



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR
SEDE ESMERALDAS**



ESCUELA DE ENFERMERÍA

TEMA:

LA POSTCONSULTA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CONTROL DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN LOS SUBCENTROS DEL ÁREA DE SALUD N° 1 DEL CANTÓN ESMERALDAS, EN EL PRIMERO Y SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2012.

TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

AUTORA:

PLAZA ESPINOZA CANDY KATHERINE

DIRECTORA DE TESIS

LCDA. MAIRA MONTAÑO

ESMERALDAS - ECUADOR

2012

HOJA DE DISERTACIÓN PUCESE

TRABAJO DE TESIS, APROBADO LUEGO DE HABER DADO CUMPLIMIENTO A LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN EL REGLAMENTO DE GRADO DE LA PUCESE, PREVIO A OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

LECTOR (A) 1

LECTOR (A) 2

DIRECTOR (A) DE TESIS

DIRECTOR (A) DE ESCUELA

ESMERALDAS / 2012

AUTORÍA

Yo, Candy Katherine Plaza Espinoza, certifico solemnemente que la presente investigación que realicé previa a obtener el título de Licenciada En Enfermería, en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas, los conceptos, ideas, expresiones, comentarios, resultados, conclusiones y recomendaciones, son de mi completa autoría, auxiliándome en su construcción de la bibliografía detallada al final del documento, los mismos que me han permitido generar mis propias teorías, opiniones y análisis sobre el problema planteado, por lo tanto me responsabilizo de los pronunciamientos y enunciados expuestos en la misma.

CANDY KATHERINE PLAZA ESPINOZA

CI: 0802412411

DEDICATORIA

De una manera especial les dedico con amor a mis PADRES Milton Aurelio Plaza Cagua y Ana Piedad Espinoza Jurado, por haberme dado la vida y lo mejor de ellos, por su gran apoyo, confianza y entusiasmo que depositaron en mí para culminar mi carrera y alegrarse por mis triunfos para ser útil a la sociedad y a la patria.

A mis hermanos: Diana, Leonardo y Emily quienes me motivan siempre y han estado presente en cada momento y han sido mi fuente de inspiración para cumplir con mi meta.

A mi hija Chelsea Renata Pilataxi Plaza quien ha sido el regalo más estupendo, mi bendición de Dios quien ilumina mi vida con su presencia, y es mi gran motivación para cumplir con todos mis sueños.

A los docentes de la PUCESE que sin duda alguna ellos fueron un pilar importante para mi formación profesional e hicieron posible la culminación de una etapa importante en mi vida estudiantil.

AGRADECIMIENTO

Al presentar mi tesis quiero agradecer con profundo amor a mi padre celestial mi creador, y redentor, mi amparo y fortaleza, por permitirme llegar hasta aquí.

A todas las personas que en forma directa o indirecta han apoyado el trabajo que hoy culmina el cual es una parte importante de mi vida y el comienzo de otras etapas.

Agradezco infinitamente a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas por darme la oportunidad de formarme como profesional en esta prestigiosa institución por contar con docentes eficaces quienes han sabido transmitir sus conocimientos y sabios consejos.

Agradezco a mi asesora de tesis, Lcda. Maira Montaña quien con mucho cariño, paciencia y comprensión supo transmitir sus conocimientos y guiarme en la elaboración y culminación de mi proyecto.

Agradezco considerablemente, Directora de la Escuela de Enfermería de la PUCESE, Lcda. María Teresa Torres Rodríguez, por su enorme entrega de conocimientos y sabios consejos durante todo el proceso de mi formación académica, indispensables para mi vida profesional y sin duda alguna los pondré en práctica.

Agradezco a mi País por que espera lo mejor de mí.

ÍNDICE

PRELIMINARES

- Hoja Del Tribunal.....	II
- Autoría.....	III
- Dedicatoria.....	IV
- Agradecimiento.....	V
- Índice.....	VI - VII
- Resumen.....	VIII
- Abstract.....	IX

CAPÍTULO I

1.1 Introducción.....	1
1.2 Planteamiento del Problema.....	3
1.3 Árbol Del Problema.....	7
1.4 Justificación.....	8
1.5 Objetivos.....	9
1.6 Delimitaciones.....	10

CAPÍTULO II

2. ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO.....	11
2.1 Breve recuerdo histórico de la tuberculosis.....	12
2.2 Tuberculosis.....	13
2.3 Atención y Seguimiento de Enfermería Paciente con Tuberculosis	
2.3.1 Objetivos.....	14
2.3.2 Actividades principales.....	14
2.3.3 Responsabilidades de la enfermera.....	14
2.3.4 Organización de la detección de casos.....	15
2.3.5 Organización Del diagnóstico.....	17
2.3.6 Organización del tratamiento.....	18
2.3.7 Uso del tarjetero.....	20
2.3.8 Entrevista.....	21
2.3.9 Visita domiciliaria.....	22
2.3.10 Consejería para el paciente con TB.....	23
Adherencia al tratamiento.....	27
2.4 Pruebas de laboratorio para el diagnóstico de la Tuberculosis	
2.4.1 La Muestra.....	31
2.4.1.1 Toma de muestras.....	32
2.4.1.2 Características de la muestra.....	32

2.4.1.3	Tipo de muestra.....	33
2.4.1.4	Conservación y transporte de la muestra.....	33
2.4.2	Informe de los resultados.....	34
2.5	Tratamiento de la Tuberculosis	
2.5.1	Generalidades.....	35
2.5.2	Consideraciones especiales.....	36
2.5.3	Objetivos del tratamiento antituberculoso.....	37
2.5.4	Esquema del tratamiento anti TB.....	38
2.5.5	Tratamiento de TB infantil.....	45
2.5.6	Recomendación en casos especiales.....	45
2.5.7	Reacciones Adversas A Los Medicamentos (RAM).....	48
2.5.8	Resistencia A Medicamentos.....	52
2.5.9	Vigilancia de la respuesta al tratamiento.....	53
2.5.10	Registro del resultado del tratamiento.....	54
2.5.11	Como adecuar el tratamiento directamente observado a las necesidades del paciente.....	55
2.5.12	Cómo y cuándo administrar el tratamiento directamente observado.....	56
2.6	Aspectos preventivos de la Tuberculosis	
2.6.1	Vacunación BCG.....	58
2.6.2	Control de contactos.....	59
2.6.3	Terapia preventiva con isoniacida.....	60
2.6.4	Prueba de tuberculina.....	61
2.7	Control De Infecciones y Bioseguridad	
2.7.1	Definición.....	63
2.7.2	Objetivos.....	64
2.7.3	Estrategias.....	64
2.7.4	Rol del PCT provincial.....	64
2.7.5	Medidas de control administrativo.....	65
2.7.6	Medidas de control ambiental.....	66
2.7.7	Medidas de protección personal.....	67
2.7.8	Bioseguridad en el laboratorio.....	68
2.8	Área de Salud N° 1	
2.8.1	Antecedentes Históricos Del Área N° 1.....	69
2.8.2	Introducción Área de Salud N° 1.....	70
2.8.3	Misión y Visión.....	71
2.8.4	Objetivos del Área N° 1.....	72
2.8.5	Programa de control de la tuberculosis del Área N° 1.....	73

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA	
3.1 Tipo de estudio.....	76
3.2 Tipo de Investigación.....	76
3.4 Tipo de Diseño.....	77
3.5 Área de Estudio.....	77
3.6 Población.....	77
3.7 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	78
3.9 Procedimiento.....	78
3.10 Análisis de datos.....	79
3.11 Variables.....	79
3.12 Presupuesto.....	80
3.13 Cronograma.....	81

CAPÍTULO IV

- RESULTADOS	79
- DISCUSIÓN.....	104
- CONCLUSIONES.....	109
- RECOMENDACIONES.....	111
- PLAN DE ACCIÓN.....	113

ANEXOS

- Encuestas.....	117 - 118
- Guía de observación.....	119
- Operacionalización de variables.....	120

BIBLIOGRAFÍA.....	127 - 131
--------------------------	------------------

RESUMEN

Objetivo. Establecer la efectividad de la Postconsulta en la adherencia al tratamiento y control de los pacientes con tuberculosis para aplicar acciones que disminuyan la incidencia y recaídas de casos en los Subcentros del Área N°1 del Cantón Esmeraldas en el primero y segundo trimestre del año 2012.

Material y Métodos. El Estudio utilizado fue Descriptivo y Analítico, el Tipo de Investigación fue Cuantitativos Y Cualitativos, Tipo de Diseño fue Transversal; se obtuvo la investigación de 14 personales de enfermería y de 45 pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en los Subcentros del Área N°1

Resultados. Lo que resalta del estudio es el 80% de incidencia y el 20% de prevalencia de pacientes afectados por la tuberculosis, el género masculino es más afectado; predomina la edad económicamente productiva en ambos géneros de 15 a 45 años, por lo general son solteros/as, o de unión libre; pertenece a estratos sociales bajos, en su mayoría están desempleados, son amas de casa o tienen trabajo informal, son de escasos recursos económicos y su educación no es la mejor, en algunos casos falta el apoyo familiar, todos los pacientes manifestaron que recibieron sesiones educativas y se sienten satisfechos con la atención brindada por el personal de enfermería.

Conclusiones: Se determinó que la Postconsulta tiene efectividad e importancia para el personal de enfermería quienes reconocen que este es un proceso de colaboración mediante el cual vigilan, brindan atención, promocionan la salud, previenen la enfermedad, educando al paciente/familia o contactos, para que alcance los objetivos terapéuticos previstos. También contribuyen con estrategias para que las personas se hagan responsables de su propio cuidado.

Palabras claves: la tuberculosis; adherencia al tratamiento; actitudes y práctica de enfermería; relaciones enfermera-pacientes; satisfacción del paciente al tratamiento de la TB.

ABSTRACT

Objective. To establish the effectiveness of the Postconsulta in adherence and control of TB patients to implement actions that reduce the incidence and relapse cases Subcentres Area No. 1 of Esmeraldas in the first and second quarter of 2012.

Material and Methods. The study was descriptive and analytical use, the type of research was quantitative and qualitative design was cross-sectional type, was obtained personal research of 14 nursing and 45 TB patients receiving treatment in the subcenters Área No. 1

Results. What stands in the study is 80% incidence and 20% prevalence of patients with tuberculosis, the masculine gender is most affected; dominated economically productive age in both genders aged 15 to 45 years, usually are single / as, or cohabiting; belonging to lower classes, mostly unemployed, are housewives or have informal labor are low income and education is not the best, in some cases lack family support, all patients reported receiving educational sessions and are satisfied with the care provided by the nursing staff.

Conclusions: We have found that the effectiveness and importance Postconsulta for nurses who recognize that this is a collaborative process whereby monitoring, provide care, promote health, prevent disease, educating the patient / family or contacts, for it reaches the intended therapeutic targets. Also contribute to strategies that people take responsibility for their own care.

Key Words: tuberculosis; adherence to treatment; attitudes and practice of nursing; relations nurse-patients; satisfaction of the patient to the treatment of TB.

1.1 INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa producida por bacterias denominadas *Mycobacterium tuberculosis* (Bacilo de Koch). Es más frecuente en lugares húmedos, fríos, en zonas pantanosas, donde se den corrientes de aire, espacios cerrados y mal ventilados de dormitorios comunes (presos y soldados). Otro de los factores que afecta es la respiración de aire saturado de polvo, gases y humo.

Es adquirida de manera común por la inhalación de los bacilos eliminados por individuos enfermos al toser, hablar o estornudar, el foco primario es el pulmón donde se disemina a diversos sistemas del organismo, con diversas manifestaciones clínicas, de ahí la importancia de la atención del padecimiento pulmonar.

La tuberculosis pulmonar (TB) es una infección crónica de orden mundial, se considera que un tercio de la población está infectado por M Tuberculosis, por lo que representa un problema de salud pública, ante todo para muchos países en vía de desarrollo y el riesgo de infección tuberculosa es de 20 a 50 veces más elevado que en los países desarrollados.

La tendencia de la infección en algunos de estos países disminuye en forma moderada y en otros permanece igual, y en zonas de gran prevalencia, la tuberculosis se observa con la misma frecuencia en el medio rural y urbano. En países donde es endémica la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la tuberculosis es habitualmente la causa más importante de morbilidad y mortalidad en los pacientes con SIDA.

Aún en el caso que se disponga de una adecuada red de diagnóstico de la enfermedad, de tratamiento y seguimiento de los casos, existen otros factores que determinan la propagación de enfermedad como las condiciones ambientales, sociales, sanitarias e individuales que son factores predisponentes de la tuberculosis.

Responder a los objetivos de desarrollo del milenio que plantean la necesidad de frenar el crecimiento en la incidencia de la enfermedad e incluso mostrar descensos sostenidos antes de 2015, como resultado de los avances esperados en la eliminación de la pobreza extrema y reducción a la mitad de las tasas de prevalencia de la enfermedad, es un reto máximo en el que se compromete la acción no solo de todos los profesionales de la salud, sino de los profesionales de las áreas sociales y económicas.

A pesar de que el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado lograría la curación en la mayoría de los pacientes, con la consiguiente disminución de las fuentes de infección y el riesgo de contraer la enfermedad en la población.

Enfermería tiene una tarea importante en la recuperación de los pacientes con TB; el cuidado de enfermería es el soporte que les facilita desarrollar las capacidades de autocuidado que les permita incrementar la adherencia al tratamiento, tomar mejores decisiones y fortalecer sus capacidades de afrontamiento ante el reto que representa la enfermedad. Se requerirá siempre de trabajo interdisciplinario para la atención específica de esta enfermedad marcada con un alto carácter social.

Debido a algunos problemas de funcionamiento del sistema de salud en el manejo de la enfermedad, como la falta de detección de los casos existentes, los abandonos del tratamiento y más recientemente la aparición de resistencia a los fármacos antituberculosos tradicionales, la tuberculosis constituye todavía un grave problema de Salud Pública al cual no es ajeno en los Subcentros de salud y su personal, por el daño que provoca, principalmente, como causa de enfermedad y, en menor medida, también como causa de mortalidad. La creciente carga epidemiológica tanto de la TB sensible como la MDR hace necesario establecer la efectividad de la postconsulta.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Enfermería juega un rol protagónico en la adherencia al tratamiento y el control de la tuberculosis planteando intervenciones integrales en diferentes esferas del individuo, familia y sociedad, la tuberculosis es la segunda causa mundial de mortalidad, después del sida. Es la causa principal de muerte de personas infectadas por el VIH, causa una cuarta parte de las defunciones en este grupo.

Las personas infectadas simultáneamente por el VIH y el bacilo tuberculoso son letales, la una acelera la evolución de la otra. La susceptibilidad es mayor en personas mal nutridas, pacientes sometidos a tratamientos con inmunosupresores o con enfermedades inmunosupresoras como el SIDA, las neoplasias, la diabetes mellitus.

La tuberculosis multiresistente se ha encontrado en casi todos los países. El origen de esta forma de la enfermedad está en el tratamiento incorrecto, la forma inapropiada de tomar estos medicamentos, o el empleo de medicamentos de mala calidad, puede causar farmacorresistencia.

La tuberculosis es una enfermedad que despierta un fuerte perjuicio o estigma social por eso en muchos entornos sociales se trata de ocultar la enfermedad, lo cual evaden el diagnóstico y el tratamiento. Sin tratamiento la mitad de los pacientes mueren en menos de 5 años, aunque la mayoría de ellos mueren en menos de 18 años.

En el año 2010, 8,8 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,4 millones murieron por esta causa, aproximadamente medio millón de niños (de 0 a 14 años) enfermaron de tuberculosis, y una media de 64 000 (entre 58 000 y 71 000) murieron, porque en ellos es particularmente difícil diagnosticar esta enfermedad. Casi un 25% de las muertes de las personas infectadas por el VIH son causadas por la tuberculosis y 350 000 personas murieron a causa de la tuberculosis asociada con la infección por el VIH. También se registraron unos 650 000 casos de tuberculosis Farmacorresistente en el mundo. Se calcula que un 9% de estos eran de tuberculosis ultrarresistente.

Cada año se registran aproximadamente 440 000 casos de tuberculosis Farmacorresistente y unas 150 000 muertes por esta causa.¹

En el año 2010, Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), veintidós países, soportan el 80% de la carga mundial de la tuberculosis. Las defunciones por tuberculosis representan el 25% de toda mortalidad evitable en los países en desarrollo donde se registra 95% de los casos y el 98% de los fallecimientos causados por esta enfermedad, del total de casos de tuberculosis notificados en el mundo, la India y China sumaron el 40% y África el 24%, los hechos y cifras indican tres millones de muertes por año, cada año aparecen cuatro o cinco millones de casos nuevos graves y altamente contagiosos de tuberculosis respiratoria, más de un número igual de casos nuevos de formas menos severas o menos contagiosas. El 75% de los casos se sitúa en el grupo de edad económicamente productiva (15-50 años), una de cada 10 personas contraerá tuberculosis activa en algún momento de su vida.²

En la actualidad la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha manifestado que este fenómeno se debe a la crisis económica por la que atraviesan estos países, que pueden concretarse en lo que constituye el nivel de vida, su nutrición, estructura de la vivienda y condiciones higiénicas, a la pérdida de prioridad de los Programas Nacionales de Control de la Enfermedad, al incremento acelerado del SIDA y a la aparición de cepas resistentes al tratamiento convencional, esta situación ha hecho fracasar los ya deficitarios servicios de salud, contribuyendo a un grave déficit de camas hospitalarias, medicamentos y personal.

En el año 2010, en las Américas la carga de la tuberculosis de todas las formas, el Número estimados de casos fue de 270.000, y el Número estimado de muertes es de 20.000. La carga TB asociada al VIH fue de 24.000 casos y el Número estimado de muertes es de 4.600. La carga Tuberculosis Multidrogorresistente (B-MDR), el número estimado de casos fue de 8.200. Pese a ser una enfermedad 100 % curable y prevenible, cada año se registran en Latinoamérica 220 mil nuevos casos y 50 mil fallecimientos. La Organización Panamericana de la salud (OPS) ha declarado a la TB como prioridad sanitaria en las Américas.

¹ Centro de prensa, OMS, "Alto a la Tuberculosis", Nota descriptiva N° 104, Marzo de 2012, thomasg@who.int

² Control mundial de la tuberculosis - Informe OMS 2011

La verdadera extensión de la epidemia de tuberculosis en Ecuador, su control y registro de casos tiene grandes variaciones según regiones y provincias. En el país cerca de 4.000 casos nuevos de tuberculosis se presentan anualmente. La mitad de casos se registran en Guayas, pero le siguen El Oro, Los Ríos, Manabí y Esmeraldas son las provincias más afectadas.³

El Gobierno, a través de Programa Nacional contra la Tuberculosis, trabaja por disminuir la tasa de la enfermedad y evitar que el paciente abandone el tratamiento, que en ocasiones puede durar hasta dos años.

En el Instituto de Higiene se reciben a diario alrededor de 40 muestras para confirmar o descartar el contagio. En el 2011 en el país se realizaron 264.426 exámenes, de los cuales 5.952 resultaron positivos. En el 2010 hubo 4.940 casos confirmados por laboratorio. Es decir, se registró un crecimiento del 20,48% de afectados.

En el año 2010, se registró en Ecuador un promedio de 400 nuevos casos de tuberculosis multiresistente. Este tipo de tuberculosis, no responde a los tratamientos convencionales, con reacciones adversas a medicamentos graves y hospitalización de 4 a 6 meses.⁴

El problema más grave que tiene el país para combatir esta enfermedad es la tuberculosis resistente, que se originó porque antes los pacientes acudían directamente a las farmacias en lugar de acceder a un tratamiento y seguimiento médico adecuados, lo que permitió que la bacteria se volviera invulnerable a algunos medicamentos. También hay casos de personas que en los primeros meses del tratamiento se sienten bien y abandonan la medicación. En el 2011 hubo 144 pacientes con tuberculosis resistente, de los cuales 26 interrumpieron el proceso”.⁵

Un 95% de las personas con TB-MDR que se someten al tratamiento se curan; Para quienes padecen la enfermedad hay un bono mensual de USD 240 del Ministerio de Salud, que lleva adelante un proyecto de control de la tuberculosis en el Ecuador.

³La hora Noticias Esmeraldas, Miércoles, 24 de Marzo de 2012

⁴ Por ANDES/@madalgo2000 “Ecuador fortalece medidas en la lucha contra la tuberculosis”, 9 Feb. 2012.

⁵SEL UNIVERSO, “Hay un 20,48% más de casos de pacientes con tuberculosis en Ecuador”, Sábado 24 de marzo del 2012.

Hasta el 2011 hubo 368 beneficiarios. Para enfrentar y prevenir la afección, el Ministerio de Salud Pública (MSP) emprendió la campaña ‘Respira Ecuador Libre de Tuberculosis’ que al momento ha recorrido los Ríos, Pichincha, Esmeraldas e Imbabura, donde se registraron 391, 273, 215 y 45 casos respectivamente durante 2011.

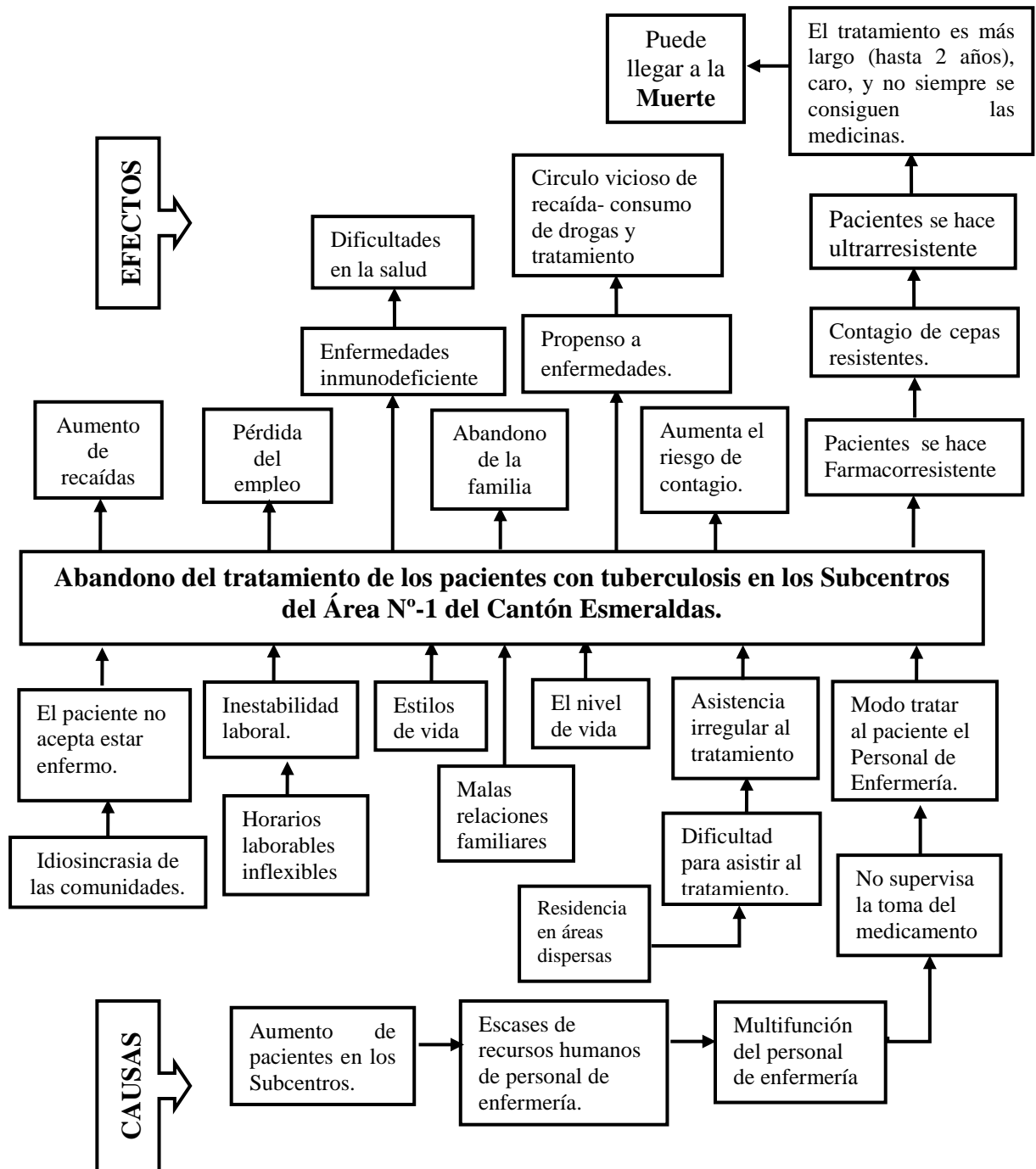
Esmeraldas es una de las provincias que tiene el mayor índice de tuberculosis, con una media de 300 personas afectadas por año, lo que ha puesto en alerta a las autoridades de salud.⁶

El Área de Salud N° 1 del Cantón Esmeraldas está conformada por 15 Subcentros situados estratégicamente en aéreas urbanas y rurales, prestan los servicios de; obstetricia; farmacia; pediatría; medicina general; odontología; vacunación, y laboratorio, según datos estadísticos del primer, y del segundo trimestre del año 2012, se reportaron 45 casos de tuberculosis. Del total el 2% son por recaída, el 9% son por abandono, y el 89% son casos nuevos esto nos enseña que hay una gran incidencia de pacientes con tuberculosis los cuales se tratan y asisten normalmente a las citas médicas cada 15 o 30 días, según el cuadro clínico, cumpliendo con las normas establecidas de cada unidad.

El proceso de la postconsulta es la función de suma importancia, debido a que algunos pacientes son referidos por el médico y otros llegaban por demanda espontánea para realizarse la prueba y descartar cualquier duda de no poseer la enfermedad. Las personas que tienen tuberculosis deben iniciar un tratamiento farmacológico con el apoyo y supervisión del personal de enfermería para que garantice la curación y transmisión ulterior, preparándolos para las diversas situaciones que predisponen sufrirla interactuando con los usuarios en su autocuidado, orientando, informando, guiando las acciones de salud, e insistiendo en los aspectos positivos del tratamiento y los resultados terapéuticos que se esperan para combatir los sentimientos negativos por parte del paciente, dándole el valor que se merece como ser humano con problemas de salud que busca a alguien que le ayude a resolverlos.

⁶ La hora Noticias Esmeraldas, Miércoles, 14 de Marzo de 2012

1.3 ÁRBOL DEL PROBLEMA



1.4 JUSTIFICACIÓN

Esta investigación es importante porque la prevalencia e incidencia de casos de tuberculosis son alarmantes por las consecuencias en el ser humano, los costos económicos y sociales que generan su manejo, diagnóstico y tratamiento crecerán al aumentar el número de usuarios afectados, también el hacinamiento, la desnutrición, la drogadicción, la aparición de resistencia, recaídas, abandonos y la no adherencia o la mala adherencia es un problema en todos los campos de la medicina por ser una enfermedad con tratamiento prolongado y por una evolución más o menos favorable dependiendo en gran medida del nivel de cumplimiento en la toma de medicación. Los problemas de baja adherencia en los pacientes con TB están íntimamente relacionados con los problemas de recaídas.

