

COORDINACION DE SERVICIOS DE SALUD RED 07 RIBERALTA

SEDES-BENI

FACULTAD : UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO



TITULO DE LA MONOGRAFIA

**“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EN
PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR QUE ASISTEN AL CENTRO
DE SALUD LA UNIDAD FAUVEL EN LOS MESES DE ENERO A MARZO DE
2022”.**

NOMBRE DEL INTERNO/A

Roselba Gualy Guzmán

NOMBRE DEL TUTOR/A

Dra. Sonia Gutiérrez higuera

Riberalta Beni Bolivia

Mes de marzo 2022

DEDICATORIA

A Dios.

Quién me ha guiado por el buen camino, dándome fuerzas para seguir adelante y poder lograr mis objetivos.

A mis padres.

Por haberme apoyado en todo momento con sus consejos, sus valores sus ejemplos, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor y su confianza para mi superación personal.

A mi familia

Quienes durante toda mi carrera profesional han ido colaborándome, motivándome y brindándome su más sincero cariño y paciencia para ayudarme a salir adelante.

Roselba Gualy Guzmán

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

Por caminar siempre junto a mí, por bendecirme y permitirme llegar hasta este punto más importante de mi formación personal.

A mis padres MIGUEL GUALY TAPIA Y CARMEN GUZMAN SEMO por brindarme tanto amor, cariño enseñarme buenos valores y ejemplos con el cual me educaron y formaron en mí. La persona que soy ahora y a quienes les debo este triunfo profesional.

Un agradecimiento especial a mi esposo Víctor Rodríguez Rosas por brindarme su apoyo incondicional y motivarme en diferentes momentos de mi formación como persona y profesional.

Quiero de manera especial agradecer a la DRA. Sonia Gutiérrez Higuera por confiar en mí, para realizar este proyecto, por su paciencia y constante apoyo hacia mi persona.

Roselba Gualy Guzmán

INDICE GENERAL

1. JUSTIFICACION.....	1
2. ANTECEDENTES.....	2
2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
2.2. DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA.....	6
2.3. DELIMITACION DEL PROBLEMA.....	6
3. PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	7
4. OBJETIVOS.....	8
4.1. OBJETIVO GENERAL.....	8
4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	8
5. SUSTENTO TEORICO.....	9
5.1. MARCO TEORICO CONCEPTUAL.....	9
5.2. MARCO TEORICO REEFERENCIAL.....	18
6. DISEÑO METODOLOGICO.....	30
6.1. TIPO DE ESTUDIO.....	30
6.2. POBLACION DE REFERENCIA.....	30
6.3. POBLACION DE ESTUDIO (MUESTRA).....	30
6.4. DELIMITACION GEOGRAFICA.....	30
6.5. DELIMITACION TEMPORAL.....	30
6.6. VARIABLES OBJETO DE ESTUDIO.....	31
6.7. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	32
6.8. CRONOGRAMA.....	35
6.9. PRESUPUESTO.....	35
7. RESULTADOS.....	36
8. CONCLUSIONES.....	47
9. RECOMENDACIONES/ACCIONES.....	48
10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFIAS (NORMAS VANCOUVER).....	49
11. ANEXOS.....	51
(ENCUESTAS, CONSENTIMIENTO INFORMADO, IMÁGENES).	

INDICE CUADROS

CUADRO N° 1.....	36
CUADRO N° 2.....	37
CUADRO N° 3.....	38
CUADRO N° 4.....	39
CUADRO N° 5.....	40
CUADRO N° 6.....	41
CUADRO N° 7.....	42
CUADRO N° 8.....	43
CUADRO N° 9.....	44
CUADRO N° 10.....	45
CUADRO N° 11.....	46

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N° 1.....	36
GRAFICO N° 2.....	37
GRAFICO N° 3.....	38
GRAFICO N° 4.....	39
GRAFICO N° 5.....	40
GRAFICO N° 6.....	41
GRAFICO N° 7.....	42
GRAFICO N° 8.....	43
GRAFICO N° 9.....	44

GRAFICO N° 10.....	45
GRAFICO N° 11.....	46

RESUMEN

El presente estudio pretende determinar el nivel de adherencia al tratamiento y las prácticas de autocuidado de los pacientes que acuden al Centro de Salud La Unidad-Fauvel en el primer trimestre de la presente gestión.

El material y método empleado es el estudio descriptivo de corte transversal, cuantitativo.

La población estuvo conformada por 21 pacientes. Se utilizó como técnica la encuesta dividido en 3 secciones: como información general del paciente, adherencia al tratamiento y por ultimo prácticas de autocuidado,

Se entregó consentimiento informado a los pacientes y se utilizó la estadística descriptiva para obtener los resultados:

El 34% de los pacientes con tuberculosis pulmonar son jóvenes que oscilan entre 20 y 24 años de edad, el 14% lo comparten pacientes entre 15 y 19 años, 25 y 29 años, 35 y 39 años.

En general casi el 50% de los pacientes con TB pulmonar son menores de 40 años, predominando el sexo masculino en el 62% de todos los casos.

El 95% nació, vive y enfermo en Riberalta, el 5% procede del interior del país. En relación a la ocupación el 29% de los mismos son amas de casa, el otro 29% son estudiantes, el 23% trabaja en la albañilería, el 14% son agricultores y el 5% son comerciantes.

El 77% de los encuestados son solteros, el 23% son casados, en relación al grado de estudio el 68% estudiaron hasta secundaria, el 23% solo hasta primaria y el 9% estudio a nivel técnico.

En cuanto a la adherencia al tratamiento 62% de los pacientes indica que recibió adecuada atención y buenas recomendaciones, también refieren que en el 95% de los casos que el

médico y la enfermera del programa se preocupan por su salud y que realizan supervisión al tratamiento que realizan de forma cotidiana.

El 33% de los entrevistados tiene buena alimentación en base a proteínas, carbohidratos, frutas y verduras, 67% restante es base a carbohidratos y diversas carnes con poca verdura y fruta.

El 81% de los encuestados duerme de noche 8 horas y descansa al medio día, el restante duerme en promedio menos de 6 horas y no hace una siesta al medio día. El 57% se lava las manos después de toser e ir al baño y además abre las ventanas de su habitación durante todo el día, el 43% no lo hace adecuadamente.

INTRODUCCION

Según la OMS, la Tuberculosis (TB) es una enfermedad de carácter infeccioso que generalmente produce afecciones a nivel pulmonar, aunque puede afectar también a otros órganos. Se trata de una patología muy ligada a factores sociales, que en la actualidad se encuentra entre las 10 principales causas de muerte en todo el mundo, por lo que en el último decenio se ha considerado de máxima prioridad en la agenda sanitaria mundial.

En la actualidad, seis países representan el 60% de todos los casos de tuberculosis en el mundo. En la India se registran el 27% de los casos y un 33% corresponde a Sudáfrica, Indonesia, China, Filipinas y Pakistán. Es por eso que los progresos de la enfermedad a nivel mundial están determinados por los avances en la prevención, detección y notificación de casos de la enfermedad en estos países

La tuberculosis (TB) es un problema de salud pública de gran magnitud, a pesar de que es prevenible, curable y gratuita. Esta enfermedad infectocontagiosa es producida por el *Mycobacterium tuberculosis*, transmitida a través del aire cuando una persona afectada con TB, habla, escupe o estornuda, afectando las vías respiratorias.

La adherencia al tratamiento es fundamental, porque la tuberculosis es curable si los pacientes cumplen con el tratamiento indicado, la no adherencia conlleva a que se agrave la enfermedad, contagie a su entorno y desarrolle multiresistencia.

La OMS lo define como el grado de acatamiento o cumplimiento en relación con los medicamentos indicados, la posología, el plazo prescrito y ejecución de cambios de estilo de vida, lo que quiere decir que el paciente está siguiendo las indicaciones del tratamiento recomendado, tomando todos los medicamentos prescritos durante el tiempo necesario, llevándose a cabo exámenes, citas con otras especialidades y pruebas de control.

El personal de salud tiene como responsabilidad organizar la atención integral de la persona afectada con TB, su familia y comunidad, por lo cual una de las funciones principales es promover la adherencia y prevenir irregularidades del tratamiento.

La tuberculosis es una patología que requiere buenos cuidados en donde el personal de salud cumple un rol educativo concediendo conocimientos a los individuos para que se

empoderen de su propio cuidado y así aumenten su calidad de vida. El autocuidado es la actitud para realizar de forma voluntaria y sistemática actividades dirigidas a conservar la salud y prevenir enfermedades.

Unos de los cuidados fundamentales en la TB son la alimentación para poder aportar los nutrientes necesarios con el fin de mejorar su sistema inmunológico, el sueño adecuado para la recuperación de energía, una buena higiene lavándose las manos, cubriéndose al toser con un papel desechable, ambientes ventilados, evitar el consumo de sustancias dañinas e ilícitas, recibir apoyo de la familiar o social y una buena salud sexual y reproductiva, que acudan a planificación familiar y eviten enfermedades infectocontagiosas como el VIH. Por lo tanto, es imprescindible que el paciente adopte estas actividades porque son así como las personas aprenden y desarrollan prácticas de autocuidado que suelen transformarse en hábitos, que contribuyen a la salud y bienestar.

Durante las prácticas de salud pública en el Centro de Salud La Unidad Fauvel se observó los diferentes inconvenientes que presentan los pacientes con tuberculosis durante el tratamiento. Entre las principales en algunos pacientes se encuentran la falta de asistencia diaria a la toma de tratamiento contra la tuberculosis y presencia de efectos adversos, falta de compromiso del paciente ante su propio cuidado, entre otros.

El siguiente estudio se realiza con el propósito de sensibilizar y proporcionar conocimiento al equipo de salud para que mejore su atención y enfoque en adherencia al tratamiento y prácticas de autocuidado en el paciente con tuberculosis. También contribuirá con información actualizada al equipo del centro de salud La Unidad Fauvel, con la finalidad de implementar estrategias específicas.

1. JUSTIFICACION

A nivel mundial es preocupante la tuberculosis en sus diferentes formas, especialmente la pulmonar porque es la causa de morbilidad y mortalidad en países en vías de desarrollo y esto se evidencia en el aumento del número de casos por lo que nuestro país no es ajeno a esta realidad. Además, investigar acerca de la tuberculosis pulmonar es relevante en la salud pública por ser la segunda causa de muertes a nivel mundial por diferentes determinantes sociales como la pobreza, inadecuados estilos de vida, desempleo y por la falta de los servicios básicos, hacinamiento, es ahí donde nos damos cuenta que el personal de salud tiene mucho trabajo en este campo para poder ayudar con las estrategias salud.

La Tuberculosis es una enfermedad de gran carga social y económica especialmente en países en vías de desarrollo. En la actualidad produce más muertes en humanos, constituyendo un problema mundial de salud pública de gravedad y magnitud.

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, generalmente crónica que afecta a grandes grupos de población, particularmente de áreas marginadas y grupos vulnerables donde predomina la desnutrición, hacinamiento, pobreza y migración por pobreza en busca de trabajo en otros países.

Esta investigación aportará y generará conocimiento científico en relación con el autocuidado y apoyo familiar, siendo la importancia el rol del personal de salud en los cuidados de estas personas, puesto que está en mayor contacto con ellos, realiza las visitas y supervisa el cumplimiento del tratamiento. Además, para brindar orientación y consejería tanto al paciente familia y comunidad con respecto a los cuidados que deben tener en su hogar, fortaleciendo así las prácticas del autocuidado en los pacientes que asisten al Centro de Salud La Unidad Fauvel.

2. ANTECEDENTES

En el mundo se calcula que están infectados unos 1700 millones de personas, lo que representa a la tercera parte de la población mundial. Cada año se producen entre 8 a 10 millones de nuevos casos (más de la mitad contagiosos), con una prevalencia aproximada de 20 a 30 millones de enfermos que ocasionan unas 5000 muertes al día, es decir dos millones de muertes al año. Durante la década de 2000 a 2009 se espera que 30 millones de personas fallezcan por tuberculosis.

La O.M.S. señala un incremento de tuberculosis, pese a la existencia de medicamentos baratos y eficaces. Ocho millones de nuevos casos se registraron el 2017, y 8,4 millones en 2019, a pesar del tratamiento que cura la enfermedad en un lapso de 6 a 8 meses y que cuesta entre 10 a 15 dólares por paciente tuberculoso puede contagiar entre 10 a 15 personas por año. Si la tendencia actual de la enfermedad se mantiene el objetivo de detectar al 70% de los nuevos casos y curar el 85% en el 2025, se alcanzará en 2020. Los casos de tuberculosis se incrementaron en el mundo el 6% entre 1997 – 1999 a raíz principalmente del incremento de 20% en los países africanos más afectados por el SIDA.

Según estudios realizados la tuberculosis es la primera manifestación del SIDA en más de la mitad de los casos, a pesar de ello esta enfermedad puede curarse incluso si la persona es portadora del VIH. Se calcula que se infecta, una persona por segundo.

