

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ESCUELA DE POST-GRADO
PROGRAMA ESPECIAL DE DOCTORADO



**EFFECTOS DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES CON TBC
PULMONAR EN EL HOSPITAL GOYENECHE.
AREQUIPA – 2005.**

Tesis presentada por la Magíster:

DELTA OCOLA VILLANUEVA

Para optar el Grado Académico de
**Doctor en Ciencias Naturales mención
en Enfermería**

**AREQUIPA – PERU
2006**



*“Amarás a tu prójimo
Como a ti mismo”
Mateo 19:19*



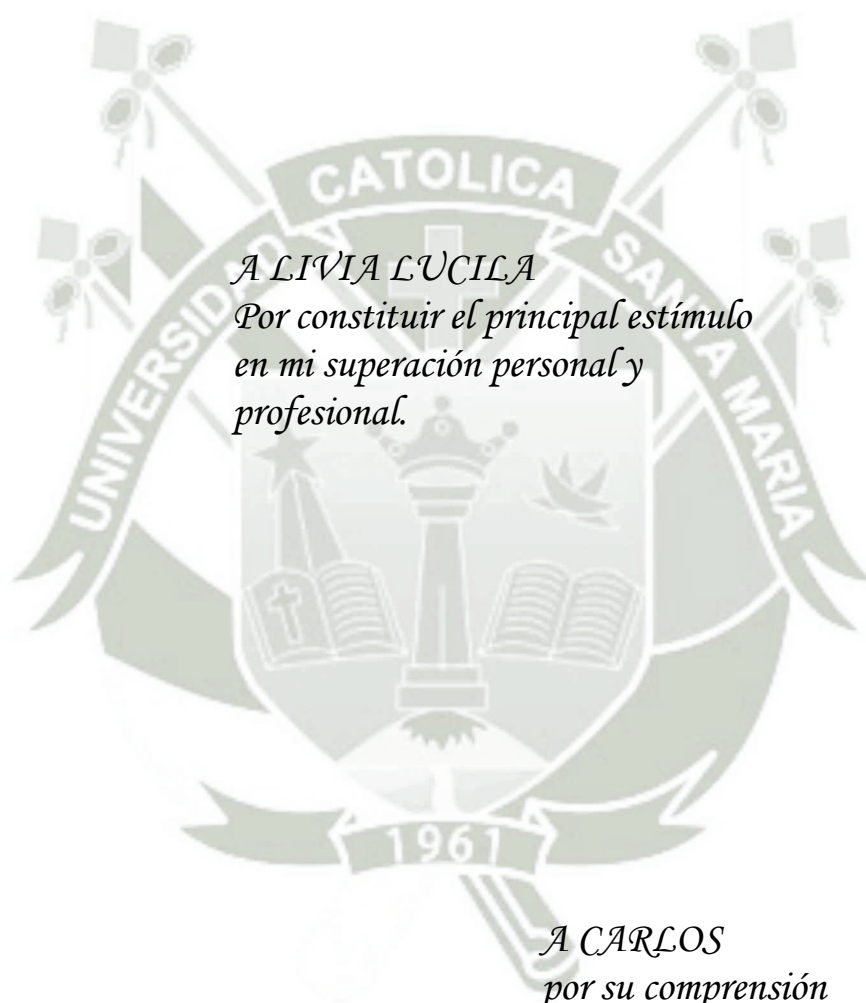
*A la Virgen María por iluminar el sendero
de mi vida*



Con eterna gratitud y reconocimiento

Al Dr. Julio Ernesto Paredes Nuñez por su asesoría de este trabajo, por su vocación de servicio y autenticidad como persona, profesional y autoridad universitaria.

*A la memoria de mis padres
EDMUNDO - LIVIA
Con inmenso amor e
inagotables recuerdos*



*A LIVIA LUCILA
Por constituir el principal estímulo
en mi superación personal y
profesional.*

*A CARLOS
por su comprensión
y apoyo*

Delta

INDICE

	Pág.
RESUMEN.....	07
SUMMARY	11
INTRODUCCIÓN.....	15
CAPITULO UNICO	
RESULTADOS, ANALISIS E INTERPRETACIÓN	
1. CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRÁFICOS GENERALES.....	19
2. EN RELACIÓN A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	30
2.1. Motivación	31
2.2. Acciones	36
2.3. Entorno sociofamiliar	51
3. EFECTOS DE LA ADHERENCIA	56
3.1. Conductas positivas	57
3.2. Reacciones adversas – RAFA.....	64
3.3. Condiciones finales	71
CONCLUSIONES.....	74
SUGERENCIAS	76
PROPUESTA	80
BIBLIOGRAFÍA	84
ANEXOS	84
1. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	85
2. MATRIZ DE SISTEMATIZACION	126
3. FICHA CLINICA	131
4. FICHA DE CONTROL Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	135
5. ESTABLECIMIENTO DE SALUD CON DERIVACIÓN DEL HOSPITAL GOYENECHÉ	138

RESUMEN

“EFECTOS DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES CON TBC PULMONAR EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ. AREQUIPA – 2005”.

PRESENTACIÓN:

La Tuberculosis es la principal causa de muerte de origen infeccioso en todo el mundo.

Las enfermedades transmisibles, entre ellas la tuberculosis, son un marcador del subdesarrollo; están ligadas a factores culturales, sociales y económicos de compleja solución, pero también fuertemente relacionados con la falta de aplicación de metodologías en salud, que reduzcan el daño hacia su control y futura eliminación como problema de salud pública.

La lucha por el control de la tuberculosis se inscribe y articula en el reconocimiento de la dignidad de las personas y en sus derechos universales.

El control de la tuberculosis en el Perú se sustenta en la doctrina del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, incorpora y aplica la Estrategia del Tratamiento Acortado Directamente Supervisado (DOTS), recomendadas por la Organización Mundial de la Salud/Oficina Panamericana de la Salud (OMS/OPS) que contempla los siguientes componentes:

- Compromiso político del estado de garantizar los recursos necesarios para el control de la Tuberculosis.
- Organización de la detección, diagnóstico y tratamiento gratuito de los casos.
- Diagnóstico mediante el examen de esputo en los pacientes con síntomas respiratorios.
- Tratamiento antituberculoso gratuito con observación directa de la ingesta de los medicamentos.
- Sistema de información oportuno para el registro y seguimiento de los

pacientes hasta su curación.

- Capacitación, supervisión, evaluación regular y periódica.

La adherencia al tratamiento antituberculoso mediante la estrategia de tratamiento acortado directamente supervisado (DOTS), garantiza la curación de la mayor proporción de pacientes y la reducción de riesgo de enfermar para la comunidad, durante el periodo de contagio determinado por el inicio del tratamiento y el desarrollo de componentes de información, educación comunicación y promoción social.

Las razones expuestas han constituido la principal motivación para elegir como tema de investigación: **EFFECTOS DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES CON TBC PULMONAR EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ. AREQUIPA – 2005**, tomando como unidades de investigación a los pacientes con tuberculosis pulmonar del hospital Goyeneche con Adherencia al Tratamiento antituberculoso, esperando contribuir al control de la tuberculosis como problema social conociendo los efectos de la adherencia al tratamiento.

El tipo de problema a investigar es de campo, de nivel explicativo.

Los objetivos fueron:

1. Precisar las características de la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con TBC pulmonar en el Hospital Goyeneche de Arequipa en el año 2005.
2. Precisar los efectos de la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con TBC pulmonar en el Hospital Goyeneche de Arequipa en el año 2005.

La Hipótesis fue:

Dado que la Tuberculosis constituye un problema de Salud Pública, que pone de manifiesto un enfoque psicosocial de la salud y la enfermedad por el alto

riesgo de transmisión y la necesidad de medidas de impacto epidemiológico de la morbilidad y mortalidad.

Es probable que la adherencia al tratamiento antituberculoso tengo efectos positivos por mejorar la regularidad en su cumplimiento diario y asistencia a controles, logrando alcanzar mayor número de pacientes curados en relación al número de abandonos, fracasos y fallecidos.

Las conclusiones

Del análisis e interpretación de los resultados, se concluye lo siguiente:

1. Las características de la adherencia al tratamiento antituberculoso:
 - Se cumplen acciones de motivación mediante: Charlas y demostraciones y a través de acciones de seguimiento: visitas domiciliarias, entrevistas y consultas médicas, que se cumplen según norma.
 - Se cumplen las acciones de adherencia en establecimiento de salud por derivación; en pacientes entre 21 y 40 años; presentando como síntoma principal, tos y baja de peso; diagnosticados por baciloscopía; diagnóstico de caso TBC Pulmonar BK positivo y esquema de tratamiento I. Tienen como entorno sociofamiliar: sus padres y grupo de amigos.
2. La adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con TBC pulmonar alcanza efectos positivos, lo que se evidencia en la regularidad al cumplimiento de su tratamiento diario, asistencia a sus controles y la existencia de reacciones adversas que determinan la suspensión temporal al tratamiento. Logrando alcanzar en su mayoría la curación, en relación al número de abandonos, fallecidos y fracasos.
3. Los objetivos acerca de las características de la adherencia y el efecto de la misma en pacientes con TBC pulmonar, con tratamiento antituberculoso han sido alcanzados y la hipótesis demostrada.

Las recomendaciones

1. Que en los diferentes establecimientos de salud se utilice como estrategia de reforzamiento a la adherencia al tratamiento antituberculoso una guía de consejería y mediante acciones coordinadas docente-asistencial lleven a cabo la captación de sintomáticos respiratorios en sus diferentes ámbitos de trabajo por constituir el tratamiento de una prevención para todos.
2. Realizar periódicamente campañas de despistaje de TBC pulmonar en la población estudiantil de la Universidad, mediante acciones coordinadas entre el personal docente de las facultades de ciencias de la salud, oficina de tutoría, oficina de bienestar universitario y departamento médico.
3. Que se promueva la investigación a nivel de pre y post grado, tanto de docente como alumnos en la línea de transmisibles y se considere las acciones de adherencia al tratamiento como eje integrador en las diferentes asignaturas.

SUMMARY

"EFFECTS OF THE ADHERENCE TO THE TREATMENT ANTITUBERCULOSO IN PATIENT WITH LUNG TBC IN THE HOSPITAL GOYENECHÉ. AREQUIPA - 2005."

PRESENTATION:

The Tuberculosis is in the entire world the main cause of death of infectious origin.

The transferable illnesses, among them the tuberculosis, they are a marker of the underdevelopment; they are bound to cultural, social and economic factors of complex solution, but also strongly related with the lack of application of methodologies in health that you/they reduce the damage toward their control and future elimination like problem of public health.

The fight for the control of the tuberculosis registers and it articulates in the recognition of the dignity of people and in its universal rights.

The control of the tuberculosis in the Peru is sustained in the doctrine of the National Program of Control of the Tuberculosis, it incorporates and it applies the Strategy of the Directly Supervised Shortened Treatment DOTS, recommendeds by the World Organization of the Pan-American Salud/Oficina of the Health (OMS/OPS) that contemplates the following components:

- Political commitment of the state of guaranteeing the necessary resources for the control of the Tuberculosis.
- Organization of the detection, diagnosis and gratuitous treatment of the cases.
- Diagnosis by means of the sputum exam in the patients with breathing symptoms.
- Treatment gratuitous antituberculoso with direct observation of the ingesta of the medications.

- Opportune system of information for the registration and the patients' pursuit until their cure.
- Training, supervision, regular and periodic evaluation.

The adherence to the treatment antituberculoso by means of the strategy of directly supervised shortened treatment (DOTS), it guarantees the cure of the biggest proportion of patient and the reduction of risk of making sick for the community, during the period of infection determined by the beginning of the treatment and the development of components of information, education communication and social promotion.

The exposed reasons have constituted the main motivation to choose like investigation topic: EFFECTS OF THE ADHERENCE TO THE TREATMENT ANTITUBERCULOSO IN PATIENT WITH LUNG TBC IN THE HOSPITAL GOYENCHE. AREQUIPA - 2005, taking as investigation units to the patients with lung tuberculosis of the hospital Goyeneche with Adherence to the Treatment antituberculoso, hoping to contribute to the control of the tuberculosis like social problem knowing the effects from the adherence to the treatment.

The problem type to investigate is of field, of explanatory level.

The objectives were:

1. to specify the characteristics from the adherence to the treatment antituberculoso in patient with lung TBC in the Hospital Goyeneche of Arequipa in the year 2005.
2. to specify the effects from the adherence to the treatment antituberculoso in patient with lung TBC in the Hospital Goyeneche of Arequipa in the year 2005.

The Hypothesis was:

Since the Tuberculosis constitutes a problem of Public Health that shows a

focus psychosocial of the health and the illness for the high transmission risk and the necessities of measures of epidemic impact of the morbidity and mortality.

It is probable that the adherence to the treatment antituberculoso has positive effects to improve the regularity in its daily execution and attendance to controls, being able to reach bigger number of cured patients in relation to the number of abandonments, failures and deceaseds.

The conclusions

Of the analysis and interpretation of the results, you concludes the following thing:

1. the characteristics of the adherence to the treatment antituberculoso:
 - Motivation actions are completed by means of: You talk and demonstrations and through pursuit actions: you visit domiciliary, you interview and medical consultations that are completed according to norm.
 - The actions of adherence are completed in establishment of health by derivation; in patients between 21 and 40 years; presenting as main symptom, cough and it gets off weight: diagnosed by baciloscopía; case diagnosis Lung TBC positive BK and treatment outline I. Has like environment sociofamiliar: their parents and friends' group.
2. the adherence to the treatment antituberculoso in patient with lung TBC reaches positive effects, what is evidenced in the regularity to the execution of its daily treatment, attendance to its controls and the existence of adverse reactions that determine the temporary suspension to the treatment. Being able to reach in their majority the cure, in relation to the number of abandonments, deceaseds and failures.
3. the objectives about the characteristics of the adherence and the effect of the same one in patient with lung TBC, with treatment antituberculoso have been reached and the demonstrated hypothesis.

The recommendations

1. that it is used as reinforcement strategy to the adherence to the treatment antituberculoso a consejería guide in the different establishments of health and by means of educational-assistance coordinated actions they carry out the reception of symptomatic breathing in their different work environments to constitute the treatment of one prevention for all.
2. to carry out campaigns of despistaje of lung TBC periodically in the student population of the University, by means of actions coordinated among the educational personnel of the abilities of sciences of the health, tutorship office, office of university well-being and medical department.
3. that the investigation is promoted at pre level and post degree, so much of educational as students in the line of transferable and it is considered the actions of adherence to the treatment like integrative axis in the different subjects.

INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis es un problema de salud pública, tanto en países desarrollados, como en los, en vía de desarrollo. En el mundo, existen 16,2 millones de casos de TBC y cada año 7,9 millones de casos nuevos; 95% de estos casos ocurren en países en vía de desarrollo; constituyendo la principal causa de muerte de origen infeccioso, en todo el mundo¹.

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa potencialmente mortal, causada por el MYCOBACTERIUM TUBERCULOSO. A partir de los años cuarenta, el desarrollo de los antibióticos, logró ganar parcialmente la batalla contra esta terrible enfermedad. Pero, durante los años ochenta recrudesció entre otras cosas, por la aparición del SIDA, por las malas condiciones sanitarias de zonas urbanas y de lugares con marcado hacinamiento, como albergues y prisiones.

En la actualidad aunque la gran mayoría de los casos de tuberculosis a nivel mundial son susceptibles a fármacos, la tuberculosis multidrogo resistente (MDR-TB) es una amenaza latente para el control global de la tuberculosis.

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad infecto contagiosa que se produce cuando una persona entre en contacto, con el bacilo de Kosh, que se

¹ OMS. Informe sobre Tuberculosis en el mundo. 2004

localiza en las pulmones y se transmiten por vía respiratoria, cuando la persona enferma, expulsa el bacilo al hablar, toser y estornudar y siendo este aspirado por la persona que se encuentra en contacto.

La tasa de morbilidad en nuestro país es de 155 por cada 100 000 habitantes.

Durante nuestra vida, podemos estar expuestos al bacilo que produce la TBC y no desarrollar la enfermedad. Todo esto dependerá del estado de nuestro sistema inmunitario, que tiene relación directa, con el estado de salud, estado nutricional y estilo de vida.

La tuberculosis en el Perú, tiene como marco doctrinario, rescatar la metodología científica, como fuerza de conocimiento, para la acción, la bioética y la inserción social, a través de la red de servicios de atención con la comunidad, como fuerza de creación de modelos de cultura, vida y salud.

El Programa Nacional de Control de Tuberculosis en el Perú, se sustenta, en los siguientes ejes doctrinarios, los que para efecto de la adherencia al tratamiento, se consideran medulares:

- Permanente compromiso político, técnico y financieros que garantice la factibilidad y viabilidad de las acciones de control de la tuberculosis.
- Reconocimiento de la tuberculosis, como un problema de salud pública.
- Fortalecimiento de la capacidad de gerencia por niveles, para el manejo eficiente y eficaz de las acciones de control.
- Total integración de las acciones: puestos de salud, centros de salud y hospitales.
- Adecuada coordinación entre los diferentes niveles, de servicios de salud e instituciones sociales del sector.

- Mejoramiento continuo de la calidad, a través de un sistema de información, capacitación, monitoreo, supervisión y evaluación, eficiente, eficaz y efectiva.

La prevención de la tuberculosis tiene como finalidad, evitar la infección por tuberculosis y en caso que esta se produzca, tomar medidas para evitar el paso de infección a enfermedad. Las medidas preventivas, están dirigidas a evitar la diseminación del bacilo de Kosh.

La principal medida de la prevención más eficaz es el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno; en el que tiene gran importancia la adherencia para asegurar su regularidad y cumplimiento; en pacientes con TBC pulmonar frotis positivo (TBC pulmonar – FP), determinando las fuentes de infección presentes en la comunidad, ya que el tratamiento de uno es prevención de todos.

Contar con información acerca de la adherencia al tratamiento antituberculoso, es de gran importancia para la reorientación de acciones de salud frente a este problema, responsable de gran número de muertes entre jóvenes y adultos en el mundo.

El estudio de investigación realizado sobre efectos de la adherencia al tratamiento antituberculoso, en pacientes con TBC pulmonar, pretende constituir un aporte al control de la tuberculosis en nuestro medio.

La Autora





1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

CUADRO N° 1

PACIENTES SEGÚN EDAD Y SEXO

Edad \ Sexo	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 10 años	3	4.41	1	1.47	4	5.88
11 – 20 años	5	7.35	6	8.82	11	16.18
21 – 40 años	26	38.24	14	20.59	40	58.82
41 -65 años	8	11.76	2	2.94	10	14.71
66 y mas años	2	2.94	1	1.47	3	4.41
Total	53	64.70	15	35.29	68	100.0

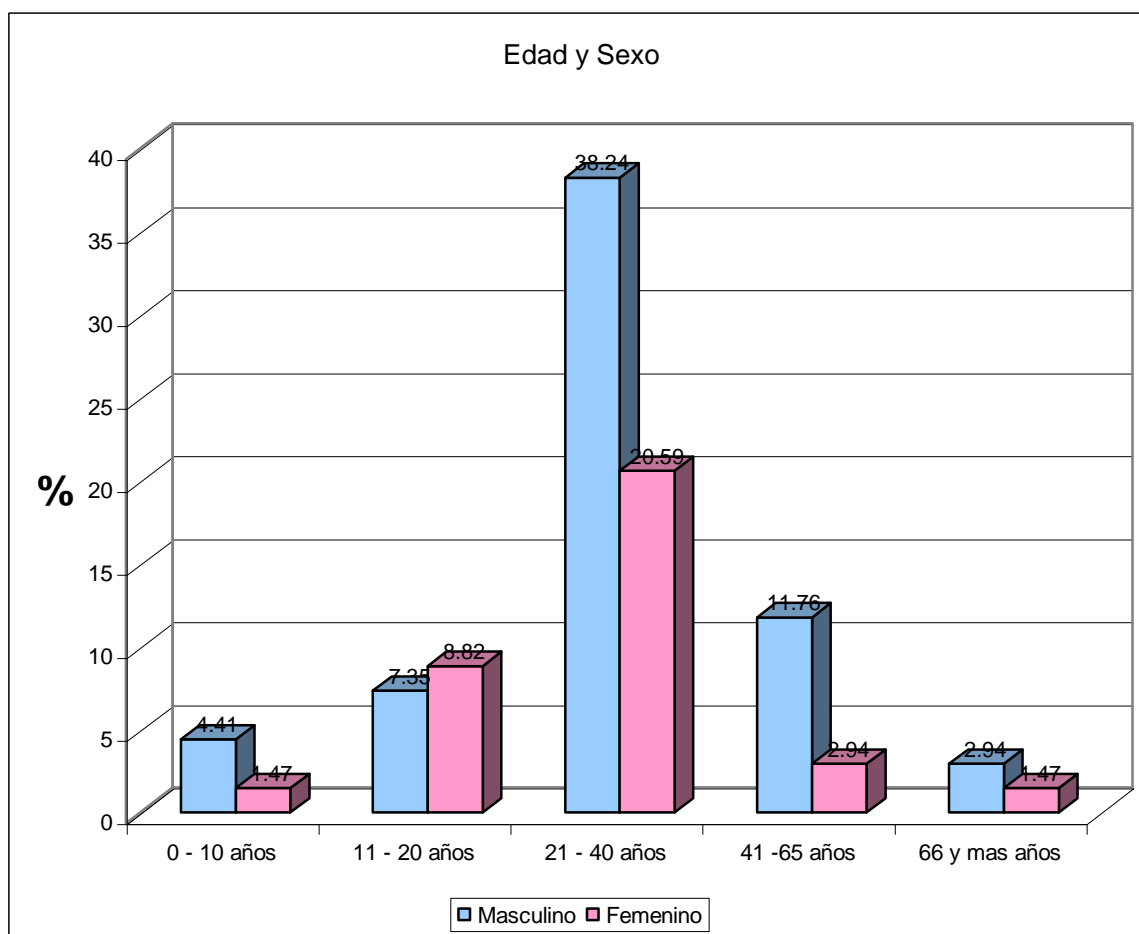
Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

En el cuadro se observa que en la población en estudio, que sufre de Tuberculosis pulmonar, el porcentaje mayor que corresponde al 58.82% se encuentra entre las edades de 21 a 40 años, siendo el 38.24% del sexo masculino y el 20.59% femenino; el 16.18% a la edades de 11 a 20 años; el 14.71% a las edades de 41 a 65 años; el 5.88% a las edades de 0 a 10 años; y el 4.41% mayores de 66 años. En relación al sexo, el 64.70% es de sexo masculino y 35.29% sexo femenino.

