrativas como las asistenciales. A continuación detallaremos las actividades siguientes:

A. Actividades Administrativas

Estas consideran el registro de casos de Tuberculosis, notificación epidemiológica, apertura de Hoja de tratamiento y ficha de evaluación clínica, reporte en el HIS, notificación de Reacciones Adversas al Medicamento.

B. Actividades asistenciales:

- **Valoración:** Esta actividad se inicia con la entrevista de enfermería, en la cual se recogen datos generales del paciente, datos de la enfermedad: tiempo de enfermedad, signos y síntomas presentados, hábitos de alimentación, hábitos de higiene.
- Se recogen datos del grupo familiar: censo de contactos domiciliarios, extradomiciliarios, habituales.
- Datos de la vivienda: ubicación, características de la misma: disposición de habitaciones, ventilación, hacinamiento, otras condiciones favorables para la enfermedad.
- **Evaluación:** Con la adecuada recolección de datos, se realizará la evaluación de necesidades de atención de la Persona Afectada por Tuberculosis, de la familia y de la comunidad.
- **Planificación:** En esta fase se programa las actividades a ejecutar con el paciente, la familia y la comunidad.
- **Ejecución:** De la planificación de actividades se brindan los cuidados de enfermería realizando conjuntamente la evaluación a fin de replantear actividades.

C. Familias con conocimientos durante la visita domiciliaria para la práctica de medidas preventivas para la tuberculosis

Esta actividad considera la realización de visitas domiciliarias en una cantidad de 04, para realizar 02 sesiones educativas y 02 sesiones demostrativas, sobre temas como alimentación balanceada, cubrirse al momento de estornudar o toser, higiene de la vivienda: iluminación y ventilación.

IV. RESULTADOS

De las intervenciones realizadas se tienen los siguientes resultados:

CUADRO N° 4.1
CASOS DE TUBERCULOSIS SEGÚN LOCALIZACIÓN Y GRUPO ETAREO EN
EL C.S. LA OROYA 2014 -2016

Grupo Etario	2014		2015		2016		Total	
	Pulmonar	Extra pulmonar	Pulmonar	Extra pulmonar	Pulmonar	Extra pulmonar	Pulmonar	Extra pulmonar
0 a 11 años	0	0	0	0	0	0	0	0
11 a 17 años	1	0	0	0	1	0	2	0
18 a 29 años	2	1	5	1	4	1	11	3
30 a 59 años	1	1	1	1	0	1	2	3
60 a más	0	0	0	0	1	0	1	0
TOTAL							22	

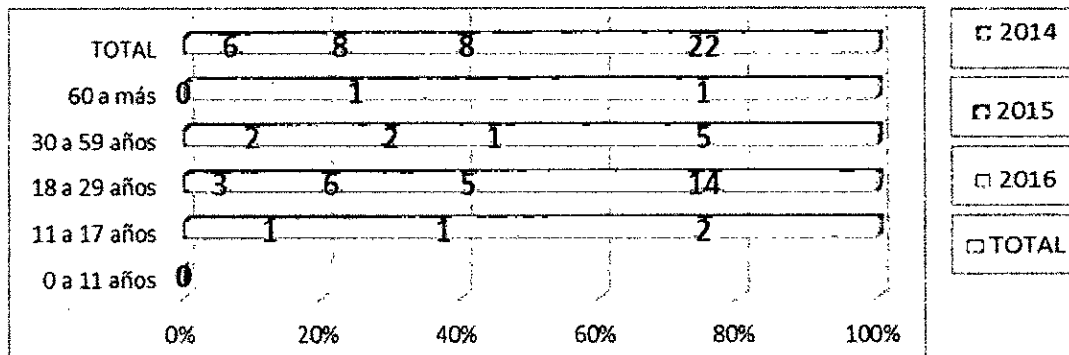
Fuente: ESPCT – CS La Oroya

Del presente cuadro podemos decir que entre el año 2014 al 2016, se detectaron 22 casos de Tuberculosis, de los cuales 16 casos fueron Pulmonar, 06 Extrapulmonar.

El grupo etario de 18 a 29 años fue el que presentó más casos con 14 casos.

