UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN

DEL TÍTULO DE LICENCIADOS EN ENFERMERÍA

TITULO:

TUBERCULOSIS PULMONAR Y PREVALENCIA EN LOS PACIENTES CON TBK POSITIVO TRATADOS EN EL CENTRO DE SALUD 24 HORAS ANDRES DE VERA.JUNIO-NOVIEMBRE 2013.

Autores:

MIELES SOLÓRZANO EDWIN FABRICIO

PÉREZ MACIAS GLORIA MERCEDES

DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

LCDA. SUSANA DONOSO PALOMEQUE

PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR

2014

TEMA:

TUBERCULOSIS PULMONAR Y PREVALENCIA EN LOS PACIENTES CON TBK POSITIVO TRATADOS EN EL CENTRO DE SALUD 24 HORAS ANDRES DE VERA.JUNIO-NOVIEMBRE 2013

DEDICATORIA

Doy gracias a Dios; por haberme dado fuerza y valor para concluir estos estudios para ejercer el título de licenciado en Enfermería.

A Monseñor Giovanni Battista Piccioli, por el apoyo incondicional, la ayuda económica y haber confiado en mi vocación hacia esta hermosa carrera.

A mis padres: Jacobo Mieles y Estrella Solórzano, que son mi razón y el motivo de vivir, por quienes he querido superarme para ser un orgullo en ellos.

A mis hermanos, Víctor, Héctor, Cecilia, Eddy, Roberto, Klever, Egber, Oswaldo y Andrés que fueron base principal e inspiración para salir adelante con este sueño.

También a la familia Catagua Moreira que siempre estuvieron pendientes en que mi sueño se realizara.

A todos ellos, gracias de corazón,

Edwin Fabricio Mieles Solórzano

DEDICATORIA

Doy gracias a Dios; por haberme dado fuerza y valor para concluir mis estudios y obtener el título de licenciada en Enfermería.

A mi padre que fue mi orgullo, mi guía y aunque ya no esté conmigo físicamente desde el cielo le doy gracias porque por el soy la persona que soy en día, a mi madre Mercedes Macías mi motor, mi fuerza, ese padre y madre que me impulsa a estar donde estoy.

A mis hermanos, Lady, Gregory y a mi prima hermana Yuliana que fueron base principal e inspiración para salir adelante con este sueño.

También a mis tíos José, Edward, Víctor, Oscar, Lulú Pérez y mi tía Marjorie Macías por su apoyo incondicional y su ayuda económica, y haber .confiado en mí.

A Luis Cevallos gracias a ti otro ángel más que creyó en mí y que hoy está en el cielo orgulloso de lo que soy otro padre más para mi gracias.

A mis mejores amigos Mayra, Luis, Gema por estar hay en mi tesis ayudarme siempre que necesite de ustedes gracias.

A todos ellos, gracias de corazón,

Gloria Mercedes Pérez Macías

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de investigación va dirigido con una expresión de gratitud a la Universidad Técnica de Manabí, Facultad de la Salud y a cada uno de los que conforman la Carrera de Enfermería.

Al Tribunal de Revisión y Sustentación por su majestuosa ayuda ante las diferentes correcciones que fueron muy importante a la mejora de este proyecto.

A la Lic. Susana Donoso Palomeque, Directora de Tesis, a quien expresamos testimonio de respeto e imperecedero reconocimiento por sus valiosos conocimientos y por su acertada dirección al momento de guiar nuestro trabajo de investigación.

Al Lic. María Lourdes Zambrano, por su decisión espontánea y voluntaria, el gesto de ayuda que demostró durante la ejecución de nuestra investigación.

Al Centro de Salud 24 horas Andrés de Vera, por brindarnos la oportunidad de realizar nuestra investigación, en especial a la Lcda. Jhenny Guerrero, y Ofelia Moreira a quien le expresamos nuestro sincero agradecimiento por su colaboración desinteresada.

A todos los distinguidos docentes tutores que fueron gestores de nuestra formación profesional.

Mil gracias.

Edwin mieles Solórzano
Gloria Pérez Macías

CERTIFICACIÓN

LCDA. SUSANA DONOSO PALOMEQUE, certifica que el trabajo de Investigación titulado "TUBERCULOSIS PULMONAR Y PREVALENCIA EN LOS PACIENTES CON TBK POSITIVO TRATADOS EN EL CENTRO DE SALUD 24 HORAS ANDRES DE VERA, JUNIO-NOVIEMBRE 2013", es trabajo original de los egresados EDWIN FABRICIO MIELES SOLORZÁNO y GLORIA MERCEDES PÉREZ MACÍAS, que ha sido realizada bajo mi dirección.

_____

Lcda. Susana Donoso Palomeque Mg
DIRECTORA

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA

TEMA:

Tuberculosis pulmonar y prevalencia en los pacientes con TBK positivo tratados en el Centro de Salud 24 horas Andrés de Vera. Junio-Noviembre 2013.

TESIS DE GRADO:

Sometida a consideración por el Tribunal Examinador de Revisión y Sustentación de Tesis legalizado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería de la Universidad Técnica de Manabí, como requisito previo a la obtención del título de:

LICENCIADAS/OS EN ENFERMERIA

APROBADO

Dra. Yira Vásquez Giler, MN.
Decano

Ab. Abner Bello Molina
Asesor Jurídico

DR. Jhon Ponce Alencastro MDI
PRESIDENTE DE LA COMISIÒN DE INVESTIGACION

Lcda. Aracely Romero Alban Mg. Sc.
Presidente Del Tribunal

Lcda. Susana Donoso Palomeque Mg. Sc
Director Del Tribunal

Lcda. María Lourdes Zambrano Mg. Sc.
Miembro Del Tribunal

Lcda. Liliana Mendoza Mendoza Mg. Sc.
Miembro Del Tribunal

DECLARACIÓN SOBREDERECHOS DE AUTOR

Los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de sus autoras.

Los autores.

Mieles Solórzano Edwin Fabricio	Pérez Macías Gloria Mercedes
AUTOR	AUTORA
C.I. 131289679-2	C.I. 131289619-2

ÍNDICE DE CONTENIDOS

TEMA: III
DEDICATORIA II
AGRADECIMIENTO IV
CERTIFICACIÓN V
DECLARACIÓN SOBRE DERECHOS DE AUTOR VII
RESUMEN IX
SUMMARY X
INTRODUCCIÓN 1
JUSTIFICACIÓN 3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 5
OBJETIVOS 7
GENERAL: 7
ESPECÍFICOS: 7
MARCO TEÓRICO 8
VARIABLES 25
DISEÑO METODOLÓGICO 29
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS 31
CONCLUSIONES 42
RECOMENDACIÓNES 43
PRESUPUESTO 44
BIBLIOGRAFÍA 45
PROPUESTA 48
ANEXO 51

RESUMEN

La tuberculosis se ha convertido en un problema de salud pública, la capacitación y entrenamiento constante del personal de salud desempeña un rol gravitante para garantizar la calidad de la atención de los pacientes con tuberculosis. El programa de Acción para la Prevención y Control de la Tuberculosis tiene como uno de sus propósitos fundamentales identificar de manera oportuna a los enfermos de Tuberculosis Pulmonar y garantizar el tratamiento sin costo para el paciente. La susceptibilidad es mayor en personas desnutridas, alcohólicos, pacientes sometidos a tratamientos con inmunosupresores o con enfermedades como el SIDA. Con el apoyo de estudios epidemiológicos y el conocimiento de que es posible identificar a los pacientes con TBK + en etapa asintomática ha permitido el desarrollo de estrategias de detección temprana con procedimientos diagnósticos económicos, sencillos y sensibles, con la finalidad de tomar medidas de prevención oportuna. El presente trabajo aborda determinar la prevalencia de Tuberculosis Pulmonar en los pacientes con TBK positivo tratados en el Centro de Salud 24 horas Andrés de Vera. Junio-Noviembre 2013.

Desde un punto de vista enfocado a buscar la relación del desarrollo de la patología con la situación del entorno familiar, social y factores predisponentes a presentar TBK+. En este estudio se incluyeron 22 pacientes, los cuales fueron encuestados. Esta investigación fue de tipo descriptiva- prospectiva porque permitirá describir las características de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar y su relación con el antecedente de tener un familiar TBK positivo.Los cuales ayudaron auscultar el problema para dar paso a la propuesta de un plan de capacitación dirigido a pacientes que acuden al Centro de Salud 24 horas Andrés de Vera.

PALABRAS CLAVES:

Tuberculosis, Contacto, Prevención, Control, Tratamiento, Asintomático.

SUMMARY

Tuberculosis has become a public health problem, training and ongoing training of health personnel plays a role gravitating to ensure the quality of care of patients with tuberculosis. Program of Action for the Prevention and Control of Tuberculosis has as one of its fundamental purposes identified in a timely manner to patients with pulmonary tuberculosis and ensuring treatment at no cost to the patient. Susceptibility is greater in malnourished, alcoholics, patients undergoing immunosuppressive treatments for diseases such as AIDS. With the support of epidemiological studies and the knowledge that it is possible to identify patients with asymptomatic stage in TBK + has allowed the development of early detection strategies for economic diagnostics, simple and sensitive, in order to take timely preventive measures . This paper addresses determine the prevalence of pulmonary tuberculosis in patients treated with positive TBK Health Center 24 hours Andrés de Vera. June to November 2013.

From a viewpoint focuses find the relationship of the development of pathology to the situation of the family, social and environmental factors predisposing to submit TBK +. In this study 22 patients, which were surveyed included. This research was prospective-type description because it will describe the characteristics of pulmonary tuberculosis patients and its relationship to have a positive history of TBK family. , Which helped listening to the problem to make way for a proposed training plan aimed at patients who come to the Health Center 24 hours Andrés de Vera.

KEYWORDS:

Tuberculosis, Contact, Prevention, Control, Treatment, Asymptomatic.

INTRODUCCIÓN

Según la OMS (2012) la tuberculosis es la segunda causa mundial de mortalidad, después del sida, causada por un agente infeccioso, en el 2012 8,6 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,3 millones murieron por esta causa, más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, y esta enfermedad es una de las tres causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años. 530 000 niños enfermaron de tuberculosis y 74.000 niños seronegativos murieron de tuberculosis. La tuberculosis es la causa principal de muerte de las personas infectadas por el VIH, pues causa una quinta parte de las defunciones en este grupo. La tuberculosis multirresistente se ha encontrado en casi todos los países estudiados.

Aunque lentamente, está disminuyendo el número anual estimado de personas que enferman de tuberculosis; ello quiere decir que el mundo está en camino de cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio consistente en detener la propagación de esta enfermedad de aquí al año 2015. La tasa de mortalidad por tuberculosis disminuyó un 45% entre 1990 y 2012. Gracias a las estrategias DOTS y Alto a la Tuberculosis recomendadas por la OMS, se calcula que se habrían salvado unos 22 millones de vidas (OMS, 2012).

La tasa estimada por la Organización Panamericana de la Salud para el país es de unos 85 por cada 100,000 habitantes / año y se ubican entre las más altas de la América Latina como menciona la OMS (2009). En países como Bolivia, Ecuador, El Salvador, Perú, Haití, República Dominicana y Nicaragua, la situación epidemiológica y operativa de la TB se considera de extrema gravedad. Actualmente la tuberculosis es objeto de una vigilancia y control intensificado en el territorio nacional, por el comportamiento ascendente de su intensidad (Curry, 2008).

La agencia de salud de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) calcula que sólo el 3% de las tuberculosis resistentes reciben tratamiento en la actualidad. Entre

1990 y 2009 las muertes por tuberculosis declinaron en un 35% y la prevalencia en un 14% en el mundo, pero sigue siendo la enfermedad de los infortunados y en los países más pobres, con ella desatando gran cantidad de muertes.

Es por eso que La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaro el 24 de marzo como el Día Mundial de la Tuberculosis. "Organización Mundial de la Salud, 2003.Directrices para los Programas Nacionales. Organización del PCT. Segunda Edición"El programa de Acción para la Prevención y Control de la Tuberculosis tiene como uno de sus propósitos fundamentales identificar de manera oportuna a los enfermos de tuberculosis pulmonar y garantizar el tratamiento sin costo para el paciente.La susceptibilidad es mayor en personas desnutridas, alcohólicos, pacientes sometidos a tratamientos con inmunosupresores o con enfermedades como el SIDA.

En el Ecuador en el 2001 se comenzó a implementar las Estrategia DOTS se inició en 3 provincias del país (Azuay, Guayas, y Pichincha), en 2004 se expandió la estrategia a otras 3 provincias (EL Oro, Manabí y Tungurahua), con el apoyo de la Cooperación Canadiense, en las cuales se busca disminuir los factores de riesgos de la tuberculosis que son el hacinamiento que es la presencia de tres o más personas por habitación en la vivienda del paciente; la irregularidad en el tratamiento, como la inasistencia al tratamiento antituberculoso por uno o más días; contacto a toda persona que vive en el mismo hogar con un paciente con tuberculosis; y percepción errada de la enfermedad, a la falta de conocimiento acerca de los modos de transmisión de la enfermedad (MSP, 2010).