En Asia aumentan los casos por el aumento de la infección por VIH. Hay brotes en Europa Oriental, donde las muertes por tuberculosis se incrementan después de 40 años de declinación de la enfermedad.

En las Américas, cada año la tuberculosis afecta a cerca de 400.000 personas y por lo cual fallecen alrededor de 50.000 personas

En 2018 en América se notificaron 251.613 casos nuevos de tuberculosis, se demostró en los últimos 10 años una tendencia estable hay un subregistro en países con un control poco efectivo del programa. Al inicio el año 2000, la mayoría de los países hacen esfuerzos para aplicar la Estrategia DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course= Tratamiento Estrictamente Supervisado).

Antecedentes Históricos del Control de la Tuberculosis en Bolivia

La tuberculosis en Bolivia era casi desconocida hasta 1880, identificándose casos aislados en extranjeros.

La expansión de la endemia fue reconocida con la apertura de la vía férrea con Chile, que posibilitó la movilización de la población aumentando el número de pacientes con tuberculosis. En 1956 se organiza la lucha contra esta enfermedad a partir de decisiones políticas del gobierno, por medio del Departamento nacional de Tuberculosis. En 1960 la lucha contra la tuberculosis contó en su estructura 4 hospitales bronco Pulmonares y unidades de Bronco neumología en algunos departamentos.

En 1970 se editan las primeras normas y se establecen procedimiento para control y organización del sistema de información. A partir de 1982 siguiendo normas internacionales se integra a la Atención Primaria en Salud y se modernizó el tratamiento, por eso por ser dependiente de ayuda extranjera cae en sus coberturas.

En Bolivia en 1999 se confirmó la existencia de 10.000 pacientes con tuberculosis de los cuales 6700 son portadores infectados.

El departamento de Santa Cruz tiene las tasas más altas seguido de Tarija y Beni. Sin embargo, el 76% de los casos notificados se encuentran en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, se cree, porque son ciudades con más índice de migración, marginalidad y hacinamiento.

El 83% de los tuberculosos infectados tiene menos de 54 años, el 30% son de 15 a 24 años. A pesar de ellos en Bolivia la población no reconoce a la tuberculosis como un problema endémico. Los afectados buscan ayuda cuando sus síntomas son de seriedad.

El aumento de la pobreza, la falta de acceso a los servicios de salud, la proliferación de VIH/SIDA, así como el crecimiento de las poblaciones marginales y las migraciones han creado condiciones propicias para la tuberculosis. El Dr. Abouil, en los resultados de su tesis de Salud Pública cuyo tema fue el estudio de la causa de abandono, efectuado a 1500

abandonos, ha concluido que el 0,7% de las causas son atribuidas al personal de salud y por tanto al servicio de salud, y solo un 3% al paciente.

Un estudio realizado en Santa Fé de Bogotá (Colombia) durante la gestión 1999 referente a factores asociados al abandono de tratamiento I en casos nuevos de tuberculosis en las instituciones de Salud Pública, llegó a la conclusión de que no solo los factores socio-demográficos tradicionalmente estudiados se encuentra asociados al abandono, sino también factores relacionados a la accesibilidad a los servicios, institucionales y estructurales de los programas. Ferrer X y col han identificado la condición del alcohólico de sexo masculino, desocupado sin familia como el perfil del paciente abandonador. Un estudio realizado en el distrito de Caranavi de La Paz identificó como factores de riesgo el compromiso familiar con el paciente.

En otro estudio realizado en Charagua del Departamento de Santa Cruz que enfrenta altos niveles de abandono de tratamiento, conociendo los efectos y causas de la enfermedad, como la falta de motivación del enfermo al iniciar, seguir y completar el tratamiento, se realizaron estrategias como: Día Mensual del Tuberculoso y Carta Pase para viajar al hospital, estrategias que motivan al paciente terminar el tratamiento.

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial, en 2020, se estimaron que 10 millones de personas enfermaron de tuberculosis, con un estimado de 1.4 millones de muertes por esta infección de ellas 208.000 tenían VIH. Un total de 1,5 millones de personas murieron de tuberculosis en 2020 (entre ellas 214 000 personas con VIH). En todo el mundo, la tuberculosis es la decimotercera causa de muerte y la enfermedad infecciosa más mortífera por detrás de la COVID-19 (por encima del VIH/Sida). De los 10 millones de personas que enfermaron el 2020 de tuberculosis en todo el mundo: 5,5 millones de hombres, 4,4 millones de mujeres y 1,1 millones de niños. La tuberculosis está presente en todos los países y grupos de edad. Es curable y prevenible.

En 2020 enfermaron de tuberculosis 1,1 millones de niños en todo el mundo. Los proveedores de salud suelen pasar por alto la tuberculosis infantil y adolescente, que puede ser difícil de diagnosticar y tratar. En 2020, los 30 países con una carga elevada de tuberculosis representaron el 86% de los nuevos casos de la enfermedad. Ocho países acaparan los dos tercios del total; encabeza esta lista la India, seguida de China, Indonesia, Filipinas, el Pakistán, Nigeria, Bangladesh y Sudáfrica.

En las Américas, en 2019, se estimaron 289.000 casos de tuberculosis. La mortalidad estimada para la región fue 22.900, de los cuales el 26% (5.900) corresponde a la coinfección por TB/VIH. También se estimaron 11.000 casos estimados de TB-DR en las Américas para el 2019.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) indicó que el diagnóstico de nuevos casos de tuberculosis (TB) en las Américas se redujo entre un 15% y 20% durante el 2020. “La tuberculosis sigue teniendo un costo devastador en el mundo, y es inaceptable que la gente sufra y muera por algo prevenible y curable”, manifestó la directora de la OPS, Carissa F. Etienne, quien añadió que “los servicios de salud han sufrido durante la pandemia”. “Tenemos que hacerlo mejor. Tenemos que diagnosticar a más personas para que puedan ser tratadas y curadas. Tenemos que mantener nuestros compromisos para reducir la carga de la tuberculosis en nuestra región y en todo el mundo”.

2.2. DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA

La OPS remarcó que las medidas preventivas en el marco de la pandemia del coronavirus (COVID-19), como el uso de una máscara médica, podrían haber generado una disminución en la transmisión de esta enfermedad. En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud detalló que las Américas (2,9%), junto con Europa (2,5%), son las regiones con la carga más baja de tuberculosis del mundo.

La OMS en su informe mundial sobre la tuberculosis 2020 indica que en las Américas, la tasa de incidencia más alta se observó en el Caribe (61,2 por 100.000 habitantes), seguido de América del Sur (46,2), América Central y México (25,9) y Norte América (3,3). Por otra parte las mayores tasas de mortalidad por Tuberculosis pulmonar (sin incluir el VIH) se registraron en Guyana y Bolivia, con 15 y 11 muertes por cada 100.000 habitantes. Las tasas de mortalidad más bajas se observan en Jamaica, Cuba, Costa Rica y Barbados, todas ellas por debajo de 1 muerte por cada 100.000 habitantes.

2.3. DELIMITACION DEL PROBLEMA

En Bolivia se registran cada año un aproximado de 6.750 casos nuevos de tuberculosis pulmonar y cerca de 236 defunciones por esta causa, lo que representa una importante pérdida de años potenciales de vida saludable y por consiguiente ser un obstáculo para el desarrollo socioeconómico ya que el promedio de edad de muerte por este padecimiento es de 54 años.

En Riberalta la tuberculosis constituye un problema de salud grave siendo una de las principales causas de mortalidad, debido a las condiciones de trabajo y situaciones socioeconómicas deprimentes, condiciones que favorecen la proliferación de la enfermedad.

Al Centro de Salud La Unidad-Fauvel acuden pacientes de más de 23 barrios, atendiendo a más de 18.000 habitantes se constituye en el establecimiento más grande del municipio de Riberalta, atiende a varios pacientes con tuberculosis pulmonar que desconocen los factores que influyeron para enfermarse, siendo un peligro porque el distrito 5 se expande constantemente y muchas personas corren el riesgo de enfermarse, complicarse e inclusive morir por falta de una atención oportuna en cuanto al diagnóstico y tratamiento.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACION

“Cuál es la relación que existe entre la adherencia al tratamiento y prácticas de autocuidado de pacientes con tuberculosis pulmonar que asisten al centro de salud la Unidad Fauvel en los meses de enero a marzo de 2022”.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la adherencia al tratamiento y prácticas de autocuidado en pacientes con tuberculosis pulmonar que asisten al Centro de Salud la Unidad Fauvel en los meses de enero a marzo de 2022”.

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar un estudio socio demográfico de los pacientes con tuberculosis pulmonar que asisten al Centro de Salud La Unidad en el primer trimestre de 2022.
- Indagar sobre la adherencia al tratamiento contra la tuberculosis por parte de los pacientes que acuden al Centro de salud La Unidad Fauvel.
- Determinar las prácticas de autocuidado que practican los pacientes para enfrentar a la tuberculosis pulmonar.

5. SUSTENTO TEORICO

5.1. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

La tuberculosis es una de las enfermedades más antiguas que afecta a los seres humanos, dicha antigüedad se estima entre 15.000 a 20.000 años. Fue Robert Koch, en 1882, al utilizar una nueva técnica de tinción, el primero que por fin pudo ver al "enemigo oculto".

“Con el conocimiento del agente causal y el mecanismo de transmisión proliferó la aparición de los famosos sanatorios, con los que se buscaba, por un lado, aislar a los enfermos de la población general interrumpiendo la cadena de transmisión de la enfermedad y por otro, ayudar al proceso de curación con la buena alimentación y el reposo.”

Pero no fue hasta 1944, en plena II Guerra Mundial, con la demostración de la eficacia de la estreptomina, cuando comienza la era moderna de la tuberculosis, en la que el curso de la enfermedad podía ser cambiado. En el año 1952 tiene lugar el desarrollo de un agente mucho más eficaz: la isoniacida. Ello hace que la tuberculosis se convierta en una enfermedad curable en la mayoría de los casos. La rifampicina, en la década de los 60, hizo que los regímenes terapéuticos se acortaran de una forma significativa.

Se produjo un descenso progresivo de casos hasta mediados de los 80, en los que la invasión del SIDA, la inmigración desde países en los que la enfermedad es muy prevalente, la pobreza, situaciones de hacinamiento, el impacto en los adictos a drogas por vía parenteral, junto con la escasez de recursos sanitarios, han hecho de la Tuberculosis un problema creciente, con la adquisición y propagación epidémica de nuevos casos. Todo ello ha llevado a una respuesta inapropiada de los enfermos a los tratamientos, con la aparición y diseminación de cepas resistentes a los medicamentos.

EPIDEMIOLOGIA

La tuberculosis supone un auténtico problema de salud pública, tanto a nivel nacional como mundial. “*Mycobacterium tuberculosis* causa la muerte de más personas que cualquier otro agente infeccioso. Las defunciones por tuberculosis representan el 25 por ciento de toda la

mortalidad evitable en los países en desarrollo, donde se registra el 95 por ciento de los casos y el 98 por ciento de los fallecimientos causados por esta enfermedad; el 75 por ciento de los casos se sitúa en el grupo de edad económicamente productivo(20-64 años).”

La infección por VIH es el principal factor de riesgo para el desarrollo de tuberculosis, siendo 100 veces mayor el riesgo en los coinfectados por ambos microorganismos que en las personas infectadas por Tuberculosis que son VIH negativas. A la inversa, observaciones clínicas sustentadas por estudios en el laboratorio han identificado a la tuberculosis como un factor que acelera el curso de la infección por VIH, de tal modo que los pacientes VIH-positivos que padecen tuberculosis tienen una progresión más rápida a SIDA y se mueren más precozmente que los que no padecen tuberculosis, aun a pesar del tratamiento adecuado.

TRANSMISIÓN

La transmisión de la tuberculosis sólo puede realizarse por personas que presenten tuberculosis pulmonar, la misma que se transmite a través de partículas expelidas por el paciente con Tuberculosis activa; mediante la tos, estornudo, hablando, cantando, escupiendo etc.” Las gotas infecciosas son de un diámetro entre 1 a 5 micras (μm), pudiéndose producir alrededor de 400.000 con un solo estornudo. Cada una de esas gotitas proveniente de un enfermo activo puede transmitir el microorganismo, conociendo que la dosis infectante de la tuberculosis es considerablemente baja, de modo que la inhalación de una sola de las bacterias puede causar una infección.

Un paciente con Tuberculosis pulmonar activa sin tratamiento puede infectar entre 10-15 personas por año.” La tuberculosis extra pulmonar rara vez es contagiosa. Sin embargo, se han publicado casos de transmisión al realizar técnicas que producen aerosoles, como pudiera ocurrir en las autopsias.

