

UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO

ÁREA DE CIENCIAS Y SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA



TEMA

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS POBLADORES DE LA
LOCALIDAD DE PORVENIR, FORMA DE CONTAGIO Y
PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS**

Presentado por el Univ. Daniel de Souza Ferreira

COBIJA – PANDO – BOLIVIA

2010

DEDICATORIA

Con gran alegría, amor y respecto dedico este trabajo a mi querida madre: Augusta de Souza Ferreira; por todo el sacrificio, confianza, dedicación y apoyo que me brindo durante todos estos años, la cual a hecho posible la culminación de mis estudios profesionales y A mi querido padre Jose Ferreira De Lima Filho y mi hija Dhyellen Sabrine Nunes Ferreira que siempre estuviera acerca dando me total apoyo y colaboración.

A mi Hermanos Simão De Souza Ferreira y Adma Ferreira Lima, el cual me brindaron su apoyo moral y colaboración, a la Sra: Rosario Sandra Sotomayor de Barbosa a los cuales les deseo éxito en todo lo que se emprendan a realizar, de igual forma le agradezco a los pobladores de la localidad de Porvenir por haberme acogido en su pueblo durante mis 3 meses de estadía y a los funcionarios del Centro de Salud San Martin de Porres por su apoyo incondicional en mi labor realizada

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a DIOS por darme la vida y ayudarme a salir adelante en los momentos más difíciles.

A mi Madre, mi padre mi hija y mis hermanos y familiares en general por el apoyo brindado hasta ahora.

A la Lic: Alicia Chambi por haberme exigido a realizar una buena labor durante todo este tiempo.

En especial las Licenciadas Encarnación Acosta, Maura Helena, Inês Bautista, Maruja Argañadoña, Cristina Atto, Nancy Janco y Mirian Salgueiro, Joe Weider Ferreira Da Silva y Karife Galvão Eleamen que son personas que mucho contribuyeron para mi formación profesional.

A los docentes y funcionarios de la Universidad Amazónica de Pando que hizo posible mi formación profesional.

A los Directivos y funcionarios en Gral del Centro de Salud San Martín de Porres por haberme dejado desempeñar mi trabajo sin condiciones durante la realización de mi Servicio Social Rural Obligatorio.

A personas como Lic: Roberto, Lic: Heguel, Dr: Kuni Murakami, Vilma que me brindaron su apoyo durante la elaboración del trabajo de investigación y estadía en centro de salud.

Al ingeniero: Alejandro Murakami por haberme colaborado en la elaboración de la monografía sobre los protocolos de elaboración de la misma

INDICE

1. INTRODUCCION:	6
2. ANTECEDENTES:	7
2.1. SITUACIÓN MUNDIAL.....	7
2.2. SITUACIÓN EN LAS AMÉRICAS	8
2.3. SITUACIÓN EN BOLIVIA.....	8
2.4. SITUACIÓN EN PANDO	10
2.5. SITUACIÓN EN PORVENIR	10
3. JUSTIFICACION:	10
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	10
5. OBJETIVOS:	11
5.1. OBJETIVO GENERAL.....	11
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
6. CONCEPTUALIZACIÓN	12
6.1. Definición de tuberculosis.....	12
6.2. Etiología:	12
6.3. INFECCION Y ENFERMEDAD	13
6.4. ASPECTOS ESENCIALES	13
6.5. FORMAS DE TUBERCULOSIS	14
6.6. MECANISMO DE TRANSMICION:	14
6.7. FACTORES QUE FAVORECEN LA TRANSMICION:	15
6.8. CUADRO CLINICO:.....	15
6.9. COMPLICACIONES:.....	16
6.10. DIAGNOSTICO	17
6.10.1 Bacteriología	17
6.10.1. 1. Indicaciones para la obtención de la muestra de esputo.....	18
6.10.2 Cultivo.....	19
6.10.2.1. Indicaciones de cultivo:.....	20
6.10.3. Radiografía:.....	21
6.10.4. LA PRUEBA DE TUBERCULINA (Derivado Proteico purificado – PPD).....	22
6.11. TRATAMIENTO:.....	22

6.11.1 NORMAS DE TRATAMIENTO EN TUBERCULOSIS	22
6.11.2. ANTECEDENTES	23
6.11.3. MEDICAMENTOS ESENCIALES EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS SENSIBLE	25
6.11.4. ESQUEMA TERAPÉUTICOS	25
6.11.4.1. ESQUEMA I	25
6.11.4.2. ESQUEMA II O RETRATAMIENTO	27
6.11.4.2.1. Indicaciones de casos previamente tratados	27
6.11.4.3. ESQUEMA III O PEDIÁTRICO (2RHZ/4RH)	29
6.11.5. SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO	32
6.11.5.1. ESQUEMA I - CASOS NUEVOS TB PULMONAR BAAR (+)	32
6.11.5.2. ESQUEMA II - RETRATAMIENTO	34
6.11.5.3. ESQUEMA III - PEDIÁTRICO	34
6.11.6. SITUACIONES ESPECIALES EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS	34
7. VARIABLES:	36
7.1. VARIABLE INDEPENDIENTE.-	36
7.2. VARIABLES DEPENDIENTE.-	36
8. TIPO DE ESTUDIO:	37
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	56
BIBLIOGRAFIA	57

1. INTRODUCCION:

La organización mundial de la Salud reporta que aproximadamente un tercio de la población mundial está infectada por *Micobacterium tuberculosis*.

El *Mycobacterium tuberculosis* causa la muerte de más personas que cualquier otro agente infeccioso. 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 el 75% de los casos se sitúa en el grupo de edad económicamente productiva (15-50 años).

Los últimos datos facilitados por esta organización perteneciente al año 1997, son impresionantes, se estima que la prevalencia de infección en el mundo era de 32% de la población (1.860 millones de personas). Alrededor de 1.870.000 de personas murieron de tuberculosis con una mortalidad global del 23%.

En un mundo en el que los movimientos de la población son cada vez más frecuentes rápidos y masivos debemos ser conscientes de que lo que ocurra en cualquier parte del planeta repercuta en nuestros entornos; aunque solo sea por esta visión egoísta (que no debería ser necesaria), hace de la tuberculosis un tema prioritario también para el mundo accidental.

Aunque esta enfermedad es bien conocida desde la antigüedad, los últimos años y especialmente, la aparición del sida han condicionado un cambio radical en epidemiología y existe una enorme preocupación en todo el mundo por sus surgimientos y por el incremento de resistencia a los fármacos más importantes de hecho son necesarias grandes terapéutica y diagnóstica en una enfermedad del cuyo conocimiento no se ha avanzado mucho en los últimos años.

Existen evidencias patológicas de tuberculosis pulmonar en restos neolíticos precolombinos y egipcios, sin embargo, la tuberculosis se convierte en un problema grave en el momento en que en los medios urbanos asociados con la revolución

Industrial generó circunstancias epidemiológicas que favorecieron su programa en los siglos XVII y XVIII, la Tb fue responsable de una cuarta parte de la muerte en adultos que se produjeron en Europa.

Es cada vez más preocupante para los países pobres que la población joven económicamente activa se esté infectada de esta terrible enfermedad, infecto contagiosa y que actualmente resulta más difícil su control por coexistir con la infección de VIH, por razones no motivaron a estudiar este tema, para así aportar más a la solución de esta problemática de salud pública, tanto en su control como en su prevención.

La tuberculosis en los últimos tiempos ha tenido un comportamiento epidemiológico con marcada tendencia al aumento en los países desarrollados y en vías de desarrollo. Esto es debido al crecimiento de la situación de pobreza de grandes grupos humanos, la tuberculosis ha afectado a más de un tercio de la población mundial.

La tuberculosis ha constituido un problema de salud en al República Dominicana, por lo que se encuentra en etapa ascendente debido al abandono al tratamiento y aumento a la resistencia a los medicamentos antituberculosos, lo cual se atribuye a falta de acciones de control de la enfermedad que incluye la educación, información, difusión así como también capacitación y supervisión del programa.

2. ANTECEDENTES:

2.1. SITUACIÓN MUNDIAL

La tuberculosis es una enfermedad que produce alrededor de 9.000.000 de casos por año, especialmente en la India, China (35% de la carga mundial deTB) /África (29%).

Según la OMS, la tasa de incidencia estimada para el 2006 muestra que el África Sub-Sahariana (Región Sur y Este) presenta tasas de incidencia deTBP BAAR (+) por encima de 300/100.000 habitantes, debido a la alta carga de VIH/Sida.

En el caso de los países del Este de Europa, la tuberculosis multidro-goresistente (TB MDR) constituye un grave problema.

A nivel global, la tasa de detección de TBP BAAR (+) bajo DOTS fue de un 62% en el 2005 con relación al 70% esperado y la tasa de éxito - de tratamiento para ese mismo año

fue de 84%, en relación al 85% esperado (Indicador 24 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio).

El número acumulado de países que implementan el DOTS como estrategia para controlar la tuberculosis, se ha incrementado de 187 a 212 estados miembros de la OMS (88,2%), entre 1991 al 2005.

2.2. SITUACIÓN EN LAS AMÉRICAS

En la región de las Américas son 12 países que reportan el 80% de los casos, de éstos Perú y Brasil representan un 50%.

El número de casos de TBTSF durante la gestión 2005 fue de 352.000, de los cuales 157.000 fueron TBP BAAR (+), que en proporción representan el 44,6% y 49.300 el número de muertes por tuberculosis.

Según el Reporte 2008 del Control Global de la Tuberculosis de la OMS, la tasa de detección de casos TBP BAAR (+) para el 2006 fue del 69% y la cobertura del DOTS del 91%. Ambos indicadores con una tendencia secular ascendente desde 1997 al 2006, a diferencia del éxito de tratamiento que presentó una tendencia estacionaria hasta el 2003, registrando un descenso de 80 a 78% en el 2006 respecto al total notificado.

La prevalencia inicial de TB MDR para Perú y Ecuador durante la gestión 2005, fue superior al 3%. En países como Brasil, Chile y El Salvador, es menor al 1%.

La prevalencia de la coinfección TB/VIH, estimada para el 2005, fue de 14% para Brasil, 13% para Trinidad yTobago y 12% para Guyana y Haití. La mortalidad atribuida al VIH fue de 8,5% para el 2007.

2.3. SITUACIÓN EN BOLIVIA

En Bolivia la tuberculosis continúa siendo un problema de gran magnitud y trascendencia, que la clasifica dentro de los 12 países con alta carga en Las Américas, ocupando el segundo lugar después de Haití por la tasa de incidencia de TB todas sus formas.

Durante la gestión 2007 se detectaron 5.686 casos de TBP BAAR (+), se necesitaron captar 15,7 SR para detectar un caso BAAR (+), realizándose un promedio de 2,7 baciloscopías por SR.

La tasa de incidencia de TB TSF en la gestión 2007 fue de 81,9 /100.000 hbts y de 57,9/100.000 de TBP BAAR (+).

Del total de casos de TB TSF, el 81,2% (6.547), fueron casos pulmonares, de los cuales el 70,6% corresponden a TBP BAAR (+).

Según el promedio nacional, los departamentos de Pando, Beni, Santa Cruz y Tarija presentan tasas de incidencia de TBP BAAR (+) superiores a 57,9/100.000 habitantes, constituyéndose en departamentos en riesgo muy severo (Tasa de incidencia TBP BAAR(+) por encima de 70/100.000 habitantes). El resto está por debajo de este promedio, catalogados en riesgo severo (Tasa de incidencia TBP BAAR(+) por debajo de 70/100.000 habitantes), presumiéndose que se debería a una sub-notificación y baja detección de casos.

Los grupos etáreos en edad productiva y reproductiva (15 a 34 años), así como los mayores de 60 años, presentaron tasas superiores de incidencia a predominio del sexo masculino, con una razón de 1,5 hombres por mujer.

La tasa de éxito de tratamiento de la cohorte TBP BAAR, (+) para el 2006 presentó un incremento de 2,4 puntos porcentuales, con relación ?1 2005 (de 80,5 a 82,9%) y un incremento de 0,4 puntos en el porcentaje de abandono (de 5,5% a 5,9%) en ese periodo.

