

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



**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES  
MULTIDROGOS RESISTENTES QUE ABANDONARON  
EL TRATAMIENTO EN LA ESTRATEGIA DE  
TUBERCULOSIS DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO  
REBAGLIATI MARTINS, 2013 - 2015”**

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

**LIC. ROSA NAZARITA TAICA NUÑEZ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rosa Nazarita Taica Nuñez', is located to the right of the author's name.

**Callao, 2016**

**PERÚ**

## **HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO**

### **MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:**

<b>DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO</b>	<b>Presidenta</b>
<b>DRA. NÉLIDA ISABEL CHÁVEZ LINARES</b>	<b>Secretaria</b>
<b>MG. MARÍA DEL ROSARIO GUTIÉRREZ CAMPOS</b>	<b>Vocal</b>

**ASESORA Dra. LINDOMIRA CASTRO LLAJA**

**N° de Libro: 03**

**N° de Acta de Sustentación: 347**

**Fecha de aprobación de Informe de Experiencia Laboral: 25/11/2016**

**Resolución de Decanato N° 1364-2016-D/FCS de fecha 23 de noviembre de 2016 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.**

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>3</b>
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>5</b>
1.1 Descripción de la situación problemática.....	5
1.2 Objetivo.....	5
1.3 Justificación .....	8
<b>II. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>10</b>
2.1 Antecedentes .....	10
2.2 Marco conceptual.....	10
2.3 Definición de términos.....	19
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL.....</b>	<b>26</b>
3.1 Recolección de datos.....	26
3.2 Experiencia profesional.....	27
3.3 Procesos realizados en los cuidados de enfermería en pacientes multidrogos resistentes que abandonaron el tratamiento en la estrategia de tuberculosis.....	33
<b>IV. RESULTADOS.....</b>	<b>34</b>
<b>V. CONCLUSIONES.....</b>	<b>39</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>40</b>
<b>VII. REFERENCIALES .....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>43</b>

## INTRODUCCIÓN

El presente informe describe el problema prioritario identificado en la Estrategia TB del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins referente al abandono del tratamiento de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis multidrogoresistente evidenciados, cuya casuística se incrementó en los últimos años, incluso a nivel nacional. Esta grave situación requirió la implementación urgente de estrategias y medidas de intervención, que conllevaron a brindar cuidados de enfermería para solucionar esta problemática y es a partir del último año (2015) que recién se evidencia disminución de esta casuística en nuestro establecimiento

El presente informe de experiencia profesional titulado "Cuidados de enfermería en pacientes multidrogos resistentes que abandonaron el tratamiento en la estrategia de tuberculosis del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2013 - 2015", tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería aplicados a este tipo de pacientes. Asimismo, contribuirá a identificar oportunamente el riesgo, lo cual es un paso muy importante para prevenir las complicaciones, recaídas, y disminuir los costos en salud, a fin de obtener mejores resultados, disminuir la estancia hospitalaria, la re hospitalización, la morbilidad y la mortalidad, mejorando así la calidad de vida de los pacientes que acuden al hospital.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: El capítulo I: describe del planteamiento del problema,

descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, el capítulo II incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, el capítulo III: considera la presentación de la experiencia profesional, capítulo IV : resultados ; capítulo V : conclusiones, capítulo VI las conclusiones y el capítulo VII Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

En 2006 empezaron a publicarse los primeros informes acerca de la tuberculosis ultrarresistente (TB-XR) e incluso sobre una forma aún más grave, la tuberculosis multirresistente (TB-MR). La TB-MR se define como la tuberculosis resistente a la isoniazida y la rifampicina, con o sin resistencia a otros fármacos de primera línea (1).

A nivel mundial, la incidencia de la TB para el 2015 ha disminuido en un promedio de 1,5% por año desde 2000, y es actualmente un 18% más baja que en 2000. A pesar de estos avances y de que casi todos los casos se pueden curar, la TB sigue siendo una de las mayores amenazas para la salud pública mundial; sin embargo, de los 480 000 casos estimados de TB multirresistente (TB-MR) que se registraron en 2014, solo una cuarta parte (123 000) fueron detectados y notificados (2).

En América del Sur, el mayor número de casos y las tasas más elevadas de incidencia de esta enfermedad se concentran en Brasil y Perú (3). Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el Perú cada hora cuatro a seis personas se enferman de tuberculosis (TB), esto hace

que al año se vean afectados entre 35 000 a 50 000 personas; de los cuales, el 10% contrae la tuberculosis multidrogo-resistente (4). En nuestro país, en los últimos años se han reportado 1500 casos de TB MDR y 80 casos de TB XDR por año; siendo la mayoría de estos notificados por Lima y Callao; sin embargo, Una de las principales barreras para el éxito del tratamiento antes mencionado ha sido la tasa de abandono al tratamiento que para el año 2012 alcanzaba el 5%, siendo incluso mayor en algunos departamentos del Perú (3).

Por lo ya descrito, la situación de la tuberculosis en el Perú es alarmante, sobre todo al ser una patología de rápido y fácil contagio. Como ya se conoce, una persona con TB-MDR puede empeorar su situación y la de su familia con la TB-XDR, es por ello que la intervención del profesional de enfermería, es de suma importancia, debiendo educar al paciente de forma correcta y brindar el soporte necesario al paciente para enfrentar y luchar contra la enfermedad, mejorando su calidad de vida y la de su familia.

Durante el tiempo de mi experiencia laboral, seis años en la Estrategia TB del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, he evidenciado que se presentó incremento del abandono al tratamiento por encima del indicador trazador 3%, alcanzando la casuística más alta en el año 2014. Esta situación conllevó a hacer una revisión de

los procesos que permitieron identificar los factores que determinaron este comportamiento en los pacientes y se implementaron medidas de intervención de enfermería para la solución de esta problemática. Al hacer la revisión de los procesos de atención al paciente, se evidencia que destacaban algunos factores que predisponían al abandono, entre ellos el factor humano y administrativo.

Teniendo en cuenta que el tratamiento de la TB MDR es largo de 18 a 24 meses, se evidenció durante las entrevistas, la consejería y la observación que este grupo de pacientes referían respecto al tratamiento: olvidos, falta de motivación, cansancio, fatiga y problemas psicológicos y emocionales, como: autoestima baja y depresión. Por otro lado los descansos médicos prolongados, la pérdida del trabajo, la falta de recursos económicos y el pobre apoyo o abandono por parte de los familiares, temor a los efectos secundarios de las drogas, citas de referencia prolongadas, son situaciones que hacen que nuestros pacientes no puedan cumplir con el tratamiento, generándose las inasistencias y el abandono.

## **1.2 OBJETIVO**

Describir la experiencia profesional en los cuidados de enfermería en pacientes multidrogos resistentes que abandonaron el tratamiento en la estrategia de tuberculosis del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2013 – 2015

## **1.3 JUSTIFICACIÓN**

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería que se deben tener con los pacientes con TB-MDR en situación de abandono que acuden al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2013 – 2015; con el propósito de disminuir múltiples complicaciones y el reingreso del paciente al nosocomio.

Asimismo, el presente informe se justifica:

**Nivel Teórico:** Servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a los cuidados de enfermería necesarios en los casos de tuberculosis multidrogo resistente, enfocando intervenciones inmediatas al paciente en situación de abandono y su familia. De acuerdo a un modelo lineal el informe aporta los lineamientos teóricos científicos a los procesos empíricos estudiados y la contribución de autores basados en la materia, y constituyen base importante para futuros informes vinculados al tema.

**Nivel Metodológico:** Logrará precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de enfermería al establecer los cuidados a brindar en casos de TBC-MDR.

**Nivel Social:** Beneficiará a los profesionales de enfermería que atienden a este tipo de pacientes, y los resultados que se obtengan serán de fundamental importancia para desempeñar con éxito la labor y un excelente atención en los servicios que atiendan a esta población.

**Nivel Práctico:** A nivel práctico el presente informe, permitirá aumentar los conocimientos a los profesionales de la salud y público en general sobre los cuidados necesarios un paciente con TB-MDR en situación de abandono.

