

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA FAMILIA EN  
EL CUIDADO AMBULATORIO DEL PACIENTE CON  
TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE DEL  
HOSPITAL II ESSALUD, CAÑETE - 2019**

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

**MARIA DEL CARMEN PEÑA LUYO**

Callao, 2019

PERÚ

## ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN .....	2
1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA .....	4
2. MARCO TEÓRICO .....	7
2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO .....	7
2.2 BASES TEÓRICAS .....	11
2.3 MARCO CONCEPTUAL .....	13
3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE INTERVENCIÓN .	23
3.1 JUSTIFICACIÓN .....	23
3.2 OBJETIVOS .....	24
3.3 METAS.....	25
3.4 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES.....	26
3.5 RECURSOS.....	28
3.6 EJECUCIÓN .....	28
3.7 EVALUACIÓN .....	28
4. CONCLUSIONES.....	30
5. RECOMENDACIONES.....	31
6. REFERENCIALES.....	32
7. ANEXOS.....	37

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico, describe las experiencias vividas y los cambios logrados por el equipo de Enfermería en la atención brindada a la familia en el cuidado ambulatorio de la persona con tuberculosis multidrogorresistente que acude al Hospital II-Essalud-Cañete. El objetivo es brindar intervenciones de enfermería que permitan garantizar el éxito de la administración de medicamentos a través de la atención centrada en la familia. El motivo es el apoyo emocional y familiar a la población (niños, jóvenes, ancianos) para enfrentar y afrontar esta enfermedad como familia. La importancia es que permitirá brindar una atención adecuada e integral al paciente enfermo de TB-MDR.

En la provincia de Cañete se encuentra situado el Hospital II DE Es salud – Av. Mariscal Benavides n°685 san Vicente, cuenta con una población asegurada de 70.889, de las cuales tiene una población < de 5 años 5.313, nuestro grupo beneficiario son las personas con tuberculosis multidrogorresistentes.

El Programa de Control y Prevención de la Tuberculosis del Hospital II de Cañete, que cuenta con dos ambientes muy bien ventilados (6 ventanas) en el primero recibimos al paciente sintomático respiratorio y se brinda el tratamiento, y en el segundo ambiente se hace las consultas médicas de los paciente que ingresan al programa a iniciar tratamiento, los paciente con resultado Bk+, la segunda muestra de Bk va para cultivo y sensibilidad, se le solicita batería de análisis, prueba hepática, Rx de pulmones, con resultado pasa evaluación con la Neumóloga quien indica el inicio de tratamiento, se le realiza control de funciones vitales, entrevista, consejería al paciente y la

familia, se le pide información para llenar la tarjeta, formato de epidemiología y para llenar en los dos formatos de las plataforma SIGTB, SIEPI etc.

Como enfermera profesional desarrollo el trabajo asistencial siendo responsable de la estrategia sanitaria de PCT en el Hospital II-Essalud-Cañete, brindando cuidados a los pacientes asegurados y sus familias que son referidos del hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins al distrito de cañete; asimismo se realiza la captación de sistemático respiratorio y se brinda la atención integral a los pacientes diagnosticados con tuberculosis por la institución

Como enfermera mi responsabilidad es brindar una atención integral al paciente con tuberculosis drogoresistente enfocada en la familia, teniendo como rol principal la realización de las visitas domiciliarias y la consejería, siendo responsable además, de dejar constancia del trabajo realizado en las fichas de registros y la historia clínica.

## **1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tuberculosis es un problema mundial importante en la salud pública, al que anualmente 9 millones de personas se enfrentan, y que de no recibir tratamiento cada uno podría contagiar a 10 o 15 personas. Cuando una persona con tuberculosis que recibe tratamiento y muestra resistencia a alguno de sus medicamentos, surge la drogoresistencia, considerada una crisis mundial de salud pública; al 2017 se estimaron un total de 558 000 personas con esta enfermedad resistente a la rifampicina “RR” y el 82% padecían tuberculosis multidrogo resistente “TB MDR” (1).

Según la Organización Panamericana de la Salud, el indicador sobre la tasa de éxito de tuberculosis RR y MDR al 2017 no supera el 56% (2). En el 2016 la brecha en la detección y tratamiento de la TB sensible y TB MDR fue de US \$ 2,3 billones anuales, a pesar de ser una enfermedad de atención prioritaria. Es la principal causa de muerte por agente infeccioso, y se le reconoce como una epidemia de injusticia social que afecta sobre todo a poblaciones pobres y vulnerables (3).

Según un estudio en América Latina y el Caribe, la tuberculosis tiene impacto familiar, comunitario, social, económico y sanitario; causante de un número significativo de muertes, discapacidad e incremento de la pobreza. Además exhorta a la comprensión de la responsabilidad social de los actores de salud, enfatizando en la importancia de que las estrategias nacionales incluyan cambios en los determinantes sociales de la enfermedad. (4)

El Perú es uno de los países de mayor severidad de TB MDR y extensamente resistente en Latinoamérica (5). Los registros del Ministerio de Salud (MINSA) mostraron 31087 casos de TB en el año 2017 a nivel

nacional, y el 75% de la morbilidad está concentrada en doce regiones entre las que se encuentra Lima, y todas en alto o muy alto riesgo para TB (6). La distribución de casos según el sector de salud (2017) es de 71,3% para el MINSA, 19.9% para EsSalud y 7.7% para el INPE; según la proporción de casos por regiones de salud, Lima concentra el 55% de los casos de TB, y Lima Metropolitana el 70% de los casos MDR confirmados (7).

Según el Plan de Intervención de Prevención y Control de Tuberculosis en Lima Metropolitana y Regiones priorizadas del MINSA, las principales causas que limitan el control de la tuberculosis son: “baja adherencia al tratamiento, alta transmisión en la comunidad, bajo control de infecciones y el manejo inadecuado de las comorbilidades (TB-Diabetes y TB-VIH)”; además se reconoce entre los problemas principales condicionantes, a los altos porcentajes de abandonos al tratamiento (8).

En el Hospital II - Essalud de Cañete, se han detectado al 2017 que del total de casos de tuberculosis, el 20.83% (10) de los paciente tiene TB MDR; al 2018 sólo han disminuido un 2.97%, sin embargo los casos de TB sensible fueron los que incrementaron en 8 casos más, y los casos de TB MDR se mantienen en 10 casos al igual que en el año anterior.

La problemática a nivel local en el tratamiento de esta enfermedad, está dado principalmente por la tendencia al abandono de la medicación en los pacientes; por otro lado, en la atención del paciente se ha evidenciado que los contactos indirectos (primos) han adquirido la enfermedad. Además, el inadecuado control de contactos dificultaba la calidad de atención y favorecías la aparición de casos nuevos en familiares.

Es aquí donde la familia cumple un rol importante como apoyo el seguimiento del paciente, pues eventos adversos como los problemas auditivos, síntomas

de malestar hepático causados por los agresivos medicamentos, o la incomodidad del tratamiento inyectable, generan rechazo en los pacientes y los motivan a dejar el tratamiento; y la familia es quienes colaboran con el personal de enfermería en la vigilancia y el tratamiento diario del paciente, siempre que estén bien concientizados y educados respecto a la tuberculosis multidrogoresistente.