El último estudio de resistencia inicial y/o primaria -realizado en el ámbito nacional- mostró una disminución de resistencia tanto a la rifampicina (2.8% en 1996 a 0.5% el 2003), como a la isoniacida (6.8% en 1996 a 4% el 2003), mostrando un mejor seguimiento del tratamiento y observancia del mismo; por lo que se decidió introducir la rifampicina en la segunda fase y acortar el tratamiento en los casos nuevos.

2.4. SITUACIÓN EN PANDO

En la gestión 2011 en el departamento de Pando se han registrado 79 nuevos casos de TB BAAR (+) los cuales están realizando tratamiento

2.5. SITUACIÓN EN PORVENIR

En la localidad de Porvenir durante la gestión 2011 en la cual se elaboró la investigación se registraron 3 nuevos casos de TB Pulmonar

3. JUSTIFICACION:

La presente investigación se debe a que la tuberculosis es una causa importante de muerte en nuestra población, principalmente en los ancianos, debida a la mala cobertura de la población ya que es muy difícil que un anciano haga un tratamiento completo y estricto.

Esta investigación está dirigida a la población en general de la localidad de Porvenir, pues ellos están en contacto directo con las personas infectadas ya que es una población pequeña y no está capacitada sobre el contagio de la tuberculosis

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La tuberculosis sigue siendo un problema de Salud Pública en los países en desarrollo, sobre todo en los últimos años que coexiste con el VIH-SIDA, por tal razón es uno de los problemas de salud a los que se le ha dado particular atención para su prevención y control en los últimos cinco años en el mundo.

La Organización Mundial de la Salud dice que en el mundo mueren más personas de tuberculosis que cualquier otra enfermedad curable. La tuberculosis es una enfermedad que

despierta un fuerte perjuicio o estigma social y por ende en mucho entorno sociales se trata de ocultar la enfermedad, lo cual evaden en diagnóstico y el tratamiento.

- Teniendo en cuenta que pese a que la localidad de Porvenir no es grande se han diagnosticado pacientes con tuberculosis BAAR (+) en una moderada cantidad a su vez viven en condiciones de hacinamiento provocando condiciones de vida deprimente esos paciente no tenían conocimiento alguno sobre la misma, por lo que se hace necesario el siguiente planteamiento

PREGUNTA DE INVESTIGACION

- ¿Qué nivel de conocimiento tienen los habitantes de la localidad de Porvenir, sobre la tuberculosis forma de contagio y síntomas principales de marzo a mayo del 2011?

5. OBJETIVOS:

5.1. OBJETIVO GENERAL

- Capacitar a los pobladores de la localidad de Porvenir, sobre la tuberculosis para así tener certeza de que conociendo la gravedad y la gran tasa de mortalidad que tiene esta enfermedad los pacientes van a cumplir un tratamiento estricto y reglamentado. y junto con los sintomáticos respiratorios que acuden a nuestro centro de salud a la revisión médica y posterior prueba laboratorial.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar cuál es el nivel de conocimiento que tienen los habitantes de la localidad de porvenir sobre la tuberculosis, forma de contagio y síntomas principales realizado a través de una encuesta con 10 preguntas cerradas previa a capacitación y post capacitación.
- Invitar la población de Porvenir por medios de comunicación para una charla educativa sobre el tema de tuberculosis.

Capítulo II

MARCO TEORICO

6. CONCEPTUALIZACIÓN

6.1. Definición de tuberculosis

- La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa producida por la bacteria *Micobacterium tuberculosis*, Esta bacteria puede afectar cualquier parte del organismo sin embargo lo más frecuente es la presentación como un cuadro bronconeumónico. La mayoría de las personas eliminan la infección activando sus propias células de defensa y, de hecho, pasaran asintomáticas, no requiriendo de ningún tratamiento. Sin embargo, en muchas ocasiones, la bacteria no es completamente eliminada, permaneciendo latente a la espera de una oportunidad de diseminarse. Esto puede ocurrir en situaciones debilitantes como cáncer y otras enfermedades crónicas malnutrición, etc.

6.2. Etiología:

- *Mycobacterium tuberculosis* es un bacilo descubierto por Roberto Koch en 1882. La denominación bacilo tuberculoso incluye dos especies, *M. tuberculosis* y *M. bovis*, capaces de producir esta enfermedad. Existen otras tres especies estrechamente relacionadas con *M. Tuberculosis* (*M. ulcerans*, *M. microti* y *M. africanum*) que no suelen causar enfermedad en el hombre.

Mycobacterium tuberculosis es una bacteria aerobia, no esporulada, que precisa de un tiempo muy prolongado (15-20 horas) para su multiplicación y que puede sobrevivir con facilidad en el medio intracelular. Es, por lo tanto, una bacteria que necesita mucho tiempo (3-5 semanas) para crecer en los medios de cultivo. Además de patógeno humano, también es patógeno para los cobayas, aunque no para los conejos. La inoculación al cobaya fue utilizada durante mucho tiempo en algunos laboratorios para aislar e identificar *M. tuberculosis*. Como todas las micobacterias, se caracteriza por tener una cubierta lipídica constituida por ácidos micólicos. Ello ocasiona que, una vez teñidas con ciertos colorantes derivados de las anilinas (fucsina fenicada), retengan esta coloración a pesar de ser tratadas con un ácido y un alcohol, por lo que se denomina ácido-alcohol-resistentes. Además de las micobacterias, otras bacterias como *Nocardia* y *Rhodococcus* pueden ser débilmente ácido-alcohol-resistentes.

6.3. INFECCION Y ENFERMEDAD

- **Infección tuberculosa:** ocurre cuando el *Mycobacterium* entra en contacto por primera vez con una persona sana, denominándose **primo infección tuberculosa** que desencadena una respuesta de defensa del sistema inmunológico de la persona
- **Enfermedad tuberculosa:** se produce cuando existen factores de riesgo para que se desarrolle la enfermedad propiamente dicha, donde el sistema inmunológico de la persona es vencida por el bacilo.

6.4. ASPECTOS ESENCIALES

La tuberculosis es una enfermedad social, infecciosa, contagiosa, de evolución crónica y curable:

Social: porque afecta principalmente a personas pobres

Infeciosa: porque es producida por el bacilo de Koch

Contagiosa: porque es transmitido por vía aérea

Crónica: porque su tiempo de evolución es prolongado, debido a la multiplicación lenta del bacilo

Curable: porque con tratamiento estandarizado y estrictamente supervisado se cura prácticamente el 100% de los enfermos con esto nos referimos a la eliminación del bacilo no así a la desaparición de las secuelas secundaria por destrucción de los tejidos.

6.5. FORMAS DE TUBERCULOSIS

Desde el punto de vista de su localización se clasifica en:

▪ Tuberculosis pulmonar:

Es la más frecuente representando más del 80% de los casos de tuberculosis en todas sus formas pudiendo ser BAAR (post) y BAAR (neg).

Los casos de TB pulmonar BAAR (neg) pero cultivo positivo, son 10 veces más contagiosos que los BAAR (post)

▪ Tuberculosis extrapulmonar:

Representa el 20% de los casos de TB en todas sus formas

Afecta frecuentemente pleura, ganglios linfáticos, columna vertebral, articulaciones, tracto genitourinario, sistema nervioso, etc.

6.6. MECANISMO DE TRANSMICION:

Al hablar, reír, estornudar, cantar y sobre todo al toser que eliminan diminutas gotas de saliva al aire que contienen bacilos, y penetran a la vía respiratoria de otra persona y se depositan a sus alveolos pulmonares

Los macrófagos en primera instancia, luego las células de killer y finalmente los linfocitos T, acudirán a la zona de la infección donde se encuentran los bacilos y en la

gran mayoría de los casos logran detener su multiplicación, pero en otro se verán incapacitados y se desarrollara la tuberculosis pulmonar

6.7. FACTORES QUE FAVORECEN LA TRANSMICION:

- 1.- Concentración de los bacilos en el ambiente
- 2.-Poca ventilación en los ambientes (que favorecen a la concentración y persistencia de los bacilos)
- 3.- Grado de contacto
- 4.- Ausencia de luz solar

6.8. CUADRO CLINICO:

La tuberculosis carece de manifestaciones clínicas propias. Los síntomas y signos sugestivos de la tuberculosis pulmonar se clasifican en síntomas locales (respiratorios) y generales (sistémicos)

Los síntomas generales o sistémicos son los primeros en aparecer, sin embargo uno de los aspectos mas importantes es que los síntomas generales de la tuberculosis aparecen gradualmente en semanas o hasta en meses

CUADRO N°1: SINTOMAS GENERALES Y LOCALES DE LA TUBERCULOSIS

Síntomas generales	Síntomas locales
Hiporexia	Tos y expectoración mucosa, mucopurulenta , purulenta y hemoptoica
Anorexia	Hemoptisis
Astenia	Disnea
Pérdida de peso	Dolor torácico
Fiebre y diaforesisnocturna	

FUENTE: Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis 2da edición.

Los síntomas respiratorios pueden aparecersimultánea o posteriormente a los generales. Al ser la tos el principalmente síntoma orientador de la enfermedad, el paciente es identificado como sintomático respiratorio como sospecha de tuberculosis aquel paciente con tos y expectoración por más de 15 días y que debe ser examinado con baciloscopia seriada de esputo.

6.9. COMPLICACIONES:

- **HEMOPTISIS:** signo de gravedad que depende del estadio de la enfermedad caracterizado por expectoración sanguinolenta.
- **NEUMOTORAX SECUNDARIO:** presencia de aire entre el pulmón y la pleura parietal que provoca atelectasia, caracterizado por dolor y disnea.

- **INSUFICIENCIA RESPIRATORIA:** producida por lesiones avanzadas en el parénquima pulmonar.
- **BRONQUIECTASIA:** dilatación permanente e irreversible de las paredes bronquiales.
- **FIBROSIS PULMONAR LOCALIZADA:** reemplazo del intersticio pulmonar por tejido fibrotico, como consecuencia de enfermedad tuberculosa extensa y avanzada.

6.10. DIAGNOSTICO

El aislamiento del bacilo de Koch mediante la bacteriología es el principal método de diagnóstico. Procedimientos como la radiología, exámenes clínicos de laboratorio (PCR, ELISA), la reacción de tuberculina, la historia clínica y otros pueden sugerir el diagnóstico sin embargo, debe confirmarse con la demostración de la presencia del *Mycobacterium tuberculosis*.

6.10.1 Bacteriología

1.- La baciloscopía del esputo o flema es el método de diagnóstico más fácil, barato y accesible. **Permite identificar las fuentes de infección TBP (BAAR+).**

2.- La baciloscopía es el examen microscópico directo de una muestra de expectoración que ha sido extendida sobre una lámina de vidrio y teñida mediante el método de Ziehl-Nielsen.

3.- Con este método se detectan los microorganismos clasificados como bacilos ácido alcohol resistente (BAAR) y el laboratorio reporta según la siguiente calificación:

Se recomienda, realizar el extendido y fijado de las muestras de forma inmediata y no dejarlas expuestas al sol y al ambiente; especialmente en lugares cálidos donde solo se puede conservar hasta un máximo de seis días.

CUADRO N° 2: DIAGNÓSTICO BACTEREOLÓGICO

RESULTADO	NÚMERO DE BAAR EN LOS CAMPOS OBSERVADOS
Negativo (-):	No se observan BAAR en toda la lámina
1 a 9 BAAR:	Presentes en toda la lámina. (Se considera resultado positivo si existen bacilos visibles en dos muestras diferentes).
Positiva (+):	10 a 99 BAAR en 100 campos microscópicos observados.
Positiva (++):	1 a 10 BAAR por campo en 50 campos microscópicos observados.
Positiva (+++):	Más de 10 BAAR por campo en 20 campos microscópicos observados.

FUENTE: Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis 2da edición.