**Nivel Económico:** Basándonos en la cifras estimadas, podemos afirmar que los pacientes con TBC-MDR representan un gran problema para la salud pública, por la morbilidad que suponen, como por las graves repercusiones médicas, económicas y sociales que conllevan ya que provocan prolongaciones de la estancia hospitalaria con incremento de costos sanitarios y ocasiona en el paciente: pérdida de autonomía, independencia y autoestima.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 ANTECEDENTES

NAVARRO QUINTERO, Cecilia; RUEDA RINCÓN, Jaime Leonardo; MENDOZA OJEDA, José Leonardo. **“Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con TB”**

Objetivo. Determinar los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso, en pacientes de tuberculosis en los municipios de Cúcuta, Villa del Rosario y el Zulia. Materiales y Métodos: estudio cuantitativo de tipo descriptivo retrospectivo transversal de corte con dos muestras, donde se analizó una muestra de abandono al tratamiento (n=34) y otra que terminó el tratamiento antituberculoso (n=34). Se adoptó el instrumento “factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. Resultados: Los factores perceptivos cognitivos se establecieron como los principales determinantes directos de abandono al tratamiento antituberculoso, entre estos en primer lugar el desconocimiento de la importancia de adherencia al tratamiento (95.8%), seguido de mejoría del estado de salud (82.7%), desconocimiento de la duración del tratamiento (75%). En segundo lugar, los factores fisiológicos y por último los factores de seguridad.

Conclusiones: el estudio permitió identificar las variables asociadas al abandono del tratamiento antituberculoso, clasificar los factores de riesgo y construir un instrumento que, al implementarse en los servicios de salud de la región, permitiría al personal de salud detectar oportunamente a los pacientes con un posible riesgo. (5)

**DALENS REMIGIO, Evelyn Isabel. "factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis. red de salud lima norte v rímac-san martin-los olivos"** Cuyo objetivo es Identificar los factores que pueden inducir al abandono del tratamiento de la tuberculosis esquema I, en la Red de Salud Lima Norte V Rímac-San Martín-Los Olivos. Material y Métodos: Estudio de tipo cuantitativo, método observacional, diseño descriptivo realizado en la Red de Salud Rímac-San Martín-Los Olivos. La población estuvo conformada por todas las personas en situación de abandono al I esquema de tratamiento en el primer semestre 2010, considerando una muestra no probabilística intencional constituida 70 pacientes afectados por tuberculosis. En la recolección de datos, inicialmente se identificó los casos en la HC y después, mediante visita domiciliaria se aplicó un cuestionario estructurado. En el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva mediante Programa Excel 2007. El proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación Institucional de la Disa V Lima Ciudad respetando los

principios éticos. Resultados: Se estudiaron 258 casos. El abandono de tratamiento fue predominantemente masculino (94,6%), siendo que el 45% tenía edad entre 21-40 años y el 60,9% estaba en condición de soltero, caracterizados por tener bajos ingresos económicos (67,8%), reportar consumo de alcohol (58,1%), cigarrillo (39,9%) y drogas (32,9%), haber presentado efectos secundarios al tratamiento (45,3%) y utilizar movilidad para trasladarse al centro de salud a recibir terapia medicamentosa (65,1%); el 89,5% recibió visitas domiciliarias por faltas al tratamiento y 69,8% consideró que las pastillas que recibía eran demasiadas, siendo que el 30,2% había presentado náuseas, vómitos, entre otros problemas digestivos.

Conclusiones: Entre los factores se destacaron el pertenecer al sexo masculino, bajo ingreso económico, consumo de alcohol, cigarrillos y drogas, la necesidad de utilizar transporte para llegar al establecimiento de salud y presentar efectos secundarios a los medicamentos. (6)

**MONTUFAR SANDOVALIN María Delfina / NOBOA VITERI Erika Juana “Factores asociados al abandono de tratamiento en los pacientes nuevos con tuberculosis pulmonar Bk+ en la ciudad de Guayaquil durante el año 2012”** con el objetivo de documentar los factores que inciden en el abandono de tratamiento en los

establecimientos de salud de la Ciudad de Guayaquil. El método utilizado en este estudio es Epidemiológico de Campo, de tipo Exploratorio, Descriptivo, Explicativo, Correlacional, aplicada a una muestra de 115 pacientes que iniciaron tratamiento E-1, y luego abandonaron. El proceso y análisis de datos generales del paciente, muestra que de 115 encuestados 87% son de sexo masculino en edades comprendidas entre 20 a 40 años (44%), instrucción secundaria incompleta el 45% y primaria completa el 34%. Entre los factores relacionado con el abandono de tratamientos están los relacionados con aspectos sociales como el consumo de drogas (57%), alcohol (18%), delincuencia (4%), seguido de factores vinculados con los Servicios de Salud: mala atención (66%), falta de visitas domiciliarias dentro de las 48 horas de haber abandonado el tratamiento (67%) y los factores relacionados con el tratamiento como las RAM con el 38%. Concluimos que el principal factor de abandono de tratamiento está relacionado con los servicios de salud, por lo tanto, recomendamos la importancia del manejo humano ajustado a los tiempos y adecuado a las necesidades de los pacientes, el cumplimiento normativo de las visitas domiciliarias para la reinserción del paciente al tratamiento y el manejo interprogramático para la solución oportuna de los problemas motivo de abandono. (7)

ANDUAGA BERAMENDI, Alexander; et al. "Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú". Objetivo: Identificar los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en un centro de salud de atención primaria del distrito de Chorrillos, Lima, Perú. Materiales y métodos: Estudio de casos y controles retrospectivo no pareado. Se definió como caso a los pacientes que abandonaron el tratamiento por un periodo de 30 días consecutivos o más y como controles a los pacientes que terminaron el tratamiento antituberculoso. Se evaluó el puntaje de riesgo de abandono que se realiza en el centro de salud ( $\geq 22$ ), así como variables demográficas. Se calculó el odds ratio (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC95%) usando regresión logística. Resultados: Se incluyó 34 controles y 102 casos. En el análisis multivariado se encontró que quienes cursaron menos de seis años de educación (OR: 22,2; IC95%: 1,9-256,1) así como quienes tenían un puntaje  $\geq$  a 22 puntos en la prueba de riesgo de abandono (OR= 21,4; IC95%: 6,3-72,4) tenían mayor probabilidad de abandonar el tratamiento antituberculoso. Conclusión: El abandono del tratamiento antituberculoso está asociado con tener menos de seis años de educación y un score mayor a 22 puntos en la prueba de abandono de tratamiento antituberculoso. (3)

## **2.2 MARCO CONCEPTUAL**

### **2.2.1 TUBERCULOSIS MULTIDROGO RESISTENTE**

#### **a) Definición**

La Tuberculosis Multidrogorresistente (TB-MDR) corresponde a aquella que presenta resistencia simultánea a la ISONIACIDA y a la RIFAMPICINA, los dos medicamentos antituberculosos más eficaces (8). El diagnóstico de esta condición se fundamenta en los estudios bacteriológicos que permitan calificar la susceptibilidad del M. tuberculosis a los fármacos en uso y detectar las cepas resistentes (9).

#### **b) Síntomas**

Los síntomas generales de la tuberculosis activa incluyen malestar o debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudores nocturnos; pueden también incluir tos, dolor de pecho y tos con sangre. Los síntomas en otras partes del cuerpo dependen del área afectada (10).

#### **c) Factores de riesgo**

Los pacientes con TBC sensible a los medicamentos pueden desarrollar tuberculosis resistente a los medicamentos si no toman la medicación contra la TBC tal como se les ha indicado, así como los pacientes que han recibido un plan de tratamiento

no efectivo. Los pacientes con TBC que padecen MDR-TB pueden transmitir la infección resistente a los medicamentos a terceros. (11)

**d) Fases de tratamiento o procesos realizados**

Se utilizan como herramientas básicas las visitas domiciliarias, las entrevistas y la consejería para identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento, se brinda información y educación individualizada y grupal a través de las charlas educativas en la prevención y manejo de la tuberculosis resistente y sensible.

Se desarrollan estrategias y cuidados de enfermería en la atención diaria fortaleciendo la adherencia al tratamiento DOTS PLUS.

**e) Diagnóstico y manejo de la falta de adherencia:**

▪ **Causas de falta de adherencia :**

- Falta de conocimiento: medida correctora a través de la educación, repetición, y ayudas audiovisuales.
- Olvidos: medida correctora a través de la ayuda de familiares, recordatorios.
- Desmotivación: medida correctora a través del aumento de entrevistas educativas, provisión de incentivos.