Hay que considerar las características específicas de cada momento de vida particular de la persona. En un mismo paciente en unos momentos de su vida las causas que pueden conducirlo a un abandono del tratamiento pueden ser diferentes a las de otro momento. Los factores causales son múltiples y el día a día de cada persona, sus circunstancias, su entorno y las situaciones que hay que afrontar cambian y evolucionan.

De ahí la necesidad de intervenir en todos los aspectos educativos posibles, que permitan mejorar el cuidado de la salud de estas personas, para cortar la cadena de transmisión e impedir la aparición de más casos en la población. Es importante que se reconozca el papel que enfermería puede desempeñar en la atención integral dentro del equipo de salud.

Entregando un plan de acción para aportar “un granito de arena” en esta compleja realidad que configura el quehacer cotidiano del profesional de enfermería para que concedan postconsultas de calidad con la aceptación de la población que recibe el servicio, para reducir la incidencia y recaídas de casos, y obtener una disminución de pacientes con tratamientos inconclusos con esto se contribuirá al mejoramiento de la salud del individuo, habrá un mayor porcentaje en la tasa de curación que redundará en el bienestar de la familia y comunidad.

1.5OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer la efectividad de la postconsulta en la adherencia al tratamiento y control de los pacientes con tuberculosis para aplicar acciones que disminuyan la incidencia y recaídas de casos en los subcentros del Área N°1 del Cantón Esmeraldas en el primero y segundo trimestre del 2012.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir los métodos, prácticas, y actitudes que emplea el personal de enfermería en la postconsulta con los pacientes con tuberculosis que están recibiendo tratamiento en los Subcentros del Área N° 1.
2. Analizar el nivel de satisfacción que tienen los pacientes con la atención brindada por el personal de enfermería en las postconsultas.
3. Identificar la situación socioeconómica y demográfica que impiden a los pacientes adherirse al tratamiento de la tuberculosis.
4. Establecer la prevalencia e incidencia de pacientes con tuberculosis en los subcentros del Área N° 1.
5. Promover la aplicación del Manual de normas para el control de tuberculosis del MSP en Ecuador mediante un plan de acción dirigido al equipo de salud para mejorar la postconsulta y obtener una disminución de pacientes con tratamientos inconclusos.

1.6 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

Esta investigación se realizó en las Unidades Operativas del Área N°-1 del Cantón Esmeraldas, con El propósito de conocer la efectividad de la postconsulta y mejorar la adherencia al tratamiento y obtener una disminución de pacientes con tratamientos inconclusos.

1.6.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL.

- **Institución:** Área de Salud N°1
- **Ubicación:** 14 Subcentros de Salud.
 - **Cantón:** Esmeraldas
 - **Provincia:** Esmeraldas
 - **País:** Ecuador

1.6.2 DELIMITACIÓN TEMPORAL.

La investigación se ejecutó en el primer y segundo trimestre del año 2012.

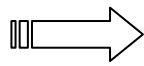
1.6.3 DELIMITACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE OBSERVACIÓN

Se trabajó

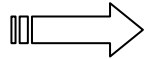
- ♦ Pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en los Subcentros de Salud del Área N° 1.
- ♦ Personal de Enfermería que maneja el programa de control de la tuberculosis (PCT) en los Subcentros y del Área N°1 del Cantón Esmeraldas.

MARCO TEÓRICO

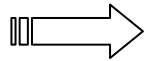
2. ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO



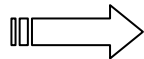
2.1 ANTECEDENTES DE LA PATOLOGÍA



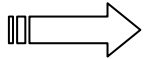
2.2 LA TUBERCULOSIS



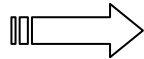
2.3 ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON TUBERCULOSIS



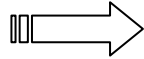
2.4 PRUEBAS DE LABORATORIO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS



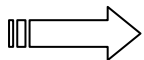
2.5 TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS



2.6 ASPECTOS PREVENTIVOS DE LA TUBERCULOSIS



2.7 CONTROL DE INFECCIONES Y BIOSEGURIDAD



2.8 ÁREA DE SALUD N° 1

2.1 ANTECEDENTES DE LA PATOLOGÍA

La tuberculosis es una de las enfermedades más antiguas que afectan a los seres humanos, se estima una antigüedad entre 15.000 a 22.000 años. Existen evidencias paleontológicas de tuberculosis vertebral en restos neolíticos precolombinos, así como en momias egipcias que datan aproximadamente del año 2400 a.C.

Esta especie evolucionó de otros microorganismos más primitivos dentro del propio género *Mycobacterium*. Se puede pensar que en algún momento de la evolución, alguna especie de micobacterias traspasara la barrera biológica, por presión selectiva, y pasará a tener un reservorio en animales. El "escalón" siguiente sería el paso del *M. bovis* a la especie humana, coincidiendo con la domesticación de los animales por parte del hombre.

Mycobacterium tuberculosis es un bacilo descubierto por Roberto Koch en 1882 la denominación bacilo tuberculoso incluye dos especies, *Mycobacterium Bovis* y *Mycobacterium Tuberculosa*, que es la aceptada por muchos como la más antigua de las especies capaces de producir esta enfermedad.

Actualmente existen otras tres especies estrechamente relacionadas (*M. ulcerans*, *M. Microti* y *M. africanum*) y que no suelen causar enfermedad en el hombre.

2.2 TUBERCULOSIS

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa y contagiosa, causada por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis* o Bacilo de Koch, que necesita (15-20 horas) para su multiplicación y puede sobrevivir con facilidad en el medio intracelular. El reservorio principal es el hombre.

Para producir la infección se necesitan entre 5 y 200 bacilos, precisa de un tiempo muy prolongado (3 a 5 semanas) para crecer en los medios de cultivo y alrededor de (4 a 12 semanas), desde el momento de la infección hasta la aparición de las lesiones, puede permanecer latente hasta 50 años y activarse a lo largo de la vida. Se contagia de una persona enferma a otra persona sana por la inhalación de gotas de Flügge que se esparcen en el aire, se introducen por la nariz o por la boca y llegan hasta los pulmones dando lugar a un proceso inflamatorio local una neumonitis, una linfangitis y una adenitis, esto se traduce en un cuadro gripal que dura aproximadamente de (1 a 2 semanas), conocida como primoinfección tuberculosa.

De la primoinfección tuberculosa se pueden presentarse dos posibilidades: la primera, en 99% de las personas resuelve el encuentro gracias a la respuesta del sistema inmune, la segunda condición es la diseminación precoz y progresiva que evoluciona a enfermedad grave y puede dejar secuelas o llevar hasta la muerte.

La forma clínica que afecta principalmente es la Tuberculosis Pulmonar en el 85% de los casos, surge por reactivación de un foco latente que quedó de la infección inicial suele presentarse habitualmente con tos productiva de larga evolución de más de 15 días, el esputo suele ser escaso y no purulento, puede existir dolor torácico, pérdida de peso, sudoración nocturna, febrícula, astenia, anorexia y en ocasiones hemoptisis. El resto son Tuberculosis extrapulmonar incluye; meningitis tuberculosa, tuberculoso hematogena aguda (miliar), que afecta los ganglios linfáticos, pleura, pericardio, riñones, huesos, y articulaciones, laringe, piel, intestinos, peritoneo u ojos. El hacinamiento, las malas condiciones higiénicas y el deterioro del sistema inmune (desnutrición, embarazo y lactancia, diabetes, el estrés, alcoholismo, infección por VIH o corticoterapia, entre otras), aumentan la susceptibilidad de las personas a la enfermedad.

2.3 ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON TUBERCULOSIS

Es la actividad central de la atención integral del paciente, permite cortar la cadena epidemiológica disminuyendo los focos infecciosos, aliviando a la vez el sufrimiento humano que ocasiona la enfermedad y mejorando la calidad de vida.

El enfoque de atención del PCT permite constituir un proceso de intervención multidisciplinario. La adherencia del paciente al tratamiento depende en gran parte de la relación establecida entre el paciente, el personal de salud que lo atiende y el establecimiento de salud. En el caso de que la administración del tratamiento sea apoyado por un agente comunitario de salud, debe mantenerse la confidencialidad y una buena relación con el paciente.

2.3.1 Objetivos

1. Vigilar, controlar y evaluar la evolución de signos y síntomas.
2. Verificar y registrar la respuesta bacteriológica al tratamiento.
3. Contribuir a un adecuado estudio de contactos.
4. Vigilar la aparición de reacciones adversas a medicamentos (RAM).
5. Educar al paciente y su familia sobre su enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento observado y controles periódicos de baciloscopía.
6. Identificar en el paciente conductas de riesgo para evitar el abandono.

2.3.2 Actividades Principales

- Organización de la detección, diagnóstico y tratamiento de casos.
- Consejería al paciente y su familia.
- Visitas domiciliarias.

2.3.3 Responsabilidades de la Enfermera

- Organizar la detección, diagnóstico y tratamiento de casos.
- Educar al paciente y familia sobre su enfermedad.
- Contribuir a la adherencia al tratamiento mediante una buena comunicación.
- Indagar sobre antecedentes de tratamiento previo.
- Contribuir a un adecuado seguimiento de casos y control de contactos.
- Identificar en el paciente conductas de riesgo, a fin de realizar un profundo trabajo de consejería.
- Realizar la visita domiciliaria para el seguimiento de los pacientes que no asisten a tomar la medicación en menos de 48 horas.
- Identificar, capacitar y supervisar a los observadores (agentes comunitarios, líderes y otros) de tratamiento que no son miembros del personal de salud del establecimiento, de los cuales se responsabilizará la enfermera del PCT o al personal a quien delegue.

2.3.4 Organización de la Detección de Casos

La detección de SR en los establecimientos de salud es responsabilidad de todo el personal. Sin embargo, con fines operacionales, el personal de enfermería organizará esta actividad, para lo cual realizará las siguientes acciones:

- Identificar y priorizar la detección de casos en las áreas de mayor afluencia de usuarios en el servicio de salud: preparación, consulta externa, hospitalización y emergencia.
- Junto al equipo de salud, adaptar el flujograma de detección del SR de acuerdo a la realidad local, tomando en cuenta todos y cada uno de los servicios existentes en el establecimiento de salud.
- Contar con un Libro de registro de sintomáticos respiratorios, formatos de solicitud para examen bacteriológico y envases para muestras de esputo.

- Identificar y adecuar un área para la recolección de muestras de esputo (ARM).

La recolección de muestras de esputo se debe realizar en un área iluminada, con ventilación natural y privacidad para el paciente. Por ejemplo, se puede habilitar un biombo en el patio o jardín del establecimiento de salud. Para realizar la recolección nunca se debe utilizar el baño, el ambiente del Programa ni otros ambientes cerrados.

- Capacitar, sensibilizar y motivar al personal de salud para que identifiquen SR entre todos los consultantes y acompañantes del establecimiento de salud.
- ❖ El personal del PCT capacitado en DOTS debe hacer réplicas de capacitación de corta duración (2–4 horas) dirigidas a todo el personal del establecimiento. Con énfasis en el concepto e importancia de detectar SR, dando a conocer el flujograma de detección del SR del establecimiento y el rol que desempeña cada uno de ellos (profesional/trabajador de la salud) en la detección.
- ❖ Para esta actividad se debe utilizar el material educativo disponible del programa.
- Promoción y difusión de las actividades del PCT en todos los servicios del establecimiento de salud en forma intra y extramural.
- Colocar el material educativo e informativo que distribuye el programa en lugares estratégicos del establecimiento, con particular énfasis en las zonas de mayor afluencia de usuarios.
- ❖ Coordinar con el personal de salud la elaboración de material promocional con mensajes alusivos a la detección de casos, considerando la realidad local, así como los contenidos que pudieran discriminar al afectado por tuberculosis. Para el caso, y con el propósito de que los pacientes/ acompañantes lean, se enteren y soliciten atención, se pueden colocar afiches, muñecos, piñatas, etc. en las entradas de los establecimientos, pasillos y salas de espera con el lema “Tos y flema por más de 15 días puede ser tuberculosis”. La información debe incluir el lugar en donde serán atendidos los pacientes y una simbología sencilla que conduzca al SR a la oficina del PCT o lugar asignado al Programa. Es importante que el personal que realiza la capacitación conozca los elementos a considerar para educar adultos.

- ❖ Organizar campañas de educación en el servicio, mediante visitas a todas las áreas del establecimiento, para dialogar con el personal de salud y difundir el mensaje que la detección de casos es tarea de todos.
- ❖ Para esta actividad se puede utilizar el rotafolio de tela o el rotafolio de enfermería del PCT.
- ❖ Elaborar un cronograma de charlas sobre control de TB en salas de espera, a la entrada del establecimiento o en cualquier sitio de gran afluencia de pacientes, incluidas las actividades en la comunidad, con la colaboración del equipo de salud y estudiantes de áreas médicas y otros voluntarios capacitados.
- ❖ Monitorear y supervisar el desarrollo de la actividad de detección de casos.
- ❖ El personal del PCT debe elaborar un plan de acción trimestral de detección de casos y monitorear mensualmente el cumplimiento del plan.
- ❖ La detección de casos debe ser supervisada trimestralmente por el PCT del Área de Salud, en todos los servicios del establecimiento de salud y en todas las unidades de atención del área.

Para organizar esta actividad, los materiales, instrumentos y herramientas constan en la Guía para el Mejoramiento de la Detección de casos de tuberculosis.

2.3.5 Organización del diagnóstico

Una vez detectado el SR, se seguirán las pautas anotadas en la sección 3.3. Además, la enfermera debe coordinar:

- Que los resultados sean entregados al personal de enfermería a las 24 horas laborables como máximo, después de recibida la muestra, para su anotación en el libro de SR.
- En el caso de muestras procedentes de otros establecimientos de salud, debe coordinarse con el responsable del programa del establecimiento receptor de los resultados, para el envío o notificación de los mismos a dicho establecimiento en un plazo no mayor de 48 horas laborables después de recibidas las muestras.
- En el caso de muestras para cultivos, la enfermera se asegurará de que la muestra recibida sea adecuada en calidad y cantidad (3 a 5 ml); además, se coordinará con el laboratorio de referencia para el envío de las muestras. El director del establecimiento brindará las facilidades (transporte o pasaje) para la movilización de la misma.
- Definir con el laboratorio de referencia correspondiente, el envío de las muestras y la notificación de resultados o novedades en el menor tiempo posible, de acuerdo a la red de laboratorios existente.
- Los resultados de la baciloscopía o cultivos solicitados se registrarán en el Libro de registro de SR, Libro de casos de tuberculosis y Tarjeta de control y administración de tratamiento, y archivados en la Historia Clínica del paciente.
- En caso de que el SR resulte positivo y el paciente no acuda a conocer sus resultados, debe realizarse una visita domiciliaria con la finalidad de informar al paciente para iniciar el tratamiento. Cuando estas eventualidades ocurren en hospitales, el responsable del PCT del hospital se encargará de comunicarse con el PCT del área para que realice la visita domiciliaria.

2.3.6 Organización del tratamiento

La modalidad de tratamiento del PCT será observada y ambulatoria, por lo que la atención de enfermería es básica en el desarrollo del mismo. La adherencia al tratamiento depende en gran parte de la relación establecida entre el paciente, el personal de salud que lo administra y el establecimiento de salud. Para la administración del tratamiento se deben realizar las siguientes acciones:

- Seleccionar el ambiente donde se ubicará el área para la administración del medicamento, que debe contar con ventilación natural adecuada.
- Administrar el tratamiento de acuerdo a la indicación del médico y esquemas de tratamiento estandarizados.
- Utilizar la Tarjeta de control y administración de tratamiento para registrar los datos del paciente y la asistencia diaria al tratamiento.
- Todos los meses el paciente debe ser pesado como control de evolución.

Si el paciente no asiste a la toma de medicamentos dentro de las 48 horas siguientes, se procederá a realizar la visita domiciliaria.

- Al administrar medicamentos, debe tenerse en cuenta lo siguiente:
 - Medicamento correcto.
 - Dosis correcta.
 - No fraccionar la dosis.
 - Observar la ingesta de los medicamentos.
 - Horario flexible
 - Vigilar las reacciones adversas a medicamentos antituberculosos.
- Garantizar la conservación de medicamentos:
- Disponer de un esquema de tratamiento completo para cada paciente, individualizado en cajas con los datos del paciente.

- Respetar las indicaciones de conservación del medicamento: protección de la luz solar, humedad, evitar la exposición a calor excesivo.
- Sacar del blíster los medicamentos en el momento que se va a administrar el tratamiento.
- Lugar adecuado para almacenar las cajas de medicamentos.
- Mantener los medicamentos bien seguros al término de la sesión de trabajo.
- En coordinación con el médico, solicitar en el período establecido la baciloscopia de control.
- En los lugares donde exista inaccesibilidad geográfica o en aquellos casos que el paciente presente alguna discapacidad, el tratamiento en forma correcta y confidencial podrá ser administrado y observado por un promotor de salud, líder comunitario o miembro de la comunidad capacitado para tal fin.
- Registrar la condición de egreso del paciente en el Libro de casos de tuberculosis y en la Tarjeta de control y administración de tratamiento.
- En el caso de pacientes transferidos, el personal del establecimiento receptor debe comunicar al establecimiento donde inició el tratamiento, la condición de egreso del PCT, a fin de que el caso sea incluido en el estudio de cohorte correspondiente.

2.3.7 Uso del tarjetero

El tarjetero calendario de control es un instrumento que sirve para concentrar las tarjetas de registro y control de casos de tuberculosis de los pacientes en cada unidad de salud, con el propósito de disponer de información oportuna y veraz de los casos en relación al seguimiento del tratamiento. La tarjeta debe estar colocada en el espacio correspondiente al día de la administración de los medicamentos.

Cada vez que se verifica la ingesta de medicamentos se registra en la tarjeta del paciente con las iniciales del personal de enfermería y ésta se ubicará en el día que corresponda la siguiente dosis.

En cada unidad de salud Se implementará en forma obligatoria un tarjetero (caja de madera o de cartón) independientemente de los pacientes y es importante que cuente con los siguientes apartados, se colocarán 5 separadores:

- ❖ Para la **primera fase**, a su vez con 5 divisiones por cada día de la semana que se administra el tratamiento.
- ❖ Para la segunda fase, a su vez con 3 divisiones por cada día de la semana que se administra el tratamiento.
- ❖ Para los inasistentes.
- ❖ Para los pacientes que se hospitalicen.
- ❖ Para los que concluyeron el tratamiento, a su vez con 6 divisiones por cada categoría de egreso.
- ❖ Teniendo en cuenta el estudio de cohorte, las tarjetas de los pacientes que concluyeron el tratamiento deben permanecer en el tarjetero por un período mínimo de 1 año.

2.3.8 Entrevista

Actividad del profesional en enfermería que consiste en la atención directa de la persona enferma de tuberculosis y familiares, con calidad y calidez, con fines de educación, control y seguimiento.

Objetivos de la entrevista:

- ❖ Educar al paciente sobre su enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento supervisado y controles de baciloscopia.
- ❖ Contribuir a la adherencia del tratamiento, mediante una buena comunicación.
- ❖ Indagar sobre antecedentes de tratamiento previo.
- ❖ Contribuir a un adecuado seguimiento de casos y estudio de contactos.
- ❖ Identificar en el paciente conductas de riesgo y problemas sociales, a fin de realizar un profundo trabajo de consejería.

2.3.9 Visita Domiciliaria

Es la acción de acudir a la casa o lugar de residencia de los pacientes que compete al personal de salud de las unidades operativas para conocer los factores sociales, económicos y de salud que rodean al paciente su familia para involucrarlos en el tratamiento hasta su término con la finalidad de lograr su curación.

El personal de enfermería prepara los insumos necesarios según el motivo de la visita, Rotafoliò, dípticos, trípticos, vasos recolectores, etiquetas, termo, etc. Anota el resultado de la visita en la tarjeta de registro y control de caso de tuberculosis. Se realizará al inicio del tratamiento, dentro de las primeras 48 horas, y tiene como finalidad:

- Verificar que la persona enferma viva en el ámbito jurisdiccional del establecimiento de salud.
- Verificar dirección del paciente.
- Brindar educación en salud al grupo familiar.
- Verificar el número de contactos.
- Recolectar muestras de esputo en caso de encontrar SR entre los contactos.
- Cuando los convivientes del paciente no acuden a la unidad para el estudio de contactos.
- Recuperar al paciente que no asiste al tratamiento en las primeras 24 horas.

- Cuando el paciente abandona el tratamiento
- Para orientar al paciente y a sus convivientes sobre medidas preventivas y de control

Durante el tratamiento se realizarán visitas domiciliarias para recuperar a los enfermos inasistentes, dentro de las 48 horas siguientes a la inasistencia.

Debe registrarse el informe de las visitas domiciliarias en la Historia Clínica del paciente y, en la Tarjeta de control y administración de tratamiento la fecha en la que se realizó la visita.

2.3.10 Consejería Para Pacientes Con Tb

Es un proceso de comunicación interpersonal que promueve el intercambio de información oportuna, veraz y completa, entre el consejero y, la persona enferma con tuberculosis para adquirir conocimientos, despejar dudas o ideas erróneas, con la finalidad de que tomen una decisión individual y libre de presiones, respecto a la prevención, diagnóstico y tratamiento y contribuir al mejoramiento de la salud de la persona con tuberculosis.

Cualquier miembro del equipo multidisciplinario (médico, enfermera, trabajador social, educador, psicólogo, capacitado) puede cumplir con esta actividad, aunque la enfermera será quien tendrá un papel importante para realizar la entrevista con este fin.

La finalidad es lograr que las personas con tuberculosis asuman un rol protagónico en su tratamiento, con el apoyo de su familia y el personal de salud en un ambiente de aceptabilidad y en el ejercicio de sus derechos como persona.

Momentos en que se debe Impartir Consejería a la Persona con Tuberculosis

1. Inicio de tratamiento
2. Inicio de segunda fase
3. Finalización del tratamiento

4. Pre-prueba VIH
5. Post prueba VIH

Habilidades del Consejero

❖ En la comunicación no verbal

Ponerse cara a cara con él o la usuario(a)
Actuar abierta y accesiblemente
Ponerse sonriente o con la cara adecuada a la situación
Estar relajado
Leer los gestos y expresiones del/la usuario(a)

❖ En la comunicación verbal:

Clarificar

Lograr escuchar al usuario(a), estar de su lado, estimularlo(a)
Atender a sus necesidades, responder a sus preguntas
Reflexionar y repetir
Ofrecer apoyo y comprensión sin juzgar

Elementos de la Consejería

- Empatía, lograr la confianza del usuario, poder identificarse con él.
- Respeto, respetar los sentimientos, actitudes y valores del usuario sin juzgarlo.
- Discreción, no divulgar los problemas del usuario.
- Sinceridad, expresar emociones positivas y sinceras al tratar las preocupaciones, dudas y preguntas del usuario.

Si bien para cada paciente debe establecerse un plan de consejería, debe existir un mínimo de tres reuniones: 1. Consejería inicial; 2. Consejería al final de la primera fase, y 3. Al finalizar el tratamiento

1) Consejería Inicial

El objetivo de la primera consejería es informar y dialogar con el paciente y su familia sobre su enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento directamente

observado, controles bacteriológicos, Tamizaje VIH y otros temas que favorezcan la adherencia al tratamiento. Incluye:

- Establecer un ambiente de cordialidad, presentándose con el paciente.
- Verificar que el paciente y su familia conozcan su enfermedad.
- Indagar sobre antecedentes de tratamiento previo y conductas de riesgo por el abandono.
- Indagar sobre el tiempo de permanencia en el lugar y perspectivas de cambio de domicilio o trabajo para decidir junto con el paciente y su familia el lugar más conveniente para su tratamiento directamente observado.
- Brindar educación sobre la enfermedad, tratamiento y exámenes de control, con palabras sencillas y utilizando materiales didácticos como: rotafolios, afiches, folletos.
- Orientar a la mujer en edad fértil con tuberculosis, sobre la importancia de evitar el embarazo durante el tratamiento.
- Ofrecer la prueba de Tamizaje para VIH, recalcar la importancia de dicho examen y la prevención de ITS/VIH, para evitar conductas de riesgo. La consejería post-prueba en casos reactivos y positivos se realizará por consejeros acreditados por el Programa Nacional del VIH/SIDA.
- Inscribir al paciente en el Libro de casos de tuberculosis o tuberculosis MDR, según corresponda.
- Llenar la Tarjeta de control y administración de tratamiento.
- Realizar el censo de contactos y hacer las citas de los mismos (contactos <5 años y contactos SR) con el médico.
- Identificar a los niños menores de 5 años contactos de pacientes con TB pulmonar BK (+) sensible, para iniciar Terapia Preventiva con Isoniacida.
- Orientar al paciente sobre la posibilidad de aparición de RAM (prurito, erupción cutánea, ictericia, etc.) y la necesidad de que informe oportunamente al personal de salud.

- Orientar al paciente sobre el control de enfermedades concomitantes (por ejem: diabetes) y facilitar la interconsulta con el médico especialista.
- Dar respuesta a toda inquietud o pregunta que tenga el paciente y su familia sobre su enfermedad.
- Orientar al paciente y su familia sobre buenas prácticas de alimentación y nutrición.

2) Consejería al Término de la Primera Fase del Tratamiento

Se realiza al terminar la primera fase del tratamiento, para el control de la evolución del paciente, revisión y análisis de la Tarjeta del tratamiento Incluye:

- Informar al paciente sobre la continuación del tratamiento en forma intermitente, tres veces a la semana, y la importancia de los controles baciloscópicos, si se trata de tratamientos de Categoría I y II. En caso de pacientes con categoría IV, la fase de continuación será diario por 18 meses (6 días por semana).
 - Reforzar la educación sanitaria.
 - Revisión del cumplimiento del control de contactos.
 - Interrogar al paciente sobre la aparición de RAM.

3) Consejería al Término del Tratamiento

Se realiza al concluir el tratamiento con la finalidad de recomendar al paciente que si presenta sintomatología respiratoria acuda al establecimiento de salud.

4) Consejerías Adicionales

- Si hay inasistencias al tratamiento, se dialogará con el paciente sobre las causas de su inasistencia y se lo orientará, reforzando la importancia de no abandonar el tratamiento.
- En caso de presentar RAM.
- Para completar el control de contactos.

