



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
DISMINUYENDO LA TUBERCULOSIS SENSIBLE EN
LAS FAMILIAS DE LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO
DE SALUD PALMIRA - INDEPENDENCIA, 2020
TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR Y
COMUNITARIA**

AUTORA:

RIMARI GUERE, SUSY EMPERATRIZ

ORCID: 0000-0001-7411-5474

ASESORA:

PALACIOS CARRANZA, ELSA LIDIA

ORCID: 0000-0003-2628-0824

HUARAZ – PERÚ

2020

EQUIPO DE TRABAJO

AUTORA:

Rimari Guere, Susy Emperatriz

ORCID: 0000-0001-7411-5474.

**Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Estudiante de
Segunda especialidad Huaraz, Perú.**

ASESORA:

Palacios Carranza, Elsa Lidia

ORCID: 0000-0003-2628-0824

**Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad de
Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería
Huaraz, Perú.**

JURADO

Charcape Benites, Susana Valentina

ORCID: 0000-0002-1978-3418

Cano Mejía, Alejandro Alberto

ORCID: 0000-0002-9166-7358

Molina Popayán, Libertad Yovana

ORCID: 0000-0003-3646-909x

**JURADO EVALUADOR DE TRABAJO ACADEMICO Y
ASESORA**

**Ms. SUSANA VALENTINA CHARCAPE BENITES
PRESIDENTA**

**Mgtr. ALEJANDRO ALBERTO CANO MEJIA
MIEMBRO**

**Mgtr. LIBERTAD YOVANA MOLINA POPAYÁN
MIEMBRO**

**Mgtr. ELSA LIDA PALACIOS CARRANZA
ASESORA**

AGRADECIMIENTO

A Dios y a la Virgen por haber sido el
eje y la guía a lo largo de mi vida,
apoyándome en los momentos más
difíciles, siendo mi fortaleza en vida
ayudándome a lograr el éxito.

A mi familia, esposo e hijos por su
apoyo incondicional brindándome
su paciencia y amor, ayudándome a
la culminación del presente trabajo
académico.

A mis padres y hermanas por ser mi
mayor apoyo incondicional a lo largo de
mi vida y por su infinito amor.

A la Mgtr. ELSA CARRANZA
PALACIOS, por sus conocimientos,
guía, orientación durante la asesoría
del presente trabajo

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote por brindarme docentes calificados y permitir que mi persona logre el término en cuanto a la especialización en Salud Familiar y Comunitaria

Dedico este trabajo a todos los docentes de la especialidad en Salud Familiar y Comunitaria, quienes me inculcaron sus conocimientos y experiencias en mi formación como enfermera especialista para contribuir de manera directa en la mejora de la salud familiar y comunitaria.

También dedico este trabajo a mis compañeros de aula quienes en base a sacrificio y dedicación logramos terminar con éxito esta etapa de superación profesional.

A mi equipo de trabajo de salud, para que este trabajo académico sirva de modelo y para la intervención oportuna, logrando resultados positivos en la mejora de la salud de los trabajadores de salud y por ende a la población.

La autora

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
I. PRESENTACION.....	1
II. HOJA RESUMEN	3
2. 1. Título del trabajo académico.....	3
2.2: Localización (Distrito, Provincia, departamento, región).....	3
2.3. Población beneficiaria.....	3
2.4. Institución(es) que lo presentan.....	3
2.5. Duración del trabajo académico.....	3
2.6. Costo total o aporte solicitado/aporte propio.....	3
2.7. Resumen del trabajo académico	4
III. JUSTIFICACION.....	5
IV. OBJETIVOS.....	34
V. METAS	34
VI. METODOLOGIA.....	35
6.1. Líneas de acción y/o estrategias de intervención.....	35
6.2. Sostenibilidad del trabajo académico.....	39
VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	40
VIII. RECURSOS REQUERIDOS	48
IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES.....	50
X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES.....	54
XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES.....	54
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	55
ANEXOS.....	61

I. PRESENTACIÓN

La tuberculosis es una enfermedad transmisible que constituye una importante causa de morbilidad. Es considerada una de las 10 primeras causas de mortalidad del mundo y la principal debida a un solo agente infeccioso (por encima del VIH/sida). Está es provocada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, que se propaga cuando las personas infectadas expulsan bacterias al aire, por ejemplo, al toser o estornudar.

Generalmente afecta a los pulmones (tuberculosis pulmonar), pero también puede afectar a otros órganos (tuberculosis extra pulmonar); sin embargo, con el diagnóstico oportuno y tratamiento con antibióticos de primera línea durante seis meses, la mayoría de las personas enfermas de tuberculosis pueden curarse y la transmisión de la infección puede frenarse.

La tuberculosis (TB) es la primera causa de muerte por un agente infeccioso en el mundo. La incidencia en la población viene disminuyendo muy lentamente y la resistencia a los medicamentos es actualmente considerada como una crisis internacional. En el Perú, la Ley de Prevención y Control de la TB (Ley 30287), declara de interés nacional la lucha contra la TB. En los últimos años, la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT) del Ministerio de Salud (MINSA), ha obtenido avances significativos en el control de esta enfermedad; sin embargo, aún persisten desafíos que deben ser abordados.

En el contexto de la problemática, la tuberculosis es una prioridad sanitaria nacional, por lo que se tiene que trabajar con un enfoque multisectorial e interinstitucional; que permita el abordaje integral y

multifactorial, en un contexto de Alianzas Estratégicas, para el control, reducción y prevención de esta enfermedad, a través de una movilización nacional de recursos orientados a acciones de alto impacto y concertada entre los diferentes actores sociales e instituciones teniendo en cuenta el costo- efectividad de alta rentabilidad económica y social (2).

En el Perú, la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de TB se constituye en instrumento articulador de la respuesta socio sanitaria del país, que permite ver este problema no solamente desde el aspecto tradicional biomédico, sino que también incluye nuevas perspectivas de abordaje social, económico, cultural, geopolítico, ético y de respeto a los derechos humanos de las personas afectadas por la tuberculosis en un contexto de ciudadanía en salud, contribuyendo a enfrentar las determinantes.

Dentro de este argumento, en el actual trabajo académico titulado “Disminuyendo la tuberculosis sensible en las familias de la jurisdicción del Centro de Salud Palmira – Independencia, 2020” encontraremos como abordar el tema partiendo desde el planteamiento de la problemática, justificación, objetivos, metas metodología para lograr la disminución de casos de tuberculosis sensible en la jurisdicción del Centro de Salud Palmira.

II. HOJA RESUMEN

2.1. TÍTULO DEL TRABAJO ACADÉMICO:

Disminuyendo la Tuberculosis sensible en las familias de la jurisdicción del Centro de Salud Palmira - Independencia, 2020.

2.2. LOCALIZACIÓN:

Distrito : Independencia

Provincia : Huaraz

Departamento : Ancash

Región : Ancash

2.3. POBLACIÓN BENEFICIARIA:

- POBLACION DIRECTA: 5700 familias de la Jurisdicción del Centro de Salud Palmira, focalizado en 35 familias con total de 175 personas.
- POBLACION INDIRECTA: Profesionales de la salud, agentes comunitarios y la comunidad.

2.4. INSTITUCIÓN QUE LO PRESENTA:

Centro de Salud de Palmira – Mr. Palmira -Red de Salud Huaylas Sur –
Dirección Regional de Ancash – MINSA

2.5. DURACIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO: 01 año

- Inicio: Enero del 2020.
- Término: Diciembre del 2020.

2.6. COSTO TOTAL: S/. 3.295 nuevos soles

2.7. RESUMEN

El presente trabajo académico se origina debido a la latente problemática del incremento de los casos de tuberculosis sensible en el Centro de Salud Palmira. Son diversos los factores que han desencadenado este fenómeno. Principalmente las cifras de casos de tuberculosis ascendieron debido a la poca sensibilización, además de la ineficiente colaboración de los agentes comunitarios de salud en la captación de sintomáticos respiratorios y su poca vigilancia y seguimiento de los casos debido a factores externos.

El presente trabajo académico, busca disminuir la incidencia de casos de tuberculosis en la jurisdicción del Centro de Salud de Palmira. Principalmente, se identificó como herramienta fundamental la educación sobre la enfermedad para poder lograr dicho objetivo. Se utilizará estrategias que fortalezcan la información que tienen todos los actores que influyen sobre la enfermedad.

Como profesional de enfermería, con este trabajo académico espero aportar herramientas que, según mi observancia y puesto, han hecho que pueda determinar como más idóneas en este constante trabajo por disminuir los casos de tuberculosis en el Centro de Salud Palmira lo que evidentemente tendrá un cambio positivo no solo en las familias de la jurisdicción afectada sino en el grupo social en general.

III. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo académico es importante debido a que aporta en la tarea constante de disminución de casos de tuberculosis sensible en las familias de la jurisdicción del centro de salud Palmira ubicado en el distrito de Independencia, provincia de Huaraz.

El presente trabajo plantea y fundamenta como herramienta esencial la presencia de estrategias para promover la participación activa del personal de salud, agentes comunitarios y la familia del paciente afectado por tuberculosis.

En el Centro de Salud Palmira se cuenta con la infraestructura que permite el funcionamiento de un servicio exclusivo para la atención a los pacientes afectados por tuberculosis. Sin embargo, el problema radica en la carencia de recursos humanos, es decir, no se cuenta con personal exclusivo como enfermas o técnicos de enfermería, que desarrollen funciones correspondientes al servicio en específico. Con relación a los medicamentos necesarios para el tratamiento de esta enfermedad, estos, se encuentran disponibles en cantidades suficientes para la población, lo cual no significa un problema.

La problemática latente entorno a la tuberculosis está relacionado con la historia de la civilización humana. Los factores sociales de la tuberculosis acompañó al hombre desde la prehistoria y constituye durante la edad media, una enfermedad endémica. Se inicia en Inglaterra a finales del siglo XVIII, en Norteamérica en XIX y en Asia, sur África, en el siglo XX donde las tasas de mortalidad por tuberculosis fueron de 700 y 1000 por cada 100000 habitantes.

La tuberculosis (TB) es una de las diez causas principales de muerte en el mundo. En 2018 enfermaron de TB 10 millones de personas, de las cuales 1,5 millones fallecieron a causa de la enfermedad (entre ellas, 251 000 personas con VIH). La TB es la causa principal de muerte de personas VIH-positivas (1).

La incidencia de la TB en el mundo se reduce un 2% al año, aproximadamente. Esa cifra debería aumentar al 4-5% para poder alcanzar las metas de la Estrategia Fin a la TB para 2020. Se estima que entre 2000 y 2018 se salvaron 58 millones de vidas gracias al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis (2).

Hace cinco años, se identificó, en el Perú personas afectadas por TB diagnosticadas y tratadas de manera gratuita por las instituciones del sistema de salud del país: el 73% se atienden en el MINSA, el 19% en la Seguridad Social (ESSALUD), el 7% en el Instituto Nacional Penitenciario (INPE) y el 1% en las Sanidades de la Policía Nacional y las Fuerzas Armadas. La atención privada de la TB es limitada, dada la prohibición de la venta libre de medicamentos anti-TB en el Perú (3).

En el departamento de Ancash, el cual presenta zonas geográficas costa y sierra, fue considerado como el departamento con mayores casos de tuberculosis, según el Centro de Epidemiología, Prevención y control de enfermedades; ya que, en el año 2013, reportó 406 afectados por tuberculosis; en el año 2014, 505; en el año 2016, 610 casos; durante el 2017, 604 casos y en el 2018, 771 (4).

Como se puede observar, es ascendente la aparición de nuevos casos en Ancash comparativamente con otros departamentos el país.

Si nos referimos a los casos nuevos de tuberculosis en el departamento de Ancash, en cuanto a las redes de salud, la Red Pacifico Norte ocupó el primer lugar con casos de tuberculosis con un 60%; la Red Pacifico Sur con un 30%; mientras que, La Red Huaylas Sur con un 10% (3).

En lo que respecta, específicamente, a la Micro red Palmira, según el registro de seguimiento de pacientes con tuberculosis del establecimiento, se reportaron dos casos en el año 2012; en el año 2013, 3 casos; durante el 2014, 3 casos; en el 2015, 6 casos; en el 2016, 3 casos; en el año 2017, 5 casos; durante el 2018, 4 casos; así como en el 2019, 4 casos; mientras que en lo que va del año 2020, se han reportado 2 casos nuevos de tuberculosis y, es importante recalcar, que, afortunadamente, es rescatable, que los casos están continuando su tratamiento previa coordinación telefónica con el personal de salud.

Los hallazgos más antiguos de la afectación humana por tuberculosis fueron descubiertos en momias pertenecientes a la pre dinastía egipcia (3500- 2650 a.C.) y en restos humanos ubicados en Suecia e Italia que datan del período Neolítico. Los paleontólogos describieron en estos restos una serie de lesiones óseas características de una infección crónica por tuberculosis como el colapso vertebral o enfermedad de Pott, lesiones reactivas periosteales y osteomielitis. La aplicación de técnicas biomoleculares en la mayoría de estos tejidos ha posibilitado la recuperación y confirmación del ADN micobacteriano (5).

De igual manera, algunos estudios realizados en tejidos de momias peruanas han sugerido la presencia de tuberculosis en América durante el período precolonial, lo cual representaría uno de los primeros antecedentes de la presencia de la tuberculosis (6).

En 1882, Robert Koch describió el agente etiológico de la tuberculosis (TB) y lo denominó *Bacterium tuberculosis*. El nombre inicial fue sustituido por el de *Mycobacterium tuberculosis* en 1896 por Lehmann y Neumann. El término *Mycobacterium* significa hongo-bacteria, y esta denominación se debe al aspecto de los cultivos, que en ciertos aspectos recuerdan a los de los hongos (7).

El descubrimiento de *M. tuberculosis* causó y sigue causando admiración dadas las características del microorganismo. *M. tuberculosis* es una bacteria que requiere técnicas especiales de tinción y medios de cultivo distintos a los empleados habitualmente en bacteriología. Además, para poder aislarla, y debido a su lento crecimiento, hay que realizar una decontaminación previa de la mayoría de las muestras, con el fin de destruir la flora acompañante que crece más rápidamente (7).

