

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



**CAPTACIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS EN
EL CENTRO DE SALUD AUQUIMARCA. HUANCAYO.
2014-2016**

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

TANIA KARIN VILCAPOMA RAMOS

**CALLAO, 2018
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Tania Karin Vilcapoma Ramos', is written in a cursive style to the right of the printed name and location.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

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

ASESOR: DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 037

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

Resolución de Decanato N°078-2018-D/FCS de fecha 17 de Enero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. VILCAPOMA RAMOS TANIA KARIN

ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 Descripción de la situación problemática.....	4
1.2 OBJETIVOS	6
1.3 JUSTIFICACIÓN	7
II. MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 ANTECEDENTES	8
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	11
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	47
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	50
3.1 Recolección de datos	50
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	51
3.3 PROCESOS REALIZADOS.....	53
IV. RESULTADO	54
V. CONCLUSIONES.....	60
VI. RECOMENDACIONES	61
I. REFERENCIALES	62
ANEXOS.....	66

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es un problema de gran magnitud, considerada un problema de salud pública y debido al incremento de las tasas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, aun cuando el tratamiento es una de las intervenciones más costo – efectivas, el profesional de enfermería no es ajena a esta política de salud, pues es parte de su filosofía el contribuir con el nivel adecuado y calidad de vida de la persona sujeto de atención, la enfermera(o) desempeña un rol crucial en los programas de identificación (captación de sintomáticos respiratorios), el control, la visita domiciliaria periódicamente del seguimiento del cumplimiento del tratamiento, además de sensibilizar y promover la participación de la comunidad en los programas de control, en tal sentido, las acciones existentes deben ser integrales y reducir de manera radical la tuberculosis.

El presente informe de experiencia profesional titulado "CAPTACIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS EN EL CENTRO DE SALUD AUQUIMARCA – HUANCAYO. 2014 - 2016", deriva de uno de los problemas para la salud pública, la tuberculosis que sigue siendo uno de los mayores asesinos entre las enfermedades infecciosas en el mundo. La cantidad de personas que mueren por tuberculosis es mayor que las que mueren a causa del VIH, si bien en los países desarrollados se ha estado disminuyendo durante los últimos años.

La tuberculosis es uno de los problemas principales de nuestra región y sobre todo en las zonas rurales como es el caso de la jurisdicción de Auquimarca ubicada en el distrito de Chilca que, por ser un distrito alejado a la provincia de Huancayo, tiene sus particularidades, la mayoría de la gente no sabe que la tuberculosis es una carga tan grande porque ha sido olvidada por mucho tiempo, pero que representa la mayor amenaza para la salud.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

La organización mundial de la salud (OMS), define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, pero cuando existe una alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa se produce diversas enfermedades como es la tuberculosis, una enfermedad infecciosa transmisible causada por las especies del complejo *Mycobacterium tuberculosis*, de evolución crónica y caracterizada por la formación de granulomas. Su localización preferente es el pulmón, aunque puede afectar a cualquier órgano.

La tuberculosis continúa siendo una de las causas más importantes de enfermedad y muerte en muchos países y un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema de salud presenta todavía marcadas diferencias regionales y nacionales, a pesar de los progresos logrados en las últimas décadas en la lucha contra esta enfermedad. (1)

La epidemia de TB es mayor de lo que se estimaba anteriormente, hecho que refleja los nuevos datos de vigilancia y de encuestas. En el año 2015 el número mundial estimado de nuevos casos (incidentes) de TB fue en mediana proporción, de los cuales la mayoría son en

hombres, en menor cantidad en mujeres y en niños, la persona muerta por Tuberculosis sola es más en comparación de personas muertas por TB/VIH.

Las Estimaciones de Tuberculosis en las Américas es una proporción mediana, la mayor cantidad de personas muertas por esta enfermedad y en menor cantidad muertas por TB/VIH.

En el Perú para el año 2014 se presentaron en mediana cantidad casos nuevos de tuberculosis, siendo el departamento de Lima con la mayor cantidad de casos, seguidos por La Libertad y Loreto, en la región Junín se presentaron en mediana cantidad casos nuevos.

Para detener la tuberculosis a nivel mundial se han establecido diversas metas, la OMS formuló una estrategia que aprovechaba los éxitos del enfoque DOTS y abordaba los principales problemas que plantea la enfermedad, las cuales incorporan metas específicas para cada región, incluyendo a las Américas. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible propuesta por las Naciones Unidas proponen 17 Objetivos y 169 metas, siendo el 3° objetivo salud y bienestar, Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, en la meta n° 3 propone De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

En el Perú la intervención se realiza en el marco de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT) del Ministerio de Salud, que fortalece el manejo programático de la tuberculosis en los aspectos de promoción, prevención, detección, diagnóstico y tratamiento; señalando como prioridad el abordaje de las determinantes sociales de la tuberculosis desde un enfoque de gestión multisectorial, intergubernamental y territorial. Así mismo, incorpora como disposiciones sanitarias, las contribuciones nacionales e internacionales de las investigaciones desarrolladas en los últimos años para el control de la Tuberculosis.

A ello podemos agregar que la enfermera(o) cumple un papel fundamental en el ámbito de la educación principalmente en las actividades de prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, detección, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis.

1.2 OBJETIVOS

Describir las actividades específicas para la captación de sintomáticos respiratorios en el Centro de Salud Auquimarca.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente informe de trabajo académico se justifica debido a que en el Centro Salud Auquimarca en los años anteriores al 2014, la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, la captación de sintomáticos respiratorios no alcanzaba la cobertura establecida por la norma técnica de salud, por lo cual no se lograba identificar oportunamente los casos de tuberculosis, para el inicio de tratamiento y así poder cortar la cadena de transmisión de esta enfermedad.

Se justifica además porque de la reestructuración aplicativa de las estrategias, oportunas y de trabajo en equipo, lograr proponer mecanismos de solución para revertir la situación encontrada incrementando la captación de sintomáticos respiratorios para el diagnóstico oportuno de personas afectadas por tuberculosis con el propósito de cortar la cadena de transmisión.

De los resultados expuestos o evidencias demostradas se podrán proponer la norma pertinente a fin de generalizar la experiencia laboral expuesta.

I. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

DAZA, Cubides y Lozada (Santiago de Cali -2012), realizo la investigación titulada: *“Prevalencia de Sintomáticos Respiratorios y Factores Relacionados en dos territorios vulnerables de Santiago de Cali”*, cuyo objetivo fue estimar la prevalencia poblacional de sintomáticos respiratorios y los factores relacionados en los residentes de dos territorios vulnerables de la ciudad Santiago de Cali en el año 2012, la investigación llego a la siguiente conclusión, que la prevalencia poblacional de sintomáticos respiratorios es diferencial de acuerdo con las condiciones de vulnerabilidad de la población, lo que implica generar indicadores programáticos en coherencia con este resultado. (11)

MUÑOZ, Puerto y Pedraza (Bogotá 2013), realizó la investigación titulada: *“Intervención educativa en trabajadores de la salud sobre la captación de sintomáticos respiratorios de tuberculosis”*, cuyo objetivo fue identificar el nivel de conocimientos relacionados con las acciones de búsqueda y detección de casos sintomáticos respiratorios de tuberculosis en trabajadores de la salud, la investigación llego a la siguiente conclusión, hay fallas en los conocimientos básicos y en las acciones de búsqueda activa y detección de casos sospechosos de

tuberculosis, de ahí la importancia de realizar intervenciones educativas y de sensibilización en los trabajadores de la salud que se encuentran a cargo de la atención de los pacientes, elevar su nivel de conocimientos, mejorar la captación de sintomáticos respiratorios y con ello contribuir al diagnóstico más oportuno de personas con tuberculosis pulmonar. (12)

ATAIDE y Calzavara (Estado de Pará, Brasil - 2010), realizó la investigación titulada *"Detección de síntomas respiratorios en servicios de salud de la red pública de Belém (Estado de Pará, Brasil)"* cuyo objetivo fue conocer el número de síntomas respiratorios identificados entre las personas que buscan atención en los servicios de salud, y el número de personas no identificadas por los servicios como tales, la investigación llegó a la siguiente conclusión, Los resultados de esta investigación refuerzan la importancia del alto índice de sospecha diagnóstica de tuberculosis, delante de un individuo que se presente con tos en una unidad de salud, independientemente del motivo por el que busca el servicio. Esperamos que pueda contribuir para una mayor valorización de las cuestiones relativas a la búsqueda de sintomático respiratorio, no obstante, destacamos que el tema ciertamente merece otros estudios que aporten explicaciones que no pueden ser dimensionadas apenas por datos estadísticos. (10)

ROMANI, Roque, Catacora y Hilasaca (Tacna 2015), realizo la investigación titulada *“Conocimientos, percepciones y prácticas de personal de salud en la detección de sintomáticos respiratorios en una región de muy alto riesgo de trasmisión de tuberculosis en el Perú”*, cuyo objetivo fue Describir los conocimientos, percepciones y prácticas sobre detección de sintomáticos respiratorios, la investigación llego a la siguiente conclusión, existió una brecha en el conocimiento de médicos y enfermeras en la detección de sintomáticos respiratorios. Esta brecha fue mayor en el conocimiento sobre los indicadores operacionales de detección. (8)

GUTIÉRREZ· Roque· Romani y Zagaceta (Perú - 2015) realizo la investigación titulada *“Prevalencia de sintomáticos respiratorios en población peruana de 15 a más años: análisis secundario de la encuesta demográfica y de salud familiar, 2013 – 2015”*, cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de sintomáticos respiratorios (SR) en población peruana de 15 a más años entre el 2013 y 2015, la investigación llego a la siguiente conclusión, tres a cuatro de cada cien peruanos de 15 a más años es sintomático respiratorio, esta estimación brinda una evidencia de la magnitud a nivel nacional y regional de la población en alto riesgo para TB pulmonar, también permite tener una aproximación de la demanda real para la realización

de baciloscopias en las personas con síntomas respiratorios y que, además, acuden al establecimiento de salud. (7)

ROQUE, Catacora, Hilasaca y Romaní (Tacna – 2013) realizó la investigación titulada “*Evaluación de los indicadores de detección de tuberculosis en una región con alto riesgo de transmisión en Perú*”, cuyo objetivo fue evaluar los indicadores de detección de tuberculosis establecidos en la Norma Técnica para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis. Se llegó a la siguiente conclusión, el rendimiento de la baciloscopia diagnóstica en sintomáticos respiratorios es baja.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

LA TUBERCULOSIS: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la tuberculosis como una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio pacientes con enfermedad pulmonar activa.

La infección por *M. tuberculosis* suele ser asintomática en personas sanas, dado que su sistema inmunitario actúa formando una barrera alrededor de la bacteria. El síntoma de la tuberculosis pulmonar activa es tos, a veces con esputo que puede ser sanguinolento, dolor

torácico, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna. La tuberculosis se puede tratar mediante la administración de antibióticos durante seis meses.

Caso probable de tuberculosis: Persona que presenta síntomas o signos sugestivos de tuberculosis. Incluye a los sintomáticos respiratorios. (9)

Caso de tuberculosis: Persona a quien se le diagnostica tuberculosis y a la que se debe iniciar tratamiento antituberculosis.

Tipos de tuberculosis: Caso de tuberculosis según localización de la enfermedad:

Caso de tuberculosis pulmonar: Persona a quien se le diagnostica tuberculosis con compromiso del parénquima pulmonar con o sin confirmación bacteriológica (baciloscopia, cultivo o prueba molecular).

Tuberculosis pulmonar con frotis positivo (TBP FP): Caso de TB pulmonar con baciloscopia (frotis) de esputo positiva.

Tuberculosis pulmonar con frotis negativo (TBP FN): Caso de TB pulmonar con dos o más baciloscopia de esputo negativas, se clasifican en:

TB pulmonar frotis negativo y cultivo o prueba molecular positiva: Caso de TB pulmonar con baciloscopia negativa y que cuenta con cultivo o prueba molecular positiva para *M. tuberculosis*.