- Si el paciente va a cambiar de domicilio, se le orientará para realizar la transferencia a otro establecimiento de salud cercano a su nuevo domicilio.
- Otros motivos que considere necesarios.
- Pruebas de laboratorio para el diagnóstico de la tuberculosis

5) Orientación y Consejería en el Cuidado con Enfoque Humanístico

Es el proceso de comunicación interpersonal enfocado al cuidado de los pacientes con tuberculosis para facilitar el éxito del tratamiento, basado principalmente en la información sobre la enfermedad, prevención, mecanismos de transmisión y tratamiento, así como en los factores que favorecen la curación y que están relacionados con los hábitos y costumbres dentro y fuera del hogar de los pacientes y convivientes.

Las actividades del personal de enfermería que otorgue este servicio deberán tener conocimientos, habilidades y destrezas para comunicar de manera efectiva al paciente y familia sobre la situación particular de su padecimiento.

Se recomienda que se apliquen los criterios siguientes: empatía, respeto, ser genuino y concreto, evitar emitir juicios y establecer los límites de la relación enfermera paciente (engancharse).

2.3.11 Adherencia Al Tratamiento

El apego o adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo que comprende desde el inicio, seguimiento, verificación de reacciones adversas y orientación hasta alcanzar el término del tratamiento y por ende la curación.

El tratamiento de la Tuberculosis requiere un alto nivel de adherencia a los medicamentos. Una baja adherencia produce resultados inadecuados como inefectividad prolongada, reactivación subsiguiente o desarrollo de multiresistencia.

La adherencia al tratamiento, se relaciona de manera importante con la calidad y calidez que recibe el paciente por el personal de salud, así como el apoyo otorgado por la familia. Además del número de fármacos, reacciones adversas y el acceso a los servicios de salud.

Una adecuada adherencia es particularmente difícil de alcanzar y los profesionales de la salud deben apoyar a los pacientes para completar el esquema completo de tratamiento.

a) Factores que favorecen la adherencia al tratamiento por parte del paciente:

- Comunicación efectiva enfermera- paciente
- Privacidad y tranquilidad
- La naturaleza y Conocimiento de la enfermedad y del tratamiento a seguir
- Apoyo familiar
- El estigma social de la enfermedad.
- Conveniencia de horario de atención
- Acceso a los servicios de salud
- La existencia de factores personales.

b) Factores de riesgo para una mala adherencia

Algunos factores de riesgo reconocidos son:

- Ser indigente.
- Historia de Tuberculosis previa.
- Uso de drogas ilegales.
- Negación al diagnóstico.
- Vive solo.

c) Seguimiento de la adherencia

- La adherencia debe ser monitorizada de una manera sistemática en todos los pacientes con tratamiento antituberculoso.
- El personal de salud debe evaluar la respuesta al medicamento y cualquier ausencia a las consultas.
- El personal de salud debe asignar un miembro como responsable de la evaluación de la adherencia al tratamiento. Esto incluye discusiones regulares con el paciente sobre sus problemas y progresos, conteos mensuales de pastillas, revisar que se dispense el medicamento tal y como se prescribió y cualquier otro factor que este influyendo en la adherencia.

d) Mejorando la adherencia.

Los servicios de atención de la salud para un adecuado seguimiento del tratamiento antituberculoso deben garantizar:

- Un servicio sin cargos adicionales.
- Acceso a medicamentos antituberculosos sin cargos adicionales.
- Un buen manejo de casos.
- Recordatorios de seguimiento y adherencia.
- Un ambiente cómodo con mínimos tiempos de espera.
- Consejos claros sobre los efectos adversos.
- Excelente comunicación y educación verbal y escrita.
- Intérpretes y trabajadores de la salud culturalmente apropiados si es necesario (zonas indígenas).

2.4 PRUEBAS DE LABORATORIO PARA EL DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO DE LA TUBERCULOSIS

Desde el punto de vista epidemiológico, de salud pública y de desarrollo del PCT, las pruebas fundamentales para el diagnóstico bacteriológico son: la baciloscopía y el

cultivo (presencia del *Mycobacterium tuberculosis*). Sin embargo, existen otras pruebas complementarias que permiten reconocer el tipo de bacilo (tipificación) y el comportamiento de éste ante los medicamentos antituberculosos (prueba de sensibilidad).

Los laboratoristas de todos los niveles deben conocer y aplicar el Manual de Normas Técnicas y Procedimientos para el Diagnóstico de la Tuberculosis por Microscopía Directa y/o Cultivo.

2.4.1 LA MUESTRA

Para que los resultados de los laboratorios sean confiables y tengan además rendimientos óptimos, es necesario que se reciban buenas muestras tanto en su calidad como en su cantidad, recolectadas en un envase adecuado, con una técnica correcta, bien identificada, conservada y transportada.

2.4.1.1 Toma de muestras

En un lenguaje sencillo y claro se debe indicar a la persona que debe inspirar profundamente, retener el aire y lanzarlo con un esfuerzo de tos, cuidando de no derramar la flema en las paredes del envase recolector.

El lugar ideal para realizarlo, debe ser privado y ventilado ya sea fuera de la unidad de salud o en su hogar, de preferencia al aire libre, es necesario informar a la persona que se requieren dos muestras:

La primera muestra se obtendrá en el momento de la identificación del sintomático respiratorio, entregándole un envase recolector previamente rotulado (nombre de la persona, nombre de la unidad, fecha de recolección, indicar tipo de muestra).

Antes de que se retire se le entregará un envase para la obtención de la segunda muestra, se le indicará que al siguiente día al levantarse, en ayuno y antes del cepillado dental, deberá depositar la muestra, insistiendo en que debe ser la primera flema expulsada esa mañana.

2.4.1.2 Características de la muestra

Para obtener un resultado confiable es fundamental la calidad de la muestra por lo que debe cuidar que:

- Pro venga del árbol bronquial.
- Cantidad suficiente (3 a 5 ml) de flema, no saliva.
- Estar bien identificada.
- Colocada en envase adecuado (transparente, con tapa de rosca y boca ancha).
- Haber sido conservada y transportada correctamente en la bolsa de plástico.

2.4.1.3 Tipo de muestra

- **Expectoración natural:** La expectoración natural debe provenir del árbol bronquial, obtenida después de un esfuerzo de tos y no de la faringe o aspiración de secreciones nasales o saliva.
- **Expectoración inducida:** Cuando el paciente no logra expectorar y es necesario un examen de esputo, se puede recurrir a la expectoración inducida para la obtención de la muestra la cual debe hacerse bajo la instrucción y supervisión del personal de salud.

2.4.1.4 Conservación y transporte de la muestra

Lo ideal es que la muestra sea procesada el mismo día de su recolección, de no ser esto posible se deberá conservar, en refrigeración a 4° C o en un lugar fresco y alejado de la luz solar por un máximo de 5 días.

Para su envío asegurar la tapa del envase y colocar el mismo dentro de una bolsa de plástico y cerrarla con una liga, se recomiendan cajas de cartón grueso o unicel, preferentemente con divisiones interiores individuales por frasco. Es indispensable evitar:

- La exposición al calor excesivo
- El derrame del contenido
- La exposición a la luz solar

2.4.2 Informe de los resultados

- El laboratorio anotará los resultados del examen en la misma orden de petición de baciloscopia.
- El informe debe ser entregado a las 48 horas de recibida las muestras. Será enviado al lugar de petición del examen.
- En los pacientes en que la muestra resulte negativa, se indicará que en caso de persistencia de los SR o de progresivo compromiso del estado general, debe consultar nuevamente por ésta causa, dando con ello lugar al Seguimiento Diagnóstico, fase clínica de la búsqueda de nuevos casos.
- Los resultados se anotarán en el “Libro de Registro y Seguimiento de Pacientes Sintomáticos Respiratorios” y el informe se archivará en la ficha correspondiente para conocimiento del médico tratante.
- En el caso en que sólo una de las muestras sea (+) se pedirá una segunda serie, con el objeto de obtener la 2 muestras (+), lo cual da una certidumbre diagnóstica cercana al 100%, tal como el cultivo.
- Aunque puede haber también casos de TB pulmonar con baciloscopia negativa o de TB extrapulmonar que son de hecho fracasos terapéuticos, recaídas o casos crónicos, ello ocurre rara vez (debe confirmarse mediante estudios anatomopatológicos o bacteriológicos).

RESULTADO	LECTURA
Negativo (-)	Nos e encuentra BAAR en 100 campos observados
Positivo (+)	Menor de 1 BAAR promedio por campos, en 100 campos observados 10 a 99 bacilos en 100 campos
Positivo (++)	De 1 a 10 BAAR promedio por campos, en 50 campos observados.
Positivo (+++)	Más de 10 BAAR promedio por campo en 20 campos observados.

2.5 TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

2.5.1 Generalidades

El PCT basa su terapéutica de la tuberculosis en el tratamiento acortado estandarizado directamente observado, que consiste en un ciclo de tratamiento que dura aproximadamente seis u ocho meses, en el que se utiliza una combinación de 4 a 5 potentes fármacos antituberculosos: isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol y estreptomycin. Estos medicamentos tienen tres propiedades fundamentales:

- Su capacidad Bactericida.
- Su Capacidad Esterilizante.
- Su Capacidad de Prevenir la Resistencia.

❖ **La Isoniazida (H).** Actúa sobre poblaciones de multiplicación continua.

❖ **La Rifampicina (R).** Interfiere en la duplicación del material genético del *Mycobacterium tuberculosis*.

❖ **La Pirazinamida (Z).** Es activa en medio ácido contra los bacilos que se encuentran en el interior de los macrófagos.

❖ **La Estreptomycin (S).** Tiene también propiedades bactericidas contra ciertas poblaciones de bacilos tuberculosos, siendo activa contra los que se encuentran en fases de multiplicación extracelular rápida.

❖ **El Etambutol (E).** es un fármaco bacteriostático que se asocia a medicamentos bactericidas más potentes para evitar la emergencia de bacilos resistentes.

Debido al beneficio que otorga a toda la sociedad la curación de un caso de tuberculosis en cuanto que previene la transmisión de la enfermedad, el Estado garantiza el acceso al tratamiento y gratuidad del mismo.

El tratamiento farmacológico consiste en:

- Una fase inicial o primera fase que dura aproximadamente 2 o 3 meses (50 a 75 dosis), en la que los medicamentos se administrarán en forma diaria (por 5 días a la

semana en establecimientos ambulatorios y 7 días a la semana en hospitalización) para reducir rápidamente la carga bacilar.

- Una fase de consolidación o segunda fase, de cuatro o cinco meses (50 a 60 dosis), en la que los medicamentos se administrarán tres días a la semana, en forma intermitente, para la eliminación de los bacilos y esterilización de las lesiones.

La administración será observada en el 100% de los casos y en el 100% de las dosis.

La observación del tratamiento quiere decir que el personal de salud o la persona a cargo del paciente debe observar mientras deglute cada dosis de medicamento, requisito indispensable para garantizar que los pacientes tomen los medicamentos.

2.5.2 Consideraciones especiales

Para que el tratamiento tenga el efecto deseado se considera:

- Una combinación correcta de 4 o 5 medicamentos antituberculosos de acuerdo al esquema.
 - Dosis correcta prescrita.
 - Administración observada por parte del personal de salud o cualquier actor social comprometido (agentes comunitarios, líderes comunitarios y otros) de todas las dosis de medicamentos.
 - Duración de acuerdo al esquema.
 - Si el paciente no asiste a la toma de medicamentos, el personal de salud o el agente comunitario de salud procederá a realizar la visita domiciliaria dentro de las 48 horas siguientes para que éste continúe el tratamiento.
- Todos los medicamentos deben administrarse en una sola toma, sólo en caso de intolerancia extrema se podrá fraccionar temporalmente la toma del medicamento.

El tratamiento debe ser totalmente ambulatorio e integrado a los servicios generales de salud (puestos de salud, subcentros de salud, centros de salud, hospitales y otras entidades de salud).

La hospitalización por tuberculosis se limitará exclusivamente a pacientes con formas clínicamente graves o complicaciones de la enfermedad tales como:

- Insuficiencia respiratoria aguda.
 - Hemoptisis masiva.
 - Neumotórax espontáneo.
 - Reacciones adversas graves a fármacos antituberculosos.
 - Presencia de enfermedades que por su severidad, al asociarse con tuberculosis, pongan en riesgo de morir al paciente.
- Los pacientes hospitalizados continuarán ambulatoriamente el tratamiento tan pronto como cese el motivo de su internamiento.

2.5.3 Objetivos Del Tratamiento Antituberculoso

- Proporcionar tratamiento gratuito y observado a todos los pacientes diagnosticados de TB.
- Cortar la cadena de transmisión de la enfermedad.
- Evitar las recaídas.
- Prevenir las complicaciones y muertes.
- Evitar la resistencia a medicamentos antituberculosos.

2.5.1 ESQUEMAS DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO

Para el tratamiento de todo caso de tuberculosis debe definirse su **antecedente de tratamiento**. La identificación de diferentes categorías de casos conduce a la utilización

de esquemas terapéuticos estandarizados distintos como se explica en los siguientes cuadros.

Categorías de tratamiento antituberculoso en Ecuador

Categoría de tratamiento antituberculoso	Pacientes con tuberculosis	Regímenes terapéuticos	
		Fase Inicial	Fase de Continuación
Esquema I	<ul style="list-style-type: none"> ○ Casos nuevos: ○ TBPBK + ○ TBPBK - C + ○ TBPBK - C - ○ TB extrapulmonar ○ Comorbilidad TB/VIH 	2HRZE	4H3R3
Esquema II	<ul style="list-style-type: none"> ● Recaídas ● Abandono recuperado ● Otros 	2HRZES– 1HRZE	5H3R3E3
III (TB Infantil menores de 7 años)	<ul style="list-style-type: none"> ● Caso de TB infantil < 7 años 	2HRZ	4H3R3
IV	<ul style="list-style-type: none"> ● En caso de resistencia a drogas de primera línea y/o segunda línea 	Regímenes estandarizado e individualizado para TB MDR.	

La localización de la enfermedad, pulmonar o extrapulmonar, no decide el esquema de tratamiento, tampoco la gravedad y pronóstico de la enfermedad.

Cada esquema consta de dos fases y es representado por una fórmula. Ej. 2HRZE/4H3R3.

El número inicial corresponde a la duración en meses de la fase en cuestión. El subíndice que sigue a una letra indica el número de dosis del medicamento por semana, si no hay ningún número en forma de subíndice, el medicamento se administra diariamente (5 días x semana). La utilización de una línea oblicua dentro de la fórmula (/) señala la separación de las 2 fases del tratamiento.

El país introducirá medicamentos de combinaciones a dosis fijas en los esquemas de tratamiento una vez que estos hayan sido adquiridos, y se incluirán en los stocks de forma progresiva, siguiendo el plan de implementación de los mismos.

Mientras se incorporen estos esquemas con medicamentos de combinaciones a dosis fijas, el tratamiento se regirá por los esquemas utilizados actualmente.

2.5.2 RÉGIMEN DE TRATAMIENTO ACORTADO

2.5.5.1 Esquema Uno: 2HRZE/4H3R3

La fase inicial dura aproximadamente 2 meses (50 dosis), se administran diariamente (5 días por semana): isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol.

La fase de consolidación dura 4 meses (50 dosis), se administran 3 días por semana: isoniacida y rifampicina.

Está indicado para todos los casos nuevos, específicamente:

- Casos nuevos con tuberculosis pulmonar BK +
- Casos nuevos con tuberculosis pulmonar BK – Cultivo +
- Casos nuevos con tuberculosis pulmonar BK – Cultivo –
- Casos nuevos con tuberculosis extrapulmonar
- Casos nuevos con tuberculosis e infección por VIH

Tratamiento antituberculosis a dosis fija

Esquema uno: 2HRZE/4H3R3

Duración: aproximadamente 6 meses (100 dosis) con medicamentos de combinación a dosis fijas

Pacientes nuevos BK + y BK – (categoría I y III)					
Paciente	Peso (kg)	Fase inicial (50 dosis de lunes a viernes)			Fase de consolidación (50 dosis – 3 veces por semana)
		RHZE (150/75/400/275)	RH 150/75	Z 400	RH150/150
Niños menores de 7 años	< 7		1/2	1/2	1/2
	8-9		1	1/2	1
	10-14		1	1	1
	15-19		1_{1/2}	1_{1/2}	1_{1/2}
	20-29		2	2	2
Niños mayores de 7 años y adultos	30-37	2			2
	38-54	3			3
	55-70	4			4
	>71	5			5

Fuente: Global Drug Facility Obién

Tratamiento antituberculosis a dosis no fijas

Esquema uno: 2HRZE/4H3R3 Para pacientes con 50 Kg y más de peso

Duración: aproximadamente 6 meses (100 dosis)

Fases	Duración	Frecuencia	Medicación y dosis	Total por paciente
1 ^a	50 dosis 2 meses (aprox.)	Diario: 5 días por semana	Isoniacida + Rifampicina 2 tabletas Pirazinamida x 500 mg 3 tabletas Etambutol x 400 mg 3 tabletas	H x 150 mg + R x 300 mg = 2 tab. H + 100 mg = 150 tab.
2 ^a	50 dosis 4 meses (aprox.)	3 días por semana	Isoniacida + Rifampicina 2 tabletas Isoniacida x 100 mg 3 tabletas	Z x 500 mg = 150 tab. E x 400 mg = 150 tab.

En pacientes < a 50 kg.

Tabletas combinadas de isoniacida + rifampicina en una sola tableta.

Nota: En ambos esquemas, en enfermos con menos de 50 Kg de peso, tanto adultos como niños, la dosis de medicamentos se administra con relación al peso del paciente, de acuerdo con el cuadro 5.

El etambutol no debe administrarse a niños menores de 7 años por la dificultad para evaluar el efecto neurotóxico visual. La estreptomocina se usará en menores de 7 años con diagnóstico de meningitis TB o tuberculosis miliar, como medicamento alternativo al etambutol.

Cálculo de dosis en pacientes con peso menor de 50 Kg

Tratamiento antituberculosis. Esquema uno
(Posología en dosis diaria /5 días x semana)

Dosis	Rifampicina	Isoniacida	Pirazinamida	Etambutol
Dosis diaria	10 mg/kg	5 mg/kg	25 mg/kg	15mg/kg
Dosis Máxima	600 mg	300 mg	1.5 g	1.2 g

Nota: no usar etambutol en niños menores de 7 años. La estreptomocina se usará en menores de 7 años con diagnóstico de meningitis TB o tuberculosis miliar, como medicamento alternativo al etambutol.

Posología en dosis tres días por semana

Rifampicina	Isoniacida
10 mg/kg/día	10mg/kg/día

El éxito del ESQUEMA UNO de tratamiento está basado en el cumplimiento del número total de dosis (100) más que en el número de meses de tratamiento.

2.5.3 RÉGIMEN DE RETRATAMIENTO

2.5.6.1 Esquema Dos: 2HRZES–1HRZE/5H3R3E3

- La fase inicial dura aproximadamente 3 meses:
 - ❖ 2 meses (50 dosis), se administran diariamente (5 dosis x semana): isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol y estreptomina.
 - ❖ 1 mes (25 dosis), se administran diariamente (5 dosis x semana): isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol.
- La fase de consolidación dura 5 meses (60 dosis), se administran 3 veces por semana: isoniacida, rifampicina y etambutol.

Este es un esquema de tratamiento más complejo que el esquema UNO, con una menor tasa de éxito. La mejor oportunidad para tener la curación en el tratamiento de un caso de tuberculosis es tratarlo bien desde el inicio.

El esquema DOS está indicado para todos los casos pulmonares o extrapulmonares antes tratados, confirmados con baciloscopía (cultivo o histopatología), específicamente:

- ❖ Recaídas
- ❖ Abandonos recuperados
- ❖ Otros

Cuando existan dudas respecto a la clasificación de pacientes para administración del esquema dos se deben consultar al responsable provincial del PCT o médico consultor.

Tratamiento antituberculosis a dosis fija

Esquema dos: 2HRZES–1HRZE/5H3R3E3

Duración: aproximadamente 8 meses (135 dosis) con medicamentos de dosis fijas combinadas

Pacientes en retratamiento (Categoría II)										
Paciente	Peso (kg)	Fase inicial A (50 dosis - lunes a viernes)				Fase inicial B (25 dosis- lunes a viernes)			Fase de consolidación (60 dosis -3 veces por semana)	
		S	RHZE	RH 150/75	Z 400	RHZE	RH 150/75	Z 400	RH 150/150	E 400
Niños (menores de 7 años)	< 7	0.25		½	½		½	½	½	
	8-9	0.25		1	½		1	1	1	
	10-14	0.25		1	1		1	1	1	
	15-19	0.33		1½	1 ½		1 ½	1 ½	1 ½	
	20-29	0.50		2	2		2	2	2	
Niños mayores de 7 años y adultos	30-37	0.50	2			2			2	1 ½
	38-54	1	3			3			3	2
	55-70	1	4			4			4	3
	> 71	1	5			5			5	3

Fuente: Global DrugFacility.

Nota: El etambutol no debe administrarse a niños menores de 7 años por la dificultad para evaluar el efecto neurotóxico visual.

En mujeres embarazadas no utilizar estreptomicina por su toxicidad en el feto.

Tratamiento antituberculosis a dosis no fijas

Esquema dos: 2HRZES–1HRZE/5H3R3E3 Para pacientes con 50 Kg y más de peso

Duración: aproximadamente 8 meses (135 dosis)

Fases	Duración	Frecuencia	Medicación y dosis	Total por paciente
1 ^a	50 dosis 2 meses (aprox.)	Diario: 5 días por semana	Isoniacida + Rifampicina 2 tabletas Pirazinamida x 500 mg 3 tabletas Etambutol x 400 mg 3 tabletas Estreptomicina 1 g	H x 150 mg + R x 300 mg = 270 tab. H + 100 mg = 180 tab.

	25 dosis 1 mes (aprox.)	Diario: 5 días por semana	Isoniacida + Rifampicina 2 tabletas Pirazinamida x 500 mg 3 tabletas Etambutol x 400 mg 3 tabletas	Z x 500 mg = 225 tab. E x 400 mg = 405 tab.
2ª	60dosis 5 meses	3 días x semana	Isoniacida + Rifampicina 2 tabletas Isoniacida x 100 mg 3 tabletas	S x 1g = 50 tab.

En pacientes < a 50 kg.

Nota: En enfermos con menos de 50 Kg de peso, tanto adultos como niños, la dosis de medicamentos se administra en relación al peso del paciente, de acuerdo con la tabla 8.

El etambutol no debe administrarse a niños menores de 7 años por la dificultad para evaluar el efecto neurotóxico visual.

En mujeres embarazadas no utilizar estreptomicina por su toxicidad sobre el feto.

Cálculo de dosis en pacientes con peso menor de 50 Kg

Tratamiento antituberculoso. Esquema dos

Posología en dosis en dosis diaria (5 días por semana)

Dosis	Rifampicina	Isoniacida	Pirazinamida	Etambutol	Estreptomicina
Dosis diaria	10 mg/kg	5 mg/kg	25 mg/kg	15mg/kg	15 mg/kg
Dosis Máxima	600 mg	300 mg	1.5 g	1.2 g	1g

Posología en dosis tres días por semana

Rifampicina	Isoniacida	Etambutol
10mg/kg	10mg/kg	30mg/kg

El éxito del ESQUEMA DOS de tratamiento está basado en el cumplimiento del número total de dosis (135) más que en el número de meses de tratamiento.

2.5.4 TRATAMIENTO DE TB INFANTIL

Los niños por lo general presentan tuberculosis paucibacilar, es decir, con escasa población bacilar, motivo por el cual es difícil encontrar confirmación bacteriológica.

Por otro lado, las formas extrapulmonares son más frecuentes que en adultos.

Los regímenes de tratamiento son los que están indicados para casos nuevos y antes tratados (Esquemas Uno y Dos respectivamente), los cuales deben ser ajustados al peso del niño, tanto al inicio del tratamiento como mensualmente; conviene recordar que los niños recuperan su peso y lo incrementan con el crecimiento y desarrollo. En menores de 7 años, para casos nuevos, se utilizará un régimen de tratamiento que no incluye etambutol (categoría III: 2RHZ/4R3H3).

Las presentaciones para el manejo de TB pediátrica puede ser en suspensión (en el caso de rifampicina) y también en tabletas dispersibles (medicamentos a dosis fijas). El PCT Nacional determinará la presentación pediátrica que se adquirirá para el tratamiento de TB Infantil.

2.5.5 RECOMENDACIONES EN CASOS ESPECIALES

2.5.5.3 Embarazo

Antes de indicar medicamentos antituberculosos a una mujer en edad fértil hay que determinar si está embarazada. La mayoría de medicamentos antituberculosos pueden ser utilizados durante el embarazo; la excepción es la estreptomycin, ototóxica para el feto, por lo cual no debe ser administrada. Hay que explicar a la paciente embarazada que el éxito del tratamiento antituberculoso, con los esquemas estandarizados recomendados, es muy importante para que el embarazo llegue a su normal término.

2.5.8.2 Lactancia

Una mujer que esté en período de lactancia y tiene tuberculosis o TB MDR, debe recibir el tratamiento antituberculoso completo. Un tratamiento adecuado y oportuno constituye el mejor medio de evitar la transmisión de la enfermedad al lactante. Todos los medicamentos antituberculosos son compatibles con la lactancia.

El bebé debe seguir recibiendo lactancia materna. Si la madre presenta baciloscopía positiva, el cuidado del lactante debe ser dado por los miembros de la familia hasta que la paciente convierta su baciloscopía. Cuando la madre y el lactante estén juntos, ambos deben estar en un lugar bien ventilado y la madre debe usar una mascarilla adecuada, mientras tenga baciloscopía positiva.

2.5.8.3 Uso de anticonceptivos

La rifampicina interfiere con los anticonceptivos orales, inyectables y subdérmicos, lo que determina un riesgo de disminución de la eficacia de su acción de prevención del embarazo. A la mujer que emplea estos anticonceptivos se le recomienda recurrir a otro método de anticoncepción.

2.5.8.4 Desórdenes hepáticos

La isoniacida, rifampicina y pirazinamida, están asociadas con el desarrollo de hepatitis. De los 3 medicamentos, el más hepatotóxico es la pirazinamida y el que menos causa daño hepatocelular es la rifampicina, aunque produce ictericia colestásica. Los pacientes con antecedentes patológicos personales de hepatitis aguda, alcoholismo o portadores de virus de la hepatitis pueden recibir los esquemas de tratamiento estandarizados recomendados en este manual, previa evaluación del perfil hepático, siempre y cuando no tengan enfermedad hepática crónica. Es preciso anotar que, las reacciones adversas pueden ser más comunes en estos pacientes y el personal de salud debe estar pendiente de las mismas. En el caso de una enfermedad hepática crónica, el enfermo debe ser evaluado por el médico consultor para indicar el esquema de tratamiento adecuado.