- Temor a efectos de drogas: medida correctiva a través del aumento de tiempo en discutir efectos adversos, apoyar y convencer.
- Efectos secundarios de drogas: coordinación y programación de cita con médico neumólogo tratante para la modificación o cambios rápidos del esquema.
- Problemas económicos: coordinar con servicio social reconocimiento de descansos médicos remunerados.
- Problemas familiares: medida correctiva a través de la coordinación permanente con servicio social, realizar visitas domiciliarias en conjunto. Programar y ejecutar entrevistas. Coordinar con psicología.
- Pérdida de tiempo: coordinar administración del tratamiento cerca al domicilio.
- Largas esperas en el establecimiento de salud: la medida correctiva será realizar readecuaciones administrativas, programación de citas oportunamente. Ampliación de horarios.
- Mala comunicación con el personal: la medida correctiva sería establecer programas educativos y técnicas de comunicación para el personal.

### 2.2.2 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TUBERCULOSIS MDR

Los principales cuidados que el profesional de enfermería brinda, es a través de la educación al paciente en las "Medidas de control ambiental", que tienen por objeto reducir la concentración de núcleos de gotitas infecciosas. Comprenden: la ventilación natural y la ventilación mecánica principalmente, ya que el paciente puede acceder fácilmente a ellos.

- **Ventilación natural:** Se debe maximizar la ventilación natural.
  - Es el método más sencillo y barato, el objetivo es eliminar y diluir el aire de las áreas de personas con TB lejos de personas sin TB.
  - Se logra mediante la apertura de las ventanas de áreas de espera, salas de examen y salas de hospitalización. si no existen, deberán instalarse ventanas u otras aberturas que se comuniquen con el exterior. cuando existen ventiladores de techo es importante que las ventanas quedan abiertas para diluir e intercambiar el aire. entre las aberturas opuestas se consideran ventana –ventana, puerta-ventana.
  
- **Ventilación mecánica:**
  - Se usa donde la ventilación natural no es factible o es inadecuada. Debe usarse en las áreas de alto riesgo de transmisión. Tenemos los ventiladores de ventana.

- Sistemas de extracción mecánica y los sistemas cerrados de filtración y recirculación, teniendo en cuenta: la potencia del equipo que asegure el ingreso del aire; la dirección del flujo de aire, debe ir desde un área limpia pasando por el personal de salud, el paciente y el exterior.
- El área por donde ingresa el aire debe encontrarse lejos del área de extracción para evitar el retorno del aire contaminado

### **2.2.3 MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER**

Para el desarrollo de este informe tomaremos como referencia el Modelo de Dorothea Orem, la enfermería debe identificar las capacidades potenciales de autocuidado del individuo para que ellos puedan satisfacer sus necesidades de autocuidado con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos. Reconociendo como el foco de la enfermería, identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes; siendo la meta, eliminar el déficit entre las capacidades de autocuidado y la demanda. (11)

Los problemas de enfermería son la deficiencia de los requerimientos o necesidades universales del desarrollo y desviaciones en la salud. Los cuidados de enfermería se orientan

en sistemas de enfermería compensatorio total (la enfermera realiza todo el autocuidado del paciente; sistema compensatorio parcial (enfermera y paciente realizan el autocuidado) y el sustentador educativo (la enfermera ayuda a superar cualquier limitación en el autocuidado).

**a) Meta paradigmas de la teoría:**

Dorotea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos (12):

- **Persona:** concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, 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 dependiente.
- **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. Por

tanto lo considera como la persecución del bienestar que tiene una persona.

- **Enfermería:** servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto 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.
- **Entorno:** no es definido como tal, pero lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

#### **a) Postulados**

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.

### 2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Bacterias resistentes:** las bacterias que no pueden ser destruidas con un medicamento específico.
- **Contacto:** una persona que ha pasado tiempo con alguien que tiene tuberculosis en su etapa infecciosa.
- **Cultivo:** una prueba para determinar si hay bacterias de la tuberculosis en las flemas o en otros líquidos corporales. Esta prueba puede tardar entre 2 y 4 semanas, en la mayoría de los laboratorios.

- **Espuito:** la flema proveniente del interior de los pulmones que se expulsa al toser. El espuito se examina para detectar la presencia de bacterias de la tuberculosis mediante un frotis; una parte del espuito también se puede usar para hacer un cultivo.
- **Mycobacterium tuberculosis:** bacterias que causan la infección de tuberculosis latente y la enfermedad de tuberculosis activa.
- **Tuberculosis pulmonar:** la tuberculosis activa que afecta a los pulmones y que por lo general provoca una tos que dura 3 semanas o más. En la mayoría de los casos, la tuberculosis activa es pulmonar.
- **Estrategia TB:** establecimiento de salud donde se brinda atención al paciente con tuberculosis.
- **Sintomático Respiratorio (SR):** todo paciente con tos productiva por más de quince días.
- **Detección de casos:** actividad de búsqueda para encontrar precozmente el mayor número de enfermos que son fuente de contagio.
- **Caso de tuberculosis:** es toda persona a la que se le diagnostica tuberculosis, con o sin confirmación bacteriológica y a quien se decide iniciar tratamiento.

- **Recaída:** nuevo episodio de TB después de haber sido dado de alta como curado o tratamiento completado. No hay recaída sin bacteriología positiva.
- **Abandono:** paciente que ha discontinuado el tratamiento por más de 30 días consecutivos o más.
- **Abandono recuperado:** paciente que reingresa al tratamiento luego de haber sido dado de alta como pérdida de seguimiento de regímenes con drogas de primera línea o segunda línea.
- **TB sensible:** cualquier forma de tuberculosis en la que se demuestra susceptibilidad a Isoniacida y rifampicina (H y R) por pruebas de sensibilidad convencional o rápida (molecular o fenotípica).
- **TB multidrogoresistente:** resistencia simultánea a Isoniacida y Rifampicina.
- **Curado TB MDR:** paciente dado de alta del tratamiento con mejoría clínica y cultivos negativos en los últimos 12 meses del tratamiento programado en casos de TB MDR.
- **Estrategia DOTS Y DOTS PLUS:** la administración del tratamiento directamente observado en boca, por personal de enfermería de la estrategia. DOTS para TB sensible y DOTS PLUS para TB RESISTENTE.

- **DOTS domiciliario:** es la administración de la administración tuberculosa por personal de enfermería en el domicilio del paciente.
  
- **DOTS laboral:** es la administración de la medicación antituberculosa por el personal de enfermería en el centro laboral del paciente
  
- **RAFA:** reacciones adversas a fármacos antituberculosos.

## CAPÍTULO III

### EXPERIENCIA PROFESIONAL

#### 3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

El presente informe profesional se realizó recabando datos de los registros de enfermería efectuados diariamente en la estrategia TB del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, informes manuales que realiza el médico después de la cistoscopia; así mismo se tuvo en cuenta las entrevistas a los pacientes adultos mayores para recolectar datos importantes sobre la situación de salud y brindar atención de enfermería personalizada.

- **Autorización:** Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura de la Unidad Integral del Adulto, a fin de tener acceso a los registros necesarios.
- **Recolección de Datos:** Hojas de registro del servicio de medicina del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
- **Procesamiento de Datos:** Se realizó a través del programa informático Excel, que facilitó el trabajo a través de las hojas de cálculo.
- **Resultados:** Los resultados se presentan mediante gráficos.
- **Análisis e interpretación de resultados:**