Con la llegada de nuevas técnicas de diagnóstico están siendo descritas nuevas especies de *Mycobacterium* no tuberculosis (MNT), algunas de las cuales están implicadas en la patología humana. Conviene disponer de métodos de identificación rápidos y eficaces, pero, debido a la complejidad de las mismas, el nivel del servicio y la elección de los métodos deben ir en función de la población atendida y de los medios disponibles (7).

La tuberculosis infecta a aproximadamente un tercio de la población mundial y mata a unos 3 millones de personas cada año, lo que hace que este bacilo sea la principal causa de muerte en el mundo. En comparación con cualquier otra enfermedad infecciosa en el mundo actual, la tuberculosis causa más muertes entre los jóvenes y los adultos. El número de muertes que causa excede la suma de la malaria y el SIDA, y el número de mujeres fallecidas a causa de este bacilo excede todas las causas de muerte materna. Mata a un millón de niños cada año (9).

El *Mycobacterium tuberculosis* se transmite por inhalación de gotitas infecciosas, eliminadas al aire por el estornudo de un paciente con tuberculosis, a través de las heces y mediante la orina. La transmisión puede ser indirecta, ya que la micobacteria es muy resistente a la desecación y puede estar por muchos meses en el polvo o en los objetos de uso diario. Las principales puertas de entrada son por el sistema respiratorio, el tejido linfático de la bucofaringe, el intestino y la piel. La vía de contagio más común es la vía respiratoria, le sigue la digestiva y la cutaneomucosa. No hay contagio materno tras placentario (9).

Los pacientes con cavitaciones pulmonares son más infecciosos aún, puesto que su esputo contiene de 1 a 10 millones de bacilos por ml y tosen a menudo. Sin embargo, la piel y las mucosas respiratorias íntegras de las personas sanas son resistentes a la invasión (9).

Para que haya infección, es necesario transportar bacilos hasta los espacios aéreos distales del pulmón, los alvéolos, donde no están supeditados a la purificación mucociliar bronquial. Una vez depositados en los alvéolos, los bacilos están adaptados para penetrar en los macrófagos alveolares que, al depender tanto de sus propiedades genéticas como de su experiencia inmunitaria, son relativamente tolerantes a la proliferación bacilar (9).

Existen otros mecanismos de transmisión como los aerosoles generados por medio de la desbridación o al cambiar las curas de los abscesos cutáneos o de los tejidos blandos infectados por *Mycobacterium tuberculosis*, que son altamente infecciosos. Asimismo, las maniobras inadecuadas en la manipulación de los tejidos durante las necropsias y la inoculación directa en los tejidos blandos a través de

instrumentos contaminados o fragmentos óseos, también transmiten la enfermedad (9).

La tuberculosis se origina debido a diversas causas. Los determinantes sociales logran explicar, desde distintos puntos de análisis, el origen de esta enfermedad.

Los determinantes sociales de la salud (DSS) vienen a ser el conjunto de condiciones sociales en que las personas viven y trabajan (entorno social). En general se han identificado ciertos factores, es decir, aquellas condiciones que generan o refuerzan la estratificación social, como determinantes estructurales de la salud y que; conjuntamente con el contexto socioeconómico y político dan lugar a las inequidades en salud; que se evidencia en la población afectada mediante las condiciones materiales, circunstancias psicosociales, factores conductuales y/o biológicos; y el propio sistema de salud, conocidos como determinantes intermediarios (10).

La mayor parte de los problemas de salud están directamente relacionados con los determinantes sociales. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre el entorno social (10).

Dentro de los determinantes estructurales relacionados con la tuberculosis, se han descrito la presencia de grandes focos de carencias sociales, el crecimiento económico desigual, los altos niveles de migración, la rápida urbanización y el crecimiento demográfico. Estas condiciones dan lugar a distribuciones desiguales de los determinantes sociales, observándose en la población afectada por tuberculosis, mayores porcentajes de malas condiciones ambientales y de vivienda, desnutrición,

desempleo y barreras económicas y, otras condiciones que dificultan el acceso a la atención sanitaria (10).

Estos determinantes sociales están entre los factores de riesgo clave, para el desarrollo de la tuberculosis en sus 4 etapas de patogénesis. Por ejemplo, una alta prevalencia de TB, sumado a una mala ventilación y hacinamiento en los hogares y lugares de trabajo aumentan la probabilidad de que los individuos no infectados estén expuestos a infectarse con TB. La pobreza, la desnutrición, comorbilidades, pueden aumentar la susceptibilidad a la infección, la enfermedad y la gravedad de la enfermedad. Por otro lado, las personas enfermas con TB a menudo se enfrentan a barreras sociales y económicas que retrasan su contacto con el sistema de salud, donde pueden hacerse el diagnóstico y recibir el tratamiento oportuno (10).

Adicionalmente barreras culturales, consumo de alcohol y/o drogas, miedo a la estigmatización, la falta de apoyo social son factores que pueden contribuir a un mal pronóstico, el abandono del tratamiento y complicaciones de la enfermedad, que en muchos casos podrían llegar a la muerte. Por último, debido a la estrecha relación entre el VIH y la tuberculosis en muchos lugares, sobre todo en África, los determinantes estructurales y sociales de la infección por el VIH también actúan como determinantes indirectos del riesgo de TB (10).

La Tuberculosis se clasifica, según la localización anatómica de la enfermedad, en dos tipos:

Por un lado, la tuberculosis pulmonar (TBP) se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de TB, que implica el parénquima pulmonar o el árbol traqueo bronquial. La TB miliar se clasifica como

TBP porque hay lesiones en los pulmones. Por otro lado, La tuberculosis extrapulmonar (TBE) se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de TB que involucra otros órganos que no sean los pulmones, por ejemplo, pleura, ganglios linfáticos, abdomen, tracto genitourinario, piel, articulaciones, huesos y meninges (12).

Los síntomas varían y dependen de la extensión de la enfermedad. El síntoma más habitual de la tuberculosis es la presencia de tos por más de 15 días. Al principio la tos puede ser no productiva, pero si la enfermedad progresa sin tratamiento se convierte en productiva, con expectoración hemoptisis, pero la hemorragia solo se observa en la enfermedad cavitaria extensa (2).

Cuando se afecta el tejido pulmonar próximo a la pleura, aparecerá dolores en el tórax del tipo pleurítico. Ese dolor suele ser agudo y empeora con la respiración profunda o con la tos. Los enfermos víctimas del tipo extenso presentan síntomas sistémicos. Entre estos se tiene fiebre, especialmente si se incrementa en las noches; tos con expulsión de sangre (flema con sangre); pérdida de apetito y baja de peso; sudor durante la noche; dolor de pecho; debilidad y cansancio constante (2).

Cuando el paciente no sigue su tratamiento, suspende en secreto el uso de uno de los medicamentos del médico, la cepa mutante indiscutible se multiplicará, luego el tratamiento fallará y reaparecerá la cepa resistente. Si esto sucede repetidamente, aparecerá una variedad de cepas resistentes a los medicamentos, y estas cepas se extenderán a otras, desarrollando así la tuberculosis original resistente a múltiples medicamentos (9).

El caso típico de tuberculosis se cura con un régimen de isoniazida (INH) y etambutol (EMB) durante 18 meses. Si se agrega rifampicina (RIF) a la isoniazida,

puede durar 9 meses. Reducido a 6 meses desde los primeros meses de agregar pirazinamida (PZA) durante 2 meses (9).

Los principales medicamentos en cualquier régimen son la isoniacida y la rifampicina debido a su excelente actividad bactericida y su baja toxicidad. La pirazinamida se usa para reducir la carga bacteriana más rápidamente, en casos sensibles, este efecto solo se puede lograr dentro de los primeros 2 meses de administración. En los casos en que se desconoce el patrón de sensibilidad y abundan las micobacterias, el etambutol se usa principalmente para prevenir la resistencia a los medicamentos. El médico debe revisar cada caso o sospecha para hacer modificaciones individuales al protocolo (9).

En algunos países, la mayor incidencia de tuberculosis y la aparición de resistencia a los medicamentos se han visto favorecidas por el incumplimiento de los métodos de tratamiento, lo que ha alertado a las personas sobre una enfermedad que casi se olvida en los países desarrollados. La quimioterapia a corto plazo (de 6 a 8 meses) suele ser la opción más efectiva para la quimioterapia de erradicación. Sin embargo, la falta de cumplimiento ayudará a reactivar y aumentar el riesgo de desarrollar resistencia (9).

En un estudio de la OMS que utilizó información de 20,000 pacientes con tuberculosis en 35 países, la encuesta mostró que el 36% de los pacientes que recibieron tratamiento contra la tuberculosis tenían algún tipo de deformación que los hizo resistentes a al menos un medicamento (12).

Se ha demostrado que el 10% de las deformidades en pacientes que nunca han recibido tratamiento para combatir la enfermedad no pueden eliminar la tuberculosis (12).

Desde una perspectiva de salud pública, el tratamiento incompleto de la tuberculosis o la supervisión deficiente del tratamiento pueden causar un daño mayor que la ausencia de tratamiento. La estrategia de tratamiento recomendada por la OMS para la detección y el tratamiento de la tuberculosis se llama DOTS (tratamiento a corto plazo, observado directamente). DOTS contiene 5 elementos: compromiso político, servicios de microscopía, suministro de medicamentos, sistema de monitoreo y observación directa del tratamiento (9).

Algunas personas dicen que la observación directa del tratamiento se debe a que el personal médico, no los pacientes, debe asumir la responsabilidad del tratamiento para garantizar el uso correcto de medicamentos antituberculosos potentes, por lo tanto, los pacientes deben ser observados al ingerir medicamentos, especialmente durante la medicación. En los primeros meses, cuando todavía está gravemente enfermo y en riesgo de desarrollar resistencia. El objetivo del tratamiento es curar al paciente. Con este fin, el personal médico no solo tiene que asumir la responsabilidad de tomar medicamentos, sino que también tiene más responsabilidad (9).

Una vez que se encuentra un caso infeccioso a través de un frotis de esputo positivo utilizando un servicio de microscopía, el personal médico, los trabajadores comunitarios y los voluntarios capacitados deben observar y registrar para asegurarse de que el paciente tome la dosis correcta de medicamentos antituberculosos durante 6 a 8 Meses Los fármacos antituberculosos más utilizados son isoniazida, rifampicina, pirazinamida, estreptomina y etambutol (9).

Después de 2 meses, el examen de esputo se repitió para controlar la condición del paciente, y el examen se realizó nuevamente después del tratamiento. A lo largo

del período, el progreso del paciente se registró mediante un procedimiento de registro e informe (9).

Los pacientes que participan en DOTS se reúnen con trabajadores de la salud varias veces al día o una semana, y ambas partes están de acuerdo. Pueden reunirse en una clínica de tuberculosis, en el hogar, en el lugar de trabajo o en cualquier otro lugar donde el paciente tome medicamentos. Hay otras formas para que el paciente recuerde tomar el medicamento, por ejemplo: tome el medicamento a la misma hora todos los días, pida a sus familiares o amigos que les recuerden tomar el medicamento y escriba los días en el calendario cuando tome el medicamento. O coloque la píldora en un recipiente dispuesto todos los días de la semana, puede ponerla en un bolso, mesita de noche o bolsillo de una prenda de ropa (9).

Pero la mejor manera de recordar tomar el medicamento es participar en el plan de terapia de observación directa, que ayuda al paciente de muchas maneras, porque los trabajadores de salud pueden ayudarlo a recordar tomar el medicamento y completar el tratamiento. Esto significa que se recuperará lo antes posible. Además, el uso de DOTS puede requerir tomar de 2 a 3 veces por semana en lugar de 3 veces por día, y los trabajadores de salud se asegurarán de que el medicamento funcione correctamente y tratarán de encontrar posibles efectos adversos (9).

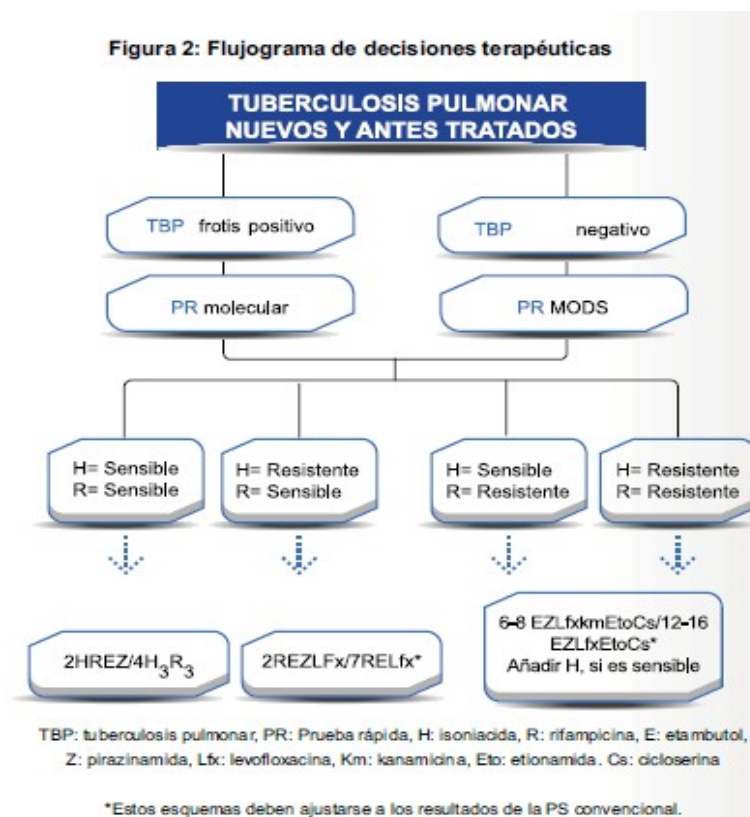
En los años transcurridos desde la introducción de DOTS a nivel mundial, más de 1.7 millones de pacientes con enfermedades infecciosas han recibido un tratamiento DOTS efectivo. En Perú, DOTS ha sido ampliamente utilizado durante más de 5 años, tratando con éxito el 91% de los casos y reduciendo en gran medida el número total de casos (9).