TB pulmonar frotis y cultivo negativos: Caso de TB pulmonar sin clínicos, epidemiológicos y/o diagnóstico por imágenes.

Tuberculosis pulmonar sin frotis de esputo: Caso de TB pulmonar en el que no ha sido posible lograr una muestra de esputo para el estudio bacteriológico.

Caso de tuberculosis extra-pulmonar: Persona a quien se le diagnostica tuberculosis en órganos diferentes a los pulmones. El diagnóstico se basa en un cultivo, prueba molecular positiva, evidencia histopatológica y/o evidencia clínica de enfermedad extra-pulmonar activa.

En presencia de compromiso tanto pulmonar como extra-pulmonar el caso se define como TB pulmonar. En el caso de TB miliar se define como TB pulmonar. La afección pleural o ganglionar intra - torácica, sin anormalidades en parénquima pulmonar, constituye un caso de TB extra-pulmonar. Las definiciones operativas de caso de TB extra-pulmonar son las siguientes:

TB extra-pulmonar con confirmación bacteriológica: Caso en el que se demuestra la presencia de *M. tuberculosis* por bacteriología

(baciloscopia, cultivo o pruebas moleculares) en el tejido o fluido extra-pulmonar.

TB extra-pulmonar con confirmación histopatológica: Caso en el que se demuestra una reacción inflamatoria compatible con tuberculosis (granuloma específico) o la presencia de bacilos ácido alcohol resistente (BAAR) en tejido o fluido extra-pulmonar mediante estudio histopatológico.

TB extra-pulmonar sin confirmación: Caso en el que no se determina la presencia de *M. tuberculosis* en el tejido o fluido extra-pulmonar por bacteriología, ni por estudios histopatológicos. El diagnóstico se basa en criterios epidemiológicos, clínicos y/o estudios de imágenes.

Caso de tuberculosis según sensibilidad a medicamentos anti-TB por pruebas convencionales:

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

Caso de TB multidrogoresistente (TB MDR): Caso con resistencia simultánea a isoniazida y rifampicina por pruebas convencionales.

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

Otros casos de Tuberculosis drogo resistente: Caso en el que se demuestra resistencia a medicamentos anti-tuberculosis sin cumplir criterio de TB MDR. Pueden ser:

Tuberculosis monoresistente: Caso en el que se demuestra, a través de una Prueba de Sensibilidad (PS) convencional, resistencia solamente a un medicamento anti-tuberculosis.

Tuberculosis poliresistente: Caso en el que se demuestra, a través de una PS convencional, resistencia a más de un medicamento anti-tuberculosis sin cumplir criterio de TB MDR.

Caso de tuberculosis infantil: Menor de 15 años con diagnóstico de TB pulmonar o extra-pulmonar en el que se inicia tratamiento anti-tuberculosis; pueden ser:

TB infantil confirmada: Definida por un estudio bacteriológico positivo para *M. tuberculosis* (baciloscopia, cultivo o prueba molecular positiva) o una muestra de tejido histológico compatible con TB.

TB infantil probable: Definida como la presencia de 3 o más de los siguientes criterios:

Síntomas como fiebre, tos y pérdida de peso.

Exposición a un caso de TB infecciosa activa.

Prueba de tuberculina o PPD positiva

Hallazgos en radiografía de tórax compatibles con Tuberculosis activa.

Evidencia por otros exámenes de apoyo al diagnóstico, en asociación con síntomas y signos.

Control de infecciones de tuberculosis: Conjunto de medidas destinadas a prevenir la transmisión de la tuberculosis dentro de los establecimientos de salud, la comunidad y la vivienda del afectado por TB. Las medidas son de tres tipos: administrativas, de control ambiental y de protección respiratorio.

Estudios de contactos:

Caso índice: Es la persona que ha sido diagnosticada de TB.

Contacto: Persona que tiene o ha tenido exposición con un caso índice diagnosticado de tuberculosis en los tres meses previos al diagnóstico. Los contactos pueden ser:

Personas que comparten o compartieron el mismo domicilio con el caso índice con TB.

Personas que no comparten el domicilio del caso índice, pero que frecuentaron el mismo espacio

Contacto censado: Es el contacto registrado en la tarjeta de control de asistencia y administración de medicamentos.

Contacto examinado: Es el contacto censado que ha sido estudiado mediante alguno de los siguientes procedimientos para descartar tuberculosis: examen clínico, rayos X, prueba de tuberculina (PPD), y si es sintomático respiratorio: baciloscopias y cultivos de esputo.

Contacto controlado: Es el contacto que ha cumplido con todos los controles programados; para los casos de contacto de TB sensible se consideran 3 controles y en los casos de TB resistente se consideran 6 controles.

Diagnóstico de la tuberculosis

Captación y Detección de sintomáticos respiratorios: La detección de sintomáticos respiratorios (SR) debe realizarse mediante la búsqueda permanente y sistemática de personas que presentan tos y flema por 15 días o más. (10)

La detección de sintomático respiratorio debe realizarse en:

El establecimiento de salud (EESS): Entre las personas que acuden a los EESS. La detección es continua, obligatoria y permanente en todos los servicios del EESS independientemente de la causa que motivó la consulta. La organización de esta actividad es responsabilidad del personal de enfermería, en coordinación permanente con los responsables de otros servicios.

La comunidad: Debe realizarse en las siguientes circunstancias:

Estudio de contactos de personas con TB pulmonar o extrapulmonar.

Estudio de posibles brotes de TB en lugares que albergan personas: hospitales, prisiones, centros de rehabilitación, comunidades terapéuticas, asilos, campamentos mineros, centros de estudios, comunidades nativas, zonas de frontera, personas en pobreza extrema, entre otros.

No se debe hacer campañas masivas de detección de TB mediante baciloscopias de esputo en población sin síntomas respiratorios.

Evaluación: La evaluación del caso probable de tuberculosis, incluye una evaluación clínica exhaustiva, dirigida a identificar signos y síntomas compatibles con la tuberculosis, sea esta de localización pulmonar o extrapulmonar a fin de orientar correctamente las acciones posteriores y el requerimiento de exámenes auxiliares complementarios.

Diagnóstico de la tuberculosis:

Diagnostico bacteriológico de la tuberculosis:

Baciloscopia directa: La baciloscopia directa de la muestra de esputo y de otras muestras extrapulmonares debe ser procesada por el método de Ziehl – Neelsen, siguiendo el protocolo del INS. (12)

Cultivo de micobacterias: Los métodos de cultivo para el aislamiento de micobacterias aceptados en el país son: los cultivos en medios sólidos Löwenstein – Jensen, Ogawa y agar 7H10; los sistemas automatizados en medio líquido MGIT (del inglés Mycobacteria Growth Indicator Tube) y la prueba MODS (del inglés Microscopic Observation Drug Susceptibility), disponibles en los laboratorios de la red de salud pública según nivel de capacidad resolutive.

Diagnóstico clínico - radiológico de la tuberculosis: El diagnóstico clínico de la TB pulmonar debe centrarse en el estudio de los pacientes con síntomas respiratorios (tos, expectoración, dolor torácico, disnea) asociados a síntomas generales. Los síntomas de tuberculosis extra-pulmonar dependen del órgano afectado. Solicitar una radiografía de tórax en todo caso probable de tuberculosis pulmonar y en aquellas personas que están en seguimiento diagnóstico.

Diagnóstico de TB extrapulmonar: Se basa en las manifestaciones clínicas dependientes del órgano(s) afectado(s) y debe complementarse con exámenes auxiliares de bacteriología, histopatología, inmunología, estudio cito-químico, estudio de imágenes, entre otros.

Diagnóstico de la tuberculosis latente: El diagnóstico de TB latente es responsabilidad del médico tratante. La prueba de la tuberculina es el método de diagnóstico de tuberculosis latente en personas sin enfermedad activa. Se considera un resultado positivo si la induración es 10 mm o más para la población en general.

En pacientes con inmunodeficiencia (VIH/ SIDA, desnutridos, corticoterapia, tratamiento antineoplásico, entre otros), este valor es de 5 mm o más. El profesional de enfermería es responsable de la aplicación y lectura de la prueba de tuberculina, para lo cual debe estar debidamente capacitado.

Identificación de micobacterias: Los métodos aceptados en el país para identificar micobacterias son: métodos de inmunocromatografía y pruebas moleculares.

Las indicaciones para la identificación del complejo M. tuberculosis son: Resultado de Prueba de Sensibilidad rápida resistente a

isoniacida o rifampicina y el Cultivo de micobacteria de una persona con coinfección TB – VIH.

Tratamiento de la tuberculosis

Esquemas de tratamiento para TB: La administración de los esquemas de tratamiento anti-TB es responsabilidad del personal de salud y es de lunes a sábado, incluido feriados. (12)

El esquema de tratamiento inicial debe ser ratificado o modificado dentro de los 30 días calendario de haberse iniciado, de acuerdo con los resultados de las PS rápidas a isoniacida y rifampicina. Los esquemas de tratamiento antituberculosos se establecen de acuerdo con el perfil de sensibilidad a isoniacida y rifampicina por prueba de sensibilidad rápida. (13)

Factores de riesgo para TB resistente a medicamentos: Los principales factores de riesgo para TB resistente se enumeran a continuación:

Fracaso a esquema con medicamentos de primera línea.

Contacto de caso confirmado de TB resistente.

Recaída dentro de los siguientes 6 meses de haber sido dado de alta de un esquema con medicamentos de primera línea.

Recaída luego de haber sido dado de alta con medicamentos de segunda línea.

Personas privadas de su libertad (PPL) y residentes de albergues, comunidades terapéuticas, entre otros.

Antecedente de tratamientos múltiples (más de dos episodios previos de TB).

Antecedente de irregularidad al tratamiento, abandono o terapia no supervisada.

Contacto con persona que falleció por TB.

Comorbilidades: diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, tratamiento inmunosupresor, otros y coinfección con VIH.

Trabajadores y estudiantes de la salud.

Esquema para TB sensible

Medicamentos:

Isoniacida (H)

Rifampicina (R)

Pirazinamida(Z)

Etambutol (E)

La nomenclatura del esquema se representa de la siguiente manera:

2HRZE/4R₃ H₃; Los números delante de las siglas indican los meses que durará el tratamiento con esos fármacos, el eslahs indica el cambio de fase y el subíndice indica el número de veces por semana que recibirá el fármaco.

Indicación para pacientes con TB sin infección por VIH/SIDA:

Paciente con TB pulmonar frotis positivo o negativo.

Pacientes con TB extrapulmonar, excepto compromiso miliar, SNC y osteoarticular.

Pacientes nuevos o antes tratados (recaídas y abandonos recuperados).

Esquema para adultos y niños:

Primera Fase: 2 meses (HREZ) diario (50 dosis).

Segunda Fase: 4 meses (H3R3) tres veces por semana (54 dosis).

Esquema para TB extrapulmonar con compromiso del SNC, miliar u osteoarticular: En los casos de TB miliar o extrapulmonar con compromiso del sistema nervioso central (SNC) u osteoarticular, la duración del tratamiento es de 2 meses la primera fase y 10 meses la segunda fase.

Primera fase: 2 meses (HRZE) diario (50 dosis).

Segunda fase: 10 meses (HR) diario (250 dosis)

Indicación para pacientes con TB con infección por VIH/SIDA:

Paciente VIH con TB pulmonar frotis positivo o negativo, Pacientes VIH con TB extrapulmonar, excepto compromiso SNC y osteoarticular y Pacientes VIH nuevos o antes tratados (recaídas y abandonos recuperados) Esquema:

Primera Fase: 2 meses (HREZ) diario (50 dosis) + **Segunda Fase:** 7 meses (HR) diario (175 dosis).

Esquemas para TB resistente: Los medicamentos anti TB se clasifican en grupos según su eficacia, propiedades y evaluación clínica de su efectividad anti tuberculosis, como se detalla a continuación:

Grupo 1: Agentes de primera línea Isoniacida (H), rifampicina (R), etambutol (E), pirazinamida (Z), rifabutina (Rfb), estreptomina (S).