Otros problemas de la institución es que el personal y los horarios son limitados para poder realizar continuamente las visitas domiciliarias siendo uno de los puntos que se maneja en la estrategia de la tuberculosis MDR.

También tenemos la falta de que no lleguen oportunamente los resultados de cultivo y sensibilidad, es uno del problema deficiente para iniciar a tiempo al paciente al esquema de tratamiento TB MDR.

Hemos tenido inconveniente en el ingreso y registro de los nuevos casos TB MDR.y datos epidemiológicos de los casos nuevos los cuales son registrados en dos plataformas de minas como es SIGTB (Sistema de información general de tuberculosis) y el SIEPI (Sistema integrado epidemiológico)

Asimismo al tener unas guías desactualizadas para poder realizar las consejerías a la familia y paciente y lograr una buena sensibilización y educación al paciente y familia.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

#### Internacionales

FIGUEROA SAMANIEGO Sandra, y Cols, 2019, Machala-Ecuador, **“Multidrogorresistencia de la tuberculosis en un paciente y proceso de atención de enfermería”**. Objetivos: Describir los factores desencadenantes de multidrogorresistente en paciente de 73 años con tuberculosis multidrogorresistente mediante la revisión de historia clínica y bibliográfica. Métodos: Descriptivo, los datos fueron extraídos de la historia clínica de la paciente y bibliografía de manera ordenada y coherente. Resultados: Paciente mujer de 73 años con historia de diabetes mellitus tipo II de más o menos dos años y no refiere antecedentes familiares. Al momento del primer contacto con el personal de salud se presenta con cuadro clínico de cefalea intensa, astenia, diaforesis, tos con flema por más o menos 10 días, siendo captada como sintomático respiratorio. A la valoración paciente consciente orientada en tiempo espacio y persona; facies pálidas, asténicas; pupilas isocóricas reactivas a la luz mucosas orales semi húmedas; tórax simétrico con campos pulmonares estertores crepitantes y roncus en el lóbulo superior derecho; abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, donde no se palpa visceromegalias ni masas, se observa cicatriz quirúrgica, extremidades simétricas con tono y fuerza muscular conservado. Con su presión arterial de 100/60 mmHg, con frecuencia cardiaca 90 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, temperatura 36 °C, saturación de oxígeno 98%. Sus medidas antropométricas: peso de 35,5 kilogramos, talla 141 centímetros y su IMC de 19. Durante el seguimiento en el C.S. desde su diagnóstico inicial hasta la actualidad se evidenciaron tanto avances como retrocesos y varios reportes que indican que no asiste a tomar el tratamiento,

presentando el 25 de julio su primera resistencia. Conclusiones: Se concluye que los factores desencadenantes de la tuberculosis MDR, que encontramos en la paciente es la falta de conocimiento acerca de la enfermedad, la negatividad de seguir con el tratamiento; se debe intervenir a través de la educación y consejería (9).

ROSADO QUIAB Ulises y cols., 2014, Distrito Federal – México, **“Influencia de las características del sistema familiar en la adherencia al tratamiento de observación directa, curso corto (puntos) en el estudio de cohorte de tuberculosis pulmonar-A”**. Objetivo: evaluar la asociación entre el sistema familiar en la adherencia observada, tratamiento corto en pacientes con TB pulmonar en tres ciudades del sur-sureste de México. Métodos: Estudio de 234 casos por 6 meses o hasta que el paciente perdió el control, emigró a otra ciudad, murió o decidió no continuar. Se evaluó relaciones intrafamiliares, el funcionamiento familiar (FACES III) y la red social (DUKE UNC-11); La adherencia (Greene Morinsky). Resultados: Los pacientes con familia disfuncional tienen un RR = 8,95 ( $p < 0,001$ ) en comparación con los de la familia funcional, y los pacientes con red no funcional mostraron un RR = 2,22 ( $p = 0.002$ ) en comparación con aquellos con red social funcional. Conclusión: El funcionamiento familiar influye en las cohortes estudiadas en la adherencia a la medicación (10).

CARVAJAL BARONA Rocío y cols., Cali – Colombia, **“Barreras asociadas a la adherencia al tratamiento de tuberculosis en Cali y Buenaventura, Colombia, 2012”**. Objetivo: determinar barreras asociadas a la adherencia al tratamiento acortado de TB. Métodos: estudio de casos (128) y controles (182). Resultados: los factores asociados que se asocian a la no adherencia al tratamiento son: vivir solo (OR=4.54), no asistir a reuniones religiosas (OR=28.17), no reconocer la duración del tratamiento (hasta seis meses)

(OR=3.51), consumir drogas (OR=3.41), falta de suministro de tratamiento por el servicio de salud (OR=5.53). Conclusiones: se deben considerar los factores comportamentales, sociales y administrativos que repercuten en el paciente, para el diseño y desarrollo de estrategias que aseguren la adherencia (11).

### **Nacionales**

ESPINOZA ESPINOZA Luz Silvana, 2018, Lima-Perú, “**Clima social familiar y autoestima de los pacientes con tuberculosis pulmonar que asisten al Centro de salud Caqueta Rímac, 2017**” Objetivo: Conocer la relación entre ambas variables. Metodología: cuantitativo, descriptivo, correlacional, transversal; se aplicó la entrevista en 50 pacientes a través del Test de Autoestima (Fausto Valencia, 2007) y la escala de clima social familiar adaptada. Resultados: el 48% tiene una autoestima de nivel medio, el 34% baja y el 18% alta; el 46% un clima social medianamente favorable, el 28% desfavorable y el 26% favorable. Conclusión: si aumenta el clima social familiar también incrementará el autoestima, es decir, hay una relación directa moderada y altamente significativa entre las variables Autoestima y clima social familiar ( $\rho = 0,446$ ;  $p = 0,001$ ), por lo que se rechaza la hipótesis nula (12).

AULLA GALINDO Norma, 2017, Lima – Perú, Título: “**Actitud de la familia de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Jicamarca 2017**”. Objetivo: describir a la familia. Método: cuantitativo, descriptivo, deductivo, no experimental; la muestra estuvo constituida por 60 familias del programa de TB pulmonar. Resultados: el 60% señala tener aceptación, el 30% señala un nivel de indiferencia y el 9% presenta un nivel de rechazo. Conclusión: la actitud de las familias aceptación frente a esta enfermedad

ayuda al paciente a la recuperación y mejora en la prevención del contagio en su entorno y la comunidad (13).