Los pacientes que tienen otras enfermedades concomitantes y reciben tratamiento con antidiabéticos orales, anticonvulsivantes, anticoagulantes, antirretrovirales, teofilina, bloqueadores beta y de los canales de calcio, deben ser tratados con los esquemas estandarizados de tratamiento antituberculoso. Sin embargo, es importante conocer que pueden presentar interacciones medicamentosas importantes con isoniacida y/o rifampicina; por tanto, es necesario que sean evaluados por el médico consultor y el médico especialista antes y durante el tratamiento

2.5.8.5 Pacientes con diabetes mellitus

Es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce suficiente insulina, o cuando el organismo no puede utilizarla adecuadamente provocando que los niveles de glucosa en la sangre, sobrepasen lo normal. Criterios para el diagnóstico de diabetes:

- Síntomas clásicos (polidipsia, polifagia, poliuria y pérdida de peso), con el hallazgo casual, sin considerar el tiempo pasado desde la última comida, de un nivel de glicemia por encima de 200 mg/dl (11.1 mmol/l).
- Una glucosa en ayunas superior a 126 mg/dl (7 mmol/l).
- Niveles de glucosa por encima de 200 mg/dl (11.1 mmol/l) en un análisis de dos horas posterior a una sobrecarga oral de glucosa de 75 gramos (test realizado según los criterios de la OMS).
- La presencia de diabetes mellitus puede potenciar efectos adversos a fármacos antituberculosos, especialmente disfunción renal y neuropatía periférica.
- Los hipoglicemiantes no están contraindicados durante el tratamiento de la tuberculosis, sin embargo, puede requerir dosis mayores y se recomienda el uso de insulina mientras dure el tratamiento, para ello es importante la evaluación y manejo conjunto con el endocrinólogo o médico internista capacitado en el tratamiento de la diabetes.
- Para el éxito del tratamiento antituberculoso es importante mantener controlada la glicemia en cifras normales.

2.5.8.6 Insuficiencia renal crónica

En caso de presentar insuficiencia renal crónica, la isoniacida, rifampicina y pirazinamida se excretan mayormente por vía biliar, por lo que estos fármacos pueden ser administrados a dosis normal.

En pacientes con insuficiencia renal severa deben recibir piridoxina junto con la isoniacida para prevenir neuropatía periférica.

La estreptomycin y etambutol son excretados por el riñón, motivo por el cual debe controlarse estrechamente la función renal para realizar el ajuste de dosis de cada fármaco.

Ajuste de la dosis de los fármacos antituberculosos en enfermos con insuficiencia renal crónica, según el Aclaramiento de creatinina en orina de 24 horas

Fármaco	Aclaramiento de creatinina (ml/min)					
	< 50		< 20		< 10	
	Dosis	Intervalo	Dosis	Intervalo	Dosis	Intervalo
HEZS, aminoglucósidos	Reducir la dosis a la mitad	Cada 48 horas	-	-	Reducir 1/3 de dosis	Cada 72 horas
Ciprofloxacino	-	-	Reducir	Cada 18 – 24 horas		

2.5.9 REACCIONES ADVERSAS A LOS MEDICAMENTOS (RAM)

La mayoría de los pacientes terminan su tratamiento antituberculoso sin sufrir ningún efecto adverso. Sin embargo, teniendo en cuenta que algunos pacientes pueden padecer estos efectos, es importante vigilar clínicamente a todos los pacientes con tuberculosis durante su tratamiento.

No es necesario que la vigilancia incluya análisis sistemáticos de laboratorio. El personal de salud debe vigilar la aparición de efectos adversos preguntando a los pacientes si tienen síntomas cuando acudan a tomar los medicamentos.

RAM desde el punto de vista de los síntomas

Efectos secundarios	Medicamento (s) probablemente responsable(s)	Medidas
Leves		Proseguir la medicación; controlar la dosis
Anorexia, náuseas, dolor abdominal, molestias gastrointestinales	Isoniacida, pirazinamida o rifampicina	Administrarla con el estómago lleno (puede ser con el desayuno o almuerzo)

Dolores articulares	Pirazinamida	Aspirina
Sensación de ardor o insensibilidad en los pies	Isoniacida Piridoxina	100 mg por día
Orina anaranjada o roja	Rifampicina	Tranquilizar al paciente
Prurito	Todos los medicamentos antituberculosos	Tratamiento sintomático
Importantes		Suspender medicamento(s) en cuestión
Erupción cutánea	Todos los medicamentos antituberculosos	Suspender la medicación
Hipoacusia (en ausencia de cerumen)	Estreptomina	Suspender
Mareos (vértigo y nistagmo)	Estreptomina	Suspender
Ictericia (en ausencia de otras causas)	Pirazinamida, isoniacida, y rifampicina	Suspender la medicación antituberculosa
Vómitos persistentes, confusión (sospechar insuficiencia hepática aguda de origen farmacológico)	La mayoría de los medicamentos antituberculosos	Suspender la medicación. Realizar pruebas urgentes funcionales hepáticas y obtener el tiempo de protrombina
Pérdida de agudeza visual (en ausencia de otras causas)	Etambutol	Suspender
Choque, púrpura, insuficiencia renal aguda	Rifampicina	Suspender la medicación y hospitalizar al paciente de Urgencia. No utilizar rifampicina cuando se reinicie el tratamiento, siempre y cuando esté seguro que la rifampicina haya sido responsable de esta reacción

Cuando el paciente presente reacciones adversas importantes, el personal de salud debe referirlo al médico consultor para su manejo.

2.5.9.1 MANEJO DE LAS REACCIONES ADVERSAS IMPORTANTES A MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSOS

A continuación se muestra el manejo de las RAM importantes, mismas que estarán a cargo de los médicos consultores.

2.5.9.1 Respuesta ante una reacción cutánea

Si el paciente presenta prurito y no existe ninguna otra causa manifiesta (por ejemplo, escabiosis) se recomienda ensayar un tratamiento sintomático con antihistamínicos, proseguir la medicación antituberculosa y vigilar al paciente. Si aparece una erupción cutánea, se suspenderán todos los medicamentos antituberculosos. Cuando haya desaparecido la reacción, se podrá reanudar el tratamiento antituberculoso. El problema estriba en determinar cuál debe ser éste, pues se ignora qué medicamento provocó la reacción. A continuación se indica el enfoque normatizado empleado para reanudar los medicamentos antituberculosos después de una reacción a los mismos.

2.5.9.3 Efectos secundarios y contraindicaciones de los medicamentos

FÁRMACO	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
1. Isoniazida	Hepatitis, polineuritis y otros trastornos neurológicos Erupciones cutáneas, artralgias.	- Alcoholismo. - Enfermedad hepática. - Epilepsia. - Falla renal.
2. Rifampicina	Náuseas, vómitos y diarrea, colestasis, trombocitopenia, IRA.	- Alcoholismo. - Enfermedad Hepática.
3. Piracinamida	Hepatitis, artralgia, hiperuricemia	- Enfermedad hepática severa. - Gota.
4. Estambutol	Neuritis retrobulbar	- Neuritis óptica - Enfermedad renal. - Gota.
5. Estreptomici na	Toxicidad vestibular y auditiva, netrototoxicidad, rash, parestesias bucales.	- Embarazo. - Deterioro renal pre-existente. - Daño vestibular o coclear. - Miastenia gravis. - Hipocalcemia.

La finalidad de las dosis de ensayo consiste en identificar el medicamento responsable de la reacción. Se inicia con el medicamento menos sospechoso de causar la reacción (es decir, la isoniacida). Se comienza con una dosis de ensayo baja para que, si hay reacción, sea más benigna que con una dosis completa. La dosis se aumenta gradualmente durante tres días. Se repite el procedimiento añadiendo un medicamento cada vez, por ejemplo: del día 1 al 3 se comienza con isoniacida, del día 4 al 6 se incrementa rifampicina, del día 7 al 9 se incrementa pirazinamida, del día 10 al 12 se incrementa etambutol y finalmente del día 13 al 15 se incrementa estreptomina.

Cuando aparece una reacción después de añadir un determinado medicamento, cabe deducir que dicho fármaco es la causa de la reacción inicial. No se ha demostrado que este método de ensayo provoque farmacoresistencia.

Si la reacción cutánea ha sido causada por la pirazinamida, el etambutol o la estreptomina, se elimina ese medicamento del tratamiento, y de ser posible habrá que reemplazarlo por otro. Puede resultar necesario prolongar el régimen terapéutico.

Se considera que la fecha de reanudación del tratamiento es la fecha inicial de un nuevo ciclo de tratamiento. El período total de tratamiento se ve así prolongado, pero disminuye el riesgo de recidiva.

2.5.9.4 Respuesta ante una hepatitis medicamentosa

La mayoría de los medicamentos antituberculosos pueden dañar el hígado; las lesiones hepáticas se deben casi siempre a pirazinamida, isoniacida, y rifampicina, y muy rara vez a etambutol. La hepatitis que aparece en el curso de una quimioterapia antituberculosa podría deberse al tratamiento o a otra causa. Se debe interrumpir el tratamiento antituberculoso y cuando haya desaparecido la reacción, se podrá reanudar el mismo como se observa en la siguiente tabla.

Cómo reanudar la medicación antituberculosa después de una reacción cutánea

MEDICAMENTO	DOSIS EN MILIGRAMOS		
	Día 1	Día 2	Día 3
Isoniacida	50	300	300
Isoniacida/Rifampicina	Día 4 300/75	Día 5 300/300	Día 6 300/600
Isoniacida/Rifampicina/Pirazinamida	Día 7 300/600/250	Día 8 300/600/1000	Día 9 300/600/1500
Isoniacida/Rifampicina/Pirazinamida/ Etambutol	Día 10 300/600/1500/ 1000	Día 11 300/600/1500/ 400	Día 12 300/600/1500/ 1200
Isoniacida/Rifampicina/Pirazinamida/ Etambutol/Estreptomina	Día 13 300/600/1500/ 1200/125	Día 14 300/600/1500/ 1200/500	Día 15 300/600/1500/ 1200/11000

La dosis total de cada medicamento debe ser calculada según el peso del paciente.

Introducir estreptomina sólo si el paciente tiene prescrito ESQUEMA DOS.

Significa que se administrará 300 mg de isoniacida, 600 mg de rifampicina, 1 500 mg de pirazinamida, 1 200 mg de etambutol y 1 000 mg de estreptomina.

Si el paciente tolera la isoniacida y rifampicina, podemos asumir que el medicamento causante de la hepatitis fue la pirazinamida. Para el paciente con esquema uno de tratamiento se puede reemplazar la pirazinamida por estreptomina durante la fase inicial.

En caso de TB grave, el paciente puede fallecer si se suspende la quimioterapia antituberculosa a causa de una hepatitis medicamentosa. En esa situación o cuando la ictericia tarda en desaparecer más de 2 semanas, se debe proseguir el tratamiento con los dos medicamentos menos hepatotóxicos, estreptomina y etambutol. Al término de la hepatitis se podrá reanudar la medicación antituberculosa habitual.

2.5.10 RESISTENCIA A MEDICAMENTOS

Sigue siendo un problema mundial (desde el décimo de 1950) y la incidencia de la resistencia a múltiples medicamentos representa un nuevo reto. Al planear un tratamiento eficaz, deben considerarse diferentes tipos de resistencias a los Quimioterápicos.

Las causas más comunes de resistencia a los medicamentos son:

- Esquema de tratamiento equivocado.
- Irregularidad en la toma de medicamentos.
- Administración sin supervisión directa del tratamiento.

Hay tres tipos de resistencias de bacilo tuberculoso a los medicamentos antituberculosos llamados resistencia natural adquirida y primaria.

- **Resistencia Primaria:** Se presenta ante uno de los agentes antituberculosos de primera línea en sujetos que no han recibido tratamiento con anterioridad.
- **Resistencia Secundaria Adquirida:** Se presenta por terapias inadecuadas ante uno o más agentes antituberculosos en pacientes que están en tratamiento.
- **Resistencia a Varios Quimioterápicos:** Se representa ante dos agentes, específicamente isoniazida (INH) y rifanpicina, la población en mayor riesgo de resistencia farmacológica múltiple son las personas positivas al VIH, los hospitalizados y los que carecen en el hogar.

2.5.11 VIGILANCIA DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Los casos de tuberculosis pulmonar deben ser vigilados mediante baciloscopía de esputo, indistintamente al esquema de tratamiento administrado al paciente.

Las baciloscopías de control se realizarán de manera mensual, indistintamente del esquema de tratamiento que se administre.

Las baciloscopías de control se realizarán de manera mensual, indistintamente del esquema de tratamiento que se administre.

Controles baciloscópicos según dosis

Controles baciloscópicos			
Esquema 1		Esquema Dos	
Dosis	Dosis	Dosis	Dosis
25	12	25	12
50	24	50	24
	36	75	36
	50		48
			60

2.5.11.1 Esquema Uno: si la baciloscopía es positiva en la dosis 50 de la fase inicial, se prolongará 25 dosis más, si la baciloscopía se mantiene positiva al final de la dosis 25 de la extensión, la muestra respectiva se remitirá al laboratorio provincial para el procesamiento de cultivo y prueba de sensibilidad; seguidamente se inicia la fase de consolidación.

En el caso de ser un fracaso al esquema Uno, el médico tratante debe preparar un expediente para ser enviado al PCT provincial, quien lo presentará al Comité Técnico de TB MDR correspondiente para evaluar el inicio con esquema estandarizado de medicamentos antituberculosos de segunda línea (Categoría IV).

Si un caso TBP BK – C +, se realiza control baciloscópicos mensual, al igual que los casos de TBP BK +. No hay necesidad de realizar control con cultivo, salvo que presente baciloscopía positiva al tercer mes de tratamiento.

2.5.11.2 Esquema Dos: Antes de iniciar el tratamiento se debe solicitar cultivo y prueba de sensibilidad a todo caso antes tratado (recaída y abandono recuperado). Si la baciloscopía es positiva al final de la 1a fase, se prolonga un mes la fase inicial del tratamiento con cuatro medicamentos (25 dosis). Si se dispone del resultado de la prueba de sensibilidad, se debe ajustar el tratamiento, tomando en cuenta el patrón de resistencia y la situación clínica del paciente, para proceder al inicio de tratamiento con medicamentos de 2da línea previa evaluación y decisión del Comité Técnico Provincial o Nacional de TBMDR.

2.5.12 REGISTRO DEL RESULTADO DEL TRATAMIENTO

Al terminar el tratamiento administrado a un enfermo con tuberculosis, el responsable debe registrar la condición de egreso en el Libro de casos de tuberculosis, en la Tarjeta de control y administración de tratamiento y en la Historia Clínica. Se consideran las siguientes categorías de egreso en esquemas de primera línea:

- **Curado:** Paciente que ha presentado por lo menos dos baciloscopías negativas: al terminar el tratamiento y en otra oportunidad anterior.

- **Tratamiento terminado:** Paciente que ha terminado el tratamiento pero que no dispone de resultados de baciloscopía al término del mismo.
- **Fracaso:** Paciente que sigue presentando o vuelve a presentar una baciloscopía o cultivo positivo al quinto mes de tratamiento.
- **Transferencia sin confirmar:** Paciente transferido a otro establecimiento de salud y del que se desconoce el resultado final del tratamiento.
- **Abandono:** Paciente cuyo tratamiento ha sido interrumpido durante un mes o más.
- **Fallecido:** Paciente que fallece por cualquier causa en el curso del tratamiento.

Nota: en los casos de tuberculosis pulmonar BK – Cultivo – (TBPBK – C –) y extrapulmonar no es posible evaluar la condición de “curado”. La condición de egreso de la mayoría de estos pacientes podrá ser: tratamiento terminado, transferencia sin confirmar abandono o fallecido. En los casos de TBPBK – C – y extrapulmonar, solo se definirá la condición de “fracaso”, si hay evidencia bacteriológica o histopatológica.

2.5.13 CÓMO ADECUAR EL TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE

Uno de los objetivos de un programa de lucha antituberculosa consiste en organizar servicios de salud que aproximen el tratamiento antituberculoso al domicilio del paciente. Para alcanzar este objetivo es necesario tomar en cuenta ¿Quién administra el tratamiento directamente observado?

Muchos pacientes viven cerca de un establecimiento de salud (centro de salud, subcentro de salud, hospital u otra entidad de salud). En estos casos, el tratamiento será observado por el personal del establecimiento.

Otros pacientes viven lejos de un establecimiento de salud, en ese caso la observación quedará a cargo de un promotor de salud, líder comunitario o miembro de la comunidad capacitado para tal fin.

La relación con otros programas de salud permite identificar a personal de los mismos que pueda encargarse de observar el tratamiento antituberculoso. En algunas zonas existen programas comunitarios con promotores de salud que asisten asiduamente a los domicilios de las personas, ellos pueden encargarse de la observación del tratamiento.

El personal del PCT debe capacitar y supervisar al personal de salud, promotores, líderes, etc. que observarán el tratamiento, para quienes se puede idear algún tipo de incentivo (por ejemplo, atención gratuita o inmediata en el establecimiento de salud).

Se debe establecer un claro nivel de responsabilidad que vaya del personal del PCT al personal de salud en general o a las otras personas que observarán el tratamiento.

Si la persona a cargo de observar el tratamiento no es un miembro del personal de salud, se debe establecer un sistema claro, sencillo y confiable para que registre cada dosis administrada en la tarjeta de control y administración de tratamiento del paciente.

2.6.14 CÓMO Y CUÁNDO ADMINISTRAR EL TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO

El personal de salud u otros observadores del tratamiento deben conducirse en todo momento con amabilidad y consideración a las necesidades del paciente.

La persona a cargo de la observación del tratamiento debe cerciorarse que el paciente degluta todos los medicamentos administrados. Todos los medicamentos deben administrarse en una sola toma, sólo en caso de intolerancia extrema se podrá fraccionar temporalmente la toma del medicamento.

Es preferible tomar el tratamiento antituberculoso con el estómago vacío, esto no significa que el paciente tenga que venir en ayunas sino que debe tomar los medicamentos dos horas después o una hora antes de comer.

El personal de salud debe administrar el tratamiento directamente observado durante todo el horario de atención del establecimiento de salud. Si por alguna circunstancia el paciente no puede acudir a tomar el tratamiento durante el horario de atención, se puede encargar la observación del mismo al personal que queda a cargo de la guardianía del establecimiento.

El tratamiento antituberculoso debe ser considerado una emergencia, por lo tanto no se suspenderá ante eventos tales como feriados, huelgas o paros, el personal de salud buscará estrategias para la continuidad del tratamiento.

En la primera fase del tratamiento, el paciente debe tomar la medicación por lo menos 5 días por semana. En la segunda fase del tratamiento, el paciente debe tomar la medicación 3 veces por semana. Cuando el paciente no acude a tomar la medicación es necesario buscarlo en las primeras 48 horas siguientes en las direcciones registradas, utilizando los medios apropiados al contexto local.

Todo servicio de salud debe lograr tasas elevadas de conversión de la baciloscopia y de curación, con cualquiera de las estrategias de observación de tratamiento adoptadas.

2.6 ASPECTOS PREVENTIVOS DE LA TUBERCULOSIS

Diagnóstico precoz y tratamiento de la TBP BK+

La medida preventiva más eficaz es evitar el contagio mediante la eliminación de las fuentes de infección presentes en la comunidad a través de la detección, diagnóstico precoz y tratamiento completo y exitoso de los casos de tuberculosis pulmonar BK (+).

2.6.1 VACUNACIÓN BCG

La vacuna BCG previene la diseminación hematológica a partir del foco primario, mostrando una protección de 80% para las formas de tuberculosis infantil más severas (meníngea y miliar), cuando la vacunación se realiza en el recién nacido.

Es responsabilidad del Programa Ampliado de Inmunizaciones, con el cual el Programa de Control de la Tuberculosis coordinará acciones para garantizar coberturas adecuadas de vacunación BCG en el ámbito de la jurisdicción de cada servicio de salud.

- **Vía, dosis y edad de aplicación** Una dosis de 0,1 ml o 0.05 ml, según el fabricante, por vía intradérmica en la parte media del músculo deltoides del brazo derecho. Aplicar a todos los recién nacidos (dentro de las 24 horas) o en el primer contacto del niño(a) con los servicios de salud. En el sitio de la aplicación aparece una pápula edematosa de 5 a 10 mm que desaparece después de media hora de la misma. Después de dos a tres semanas aparece una mácula (mancha roja) que se endurece; entre la cuarta y sexta semana aparece un nódulo.

El nódulo en ocasiones se abre (úlceras) y deja escapar serosidad, que debe ser lavada al momento del baño diario con agua y jabón, no requiere la aplicación de soluciones antisépticas, ni de manipulación. Entre las semanas 6 y 12 aparece la costra que al secarse cae y generalmente deja una cicatriz de aspecto y tamaño variable, de acuerdo a la piel de cada niño, la cual perdura toda la vida. La ausencia de cicatriz ocurre de 10 a 20% de los niños vacunados, lo cual no es indicación de revacunación.

- **Complicaciones post–vacúnales de BCG.**

La BCG es bien tolerada por la mayoría de los vacunados, incluso recién nacidos. Sin embargo, tiene efectos secundarios, generalmente locales y leves, al ser una vacuna de microorganismos vivos atenuados. Las reacciones más comunes son inflamaciones en el lugar de la inyección, o en algunos ganglios satélites axilares o supraclaviculares.

Son adenopatías blandas, adherentes y generalmente no causan molestias a la salud del niño, resolviéndose de forma espontánea; a veces pueden fistulizarse, en cuyo caso precisan limpieza quirúrgica. Es importante recordar que la presencia de adenopatías corresponde generalmente a una mala técnica de aplicación de la vacuna, en cuyo caso se requiere una capacitación del personal.

<p>No está indicado iniciar tratamiento con medicamentos antituberculosos en presencia de adenopatías.</p>

2.6.3 CONTROL DE CONTACTOS

Contactos son las personas que han estado expuestas al contagio de un enfermo con tuberculosis. Debe entrevistarse a los contactos habituales intradomiciliarios (los que conviven con el paciente con tuberculosis), que son los que tienen mayor riesgo, así

- **Examen de contactos en menores de 5 años**

Los menores de 5 años, contactos de pacientes con tuberculosis, deben ser examinados por el médico del establecimiento de salud. El médico debe aplicar los criterios epidemiológicos, clínicos, inmunológicos, radiológicos y bacteriológicos. (Refiérase al capítulo de tuberculosis infantil.)

- **Examen de contactos con 5 y más años**

Con síntomas respiratorios:

Se calificará como contacto examinado a la persona que tiene los resultados de una o más baciloscopías de esputo. Independientemente de los resultados, todo contacto

calificado como SR debe registrarse en el Libro de registro de sintomáticos respiratorios.

Si resulta positivo, iniciar tratamiento. Si es negativo, pasará a consulta médica para determinar la patología respiratoria y educación para la salud.

Sin síntomas respiratorios: Se calificará como contacto examinado a la persona que fue entrevistada por la enfermera para brindarle educación para la salud, recomendándole que si presenta tos y flema por más de 15 días acuda al PCT.

Todos los contactos deben ser registrados en la sección Estudio y Control de Contactos en la cara posterior de la tarjeta de control y administración de tratamiento del paciente con tuberculosis.

2.6.4 TERAPIA PREVENTIVA CON ISONIACIDA (TPI)

Tiene por objeto disminuir el riesgo de desarrollar la enfermedad en las personas con infección tuberculosa latente. Consiste en administrar isoniacida 5 mg/Kg/día (máximo 300 mg al día), 7 días a la semana, durante 9 meses a los contactos menores de 5 años de pacientes con tuberculosis pulmonar BK +.

Antes de iniciar la TPI se debe investigar la presencia o no de tuberculosis activa.

- **Indicaciones de TPI**

- Menores de 5 años contactos de casos TBP BK (+) en los que se descarta TB activa.
- Todo recién nacido (sin evidencia de enfermedad tuberculosa), cuya madre tiene baciloscopía positiva al momento de su nacimiento, debe recibir primero TPI completa y después se lo vacunará con BCG.
- Se entregará la isoniacida en forma quincenal a la madre, padre o tutor previamente educado, sin embargo en UO donde sea posible, se podrá realizar TPI observado.

2.6.5 PRUEBA DE TUBERCULINA (PPD)

La prueba de tuberculina consiste en una inyección intradérmica de un 0,1ml de PPD y la medición de la induración causada por la misma a las 48 a 72 horas. Esta prueba evidencia un estado de hipersensibilidad del organismo frente a las proteínas del bacilo tuberculoso que se ha adquirido después de una infección por una micobacteria.

La adquisición del PPD la realizará el MSP bajo condiciones de garantía de calidad a laboratorios oficialmente reconocidos por laOMS.

- **Indicaciones**

- Para investigar la presencia o ausencia de infección tuberculosa en niños.
- Personas viviendo con VIH/SIDA que requieren comprobar la presencia de infección TB latente.
- Estudios epidemiológicos para conocer prevalencia de infección en la población.
- Personal sanitario nuevo que va a estar en contacto con pacientes con tuberculosis.

- **Composición**

La tuberculina que se utiliza es la del lote RT23 en Tween80; se trata de un derivado proteico purificado (PPD) de cultivo *Mycobacterium tuberculosis*.

Deberá utilizarse tanto en las unidades de atención de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública (MSP), como en otras organizaciones públicas y privadas que trabajen con o sin coordinación con el MSP, el compuesto producido bajo la certificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

- **Conservación**

- No debe estar expuesto a la luz.
- Debe conservarse en refrigeración a una temperatura entre 2 a 8 grados centígrados.
- Debe ser usada estrictamente hasta la fecha de caducidad señalada en el envase.

- **Equipo**

- Jeringa de tuberculina de 1 ml, graduada en centésimos de mililitro de buen ajuste, sin pérdidas para medir dosis exactas.
- Agujas de calibre 26 de 5/8 o 3/8 pulgada, bisel corto.

- Algodón.
- Para lectura: Regla milimetrada de 10 cm, de plástico transparente.

- **Técnica de aplicación Mantoux**

La aplicación de tuberculina se realiza en el antebrazo izquierdo mediante inyección intradérmica. Si bien puede usarse la cara anterior del antebrazo, se recomienda usar la cara dorsal porque las características de la piel son más gruesas, hay menos dolor y la reacción es redondeada, estableciendo mayor precisión.

Ajustar la aguja de manera que el bisel esté orientado hacia la escala de la jeringa, lo que permitirá medir la cantidad de líquido a inyectar.

Cargar más de 0.15 ml en la jeringa. Retirar el aire si se hubiese aspirado y hacer recorrer el líquido hasta que esté en el extremo del bisel y en línea de un décimo de ml. No es necesario desinfectar la piel antes de la inyección.

Para efectuar la aplicación tómesese la jeringa entre los dedos índice y mayor, dejando el pulgar libre para presionar el émbolo. Introducir cuidadosamente la punta de la aguja con el bisel hacia arriba en la dermis, estirándola ligeramente en dirección de la aguja y a lo largo del brazo; el bisel debe quedar visible a través de ella. No debe tocarse el émbolo de la jeringa hasta que la punta de la aguja se haya insertado satisfactoriamente.