6.9.1. 1. Indicaciones para la obtención de la muestra de esputo

A todo Sintomático Respiratorio se le debe realizar tres baciloscopías con muestras representativas de expectoración, de acuerdo a las siguientes indicaciones:

CUADRO N° 3: TOMA DE MUESTRA DE BASILOSCOPIA

MUESTRA	INDICACIONES
Primera	Se recolecta inmediatamente después de identificar al S.R., previa explicación necesaria para la obtención de una muestra de expectoración representativa.
Segunda	El personal de salud debe entregar al paciente un envase de esputo para que recolecte una muestra matinal, en ayunas “del día siguiente” que la llevara al servicio de salud
Tercera	En el instante en que el paciente entrega la segunda muestra, el personal de salud debe proceder a la obtención de una nueva muestra de esputo.

FUENTE: Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis 2da edición.

El procedimiento de la obtención de la muestra en dos días consecutivos favorece al paciente con procedencia rural o que reside distante de un servicio de salud; de esta forma, se reducen las oportunidades perdidas.

La recepción de las muestras se realiza en el servicio. El personal de salud es el encargado de enviar en el día al laboratorio de referencia (red de laboratorios conformada a nivel de red de servicios).

“El laboratorio debe comunicar inmediatamente, al personal de salud encargado del paciente, en caso de que una muestra resulte positiva.”

6.10.2 Cultivo

El cultivo es el único método que asegura un diagnóstico de certeza de tuberculosis y ofrece una mayor capacidad diagnóstica que la baciloscopía pero tiene sus limitaciones por el costo y demora en los resultados (aproximadamente 6 a 8 semanas).

Para el diagnóstico bacteriológico por cultivo, no demorar más de cuatro días el envío de la muestra debiendo mantenerla refrigerada.

6.10.2.1. Indicaciones de cultivo:

Paciente con resultado de baciloscopía de I a 9 BAAR, en una sola lámina de las tres muestras examinadas. Sintomático Respiratorio con dos baciloscopías seriadas negativas, tratado con antibióticos (no quinolonas) y sin mejoría clínica.

Sintomático Respiratorio con dos baciloscopías seriadas negativas y Rx de tórax sugestiva de patología tuberculosa.

Sospecha de tuberculosis pulmonar infantil, obtener la muestra mediante aspirado gástrico (ver Anexo 4). Paciente contacto de caso TB MDR (solicitar adicionalmente prueba de sensibilidad y resistencia). Pacientes con baciloscopía positiva al segundo y/o tercer mes de tratamiento.

Paciente con antecedente de tratamiento, fracasos, recaídas, abandonos y casos crónicos.

Para estudios de sensibilidad y resistencia a los medicamentos.

En el seguimiento de tratamiento específico de pacientes TBMDR.

Paciente con co-infección TB/VIH.

En pacientes manejados por la medicina privada.

En caso nuevos de TB en recintos Penitenciarios para estudio de prueba de sensibilidad y resistencia a medicamentos, en sospecha de TB extrapulmonar.

CUADRO N° 4: TOMA DE MUESTRA DEL CULTIVO

TIPO DE TUBERCULOSIS	MUESTRA CULTIVADA
Meníngea	Líquidocefalorraquideo (LCR)
Renal	Orina (3 muestras de orina seriada de 3 días consecutivos tomadas en la mañana) en envase limpio de boca ancha con tapa de rosca.
Peritoneal	Líquido peritoneal 6 ascítico, biopsia peritoneal.
Ganglionar	Secreción y biopsia de ganglio conservada en agua destilada estéril o solución fisiológica (NO FORMOL).
Osteoarticular	LíquidoSinovial, tejidoóseo.
Pleural	Líquido pleural, fragmento de pleura.
Intestinal	Heces, biopsia de tejido intestinal.
Miliar	Contenido gástrico, esputo, orina, médula ósea, líquido cefalorraquideo.
Genital	Biopsia testicular, de endometrio o de trompas de Falopio
Coinfección VIH	Hemocultivo en caso de Sida con recuento de CD4 menor a 200

FUENTE: Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis 2da edición.

6.10.3. Radiografía:

Es un método complementario que no permite diagnosticar con certeza una TB pulmonar. Otras patologías pueden presentar el mismo patrón radiológico de la TB.

Nunca se debe hincar tratamiento específico si haber realizado un examen bacteriológico (baciloscopia o cultivo) aunque radiológicamente impresione como una tuberculosis activa.

6.10.4. LA PRUEBA DE TUBERCULINA (Derivado Proteico purificado – PPD)

La prueba de la tuberculina pone de manifiesto un estado de hipersensibilidad del organismo frente a las proteínas del bacilo tuberculoso, la mayoría de las veces, después de una infección producida por el *Mycobacterium tuberculosis*. Aunque también puede ser ocasionado por la vacuna de la BCG o por infección de micobacterias atípicas.

Consiste en la inoculación intradérmica (técnica de Mantoux) de un derivado proteico purificado de cultivo de bacilos tuberculosos, que da lugar a una reacción cutánea, debido a una reacción inflamatoria con una importancia infiltración celular de la dermis, lugar donde es depositada la tuberculina. Se puede detectar mediante una induración visible y palpable; pudiéndose acompañar de edema, eritema, necrosis y linfadenitis regional.

La lectura debe ser realizada a las 48 o 72 horas de la inoculación, expresado en milímetros de induración. Una pápula mayor a diez milímetros de diámetro es considerada positiva para la población adulta; en cambio una pápula mayor a cinco milímetros es considerada positiva para los niños menores de cinco años, representando un grupo de alto riesgo de padecer tuberculosis.

En nuestro país el PPD que se utiliza es el RT23 Tween 80 con técnica de Mantoux, nose aconseja el uso de otras técnicas de aplicación.

6.11. TRATAMIENTO:

6.11.1 NORMAS DETRATAMIENTO EN TUBERCULOSIS

La evidencia científica fundamenta el tratamiento de la tuberculosis en bases bacteriológicas, farmacológicas y operacionales, debiendo ser:

- 1. ASOCIADO**, utilizando mínimo cuatro medicamentos antituberculosos para evitar la selección de resistencias.
- 2. PROLONGADO**, durante un mínimo de 6 meses para lograr matar a todos los bacilos en sus diferentes fases de crecimiento metabólico.
- 3. SUPERVISADO**, para garantizar la toma y cumplimiento del tratamiento hasta la finalización y su condición de curado.
- 4. CONTROLADO**, con baciloscopias mensuales a partir del 2° mes de tratamiento.
- 5. EN DOSIS KILOGRAMO PESO**, para evitar una sobre o sub dosificación de los medicamentos antituberculosos.

El tratamiento oportuno tiene como objetivos:

- Curar al paciente con tuberculosis.
- Prevenir las muertes por tuberculosis o sus secuelas graves.
- Prevenir la selección de bacilos resistentes a las drogas antituberculosas (mediante el DOT)
- Cortar la cadena de transmisión de la enfermedad.

6.11.2. ANTECEDENTES

Desde 1998 el Programa Nacional de Control de Tuberculosis, implemento el siguiente esquema de tratamiento:

2RHZE / 6HE (Esquema 1).

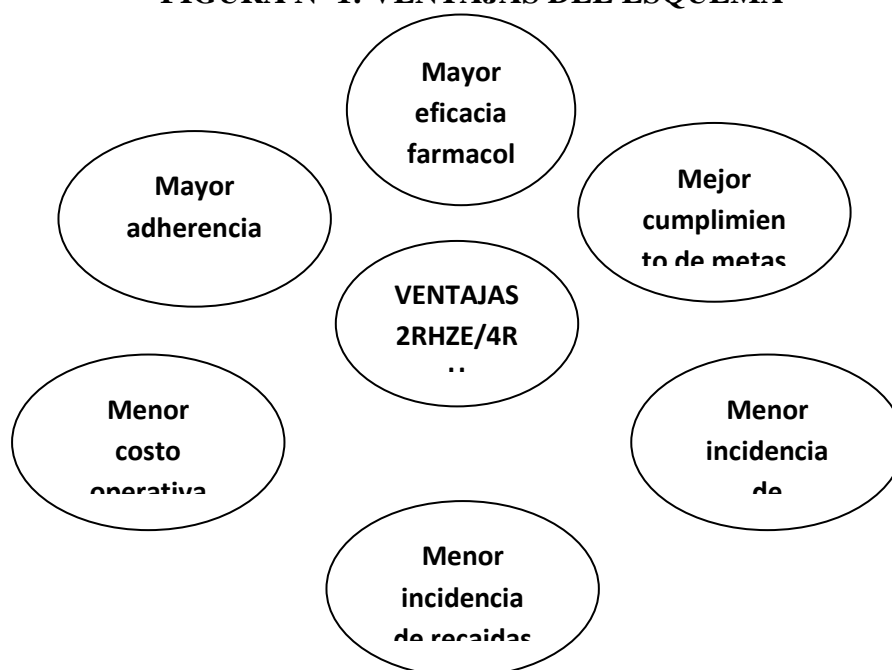
Se opto este esquema por el riesgo de aparición de resistencia primaria a la rifampicina ® y ausencia de la observación directa del tratamiento en toda su duración.

El PNCT con la participación del Comité Asesor; en la gestión 2007 ratificó el esquema I de seis meses, definido en primera instancia en el año 2004.

2RHZE/4RH

Esta pauta de tratamiento tiene alto poder bactericida y esterilizante, pocos efectos secundarios, menor número de recaídas, fracasos y abandonos.

FIGURA N° 1: VENTAJAS DEL ESQUEMA



FUENTE: Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis 2da edición.

En todo esquema de tratamiento que contenga rifampicina. La toma de los medicamentos debe ser estrictamente supervisada en ambas fases por el personal de salud y en casos excepcionales por otras personas capacitadas (DOT-C). El tratamiento debe ser ambulatorio, salvo casos excepcionales que requieran hospitalización.

A tiempo de instaurar este esquema de tratamiento el PNCT y los PRCT deberán realizar todos los esfuerzos necesarios para fortalecer la estrategia DOTS y la red de laboratorios para prevenir y/o vigilar la resistencia a medicamentos antituberculosos.

El PNCT utilizara la H+R, asociada en la misma tableta para evitar la selección de medicamentos (abandono parcial por parte del paciente) y la posible presentación de resistencias secundarias.

6.11.3. MEDICAMENTOS ESENCIALES EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS SENSIBLE

CUADRO N° 5: MEDICAMENTOS Y ABREVIACIONES INTERNACIONALES

MEDICAMENTOS	ABREVIACIÓN INTERNACIONAL
Isoniacida	H
Rifampicina	R
Pirazinamida	Z
Etambutol	E
Estreptomina	S

FUENTE: Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis 2da edición.

6.11.4. ESQUEMA TERAPÉUTICOS

6.11.4.1. ESQUEMA I

(RHZE / 4 RH)

6.11.4.1.1. Indicaciones

CASOS NUEVOS de tuberculosis pulmonar BAAR(+), BAAR(-) y extra pulmonares.

CUADRO N° 6: FASES DE TRATAMIENTO (RHZE / 4 RH)

Fases	Números de dosis y Medicamentos	Forma de administración
Primera	52 dosis (2 meses) de administración diaria con rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol (excluyendo domingos).	Tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES) por personal de salud, en casos excepcionales por promotores de salud capacitados (DOTS-C).
Segunda	104 dosis (4 meses) de administración diaria con rifampicina e isoniacida (excluyendo domingos).	Tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES) por personal de salud, en casos excepcionales por promotores de salud capacitados (DOTS-C).

FUENTE: Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis 2da edición.

Dosis: Ver tabla de dosificación N° 40

No se contempla el día domingo por no existir garantía en la toma del tratamiento.

Se recomienda la administración de los medicamentos en una sola toma diaria.

6.11.4.2. ESQUEMA II O RETRATAMIENTO

(2RHZES/ IRHZE/5RHE)

6.11.4.2.1. Indicaciones de casos previamente tratados

1. Abandono al esquema I paciente que regresa con baciloscopia de esputo positiva y/o cultivo positivo, así mismo se debe solicitar prueba de sensibilidad y resistencia.
2. Recaída al esquema I paciente con baciloscopia de esputo positivo va y/o cultivo positivo mas prueba de sensibilidad y resistencia.
3. Fracaso terapéutico al Esquema I. Siempre que se constate los resultados de prueba de sensibilidad y resistencia que avalen sensibilidad al menos a la R + H o R + E, evaluado por Médico Especialista (Neumólogo).