El Centro de salud 24 horas Andrés de Vera, es una unidad de atención primaria destinada a recibir pacientes con diferente patología entre ellos los que presentan tuberculosis pulmonar brindado tratamiento preventivo curativo mediante esquemas establecidos por el ministerio de salud pública del Ecuador. La investigación que se realizo estuvo basada de acuerdo a estudios epidemiológicos, sobre la presencia de nuevos contacto de pacientes con TBK positivo tratados en el Centro de Salud 24 horas Andrés de Vera .Mayo-Octubre 2013.

JUSTIFICACIÓN

En el Ecuador unos 10,000 casos nuevos anuales de Tuberculosis en todas sus formas, en un 60% de los cuales será de Tuberculosis Pulmonar. La prevalencia es el doble de los casos nuevos de incidencia por lo que tiene en un año alrededor de 20,000 casos totales (MSP, 2010).

La TB es la infección de mayor prevalencia en América Latina, anualmente se informan alrededor de 230,000 casos, aunque la verdadera incidencia pudiera ser de unos 500,000 casos anuales, porque no hay registro de otras instituciones como IESS, fuerzas armadas y atenciones primarias. La estrategia DOTS es programa de tuberculosis empleado en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis" que fue implementada desde 2004 a nivel de los centros de atención primaria de salud del distrito N°1 del Cantón Portoviejo

Este programa a pesar de la implementación de la estrategia en el Ecuador la tuberculosis continua siendo un problema de salud pública en Ecuador, ya que en el año 2006, se reporta el 42% de casos de TBPBK+, en constate mayor a los estimados de la Organización Mundial de la salud (OMS, 2009).

Esta enfermedad afecta la población de Adultos Jóvenes (20-50 años) en pleno periodo productivo. Esta realidad contribuye al deterioro de la calidad de vida de los familiares, generando situaciones que profundizan la pobreza y aumenta los casos por contactos.

En un estudio Hipeolite Pierre Richard y colaboradores de febrero de 1995 establecieron que en los casos de infección por VIH representan el factor de riesgo más importante para el desarrollo de la tuberculosis, y por lo tanto, son importante causas independientes de mortalidad en adultos (Bock, 2008).

Zacarías Fernando y González y colaboradores en un estudio de 18% de 39,000 identificaron que más de la mitad de esos casos estaban representadas por personas de 25 a 44 años (Zacarías, 2009).

CENISMI, Espinal, Marcos y colaboradores establecieron que un 9.5% de los adultos mayores de 15 años con tuberculosis, en cinco grandes instituciones hospitalarias de Santo Domingo está infectado con el VIH. Mac Macken, Michelle y colaboradores en un estudio sobre Tuberculosis y VIH en los Estados Unidos en julio de 1994 establecieron que la asociación de tuberculosis con el VIH está convergiendo en algunas minorías raciales y étnicas en personas de 25 a 44 años, siendo el índice de transmisión de la bacteria M Tuberculosis uno de los factores que determinan la tendencia de tuberculosis en relación con el VIH.

En este contexto, la realización del presente trabajo tiene un aporte académico y científico importante, en razón de que se ha tomado al El Centro de salud 24 horas Andrés de Vera" para analizar la presencia de nuevos casos en familiares de pacientes con TBK. Desde el punto de vista social el proyecto tiene una contribución significativa, ya que se logró la participación activa de las pacientes.

En lo profesional, las autores, al haber tenido la oportunidad de recibir una formación de tercer nivel, tendrán la oportunidad de adquirir mayor experiencia profesional involucrando a los pacientes con tuberculosis pulmonar que recibieron tratamiento. En el ámbito personal, el afianzamiento de los conocimientos sobre esta patología que afecta a las diferentes tipos de pacientes independientemente su sexo, raza, procedencia y estado socioeconómico.

El presente trabajo se lo realiza como requerimiento degradación de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Técnica de Manabí, la cual ha viabilizado todas las facilidades necesarias para la formación de nuevos enfermeras(os); así mismo, se elaboró como requisito previo a la obtención del título de Licenciadas(os) en Enfermería.El beneficio de esta investigación para el Centro de salud 24 horas Andrés de Vera tendrá una base de datos de pacientes con esta patología y de esta manera puedan hacerle el seguimiento respectivo para evitar el abandono al tratamiento para reducir los casos de multidrogodependencia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tuberculosis pulmonar es una enfermedad infectocontagiosa catalogada entre las más agresivas, que ocasiona la muerte a millones de personas anualmente a nivel mundial. Esta enfermedad es conocida desde la más remota antigüedad, y se supone que es tan antigua como el hombre mismo.

La epidemiología de la tuberculosis permite determinar los factores que influyen en su distribución y frecuencia en la población, determinando la magnitud del daño que ella provoca para que, por medio de acciones de promoción, protección, tratamiento y rehabilitación, llegar a su control y erradicación, los indicadores epidemiológicos son: la infección, morbilidad y la mortalidad.

Aunque su incidencia ha descendido y continua descendiendo en los países desarrollados, la tuberculosis continua constituyendo un problema grave en los países más pobres al igual que entre las personas que sufren inmunodepresión en especial los afectados por el SIDA (Zacarías, 2009).

La incidencia y prevalencia de casos de tuberculosis pulmonar diagnosticados en el Ecuador , motivó a realizar un investigación para determinar la su prevalencia en los familiares de pacientes TBK+ ,basados en el estudio de algunas variables clínicas y epidemiológicas empleadas en los centros de salud como el de Edgard Lang, Francisco Buitrago, Silvia Ferrufino y Ciudad Sandino para conocer el comportamiento clínico y epidemiológico de la TB pulmonar en los mismos en el periodo de Julio del 2010 a Marzo del 2011.

Aun cuando la TB es prevenible y curable, continua siendo una de las infecciones más trasmisibles en todo el mundo, con aproximadamente 8 millones de casos nuevos diagnosticados y 2 millones de muertes que ocurren cada año.

El Centro de salud de 24 horas Andrés de Vera siendo una entidad sanitaria de cobertura parroquial encargado del diagnóstico oportuno y tratamiento de diversas patologías entre las cuales se destaca la tuberculosis pulmonar mediante la atención

directa y brigadas de prevención de ahí la importancia de realizar esta investigación para contribuir en la determinación de la prevalencia en familiares de pacientes con TBK positivo.

Por ella surge la siguiente interrogante

¿Cuál es la prevalencia de Tuberculosis Pulmonar en los pacientes con TBK positivo tratados en el centro de salud 24 horas Andrés de Vera . Junio-Noviembre 2013?

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la prevalencia de Tuberculosis pulmonar en los pacientes con TBK positivo tratados en el Centro de Salud 24 horas Andrés de Vera. Junio-Noviembre 2013.

ESPECÍFICOS:

Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con tuberculosis TBK+

Establecer la prevalencia de Tuberculosis, en familiares de pacientes con TBK positivo.

Desarrollar un programa de información y comunicación en los pacientes que asisten al Centro de Salud 24 horas Andrés de Vera con antecedentes familiares de tuberculosis pulmonar.

MARCO TEÓRICO

Garay (2012) afirma:

> Tuberculosis es una enfermedad granulomatosa crónica provocada en la mayoría de los casos, por el microorganismo Mycobacterium tuberculosis, el bacilo habitualmente ingresa al organismo por las vías respiratorias, en algunos casos puede diseminarse desde los pulmones a otras partes del organismo mediante el flujo sanguíneo, el sistema linfático, vías aéreas o por extensión directa a otros órganos. (p. 15)

Según Moreno (2008) menciona que: "La tuberculosis pulmonar es uno de los principales problemas de salud en el mundo" (p. 336). Actualmente se estima que cerca de un tercio de la población mundial está infectada con Mycobacterium tuberculosis, la Organización Mundial de la Salud la declaro una emergencia mundial, dada la aparición de cepas fármaco resistentes y la asociación con la pandemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, recomendando como estrategia útil para el control, el tratamiento acortado estrictamente supervisado.

> La Tuberculosis pulmonar tiene manifestaciones clínicas inespecíficas, e incluso puede detectarse en personas asintomáticas en el curso de estudios de contactos u otras exploraciones. Lo habitual es que el paciente presente síntomas de varias semanas de duración consistentes en tos, expectoración, en ocasiones hemoptoica, dolor torácico y sintomatología general (febrícula o fiebre, sudoración, astenia, anorexia y pérdida de peso). La exploración torácica puede ser anodina, o bien pueden auscultarse ruidos o estertores localizados o asimetrías en los ruidos respiratorios. Es primordial sospechar la enfermedad, y en todo paciente con síntomas respiratorios y/o síntomas generales de más de 2–3 semanas de duración iniciar los procedimientos diagnósticos, así como en todo paciente con hemoptisis, con independencia de la duración (González, 2010, p. 35).

La Tuberculosis se presenta de varias formas, muchas veces con síntomas inespecíficos, especialmente en la forma aguda pudiéndose muchas veces diagnosticar como una neumonía bacteriana clásica o aparentando una neumonía atípica, lo cual es importante ya que retrasa su diagnóstico y su tratamiento, esta revisión resume las claves clínicas y radiológicas de las formas agudas de la tuberculosis, se presenta en caso de pacientes con síntomas inespecíficos.

Molina (2011) manifiesta que: “La Fisiopatología se presenta en el paciente una vez que se inhala el Mycobacterium tuberculosis una serie de eventos inmunológicos lleva a tres posibles resultados erradicación, infección primaria, infección latente” (p, 88). La tuberculosis aguda puede surgir como una enfermedad primaria o de la reactivación de una infección latente, la infección primaria en la mayoría de los individuos es asintomática o leve, la enfermedad sintomática aguda requiere atención medica en 3% a 10%, los principales factores determinantes del tipo y la extensión de la enfermedad de la tuberculosis son la edad del pacientes, el estado inmunológico, la virulencia del organismo y la carga de micro bacterias.

Molina (2011) manifiesta que:

> El estado inmunológico del paciente puede desempeñar un papel importante en la patogénesis de la enfermedad, los mecanismos exactos que rigen las interacciones huésped patógeno en la práctica clínica son complejos y su comprensión es incompleta, por ejemplo en los adultos jóvenes tienen mayor número de placas de Peyer ricas en tejido linfoide, lo que puede explicar la mayor incidencia de la tuberculosis intestinal entre las edades de 15 a 25 años, la rápida evolución clínica que se observa en algunos pacientes infectados por el VIH, puede ser explicado por una respuesta deficiente a nivel celular, lo que resulta en menos inflamación, con menos formación de granulomas, más necrosis, y un mayor número de organismo resistentes a los ácidos en la histología. (p, 88).

La severidad de la enfermedad y la susceptibilidad podría estar medida por mutaciones y polimorfismos en la vía de respuesta del interferon gamma, se debe prestar especial atención a los pacientes inmunocomprometidos debido a que una respuesta inmune alterada puede dar lugar a manifestaciones atípicas, la contribución a la gravedad y la aparición de la enfermedad clínica de estos otros componentes de la respuesta inmunológica a la tuberculosis.

Las manifestaciones clínicas de la tuberculosis a menudo es sub diagnosticas como causa de neumonía adquirida en la comunidad, especialmente cuando se presenta como enfermedad aguda, ya que existe una baja sospecha, las guías de tratamiento a menudo solo cubren los organismos más frecuentes y además existe presión en los médicos de brindar un tratamiento rápido, estos factores contribuyen al retraso en el diagnóstico de la tuberculosis insospechada en un hospital, el 60% de los casos se

reportaron con tuberculosis hasta después de la muerte del paciente, el 92% de los pacientes fueron adultos mayores.

Molina, (2011) refiere:

> Las claves epidemiológicas que deberían alertar al médico sobre la posibilidad de Tuberculosis incluyen, uso de drogas IV, inmigrantes de países con alta prevalencia de la enfermedad, contactos con tuberculosis, dentro de las claves clínicas encontramos síntomas crónicos (>2 a 3 semanas) hemoptisis, tos productiva, pérdida de peso, sudoración nocturna, fiebre, malestar general, disnea progresiva, anorexia, mala respuesta al tratamiento tradicional de neumonía, recaída posterior a la administración de corticosteroides, tinción débil de los bacilos grampositivos o tinción central neutral fantasma, recaída posterior a la administración de fluoroquinolonas, debido a que el microbio tuberculosis responde transitoriamente a esta terapia, el 48% de los pacientes que recibieron fluoroquinolonas antes del diagnóstico de tuberculosis, esto demuestra que el uso es esta terapia enmascara y retrasa el diagnóstico, así como aumenta la resistencia de la tuberculosis cuando se utiliza como mono terapia. (p. 88)

Las patologías con compromiso inmunológico tienen riesgo aumentado de reactivación de la tuberculosis, tal es el caso de los pacientes con VIH que tienen riesgo de un 10% por año, en estos pacientes tanto la tuberculosis primaria como la reactivación pueden presentarse con estudios radiológicos normales o bien con infiltrados en cualquier área del pulmón, derrame pleural y linfadenopatiashiliares o mediastinales, el uso de terapia inhibitoria del factor de necrosis tumoral alfa como el infliximab, etanercept y adalinumab, aumentan el riesgo de tuberculosis así como también presentan riesgo elevado quienes han sido trasplantados debido al uso de tratamientos inmunosupresores.