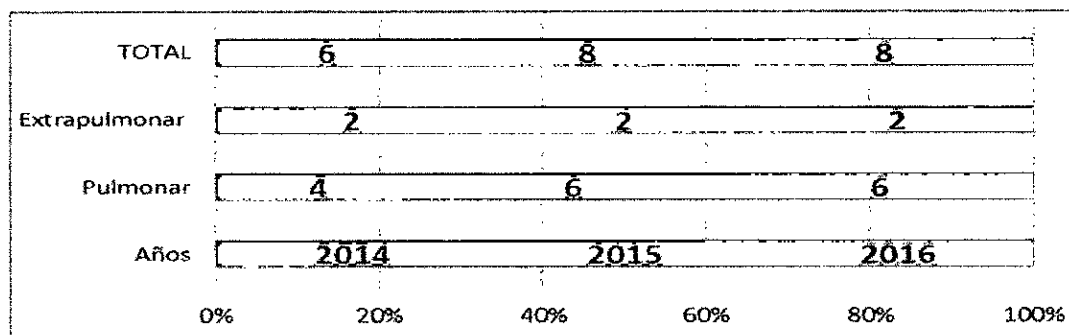
Así mismo cabe indicar que se tuvo 01 caso en el grupo etario de 11 a 17 años, y 01 caso en el grupo etario de 60 años a más. De otra parte de este cuadro podemos presentar los siguientes gráficos:

GRÁFICO N° 4.1
CASOS DE TUBERCULOSIS SEGÚN GRUPO ETARIO EN EL C.S. LA OROYA
2014 -2016



En el Gráfico N° 01 podemos mencionar que de los 22 casos de Tuberculosis diagnosticados entre los años 2014 al 2016, 14 se presentaron en el grupo etario de 18 a 29 años, 05 casos en el grupo etario de 30 a 59, 02 casos en el grupo etario de 11 a 17 años y 01 caso en el grupo etario de 60 a más.

GRÁFICO N° 4.2
CASOS DE TUBERCULOSIS SEGÚN GRUPO ETARIO EN EL C.S. LA OROYA
2014 -2016



En el Gráfico N° 02, se muestran los casos de Tuberculosis según localización siendo la proporción de 01 caso de Tuberculosis Extra Pulmonar por cada 03 casos de Tuberculosis Pulmonar, notándose además el incremento de 02 casos en los años 2015 y 2016 en relación al año 2014 donde se diagnosticaron 06 casos.

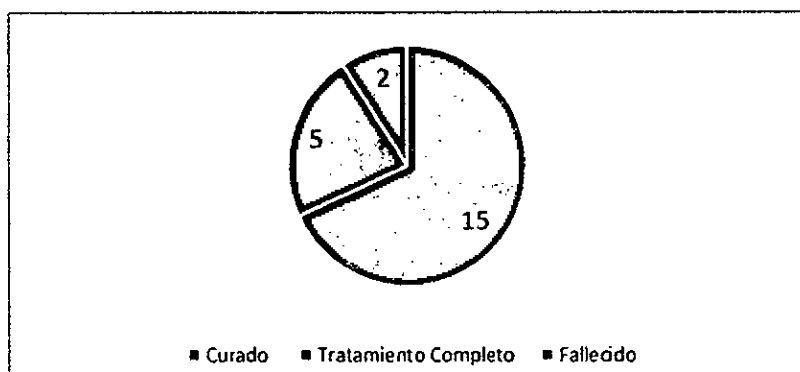
CUADRO N° 4.2
CONDICIÓN DE EGRESO DE CASOS DE TUBERCULOSIS POR GRUPO
ETAREO EN EL C.S. LA OROYA 2014 -2016

Grupo Etareo	Total		Condición de Egreso					
	Pulmonar	Extra pulmonar	Curado	Tratamiento Completo	Fracaso	Fallecido	Abandono	No Evaluado
0 a 11 años	0	0	0	0		0	0	0
11 a 17 años	2	0	1	0	0	0	0	0
18 a 29 años	11	3	11	3	0	0	0	0
30 a 59 años	2	3	2	2	0	1	0	0
60 a más	1	0	0	0	0	1	0	0
	22		15	5	0	2	0	0

Fuente: ESPCT – CS La Oroya

Del cuadro presentado podemos mencionar que de los 22 casos de Tuberculosis presentados entre los años 2014 al 2016, 15 casos tuvieron condición de egreso CURADO, 06 casos tuvieron condición de egreso como TRATAMIENTO COMPLETO, y 02 casos como FALLECIDO.