Los casos con antecedentes de múltiples tratamientos deben ser derivados a centros especializados y notificados al Programa Regional con su respectivo resultado de cultivo y pruebas de sensibilidad y resistencia.

En caso que el paciente abandone el tratamiento por más de 30 días consecutivos y vuelva al servicio de salud con baciloscopia negativa, se debe solicitar cultivo y prueba de sensibilidad y resistencia; completar las dosis restantes del esquema que recibía, siempre y cuando no haya transcurrido más de 6 meses entre el momento del abandono y la nueva consulta. Si el paciente consulta después de 6 meses entre el abandono y la nueva consulta y tiene bacilos copia negativa, debe ser sometido a cultivo y pruebas de sensibilidad y resistencia. Dejarlo en observación –no debe recibir tratamiento

CUADRO N° 7: FASES DE TRATAMIENTO (2RHZES/ IRHZE/5RHE)

Fases	Número de dosis y Medicamentos	
Primera	52 dosis (2 meses) de administración diaria (excluyendo domingos) con rifampicina, isoniacida, pirazinamida, estreptomicina y etambutol.	Tratamiento Acortado estrictamente supervisado (TAES) por personal de salud y en casos excepcionales por promotores de salud capacitados (DOTS-C)
Segunda	26 dosis (I mes) de administración diaria (excluyendo domingos) con rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol.	Tratamiento Acortado estrictamente supervisado (TAES) por personal de salud y en casos excepcionales por promotores de salud capacitados (DOTS-C)
Tercera	130 dosis (5 meses) de administración diaria (excluyendo domingos) con rifampicina, isoniacida y etambutol.	Tratamiento Acortado estrictamente supervisado (TAES) por personal de salud y en casos excepcionales por promotores de salud capacitados (DOTS-C)

FUENTE: Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis 2da edición

Se recomienda la administración de los medicamentos en una sola toma diaria.

6.11.4.3. ESQUEMA III O PEDIÁTRICO (2RHZ/4RH)

CUADRO N° 8: FASES DE TRATAMIENTO (2RHZ/4RH)

Fases	Números de dosis y Medicamentos	Forma de administración
Primera	52 dosis de administración diaria (excluyendo domingos) de rifampicina (jarabe previamente agitado), o de tabletas de rifampicina asociada a isoniacida y tabletas de pirazinamida (asegurandose de administrar las dosis correctas)	Tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES) por personal de salud, en casos excepcionales por promotores de salud capacitados (DOTS-C).
Segunda	104 dosis de administración diaria (excluyendo domingos) con rifampicina e isoniacida.	Tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES) por personal de salud, en casos excepcionales por promotores de salud capacitados (DOTS-C).

FUENTE: Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis 2da edición

CUADRO N° 9: FASES DE TRATAMIENTO EN CASOS ESPECIALES

Casos Especiales	I a Fase diaria de lunes a sábado, 2 meses	2da Fase diaria de lunes a sábado, 4 meses
Con compromiso SNC: Meningitis, Miliar, Tuberculoma'	2zHRZS	4 HR 104 dosis
TBP+, TBP- con daño extenso del parénquima pulmonar	2HRZE	4 HR 104dosis

FUENTE: Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis 2da edición

Agregar Prednisona 2mg/kg/d (max. 40 mg/día) en meningitis, peritonitis y pericarditis tuberculosas y en las tuberculosis pulmonares diseminadas endobronquiales o con atelectasa, por 4 semanas y luego disminuir gradualmente ¼ dosis en forma semanal.

Se ha demostrado que el Etambutol es seguro para niños, recomendándose administrar una dosis de 15 mg (kg/día).

CUADRO 10: DOSIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSOS

Nombre del Medicamento	Presentación			Dosificación	
	Frasco	Tableta	Tableta Asociada	Dosis Diaria	Dosis Máx. Diaria
Estreptomicina	I frasco/ I g			15 mg/kg peso	1000 mg
Isoniacida		I tab/100mg		5 mg/kg peso	300 mg
Rifampicina	Frasco-jarabe 100mg/5ml		I tab R/H 300/150mg	10 mg/ kg peso	600 mg
Pirazinamida		I tab/500mg		25mg kg peso	2000 mg
Etambutol		I tab/400mg		15 mg/kg peso	

FUENTE: Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis 2da edición

Reajustar la dosis a medida que aumenta el peso corporal del paciente.

Notas:

- Se debe pesar cada mes al paciente, el aumento de peso debe ir acompañado del ajuste de la dosis kg/peso de acuerdo a tabla I.
- La estreptomicina será administrada en dosis de 0.5 g independientemente del peso del paciente cuando éste es mayor a **50** años.

- En caso de edemas (retención de líquidos), embarazo, obesidad mórbida se debe tomar como referencia el peso ideal.

6.11.5. SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO

Los enfermos con TBP BAAR.(+) deben tener seguimiento bacteriológico durante su tratamiento.

Los enfermos con TBP BAAR(-) y extrapulmonares deben ser vigilados desde el punto de vista clínico y no requieren baciloscopía.

6.11.5.1. ESQUEMA I - CASOS NUEVOS TB PULMONAR BAAR (+)

La respuesta al tratamiento debe tener seguimiento a partir del segundo mes con baciloscopía.

- **Mensual, hasta la finalización del tratamiento.**

Al final de la primera fase de tratamiento se espera una conversión bacteriológica superior al 90% de los pacientes, si el caso realmente fue clasificado como nuevo y el tratamiento fue Directamente Observado.

**CUADRO N° 11: SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CASOS
NUEVOS TB PULMONAR BAAR (+)**

SI LA BACILOSCOPIA ES POSITIVA	CONDUCTA
Al final del segundomes	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar la primera fase un mes más., de manera que el tratamiento en la primera fase aumenta a 78 dosis. • Solicitar cultivo y prueba de resistencia y sensibilidad.
Al final del tercermes	<ul style="list-style-type: none"> • Pasar a la segunda fase, estar pendientes del resultado prueba de sensibilidad y resistencia. • Solicitar cultivo y prueba de sensibilidad y resistencia, si la baciloscopía es positiva (después de ser negativa al segundo mes).
Al final del cuartomes	<ul style="list-style-type: none"> • Declarar fracaso terapéutico. • Revisar los resultados del cultivo, pruebas de sensibilidad y resistencia solicitadas. • En caso de no contar con resultado de cultivo solicitar este examen y prueba de sensibilidad y resistencia. • Al ser un fracaso de tratamiento debe ser sometido al Comité Nacional TB-MDR independientemente del resultado de las pruebas de sensibilidad y resistencia.

FUENTE: Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis 2da edición

6.11.5.2. ESQUEMA II – RETRATAMIENTO

La respuesta al tratamiento debe tener seguimiento baciloscópico de forma mensual a partir del segundo mes, con controles médicos mensuales.

6.11.5.3. ESQUEMA III – PEDIÁTRICO

El seguimiento será fundamentalmente clínico, excepto en niños (cooperadores) con TB pulmonar BAAR (+). En éstos debe realizarse baciloscopías de esputo mensuales a partir del segundo mes.

6.11.6. SITUACIONES ESPECIALES EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

No es necesario modificar los esquemas terapéuticos iniciales, sólo se debe ajustar las dosis correspondientes y realizar un seguimiento más cercano.

Es necesario conocer los antecedentes del paciente antes de iniciar la terapia antituberculosa.

A) Infectados por VIH. Se debe administrar las mismas pautas de tratamiento. Solamente realizar seguimiento del enfermo para vigilar las reacciones adversas, intolerancias e interacciones medicamentosas.

B) Embarazo. Aunque la Isoniacida y Rifampicina atraviesan la barrera placentaria, no se han asociado con efectos teratogénicos;

Tan sólo se debe evitar el uso de la Estreptomina por ser ototóxica para el feto.

C) Lactancia. Se emplean todos los medicamentos antituberculosos; aunque parte de ellos pueden pasar al niño a través de la leche materna, siendo la cantidad, mínima e insuficiente como tratamiento o para causar efectos adversos.

El tratamiento antituberculoso aplicado en forma oportuna y apropiada es el mejor método para prevenir la transmisión de la enfermedad madre — hijo.

Todos los medicamentos antituberculosos son compatibles con la lactancia y una mujer en tratamiento puede seguir dando de mamar en forma segura. No se debe separar al niño de su madre.

Como medida preventiva, el niño contacto estrecho de paciente con TBP BAAR(+) debe recibir quimioprofilaxis con H durante 6 meses y previo descarte de la tuberculosis activa, al cabo de los cuales debe ser vacunado o revacunado con BCG, en casos excepcionales que fueron vacunados antes del inicio de la quimioprofilaxis.

D) Anticonceptivos. La rifampicina interactúa con las píldoras anticonceptivas y por lo tanto disminuye la eficacia protectora de las mismas. Una mujer que ingiere anticonceptivos debe utilizar otros métodos de anticoncepción mientras utilice rifampicina.

E) Insuficiencia hepática:

a. Aguda. Suspender los medicamentos antituberculosos hasta la resolución de la hepatitis aguda y transferir a un centro especializado.

b. Crónica. Requiere monitorización y manejo por un centro especializado.

F) Insuficiencia renal

a. Aguda. Se debe ajustar la dosis de los medicamentos antituberculosos, según aclaración de la creatinina en orina de 24 horas, transferir a centro especializado.

b. Crónica. Requiere manejo por un centro especializado para monitorizar los niveles de dosis de todos los medicamentos antituberculosos con acción nefrotóxica o que se eliminen por el riñon.

G) Silicosis.El tratamiento antituberculoso tiene las mismas pautas.

H) Diabetes mellitus. La rifampicina disminuye el efecto de los antidiabéticos orales, por lo que se debe considerar el uso de insulina mientras dure el tratamiento antituberculoso.

Estos casos deben ser evaluados por el endocrinólogo.

I) Meningitis tuberculosa. Es la forma extrapulmonar de mayor riesgo para la vida, dejando secuelas permanentes en el paciente.

El paciente debe estar hospitalizado. Se recomienda utilizar corticoide como la prednisona en dosis de 2 mg/kg/día por 3 semanas, reducir gradualmente hasta llegar a la dosis de mantenimiento.

El tratamiento atituberculoso es el mismo: 2RHZE/4RH, se recomienda prolongar la segunda fase 3 meses más (hasta completar 9 meses en casos de tuberculoma).

Marco referencial nivel de conocimiento popular

7. VARIABLES:

7.1. VARIABLE INDEPENDIENTE.-

Nivel de conocimiento

7.2. VARIABLES DEPENDIENTE.-

Pobladores

CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO

8. TIPO DE ESTUDIO:

El estudio es de tipo descriptivo, transversal y de punto.

- Es descriptivo por que se analizará los resultados mediante indicadores estadísticos descriptivos: media, promedio, tasas, razones o proporciones.
- Es transversal por que se realizará a una determinada población en un momento determinado.
- Es de punto, porque se realizará en un corte del tiempo.

Universo:

- Pobladores de la localidad de Porvenir (2199 pobladores)

Muestra:

Aleatoria constituida por personas adultas y adolescentes distribución proporcional hombre 80 % - mujer 20%, según la proporción (100 personas). 10 personas por cada barrio

Unidad de análisis. Pobladores de la localidad de porvenir.

Plan educativo: SINTOMATICO RESPIRATORIO, CALIDAD DE LA MUESTRA

Contenido	Objetivo	Medios	Tiempo	Evaluación
-Que es tuberculosis? - Formas de contagio -Medios de prevención - Tratamiento	Ampliar el conocimiento de los habitantes de Porvenir sobre la enfermedad	Rotafolio Papelografo	15 minutos	Población refiere tener ampliado sus conocimientos teóricos en relación al tema aplicado.