En el primer mes postparto pueden darse casos de Tuberculosis extra pulmonar debido a que el embarazo constituye un estado de inmunosupresión leve, existen patologías subyacentes como la IRC, DM, silicosis, gastrectomía, Bypass yeyuno ileal, carcinoma de cabeza o cuello que no deben olvidarse en la historia clínica del paciente en el que la tuberculosis sea una posibilidad diagnostica.

Según Uribarren (2013) menciona que la “Tuberculosis es una enfermedad infecciosa crónica, de incidencia creciente a nivel mundial, representa un severo

problema de salud pública" (p. 43). Se estiman 8 millones de casos nuevos, 13% de ello coinfectados con HIV. Asimismo se contemplan 1.5 millones de muertes por tuberculosis en el año 2010, el principal agente causal de la tuberculosis en el humano en Mycobacterium tuberculosis, la transmisión zoonótica de estos patógenos ocurre principalmente por el contacto estrecho con el ganado y el consumo de productos de estos animales, tales como leche no pasteurizada.

Uribarren, (2013) afirma:

> Los individuos inmunodeprimidos son altamente susceptibles, la epidemiología de la enfermedad ha cambiado radicalmente en años recientes, principalmente en zonas geográficas marginadas de África, Asia y América, después de la aparición del SIDA, el descuido de los programas anti tuberculosis y la resistencia creciente de Mycobacterium ante los fármacos de elección. Otros factores de riesgo asociados son la diabetes mellitus, desnutrición, y terapias inmunosupresoras, también se han sugerido factores genéticos y ambientales como causa del desarrollo de la enfermedad. (p 43).

Los tipos de Tuberculosis se pueden presentar según el caso de la enfermedad y resultado de la baciloscopía de esputo y cultivo.

El caso de Tuberculosis pulmonar BK + (TBPBK +): Se considera caso de tuberculosis pulmonar BK + cuando los resultados de una o más baciloscopía son positivos (# de BAAR +, ++, +++). "El caso de tuberculosis pulmonar BK – cultivo + (TBPBK– C+) Es el caso de TB Pulmonar, en que luego del flujograma diagnóstico se ha demostrado la presencia de Mycobacterium tuberculosis en cultivo, teniendo baciloscopía negativas." (MSP, 2010, p. 103).

El caso de Tuberculosis pulmonar BK – cultivo – (TBPBK – C –): Es el caso de TB Pulmonar, al que se le ha realizado el procedimiento del flujograma diagnóstico presentando bacteriología negativa y cultivo negativo y a quien se decide iniciar tratamiento antituberculoso por otros criterios (clínico, epidemiológico, diagnóstico por imágenes, inmunológico, anatomopatológico).

> Caso de TB extrapulmonar: Paciente que presenta enfermedad tuberculosa en otros órganos que no son los pulmones y que ingresa a tratamiento. Las formas más frecuentes son: pleural, ganglionar, genitourinaria, osteoarticular,

> miliar, meníngea y el compromiso de otras serosas u órganos. Cuando existe sospecha de tuberculosis, debe hacerse el máximo esfuerzo de obtener material biológico (líquidos o biopsia), y ser enviado a laboratorio, garantizando el envío de DOS muestras. El líquido obtenido se remitirá al laboratorio provincial correspondiente para el estudio bacteriológico (baciloscopía y cultivo). Con la biopsia obtenida se debe enviar una muestra conservada en suero fisiológico para el estudio bacteriológico (BK directo y cultivo), y la segunda muestra, conservada en formol, para estudio anatomopatológico (MSP, 2010, p. 103).

En las personas con Tuberculosis extra pulmonar que simultáneamente son sintomáticos respiratorios, debe solicitarse, además, baciloscopía de esputo, para descartar tuberculosis pulmonar. Los casos de TB pulmonar BK + más TB extra pulmonar, serán notificados como TB Pulmonar BK + en el informe trimestral. Caso de meningitis tuberculosa: Paciente que presenta enfermedad tuberculosa en las meninges. Es una forma de TB extra pulmonar, desde el punto de vista epidemiológico merecen especial atención los casos de meningitis tuberculosa en menores de 5 años, ya que sirven para evaluar en forma indirecta la cobertura y eficacia de la vacunación BCG.

Los factores de riesgo de la Tuberculosis pulmonar según la investigación realizada Lozano por (2009) menciona:

> Las edades límites de la vida son más vulnerables para contraer la enfermedad, sobre todo los niños de 5 años y los adultos mayores de 65 70 años, ello puede estar parcialmente justificado, en los primeros por el ligero de inmunodeficiencia a estas edades y en los segundos por las reactivaciones endógenas como posible mecanismo causal de la afección. La Tuberculosis afecta más a los hombres en un 60 a 70% que las mujeres, aunque es reconocido que esta patología es más grave en el sexo femenino que en el masculino, influyen además los aspectos socioeconómicos, culturales, tales como poder adquisitivo, ocupación, dedicación laboral, domestica, nutrición, funciones generales y familiares, estigmas sociales. (p. 35)

La Tuberculosis predomina en estratos de baja escolaridad además la ocupación es la labor que desempeña o realiza la persona, muchos elementos vinculados con la faena que realiza pueden favorecer el desarrollo de malos hábitos, fundamental de índole social, un factor de riesgo es la exposición de trabajadores al desempleo, de gran repercusión sobre el estado de salud, tanto individual como colectivo. La carencia

extrema de una entrada financiera conduce a la pobreza, problema de salud todavía común en países desarrollados como consecuencia de un progreso desigual, se acepta que el hecho de Tuberculosis está relacionado con un bajo estado socioeconómico.

"El hacinamiento es un importante factor desencadenante de la enfermedad infectocontagiosa, la inanición o malnutrición reduce la resistencia a la enfermedad y ello es un factor determinante en las comunidades pobres, tanto en adultos como en niños" (Lozano, 2009 P. 35). Por otra parte el humo del tabaco ejerce una acción perturbadora sobre los mecanismos de defensa y depuración pulmonar, así como también sobre el perfil genético, el alcoholismo ha sido señalado como una condición predisponente para el padecimiento de la infección tuberculosa (Lozano, 2009).

Los factores de riesgo según menciona Moreno (2008):

> Relacionados han sido identificados desde diferentes enfoques, entre los cuales se incluyen el biológico, antropológico y socioeconómico, desde el punto de vista biológico se menciona la resistencia primaria a fármacos antifímicos de primera línea, la desnutrición y la presencia de enfermedades concomitantes que alteran el sistema inmunitario, tales como la diabetes mellitus y la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Desde el enfoque antropológico, se alude a la percepción errónea de la enfermedad, la relación médico paciente y el tratamiento antifímicos inadecuados, en cuanto al aspecto socioeconómico es importante mencionar que casi la totalidad de los casos de tuberculosis ocurre en países en desarrollo, por lo que siempre se ha considerado que: "El padecimiento afecta a los socialmente desfavorecidos, las consecuencias de la recaída derivan de que el paciente en estas condiciones continua siendo infectante, lo que representan un enorme problema de salud pública, ya que además de la gravedad con que evoluciona, en la comunidad se eleva el riesgo de infección por cepas fármaco resistentes" (Moreno, 2008, p. 340).

Las escalas de evaluación para el control de los pacientes con tuberculosis pulmonar son las condiciones estructurales de la vivienda, hacinamiento, funcionamiento familiar, higiene personal e higiene del hogar, las escalas de la siguiente manera:

> Condiciones estructurales de la vivienda consiste en los aspectos constructivos y de mantenimiento observadas por el evaluador, en el caso que este buena debe estar sólida, sin filtraciones, ni grietas, si esta regular debe estar sólida, pero con algunas filtraciones y grietas, en el caso de estar mala esta insegura, con filtraciones y grietas en la mayoría de las habitaciones o apuntalamientos. Hacinamiento se obtiene dividiendo el número de convivientes ente el número de habitaciones utilizadas como dormitorio 3 y más se consideró hacinamiento. (Muñoz, 2011, p. 55).

Funcionamiento familiar este proceso resultante del conjunto de interacciones entre los miembros de una familia. Se calificó según la opinión del encuestador y el criterio del médico de familia, atendiendo a la definición de las categorías aquí establecida. Familia funcional no existen conflictos ni crisis en la dinámica familiar. Existen adecuadas relaciones interpersonales. Hay armonía en el seno de la familia y con los vecinos. Existe estabilidad psicológica y adecuada atención a enfermos y discapacitados.

Según Muñoz (2011) menciona que: “Es moderadamente disfuncional, no existe armonía familiar como resultado de enfermedad, divorcio, nuevo miembro en la familia y existen dificultades en las relaciones interpersonales” (p. 55). Disfuncional: Existe crisis por el manejo inadecuado de enfermedad, discapacidad, muerte de un miembro, conflictos y riñas entre padres, padres e hijos o entre estos. Inadecuadas relaciones con los vecinos, alcoholismo, intentos suicidas, comportamiento antisocial.

Higiene personal, se tiene en cuenta el criterio del encuestador. Buena: Si mantiene un aspecto personal limpio (corporal y vestuario) Regular: Si su aspecto personal muestra deficiencias a la observación. Mala: Si su aspecto personal muestra signos de abandono de los hábitos de higiene. Higiene del hogar, se tiene en cuenta la observación del encuestador en el momento de su visita a la vivienda donde reside el encuestado. Buena: Si en la vivienda se observó orden, limpieza y existía ventilación cruzada en los dormitorios. Regular: Si se observó deficiente limpieza general y/o no había ventilación cruzada en los dormitorios. Mala: Si se apreció falta total de limpieza y/o existía escasa ventilación en los dormitorios.

El diagnóstico de la tuberculosis por Mycobacterium es latente si no presenta signos clínicos, bacteriológicos ni radiológicos de enfermedad activa, en estas personas se ha detectado tradicionalmente la infección por la positividad de la prueba de la tuberculina, más recientemente han aparecido métodos detección de infección como el test inmunológicos in vitro en sangre, los conocidos como IGRA interferom Gamma ReleaseAssay.

> Prueba de la tuberculina es la prueba estándar para el diagnóstico de la infección tuberculosa es la prueba de la tuberculina (PT), en la que se utiliza un extracto obtenido del filtrado del cultivo de bacilos tuberculosos, esterilizado y concentrado. Actualmente el tipo de antígeno que se utiliza en la tuberculina es el PPD (purifiedproteinderivative). El PPD contiene proteínas que son comunes a Mycobacterium tuberculosis, al bacilo de la vacuna BCG y a algún mico bacterias ambientales, lo que resta especificidad a la PT. Para considerar una PT como positiva e indicativa de infección tuberculosa se debe tener en cuenta la probabilidad de que el individuo se haya infectado por el bacilo tuberculoso y el riesgo que tenga para desarrollar la enfermedad. Para poder interpretar de forma adecuada la PT es conveniente buscar la cicatriz de la vacuna BCG (González, 2010 P. 35).

Pruebas de determinación de la producción de interferón gamma: la PT continúa siendo el método de elección para el diagnóstico de infección, aunque presenta algunas limitaciones como son su baja sensibilidad en las personas inmunodeprimidas que provoca resultados falsos negativos, las dificultades para su abordaje en niños de corta edad, los errores en su administración, la subjetividad en la interpretación de los resultados, la necesidad de una segunda visita para la lectura de la prueba y su ausencia de privacidad.

Para González (2010) manifiesta:

> Las técnicas IGRA permiten discriminar a los individuos infectados por M. tuberculosis de los vacunados por BCG y de los infectados por otro mico bacterias, excluyendo las mencionadas, además, incorporan controles para detectar anergia y excluir, así, a los falsos negativos, por otra parte, pueden repetirse inmediatamente sin el riesgo de estimulación de la inmunidad, con lo que se evita el efecto booster (González, 2010, p. 37).

Según Alacaide (2010) menciona que el “Diagnóstico clínico y radiológico de la tuberculosis pulmonar: la primo infección tuberculosa es a menudo asintomática” P.

45). El primer contacto con el bacilo causa en el organismo dos reacciones inmunológicas diferenciadas en el tiempo: la inmunidad celular protectora y la hipersensibilidad celular retardada. Esta última se manifiesta por la conversión de la prueba de tuberculina, la cual puede persistir positiva, incluso durante toda la vida del individuo.