Para poder determinar el tratamiento es necesario tener en cuenta el esquema de tratamiento que establece la Norma Técnica de Salud para la atención Integral de las personas afectadas por tuberculosis.

La administración de los esquemas de tratamiento anti-TB es responsabilidad del personal de salud y es de lunes a sábado, incluido feriados.

El esquema de tratamiento inicial debe ser ratificado o modificado dentro de los 30 días calendario de haberse iniciado, de acuerdo a los resultados de las PS rápidas a isoniacida y rifampicina (13).

Los esquemas de tratamiento antituberculosis, en general, se establecen de acuerdo al perfil de sensibilidad a isoniacida y rifampicina por PS rápida, según el siguiente flujograma de decisiones terapéuticas (FIGURA 2).



Fuente: Norma Técnica de Salud para la atención integral de las personas con Tuberculosis

Si nos referimos, específicamente, al tratamiento de la TB sensible, la nomenclatura del esquema se representa de la siguiente manera.

A.3 Esquema para TB sensible:

La nomenclatura del esquema se representa de la siguiente manera:



Fuente: Norma Técnica de Salud para la atención Integral de las personas afectadas por Tuberculosis

Así mismo, se establece un esquema para adultos y niños que comprende de una primera fase que dura dos meses (HREZ) de medicación diaria (50 dosis); seguida de una segunda fase, por cuatro meses (H3R3), en la cual la medicación será tres veces por semana (54 dosis). En total, la duración del tratamiento comprende seis meses. Las dosis recomendadas se definen en las tablas 5 y 6 de la Norma Técnica de Salud (13).

Tabla 5:

Tabla 5: Dosis de medicamentos antituberculosis de primera línea para personas de 15 años o más

Medicamentos	Primera Fase Diaria		Segunda Fase Tres veces por semana	
	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima diaria	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima por toma
Isoniacida (H)	5 (4-6)	300 mg	10 (8-12)	900 mg
Rifampicina (R)	10 (8-12)	600 mg	10 (8-12)	600 mg
Pirazinamida(Z)	25 (20-30)	2000 mg		
Etambutol (E)	20 (15-25)	1600 mg		

Rango de dosis de medicamentos entre paréntesis.

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

Tanto en la primera fase como en la segunda fase, la dosis máxima no debe exceder lo dispuesto en la tabla 5 antes señalada.

Tabla 6:

Tabla 6: Dosis de medicamentos antituberculosis de primera línea para personas menores de 15 años

Medicamentos	Primera Fase Diaria		Segunda Fase Tres veces por semana	
	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima diaria	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima por toma
Isoniacida (H)	10 (10 -15)	300 mg	10 (10-20)	900 mg
Rifampicina (R)	15 (10-20)	600 mg	15 (10-20)	600 mg
Pirazinamida(Z)	35 (30-40)	1500 mg		
Etambutol (E)	20 (15-25)	1200 mg		

Rango de dosis de medicamentos entre paréntesis.

* Sólo administrar Rifampicina en jarabe, en la presentación autorizada por la DIGEMID, incluida en el PNUME. No se recomienda utilizar soluciones preparadas de manera no industrial.

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

En la primera fase se debe administrar 50 dosis (de lunes a sábado) por dos meses. En la segunda fase, se debe administrar 54 dosis tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes o martes, jueves, sábado) por 4 meses (13).

Esta enfermedad se puede prevenir, pero para lograr tal cometido, es necesario seguir algunas pautas que no solo implican la responsabilidad de la persona, sino que, además, de condiciones que se debe adaptar a la vida de la persona como la aplicación de la vacuna BCG al recién nacido; diagnóstico precoz y tratamiento oportuno a las personas con tuberculosis administrando pastillas de prevención (quimioprofilaxis) a los menores de 19 años que se encuentren en contacto con una persona enferma de tuberculosis (9).

El paciente debe cubrirse la boca con un pañuelo al toser y estornudar, y botar la flema en un papel para desecharlo de inmediato. Además de taparse la boca con el antebrazo al toser, estornudar y hablar; no escupir en el suelo; asegurarse que exista buena ventilación y aire fresco tanto en la vivienda como en el lugar de trabajo. Finalmente será ideal mantener y consumir una alimentación balanceada y respetar sus horarios (9).

Con respecto a su prevención, los Estados Unidos han usado isoniazida (IPT) para quimioterapia preventiva durante 25 años. En el resto del mundo, el factor más importante es la vacunación con Calmette-Guérin (BCG). BCG es una vacuna bacteriana viva, que se prepara con cepas atenuadas de *M. bovis* y puede conferir inmunidad contra la tuberculosis a personas no infectadas. Proporciona el 80% de protección (9).

Algunas personas infectadas con tuberculosis tienen más probabilidades de contraer la enfermedad que otras. Estas personas tienen un alto riesgo de enfermedad, incluyen:

- Personas infectadas con el VIH.
- Personas que tienen contacto cercano con pacientes con TB.
- Personas infectadas con tuberculosis en los últimos dos años.
- Bebés y niños pequeños.
- Personas que se inyectan drogas.
- Personas con otras enfermedades que debilitan el sistema inmunitario.
- Los ancianos.
- Las personas infectadas con tuberculosis y pertenecientes a uno de los grupos de alto riesgo deben tomar medidas preventivas (9).

El medicamento que se usa a menudo para el tratamiento preventivo se llama isoniazida, que puede matar las bacterias de tuberculosis latentes en el cuerpo. Si el paciente toma el medicamento según las indicaciones del médico, el tratamiento preventivo nunca lo hará sufrir de esta enfermedad (9).

Lo ideal es que la mayoría de las personas tome isoniazida durante 9 meses o al menos 6 meses. Los niños y las personas infectadas con el VIH necesitan más tiempo. A veces las personas reciben tratamiento preventivo incluso después de que la prueba de tuberculina no sea positiva. Esto generalmente ocurre en niños y personas infectadas con VIH, y la infección más reciente es en pacientes con tuberculosis. Esto se debe a que pertenecen a un grupo de alto riesgo de esta enfermedad (9).

Las personas infectadas con tuberculosis y que no reciben tratamiento preventivo necesitan saber cuáles son los síntomas de la enfermedad. Si se presentan ciertos síntomas, debe consultar a un médico lo antes posible (9).

Las personas que trabajan o reciben atención médica en estas situaciones tienen un mayor riesgo de contraer tuberculosis; por lo tanto, es necesario desarrollar un plan de control de infecciones de tuberculosis como parte de un plan general de control de infecciones para garantizar lo siguiente: detección rápida de enfermedades infecciosas, prevención de microorganismos en el aire y tratamiento de pacientes con tuberculosis sospechada o confirmada (9).

En todas las instituciones de atención médica, especialmente aquellas con un alto riesgo de exposición a la tuberculosis, se deben establecer estándares y procedimientos para el control de la tuberculosis, y su efectividad debe revisarse y evaluarse periódicamente para determinar las medidas necesarias. El plan de control de infección de tuberculosis debe basarse en medidas de control de tres niveles y debe incluir lo siguiente:

1. El control de gestión es el primer nivel de la jerarquía y el más importante:

Son medidas de gestión cuyo objetivo es reducir el riesgo de exposición a la tuberculosis infecciosa. Estas medidas de control incluyen las siguientes actividades (14):

- Designar a una persona a cargo del control de la infección de tuberculosis en una institución médica
- Evaluar el riesgo de tuberculosis en el medio ambiente; Desarrollar e implementar un plan escrito de control de infecciones de tuberculosis;

- Asegurar la disponibilidad de las pruebas y procesos de laboratorio recomendados y el informe de resultados
- Implementar prácticas de trabajo efectivas para manejar pacientes que pueden tener tuberculosis
- Asegúrese de que el equipo que pueda estar contaminado (como los endoscopios) se limpie, desinfecte o desinfecte adecuadamente
- Educar, capacitar y asesorar al personal médico, pacientes y visitantes sobre infecciones y enfermedades de tuberculosis
- Examinar y evaluar a los trabajadores en riesgo de tuberculosis
- Aplicar principios de prevención basados en la epidemiología, incluido el uso de datos para controlar las infecciones de tuberculosis relacionadas con el medio ambiente
- Utilice carteles y lemas para recordar a los pacientes y al personal que tosen (se tapen la boca) y las medidas de higiene respiratoria
- Coordinar el trabajo entre el departamento de salud local o estatal y las áreas de alto riesgo, proporcionar servicios médicos en áreas de alto riesgo y donde las personas se reúnen (14).

2. Control ambiental: El segundo nivel de la jerarquía es el uso de controles ambientales para prevenir la difusión y reducir la concentración de núcleos de gotitas infecciosas. Esto incluye dos tipos de control ambiental (14).

- Las principales medidas de control ambiental son controlar la fuente de infección mediante el uso de equipos locales de ventilación por extracción (por ejemplo, campanas de extracción, carpas o cabañas), y reducir la

concentración de aire contaminado y eliminar el aire contaminado mediante los siguientes métodos: ventilación general.

- El control ambiental secundario incluye el control del flujo de aire para evitar la contaminación del aire en el área cercana a la sala de aislamiento y para evitar las fuentes de contaminación en el aire. También incluyen el uso de filtros de partículas de aire de alta eficiencia (HEPA) o radiación de esterilización ultravioleta para limpiar el aire (14).

3. Uso de equipo de protección respiratoria: El tercer nivel de la jerarquía es el uso de controles de protección respiratoria. Esto incluye el uso de equipo de protección personal cuando se expone a altos riesgos de tuberculosis. El uso de equipo de protección respiratoria puede reducir aún más el riesgo de que el personal médico se exponga a núcleos de gotitas infecciosas que los pacientes con tuberculosis infecciosa han descargado al aire. Para reducir el riesgo de exposición, se pueden tomar las siguientes medidas (14):

- Implementar un plan de protección respiratoria;
- Capacitación de protección respiratoria para el personal de salud
- La importancia de educar a los pacientes sobre higiene respiratoria y buenos hábitos (14).

Para el caso de la tuberculosis los trabajadores de salud necesitan mejorar el entendimiento de los aspectos de género y sociales del control de la tuberculosis particularmente aspectos que influyen en la probabilidad para lograr la equidad en el diagnóstico y la cura. La corresponsabilidad con otros actores sociales, resalta la necesidad de un trabajo intersectorial e interdisciplinario.

La profesión de enfermería no está ajena a esta intención, pues es parte de su filosofía el contribuir con el nivel adecuado y calidad de vida de la persona sujeto de atención, específicamente, en el caso de la tuberculosis, la enfermera desempeña un rol crucial en los programas de control (15).

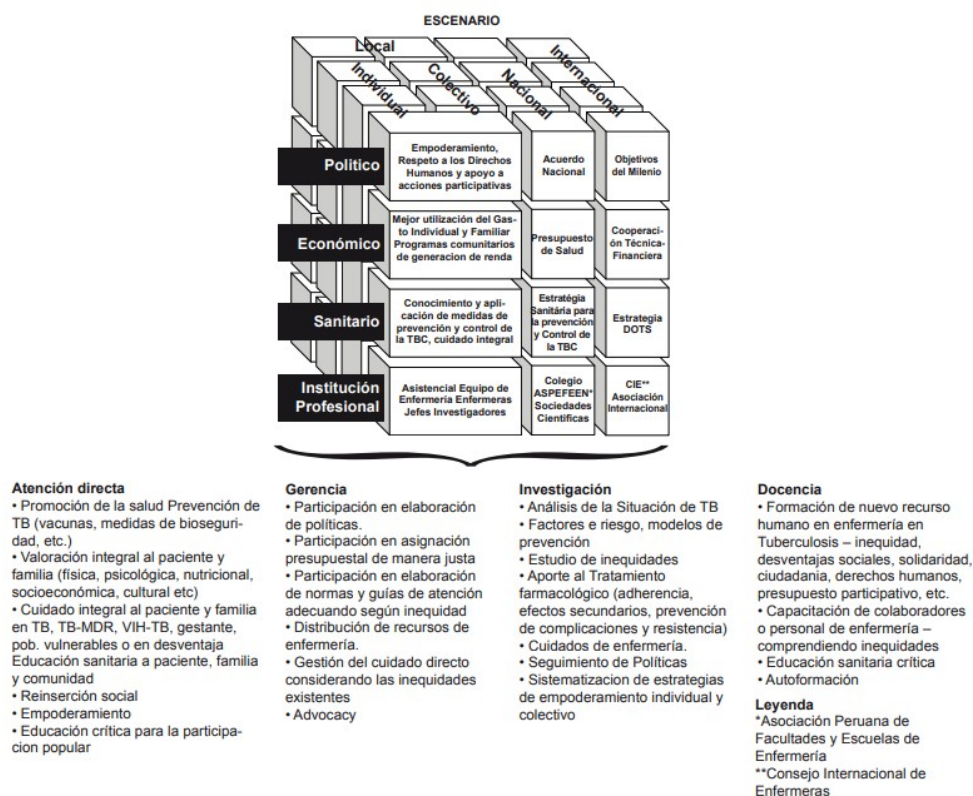
En tal sentido, las acciones existentes deben ser integrales y reducir de manera radical la tuberculosis desde el control de la pobreza. Más aún, estas intervenciones deberían ser entendidas y ejecutadas con esa visión por los profesionales involucrados hasta el nivel operativo (15).

Una de las cuestiones básicas a nivel local para la enfermería es valorar y promover la participación de la comunidad, en los programas de control de la calidad de atención de salud, especialmente en los programas de enfermería (15).

La información es una herramienta fundamental para capacitar al usuario, a fin de que pueda participar como elemento activo en el control social del sector. Por ello es necesario considerar como estrategia de acción, el informar acerca de quién es la enfermera, cuál es su actividad, qué capacidad de liderazgo posee, cuál es su valor dentro de la sociedad (15).

En el esquema 1, se proponen los niveles de intervención en donde puede participar la enfermera desde los planteamientos políticos hasta los operativos, desde el nivel local hasta el internacional y así como en las organizaciones competentes (15).