- **Instrumento de recolección de datos:** Formulario para la encuesta
 - **Método:** Encuesta y observación, con 10 preguntas cerradas

 - **Técnica de recolección de datos:** Entrevista

 - **Plan de tabulación y análisis.**

Los datos recolectados se ordenaron y luego fueron procesados utilizando un paquete estadístico SSPS 7.5 para WINDOWS XP. Se presenta la información en cuadros estadísticos, gráficos sectorial, para luego realizar el análisis respectivo, lo que dio lugar a formular conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO IV

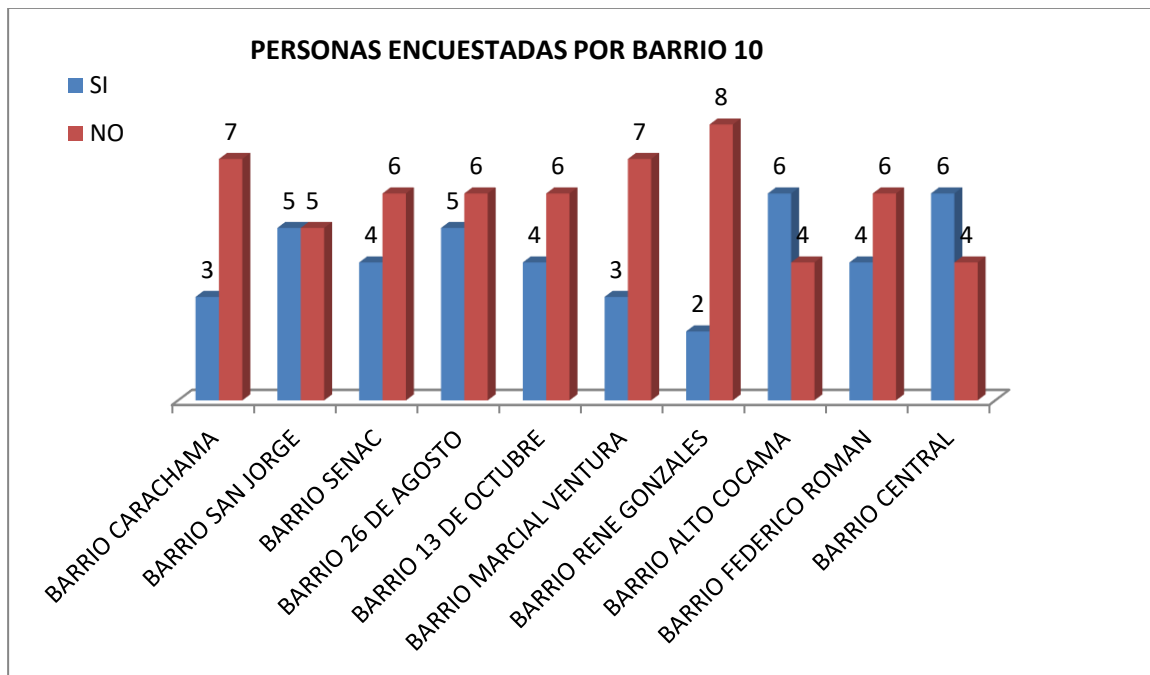
ANALISIS DE LOS DATOS

ENCUESTAS EN LOS BARRIOS DE LA POBLACIÓN PORVENIR SOBRE LA ENFERMEDAD DE LA TUBERCULOSIS

CUADRO N° 1

BARRIOS	10 PERSONAS ENCUESTADAS POR BARRIO	
	ANTES DE LA CAPACITACION	
	SI	NO
BARRIO CARACHAMA	3	7
BARRIO SAN JORGE	5	5
BARRIO SENAC	4	6
BARRIO 26 DE AGOS.	5	5
BARRIO 13 DE OCT.	4	6
BARRIO M. VENTURA	3	7
BARRIO R. GONZALES	2	8
BARRIO A. COCAMA	6	4
BARRIO F. ROMAN	4	6
BARRIO CENTRAL	6	4
SOMATORIA	42	58
TOTAL		100 PERSONAS

GRÁFICO N° I

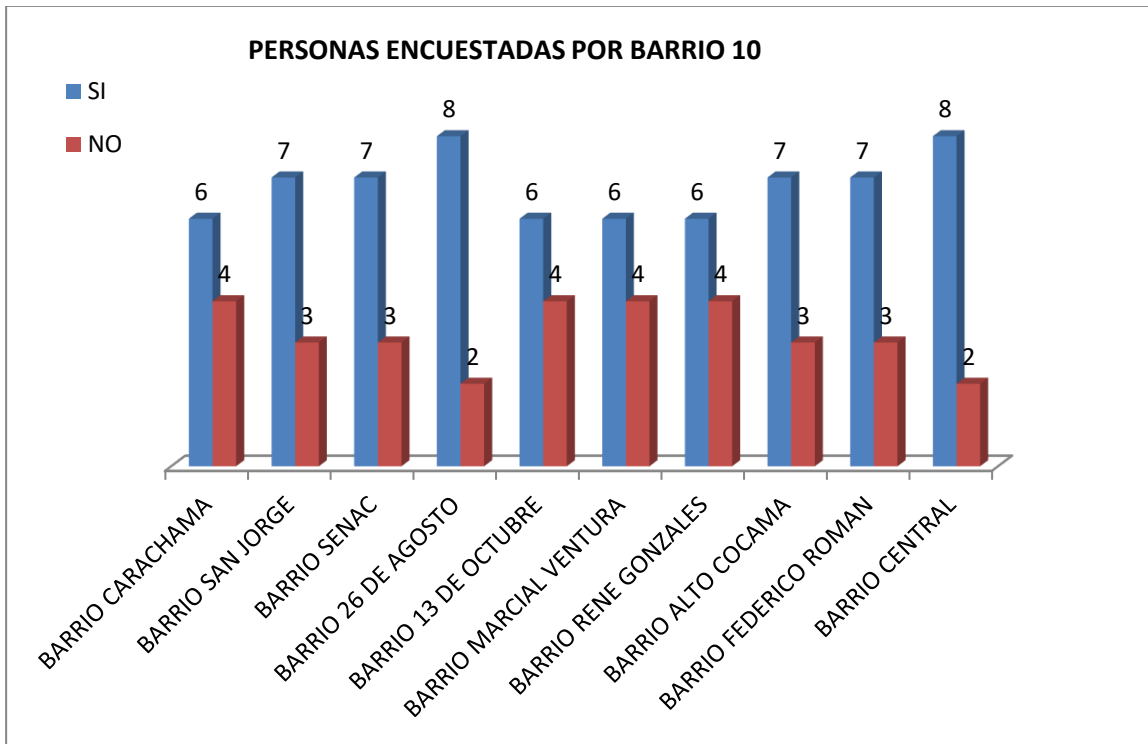


Podemos observar en el gráfico el bajo nivel de conocimiento relacionado a la Tuberculosis como enfermedad.

CUADRO N° 2

BARRIOS	10 PERSONAS ENCUESTADAS POR BARRIO	
	DESPUES DE LA CAPACITACION	
	SI	NO
BARRIO CARACHAMA	6	4
BARRIO SAN JORGE	7	3
BARRIO SENAC	7	3
BARRIO 26 DE AGOS.	8	2
BARRIO 13 DE OCT.	6	4
BARRIO M. VENTURA	6	4
BARRIO R. GONZALES	6	4
BARRIO A. COCAMA	7	3
BARRIO F. ROMAN	7	3
BARRIO CENTRAL	8	2
SOMATORIA	68	32
TOTAL		100 PERSONAS

GRÁFICO N° II



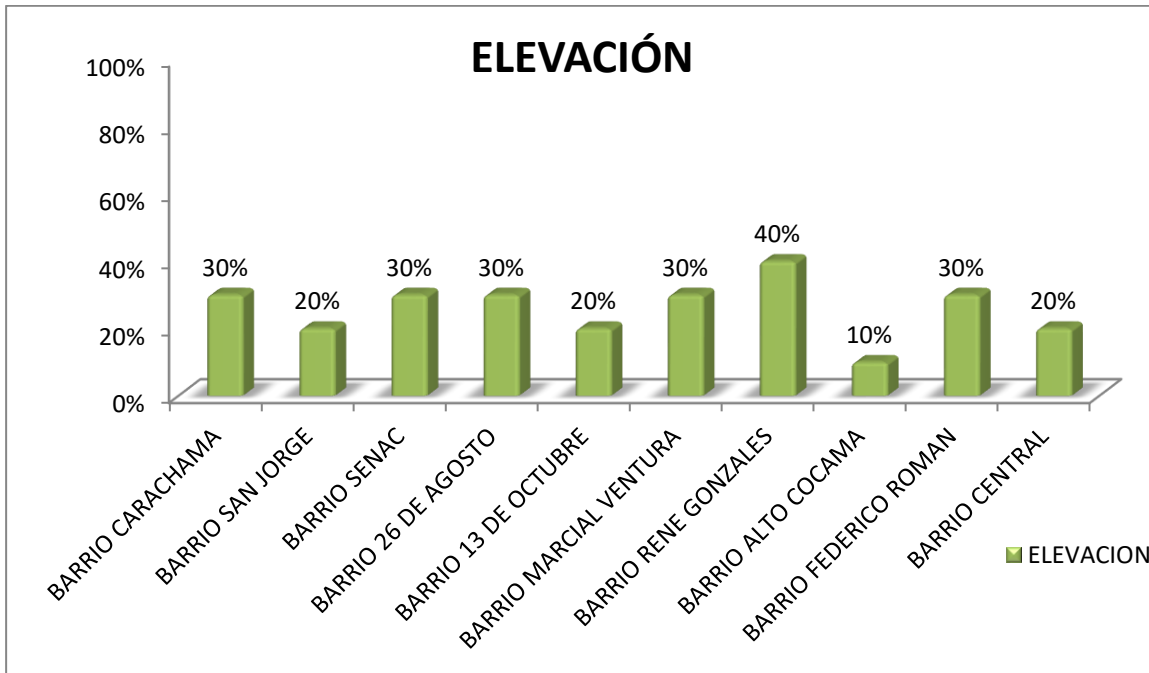
Se observa que tuve una elevación en el nivel de conocimiento relacionado a la Tuberculosis como enfermedad.

CUADRO N° 3

BARRIOS	10 PERSONAS ENCUESTADAS POR BARRIO							
	ELEVACION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PORCENTAJEN							
	ANTES DE LA CAPACITACION				DESPUES DE LA CAPACITACION			
	N° de personas		Porcentaje de personas		N° de personas		Porcentaje de personas	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
BARRIO CARACHAMA	3	7	30%	70%	6	4	60%	40%
BARRIO SAN JORGE	5	5	50%	50%	7	3	70%	30%
BARRIO SENAC	4	6	40%	60%	7	3	70%	30%
BARRIO 26 DE AGOS.	5	5	50%	50%	8	2	80%	20%
BARRIO 13 DE OCT.	4	6	40%	60%	6	4	60%	40%
BARRIO M. VENTURA	3	7	30%	70%	6	4	60%	40%
BARRIO R. GONZALES	2	8	20%	80%	6	4	60%	40%
BARRIO A. COCAMA	6	4	60%	40%	7	3	70%	30%
BARRIO F. ROMAN	4	6	40%	60%	7	3	70%	30%
BARRIO CENTRAL	6	4	60%	40%	8	2	80%	20%

GRÁFICO N° III

VARIACIÓN EN PORCENTAJEN

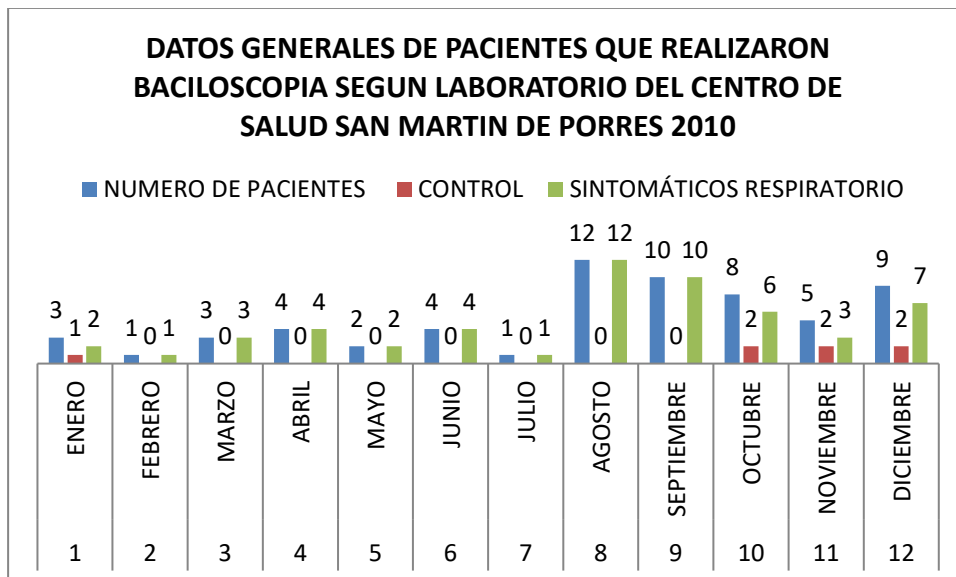


Se observa en el grafico un crecimiento considerable y una elevación relacionada a la Tuberculosis como enfermedad.