Más de la mitad de la población de estudio se encuentra entre las edades de 21 a 40 años, población económicamente activa. Así mismo, respecto al sexo más de la mitad corresponden al sexo masculino.

De lo que se deduce que el grupo etareo más vulnerable a enfermar de Tuberculosis Pulmonar se encuentra entre 21 a 40 años y es de sexo masculino.

GRÁFICO Nº 1



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

CUADRO Nº 2

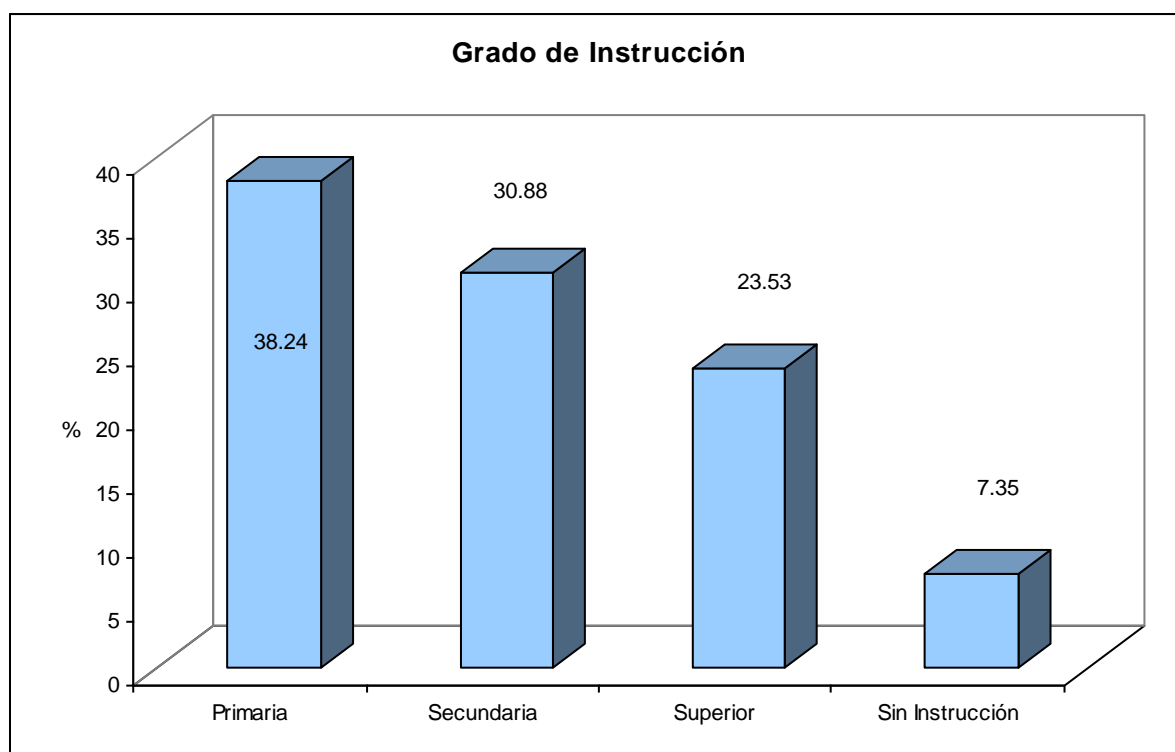
GRADO DE INSTRUCCION

Instrucción	TOTAL	
	Nº	%
Primaria	26	38.24
Secundaria	21	30.88
Superior	16	23.53
Sin Instrucción	5	7.35
Total	68	100.0

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

El cuadro pone en evidencia que el porcentaje mayor corresponde al 38.4% tiene como grado de instrucción primaria, el 30.88%, secundaria; el 23.53%, superior y el 7.35%, sin instrucción. Según el grado de instrucción más de la cuarta parte de la población tiene primaria y secundaria y menos de la cuarta parte superior, dichos indicadores permiten inferir que la tuberculosis se presenta en personas con diferente grado de instrucción, pero en una mayor proporción en los de menor grado.

GRÁFICO Nº 2



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

CUADRO Nº 3

ESTADO CIVIL

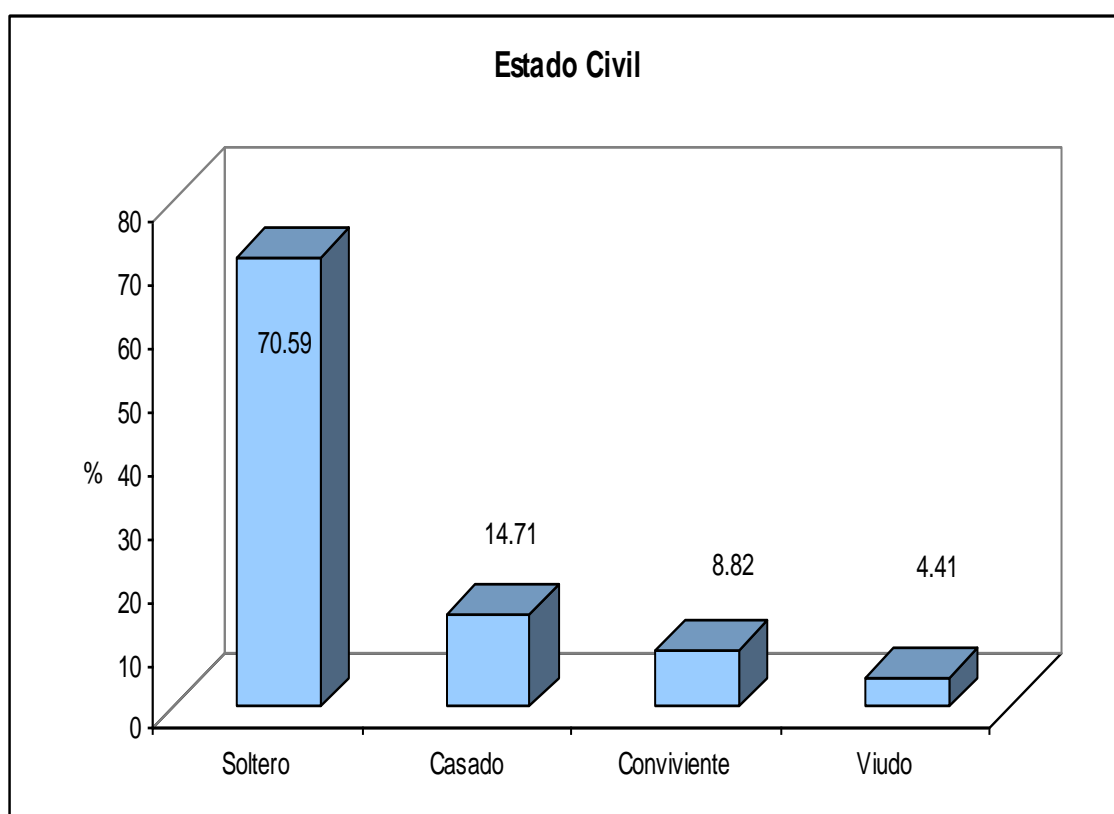
Estado Civil	TOTAL	
	Nº	%
Casado	10	14.71
Soltero	48	70.59
Viudo	3	4.41
Divorciado	1	1.47
Conviviente	6	8.82
Total	68	100.0

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

Se observa en el cuadro que en relación al estado civil, alcanza el mayor porcentaje de 70.59% el estado civil soltero, 14.71% casado, 8.82% conviviente, 4.41% viudo y 1.47 divorciado.

Casi la $\frac{3}{4}$ partes de la población son solteros, dato que constituye ser de importancia para considerar el rol de la familia para efectos de la adherencia al tratamiento así como la influencia de la misma en el estilo de vida.

GRÁFICO N° 3



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

CUADRO Nº 4

PACIENTES SEGÚN OCUPACION

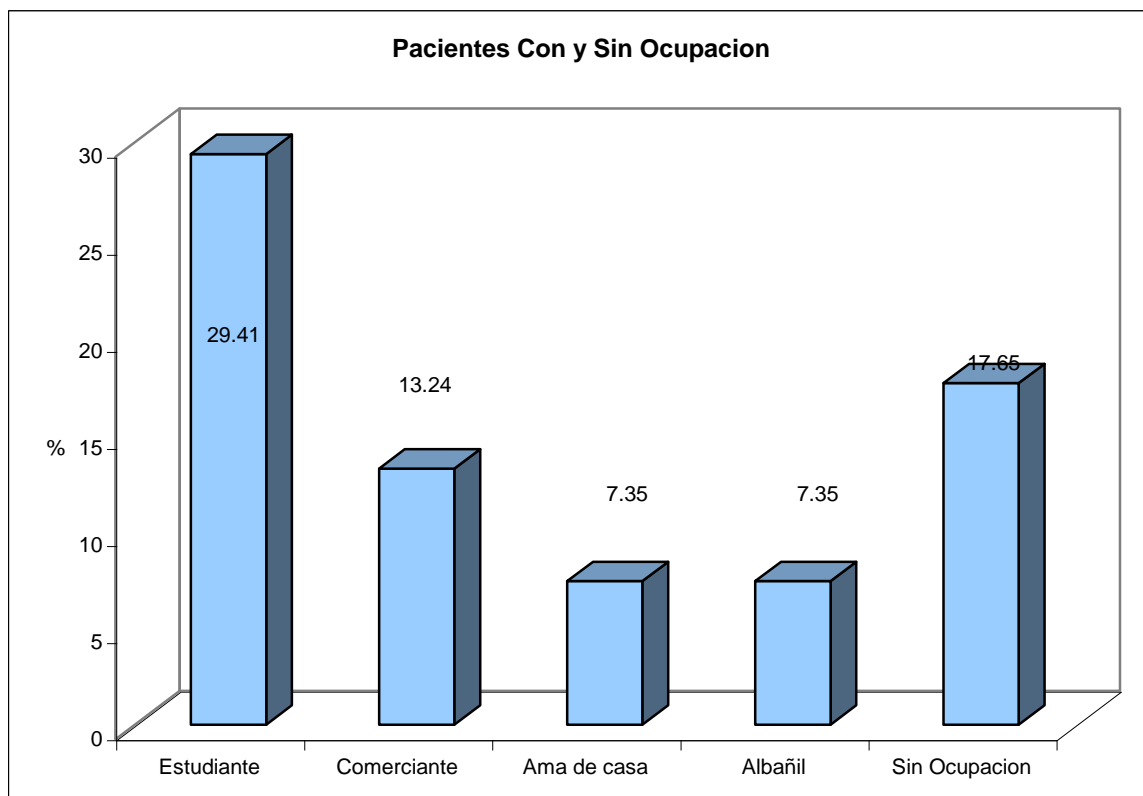
Ocupación	Total	
	Nº	%
Estudiante	20	29.41
Comerciante	9	13.24
Ama de casa	5	7.35
Albañil	5	7.35
Carpintero	4	5.88
Empleado	2	2.94
Vigilante	2	2.94
Agricultor	2	2.94
Abogado	1	1.47
Profesor	1	1.47
Tec. Enfermería	1	1.47
Policia	1	1.47
Gasfitero	1	1.47
Chofer	1	1.47
Cobrador	1	1.47
Sin Ocupación	12	17.65
Total	68	100.00

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

El cuadro muestra que en relación al entorno de trabajo según ocupación, alcanza el mayor porcentaje de 29.41% la de estudiante, 13.24% la de comerciante, no dejando de tener importancia el porcentaje de 17.65% sin ocupación por ser un problema social.

Según los resultados la población estudiantil es vulnerable a sufrir de tuberculosis por lo que las medidas de prevención y control deben orientarse a esta población en riesgo.

GRÁFICO N° 4



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

CUADRO Nº 5

PACIENTES SEGÚN HABITOS NOCIVOS

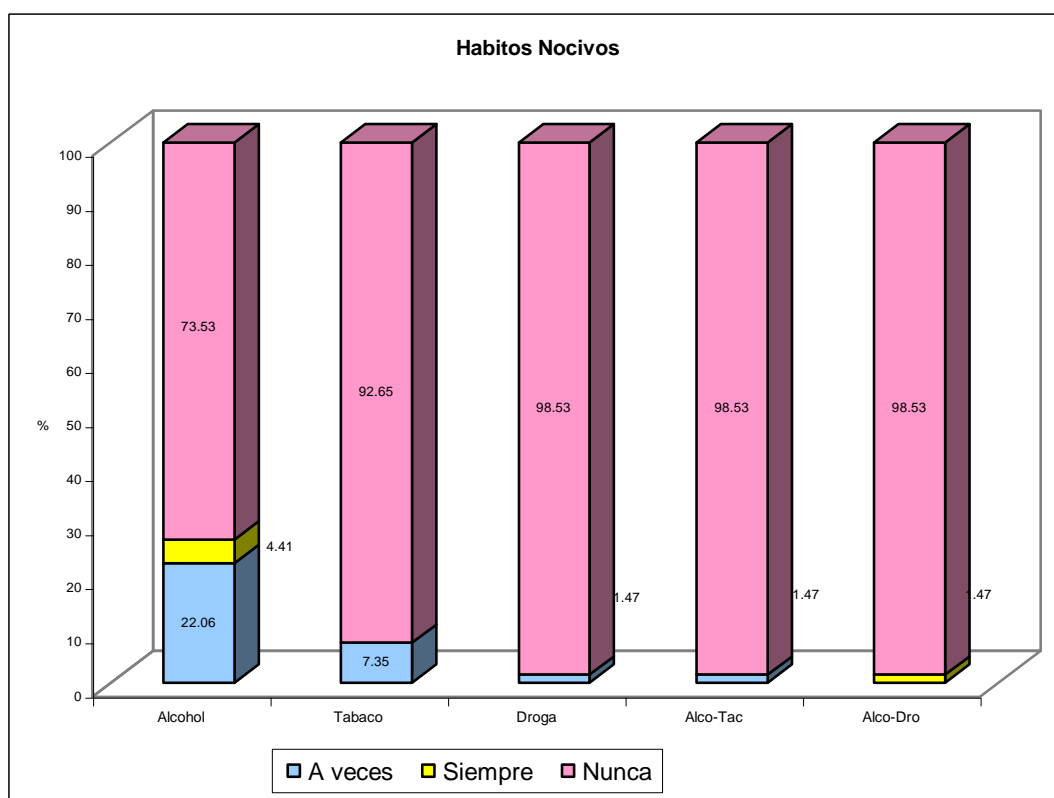
Hbito \ Frec.	Alcohol		Tabaco		Droga		Alco-Tabaco		Alco-Droga	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A veces	15	22.06	5	7.35	1	1.47	1	1.47	0	0.0
Siempre	3	4.41	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.47
Nunca	50	73.53	63	92.65	67	98.53	67	98.53	67	98.53
Total	68	100.00	68	100.00	68	100.00	68	100.00	68	100.00

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

Se observa que en relación a los hábitos nocivos, el consumo de bebidas alcohólicas con frecuencia de a veces alcanza el mayor porcentaje que corresponde al 22.06% y el de siempre con un 4.41%; con respecto al consumo de alcohol y droga con la frecuencia de siempre el 1.47%.

Es importante remarcar que el consumo de alcohol con frecuencia de siempre en relación a la participación de la persona enferma en su tratamiento constituyen factores de riesgo para efectos de la adherencia.

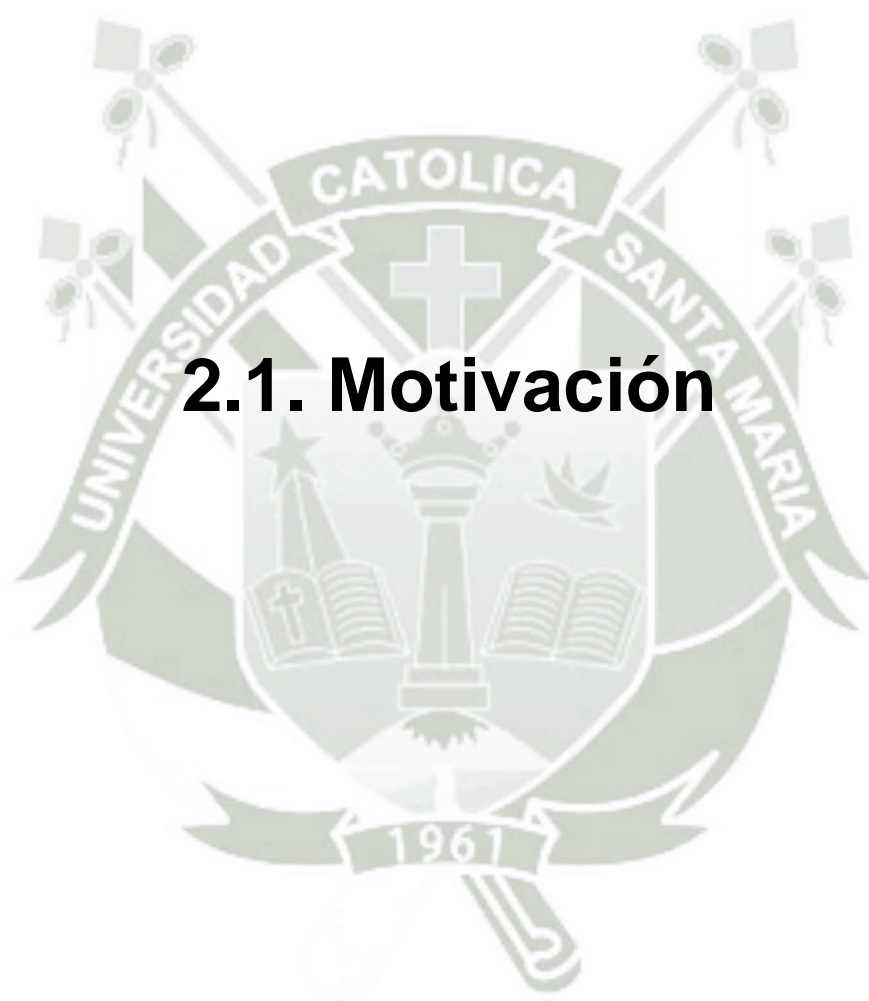
GRÁFICO Nº 5



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora



2. EN RELACIÓN A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO



2.1. Motivación

CUADRO Nº 6

PACIENTES SEGÚN ACCIONES EDUCATIVAS

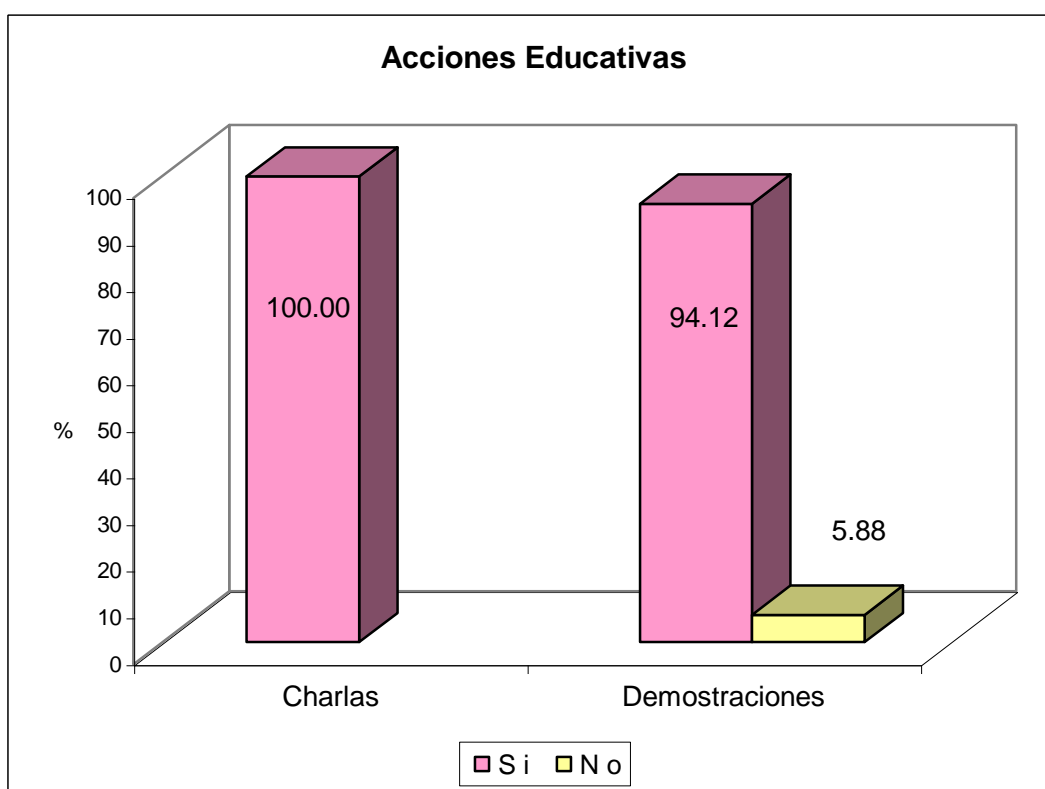
Medios	Charlas		Demostraciones	
	Nº	%	Nº	%
Si	68	100.00	64	94.12
No	0	-	4	5.88
Total	68	100.00	68	100.00

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

El cuadro muestra que las acciones educativas mediante charlas se cumplen en un 100% y demostraciones en un 94.12%.