ESPINOZA ZEA Marilia Karen, 2017, Ica – Perú, Título “**Estado de ansiedad y apoyo familiar en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Parcona Ica, octubre – 2016**”. Objetivo: Conocer la ansiedad y el apoyo familiar de las personas con tuberculosis. Método: cuantitativo, descriptivo y transversal; con una muestra de 25 pacientes de la Estrategia. Resultados: La ansiedad fue de 68% moderado, 62% alto y 20% bajo; según la dimensión estado fue moderado en el 48% (12), en el 40% fue alto y en el 12% bajo; según la dimensión rasgo es alto en el 44% (11) moderado en el 40% (10), bajo en el 16% (04). El apoyo familiar es adecuado en el 56%, regular en el 44%; según la dimensión apoyo socioeconómico familiar es desfavorable en el 84%, favorable en el 16%; según la dimensión apoyo emocional, es favorable en el 72%, desfavorable en el 28%. Conclusiones: La ansiedad según la dimensión estado es moderada y según el rasgo es alto; el apoyo familiar según la dimensión apoyo socioeconómico es desfavorable, y según dimensión apoyo emocional es favorable (14).

SUÁREZ PONCE Catherine Yesela, 2015, Lima – Perú, título “**Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un Centro de Salud. 2014**”. Objetivo: Relacionar ambas variables en pacientes con tuberculosis, en el C.S. Max Arias Schreiber. Método: cuantitativo, descriptivo correlacional, transversal, aplicado en 70 pacientes. Resultados: el 46% presenta adherencia media y el 54% percibe un participación familiar medianamente favorable. Conclusiones: 1) el nivel de adherencia al tratamiento es “medio”, pues aunque se cumpla con la medicación, indicaciones, exámenes y pruebas de control de forma parcial; la educación, la familia, nivel socioeconómico y las

percepciones influyen en la adherencia a la medicación ya sea positiva o negativamente. 2) la participación familiar en el tto de pacientes con TB es “medianamente favorable”, lo cual indica que cuentan con una parcial participación, que mejoraría al incorporar a la familia como el agente de autocuidado. 3) Existe relación entre la adherencia y la participación de la familia, lo cual enfatiza que la participación de la familia tiene un rol importante en la adherencia al tratamiento (15).

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

**Lydia Hall desarrollo el “Modelo del núcleo, el cuidado y la curación”** y estableció tres círculos independientes pero interconectados entre sí a modo de esquema. El primero de los principios es que la enfermería trabaja de diferentes formas en cada uno de los tres elementos (círculos) del paciente, que están interrelacionados y se influyen mutuamente. Los círculos constan de: el cuidado, el núcleo y la cura. Cada uno puede crecer o no dependiendo de cada caso y cada paciente (16).

- **El círculo del cuidado:** Aspecto exclusivo de enfermería, pues da al paciente el cuidado y la atención personal. Es esencial en el proceso íntimo de relación interpersonal pues abarca el cuidado corporal de los pacientes (baño, alimentación, higiene, vestido, comodidad, etc.). Es la enfermera la experta, la maestra de las madres, y solo la que cuida solícitamente al enfermo sin creerse su madre está en camino del ejercicio profesional. Este aspecto tiene como interés principal el bienestar del paciente y, al ser comprendido, se ha logrado la finalidad más importante (17).
- **La curación:** Este segundo aspecto es compartido con la profesión médica. Puede considerarse a la enfermera como una asistente del médico, visto desde este aspecto, se deduce que la profesión médica

“delega” en la enfermería algunos "deberes", "actividades" y "funciones" médicas, pero sin poder participar en el planeamiento. Los médicos aumentan cada vez más las funciones de las enfermeras y éstas aceptan sin discutir las responsabilidades adicionales. Esta oportunidad fracasa por dos razones: no existe el proceso del cuidado solícito y tampoco se logra el acercamiento, además se considera el aspecto físico del cuidado un medio para mantener limpio al paciente, promoviendo de este modo la higiene personal como una finalidad. Con esto, se da muy poca importancia al mayor aporte profesional que la enfermera podría dar para el bienestar del paciente.

- **El núcleo, esencia:** Se debe aprovechar las ciencias sociales, pues considerar al paciente como un “yo enfermo” pone de manifiesto que: "los enfermos son seres humanos". Es imposible cuidar a una persona más allá de lo que ella permite, si como enfermería profesional le damos un libre oferta de acercamiento, permitirá que lo conozcamos mejor y se permitirá verse mejor a sí mismo, pudiendo emerger como "un individuo completo" (mejorará o permanecerá sano). Las experiencias a través de las ciencias sociales facilitarán el desarrollo de la pericia interpersonal que permitirá al paciente ser, afrontar, resolver y prevenir sus problemas de salud. De este modo, la enfermera reconoce que el poder para curar reside en el paciente y no en ella; se satisface y se enorgullece de su habilidad para ayudarlo a abastecerse en esta fuente de poder, para su crecimiento y desarrollo constante. Llega a trabajar en cooperación con los miembros de otras profesiones en un programa conjunto de atención y rehabilitación (17).

La teoría de Hall fue la primera en referirse a la importancia de la persona total que necesita cuidado, además de ser la primera que percibió a las enfermeras como profesionales y estableció que la atención debe ser dada

sólo por enfermeras entrenadas. También incluye el cuidado de la familia y se centró en mantener una salud óptima y la calidad de vida (18).

## **2.3 MARCO CONCEPTUAL**

### **2.3.1 Tuberculosis Multidrogorresistente**

Este tipo de tuberculosis nace a consecuencia de una mala utilización de los antibióticos. La tuberculosis multidrogo resistente (TB-MDR) surge poco después de la rifampicina (1960), cuando ya había emergido la resistencia a la isoniazida (1950). Haciendo que el tratamiento de la enfermedad sea muy difícil y costoso, con altas tasas de fracaso, muertes, y pérdidas en el seguimiento (19).

#### **Tipos de resistencia**

La Organización Mundial de la Salud reconoce los siguientes tipos de resistencia al tratamiento antituberculoso (20):

- Monorresistencia: resistencia a solo un medicamento de 1° línea.
- Polirresistencia: más de un medicamento de 1° línea diferente a isoniazida y rifampicina.
- Multirresistencia (MR): resistencia al menos la isoniazida y la rifampicina.
- Ultrarresistencia (XR): resiste el tratamiento con cualquier fluoroquinolona y al menos a uno de los tres antituberculosos inyectables de segunda línea.
- Resistencia a la rifampicina: ya sea en forma de monorresistencia, polirresistencia, MR o XR.