CUADRO N° IV**DATOS GENERALES DE PACIENTES QUE REALIZARON BASIOSCOPIA
SEGÚN LABORATORIO DEL CENTRO DE SALUD SAN MARTIN DE PORRES
2010**

N^a	MESES	NUMERO DE PACIENTES	CONTROL	SINTOMÁTICOS RESPIRATORIO
1	ENERO	3	1	2
2	FEBRERO	1	0	1
3	MARZO	3	0	3
4	ABRIL	4	0	4
5	MAYO	2	0	2
6	JUNIO	4	0	4
7	JULIO	1	0	1
8	AGOSTO	12	0	12
9	SEPTEMBRE	10	0	10
10	OCTUBRE	8	2	6
11	NOVIEMBRE	5	2	3
12	DECIEMBRE	9	2	7
TOTAL		62	7	55

GRÁFICO N° IV



CUADRO N° V

**DATOS ESPECIFICOS DE PACIENTES QUE REALIZARON BASILOSCOPIA
SEGÚN LABORATORIO DEL CENTRO DE SALUD MARTIN DE PORRES 2011**

N°	MESES	N° DE PACIENTES	CONTROL	SINTOMÁTICOS RESPIRATORIO	NUEVO CASO (+)	MUESTRA DE DIAGNOSTICO PURULEN TA	MUESTRA DE DIAGNOSTICO SALIBAL	MESES DE TRATAMIENTO	PRUEBA DE CONTROL
1	ENERO	PX 1	C1				1	6to	S (=)
		PX 2	C2				1	7mo	S (-)
		PX 3	C3				1	5to	S (=)
		PX 4		S1			1	S/T	NO HIZO
		PX 5		S2			1	S/T	NO HIZO
		PX 6		S3			1	S/T	NO HIZO
		PX 7				NC1	1		2do
SUB-TOTAL		7	3	3	1	2	5		
2	FEBRERO	PX 1	C1			1		6to	S (=)
		PX 2		S1			1	S/T	NO HIZO
		PX 3		S2			1	S/T	NO HIZO
		PX 4		S3			1	S/T	NO HIZO
SUB-TOTAL		4	1	3		1	3		
3	MARZO	PX 1	C1			1		4to	S (-)
		PX 2		S1			1	S/T	NO HIZO
SUB-TOTAL		2	1	1		2			
TOTAL		13	5	7	1	5	8		

CUADRO N° VI

**MUESTRAS REALIZADAS EN CENTRO DE SALUD SAN MARTINS DE PORRES
DE ACUERDO A RESULTADOS DE ENCUESTA.**

N°	MESES	N° DE PACIENTES	SINTOMÁTICO RESPIRATORIO	TIPO DE MUESTRA	BASILOSCOPIAS	NUEVO CASO (+)	TRATAMIENTO
1	ABRIL	PX 1	S 1	SALIVAL	NEG		s/t
		PX 2	S 2	SALIVAL	NEG		s/t
		PX 3	S 3	SALIVAL	NEG		s/t
		PX 4	S 4	SALIVAL	NEG		s/t
		PX 5	S 5	PURULENTA	NEG		s/t
		PX 6	S 6	SALIVAL	NEG		s/t
		PX 7	S 7	SALIVAL	NEG		s/t
		PX 8	S 8	SALIVAL	NEG		s/t
		PX 9	S 9	SALIVAL	NEG		s/t
		PX 10	S 10	SALIVAL	NEG		s/t
		PX 11	S 11	SALIVAL	NEG		s/t
		PX 12	S 12	SALIVAL	NEG		s/t
		PX 13	S 13	PURULENTA	NEG	NC1	1er semana
		PX 14	S 14	PURULENTA	POST	NC2	1er semana
		PX 15	S 15	PURULENTA	POST	NC3	1er semana

CUADRO N° VII

**MUESTRA REALIZADAS EN CENTRO DE SALUD SAN MARTIN DE PORRESDE
ACUERDO A RESULTADOS DE ENCUESTAS.**

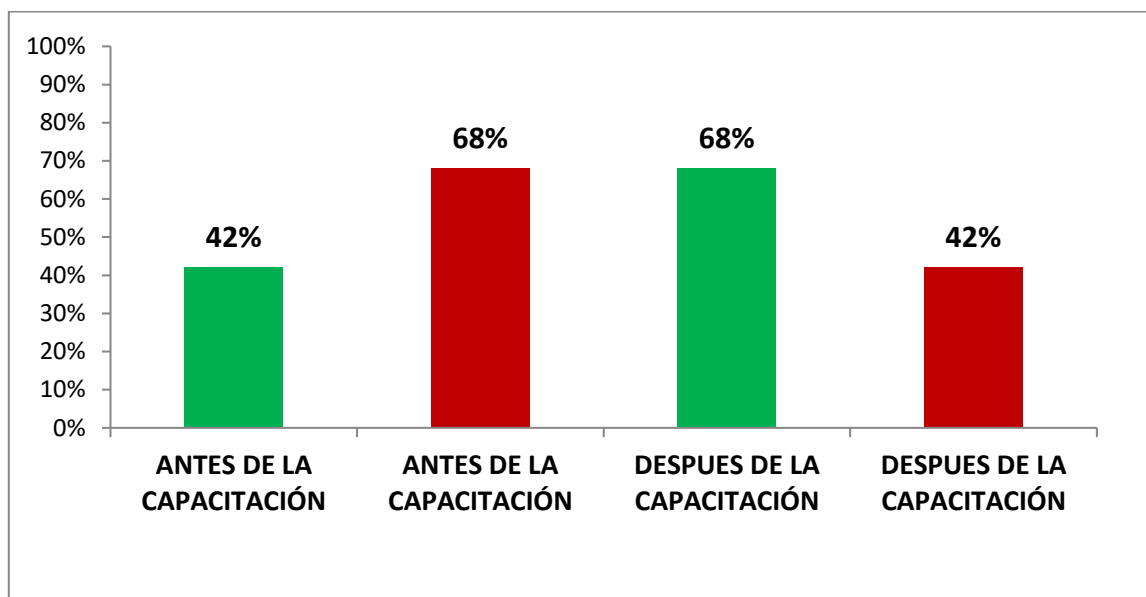
Nª	MESES	NUMERO DE PACIENTES	SINTOMATOS RESPIRATORIO	TIPO DE MUESTRA	BASILOS COPIAS	NUEVO CASO (-)	TRATAMIENTO
1	MAYO	PX1	S1	SALIVAL	NEG		S/T
		PX2	S2	SALIVAL	NEG		S/T
		PX3	S3	SALIVAL	NEG		S/T
		PX4	S4	SALIVAL	NEG		S/T
		PX5	S5	PURULENTA	NEG		S/T
		PX6	S6	SALIVAL	NEG		S/T
		PX7	S7	SALIVAL	NEG		S/T
		PX8	S8	SALIVAL	NEG		S/T
		PX9	S9	SALIVAL	NEG		S/T
		PX10	S10	SALIVAL	NEG		S/T
		PX11	S11	SALIVAL	NEG		S/T
		PX 12	S12	SALIVAL	NEG		S/T
		PX 13	S13	HEMOPTOICA	NEG		S/T
		PX14	S14	PURULENTA	POST	NC	3er semana
		PX 15	S15	PURULENTA	POST	NC	3er semana
				PX 16	S16	SALIVAL	NEG

ANEXO N° 1

RESULTADOS DE ENCUESTAS PRÉ Y PÓS CAPACITACIÓN EN PORCENTAJE

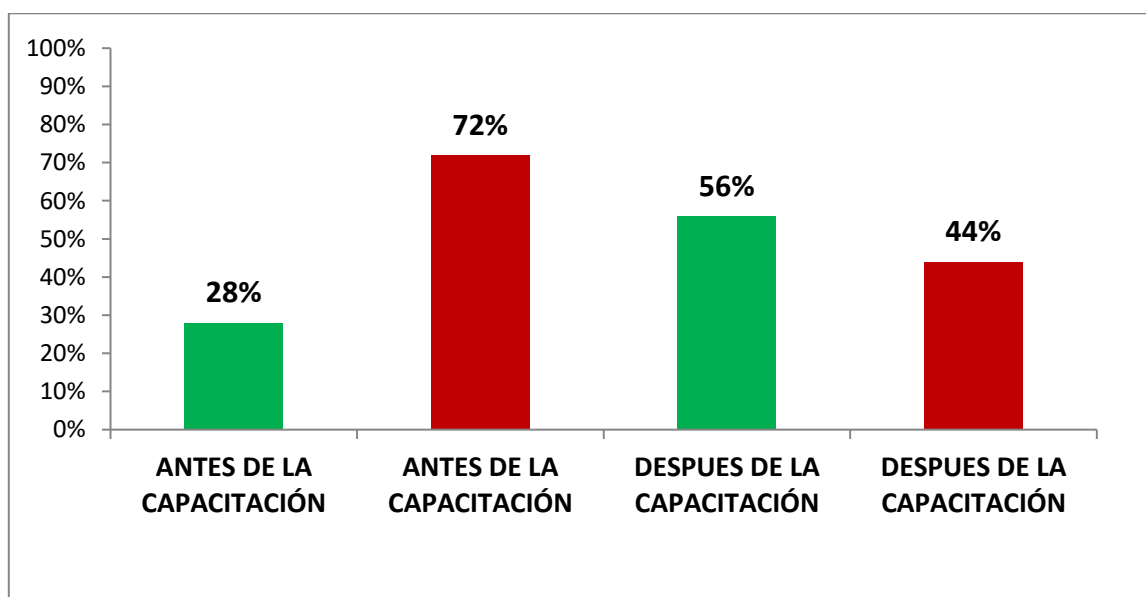
1.- Ha escuchado alguna vez sobre que es la tuberculosis?

R.- SI: ■ NO: ■



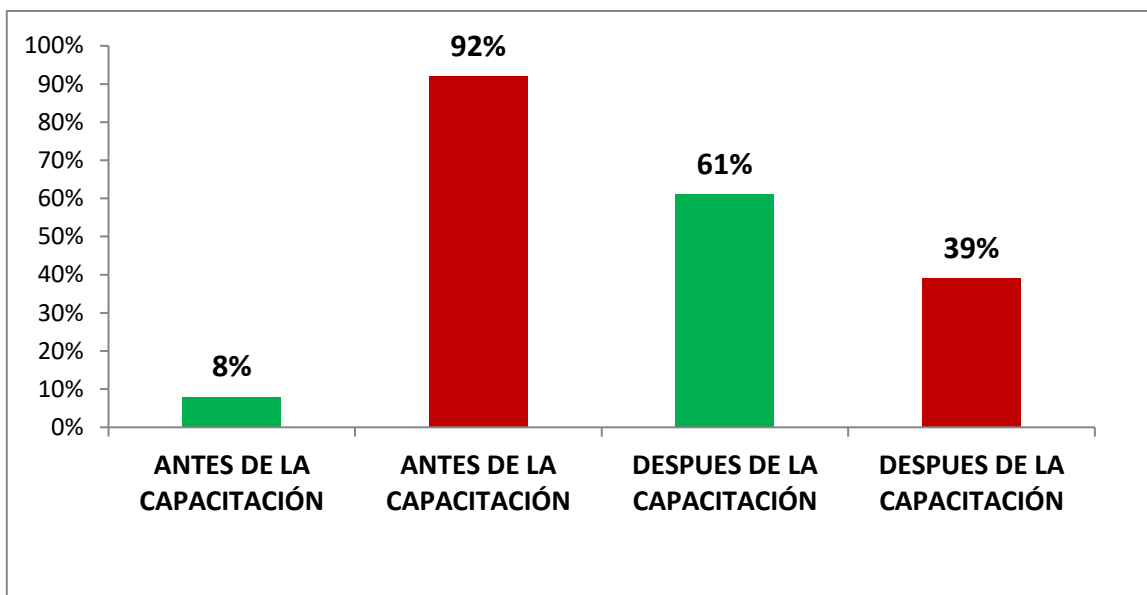
2.- Conoce usted cual es la diferencia entre sintomático respiratorio y tuberculosis como enfermedad ?