Una lectura ascendente del esquema explica los diferentes escenarios en que se desempeña el profesional de enfermería, estos van a nivel local desde la atención directa hasta el nivel internacional donde pueda alcanzar objetivos relacionados con políticas y manejo de los problemas de salud (15).



Esquema 1 tomado de la fuente (15)

En este sentido, es necesario señalar que, si un aspecto relacionado con la pobreza es el trabajo, debido a su impacto en los ingresos del hogar, la participación de las enfermeras debe ser a través de la promoción o medios políticos técnicos del Ministerio de Trabajo o del gobierno. La localización se logra mediante la instalación de planes de trabajo paralelos para pacientes con tuberculosis. En otras palabras, se puede considerar que la estrategia incluye proporcionar oportunidades de trabajo para quienes más necesitan porque no todos están experimentando este fenómeno (15).

La inclusión de pacientes en la estrategia debe incluir una evaluación integral dirigida por enfermeras, que incluya una evaluación socioeconómica rigurosa por parte de profesionales competentes, de modo que haya dos o tres variantes de la estrategia, una para personas crónicamente pobres y los

desempleados, para los pobres que han trabajado recientemente, otra posibilidad es para aquellos que están integrados en la sociedad. Actualmente, esta evaluación no se considera en la evaluación integral y por lo general, la evaluación de los profesionales de enfermería se centra en cuestiones físicas, biológicas o médicas.

En el plan de relaciones entre la sociedad civil y el estado, para formular políticas públicas más consistentes dirigidas a abordar las desigualdades, las acciones políticas de las enfermeras deben apuntar a fortalecer la rendición de cuentas, es decir, controlar de manera efectiva a toda la sociedad, incluidos los más pobres. La transparencia en la información sanitaria, económica y política es el primer paso, y el apoyo a varios mecanismos de representación y participación política (como comunidades, sindicatos y comités profesionales) (15).

Hasta cierto punto, las enfermeras en este rol a nivel de atención médica han establecido su primer contacto con los recién nacidos mediante el uso de la vacuna BCG. Este comportamiento significa una oportunidad para determinar algún tipo de contacto con TB en la familia a través de los padres. Si la evaluación es positiva por primera vez, se dice que la familia es positiva para los pacientes con tuberculosis; se debe completar la evaluación e identificación de la familia, y también se debe evaluar el estado nutricional, los hábitos alimenticios, el estilo de vida y el estado socioeconómico. Estos datos y otros datos pueden proporcionar una base para la identificación y clasificación del nivel socioeconómico. Estas familias se encontraron donde había o al menos un caso de TB, lo que puede afectar los determinantes de salud de otros miembros de la familia (15).

Esta identificación oportuna puede permitir el establecimiento de indicadores para evaluar el nivel de pobreza, lo que a su vez ayudará a gestionar

mejor la situación económica y política, ya que es posible reasignar mano de obra, logística y recursos económicos según sea necesario. En otra área, una vez más, en la evaluación integral de los pacientes, a menudo se observa el problema especial de la importante proporción de madres a hijos. Este hallazgo es particularmente prominente porque, aunque la madre tiene problemas de salud, todavía muestra gran interés por el niño. Esta actitud es homogénea entre los residentes en diferentes áreas geográficas y no tiene nada que ver con la educación o incluso el idioma. Puede aprovechar esta oportunidad para promover la educación para la salud e incluso replicarla en la comunidad (15).

El asesoramiento entre pares ha logrado resultados notables; por ejemplo, se ha observado que cuando los adolescentes entrenados en sexo responsable y métodos anticonceptivos brindan asesoramiento a otro adolescente, pueden obtener mejores resultados que el asesoramiento de profesionales de la salud. Por lo tanto, se recomienda consultar con la madre del paciente: la persona que completó el tratamiento y la persona que lo abandonó para capturar casos sospechosos a través de ellos, brindarles educación sobre la salud y salvar posibles abandonos; esta medida también se puede ampliar en la comunidad (15).

Por lo tanto, la experiencia positiva obtenida al entrenar sujetos enfermos es repetible y puede afectar estos resultados. Del mismo modo, la red de ayuda que existe en ciertos problemas de salud crónicos no solo puede restaurar la salud de las personas afectadas, sino también restaurar sus emociones. Por otro lado, puede mostrar, por ejemplo, que un paciente socialmente integrado puede tener los recursos para comprar los alimentos necesarios para mantener una nutrición adecuada, pero realmente no sabe cuáles son estos alimentos, lo que significa que solo necesita

conocer el alimento real nutritivo, y más; es posible que no necesite apoyo alimentario (15).

Además de proporcionar solo información, las enfermeras también deben llevar a cabo un proceso educativo clave para alentarlas a desarrollar una conciencia de salud más amplia, buscar socavar los estándares culturales, tener una visión hegemónica y valorar los estándares culturales para redirigir hábitos que no favorecen al tratamiento como el alcohol, la comida rápida y la baja conciencia de su propia salud (15).

Desde un punto de vista justo, también es necesario considerar los macrodeterminantes de la clase social que influyen y restringen la forma de educación, factores que plantean desafíos no solo desde una perspectiva profesional, sino también para una fuerza laboral con ética profesional. Importante papel social (15).

Finalmente, estas variantes deben incluir una evaluación completa del estado nutricional del paciente y explicarle con precisión qué nutrientes se necesitan y en qué alimentos se pueden encontrar para restablecer el equilibrio perdido. Muchos pacientes tienen reacciones gastrointestinales debido a una sobredosis. En este caso, la comida debe seleccionarse junto con el paciente para una educación relevante, de modo que pueda responder al tratamiento correspondiente y evitar el tratamiento que agrava las reacciones adversas. Esto no solo ayuda a fortalecer la nutrición del individuo, sino que también reduce la posibilidad de ser abandonado debido al rechazo del tratamiento (15).

Este trabajo ha basado su sustento en la teoría que presenta Dorothea E. Orem llamada déficit de autocuidado como una teoría general. La cual está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: (i) Teoría de autocuidado, (ii) teoría del déficit autocuidado y la (iii) teoría de los sistemas de Enfermería. Cuyo objetivo es fundamentar la aplicación de la teoría de Dorothea E. Orem en el entorno de la gestión del cuidado. En síntesis, esta teoría ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto a personas enfermas, como personas que están tomando decisiones sobre su salud y personas sana que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud (16).

La teoría que plantea Dorothea E. Orem refuerza la idea de que la principal herramienta para la lucha contra la tuberculosis es el autocuidado del cual tiene que ser consciente el paciente afectado con tuberculosis. Este autocuidado no podría realizarse si el paciente no fuera consciente de lo que implica dicha enfermedad. Por tal motivo, el personal de salud será el canal de información. El mismo que aportara conocimientos, cuidados, los cuales serán transmitidos al paciente. Es por tal, que se establece como elementos primordiales la educación e información acerca de la enfermedad, así como los cuidados que implica la misma.

En síntesis, se puede afirmar que esta teoría refuerza la participación del personal de salud como responsable de acciones con la finalidad de promocionar la salud. Aquí el rol importante de la enfermera consiste en ayudar a responsabilizarse de su autocuidado, con un entorno favorable para cumplirse una vida saludable. (16)

Fundamentalmente este trabajo se enmarca en el derecho a la salud que toda persona goza, el cual está reconocido en la Constitución Política del Perú como un

derecho fundamental y constitucional; ya que se busca que la persona pueda ejercer plenamente este derecho. Así mismo no solo se busca prevenirla sino también su absoluta recuperación. Así mismo, gran fundamento aporta:

- ❖ Ley N° 26842, Ley General de Salud (17).
- ❖ Ley 30287, Ley de Control y Prevención de la Tuberculosis en el Perú, declara de interés nacional la lucha contra la TB en el país, logrando, de esta forma, que el control de la TB sea una política de Estado, independiente a los gobiernos de turno (18).
- ❖ Reglamento de la Ley N° 30287 (Decreto Supremo 021-2016) (19)
- ❖ Ley 27657, Ley del Ministerio de Salud (20).
- ❖ Resolución Ministerial N° 402-2006/MINSA, que aprobó el documento Técnico Programa de Familias y Viviendas Saludables (21).
- ❖ Resolución Ministerial N° 277-2005/MINSA, que aprobó el programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas (22).

Díaz M (23), en Colombia 2015, en su trabajo de investigación titulado “Medidas de control de la infección de la tuberculosis en instituciones de salud”, con el objetivo de caracterizar las medidas de control de la infección de la tuberculosis que se aplican en una institución de salud, utilizó la metodología descriptivo transversal, evaluándose a 129 trabajadores de la institución, concluyendo que en la institución donde se llevó a cabo la investigación, se aplica con mayor énfasis las medidas de control personal de la infección de tuberculosis, mientras que es insuficiente la aplicación de las medidas de control administrativo y ambiental.

Rodríguez, A. T., Cazares, C. J., & Ugalde, M. A. C (24), en Ecuador 2017 realizó la investigación “Caracterización de la tuberculosis sensible en el Ecuador:

una visión epidemiológica a un antiguo y latente problema de salud”. Objetivo fue

Material y métodos: se realizó un estudio descriptivo transversal, en pacientes con diagnóstico de tuberculosis sensible en el Ecuador durante el período enero 2009 a diciembre 2013. El universo comprende el 100% de la población afectada por tuberculosis sensible. Los resultados reflejan la necesidad de definir una estrategia para de incrementar el porcentaje de identificación de sintomáticos respiratorios, lo que aumentará el número de casos diagnosticados para aproximarse como país a las estimaciones de la OMS. Adicionalmente deberá fortalecerse la estrategia DOT con el fin de mejorar el éxito terapéutico y reducir los fracasos y abandonos.

Correa V, Farez M. (25), en Guayaquil-Ecuador 2017, en su trabajo titulado “Caracterización epidemiológica de los usuarios con tuberculosis que acuden a un centro de salud de la ciudad de Guayaquil”. Con el objetivo de determinar las características epidemiológicas en usuarios con tuberculosis en un Centro de Salud de la ciudad de Guayaquil, se realizó un estudio descriptivo a 53 usuarios desde octubre del 2016 a febrero del 2017 en el centro de salud sauces, concluyendo que la tuberculosis pulmonar se presentó con mayor frecuencia en usuarios de sexo masculino, mayores de 40 años.

Cortez I. (26), en Huancayo-Perú 2018, realizó su trabajo titulado “Conocimiento y actitud sobre prevención de tuberculosis en personas en convivencia con pacientes con tuberculosis pulmonar en la micro red de salud de concepción 2018” con el objetivo de determinar la relación entre el conocimiento y la actitud sobre prevención de tuberculosis en personas en convivencia con pacientes con tuberculosis pulmonar en la Micro Red de Concepción 2018, el estudio fue básica, nivel descriptivo – correlacional y el diseño fue no experimental y de corte

transversal. Conclusión: la mayoría tienen Actitud Inadecuada: 54,8% tienen Pocos conocimientos a la vez 8,6% tienen Regular conocimiento, de los que tienen Actitud Impropia: 2,2% no tienen Ningún conocimiento a la vez 25,8% tienen Pocos conocimientos.

García D (27), en Lima-Perú 2019. realizó su trabajo titulado “Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar sensible atendidos en establecimientos de salud del distrito de san Martín de Porres – 2019” con el objetivo de determinar la funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar sensible, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal a una población de 189 pacientes con tuberculosis pulmonar sensible, concluyendo que los pacientes con tuberculosis perciben disfuncionalidad familiar en todas sus dimensiones y no son adherentes al tratamiento.

Zicela M. (28), en Santa - Ancash, realizó su trabajo titulado “Disminuyendo la tuberculosis en la jurisdicción del Centro de Salud de Santa – Ancash, 2018” con el objetivo de disminuir los casos de tuberculosis en la jurisdicción del Centro de Santa. Utilizó la metodología basada en el uso de las estrategias, educación, capacitación y gestión para involucrarlas en las diferentes etapas del proyecto. Conclusión: La prevención y tratamiento de la tuberculosis están en función a la participación activa y responsable de la familia, comunidad y paciente tornándose familias saludables.

Garcia, R. (29), en La Victoria – Huarney, realizó su trabajo titulado “Disminuyendo la tuberculosis en la comunidad del puesto de salud La Victoria – Huarney 2019” con el objetivo de disminuir los casos de tuberculosis en el Puesto de Salud La Victoria. Utilizó la metodología de líneas de acción: educación, capacitación, gestión, prevención y promoción, sensibilización, las cuales buscan que todos los

involucrados de la enfermedad participen activamente durante el proceso del tratamiento.

Conclusión: El conocimiento de la enfermedad permite la sensibilización ante la misma, la cual crea conciencia y genera cambios de hábitos con la meta de ser una familia saludable.

Por todo lo sustentado y desde mi labor de enfermera en un establecimiento de salud con nivel 1.3 , el cual, según Norma Técnica 021- MINSA/V03 “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”, establece como una de sus funciones la Promoción de la Salud, se justifica la realización de actividades de creación y protección de entornos saludables, fomento de estilos de vida saludables, facilitando la reintegración a la sociedad a las personas afectadas por tuberculosis: además, de la promoción y desarrollo de una ciudadanía activa y responsable de su salud,

El presente trabajo académico, en relación a la importancia del aspecto educativo, en la prevención y control de tuberculosis sensible, visibiliza su gran importancia, ya que aporta a la adopción de nuevas estrategias lo cual contribuye, de esta manera, en el conocimiento de la enfermedad y las medidas preventivas ideales que deben acoger las familias afectadas y en riesgo, para lograr así disminuir la incidencia de tuberculosis en la jurisdicción del Centro de Salud Palmira.

La concretización de esta labor, beneficiará, no solo a los, perjudicados por la enfermedad sino será extensivo tanto a sus familias como a la comunidad, a la cual pertenecen.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Disminuir la tuberculosis sensible en las familias de la jurisdicción del Centro de Salud Palmira.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Sensibilizar al personal de salud sobre las medidas preventivas de tuberculosis.
- Asistir oportunamente a los pacientes para el diagnóstico de tuberculosis.
- Incrementar la participación de los agentes comunitarios en las actividades sanitarias de tuberculosis.