Cabe resaltar que las acciones educativas mediante charlas y demostraciones constituyen estrategias esenciales de motivación en salud, ya que permite asumir a la persona enferma un rol protagónico en el cumplimiento de su tratamiento y cuidado de su salud.

GRÁFICO N° 6



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

CUADRO N° 7

PACIENTES SEGÚN ACCIONES DE SEGUIMIENTO

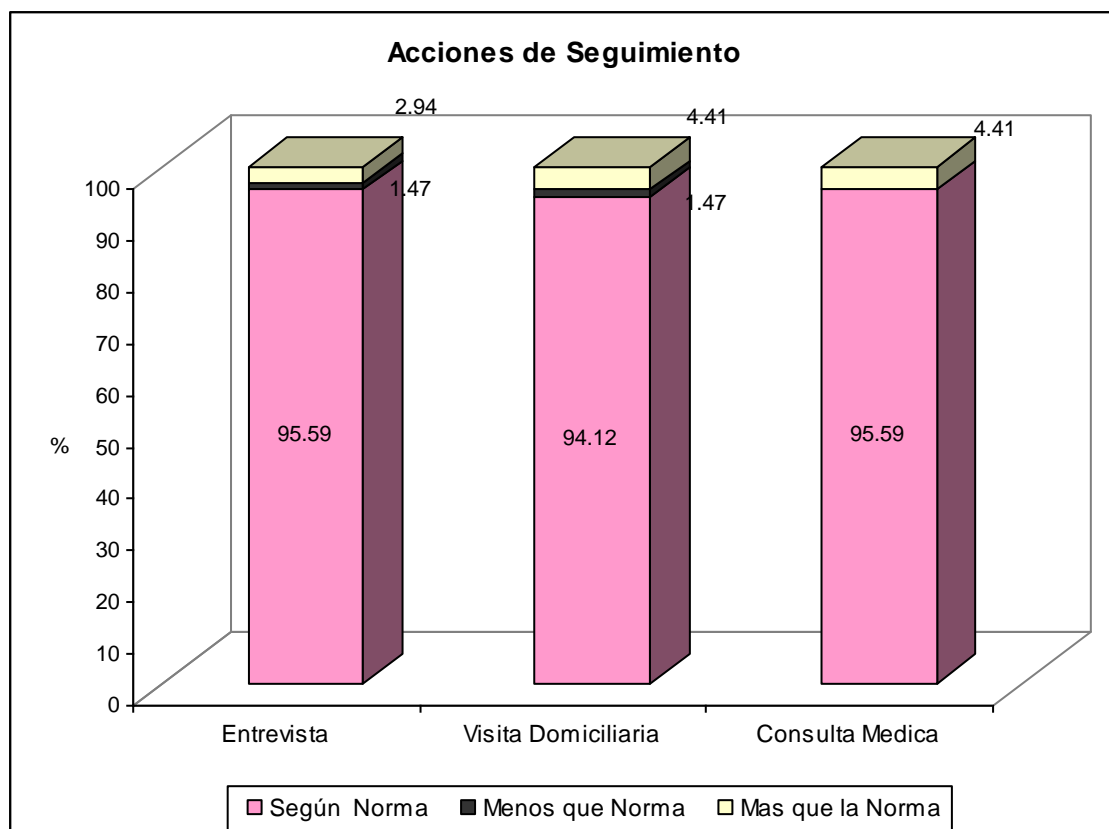
Medio	Según Norma		Menos que la Norma		Mas que la Norma		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Entrevista	65	95.59	1	1.47	2	2.94	68	100.00
Visita Domiciliaria	64	94.12	1	1.47	3	4.41	68	100.00
Consulta Medica	65	95.59	0		3	4.41	68	100.00

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

Se observa que el cumplimiento de acciones de seguimiento de acuerdo a norma en los diferentes medios, alcanzan el mayor porcentaje con entrevistas 95.59%, visita domiciliaria 94.12% y asistencia a control a la consulta médica 95.59% respectivamente.

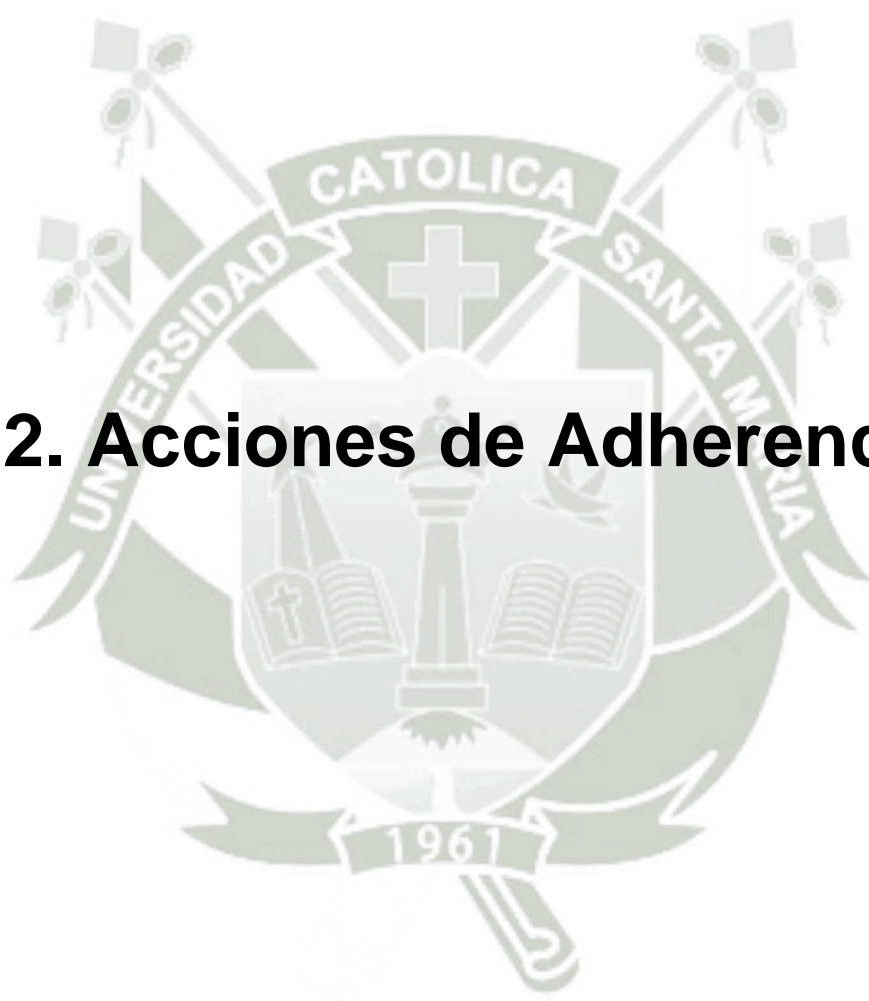
Cabe señalar que tanto las acciones de seguimiento como las educativas son medulares en la adherencia al tratamiento antituberculoso para poder lograr la participación responsable del paciente en su tratamiento.

GRÁFICO N° 7



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

2.2. Acciones de Adherencia



CUADRO Nº 8

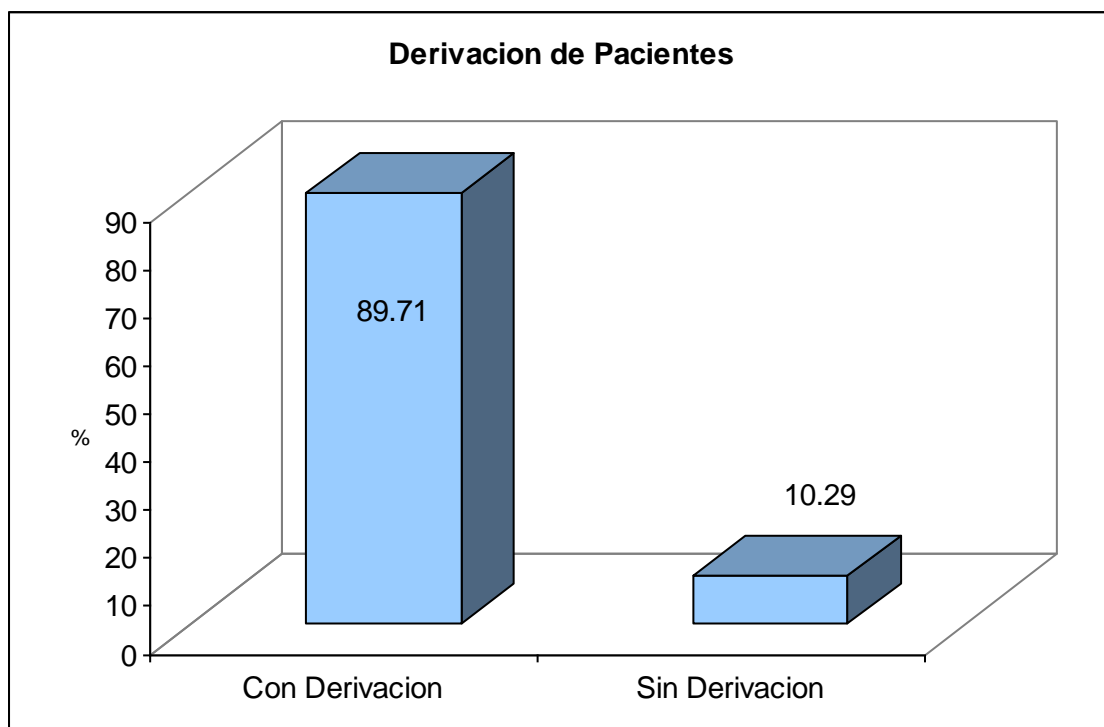
PACIENTES SEGÚN DERIVACION

Derivación	TOTAL	
	Nº	%
Con Derivación	61	89.71
Sin Derivación	7	10.29
Total	68	100.0

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

Se observa que del 100% de la población en estudio, en el que 89.71% se cumplen las acciones por derivación, y el 10.29% sin derivación. Cabe señalar que las derivaciones ubican al paciente en su ámbito geográfico sanitario, favoreciendo su control al tratamiento.

GRÁFICO N° 8



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

CUADRO Nº 9

COMPORTAMIENTO FRENTE A SINTOMAS PRINCIPALES

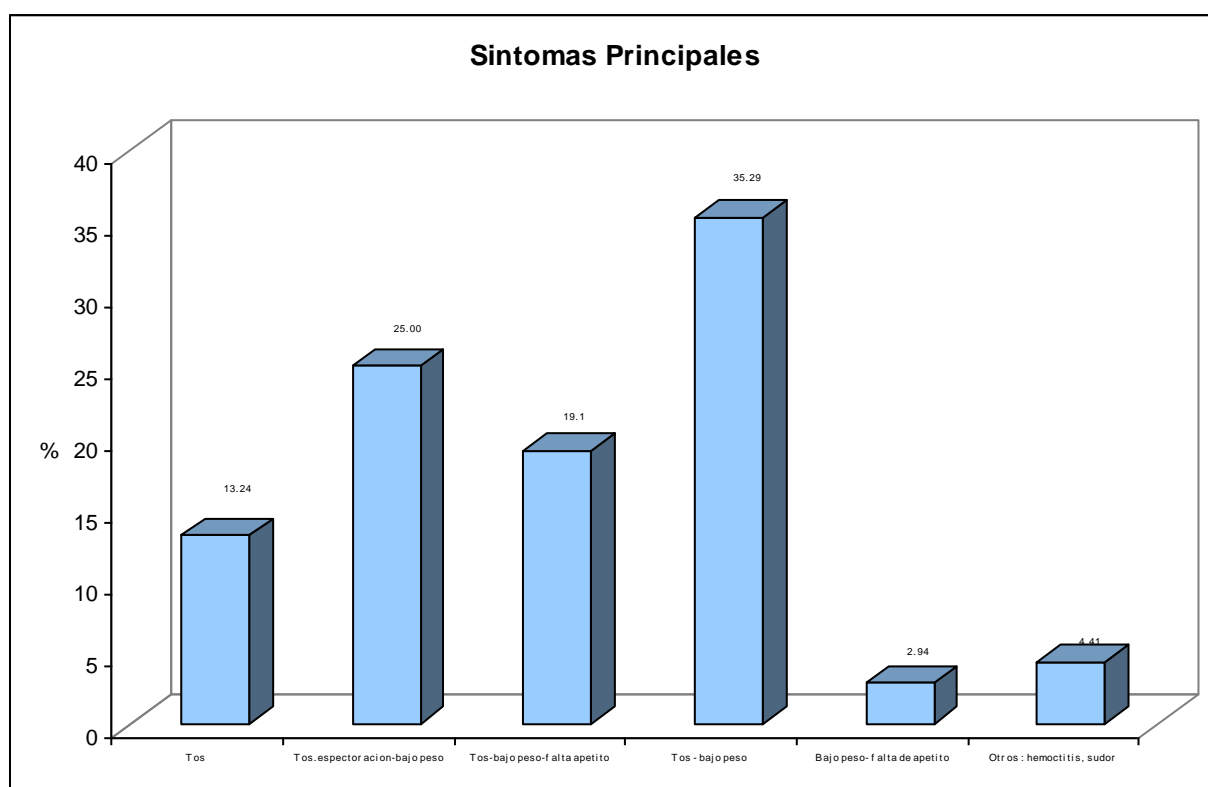
Síntomas	TOTAL	
	Nº	%
Tos	9	13.24
Tos, expectoración-bajo peso	17	25.00
Tos-bajo peso-falta apetito	13	19.12
Tos - bajo peso	24	35.29
Bajo peso- falta de apetito	2	2.94
Otros : hemoptisis, sudor	3	4.41
Total	68	100.00

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

Como se puede observar en la cuadro, entre los síntomas principales en paciente con tuberculosis pulmonar, alcanza el mayor porcentaje que corresponde al 35.29% tos y baja de peso en relación a los demás; con el 25.00% tos, expectoración y baja de peso; 19.12% tos-baja de peso-falta de apetito; con 13.24% tos; 4.41% Hemoptisis y sudoración y con un 2.94% bajo peso-falta de apetito.

Más de la cuarta parte de la población presenta como síntoma principal, tos y baja de peso y tos y baja peso asociados indistintamente con otros síntomas se presentan casi en la totalidad de la población. Indicadores de gran importancia en la adherencia al tratamiento ya que en la medida que se controlen ayudan al paciente a seguir con su tratamiento y a tener mayor confianza.

GRÁFICO N° 9



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

CUADRO N° 10

PACIENTES SEGÚN MEDIOS DE DIAGNOSTICO

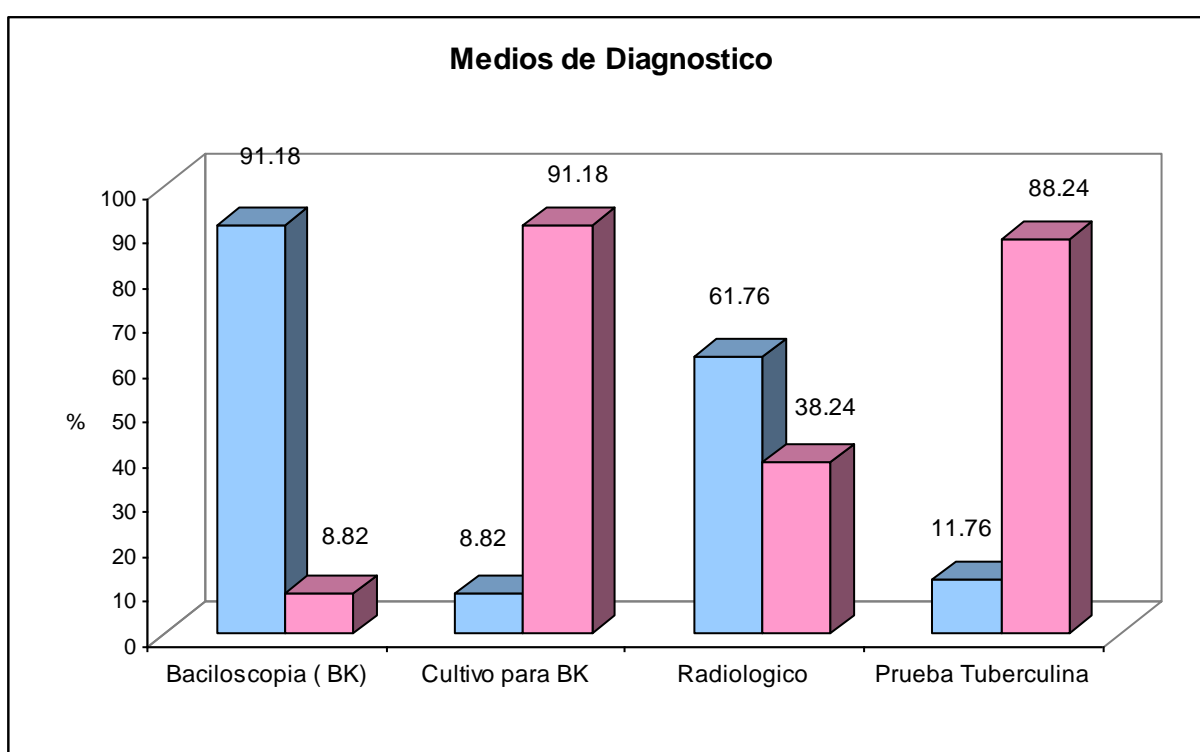
Medios	Con		Sin		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baciloscopia	62	91.18	6	8.82	68	100.00
Cultivo	6	8.82	62	91.18	68	100.00
Radiología	42	61.76	26	38.24	68	100.00
Pueba Tuberculina	8	11.76	60	88.24	68	100.00

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

Se aprecia en el cuadro que el medio diagnóstico que alcanza el mayor porcentaje es la Bacilosocopia, que constituye el medio fundamental para el diagnóstico y seguimiento con 91.18%, así mismo con prueba de tuberculina 11.76% correspondiendo a menores de 15 años.

Es importante resaltar que los demás medios diagnósticos se utilizan en forma simultánea según criterio y manejo clínico, la baciloscopia como medio de seguimiento se considera en dos casos que corresponden a TBC Multidrogoresistente (MRD) .

GRÁFICO Nº 10



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

CUADRO Nº 11

DIAGNOSTICO DE CASOS

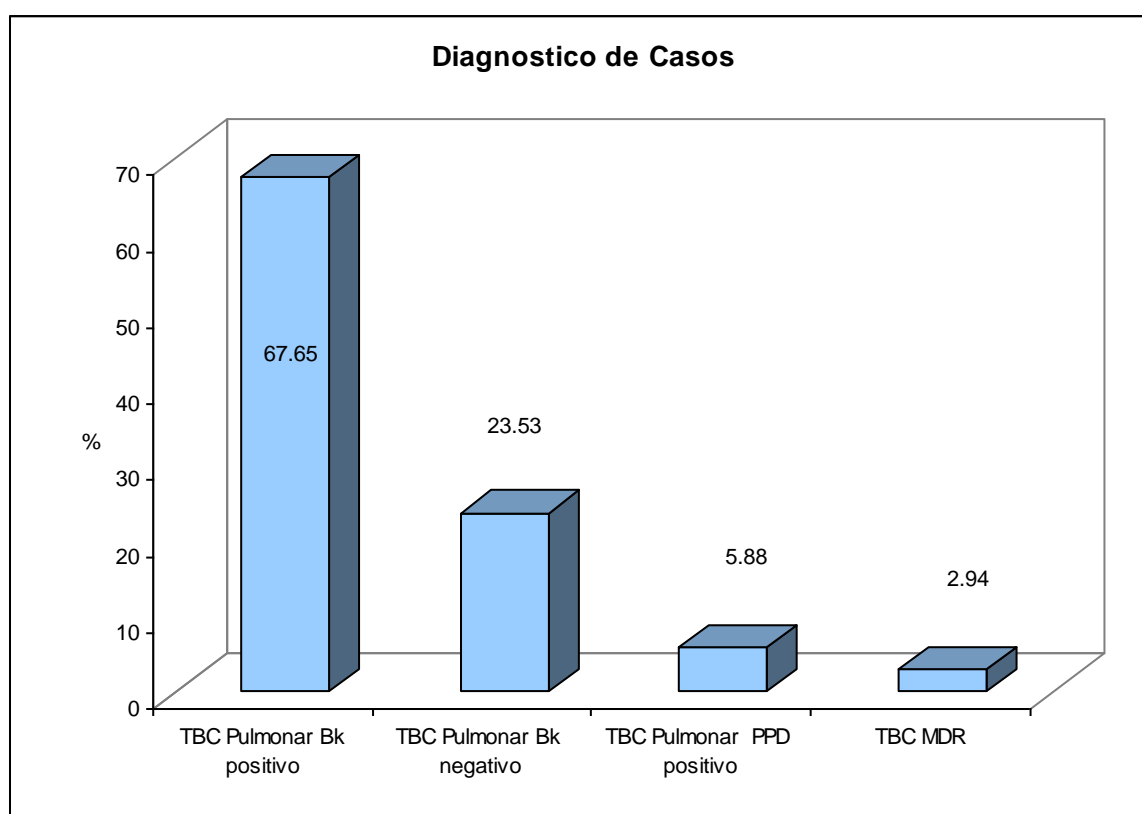
Diagnóstico Caso	TOTAL	
	Nº	%
TBC Pulmonar Bk positivo	46	67.65
TBC Pulmonar Bk negativo	16	23.53
TBC Pulmonar con PPD positivo	4	5.88
TBC MDR	2	2.94
Total	68	100.00

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

Como se puede apreciar el más alto porcentaje de 67.65% corresponde al diagnóstico de caso TBC pulmonar Bk positivo; un 23.53% TBC Pulmonar Bk negativo; 5.88% TBC pulmonar con PPD positivo y 2,94% TBC Pulmonar Multidrogo Resistente.