FACTORES DE RIESGO

La tuberculosis es una enfermedad infecto-contagiosa en la que existen diversos factores de riesgo pre disponentes, para que ésta se presente, entre ellos se encuentran:

Sexo: Hay más “hombres que mujeres a quienes se diagnostica tuberculosis y que mueren a causa de ella. Los índices de notificación de tuberculosis elevados en los hombres obedecen en gran parte a diferencias epidemiológicas; en cuanto a exposición, riesgo de infección y progresión desde el estadio de infección al de enfermedad,” así también “factores sociales; en los que intervienen la profesión, el estilo de vida, el consumo de tabaco y alcohol.”

Edad: Esta enfermedad es más frecuente en adultos jóvenes que son “económicamente productivos con edades comprendidas entre 20-64años,” dando lugar a dramáticas “consecuencias sociales y económicas que generan un continuo e indeseable impacto en el desarrollo de las comunidades, produciendo invalidez y ausentismo laboral importante,” con la consiguiente pérdida económica para el país, la tuberculosis también suele presentarse con frecuencia en niños y en la edad avanzada.

Malnutrición: La malnutrición predispone a las personas a desarrollar esta enfermedad. “Cuando el sistema inmune está sano, un tipo de leucocito llamado macrófago encierra a la bacteria de la Tuberculosis aislándola del resto del cuerpo. Por otro lado, cuando el sistema inmune está comprometido la persona es más vulnerable a todas las infecciones incluyendo la Tuberculosis. Y la pobre protección de anticuerpos deja que la bacteria de la tuberculosis se riegue a otras partes del cuerpo. Por todo lo antemencionado, una buena nutrición disminuye significativamente los riesgos de ésta enfermedad.”

El contacto íntimo y prolongado: “El contagio se puede producir en un contacto esporádico con un enfermo, pero evidentemente cuanto más íntimo y prolongado sea el contacto, mucho mayores serán las posibilidades: Familiares, compañeros de habitación, compañeros de trabajo etc., serán los que más frecuentemente se infecten.”

Exposición ocupacional: “La Inadecuación de medidas ambientales en el lugar de trabajo, con espacios pequeños, poca ventilación, aglomeración de trabajadores, jornadas extenuantes y prolongadas de trabajo, con presencia de un paciente no identificado inicialmente de sospecha o enfermedad tuberculosa y que posteriormente se confirma la enfermedad,” presentan riesgo de contaminación de la tuberculosis.

Mal estado de la vivienda: La vivienda en malas condiciones, es decir, que no cuenta con una infraestructura de acuerdo al número de habitantes residentes, con falta de ventilación e iluminación, presencia de humedad y que no tiene los servicios básicos, sobretodo se presenta en malas condiciones higiénicas, es el espacio propicio para la presencia y propagación de ésta enfermedad.

Hacinamiento: “Residentes en instituciones cerradas, especialmente población reclusa. Entre estas personas es cuatro veces más prevalente que entre los grupos de la misma edad no reclusa.” De la misma manera se presenta en asilos de ancianos, escuelas, instituciones públicas, en las que existe bastante concurrencia de personas y domicilios en donde la infraestructura de la vivienda es demasiado pequeña para el número de habitantes existentes.

Consumo de alcohol y cigarrillo: “Una de las complicaciones médicas apreciadas en el abuso del alcohol, es la alteración en la regulación inmune que conlleva inmunodeficiencia, posiblemente por alteración en el equilibrio de las citoquinas. Como consecuencia aumenta la susceptibilidad a la neumonía bacteriana y a la tuberculosis.”

Fumar y estar expuesto al humo de tabaco ajeno, es un “factor de riesgo que favorece tanto la infección como la enfermedad tuberculosa. El tabaquismo baja las defensas y aumenta la susceptibilidad en el organismo.”

Enfermedades crónicas: Ciertas enfermedades crónicas como: diabetes, insuficiencia renal, cáncer, administración de corticoides e inmunosupresores, entre otras; implican un debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo o de aquellos que regulan el medio interno, disminuyendo así el nivel de protección contra las infecciones entre ellas la tuberculosis pulmonar.

Pobreza: “En nuestro país lamentablemente la Tuberculosis tiene una alta incidencia debido a las condiciones sociales y la pobreza.” Los bajos ingresos económicos de las familias pobres, no es suficiente para que ellos tengan una vivienda cómoda de acuerdo a su estructura familiar, ni suficiente como para vivir en una ciudad donde cuenta con todos los servicios básicos, tampoco les permite adquirir los alimentos necesarios como para llevar una dieta adecuada y sobre todo en muchas ocasiones no tienen accesibilidad a los centros de salud.

Emigración: De personas que habitan en zonas de alta prevalencia y viajan hacia otros lugares ya sea por placer o por cuestiones de trabajo, llevan consigo ésta enfermedad, a zonas donde la presencia de la tuberculosis es baja.

Infección por VIH: Esta infección deprime completamente el sistema inmunológico, provocando que el organismo sea más propenso a adquirir cualquier tipo de infección incluyendo la tuberculosis. “Estos pacientes tienen un riesgo mucho mayor (hasta 70 veces más) de ser infectados por *Mycobacterium tuberculosis* y un riesgo hasta 100 veces mayor de desarrollar una Tuberculosis activa que los individuos VIH negativos.”

TUBERCULOSIS PULMONAR ACTIVA

La tuberculosis pulmonar activa según Caminero afirma que es una enfermedad infecciosa más antigua que afecta a la especie humana a nivel del parénquima pulmonar, que está producida por uno de los cuatro microorganismos que integran el complejo Mycobacterium tuberculosis: Mycobacterium tuberculosis propiamente dicho, Mycobacterium bovis, Mycobacterium africanum y Mycobacterium microti.

La Organización Mundial de Salud (OMS) define a la tuberculosis pulmonar activa a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de tuberculosis pulmonar, que implica el parénquima pulmonar o el árbol traqueo bronquial. Cuando la forma activa de la enfermedad tuberculosa afecta al humano, los síntomas de la tuberculosis pulmonar activa son tos, a veces con esputo que puede ser sanguinolento, a veces dolor torácico, acompañado de debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna. Como resultado de ello, en ocasiones los pacientes tardan en buscar la atención médica y en este periodo de tiempo se transmiten la bacteria a otras personas.

FACTOR DE RIESGO

Es una característica o circunstancia detectable en individuos o grupo de individuos, asociada a una probabilidad incrementada de experimentar un daño o efecto adverso a la salud. En general, un factor de riesgo es un atributo o exposición que incrementa la posibilidad de ocurrencia de una enfermedad o daño a la salud.

EDAD La tuberculosis pulmonar afecta principalmente a grupos de edad más productiva. En general afecta a todas las edades, sobre todo jóvenes adultos o personas en edad madura. Un estudio de 229 casos de tuberculosis, diagnosticados y registrados mediante cultivos en Nueva York, señaló mayoría de varones en un 74% y la edad promedio de 37 años

ESTADO NUTRICIONAL La relación entre desnutrición y la tuberculosis pulmonar es interactiva porque la desnutrición prolongada expone al organismo a una invasión fácil de enfermedades infectocontagiosas y la infección por tuberculosis conduce o agrava la desnutrición; en consecuencia, la desnutrición tiene gran prevalencia entre las personas con tuberculosis

CARGA BACILAR

La carga bacilar es la observación microscópica (baciloscopía del esputo o flema) para determinar si en el extendido existe Bacilos Ácido Alcohol Resistente (BAAR) y el laboratorio reporta según la siguiente calificación

RESULTADO	NÚMERO DE BAAR EN LOS CAMPOS OBSERVADOS
Negativo (-)	No se observan BAAR en toda la lámina.
1 a 9 BAAR	Presente en un mínimo de 100 campos microscópicos (informado numéricamente).
Positivo (+)	10 a 99 BAAR en 100 campos microscópicos observados.
Positivo (++)	1 a 10 BAAR por campo en 50 campos microscópicos observados.
Positivo (+++)	Más de 10 BAAR por campo en 20 campos microscópicos observados.

CONVERSIÓN BACTERIOLÓGICA AL SEGUNDO MES DE TRATAMIENTO

Es la conversión bacteriológica al término de la primera fase de tratamiento antituberculoso (dos meses), refleja la capacidad del programa de tuberculosis para mantener a los pacientes en tratamiento, obteniendo la baciloscopía de control a los dos meses y reduce la población bacteriana del paciente mediante el tratamiento.

TIPO DE ENFERMO

Definición basada en función a la historia de tratamiento antituberculoso previo^{5,6}:

- **Pacientes nuevos**, son aquellos que nunca han sido tratados por tuberculosis o que han recibido medicamentos antituberculosos por menos de un mes.
- **Pacientes con recaída**, han sido previamente tratados por tuberculosis, declarados curados o tratamiento completo al final de su último ciclo de tratamiento y ahora son diagnosticados con un episodio recurrente de tuberculosis.
- **Pacientes con abandono**, son aquellos que fueron tratados previamente por tuberculosis y declarados como pérdida al seguimiento de su tratamiento más reciente. Pacientes con fracaso, son aquellos previamente tratados por tuberculosis y que su tratamiento fracasó al final de su tratamiento más reciente.

CONDICIÓN DE EGRESO

Definición basada en función a los resultados del tratamiento de pacientes con tuberculosis sensible.

- **Curado**, paciente con tuberculosis pulmonar con bacteriología confirmada al inicio del tratamiento y que tiene baciloscopías negativas en los dos últimos meses de tratamiento y cultivo negativo del cuarto mes de tratamiento.
- **Tratamiento completo**, paciente con tuberculosis que completó el tratamiento sin resultado de baciloscopía en los dos últimos meses de tratamiento y cultivo negativo del cuarto mes de tratamiento.
- **Fracaso al tratamiento**, paciente con tuberculosis pulmonar cuya baciloscopía es positiva en el quinto mes o posterior, o el cultivo del cuarto mes de tratamiento.
- **Fallecido**, paciente con tuberculosis que muere por cualquier razón antes de comenzar o durante el curso del tratamiento.
- **Pérdida en el seguimiento**, paciente con tuberculosis que no inició tratamiento o interrumpió el tratamiento durante un mes consecutivo o más.
- **No evaluados**, paciente con tuberculosis que no se le ha asignado el resultado del tratamiento (incluye las transferencias desconocidas y reacción adversa a fármacos antituberculosos).

EPIDEMIOLOGÍA DE LA TUBERCULOSIS EN EL MUNDO

La tuberculosis es catalogada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo. En el 2016 enfermaron de tuberculosis 10,4 millones de personas y 1,7 millones de personas fallecieron por esta enfermedad (entre ellos, 0,4 millones de personas con VIH). Más del 95% de las muertes por tuberculosis se producen en países de ingresos bajos y medianos. Siete países (India, Indonesia, China, Filipinas, Pakistán, Nigeria y Sudáfrica) acaparan el 64% de la mortalidad total. La incidencia mundial de la TB está disminuyendo en aproximadamente un 2% al año, ritmo que habría que acelerar al 4–5% anual si se quieren alcanzar las metas fijadas para 2020 en la Estrategia Fin a la Tuberculosis¹

La distribución de los casos notificados en 2016 por sexo fue de 1,7 varones por mujer. Por el contrario, la relación Varón/Mujer de 25 casos identificados en las encuestas nacionales de prevalencia de tuberculosis activa en adultos de países africanos y asiáticos implementados de 2007 a 2016 es aproximadamente de 2,4 en general, y llegó a 4,5 en Vietnam. Esto indica que los datos de notificación subestiman la proporción de la carga de tuberculosis para los varones en algunos países.

En el Mediterráneo Oriental, el sudeste de Asia y el Pacífico Occidental, la epidemia de tuberculosis es muy marcada sobre todo con aumento progresivo de la tasa de notificación con la edad, y un pico entre las personas de 65 años o más.

En otras como la Región de África es más notablemente las tasas de notificación entre los adultos más jóvenes.

De cerca de 5,4 millones de pacientes nuevos y la recaída de tuberculosis pulmonar notificado a nivel mundial en el año 2016, el 57% fueron confirmados bacteriológicamente, el resto de pacientes fueron diagnosticados clínicamente; es decir, en base a los síntomas, alteraciones en la radiografía de tórax o la histopatología sugestiva. El porcentaje de casos con confirmación bacteriológica en todo el mundo ha disminuido ligeramente desde el 2013 debido principalmente a la Región del sudeste de Asia (67% a 61%) y las regiones del Pacífico Occidental (43% a 38%). Hubo una mejora en el África (57% a 67%) y las regiones europeas (59% a 66%). Para el periodo 2016 a 2035.