Grupo 2: Agentes inyectables de segunda línea Kanamicina (Km), amikacina (Am), capreomicina (Cm).

Grupo 3: Fluoroquinolonas levofloxacina (Lfx), moxifloxacina (Mfx).

Grupo 4: Agentes de segunda línea bacteriostática oral etionamida (Eto), cicloserina (Cs), ácido para-amino salicílico (PAS).

Grupo 5: Agentes con evidencia limitada clofazimina (Cfz), linezolid (Lzd), amoxicilina/ clavulánico(Amx/Clv), meropenem (Mpm), imipenem/ cilastatina (Ipm/Cln), dosis altas de isoniacida, claritromicina (Clr), tioridazina (Tio).

Los esquemas de tratamiento para Tuberculosis resistente son de tres tipos: estandarizado, empírico e individualizado:

Esquema Estandarizado: Esta indicado a paciente con factores de riesgo para TB MDR y en quien, por la severidad de su estado, no se puede esperar el resultado de una prueba de sensibilidad rápida o convencional para iniciar tratamiento. Es indicado por el médico consultor.

Esquemas Empíricos: Esta Indicados en paciente con diagnóstico de Tuberculosis resistente según prueba rápida de sensibilidad.

Paciente con diagnóstico de Tuberculosis resistente según prueba de sensibilidad convencional sólo a medicamentos de primera línea.

Paciente que es contacto domiciliario de un caso de Tuberculosis resistente y en quien, por la severidad de su estado, no se puede esperar el resultado de una prueba rápida o convencional para iniciar tratamiento.

En este caso en el esquema se basa en el tratamiento del caso índice. Es indicado por el médico consultor.

Esquemas Individualizados: Esta indicado en pacientes con diagnóstico de Tuberculosis resistente con resultados de una prueba de sensibilidad convencional para medicamentos de primera y segunda línea.

Promoción de la salud: La Autoridad Nacional de Salud impulsará el abordaje de las Determinantes Sociales de la Salud para afrontar la Tuberculosis como problema de salud pública. Establecerá los mecanismos necesarios para hacer las coordinaciones intersectoriales e intergubernamentales, con participación de la Autoridad Regional de salud o de las direcciones de salud, orientadas a modificar sustancialmente las condiciones socio económicas en que vive la población afectada, como condición clave para vulnerar efectivamente la enfermedad, en ejercicio de la responsabilidad del Estado y del Ministerio de Salud para defender el bien público en salud. La DISA, DIRESA, GERESA o la que haga sus veces, deberá realizar las siguientes actividades:

Promoción de la salud:

La Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud del Perú conceptúa la promoción de salud como: “Un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre su salud y mejorarla.

Busca lograr un estado de bienestar físico, mental y social, en el que los individuos y/o grupos puedan tener la posibilidad de identificar y lograr aspiraciones, satisfacer necesidades y poder cambiar o hacer frente a su entorno". (Lineamientos de Política de Promoción de Salud). (11)

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, menciona a la promoción de la salud con el fin de establecer alianzas estratégicas con otros sectores del Estado para la implementación de acciones de promoción de la salud promoviendo el abordaje de los determinantes sociales de la salud y estilos de vida saludables. (11)

Programar recursos financieros para la elaboración, implementación y evaluación de estrategias, planes, programas y proyectos de promoción de la salud.

Conducir la implementación de planes de promoción de la salud, los cuales deben priorizar:

Actividades educativas que permitan promover la importancia del autocuidado, el reconocimiento precoz de síntomas de tuberculosis, su mecanismo de transmisión y la búsqueda de atención en el establecimiento.

Acciones educativas dirigidas a difundir las medidas de control de infecciones de Tuberculosis en el domicilio del paciente y la comunidad: mejorar la ventilación natural, protección respiratoria y cubrir la nariz y boca cuando la persona estornuda o tose (etiqueta respiratoria).

Informar sobre prevención de la tuberculosis en los centros laborales y promover la no discriminación laboral.

Promover el voluntariado en Tuberculosis (promotores comunitarios de salud) que sirva de nexo entre la implementación de las actividades de la ESNPCT y el paciente, su entorno familiar, social, laboral y la comunidad.

Cuidados de enfermería en la captación de sintomáticos respiratorios y pacientes con tuberculosis:

Captación de Sintomáticos Respiratorios:

El primer paso en la detección de casos de TB es identificar a las personas sobre las cuales se tiene la sospecha de que tengan TB pulmonar, para luego iniciar el proceso de diagnóstico. Se prioriza esta forma de TB (pulmonar) ya que constituye un importante problema de salud pública debido a su frecuencia y su alto riesgo de contagio.

La manera más eficiente para detectar casos de TB es la búsqueda de personas sintomáticas respiratorias, lo cual constituye una prioridad en la Región de las Américas. (9)

El personal de salud debe solicitar dos muestras de esputo para prueba de baciloscopia previa educación para una correcta obtención de muestra, cada muestra debe ser acompañada por su correspondiente solicitud de investigación bacteriológica, debidamente llenada de acuerdo con el Documento Nacional de Identidad (DNI) o carné de extranjería.

Registrar los datos del sintomático respiratorio en el Libro de Registro de SR de acuerdo con el DNI o carné de extranjería.

Explicar al paciente el correcto procedimiento para la recolección de la primera y segunda muestra de esputo y entregar el frasco debidamente rotulado.

Verificar que la muestra obtenida sea de por lo menos 5ml. No se debe rechazar ninguna muestra.

Entregar el segundo frasco debidamente rotulado para la muestra del día siguiente.

En casos en los que exista el riesgo de no cumplirse con la recolección de la segunda muestra, se tomarán las dos muestras el mismo día con un intervalo de 30 minutos. Esta acción debe aplicarse

en: personas de comunidades rurales o nativas que viven en lugares lejanos, personas en tránsito de un viaje, personas con comorbilidad importante que limitan su desplazamiento, personas con dependencia a drogas, alcoholismo o problemas de conducta y en las atenciones en los servicios de emergencia.

Conservar las muestras protegidas de la luz solar hasta su envío al laboratorio local, a temperatura ambiente dentro de las 24 horas.

Se puede conservar la muestra a 4°C hasta 72 horas antes de su procesamiento.

Transportar las muestras en cajas con refrigerantes.

Los laboratorios deberán recibir las muestras durante todo el horario de atención. Los datos del paciente y el resultado deberán ser registrados en el Libro de registro de muestras para investigación bacteriológica en tuberculosis.

Cuidado de enfermería en pacientes con tuberculosis: Según el Código deontológico del CIE “Las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de la enfermería es universal”. En relación con la tuberculosis, las enfermeras promueven la salud para impedir ante todo que las personas sean vulnerables a la enfermedad; previenen la enfermedad reduciendo la transmisión de

la tuberculosis en la comunidad hallando y tratando los casos activos; restauran la salud consiguiendo que los pacientes reciban el tratamiento que necesitan; y alivian el sufrimiento organizando la ayuda a los pacientes según las necesidades individuales de éstos.

Todo paciente diagnosticado de tuberculosis debe recibir orientación y consejería y debe firmar el consentimiento informado antes del inicio del tratamiento.

La administración de tratamiento debe ser directamente supervisado en boca.

Los medicamentos deben administrarse de lunes a sábado (incluidos feriados), una hora antes o después de ingerir alimentos. En días feriados el establecimiento de salud debe implementar estrategias locales para cumplir con la administración del tratamiento correspondiente de manera supervisada. Los medicamentos de primera y segunda línea deben administrarse en una sola toma diaria, excepto etionamida, cicloserina y PAS que se deben administrar de manera fraccionada en 2 tomas, directamente supervisadas, para mejorar la tolerancia. Debe garantizarse el cumplimiento total de las dosis programadas. Si el paciente no acude a recibir la dosis correspondiente, el personal del establecimiento de salud debe garantizar su administración dentro de las 24 horas siguientes y continuar con el esquema establecido. Por cada 250 mg de

cicloserina debe administrarse 50 mg de piridoxina (vitamina B6) por vía oral. La administración de ácido para-amino salicílico (PAS) debe ser con bebida o alimentos ácidos. El PAS en sachet debe mantenerse refrigerado.

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender:

La promoción de la salud ha sido motivo de análisis y discusión a lo largo del tiempo. Esta temática se ha utilizado como estrategia para realizar diversos planteamientos relacionados con la formulación de políticas públicas saludables, intervenciones dirigidas a personas y comunidades, y para la propuesta y realización de investigaciones en salud. Adicional a esto, también ha servido como fuente de inspiración para que, por sus aportes, reconocidos profesionales, como es el caso de la Licenciada en Enfermería Nola J. Pender haya desarrollado trabajos significativos que, para el caso en mención, consistió en el Modelo de Promoción de la Salud.

Planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad. Además, identificó que los factores cognitivos-perceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado

la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables.

Este modelo de promoción de la salud sirve para la predicción de conductas saludables y para explicar las características y experiencias pasadas de salud, las creencias cognitivas específicas y las influencias que ejerce cada creencia en un determinado comportamiento. Integra los hallazgos de investigaciones de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comparables. El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud.

La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud, la cual es definida, por Pender, como la realización del potencial humano inherente y adquirido a través de la conducta

dirigida a la meta, el autocuidado competente y las relaciones satisfactorias con otros, mientras se hacen ajustes necesarios para mantener la integridad estructural y la armonía con los ambientes relevantes a la optimización de la vida, teniendo en cuenta que para la transformación de estas conductas debe haber una relación entre los determinantes interpersonales de la salud y los efectos del medio ambiente.

Los factores personales y del entorno deben favorecer una conducta saludable dentro de cada comunidad. La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida.

Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra. En este sentido, la cultura se considera como una categoría que se manifiesta de manera diferente en los grupos humanos, que influye de forma determinante en las creencias sobre la salud, las respuestas con respecto a las prácticas de autocuidado, los tratamientos

terapéuticos, los comportamientos, y la utilización de los servicios de salud.

El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así: La primera teoría, es la de la Acción Razonada: originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado.

La segunda es la Acción Planteada: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.

La tercera es la Teoría Social-Cognitiva, de Albert Bandura en la cual se plantea que la autoeficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como "los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento". Adicional a lo anterior, la autoeficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad.

Pender agrega que, si un individuo tiene una alta percepción de su capacidad, seguro realizará dicha conducta, volviéndose repetitiva y adquiriendo cada día más seguridad y satisfacción por su desempeño.

Existen otras teorías que contribuyen al cambio de una conducta, entre las cuales están: los modelos de creencias en salud, modelos de las etapas de cambio, modelo transteórico y la teoría comunitaria y de cambio social.

Según Pender el Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea. Si un niño observa que en su familia se consumen alimentos salados, además de que permanentemente escucha decir a los padres que “de algo nos hemos de morir”, “la sal sirve para hacernos fuertes”, los niños y adolescentes interiorizan y asumen estos conocimientos para su vida presente y futura, y en consecuencia así se actúa y se asume la conducta no saludable.

La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, determinan las conductas adoptadas por la persona; estas creencias están dadas por:

- Los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados, proporcionan motivación para adquirir una conducta de promoción de la salud, en la cual se da prioridad a los beneficios conductuales,

destacando esta conducta entre otras personas, para que ellas puedan imitarla.

- La presencia de barreras para la acción, las cuales pueden ser personales, interpersonales o ambientales. En este punto la promoción de la salud desempeña un papel fundamental al determinar el estado de salud de cada persona, lo cual permitirá identificar las dificultades que se presentan y diseñar los mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de riesgo con el fin de mejorar la calidad de vida, para establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social.
- La autoeficacia; Bandura ha encontrado en numerosos estudios, que las personas que se perciben así mismas competentes en un dominio particular realizarán repetidas veces la conducta en las que ellos sobresalen; la autoeficacia es un sistema que provee mecanismos de referencia que permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos de una capacidad autorreguladora sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones.
- Las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven hacia una determinada acción. Los sentimientos positivos o negativos acompañados de un componente emocional son clave para identificar la conducta que necesita modificarse. Por lo tanto, en cada programa de salud deben

implementarse actividades dinámicas y atractivas que generen beneficios para toda la población.