Datos que constituyen ser de mucha importancia para efectos del control de la transmisión desde el punto de vista epidemiológico, que tiene que ver con el inicio del tratamiento y la regularidad en el cumplimiento del mismo.

GRÁFICO Nº 11



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

CUADRO Nº 12

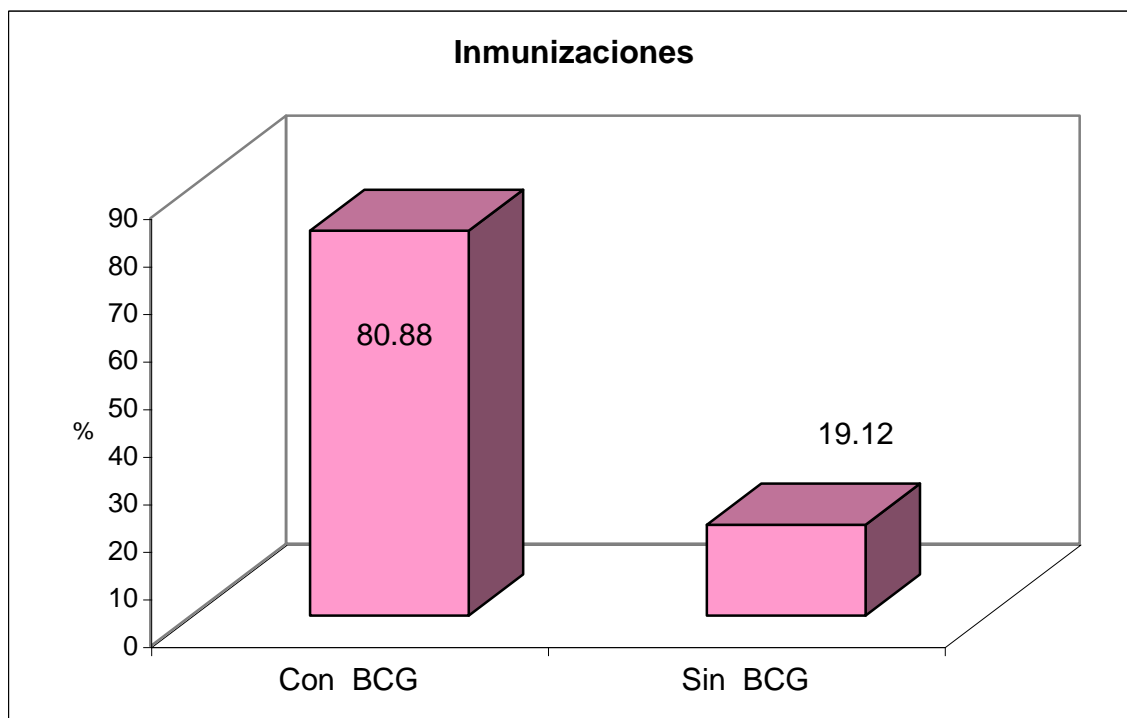
INMUNIZACIONES

Inmunizaciones	TOTAL	
	Nº	%
Con BCG	55	80.88
Sin BCG	13	19.12
Total	68	100.00

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

Con respecto a las inmunizaciones que la población en estudio alcanza un alto porcentaje de 80.88%, la que fue vacunada con BCG y 19.12% sin vacuna. Cabe señalar que para efectos de acciones de prevención en enfermedades inmuno prevenibles la vacuna antituberculosa no exenta de contraer la enfermedad por la exposición a otros factores, por lo que la población debe recibir educación al respecto para aclarar conceptos errados que ponen en riesgo su salud y que puede dificultar la adherencia al tratamiento.

GRÁFICO N° 12



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

CUADRO Nº 13

BACILOSCOPIA DE INICIO

Baciloscopia	Total	
	Nº	%
Positiva +	24	35.29
Positiva ++	13	19.12
Positiva +++	11	16.18
Negativa	16	23.53
Sin Baciloscopia	4	5.88
Total	68	100.00

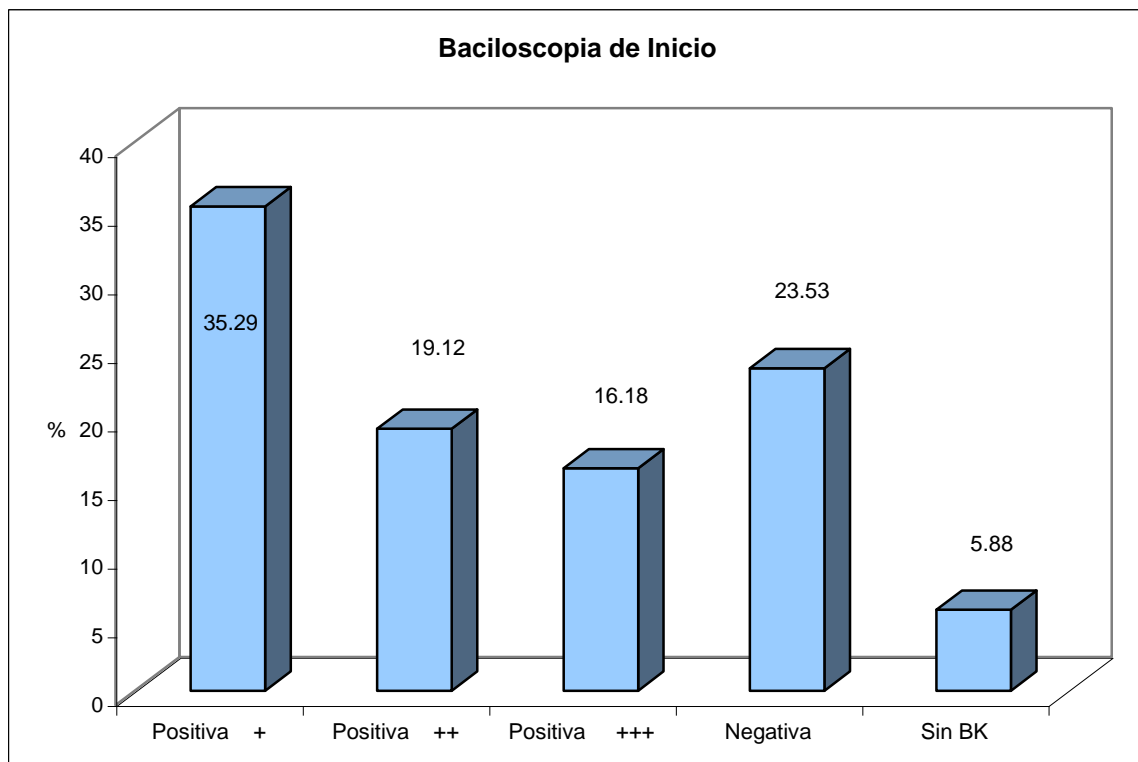
Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

Se observa en relación a la bacilosocopia de inicio que alcanza el más alto porcentaje los resultados de baciloscopia positiva, con un acumulado de 70.59%, en relación a la baciloscopia negativa que es de 23.53%.

Es preciso resaltar que más de la mitad de la población en estudio presenta riesgo de transmisión por ser población bacilífera y que la adherencia tiene gran importancia dado que asegura el inicio del tratamiento, duración del período de contagio y su regularidad al mismo.

Para efecto de baciloscopia de inicio en el presente cuadro es necesario hacer notar que forman parte del acumulado de BK⁺ dos casos de paciente multidrogo resistente que para efecto del diagnóstico de caso fueron separados de acuerdo a la norma del programa.

GRÁFICO Nº 13



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

CUADRO Nº 14

ESQUEMA DE TRATAMIENTO

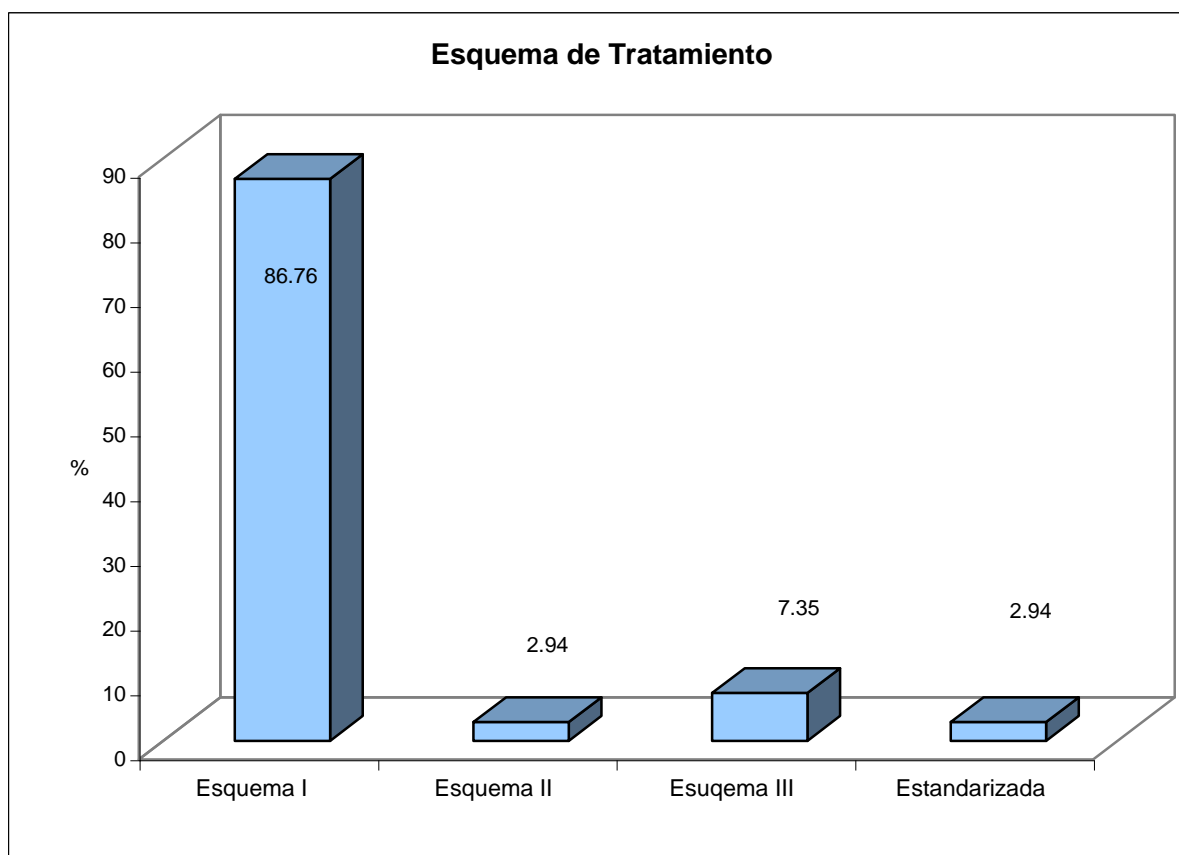
Esquema	TOTAL	
	Nº	%
Esquema I (6 meses)	59	86.76
Esquema II (8 meses)	2	2.94
Esquema III (5 meses)	5	7.35
Estandarizado (18 meses)	2	2.94
Total	68	100.00

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

Como se puede observar, en relación al esquema de tratamiento el mayor porcentaje corresponde al Esquema I con 86.76%, siguiendo el Esquema III con 7.35% y el Esquema II y Estandarizado con el mismo porcentaje de 2.94%.

Los resultados evidencian que más de las $\frac{3}{4}$ partes de la población recibe el tratamiento del Esquema I, que tiene una duración de 6 meses y se da en dos fases. Para la adherencia al tratamiento antituberculoso, constituye de gran importancia el conocimiento del esquema y la duración respectiva.

GRÁFICA N° 14



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora



2.3. Entorno Sociofamiliar

CUADRO Nº 15

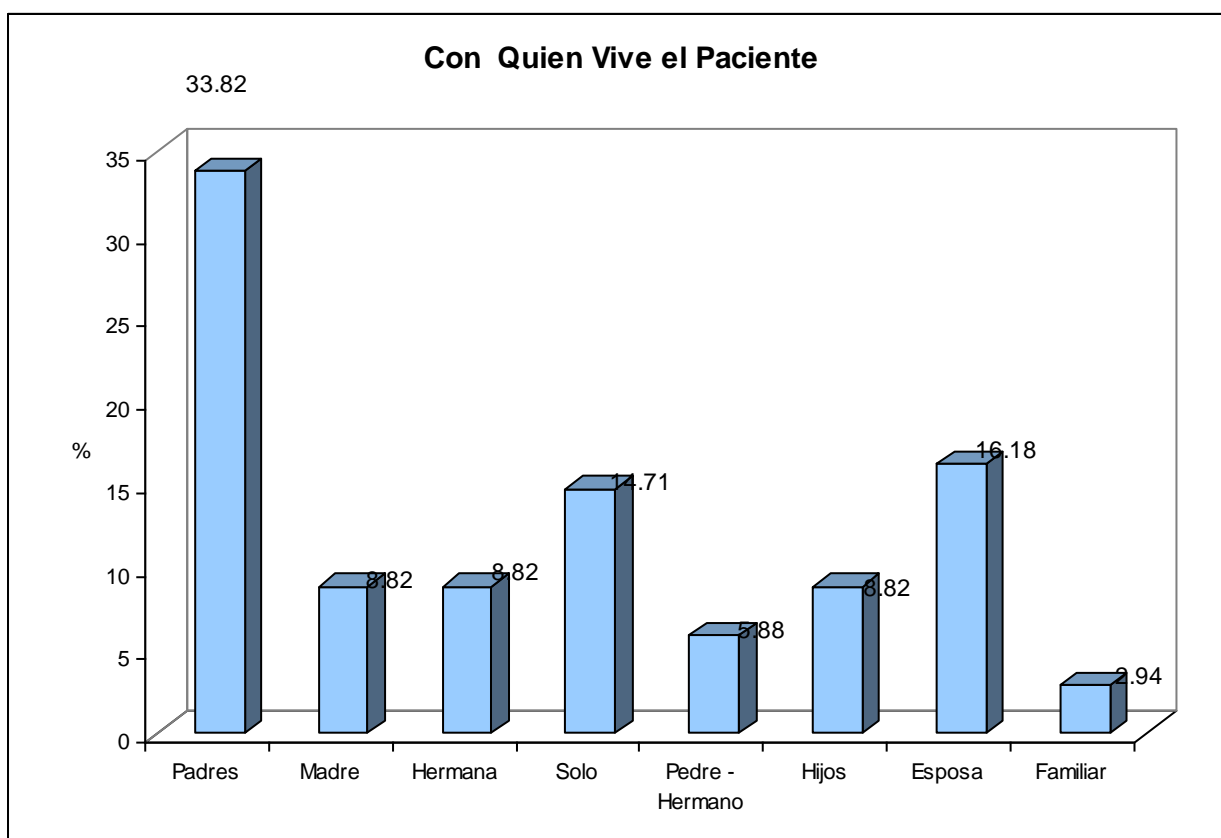
PACIENTES SEGÚN PERSONAS CON QUIEN VIVE

Vive	Total	
	Nº	%
Padres	23	33.82
Madre	6	8.82
Hermana	6	8.82
Solo	10	14.71
Padre – Hermano	4	5.88
Hijos	6	8.82
Esposa	11	16.18
Familiar	2	2.94
Total	68	100.00

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

En relación al entorno familiar según persona con quien vive, se observa que en su mayoría los pacientes viven con sus padres en un porcentaje de 33.82%, con la esposa 16.18% y solo 14.71%. Cabe resaltar que en la adherencia al tratamiento antituberculoso constituye de gran importancia conocer su entorno familiar, en especial la persona con quien vive, por la influencia que ejerce en su cuidado de la salud en relación al tratamiento antituberculoso y cambio en el estilo de vida.

GRÁFICO Nº 15



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

CUADRO Nº 16

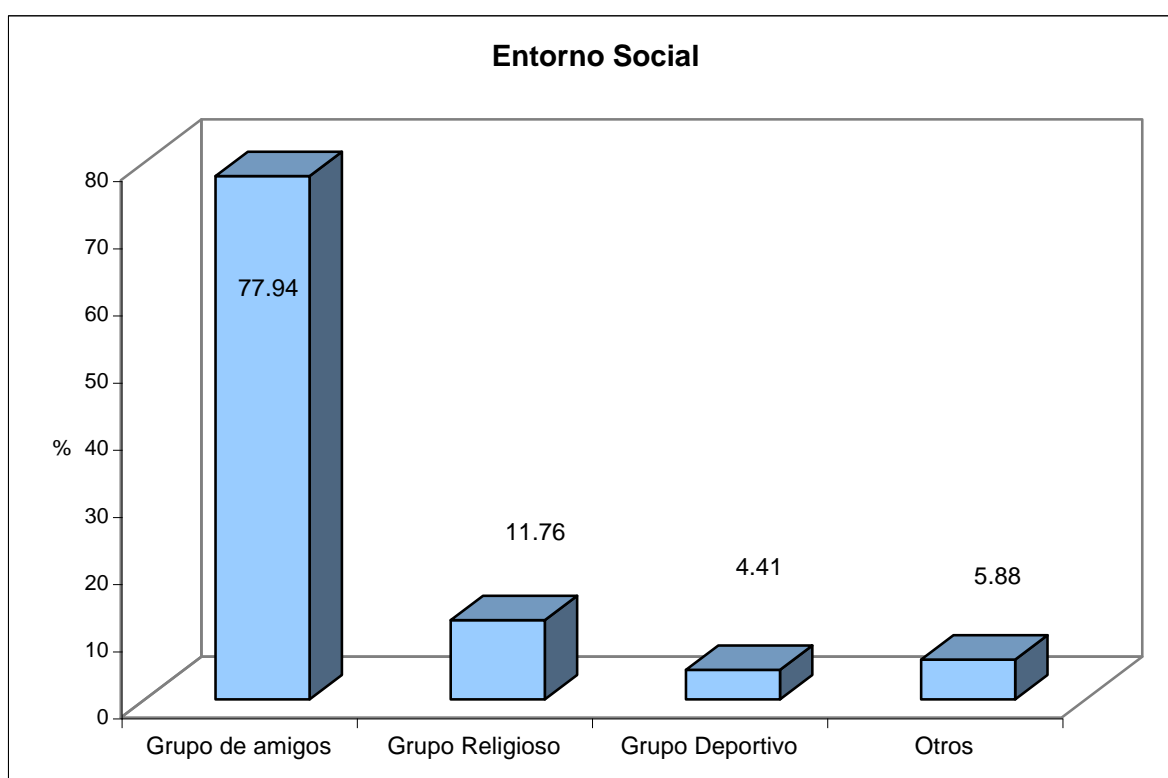
ENTORNO SOCIAL

Entorno	Total	
	Nº	%
Grupo de amigos	53	77.94
Grupo Religioso	8	11.76
Grupo Deportivo	3	4.41
Otros	4	5.88
Total	68	100.00

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

Se observa en el cuadro que alcanza un alto porcentaje de 77.94% el grupo de amigos; 11,76% grupo religioso; 4.41% grupo deportivo y 5.88 otros. Cabe resaltar por tratarse de una enfermedad transmisible, es población en riesgo. Así mismo es necesario remarcar que en relación a la adherencia al tratamiento pueden recibir influencia de los mismos para alcanzar su curación.

GRÁFICO Nº 16



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora



3. EN RELACIÓN AL EFECTO



3.1. Conductas positivas

CUADRO N° 17

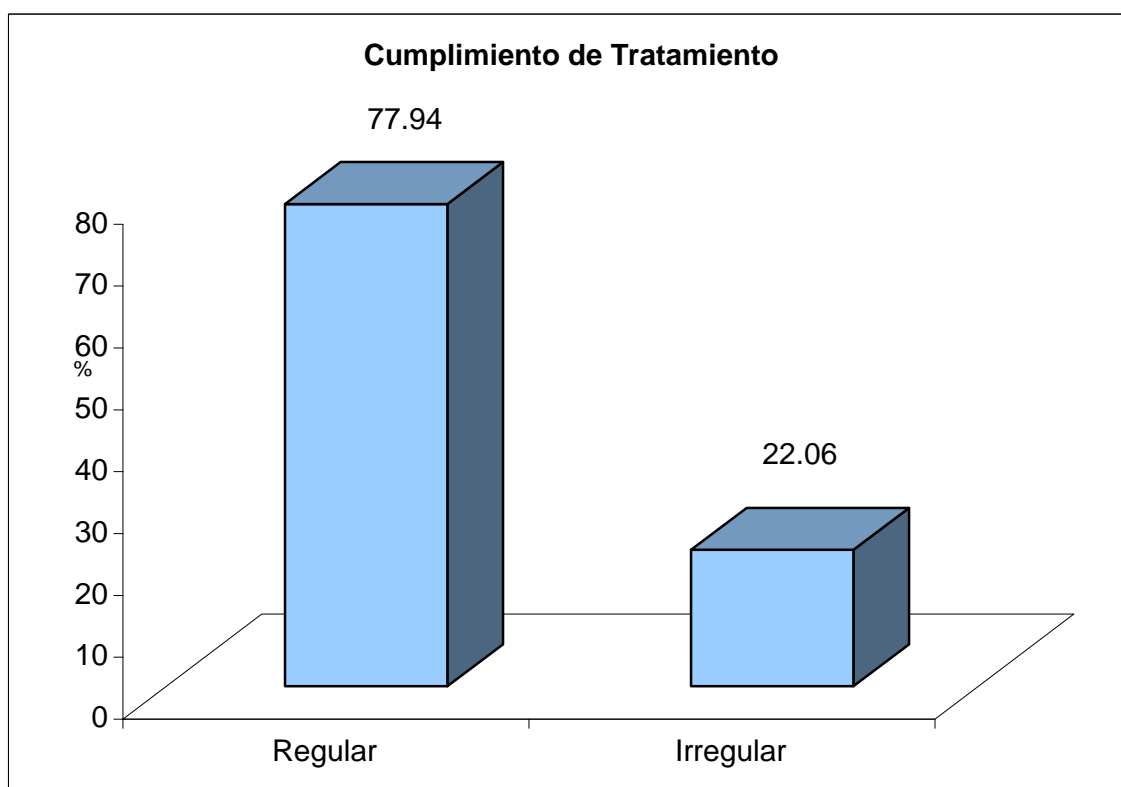
CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO DIARIO

Cumplimiento	TOTAL	
	Nº	%
Regular	53	77.94
Irregular	15	22.06
Total	68	100.0

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

Se observa en el cuadro que cumplen su tratamiento diario en forma regular el mayor porcentaje que es de 77.94%, en relación al cumplimiento irregular que es 22.06%. Es importante remarcar que si es significativo el logro, no deja de tener importancia el grupo irregular al tratamiento en el cual una buena estrategia constituiría la consejería a estas personas.