Diagnóstico microbiológico de la tuberculosis pulmonar: en el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar se debe considerar el conjunto de pruebas que se realizan ante una sospecha clínica. Se pueden obtener los valores de rendimiento diagnóstico de cada una de las diferentes pruebas, comparadas con los métodos de cultivo como referencia, pero no se conoce el rendimiento de las pruebas en condiciones de uso habitual, aplicadas conjuntamente.

Alcalde, (2010) refiere que:

> Los método de obtención de muestras, el objetivo de las técnicas de laboratorio microbiológicas es aislar e identificar los microorganismo causales, así como realizar pruebas de sensibilidad a los antimicrobianos, según los estándares internacionales, en todo paciente adulto o niño, capaz de producir un esputo, con sospecha de tuberculosis pulmonar deben obtenerse dos y preferiblemente tres muestras de esputo para examen microscópico en tres días consecutivos, cuando sea posible al menos una de ellas debería obtenerse a primera hora de la mañana, aunque las recomendaciones vigentes lo aconsejan para las tres muestras de esputo (Alcaide, 2010 (p 50).

Métodos de cultivo y detección directa en la muestra clínica: el cultivo positivo a Mycobacterium tuberculosis se considera el patrón de referencia para el diagnóstico de tuberculosis y según la OMS un único cultivo define un caso de tuberculosis, la obtención de una muestra de secreción respiratoria permite realizar una baciloscopia y un cultivo capaces de recuperar las mico bacterias, a partir del cultivo se obtiene el perfil de sensibilidad del microorganismo a diferentes antimicrobianos, clásicamente el cultivo de las muestras se realizaba en un medio sólido, en este medio de cultivo, la mayoría de los resultados se obtienen entre la segunda y la cuarta semana, mientras que para un resultado negativo se debe esperar hasta las seis u ocho semanas, además el cultivo puede presentar resultados falsos positivos y negativos

por contaminación cruzada, existen métodos de cultivo en medio liquido con el objetivo d aumentar la rentabilidad y obtener resultados en el menor tiempo posible

“para Aitkhaled, (2010) refiere: “El diagnostico mediante examen radiográfico en pacientes que se sospecha que tienen tuberculosis representa un desafío”, las anormalidades identificadas en una radiografía de tórax pueden deberse a tuberculosis o a una variedad de otras enfermedades, y el patrón en la radiografía no es específico para tuberculosis, las radiografías de tórax pueden ser útiles en aquellos pacientes cuya prueba de esputo no es baciloscopicamente positiva, pero su lectura puede ser únicamente confiable si la realiza un médico experimentado.

Como menciona Aitkhaled p (2010).

Si el diagnóstico de la tuberculosis se realiza en una etapa temprana de la enfermedad y el paciente no está gravemente enfermo, es posible curar prácticamente a cualquier paciente con Tuberculosis, esto se logra si reciben el tratamiento adecuado y si los microorganismos causantes de su enfermedad no son resistentes a los medicamente que se usan comúnmente para tratar la tuberculosis, los pacientes con tuberculosis multidrogorresistente son mucho más difíciles de curar, en individuos infectados con VIH que tienen tuberculosis, la prioridad principal es tratar eficazmente la tuberculosis.

Los medicamentos contra la tuberculosis son el componente más importante de todo tratamiento contra la tuberculosis, este tratamiento es uno de los medios más eficaces para prevenir la diseminación de los microorganismos de la tuberculosis, los requisitos para un tratamiento adecuado son: Combinar adecuadamente por lo menos cuatro medicamentos contra la tuberculosis para prevenir, en un inicio, el desarrollo de la resistencia a dichos medicamentos, ser prescritos en la dosis correcta, ser tomados regularmente por el paciente y prevenir por un periodo suficiente, la recaída de la enfermedad luego de terminar el tratamiento.

Según Aitkhaled, (2010) menciona que los medicamentos más importantes para el tratamiento de la tuberculosis son la isoniacida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z), etambutol (E)y estreptomicina (S), algunos medicamentos están disponibles en preparaciones combinadas de dosis fijas que pueden contener dos, tres o cuatro medicamentos contra la tuberculosis, existen combinaciones de dosis fijas que

contiene: rifampicina e isoniacida (RH), etambutol e isoniacida (EH), rifampicina e isoniacida y pirazinamida (RHZ), rifampicina e isoniacida y etambutol (RHE), rifampicina e isoniacida, pirazinamida y etambutol (RHZE).

Estas combinaciones de dosis fijas reducen el número de pastillas que un paciente debe ingerir diariamente, es muy importante verificar la fecha de vencimiento registrada de los medicamentos proporcionados y administrar los medicamentos como corresponde, utilizando primero los medicamentos con fecha próxima a expirar. "El uso de la rifampicina y estreptomicina para enfermedades que no sean enfermedades mico bactrianas debe restringirse a prescripciones consideradas muy cuidadosamente, los medicamentos empleados para el tratamiento de la tuberculosis deben controlarse estrictamente". (Aitkhaled, 2010, p 47).

Como menciona (MSP, 2010) Este esquema consta de tres fases:
Primera fase: La primera fase se aplica durante 20 días (20 dosis) de lunes a sábado.
Estreptomicina 1 gr - Rifampicina 300 mg - Isoniazida 300 mg - Piracinamida 500 m.g.

Segunda fase: esta fase se aplica durante 35 días (35 dosis) de lunes a sábado:

Rifampicina 500 mg - Isoniazida 300 mg - Piracinamida 500 mg

Tercera fase: (fase de sostén) esta se aplica durante 35 días (35 dosis) de lunes a viernes:

Rifampicina 300 mg - soniazida 300 mg

Como menciona el MSP, (2010:). "El tratamiento se administra en forma ambulatoria si el paciente vive cerca de la unidad de salud y se compromete a llegar diariamente en la primera fase" (p. 1003. El tratamiento completo puede ser omitido los domingos, la fase de sostén en auto administrada, se le entrega el medicamento al paciente cada mes. Cuando la baciloscopia está negativa al finalizar el segundo mes de tratamiento pasa a la fase de sostén.

Si la baciloscopia se mantiene positiva, debe continuarse el tratamiento de la fase intensiva de dos a cuatro semanas más con los 4 medicamentos y hay que examinar el esputo a intervalos de una semana. Cuando los controles de baciloscopia salen negativo se pasa a la fase de sostén, si el término del tercer mes de tratamiento continúa con baciloscopia positiva se pasa a la fase de sostén (MSP, 2010).

A los cinco meses de tratamiento todavía continúa positiva, se continúa al esquema y se registra como fracaso, se registra al paciente como nuevo en el libro de registro. Los cultivos: Permiten detectar los bacilos cuando son escasos y no se observan en la baciloscopía en paciente que mantienen los síntomas respiratorios. Hay que enviar las muestras en un lapso no mayor de tres días. El crecimiento del mico bacterias es muy lento y el resultado no se obtiene hasta las 6-8 semanas.

Según la OMS, (2009):

> Los componentes de la estrategia y Medidas de aplicación son la de Proseguir la expansión de un DOTS de calidad y mejorarlo: Compromiso político para garantizar una financiación aumentada y sostenida, detección de casos mediante pruebas bacteriológicas de calidad garantizada, Tratamiento normalizado, con supervisión y apoyo al paciente, sistema eficaz de suministro y gestión de los medicamentos, sistema de vigilancia y evaluación, y medición del impacto.

Hacer frente a la tuberculosis/VIH, la tuberculosis multirresistente y otros problemas: Implementar actividades en colaboración en materia de tuberculosis/VIH, prevención y control de la tuberculosis multirresistente, abordar el caso de los presos, los refugiados y otros grupos de riesgo o en situaciones especiales.

Participar activamente en los esfuerzos encaminados a mejorar las políticas sistémicas, los recursos humanos, la financiación, la gestión, la prestación de servicios y los sistemas de información, compartirlas novedades que refuercen los sistemas, en particular el Enfoque Práctico, adaptar las novedades surgidas en otras áreas.

Para la OMS, (2009) Refiere:

> Involucrar a todo el personal de salud: Fórmulas de colaboración dentro del sector público, y entre éste y el sector privado, normas internacionales para la atención a los enfermos de tuberculosis. Empoderar a los afectados por la tuberculosis y a las comunidades: Promoción, comunicación y movilización social, participación de la comunidad en la atención antituberculosa, estatutos del Paciente para la atención antituberculosa. Posibilitar y promover la realización de investigaciones: Investigación operacional basada en los programas, investigaciones de desarrollo de nuevos medios de diagnóstico, medicamentos y vacunas.

Los hospitales de referencia provincial (generales) y nacional (de especialidades) cumplen un importante papel en la expansión de la estrategia DOTS, ya que un alto porcentaje de los casos de tuberculosis de todos los tipos se diagnostican en dichos establecimientos. Asimismo, su gran capacidad resolutiva para atender las diversas patologías y el alto nivel de especialización ofrece un complemento indispensable en el control de la tuberculosis.

Como menciona el MSP (2010):

> Que el equipo del PCT en los hospitales está compuesto principalmente por los siguientes profesionales: médico responsable del PCT, Médico consultor, enfermera coordinadora en consulta externa, enfermera coordinadora en hospitalización, laboratorista. A este grupo profesional pueden agregarse otros profesionales de acuerdo a la disponibilidad y a la necesidad del PCT: médicos especialistas (endocrinólogo, psiquiatra, etc.); trabajadora social, psicólogo, nutricionista, entre otros. (P. 105),

Médico responsable del PCT: Se trata de un médico especialista en salud pública, gerencia de servicios de salud o, en su caso, un médico general con experiencia y predisposición para desempeñar principalmente las siguientes funciones: Realizar actividades de gestión administrativa del PCT dentro del hospital, que incluyan el proceso de implementación de la estrategia DOTS, en coordinación con la instancia provincial y con los líderes de todos los departamentos y servicios. Coordinar la derivación de pacientes y su confirmación. Verificar que la indicación y la administración del tratamiento en todos los servicios se establezcan según el Manual de Normas. Gestionar el abastecimiento, la distribución y el control de

medicamentos e insumos del PCT. Liderar la producción de informes, la elaboración y análisis de indicadores.

Según (MSP, 2010) considera que:

> Que el médico consultor: De preferencia, será un neumólogo, infectólogo, internista o médico general a quienes el PCT haya capacitado y acreditado como médico consultor, con las siguientes responsabilidades: Establecer el diagnóstico de tuberculosis, tuberculosis MDR, TB infantil y realizar el diagnóstico diferencial entre tuberculosis y otras enfermedades en situaciones de difícil decisión. Determinar el tratamiento de acuerdo con los esquemas del Manual de Normas del PCT. Realizar el seguimiento en los casos de hospitalización e indicar el alta hospitalaria del paciente, previa coordinación con el responsable del PCT para su derivación. Realizar la evaluación previa y el control mensual de pacientes con tuberculosis y otras enfermedades concomitantes para la prevención y el manejo de interacciones medicamentosas, así como valorar la evolución desfavorable al tratamiento. Las patologías asociadas a la tuberculosis deben ser manejadas por los especialistas correspondientes. (MSP, 2010, P. 309).

Personal de enfermería: El personal de enfermería del PCT estará conformado por dos profesionales: una enfermera coordinadora de consulta externa, y otra en hospitalización, de preferencia en el servicio de medicina interna.La enfermera coordinadora del PCT puede ser una enfermera de consulta externa u otro profesional o auxiliar capacitado, delegado para cumplir las siguientes funciones: Organizar y coordinar la detección, el diagnóstico y el tratamiento de casos de tuberculosis en todos los servicios del área de consulta externa (medicina interna, cirugía, pediatría, ginecología, etc.).

El MSP, (2010) considera que:

> Capacitar y supervisar al personal de enfermería de los diversos servicios para: detección de SR, toma de muestras de esputo y educación al paciente. Registrar a los pacientes en los libros correspondientes (Sintomáticos respiratorios y Derivaciones). Enviar las muestras al laboratorio y coordinar la recepción de resultados con el personal del laboratorio. Informar a los diversos servicios sobre los resultados de la baciloscopía a fin de proceder a la derivación oportuna de los pacientes con Tuberculosis para que inicien tratamiento en la unidad operativa correspondiente. Educar al paciente y su familia sobre la enfermedad. Indagar sobre antecedentes de tratamiento previo. Administrar al paciente el tratamiento directamente observado en los casos excepcionales en que éstos reciban tratamiento ambulatorio en el hospital (MSP, 2010, p. 103-105).