## **Diagnóstico de resistencia a medicamentos antituberculosos**

Los indicadores para identificar el *complejo M. tuberculosis* prueban la sensibilidad rápida resistente a isoniacida o rifampicina y el cultivo de la bacteria de una persona con coinfección TB-VIH. Propiamente para el diagnóstico se utilizan las pruebas rápidas para TB MDR (21):

- a) Pruebas rápidas para la detección de tuberculosis multidrogoresistente (TB MDR):
- *Prueba MODS*: prueba que se realiza con las muestras de esputo con Bk<sub>±</sub>, que se hace antes o durante la medicación antituberculosa, que diagnostica de manera simultánea la resistencia a isoniacida y rifampicina.
  - *Prueba Nitrato Reductasa (Griess)*: prueba que se realiza con las muestras de esputo con Bk<sup>+</sup> (una cruz o más) entre 14 a 28 días. Indicada para detectar la resistencia a isoniacida y rifampicina en personas con TB pulmonar frotis positivo.
  - *Sistema en medio líquido Mycobacterium Growth Indicator Tube*: prueba de diagnóstico de sensibilidad al tratamiento de 1° línea (isoniacida, rifampicina, estreptomycin, etambutol y pirazinamida) que se obtiene de 4 hasta 12 días desde que el cultivo es positivo. Indicada para detectar TB pulmonar y extra-pulmonar en de distintas muestras (excepto sangre y orina), y de TB resistente a tratamiento de primera línea, en diversos casos.
  - *Prueba molecular de ADN*: Identifica mutación relacionada a la resistencia a isoniacida y rifampicina desde muestras de esputo con Bk<sup>+</sup> o cultivos de micobacterias positivos, además de identificar el complejo *M. tuberculosis*. Los resultados están disponibles en 72 horas.

b) Pruebas de sensibilidad convencionales a medicamentos de 1° y 2° línea:

- *Método en agar en placa (APP)*: En pacientes con PS rápida o convencional de 1° línea que indique resistencia a isoniacida, a rifampicina o a ambos medicamentos (TB MDR) antes o durante el tratamiento.
- *Método indirecto en medio Löwenstein-Jensen para tratamiento de 1° línea*: A partir de cultivos de micobacterias positivas de casos de TB extrapulmonar y en los casos de TB pulmonar frotis negativo cultivo positivo.

Para detectar la TB resistente, se evalúa por pruebas rápidas de resistencia a isoniacida y rifampicina antes del tratamiento en:

- Persona con TB pulmonar frotis (+) nuevos y antes tratados será evaluada por prueba molecular de sonda de ADN, prueba MODS o convencional.
- Persona con TB pulmonar frotis (-) debe ser evaluada por la prueba MODS o pruebas convencionales (previo cultivo positivo).
- Toda persona con PS rápida resistente a isoniacida o rifampicina, debe tener un resultado de PS a medicamentos de 1° y 2° línea.

### **Factores de Riesgo**

La norma técnica reconoce que factores de riesgo para tuberculosis resistente a medicamentos son (22):

- Fracaso a esquema con medicamentos de 1° línea
- Contacto de caso confirmado de TB resistente
- Recaída durante los 6 meses siguientes luego del alta del esquema con medicamentos de 1° línea
- Recaída con medicamentos se 2° línea luego del alta

- Personas privadas de su libertad (PPL) y residentes de albergues, comunidades terapéuticas, entre otros.
- Antecedente de tratamientos múltiples (más de dos episodios previos a TB)
- Antecedentes de irregularidad al tratamiento, abandono o terapia no supervisada.
- Contacto con persona que falleció de TB
- Comorbilidades o condición previa
- Trabajadores y/o estudiantes de la salud.

### **Comorbilidad**

Las comorbilidades son una causa de la drogoresistencia; y en cada persona con alguna de las enfermedades descritas a continuación, se debe realizar el descarte de tuberculosis (23).

- **Tuberculosis y VIH Sida:** Realizar la PS rápida de resistencia (isoniacida y rifampicina) y derivar las cepas de micobacterias aisladas para estudio de tipificación. El tratamiento integral incluye la terapia antiretroviral de gran actividad (TARGA) y la terapia preventiva con cotrimoxazol (TPC).
- **Tuberculosis y diabetes mellitus (DM):** Realizar el tamizaje de DM con glicemia en ayunas, deben ser evaluados mensualmente por un endocrinólogo o médico consultor.
- **Tuberculosis y enfermedad renal crónica (ERC):** Debe realizarse un examen basal de Creatinina (>1,3 mg/dl debe completar estudios para descartar ERC), y ser referido al nefrólogo o medico consultor.
- **Tuberculosis y enfermedad hepática crónica (EHC):** Se debe realizar un examen basal de perfil hepático, en casos de alteración deben completarse estudios para descartar EHC. Debe ser referido al gastroenterólogo o médico consultor, y debe recibir los esquemas de

tratamiento dispuestos, considerando el ajuste de dosis de acuerdo al peso sin ascitis y edemas.

- **Tuberculosis y alcoholismo / farmacodependencia:** Debe ser derivado a salud mental y, de ser el caso, se realizará la referencia un establecimiento de mayor complejidad.

Cabe señalar que todo caso diagnosticado con comorbilidad que recibe isoniacida debe recibir suplemento de piridoxina (vitamina B6) a dosis de 50 mg/d para prevenir el desarrollo de neuropatía. (21)

### **Tratamiento**

En general los esquemas de tratamiento para la TB resistente son de cuatro tipos, detallados a continuación (22):

- **Esquema estandarizado:** Transitorio, para quienes tienen factores de riesgo para MDR, y que por la severidad de su estado no se puede esperar el resultado de una PS rápida o convencional para iniciar tratamiento.

*Primera fase:* 6-8 meses (EZLfxKmEtoCs) diario

*Segunda fase:* 12-16 meses (EZLfxEtoCs) diario

- **Esquema empírico:** Indicado en pacientes con diagnóstico de TB resistente según PS rápida, según PS convencional solo a medicamentos de primera línea, y contactos domiciliarios de un caso de TB (el esquema se basa en el tratamiento del caso índice). Se deben ajustar los esquemas según resultado de PS convencional a medicamentos de 1° y 2° línea; de acuerdo al resultado de las pruebas rápidas a Isoniacida y Rifampicina se establecen los esquemas empíricos:

*TB H resistente: 2(REZLfx) / 7(RELfx) de lunes a sábado por nueve meses*

*TB R resistente: 6-8(HEZLfxKmEtoCs) / 12(HEZLfxEtoCs) de lunes a sábado entre 12 y 18 meses.*

*TB H y R resistente (TB MDR): 6-8 (EZLfxKmEtoCs)/ 12 – 16 (EZLfxEtoCs) de lunes a sábado de 18 meses a más.*

- **Esquema acortado:** Indicado en pacientes con TB-RR O TB-MDR que no han sido previamente tratados con fármacos de 2° línea y en los que la resistencia a las fluoroquinolonas y a los inyectables de segunda línea ha sido excluida o es improbable; se debe confirmar la susceptibilidad o presumir la efectividad de las quinolonas e inyectables de 2° línea. No considerar pacientes con: resistencia confirmada o sospecha de ineficacia de las quinolonas y/o inyectables 2° línea, tratamiento previo por más de 1 mes con alguno de los fármacos de segunda línea incluidos en el régimen acortado de TB-MDR, intolerancia o riesgo incrementado de toxicidad a uno o más de los medicamentos del régimen acortado de TB MDR, embarazo, y TB extrapulmonar.