V. METAS

1. 85% menos de casos de tuberculosis sensible.
2. 90% de personal sensibilizado sobre las medidas preventivas de tuberculosis
3. 90% de la población de la jurisdicción acuda al establecimiento de salud para el diagnóstico de tuberculosis.
4. 90% de agentes comunitarios participen en las actividades sanitarias de tuberculosis.

VI. METODOLOGÍA

6.1. Líneas de acción y/o estrategias de intervención

Las estrategias para el presente trabajo académico son:

A. INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN:

A través de las estrategias de información, educación y comunicación en salud, se busca promover en las personas la capacidad de obtener, procesar y entender la información básica de salud y los servicios necesarios para tomar decisiones apropiadas. Por un lado, en el enfoque preventivo la IEC permitirá conocer cuáles son las adecuadas medidas sanitarias como higiene estricta en casa, conocer la relevancia de la buena ventilación e iluminación; además del uso de mascarilla durante el periodo de contagio; así como de la importancia de cubrirse la boca y nariz al toser, estornudar o hablar (30).

La Información Educación y Comunicación no se realizaba debido a la alta demanda de pacientes y el recurso humano restringido en el área, dado que la enfermera responsable de Tuberculosis, cumple también otras actividades como son las de Control y crecimiento y Desarrollo, Vigilancia Epidemiológica y a su vez está programada en el servicio de Emergencia.

ACTIVIDADES:

B2.-Educación sanitaria a los usuarios para el recojo de las muestras en óptimas condiciones

- ❖ Coordinación con el área de Promoción de la salud para la indicación a los sectoristas

- ❖ Comunicar a todo el personal de salud de las actividades programadas para la captación extra e intramural.
- ❖ Generar memorándum para captación de sintomático respiratorio.

B. SENSIBILIZACIÓN:

La sensibilización es la Concienciación e influencia sobre una persona para que recapacite y perciba el valor o la importancia de algo. Consiste en motivar la participación y el compromiso de las autoridades locales y de la población, en las acciones de promoción de la salud, a fin de contribuir a la mejora de su calidad de vida. (31).

En cuanto a la sensibilización el personal de salud no se encuentra poco sensibilizado en la captación de Sintomático Respiratorios, a la vez que el servicio no cuenta con personal exclusivo para las capacitaciones en el servicio de enfermería

ACTIVIDADES:

A1.-Taller de sensibilización al personal de salud sobre la oportuna captación del sintomático respiratorio para el diagnóstico y tratamiento precoz de la tuberculosis

- ❖ Coordinación con el responsable de la Microred para la ejecución de la actividad para emitir los memorándums de capacitación.
- ❖ Coordinar con el personal de salud quien va a sensibilizar

B1.- Taller de sensibilización a las familias sobre las medidas preventivas de la tuberculosis:

- ❖ Realizar coordinaciones con el responsable de promoción de la salud

- ❖ Determinar qué población en específico recibirá el taller (focalizado)
- ❖ Establecer metas que se quieren lograr con el taller.

C.1.- Taller de sensibilización a los agentes comunitarios de salud sobre las medidas de prevención de la tuberculosis

- ❖ Coordinación con el jefe del establecimiento de salud para emitir memorándums para distribuir a cada sectorista y este haga llegar a los agentes comunitarios.
- ❖ Coordinación con el responsable de Promoción de la Salud.
- ❖ Realizar acuerdos y compromisos con los participantes del evento.

C. GESTIÓN:

Gestión en Salud representa una síntesis de métodos y estrategias para facilitar el trabajo en los diferentes niveles y categorías de servicios que componen el Sector Salud para la promoción, prevención y recuperación de la salud. Está conformado por un conjunto de herramientas de gestión organizadas para satisfacer las necesidades de diferentes grupos de usuarios (hacedores de política, gestores de servicios de salud, gestores locales, implementadores, personal de salud, docentes, alumnos, etc.). Estas herramientas permiten mejorar la gestión de servicios de salud y la gestión local desde la familia y la comunidad, además de complementar la formación de los estudiantes de ciencias de la salud, en pre y post grado (23).

En el Centro de Salud Palmira se requiere hacer Gestión a nivel de la Municipalidad distrital de independencia, a la Red de Salud Huaylas Sur entre otros. Para solicitar algún estímulo o reconocimiento a los agentes

comunitarios de Salud, valorando de este modo el trabajo realizado y muchas veces, no reconocido.

ACTIVIDAD:

C.2.-Estímulos de reconocimiento por el compromiso y cumplimiento de las actividades preventivas de salud

- ❖ Coordinación con la municipalidad de Independencia
- ❖ Coordinación con la Red de Salud Huaylas Sur y otras instituciones.
- ❖ Coordinación con el personal de Salud para el apoyo con algunos presentes.

D. CAPACITACIÓN:

Se trata de proporcionar conocimientos en los aspectos técnicos de trabajo, fomentando e incrementando los conocimientos y habilidades necesarias para desempeñar su labor mediante un proceso de enseñanza – aprendizaje bien planificado. Las capacitaciones al personal de salud representan una asertiva idea que genera un cambio de actitud positiva; ya que genera habilidades y destrezas en un corto tiempo. Lo cual evidencia un aumento en la productiva de atención (20).

En el Centro de Salud Palmira se realizan constantes capacitaciones, pero existe poco interés de parte del personal de salud para asistir a las capacitaciones programadas, por falta de sensibilización y compromiso con la estrategia sanitaria nacional de Tuberculosis.

ACTIVIDAD:

A.2 - Programar a cada personal de salud la captación mensual que debe realizar durante las actividades de acuerdo a las atenciones mensuales

- ❖ Coordinar con la Jefatura de la Microred para emitir un Memorándum para la asistencia de la captación de Sintomático Respiratorio Mensual
- ❖ Coordinar con el personal de salud para la realización de la actividad.
- ❖ Realizar el acta donde firmen los acuerdos y compromisos de la actividad.

6.2. Sostenibilidad del Trabajo Académico

La sostenibilidad del trabajo estará a cargo del equipo de salud que trabaja directamente en el servicio de prevención y control de tuberculosis, con la jefatura de enfermería tiene el compromiso de interrelacionarse. Así como también la jefatura de la Microred Palmira, con la finalidad de impulsar, mantener este trabajo académico en forma sostenible a través del tiempo.

VII. SISTEMA DE MONITOREO Y SUPERVISIÓN MATRIZ DE EVALUACIÓN

JERARQUÍA DE OBJETIVOS	METAS POR CADA NIVEL DE JERARQUIA	INDICADORES DE IMPACTO Y EFECTO	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN
Propósito: Disminución de la Tuberculosis sensible en las familias de la jurisdicción del	85 % de la población disminuye la tuberculosis sensible.	Nº de sintomático respiratorio Identificados / Nº total de la población programada x100	• Sintomático respiratorio, persona con tos y flema con más de 15 días, Población, Nº de habitantes de un determinado lugar.	• Reporte HIS TB Registro de baciloscopia. • Registro de sintomático respiratorio
Resultados A.- Constante sensibilización al personal de salud sobre las medidas preventivas de tuberculosis.	•90% del personal de salud capacitados sobre las medidas preventivas de tuberculosis.	•Nº del personal de salud capacitado sobre las medidas preventivas de tuberculosis/Nº total del personal de salud	• Personal de salud capacitado, persona con conocimientos y habilidades sobre un determinado tema. Personal de salud, persona con acreditación de estudios	• Relación de participantes a la reunión • Libro de actas • Informe HIS

sobre salud,

B.- Pacientes acuden al establecimiento de salud para el diagnóstico de tuberculosis	90% de pacientes acuden al establecimiento de salud para el diagnóstico de la tuberculosis	N° total de pacientes sospechosos de tuberculosis que acuden al establecimiento/ N° total de población programada x 100	Paciente sospechoso, persona con los síntomas y signos de la enfermedad. Población programada, es la población asignada por INEI.	- Registró de baciloscopia - Registro de sintomático respiratorio
C.- Adecuada participación de los agentes de salud en las actividades sanitarias de tuberculosis	90% de los agentes de salud participan en las actividades sanitarias de tuberculosis	N° total de agentes de salud participan en las actividades sanitarias de tuberculosis/ N° total de agentes programados x 100	Agente comunitario, persona que trabaja en forma voluntaria en la comunidad, apoyo y dedicación en problemas de salud. Agentes Programados en cada sector, haciendo un total de 27 personas.	Registro referencias

VII. SISTEMA DE MONITOREO Y SUPERVISIÓN MATRIZ DE EVALUACIÓN

JERARQUÍA DE OBJETIVOS	METAS POR CADA NIVEL DE JERARQUIA	INDICADORES DE IMPACTO Y EFECTO	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN
Propósito: Disminución de la Tuberculosis sensible en las familias de la jurisdicción del	85 % de la población disminuye la tuberculosis sensible.	N° de sintomático respiratorio Identificados / N° total de la población programada x100	- Sintomático Respiratorio, toda persona con tos y flema, más de 15 días - Población, n° de habitantes de un lugar determinado	- Reporte HIS - Registro de baciloscopia - Registro de sintomático respiratorio
Resultados A.- Constante sensibilización al personal de salud sobre las medidas preventivas de tuberculosis	90% del personal de salud capacitados sobre las medidas preventivas de tuberculosis.	N° del personal de salud capacitado sobre las medidas preventivas de tuberculosis/N° total del personal de salud	Personal de salud capacitado, persona con conocimientos y habilidades sobre un determinado tema. Personal de salud, persona con acreditación de estudios sobre salud,	Relación participantes reunión Libro de actas Informe HIS

B.- Pacientes acuden al establecimiento de salud para el diagnóstico de tuberculosis	• 90% de pacientes acuden al establecimiento de salud para el diagnóstico de la tuberculosis	• N° total de pacientes sospechosos de tuberculosis que acuden al establecimiento/ N° total, de población programada x 100 •	• Persona que presenta síntomas o signos, sugestivo de tuberculosis, incluye a los sintomáticos respiratorio. población, número total de habitantes de una zona determinada	• Registró de baciloscopia • Registro de sintomático respiratorio
C.- Adecuada participación de los agentes de salud en las actividades sanitarias de tuberculosis	• 90% de los agentes de salud participan en las actividades sanitarias de tuberculosis	N° total de agentes de salud participan en las actividades sanitarias de tuberculosis/ N° total de agentes programados x 100	• Agentes comunitarios, son aquellas personas reconocidas por su comunidad y que realizan acciones voluntarias por el bien de la salud	• Registro de referencias

MATRIZ DE MONITOREO

RESULTADOS DEL MARCO LÓGICO	ACCIONES ACTIVIDADES	METAS POR CADA ACTIVIDAD	INDICADORES DE PRODUCTO O MONITOREO POR META	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN
A.- Constante sensibilización al personal de salud sobre las medidas preventivas de tuberculosis	A.1.- Taller de sensibilización al personal de salud sobre la oportuna captación del sintomático respiratorio para el diagnóstico y tratamiento precoz de la tuberculosis	•04 talleres de sensibilización al personal de salud sobre la oportuna capacitación del sintomático respiratorio y el tratamiento precoz de la tuberculosis	•Nº de talleres de sensibilización al personal de salud/Nº total programado x100	Taller de sensibilización, es un programa educativo, en el que se crea conciencia, a través de un proceso de varias sesiones	•Registro de asistencia del personal •Reporte HIS
	A.2.- Programar a cada personal de salud la captación mensual que debe realizar durante las actividades de acuerdo a las atenciones mensuales	•08 captaciones de sintomático respiratorio en forma mensual	•Nº total de sintomáticos respiratorio/ Nº total de atenciones mayores de 15 añosx100	• Sintomático respiratorio , persona con tos y flema por más de 15 días	• Indicador trazador •Reporte HIS.

B.- Pacientes acuden al establecimiento de salud para el diagnóstico de tuberculosis	B.1.- Taller de sensibilización a las familias sobre las medidas preventivas de la tuberculosis	•04 taller de sensibilización a las familias sobre medidas preventivas de tuberculosis	• N° de familias sensibilizadas sobre las medidas preventivas de tuberculosis/ N° de familias programadasx100	Familia sensibilizada, son las que valoran su salud y tienen retos de salud	• Relación de participantes taller • Reporte HIS MINSA
	B.2.- Educación sanitaria a los usuarios para el recojo de las muestras en óptimas condiciones	•04 sesión educativa y demostrativa sobre el recojo de muestras en óptimas condiciones	• N° de sesiones educativas y demostrativas en el recojo de optimas muestras/ N° población programada x100	Sesión educativa es una técnica que se utiliza en la enseñanza con personas capacitadas	• Relación de participantes la reunión

	C.1.- Taller de sensibilización a los agentes comunitarios de salud sobre las medidas de prevención de la tuberculosis	• 04 talleres de sensibilización a los agentes comunitarios de salud sobre las medidas preventivas de la tuberculosis	• N° de talleres de sensibilización a los agentes comunitarios de salud sobre las medidas de prevención de la tuberculosis/N° de agentes comunitaria programado x 100	Taller de sensibilización a un programa educativo donde se crea conciencia a través de varias sesiones, Agente comunitario, personas voluntarias que apoyan en las actividades de salud.	• Relación de participantes evento, • Reporte Histórico.
	C.2.- Estímulos de reconocimiento por el compromiso y cumplimiento de las actividades preventivas de salud	• 04 estímulos de reconocimiento por el compromiso y cumplimiento de las actividades preventivas de salud	• N° de estímulos de reconocimiento/N° de estímulos de reconocimientos programado x 100	Reconocimiento, es un sentimiento que agradece un favor o bien recibido	• Resolución

7.1. Beneficios con trabajo académico

- ❖ Disminución de la tasa de morbilidad en la jurisdicción del Centro de Salud Palmira
- ❖ Focalizar familias en riesgo
- ❖ Identificación precoz de la tuberculosis
- ❖ Hacer de conocimiento a la población sobre la Tuberculosis y tomar las medidas de prevención.
- ❖ Incrementar los conocimientos del personal de Salud y los Agentes Comunitarios para un trabajo multidisciplinario.