- Inyectar lentamente la dosis exacta: de 0.1 ml.
- La inyección debe dejar una pápula plana, pálida con los poros pronunciados (cáscara de naranja) y un borde definido. Esta pápula desaparece rápidamente, puede provocar prurito.
- Registrar la aplicación en el formulario correspondiente.

- **Lectura de la prueba**

- La prueba tuberculínica debe leerse a las 72 horas de aplicada. La lectura se limita a un solo aspecto de la reacción, la induración. No se debe tomar en cuenta la zona de enrojecimiento o eritema.
- Se necesita elegir un lugar con suficiente luz para facilitar la lectura y contar con una regla: flexible, transparente y milimetrada corta (10 o 15 cm) con escala visible, preferentemente en negro.
- Se considera una prueba reactiva cuando presenta 10 mm o más, sobre todo si los niños fueron vacunados con BCG.

- En caso de niños desnutridos o inmunosuprimidos o pacientes viviendo con VIH/SIDA (PVVS) se considera reactiva una prueba de 5 mm o más.

2.7 CONTROL DE INFECCIONES Y BIOSEGURIDAD

2.7.1 Definición

Son las medidas concretas y prácticas de trabajo que reducen la probabilidad de transmitir y adquirir M. tuberculosis.

La mejor medida de control de infecciones y bioseguridad es la detección precoz y el tratamiento oportuno y supervisado de los casos de TB pulmonar bacilífera.

Las medidas más costo–efectivas son las que están ligadas con la actitud del personal de salud.

2.7.2 Objetivo

Disminuir el riesgo de transmisión de Mycobacterium tuberculosis al interior de los establecimientos de salud.

2.7.3 Estrategias

- Medidas de control administrativo
- Medidas de control ambiental
- Protección personal

2.7.4 Rol del PCT Provincial

El PCT provincial tiene el rol de organizar, capacitar sobre control de infecciones en tuberculosis y monitorear los planes de control de las áreas de salud, UO y Hospitales.

2.7.5 Medidas de Control Administrativo

Es el primer nivel de control y el más importante. Las medidas administrativas están orientadas a reducir la exposición al bacilo de la tuberculosis y evitar así la infección y enfermedad del personal y otros pacientes que acuden a las unidades de salud, a través de políticas y prácticas de manejo eficaz de los pacientes. Entre las medidas administrativas se encuentran:

- Educación del personal de salud sobre la tuberculosis, la importancia del diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno y efectivo, formas de contagio, etc.
- Identificar con rapidez y eficacia a los sintomáticos respiratorios en áreas de alto volumen de pacientes (emergencia, consulta externa y salas de espera) y confirmar el diagnóstico de modo oportuno.
- Derivar con rapidez a los pacientes a las unidades operativas más cercanas a su residencia a fin de dar inicio al tratamiento de manera expedita.
- En pacientes hospitalizados, dar inicio al tratamiento de manera inmediata una vez confirmado el diagnóstico.
- Aislar de inmediato a los pacientes con diagnóstico de TBPBK + y tener particular consideración con los pacientes de TB multidrogoresistente.
- Mantener a los pacientes de VIH, o sospechosos de VIH, a quienes no se les ha confirmado diagnóstico de TB, alejados de pacientes con TB.
- Considerar, por ejemplo, aislar a un sintomático respiratorio VIH + con sospecha de tuberculosis hasta que el diagnóstico sea confirmado. Igual conducta se deberá tomar en otros pacientes inmunodeprimidos.
- Restringir el horario de visitas a pacientes con tuberculosis.

- Educar a los pacientes hospitalizados para que en caso de tos y expectoración se cubran la boca con mascarilla y luego de su uso la depositen en una funda plástica, para su posterior desecho, y de ser posible, la incineración por parte del personal de salud. No deben existir escupideras con cal, pues no causan protección real.
- Cumplir a cabalidad con las normas de bioseguridad en el laboratorio de baciloscopía y cultivo.
- Control de TB en el personal de salud.

2.7.6 Medidas de Control Ambiental

- Las medidas de control ambiental se aplican para complementar las medidas administrativas, con el fin de disminuir la concentración de los núcleos aerosoles infecciosos en el aire controlando la dirección y el flujo del mismo.

Existen dos métodos principales de control ambiental: el primer método consiste en incrementar el intercambio de aire interno potencialmente contaminado con aire puro del exterior por medio de ventilación; el segundo, consiste en utilizar luz ultravioleta, ya que mata los bacilos de tuberculosis eficaz y rápidamente.

- En algunos casos la observación de estas medidas puede implicar modificaciones en la planta física del hospital, las que podrían acarrear costos muy elevados. Entre las medidas ambientales se encuentran:
 - Minimizar el uso de procedimientos que induzcan la tos en pacientes sospechosos de tuberculosis, como por ejemplo, evitar el uso de broncoscopía en pacientes en quienes se sospeche tuberculosis activa.
 - La ventilación adecuada ha demostrado ser altamente eficaz en zonas tropicales y subtropicales de escasos recursos, permitiendo el flujo natural de aire a través de ventanas abiertas. En algunos establecimientos se tiene la tendencia a cerrar

las ventanas en caso de lluvia. Esto es particularmente grave en pacientes con TB MDR, sobre todo en ausencia de mecanismos de extracción de aire. Los cuartos destinados a pacientes con formas multiresistentes de tuberculosis deben tener ventanas grandes y mantenerse abiertas en todo momento. Sin embargo, el flujo de aire hacia el interior del hospital debe controlarse.

- Debe tomarse en cuenta el flujo de aire en relación a la ubicación del personal de salud y los pacientes en la consulta ambulatoria.
- La ventilación mecánica (presión negativa) es otro método alternativo y su prioridad debe ser en áreas de hospitalización y donde se desarrollan actividades de alto riesgo, como laboratorios, salas donde se efectúan las broncoscopías y otros procedimientos que induzcan la tos, así como las áreas donde se realicen autopsias. Se recomienda en aquellos hospitales en donde todos los otros aspectos de control de infecciones han sido exitosamente implementados.
- Otras medidas incluyen la separación física de áreas comunes para pacientes con TB MDR, VIH y TB; por ejemplo, los sanitarios, y asegurarse de que tanto el espacio destinado para la oficina del PCT como el laboratorio cumplan con las normas de bioseguridad contenidas en el Manual de Normas.

Es importante tener presente que el bacilo *M. tuberculosis* es altamente sensible al calor, la luz solar y la radiación ultravioleta, y sobrevive a la desecación hasta 96 horas. Por ello, en países de escasos o medianos recursos económicos se recomienda ventilar bien las habitaciones donde estén los enfermos tuberculosos, permitiendo el libre flujo de aire y la radiación natural ultravioleta que aportan los rayos solares. Asimismo, una buena limpieza con hipoclorito de sodio al 2,5% permite una buena desinfección de las superficies que podrían estar contaminadas por *Mycobacterium tuberculosis*.

2.7.7 Medidas de Protección Personal

Las medidas de protección personal se aplican para garantizar la protección individual de los trabajadores de la salud en ambientes especializados y donde puedan estar expuestos a núcleos infecciosos:

- Durante el procedimiento de la toma de muestras de esputo.
- Durante la atención a pacientes en habitaciones de aislamiento para TB.
- En habitaciones ambulatorias con ventilación deficiente.
- Durante la realización de broncoscopías u otros procedimientos que inducen tos o generan aerosoles.
- Durante las actividades de limpieza que se realizan en áreas donde se encuentran pacientes BK +.
- Durante la realización de autopsias de pacientes fallecidos con tuberculosis.
- Durante el traslado de pacientes con TB BK + (ambulancias y vehículos).

Es importante destacar que para que las medidas de protección personal sean eficaces, éstas deben formar parte de un programa integral de control de infecciones dentro de los establecimientos de salud y se deben aplicar en conjunto con las otras medidas aquí mencionadas.

La educación del paciente y su familia en cuanto al control de infecciones y el riesgo de adquirir la infección durante las visitas es fundamental para aumentar la eficacia de este tipo de medidas. Entre las medidas por considerar se encuentran:

Normar la utilización de respiradores por parte del personal de salud, el paciente y sus familiares. El uso de respiradores N95 se recomienda tanto para los

Pacientes con TB MDR como para el personal a su cuidado y sus familiares.⁹ Las mascarillas de protección tipo quirúrgica sólo son eficaces cuando las utiliza el paciente porque disminuyen la aerosolización de partículas cargadas de bacilos, pero son poco eficientes cuando las utiliza una persona no infectada para evitar la infección, ya que filtran más del 50% de las micobacterias existentes en el ambiente.

Al considerar el uso de máscaras, insistir en el uso adecuado, asegurándose de que ésta quede firmemente ajustada al rostro¹⁰. (Reforzar la importancia del lavado de manos y

facilitar instalaciones para hacerlo (jabón, agua limpia, toallas desechables), factor importante en todo momento de la atención a pacientes en las unidades de salud.

2.7.8 Bioseguridad en Laboratorio

Son los procedimientos y acciones encaminadas a la prevención de la transmisión de infecciones en el laboratorio por contaminación al momento de procesar muestras.

Es obligación de los responsables del PCT implementar y difundir las medidas de control de infecciones en la atención a pacientes con tuberculosis.

Las normas de bioseguridad para los laboratorios constan en el Manual de Normas Técnicas y Procedimientos para el Diagnóstico de la Tuberculosis por Microscopía Directa, Cultivo y PSD.

2.8.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL ÁREA DE SALUD N° 1

En Marzo de 1943 se inauguró un Dispensario que pertenecía a la Asistencia Social, en donde laboraba un médico y un boticario. Sus instalaciones funcionaban en las calles 9 de Octubre y Sucre (esquina).

En esas épocas, El hospital Provincial era quien proporcionaba ayuda económica para la adquisición de insumos y para dar la atención únicamente de morbilidad.

En Noviembre de 1956, se integra la Dra. Sara Del Pozo a laborar en este dispensario. En 1957 se comienza a vacunar a la población, el Instituto de Higiene proveía de biológicos a la unidad, iniciaron aplicando la vacuna BCG liofilizada, DPT, y la Anti – variólica, pero por no contar con un sistema de refrigeración adecuado, la vacuna era guardada en las refrigeradoras de los vecinos del lugar.

Como no disponían de suficientes ingresos económicos para continuar pagando la renta del local, el dispensario se trasladó al hospital Delfina Torres, lugar en el cual se cedió 2 habitaciones para su funcionamiento, en 1967 el hospital se incendió, por lo que tuvieron que reubicarse a partir de ese momento en varios lugares.

Posteriormente este centro y el hospital pasaron a formar parte de la Jefatura Provincial de Salud y por ende del presupuesto del Estado, lo que permitió iniciar las adquisiciones de insumos y materiales necesarios.

En 1982, el Centro Materno Infantil pasa a ocupar las instalaciones del Hospital Franklin Tello Ubicado en el Barrio Aire Libre, con el nombre de **Centro de Salud # 1**.

En Noviembre de 1994 se inicia el proceso de desconcentración del MSP y se procede a dividir a la Provincia de Esmeraldas geográficamente en 8 Áreas de Salud, en donde el Centro de Salud N ° 1 es la sede de la Jefatura del Área de Salud N ° 1.

Desde el año 2000 el Centro de Salud cuenta con infraestructura física y nuevas instalaciones, con el apoyo de FASBASE, y el aporte del Ministerio de Economía y Finanzas.

2.8.2 INTRODUCCION ÁREA DE SALUD N° 1

Históricamente hemos venido enfrentándonos a una administración vertical en donde la toma de decisiones se da solo en niveles de Alta gerencia, sin tomar como punto de partida también la participación de los niveles locales.

En años se ha realizado el trabajo de esta área con proceso de transformación sectorial cuyo objetivo es Garantizar el derecho a la salud para todos y todas propiciando el “Buen Vivir” una que refleje nuestras necesidades y/o problemas, pero que también contengan propuestas de mejoramiento, viables y de fácil aplicación.

Propender a disminuir la tasa de mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil, revertir la tendencia del VIH y casos de SIDA, así como aumentar el porcentaje de uso de preservativos y disminución del embarazo en adolescentes, disminuir progresivamente la atención a la morbilidad y aumentar sustancialmente las acciones de promoción de la salud y otros, es parte de nuestro accionar en forma integral e integrada con la población y familias de las zonas de influencia del área 1 y con esto aumentar la esperanza de vida de la población ejecutando acciones de promoción, fomento, prevención y protección de la salud en los diferentes escenarios de intervención de los EBAS.

MISIÓN

Brindar atención primaria de salud de primer nivel a través de su red de servicios a la población urbano-marginal y rural con enfoque de riesgo.

VISIÓN

En 10 años (a partir del 2006) el área de salud 1 tendrá una capacidad técnica, administrativa y financiera definida que favorezca la gestión, contara con una área geográfica delimitada, con unidades operativas equipadas de acuerdo a su complejidad, con recurso humano multidisciplinarios, altamente capacitado y competitivo que satisfagan las necesidades razonables de los usuarios, brindando atención de salud con oportunidad, calidad, calidez en todas las acciones teniendo como base la estrategia de atención primaria de salud con participación comunitaria.

2.8.3 OBJETIVOS DEL ÁREA N° 1

- **OBJETIVO GENERAL**

Garantizar la atención de primer nivel fortaleciendo la oferta de los servicios de la red interna.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Organizar, programar, supervisar y evaluar las actividades que se ejecutan en el primer nivel de atención con tecnología de baja complejidad de manera integral e integrada a través de su red de servicios, así como la resolución de los problemas de salud más frecuentes que afectan a la población.
2. Fomentar la participación comunitaria integral como una estrategia para conseguir comunidades saludables.
3. Continuar fortaleciendo la promoción de la salud para mejorar estilos de vida en el marco del Modelo de Atención Integral y Comunitario.
4. Propender a brindar una mejor calidad de atención a la población por ciclo de vida.
5. Fortalecer el trabajo de campo en el escenario, familiar, educacional y comunitario.
6. Fortalecer la participación comunitaria a través de los agentes comunitarios y los diferentes actores locales

2.8.4 PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

- **Estrategia**

Fortalecimiento de los conocimientos en los servicios de salud de las unidades operativas del Área N°1 para lograr el incremento de la detección de casos continuando con la estrategia de APP, DOTS comunitario, y mejorando la calidad en el manejo de casos de TB con tratamiento acortado directamente observado, tomando en cuenta además el control de infecciones y otras patologías concomitantes que puedan deteriorar al individuo y disminuir a la adherencia al tratamiento

- **Objetivos**

- Capacitar en el diagnóstico y tratamiento oportuno de los casos de Tuberculosis Pulmonar con la finalidad de disminuir el incremento de pacientes MDR en todas las unidades operativas del Área de Salud N° 1
- Incrementar los conocimientos en el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y control de pacientes MDR
- Realizar monitoreo de los pacientes en tratamiento y supervisar indicadores alcanzados en SR.

- **Actividades**

Capacitación, Supervisión, Monitoreo y seguimiento en todas las Unidades del Área de Salud N°1 para asegurar el diagnóstico y tratamiento oportuno de los pacientes con la finalidad de evitar el abandono y disminuir la incidencia de casos MDR, a través de:

- Capacitación a todo el personal de salud en todas las unidades del área N°1
- Revisión de libros de sintomáticos respiratorios, libros de casos, tarjetas de medicamentos de los pacientes, stock de medicamentos e historias clínicas
- Compromisos con todo el equipo de salud con la finalidad de mejorar los indicadores

- **Presupuesto:** Asignado por el MSP al Programa de Control de Tuberculosis

- **Indicadores**

- # de capacitaciones realizadas / # de capacitaciones programados en las unidades operativas
- # de personal capacitado / # de personal programado
- # de supervisiones realizadas/ # de supervisiones programadas
- # de compromisos realizados / # de compromisos programados

- **Grado de Cumplimiento:** 100%

- **Avances o Ventajas:** Se capacito a todo el personal en todas las unidades sobre diagnostico y tratamiento de pacientes MDR.

- **Compromiso**

- Continuar con la búsqueda de sintomáticos en todas las actividades tanto intra como extra mural que realicen el equipo de salud de todas las unidades.
- Realizar sensibilización de los pacientes que están en tratamiento con la finalidad de evitar abandonos y disminuir o evitar el aparecimiento de pacientes MDR.
- Revisar semanalmente los indicadores con la finalidad de modificar actividades para lograr las metas propuestas por el programa.

- **Limitaciones:** Ninguno

- **Soluciones:**Supervisión, Monitoreo y Seguimiento oportuno por parte del responsable del Programa.

- **Impacto en Salud**

Se mejora la atención de los pacientes que están en tratamiento para evitar abandonos, lo cual disminuirá el aparecimiento de pacientes MDR, se continua con la búsqueda de sintomáticos respiratorios para mejorar los indicadores y contribuir con la detección oportuna de casos y disminuir el riesgo de contagio en las familias y comunidad.

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo: Mediante este estudio se logró detallar los métodos, las prácticas, y actitudes que emplea el personal de enfermería en la postconsulta, y se obtuvo información relevante para establecer su efectividad en la adherencia al tratamiento antituberculoso, también se consiguió referir sobre la situación socioeconómica y demográfica identificada que impiden a los pacientes asistir a tomar su medicina en los Subcentros del Área N° 1 del Cantón Esmeraldas.

Analítico: A través de este estudio se examinó el nivel de satisfacción que tienen los pacientes con la atención brindada por el Personal de Enfermería en las Postconsultas y así mejorar la adherencia, y evitar que haya abandonos o tratamientos inconclusos.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Cuantitativos: Porque a través de los información estadística manejados por el personal de enfermería y los datos obtenidos de las encuestas se pudo cuantificar la investigación y luego realizar los gráficos respectivos.

Cualitativos: Porque mediante la recolección y análisis de la información de las encuestas realizadas y la observación al personal de enfermería y a los pacientes con tuberculosis que están en tratamiento en los Subcentros del Área N° 1.

Se logró determinar los métodos, prácticas y actitudes, cómo también la satisfacción que tiene el paciente por la atención brindada por el personal de salud.

3.4 TIPO DE DISEÑO

Transversal: Porque se estableció un periodo de tiempo específico para recolectar, e interpretar los resultados y procesar la información así como también para elaborar las recomendaciones y conclusiones e Instaurar el plan de acción dirigido al equipo de salud para mejorar la postconsulta y obtener una disminución de pacientes con tratamientos inconclusos, que permita brindar una muy buena atención de calidad para el bien de los usuarios y la comunidad en general.

3.5 ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se efectuó en todas los Subcentros del Área N°-1 del Cantón Esmeraldas:

- | | | |
|-----------------------------|--------------------|-------------------|
| 1. Centro de salud # 1 | 5. La Tolita | 10. Tabiazo |
| 2. Centro de Rehabilitación | 6. San Rafael | 11. Vuelta Larga |
| 3. La Propicia | 7. Fundación Amiga | 12. Carlos Concha |
| 4. Unidos Somos Más | 8. Tachina | 13. San Mateo |
| | 9. Chaflú | 14. Majua. |

3.6 POBLACIÓN

Enfermeras/os o Personal Auxiliar de Enfermería que labora en los Subcentros Del Área de Salud N° 1 Del Cantón Esmeraldas.

- **Población total = 14**

Pacientes con diagnóstico confirmado de tuberculosis que asisten regularmente al tratamiento antituberculoso en las Unidades Operativas respectivas del Área N°1 de Lunes a Viernes en horarios de 8:00am a 18:00pm.

- **Población total = 45**

3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Observación: Se usó esta técnica ya que condescendió establecer la eficacia de la postconsulta, mediante el análisis de la interacción y la actitud con la que efectúan su trabajo las/os enfermeras/os o personal auxiliar de enfermería con los usuarios contagiados con TB y el nivel de satisfacción de los pacientes con la atención brindada.

Encuestas: Se empleó 2 modelos de encuestas la misma que contó con preguntas de tipo cerrada, y de opción múltiple se realizó en un periodo de 1 meses durante las horas de labor del personal de salud, los datos fueron analizados y permitió establecer la eficacia de la postconsulta.

El 1er cuestionario se aplicó una ficha por paciente y se encaminó a recoger la información de los Pacientes con TB, sobre la adherencia al tratamiento, el nivel de satisfacción de los usuarios con la Postconsultabrindada por el Personal de Enfermería, como también la situación socioeconómica y demográfica de los mismos.

El 2do cuestionario fue dirigido a Enfermeras/os y Personal Auxiliar de Enfermería que laboran en los Subcentros del Área de Salud N° 1 del Cantón Esmeraldas con el fin de conocer: métodos, las prácticas, actitudes, y medios para informar que emplean en la postconsulta, como también conocer si se están rigiendo con el manual de normas y procedimientos para el control de la tuberculosis y si están recibiendo capacitaciones por la institución.

3.9 PROCEDIMIENTO

El estudio previamente detallado se realizó con la entrega de la solicitud que estuvo a cargo de la PUCESE quien mandó a la Jefatura del Área N° 1 solicitando autorización para realizar la investigación en todas las unidades operativas del Área N° 1, una vez entregado, fueron informados a través de mensajes por correo electrónicoel personal de enfermería para proceder a ejecutar la investigación.

Las actividades se coordinaron en la Jefatura del Área N° 1 y se acordó el tiempo que se llevaría a cabo la aplicación de las encuestas y guías de observación; el cual fue a partir de las 3 pm en adelante este horario fue muy útil para mí porque pude encuestar a las/los enfermeras/os y personal auxiliar de enfermería, pero para encuestar a los pacientes este horario no me favorecía ya que la mayoría venían a tomar su medicina en la mañana y al finalizar la jornada venían muy poco los pacientes, así que le informé al personal de enfermería encargado de la unidad para que me autorice venir en la mañana a encuestar a los pacientes que por su trabajo tenían que ir bien temprano a tomar su medicina porque llegaban tarde a sus hogares, algunos se les efectuó la encuesta en sus domicilios porque tenían dificultad para acudir al subcentro a tomar su medicina, también se aplicó las guías de observación para describir todas las actividades realizadas por el personal de enfermería y también todas las irregularidades que encontré en las unidades.

Después de culminar con la recolección de datos se procedió a tabular las encuestas e interpretar la información y presentar los datos en tablas y gráficos cada uno con sus respectivos análisis, también las recomendaciones y conclusiones.

3.10 ANÁLISIS DE DATOS

Todos los datos que se recopiló durante este proceso investigativo fueron tabulados utilizando frecuencia y porcentaje, representados por medio de gráficos y/o tablas mediante el programa de Excel y son reflejados mediante una tabla elaborada en donde se aprecia las respuestas al formato de encuesta aplicada.

3.11 VARIABLES

- **Dependiente:** Postconsulta

- **Independientes:**
 - ✓ Situación Socioeconómica Y Demográfica
 - ✓ Conocimientos del Personal del Enfermería
 - ✓ Personal De Enfermería
 - ✓ Adherencia Al Tratamiento
 - ✓ Pacientes

3.12 PRESUPUESTO

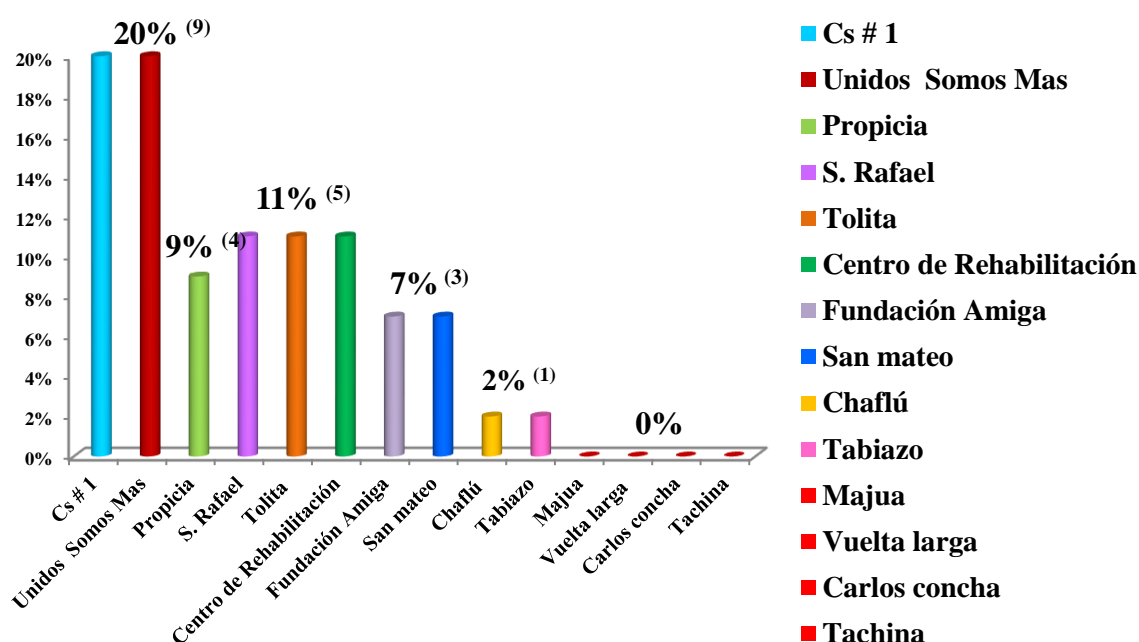
DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	P. UNITARIO	SUB TOTAL
Anteproyecto + CD			35.00
Anillados	4	2.00	8.00
Materiales de oficina			30.00
Internet	40 horas	1.00	40.00
Matrícula			132.49
Examen complejo			229.17
Proyecto de grado			898.81
Caligrafiado del título			10.00
Tinta canom a b/n	3	20.00	60.00
Tinta canom a color	3	20.00	60.00
Papel resma t. A4	4	20.00	20.00
Copias	500	0.04	20.00
Empastado	3	25.00	75.00
Impresión final	3	50.00	150.00
Movilización/Refrigerio			150.00
Varios			150.00
TOTAL			1953.47

ACTIVIDADES	3.13 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																																
	AÑO	2012																															
	MESES	ENERO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE			
	SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración Del Título																																	
Planteamiento Del Problema																																	
Árbol Del Problema																																	
Aprobación Del Tema Del Anteproyecto																																	
Elaboración Del Marco Teórico																																	
Redacción Del Marco Teórico																																	
Revisión De Bibliografía																																	
Cronograma																																	
Metodología																																	
Exámenes Complexivos o																																	
Investigación y elaboración del anteproyecto																																	
Presentación del anteproyecto																																	
Revisión con la Directora de Tesis																																	
Aprobación del tema del anteproyecto																																	
Presentación Del 1 ^{er} Borrador																																	
Exposición Del 1 ^{er} Borrador																																	
Revisión Y Corrección Del 1 ^{er} Borrador																																	
Investigación de campo																																	
Exposición del 2 ^{do} borrador																																	
Revisión Y Corrección Del 2 ^{Do} Borrador																																	
Exposición Del 3 ^{Er} Borrador																																	
Lectura del director y asesor																																	
Correcciones y recomendaciones																																	
Redacción final del Proyecto																																	
Disertación																																	

RESULTADOS

1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL NÚMERO DE CASOS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ESTÁN EN TRATAMIENTO EN LOS SUBCENTROS DEL ÁREA DE SALUD N° 1 DEL CANTÓN ESMERALDAS, DEL PRIMERO Y SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2012.