*Primera fase: 4-6 meses (Km-Mfx (alta dosis)-Pto-Cfz-Z-Had-E) diario*

*Segunda fase: 5 meses (Mfx (alta dosis)-Cfz-Z-E) diario*

- **Esquema individualizado:** Indicados en paciente con diagnóstico de TB resistente con resultados de una PS convencional para medicamentos de primera y segunda línea.
  - *Casos de TB Monoresistente o poliresistente:* En estos casos de resistencia a medicamentos de primera línea, los esquemas individualizados deben darse de manera diaria de lunes a sábado. Esquemas según el perfil de resistencia:
    - Resistencia H: 2RZELfx / 7RELfx por 9 meses*

*Resistencia H + S: 2RZELfx / 7RELfx por 9 meses*

*Resistencia H + E: 2RZLfxS / 7RZLfx por 9 meses*

*Resistencia H + E + S: 2RZLfxKm / 7RZLfx por 9 a 12 meses*

*Resistencia H + Z: 2RELfxS / 7RELfx por 9 a 12 meses*

*Resistencia H + E + Z: 3RlfxEtoS/15 RlfxEto por 18 meses*

*Resistencia Z: 2RHE/ 7 RH por 9 meses*

*Resistencia E: 2RHZI 4 RH por 6 meses*

*Resistencia R: 3HEZLfxKm/9HEZLfx por 12 a 12 meses*

- *Casos de TB MDR:* Los esquemas individualizados para el paciente con TB MDR debe elaborarse considerando los siguientes principios:  
Incluir al menos 4 medicamentos de 2° línea a los que son sensibles o nunca se administraron (1 fluoroquinolona y 1 inyectable de 2° línea).  
Debe incluir Pirazinamida por su potencial beneficio clínico.  
Usar Etambutol al demostrarse la sensibilidad de la cepa.  
Antecedentes de la exposición a tratamiento antituberculoso: Evaluar detalladamente el tratamiento, la dosificación, la historia de adherencia, uso de terapia directamente observada en boca, otros.  
Los resultados de las PS a medicamentos de 1° y 2° línea disponibles.  
El historial de contactos y sus perfiles de sensibilidad a medicamentos.  
Los antecedentes de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM), abandono o tratamiento irregular.
- *Casos de TB XDR:* Los esquemas para TB XDR son elaborados por el Comité Nacional de Evaluación de Retratamientos-CNER y se prescriben de acuerdo al resultado de la prueba de sensibilidad para

medicamentos de 1° y 2° línea o rápida molecular de segunda línea en los siguientes casos: casos XDR; MDR con resistencia a fluoroquinolona (FQ), y casos MDR con resistencia a inyectable de segunda línea (ISL).

- *Fase Intensiva:* Medicamentos con la mayor actividad bactericida (Linezolid, Bedaquiline, Delamanid, Carbapenem), durante 08 a 12 meses en esquema para TB XDR con núcleo básico endovenoso y 6 meses en esquema con núcleo básico oral. El esquema incluye dos etapas: La hospitalaria (endovenoso, 02 meses) y la extra-hospitalaria (domicilio o lugar de residencia temporal acondicionado), continuando la administración endovenosa de Carbapenem.
- Fase de Continuación: Con medicamentos necesarios para lograr la esterilización. Dura entre 12 a 18 meses, hasta completar el tratamiento.

### **2.3.2. La Familia**

Para Friedman la familia se compone por personas que se encuentran unidas por lazos matrimoniales, sanguíneos o de adopción. Los miembros de una familia generalmente viven juntos, interactúan y se comunican continuamente e independientemente del rol que tengan; además, la familia comparte una cultura en común (24).

#### **Tipos de familia**

- Familia nuclear: padres e hijos
- Familia monoparental: los padres viven en separación o han sido separados por algún acontecimiento.
- Familia compuesta: Se refiere a la convivencia de 3 generaciones juntas.

- Familia extensa: además de tres generaciones, conviven con otros parientes.
- Familias apartadas: en estas existe un aislamiento y distancia emocional.

Existe una creciente incorporación de la familia al cuidado de sus familiares enfermos, así como el impacto de la enfermedad de un miembro en el sistema familiar hace necesario que todos se incluyan en los cuidados de salud. La enfermedad influye en todos los miembros de la familia y en sus relaciones interpersonales, pudiendo generar o agudizar tensiones y conflictos, demanda la adaptación del grupo familiar y la distribución de nuevos roles y funciones. Todo ello puede producir alteraciones en la dinámica familiar y en la salud de todos sus integrantes (25).

### **2.3.2 Atención de enfermería**

El profesional de enfermería es responsable de organizar la atención integral al paciente, su familia y la comunidad, y debe (21):

**a) Organizar la búsqueda de casos:** se refiere a todo lo relacionado a la detección de sintomáticos respiratorios, las muestras de esputo para la el diagnóstico, cultivo y otros exámenes auxiliares basales.

**b) Educar y brindar consejería al paciente antes de iniciar el tratamiento:** la educación sobre la enfermedad, diagnóstico y tratamiento involucra al paciente y su familia; además de las posibles reacciones adversas, la importancia de la adherencia y consecuencias de no seguir medicación correctamente, y la potencial necesidad de aislamiento de cnotactos. Todo esto a través de:

Realizar el censo de contactos y educar al paciente y familia sobre la importancia de su control.

Realizar la visita domiciliaria, para verificar domicilio, educar y orientar a la familia, confirmar el censo, organizar estudio de contactos, identificar SR y tomar muestras.

**c) Organizar la administración del tratamiento de la TB resistente:**

Evaluar mensualmente a los pacientes durante el tratamiento y 6 meses posteriores al alta. Coordinar la referencia para evaluación inicial y trimestral. Notificar el inicio de tratamiento y solicitar los controles necesarios y registrar su resultado.

**d) Promover la adherencia al tratamiento y prevenir la irregularidad:**

Identificar factores asociados al abandono (antecedentes, conflictos familiares, laborales, alcoholismo, drogadicción, pobreza y conducta antisocial). Vigilar y registrar la condición de “Irregularidad al Tratamiento” (al perder 3 dosis en fase 1, o 5 dosis en todo el tratamiento para esquemas de TB sensible).

**e) Coordinar el seguimiento del tratamiento:**

se debe organizar la historia clínica con todos los registros y formatos, informado sobre el estado actual de la enfermedad al término de cada fase de tratamiento, así como la condición de egreso.

**f) Organizar el estudio de contactos y la administración de terapia**

**preventiva:** la terapia preventiva con isoniacida al inicio, cambio de fase, y fin de tratamiento cada 3 meses en los contactos de paciente con TB resistente.

**g) Organizar el sistema de registro e información y análisis de**

**información:** Organizar y garantizar el llenado de los registros utilizados en el seguimiento de los casos de TB y TB resistente. Realizar el control de los datos registrados. Analizar los indicadores epidemiológicos.

### **3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE INTERVENCIÓN**

#### **PLAN DE INTERVENCIÓN**

##### **3.1 Justificación**

La tuberculosis, como enfermedad discriminativa, requiere de mucho apoyo familiar para el éxito del tratamiento. Ante un uso indebido de los antibióticos en el tratamiento a pacientes afectados de tuberculosis fármaco sensible, surge la resistencia a los medicamentos antituberculosos, que constituye un problema de salud pública de primera magnitud; frecuente en zonas donde los programas de lucha antituberculosa son deficientes (26).