GRÁFICO Nº 17



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

CUADRO Nº 18

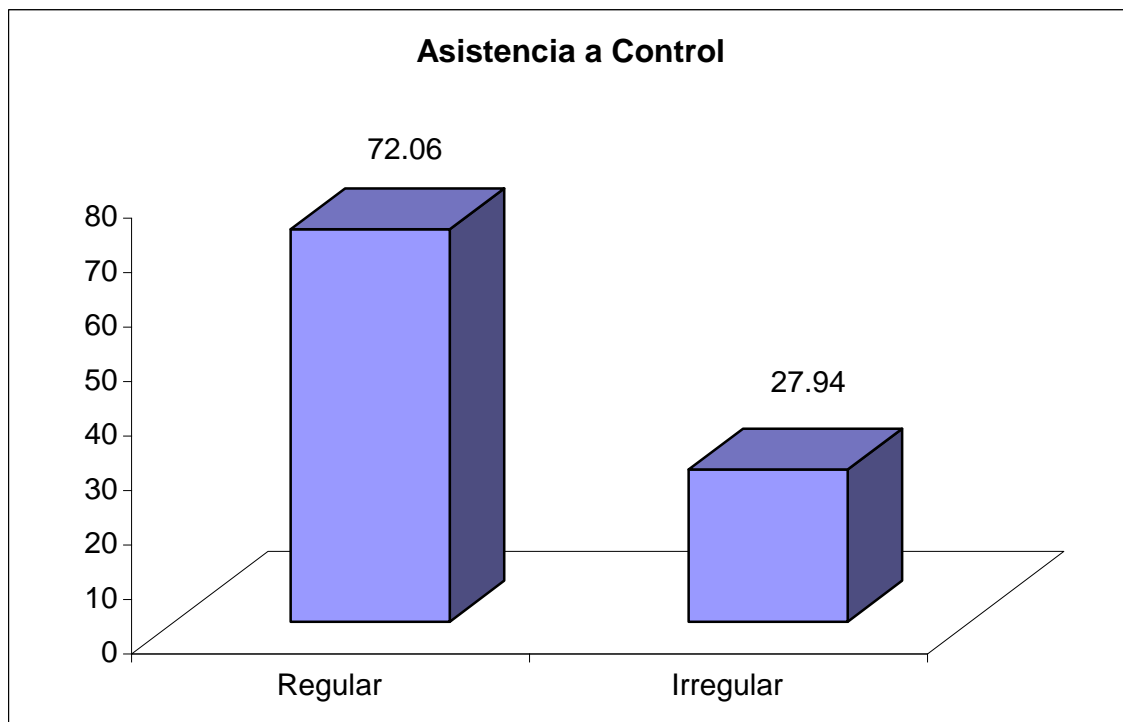
ASISTENCIA A CONTROL

Asistencia	TOTAL	
	Nº	%
Regular	49	72.06
Irregular	19	27.94
Total	68	100.00

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

En el cuadro se observa que la asistencia en forma regular a sus controles alcanza un porcentaje de 72.06%, en relación al irregular que es de 27.94%. Cabe resaltar que si bien es cierto casi las $\frac{3}{4}$ partes de la población su asistencia a los controles es regular, no deja de ser importante el porcentaje de irregular. Por lo que se tiene que trabajar mediante acciones tendientes a lograr la regularidad.

GRÁFICO N° 18



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

CUADRO N° 19

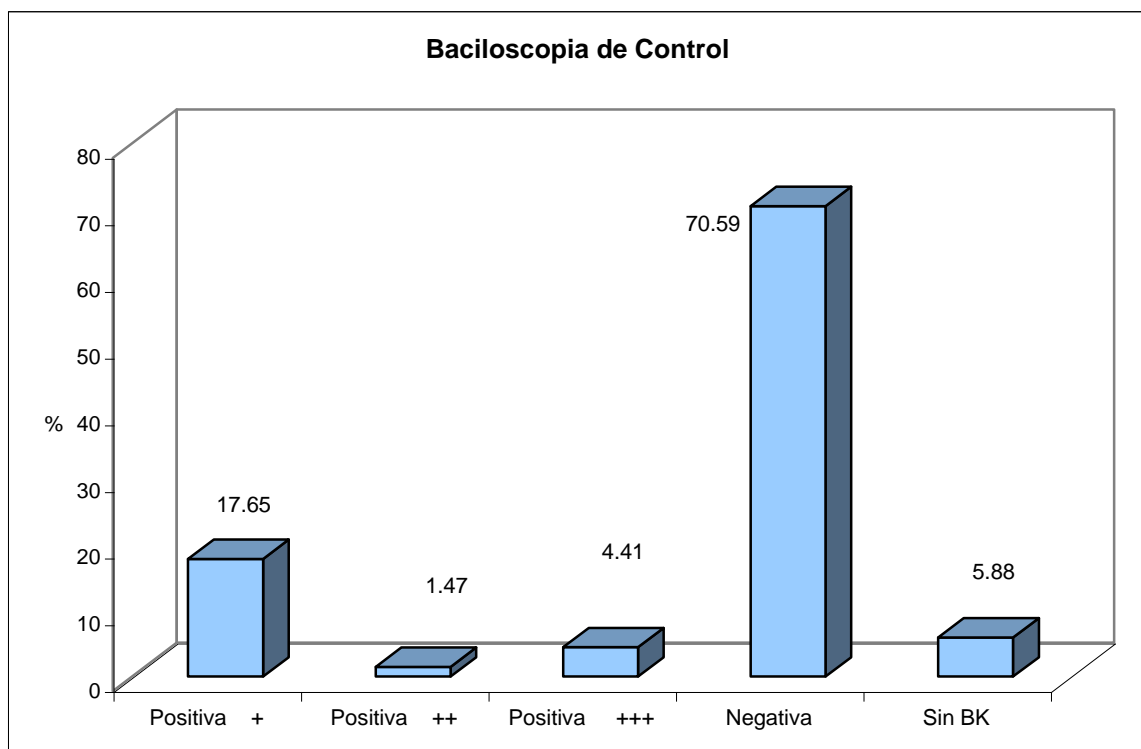
BACILOSCOPIAS DE CONTROL
PRIMER MES

Baciloscopia	Total	
	Nº	%
Positiva +	12	17.65
Positiva ++	1	1.47
Positiva +++	3	4.41
Negativa	48	70.59
Sin Baciloscopia	4	5.88
Total	68	100.00

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

Como se evidencia en el cuadro, con respecto a la baciloscopia de control en pacientes con adherencia al tratamiento, un 70.59% tienen resultado de baciloscopia negativo. El indicador de negatividad de la baciloscopia constituye ser de gran importancia desde el punto de vista epidemiológico relacionado con la transmisión y la resistencia a fármacos.

GRÁFICO N° 19



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

3.2. Reacciones adversas - RAFA

CUADRO Nº 20

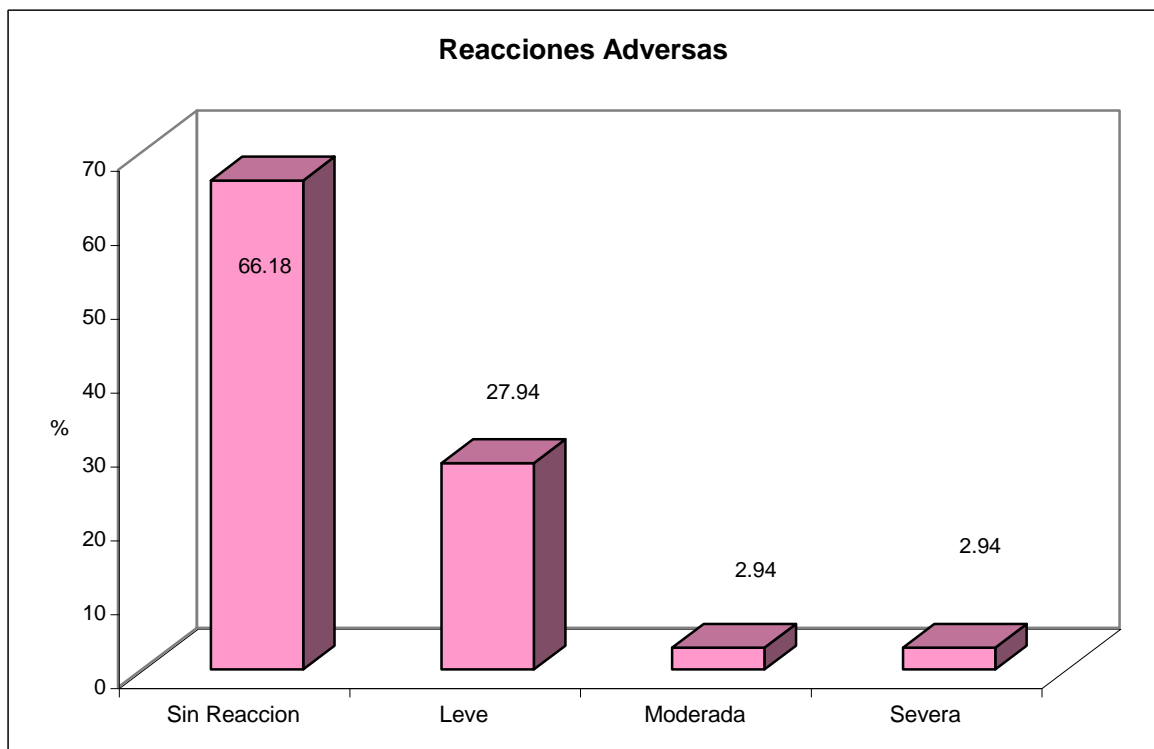
REACCIONES ADVERSAS (RAFA)

TIPOS	TOTAL	
	Nº	%
Leve	19	27.94
Moderada	2	2.94
Severa	2	2.94
Sin Reacción	45	66.18
Total	68	100.00

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

El cuadro pone en evidencia la no presencia de reacciones adversas en un 66.18%; en relación con la presencia de reacciones leves en un 27.94%, y moderadas y severas en un 2.94%. Cabe señalar que la presencia de reacciones adversas conlleva, en algunos casos, a la irregularidad del tratamiento, ya que puede suspenderse temporalmente, sobre todo, en el caso de reacciones moderadas y severas.

GRÁFICO N° 20



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

CUADRO Nº 21

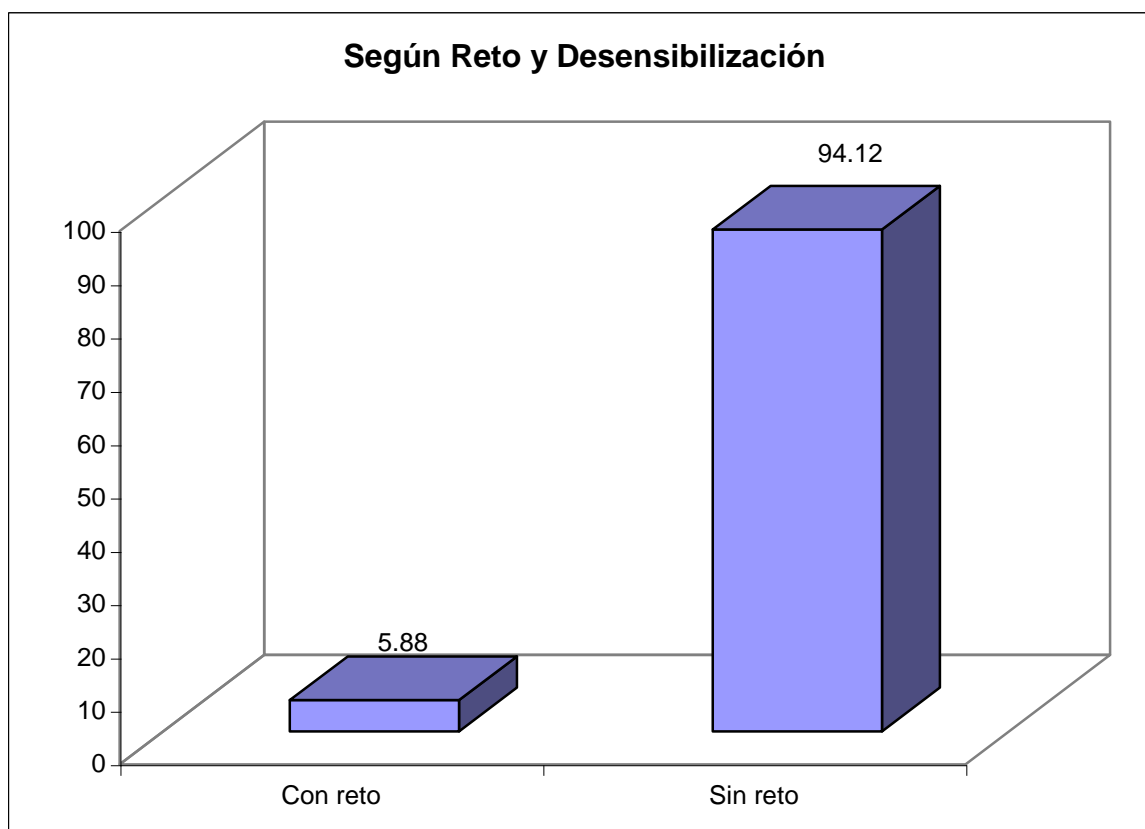
SEGÚN RETO Y DESENSIBILIZACIÓN

Reto y Desensibilización	TOTAL	
	Nº	%
Con Reto	4	5.88
Sin Reto	64	94.12
Total	68	100.00

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

Se puede ver en el cuadro, que de la población en estudio, fue con reto el 5.88%, y sin reto el 94.22%. Cabe señalar que los pacientes sometidos a reto son considerados irregulares a su tratamiento, ya que hay que suspenderlo temporalmente para cumplir con el período de reto y que escapa a las acciones de adherencia en relación al efecto por responder a la idiosincrasia de cada paciente.

GRÁFICO N° 21



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

CUADRO Nº 22

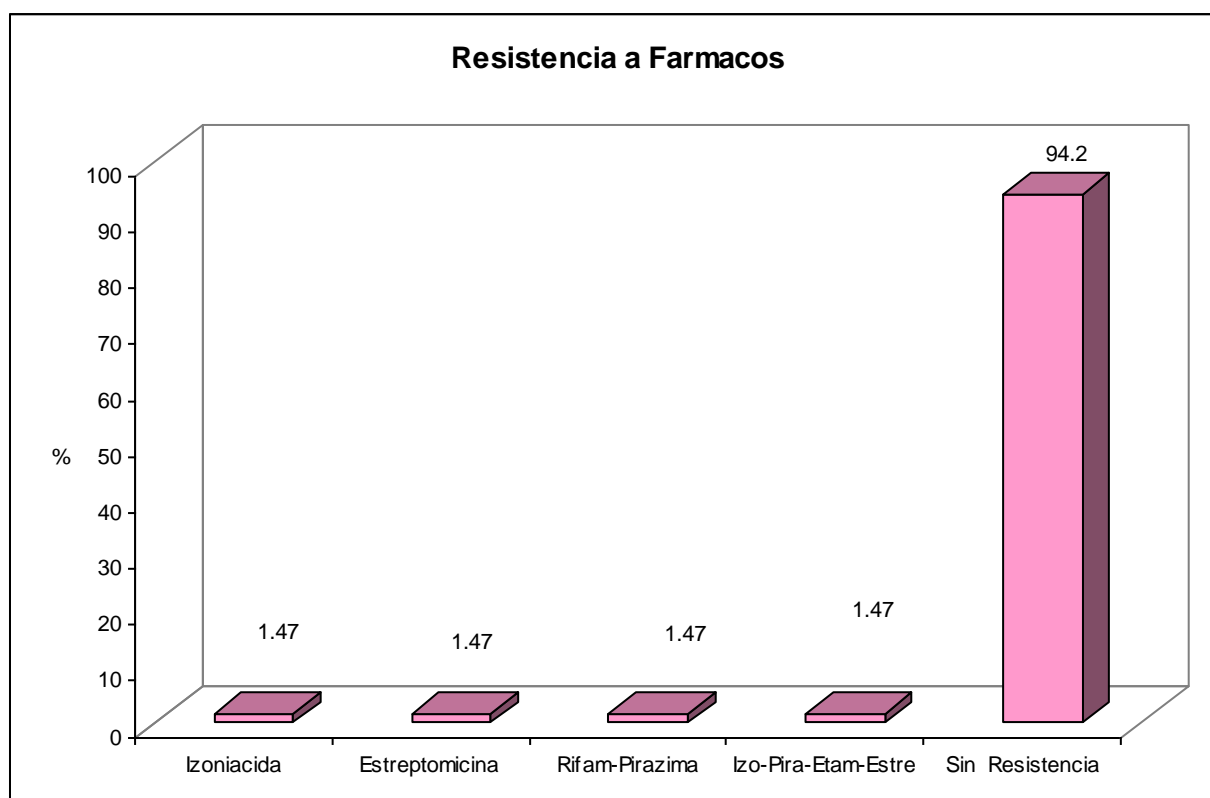
SEGÚN RESISTENCIA A FÁRMACOS

Fármacos	Total	
	Nº	%
Resistencia		
- Isoniacida	1	1.47
- Estreptomicina	1	1.47
- Rifam-Pirazinamida	1	1.47
- Isoniacida-Etambutol	1	1.47
Sin Resistencia	64	94.12
Total	68	100.00

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

Como se observa en el cuadro el 94.12% no presenta ningún tipo de resistencia a fármacos y el 1.47% hace resistencia a la isoniacida, en igual porcentaje a estreptomicina, rifampizina-pirazinamida, isoniacida-etambutol. Cabe señalar que en relación a la resistencia a fármacos el riesgo es mayor en el caso de la Isoniacida y Rifampizina por ser de acción bactericida en relación al etambutol y pirazinamida que son bacteriostáticos.

GRÁFICO Nº 22



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora



3.3. Condiciones Finales

CUADRO N° 23

CONDICIONES FINALES

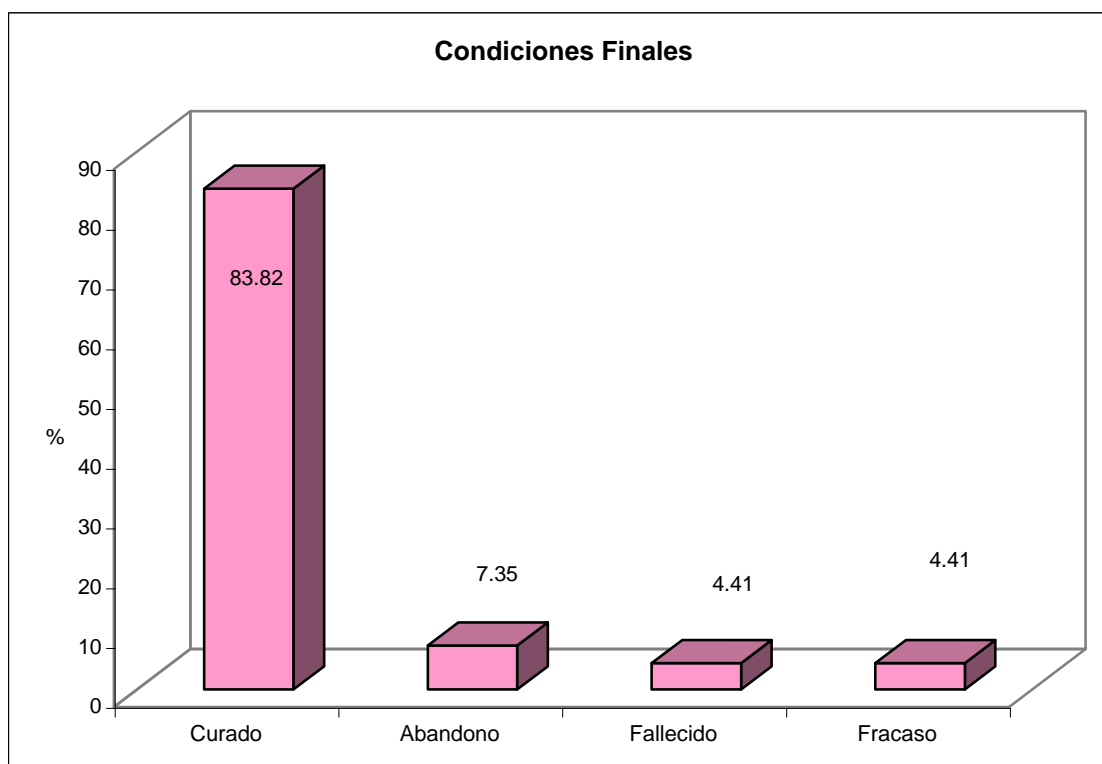
Condición	TOTAL	
	Nº	%
Curado	57	83.82
Abandono	5	7.35
Fallecido	3	4.41
Fracaso	3	4.41
Total	68	100.00

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

Se aprecia que el 83.82% corresponde al porcentaje de curados en relación al 7.35% de abandono y 4.41% de fallecidos y fracasos.