Las funciones de la enfermera coordinadora en hospitalización: La enfermera coordinadora del PCT puede ser una enfermera del servicio de hospitalización u otro profesional o auxiliar capacitado, delegado para cumplir las siguientes funciones: Capacitar al personal de salud de los diferentes servicios hospitalarios para detección, diagnóstico y tratamiento directamente observado. "Determinar funciones y responsabilidades en cada uno de los departamentos para el desarrollo de las actividades del PCT. Supervisar el llenado de los diferentes registros de información. Coordinar la elaboración de informes trimestrales y consolidar la información conjuntamente con el equipo PCT del hospital. Organizar el manejo de las derivaciones en coordinación con el médico responsable del PCT y trabajo social. Gestionar el abastecimiento, la distribución y el control de los medicamentos e insumos de su área, en coordinación con el médico responsable del PCT. Registrar a los pacientes en el Libro de sintomáticos respiratorios y realizar la toma de muestras, enviarlas al laboratorio y coordinar la recepción de los resultados con el personal de laboratorio. La enfermera del PCT debe informar a los demás servicios de los resultados de las baciloscopía, a fin de comenzar el tratamiento requerido. Elaborar informes trimestrales de cada servicio y consolidarlos como área de hospitalización.

Es necesario que el hospital designe al menos a dos laboratoristas para que efectúen las baciloscopía. Entre sus responsabilidades se encuentran: Recibir las muestras recolectadas durante todo el horario laboral del personal asignado a esta actividad (detección de casos). Registrar diariamente las muestras recibidas y procesadas en el Libro de registro diario del laboratorio de tuberculosis. Procesar las baciloscopía de los diversos servicios del hospital y enviar los resultados a enfermería del PCT solicitante (hospitalización o consulta externa). Cumplir con las disposiciones sobre el control de calidad de las baciloscopía y conservar obligatoriamente el 100% de las láminas para su relectura y remisión al laboratorio supervisor correspondiente. Registrar y coordinar con el laboratorio del nivel inmediato superior la derivación de las muestras que requieran técnicas de mayor complejidad (cultivo, tipificación y pruebas de sensibilidad). Realizar los informes de laboratorio mensuales, trimestrales y anuales y remitirlos al laboratorio del nivel inmediato superior correspondiente y al PCT.

Según la OMS (2014) refiere: “Los medicamentos antituberculosos corrientes se han venido usando por décadas y la resistencia a ellos está aumentando. En todos los países estudiados se ha comprobado la existencia de cepas del bacilo que presentan resistencia a por lo menos un medicamento antituberculoso” (p 104). Se conoce como tuberculosis multirresistente a la causada por una cepa que no responde al tratamiento por lo menos con isoniazida y rifampicina, los dos medicamentos antituberculosos de primera línea (estándar) más eficaces. El origen de esta forma de la enfermedad está en el tratamiento incorrecto. En efecto, el tratamiento inapropiado con estos medicamentos, o el empleo de medicamentos de mala calidad, puede causar fármaco resistencia.

De acuerdo a la OMS, (2014) manifiesta:

> La enfermedad causada por bacilos resistentes no responde al tratamiento corriente de primera línea. No obstante, la forma multirresistente se puede tratar y curar con medicamentos de segunda línea. Aun así, hay pocas opciones y, además, los medicamentos recomendados no siempre se consiguen. El tratamiento prolongado necesario (hasta dos años de tratamiento) es más caro y puede producir reacciones adversas graves. En algunos casos el fármaco resistencia puede ser peor. Esto es lo que se conoce como tuberculosis ultrarresistente, que solo responde a unos pocos medicamentos, incluso los antituberculosos de segunda línea más eficaces. En 2012, entre los casos notificados de tuberculosis pulmonar hubo unos 450 000 casos de tuberculosis multirresistente. Casi el 50% de ellos correspondían a la India, China y la Federación de Rusia. Se cree que aproximadamente un 9,6% de los casos de tuberculosis multirresistente presentaban tuberculosis ultrarresistente (OMS, 2014)

Las complicaciones de la tuberculosis es toda entidad nosológica que depende de ella para su aparición pero que no es causada etiológicamente por el Mycobacterium tuberculosis, pueden ser torácicas o extra torácicas, las primeras pueden afectar al parenqima pulmonar, a la pleura, a ambos conjuntamente o a órganos mediastinales, y la segunda corresponde a la amiloidosis. Silva, (2010), refiere: “Las complicaciones torácicas incluyen las homptisis, atelectasia, enfisema, neurotorax, neumonocele, fisulabroncopleural, alteraciones gangliomediastinales, bronquiectasias, hipertensión pulmonar y corazón pulmonar crónico entre las más importantes” (p. 147-156).

Como menciona Silva (2010) Hemoptisis:

> La patogenia es la ulceración de la pared vascular como consecuencia de la necrosis, ruptura de los aneurisma de Rasmussen dentro de las cavidades o ruptura de pequeños vasos de neo formación dentro de tejidos fibrosos, las rupturas arteriales y fenómenos vasomotores en su expresión pulmonar rara vez son causa de hemoptisis, esta bronquitis hemorrágica se traduce patológicamente por una dilatación capilar asociada con una inflamación parietal edematosa y supurante, con más rareza aun es debida a un granuloma bronquial por fístula gangliobronquial tuberculosa. (p. 147).

Atelecsia pasiva denota la perdida de volumen que acompaña a un proceso que ocupa espacio dentro del tórax, en tuberculosis se produce acompañando al neumotórax, hidroneumotorax y derrame pleural, el colapso que provoca al pulmón es proporcional al volumen aéreo o liquido en el espacio adyacente, hay que señalar sin embargo, que en el colapso inducido por un neumotórax total el muñón pulmonar no queda completamente sin aire, y si radiológicamente no se visualiza broncograma aéreo debe haber una obstrucción endobronquial agregada.

Enfisema pulmonar intersticial y mediastínico es la ruptura de una vesícula de enfisema perilesional o la ulceración de focos caseificados, puede determinar la infiltración del tejido intersticial pulmonar dando lugar al enfisema mediastinico, generalmente va asociado con enfisema subcutáneo del cuello, y a veces se acompaña también de neumotórax espontaneo, puede ser producido a consecuencia de accesos de tos fuerte y pertinaz que da lugar el enfisema mediastínico médico.

VARIABLES

DEPENDIENTE

Características de pacientes con Tuberculosis pulmonar

INDEPENDIENTE

Prevalencia de Tuberculosis pulmonar en pacientes con TBK +

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIBLES

VARIABLE DEPENDIENTE: CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Características de pacientes con tuberculosis pulmonar	Son las características que presentan los pacientes con tuberculosis pulmonar edad, enfermedades concomitantes (diabetes, HTA, desnutrición), hacinamiento y procedencia.	Datos de filiación	Edad	20-45 años 46-55años 56-70años
			genero	Masculino Femenino
		Aspectos socioeconómicos	Escolaridad	Analfabeto Primaria Secundaria Superior
			Procedencia	Urbana Rural
			Nivel socioeconómico	Bajo Media Alta

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
	.	Antecedentes epidemiológicos	Hábitos	Tabaquismo Alcoholismo Drogadicción
			Tipos de tuberculosis	TBK+ TBK- Extrapulmonar(miliar) Multidrogoresistente
			Enfermedades concomitantes	Diabetes HTA Desnutrición VIH Micosis Pulmonar

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Prevalencia de Tuberculosis pulmonar	La prevalencia va a contabilizar el número de casos nuevos y antiguos , de la enfermedad que estudiamos, que aparecen en un período de tiempo previamente determinado;	Incidencia	Contactos	TBPK+ TBPK-
		Contactos	Familiares que presentaron la enfermedad	Padre Madre Hermanos Tíos Otros familiares Amigos
			Tipo de esquema del tratamiento	E1 E2 RETRATAMIENTO MDR

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación fue de tipo Descriptiva- prospectiva porque permitirá describir las características de los pacientes con tuberculosis pulmonar y su relación con el antecedente de tener un familiar TBK positivo.

ÁREA DE ESTUDIO

Esta investigación fue realizada en el Centro de Salud 24 horas Andrés De Vera, Junio-Noviembre 2013.

UNIVERSO

El universo estará constituido por 100 pacientes con TBK positivo desde el 2009 al 2012 tratados en el Centro de Salud 24 horas Andrés de Vera.

MUESTRA

La muestra estará constituida por los pacientes diagnosticado con tuberculosis pulmonar durante el periodo de estudio.

MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación en Centro de Salud 24 horas de Andrés de Vera se utilizaran:

Encuesta

Entrevistas

Investigación documental

Guía en entrevista

Registros del libro de Sintomáticos respiratorios.

Historia clínica

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

La presente investigación se realizara mediante encuestas dirigidas a los pacientes con tuberculosis pulmonar con el objetivo de determinar la prevalencia de Tuberculosis pulmonar en los pacientes con TBK positivo tratados en el Centro de Salud 24 horas Andrés de Vera. Junio-Noviembre 2013. Los datos una vez recolectados fueron analizados y tabulados gracias a la ayuda de Ecxel. Los resultados serán tabulados manualmente y posteriormente representados a través de cuadros y gráficos estadísticos, utilizando como medidas de resumen la frecuencia y el porcentaje.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

Los Investigadores

Director de Tesis

RECURSOS INSTITUCIONALES

Centro de Salud 24 horas de Andrés de Vera.

Universidad Técnica de Manabí.

RECURSOS MATERIALES:

Papel bond

Bolígrafo

Lapiceros

Computadora

Internet

Dispositivo USB

Tinta de impresora

Cámara digital

Teléfono

Textos

Revistas

Tarjetas telefónicas

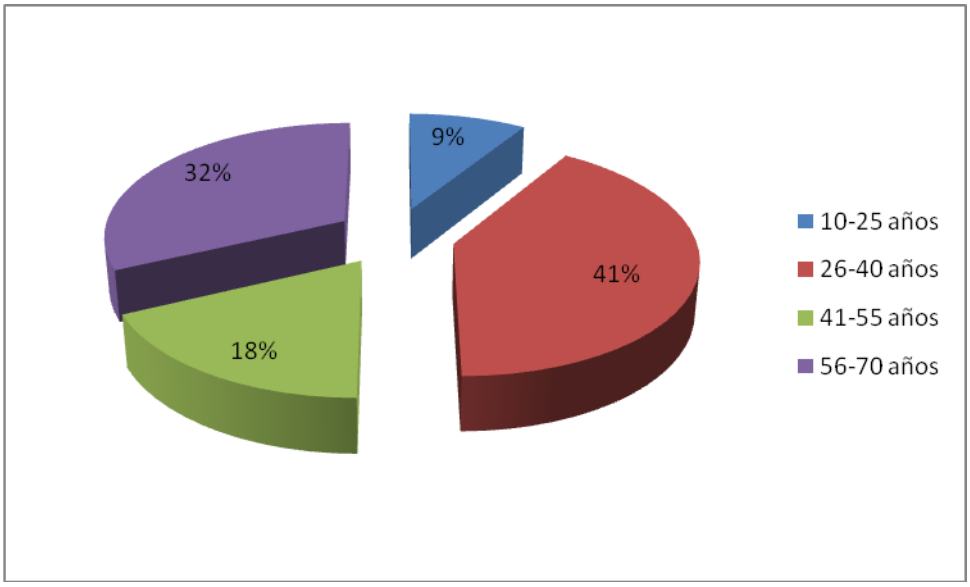
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR POSITIVO TRATADOS EN EL CENTRO DE SALUD 24 HORAS ANDRÉS DE VERA. JUNIO-NOVIEMBRE 2013.

TABLA N°1

EDAD	FRECUENCIA	%
10-25 años	2	9
26-40 años	9	41
41-55 años	4	18
56-70 años	7	32
TOTAL	22	100

REPRESENTACIÓN GRAFICA.



Fuente: Encuestas
Elaborado por: AUTORES: GLORIA PÉREZ / EDWIN MIELES

Análisis e interpretación de resultados

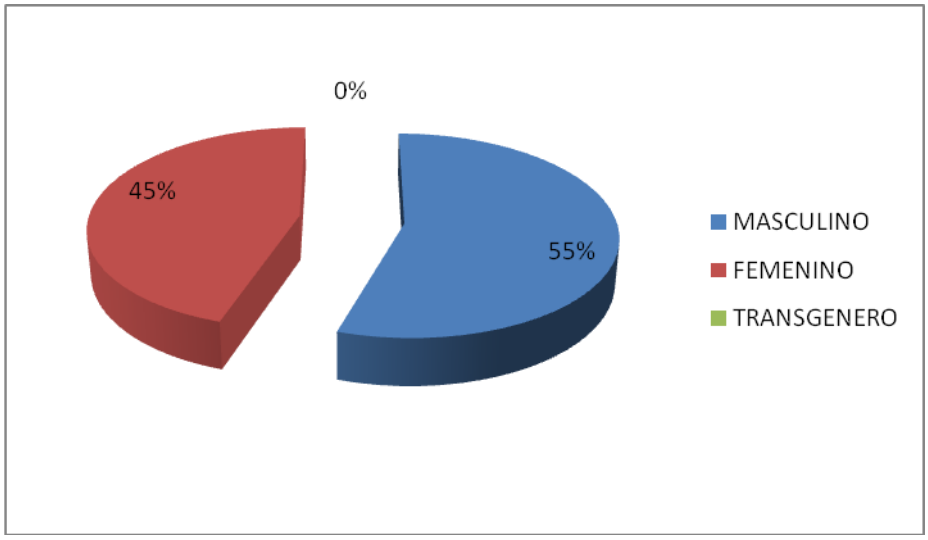
Del 100% de los pacientes encuestados el 41% corresponde a un grupo alto entre las edades de 26 a 40 años, mientras que el 32% corresponde a un grupo significativo entre las edades de 56 a 70 años, por ende 18% corresponde a un grupo mediano que oscila entre 41 a 55 años y con menor grupo el 9% corresponde en las edad de 10 a 25 años, Mientras que la OMS en el 2007 de acuerdo a los grupos de edades que más prevaleció con TBK positivo fueron entre las edades de 25ª 79 años de edad, lo que nos indica que la prevalencia de edades con TBK +entre el año 2007 al 2013 siguen casi a una misma igualdad, OMS(2007).

DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO EN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR POSITIVO TRATADOS EN EL CENTRO DE SALUD 24 HORAS ANDRÉS DE VERA. JUNIO-NOVIEMBRE 2013.

TABLA N°2

GENERO	FRECUENCIA	%
MASCULINO	12	55
FEMENINO	10	45
TOTAL	22	100

REPRESENTACIÓN GRAFICA.



Fuente: Encuestas
Elaborado por: AUTORES: GLORIA PÉREZ / EDWIN MIELES

Análisis e interpretación de resultados

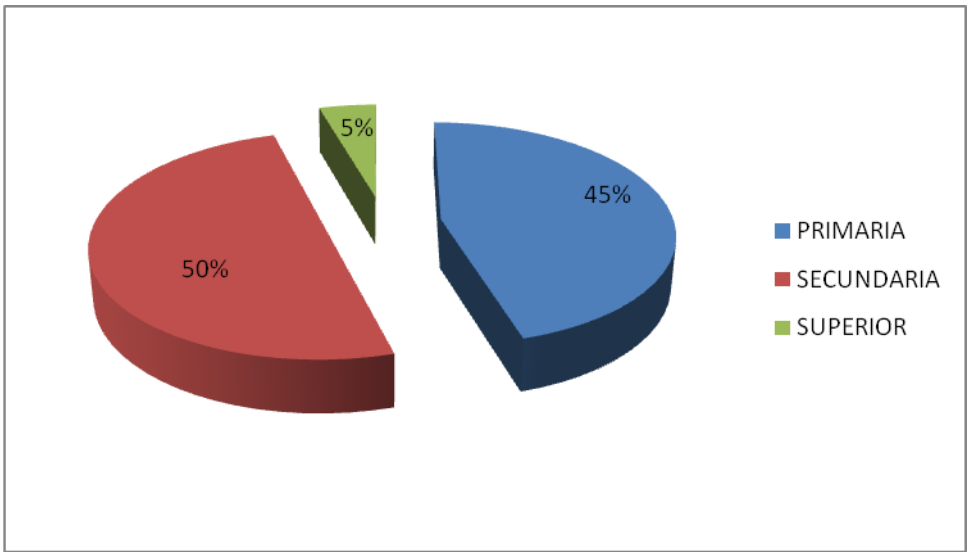
Las encuestas aplicadas a los pacientes con TBK + en el Centro de Salud 24 horas Andrés de Vera, reportaron que Del 55% corresponde al sexo masculino, mientras que 45% al sexo femenino, esto evidencia que los pacientes con mayor prevalencia de esta enfermedad son los del género masculino, Mientras que la OMS en el 2007 de acuerdo al grupo de sexo que más prevalece con TBK +, el numero calculado de casos de Tuberculosis pulmonar positiva fue mucho mayor en hombres que en mujeres, OMS (2007).

NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR POSITIVO TRATADOS EN EL CENTRO DE SALUD 24 HORAS ANDRÉS DE VERA. JUNIO-NOVIEMBRE 2013.

TABLA N°3

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	%
PRIMARIA	10	45
SECUNDARIA	11	50
SUPERIOR	1	5
TOTAL	22	100

REPRESENTACIÓN GRAFICA.



Fuente: Encuestas
Elaborado por: AUTORES: GLORIA PÉREZ / EDWIN MIELES

Análisis e interpretación de resultados

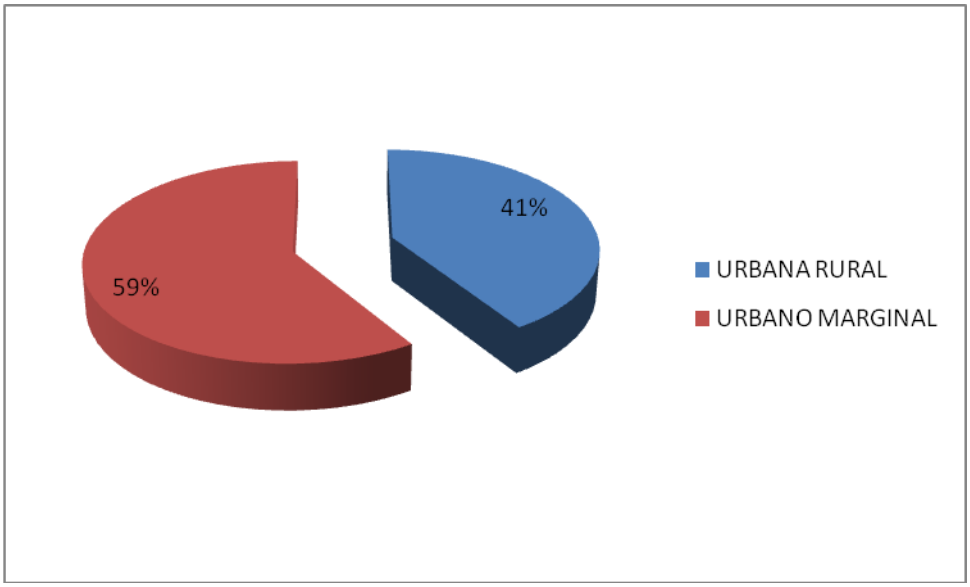
De acuerdo al nivel de instrucción en las encuestas aplicadas, reportaron que el grupo mayoritario corresponde a un 50% en nivel de instrucción primaria, mientras que un grupo mediano corresponde al 45% en nivel secundario y con un grupo minoritario corresponde el 5% al nivel superior, Mientras que la OMS en el 2007, señala que los niveles de instrucción en pacientes tuberculosos por lo general son de instrucciones primarias, debido a que la gran mayoría de estos pacientes viven en zonas urbanas marginales, OMS(2007).

PROCEDENCIA EN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR POSITIVO TRATADOS EN EL CENTRO DE SALUD 24 HORAS ANDRÉS DE VERA. JUNIO-NOVIEMBRE 2013.

TABLA N°4

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	%
URBANA RURAL	9	41
URBANO MARGINAL	13	59
TOTAL	22	100

REPRESENTACIÓN GRAFICA.



Fuente: Encuestas
Elaborado por: AUTORES: GLORIA PÉREZ/ EDWIN MIELES

Análisis e interpretación de resultados

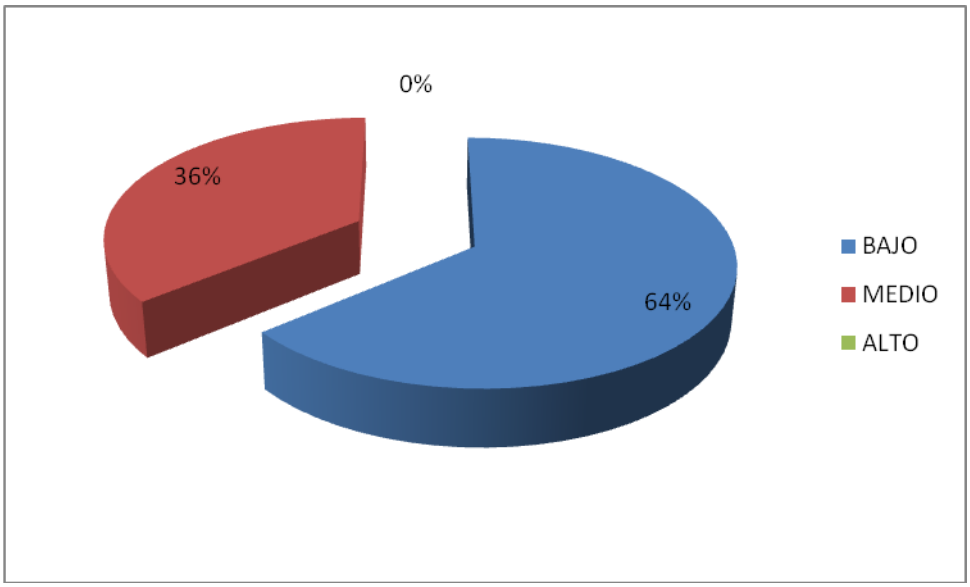
De acuerdo a Las encuestas aplicadas, se reportó que una mitad corresponde al 59% al sector Urbano Marginal, mientras que la otra mitad corresponde al 41% del sector Urbano Rural, Mientras que la OMS en el 2007, señala que la mayoría de las procedencia de los pacientes con TBK + positivo son de zonas urbanas marginales, zonas en las que, si bien no existen condiciones favorables de hábitat, trabajo y alimentación, y económicas, OMS (2007).

NIVEL SOCIOECONÓMICO EN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR POSITIVO TRATADOS EN EL CENTRO DE SALUD 24 HORAS ANDRÉS DE VERA. JUNIO-NOVIEMBRE 2013.

TABLA N°5

NIVEL SOCIOECONÓMICO	FRECUENCIA	%
BAJO	14	64
MEDIO	8	36
ALTO	0	0
TOTAL	22	100

REPRESENTACIÓN GRAFICA.



Fuente: Encuestas
Elaborado por: AUTORES: GLORIA PÉREZ / EDWIN MIELES

Análisis e interpretación de resultados

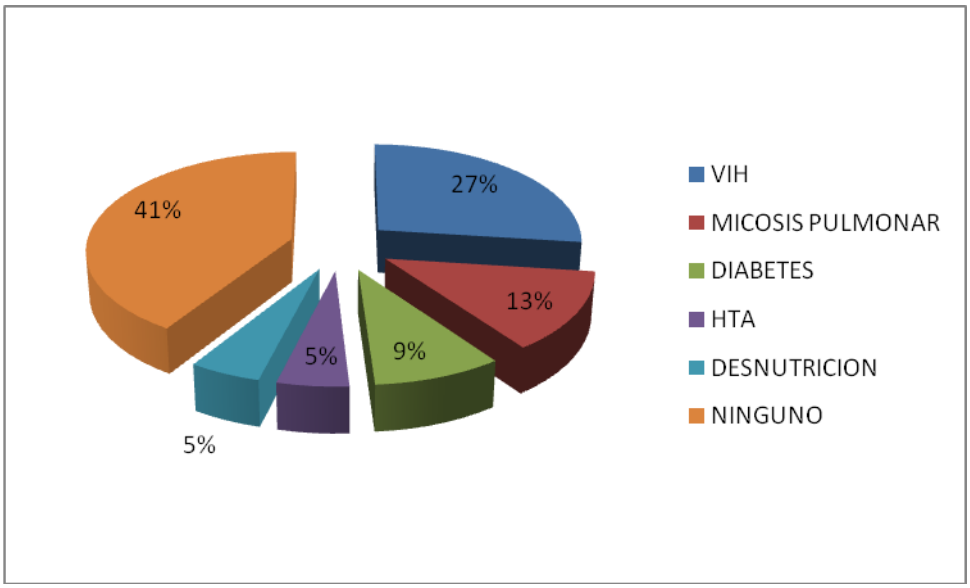
De acuerdo a las encuestas aplicadas un grupo significativo corresponde al nivel socioeconómico bajo, mientras que con un grupo mediano corresponde al 36% con un nivel socioeconómico medio, y con un 0% corresponde a un nivel socioeconómico alto, Mientras que la OMS en el 2007, señala que el nivel socioeconómico de los pacientes que padecen tuberculosis en su mayoría son de nivel bajo por su vínculo con la pobreza, afectando mayormente en si a los países en desarrollo, OMS (2007).

ENFERMEDADES CONCOMITANTES EN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR POSITIVO TRATADOS EN EL CENTRO DE SALUD 24 HORAS ANDRÉS DE VERA. JUNIO-NOVIEMBRE 2013.

TABLA N°6

ENFERMEDADES CONCOMITANTES	FRECUENCIA	%
VIH	6	27
MICOSIS PULMONAR	3	13
DIABETES	2	9
HTA	1	5
DESNUTRICIÓN	1	5
NINGUNO	9	41
TOTAL	22	100

REPRESENTACIÓN GRAFICA.