A través de la Estrategia Sanitaria Nacional de PCT se fortalece el manejo de la tuberculosis en la promoción, prevención, detección, diagnóstico y tratamiento. La labor del profesional de enfermería de la ESPCT lo responsabiliza de la organización de la atención integral de la persona afectada por TB, su familia y la comunidad (21).

Estas acciones permiten garantizar la cura de la tuberculosis, pero no son acciones aisladas donde la enfermera solo debe aplicar el tratamiento y se consigue el éxito del mismo, sino que debe apoyar su labor en el equipo multidisciplinario y, más aún en el propio paciente y su familia, considerando esta última como el apoyo primordial en el éxito del tratamiento.

Según el modelo teórico de Lydia Hall, el abordaje del cuidado es exclusivo de la práctica enfermera. Pero existen áreas donde debe trabajar en equipo: el primero la curación, apoyando su labor con el equipo multidisciplinario del establecimiento como el médico y los profesionales de laboratorio; y por otro

lado el núcleo o esencia, donde la enfermera debe reconocer la importancia de las relaciones entre el paciente y su entorno, y basar su atención en esta realidad social del paciente su familia, la institución y su comunidad (15).

La enfermera, como parte del equipo multidisciplinario de salud, cumple un rol fundamental dentro de la estrategia de PCT, pues es responsable de brindar una atención integral a la persona con tuberculosis resistente, desarrollando múltiples actividades que favorezcan la eliminación de esta enfermedad y contribuyendo a la salud pública del país.

## **3.2 Objetivos**

### **3.2.1 Objetivo General**

Intervención de enfermería a la familia en el cuidado ambulatorio del paciente con tuberculosis multidrogaresistente nos permita garantizar el éxito del tratamiento a través de la atención integral centrada en la familia del hospital II Essalud cañete 2019.

### **3.2.2 Objetivos Específicos**

- Brindar atención integral al paciente en la detección, diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis MDR; así como de sus complicaciones y comorbilidades.
- Educar y brindar consejería al paciente antes de iniciar tratamiento
- Promover la adherencia al tratamiento y prevenir la irregularidad al tratamiento
- Organizar el estudio de contactos y la administración de terapia preventiva

- Desarrollar consejería eficiente con la familia como soporte psico-emocional a la persona afectada con tuberculosis multidrogo resistente.

### **3.3 Metas**

- Implementar el área para la prevención y control de la tuberculosis con los recursos humanos para cumplir la meta al 5% de acuerdo a las atenciones en los consultorios de atención diaria necesario para brindar una atención integral al paciente con tuberculosis multidrogo resistente.
- Realizar las visitas domiciliarias a todos los pacientes diagnosticados con tuberculosis multidrogo resistente dentro de las primeras 48 horas. Logrando al 100%
- Realizar la consejería de enfermería en forma permanente a la familia de los pacientes diagnosticados con tuberculosis multidrogo resistente dentro de las primeras 48 horas. Meta 100%.
- Supervisión del cumplimiento del tratamiento centrado en el paciente a través de la familia. Meta 100%
- Realizar el estudio de contactos trimestralmente. Meta 100%.

### 3.4 Programación de actividades

Actividad mejoras de gestión	Unidad de medida	Indicador	Meta	Cronograma	Responsable
<b>Mejoras en el área de prevención y control de la tuberculosis</b>					
Coordinación departamento de enfermería contratación de una enfermera	Enfermera	Enfermera contratada	1	Turno tarde (1pm – 7pm)	Jefatura departamento de enfermería
Coordinación con la oficina de administración para la implementación de la cabina recolectora	Cabina recolectora muestra de BK	Cabina implementada	1	Horas diarias	Oficina de administración
Se coordinó con el departamento de transporte para la adquisición de movilidad para transporte de muestra para cultivo y prueba de sensibilidad (cañete – Lima)	Logística	Camioneta implementada	1	Todos los días de lunes a sábados	Departamento de transporte del hospital Cañete
Se coordinó con la oficina de sistema informático	Computadora	Información	1	Todos los días	Oficina de sistema informático
Elaboración de una guía de consejería para aplicar en la familia y paciente enfermo TB MDR	Ficha impresa guía	Familia con fecha aplicada	1	Se aplicara cuando ingresa paciente, al inicio del tratamiento	Enfermería servicio del programa

<b>Educar y brindar consejería al paciente antes de iniciar tratamiento</b>					
Se realizó la visita domiciliaria al paciente TB MDR y la familia	Paciente visitado	Ficha de vigilancia, lleva cuaderno de visita domiciliaria	100%	Se aplica cuando ingresa el paciente al programa TB	Enfermera del programa
Se educó a la familia sobre la enfermedad, contagio y medidas de prevención; los medicamentos, horario y tiempo; reacciones adversas, importancia de la adherencia, importancia en el estudio de los contactos, medidas de control de infecciones en el domicilio.	Paciente y familia educada	Ficha entrevista ficha consentimiento informado aceptación inicio tratamiento Ficha epidemiológica Tarjeta de inicio al tratamiento	100%	Se aplicara a todos los pacientes y familia que ingresan al programa	Enfermera del programa
Realizar el censo de contacto y educar al paciente y familia sobre la importancia de su control y estudio	Paciente y contacto censado	Ficha epidemiológica tarjeta	100%	Se aplicara al paciente y familia	Enfermera del programa

### **3.5. Recursos**

#### **3.5.1 Materiales**

- Ficha de visita domiciliaria
- Tarjeta de control de tratamiento
- Historia clínica
- Lapicero
- Tablero de apuntes
- Rotafolio de tuberculosis
- Cuaderno de registro de enfermería

#### **3.5.2 Humanos**

- Licenciada en enfermería María del Carmen Peña Luyo
- Licenciada en enfermería Denisse Martínez Prieta

### **3.6 Ejecución**

La realización del plan de intervención de enfermería a la familia en el cuidado ambulatorio del paciente con tuberculosis multidrogo resistente se ejecutó durante el primer semestre el 2019, para los 2 casos nuevos del año. Hallándose que las familias no conocían mucho sobre el tema, pero se consiguió ejecutar la intervención de enfermería a las familias: visitas domiciliarias, educarlas sobre la enfermedad y su tratamiento, así como realizar el censo de contactos y la importancia de su control.

### **3.7 Evaluación**

El Plan de Intervención de Enfermería se realizó en coordinación con el Equipo multidisciplinario (nutrición, servicio social, psicología y otras especialidades) a las cuales intervienen para la atención del paciente con

tuberculosis MDR y también se realizó la consejería a la familia quienes nos ayudan a que el paciente asista a tomar su tratamiento.

Las intervenciones fueron realizadas en el 100%, se pudo lograr la educación de la familia de los pacientes diagnosticados con tuberculosis multidrogo resistente, se realizó un adecuado control de contactos y cada paciente continua con su tratamiento completamente hasta la fecha. Y por lo menos un familiar del paciente cumple un rol activo en el seguimiento de su tratamiento.