GRÁFICO N° 4.3
CONDICIÓN DE EGRESO DE CASOS DE TUBERCULOSIS POR GRUPO
ETAREO EN EL C.S. LA OROYA 2014 -2016



De acuerdo al Gráfico N° 03, se puede observar que el mayor porcentaje de casos tuvieron condición de curado al término del tratamiento, 05 con condición de tratamiento completo y 02 con condición de fallecido, por causas no asociadas a la Tuberculosis.

CUADRO N° 4.3
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA SEGÚN CASOS DE TUBERCULOSIS EN EL
C.S. LA OROYA 2014 - 2016

Casos de Tuberculosis	Actividades de Enfermería				
	Entrevista de Enfermería	Consejería pre test - VIH	Administración de Tratamiento	Visita Domiciliarias	Interconsultas Medicina
Pulmonar	42	14	28	65	48
Extra-pulmonar	18	6	12	32	24
Comorbilidad DM	3	1	2	5	6
Comorbilidad VIH	3	1	1	8	12
TOTAL	66	22	43	110	90

Fuente: ESPCT – CS La Oroya

En el presente cuadro se han presentado las principales actividades realizadas por el profesional de Enfermería; durante la atención del Paciente Afectado por Tuberculosis, así se observa que se realizaron 42 entrevistas de enfermería a pacientes con Tuberculosis Pulmonar, 18 entrevistas a pacientes con Tuberculosis Extrapulmonar, y 03 a cada uno de los apcientes con comorbilidad de VIH y Diabetes Mellitus.

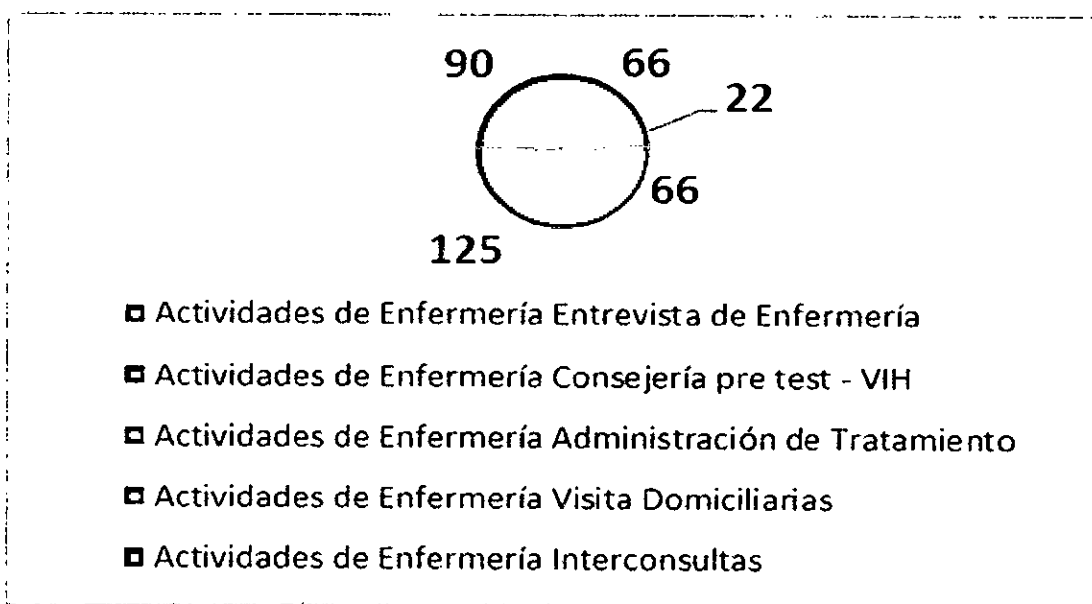
Así mismo se realizaron 14, 06, 01 y 01 Consejerías Pretest de VIH a los pacientes con Tuberculosis Pulmonar, Extrapulmonar, y con comorbilidad respectivamente.