- Las influencias interpersonales y situacionales, son fuentes importantes de motivación para las conductas de salud, el impacto de las redes familiares y sociales o del entorno dentro del cual se desenvuelve la persona, pueden actuar positivamente generando un sentimiento de apoyo y aceptación, lo que brinda confianza a sus habilidades, esta sería una fuente valiosa para la creación de una conducta que promueva la salud; sin embargo, en el caso contrario, cuando el entorno familiar o social es adverso y nocivo, crea dificultades para adoptar dicha conducta, de ahí que sea a veces más conveniente cambiar algunas condiciones del medio social y económico, que apuntar al cambio de conducta en una persona.

El resultado conductual esperado a partir del Modelo de Promoción de la Salud está determinado por el compromiso hacia un plan de acción, el cual puede desviarse por las demandas y preferencias contrarias inmediatas en cada persona, que actúan como barreras para la acción, entendidas éstas como bloqueos anticipados, imaginados o reales, y costes personales de la adopción de una conducta determinada. En cuanto a las barreras, un ejemplo para un plan de acción en promoción de la salud es el relativo a las vías públicas, los automóviles, la falta de gimnasios que obstaculizan en un momento

dado la actividad física de la gente; sin embargo, existen otras que se mencionan a continuación:

- **Edad:** particularmente tiene que ver en gran medida por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre la persona; a partir de la etapa en la que la persona se encuentre se verá afectado el estilo de vida.
- **Género:** éste es un determinante del comportamiento de la persona, ya que el ser hombre o ser mujer hará que el individuo adopte determinada postura respecto a cómo actuar, además de lo que implica la prevalencia de algunas enfermedades que se verán reflejadas en mayor proporción en un género en específico.
- **Cultura:** es una de las más importantes condiciones que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no; en ésta se incluyen los hábitos de alimentación, el tiempo de ocio y descanso, el deporte, entre otros.
- **Clase o nivel socioeconómico:** es un factor fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable, ya que si se pertenece a una clase media o alta se tendrán muchas más alternativas al momento de poder elegir una alimentación adecuada, y no sólo la alimentación sino también el acceso a la salud; mientras que para una persona de

un nivel socioeconómico bajo, sus opciones se verán limitadas por la escasez de sus recursos económicos.

- Estados emocionales.
- Autoestima.
- Grado de urbanización. El compromiso hacia una acción es similar a la intención que tiene cada individuo, es importante para predecir diversas conductas en salud y para formular estrategias específicas diseñadas para el accionar de una persona.

La aplicación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud. Este modelo continúa siendo perfeccionado y ampliado en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria.

Los problemas de salud globalmente más predominantes son el resultado de las conductas personales desfavorables y el medio ambiente que comprometen la salud; dentro de estos problemas se

encuentran las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, el cáncer y la diabetes, las cuales se pueden evitar mediante la adopción de acciones o conductas protectoras contra las enfermedades, tales como bajo consumo de sal, carbohidratos y aumento de la actividad física.

Las enfermedades crónicas pueden volverse cada vez más prevalentes en muchas naciones, lo cual conlleva a crear una carga económica para el Estado al ser más costoso el tratamiento de la patología presente, ya que no sólo se debe intervenir sobre ésta, sino sobre los efectos que produce, además se deben desarrollar acciones para la recuperación y rehabilitación del paciente; es por esto que se argumenta que la promoción de la salud es una inversión a largo plazo que evita mayores costos tanto económicos como sociales y de salud en términos de mejor calidad de vida.

De acuerdo con Bandura, las creencias que las personas tienen acerca de sus capacidades pueden ser el mejor pronóstico de la conducta posterior y de su nivel de habilidad, ya que las personas tienden a elegir las actividades en las cuales se consideran más hábiles y tienden a rechazar aquellas que consideran difíciles, por lo tanto, las creencias sobre la autoeficacia influyen en la toma de decisiones y afectan la conducta. Para que estas transformaciones sean adecuadas, y se puedan alcanzar soluciones a las barreras de la

promoción de la salud, es necesario trabajar en un aspecto importante de la salud en general: la Psicología de la Salud. La cual se define como el conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la especialidad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria. Cabe anotar que el Modelo de Promoción de la Salud de Pender tiene aplicabilidad en la salud pública, ya que permite explicar y predecir aquellos estilos de vida favorecedores a la salud, definidos según la cultura, la edad, el nivel socioeconómico, etc. Pender considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables que se realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud; para comprenderlo se requiere el estudio de tres categorías principales:

1. las características y experiencias individuales,
2. la cognición y motivaciones específicas de la conducta y
3. el resultado conductual.

El término estilo de vida se refiere a la manera de vivir y a las pautas personales de conducta, que pueden influir positiva o negativamente sobre la salud. Para explicar los estilos de vida promotores de la salud, se encontró que las variables más importantes son: la concepción de salud percibida por una persona, el control percibido de salud, la explicación y la predicción del estado de salud.

Los estilos de vida saludables llevan a la adopción de una conducta de la promoción de la salud; sin embargo, hoy en día, en la mayoría de la población se observa con frecuencia el sedentarismo (acompañado a largo plazo de enfermedades coronarias y metabólicas), el estrés, que desencadena trastornos psicológicos (ansiedad, sueño, trastornos en la conducta alimentaria), la mal nutrición (diabetes, anemia), el exceso de consumo de alcohol, el tabaquismo, el uso de sustancias psicoactivas; sumado a lo anterior, entornos parcial o totalmente nocivos, donde la violencia intrafamiliar y social, determina negativamente el fomento de estilos de vida saludables, ya que aunque se promueva en las personas una cultura de promoción de la salud, en algunas ocasiones, éstas no tienen las oportunidades económicas, sociales y educativas necesarias para llevar a cabo esta conducta.

En la actualidad la población adulta es el ejemplo que seguir por la población de niños, niñas y adolescentes, esto hace que con

frecuencia se tiendan a repetir modelos observados en el entorno familiar. La toma de decisiones respecto al estilo de vida está determinada por los conocimientos, la voluntad y las condiciones requeridas para vivir. Los conocimientos y la voluntad se constituyen como factores internos de la persona, y las condiciones para lograr calidad de vida corresponden al medio externo a ella.

Cuando los factores internos y externos interactúan de manera favorable, se logra una buena calidad de vida. Los factores personales se consideran como los aspectos internos, los cuales dependen directamente de la persona y determinan el autocuidado, estos son: - Los conocimientos: determinan en gran medida la adopción de prácticas saludables, puesto que permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo frente al cuidado de su salud; sin embargo, estas determinaciones no dependen exclusivamente de la educación y la información, en vista de que hay diversos factores internos y externos que también intervienen.

La voluntad: se debe tener en cuenta que cada persona tiene una historia de vida con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes, de aquí que cada una tenga una "clave para la acción" diferente, con respecto a los demás; entendida la clave para la acción, como aquel suceso que moviliza en la persona estructuras mentales y

emocionales, que la llevan a replantearse un hábito, una costumbre o una creencia. Estos cambios pueden darse por acontecimientos muy diversos, los cuales en un momento dado pueden fomentar un cambio, lo cual indica por qué no todas las personas reaccionan igual a la educación masiva.

Teniendo en cuenta lo anterior, es fácil comprender la razón por la cual entre las personas se presentan normalmente conflictos frente a sus prácticas de autocuidado, lo cual se manifiesta claramente cuando éstas, a pesar de tener conocimientos sobre estilos de vida saludables, desarrollan comportamientos de riesgo, movidas por los múltiples determinantes de la conducta. Los factores externos o ambientales son considerados como aquellos aspectos relacionados con el entorno en el que se desarrolla la persona que hacen posible o no su autocuidado, sin embargo, no dependen de ella exclusivamente, como lo son: lo cultural, lo político, el medio ambiente, lo económico, lo familiar y lo social. Para avanzar hacia un mundo más sano se requieren medidas políticas enérgicas, una amplia participación social y actividades permanentes de promoción; para seguir aplicando las estrategias todos los sectores y ámbitos involucrados deben actuar para:

- a) defender la salud sobre la base de los derechos humanos y la solidaridad,

- b) invertir en políticas, medidas e infraestructura sostenible para abordar los factores determinantes de la salud,
- c) evaluar la real capacidad para el desarrollo de las políticas, el liderazgo, las prácticas de promoción de la salud, la transferencia de conocimiento, la investigación y la educación sanitaria,
- d) establecer normas reguladoras y leyes que garanticen un alto grado de protección frente a posibles daños,
- e) garantizar la igualdad de oportunidades para la salud y el bienestar de todas las personas, y
- f) establecer alianzas con organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales e internacionales y con la sociedad civil para impulsar medidas sostenibles.

Las medidas políticas tienen una capacidad potencial considerable para influir en las elecciones cotidianas de la población. Se debe tener en cuenta que para otros sectores (como por ejemplo: la seguridad de los ingresos, el empleo, la educación, la vivienda, los negocios, la agricultura, el transporte, la justicia, la tecnología), la salud no es necesariamente prioritaria, por lo tanto, los temas de salud deben satisfacer las demandas de cada sector; sin embargo, para que la salud sea objetivo de todos, es necesario que cada programa se presente de manera dinámica y atrayente, que en efecto produzca

unas políticas públicas saludables, que ayuden a crear el escenario para que la promoción de la salud pueda desarrollarse, ya que facilitan la elección de opciones saludables en nuestro entorno; un ejemplo, el uso de cinturones de seguridad en los carros. Para la elaboración de un plan de acción, se debe tener en cuenta que la educación constituye una herramienta indispensable para que las personas puedan progresar hacia la ejecución del mismo.

La educación tiene una función esencial en el desarrollo continuo de la persona y de las sociedades, como una vía al servicio de un desarrollo humano más armonioso, más genuino, para hacer retroceder los hábitos que conllevan a la adquisición de estilos de vida no saludables. La promoción de la salud es un estado deseado cuando se provee a la persona cuidado y educación.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ENSPCT):** Es el órgano técnico normativo dependiente de la dirección general de salud de las personas, responsable de establecer la doctrina, las normas y procedimientos para el control de tuberculosis.

- **Tuberculosis:** Es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*).
- **Caso probable de tuberculosis:** Persona que presenta síntomas o signos sugestivos de tuberculosis. Incluye a los sintomáticos respiratorios.
- **Caso de tuberculosis:** Persona a quien se le diagnostica tuberculosis y a la que se debe iniciar tratamiento antituberculosis.
- **Caso índice:** Es la persona que ha sido diagnosticada de TB.
- **Contacto:** Persona que tiene o ha tenido exposición con un caso índice diagnosticado de tuberculosis en los tres meses previos al diagnóstico.
- **Captación o detección de sintomáticos respiratorios:** Es identificar a las personas sobre las cuales se tiene la sospecha de que tengan TB pulmonar.
- **Sintomático Respiratorio (SR):** Persona que presenta tos y flema por 15 días o más.
- **SR Esperado (SRE):** Número de SR que se espera identificar en un periodo determinado en un establecimiento de salud.

- **SR Identificado (SRI):** Es el SR debidamente registrado en el libro de registro de SR.
- **SR Examinado (SREx):** Es el SRI en el que se ha obtenido al menos un resultado de baciloscopia de diagnóstico.
- **SR Examinado con baciloscopia positiva:** Es el SREx con resultado de baciloscopia positiva.
- **Bacilo alcohol ácido resistente (BAAR):** Son los microorganismos pertenecientes al género *Mycobacterium* se caracterizan por tener una pared celular completamente diferente a las restantes eubacterias.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Para la elaboración del presente informe de experiencia profesional se realizó la recolección de datos, utilizando la revisión documentaria de los informes mensuales y la base de datos del HIS Report, proporcionados por la oficina de estadística e informática, de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y control de Tuberculosis en el periodo de los años 2014 al 2016, correspondientes a la temática en estudio.