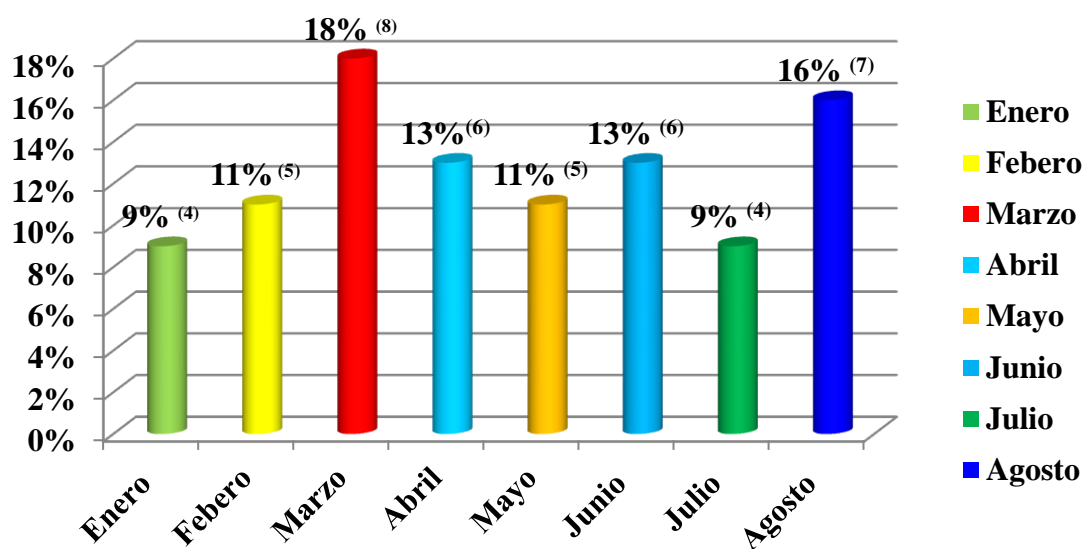
GRÁFICO # 1



En el gráfico podemos ver que las Unidad Operativa con mayor incidencia de casos de tuberculosis, son el Centro de Salud N° 1 y el Subcentro Unidos Somos Más.

2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LA FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ESTÁN EN TRATAMIENTO EN LOS SUBCENTROS DEL ÁREA N° 1 DEL CANTÓN ESMERALDAS, DEL PRIMERO Y SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2012.

GRÁFICO # 2

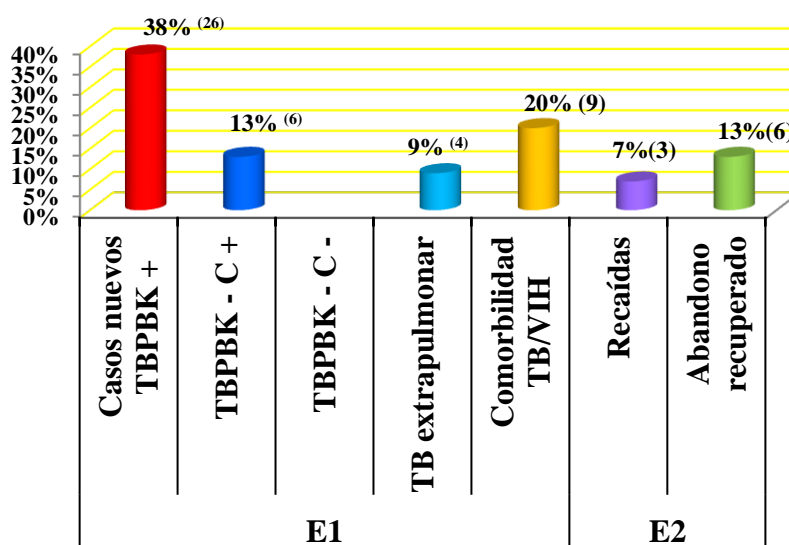


ELABORADO POR: Candy Katherine Plaza Espinoza. PUCESE
FUENTE: Encuesta realizada a los Pacientes con TB.

En el gráfico podemos observar que hubo más paciente que inició el tratamiento en el mes de Marzo y Agosto.

3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL ESQUEMA DEL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ESTÁN EN TRATAMIENTO EN LOS SUBCENTROS DEL ÁREA DE N° 1 DEL CANTÓN ESMERALDAS, DEL PRIMERO Y SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2012.

GRÁFICO # 3



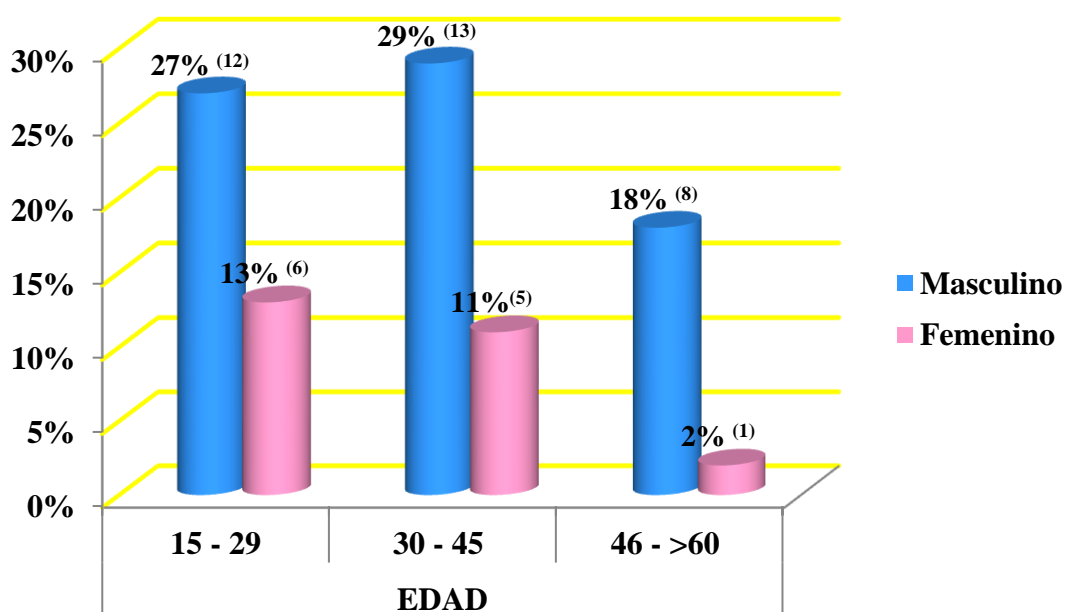
ELABORADO POR: Candy Katherine Plaza Espinoza. PUCESE

FUENTE: Encuesta realizada a los Pacientes con TB.

Podemos deducir en el gráfico que el 80% se encuentran en el Esquema 1 del Tratamiento en su mayoría son casos nuevos TBPBK+ y de Comorbilidad TB/VIH; por el contrario solo hay un 20% en el Esquema 2 del Tratamiento. El 20% de los pacientes que tienen Comorbilidad TB/VIH, desconocían que poseían el VIH y acudieron al subcentro por presentar cuadros progresivos de tos que no podían ser aliviados con ninguna medicina y al realizarse las pruebas fueron los resultados, estas enfermedades son letales una acelera la evolución de la otra y son más susceptibles las personas mal nutridas e inmunosuprimidos.

4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LA EDAD Y EL GÉNERO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ESTÁN EN TRATAMIENTO EN LOS SUBCENTROS DEL ÁREA N° 1 DEL CANTÓN ESMERALDAS, DEL PRIMERO Y SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2012.

GRÁFICO # 4

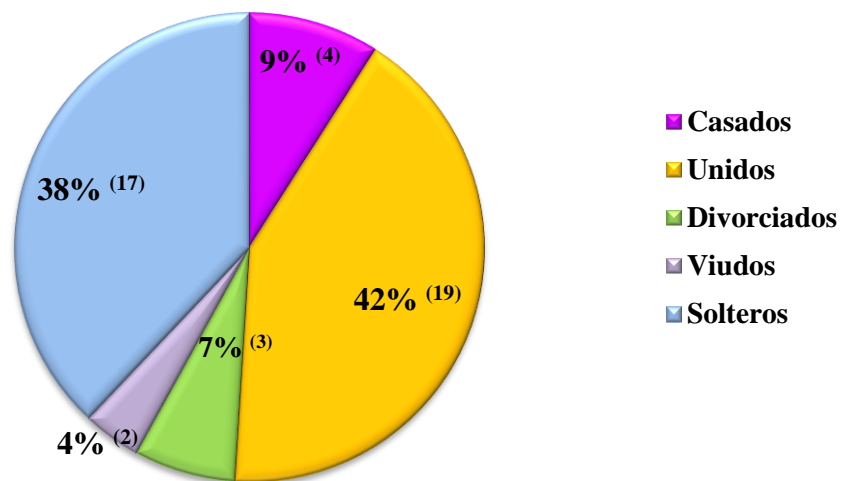


ELABORADO POR: Candy Katherine Plaza Espinoza. PUCESE
FUENTE: Encuesta realizada a los Pacientes con TB.

Análisis: Podemos aducir que el género más afectado por la tuberculosis según este estudio es el masculino que el femenino, las edades que prevalecen en ambos géneros es de 30 a 45 y 15 a 29 años.

5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ESTÁN EN TRATAMIENTO EN LOS SUBCENTROS DEL ÁREA DE SALUD N° 1 DEL CANTÓN ESMERALDAS, DEL PRIMERO Y SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2012.

GRÁFICO # 5



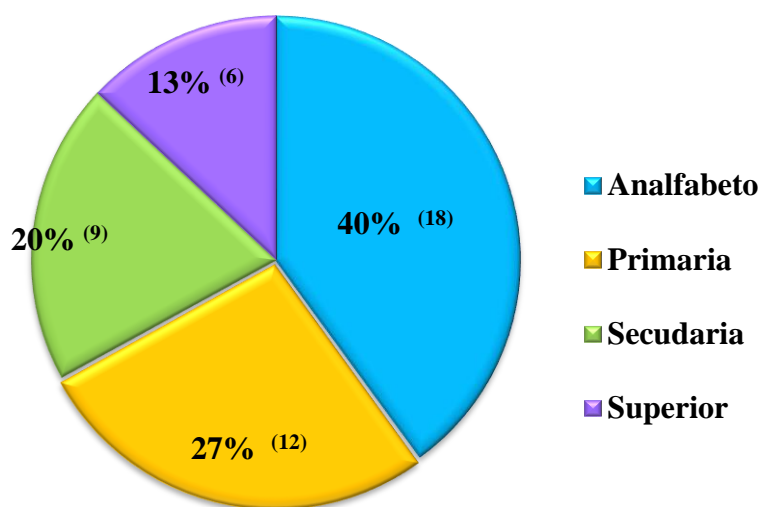
ELABORADO POR: Candy Katherine Plaza Espinoza. PUCESE

FUENTE: Encuesta realizada a los Pacientes con TB.

Análisis: Se puede estimar que los afectados en su mayoría son los solteros, los de unión libre, y pocos son casados, divorciados y viudos; en caso de que lleguen a vivir solos o no tengan alguien que cuiden de ellos podrían correr el riesgo de empeorar su estado de salud ya q no va a tener alguien cerca que los motive.

6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LA ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ESTÁN EN TRATAMIENTO EN LOS SUBCENTROS DEL ÁREA DE SALUD N° 1 DEL CANTÓN ESMERALDAS, DEL PRIMERO Y SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2012.

GRÁFICO # 6

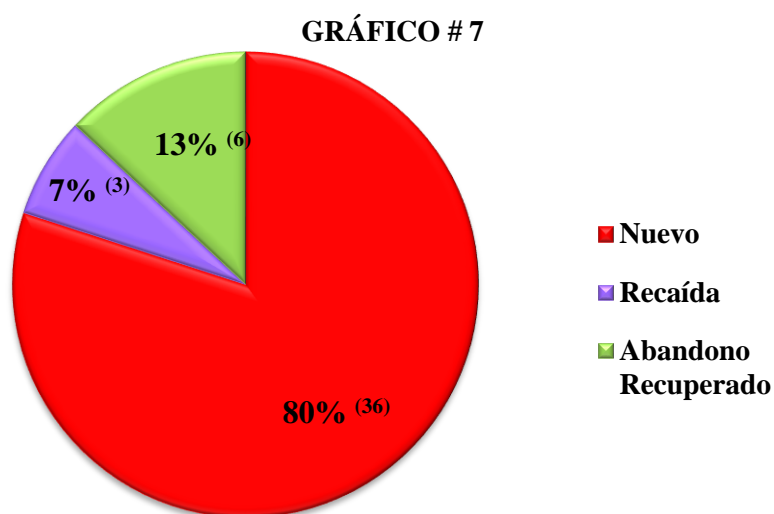


ELABORADO POR: Candy Katherine Plaza Espinoza. PUCESE

FUENTE: Encuesta realizada a los Pacientes con TB.

Análisis: Se puede entender que la mayoría de los pacientes son analfabetos una cuarta parte han estudiado hasta la primaria otros hasta la secundaria, y pocos tienen estudios superiores. Podemos determinar que los pacientes iletrados se les dificulta estar enterados de ciertos temas, ya que no pueden utilizar ciertos medios para informarse como; un folleto el internet, un libro, entre otros.

7. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN TIEMPO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ESTÁN EN TRATAMIENTO EN LOS SUBCENTROS DEL ÁREA N° 1 DEL CANTÓN ESMERALDAS, DEL PRIMERO Y SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2012.



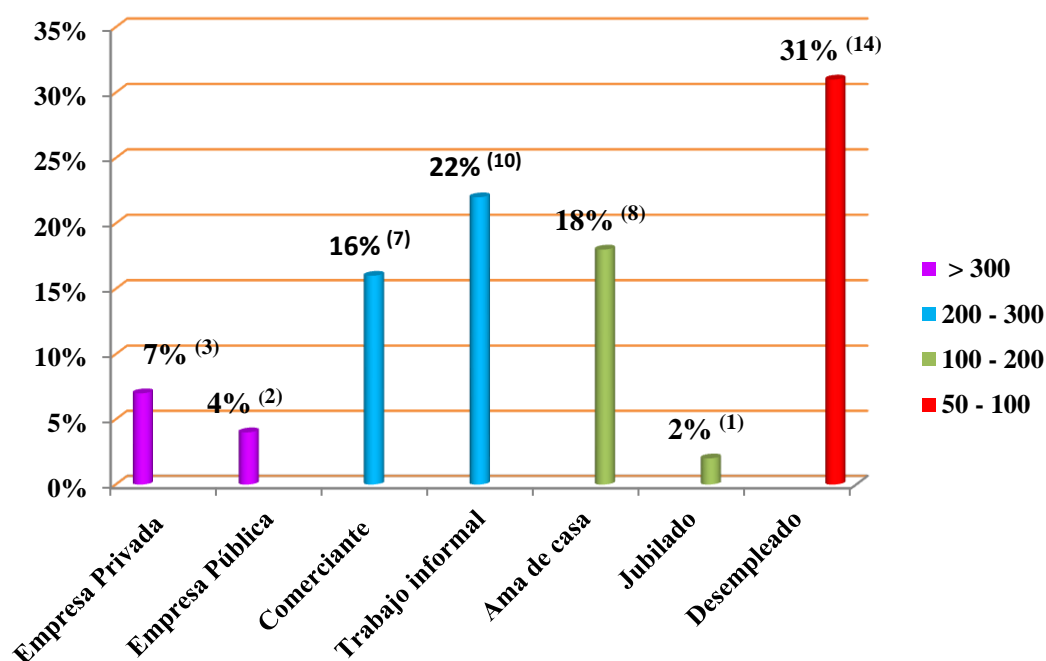
ELABORADO POR: Candy Katherine Plaza Espinoza. PUCESE

FUENTE: Encuesta realizada a los Pacientes con TB.

Análisis: el gráfico nos indica que el 80% de los pacientes son casos nuevos y corresponden al Esquema 1 del tratamiento, los pacientes que habían abandonado y tuvieron recaídas hay únicamente un 20% estos se encuentran en el Esquema 2 del tratamiento.

8. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN OCUPACIÓN E INGRESO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ESTÁN EN TRATAMIENTO EN LOS SUBCENTROS DEL ÁREA DE SALUD N° 1 DEL CANTÓN ESMERALDAS, DEL PRIMERO Y SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2012.

GRÁFICO # 8



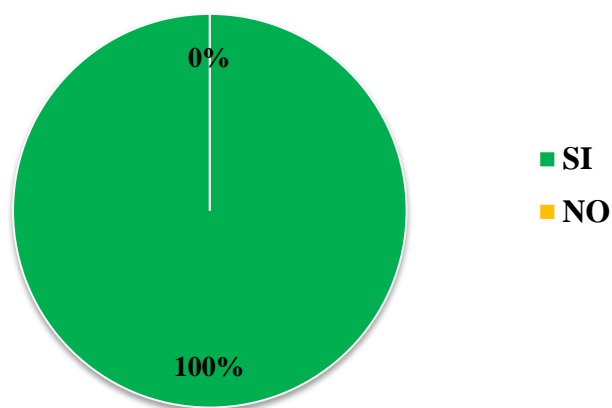
ELABORADO POR: Candy Katherine Plaza Espinoza. PUCESE

FUENTE: Encuesta realizada a los Pacientes con TB.

Análisis: Se puede apreciar en el gráfico que el 31% de los pacientes están desempleados y tienen un ingreso mensual de 50 a 100 dólares; el 18% son doméstica y 2% jubilado tienen un ingreso de 100 a 200 dólares mensuales; un 22% tienen trabajo informal y un 16% son comerciantes los cuales tienen un ingreso de 200 a 300 dólares mensuales, el 7% trabajan en empresas privadas y 4% en empresas públicas ganan >300 al mes, debido al gran número de desempleados y trabajo informal para muchos pacientes su situación económica y el temor de perder su empleo es una de las causas principales por la mencionaron haber abandonado el tratamiento.

9. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EDUCACIÓN RECIBIDA DE LOS PACIENTES POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL ÁREA N° 1 DEL CANTÓN ESMERALDAS, DEL PRIMERO Y SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2012.

GRÁFICO # 9



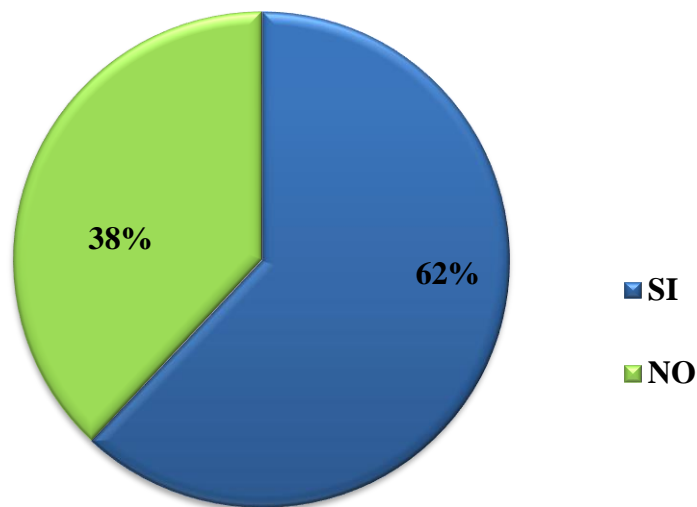
ELABORADO POR: Candy Katherine Plaza Espinoza. PUCESE

FUENTE: Encuesta realizada a los Pacientes con TB.

Análisis:El gráfico nos demuestra que todos los pacientes expresaron que si recibe educación sobre su enfermedad, tratamiento a seguir y los beneficios del Programa de Control de la Tuberculosis, algo muy positivo porque no sería este el motivo por el cual los pacientes abandonan el tratamiento más bien sería un punto a favor si la intervención del personal de enfermería se realizara con todo el equipo de salud incluyendo a la trabajadora social que poco o nada interfiere para ayudar a estos pacientes salvo si tuvieran la tuberculosis resistente.

10. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL APOYO DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ESTÁN EN TRATAMIENTO EN LOS SUBCENTROS DEL ÁREA DE SALUD N° 1 DEL CANTÓN ESMERALDAS, DEL PRIMERO Y SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2012.

GRÁFICO # 10



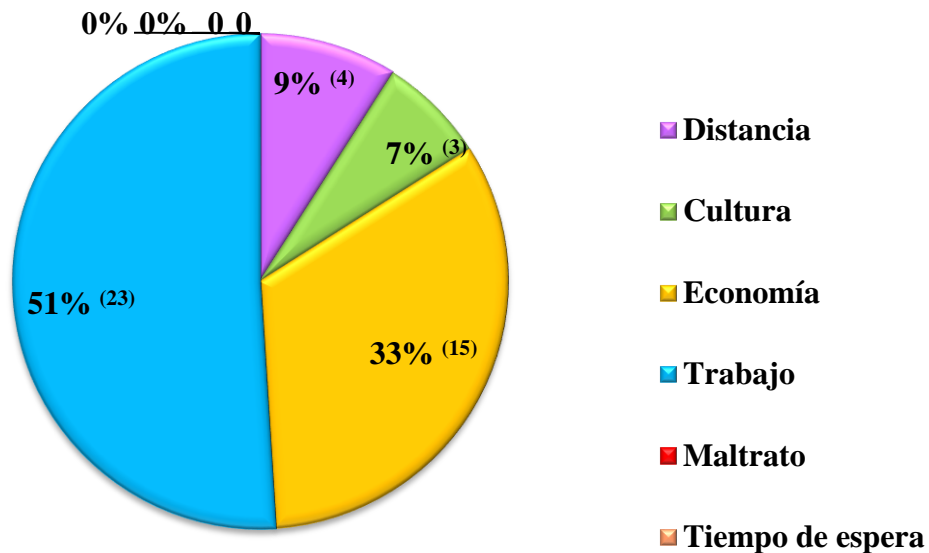
ELABORADO POR: Candy Katherine Plaza Espinoza. PUCESE

FUENTE: Encuesta realizada a los Pacientes con TB.

Análisis: En el gráfico se puede notar que el 62% SI tienen apoyo de su familia y el 38% NO tienen. Esto es muy importante porque el familiar puede motivarlos a culminar con éxito su tratamiento. Además el personal de enfermería debe intervenir a la familia o contactos más cercanos de estos pacientes para que sean apoyados durante todo su tratamiento, además le permite hallar casos nuevos y prevenir la enfermedad mediante la consejería.

11. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LA DIFICULTAD QUE TIENE LOS PACIENTES PARA ASISTIR A RECIBIR EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN LOS SUBCENTROS DEL ÁREA N° 1 DEL CANTÓN ESMERALDAS, DEL PRIMERO Y SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2012.

GRÁFICO # 11

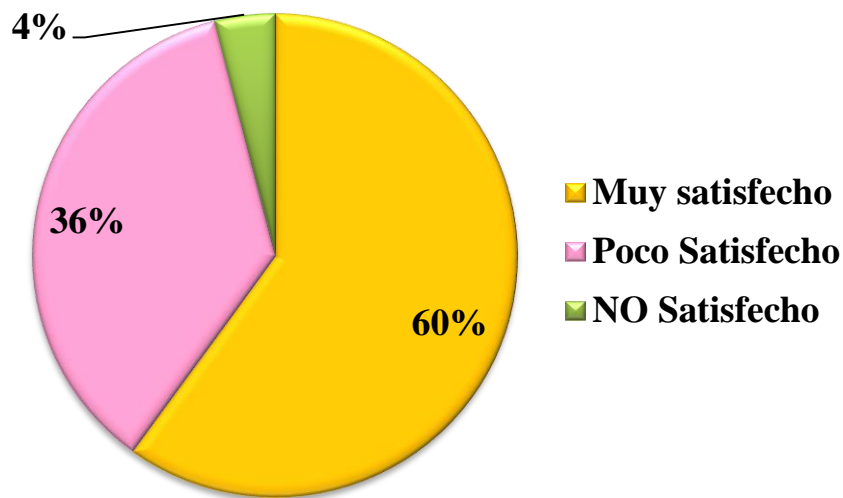


ELABORADO POR: Candy Katherine Plaza Espinoza. PUCESE
FUENTE: Encuesta realizada a los Pacientes con TB.

Análisis: En el gráfico se puede evaluar que la mayor dificultad que tienen los pacientes para acudir al tratamiento es por no faltar al trabajo ya que temen perderlo, también el nivel económico complica la situación del paciente deben acudir bien alimentados antes de tomar la medicina al subcentro y si no lo hacen le ocasiona molestia, también se les pide que lleven agua y no tienen para comprar..

12. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN CÓMO SE SIENTE CON LA ATENCIÓN QUE RECIBIÓ DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ESTÁN EN TRATAMIENTO EN LOS SUBCENTROS DEL ÁREA DE SALUD N° 1 DEL CANTÓN ESMERALDAS, DEL PRIMERO Y SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2012.

GRÁFICO # 12



ELABORADO POR: Candy Katherine Plaza Espinoza. PUCESE

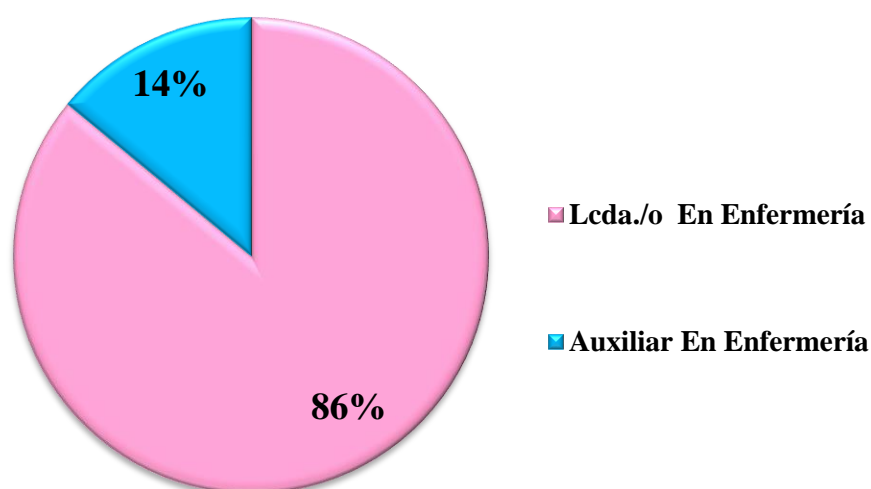
FUENTE: Encuesta realizada a los Pacientes con TB.

Análisis: en el presente gráfico nos revela que un 60% de los pacientes se sienten muy satisfecho con la atención; el 36% está poco satisfecho con la atención que recibió del personal de enfermería, y el 4% manifiesta incomodidad porque se sienten incómodos ir todos los días a tomar la medicina y preferirían llevar el medicamento y tomarlo en casa a pesar de que si reciben buen trato, situación q no puede darse situación que no se puede dar porque se correría el riesgos que por los efectos que tienen estas medicinas el paciente no los tome.