#### **4. CONCLUSIONES**

- a) Se logró brindar una mejor calidad de atención al paciente con tuberculosis multidrogo resistente gracias a la contratación de personal multidisciplinario, el incremento de hora de atención a los pacientes, la gestión para el transporte adecuado de muestras, y la adquisición de una cabina para la recolección de muestras.
- b) Se lograron realizar las intervenciones relacionadas con la atención integral al paciente en la detección diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis. Así mismo se ejecutaron las visitas domiciliarias que permitieron el estudio y control de contactos, así como la educación y la consejería a la familia.
- c) Se desarrolló una guía para la consejería de la familia de pacientes con tuberculosis multidrogo resistente.
- d) Se logró cumplir al 100 % la supervisión del tratamiento del paciente multidrogo resistente con la colaboración de la familia.

## 5. RECOMENDACIONES

- a) A las autoridades del Hospital Essalud Cañete, que se siga manteniendo al personal contratado (enfermera) y que continúe con el transporte para que las muestras esputo se sigan transportando al laboratorio de Rebagliati (Lima) para poder obtener a tiempo los resultados prueba de cultivo- sensibilidad (resistencia) y así dar una adecuada atención al paciente asegurado.
- b) Al personal de Enfermería que labora en el programa seguir ejecutando, las actividades diarias que norman en la estrategia de PCT, atención al paciente con diagnóstico de tuberculosis multidrogo resistente, toma de muestra, visita domiciliaria, control y supervisión de tratamiento de los paciente del programa TB MDR.
- c) Al personal que labora en el programa se recomienda el uso de la guía para concientizar y educar a la familia del paciente que ingresan al programa de tuberculosis multidrogo resistente.
- d) Al personal de Enfermería mantener la comunicación con la familia de los paciente del programa TB MDR, para seguir logrando el éxito del tratamiento en el paciente enfermo.

## 6. REFERENCIALES

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2018. Pág. 1  
Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
2. Chavarri Venegas D. Situación de Tuberculosis en las Américas y Estrategia Fin de la Tuberculosis. “diapo: Evaluación de indicadores operacionales, epidemiológicos y ejecución presupuestal 2017 Ica, 30 de mayo al 01 de junio del 2018”. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180605122618.pdf>
3. OPS/OMS. Estrategia fin de la tb: principales indicadores en las américas. 2019. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&slug=estrategia-fin-de-la-tb-principales-indicadores-en-las-americas-2019&Itemid=270&lang=pt](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=estrategia-fin-de-la-tb-principales-indicadores-en-las-americas-2019&Itemid=270&lang=pt)
4. Muñoz del Carpio-Toia A, Sánchez-Pérez HJ, Verges de López C, López-Dávila LM, Sotomayor-Saavedra MA, Sorokin P. Tuberculosis en América Latina y el Caribe: reflexiones desde la bioética. *Pers. Bioét.* 2018; 22(2): 331-357. DOI: 10.5294/pebi.2018.22.2.10
5. Jave C H. Oswaldo, Contreras M Mariana, Hernández U V. Andrés. Situación de la tuberculosis multirresistente en Perú. *Acta méd. Peru* [Internet]. 2017 Abr [citado 14 Mar 2019]; 34(2): 114-125. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172017000200007&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000200007&lng=es)

6. Flores Jaime N. El fortalecimiento de las estrategias de lucha contra la tuberculosis, un trabajo de todos. Boletín Epidemiológico del Perú. 2018; 27(SE11): 179-181. Disponible: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/11.pdf>
7. Rios Vidal J. Situación de Tuberculosis en el Perú y la respuesta del Estado (Plan de Intervención, Plan de Acción). [presentación]. MINSA. 2018. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180605122521.pdf>
8. 8MINSA. Plan de Intervención de Prevención y Control de Tuberculosis en Lima Metropolitana y Regiones priorizadas de Callao, Ica, La Libertad y Loreto, 2018-2020. Resolución Ministerial N°247-2018/MINSA. 2018. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180604164135.PDF>
9. Figueroa Samaniego S., Calderon Ron C.L., Marisaca Jaramillo J.J. Multidrogorresistencia de la tuberculosis en un paciente y proceso de atención de enfermería. Machala – Ecuador: Universidad tecnológica de Machala; 2019. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/13442>
10. Rosado U; I Cedillo R; Cabrera D; Vargas A. Influence of Family System Characteristics on Adherence to Directly Observed Treatment, Short-Course (Dots) in Pulmonary Tuberculosis-A Cohort Study. J 32 Mycobac Dis ISSN: 2161-1068. 2014; 4(5). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4172/2161-1068.1000166>.
11. Carvajal R., Tovar L., Aristizábal J., Varela M. Barreras asociadas a la adherencia al tratamiento de tuberculosis en Cali y Buenaventura. Rev.

Gerenc. Polit. Salud. Bogotá, 2017; 16(32). Disponible en: [www.revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/19882](http://www.revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/19882)

12. ESPINOZA ESPINOZA L.S. 2018, Lima – Perú “Clima social familiar y autoestima de los pacientes con tuberculosis pulmonar que asisten al Centro de salud Caqueta Rímac, 2017”. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1794/TITULO%20-%20Espinoza%20Espinoza%2C%20%20Luz%20Silvana.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. AULLA GALINDO Norma, 2017, Lima – Perú, Título “Actitud de la familia de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Jicamarca 2017”. Disponible en: [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/6990/Aulla\\_GN.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/6990/Aulla_GN.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
14. ESPINOZA ZEA Marilia Karen. Estado de ansiedad y apoyo familiar en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Parcona Ica, octubre – 2016. Ica: Universidad privada San Juan Bautista, 2017. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1404>
15. SUÁREZ PONCE Catherine Yesela, 2015, Lima – Perú, Título “Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un Centro de Salud. 2014”. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4220/Su%E1rez\\_pc.pdf?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4220/Su%E1rez_pc.pdf?sequence=1)
16. Ibarra M. Lydia Hall: Biografía y Teoría en Enfermería [web]. Lidefer. 2018. Disponible en: <https://www.lifeder.com/author/marco-ibarra/>

17. Lydia Hall. Enfermería ¿Cuál es su significado?. OMS, OPS: Enfermería, Recopilación de trabajos n°2. Washington: Publicación Científica No. 117; 1965. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/English/SPUB/42217.pdf>
18. Román Estada C.S. Calidad en la continuidad del cuidado de enfermería en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez de Ica – 2016 [Tesis maestría]. Arequipa-Perú: Universidad Nacional San Agustín de Arequipa, Escuela de posgrado; 2017. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4770/ENDroescs.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Cegielski P, Jaramillo E. Tuberculosis multidrogo resistente en la era final de la tuberculosis. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2018; 35(1):110-7. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342018000100017](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342018000100017)
20. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/PAHO-definiciones-marco-TB-2013-Spa-1.pdf>
21. MINSA. Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. RM No.715-2013/MINSA. NTS No.104-MINSA/DGSP-V.01. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis -- Lima: Ministerio de Salud; 2013. Pg. 68-71. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf>