## **3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL**

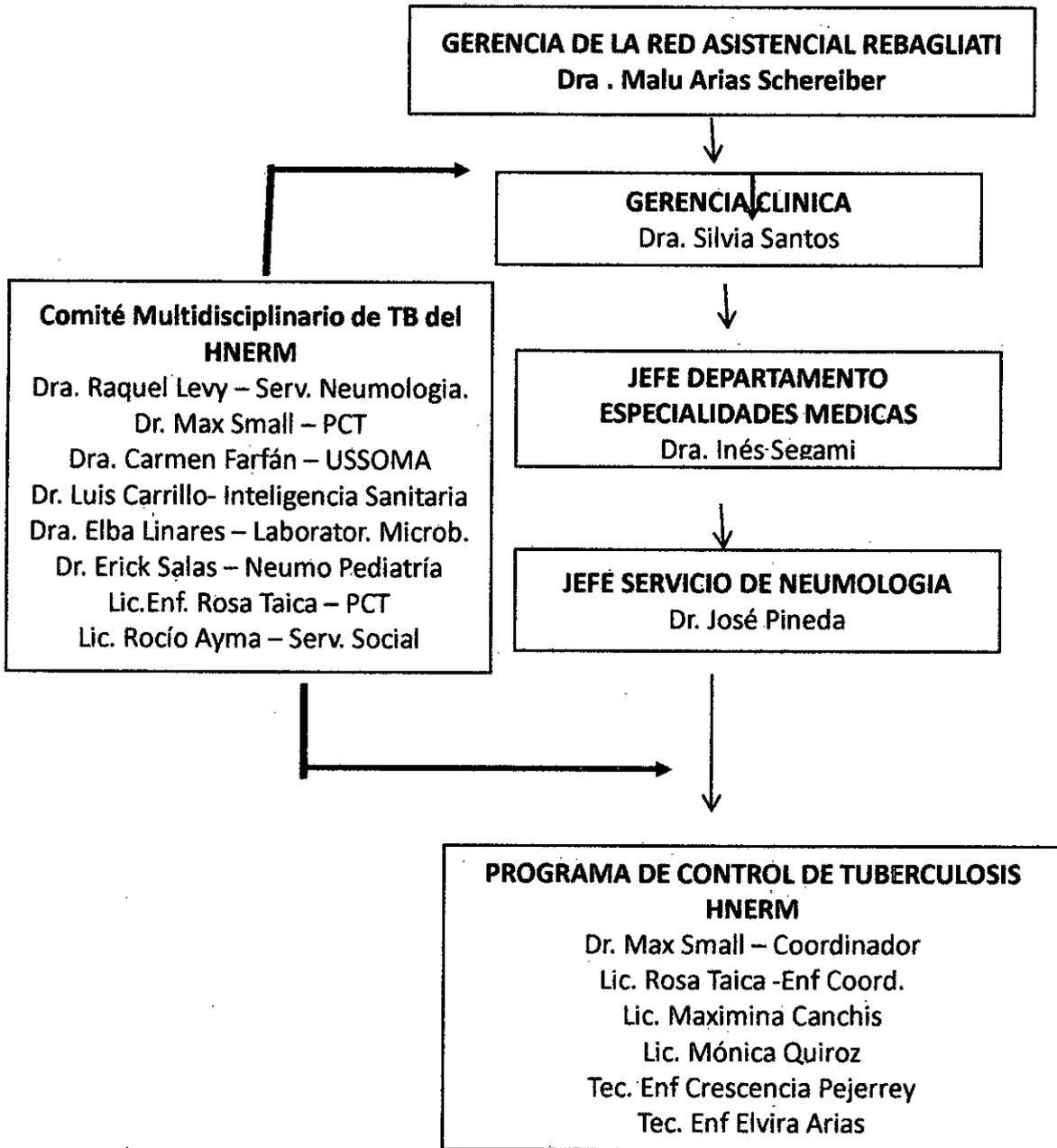
### **- Recuento de la Experiencia Profesional**

Mi experiencia profesional si inicio con mi SERUMS en la posta medica de Acobamba de EsSalud en Huancavelica 1995, luego en 1996 pase a trabajar en el hospital de MINSA de Huancavelica, luego pase a el Hospital de Tingo Maria de EsSalud desde el 1998 y 1999.

Posteriormente trabaje en Ayacucho hasta el año 2001, ya en el año 2002 a la fecha vengo trabajando en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martis. Durante un año labore como enfermera reten pasando por todos los servicios.

En el 2004 pase al servicio de cirugía 3 a y luego a 8c, en el año 2009 pase a formar parte del programa del control de tuberculosis en la consulta externa de adultos. Desarrollando actividades administrativas y asistenciales como enfermera coordinadora del programa... actualmente formo parte del equipo de validación del nivel central de la directiva que establece los cuidados de enfermería a los pacientes de la estrategia de tuberculosis.

- Descripción del Área Laboral



## **- Funciones desarrolladas en la actualidad**

A continuación se describen detalladamente las actividades que se realizan en la Unidad Integral del Adulto – consultorio de enfermería:

### **a) Área Asistencial**

#### **Medidas especiales en pacientes poco cooperadores:**

-Cambios en la organización de los servicios.

-Hospitalizaciones breves.

-Implementación de un buen programa de servicios con facilitadores e incentivos. Facilitadores son todas aquellas medidas que favorecen la colaboración del paciente e incentivos a las pequeñas recompensas, como regalos simbólicos postales, tarjetas de felicitación, flores, artículos para el hogar, reparaciones domésticas, ayuda en diligencias personales o administrativas. Donaciones de organizaciones no gubernamentales y religiosas, de personal voluntario, municipalidades.

Uso de incentivos: los incentivos se usan para alentar a los pacientes que se adhieren al tratamiento y mejoran la relación entre el paciente y el personal de salud. Incluyen:

-Grupos de apoyo.

-Ceremonias de premiación al momento de la terminación satisfactoria del tratamiento.

- Reembolso de los gastos del viaje.
- Apoyo alimentario.
- Visitas en el hogar.
- Llamadas telefónicas.
- Reuniones con pacientes y familiares.
- Saludos en cumpleaños y aniversarios.

Para el uso de incentivos de manera efectiva se debe primero conocer al paciente y reconocer la diferencia entre sus percepciones y las necesidades reales.

#### **Intervención comunitaria.-**

-Facilitar la organización, participación y educación sobre los estilos de vida saludables, desarrollando estrategias para la defensoría, comunicación y movilidad social.

Identificar a los pacientes curados que tienen la habilidad de apoyar a otros.

-Promover la formación de grupos de apoyo de ayuda mutua y el empleo productivo de personas afectadas.

-Promover el apoyo mutuo entre pacientes actuales y ex pacientes.

-Fortalecer las habilidades, experiencias y recursos de las organizaciones sociales básicas sobre aspectos del control de la TB con un enfoque social.

- Capacitar y supervisar al personal de apoyo.
- Compartir experiencias sobre los efectos adversos.

**Indicadores usados para evaluar la adherencia al tratamiento.-**

- Conversión del frotis y cultivo de esputo de positivo a negativo, medición de la conversión por lo menos en los primeros 6 meses en TB MDR.
- Reducción de los síntomas.
- Mejoría clínica.
- Ganancia/ pérdida de peso.
- Asistencia diaria al servicio de salud, confirmada por la revisión de las tarjetas de tratamiento.
- Tasa/ número de inasistencias a las citas de tratamiento. Visitas domiciliarias luego de una inasistencia para evitar la discontinuación del tratamiento.
- Reducción de las tasas de abandono, lo que pueda medirse cada vez que la cohorte de TB DR es evaluada ( usualmente 30 meses después que el último paciente del año empieza el tratamiento.)
- Estudios de satisfacción del usuario a través de encuestas sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el tratamiento de la TB.

-Nivel de satisfacción del proveedor de salud evaluado a través de encuestas sobre conocimientos, actitudes y prácticas por tipo de proveedor de salud.

Las razones subyacentes para el éxito a nivel país en el tratamiento de la TB MDR están relacionadas con factores médicos, psicológicos y socioeconómicos, que a su vez afectan la adherencia.

#### **b) Área Administrativa**

##### **Avances en la implementación del Plan de Control Institucional**

- Gestionar la adquisición de equipamiento por reposición de laboratorios
- Realizar convenio de intercambio prestacional- tercerización para los servicios de pruebas rápidas de diagnóstico de TB-MDR, Hospitalización y Cirugía
- Elaborar proyectos de inversión pública para salas de aislamiento y laboratorio con nivel de bioseguridad III
- Acondicionar, mejorar y/o mantener la infraestructura de los ambientes del programa de TB, laboratorio y áreas de alto riesgo de los EESS.

- Implementar ventiladores, luz ultravioleta, filtros Hepa en los ambientes del programa de TB, laboratorio y áreas de alto riesgo de transmisión.