R.- SI: ■ NO: ■



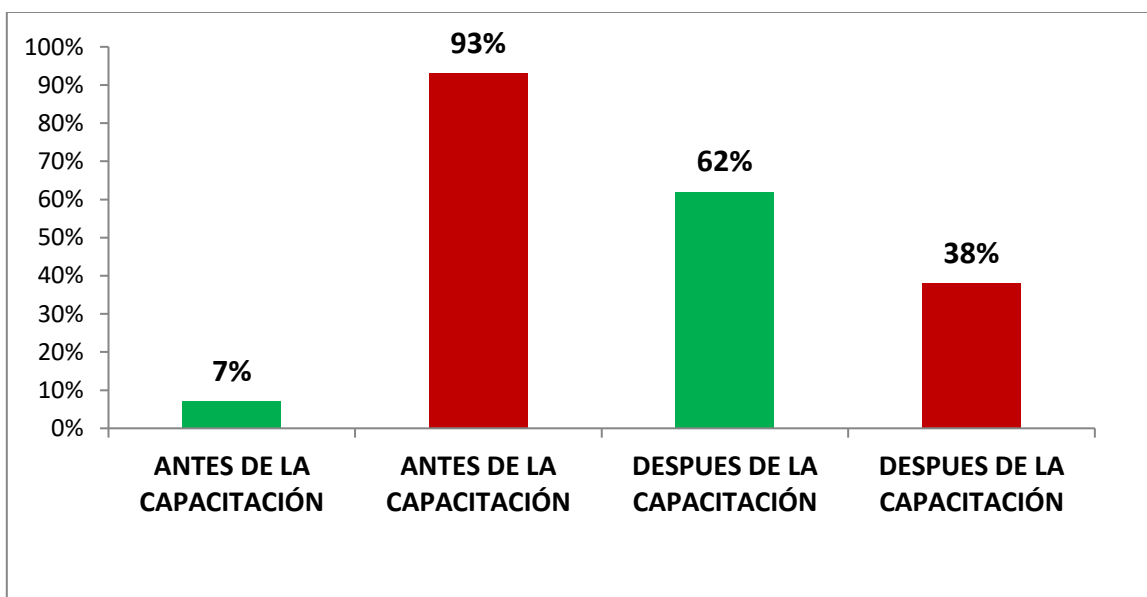
3.- Conoce usted cuales son los síntomas principales de la tuberculosis ?

R.- SI: ■ NO: ■



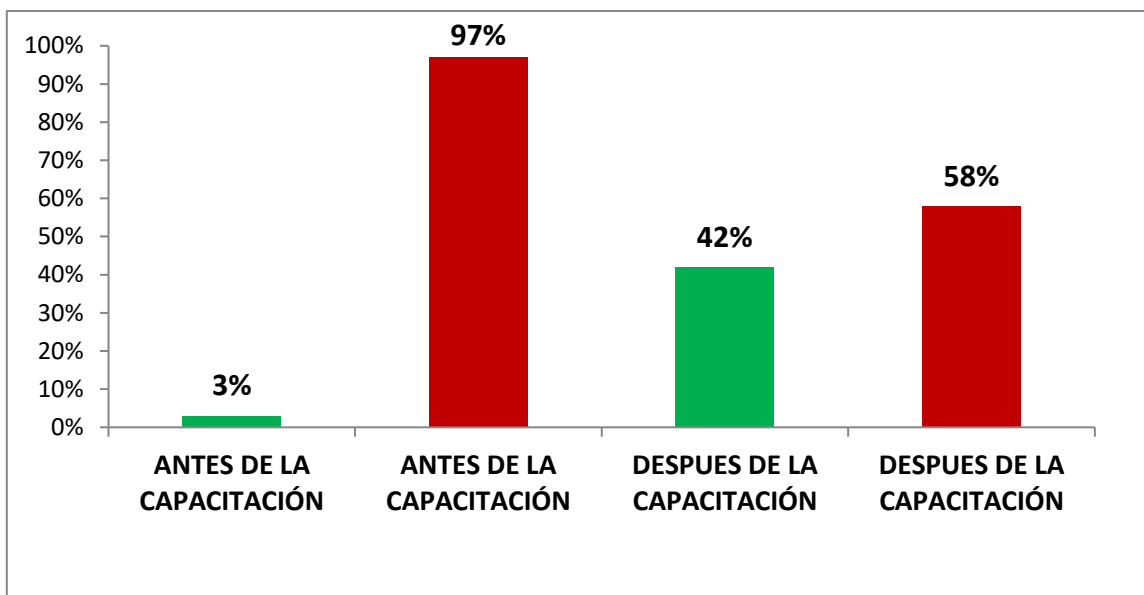
4.- Sabe cómo se puede contagiarse de tuberculosis?

R.- SI: ■ NO: ■



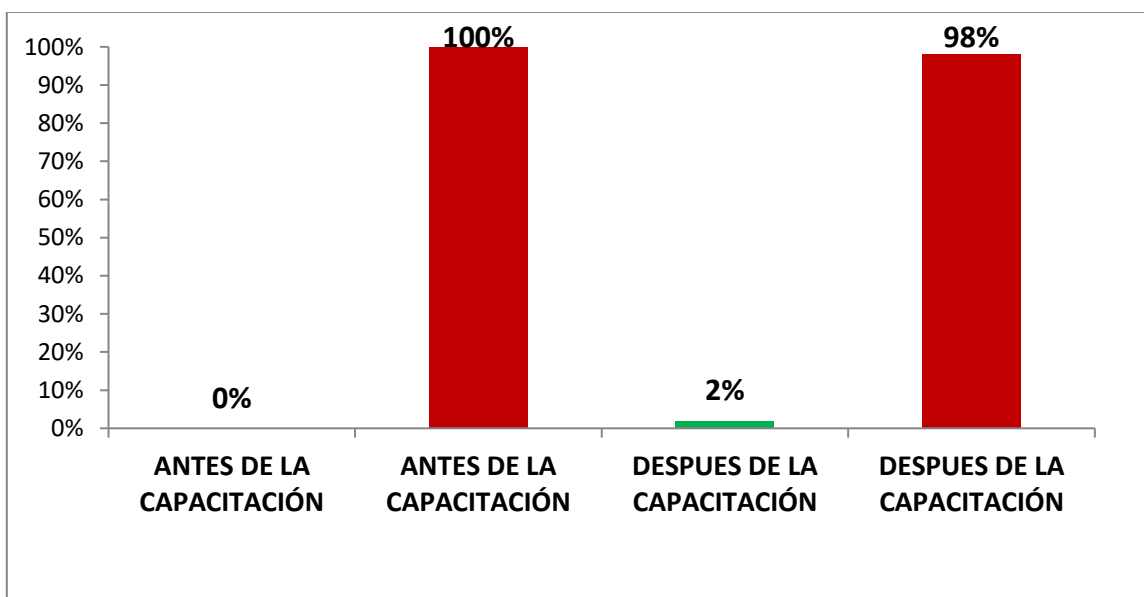
5.- Ha escuchado alguna vez sobre el bacilo de koch?

R.- SI: ■ NO: ■



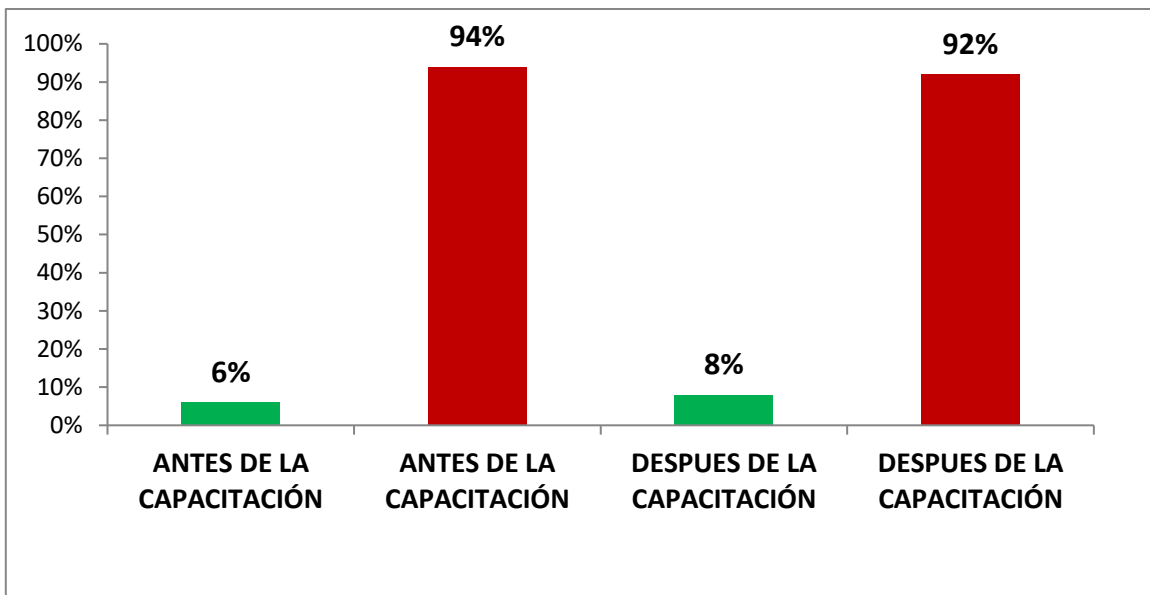
6.- Tiene algún familiar que padezca o haya padecido de tuberculosis?

R.- SI: ■ NO: ■



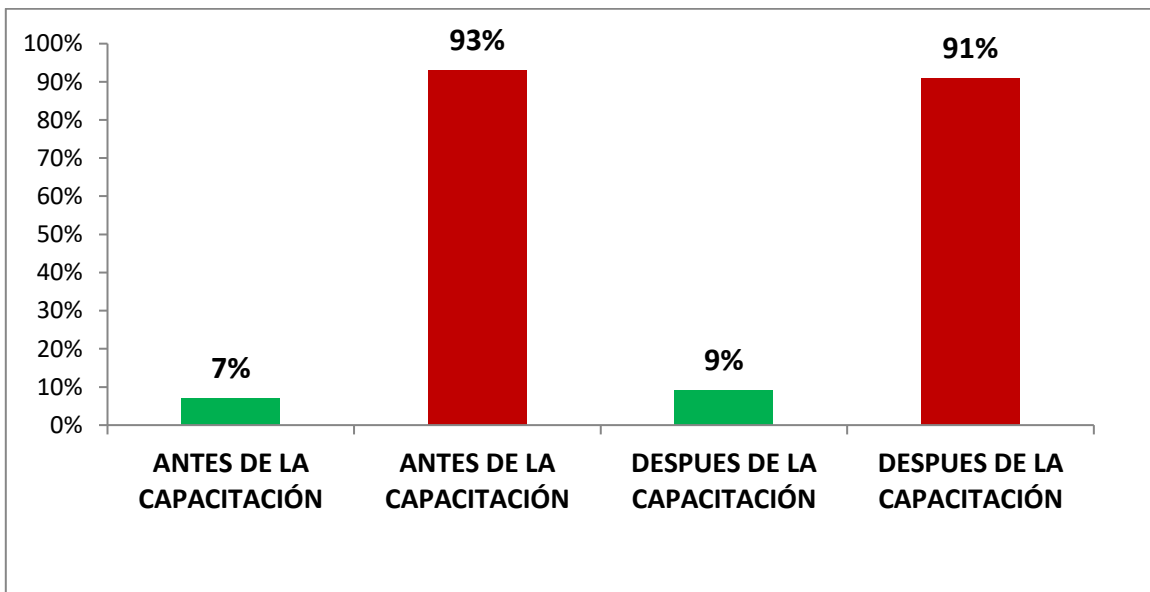
7.- Usted o alguien de su familia que a estado tosiendo por más de 15 días ?