La estrategia implementada por la Organización Mundial de la Salud y las Naciones Unidas (ONU) el objetivo común es poner fin a la epidemia mundial de la tuberculosis incluida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible adoptados el 2015. Uno de los objetivos específicos establecidos en esta estrategia fin a la tuberculosis incluyen una reducción del 90% en las muertes por tuberculosis y una reducción del 80% en la incidencia de tuberculosis (casos nuevos por año) en 2030, en comparación con 2015.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA TUBERCULOSIS EN AMÉRICA

La región de las Américas fue la primera del mundo en cumplir las metas de los objetivos del desarrollo del milenio (ODM) relacionadas con el control de la tuberculosis al disminuir la incidencia a partir de 1990 y reducir en 50% la prevalencia y mortalidad al 2015 respecto de 1990. Las tasas de mortalidad por tuberculosis han disminuido de 4,3 a 2,5 por 100.000 entre el 2000 y el 2015. En el 2016, se diagnosticaron y notificaron 218.700 casos de tuberculosis (3% de la carga mundial de tuberculosis) con una incidencia de 22,1 casos por 100.000 habitantes. La cobertura de tratamiento alcanzó niveles por encima del 75%

EPIDEMIOLOGÍA DE LA TUBERCULOSIS EN BOLIVIA

La tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar BAAR (+) en la gestión 2016 fue de 47,7 por 100.000 habitantes. Por lo que en Bolivia la tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública de gran magnitud y trascendencia que requiere atención prioritaria por todos los sectores y de la sociedad civil del país. Durante la gestión 2016 se detectaron 7.243 casos de tuberculosis todas sus formas, de los cuales 5.160 corresponden a casos de tuberculosis pulmonar BAAR (+). Los grupos etarios mayormente afectados se encuentran en edad productiva, reproductiva y de mayor contacto social (15 a 34 años), con predominio del sexo masculino, con una razón de 1,5 hombres por mujer, tendencia que no se modifica desde hace varios años atrás

5.2.MARCO TEORICO REFERENCIAL

CONCEPTO

Es una enfermedad infecto-contagiosa, de evolución crónica, prevenible y curable producida por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, que afecta directamente a los pulmones. “El nombre de tuberculosis deriva de la formación de unas estructuras celulares características denominadas tuberculomas, donde los bacilos quedan encerrados.”

ETIOLOGIA

Mycobacterium tuberculosis es un bacilo de 1 - 4 por 0,3-0,6 micras (um), inmóvil y no esporulado, posee una pared celular muy rica en lípidos, lo cual reduce notablemente su permeabilidad y dificulta su tinción. Una vez conseguida la tinción, su decoloración puede resultar difícil, incluso utilizando una solución ácido – alcohólica. “Es un microorganismo aerobio estricto, cuyo desarrollo es óptimo a 35 - 37 °C. Una atmosfera enriquecida con CO₂ estimula su desarrollo, su velocidad de crecimiento es mucho más lenta que la de otras bacterias, tarda varias semanas en dar colonias visibles en medios convencionales. “Estas son de color crema, rugosas (en coliflor), y de superficie seca. Son bacterias intracelulares, capaces de vivir dentro de las células y más concretamente, de los macrófagos, de forma que es capaz de enlentecer su metabolismo de forma indefinida. “Las *Mycobacterium* son sensibles a la radiación ultravioleta.”

ANATOMIA PATOLOGICA

Las lesiones de la tuberculosis son de dos clases: exudativas y productivas. *Lesión exudativa*: es una manifestación de hipersensibilidad, que se presenta en sujetos que por primera vez son infectados por el bacilo o en aquellos con inmunodepresión. Es una lesión extensa, que llena los alveolos de exudado, los vasos sanguíneos de los septum intraalveolares se encuentran ingurgitados, evoluciona hacia la reabsorción completa como sucede en la primoinfección tuberculosa o hacia la formación de necrosis caseosa, ésta a su vez evoluciona hacia la solidificación y encapsulación como sucede en el nódulo tuberculoso, o bien cursa hacia la licuefacción y expulsión como ocurre en la formación de

la caverna; ambas contingencias se presentan en la tuberculosis pulmonar del adulto o de reinfección.

“Lesión productiva: es aquella que se identifica por la formación de nuevas células; así se encuentra el folículo de Koster que está constituido por una célula central grande, conocida por el nombre de célula gigante de Langhans, rodeada de células epitelioides y en la periferia de un halo de células linfoides. “Posteriormente aparece alrededor del folículo de Köster fibras colágenas que invaden los alveolos y ocasionan retracción. Toda lesión tuberculosa hace participar a los alveolos, al tejido intersticial y a los vasos sanguíneos y una gran mayoría de ellas, a través de la pleura visceral, invade la pleura parietal.

Caverna tuberculosa: Se forma la licuefacción y vaciamiento de la necrosis caseosa hacia el exterior a través de los bronquios. La mayoría de las veces la caverna en forma natural evoluciona a la progresión; es el punto de partida de diseminación broncógena de la enfermedad a otras áreas pulmonares y la responsable de la hemoptisis del enfermo tuberculoso.

FISIOPATOLOGIA

“La interacción de *Mycobacterium tuberculosis* con el hospedador humano comienza cuando las gotitas infecciosas de los pacientes contagiosos son inhaladas por alguna persona. La mayor parte de los bacilos quedan atrapados en las vías respiratorias superiores y son expulsados por el barrido ciliar de las células de la mucosa, pero una parte de ellos, por lo general menos del 10 %, llegan hasta los alvéolos (aproximadamente se necesita entre 5 y 200 bacilos para que se produzca la infección).

ESTADIO I: Una vez en los alvéolos, los bacilos son fagocitados por los macrófagos alveolares no activados, donde se multiplican y producen la liberación de citoquinas que, la cual, atraerán a más macrófagos y monocitos que de nuevo fagocitarán los bacilos.

ESTADIO II: Se produce una acumulación de monocitos y bacilos intracelulares entre los días 7 y 21.

ESTADIO III: La posterior necrosis tisular y de los macrófagos hace que se cree un medio desfavorable para la multiplicación de los bacilos. Esto se produce alrededor de la tercera semana, coincidiendo con la positivización del Derivado Proteico Purificado (PPD).

ESTADIO IV: Con la sensibilización de los linfocitos CD4 se produce una reacción inmunológica de células T ayudantes de tipo 1 (TH1), con liberación de linfoquinas que activan los macrófagos, capaces de la destrucción del bacilo. Este fenómeno dará lugar a la formación de los granulomas que caracterizan histológicamente a la enfermedad.

Estadio V: Si la secuencia en la patogenia continúa y se produce la licuefacción del material y éste drena a la vía aérea, se producirá la cavitación. En este medio los macrófagos activados son ineficaces, por lo cual se crean unas condiciones idóneas para la multiplicación extracelular de los bacilos.”

Este foco primario casi siempre es subpleural y localizado en la región media del pulmón, donde el flujo aéreo mayor facilita que se depositen esos bacilos inhalados. La infección puede progresar a enfermedad rápidamente, años después, o nunca.

CUADRO CLINICO

En la primo infección con frecuencia, no aparecen síntomas claros de la tuberculosis, aunque puede presentarse un malestar parecido al de la gripe. Cuando se desarrolla la enfermedad pulmonar, puede producirse tos seca, que más adelante se vuelven productivas, con esputos de sangre y pus contagioso en extremo, por más de quince días; en ocasiones, también hay disnea y dolor en el pecho. También puede desarrollarse fiebre, pérdida de peso, fatiga, falta de apetito, depresión y sudor nocturno.

DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico de certeza de tuberculosis pulmonar es absolutamente necesaria la obtención de muestras adecuadas para realizar los cultivos que muestren el crecimiento de colonias de *Mycobacterium tuberculosis*. La valoración de un paciente con sospecha de Tuberculosis pulmonar incluye siempre:

Historia clínica completa: La misma que debe incluir datos sobre exposición a la tuberculosis, la existencia de diagnóstico previo desinfección o enfermedad tuberculosa y sus tratamientos. En el caso de que el paciente realizara algún tratamiento previo, es fundamental conocer que fármacos tomó y valorar la posibilidad de que realizara una monoterapia durante al menos 10-15 días. También debe recogerse en la historia si existen factores predisponentes para ésta enfermedad como VIH o tratamiento inmunosupresor, añadida a ésta el cuadro clínico correspondiente a ésta enfermedad.

Exploración física detallada: No va a servir para confirmar o descartar la tuberculosis, pero sí para obtener información del estado general del paciente. “En algunos enfermos es totalmente normal, en otros se pueden auscultar estertores en la zona afectada, que se acentúan después de la tos.

En caso de cavitación se puede escuchar un soplo tubárico. En otras, se auscultan sibilancias como consecuencia de la estenosis de algún bronquio.” Ante la sospecha clínica de tuberculosis deben ponerse en marcha los métodos disponibles para confirmar o excluir el diagnóstico. Los métodos más frecuentemente utilizados son la prueba de la tuberculina, la radiología y la bacteriología.

Prueba de tuberculina (Mantoux): Esta pone de manifiesto un estado de hipersensibilidad del organismo frente a las proteínas del bacilo tuberculoso, que se adquiere después de una infección producida por *Mycobacterium tuberculosis*.

Radiografía de tórax: En la tuberculosis pulmonar “las alteraciones radiológicas más frecuentes se localizan en los segmentos posteriores y apicales de los lóbulos superiores o en los segmentos superiores de lóbulos inferiores, aunque hay que recordar que las lesiones tuberculosas pueden aparecer en cualquier lugar del pulmón.”

Estudio microbiológico: Se deben obtener al dos muestras de esputos seriados de buena calidad (primer esputo al contacto el segundo al día siguiente.) la misma que debe recogerse en ayunas y sin cepillarse, para Baciloscopia (demostración de bacilos ácido

Alcohol resistentes -BAAR- en preparaciones teñidas mediante la técnica de Ziehl-Neelsen) y cultivo del Bacilo de Koch (BK). Deben recogerse en un sitio aislado y bien ventilado. Se deben enviar el mismo día de la recogida para su procesamiento.

TRATAMIENTO

“El tratamiento debe hacerse de manera ambulatoria, la hospitalización serializa sólo en casos especiales según el criterio médico y/o la condición del paciente en relación con su enfermedad.” Previo al inicio del tratamiento, todo paciente debe ser evaluado por el médico general quien diligenciará la tarjeta individual del paciente en sus partes correspondientes y ordenará el inicio del mismo.

La administración del tratamiento debe ser supervisada: El paciente toma los medicamentos bajo estricta observación. Los medicamentos se administran simultáneamente y toda la dosis diaria a la misma hora. No se debe fraccionar la toma.

ESQUEMA DE TRATAMIENTO

a) CASOS NUEVOS

Supervisar la administración diaria de lunes a sábado y en una sola toma del tratamiento durante el tiempo establecido para lograr la curación mediante un Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAS ó DOTS):

Tratamiento Acortado Supervisado

Primera fase:

Rifampicina: 10 mg/kg/día.

Isoniacida: 5 mg/kg/día

Pirazinamida: 25 mg/kg/día.

Etambutol: 15 mg/kg/día

El paciente tiene que asistir al C.S. durante toda la etapa de su tratamiento todos los días, excepto los domingos durante 8 semanas en su establecimiento de salud del número mínimo de dosis es de 52. Durante la segunda, 4 meses, para un total de 104 dosis.

El tratamiento debe ser completo. Si por cualquier circunstancia se han dejado de tomar algunas dosis, éstas deben reponerse al final de la fase correspondiente hasta alcanzar las 52 dosis en la primera fase.

- **PACIENTES PREVIAMENTE TRATADOS**

Que ha recibido un mes o más de los medicamentos anti tuberculoso en el pasado. Se clasifican por los resultados de su más reciente ciclo de tratamiento de la siguiente manera:

- **PACIENTES CON RECAÍDAS**

Han sido previamente tratados por TB declarados curados o tratamiento completo al final su último ciclo de tratamiento y ahora son diagnosticados con un episodio recurrente de TB (ya sea por reactivación o reinfección).

b) CASO CRÓNICO

Debe ser evaluado por especialista bajo hospitalización.

RESULTADOS POSIBLES DEL TRATAMIENTO

- 1. Curación:** Caso con baciloscopía inicial positiva que terminó el tratamiento y tuvo baciloscopías de esputo negativas en los dos meses de tratamiento y cultivo negativo de 4º (si se prolongó la fase intensiva deberá contar con el cultivo negativo al 5º mes de tratamiento) El tratamiento concluye al cumplir el número de dosis establecido.
- 2. Tratamiento completo:** Caso con baciloscopía inicial positiva que concluyó el tratamiento, pero que no se le realizó baciloscopía de control al final del tratamiento.
- 3. Fracaso al tratamiento:** Se considera sospechoso de fracaso, aquel con baciloscopía inicial positiva que siguió siendo, o volvió a ser, positivo al cuarto mes

de haber comenzado el tratamiento; en estos casos debe solicitarse una baciloscopía de control al quinto mes de tratamiento. Si ésta resulta positiva se considera como fracaso y debe solicitarse cultivo y pruebas de sensibilidad.

4. **Fallecido:** Paciente con TB. Que muere por cualquier razón antes de comenzar o durante el curso de tratamiento.
5. **Perdida en el seguimiento:** paciente con TB. Que no inicio tratamiento o interrumpió el tratamiento durante un mes consecutivo.