### **3.3 PROCESOS REALIZADOS EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES MULTIDROGOS RESISTENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO EN LA ESTRATEGIA DE TUBERCULOSIS**

#### **- Innovaciones – Aportes**

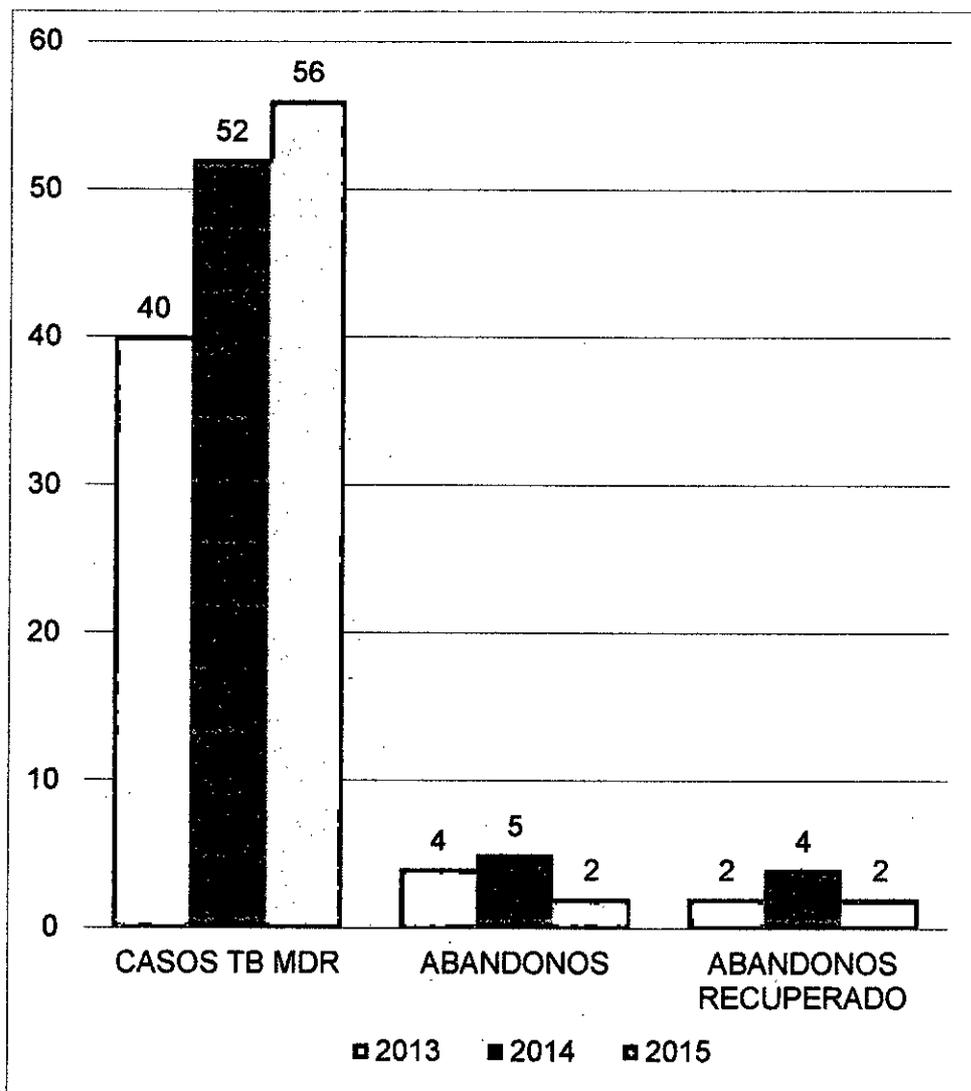
- Manual de normas y procedimientos administrativos de enfermería de EsSalud. (anexo 1)
- Programa de educación continua al usuario externo ambulatorio y hospitalizado en el Programa De Control De Tuberculosis Del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2015