Fuente: Encuestas
Elaborado por: AUTORES: GLORIA PÉREZ / EDWIN MIELES

Análisis e interpretación de resultados

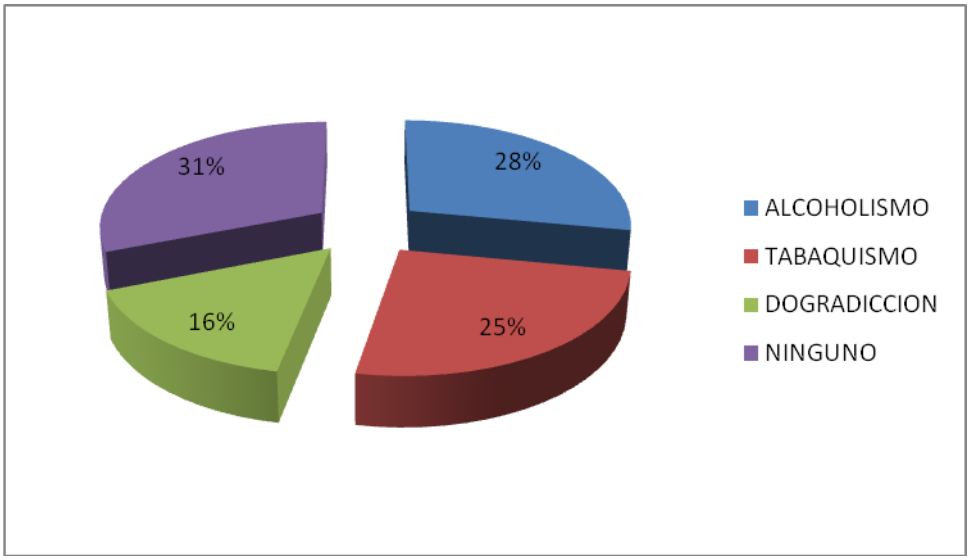
De acuerdo a las encuestas aplicadas se reportaron según la distribución de las enfermedades concomitantes el rango mayoritario corresponde al 27% con el VIH/SIDA, mientras que el 13% corresponde a un rango mediano con micosis pulmonar, pactes con diabetes, con un 5% corresponde a un rango minoritario pacientes con HTA y desnutrición, investigaciones refieren que la OMS en el 2007, Se calculó que la diabetes mellitus fue un factor contribuyente sustancial a la carga de tuberculosis en la Región de las Américas en el 2007, OMS(2007).

HÁBITOS EN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR POSITIVO TRATADOS EN EL CENTRO DE SALUD 24 HORAS ANDRÉS DE VERA. JUNIO-NOVIEMBRE 2013.

TABLA N°7

HÁBITOS	FRECUENCIA	%
ALCOHOLISMO	9	28
TABAQUISMO	8	25
DOGRADICCIÓN	5	16
NINGUNO	10	31
TOTAL	22	100

REPRESENTACIÓN GRAFICA.



Fuente: Encuestas
Elaborado por: AUTORES: GLORIA PÉREZ/ EDWIN MIELES

Análisis e interpretación de resultados

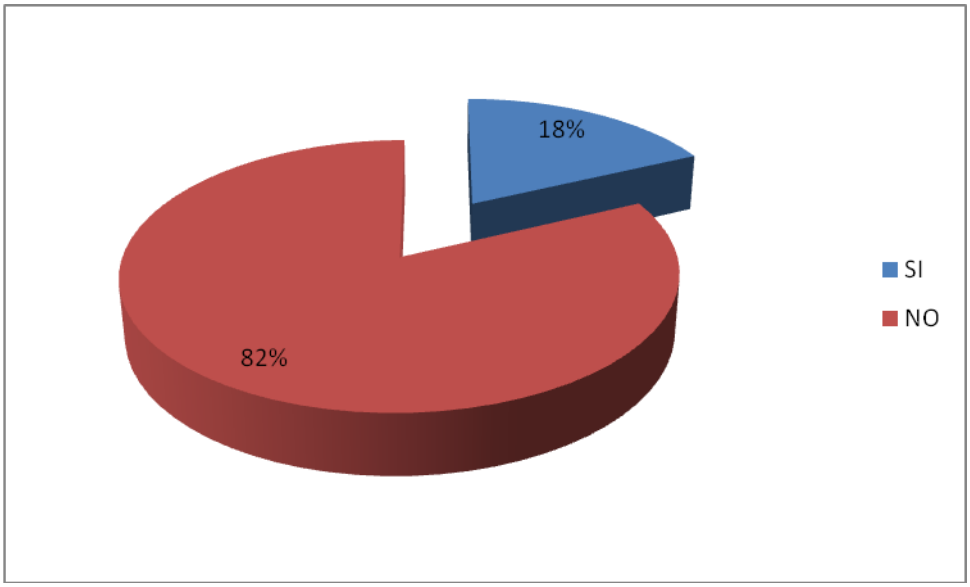
De acuerdo a las encuestas aplicadas se, reportaron que según los hábitos el 31% corresponde al alcoholismo, mientras que el 28% corresponde al tabaquismo, con el 16% a la drogadicción lo cual evidencia que en su mayoría con el 31% los pacientes no tienen habito adictivo, Mientras que el ministerio de salud pública del ecuador en el año 2009 considera que el cigarro tiene la mayor posibilidad de contraer la enfermedad y que la dependencia a este se considera factor asociado a la tuberculosis pulmonar,MSP(2009).

MULTIRESISTENCIA EN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR POSITIVO TRATADOS EN EL CENTRO DE SALUD 24 HORAS ANDRÉS DE VERA. JUNIO-NOVIEMBRE 2013.

TABLA N°8

MULTIRESISTENCIA	FRECUENCIA	%
SI	4	18
NO	18	82
TOTAL	22	100

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



Fuente: Encuestas
Elaborado por: AUTORES: GLORIA PÉREZ / EDWIN MIELES

Análisis e interpretación de resultados

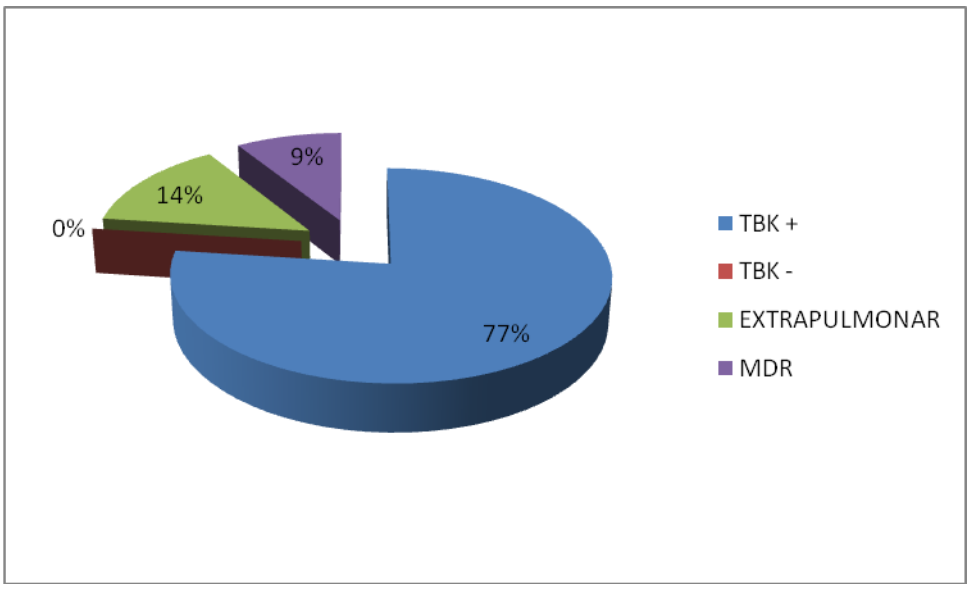
De acuerdo a las encuestas aplicadas se reportó que según los multidrogo resistentes aumentan la susceptibilidad de la población con un 82% a que si es multiresistente y con un rango bajo 18% a que no es multiresistente la población, Mientras que el ministerio de salud pública del ecuador refiere que entre el año 1999, al 2009 hubo un incremento sostenido para luego mostrar una tendencia de meseta y en el 2012 de pacientes multidrogo resistentes, MSP (2012).

TIPOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR POSITIVO EN LOS PACIENTES TRATADOS EN EL CENTRO DE SALUD 24 HORAS ANDRÉS DE VERA. JUNIO-NOVIEMBRE 2013.

TABLA N°9

TIPO DE TB	FRECUENCIA	%
TBK +	17	77
TBK -	0	0
EXTRAPULMONAR	3	14
MDR	2	9
TOTAL	22	100

REPRESENTACIÓN GRAFICA.



Fuente: Encuestas
Elaborado por: AUTORES GLORIA PÉREZ / EDWIN MIELES

Análisis e interpretación de resultados

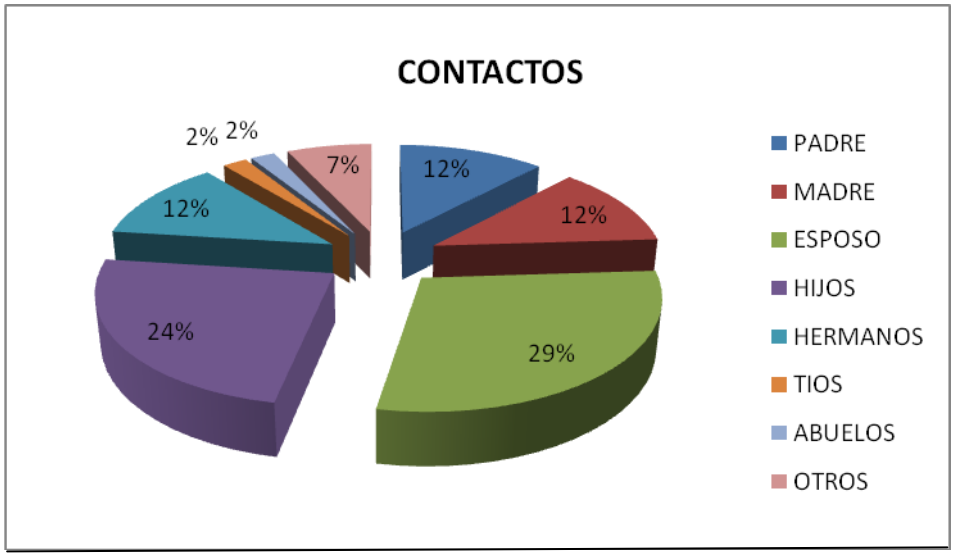
De acuerdo a las encuestas aplicadas se reportaron que según el tipo de Tuberculosis el 77% corresponde a TBK+, mientras que el 14% corresponde al extrapulmonar, con el 9% a los MDR y con el 0% a los pacientes con TBK-,Mientras que la OMS refiere que en el año 2007 se detectaron un total de 3.474 casos DE TBK-MDR nivel de Latinoamérica, OMS(2007).

CONTACTOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR POSITIVO EN LOS PACIENTES TRATADOS EN EL CENTRO DE SALUD 24 HORAS ANDRÉS DE VERA. JUNIO-NOVIEMBRE 2013.

TABLA N°10

CONTACTOS	FRECUENCIA	%
PADRE	7	12
MADRE	7	12
ESPOSO	17	29
HIJOS	14	24
HERMANOS	7	12
TIOS	1	2
ABUELOS	1	2
OTROS	4	7
TOTAL	52	100

REPRESENTACION GRAFICA.



Fuente: Encuestas
Elaborado por: AUTORES GLORIA PÉREZ / EDWIN MIELES

Análisis e interpretación de resultados

De acuerdo a las encuestas aplicadas se, reportaron que entre los contactos el 29% corresponde a los cónyuges, mientras con un 24 % de contactos osilla a los hijos, con un 12% a padres y hermanos, con un 7% otros familiares u otros contactos y con un 2% abuelos y tíos, lo que evidencia que los contactos con mayor tendencia son los cónyuges, Mientras que la OMS en el año 2007 y la unión internacional contra la tuberculosis refiere que la mayor incidencia de personas a padecer esta enfermedad habiendo un contacto positivo en casa /cerca son los niños o hijos de los familiares con TBK+, OMS(2007).

CONCLUSIONES

De los 22 pacientes que asistieron al centro de salud 24 horas Andrés de Vera el 41 % de ellos tienen de 26 a 40 años de edad , esta es la edad en que la mayor incidencia de casos de TBK positivos fueron encontrados en el Centro de Salud 24 horas Andrés de Vera durante el año 2009 al 2012. Y el sexo que mas predomina es el masculino con un 55 %, permitiéndonos saber que la mayoría de estos pacientes son de condiciones económicas desfavorables y la mayoría de sus procedencia son urbano marginales

Entre los casos con TBK positivos se dio a conocer que el grupo que más prevalece es el contacto con los cónyuges con un 29 %, siendo este el que más predomina en el núcleo familiar y el que más riesgo tienes tiene a contagiarse.