7.2. Beneficios sin trabajo académico

- ❖ Incremento de la tasa de morbilidad en la jurisdicción del Centro de Salud Palmira
- ❖ No ubicar familias de Riesgo
- ❖ Identificación tardía de la tuberculosis
- ❖ Desconocimiento de la población sobre medidas de prevención de la tuberculosis
- ❖ Desconocimiento del personal de Salud y Agentes comunitarios sobre la tuberculosis y un trabajo individual.

VIII. RECURSOS REQUERIDOS

8.1. Materiales para capacitación de personal de salud y talleres de sensibilización:

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	APORTE PROPIO	APORTE REQUERIDO
1	Libro de Actas	20.00	1	00.00	20.00
2	Papelógrafo	0.50	30	00.00	15.00
3	Papel bond	0.05	1000	00.00	50.00
4	Folder manila	0.50	120	00.00	75.00
5	Plumones grueso	2.0	12	00.00	24.00
6	Equipo multimedia	75.00	6	00.00	450.00
7	Plumón para pizarra acrílica	2.50	6	00.00	15.00
8	Refrigerio	140.00	6	00.00	720.00
9	lapiceros	0.50	200	00.00	100.00
10	Movilidad local	25.00	6	00.00	150.00
11	Agua para ponentes	1.50	12	00.00	18.00
	Sub Total			00.00	2783
	COSTO TOTAL PARA LA CAPACITACION				1637

8.2. Materiales para sesiones educativas dirigidas a agentes comunitarios:

DENOMINACIÓN	CANTIDAD	COSTO UNIT.	COSTO TOTAL
COPIAS PARA DIPTICOS	200	0.30	60.00
REFRIGERIO	150	5.00	750.00
TOTAL			810.00

8.3. Materiales para capacitación del personal de salud:

DENOMINACIÓN	CANTIDAD	COSTO UNIT.	COSTO TOTAL
COPIAS PARA DIPTICOS	160	0.30	48.00
REFRIGERIO	160	5.00	800.00
TOTAL			848.00

RESUMEN DE PRESUPUESTO

DENOMINACIÓN	APORTE REQUERIDO	APORTE PROPIO	COSTO TOTAL
Materiales para capacitación y talleres.	1637.00	00.00	1637.00
Materiales para las sesiones educativas.	810.00	00.00	810.00
Materiales para capacitación al personal de salud	848.00	00.00	848.00
TOTAL			3295.00

IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES PLAN OPERATIVO

N°	ACTIVIDAD	META	RECURSOS		CRONOGRAMA	
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II
1.-	Elaboración de trabajo académico” Aumento de la Tuberculosis sensible en las familias de la jurisdicción del Centro de Salud de Palmira”.	1	Informe	S/. 120.00	X	
2.-	Presentación y exposición de trabajo académico.	1	Informe	S/. 30.00	X	
3.-	Coordinación de jefatura y jefa de enfermera del EE.SS para formar el comité de mejora continua para el apoyo en la ejecución del trabajo académico.	2	Informe	S/.20.00		X
4.-	Ejecución del trabajo académico	3	Informe	S/. 3295.00		
5.-	Evaluación del trabajo académico	1	Informe	S/. 25.00		
6.-	Presentación del trabajo final	1	Informe	S/. 150.00		

OBJETIVO ESPECÍFICO 1º: “Constante sensibilización al personal de salud sobre las medidas p

Nº	ACTIVIDADES	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS	
			DESCRIPCIÓN	COSTO
1.-	Taller de sensibilización al personal de salud sobre la oportuna captación del sintomático respiratorio para el diagnóstico y tratamiento precoz de la tuberculosis	• Coordinación con el Jefe de la Microred para hacerle conocer la actividad a realizar y solicitar su participación. • Convocar al personal de salud para dicho taller. • Registrar en un libro de actas los acuerdos y compromisos del área.	• Gestionar • Coordinación • Plan	S/.84
2.-	Programar a cada personal de salud la captación mensual que debe realizar durante las actividades de acuerdo a las atenciones mensuales	• Coordinación con la jefatura para que emita memorándum de cumplimiento de actividades. • Coordinar con cada sectorista para la identificación y captación de sintomático respiratorios.	• Gestionar	S/.28

OBJETIVO ESPECÍFICO 2º: “Pacientes acuden al establecimiento de salud para el diagnóstico de tuberculosis”

Nº	ACTIVIDADES	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS	
			DESCRIPCIÓN	COSTO
1.-	Taller de sensibilización a las familias sobre las medidas preventivas de la tuberculosis	• Coordinación con la jefatura de la micro red para la realización de dicho evento. • Coordinación con el servicio de promoción de la salud para la realización del taller.	• Plan • Gestionar	1637.00
2.-	Educación sanitaria a los usuarios para el recojo de las muestras en óptimas condiciones	• Orientación a cada usuario para mantener la individualidad del mismo. • Búsqueda de un espacio abierto y ventilado para la toma de esputo.	• Plan • Gestionar	S/.100.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3º: “Adecuada participación de los agentes de salud en las actividades sa

Nº	ACTIVIDADES	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS	
			DESCRIPCIÓN	CO
1.-	Taller de sensibilización a los agentes comunitarios de salud sobre las medidas de prevención de la tuberculosis	• Coordinación con la jefatura del establecimiento de salud. • Coordinación con el responsable de promoción de la salud. • Convocar a los agentes comunitarios	• Gestionar	600
2.-	Estímulos de reconocimiento por el compromiso y cumplimiento de las actividades preventivas de salud	• Coordinar con la responsable del establecimiento de salud. • Coordinar con las autoridades del ministerio de salud, municipalidades , ONG, mineras para el apoyo con estímulos para el profesional de salud en reconocimiento al trabajo realizado.	• Gestionar • Plan	240

X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES

El trabajo académico “Disminuyendo la tuberculosis sensible en las familias de la jurisdicción del centro de salud de Palmira”, estará a cargo de la autora en coordinación con el equipo de gestión de la calidad, jefatura de enfermería, logística, laboratorio, SIS, estadística, para organizar, dirigir, realizar incidencia política. El correcto trabajo conjunto como un gran engranaje lograra que los objetivos se cumplan de manera eficiente.

XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES

Si bien es cierto existe toda una jerarquización interinstitucional, la practica laboral ha demostrado que, únicamente, son dos las instituciones, las cuales brindan su apoyo inmediato y están puestas para poder coordinar esta lucha conjunta en aras de lograr la disminución de casos de tuberculosis. Por un lado, la Red Huaylas Sur aporta con la ayuda logística para la adecuada atención de los pacientes. Por otro lado, la Diresa, como ente rector del Ministerio de Salud, enmarca la normativa relevante para que el personal de salud cumpla con las funciones y ofrezca una atención de calidad humanizada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la tuberculosis 2016. OMS. [en línea]. [citado el 20 de abril de 2020] Disponible en: https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2016_executive_summary_es.pdf
2. Ministerio de Salud-MINSA. Evaluación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control De la Tuberculosis 2006. [en línea]. [citado el 24 de abril de 2020]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESN-tuberculosis/normaspublicaciones/InfEvaluacion2006.pdf>
3. Ministerio de Salud-MINSA. Norma Técnica de Salud para la atención integral de las personas afectadas por Tuberculosis. 2013. [en línea]. [citado el 26 de abril de 2020]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000278cnt-normas-tecnicas-2013-tuberculosis.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial Sobre la Tuberculosis 2017. OMS. [en línea]. [citado el 26 de abril de 2020]. Disponible en : http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_executive_summary_es.pdf
5. Organización Mundial de la Salud. Situación del Control de la Tuberculosis en las Américas 2018. OMS. [en línea]. [citado el 28 de abril de 2020]. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2018-cde-world-tb-day-ppt-sp.pdf>

6. Ministerio de Salud-MINSA. Análisis de la Situación Epidemiológica de la Tuberculosis en el Perú, 2015. [en línea] [citado el 29 de abril de 2020]. Disponible en:
[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/693981DC3C9D9765052580D6005AC863/\\$FILE/1__asistbc.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/693981DC3C9D9765052580D6005AC863/$FILE/1__asistbc.pdf)
7. LEDERMANN D. WALTER. La tuberculosis después del descubrimiento de Koch. Rev. chil. infectol. [en línea]. 2003 [citado el 03 de mayo de 2020]; 20(Suppl): 48-50. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182003020200015&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182003020200015>
8. Congreso de la República. Ley N° 30287 Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú 2015. [Citado el 5 de agosto de 2018]. Disponible en:
http://190.223.45.115/newtb/Archivos/Ley_30287_Ley_TB.pdf
9. Bonilla Asalde Cesar. Situación de la tuberculosis en el Perú: current status. Acta méd. peruana [en línea]. 2008 Jul [citado el 02 de mayo de 2020]; 25(3): 163-170. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172008000300009&lng=es.
10. Ministerio de Salud-MINSA. Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis.2010-2019 [en línea]. [citado el 02 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1751.pdf>

11. Plan para la Prevención y Control de la Tuberculosis en España,]. URL disponible en:
<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/PlanTuberculosis/docs/PlanTB2019.pdf>
12. Rodríguez, A. A. T., Cazares, C. J., & Ugalde, M. A. C. (2017). Caracterización de la tuberculosis sensible en el Ecuador: una visión epidemiológica a un antiguo y latente problema de salud. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 42(1), 128-136.
13. Montas R. F. Tuberculosis Pulmonar. Monografias.com. [en línea]. 2008. [citado el 29 de abril]. URL disponible en:
<https://www.monografias.com/trabajos57/tuberculosis-pulmonar/tuberculosis-pulmonar.shtml>
14. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis. OMS. [en línea]. 2018. [citado el 02 de mayo de 2020]. URL disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
15. Congreso de la República. Ley N° 30287 Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú 2015. [Citado el 25 de abril de 2020]. Disponible en:
http://190.223.45.115/newtb/Archivos/Ley_30287_Ley_TB.pdf
16. Reglamento de la Ley N°30287. Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú. [en línea]. El peruano 2016; 587360-8. [citado el 29 de abril de 2020]. Disponible en:
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/DS_021.pdf

17. Alarcón V. Tuberculosis en el Perú: Situación Epidemiológica, Avances y desafíos para su control. *Revista peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 2016; 34(2): 299-310. [fecha de acceso 26 de abril de 2020]. URL disponible en:
<http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2384/2777>

18. Anduaga-Beramendi, A., Maticorena-Quevedo, J., Beas, R., Chanamé-Baca, D. M., Veramendi, M., Wiegering-Rospigliosi, A. & Suárez-Ognio, L. (2016). Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú. *Acta Médica Peruana*, 33(1), 21-28.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v33n1/a05v33n1.pdf>

19. Villar M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la Prevención. *Acta Med Perú* [en línea]. 2011. [citado el 30 de abril de 2020]; 28(4) URL disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>

20. Paucar R. Factores de riesgo que influyen en la propagación de la tuberculosis pulmonar en el hospital Daniel Alcides Carrión – Huancayo. [Tesis Maestría]. Huancayo-Perú; Repositorio Institucional –UNCP, 2015. URL disponible en <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/UNCP/1362>

21. Huaynates A. Relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados en la estrategia sanitaria control de la tuberculosis del Centro de Salud, "San Luis", [Tesis de Licenciatura.]. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012. URL disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1048/Collazos_fc.pdf?sequence=1&isAllowed=

22. Cusi M. Factores socioculturales que influyen en la incidencia de tuberculosis pulmonar en sintomáticos respiratorios del C.S. San Francisco. [Tesis de licenciatura] Tacna-Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2011 URL disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/218>
23. Díaz M. Medidas de control de la infección de la tuberculosis en instituciones de salud [Tesis de grado] Bogotá-Colombia: Universidad Nacional de Colombia. 2015.
24. Rodríguez, A. A. T., Cazares, C. J., & Ugalde, M. A. C. (2017). Caracterización de la tuberculosis sensible en el Ecuador: una visión epidemiológica a un antiguo y latente problema de salud. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 42(1), 128-136.
25. Correa V, Farez M. Caracterización epidemiológica de los usuarios con tuberculosis que acuden a un centro de salud de la ciudad de Guayaquil. [Tesis de grado]. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. 2017
26. Cortez I. conocimiento y actitud sobre prevención de tuberculosis en personas en convivencia con pacientes con tuberculosis pulmonar en la micro red de salud de concepción 2018. [Tesis de grado]. universidad privada de Huancayo “franklin Roosevelt”. 2018.
27. García D. funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar sensible atendidos en establecimientos de salud del

- distrito de san Martín de Porres – 2019. [Tesis de grado]. Universidad Privada Norvert Wiener. 2019.
28. Díaz Z. “Disminuyendo la tuberculosis en la jurisdicción del centro de salud Santa – Ancash, 2018”. [Tesis de segunda especialidad en Salud Familiar y Comunitaria]. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2019
 29. García R. “Disminuyendo la tuberculosis en la comunidad del puesto de Salud La Victoria . Huarmye. [Tesis de segunda especialidad en Salud Familiar y Comunitaria]. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2019
 30. MINSALUD Estrategias de información, educación y comunicación en salud, incluyente y accesible. Oficina de Promoción Social, BOGOTÁ 2018
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/documento-estrategias-de-iec.pdf>
 31. Diccionario de la real lengua española , México 2005
<https://www.wordreference.com/definicion/sensibilizaci%C3%B3n>
 32. Gestión en Salud. Acerca de gestión de salud. Perú 2020. [en línea]. [citado el 02 de mayo de 2020]. Disponible en:
http://gestionensalud.medicina.unmsm.edu.pe/?page_id=13
 33. Municipalidad de Independencia “Mejoramiento de los servicios deportivos en las localidades Atipayán, Hatun Pongor, Huanchac, Marián, Caururu, 24 de junio, distrito de independencia -Huaraz - Ancash”

ANEXOS

ANEXO 1

EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

El Centro de Salud Palmira se encuentra en el distrito de Independencia, el cual es una zona urbana y peri urbana con problemas de salud diferentes. Además de la existencia en el mismo, no solo de hogares, instituciones educativas, mercados, iglesias; además de un sector en el que se practica hábitos no saludables sea night-clubs, discotecas, bares, etc. Esta situación determinara características particulares en la salud de los pobladores.