Con respecto a la administración de tratamiento antituberculoso, se consideró como dos actividades por cada caso, dado que el registro HIS, solo considera esta actividad al inicio y al término de tratamiento para casos de Tuberculosis Sensible.

Referente a las visitas domiciliarias estas se realizaron en una cantidad de 110 visitas durante el periodo 2014 - 2016, considerando las visitas iniciales de verificación de domicilio y censo de contactos, más las realizadas para consejerías sobre medidas preventivas y actividades de familias con conocimientos, que incluyen las sesiones educativas (02) y las sesiones demostrativas (02).

Así mismo se han considerado un total de 95 interconsultas al servicio de Medicina, las que consideraron la evaluación inicial, el control del 1° mes de tratamiento, el cambio de fase y la evaluación de término de tratamiento.

CUADRO N° 4.4
ATENCIONES DE ENFERMERÍA A PERSONAS AFECTADAS DE
TUBERCULOSIS EN EL C.S. LA OROYA 2014 - 2016



En el Gráfico N° 04 se presentan las actividades realizadas como parte de la atención integral de la persona afectada por Tuberculosis, evidenciando que la mayoría de actividades se centra en Entrevistas de Enfermería y Visitas Domiciliarias.

V. CONCLUSIONES

- a) La presencia continua del profesional de enfermería en la Estrategia de Prevención y Control de Tuberculosis ha permitido mejorar la calidad de atención de las Personas Afectadas por Tuberculosis en la IPRESS, logrando la culminación satisfactoria del tratamiento.
- b) Aunque apreciable, la mejora en la atención de la Persona Afectada por Tuberculosis no ha sido suficiente, debido a problemas con los recursos humanos (temor al contagio), infraestructura inadecuada para la atención en salud, materiales educativos insuficientes,
- c) La falta de aseguramiento a la Persona Afectada por Tuberculosis, limita el acceso a exámenes auxiliares durante la evaluación inicial y de seguimiento.
- d) Es necesaria la capacitación continua del profesional de enfermería y del personal de salud, en temas generales de la enfermedad, atención de enfermería a la Persona Afectada por Tuberculosis, comunicación asertiva.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Se debe continuar con las mejoras implementadas en el Programa con la finalidad de cumplir con la norma vigente a fin de brindar la atención integral a la persona afectada por Tuberculosis.
- b) Es necesario fortalecer las competencias de los profesionales de enfermería y de otros grupos ocupacionales con respecto a esta enfermedad debido que aún hoy se mantiene el temor durante la atención a la persona afectada por Tuberculosis pero no se aplican las medidas de bioseguridad.
- c) Es necesario asegurar el término del tratamiento de las persona afectada por Tuberculosis a través de otros medios de apoyo social.
- d) El fortalecimiento de capacidades permitirá mejorar la intervención de la persona afectada por Tuberculosis.

VII. REFERENCIALES

1. OMS. Reporte sobre Tuberculosis 2016. Recuperado de
2. MINSA : Norma Técnica de Atención a la Persona Afectada por Tuberculosis - 2013
3. Manejo de la Tuberculosis en el Primer Nivel de Atención.
http://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=epidemiologia-y-control-de-enfermedades&alias=476-aps-manejo-del-paciente-con-tuberculosis-en-atencion-primaria-de-la-salud&Itemid=253
4. Afrontamiento de la Tuberculosis. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/tuberculosis/diagnosis-treatment/drc-20351256>
5. Teorías de Enfermería. www.slideshare.net
6. ANDRADE, Rayla Patrícia da Silva; MAIA, Vanessa FREIRES; Queiroz, Rosimeire Fontes de; Carreiro, Gisele Santana Pereira; Villa, Tereza Cristina Scatena; Pinto, Erika Simone Galvão.
7. BARTHOLOMAY, Patricia; PELISSARI, Daniele Maria; de ARAUJO, Wildo Navegantes; YADON, Zaida E.; HELDAL, Einar. 2013. **Calidad**