COMPLICACIONES

En la tuberculosis pulmonar se pueden presentar las cavernas, que es una de las más importantes. “La presencia de una caverna es una fuente continua de eliminación de gérmenes; el resto del pulmón puede recibir nuevas siembras, los bacilos expulsados pueden deglutirse y originar una tuberculosis intestinal y también es posible el contagio de las personas sanas que rodean al paciente. La caverna puede romperse y perforar la pleura, originando así un neumotórax caseoso, generalmente grave.

La caverna es fuente de hemorragias: al reblandecerse el tejido se rompen vasos sanguíneos y determinan hemoptisis copiosas. Una hemorragia pulmonar puede producir la muerte por asfixia, debido a la aspiración sanguínea masiva.”

PREVENCION

La prevención se basa en la detección precoz de la enfermedad, de manera que se pueda evitar la transmisión al resto de la gente. La tuberculosis es una enfermedad que se puede prevenir, incluso en aquellos que han estado expuestos a una persona infectada. “La prueba cutánea para tuberculosis se emplea en las poblaciones de alto riesgo o en personas que pueden haber estado expuestas a esta enfermedad, como los trabajadores de la salud.”

El tratamiento oportuno es sumamente importante para controlar la propagación de la tuberculosis a partir de aquellos que tengan la enfermedad de tuberculosis activa hacia aquellos que nunca han estado infectados con esta enfermedad. “Se recomienda la vacunación con BCG a todos los recién nacidos, la misma que debe administrarse sólo una

vez, ya que no está probada la eficacia de la revacunación. Esta vacuna está contraindicada en personas con SIDA, independientemente de la edad que tengan.”

En caso de contacto prolongado con una persona infectada que no está en tratamiento acuda lo antes posible a un médico y sométase a la prueba de la tuberculina. El especialista valorará si debe administrarle el tratamiento o la quimioprofilaxis específica frente a la enfermedad. Las medidas preventivas se pueden realizar mediante educación a la población respecto al modo de transmisión y métodos para controlar la enfermedad, mediante una vida sana e higiénica tanto personal como de su vivienda, evitando el hacinamiento, que aumentan el riesgo de adquirir la infección; mantener una dieta balanceada en la cual debe incluir, frutas, cereales como trigo, maíz y verduras, y si viaja a una zona afectada por la enfermedad absténgase de tomar leche o cualquier producto lácteo que no haya sido pasteurizado.

En un paciente con tuberculosis pulmonar activa, es importante el apoyo familiar para incentivar y garantizar el cumplimiento del tratamiento hasta su curación. La persona infectada debe recibir educación, en cómo proteger el ambiente, siempre que al toser y escupir lo haga en pañuelos desechables, que luego deberá ser quemado, evitando así el efecto aerosol, realizarse el lavado de manos después de toser, abrir las ventanas de su vivienda diariamente, para mantener una ventilación adecuada, limpiar el domicilio con paños húmedos, utilizar mascarilla en zonas comunes, restringir visitas a personas no expuestas a la enfermedad y lo más importante no abandonar el tratamiento.

PROGRAMA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS

El Programa de Atención de la Tuberculosis Pulmonar y Extra pulmonar es el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos técnico –científicos y administrativos, a través de las cuales se busca garantizar la atención integral del usuario, determinando los pasos mínimos a seguir y el orden secuencial y lógico de éstos, que aseguren la oportunidad de la atención, la eficiencia, la calidad de los servicios y su impacto, así como la satisfacción del usuario y que contribuya a la factibilidad económica del Sistema de salud.

ESTRATEGIA PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

La estrategia consiste en proporcionar quimioterapia acortada a todos los pacientes de Tuberculosis con Baciloscopia de esputo positiva. El tratamiento eficaz de los casos con la quimioterapia acortada cura la enfermedad e impide la transmisión de los bacilos tuberculosos, es decir la curación es la mejor prevención. La vacunación con BCG juega un papel importante en la prevención de Tuberculosis en los niños. Se debe aplicar a todo recién nacido y todo menor de 5 años no vacunado.

METAS PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

Con el fortalecimiento de la estrategia para el control de la Tuberculosis, el país se ha fijado como metas las siguientes:

- Detectar el 90% de los sintomáticos respiratorios.
- Detectar el 88% de los casos nuevos TB pulmonar.
- Curar y terminar el tratamiento al menos 85% de los casos nuevos detectados de tuberculosis.
- Curar y terminar el tratamiento al menos al 75% de los casos TB-Resistentes a rifanpicina/multidrogorresistente (TB R-MDR)

MEDIDAS TECNICAS DEL PROGRAMA ANTITUBERCULOSO

BÚSQUEDA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Sintomático Respiratorio es toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días. Se considera sospechoso de Tuberculosis y debe practicársele la baciloscopia seriada de esputo (2 muestras), independiente de su causa de consulta principal.

Las respectivas Administradoras no deben condicionar el pago de la baciloscopia Seriada de esputo que se solicite a un paciente que cumpla el criterio de ser Sintomático Respiratorio, independientemente de la causa de consulta principal del paciente. Igualmente, la solicitud de bacilos copias diagnósticas a un sintomático respiratorio no debe ser una actividad exclusiva del médico.

LOCALIZACIÓN ACTIVA DE CASOS

Consisten en que el personal de salud de la periferia, los líderes de la comunidad o grupos voluntarios, identifique a los tosedores que aparecen en una población y los motiven para que consulten en los servicios médicos, mejor aún, tomen muestras de expectoración y las envíen a laboratorios pertinentes.

LOCALIZACIÓN ACTIVA DE CASOS

Consisten en que el personal de salud de la periferia, los líderes de la comunidad o grupos voluntarios, identifiquen a los tosedores que aparecen en una población y los motiven para que consulten en los servicios médicos, mejor aún, tomen muestras de expectoración y las envíen a laboratorios pertinentes. “Más importante resulta la búsqueda de casos en los grupos de más alto riesgo, que son diferentes para cada población: hospederías, hogares de ancianos o de enfermos crónicos, servicios de urgencia, hospitales psiquiátricos, cárceles y otros sectores con altos índices de hacinamiento y precarias condiciones de vida, individuos portadores de tuberculosis inactivas no tratadas anteriormente, ex enfermos, inmigrantes, refugiados de países de alta prevalencia, infectados con el virus de inmunodeficiencia humana y en los contactos.”

TRATAMIENTO

Para que la quimioterapia sea plenamente efectiva no basta tratar bien el caso individual de tuberculosis, sino que deben ser localizados y tratados todos los enfermos contagiosos o potencialmente contagiosos que existan en una comunidad. Para que el tratamiento se transforme en un instrumento de salud pública, enfocado hacia la erradicación de la tuberculosis, debe cumplir ciertos requisitos esenciales:

Tratamiento gratuito: En primer lugar el objetivo primordial debe ser el tratamiento inmediato y en forma totalmente gratuita de todos los casos diagnosticados.

Tratamiento ambulatorio: Se debe contar con la organización adecuada para que las drogas sean administradas en forma predominantemente ambulatoria, a través de todos los centros de salud de cada país, lo más cerca posible de la casa o del sitio de trabajo de los enfermos.

QUIMIOPROFILAXIS

Los países más avanzados consideran a la quimioprofilaxis como un arma fundamental para sus programas antituberculosos. Sin embargo, se ha señalado que aunque éste procedimiento pudiera emplearse en amplia escala en todo el mundo, contribuirá muy poco a acortar el tiempo necesario para erradicar la tuberculosis.

Adherencia al tratamiento antituberculoso

Según la OMS, la adherencia al tratamiento se define como “la medida en que el comportamiento de una persona – tomar su medicación, seguir una dieta y/o ejecutar cambios en su estilo de vida – corresponden con las recomendaciones acordadas con su proveedor de salud” En ese sentido, podemos identificar dos puntos relevantes. El primero, que un tratamiento no está conformado solo por un régimen de medicamentos; si no que además se acompaña de otro tipo de conductas que no corresponden al ámbito farmacológico.

El segundo es que se reemplaza la idea de “instrucciones médicas” por “recomendaciones acordadas”. Esto, porque el primero implica un paciente es un mero receptor de la información, es un agente pasivo que no toma acción sobre el cuidado de su salud ni su tratamiento; mientras que el segundo, la responsabilidad de un tratamiento exitoso es compartida. Sin embargo, si hablamos precisamente de la TBC, el concepto de la adherencia al tratamiento cambia el tono; pues esta se define como el nivel en el que los medicamentos consumidos por el paciente coinciden con aquellos prescritos por el personal médico.

No se hablan de recomendaciones ni cambios en el estilo de vida o dieta del paciente; y tampoco de consensos entre el paciente y el personal de salud. Esto debido a que el tratamiento antituberculoso es un tratamiento quimioterapéutico; el cual, en muchos casos se brinda de manera directamente observada en el cual el proveedor de salud se asegura personalmente que el paciente tome sus medicamentos diariamente y a la hora indicada. Hasta aquí, podría parecer que durante un tratamiento antituberculoso, la persona afectada por la TBC cumple su rol como un sujeto pasivo, similar a un niño al que hay que cuidar;

sin embargo, su participación para la adherencia es importante y la responsabilidad que tiene implica no solo el cuidado de su salud sino también el de su entorno. Esto debido a que una mala adherencia al tratamiento antituberculoso incrementa los riesgos de “morbilidad, mortalidad y resistencia a los medicamentos tanto a nivel individual como comunitario”.

La OMS señala que existen 5 factores que influyen en la adherencia al tratamiento antituberculoso: factor socioeconómico, relacionados al paciente, relacionados al régimen farmacológico, relación entre el paciente – proveedor de salud, y los patrones de prestación de asistencia sanitaria.

6. DISEÑO METODOLOGICO

6.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo de corte transversal, cuantitativo

6.2. POBLACION DE REFERENCIA

Pacientes que cursan con tuberculosis pulmonar activa o en tratamiento en los meses de enero a marzo de la actual gestión.

6.3. POBLACION DE ESTUDIO (MUESTRA)

La población está conformada por 21 pacientes afectados con Tuberculosis pulmonar que realizan tratamiento actualmente en el Centro de Salud La Unidad Fauvel.

6.4. DELIMITACION GEOGRAFICA

El Centro de Salud La Unidad Fauvel se encuentra ubicado en el Municipio de Riberalta en el distrito N° 5 en el barrio Verdolago encuentra situado al noreste de la ciudad y limita con los barrios Tajibos, villa Camino, Villa Britanica e integración , entre otros.

Se encuentra ubicado en la avenida mara, tiene una población aproximada de 19.794 habitantes.

Las calles son de tierra en gran parte, la mayor parte de los barrios no cuenta con servicios básicos de salud, el 97% de los mismos cuenta con norias para el consumo humano, no se cuenta con el servicio de alcantarillado, no existe vertederos municipales conllevando esa situación a la proliferación de roedores y moscas.

Más del 90% de las viviendas son de madera, piso de tierra y techo de calamina. La actividad económica fundamental.

6.5. DELIMITACION TEMPORAL

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud la Unidad Fauvel en los meses de enero a marzo de 2022.