Si bien el Centro de Salud Palmira cuenta con una renovada infraestructura, el problema radica en la carencia de recursos humanos, así como en una falta de herramientas que estarían enfocadas en la disminución de casos de tuberculosis.

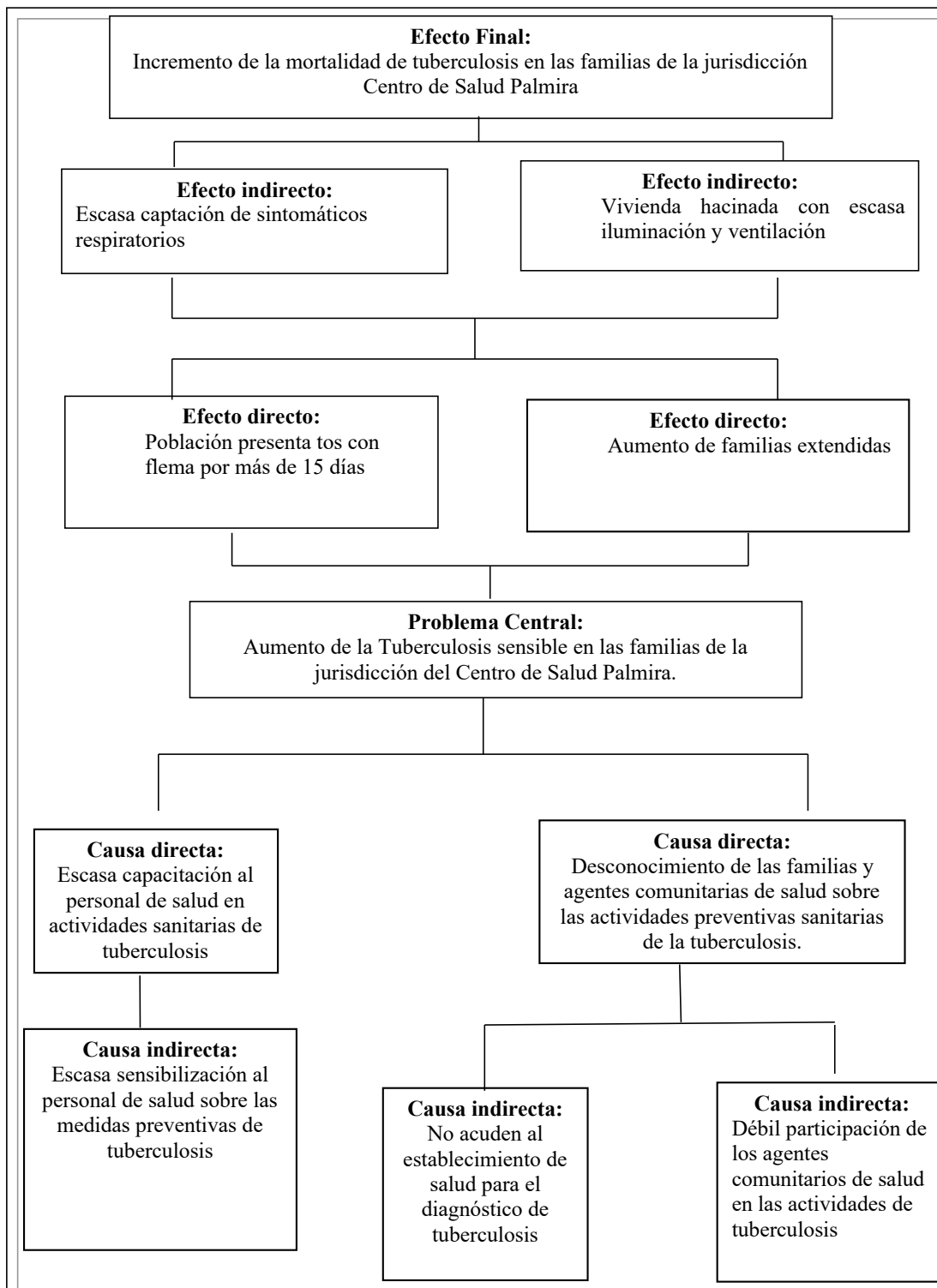
Es necesario recalcar que, si bien existe el servicio de Prevención y Control de tuberculosis, el mismo no cuenta con personal constante, lo que imposibilita la adecuada captación de sintomáticos respiratorios oportunamente, además de la atención y consejería necesaria para brindar una atención al público usuario del mismo.

Si nos referimos, en específico, al personal de salud presente en el Centro de Salud Palmira, gran parte del mismo es rotativo anualmente, lo que no permite una debida continuidad y estabilidad en la asignación de servicios. Si nos referimos a los agentes comunitarios,

Como se menciona líneas arriba, el problema no es la asignación de ambientes o recursos; ya que, si existiera una administración adecuada, los mismos podrían ser provistos por el MINSA; sin embargo, esto no sucede debido a la inoperatividad de las autoridades, las cuales, presuntamente, no toman este fin como relevante, a pesar de que la lucha contra la tuberculosis no solo es de interés nacional en aras de un pleno ejercicio del derecho a la salud sino que, también, es de relevancia mundial.

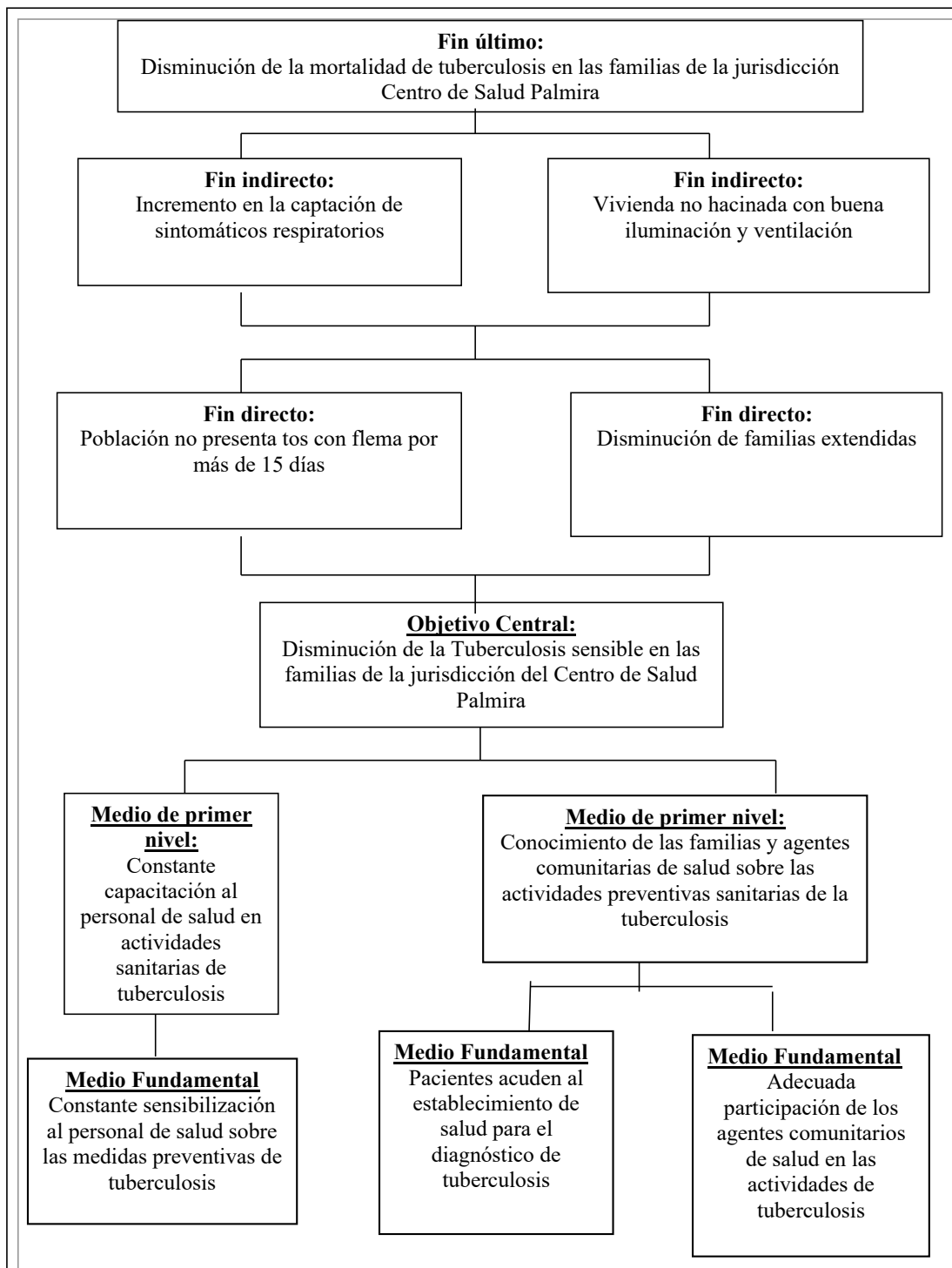
ANEXO 2

Gráfico No. 1: Árbol de CAUSA - EFECTO



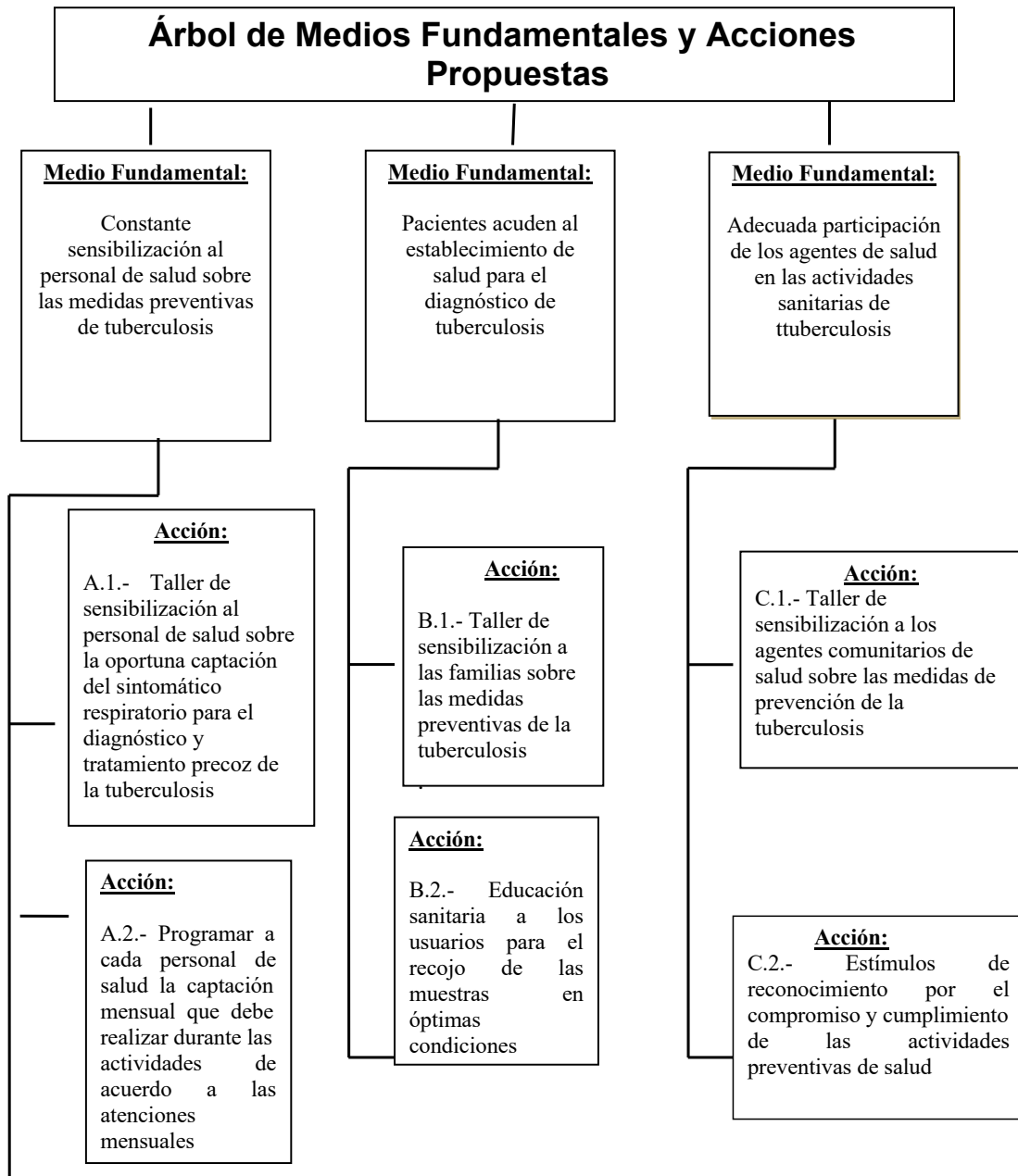
ANEXO 3

Gráfico No. 2: Árbol de fines y medios



ANEXO 4

Gráfico N°3: Árbol de Medio Fundamentales y Acciones Propuestas



ANEXO 5
MARCO LÓGICO

	Correspondencia			
	Resumen de objetivos	Metas	Indicadores	Medios de verificación
Fin	Disminución de la mortalidad de tuberculosis en las familias de la jurisdicción Centro de Salud Palmira			
Propósito	Disminución de la Tuberculosis sensible en las familias de la jurisdicción del Centro de Salud de Palmira	• 85 % de la población disminuye la tuberculosis sensible.	• N° de sintomáticos respiratorios captados oportunamente/población mayores a 15 añosx100	• Reporte HIS TB • Registro de bacilos • Registro de síntomas respiratorio
Componentes	A.- Constante sensibilización al personal de salud sobre las medidas preventivas de tuberculosis	• 90% del personal de salud sensibilizado sobre las medidas preventivas de tuberculosis.	• N° del personal de salud sensibilizado sobre las medidas preventivas de tuberculosis/N° total del personal de saludx100	• Relación de participación reunión • Libro de actas • Informe His
	B.- Pacientes acuden al establecimiento de salud para el diagnóstico de tuberculosis	• 90% de pacientes acuden al establecimiento de salud para el diagnóstico de la tuberculosis	• N° de pacientes con diagnóstico precoz de tuberculosis/ N de pacientes con diagnóstico precoz de tuberculosis que acudieron al establecimiento	• Registro de bacilos • Registro de síntomas respiratorio

• NN

	C.- Adecuada participación de los agentes de salud en las actividades sanitarias de tuberculosis	• 90% de los agentes de salud participan en las actividades sanitarias de tuberculosis	• N° total de agentes de salud participan en las actividades sanitarias de tuberculosis/ N° total de agentes programados x100	• Registro de r
Acciones	A.1.- Taller de sensibilización al personal de salud sobre la oportuna captación del sintomático respiratorio para el diagnóstico y tratamiento precoz de la tuberculosis	• 04 talleres de sensibilización al personal de salud sobre la oportuna capacitación del sintomático respiratorio y el tratamiento precoz de la tuberculosis	• N° de talleres de sensibilización ejecutados al personal de salud/N°total talleres programadosx100	• Registro de as personal • Reporte His

A.2.- Programar a cada personal de salud la captación mensual que debe realizar durante las actividades de acuerdo a las atenciones mensuales

- 08 captaciones de sintomático respiratorio en forma mensual

- N° total de sintomáticos respiratorio/ N° total de atenciones mayores de 15 añosx100

- Indicador traz
- Reporte HIS.