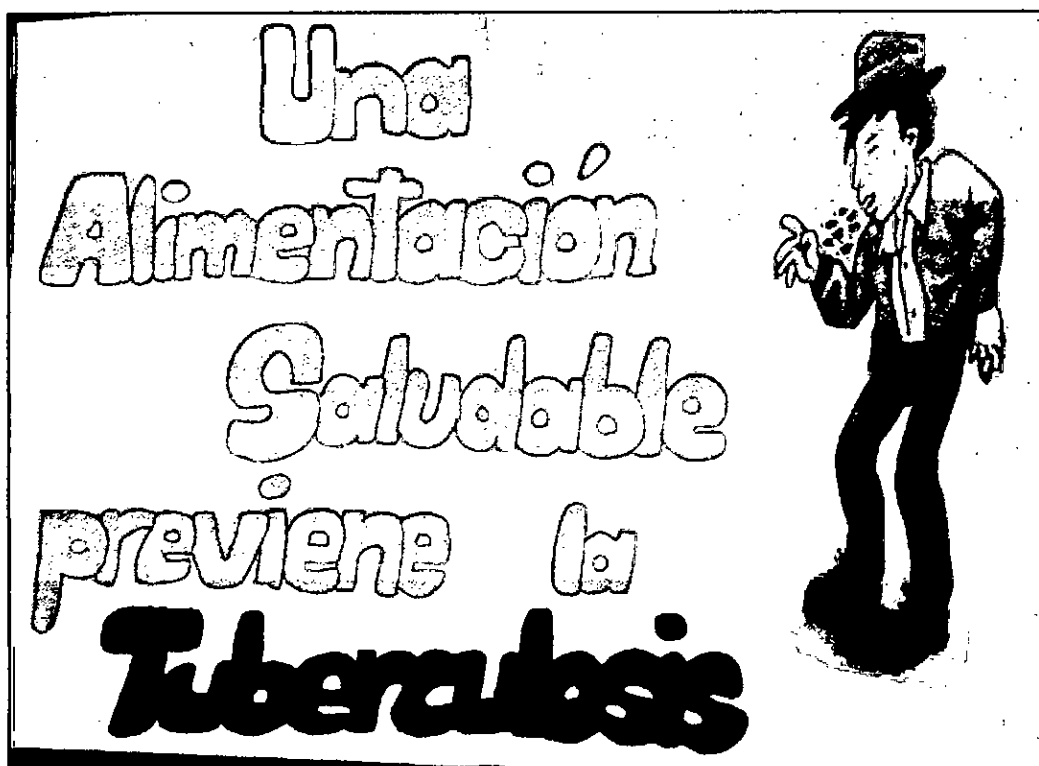
de la asistencia de la tuberculosis en los diferentes niveles de atención de salud del Brasil en el 2013.

8. **CACHA GRANADOS, Norma Violeta. Relación entre conocimiento y actitud del paciente con tuberculosis sobre su enfermedad y tratamiento en el Centro de Salud Piedra Liza 2012. UNMSM 2013**
9. **CCOICCA ALMIDÓN, Flor. Medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja, Lima - Perú 2012, UNMSM.**
10. **HUARANGA RAMÍREZ, Violeta Ynés. Actitud del familiar hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el Puesto de Salud Nuevo Progreso 2012, UNMSM.**
11. **PILLACA GÓNZALES, Héctor Humberto. Estrategias de afrontamiento del paciente que asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias Schreiber – 2013, UNMSM.**
12. **AGUEDO AGUEDO, Sussan Nattaly. Grado de malestar psicológico en pacientes con tuberculosis de tres centros de salud de Lima, 2014, UNMSM**

ANEXOS

ANEXO 01

ROTAFOLIO PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE
PROMOCIÓN DE LA SALUD SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLES
PARA PREVENIR LA TUBERCULOSIS



ANEXO 02

EVIDENCIAS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD



Fig. 2.1: Sesión educativa de alimentación para prevenir la tuberculosis con participación del equipo multidisciplinario de la estrategia



Fig. 2.2: Sesión educativa con presentación de platos saludables



Fig. 2.3: Actividades educativas en instituciones educativas



Fig. 2.4: Elaboración de pancartas por el Día Mundial de la Tuberculosis

ANEXO 03

ACTIIDADES POR EL DÍA MUNDIAL DE LA TUBERCULOSIS



Fig. 3.1: Premiación al personal de salud por la elaboración de pancartas



Fig. 3.2: Actividad pública multisectorial (Municipalidad Provincial, ESSALUD y MINSA)