R.- SI: ■ NO: ■



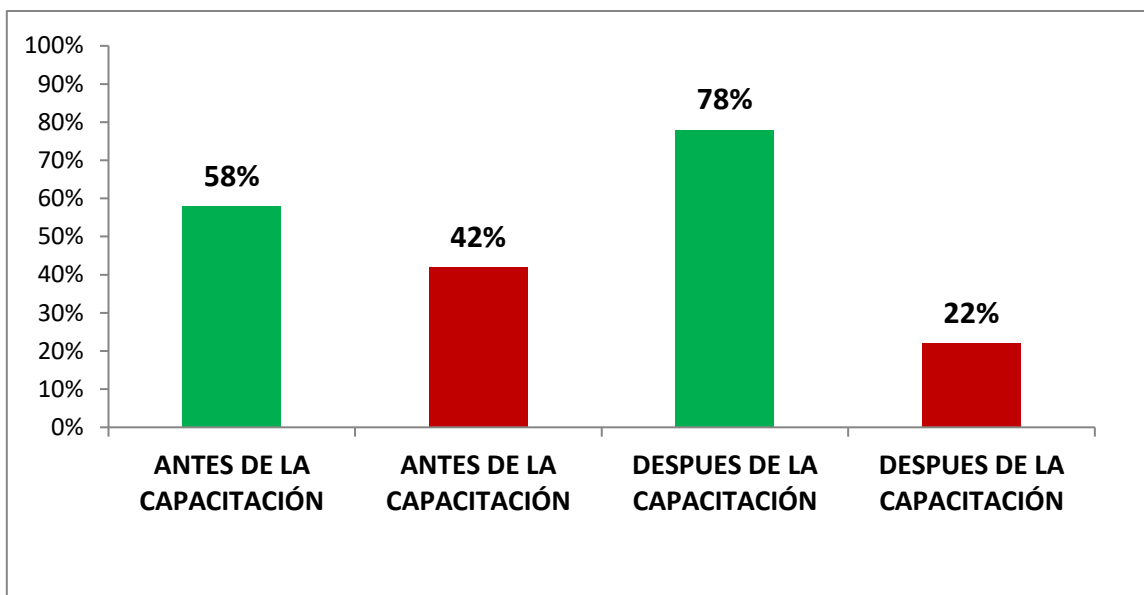
8.- A estado usted en contacto con una persona que padezca tuberculosis o ya estado tosiendo por más de 15 días?

R.- SI: ■ NO: ■



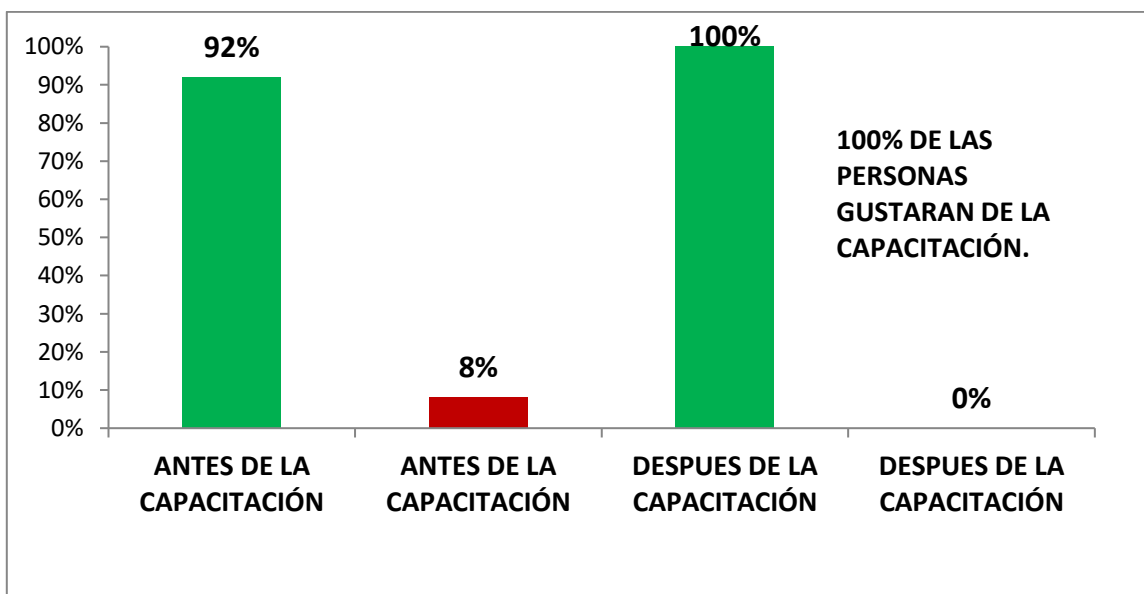
9.- Sabía usted que la tuberculosis es una enfermedad mortal?

R.- SI: ■ NO: ■



10.- Le interesaría asistir a una capacitación para la comunidad dada por personal de salud capacitado sobre esta enfermedad mortal?

R.- SI: ■ NO: ■



CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación y la interpretación de la misma, tenemos la siguiente conclusión:

- 1.- En base a los resultados obtenidos se llego a determinar que se cumplieron los objetivos planteados en la investigación ya que se aumenta considerablemente el conocimiento de la población sobre la patología en si
- 2.- Se llego a determinar que los barrios más lejanos son los que tienen más bajo conocimientos sobre la patología
- 3.- Gracias a la información dada por las personas encuestadas se llegaron a encontrar 2 nuevos casos de TB Pulmonar BAAR (-)
- 4.- Pese a todas las dificultades se logro capacitar a todos los barrios de la localidad de porvenir sobre la enfermedad de Tuberculosis.

RECOMENDACIONES

En base al análisis, discusión e interpretación de los resultados obtenidos, se puede emitir las siguientes recomendaciones:

- 1.- Que los profesionales de salud siga con capacitaciones sobre patologías prevalentes
- 2.- Se recomienda a los pobladores que estén con la sintomatología de esta enfermedad acudir al centro de salud para su revisión correspondiente y posterior prueba laboratorio
- 3.- A pacientes que tengan la patología cumplir con los requisitos básicos de prevención ya nombrados anteriormente.
4. realizar en forma continua seguimiento y rastillaje.

BIBLIOGRAFIA

- Manual de normas técnicas en tuberculosis 2da edición
- Kelley N. William tuberculosis pulmonar. Medicina Interna. 5ta. ed
- Wikipedia de medicina interna
- Mediplus medicina interna
- www.who.int/mediacentre/factsheets/.../index.html
- www.nlm.nih.gov/medlineplus/.../000077.htm
- www.tuotromedico.com/temas/tuberculosis.htm
- www.monografias.com
- es.wikipedia.org/wiki/Tuberculosis

A N E X O S

PREGUNTAS PÓS CAPACITACIÓN

1.- Fundamentado en la capacitación lo que usted aprendió sobre la tuberculosis?

R _____

2.- Fundamentado en la capacitación cual son los síntomas principales de la Tuberculosis?

R _____

3.- Fundamentado en la capacitación o que es lo bacilo del koch?

R _____

4.- Fundamentado en la capacitación usted puede definir se alguna persona está sintomático respiratorio?

R _____

5.- Fundamentado en la capacitación hable porque la Tuberculosis es una enfermedad infecto contagiosa?

R _____

6.- Fundamentado en la capacitación explique cuales las formas de contagio de Tuberculosis?

R _____

7.- Fundamentado en la capacitación explique porque la Tuberculosis es una enfermedad mortal?

R _____

8.- Fundamentado en la capacitación se tuviera en contacto con una persona que estas tosiendo por más de 15 días, cuales son las precauciones a ser tomadas?

R _____

9.- Fundamentado en la capacitación cuales son las diferencias entre sintomático respiratorio y Tuberculosis como enfermedad?

R _____

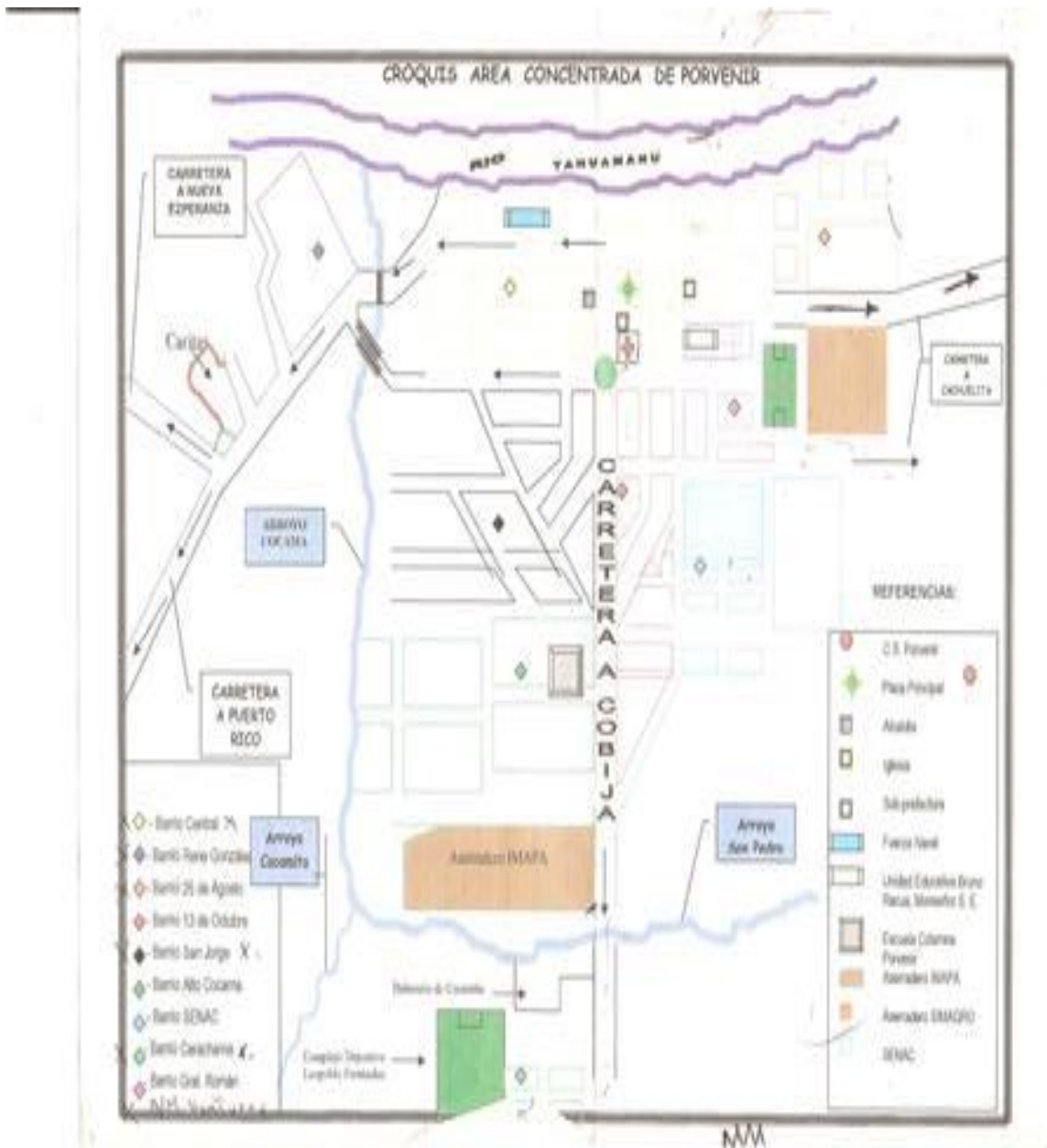
10.- Hable cual la importancia de esta capacitación de salud sobre Tuberculosis como enfermedad?

R _____

ANEXO N° 2 MAPA DEL DEPARTAMENTO PANDO



ANEXO N°3 MAPA DE LA LOCALIDAD DE PORVENIR DISTRIBUCION POR BARRIOS



MEMORIA FOTOGRAFICA