RESULTADOS

1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN NUMERO DE ENFERMERAS Y AUXILIARES EN ENFERMERÍA QUE BRINDAN POSTCONSULTA EN LOS SUBCENTROS DEL ÁREA DE SALUD N° 1 DEL CANTÓN ESMERALDAS, DEL PRIMERO Y SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2012.

GRÁFICO # 1



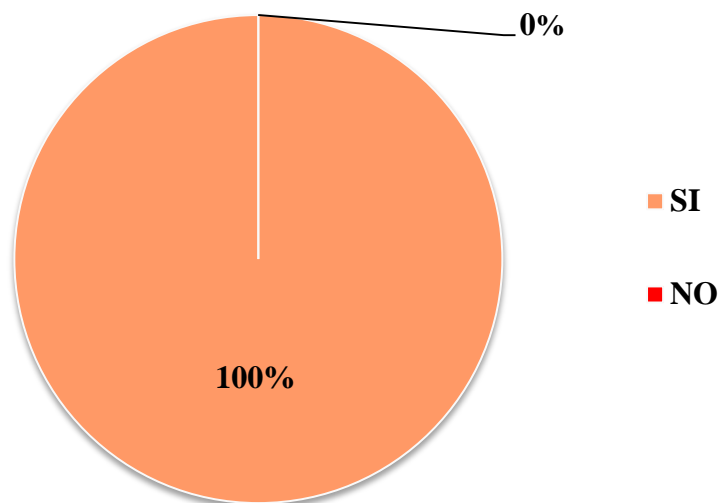
ELABORADO POR: Candy Katherine Plaza Espinoza. PUCESE

FUENTE: Encuesta realizada al Personal de Enfermería.

ANÁLISIS: El presente gráfico muestra los datos estadísticos obtenidos en las 14 Unidades Operativas del Área N° 1 del Cantón Esmeraldas, la cual nos revela que la atención brindada a los pacientes con TB la realizaron en un 14% el personal Auxiliar, esto indica que la postconsulta está dada en su mayoría por Lcdas. En Enfermería 86%, por lo que la información proporcionada debe estar en condiciones de lograr cambios en la actitud de los pacientes.

2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN CAPACITACIÓN SOBRE TUBERCULOSIS RECIBIDA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS SUBCENTROS DEL ÁREA DE SALUD N° 1 DEL CANTÓN ESMERALDAS, DEL PRIMERO Y SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2012.

GRÁFICO # 2

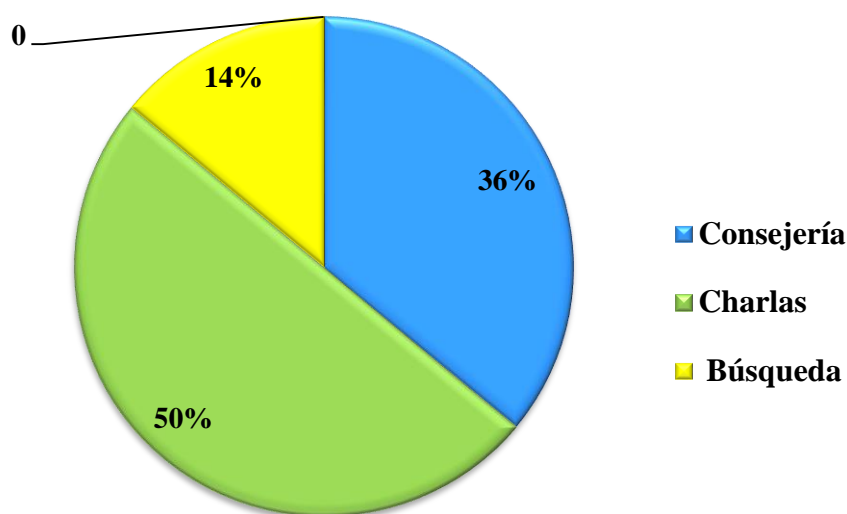


ELABORADO POR: Candy Katherine Plaza Espinoza. PUCESE
FUENTE: Encuesta realizada al Personal de Enfermería.

ANÁLISIS: El presente gráfico muestra que el 100% del personal de enfermería han sido capacitados sobre la tuberculosis. Esto significa que las postconsultas deben ser eficaces para entablar una buena relación y confianza con el paciente, informar y aclarar todas sus inquietudes para que cumplan y tenga una buena adherencia al tratamiento antituberculoso.

3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN QUE REALIZA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA, PARA PROMOCIONAR LA SALUD Y EVITAR EL CONTAGIO DE LA TUBERCULOSIS EN LOS SUBCENTROS DEL ÁREA DE SALUD N° 1 DEL CANTÓN ESMERALDAS, DEL PRIMERO Y SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2012.

GRÁFICO # 3

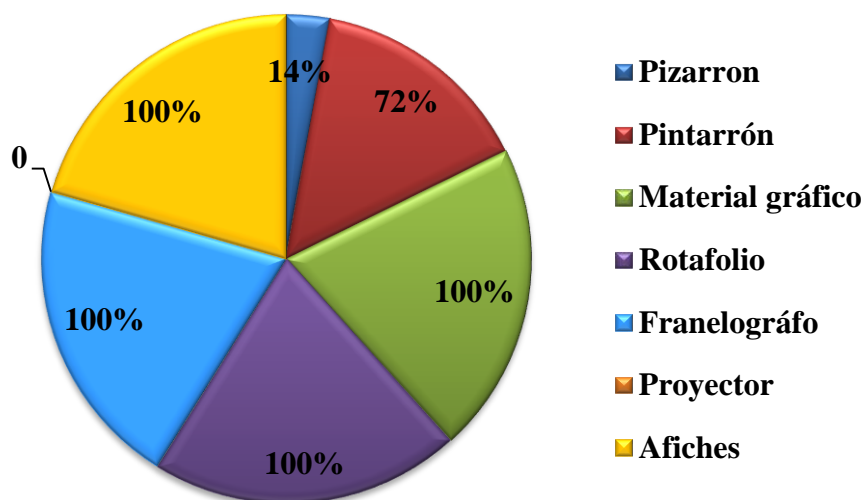


ELABORADO POR: Candy Katherine Plaza Espinoza. PUCESE
FUENTE: Encuesta realizada al Personal de Enfermería.

ANÁLISIS:El presente gráfico muestra las actividades preventivas que realiza el personal de enfermería, para promocionar la salud y evitar el contagio de la tuberculosis, el 50 % realiza charlas, 36 % da consejería, y el 14% efectúa la búsqueda activa de casos. Estos datos figuran que apenas la cuarta parte de las personas encargadas de la actividad están haciendo consejería que es la mejor técnica de comunicación para lograr cambios positivos de comportamiento en las personas.

4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LOS MEDIOS QUE UTILIZA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA INFORMAR AL PACIENTE SOBRE LA TUBERCULOSIS EN LOS SUBCENTROS DEL ÁREA DE SALUD N° 1 DEL CANTÓN ESMERALDAS, DEL PRIMERO Y SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2012.

GRÁFICO # 4



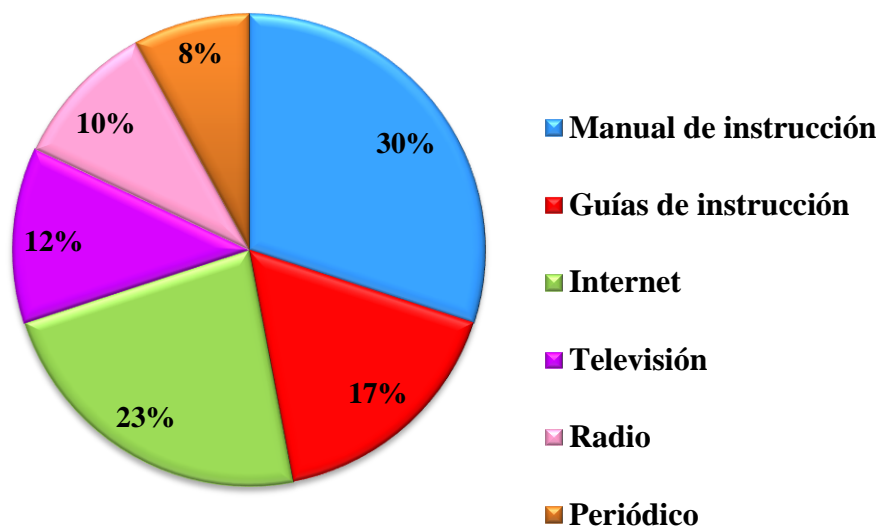
ELABORADO POR: Candy Katherine Plaza Espinoza. PUCESE

FUENTE: Encuesta realizada al Personal de Enfermería.

ANÁLISIS: Según los datos estadísticos reflejados en el gráfico, todas las unidades operativas están equipadas con los medios comunicacionales o de apoyo que necesita el personal para hacer el trabajo de postconsulta, sin embargo es necesario que también se les dote de proyectores y documentales audiovisuales del programa de control de tuberculosis, para hacer más didáctico s trabajo.

5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL USO DE MEDIOS PARA ACTUALIZAR SUS CONOCIMIENTOS Y BRINDAR MEJOR ATENCIÓN EN LOS SUBCENTROS DEL ÁREA DE SALUD N° 1 DEL CANTÓN ESMERALDAS, DEL PRIMERO Y SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2012.

GRÁFICO # 5



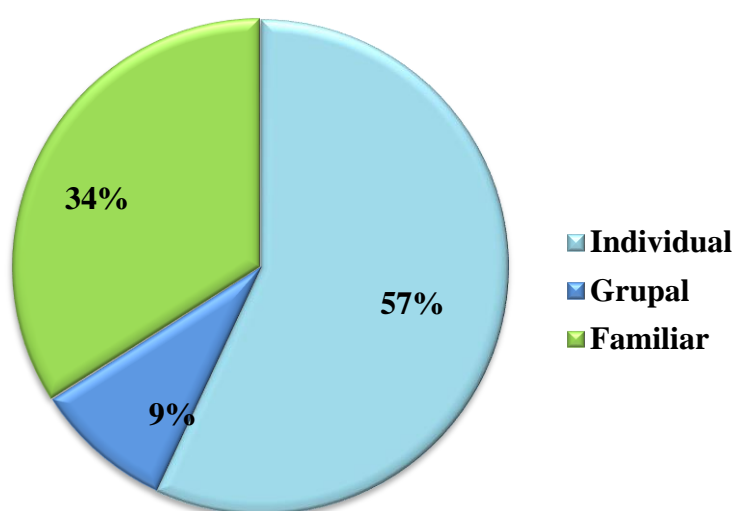
ELABORADO POR: Candy Katherine Plaza Espinoza. PUCESE

FUENTE: Encuesta realizada al Personal de Enfermería.

ANÁLISIS: Según los datos estadísticos el gráfico nos muestra que el personal de enfermería se informa sobre el tema de la tuberculosis, en su mayoría con el manual de normas y procedimientos, el internet y guías de enfermería.

6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN ESTRATEGIA DE DAR CONSEJERÍA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO EN LOS SUBCENTROS DEL ÁREA DE SALUD N° 1 DEL CANTÓN ESMERALDAS, DEL PRIMERO Y SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2012.

GRÁFICO # 6



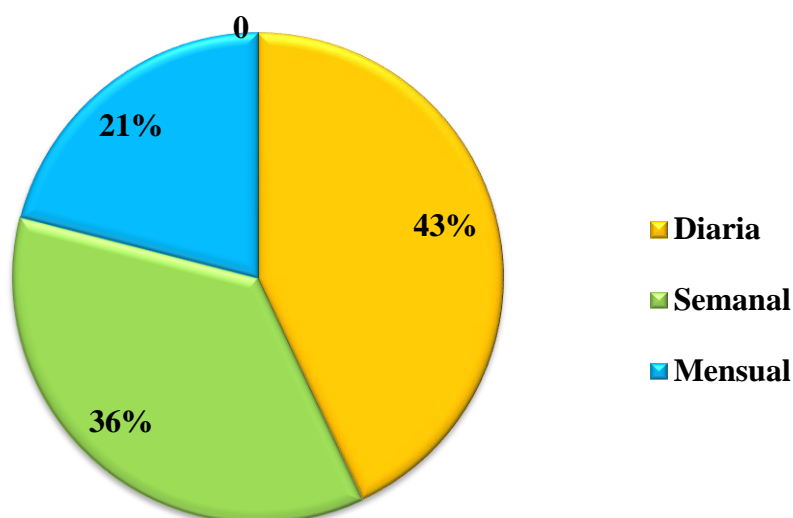
ELABORADO POR: Candy Katherine Plaza Espinoza. PUCESE

FUENTE: Encuesta realizada al Personal de Enfermería.

ANÁLISIS: El gráfico enseña que el 57% da consejería de forma individual esto le permite al Personal de Enfermería conocer a fondo todo lo relacionado al paciente, para entablar confianza y así ayudar a mejorar el estado de salud de cada uno de ellos; 34 % da consejería familiar para la búsqueda de contactos, indicar como evitar la enfermedad y para que el paciente sea apoyado por la familia; el 9% brinda consejería grupal, para saber cuáles son los conocimientos que tiene el paciente a través de la lluvia de ideas mediante la realización de las charlas, pero no da buen resultado según criterio del personal consultado.

7. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN CADA QUÉ TIEMPO DA CONSEJERÍA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES SUJETOS A ESTUDIO QUE RECIBEN TRATAMIENTO EN LOS SUBCENTROS DEL ÁREA DE SALUD N° 1 DEL CANTÓN ESMERALDAS, DEL PRIMERO Y SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2012.

GRÁFICO # 7



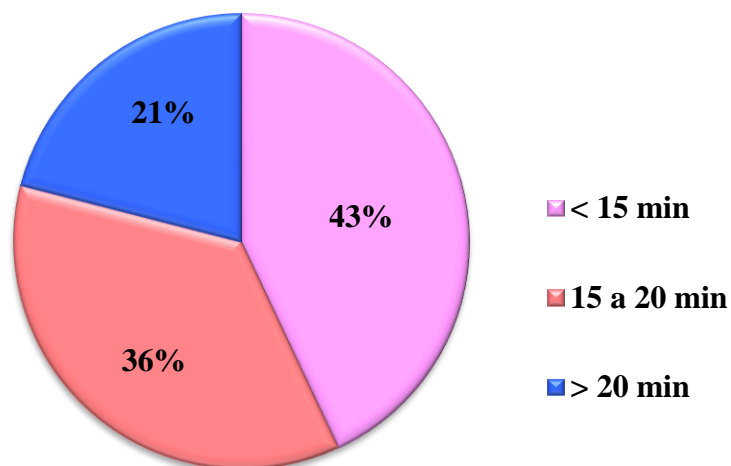
ELABORADO POR: Candy Katherine Plaza Espinoza. PUCESE

FUENTE: Encuesta realizada al Personal de Enfermería.

ANÁLISIS: El presente gráfico nos indica que la consejería es proporcionada en mayor porcentaje diariamente aprovechando el momento de la administración de su medicina; 36% dan la consejería Semanal, que no es otra cosa que entregar información y motivar al paciente para que asista a las reuniones y a cumplir con su tratamiento, y la consejería Mensual la realizan cuando los pacientes asisten a los controles y se les han realizado los respectivos exámenes médicos. Sin embargo en la mayoría de los casos según lo observado no se debe considerar como consejería, ya que un gran número de paciente solo se les responde las pocas inquietudes que tienen.

8. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL TIEMPO UTILIZADO POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON CADA PACIENTE DURANTE LA POSTCONSULTA EN LOS SUBCENTROS DEL ÁREA DE SALUD N° 1 DEL CANTÓN ESMERALDA, DEL PRIMERO Y SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2012.

GRÁFICO # 8



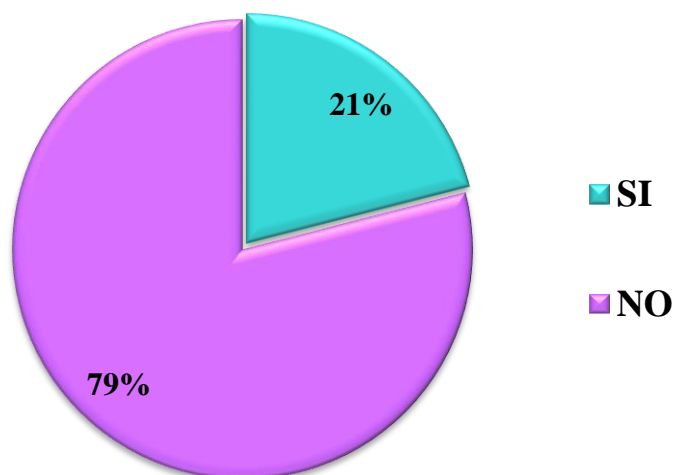
ELABORADO POR: Candy Katherine Plaza Espinoza. PUCESE

FUENTE: Encuesta realizada al Personal de Enfermería.

ANÁLISIS: El gráfico muestra que el 43% emplean menos de 15 minutos con cada paciente cuando ya asiste diariamente a tomar su medicina el 36 % emplean 15 a 20 minutos con cada paciente para tratar sobre conductas saludables y motivarlos a que continúen asistiendo regularmente al tratamiento, el 21% emplea más de 20 minutos siempre en las primera postconsultas cuando es un caso nuevo, el paciente abandona el tratamiento o tiene una recaída.

9. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN ADECUACIÓN DE ESPACIO FÍSICO PARA REALIZAR LA POSTCONSULTA LOS PACIENTES CON TB DE LOS SUBCENTROS DEL ÁREA DE SALUD N° 1 DEL CANTÓN ESMERALDA, DEL PRIMERO Y SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2012.

GRÁFICO # 9



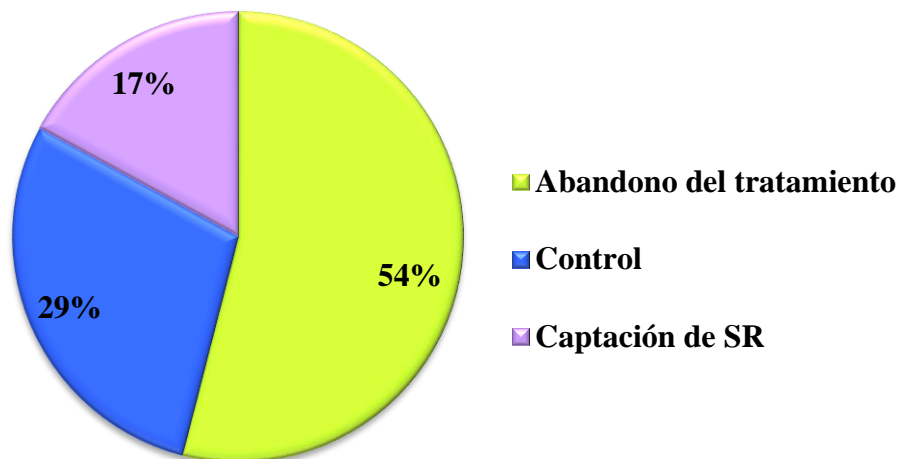
ELABORADO POR: Candy Katherine Plaza Espinoza. PUCESE

FUENTE Encuesta realizada al Personal de Enfermería.

ANÁLISIS: El gráfico indica que el 79% del personal de enfermería no posee un espacio físico adecuado en la unidad operativa para ejecutar la postconsulta ni para otras actividades correspondientes al programa de control de la tuberculosis, el 21% que expresaron poseer un espacio físico, estos no cumplen con los requisitos establecidos; no están ventilados, ni iluminados correctamente, no tienen privacidad, habiendo un mayor riesgo de infección.

10. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LOS CASOS EN QUE EFECTÚAN LAS VISITAS DOMICILIARIAS EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS SUBCENTROS DEL ÁREA DE SALUD N° 1 DEL CANTÓN ESMERALDA, DEL PRIMERO Y SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2012.

GRÁFICO # 10



ELABORADO POR: Candy Katherine Plaza Espinoza. PUCESE

FUENTE Encuesta realizada al Personal de Enfermería.

ANÁLISIS:

Según lo expuesto en el gráfico el personal de enfermería realiza las visitas domiciliarias con mayor frecuencia cuando el paciente abandona el tratamiento, lo cual está en relación con las normas y procedimientos para el control de la tuberculosis para evitar la recaída y resistencia al tratamiento.

SEGÚN LAS GUÍAS DE OBSERVACIÓN

1. Realiza la postconsulta

Todas las unidades realizan la postconsulta a los pacientes a excepción de 4 subcentros: Vuelta Larga, Carlos Concha, Tachina y Majua que durante la investigación no realizaron postconsulta porque no tenían ningún reporte de casos de tuberculosis pero alegaron en las encuestas realizadas que si efectúan esa actividad.

2. Personal que Realiza Postconsulta

Durante la investigación la postconsulta fue realizada mayormente por las enfermeras/os, y solo un pequeño número de auxiliares estaban encargadas temporalmente debido a que no había licenciadas disponible en la unidad o se encontraban ausentes realizando otras actividades correspondiente a su labor diario.

3. Tiempo emplea el personal de enfermería con cada paciente

Por lo general el tiempo que dedica el personal de enfermería es de 15 a 20 minutos por lo tanto es un tiempo óptimo debido a que el 80% son casos nuevos y ya han recibido postconsulta al iniciar el tratamiento las cuales demandaban más de 20 minutos con el paciente.

4. Trato a los Pacientes

El trato de los pacientes en su mayoría es bueno esto es muy importante para crear un vinculo muy sólido de confianza, aceptación y colaboración tanto de la enfermedad que socorren a los pacientes con el tratamiento que deben seguir rigurosamente para que lo terminen exitosamente.

5. El personal de enfermería manifiesta seguridad dando la información

Generalmente el personal de enfermería demuestra seguridad debido a las capacitaciones que han recibido y a la experiencia manejando del programa de control de la tuberculosis

6. Hay privacidad con el usuario

Habitualmente a todos se les brinda privacidad en todo el proceso de su tratamiento aunque el espacio físico no sea el adecuado para evitar que sea visto de mala manera o rechazado por la sociedad.

7. El personal de enfermería con los usuarios se manifiesta

Ciertamente el personal de enfermería se muestra amable y refleja interés por servir a los pacientes que se encuentran recibiendo tratamiento, sin duda alguna son un pilar impórtate para que ellos no abandone ni recaigan sino que se adhieran al tratamiento y se curen.

8. El paciente se muestra

Los pacientes sujetos de estudio se notan contentos, en gran parte la recuperación requiere de su estado de ánimo y tenacidad para adherirse sin renunciar a los 6 meses, uno, o dos años de tratamiento que debe seguir rigurosamente, según sea el caso.

9. Espacio físico

En cada unidad hay un espacio para atender a los pacientes con tuberculosis, pero ninguno es verdaderamente adecuado porque requieren ventilación, buena iluminación, este aspecto debería ser tomando en cuenta ya que así se evitaría el contagio de nuevos usuarios por no usar las debidas precauciones.

10. Insumos necesarios

Todas las unidades operativas poseen los insumos que necesita el personal para trabajar en el programa de control de la tuberculosis, y en todo caso el personal de enfermería tiene la responsabilidad absoluta y debe tener la precaución de abastecer su unidad antes de que falte algún insumo.

DISCUSIÓN

Con la investigación se logró identificar a pacientes que asisten diariamente o pasando un día, de lunes a viernes a la unidades correspondientes, un 80% son casos nuevos, y un 20% son abandonos recuperado y recaídas, todos asisten regularmente al tratamiento a veces faltan varios días y dentro de las 48 horas siguientes a la inasistencia, el personal de enfermería tiene la responsabilidad de irlos a buscar, porque a pesar de que tengan dos o tres meses de tratamiento y se sientan mejor, no significa que ya no necesitan tomar la medicina, ya que el éxito del tratamiento está basado en el cumplimiento del número total de dosis más que en el número de meses de tratamiento.

De la población estudiada el género masculino es el más afectado; predomina la edad económicamente productiva en ambos géneros de 15 a 45 años; la mayoría están desempleados, son amas de casa o tienen trabajo informal; su ingreso mensual por lo general es de 100 y 200 dólares; comúnmente son solteros/as, o de unión libre; su educación no es la mejor, la mayoría son analfabetos lo que les dificulta adquirir información rápidamente; en algunos casos falta el apoyo familiar; con este contexto se muestran las principales causas que puede ocasionar que abandonen el tratamiento, lo que nos indica que nadie esta salvo de contraer esta enfermedad, como particularidad a determinaciones estructurales colectivas relacionadas con su forma de vida y a la pobreza.

Por lo tanto la actitud que el personal de enfermería tenga con estos pacientes será un factor determinante para que ellos se adhieran y culminen su tratamiento, teniendo en cuenta la importancia de enseñar a las personas desde su infancia como tener una buena alimentación y hábitos de higiene para mantener las defensas altas y gozar de buena salud.

Los pacientes por lo general la dificultad que tiene para asistir a recibir el tratamiento es por el trabajo que temen perderlo, a pesar de que el tratamiento es flexible pues no se establece un horario fijo para que tome su medicina únicamente que acuda en horarios de atención de los servicios de salud. Otra dificultad que tienen para asistir a recibir su tratamiento es la falta de recursos económicos debido a esto se les dificulta tener una buena alimentación, y asumir otros gastos familiares como educación, salud, vivienda, etc.

La demanda de una respuesta proactiva, decidida y sostenida para asistir todos los días a la institución de salud para recibir su tratamiento se puede ver comprometida, cuando el paciente se siente agotado, fatigado, triste, aislado y estresado, por tal razón el nivel de actividad disminuye y no le permite desempeñarse a cabalidad a causa de la enfermedad, generando situaciones por las que atraviesan tanto el enfermo como la familia, la misma que se ve afectada y son quienes deben enfrentar el hecho de tener un miembro con una enfermedad transmisible. La intervención del equipo de salud es necesaria y están en la capacidad de ayudar a enfrentar estos problemas y evitar así poner en peligro la continuidad del tratamiento. Esto significa que la información proporcionada en la postconsulta debe estar en condiciones de lograr cambios en la actitud de los pacientes estableciendo una buena relación.

Los pacientes manifiestan sentirse satisfechos con la atención que han recibido por el personal de enfermería, los mismos que afirman estar capacitados e informados constantemente sobre la tuberculosis, también realizan actividades preventivas para promocionar la salud y evitar el contagio de la tuberculosis, como: consejerías y charlas, dadas de forma individual, grupal, o familiar; emplean menos de quince minutos cuando los pacientes ya han sido tratados y asisten a recibir su medicina, más de veinte minutos cuando reciben la primera postconsulta, es un caso nuevo, cuando el paciente abandona el tratamiento o tiene una recaída. También realizan las visitas domiciliarias cuando recaen o abandonan el tratamiento, Algunas actividades no dan buenos resultados porque solo se realizan de vez en cuando.