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

Autorización: hemos presentado una solicitud de autorización a la coordinadora de la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis, con el objetivo de tener acceso a los registros anteriores de la estrategia.

Recolección de Datos: Se elaboró un registro para recolectar los datos, que fueron obtenidos para un mayor análisis de la situación encontrada en el establecimiento.

Procesamiento de Datos: Para el procesamiento de los datos se utilizará el programa Microsoft Excel, Resultados y Análisis e interpretación de resultados.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

La experiencia como licenciada en enfermería se inicia en el año 2014 en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y control de la Tuberculosis realizadas en el Centro de Salud CLAS Auquimarca, al revisar los informes de los años anteriores se visualiza que la captación de sintomáticos respiratorio identificados no era la cantidad programada según norma técnica de salud N° 104-MINSA/DGSP-V.01, donde refiere que la cantidad adecuada es el 5 % de la cantidad de atenciones prestadas en el establecimiento de salud en mayores de 15 años, no se presentaron casos positivos reportados, teniendo en cuenta que en el año 2008 presento veintidós casos reportados, el cual nos da indicios que Auquimarca, tiene un bolsón de casos escondidos no identificados de casos de tuberculosis.

Al asumir la coordinación de la estrategia se realizó un diagnóstico de la situación de salud referente a la tuberculosis en la jurisdicción, una vez identificados los problemas sobre todo en la captación, se inicia a tomar estrategias para captar la mayor cantidad de sintomáticos respiratorios, para lo cual se realiza una capacitación con el personal de salud que labora en el establecimiento, asumiendo el compromiso

de identificar a los sintomáticos respiratorios para la toma de muestra, es donde nos ubicamos en el servicio de admisión donde es el ingreso de las personas que buscan una atención de salud, se le brinda la orientación y consejería sobre la tuberculosis, los síntomas que esta presenta y se le solicita la toma de la primera muestra de las diferentes estrategias, teniendo en cuenta la cantidad y la calidad de la muestra estipulado en la norma técnica de salud, además se les orienta la importancia de la recolección de la segunda muestra, para lo cual adicionalmente se le pide el número de teléfono o celular para poder realizar un seguimiento más estricto y recordarles sobre la segunda muestra, no perdiendo así la oportunidad de seguir realizando la atención integral.

Se llega a incrementar la captación de los sintomáticos respiratorios de manera indirecta, de los usuarios, que no necesariamente acudían al servicio de medicina por presentar tos por más de 15 días, si no por lo contrario se capta al usuario porque acudía a realizarse algún tipo de atención en los diferentes servicios (control pre natal, madre que trae a su hija (o) a su control de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, atención odontológica, etc.), a quienes después de brindarles educación sobre la tuberculosis, se logra identificar oportunamente los casos positivos, para que inicien lo más antes posible con el tratamiento y así cortar la cadena de transmisión y propagación de esta enfermedad.

3.3 PROCESOS REALIZADOS

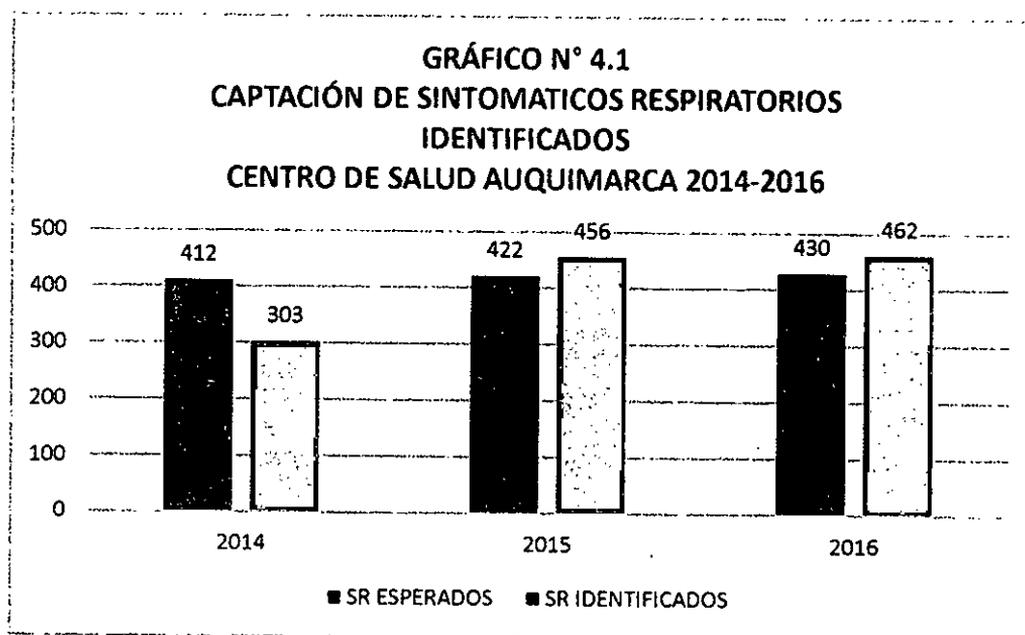
Los datos obtenidos en el presente informe fueron procesados en un sistema que nos permitiría obtener cuadros y gráficos estadísticos para un mejor análisis de la información, el programa utilizado será Microsoft Excel, al realizar los gráficos correspondientes se hará una comparación de los años 2014 al 2016, en la cual se evidenciara la mejora en la captación de los sintomáticos respiratorios y la detección de las personas que son afectadas por la tuberculosis para el inicio de tratamiento y así reducir la cadena de transmisión de esta enfermedad, demostrando así la intervención adecuada del profesional de enfermería para combatir esta enfermedad en la jurisdicción de Auquimarca.

IV. RESULTADO

TABLA N° 4.1
CAPTACIÓN DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS
IDENTIFICADOS
CENTRO DE SALUD AUQUIMARCA 2014-2016

AÑO	2014	2015	2016
SR Esperados	412	422	430
SR Identificados	303	456	462

Fuente: Oficina de Estadística e Informática.



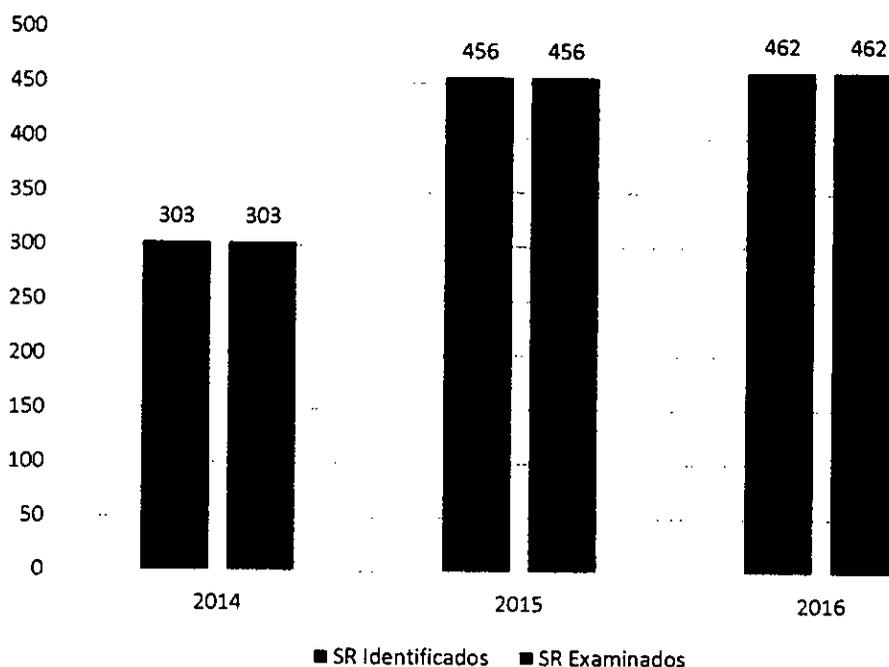
En el grafico N° 01 se puede observar que, en el año 2014, se tenía programado captar 412 sintomáticos respiratorios, pero solo se llegó a los 303 captados, en el 2015 se captó 34 sintomáticos respiratorios más de lo esperado y en el 2016, se captó 32 sintomáticos más de lo programado, existiendo un incremento una vez establecido las estrategias para la captación de sintomáticos respiratorios en el centro de salud de Auquimarca.

TABLA N° 4.2
SINTOMATICOS RESPIRATORIOS IDENTIFICADOS Y
EXAMINADOS
CENTRO DE SALUD AUQUIMARCA 2014 – 2016

AÑO	2014	2015	2016
SR Identificados	303	456	462
SR Examinados	303	456	462

Fuente: Oficina de Estadística e Informática.

GRÁFICO N° 4.2
SINTOMATICOS RESPIRATORIOS IDENTIFICADOS Y
EXAMINADOS
CENTRO DE SALUD AUQUIMARCA 2014 - 2016



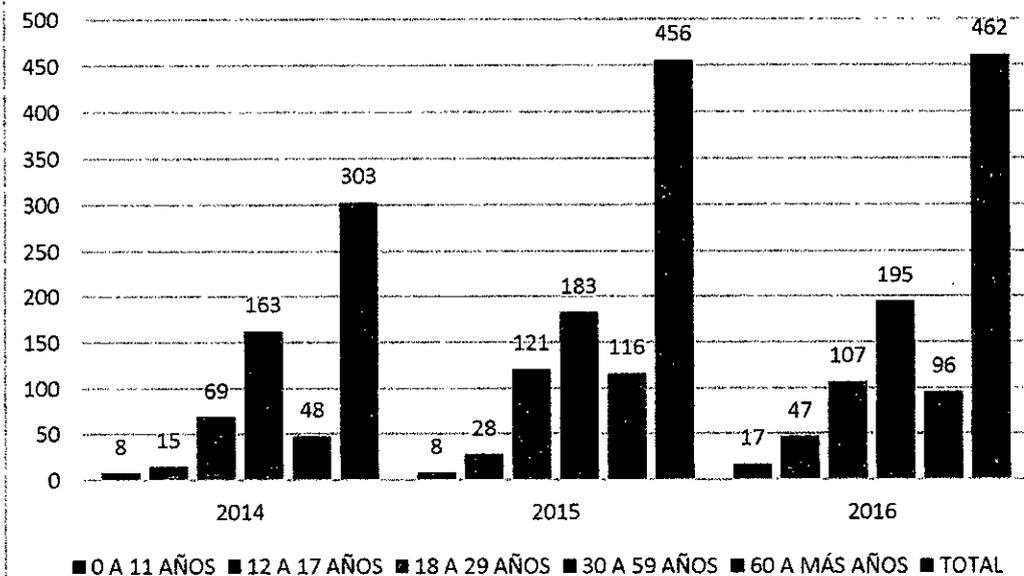
En el grafico N° 02 se puede observar que, en los años 2014, 2015 y 2016, de todos los sintomáticos respiratorios identificados, todos fueron examinados, a través de la recolección de la muestra para su análisis en el laboratorio. Siendo los últimos dos años donde se tiene una mayor cantidad de sintomáticos respiratorios identificados y examinados.

TABLA N° 4.3
SINTOMATICOS RESPIRATORIOS IDENTIFICADOS Y EXAMINADOS
SEGÚN EL GRUPO ETAREO
CENTRO DE SALUD AUQUIMARCA 2014 – 2016

AÑO	2014	2015	2016
0 A 11 AÑOS	8	8	17
12 A 17 AÑOS	15	28	47
18 A 29 AÑOS	69	121	107
30 A 59 AÑOS	163	183	195
60 A MAS AÑOS	48	116	96
TOTAL	303	456	462

Fuente: Oficina de Estadística e Informática.