## CAPÍTULO IV

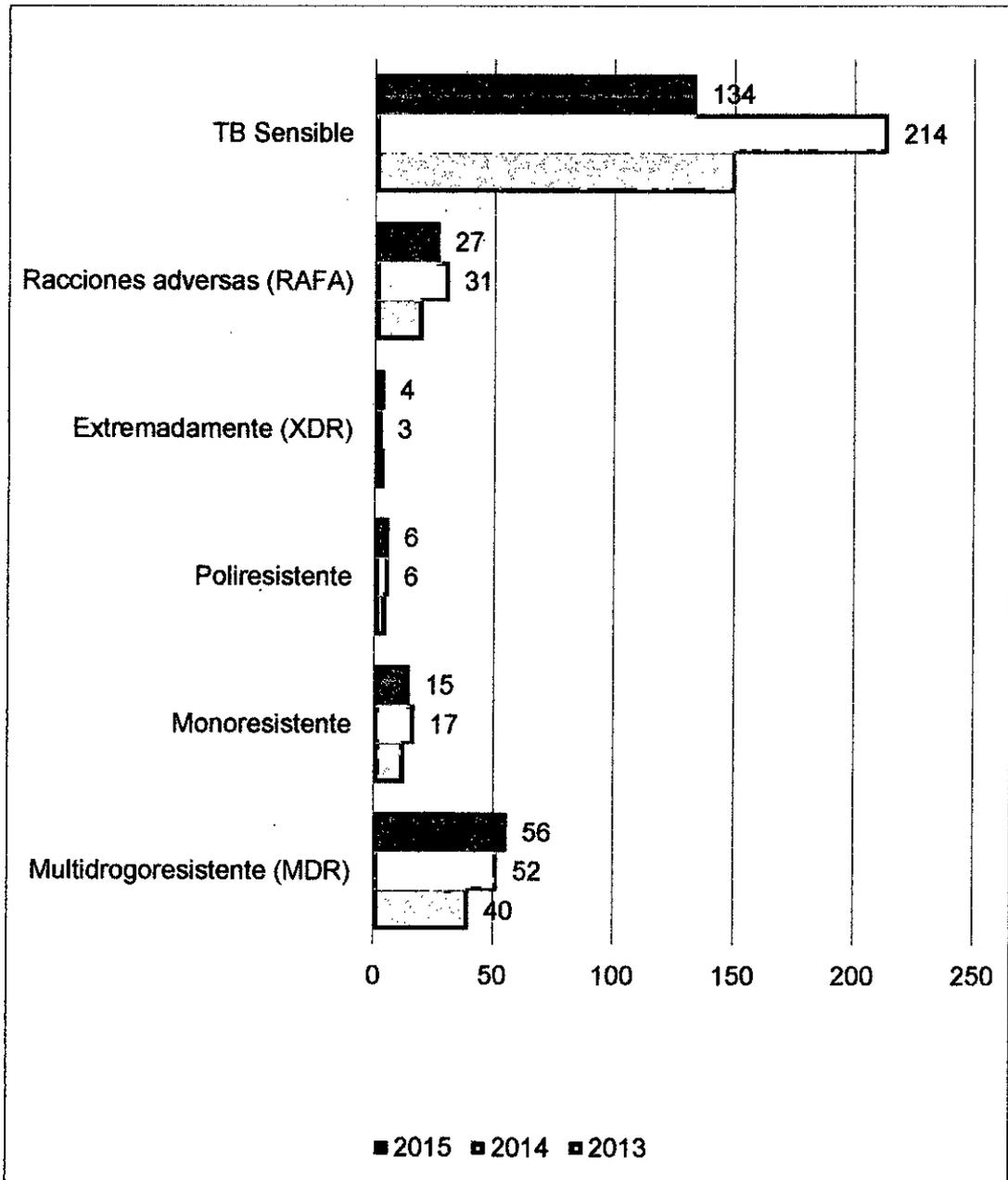
### RESULTADOS

GRÁFICO 4.1

CASOS DE TB MDR Y SITUACIÓN DE ABANDONO DE LOS PACIENTES DEL H.N.E.R.M. 2013 - 2015



**GRÁFICO 4.2**  
**DIAGNOSTICOS SEGÚN CASOS ATENDIDOS EN LA ESTRATEGIA**  
**TB DEL H.N.E.R.M. 2013 - 2015**



**GRÁFICO 4.3**

**TIEMPO DE INICIO DE TRATAMIENTO CON 2DA LÍNEA EN TB-MDR,  
2013 - 2015**

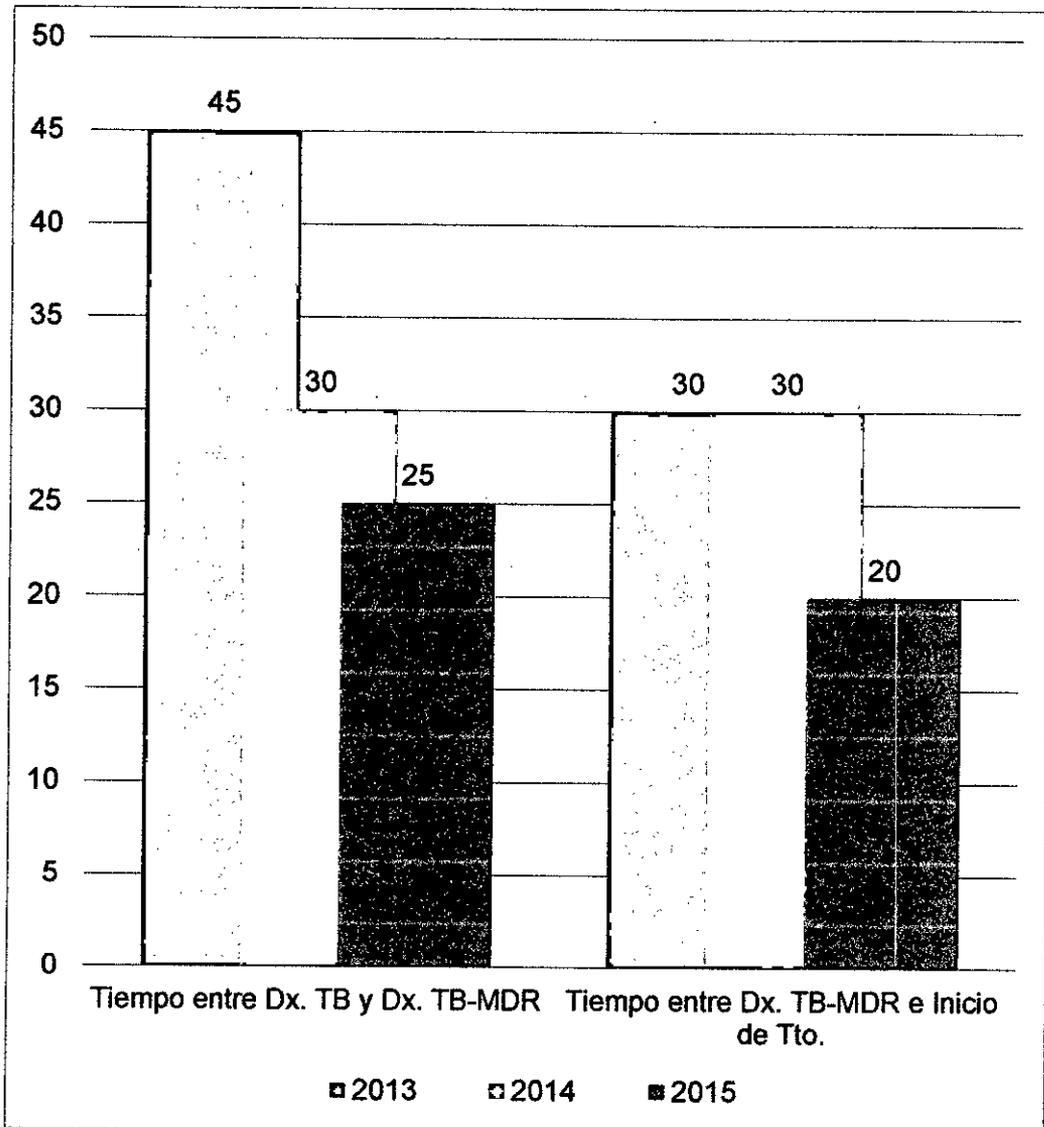
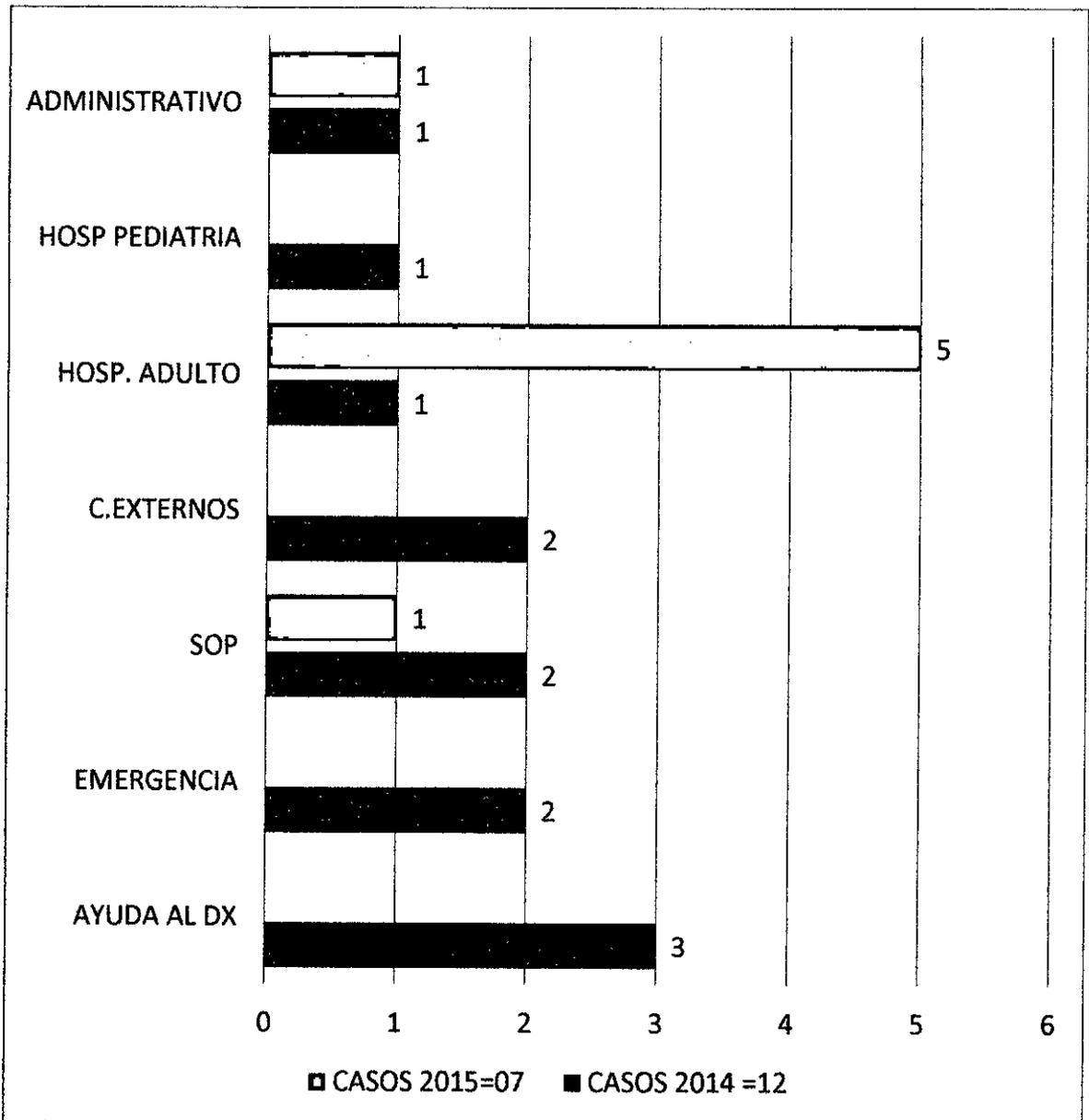
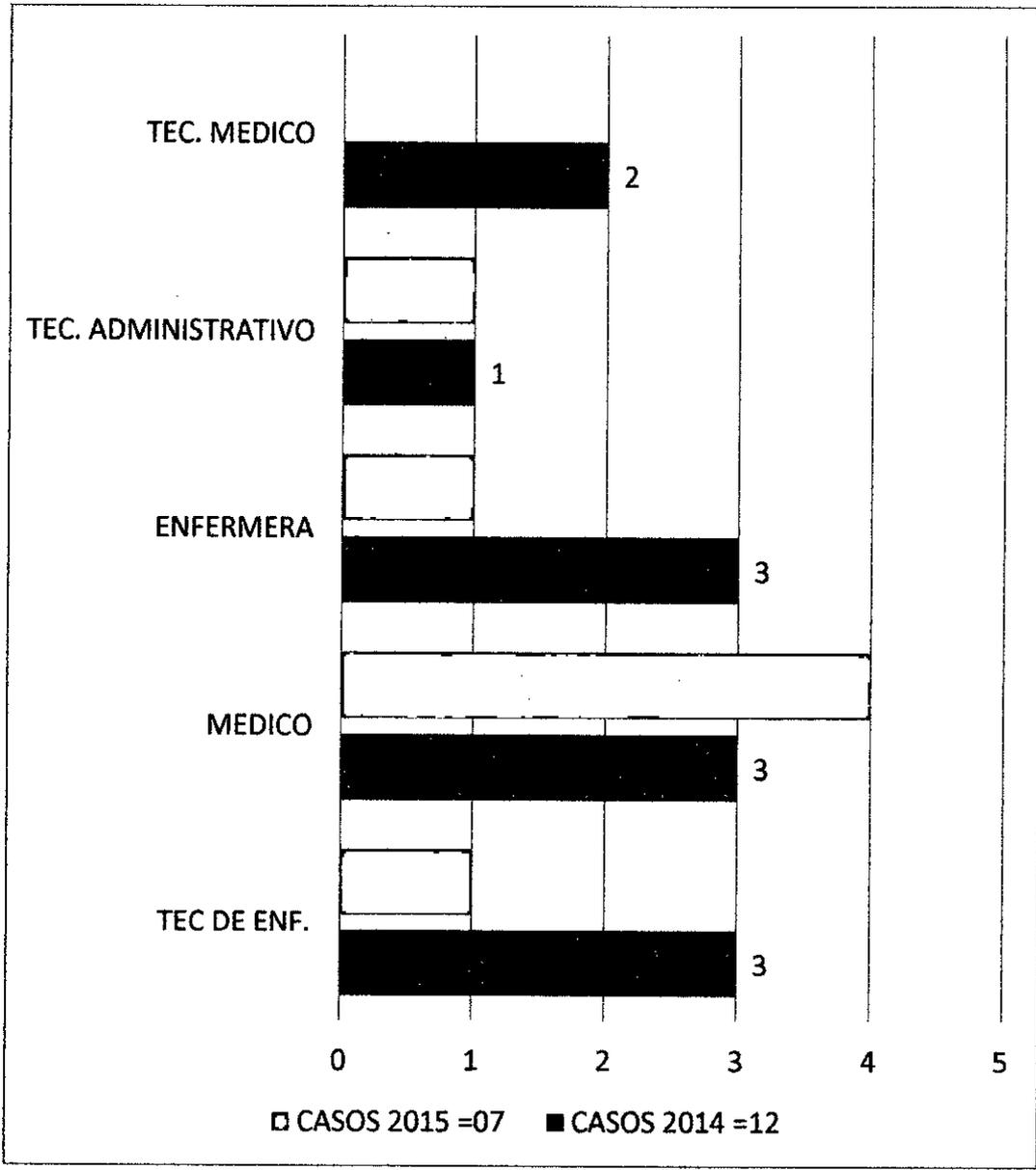