Las unidades de salud en su mayoría los espacios físicos no están adecuados para atender a los pacientes con tuberculosis, se improvisa y para realizar la postconsulta utilizan otras áreas de la unidad como preparación, la de vacunación, estadística, farmacia, los mismos consultorios de los médicos, con las precauciones y un verdadero desenvolvimiento se evitaría el contagio de nuevos usuarios.

Todo lo expuesto por el personal de enfermería y los usuarios de que la postconsulta es realizada frecuentemente en todo el proceso de salud y enfermedad, aparentemente si es efectiva dado los resultados obtenidos en la investigación. Los pacientes no identifican calidad en la atención que reciben como respuesta a su enfermedad, sus limitaciones sociales y económicas parecen condicionar una respuesta de agradecida aceptación de los medicamentos sin costo, sin señalar falencias de la atención y falta de liderazgo de los profesionales de la salud en la intervención de las circunstancias que condicionan la transmisión de la enfermedad.

En el ámbito mundial se han evaluado numerosas estrategias para incrementar la adherencia al tratamiento de la tuberculosis, tales como, incentivos financieros, motivación, educación y hospitalización, pero son las más efectivas la supervisión diaria del tratamiento y la combinación de dos o más estrategias. Muchas de estas estrategias, a pesar de su adquisición, tienen problema en su atención y su persistencia; Por lo tanto, cualquier estrategia de los programas de salud convendrían ser consultadas y procesadas en cooperación con la población objeto de las intervenciones, de manera que no se intente imputar un modelo de atención homogéneo

El rol de enfermería es contribuir en la adquisición y adherencia a estilos de vida saludable concientizando al individuo del riesgo de enfermedad o complicaciones a las que se expone, procurando hacerlo responsable de su salud e incluyéndolo en la toma de decisiones, por lo que la información proporcionada debe estar en condiciones de lograr cambios en la actitud de los pacientes. La puesta en marcha de la postconsulta de enfermería es una excelente oportunidad para ofrecer una verdadera asistencia integral a los pacientes y también es una vía muy interesante de estímulo y promoción para la enfermería.

CONCLUSIONES

1. Se determinó que la postconsulta tiene efectividad e importancia para el personal de enfermería que reconoce que este es un proceso de colaboración mediante el cual vigila al paciente/familia o contactos para que alcance los objetivos terapéuticos previstos mediante la adherencia al tratamiento y control de la tuberculosis.
2. Conforme la postconsulta está dada en su mayoría por Lcdas. En Enfermería, quienes han sido capacitadas/os, demuestran seguridad y amabilidad brindando la información, además se preparan mediante el Manual, las Guías de Enfermería y el Internet. Como prevención y promoción realizan charlas y consejería y es dada de diferentes formas, individual, familiar, o grupal, y es ofrecida diariamente, con cada paciente menos de quince minutos cuando va a tomar su medicina; más de veinte minutos cuando hay un caso nuevo, el paciente tiene una recaída y al abandonar el tratamiento efectúan las visitas domiciliarias.
3. Todos los pacientes que están en tratamiento expresaron que SI recibieron educación sobre su enfermedad, tratamiento a seguir y los beneficios del Programa de Control de la Tuberculosis y dicen estar satisfechos con la atención brindada por el personal de enfermería en las postconsultas.
4. La población estudiada pertenece a estratos sociales bajos, en su mayoría están desempleados, son amas de casa o tienen trabajo informal, son de escasos recursos económicos y su educación no es la mejor, el género masculino es más afectado que el femenino; las edades en que predomina la enfermedad es la 15 a 29 y 30 a 45 años; por lo general son solteros/as, o de unión libre; en algunos casos falta el apoyo familiar; debido a estas situaciones podrían ser las causas principales de que abandonen el tratamiento, lo que poco beneficia el cambio de hábitos para un buen nivel de salud y así se adhieran al tratamiento.

5. Lo que resalta del estudio es el 80% de incidencia y el 20% de prevalencia de pacientes afectados por la tuberculosis en los subcentros del Área N° 1, por lo tanto es necesario reforzar el control de las infecciones, y fortalecer los establecimientos de salud, empoderar a los afectados así como la Participación y organización comunitaria.

6. El Plan de Acción dirigido al Equipo de Salud para promover la aplicación del Manual de normas para el control de tuberculosis del MSP en Ecuador con esto y con una actualización continua de conocimientos seguro estaremos en condiciones de aportar “nuestro grano de arena” en esta compleja realidad que configura el quehacer cotidiano del profesional de enfermería con la prioridad y utilización de la postconsulta en el Área N° 1 y porque no en las demás Áreas de la Provincia de Esmeraldas para obtener una disminución de pacientes con tratamientos inconclusos y tener una buena adherencia..

RECOMENDACIONES

Al personal de enfermería:

- ✓ Que le den prioridad y sigan utilizando la postconsulta porque es una herramienta de gran utilidad para hacer extensible la idea del autocuidado a pacientes y familiares, con la finalidad de que se adhieran al tratamiento y disminuir la incidencia de casos de tuberculosis.
- ✓ Que continúen prestando una buena atención porque dependen del buen trato que se les dé a los pacientes para se sientan satisfechos y hablen bien de la institución.

A los usuarios:

- ✓ Que tomen conciencia si llegan a adquirir esta enfermedad, sigan las indicaciones del equipo de salud, para que tengan éxito en su tratamiento con buena alimentación y estilos de vida saludables y se recuperen pronto, porque de lo contrario podría complicarse su salud y contagiar a su familia y demás conocidos y el tratamiento sería más largo, doloroso y costoso.

A las familias:

- ✓ Que sean responsables y comprensibles con sus seres queridos que padecen esta enfermedad, para que se sientan seguros de que cuentan con el apoyo necesario para superar este problema, siendo perseverantes, estando unidos y acatando los consejos pertinentes del equipo de salud, para que no se contagie el resto de la familia y la sociedad que lo rodea.

Al equipo de salud:

- ✓ Que realicen juntos las actividades de promoción y prevención para que cada quien aporte información que será sin duda bien aceptada por la comunidad.

- ✓ También que se involucren en la atención y velen por el cumplimiento del tratamiento y enfrenten el manejo inapropiado y desleal de la enfermedad, realizando talleres de control de infección de la tuberculosis, efectuando la detección y el diagnóstico temprano.

PROPUESTA PARA EL EQUIPO DE SALUD DE LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL ÁREA N° 1 DEL CANTON ESMERALDAS.

PROBLEMA

Las personas que tiene tuberculosis deben iniciar un tratamiento farmacológico con el apoyo y supervisión del personal de enfermería para que garantice la curación y transmisión ulterior, Pero Cuando los Pacientes con tuberculosis toman de forma inapropiada los medicamentos, se les administran medicamentos de mala calidad, se corre el riesgo de provocar abandonos, recaídas y lo que es peor farmacorresistencia o la muerte.

Enfermería juega un rol protagónico en la adherencia al tratamiento y el control de la tuberculosis porque plantea intervenciones integrales, preparándolos en todos los aspectos educativos posibles al individuo, familia y sociedad con el proceso de la postconsulta.

OBJETIVOS

General

Promover la aplicación del Manual de Normas para el Control de Tuberculosis del MSP en Ecuador para mejorar la adherencia mediante la Postconsulta y obtener una disminución de pacientes con tratamientos inconclusos.

Específicos

- Presentar intervenciones basadas en la evidencia actual para fortalecer la efectividad de los tratamientos antituberculosos.
- Promover el uso eficiente y racional de los recursos e insumos.
- Educar al paciente y familia sobre la enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento observado, y controles periódicos de baciloscopia.
- Identificar en el paciente conductas de riesgo para evitar el abandono.
- Apoyar los estándares de calidad de atención de salud.

JUSTIFICACIÓN

La tuberculosis pulmonar (TB) es una infección crónica de orden mundial, se considera que un tercio de la población está infectado por M Tuberculosis, por lo que representa un problema de salud pública, ante todo para muchos países en vía de desarrollo y el riesgo de infección tuberculosa es de 20 a 50 veces más elevado que en los países desarrollados. Sin tratamiento la mitad de los pacientes mueren en menos de 5 años, aunque la mayoría de ellos mueren en menos de 18 años.

La presente propuesta está dirigida a los profesionales de la salud como motivación e incentivo para que le den prioridad y sigan utilizando la postconsulta, ya que es un instrumento de gran utilidad para hacer extensible la idea del autocuidado a pacientes que padecen la tuberculosis y familiares con la finalidad que los usuarios se adhieran al tratamiento y así no abandonen, ni tengan recaídas, por el tratamiento inconcluso.

INTERVENCIÓN DE LA PROPUESTA

DEFINICIÓN: Aportar acciones de enfermería en las fases de promoción, prevención, y rehabilitación con la Utilización de un plan de acción y la inserción de actividades que incluyan a la familia.

ACTIVIDADES

- Presentación de los resultados de la investigación (Resumen), a los miembros de la unidad de conducción del área de salud N° 1.
- Taller de revisión de las Normas y procedimientos de la consejería a pacientes con TB, dirigido a las enfermeras y auxiliares que dan postconsulta en los SCS.
- Supervisión y evaluación a la postconsulta con los pacientes del PCT.
- Investigación de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), sobre TB a los pacientes del programa.
- Diseño, prueba y reproducción de materiales educativos impresos, según los resultados de la investigación CAP. Dirigidos a pacientes y familias que participan del PCT.

PLAN DE ACCIÓN PARA MEJORAR LA ADHERENCIA DE LOS PACIENTES EN EL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DEL ÁREA DE SALUD N°1 ESMERALDAS CENTRAL.

OBJETIVO: Promover la aplicación del Manual de normas para el control de tuberculosis del MSP en Ecuador para mejorar la postconsulta y obtener una disminución de pacientes con tratamientos inconclusos.

PROBLEMA	ACTIVIDADES	META	LUGAR	FECHAS	RECURSOS	PRESUPUESTO	RESPONSABLES
PACIENTES CON TB CON TRATAMIENTO INCONCLUSO	1. Presentación de los resultados de la investigación (Resumen), a los miembros de la unidad de conducción del área de salud N° 1.	1	Auditorio del Área N°1	18-10-12	*Laminas de Power Point *Proyector *Datos Escritos	10.00	Candy Plaza Espinoza
	2. Taller de revisión de las Normas y procedimientos de la consejería a pacientes con TB, dirigido a las enfermeras y auxiliares que dan postconsulta en los SCS.	2	Auditorio del Área N°1	22-10-12 23-10-12	*Manual *Papelógrafo *Marcadores *Cinta masking	10.00	Enfermera del Área responsable del PCT.
	3. Supervisión y evaluación a la postconsulta con los pacientes del PCT.	3	SCS del Área N°1	24-10-12 26-10-12	*Guía de Observación y Evaluación.	20.00	Personal técnico de la Dirección de Salud y del Área.
	4. Investigación de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), sobre TB a los pacientes del programa.	4	SCS del Área N°1	01-11-12 08-11-12	*Cuestionario apropiado para el efecto.	30.00	Enfermera del Área responsable del PCT y Personal técnico del Área.
	5. Diseño, prueba y reproducción de materiales educativos impresos, según los resultados de la investigación CAP. Dirigidos a pacientes y familias que participan del PCT.	5	Esmeraldas	17-11-12 22-12-12	*Informe de la investigación CAP. *Suministros.	100.00	Enfermera del Área responsable del PCT. Y equipo de promoción de la salud del Nivel Provincial.

ANEXO N° 1

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE ESMERALDAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

Encuesta para el personal de enfermería del PCT los Subcentros del Área N° 1 del Cantón De Esmeraldas con el objetivo de recopilar información para una investigación que permita conocer la efectividad de la post-consulta

1) Función:

- Lcda. En Enfermería Auxiliar En Enfermería

2) ¿Ha recibido capacitación sobre la tuberculosis?

- SI NO

3) ¿Qué actividad preventiva realiza para promocionar la salud y evitar el contagio de la tuberculosis?

- Consejería Búsqueda
 Charlas Educación

4) ¿Qué Medios Utiliza Para Informar al Paciente?

- Pizarrón Franelógrafo
 Pintarrón Material gráfico
 Rotafolio Proyector

5) ¿Qué usa para estar informada y brindar una buena atención?

- Manual de instrucción Televisión
 Guías de instrucción Radio
 Internet Periódico

6) ¿De qué forma da postconsulta a los pacientes?

- Individual Grupal Familiar

7) ¿Cada qué tiempo da consejería a los pacientes?

- Diaria Semanal Mensual

8) ¿Qué tiempo dedica con cada paciente durante la postconsulta?

- < 15 min 15 a 20 min > 20 min

9) ¿Cuenta con un Espacio Físico adecuado para realizar la postconsulta a los pacientes con TB?

- SI NO

10) ¿En qué caso realiza las visitas domiciliarias?

- Abandono control Captación de SR

ANEXO N° 2

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE ESMERALDAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

Encuesta para los pacientes del PCT los Subcentros del Área N° 1 del Cantón de Esmeraldas con el objetivo de recopilar información para una investigación que permita conocer la efectividad de la post-consulta

1. Género
 Masculino Femenino
2. Edad
 15a 29 años 30 a 44 años 45 a + 59 años
3. Estado Civil
 Casado Separado Soltero
 U. libre Viudo
4. Escolaridad
 Superior Primaria
 Secundaria Analfabeto
5. Ocupación
 Empresa Privada Comerciante Ama de casa
 Empresa Pública Trabajo informal Jubilado
6. Desempleado Ingresos
 50 a 100 200 a 300
 100 a 200 >300
7. ¿Qué tipo de paciente es usted?
 Caso nuevo Recaída Abandono
8. ¿El profesional de Enfermería alguna vez, le aconsejó sobre su enfermedad, tratamiento a seguir y los beneficios del PCT?
 SI NO
9. ¿Tiene alguna dificultad para asistir a recibir el tratamiento en el Subcentro?
 Distancia Cultura Maltrato
 Económico Trabajo/ Estudio Tiempo de espera en el SCS
10. ¿Cómo se siente con la atención que recibió del Personal De Enfermería?
 Satisfecho Poco satisfecho No satisfecho

ANEXO N° 3

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE ESMERALDAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

FICHA DE OBSERVACION

TEMA: La postconsulta en la adherencia al tratamiento y control de los pacientes con tuberculosis en los subcentros del Área N° 1 del Cantón Esmeraldas del año 2012.

Fecha:

Hora:

Lugar:

Unidad de salud:

ASPECTOS OBSERVADOS

1. Realiza la postconsulta
 SI NO
2. Personal q realiza postconsulta
 Enfermera/o Auxiliar de enfermería Ninguno
3. Tiempo emplea el personal de enfermería con cada paciente
 <15 min 15 a 20 min + 20 min
4. El trato a los pacientes durante la postconsulta es
 Excelente Bueno Regular
5. El personal de enfermería manifiesta seguridad dando la información
 SI NO
6. Hay privacidad con el usuario
 SI NO
7. El personal de enfermería con los usuarios se manifiesta
 Amable Poco amable Enojada
8. El paciente se muestra
 Contento Triste Molesto
9. Espacio físico
 Adecuado Inadecuado
10. Insumos necesarios
 SI
 NO

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES					
VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	TÉCNICA
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA Y DEMOGRÁFICA	<p>Jerarquía que tiene una persona o un grupo con respecto al resto. Usualmente se mide por el ingreso como individuo y/o como grupo, y otros factores como ser equipamiento del hogar, condiciones generales en las que vive, nivel educativo, etc.</p>	Factores de riesgo	<p>Género</p> <p>Edad</p> <p>Estado civil</p> <p>Ocupación</p>	<p>Pacientes del PCT.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masculino - Femenino <ul style="list-style-type: none"> - 15a 29 años - 30 a 44 años - 45 a + 59 años <ul style="list-style-type: none"> ♦ Soltero ♦ Casado ♦ Unión libre ♦ Divorciado ♦ Viudo <ul style="list-style-type: none"> ♦ Empresa privada ♦ Empresa pública ♦ Trabajo informal ♦ Comerciante... ♦ Ama de casa ♦ Jubilado... ♦ Desempleado... ♦ Privados de la libertad 	✓ ENCUESTAS

			<p>Escolaridad</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Superior ♦ Secundaria ♦ Primaria ♦ Analfabeto <p>Ingresos</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ 50 ♦ 50 a 100 ♦ 100 a 200 ♦ 200 a 300 ♦ >300 	
CONOCIMIENTO	<p>Hechos, información y conocimientos adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un tema.</p>	<p>Formación profesional y eventos de Capacitación recibidos.</p>	<p>Función</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Lcda. En Enfermería ♦ Auxiliar en Enfermería <p>Promedio de enfermeras/os que han recibido capacitación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ SI ♦ NO <p>Medios que usa para estar informada y brindar una buena atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Manual para normas y procedimiento del PCT ♦ Guías de enfermería del PCT ♦ Internet ♦ Televisión ♦ Radio ♦ Periódico 	<p>✓ ENCUESTAS</p>

<p style="text-align: center;">POSTCONSULTA PERSONAL DE ENFERMERÍA</p>	<p>Atención directa al usuario, familia y comunidad en los aspectos de prevención, fomento, recuperación, y/o rehabilitación de la Salud en forma humana continua y libre de riesgo.</p>	<p>Métodos y técnicas de Atención, comunicación, educación y consejería con el cumplimiento del manual de normas.</p>	<p>Realiza postconsulta a los pctes.</p> <p>Medios Que Utiliza Para Informar al Paciente</p> <p>Forma de Dar postconsulta (consejería) a los pctes.</p> <p>Periodo que reciben Postconsulta (consejería) los pacientes</p> <p>Tiempo que dedica con cada paciente durante la postconsulta (consejería).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ SI ♦ NO ♦ Pizarrón ♦ Pintarrón ♦ Rotafolio ♦ Franelógrafo ♦ Material gráfico ♦ Proyector ♦ Individual ♦ Grupal ♦ Familiar ♦ Diaria ♦ Semanal ♦ Mensual ♦ < 15 min ♦ 15 a 20 min ♦ > 20 min 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ GUÍA DE OBSERVACIÓN ✓ ENCUESTAS
---	--	---	---	--	--

			<p>Cuenta con Espacio Físico adecuado.</p> <p>Actividades preventivas que realiza para promocionar la salud y evitar el contagio de la tuberculosis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ SI ♦ NO ♦ Consejería ♦ Charlas ♦ Búsqueda 	
ADHERENCIA	<p>Cumplimiento y constancia del mismo; es decir, tomar la medicación a lo largo del tiempo de tratamiento indicado de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito; para mejorar la calidad de vida.</p>	<p>Determinar el porcentaje de abandono de pacientes con TB por unidad de salud.</p>	<p>Dificultades para asistir regularmente y recibir tto.</p> <p>Debido a que son las visitas domiciliarias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ La distancia ♦ La cultura ♦ Lo económico ♦ Trabajo/ estudia ♦ Maltrato del personal de enfermería ♦ Tiempo de espera en el SCS ♦ Abandono del tto. ♦ Control ♦ Captación de SR 	<p>✓ ENCUESTA</p>

PACIENTES	Sujeto que recibe los servicios de un profesional de la salud, sometiéndose a un examen, a un tratamiento o a una intervención	Satisfacción Personal con actitud del Personal de Enfermería	privacidad usuario 1 Prevalencia e incidencia de pacientes con TB. criterio sobre el trato con los usuarios Estado emocional	<ul style="list-style-type: none"> ♦ SI ♦ NO ♦ Caso nuevo ♦ Recaída ♦ abandono ♦ Amable ♦ Poco amable ♦ Enojada ♦ Muy satisfecho ♦ Poco satisfecho ♦ No satisfecho 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ GUÍA DE OBSERVACIÓN ✓ ENCUESTAS
------------------	--	--	---	---	--

BIBLIOGRAFÍA

1. ALARCON Edith, "Guía de Enfermería para la implementación de la estrategia DOTS/TAES", Unión internacional Contra la tuberculosis y enfermedades respiratorias (UICTER), 2007.
2. AGUILAR Flor Marina, "Protocolos De Atención En Enfermería Signos Vitales" 2008.
3. "Adherencias al tratamiento de Áreas de Salud del Nivel Primario". 2009
4. Control mundial de la tuberculosis - Informe OMS 2011.
5. Comité Nacional de Infectología y Comité Nacional de Neumología, Tuberculosis Infantil; Modificaciones a los criterios de Diagnostico y tratamiento de la Tuberculosis Infantil, 2007.
6. "Cursos Sobre Tuberculosis Multidrogorresistente", Asociación médica mundial con la alianza de Lilly TB-MDR, Módulo 1, 2011.
7. "Directrices Sobre la Tuberculosis, Para las enfermeras de cuidados y lucha contra la tuberculosis y la tuberculosis multiresistente". Consejo Internacional de enfermeras, 2ª edición 2008.
8. "Directrices Sobre La Tuberculosis" Para las enfermeras de cuidados y lucha contra la tuberculosis y la tuberculosis multiresistente, Consejo Internacional de Enfermeras, 2ª Edición 2008.
9. "Diseño de realización de Proyectos de Investigación sobre Sistemas de Salud" serie de capacitación sobre sistemas de salud, 2ª edición 2007.

10. Diccionario Histórico-Biográfico das Ciencias de la Salud. Septiembre 2007.
11. Diccionario de medicina “OCÉANO MOSBY”, 2009
12. Estadísticas sanitarias Mundiales, Organización Mundial de la Salud, 2011.
13. “Estrategia nacional de salud Para el cumplimiento de los Objetivos sanitarios de la década 2011-2020” Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2011.
14. “Evidencia de Tuberculosis con Resistencia Extendida a Drogas de Segunda Línea (TB XDR)”, Centro Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú 2007.
15. Guía para la atención de personas con tuberculosis resistente a fármacos, México, Edición 2010.
16. “Guía para la Implementación y Expansión de la Estrategia DOTS/TAES” Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias 2007.
17. “Guía de Enfermería para la Atención del Paciente con Binomio TB/SIDA”, Secretaría de Salud 2006.
18. Guía Para la Implementación de la Atención Integrada de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (AITER) / Abordaje Práctico De La Salud Respiratoria (PAL) Perú, Julio - 2011.
19. HERRERA Olivia, “cuidados de enfermería a pacientes con tuberculosis pulmonar”, Universidad Docente Multidisciplinaria de Ciencias de la Salud y Trabajo Social Veracruzana. 2007.
20. La Asociación Médica Mundial (AMM), Curso sobre tuberculosis multidrogorresistente TB-MDR, 3ª edición 2008.

21. “Manejo Clínico de la Tuberculosis con Resistencia Fármacos”, Curso de Actualización, México, 30 de junio – 4 de julio del 2008.
22. Manual de Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en el Ecuador, Edición 2010.
23. “Manual de Normas y Procedimientos”, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en Cuba, La Habana, 2009.
24. “Manual de normas para el control de tuberculosis en Ecuador”, Ministerio de Salud Pública, Esmeraldas, Dirección Nacional de Epidemiología, Julio 2006.
25. Ministerio del Poder Popular Para la Salud, Directrices para El Diagnostico y Tratamiento de la Tb en Pacientes con Terapias Biológicas, Venezuela, edición Diciembre 2010.
26. MIÑO PÉREZ Emma Levi, “Rol de la enfermera en la atención a pacientes con tuberculosis simple y multidrogos resistentes (MDR) en el Hospital de Quevedo área nº 2 de julio a Diciembre del 2009”, Tesis De Grado.
27. MONTAÑO ROLDÁN, Marjorie y REY GUEVARA, Rocío, “Manejo del tratamiento acordado directamente observado como estrategia para la tuberculosis en los centros de salud N°1 y N°2 en la ciudad de Esmeraldas Mayo a Julio del 2007” Tesis De Grado.
28. Organización Mundial de la Salud, Tratamiento de la Tuberculosis, Directrices para los Programas Nacionales, cuarta edición 2009.
29. “Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis (2008 – 2015)” Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, San Salvador, El salvador 2008.

30. “Plan de control de infecciones en tuberculosis”, Equipo de Trabajo Multidisciplinario de Control de la Transmisión de TB en el Hospital Daniel Alcides Carrión Perú 2008 – 2010.
31. “Plan Nacional de Prevención de VHB, VIH y la TB por riesgo ocupacional de trabajadores de salud (2010 - 2015)”, Dirección General de Salud Ambiental, Ministerio de Salud, Lima –Perú 2010.
32. “Prácticas Óptimas en la Atención Integral de Pacientes con Tuberculosis”, Una Guía Destinada a Países de bajos ingresos, Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, Edición 2007.
33. “Programa de Acción Específico 2007-2012 Tuberculosis”, Subsecretaria de Promoción y Prevención de la Salud, Primera edición 2008.
34. “Protocolos de Atención de enfermería Para El Primer y Segundo Nivel de Atención de Salud”, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección de Regulación, Unidad De Enfermería, San Salvador, El Salvador, C. A. 2da Edición 2006.
35. QUEZADA G. Miguel Aurelio, “Diseño y Evaluación de Proyectos” Universidad Técnica Particular de Loja, Ecuador, Agosto del 2006.
36. “Relación Histórica de la Consulta de Enfermería con la Vivencia Profesional”, Revista Electrónica Cuatrimestral de Enfermería N° 15, Febrero 2009.
37. “Tuberculosis Pulmonar” Manuales de Radiología, Artículos de Revisión, Diciembre 2009.
38. “Tuberculosis Extremadamente Resistente (TB-XDR), Historia y Situación Actual”, Acta Médica Peruana, Lima Oct. /Dic. 2008

39. Tuberculosis, Curso de Salud Internacional, Especialidad en Salud Pública, curso 2006 – 2007.
40. . VÉLEZ LOOR Magali, “Proyecto de Capacitación Técnica Ocupacional para la Inserción Laboral de Adictos en Recuperación de la Provincia de Esmeraldas del 2011 al 2016”, Instituto de Altos Estudios Nacionales Diplomado Superior en Gestión y Evaluación de Proyectos, Mayo 23 del 2011.
41. ZAPATA HERRERA Marleny, “Enfermería ¿una profesión en crisis?” Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Salud Colectiva, Universidad de Antioquia, Colombia –Medellín 2008.

WEBGRAFICA

42. http://www.iuatld.org/pdf/acript_esp.pdf.
43. <http://www.sudnordews.org/tuber.html>
44. <http://www.wikipwdia.org/wiki/Tuberculosis>
45. www.enfermeriaconexion.com/comunitaria.10/htm.
46. www.who.int/hq/200/WHO-CDS-TB-200.283spa.pdf
47. http://www.who.int/mediatld.org/pdf/acript_esp.pdf.
48. <http://ghr.nlm.nih.gov/glossary=biologicaltherapy>.
49. www.unificado.com.br
50. www.coc.fiocruz.br
51. <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>
52. Biblioteca Virtual de Salud, septiembre 2007. <http://bvsms.saude.gov.br>
53. <http://ghr.nlm.nih.gov/glossary=biologicaltherapy>.
54. http://www.cdc.gov/hiv/spanish/resources/brochures/oi_tb.htm