GRÁFICO N° 4.3
SINTOMATICOS RESPIRATORIOS IDENTIFICADOS Y
EXAMINADOS
SEGÚN EL GRUPO ETAREO
CENTRO DE SALUD AUQUIMARCA 2014 - 2016



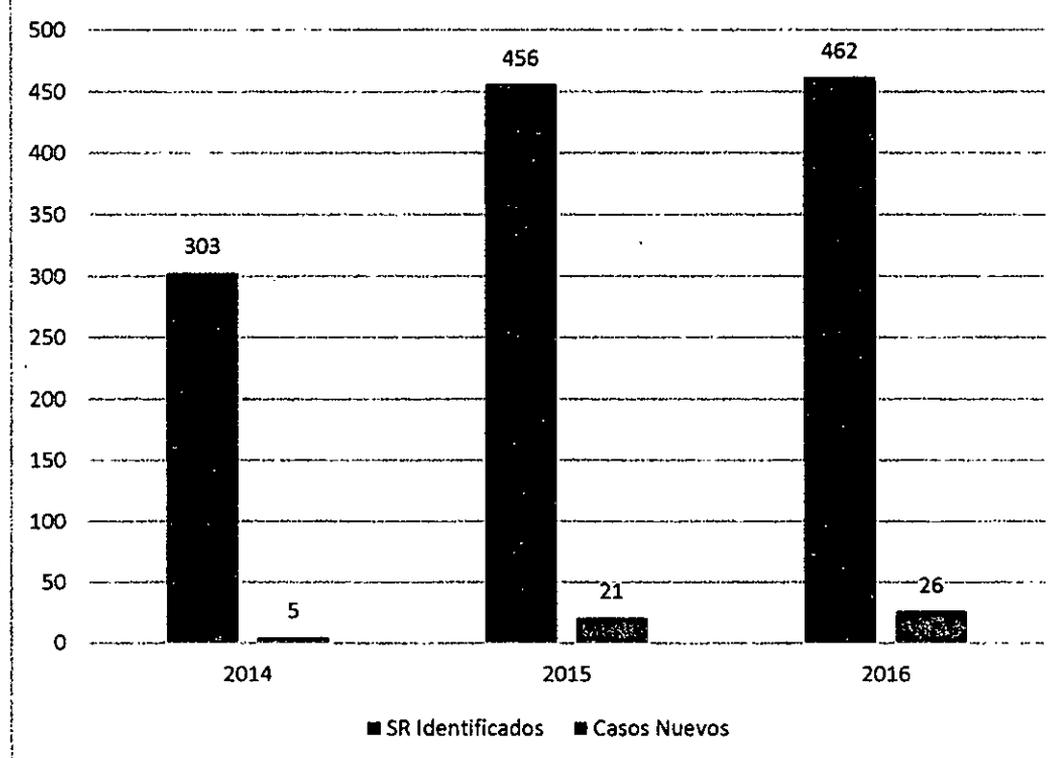
En el grafico N° 03 se puede observar que, en los años 2014, 2015 y 2016, la mayor cantidad de sintomáticos respiratorios captados y examinados corresponden al grupo etáreo de 30 a 59 años de edad y la menor cantidad en el grupo etáreo de 0 a 11 años de edad.

**TABLA N° 4.4
DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE CASOS NUEVOS DE
TUBERCULOSIS
CENTRO DE SALUD AUQUIMARCA 2014 – 2016**

Detección y diagnostico	2015	2016	2017
SR Identificados	303	456	462
Casos nuevos	5	21	26

Fuente: Oficina de Estadística e Informática.

**GRÁFICO N° 4.4
DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE CASOS NUEVOS DE
TUBERCULOSIS
CENTRO DE SALUD AUQUIMARCA 2014 - 2016**

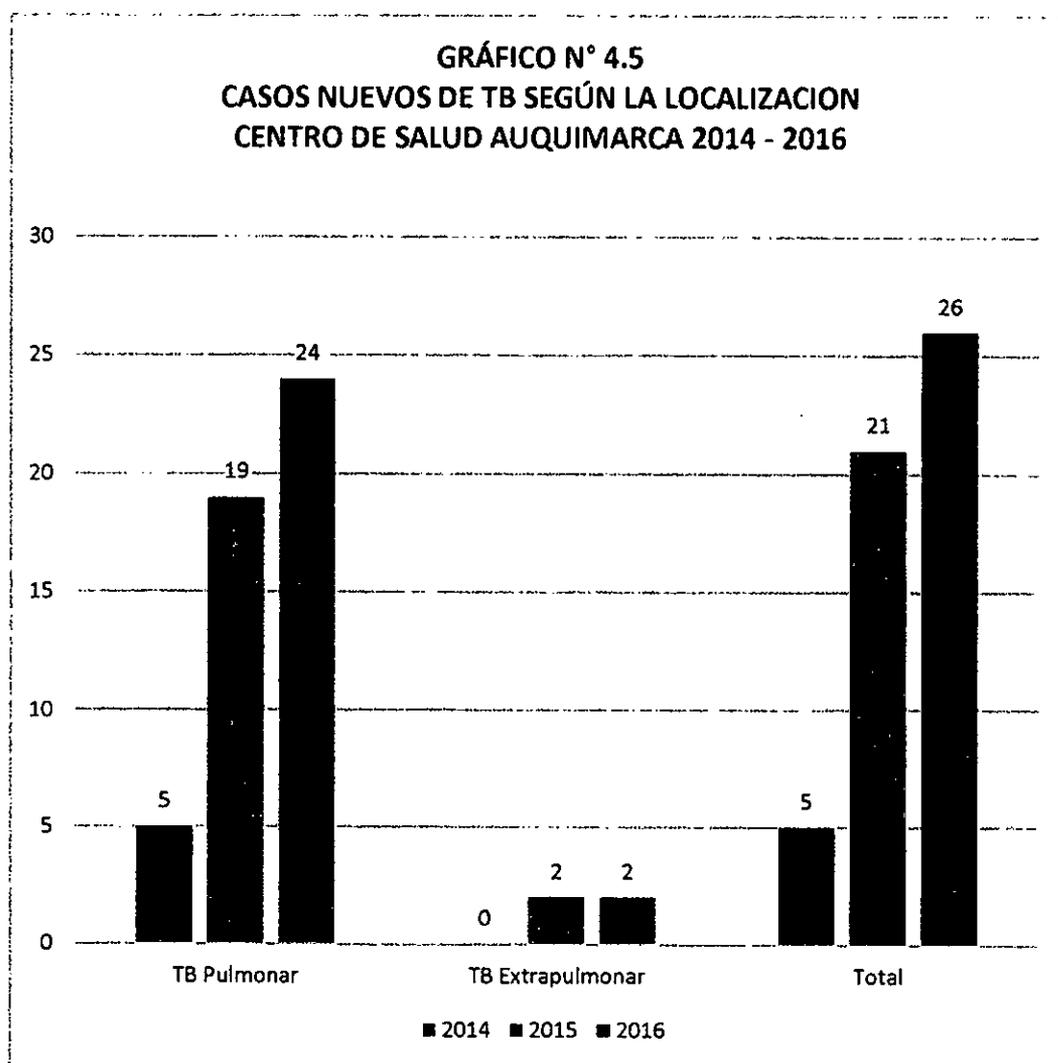


En el grafico N° 04 se puede observar que, en el año 2014, se identificó y examino 303 sintomáticos respiratorios, pero solo se detectaron 5 casos de tuberculosis, en el 2015, 456 sintomáticos respiratorios de los cuales 21 fueron casos nuevos y en el 2016, 462 sintomáticos respiratorios de los cuales se registraron 26 casos nuevos de personas afectadas por esta enfermedad.

TABLA N° 4.5
CASOS NUEVOS DE TB SEGÚN LA LOCALIZACION
CENTRO DE SALUD AUQUIMARCA 2014 – 2016

Casos nuevos	2014	2015	2016
TB Pulmonar	5	19	24
TB Extrapulmonar	0	2	2
Total	5	21	26

Fuente: Oficina de Estadística e Informática.

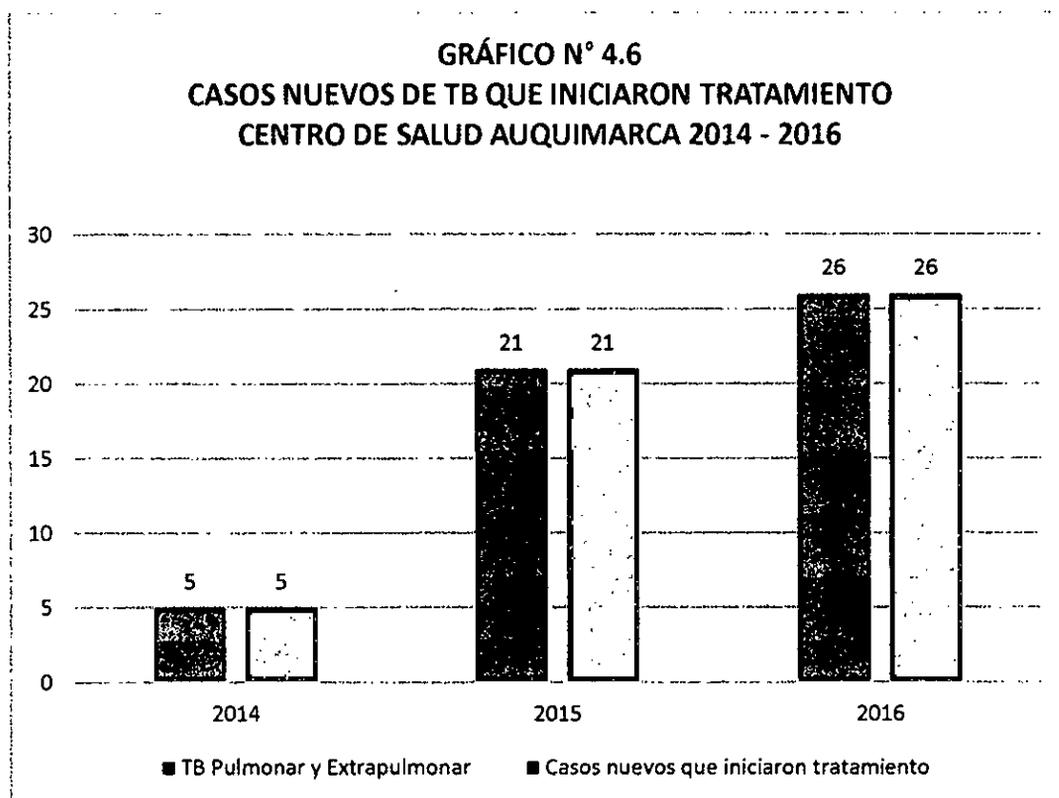


En el gráfico N° 05 se puede observar que, en el año 2014, de los casos nuevos identificados (5) todos fueron tuberculosis pulmonar, en el 2015 los casos de tuberculosis pulmonar fueron 19 y 2 fueron extrapulmonares, y en el 2016, 24 fueron tuberculosis pulmonar y 2 extrapulmonar, donde se captó 32 sintomáticos más de lo programado, e incrementando la identificación de casos nuevos con BK en el Centro de Salud de Auquimarca.

TABLA N° 4.6
CASOS NUEVOS DE TB QUE INICIARON TRATAMIENTO
CENTRO DE SALUD AUQUIMARCA 2014 – 2016

Casos nuevos	2015	2016	2017
TB Pulmonar Y Extrapulmonar	5	21	26
Casos nuevos que iniciaron tratamiento	5	21	26

Fuente: Oficina de Estadística e Informática.



En el gráfico N° 06 se puede observar que, en los años 2014, 2015 y 2016, todos los casos nuevos de tuberculosis tanto pulmonar como extrapulmonar iniciaron el tratamiento y así poder cortar la cadena de transmisión de esta enfermedad.

V. CONCLUSIONES

- a) La elaboración de un diagnóstico de la situación de salud (ASIS) referente a la tuberculosis, permitió identificar los problemas de captación de sintomáticos respiratorios y así poder elaborar alternativas de solución a este problema que aqueja a la sociedad.
- b) El trabajo en equipo se convierte en una herramienta fundamental para el profesional de enfermería y el equipo de salud, para así poder obtener mayor captación de sintomáticos respiratorios y poder cortar la cadena de transmisión de la tuberculosis.
- c) La identificación oportuna de personas afectadas por la tuberculosis permite el inicio temprano del tratamiento, previniendo complicaciones y el contagio.