Cabe señalar que los resultados demuestran el mayor porcentaje de pacientes curados con adherencia al tratamiento, con respecto a abandono, fracaso y fallecidos, los que para fines cooperativos tienen una connotación especial en cada caso.

GRÁFICO N° 23



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

CONCLUSIONES

Del análisis e interpretación de los resultados, se concluye lo siguiente:

PRIMERA : Las características de la adherencia al tratamiento antituberculoso:

- Se cumplen acciones de motivación mediante: Charlas y demostraciones y a través de acciones de seguimiento: visitas domiciliarias, entrevistas y consultas médicas, que se cumplen según norma.
- Se cumplen las acciones de adherencia en establecimiento de salud por derivación; en pacientes entre 21 y 40 años; presentando como síntoma principal, tos y baja de peso: diagnosticados por baciloscopía; diagnóstico de caso TBC Pulmonar BK positivo y esquema de tratamiento I. Tienen como entorno sociofamiliar: sus padres y grupo de amigos.

SEGUNDA : La adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con TBC pulmonar alcanza efectos positivos, lo que se evidencia en la regularidad al cumplimiento de su tratamiento diario, asistencia a sus controles y la existencia de reacciones adversas que determinan la suspensión temporal al tratamiento. Logrando alcanzar en su mayoría la curación, en relación al número de abandonos, fallecidos y fracasos.

TERCERA : Los objetivos acerca de las características de la adherencia y el efecto de la misma en pacientes con TBC pulmonar, con tratamiento antituberculoso han sido alcanzados y la hipótesis demostrada.



RECOMENDACIONES

- PRIMERA** : Que en los diferentes establecimientos de salud se utilice como estrategia de reforzamiento a la adherencia al tratamiento antituberculoso una guía de consejería y mediante acciones coordinadas docente-asistencial lleven a cabo la captación de sintomáticos respiratorios en sus diferentes ámbitos de trabajo por constituir el tratamiento de una prevención para todos.
- SEGUNDA** : Realizar periódicamente campañas de despistaje de TBC pulmonar en la población estudiantil de la Universidad, mediante acciones coordinadas entre el personal docente de las facultades de ciencias de la salud, oficina de tutoría, oficina de bienestar universitario y departamento médico.
- TERCERA** : Que se promueva la investigación a nivel de pre y post grado, tanto de docente como alumnos en la línea de transmisibles y se considere las acciones de adherencia al tratamiento como eje integrador en las diferentes asignaturas.

PROPUESTA

De acuerdo a los resultados de la investigación realizada EFECTOS DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSOS EN PACIENTES CON TBC PULMONAR, la autora propone una guía de consejería, como estrategia de reforzamiento a la adherencia.

GUÍA DE CONSEJERÍA PARA PACIENTES CON TBC PULMONAR

I. Introducción

La consejería implica entrega de información que contribuya a normalizar sentimientos, comprender como reducir riesgos y aminorizar problemas, y permite desarrollar planes, conocer gamas de opciones con ventajas y desventajas.

Provee a la persona con tuberculosis pulmonar, elementos para que identifique y reconozca su situación personal; tomando decisiones sobre su comportamiento y mejorar la calidad de vida.

La consejería a nivel familiar facilita que la comunicación entre los miembros mejore, así como la relación entre ellos; logrando un equilibrio y una interacción sana en el grupo familiar.

II. Objetivos

1. Mejorar los canales de comunicación entre las personas con tuberculosis pulmonar, las personas de su entorno familiar, el equipo multidisciplinario y el personal de salud en general.
2. Favorecer el proceso educativo y de seguimiento en la persona con tuberculosis pulmonar y su familia, identificando factores relacionados con el estilo de vida y medio ambiente; acortando el tiempo de diagnóstico e inicio de su tratamiento.

3. Disminuir las reacciones emocionales negativas: enojo, hostilidad, angustia y otras; mejorando el bienestar personal y familiar.
4. Descubrir las expectativas de la persona enferma y su familiar y responder a sus dudas.
5. Promover cuidados especializados y continuos que aseguren la adherencia al tratamiento; asumiendo la persona enferma, un rol protagónico, evitando el abandono.

III. Fases de la Consejería

- Detección de sentimientos y emociones
- Reconocimiento de los mismos
- Reducción de la ansiedad
- Provisión de información relevante y apropiada

IV. Metodología

a) Tiempo y periodicidad de la consejería

No existe tiempo mínimo ni máximo, para la realización de la consejería, va a depender de cada caso y de la predisposición que tengan los actores en esa actividad, para desarrollarla. De igual manera, el número de sesiones va a depender de cada caso.

b) A quién está dirigida:

A nivel de establecimientos de salud, a las personas con tratamientos con factores de riesgo social y sanitario; y a familiares de los pacientes.

A nivel de la comunidad, a personas sintomáticos respiratorios.

V. Perfil del Consejero

c) A nivel de establecimientos de salud

Profesional de salud u otros no relacionados necesariamente con el área de tuberculosis, con:

- Habilidad y destreza en comunicación asertiva, ser discreto y solidario.
- Compromiso con el respeto a la ética y a los derechos humanos.
- Capacidad de iniciar y mantener un diálogo con cordialidad, y saber escuchar.
- Capacidad de explorar la esfera propia de la persona con tuberculosis, núcleo familiar y la del entorno.

b) A nivel comunitario

- Persona vinculada con organizaciones sociales.
- Instituciones públicas y privadas, municipios, colegios, universidades (docentes y alumnos)

VI. Áreas temáticas prioritarias a desarrollar

- Relacionadas con la enfermedad: Medidas de prevención y control de la tuberculosis.
- Relacionadas con la problemática individual y familiar: Cohesión familiar, autoestima, valores y otros.
- Relacionadas al estilo de vida, de acuerdo al problema identificado: alimentación, nutrición, actividad física, cultura de paz.
- Relacionadas al medio ambiente: Marginación, hacinamiento, TBC en el trabajo o centro de estudios, otros.
- Soporte de redes sociales existentes en la comunidad alcohólicos, anónimos, centros de rehabilitación, otros.

BIBLIOGRAFÍA

1. AMERICAN THORACIC SOCIETY. ***Treatment of tuberculosis and tuberculosis infection in adults and children.*** Am Rev. Respir. 2003.
2. BECERRA M.C. Farmer J.Y Kim. ***The problem of drug-resistant tuberculosis: an overview.*** En: Harvard Medical School/Open Society Institute. The global impact of drug resistant tuberculosis, 1999.
3. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS. ***Programa de Control de Enfermedades Transmisibles – Control de Tuberculosis.*** 2001.
4. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS. ***Programa Nacional de Control de TB. Actualización de la Doctrina, Normas y Procedimientos para el control de la Tuberculosis en el Perú 2001.***MINSA
5. GOSWAMI, R., V KAWAI, E. TICONA, R. GILMAN, P. SHEEN. ***Brote nosocomial de TB multiresistente en pacientes con VIH en Lima-PERU.*** Abs. Int Journ Tuberc Lung Sis. 2001.
6. MINISTERIO DE SALUD. ***Actualización de la Doctrina, Normas y Procedimientos para el control de Tuberculosis en el Perú.*** 2001.
7. MINISTERIO DE SALUD. ***Protocolos y Lineamientos para el tratamiento y manejo de la tuberculosis multidrogo resistente.*** Perú 2002.
8. MINISTERIO DE SALUD. ***Proyecto VIGIA. Impacto económico de la tuberculosis en el Perú,*** 1999.
9. RUBBEISTEN ERNESTO. ***Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria.*** 3ra Edición. Editorial Medica Panamericana. 1998.

10. SUAREZ, GUILLERMO. **Boletín de Salud N° 19-2,000. Instituto de Salud**
– MSC Cristoforis Deneke (ISDEN). Lima, Perú.
11. VÁZQUEZ LUCY. **Comunicación para garantizar la vigilancia en salud pública a fin de monitorear la morbimortalidad infecciosa y sus consecuencias en: La emergencia de patógenos resistentes: un llamado a la colaboración interventiva.** University Florida. 2002.
12. WHO. **Anti-tuberculosis drug resistance in the world. The WHO/IUATLD global project on antituberculosis drug resistance surveillance.** WHO/CDS/TB/2000. Geneva.




INTERNET

- www.tuotromedico.com/temas/tuberculosis.htm - 2k -
- www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/tuberculosis.html - 28k -
- www.minsa.gob.pe/ocom/tbc.htm - 12k -
- www.cun.es/areadesalud/enfermedades/infecciosas/tuberculosis/ - 38k





ANEXO



ANEXO N° 1

**PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN**

I. PREÁMBULO

Las enfermedades transmisibles, entre ellas la tuberculosis, son un marcador del subdesarrollo; están ligadas a factores culturales, sociales y económicos de compleja solución, pero también fuertemente relacionado con la falta de aplicación de metodología de intervención en salud que reduzcan el daño y que conduzcan hacia su control y futura eliminación como problema de salud pública.

A fines de la década del 80 la tuberculosis en el Perú había llegado a una situación extrema de severidad con altas tasas de incidencia y baja eficiencia técnica en las actividades control, lo que condicionaba a una tendencia epidemiológica y social de mal pronóstico.

La eficiencia del tratamiento antituberculoso, el porcentaje de curación en el mejor de los casos llegaba al 60% y los abandonos se sumaban al 47%.²

En la conferencia ministerial sobre Tuberculosis y desarrollo sostenible, celebrada en marzo del año 2000 en Ámsterdam que reunió a los representantes de los 20 países con más alta incidencia de tuberculosis en el mundo entre ellos el Perú, expreso la enorme preocupación de la comunidad internacional ante la gravedad sanitaria, social, económica y humana de la situación descrita, y se constituyo en un acontecimiento crucial para la lucha antituberculosa.

El Perú optó y adecuado la Estrategia del Tratamiento Acortado Directamente Supervisado (DOTS), a su realidad recomendado por la OMS y la OPS.

² Dirección General de Salud de las Personas. Programa de Control de Enfermedades Transmisibles – Control de Tuberculosis. Pág. 13, 2001.

Constituye una motivación de gran importancia las perspectivas para el siglo XXI en el control de la tuberculosis que tiene como propósito “Que la tuberculosis deje de ser un problema de salud pública”; hecho que para el país tendrá impacto en las perspectivas del desarrollo sostenible, en el terreno social y económico. De allí que el reto será sostener y mejorar el programa de lucha antituberculosa.

Lo anteriormente mencionado será posible con el logro de una adecuada adherencia al tratamiento antituberculoso que permita conocer el grado de cumplimiento a las indicaciones clínicas y asistencia a las citas de control por parte del paciente. Lo que pone en evidencia que para poder actuar con cada paciente es necesario el conocimiento de ciertos factores que influyen en la conducta del paciente y determinan el logro o fracaso de los objetivos propuestos.

Todo ello constituye la principal motivación para llevar a cabo el presente estudio de investigación sobre EFECTOS DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES CON TBC PULMONAR EN EL HOSPITAL GOYENCHE. AREQUIPA – 2005.

Cuya importancia radica en la contribución al control de la Tuberculosis en nuestro medio como problema social.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

EFFECTOS DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES CON TBC PULMONAR EN EL HOSPITAL GOYENCHE. AREQUIPA – 2005.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Campo y Área y Línea

- A. **Campo:** Ciencias de la Salud
- B. **Área:** Enfermedades Transmisibles
- C. **Línea:** Tratamiento Antituberculoso

1.2.2. Análisis de Variables

Variables	Indicadores y Subindicadores
<p>Variable Independiente</p> <p>Adherencia al Tratamiento Antituberculoso. Grado de coincidencia de los prescripciones clínicas con la conducta del paciente en términos de cumplimiento con su medicación, controles y cambios de estilo de vida.</p>	<p>1. Motivación Fuerzas de energía emocional que ingresan a la esfera consciente y empujan al individuo a actuar. 1.1. Educación 1.2. Seguimiento</p> <p>2. Acciones Conjunto de tareas y habilidades para alcanzar la meta deseada. 2.1. Establecimiento de salud 2.2. Comportamiento frente a síntomas principales 2.3. Medios diagnósticos 2.4. Inmunización. BCG 2.5. Diagnóstico de caso 2.6. Baciloscopia de inicio 2.7. Tratamiento</p>

	<p>3. Entorno Sociofamiliar Entorno en el que se desarrolla la persona y recibe influencia del mismo.</p> <p>3.1. Entorno familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas con quien vive <p>3.2. Entorno social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunidad • Grupos al que pertenece
<p style="text-align: center;">Variable Dependiente</p> <p>Efectos de la Adherencia Lo que se espera que haga el paciente y lo que el paciente hace en la práctica.</p>	<p>1. Conductas positivas Acciones humanas por lo general organizadas, realizadas y percibidas como respuesta a cierta información.</p> <p>1.1. En relación al tratamiento</p> <p>1.2. En relación a sus controles</p> <p>1.3. En relación a la baciloscopia de control</p> <p>2. Reacciones Adversas Resultado de una interacción entre el medicamento administrado y algunas características inherentes o adquiridas del paciente.</p> <p>2.1. Tipo de reacción adversa (RAFA)</p> <p>2.2. Reto y desensibilización</p> <p>2.3. Resistencia a fármacos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de fármaco <p>3. Condición de egreso a la finalización del esquema Conclusión del proceso de tratamiento, expresado en logro de la meta y circunstancias que lo impidieron.</p> <p>3.1. Abandono</p> <p>3.2. Curado</p> <p>3.3. Fracaso</p> <p>3.4. Fallecido</p>

1.2.3. Tipo y Nivel de Investigación

Tipo: De campo

Nivel: Explicativo

1.2.4. Interrogantes Básicas

1. ¿Cuáles son las características de la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con TBC pulmonar en el Hospital Goyeneche de Arequipa en el año 2005.
2. ¿Cuáles son los efectos de la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con TBC pulmonar en el Hospital Goyeneche de Arequipa en el año 2005?

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Un tercio de la población mundial esta infectada por Mycobacterium tuberculosis. Se calcula que el año 1999 se han presentado 8400 millones de casos de tuberculosis en todo el orbe.³

La lucha por el control de la Tuberculosis se inscribe y articula en el reconocimiento de la dignidad de las personas y sus derechos universales; por tal razón el problema es un estudio de trascendencia social. Está investigación es pertinente por tratarse de un problema que requiere un enfoque de atención integral que permite realizar un proceso de intervención multidisciplinaria y la cual exige de una adecuada integración docente asistencial.

Es de relevancia científica por tratarse de un problema de salud que afecta tanto a países desarrollados como en vías de desarrollo y está relacionado con el tratamiento farmacológico como única alternativa de la curación de la tuberculosis en el que la adherencia nos permitirá detectar donde falla la secuencia para poder realizar una correcta intervención que ayude a modificar el déficit.

³ Dirección General de Salud de las Personas. Ob. Cit. Pág 13

Es de gran importancia por contribuir a la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno en forma gratuita y supervisada, de los enfermos con tuberculosis pulmonar en los Servicios de Salud con la finalidad de disminuir la morbimortalidad por tuberculosis y sus repercusiones sociales y económicas.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Todo médico debe conocer el grado de cumplimiento de sus indicaciones por parte de sus pacientes. A menudo ocurre que los médicos se encuentran con el problema de que aquéllos no siguen las indicaciones de tomar la medicación o no concurren a las citas, con la consiguiente percepción del profesional de que la consulta se torna un ejercicio inútil. Aun cuando las conductas médicas sean avaladas por la mejor evidencia científica que beneficie a los pacientes, la falta de cumplimiento de los consejos médicos es una fuente de frustración y, a la vez, un interesante estímulo para la investigación.

2.1.1. DEFINICIÓN DE ADHERENCIA

Se denomina adherencia al grado de coincidencia de la prescripción clínica con la conducta de un paciente (en términos de cumplir con las citas o la medicación, seguir una dieta, y otros cambios en el estilo de vida). Para que se pongan en juego estos cambios debe haber una buena combinación de mutualidad (personal de salud-paciente) con responsabilidad. En esta nueva dimensión podríamos decir que la adherencia es el grado de cooperación y acuerdo entre el médico y el paciente respecto del manejo de regímenes y está caracterizada por la comprensión y la aceptación de estos regímenes

por parte del paciente.⁴

2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA

Si bien es difícil conocer la verdadera magnitud del problema, se estima que la prevalencia de la falta de adherencia varía entre el 4 y el 92%, y para los tratamientos crónicos oscila entre el 50 y el 65 por ciento.⁵

2.1.3. COMPONENTES DE LA ADHERENCIA

Para poder actuar con cada paciente es necesario conocer ciertos factores que influyen en su conducta y determinan el logro o fracaso de los objetivos propuestos.

A. Motivación

La motivación son fuerzas de energía emocional que articuladas con las creencias, ingresan en la esfera consciente y empujan al individuo a la acción. De esto se desprende de las creencias y percepciones no son suficientes para transformarse en acción sino existe motivación. La motivación orienta hacia la meta deseada en contra de situaciones no deseadas o temidas.

El temor puede tener un efecto favorable en las personas con nivel bajo de educación, por la poca conciencia de la enfermedad.

Los deseos de alcanzar metas atractivas, evitar resultados negativos y aumentar la seguridad futura de uno mismo constituye el cuadro más amplio de motivación, que en salud debe tenerse en cuenta para responder a los problemas de los

⁴ RUBBEISTEN ERNESTO. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria . Pág. 176. 1998

⁵ RUBBEISTEN ERNESTO. Ob. Cit . Pág. 185. 1998

individuos. La motivación no siempre es autocentrada, ya que algunas personas pueden encontrarla en la necesidad de estar bien para ser un buen ejemplo para sus familiares.

B. Acciones

Las personas necesitan contar con habilidades para mejorar su estado de salud y alcanzar la meta deseada en este caso la curación de la tuberculosis tomando sus medicamentos diariamente y durante el tiempo indicado y asistir a sus controles en forma regular.

C. Medio Ambiente

En relación con el medio ambiente es útil distinguir entre grupos primarios y secundarios cuando se habla de grupos primarios se está haciendo referencia a las personas que viven con el paciente o que tienen un contacto estrecho y cotidiano (familia, pareja). En cambio los grupos secundarios están relacionados básicamente con los desempeños sociales, ejemplo grupo de amigos.

2.1.4. ESTRATEGIAS EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

- El estadio de la historia de la enfermedad a la cual esta dirigida la intervención.
- Si el cambio inducido en el paciente está dirigido a conductas positivas o reacciones adversas propias.
- Si la conducta reduce síntomas por ejemplo en el paciente con tuberculosis si reduce la frecuencia de la tos y mejora su condición física desde el inicio del tratamiento.

2.1.5. IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA

Muchos estudios han demostrado que, sin importar el tratamiento en cuestión, los pacientes complacientes tienen mejores resultados que los que no lo son. La falta de adherencia en la práctica clínica cotidiana origina interrupción del curso del tratamiento, innecesarios procedimientos diagnósticos y terapéuticos y dudas de los pacientes acerca de la eficacia del tratamiento. La falta de adherencia en los estudios de investigación genera elementos confusos de evaluación y eficacia de los tratamientos u otras intervenciones.

Los médicos suelen atribuir la falta de adherencia a factores como pobreza, ignorancia, indiferencia o a un inapropiado sistema de valores. Cada uno de estos factores contribuye en parte a la falta de adherencia, pero la suma de todos no alcanza a explicar el fenómeno. Además, este tipo de rótulos sólo lleva a endosar culpas" más que a una solución efectiva de los problemas.

2.2. TUBERCULOSIS PULMONAR

2.2.1. CONCEPTO

La tuberculosis pulmonar es una infección causada por *Mycobacterium tuberculosis*. Frecuentemente afecta a los pulmones, aunque puede diseminarse a casi cualquier parte del cuerpo, incluidas meninges, riñones, huesos y ganglios linfáticos. Se multiplican con lentitud y se caracterizan por ser gérmenes aerobio y alcohol ácido resistentes que mueren con calor, luz solar, sequedad y luz ultra violeta. El *Mycobacterium tuberculosis* es un cilindro de 2 a 4 micromicras de longitud y 0,3 micromicras de espesor. Es un microorganismo aerobio estricto, por eso las lesiones son más

frecuentes en los vértices pulmonares donde la presión del oxígeno es de 300 mmHg en la posición erecta. Esta propiedad de alcohol ácido resistente se debe a los lípidos de su membrana.

A diferencia de otros agentes infecciosos, el bacilo de la tuberculosis permanece en estado latente en el cuerpo. Si la inmunidad del huésped disminuye en este período latente como resultado de desnutrición, inmunosupresión u otros factores, el bacilo empieza a multiplicarse de nuevo y causa una de las diversas enfermedades tuberculosas. La bacteria vuelve al estado latente si el paciente se recupera del episodio.

2.2.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA TUBERCULOSIS: TRANSMISIÓN Y FACTORES DE RIESGO

La infección tuberculosa es la llegada del báculo de Koch a un sujeto virgen del mismo.

La transmisión tuberculosa tiene lugar desde el enfermo bacilífero, con esputo o cultivo positivos, al sujeto susceptible, a través de las gotitas frescas de saliva (miden 1,5 micrones) que se eliminan al toser, estornudar, hablar.

El riesgo de infección depende:

- Cantidad de báculos eliminados por la persona enferma de tuberculosis en relación a la forma de presentación, y con el tiempo transcurrido hasta el diagnóstico.
- Duración del período de contagio determinado por el inicio del tratamiento.

- Cantidad de báculos en el aire ambiente en relación a una ventilación adecuada.
- Características inmunológicas del sujeto susceptible.