Mediante un Plan de Capacitación se logró concientizar educar y se dio a conocer la importancia y las medidas preventivas, los cuidados a los pacientes con TBK positivo y a sus familiares que asisten al Centro de Salud 24 horas Andrés de Vera.

RECOMENDACIONES

- Intervenir en la calidad de vida de los pacientes, dando a conocer que el grupo más factible a contraer esta enfermedad es el género masculino que oscila entre los 26 a 40 años de edad, ya que por medio de las encuestas se puedo conocer que este es el grupo más vulnerable debido al consumo de alcohol y drogas.

- El centro de Salud 24 horas Andrés de Vera debe disponer de una serie de medidas organizativas y estructurales orientadas a disminuir la transmisión nosocomial de la tuberculosis. De forma complementaria a estas medidas, los pacientes con tuberculosis, en los que se sospeche capacidad de contagiarse deben usar una mascarilla quirúrgica mientras estén en zonas comunes de los centros sanitarios.

- Dar a conocer a los familiares como se contagia dicha enfermedad y en caso de ya poseerla tomar las medidas de prevención para evitar la propagación.

- Se recomienda un test IGRA, como complemento a la prueba de tuberculina si ésta ha sido positiva en personas que han recibido vacunación con BCG previa especialmente en los 15 años previos, o bien, si ha sido negativa en personas con algún tipo de inmunosupresión y en niños menores de 5 años.

- Elaborar un programa educativo a los pacientes con TBK positivo y a sus familiares, con el fin de evitar la propagación de esta enfermedad.

- Se debe realizar un seguimiento y control analítico cada dos meses de las personas que reciben tratamiento de infección tuberculosa con TBK positivo, además las charlas informativas deben ser constantes para los familiares y personal de salud para evitar mayores complicaciones.

PRESUPUESTO

El presupuesto de la investigación estuvo determinado por los ingresos de los egresados que incluyó los gastos de transporte, alimentación, internet, impresiones.

Impresiones	800 dólares
Internet	200 dólares
Papelería	100 dólares

Alimentación	100 dólares
Transporte	150 dólares
Anillados y empastados	500 dólares
Otros gastos	200 dólares
TOTAL	2050 dólares

BIBLIOGRAFÍA

AITKHALED, N. 2010. Una guía esencial de buenas prácticas. 6 ed. Editorial Unión Internacional contra la tuberculosis y enfermedades respiratorias. P. 47.

ALCAIDE, F. 2010.Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Tuberculosis.Ministerio De Sanidad, Política Social E Igualdad. España. 1ed. 45- 50.

BOCK AB, Rieder HL, Nelly GD et al. 2007.TheEpidemiology of Tuberculosis in theUnitedState. SenResperInfect. 4:157-70.

GARAY, J. 2012.Lineamientos técnicos para la Prevención y control de la tuberculosis. 1 ed. Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. Ministerio de Salud San Salvador. P. 15.

GONZÁLEZ, J. 2010. Documento de consenso sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis. Revista Archivo Bronco neumología. Vol. 46. No. 05. P. 35.

LOZANO, J. 2009. Factores de riesgo socioeconómicos de la tuberculosis pulmonar en el municipio de Santiago de Cuba. Revista MEDISAN. Vol.13. No. 04. P. 35.

MORENO, R. 2008.Incidencia de recaída y factores de riesgo asociados en pacientes con tuberculosis pulmonar. Revista Médica Instituto México Seguro Social. Vol.45. No. 04. P 336.

MOLINA, W. 2011. Tuberculosis pulmonar en adultos. Revista Médica Costa Rica y Latinoamérica. Vol. 596. No. 15. P. 88.

MUÑOZ, R. 2011. Factores sociales en la incidencia de tuberculosis pulmonar en el municipio "10 de Octubre". Revista Cubana Higiene y Epidemiologia. Vol.49 No.3. p. 55. Ciudad de la Habana.

MSP, 2010. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en Ecuador. 2da. Edición. Editorial MSP. Ecuador. P.103.

OMS, 2014. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis. Nota descriptiva N°104. Marzo de 2014. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets fs104/es/

OMS. 2009. Organización Mundial de la Salud. Estrategia alto a la tuberculosis. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/2006/stoptb_strategy_sp.pdf

SILVA, N; Complicaciones; en González Montaner, LJ (Ed); Compendio de Tisiología; López Libreros Ed; Buenos Aires; 1971:147-156

URIBARREN, T. 2013. Tuberculosis. Depto. Microbiología y Parasitología, Facultad de Medicina, UNAM. Universidad Autónoma de México. Vol. 03. P.43.

ZACARÍAS Fernando y González y Colaboradores.2009. El SIDA y su interacción con la Tuberculosis en América Latina y el Caribe. Boletín oficina Sanitaria Panamericana – Volumen 166, pág. 256-62 – Marzo

ANEXOS

PROPUESTA

PLAN DE CAPACITACIÓN

El presente plan de capacitación va dirigido a los pacientes y familiares que acuden al centro de Salud 24 horas Andrés de Vera

Con el objetivo de concienciar a los pactes con TBK + y familiares de los pacientes sobre la enfermedad de la Tuberculosis, para mantener y preservar la salud de los pacientes.

Las temáticas en las que se orientó esta capacitación técnica contempló lo siguiente:

1) Definición de la tuberculosis

2) Causas

3) Síntomas

4) Prevención

5) Modos de trasmisión

6) tratamiento

Este Plan de Capacitación fue un proceso sistemático con una secuencialidad, dependiendo del inicio de cada una de las actividades enumeradas anteriormente.

Objetivos:

1) se brindo la información necesaria a los pacientes sintomáticos respiratorios y a sus familiares por medios de charlas educativas, intradomiciliarias, sobre la tuberculosis para concientizar en ellos la importancia de la prevención

2) Se Diseñó trípticos ilustrativos y didácticos con información relevante sobre la enfermedad de la Tuberculosis.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES:

Acción de Capacitación	Dirigido a	Realización	Duración	Ejecutor
Definición de la tuberculosis Causas	Pacientes y familiares con TBK + atendidos en el centro de salud Andrés de Vera	al 17-19 de febrero del 2014	15 minutos	Gloria Pérez Macías

Síntomas Prevención Modos de trasmisión tratamiento	encontrados en las vistas domiciliarias			
Definición de la tuberculosis Causas Síntomas Prevención Modos de trasmisión tratamiento	Pacientes y familiares con TBK + atendidos en el centro de salud Andrés de Vera encontrados en las vistas domiciliarias	19 al 21 de febrero de 2014	15 minutos	Edwin Mieles Solórzano

La capacitación se realizó a los pacientes y familiares que acuden al Centro de Salud 24 horas Andrés de Vera, desde el 17 febrero hasta el 21 de febrero del 2014, con el interés de prevenir la enfermedad de la Tuberculosis y mejorar la calidad de vida de la población que padece la enfermedad.

CRONOGRAMA DE TRABAJO

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	JUNIO				AGOSTO				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO			
TIEMPO EN 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		
Elaboración del Proyecto	X	X	X																									
Presentación del Proyecto			X	X																								
Construcción del Marco																												

ANEXO

Anexo # 1

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PACIENTES Y FAMILIARES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD 24 HORAS ANDRÉS DE VERA

OBJETIVO:

Determinar la prevalencia de Tuberculosis pulmonar en los pacientes con TBK positivo tratados en el Centro de Salud 24 horas Andrés de Vera. Junio-Noviembre 2013.

INSTRUCTIVO:

Sr(a) Pacientes sírvase contestar de la manera más clara y veras las siguientes preguntas, marcado con una X en el casillero que esté de acuerdo a sus conocimientos de esta enfermedad

1.- DATOS DE FILIACIÓN

1.-Edad ☐

2.-Género : masculino ☐ femenino ☐

3.-Nivel de instrucción: Primario ☐ Secundario ☐ Superior ☐

4.-Procedencia : Urbano ☐ Rural ☐

5.-Nivel socioeconómico: Bajo ☐ Medio ☐ Alto ☐

6.-Enfermedades concomitantes

Diabetes ☐ HTA ☐ Desnutrición ☐ VIH ☐

Micosis pulmonar ☐

7.-Hábitos

Alcoholismo ☐ Tabaquismo ☐ Drogadicción ☐

8.-Multiresistencia de los pacientes con antecedentes de familiares con TBK positivo

Sí ☐ No ☐

9.-Tipo de tuberculosis

TBK + ☐ TBK - ☐ Extrapulmonar ☐ MAR ☐

10.-Contactos

Padre ☐
Madre ☐
Hermano ☐
Tío ☐
Abuelo ☐
Otro pariente ☐

CHARLA EDUCATIVA EN CASA A PACIENTES Y FAMILIARES CON TBK + ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD 24 HORAS ANDRÉS DE VERA

RECOLECCIÓN DE DATOS A LOS PACIENTES Y FAMILIARES CON TBK + ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD 24 HORAS ANDRÉS DE VERA

RECOLECCIÓN DE DATOS EN EL CENTRO DE SALUD 24 HORAS ANDRÉS DE VERA

DE PACIENTE EN EL CENTRO DE SALUD
ERA LCDA. JENNY GUERRERO Y OFELIA
MOREIRA

¿QUÉ ES TUBERCULOSIS?

Es una enfermedad infecciosa que normalmente afecta primariamente a los pulmones pero puede extenderse a otros órganos.

¿QUE SÍNTOMAS SE PRESENTAN EN LA TUBERCULOSIS?

En principio el comienzo de la enfermedad suele ser con afectación pulmonar y los síntomas son:

- Tos débil persistente
- Fiebre de 38 °C
- Cansancio constante
- Pérdida de peso
- Sudores nocturnos
- Pérdida del apetito
- Depresión

¿CUALES SON LAS PERSONAS QUE ESTÁN EN RIESGO A LA TUBERCULOSIS?

Las siguientes personas están en riesgo de tuberculosis activa:

- Los ancianos
- Los bebés
- Las personas con sistemas inmunitarios debilitados, por ejemplo, debido a SIDA, quimioterapia o medicamentos antirrechazo administrados después de un trasplante de órgano

¿QUE DIAGNOSTICO SE DEBE REALIZAR?

Tras la sospecha por la cínica deben realizarse los siguientes estudios:

- Radiografía de tórax
- Cultivos de esputo

¿CÓMO SE DEBE TRATAR LA TUBERCULOSIS?

El objetivo del tratamiento es curar la infección con fármacos que combatan la bacteria de la tuberculosis. El tratamiento de la tuberculosis pulmonar activa involucrará siempre una combinación de muchos fármacos (generalmente cuatro) y se continúa hasta que las pruebas de laboratorio muestren qué medicamentos funcionan mejor.

¿COMO SE DEBE PREVENIR LA TUBERCULOSIS?

La tuberculosis se previene mediante una vida sana e higiénica, identificando oportunamente a los enfermos y asegurando su curación para no contagiar a otras personas.

- Lave las manos cuando usted vaya a:

- ✓ Preparar alimentos, Coger los alimentos para comer.
- ✓ Poner la mesa, Ponerse en contacto con una persona enferma.

- Lave las manos después de:

- ♥ Vaya al servicio higiénico, Haya tocado animales.
- ♥ Tosa o estornuda, Toque a una persona enferma.

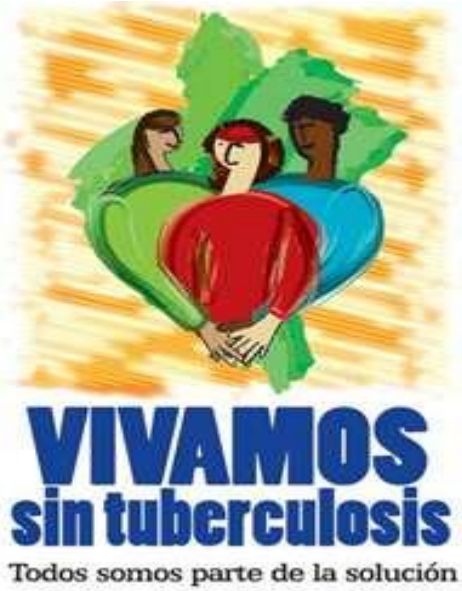
¿CUALES SON LAS MEDIDAS PREVENTIVAS?

- La persona infectada debe protegerse siempre que tosa con pañuelos desechables. Evitando así, el efecto aerosol.
- Lavado de manos después de toser.
- Ventilación adecuada del lugar de residencia.
- Limpiar el domicilio con paños húmedos.
- Utilizar mascarilla en zonas comunes.
- Restringir visitas a personas no expuestas a la enfermedad.
- Garantizar adherencia al tratamiento.

RESPONSABLE:

MIELES SOLORZANO EDWIN

PEREZ MACIAS GLORIA

Universidad Técnica De Manabí Carrera De Enfermería

TUBERCULOSIS