GRÁFICO 4.4

CASOS DE TUBERCULOSIS EN TRABAJADORES SEGÚN SERVICIO DE PROCEDENCIA DEL H.N.E.R.M 2014-2015



**GRÁFICO 4.5**  
**CASOS DE TUBERCULOSIS EN TRABAJADORES POR GRUPO**  
**OCUPACIONAL DEL H.N.E.R.M 2014-2015**



## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES**

- La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente con TB-MDR.
- Es necesario mejorar las estrategias para recuperar a los pacientes en situación de abandono; pues a pesar de ser mínimo, y de haberse recuperado el 50% de los casos, nuestra finalidad es no tener casos de abandono y que todos nuestros asegurados puedan llevar un tratamiento adecuado y mejorar su calidad de vida.

## **CAPÍTULO VI**

### **RECOMENDACIONES**

- a. A los profesionales, la experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente con diagnóstico de tuberculosis multidrogoresistente que abandonaron tratamiento. Además de mejorar las coberturas al 40% restante en actualización en el manejo de TB, y al 100% en normativas.
  
- b. A la institución, gestionar convenios, por ejemplo con Socios en Salud para el manejo intradomiciliario y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.
  
- c. Al servicio, la implementación de la captación activa en los servicios de hospitalización del S.R.I. y su derivación oportuna al PCT. Además de una mayor y mejor dotación de materiales e insumos.

## CAPÍTULO VII

### REFERENCIALES

1. Dias M. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2012 [cited 2016 Octubre 20. Available from:  
<http://www.who.int/tb/challenges/mdr/tdrfaqs/es/>.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Tuberculosis. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento Alto a la Tuberculosis; 2015.
3. Anduaga Beramendi A, Maticorena Queedo J, Beas R, Chanamé Baca D, Veramendi M, Wiegering Rospigliosi A, et al. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú. Acta médica peruana. 2016 Abril; 33(1).
4. Del Castillo H, Mendoza Ticona A, Saravia JC, Somocurcio J. Epidemia de tuberculosis multidrogo resistente y extensivamente resistente a drogas (tb mdr/xdr) en el Perú: situación y propuestas para su control. Revista Peruana de Medicina Experimental Salud Publica. 2009 Setiembre; 26(3).
5. Navarro Quintero C, Rueda Rincón JL, Mendoza Ojeda JL. Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con tuberculosis. Ciencia y Cuidado. 2013 Enero ; 10.
6. Dalens Remigio El. Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis red de salud Lima norte V Rímac - San Martín - los olivos. lima: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, departamento de enfermería; 2012.

7. Montufar Sandovalin M, Juana NVE. Factores asociados al abandono de tratamiento en los pacientes nuevos con tuberculosis pulmonar Bk+en la ciudad de Guayaquil durante el año 2012. Guayaquil : Universidad de Guayaquil, Departamento de Enfermería; 2012 - 2013.
8. La Unión. Unión internacional contra la tuberculosis y enfermedades respiratorias. [Online]. [cited 2016 Octubre 13. Available from: <http://www.theunion.org/espanol/lo-que-hacemos/asistencia-tecnica>.
9. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Normas técnicas para el control y la eliminación de la tuberculosis. [Online].; 2014 [cited 2016 Octubre 15. Available from: [http://web.minsal.cl/sites/default/files/NORMA\\_TECNICA\\_TUBERCULOSIS.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/NORMA_TECNICA_TUBERCULOSIS.pdf).
- 10 Salud180. Tuberculosis multirresistente. [Online]. [cited 2016 Octubre 15. Available from: <http://www.salud180.com/salud-z/tuberculosis-multirresistente>.
- 11 Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Tuberculosis. [Online].; 2003 [cited 2016 Octubre 13. Available from: [https://www.health.ny.gov/es/diseases/communicable/tuberculosis/fact\\_sheet.htm](https://www.health.ny.gov/es/diseases/communicable/tuberculosis/fact_sheet.htm).

## **ANEXOS**

## ANEXO1

### MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DE ENFERMERIA DE ESSALUD

Gerencia Central de Prestaciones de Salud	Procedimientos Administrativos de Enfermería de los Hospitales IV	Versión 01
	ATENCION DE ENFERMERIA EN EL EGRESO DEL USUARIO POR ABANDONO DE LAS UNIDADES PREVENTIVAS	Fecha: Agosto 2006 Pág.: 1 de 2

#### **1. OBJETIVO**

Sistematizar el procedimiento de enfermería en caso de usuarios que abandonen el tratamiento y/o control en los Módulos de Atención Integral del Niño, Adolescente, Adulto, Adulto Mayor, Tuberculosis y Enfermedades de transmisión sexual – SIDA en los Hospitales IV.

#### **2. ALCANCE:**

La difusión y aplicación del presente procedimiento es de competencia y responsabilidad del Jefe de Departamento Asistencial – Enfermera, Profesional de la Salud Supervisor(a) – Enfermera, Jefe de Servicio Asistencial – Enfermera y Enfermera Asistencial de los Hospitales IV de Essalud.