Los sujetos en riesgo de adquirir esta infección son:

- Quienes han sufrido infecciones previas.
- Quienes alojan al bacilo de la tuberculosis vivo aunque en estado latente.
- Quienes tienen contacto estrecho con personas en que la tuberculosis se encuentra en la etapa infecciosa.
- Personas en que los resultados de las cutirreacciones con tuberculina se han "convertido" en fecha reciente en reacciones significativas.
- Quienes tienen disminución de su resistencia a causa de factores como el alcoholismo.
- Ancianos que viven en hogares asistenciales y han padecido infecciones que se curaron pero están latentes, diabetes o cánceres.
- Personas que reciben corticosteroides o inmunosupresores por tiempo prolongado.
- Pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis.
- Personas con SIDA, diabetes sacarina o estado post gastrectomía.

Los factores que contribuyen a la diseminación de la tuberculosis son, vivir en condiciones de hacinamiento, tener ingresos bajos, viviendas de calidad deficiente y cuidados inadecuados de la salud.

2.2.3. FISIOPATOLOGÍA

Una vez inhalado por un huésped susceptible, el bacilo de la tuberculosis fluye por las vías respiratorias en la forma de núcleos de microgotas y se deposita en la superficie alveolar donde empieza a multiplicarse.

- A. La tuberculosis es una enfermedad granulomatosa; es decir cuando el bacilo invade los tejidos normales, la respuesta es la formación de nuevas masas tisulares que se denominan granulomas infecciosos.
- B. El bacilo tuberculoso infecta el pulmón, formando un tubérculo (lesión).
- C. El tubérculo.
 - Puede curar dejando una cicatriz.
 - Puede evolucionar a granuloma: El cual puede curarse o ser reactivado.
 - Puede finalmente necrosarse (muerte), licuarse, desprenderse y formar cavidad.
- D. La lesión inicial puede diseminar el bacilo tuberculoso.
 - Por extensión a los tejidos adyacentes. - Por vía sanguínea.
 - A través del sistema linfático. A través del bronquio.

2.2.4. VALORACIÓN DIAGNÓSTICA

- A. **Prueba de la tuberculina:** De Matuk (PPD) derivado proteico purificado. La tuberculina es una fracción proteica del M. Tuberculosis, que introducida en la piel libera linfoquinas, las cuales entre las 24 - 72 horas producen un engrosamiento de la

piel (edema y linfocitos sensibilizados). Como sustancia reactiva se utiliza un derivado proteínico purificado (PFD); la vía recomendada para su administración es la intradérmica, la lectura de la reacción del PPD se hace de manera transversal a la zona de aplicación (tercio medio de la cara anterior del antebrazo); se considera PPD positivo (+) si el diámetro de la vesícula formada es de - 5mm a más en desnutridos; y de 8mm a más a las 72 horas de aplicado en pacientes sin signos de desnutrición aparente, ello indica infección tuberculosa pero no discrimina si ésta es activa o latente. Así mismo si el enfermo tiene un PPD negativo (-) debe admitirse, con bastante seguridad, que la infección no es tuberculosa.

- B. Radiografía:** La imagen que más sugiere una tuberculosis es un infiltrado multinodular con excavación en uno o ambos lóbulos apicales. Como el bacilo de KOCH tiene propensión a su diseminación por vía bronquial, también pueden afectarse otros lóbulos. Sobre todo en los ancianos, las lesiones suelen estar limitadas a los lóbulos inferiores.

La primoinfección, sobre todo en los niños, puede mostrar el foco de inoculación (Chancro de Ghon), como una mancha redondeada, basal, no homogénea, de bordes borrosos. En ocasiones se completa con una adenopatía satélite; el conjunto se conoce como complejo primario.

En los adultos la pesquisa radiológica no es tan fructífera. Los derrames pleurales amplios se ven fácilmente, pero no así los pequeños, en cuyo caso es necesaria la radiografía decúbito lateral.

C. Diagnóstico Bacteriológico: La única prueba indiscutible de tuberculosis activa es la identificación del *M. tuberculo* en tejidos líquidos orgánicos: esputo, lavado gástrico, líquido cefalorraquídeo, derrames serosos o pus de abscesos.

El examen de un frotis coloreado comúnmente no es muy sensible pero permite la rápida identificación de un paciente altamente contaminante. Para un proceso más elaborado se requiere el cultivo en un medio Lowenstein-Jensen o de Dubos.

El material más frecuentemente examinado es el esputo. Cuando se produce espontáneamente (habitualmente al levantarse por la mañana) es la muestra más satisfactoria tanto para frotis como para cultivo.

D. Examen Hematológico: El recuento de leucocitos no es significativo, excepto en la neumonía tuberculosa (que simula una infección piógena) o en el millar (reacción leucemoide) en las tuberculosis prolongadas puede ver anemia.

2.2.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Los estadios tempranos son en algunas veces asintomáticos pero en la mayoría de los casos la presencia de tos con o sin expectoración.
- Las manifestaciones tardías incluyen: fatiga, pérdida de peso, pérdida de fuerza, anorexia, sudación nocturna, fiebre recurrente diaria con escalofríos, anemia, hemoptisis.

2.2.6. TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento son:

- A. Aliviar los síntomas pulmonares y generales por eliminación de todos los bacilos viables de la tuberculosis.
- B. Restaurar la salud, capacidad para el trabajo vida familiar del paciente a la brevedad.
- C. Prevenir la transmisión de la infección

A. Quimioterapia

El Programa Nacional de tuberculosis vió por conveniente estructurar el tratamiento antituberculoso en tres esquemas.

Los medicamentos esenciales más utilizados por el Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PNCT) son: isoniacida, rifampicina, pirazinamida, estreptomycin y etambutol.

Se tienen en cuenta tres propiedades fundamentales de los medicamentos antituberculosos: capacidad bactericida, capacidad esterilizante y capacidad de prevenir la resistencia.

Los medicamentos antituberculosos poseen estas propiedades en grados diferentes. La isoniacida, rifampicina y pirazinamida son los medicamentos bactericidas más potentes, activos contra todas las poblaciones de bacilos tuberculosos. La isoniacida (H) actúa sobre poblaciones de multiplicación continua: la rifampicina (R) interfiere con duplicación del material genético del *Mycobacterium tuberculosis*: la pirazinamida (Z) es activa en medio ácido contra los bacilos que se encuentran en el interior de los macrófagos. Debido al hecho de que estos tres medicamentos (isoniacida, rifampicina y pirazinamida) pueden eliminar al bacilo en cualquier localización extra o intracelular, se

les conoce como el núcleo básico del tratamiento antituberculoso.

La estreptomicina (S) tiene también propiedades bactericidas contra ciertas poblaciones de bacilos tuberculosos, y es activa contra los que se encuentran en fase de multiplicación extracelular rápida.

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

B. Fundamentos del Tratamiento Farmacológico Antituberculoso Acortado directamente supervisado estrategia DOTS)

El tratamiento farmacológico acortado ha demostrado ser una de las intervenciones sanitarias altamente eficaces en el control de la tuberculosis. Para que esto suceda es importante que los medicamentos que conforman el arsenal terapéutico sean utilizados de manera racional a través de un programa de lucha contra la enfermedad integrado al conjunto de acciones de salud en todos sus niveles⁶.

Las condiciones esenciales que debe cumplir la quimioterapia acortada son:

- Tratamientos con asociación de medicamentos de alta eficacia que eviten la selección de mutantes resistentes y, por lo tanto, la aparición de fracasos.
- Tiempo suficiente de tratamiento y con el menor número de tomas que asegure un bajo porcentaje de recaídas.

⁶ MINISTERIO DE SALUD. Normas Técnicas de Salud para el Control de la Tuberculosis, 2005. pág 3

- Reacciones adversas mínimas que permita ser más aceptable por parte de los enfermos.
- Administración de medicamentos bajo estricta supervisión que garantice el cumplimiento del tratamiento. Este es el factor más importante para la curación de todas las personas enfermas, lo cual es la base del programa de control.

Debido a las connotaciones sociales de la tuberculosis y el alto costo de los medicamentos, el Estado garantiza el acceso al tratamiento a todos los enfermos con tuberculosis de este mal y la gratuidad del mismo.

El tratamiento farmacológico considera dos fases:

- Comienzo con una primera fase diaria de ataque intensivo para reducir rápidamente la población bacilar inicial y prevenir la resistencia (fase bactericida).
- Continuación con una segunda fase de consolidación (bisemanal) por tiempo suficiente para la eliminación de los bacilos persistentes y evitar las recaídas (fase esterilizante).

Modalidad de la administración del tratamiento:

- Se administrará el tratamiento supervisado directamente observado en boca.
- La administración será supervisada en el 100% de los casos por el personal de salud y, en casos estrictamente necesarios, por los promotores de salud.
- El tratamiento deberá ser ambulatorio e integrado a los servicios generales de salud (puestos de salud, centros de salud y hospitales).
- Los medicamentos deberán administrarse todos juntos en una

sola toma, y sólo en caso de presencia de reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFA) se podrá fraccionar las dosis mientras dure el reto terapéutico y la desensibilización.

- Deberán realizarse baciloscopías de control mensualmente.
- La hospitalización por tuberculosis se limitará exclusivamente a los pacientes con formas clínicamente graves o complicaciones de la enfermedad tales como:
 - Insuficiencia respiratoria aguda.
 - Infecciones respiratorias sobre agregadas.
 - Hemoptisis masiva.
 - Neumotórax espontáneo.
 - RAFA grave.
 - Desnutrición severa y
 - Presencia de enfermedades severas que al asociarse con tuberculosis pongan en riesgo de morir al paciente (VIH/SIDA, diabetes mellitus, insuficiencia hepática y/o renal u otras).
- Los pacientes continuarán ambulatoriamente el tratamiento tan pronto como cese el motivo de su internamiento.
- Todo enfermo que egrese de un hospital será derivado con epicrisis fotocopia de la tarjeta de control de asistencia y administración de medicamentos y hoja de derivación al establecimiento de salud del área de residencia del enfermo para la continuación del tratamiento.
- Para un mejor tratamiento, los establecimientos de salud deberán establecer su ámbito jurisdiccional ingresando a todas las personas enfermas con tuberculosis que vivan en el mismo.

C. Esquemas de Tratamiento Antituberculoso Diferenciados

Para todo caso de tuberculosis, antes de iniciar el tratamiento deberá definirse lo siguiente:

- Condición bacteriológica inicial por bacilos copia o cultivo.
- Antecedente de tratamiento previo.
- Localización de la enfermedad: pulmonar o extra pulmonar
- Gravedad y pronóstico de la enfermedad.

Esta definición permitirá el empleo de regímenes terapéuticos diferenciados que garanticen su mayor eficacia. Se busca lograr una eficacia terapéutica del 99% y una eficiencia del tratamiento superior al 90%.⁷

La identificación de diferentes categorías de enfermos conduce a la utilización de esquemas terapéuticos diferenciados para:

- Enfermos nuevos con bacteriología positiva y formas extrapulmonares severas.
- Enfermos antes tratados con bacteriología positiva (recaídas y abandonos recuperados).
- Enfermos nuevos de formas paucibacilares y extrapulmonares de menor severidad.

Los casos de tuberculosis no confirmada ingresarán a tratamiento bajo responsabilidad del médico-cirujano tratante, luego de haber cumplido el procedimiento de seguimiento diagnóstico.

El uso incorrecto de los medicamentos antituberculosos puede originar la presencia de algunos casos de TBC multidrogo resistente (TB-MDR), es decir, la presencia de bacilos resistentes, al menos a isoniacida y rifampicina. Estos casos pueden contribuir

⁷ Ministerio de Salud. Doctrina de Normas y Procedimientos para el Control de Tuberculosis en el Perú. Pág 50.

a disminuir la eficacia de los esquemas de tratamiento para pacientes nuevos y antes tratados. Por tal motivo, es necesario establecer otras categorías de enfermos para esquemas diferenciados, como son:

- Enfermos que fracasan al esquema primario (Uno) y que han ingresado al PNCT como casos nuevos.
- Enfermos que fracasan al esquema secundario (Dos) y que han ingresado al PNCT como casos de recaídas o abandonos recuperados.
- Enfermos que fracasan al esquema de retratamiento estandarizado para TB-MDR.

Los esquemas de tratamiento antituberculoso diferenciados que se usarán son:

Esquema de tratamiento Uno:

Esta indicado para:

- *Pacientes NUEVOS con tuberculosis pulmonar con confirmación bacteriológica:* Se trata de pacientes diagnosticados por primera vez y que nunca han recibido tratamiento antituberculoso o si lo recibieron fue por menos de treinta días consecutivos. La confirmación bacteriológica puede ser por frotis positivo o por cultivo de *Mycobacterium tuberculosis* positivo.
- *Pacientes NUEVOS con tuberculosis extrapulmonar con confirmación bacteriológica:* Son pacientes nuevos diagnosticados con tuberculosis extrapulmonar, cuya confirmación bacteriológica fue por frotis positivo o por cultivo de *Mycobacterium tuberculosis* positivo en las secreciones, fluidos o tejidos del órgano afectado.

- *Pacientes NUEVOS con tuberculosis extrapulmonar de gran severidad con mal pronóstico:* Son aquellos que presentan tuberculosis del sistema nervioso central, tuberculosis miliar, tuberculosis genitourinaria, tuberculosis osteoarticular con compromiso de columna (Mal de Pott) o de grandes articulaciones, tuberculosis enteroperitoneal, tuberculosis pericárdica, tuberculosis oftálmica, empiema tuberculoso.

TRATAMIENTO ESQUEMA-UNO				
Duración 6 meses (82 dosis)				
Fases	Duración	Frecuencia	Medicamentos y dosis	Total por enfermo
1 ra.	2 meses (50 dosis)	Diario, excepto domingos y feriados	Rifampicina (R) x 300 mg, 2 cáp Sulas Isoniacida (H) x 100 mg, 3 table Bletas Etambutol (E) x 400 mg, 3 tabletas	R x 300 mg = 164 cap. H x 100 mg = 1306 tab. (*) Z x 500 mg = 1 50 tab. E x 400 mg = 150 tab.
2da.	4 meses (32 dosis)	Dos veces por semana	Rifampicina x 300 mg, 2 cáp sulas Isoniacida x 100 mg, 8 table Tas	

8

Esquema de tratamiento Dos:

Está indicado para:

- *Pacientes pulmonares o extrapulmonares ANTES TRATADOS (recaídas y abandonos recuperados), confirmados bacteriológicamente (con frotis o cultivo positivo) o por histopatología:* Son los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar o extrapulmonar y que han sido tratados por segunda o más veces, o pacientes que recibieron tratamiento por treinta o más días consecutivos y luego abandonaron. La confirmación bacteriológica puede ser por frotis positivo o por

⁸ Ministerio de Salud. Actualización de la Doctrina, Normas y Procedimientos para el control de Tuberculosis en el Perú. Pág 49, 2001.

cultivo de *Mycobacterium tuberculosis* positivo.

Los pacientes confirmados por histopatología son los diagnosticados por biopsia del órgano afectado con presencia de granuloma específico. Integran esta categoría las recaídas y abandonos recuperados por una o más veces. El concepto recaída incluye al paciente con un nuevo episodio de actividad tuberculosa después de haber completado un tratamiento exitoso (curado). No hay recaída sin confirmación bacteriológica (frotis o cultivo positivo). Abandono recuperado es el paciente que, luego de iniciar tratamiento, no concurrió a recibirlo por más de treinta días consecutivos y luego de este tiempo reingresa al programa.

Situaciones especiales en relación con el abandono:

- Desde el punto de vista del tratamiento, el paciente que abandona el tratamiento y ha recibido menos de treinta dosis, deberá ser considerado en su reingreso como nunca tratado y recibir el esquema correspondiente desde su primera dosis, pero desde el punto de vista de registro, debe figurar como abandono recuperado.
- En el caso del paciente con TB pulmonar calificado como abandono recuperado que al momento de reingreso tiene bacteriología negativa, hay que considerar el tiempo transcurrido entre el momento del abandono y la recuperación del paciente:
 - Menos de seis meses: debe completar las dosis que faltan.
 - Más de seis meses: se le realizará seguimiento diagnóstico. Si el resultado del cultivo es positivo, dar esquema Dos; y si es negativo, no dar tratamiento y

observarlo.

Todo abandono que reingrese con frotis positivo debe recibir el esquema que corresponda desde la primera dosis.

TRATAMIENTO ESQUEMA-DOS				
Duración 8 meses (1 15 dosis)				
Fases	Duración	Frecuencia	Medicamentos y dosis	Total por enfermo
1 ra.	2 meses (50 dosis)	Diario, excepto domingos y feriados	Rifampicina x 300 mg, 2 cápsulas Isoniacida x 100 mg, 3 tabletas Pirazinamida x 500 mg, 3 tabletas Etambutol x 400 mg, 3 tabletas Estreptomicina (S) x 1 gr	R x 300 mg = 230 cap. H x 100 mg = 545 tab Z x 500 mg = 225 tab. E x 400 mg = 465 tab. S x 1 gr = 50 amp.
	1 mes (25 dosis)	Diario, excepto domingos y feriados	Rifampicina x 300 mg, 2 cápsulas Isoniacida x 100 mg, 3 tabletas Pirazinamida x 500 mg, 3 tabletas Etambutol x 400 mg, 3 tabletas	
2da.	5 meses (40 dosis)	Dos veces por semana	Rifampicina x 300 mg, 2 cápsulas Isoniacida x 100 mg, 8 tabletas Etambutol x 400 mg, 6 tabletas	

Esquema de tratamiento Tres:

Esta indicado para:

- *Pacientes NUEVOS con tuberculosis pulmonar con bacteriología negativa:*

Son los pacientes nuevos diagnosticados con tuberculosis pulmonar en quienes no se ha conseguido confirmación bacteriológica (baciloscopía negativa y cultivo negativo), pero aún así se les diagnostica con tuberculosis pulmonar luego de haber realizado el procedimiento de seguimiento diagnóstico.

⁹ Ministerio de Salud. Actualización de la Doctrina, Normas y Procedimientos para el control de Tuberculosis en el Perú. Pág 50, 2001.

- *Pacientes NUEVOS con tuberculosis extrapulmonar de buen pronóstico:*

Se trata de pacientes nuevos diagnosticados con tuberculosis extrapulmonar de buen pronóstico, sin confirmación bacteriológica, tales como: tuberculosis ganglionar, tuberculosis pleural, tuberculosis cutánea, tuberculosis osteoarticular de articulaciones pequeñas y complejo primario evolutivo.

TRATAMIENTO ESQUEMA-TRES				
Duración 5 meses (74 dosis)				
Fases	Duración	Frecuencia	Medicamentos y dosis	Total por enfermo
1 ra.	2 meses (50 dosis)	Diario, excepto domingos y feriados	Rifampicina x 300 mg, 2 cápsulas Isoniacida x 100 mg, 3 tabletas Pirazinamida x 500 mg, 3 tabletas	R x 300 mg = 148 cap. H x 100 mg = 342 tab. Z x 500 mg = 150 tab.
2da.	3 meses (24 dosis)	Dos veces por semana	Rifampicina x 300 mg, 2 cápsulas Isoniacida x 100 mg, 8 tabletas	

10

Esquema de retratamiento estandarizado para tuberculosis multidrogorresistente

Está indicado para:

- Pacientes con tuberculosis pulmonar bacteriológicamente positiva que han ingresado como nuevos, fracasan al esquema uno en condiciones de tratamiento regular y supervisado, y tienen cultivo positivo como confirmación del fracaso.

¹⁰ Ministerio de Salud. Actualización de la Doctrina, Normas y Procedimientos para el control de Tuberculosis en el Perú. Pág 53, 2001.

- Pacientes con tuberculosis pulmonar bacteriológicamente positiva que han ingresado como recaídas o abandonos recuperados, fracasan al esquema dos en condiciones de tratamiento regular y supervisado, y tienen cultivo positivo como confirmación del fracaso. La indicación de este esquema de retratamiento será responsabilidad del Comité de Evaluación de Retratamientos Intermedio (CERI) de cada DISA, según procedimientos establecidos en las directivas nacionales.

ESQUEMA DE RETRATAMIENTO ESTANDARIZADO PARA TUBERCULOSOS MULTIDROGORESISTENTE 4KC X EtEZ/ I 4CxEtEZ				
Duración 18 meses (450 dosis)				
Fases	Duración	Frecuencia	Medicamentos y dosis	Total por enfermo
1 ra.	4 meses (100 dosis)	Diario, excepto domingos y feriados	Kanamicina x 1 gr. Ampolla Ciprofloxacina x 500 mg. 2 comprimido. Etionamida x 250 mg. 3 tabletas Pirazinamida x 500 mg. 3 tablesta Etambutol x 400 mg. 3 tablestas	K x 1 gr. = 100 amp. Cx x 500 mg = 900 comp. Et x 250 mg = 1350 tab. Z x 500 mg = 1350 tab. E x 400 mg = 1350 tab.
2da.	14 meses (350 dosis)	Diario, excepto domingo y feriados.	Ciprofloxacina x 500 mg. 2 comprimidos. Etionamida x 250 mg. 3 tabletas Pirazinamida x 500 mg. 3 tabletas Etambutol x 400 mg. 3 tabletas	

11

D. Reacciones Adversas a los fármacos antituberculosos (RAFA).

La administración de medicamentos antituberculosos puede ocasionar reacciones adversas a los mismos; se les conoce como RAFA. En una pequeña proporción, pueden ser graves y

¹¹ Ministerio de Salud. Actualización de la Doctrina, Normas y Procedimientos para el control de Tuberculosis en el Perú. Pág 52, 2001.

aun mortales, obligando, según el caso, a una suspensión temporal o definitiva de uno o más fármacos.

Después de producida y detectada una RAFA, es necesario determinar, con el mayor grado de precisión posible, la identificación de los fármacos responsables de la RAFA. Con este propósito, una vez controlado el cuadro clínico de la reacción, se procederá al RETO cuando sea necesario.