	B.1.- Taller de sensibilización a las familias sobre las medidas preventivas de la tuberculosis	• 04 taller de sensibilización a las familias sobre medidas preventivas de tuberculosis	Nº de talleres de sensibilización ejecutados/Nº de talleres de sensibilización programadosx100	• Relación de par taller • Reporte HIS
	B.2.- Educación sanitaria a los usuarios para el recojo de las muestras en óptimas condiciones	• 04 sesión educativa y demostrativa sobre el recojo de muestras en óptimas condiciones	• Nº de sesiones educativas y demostrativas ejecutados/ Nº de sesiones educativas y demostrativo programados x100	• Relación de p la reunión

	C.1.- Taller de sensibilización a los agentes comunitarios de salud sobre las medidas de prevención de la tuberculosis	• 04 talleres de sensibilización a los agentes comunitarios de salud sobre las medidas preventivas de la tuberculosis	• N° de talleres de sensibilización a los agentes ejecutados/N° de talleres de sensibilización programadosx100	• Relación al evento • Reporte F
	C.2.-Estímulos de reconocimiento por el compromiso y cumplimiento de las actividades preventivas de salud a los agentes comunitarios	• 04 estímulos de reconocimiento por el compromiso y cumplimiento de las actividades preventivas de salud a los agentes comunitarios	• N° de estímulos de reconocimiento a los agentes comunitarios ejecutado/N° de estímulos programadosx100	• Resolución

ANEXO 6

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE ANCASH
RED DE SALUD HUAYLAS SUR
MICRORED PALMIRA
CENTRO DE SALUD PALMIRA**



DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO : I-3
NOMBRE : CENTRO DE SALUD PALMIRA
INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE : MINSA
DIRECCIÓN COMPLETA : Av. Independencia S/N – El Milagro
DEPARTAMENTO : Ancash
PROVINCIA : Huaraz
DISTRITO : Independencia
TELÉFONO : (043) 428209

SERVICIOS QUE BRINDA:

1. Medicina General
2. Odontología
3. Obstetricia
4. Enfermería
5. Laboratorio Clínico
6. Farmacia
7. Tópico
8. Psicología
9. SIS
10. Nutrición

HORARIO DE ATENCIÓN : lunes a sábados: de 7:00 a 7.00 pm

JEFE DEL CENTRO DE SALUD : Lic. Reyna Huarca López

COLEGIO PROFESIONAL : Colegio Profesional de Obstetricia.

SITUACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y JURISDICCIÓN

ESTADO : Activo

SITUACIÓN : Registrado

CONDICIÓN : En Funcionamiento

INSPECCIÓN : Inspeccionado

UBICACIÓN GEOGRÁFICA: El Distrito de Independencia se encuentra ubicado en la parte Norte de la Provincia de Huaraz, Región Ancash, en el hermoso Callejón de Huaylas, Perú.

EXTENSIÓN : La superficie del área que Alcanza el Distrito de Independencia es de 342. 95 Km², abarcando la cordillera negra y parte de la Reserva de Biosfera Huascarán, como núcleo el Parque Nacional Huascarán, la Cordillera Blanca y tiene como Capital el núcleo urbano del Barrio del Centenario.

LÍMITES:

Por el Norte : Distrito de Taricá y Jangas

Por el Sur y Sur Oeste : Distrito de Huaraz y Provincia de Aija.

Por el Este y Nor este : Provincia de Huari

Por el Oeste y Nor-Este : Distrito de Cajamarquilla, Jangas y Pira.

ALTITUD : El Distrito de Independencia se encuentra a una altitud de 3,023 m.s.n.m

HIDROGRAFÍA : Hidrográficamente, el distrito de Independencia se sitúa en la cuenca media del Río Santa, sub cuenca del Río Quillcay, margen derecho.

FLORA Y FAUNA:

La zona ofrece una configuración medio ambiental muy variada debido a la formación Bosque Húmedo Montano, que se encuentran ubicados en el piso altitudinal comprendido entre los 2900 a 5000 m.s.n.m., donde se encuentra ubicado el Distrito de Independencia y el área que abarca comprende parte del Parque Nacional Huascarán. En dicha zona se desarrolla una fauna y flora característica de estos lugares, cabe agregar que influye también para este desarrollo la forma accidentada que presenta el relieve andino, la cercanía del cauce del río Santa y ríos menores como el río Quíllcay, río Paria, entre otros.

ACCESIBILIDAD:

Para definir el acceso, tomaremos como punto de partida el Distrito de Independencia, unidad ejecutora.

Del proyecto Mejoramiento de los Servicios Deportivos en las localidades Atipayan, Hatun Pongor, Huanchac, Marián, Caururu, 24 de junio. Las localidades se encuentran en las zonas periféricas de la Ciudad de Independencia.

RESEÑA HISTÓRICA DEL CENTRO DE SALUD PALMIRA

El Centro de Salud Palmira fue fundado en el año 1964, anteriormente, su organización y funcionamiento era educación, agricultura y salud. Por eso llevaba la denominación Cisea. No se contaba con título de propiedad, solamente con constancia catastral. El terreno, donde fue construido, fue donado por los vecinos de Cascapampa, durante su funcionamiento fueron administrados por diferentes profesionales como médicos, enfermeros y obstetras. El medico Pedro Castro fue el más reconocido.

El 31 de mayo de 1970, a causa del terremoto, la infraestructura se daña. Dichos daños se evidenciaron en rajaduras en las paredes, techos con agujeros, sin embargo, este mantenía su funcionamiento con el sector educativo, la cual, años después, se independizó y, ahora, es un centro moderno de educación inicial.

En 1974, nace la esperanza de contar con una nueva infraestructura gracias al activismo de un grupo de licenciadas de enfermería, quienes fueron a solicitar tallímetros a la Municipalidad de Independencia. Este hecho fue el primer paso para realizar gestiones ante la municipalidad que buscaba la mejora a grandes niveles del centro de salud.

CARACTERÍSTICAS GEOPOLÍTICAS

Se encuentra situada en el barrio Cascapampa, en el distrito de Independencia, provincia Huaraz, departamento de Ancash.

JURISDICCIÓN

El centro de salud de Palmira cuenta con veinticuatro sectores:

Malecón Norte de río Quillcay, Patay Bajo I, Patay Bajo II, Los Ángeles, Centenario I, Centenario II, Centenario III, Quinuacocha Baja, Quinuacocha Alta, Vichay Bajo, Vichay Alto, Acovichay Bajo, Acovichay Medio, Acovichay Alto, Sierra Hermosa, Palmira Baja, Palmira Alta, Los Jardines, Cancariaco, Los Quenuales, Miraflores, Picup, Paccha, Cascapampa, etc.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

El Centro de Salud Palmira es un establecimiento de nivel 1.3. Su atención es de lunes a sábado de siete horas hasta las diecinueve horas, se atiende a las personas que acuden al establecimiento diferenciando en los distintos servicios que se ofrecen

como consultorio de CRED, consultorio de nutrición, psicología, obstetricia, planificación familiar, odontología, entre otros.

FESTIVIDADES:

- ❖ Semana santa
- ❖ Señor de la soledad

ANEXO 7

INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL TRABAJO ACADÉMICO

I. DATOS GENERALES:

1.1 DIRIGIDO A : Familias de la jurisdicción del Centro de Salud Palmira

1.2 LUGAR : Auditorio del Centro de Salud Palmira

1.3 FECHA : 23 de enero

1.4 HORA : 10:00 a.m

1.5 RESPONSABLE:

✓ Rimari Guere, Susy Emperatriz

II. OBJETIVOS

2.1.OBJETIVO GENERAL:

Disminución de la Tuberculosis sensible en las familias de la jurisdicción del Centro de Salud Palmira

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Constante sensibilización al personal de salud sobre las medidas preventivas de tuberculosis
- Pacientes acuden al establecimiento de salud para el diagnóstico de tuberculosis
- Adecuada participación de los agentes comunitarios de salud en las actividades de tuberculosis

III. INFORME NARRATIVO

A.1. El día 23 de enero, en la reunión se desarrolló el taller de sensibilización

con la finalidad de que el personal de salud tome consciencia y logre potenciar la cantidad de captaciones sintomáticos respiratorios. Se contó con la presencia del 50% del personal total de salud del Centro de Salud Palmira. Con relación a anteriores capacitaciones, la asistencia es gradualmente mayor. El avance de esta actividad es del 25%.

A.2. Se estableció, en la reunión, que a partir de la fecha y mensualmente, con

motivos de mejorar la estrategia, cada trabajador del centro de Salud Palmira reportara seis sintomáticos respiratorios como mínimo. El personal recibió esta medida con entusiasmo y aceptación, medida la cual se concretizó con la firma de un compromiso. Se tomará en cuenta las atenciones en personas mayores de 15 años. Con esta actividad, se está logrando cumplir el 25% de la cobertura programada para la estrategia.

B1. El día martes, 11 de febrero del presente año, se llevó acabo, en el auditorium del Centro de Salud Palmira, el Primer Taller de Sensibilización a las familias de los pacientes con tuberculosis sobre las medidas preventivas de dicha enfermedad. Estuvo frente a la reunión, en la ponencia y organización, la enfermera responsable actual de la estrategia: Lic. Olga Ferrer Marcel. Se contó con la participación activa de 10 personas, la mayoría, madres de pacientes jóvenes, quienes mostraron interés y compromiso con la salud de sus hijos. El avance de esta actividad es del 25% debido a que se realizó solo 1 taller de sensibilización a las

familias sobre medidas preventivas de la tuberculosis de las cuatro programadas.

B2. Terminada la reunión del 23 de enero, se aprovechó la presencia del personal de laboratorio para una demostración interactiva del recojo de una muestra de esputo en optimas condiciones, de la cual se benefició un usuario, quien replicó el procedimiento adecuado posterior a la enseñanza. De esta actividad se logró el 25% del objetivo planteado que se llegara a concluir durante el presente año.

C1. En cuanto a la realización del taller de sensibilización de los agentes comunitarios sobre las medidas preventivas de tuberculosis, no se logró un avance significativo, ya que las condiciones que obligaron a un aislamiento social impidieron la programación de los mismos. Con respecto a esta actividad, el avance fue 0%.

C2. Con respecto al reconocimiento por el trabajo voluntario de los agentes comunitarios, la enfermera responsable de la estrategia de tuberculosis gestionó con la Municipalidad de Independencia, los estímulos para los agentes, quedando a espera de la respuesta correspondiente por parte de la misma institución, la cual no se daba hasta marzo. Actualmente, esa actividad quedó paralizada por la pandemia. Entonces, se puede afirmar que el avance material no se concretizó y fue de 0% con respecto a la meta programada.

IV. CONCLUSIONES

- La constante sensibilización del personal de salud será una de las herramientas o estrategias esenciales en la disminución de los casos de tuberculosis; ya que se potenciará sus conocimientos y habilidades, las cuales permitirán la mayor captación de sintomáticos respiratorios.
- Debido a la sensibilización y concientización de la enfermedad que sufren los pacientes de tuberculosis, la asistencia al establecimiento de salud se hará más frecuente y responsable.
- Con la responsabilidad y compromiso que han adquirido los agentes comunitarios sobre la tuberculosis serán quienes apoyen en la comunidad en cuanto a la disminución de tuberculosis.

V. RECOMENDACIONES

- Brindar constantes talleres de sensibilización a todo el personal de salud, pacientes, familias de pacientes afectados de tuberculosis, agentes comunitarios los cuales potencien el proceso de tratamiento y pronta cura.
- Realizar coordinaciones a las instituciones que promuevan el conocimiento y la importancia que origina la incidencia de los casos de tuberculosis en la comunidad.
- Coordinar con la Red Huaylas Sur la facilitación del apoyo logístico en la programación de capacitaciones o diversas actividades que promuevan la disminución de la tuberculosis
- Instar que se promuevan los reconocimientos como cartas de felicitación al personal que logre captar la mayor cantidad de sintomáticos

respiratorios, lo que asegura el tratamiento de la población de manera integral.

- Ante el incumplimiento de lo acordado, se sugiere proceder con, primero, una llamada de atención verbal y, posteriormente, si persiste, será merecedora de sanción administrativa.

VI. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

Foto grupal acabada la capacitación con algunas de las enfermas parte del personal del Centro de Salud Palmira:



Personal de salud mostrando la forma adecuada de recoger muestra de esputo:





Capacitación del personal de salud:



PRIMER TALLER DE SENSIBILIZACIÓN DEL AÑO 2020 CON LAS FAMILIAS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS



REGISTROS DE LA ESTRATEGÍA DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE TUBERCULOSIS





12% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 50 palabras)

Fuentes principales

- 12%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 10%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.