6.6. VARIABLES OBJETO DE ESTUDIO

CUANTITATIVA:

- EDAD
- SEXO

CUALITATIVA:

- ESTADO CONYUGAL
- OCUPACION
- HABITOS (ALCOHOL, DROGAS, TABACO)
- TIPO DE ATENCION RECIBIDA EN ELCEBNTRO DE SALUD
- NIVEL DE INSTRUCCIÓN
- OTRAS PATOLOGIAS

6.7 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

TIPO DE VARIABLE		VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN
Escala de clasificación		Definición de Categorías de la escala	
Cuantitativa		Sexo	Masculino Femenino
Cuantitativa	Edad	Grupos etarios 15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49 50-54 55-59 60 y mas	Se considera la edad en años cumplidos al momento de diagnosticada Se toma en cuenta a partir de los 15 años.
Cualitativa	Estado conyugal	Casado Unión libre Soltero (a) Viudo (a) Divorciado (a)	Casado (a): Convivencia con una persona del sexo opuesto unido en matrimonio según código legal vigente. Unión consensual: persona que convive con otra del sexo opuesto, pero sin vínculo legal entre ellos. Soltero (a): persona que no se encuentra unida a otra persona del sexo opuesto Viudo(a): cuando hay pérdida física del conyugue Divorciado (a): Ruptura del matrimonio por disolución de este a través del código legal vigente

Cualitativa	Ocupación	Ama de Casa Obrero Técnico Profesional Estudiante Desocupado	Ama de casa: Toda mujer que no tiene vínculo laboral con el estado o empresa privada Obrero: toda persona que labora en fábricas o industrias sin haber cursado estudios al respecto. Técnico: toda persona que cursó estudios en la enseñanza técnica. Profesional: Toda persona que cursó estudios universitarios Estudiante: toda persona que al momento del estudio tenía algún vínculo escolar Desocupado: Toda persona que al momento del estudio no tiene trabajo
Cualitativa	Hábitos	Alcohol Drogas Tabaco	Alcohol: si tiene o no el hábito de consumir bebidas alcohólicas Drogas: si tiene el habito de consumir o no drogas como la marihuana, cocaína, clefa, etc. Tabaco: si tiene el hábito de fumar o no
Cualitativo	Tipo de atención recibida en el centro	Buena	Buena: Si el paciente está satisfecho con la atención recibida
		Mala	Mala: si el paciente no está satisfecho

Cualitativa		Reacciones Adversas	Se designan a los efectos producidos por la droga que son perjudiciales al paciente
Cualitativa	Nivel de Instrucción	Analfabeto Primaria Secundaria Universidad	Analfabeto: si la persona no curso estudios en ningún momento Primaria: Alcanzó el sexto grado Secundaria: Si alcanzó el doceavo grado Universidad: si alcanzo título universitario.
Cualitativa		Otras patologías	Diabetes Inmunosupresión desnutrición

VARIABLES DE EXPOSICION

Variable	Definición operativa	Tipo de variable	Escala de medición	Preguntas
Hacinamiento	Presencia de más de 3 personas por dormitorio, en la vivienda del paciente.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Sin hacinamiento: Igual y Menos de 3 personas que duermen en un cuarto. Con hacinamiento: Más de 3 personas duermen en un cuarto.	¿Cuántas personas duermen en el mismo cuarto donde usted duerme incluyendo a los niños y a usted?
Estado Nutricional (desnutrición)	Evaluación del estado nutricional de la población, mediante la utilización del indicador IMC. Parámetro de desnutrido: .SI con IMC menor a 20. .No con IMC mayor o igual a 20.	Cualitativa Ordinal Dicotómica	Indicador I.M.C.: Bajo peso: <18.5 Peso normal: 18.5-24.99 Sobrepeso: 25-29.99 Obesidad I: 30 - 34.99 Obesidad II: 35 - 39.99 Obesidad III: >40.	Peso: Kilogramos. Talla: Metros.

6.8 CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	enero			febrero			marzo		
Elección del tema	X								
Planteamiento del problema		X							
Socialización con el equipo del E.S.		X							
Elaboración de los objetivos			X						
justificación y marco Teórico			X						
realización de encuestas		X		X		X		X	
Feria de Salud					X				X
Visitas domiciliarias		X		X	X		X	X	
Elaboración de marco teórico					X				
Tabulación de resultados						X			
Análisis e interpretación							X		
Recomendaciones y conclusiones								X	
Elaboración de anexos y bibliografía									X
Conclusión de la monografía									X

6.9 PRESUPUESTO

MATERIAL	CANTIDAD	COSTO
MATERIAL DE ESCRITORIO		
hojas bond	200	10
marcadores y lapiceros	10	20
Cartulinas	10	30
papel crepe	20	40
Carpicola	1	12
TRANSPORTE:		
Gasolina	10 litros	37
aceite de motor	1 litro	35
COMUNICACIÓN:		
fotocopias de dípticos	30	30
Banners	1	80
REFRIGERIOS:		
majadito	1 olla	45
Gaseosas	4	40
Confite	3	30
TOTAL		409

7. RESULTADOS

INFORMACION SOCIODEMOGRAFICA

GRAFICO N° 1
EDAD DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR

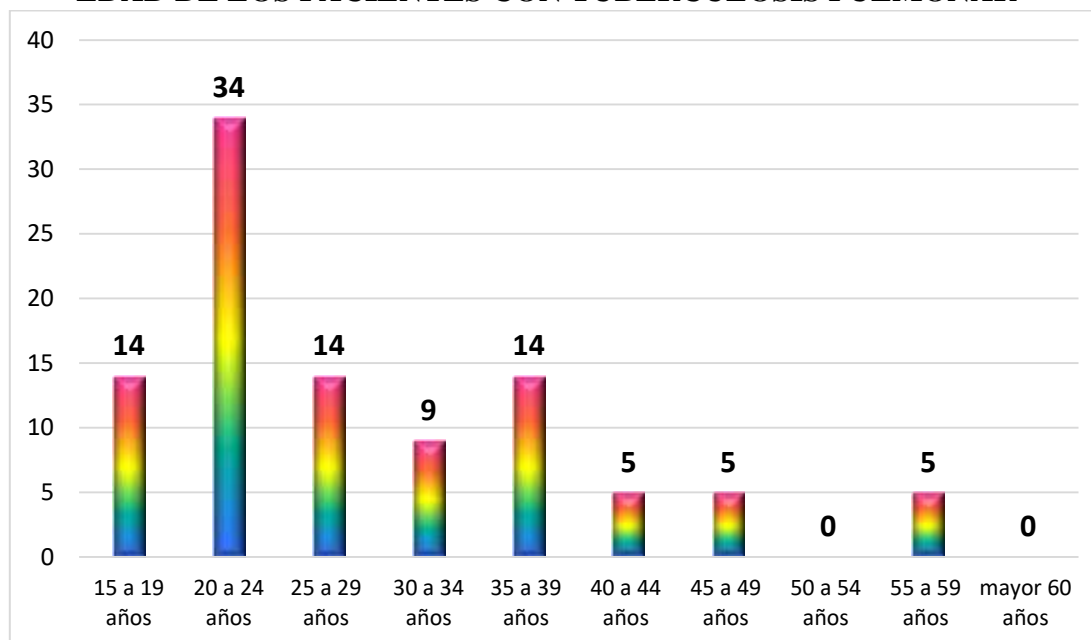


TABLA N° 1
EDAD DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR

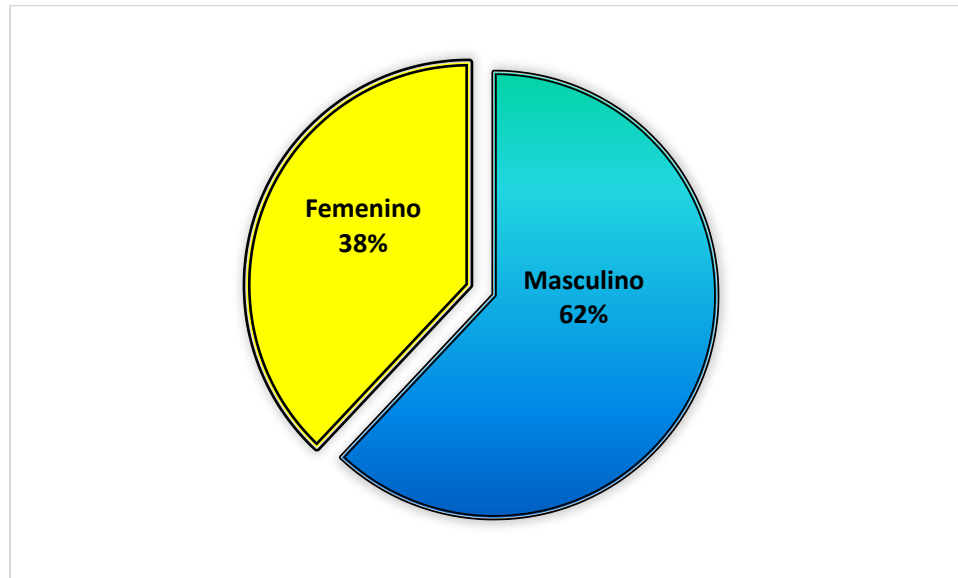
VARIABLE	CANTIDAD	PORCENTAJE
15 a 19 años	3	14
20 a 24 años	7	34
25 a 29 años	3	14
30 a 34 años	2	9
35 a 39 años	3	14
40 a 44 años	1	5
45 a 49 años	1	5
50 a 54 años	0	0
55 a 59 años	1	5
mayor 60 años	0	0
TOTAL	21	100

ANALISIS

Como se puede apreciar en esta imagen el 34% de los pacientes con tuberculosis son jóvenes que oscilan entre 20 y 24 años, el 14% lo comparten pacientes entre 15 y 19 años, 25 y 29 años, 35 y 39 años, por otra parte el 9% corresponde a personas que están entre 30 y 34 años, el 5% lo comparten pacientes que están entre 40 y 44 años, 45 - 49 años y 55 - 59 años.

El hecho de tener tuberculosis pulmonar a edad temprana puede dejar secuelas en la edad adulta si el mismo no se trató a tiempo o si no hizo el tratamiento durante el tiempo correcto.

GRAFICO N° 2
SEXO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR



FUENTE: Encuesta realizada a pacientes con TB. Pulmonar en el C. S. la Unidad, 2022.

TABLA N° 2

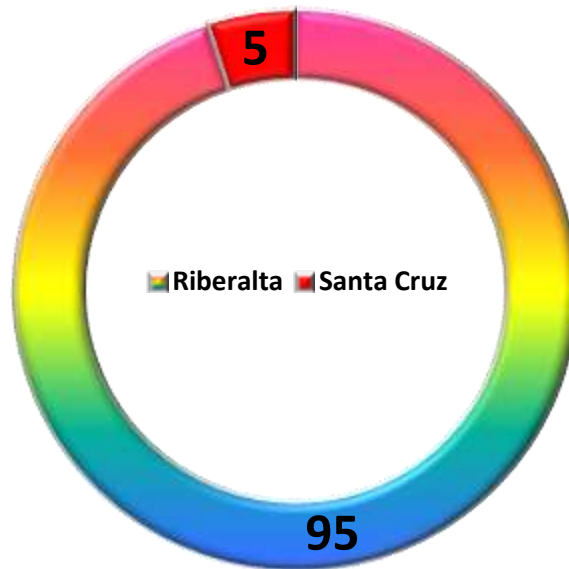
VARIABLE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Masculino	13	62
Femenino	8	38
TOTAL	21	100

ANALISIS

El 62% de los pacientes con tuberculosis pulmonar son del sexo masculino, frente al 38% que son del sexo femenino.

El sexo masculino es más propenso a enfermarse de tuberculosis debido a que está más expuesto a enfermarse de la misma debido a varios factores entre los que destacan el trabajo que desempeñan, la inadecuada alimentación, el consumo de bebidas alcohólicas y cigarrillos, etc.

**GRAFICO N° 3
PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES**



FUENTE: Encuesta realizada a pacientes con TB. Pulmonar en el C. S. la Unidad, 2022.

TABLA N° 3

VARIABLE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Riberalta	20	95
Santa Cruz	1	5
TOTAL	21	100

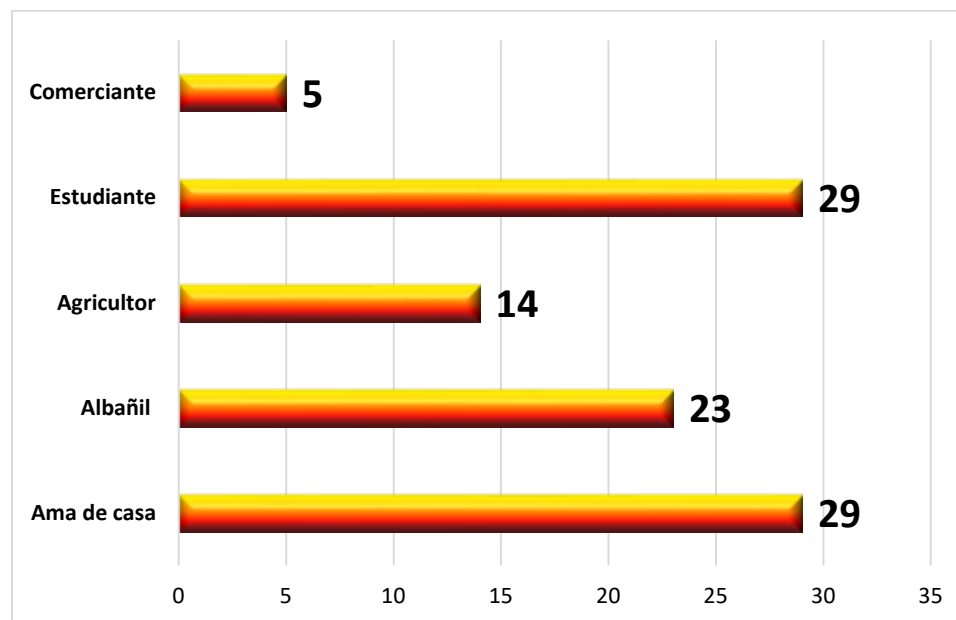
ANALISIS

El 95% de los encuestados nació, vive y enfermo en Riberalta, el 5% procede de Santa Cruz de la Sierra y actualmente vive en el municipio de Riberalta.

Podemos observar en este grafico que más del 90% de los encuestados procede del municipio donde enfermo y solo un 5% es de otro municipio, lo cual nos indica que la tuberculosis está presente en su forma autóctona en el municipio de Riberalta.

GRAFICO N° 4

OCUPACION DE LOS PACIENTES



FUENTE: Encuesta realizada a pacientes con TB. Pulmonar en el C. S. la Unidad, 2022.