VI. RECOMENDACIONES

- a) El personal de enfermería, al asumir un cargo en cualquier establecimiento de salud del primer nivel de atención debe elaborar un diagnóstico de la situación de salud encontrada, para así conocer sus fortalezas, oportunidades, amenazas y debilidades, para poder asumir con el conocimiento de que alternativas debe plantear para mejorar la salud de la población.
- b) Promover la participación e identificación activa del equipo de salud con el que cuenta un establecimiento y poder tener una visión compartida, con el único fin de mejorar la salud de la población.
- c) El uso de herramientas que el personal de enfermería debe tomar en cuenta deben ser las más adecuadas para poder disminuir el riesgo de la propagación de la tuberculosis, a través de un incremento de la captación de sintomáticos respiratorios que puedan iniciar el tratamiento lo más pronto posible y evitar complicaciones posteriores.

I. REFERENCIALES

1. **Organización mundial de la salud (OMS)**, 1948. Definición de salud de la OMS: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
2. **OMS** (2016). Informe Mundial sobre la Tuberculosis 2016: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2016_executive_summary_es.pdf?ua=1
3. **Organización panamericana de la salud (OPS)**, 2016. Situación de la Tuberculosis en las Américas 2016: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=38626&lang=es
4. **Organización de las Naciones Unidas (ONU)** - 2016). Recuperado el 28 de Marzo de 2017, de Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible - Una oportunidad para América Latina y el Caribe: <http://www.sela.org/media/2262361/agenda-2030-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.pdf>
5. **Ministerio de Salud (MINSA)**-2006, Documento Técnico “Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú”
6. **Ministerio de Salud (MINSA)**-2013 Norma Técnica De Salud Para La Atención Integral De Las Personas Afectadas Por Tuberculosis.
7. **Centro Cochrane Iberoamericano** – 2009: Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y

la Prevención de la Tuberculosis., Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Tuberculosis.

8. **Mendoza-Ticona A, Moore DAJ, Alarcón V, Samalvides F, Seas.** Propuesta de esquemas de tratamiento antituberculosis basados en la susceptibilidad a isoniacida y rifampicina. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013; 30:197-204.
9. **MINSA.** Actualización del subnumeral 7. Tratamiento de la tuberculosis, aprobado por RM N° 579- 2010/MINSA, Lima 2010.
10. **Universidad de Caldas Colombia** – 2010, Revista Hacia la Promoción de la Salud “La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables”
11. **Daza Arana JE, Cubides Munevar AM, Lozada Ramos H.** Prevalencia de sintomáticos respiratorios y factores relacionados en dos territorios vulnerables de Santiago de Cali. Hacia promoci. salud. 2016; 21(1): 63-76. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.5
12. **Izaguirre Ravines, F. V.** (2017). Recuperado el 29 de Mayo de 2017, de Factores de riesgo para tuberculosis multidrogoresistente en pacientes de la ESN-PCT de una micro red de Lima. 2016: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5887/1/Izaguirre_rf.pdf

- 13. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)-Modulo 2: Detección y registro de casos de tuberculosis - Edición 2011.**
- 14. Ampuero Puris, G. (2017).** Recuperado el 21 de Mayo de 2017, de Factores asociados a recaídas por tuberculosis en el Hospital Nacional Sergio E. Bernalles 2016:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/6128/1/Ampuero_pg.pdf
- 15. Aristízabal Hoyos, G. P., & Blanco Rojas, D. M. (2011).** Recuperado el 19 de Noviembre de 2014, de El modelo de promoción de la salud de Nola Pender.:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>
- 16. Epidemiologia, M. d.-D. (2015).** Recuperado el 23 de Marzo de 2017, de Analisis de la Situación Epidemiologica de la Tuberculosis en el Perú:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3446.pdf>
- 17. Giraldo Osorio, A., Toro Rosero, M. Y., Macias Ladino, A. M., Valencia Garcés, C., & Palacio Rodríguez, S. (2010).** Recuperado el 19 de Noviembre de 2014, de La Promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables:
[http://promocionsalud.ucaaldas.edu.co/downloads/REVISTAS15\(1\)_9.pdf](http://promocionsalud.ucaaldas.edu.co/downloads/REVISTAS15(1)_9.pdf)

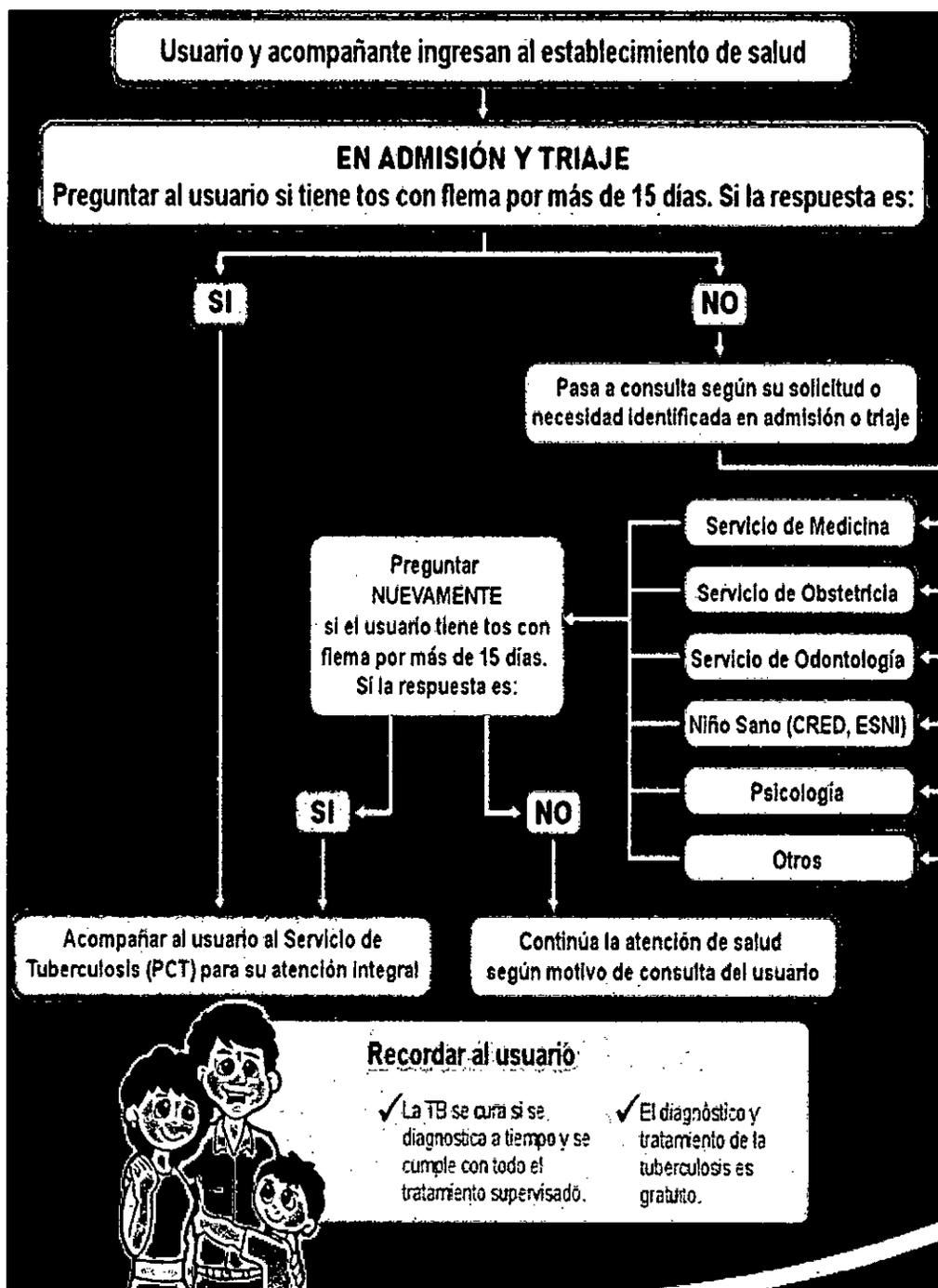
18. Ministerio de Sanidad, (2010). Recuperado el 24 de Febrero de 2017, de Guia de practica clinica sobre el diagnostico, el tratamiento y la prevencion de la Tuberculosis: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_473_Tuberculosis_AIAQS_compl.pdf

19. Organización de las naciones unidas (ONU) 2016. Recuperado el 28 de Marzo de 2017, de Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible - Una oportunidad para América Latina y el Caribe: <http://www.sela.org/media/2262361/agenda-2030-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.pdf>

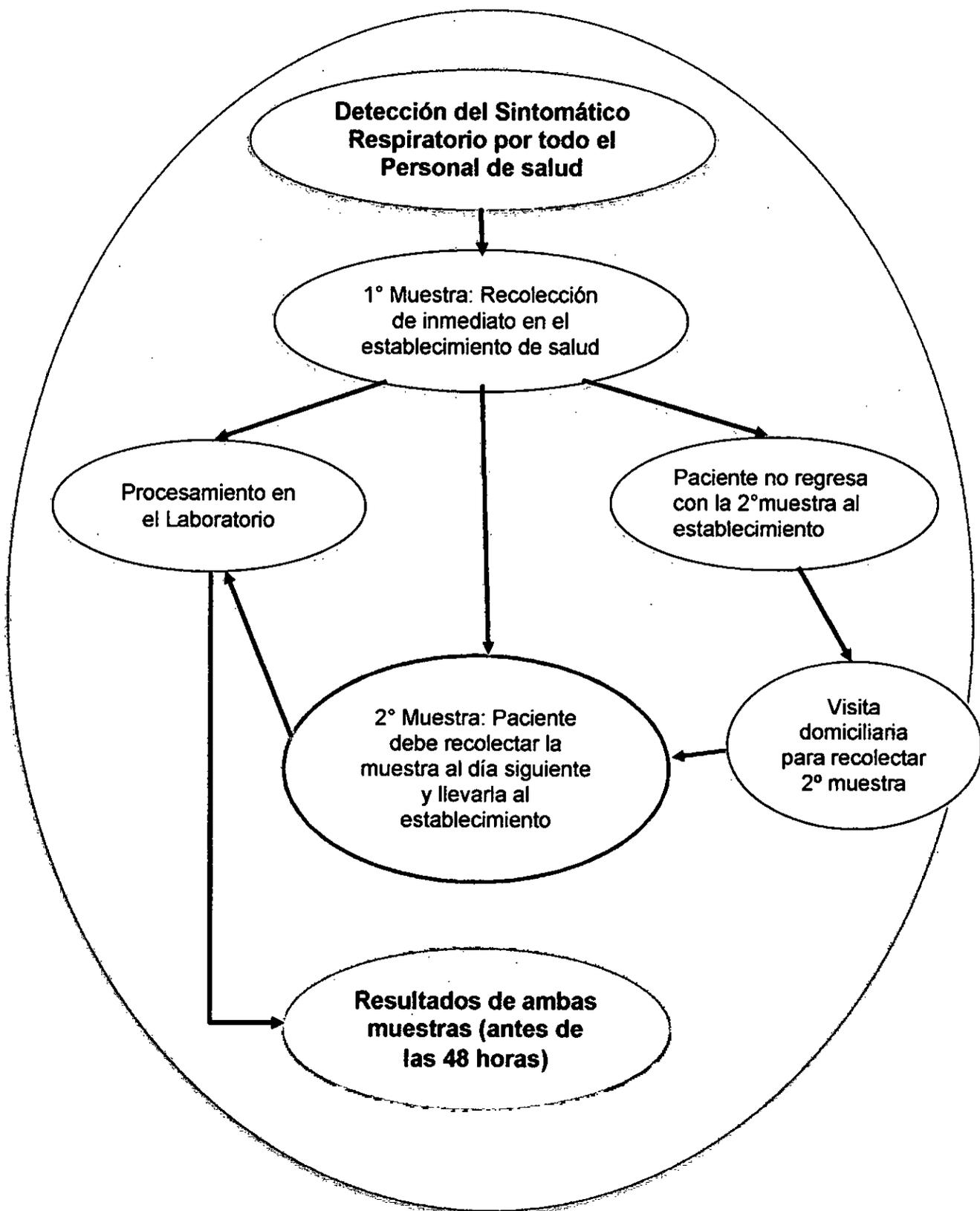
ANEXOS

Anexo N° 01.