22. MINSA. Modificatoria de la Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. RM N° 752-2018/MINSA. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180926111143.pdf>
23. Ministerio de Salud de Paraguay. Guía Nacional para el manejo de la Tuberculosis. Servicios de Salud locales, distritales, regionales y Unidades de Salud de la Familia. Décimo quinta edición. 2018. Disponible en: [https://www.paho.org/par/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=576-guia-nacional-para-el-manejo-de-la-tuberculosis-2017&Itemid=253](https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=576-guia-nacional-para-el-manejo-de-la-tuberculosis-2017&Itemid=253)
24. Pérez Giraldo Beatriz. El cuidado de la enfermería en familia: un reto para el siglo XXI. Aquichan [Internet]. 2002 Dec [citado 2019 June 28]; 2(1): 24-26. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972002000100005&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100005&lng=en)
25. Canga A., Esandi N.. La familia como objeto de cuidado: hacia un enfoque integrador en la atención de enfermería. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2016 Ago [citado 2019 Jun 28]; 39( 2 ): 319-322. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272016000200016&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000200016&lng=es)
26. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis: Farmacoresistencia a los antituberculosos. Disponible en: <https://www.who.int/tb/areas-of-work/drug-resistant-tb/es/>

## **7. ANEXOS**

**ANEXO 1**  
**GUÍA DE CONSEJERÍA**  
**GUIA PARA LA BUENA PRACTICA DE CONSEJERIA AL PACIENTE DE**  
**TB MDR FAMILIA Y CONTACTO**

<p>Sabe Ud.</p> <p>¿Qué es TB Resistente?</p> <p>Porque tienes TB MDR</p>	<p>Microbio de la TB Resistente es más de peligroso y más difícil de combatir que el microbio de la TB. La TB Resistente si se cura cumpliendo el esquema de tratamiento completo.</p> <p>Hay dos razones por la que una persona podría tener TB Resistente.</p> <p>Una persona con TB se pudo haber contagiado de otra persona enferma con TB Resistente.</p> <p>El microbio se hizo resistente durante un tratamiento previo.</p> <p>O puede ser que el personal de salud no superviso la toma medicamento del paciente, el microbio pudo hacerse resistente.</p>
<p>¿Cómo se contagió la TB Resistente?</p>	<p>La TB y TB Resistente se contagia de la misma manera. Cuando una persona con TB tose, estornuda o habla, elimina microbios al aire. Cuando otra persona los respira se puede contagiar por eso debemos taparnos la boca al toser o estornudar. La TB Resistente es igual de contagiosa que la TB Sensible a medicamentos.</p>
<p>Como se confirma que es un TB</p>	<p>Para confirmar que es TB MDR tenemos que hacer una prueba que</p>

<p>MDR?</p> <p>Como crees que hemos confirmado que tu paciente tiene TB MDR</p>	<p>se llama prueba de sensibilidad. Esta prueba nos dice cuáles son los medicamentos a los cuales el microbio es resistente y de esa manera diseñar el esquema de tratamiento más adecuado para esa situación.</p>
<p>Sabes que tu paciente tiene un seguimiento en su tratamiento</p> <p>Conoces que medicamento se van usar con tu familiar.</p> <p>Conoces que medicamentos se van a usar con tu familiar.</p>	<p>Las personas con TB MDR deben ser evaluado mensualmente por el médico tratante, durante el tiempo que reciba el inyectable, posteriormente la evaluación puede ser trimestral.</p> <p>Las evaluaciones se realizaran con los resultados de basiscopía, cultivo y peso correspondiente</p> <p>En el tratamiento de la TB MDR se utilizan medicamentos de segunda línea y se explicara la persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuáles son los medicamentos.</li> <li>- Duración del tratamiento.</li> <li>- Donde acudir para el tratamiento.</li> </ul>
<p>Preguntar sobre el tratamiento</p> <p>¿Conoce que reacción se puede presentar</p>	<p>Explicar al paciente y familias las molestias que pueden presentar al empezar tomar el tratamiento.</p> <p>Es muy importante que el paciente o la familia informe las molestia que presente al tomar los medicamento porque eso no es motivo de dejar de tomar el tratamiento, las molestia que puedan presentar estas pueden ser aliviadas rápidos para ello debe haber</p>

	una buena comunicación entre los dos.
<p>Pregunta sobre el control de contacto</p> <p>¿Cuántas personas viven con Ustedes?</p> <p>¿Qué edades tienen?</p> <p>¿Alguien más tienen tos y flema?</p> <p>¿Quiénes tiene tos y expectoración o flema por más de 15 días</p>	<p>Todos las personas que viven en la casa de la persona con TB MDR deben de pasar por un control de BK para determinar si tiene o no TB MDR.</p> <p>Los menores de 19 años en los que se descarte la enfermedad debes ser evaluado con radiografía de pulmón PPD, muestra de esputo para realizar cultivo.</p>
<p>Cuál es su seguimiento del paciente TB MDR</p>	<p>Todos los meses es evaluado por el neumólogo, control de cultivos y el seguimiento de su tratamiento de acuerdo que su esquema compuesto en un TB MDR, monoresistente, poliresistente y así muchos TB MDR individualizado tratamiento transitorio (estandarizado y empírico) el TB MDR se debe explicar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los nombres de los medicamentos, sobre todo los inyectables</li> <li>- Duración del tratamiento</li> <li>- Frecuencia de visitas al establecimiento (diario y donde acudir al tratamiento y en que horario)</li> </ul>
<p>Sabes de los efectos adversos?</p>	<p>Necesidad de un tratamiento directamente observado por el personal de salud en peligro,</p>

	<p>interrumpir o detener el tratamiento ya luego la enfermedad se puede volver incurable.</p> <p>Puede presentar efectos adversos que pueden causar deseos de abandonar el tratamiento los efectos adversos de los medicamentos para TB MDR pueden ser mucho más frecuentes que el tratamiento primera línea.</p> <p>Es importante que la persona con TB MDR conozca y sea capaz de informar al personal de salud cuando tenga una molestia.</p>
<p>¿Qué sucede si tu paciente con TB MDR toma solo algunos medicamentos o desea abandonar el tratamiento?</p>	<p>Cuando la persona con TB MDR toma solo alguno de los medicamentos o los toma regularmente puede hacer que la enfermedad sea más difícil o imposible de curar.</p>
<p>Sabes qué hacer si la persona con TB MDR fracasa en el tratamiento</p>	<p>Se recomienda que en toda la consulta debe asistir la familia y el consejero (personal de enfermería)</p> <p>Para que el médico pueda informar al paciente la condición del fracaso al esquema y de que se ve de medicamento y que tenemos continuar.</p>

## Anexo 02

### Hospital II - Essalud de Cañete, consultorio Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis



Paciente TB MDR en el programa TBC tomando su tratamiento



**Anexo 03**  
**Espacio para la toma de baciloscopías**



**Anexo 04**  
**Tratamiento paciente TB-MDR**



**Anexo 05**  
**Charlas educativas sobre TB-MDR**



**Captación**



**Anexo 06**  
**Campaña prevención y promoción TB**