TABLA N° 4

VARIABLE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Ama de casa	6	29
Albañil	5	23
Agricultor	3	14
Estudiante	6	29
Comerciante	1	5
TOTAL	21	100

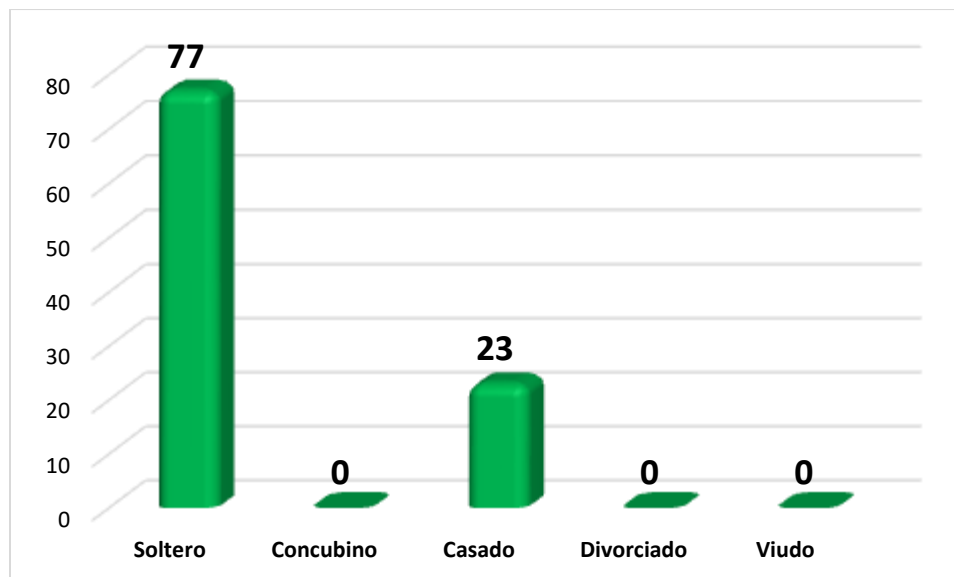
FUENTE: Encuesta realizada a pacientes con TB. Pulmonar en el C. S. la Unidad, 2022.

ANALISIS

El 29% de los encuestados son amas de casa, el otro 29% son estudiantes, el 23% trabaja en la albañilería, el 14% son agricultores y el 5% son comerciantes.

Llaman la atención que los estudiantes conjuntamente las amas de casa, ocupen los primeros lugares en relación a la ocupación de los pacientes con tuberculosis pulmonar, seguido de los albañiles que tienen bastante contacto con personas y son los 3 grupos poblacionales que más enferman en esta investigación.

**GRAFICO N° 5
ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES**



FUENTE: Encuesta realizada a pacientes con TB. Pulmonar en el C. S. la Unidad, 2022.

TABLA N° 5

VARIABLE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Soltero	16	77
Concupino	0	0
Casado	5	23
Divorciado	0	0
Viudo	0	0
TOTAL	21	100

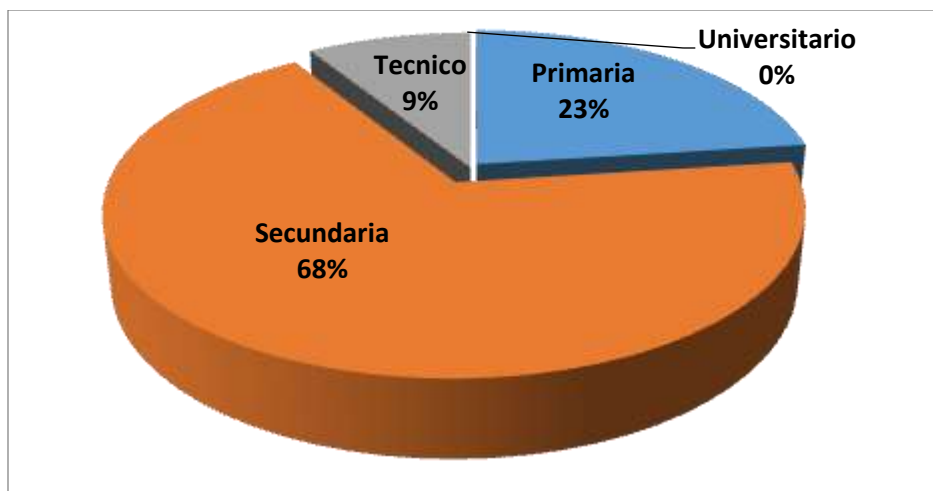
FUENTE: Encuesta realizada a pacientes con TB. Pulmonar en el C. S. la Unidad, 2022.

ANALISIS

El 77% de los encuestados son solteros, el 23% restante manifiesta ser casado.

El hecho de ser soltero, implica un riesgo que afecta en el cuidado del enfermo ya que el mismo al no tener una pareja que se preocupe por la salud, alimentación y demás cuidados dificulta la recuperación del mismo por falta de atención familiar.

GRAFICO N° 6
GRADO DE INSTRUCCIÓN



FUENTE: Encuesta realizada a pacientes con TB. Pulmonar en el C. S. la Unidad, 2022.

TABLA N° 6

VARIABLE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Primaria	5	23
Secundaria	14	68
Técnico	2	9
Universitario	0	0
TOTAL	21	100

FUENTE: Encuesta realizada a pacientes con TB. Pulmonar en el C. S. la Unidad, 2022.

ANALISIS

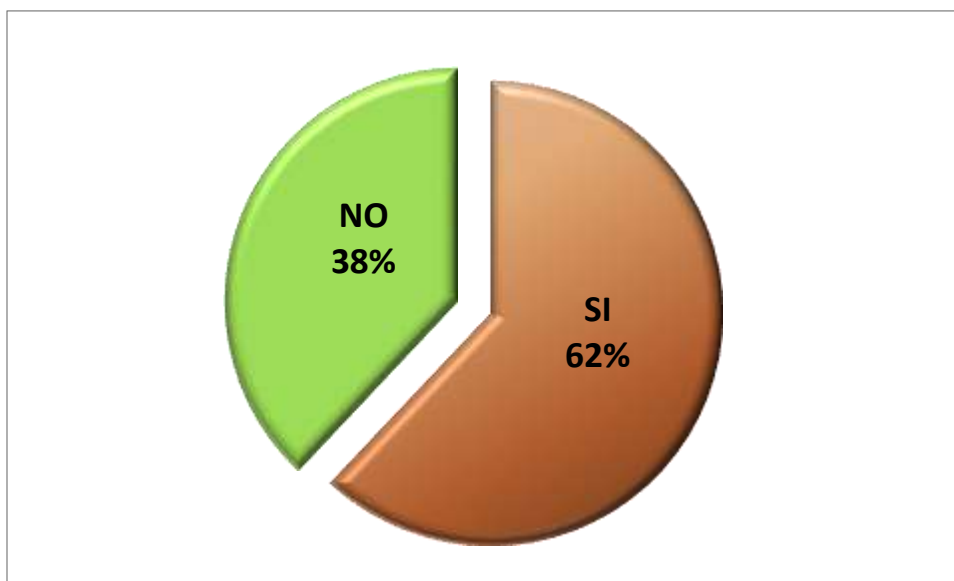
El 68% de las personas que enfermaron con tuberculosis pulmonar estudiaron hasta secundaria, el 23% solo hasta primaria y el 9% estudio a nivel técnico.

La mayor parte de los encuestados casi el 70% son bachilleres sin embargo tienen poco conocimiento con referencia a la tuberculosis pulmonar, sobre las sintomatología, causas, diagnóstico y tratamiento de la misma por otra parte el 20% restante solo estudio hasta primaria lo cual justifica la escasa información que poseen al respecto.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

GRAFICO N° 7

CUÁNDO ACUDE AL CENTRO DE SALUD RECIBE RECOMENDACIONES EN CUANTO AL TRATAMIENTO Y PREVENCION DE LA ENFERMADAD POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD



FUENTE: Encuesta realizada a pacientes con TB. Pulmonar en el C. S. la Unidad, 2022.

TABLA N° 7

VARIABLE	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	13	62
NO	8	38
TOTAL	21	100

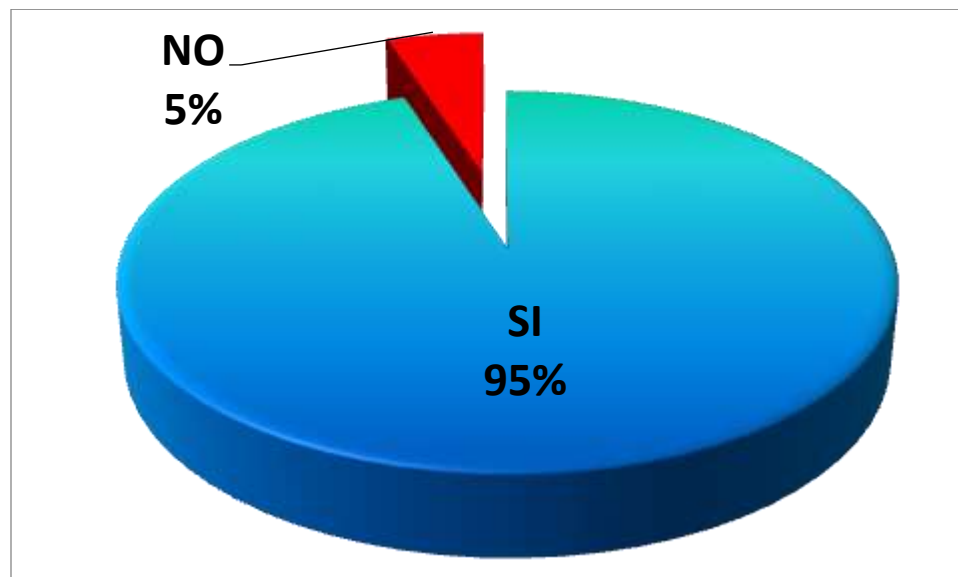
ANALISIS

En cuanto a las recomendaciones sobre el tratamiento y prevención de la enfermedad al paciente con tuberculosis pulmonar por parte del personal de salud que brinda la atención el 62% afirma que recibió adecuadas recomendaciones en contraposición del 38% que refiere no haber recibido una adecuada recomendación.

Se debe procurar tratar a cada uno de los pacientes con calidad y calidez y hacerlo sentir bien para que El mismo se sienta bien y no abandone el tratamiento respectivo.

GRAFICO N° 8

EN LA CONSULTA MÉDICA SE PREOCUPAN POR SU SALUD Y HACEN SEGUIMEINTO ADECUADO A SU ENFERMEDAD



FUENTE: Encuesta realizada a pacientes con TB. Pulmonar en el C. S. la Unidad, 2022.

TABLA N° 8

EN LA CONSULTA MÉDICA SE PREOCUPAN POR SU SALUD Y HACEN SEGUIMEINTO ADECUADO A SU ENFERMEDAD

VARIABLE	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	20	95
NO	1	5
TOTAL	21	100

FUENTE: Encuesta realizada a pacientes con TB. Pulmonar en el C. S. la Unidad, 2022.

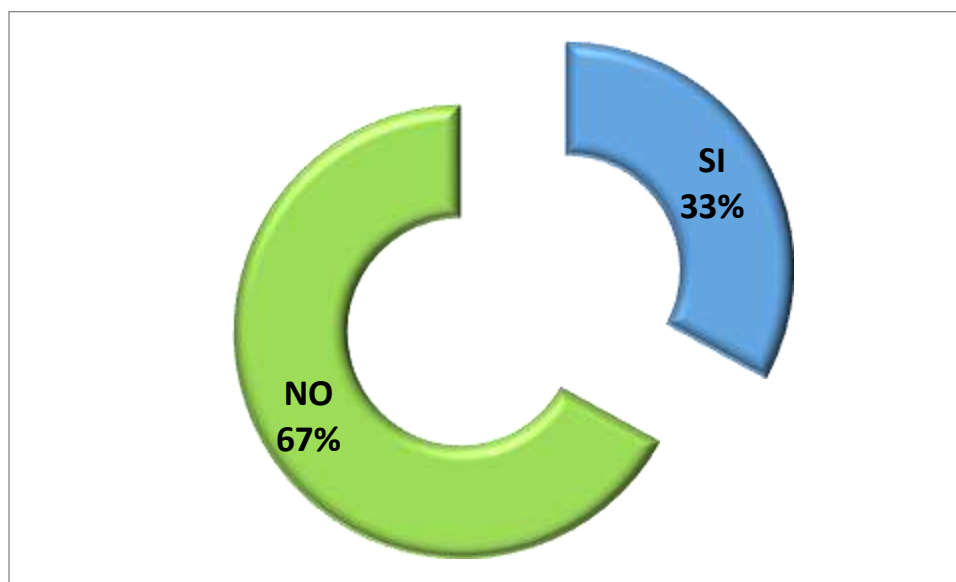
ANALISIS

EL 95% de los entrevistados menciona que el médico y la enfermera del programa se preocupan por su salud y que realizan supervisión al tratamiento que realizan, que los visitan a domicilio si por algún motivo dejaron de ir al Centro de salud a recibir su tratamiento y que preguntan todo el tiempo si se encuentran mejor de salud o no.