#### **3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:**

Paso N°	Descripción de Acciones	Responsable
01	Revisar los Registros de Seguimiento y Control de los Programas Ambulatorias para identificar a los usuarios que abandonan el tratamiento y/o control en la Unidades Preventivas de Atención al Niño, Adolescente, Adulto, Adulto Mayor, Tuberculosis y Enfermedades de Transmisión sexual – SIDA	enfermera asistencial
02	Informar el abandono del paciente para realizar la visita domiciliaria al: * Jefe de Servicio Asistencial – Enfermera Jefe * Asistente Social – Coordinador Programa	enfermera asistencial
03	Recepcionar informe y coordinar la visita domiciliaria con : -Oficina de Servicio Social - Administración - Jefatura de Enfermería-Enfermera Jefe	enfermera asistencial

Gerencia Central de Prestaciones de Salud	Procedimientos Administrativos de Enfermería de los Hospitales IV	Versión 01
	ATENCION DE ENFERMERIA EN EL EGRESO DEL USUARIO POR ABANDONO DE LAS UNIDADES PREVENTIVAS	Fecha: Agosto 2006 Pág.: 1 de 2

Paso Nº	Descripción de Acciones	Responsable
04	Gerencia Central de Prestaciones de Salud	Procedimiento Administrativo de Enfermería del Hospital IV
05		Atencion de enfermeria en el egreso del usuario por abandono de las unidades preventivas
06	Comunicar el retorno al Hospital a la Jefe de Servicio Asistencial – Enfermera.	Enfermera asistencial
07	Registrar en el formato establecido los resultados de la visita domiciliaria ejecutada.	Enfermera Asistencial
08	Elaborar y presentar el informe de la visita domiciliaria realizada al Jefe de Servicio Asistencial – Enfermera / Coordinador del Programa.	Enfermera Asistencial
09	Analizar y elevar informe al Jefe de Departamento Asistencial – Jefe de Servicio.	Enfermera Jefe de servicio
10	Indicar al Profesional de la Salud Supervisor(a) – Enfermera el monitoreo de retorno del usuario a la atención ambulatoria.	Enfermera Jefe de servicio
11	Archivar y custodiar copia de Informe.	Enfermera asistencial
12	Fin de Procedimiento.	



**ESSALUD- RAR  
HNERM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**“PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUA AL  
USUARIO EXTERNO AMBULATORIO Y  
HOSPITALIZADO EN EL PROGRAMA DE  
CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL HOSPITAL  
NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS”**

**AÑO 2015**

**“PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUA AL USUARIO  
EXTERNO AMBULATORIO Y HOSPITALIZADO EN EL  
PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL HOSPITAL  
NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS – 2015”**

## **1. INTRODUCCION**

En el mundo existe un estimado de 1.9 millones de muertes y 9 millones de casos nuevos al año por tuberculosis. El Perú reporta altas tasas de morbilidad 110 x 100,000 habitantes por lo que se encuentra en el segundo lugar en las Américas después de Brasil y República Dominicana con el mayor número de casos incidentes y de alta prevalencia de TBC MDR (5.3%). ESSALUD aporta el 15% de los casos de TBC a nivel nacional (5,365 casos al 2013).

La tuberculosis es una enfermedad prevenible y curable con acciones sumamente eficientes que se encuentran resumidas en la Estrategia DOTS cuyos componentes son:

.Compromiso político, diagnóstico bacteriológico mediante la baciloscopía, tratamiento supervisado directamente observado, suministro regular de medicamentos e insumos de laboratorio, sistemas de información y educación apropiados a la población.

La situación de endemia, tanto para TB SENSIBLE como para TB MDR constituye un reto en la toma de decisiones y requiere la implementación de herramientas no solo para el diagnóstico y para el tratamiento directamente observado en boca (DOTS), sino también que es de suma importancia desarrollar acciones de promoción, prevención y control de la enfermedad en la población asegurada

Nuestro hospital como institución de referencia local y nacional participa en el fortalecimiento de acciones de comunicación y educación para la salud promoviendo estilos de vida y entorno saludables e implementa metodologías participativas con actividades educativas dirigidas a los grupos de alto riesgo de enfermar y morir por TBC.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Dentro de las políticas de salud pública orientadas a prevenir y controlar las enfermedades Infecto-contagiosas en nuestro País ha sido publicada la Ley N° 30287 “Ley de prevención y control de la TBC en el Perú” el 14 de Diciembre 2014 en el diario El Peruano, esta Ley regula los mecanismos en los sectores involucrados en la prevención y control de la TB garantizando una política de estado de lucha contra la enfermedad.

Todo paciente con morbilidad para TB tiene derecho a recibir información oportuna, concisa y clara sobre su diagnóstico, tratamiento, exámenes auxiliares y probables reacciones adversas de los medicamentos. Así también sobre el autocuidado y el cuidado de su entorno familiar y social.

## **3. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Que a través de las actividades educativas programadas el usuario afectado por TBC tome conciencia de la enfermedad aceptando su nuevo estado de salud, aprendiendo el autocuidado y el cuidado de su entorno.

### **ESPECÍFICOS.**

- Educar al público asistente de consultorios externos sobre la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación por TBC.
- Educar al sintomático respiratorio sobre la enfermedad, los exámenes auxiliares de diagnóstico y el tratamiento.
- Educar al usuario hospitalizado o ambulatorio con diagnóstico de TBC sobre la enfermedad, autocuidado y el cuidado de sus familiares y su entorno
- Enseñar al usuario con diagnóstico de TB la importancia del cumplimiento del DOTS, las citas de control programadas y los exámenes auxiliares solicitados.
- Educar al usuario con TBC ambulatorio y hospitalizado sobre la identificación de las probables reacciones adversas a los fármacos antituberculostáticos ( RAFA)), así como la ,desensibilización droga por droga (RETOS).

#### **4. FINALIDAD**

Lograr que el paciente tome conciencia de la enfermedad y se involucre en el autocuidado , participando activamente en las acciones educativas programadas por el servicio , que le permitan tener una mejor calidad de vida y su reincorporación al ámbito familiar, laboral y a la sociedad.

#### **5. ORGANIZACIÓN**

El Programa de Educación al usuario externo está organizado por el personal profesional de Enfermería integrado por:

- Lic. Enf. Rosa Taica Núñez
- Lic. Enf. Maximina Canchis De La Cruz
- Lic. Enf. Mónica Quiroz
- Apoya: Personal Técnico de Enfermería

La planificación y ejecución de las acciones educativas estará a cargo de las enfermeras que laboran en el Programa de Control de TB.

#### **PARTICIPANTES**

El Programa de Educación al usuario está dirigido a los pacientes ambulatorios y hospitalizados con diagnósticos de TB sensible, drogo resistentes y RAFA. Otros grupos importantes para los fines preventivo promocionales incluye al público que acude a consultorios externos de adultos y los sintomáticos respiratorios.

#### **DURACION**

De marzo a Diciembre 2015

El público asistente a Consultorios Externos de Adultos recibirán charlas educativas dos veces por semana, en la que se distribuirán folletos o trípticos para reforzar la información brindada.

Los sintomáticos respiratorios captados recibirán dos sesiones educativas de consejería en el Módulo de TB.

Los pacientes con diagnóstico de TB recibirán sesiones educativas una vez al mes durante todo el año con consejería individualizada los días de cita programados en el Módulo de TB.

## **LUGAR**

**Block D Consultorios Externos de Adultos para el público en general.**

Módulo de TB para los sintomáticos respiratorios y con diagnóstico de TB.

## **METODOLOGIA**

Se desarrollarán técnicas educativas de aplicación individual y grupal.

Individuales: Consejería, entrevistas.

Grupales: Charlas educativas, exposición diálogo, talleres, conferencia, y video foro.

Se distribuirán trípticos y folletos informativos.

## **EVALUACION DEL PARTICIPANTE**

Mediante la aplicación de pre test previo al inicio de las sesiones educativas y un post test al finalizar el evento.

## **EVALUACION DEL PROGRAMA**

Al finalizar el Programa se aplicará una Encuesta de Satisfacción al Usuario a los participantes para evaluar la calidad del evento desarrollado.

## **EVALUACION DEL IMPACTO**

Aplicación de Indicadores monitoreados en forma permanente e informados trimestralmente.

### **Cobertura**

N° pacientes que asisten al Programa Educativo en Consultorios Externos Adultos x 100

N° pacientes que acuden a Consultorios Externos de Adultos del HNERM

N° pacientes con DX TB del HNERM que asisten al Programa Educativo x 100

N° pacientes con Diagnóstico TB del HNERM

## CALIDAD

N° pacientes de Consultorios Externos Adultos HNERM satisfechos con el Programa Educativo x100

N° pacientes que asisten al Programa Educativo en consultorios Externos de Adultos del HNERM

N° pacientes con DX TB del HNERM satisfechos con el Programa Educativo x 100

N° pacientes con DX TB del HNERM que asisten al Programa Educativo

ANEXO 3

EVIDENCIAS