Fig. 3.3: Actividad pública multisectorial (Municipalidad Provincial, ESSALUD y MINSa)



Fig. 3.4: Presentación de pancartas elaboradas por escolares



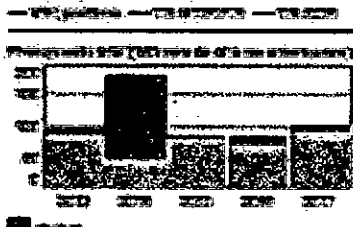
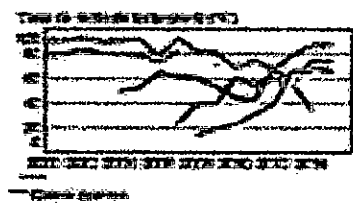
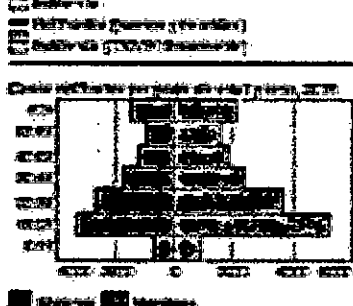
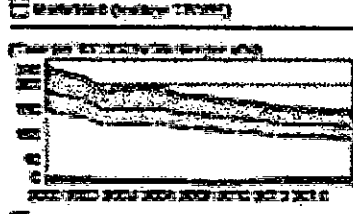
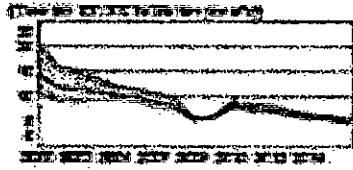
Fig. 3.5: Participación de escolares en el Día Mundial de la Tuberculosis