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

GRAFICO N° 9

USTED COSUME DIARIAMENTE PROTEINAS (CARNE DE RES, PESCADO POLLO. HUEVO), CARBOHIDRATOS (CEREALES, FIDEOS, ARROZ, PAPA, YUCA, CAMOTE), FRUTAS Y VERDURAS.



FUENTE: Encuesta realizada a pacientes con TB. Pulmonar en el C. S. la Unidad, 2022.

TABLA N° 9

VARIABLE	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	7	33
NO	14	67
TOTAL	21	100

ANALISIS

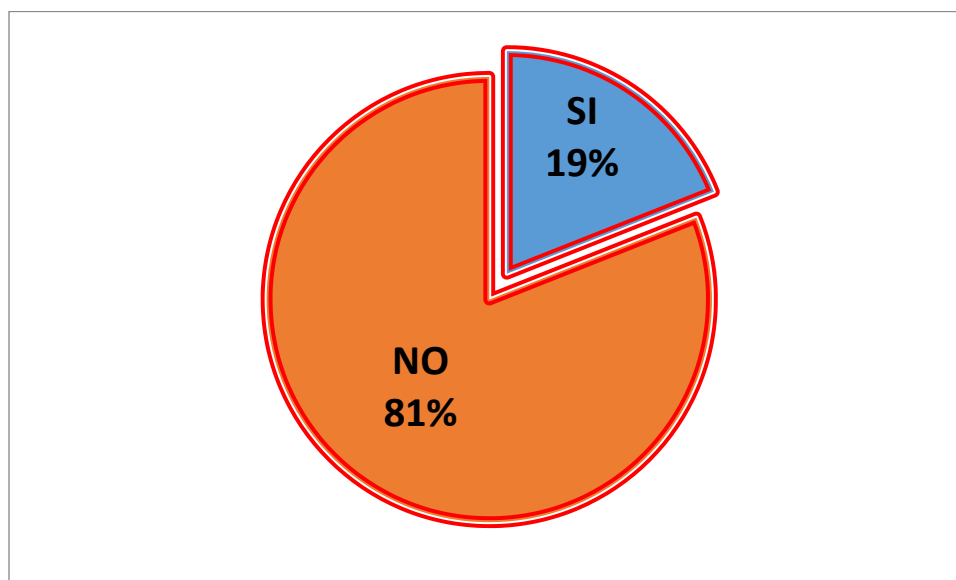
El 33% de los entrevistados indica que se alimenta diariamente con abundantes proteínas, carbohidratos, frutas y verduras, el restante 67% manifiesta que predominantemente consume carbohidratos y diversas carnes de forma diaria y ocasionalmente verduras y frutas.

La ingesta diaria de frutas y verduras aporta vitaminas, además de ser baja en calorías y favorece la eliminación de toxinas del organismo. “Las frutas y verduras aportan especialmente la vitamina A y C, son fundamentales para la prevención de enfermedades dermatológicas, digestivas y respiratorias.

DESCANSO Y SUEÑO

GRAFICO N° 10

USTED DUERME 8 HORAS Y DESCANSA UNA FIESTA AL MENOS UNA VEZ AL DIA



FUENTE: Encuesta realizada a pacientes con TB. Pulmonar en el C. S. la Unidad, 2022.

TABLA N° 10

VARIABLE	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	4	19
NO	17	81
TOTAL	21	100

ANALISIS

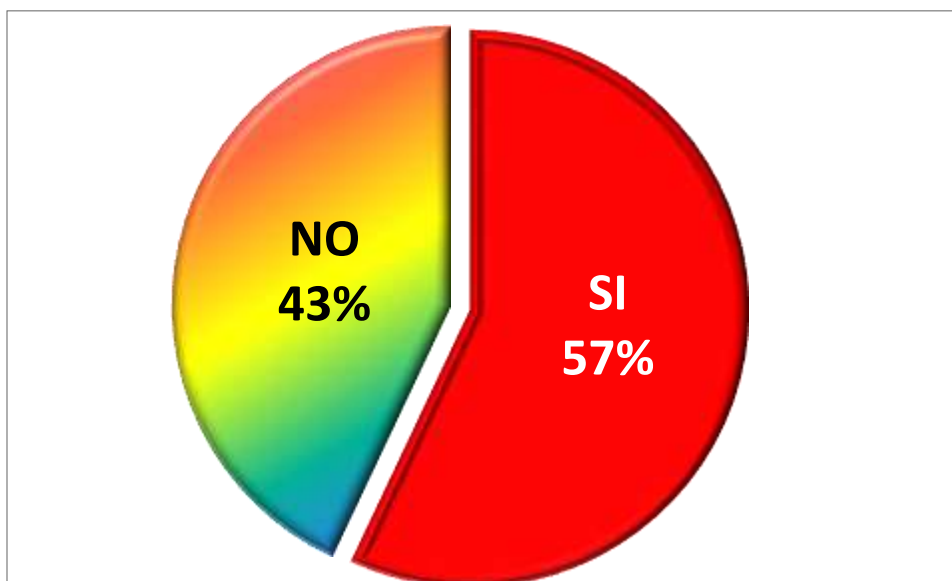
El 81% de los encuestados indica que duerme en promedio 6 horas en la noche y no hace una fiesta después del medio día, el 19% restante indica que si duerme más de 8 horas por la noche y descansa de una a dos veces después del medio día.

Es importante dormir 8 horas para cubrir todas las fases del sueño y así permitir la recuperación del cuerpo después de entrenar así como producir el crecimiento muscular y aumentar las facultades mentales después de un buen descanso.

HIGIENE Y AMBIENTE

GRAFICO N° 11

USTED SE LAVA LAS MANOS DESPUES DE TOSER Y DE IR AL BAÑO Y ADEMAS ABRE LAS VENTANAS DE SU HABITACION DURANTE EL DIA



FUENTE: Encuesta realizada a pacientes con TB. Pulmonar en el C. S. la Unidad, 2022.

TABLA N° 11

VARIABLE	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	12	57
NO	9	43
TOTAL	21	100

ANALISIS

EL 57% de los encuestados indica que se lava las manos después de toser e ir al baño y además abre las ventanas de su habitación durante todo el día, el 43% no lo hace adecuadamente.

Lavarse las manos es una de las cosas más importantes que puede hacer para prevenir las intoxicaciones alimentarias cuando se prepara los alimentos para el consumo, las manos pueden propagar microbios en la cocina como la Salmonella que puede enfermar gravemente a una persona.

Un hogar bien ventilado es beneficioso para salud. La circulación del aire permite que se oxigene, lo que facilita la expulsión de las partículas de polvo y los ácaros, regula la humedad del ambiente y elimina los malos olores.

8. CONCLUSIONES

- La adherencia al tratamiento y practica de autocuidado constituye un problema complejo y multifactorial, solo un enfoque multidisciplinario puede tener resultados satisfactorios los pacientes con tuberculosis pulmonar son jóvenes. En general los pacientes con TB pulmonar son menores de 40 años, predominando el sexo masculino en el 62% de todos los casos.

El 95% nació, vive y enfermo en Riberalta, el 5% procede del interior del país. En relación a la ocupación el 29% de los mismos son amas de casa, el otro 29% son estudiantes, el 23% trabaja en la albañilería, el 14% son agricultores y el 5% son comerciantes. El 77% de los encuestados son solteros, el 23% son casados, en relación al grado de estudio el 68% estudiaron hasta secundaria, el 23% solo hasta primaria y el 9% estudio a nivel técnico.

- En cuanto a la adherencia al tratamiento los pacientes indica que recibió adecuada atención y buenas recomendaciones, también refieren que el médico y la enfermera del programa se preocupan por su salud y que realizan supervisión al tratamiento que realizan de forma cotidiana.
- Los resultados de las entrevistas a cada una de los pacientes con tuberculosis pulmonar tiene buena alimentación en base a proteínas, carbohidratos, frutas y verduras, el restante es a base de carbohidratos y diversas carnes con poca verduras y frutas. También son pocos los que tienen sus casas ventiladas, con ventanas y puertas abiertas.

9. RECOMENDACIONES/ACCIONES

Después de realizar el trabajo de investigación se recomienda a:

A los gobernantes.

Que implementes una ley para que todos los pacientes con tuberculosis pulmonar reciban un bono o sucedáneos y puedan tener una alimentación segura y gratuita, ya que muchos de los pacientes sufren desnutrición antes y durante el tratamiento de tuberculosis pulmonar

Población.

Que visiten el Centro de Salud La Unidad-Fauvel cuando presenten síntomas compatibles con tuberculosis (tos por más de 15 días) que no se cura con antibióticos u otro tipo de medicamentos.

A los pacientes con casos positivos recomiendo también que concluyan con su tratamiento durante los 6 meses que dura el mismo para evitar resistencia al medicamento y propagación de la enfermedad en su forma resistente.

Que acudan al Centro de Salud La Unidad cuando presenten alguna molestia, más aun si es respiratoria ya que las personas que tosen y expectoran por más de 2 semanas pueden estar con tuberculosis pulmonar.

A los funcionarios del Centro de Salud La Unidad- Fauvel

Que realicen la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios en los diferentes barrios que corresponden al Centro de Salud, especialmente los más alejados, así también que realicen el tratamiento directamente observado a todos los pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al establecimiento de salud.

Que realicen vistas domiciliarias, campañas y ferias de salud donde puedan hacer hincapié en la de definición, sintomatología y prevención de tuberculosis para detectar casos a tiempo y evitar la propagación y complicación de la misma.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS (NORMAS VANCOUVER)

Andreu Ballester JC, Asociación de tuberculosis y alcohol en pacientes de una unidad de infecciosos. vol.14 núm. 1, págs. 9/119. Valencia. Edit. Masson; 2019.

Barreto Penié JC Factores sociodemográficos que impiden una adecuada adherencia al tratamiento con tuberculosis pulmonar en primer nivel de atención médica municipio Centro Habana, Edit. Habana, Ciudad de La Habana, Cuba, 2017.

Barrientos R, “Estudios de las causas de abandono en el distrito de Caranavi La Paz. Artículo no publicado.

Cayla Seruto RA, Factores epidemiológicos que complican la tuberculosis pulmonar en España, Barcelona, Edit. Masson, 2019.

Castro Zamora ED, Directrices para la atención adecuada de pacientes con tuberculosis pulmonar en el municipio de la Paz, Vol. 1. La Paz-Bolivia, Editorial Sagitario, marzo 2018.

Cavides M, Batero R, Sagarnaga G, Silva M, “Situación de salud, Políticas y estrategias de desarrollo de los recursos de humanos en salud”. Ministerio de Salud y Previsión Social. La Paz – Bolivia 2020.

Del Granado Monasterios G, “Antecedentes históricos contra la tuberculosis en Bolivia. Plan Quinquenal 1999-2004”, Vol. 4 La Paz-Bolivia Edit. Min. Salud. Pag.10-11

Enarson DA, Rieder A, Arnodottir T, Trébuq A, “Guía de tuberculosis para los países de escasos recursos económicos”. Cuarta Ed. Paris Francia. Septiembre 2017.

Ferrer Kerschbaum A, Toro J, Jaude J, Muños M,y Espinoza A. “Adherencia al tratamiento de la tuberculosis del adulto en Santiago de Chile” Vol. 5. Edit. Off Sanit Panam. 2019.

Lima Enríquez, MR, Factores de riesgo e importancia de la nutrición en la prevención de la tuberculosis Vol.2 Cochabamba, Edit. Cosmos, 2018.

Sossa Rivas OA, “Epidemiología de la tuberculosis”. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Módulo 1. Edit. Sagitario. La Paz Bolivia. noviembre de 2021.

Zambranes Benenson JH, “Manual para el control de las enfermedades transmisibles”, Vol 2. Ed. OPS Washington 2017.

11. ANEXOS (ENCUESTAS, CONSENTIMIENTO INFORMADO, IMÁGENES)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio de investigación (monografía) tiene como finalidad conocer la adherencia al tratamiento y prácticas de autocuidado en pacientes con tuberculosis pulmonar de pacientes que asisten al Centro de Salud la Unidad Fauvel en los meses de enero a marzo de 2022.

En ningún momento se publicaran los nombres o información personalizada de los entrevistados, solo se lo hará de forma generalizada protegiendo la identidad de cada persona encuestada

Firma del encuestador (a)

Firma del encuestado (a)

Usted se lava las manos después de toser y de ir al baño y además abre las ventanas de su habitación durante el día





Seguimiento a pacientes con TBP que por algún motivo no asistieron al centro de salud a la toma diaria de medicamento



24-03-22 día mundial de la TB (feria educativa)