Flujograma de Identificación del sintomático respiratorio en los establecimientos de salud



Anexo N° 02.
Flujograma de Identificación del sintomático respiratorio y recolección de la muestra.

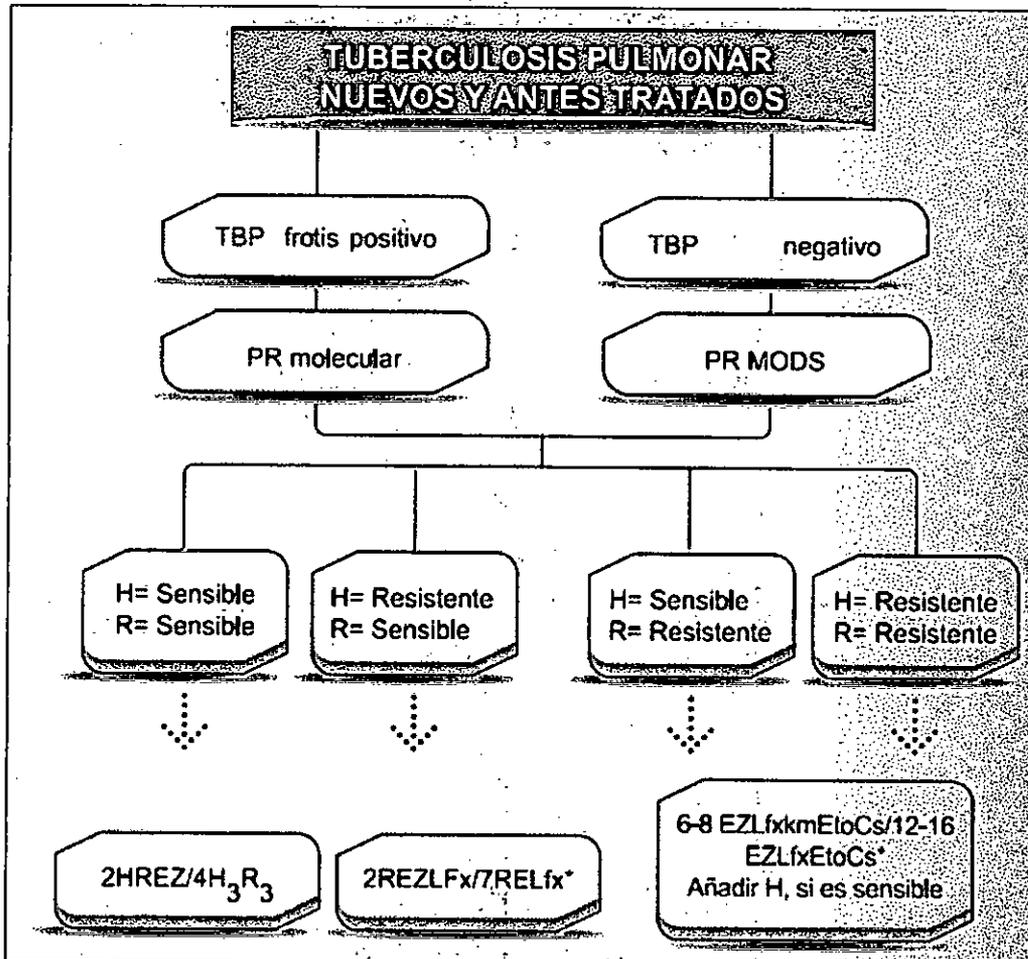


Anexo N° 03.
Informe de resultados de baciloscopia de esputo

RESULTADOS DEL EXAMEN MICROSCÓPICO	INFORME DE RESULTADOS DE BACILOSCOPIA
No se observan bacilos ácido alcohol resistente (BAAR) en 100 campos observados	Negativo (-)
Se observan de 1 a 9 BAAR en 100 campos observados (paucibacilar)*	Número exacto de bacilos en 100 campos
Menos de 1 BAAR promedio por campo en 100 campos observados (10-99 bacilos en 100 campos)	Positivo (+)
De 1 a 10 BAAR promedio por campo en 50 campos observados	Positivo (++)
Más de 10 BAAR promedio por campo en 20 campos observados.	Positivo (+++)
* Si se observa de 1 a 9 BAAR en 100 campos microscópicos, leer otros 100 campos microscópicos. Si persiste el resultado se anotará el hallazgo en el registro y la muestra se enviará para cultivo.	

Fuente: NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS

Anexo N° 04
Flujograma de decisiones terapéuticas

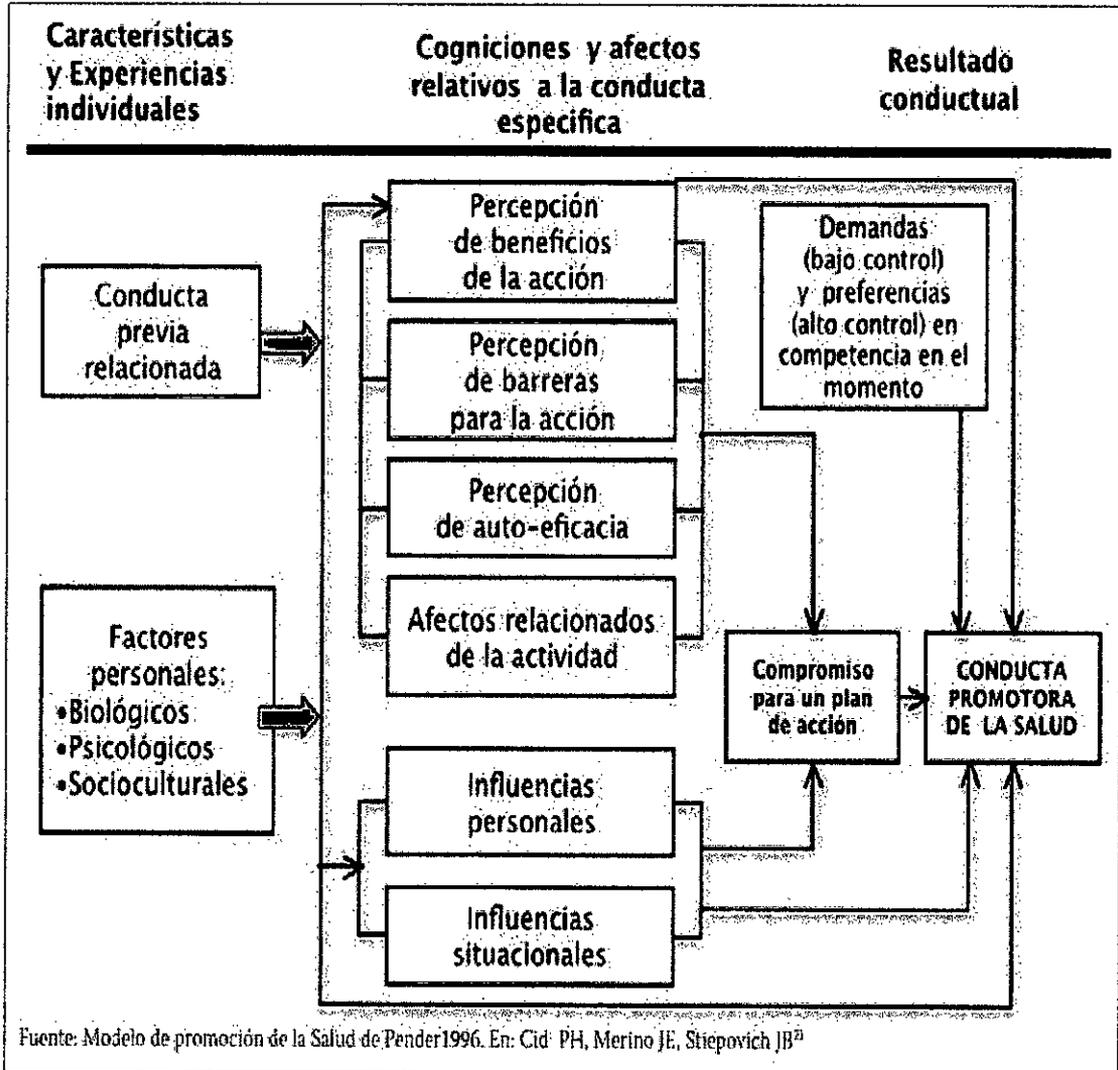


TBP: tuberculosis pulmonar, PR: Prueba rápida, H: isoniacida, R: rifampicina, E: etambutol, Z: pirazinamida, Lfx: levofloxacino, Km: kanamicina, Eto: etoniamida, Cs: cicloserina.

*Estos esquemas deben ajustarse a los resultados de la PS Convencional.

Anexo N° 05

Esquema del modelo de la promoción de la salud de Nola Pender



Anexo N° 06

Fotografías

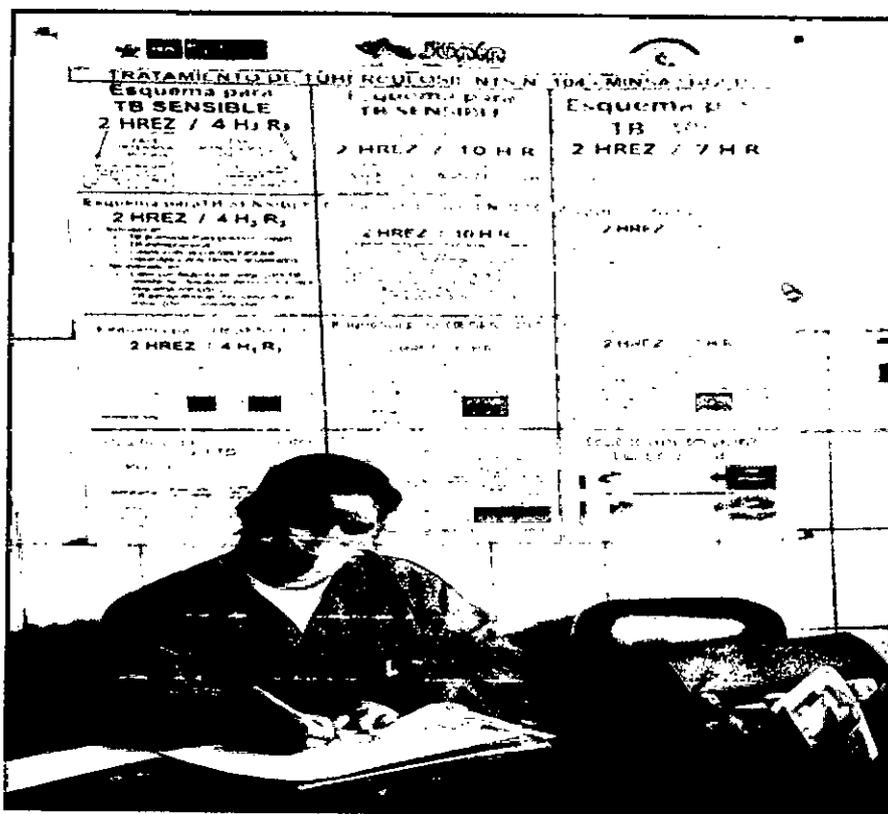


Administración de tratamiento directamente supervisado en boca.





Administración de tratamiento directamente supervisado en boca.



Rellenado de la tarjeta de control de tratamiento



Recolección y traslado de las muestras a laboratorio





Almacenamiento de las muestras recolectadas.