ANEXO 04 PERFIL DE LA TUBERCULOSIS EN EL PERÚ

Perú

Cobertura 2011		2010	
Indicadores de la OMS de TB (2011)			
Prevalencia de TB (2011)	17 (14-21)	16 (13-21)	16 (13-21)
Morbilidad de TB (2011)	58 (48-70)	57 (48-70)	57 (48-70)
Prevalencia de TB (2010)	17 (14-21)	16 (13-21)	16 (13-21)
Morbilidad de TB (2010)	58 (48-70)	57 (48-70)	57 (48-70)
Indicadores de la OMS de TB (2010)			
Prevalencia de TB (2010)	17 (14-21)	16 (13-21)	16 (13-21)
Morbilidad de TB (2010)	58 (48-70)	57 (48-70)	57 (48-70)
Indicadores de la OMS de TB (2009)			
Prevalencia de TB (2009)	17 (14-21)	16 (13-21)	16 (13-21)
Morbilidad de TB (2009)	58 (48-70)	57 (48-70)	57 (48-70)
Indicadores de la OMS de TB (2008)			
Prevalencia de TB (2008)	17 (14-21)	16 (13-21)	16 (13-21)
Morbilidad de TB (2008)	58 (48-70)	57 (48-70)	57 (48-70)
Indicadores de la OMS de TB (2007)			
Prevalencia de TB (2007)	17 (14-21)	16 (13-21)	16 (13-21)
Morbilidad de TB (2007)	58 (48-70)	57 (48-70)	57 (48-70)
Indicadores de la OMS de TB (2006)			
Prevalencia de TB (2006)	17 (14-21)	16 (13-21)	16 (13-21)
Morbilidad de TB (2006)	58 (48-70)	57 (48-70)	57 (48-70)
Indicadores de la OMS de TB (2005)			
Prevalencia de TB (2005)	17 (14-21)	16 (13-21)	16 (13-21)
Morbilidad de TB (2005)	58 (48-70)	57 (48-70)	57 (48-70)
Indicadores de la OMS de TB (2004)			
Prevalencia de TB (2004)	17 (14-21)	16 (13-21)	16 (13-21)
Morbilidad de TB (2004)	58 (48-70)	57 (48-70)	57 (48-70)
Indicadores de la OMS de TB (2003)			
Prevalencia de TB (2003)	17 (14-21)	16 (13-21)	16 (13-21)
Morbilidad de TB (2003)	58 (48-70)	57 (48-70)	57 (48-70)
Indicadores de la OMS de TB (2002)			
Prevalencia de TB (2002)	17 (14-21)	16 (13-21)	16 (13-21)
Morbilidad de TB (2002)	58 (48-70)	57 (48-70)	57 (48-70)
Indicadores de la OMS de TB (2001)			
Prevalencia de TB (2001)	17 (14-21)	16 (13-21)	16 (13-21)
Morbilidad de TB (2001)	58 (48-70)	57 (48-70)	57 (48-70)
Indicadores de la OMS de TB (2000)			
Prevalencia de TB (2000)	17 (14-21)	16 (13-21)	16 (13-21)
Morbilidad de TB (2000)	58 (48-70)	57 (48-70)	57 (48-70)
Indicadores de la OMS de TB (1999)			
Prevalencia de TB (1999)	17 (14-21)	16 (13-21)	16 (13-21)
Morbilidad de TB (1999)	58 (48-70)	57 (48-70)	57 (48-70)
Indicadores de la OMS de TB (1998)			
Prevalencia de TB (1998)	17 (14-21)	16 (13-21)	16 (13-21)
Morbilidad de TB (1998)	58 (48-70)	57 (48-70)	57 (48-70)
Indicadores de la OMS de TB (1997)			
Prevalencia de TB (1997)	17 (14-21)	16 (13-21)	16 (13-21)
Morbilidad de TB (1997)	58 (48-70)	57 (48-70)	57 (48-70)
Indicadores de la OMS de TB (1996)			
Prevalencia de TB (1996)	17 (14-21)	16 (13-21)	16 (13-21)
Morbilidad de TB (1996)	58 (48-70)	57 (48-70)	57 (48-70)
Indicadores de la OMS de TB (1995)			
Prevalencia de TB (1995)	17 (14-21)	16 (13-21)	16 (13-21)
Morbilidad de TB (1995)	58 (48-70)	57 (48-70)	57 (48-70)
Indicadores de la OMS de TB (1994)			
Prevalencia de TB (1994)	17 (14-21)	16 (13-21)	16 (13-21)
Morbilidad de TB (1994)	58 (48-70)	57 (48-70)	57 (48-70)
Indicadores de la OMS de TB (1993)			
Prevalencia de TB (1993)	17 (14-21)	16 (13-21)	16 (13-21)
Morbilidad de TB (1993)	58 (48-70)	57 (48-70)	57 (48-70)
Indicadores de la OMS de TB (1992)			
Prevalencia de TB (1992)	17 (14-21)	16 (13-21)	16 (13-21)
Morbilidad de TB (1992)	58 (48-70)	57 (48-70)	57 (48-70)
Indicadores de la OMS de TB (1991)			
Prevalencia de TB (1991)	17 (14-21)	16 (13-21)	16 (13-21)
Morbilidad de TB (1991)	58 (48-70)	57 (48-70)	57 (48-70)
Indicadores de la OMS de TB (1990)			
Prevalencia de TB (1990)	17 (14-21)	16 (13-21)	16 (13-21)
Morbilidad de TB (1990)	58 (48-70)	57 (48-70)	57 (48-70)

Perfil de tuberculosis



Las cifras de prevalencia de TB en el Perú son de 17 (14-21) en 2011, 16 (13-21) en 2010, 16 (13-21) en 2009, 16 (13-21) en 2008, 16 (13-21) en 2007, 16 (13-21) en 2006, 16 (13-21) en 2005, 16 (13-21) en 2004, 16 (13-21) en 2003, 16 (13-21) en 2002, 16 (13-21) en 2001, 16 (13-21) en 2000, 16 (13-21) en 1999, 16 (13-21) en 1998, 16 (13-21) en 1997, 16 (13-21) en 1996, 16 (13-21) en 1995, 16 (13-21) en 1994, 16 (13-21) en 1993, 16 (13-21) en 1992, 16 (13-21) en 1991, 16 (13-21) en 1990.