Tipos de RAFA

RAFA LEVES Y MODERADAS		
Medicamentos	Reacción adversa	Decisión
Rifampicina	Dolores abdominales, náuseas.	Tratamiento sintomático.
	Síndrome gripal.	Rifampicina diaria.
Isoniacida	Euforia, insomnio, gastritis.	Ajustar dosis. Piridoxina 25-50 mg/día. Antagonistas Hz
Pirazinamida	Náuseas, anorexia.	Disminución de la dosis.
	Artralgias, síndrome gotoso.	Suspensión transitoria, aspirina.
Etambutol	Náuseas.	Suspensión transitoria.
Estreptomina Kanamicina	Vértigos.	Reajustar dosis o retirar medicamento, evaluación, audiometría.
	Hipoacusia.	Retirar medicamento, evaluación, audiometría.
Ciprofloxacina	Anorexia, náuseas, vómitos, mareos, cefalea.	Tratamiento sintomático, reajustar dosis o suspensión transitoria
Etionamida	Anorexia, náuseas, vómitos.	Tratamiento sintomático, fraccionar dosis.
	Salivación profusa, sabor metálico, mareos, cefalea	Reajustar dosis o suspensión transitoria.

RAFA GRAVES Y LETALES		
Medicamentos	Reacción adversa	Decisión
Cualquier fármaco	Hipersensibilidad generalizada (Síndrome Steven - Johnson, Síndrome Lyell).	1. Suspensión de todos los medicamentos. 2. Cambio de medicamentos.
Etambutol	Neuritis óptica retrobulbar.	Suspensión total y definitiva.
Rifampicina	Púrpura, hemólisis, insuficiencia renal aguda.	1. Suspensión definitiva del tratamiento. 2. Apoyo por especialista para manejo terapéutico. 3. Diálisis si fuera necesario.
Rifampicina Isoniacida Pirazinamida Etambutol Etionamida	Ictericia.	1. Suspensión del tratamiento. 2. Identificación del fármaco. 3. Evaluar suspensión definitiva.
Isoniacida	Epilepsia, polineuropatía, síndrome psiquiátrico.	Ajuste a dosis mínimas. Piridoxina 150 mg/d.

12

2.2.7. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

A. Definición del programa

El Programa del Control de la Tuberculosis (PCT) es un programa nacional, descentralizado, simplificado, y prioritario que se operativiza desde el nivel local y comprende a todos los establecimientos de salud.

B. Objetivo del Programa

Atender gratuitamente y dar protección integral a la persona, a la familia y a la comunidad de los riesgos de enfermar y morir por tuberculosis como contribución a mejorar su calidad de vida.

C. Contacto

Es la persona o personas que conviven con el enfermo de Tuberculosis con baciloscopía positiva por lo tanto, están expuestas a la infección y a la enfermedad.

¹² Ministerio de Salud. Actualización de la Doctrina, Normas y Procedimientos para el control de Tuberculosis en el Perú. Pág 74, 75, 2001.

D. Ingreso de pacientes

Nuevo: Es el paciente diagnosticado con TBC por primera vez, ya sea TBC pulmonar o extrapulmonar y que inicia un tratamiento.

Recaída: Paciente con un nuevo episodio de actividad tuberculosa, después de haber completado un tratamiento exitoso (curado).

E. Reingreso

Reingreso por fracaso del tratamiento: Es la persistencia o reaparición de BK (+) confirmado por cultivo, al término del tratamiento. No hay fracaso sin bacteriología positiva.

Reingreso por abandono recuperado: Paciente que no concurrió a recibir tratamiento por más de 30 días y luego de este tiempo vuelve al programa y recibe medicamentos empezando con la primera dosis.

F. Abandono

Paciente que no concurre a recibir tratamiento por más de 30 días.

G. Fracaso

Es el caso en que persiste o reaparece el BK(+) confirmado por cultivo al término del tratamiento; debiendo reingresar al programa como reingreso por fracaso.

H. Curado

Paciente que cumplió su esquema de tratamiento y sale de alta con BK(-).

I. Reacciones adversas a fármacos antituberculosos RAFA.

Son el resultado de una interacción entre el medicamento administrado y algunas características inherentes o adquiridas del paciente que determinan el patrón individual de respuesta a los medicamentos y puede ser leve, moderada, grave y letales.

J. Reto

Consiste en reiniciar la medicación luego de haberse suspendido la totalidad de medicamentos, para tratar de identificar el fármaco causal del RAFA.

K. Desensibilización

Es el procedimiento a través del cual se consigue que el paciente tolere el fármaco que desencadena la RAFA y consiste en la reexposición repetida, gradual y progresiva al fármaco, se empieza con dosis mínimas que gradualmente se incrementa según la tolerancia.

L. Fallecido

Paciente que muere durante el período de tratamiento.

M. Alta

Una vez terminado el tratamiento, y con la respectiva baciloscopía de control negativa, se dar de alta al paciente. No son necesarios controles baciloscópicos ni radiológicos posteriores. Deber indicársele al paciente que sólo en caso que presente sintomatología respiratoria acuda a una consulta médica. En el caso de pacientes transferidos debe comunicarse al establecimiento que inició el tratamiento la categoría de alta.¹³

¹³ Ministerio de Salud. Actualización de la Doctrina, Normas y Procedimientos para el control de Tuberculosis en el Perú. Pág 68, 2001.

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. A nivel local se encuentra un estudio de investigación titulado “Aplicación del Modelo del Autocuidado de la salud en pacientes con Tuberculosis Pulmonar que fracasan y abandonan el tratamiento en la zonadis Arequipa Periurbana en el año 1998”, en dicho estudio se concluyo:

- Que las edades de los pacientes estudiados fluctúan entre 25 y 30 años, que la mayoría son de sexo masculino de lugar de procedencia Arequipa y gran parte de ellos trabajan y con grado de instrucción secundaria incompleta.
- En relación al criterio de formas de ayuda al paciente que fracasa y abandona el tratamiento antituberculoso para su autocuidado de la salud. Que los pacientes entrevistados en su mayoría recibieron enseñanza y explicación sobre la enfermedad.
- En relación a los resultados obtenidos según los métodos y técnicas a considerar para su autocuidado de la salud. Que en la mayoría de pacientes se ha logrado cambios conductuales a través de la educación sanitaria y la comunicación, asimismo que la mayoría de los pacientes cumplen con las indicaciones del personal de salud si hay de por medio una educación sanitaria efectiva.

3.2. M.C. Becerra, J. Bayona, P.E. Farmer and P.G. Suárez. Desactivando una Bomba de Tiempo: El Reto de la Resistencia a Medicamentos Antituberculosos en el Perú, cuyas conclusiones son:

- Incidencia anual de 157 casos TB frotis positivo por cada 100.000 pacientes.
- Cada año se registran 38,000 nuevos casos de TB frotis positivo: el Perú ocupa el lugar 20 a nivel mundial de acuerdo a esta medida.
- La carga de la enfermedad concentrada en el interior y alrededor de Lima metropolitana, que reporta la mitad de los casos; pero alberga sólo a un tercio de la población nacional.
- En un estudio nacional, se encontró TB-MDR en un 2,4% de pacientes con TB que no habían recibido tratamiento previo, y en un 15.7% de pacientes tratados previamente.
- Programa Nacional de TB modelo, en curso desde 1991, se llevó a cabo únicamente para confrontar tanto la TB susceptible a medicamentos como la TB drogo-resistente.

3.3. Ministerio de Salud (1998): Una epidemia urbana: un vistazo de cerca de Lima norte.

Según el informe a nivel nacional, Perú continúa enfrentando uno de los problemas de TB más graves en América Latina y el Caribe. Con sólo el 5% de la población total a nivel regional, Perú reporta un total de 25% de todos los casos de TB registrados en la región. Al interior del Perú, la carga de TB se concentra mayormente en la capital. Mientras que aproximadamente un tercio de la población del país se concentra en Lima metropolitana, más de la mitad de todos los casos registrados de TB (55%) son reportados en el interior y alrededor de esta área. En esta sección, contemplaremos de cerca Lima norte, que es una de las áreas gravada con una carga desproporcionada

de TB. Como veremos, esta área también se encuentra gravada con una mayor carga de enfermedades drogo-resistentes.

- 3.4. Robert Ridley, Director del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR). Conferencia: “Nuevo tratamiento antituberculoso” 16 DE DICIEMBRE DE 2005 | WASHINGTON, D.C. 45^a Annual Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, en Washington, D.C., se presentaron los resultados clínicos de una nueva combinación terapéutica que permitiría reducir extraordinariamente la duración del tratamiento de la tuberculosis.

Los resultados de los ensayos de fase II de un régimen terapéutico con gatifloxacino son prometedores. El régimen es significativamente más potente que el actualmente recomendado de seis meses con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol, e induce a pensar que cuando se administra gatifloxacino en lugar de etambutol, la duración del tratamiento de seis meses se puede reducir a cuatro meses.

- 3.5. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles: Control de la Tuberculosis (2001)

La tuberculosis es la principal causa de muerte de origen infeccioso en todo el mundo y sería responsable de dos millones de muertes anuales (120 mil de las cuales ocurren en América Latina y el Caribe) y del 9% de las defunciones en las mujeres. Más del 75% de las infecciones y muertes ocurren entre los 15 y 50 años de edad.

4. OBJETIVOS

- 4.1. Precisar las características de la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con TBC pulmonar en el Hospital Goyeneche de Arequipa en el año 2005.
- 4.2. Precisar los efectos de la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con TBC pulmonar en el Hospital Goyeneche de Arequipa en el año 2005.

5. HIPÓTESIS

Dado que la Tuberculosis constituye un problema de Salud Pública, que pone de manifiesto un enfoque psicosocial de la salud y la enfermedad por el alto riesgo de transmisión y la necesidad de medidas de impacto epidemiológico de la morbilidad y mortalidad.

Es probable que la adherencia al tratamiento antituberculoso tengo efectos positivos por mejorar la regularidad en su cumplimiento diario y asistencia a controles, logrando alcanzar mayor número de pacientes curados en relación al número de abandonos, fracasos y fallecidos.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTOS

- La técnica a utilizar es la observación documental: Historia Clínica, tarjeta de tratamiento y ficha clínica.
- Cómo instrumento la ficha de Observación estructurada el que será validado antes de su aplicación para su confiabilidad: utilizando medios verificables y técnicas operativas.

Estructura del Instrumento

Variables	Indicadores y subindicadores	Nº de Ítems	Orden en el que aparecen
Adherencia al Tratamiento Antituberculoso.	1. Características Sociodemográficas	05	1,1
			1,2
			1,3
			1,4
	2. Motivación	02	2,1
			2,2
	3. Acciones	07	3,1
			3,2
			3,3
			3,4
	4. Entorno Socio Familiar	02	4,1
			4,2
	Efectos de la Adherencia al Tratamiento Antituberculoso	1. Conductas positivas	03
1,2			
1,3			
2. Reacciones adversas		02	2,1
			2,2
3. Condiciones finales		01	3,1

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
ESCUELA DE POSTGRADO

INSTRUMENTO

FICHA DE OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA

Obtener información sobre efectos de la adherencia al tratamiento antituberculoso

1. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LAS UNIDADES DE ESTUDIO

- 1.1. Edad ()
- 1.2. Sexo M () F ()
- 1.3. Grado de Instrucción: _____
- 1.4. Estado Civil: _____
- 1.5. Ocupación: * Con () Tipo: _____
* Sin ()
- 1.6. Hábitos nocivos:
- | | Frecuencia | | Frecuencia |
|--------------------|------------|-------------------|------------|
| - Café () _____ | | - Licor () _____ | |
| - Tabaco () _____ | | - Droga () _____ | |

2. EN RELACIÓN A LA ADHERENCIA

- 2.1. Motivación
- Acciones educativas
 - Tipo de acciones:
 - Charlas ()
 - Demostraciones ()
- 2.2. Acciones de seguimiento
- Entrevista () Frecuencia: _____ (Norma: 3)
- Visita domiciliaria () Frecuencia: _____ (Norma 2)
- Consulta Médica () Frecuencia: _____ (Norma 3)

3. ACCIONES

- 3.1. Establecimiento _____
- Referencia
 - Transferencia
 - Derivación
- 3.2. Comportamiento frente a síntomas principales
- Tos ()
 - Baja de peso ()
 - Otros _____
 - Expectorcación ()
 - Falta de apetito ()

- 3.3. Medios diagnósticos
- Bacilosocopia (BK) ()
 - Cultivo para BK ()
 - Radiológico ()
 - Prueba de tuberculina (PPD) ()

3.4. Inmunizaciones BCG ()

3.5. Diagnóstico de caso : _____

3.6. Basiloscopía de inicio

Positiva () N° de cruces ()
Negativa ()

3.7. Esquema de tratamiento

- Uno ()
- Dos ()
- Tres ()

4. ENTORNO SOCIO FAMILIAR

4.1. Entorno Familiar

- Persona con quien vive _____

4.2. Entorno Social

- Grupo de amigos ()
- Club deportivo ()
- Grupo religioso ()

EN RELACIÓN AL EFECTO

1. CONDUCTAS POSITIVAS

1.1. Cumplimiento del tratamiento

- Regular ()
 - Irregular ()
- Motivo: _____

1.2. Asistencia a Control

- Regular ()
 - Irregular ()
- Motivo: _____

1.3. Basiloscopía de control

- Positiva () N° de cruces ()
- Negativa ()

2. REACCIONES ADVERSAS – RAFA

2.1. Clase

- Leve ()
- Moderada ()
- Severa ()
- Reto desensibilización ()

2.2. Resistencia a fármacos () ()

* Prueba de sensibilización ()

Tipo de fármaco ()

- Isoniazida ()
- Rifampicina ()
- Pirazinamida ()
- Etambutol ()
- Estreptomina ()

3. CONDICIONES FINALES

- Curado ()
- Abandono ()
- Fallecido ()

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.3. Ubicación Espacial

El presente estudio de investigación se llevará a cabo en el Hospital Goyeneche Programa de Control de TBC

2.4. Ubicación Temporal

Año 2005

2.5. Unidades de Estudio

En el presente estudio de investigación las unidades de estudio estarán constituidas por 68 corresponde al 100% de pacientes con TBC pulmonar con adherencia al tratamiento antituberculoso en el Hospital Goyeneche en el año 2005.

– Criterios de inclusión

- Todos los pacientes de TBC pulmonar con tratamiento antituberculoso en el año 2005.

– Criterios de exclusión

- Pacientes diagnosticados de TBC extrapulmonar.

3. ESTRATEGIAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para efecto de la recolección de datos se coordinará con el Director del Hospital Goyeneche y el Jefe del Programa de TBC.

Para la obtención de datos de cada paciente se utilizará el instrumento Ficha de Observación Estructurada.

Una vez concluída la recolección de datos se sistematizarán y procesarán estadísticamente para el análisis e interpretación y conclusiones finales.

El procesamiento y sistematización de los datos se utilizó la hoja de cálculo de Excel 2000 y para el análisis e interpretación frecuencias absolutas y relativas.

4. CRONOGRAMA

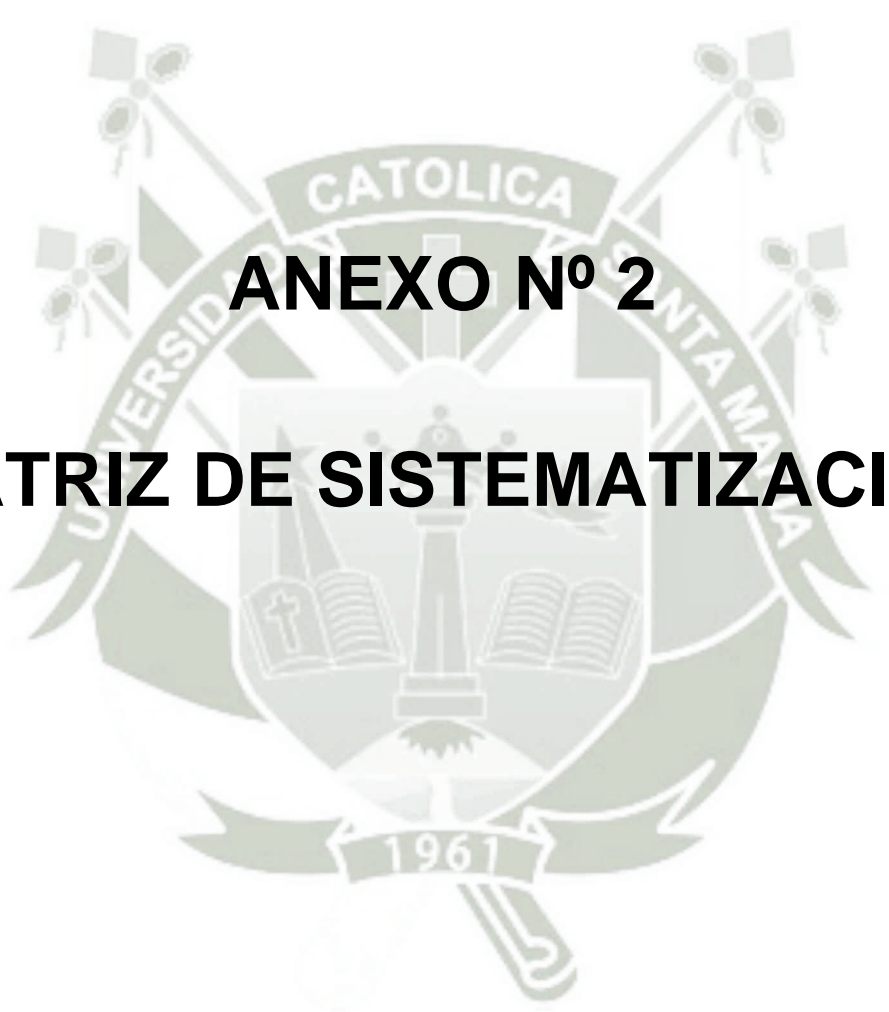
Tiempo Actividades	MESES																											
	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1. Elaboración del proyecto	X	X	X	X	X	X																						
2. Recolección de datos							X	X	X	X	X	X																
3. Estructuración de resultados													X	X	X	X	X	X										
4. Elaboración del informe																			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

BIBLIOGRAFÍA

1. AMERICAN THORACIC SOCIETY. *Treatment of tuberculosis and tuberculosis infection in adults and children*. Am Rev. Respir. 2003.
2. BECERRA M.C. Farmer J.Y Kim. *The problem of drug-resistant tuberculosis: an overview*. En: Harvard Medical School/Open Society Institute. The global impact of drug resistant tuberculosis, 1999.
3. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS. *Programa de Control de Enfermedades Transmisibles – Control de Tuberculosis*. 2001.
4. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS. *Programa Nacional de Control de TB. Actualización de la Doctrina, Normas y Procedimientos para el control de la Tuberculosis en el Perú 2001*. MINSA
5. GOSWAMI, R., V KAWAI, E. TICONA, R. GILMAN, P. SHEEN. *Brote nosocomial de TB multiresistente en pacientes con VIH en Lima-PERU*. Abs. Int Journ Tuberc Lung Sis. 2001.
6. MINISTERIO DE SALUD. *Actualización de la Doctrina, Normas y Procedimientos para el control de Tuberculosis en el Perú*. 2001.
7. MINISTERIO DE SALUD. *Protocolos y Lineamientos para el tratamiento y manejo de la tuberculosis multidrogo resistente*. Perú 2002.
8. MINISTERIO DE SALUD. *Proyecto VIGIA. Impacto económico de la tuberculosis en el Perú*, 1999.
9. RUBBEISTEN ERNESTO. *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*. 3ra Edición. Editorial Medica Panamericana. 1998.

10. SUAREZ, GUILLERMO. **Boletín de Salud N° 19-2,000. Instituto de Salud** – MSC Cristoforis Deneke (ISDEN). Lima, Perú.
11. VÁZQUEZ LUCY. **Comunicación para garantizar la vigilancia en salud pública a fin de monitorear la morbimortalidad infecciosa y sus consecuencias en: La emergencia de patógenos resistentes: un llamado a la colaboración interventiva.** University Florida. 2002.
12. WHO. **Anti-tuberculosis drug resistance in the world. The WHO/IUATLD global project on antituberculosis drug resistance surveillance.** WHO/CDS/TB/2000. Geneva.





ANEXO N° 2

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

MATRIZ DE SISTEMATIZACION : Características Sociodemograficas

Ficha	Edad	Sexo	G. Instrucción	E. Civil	Café	Licor	Tabaco	Droga	Ocupacion
1	24	1	1	1	0	0	0	0	sin
2	25	1	1	1	1	0	0	0	estudiante
3	17	1	3	1	0	0	0	0	estudiante
4	37	2	3	2	0	0	0	0	ambulante
5	18	1	1	1	0	0	1	0	estudiante
6	70	2	4	3	0	1	0	0	su casa
7	34	1	3	1	0	0	1	0	sin
8	8	1	3	1	0	0	0	0	estudiante
9	62	1	3	4	0	2	0	0	albañil
10	16	2	3	1	0	0	0	0	estudiante
11	29	2	3	1	1	0	0	0	ambulante
12	42	1	3	2	0	1	0	0	sin
13	6	1	3	1	0	0	0	0	estudiante
14	35	2	3	2	0	0	0	0	P. Chacra
15	22	1	1	1	0	0	1	0	estudiante
16	13	2	2	1	0	0	0	0	estudiante
17	21	2	2	1	0	0	0	0	comerciante
18	20	1	1	1	0	1	0	0	estudiante
19	34	1	3	2	0	1	0	0	cobrador
20	11	2	3	1	0	0	0	0	estudiante
21	25	1	3	3	0	0	0	0	albañil
22	41	1	3	3	0	1	0	0	P. Chacra
23	32	1	4	1	0	0	0	0	sin
24	47	1	3	1	0	2	0	0	sin
25	24	2	2	3	0	2	0	0	su casa
26	22	2	1	1	1	0	1	0	estudiante
27	23	2	2	1	0	0	0	0	ambulante
28	27	1	2	1	0	2	0	0	ambulante
29	30	1	3	1	0	1	0	1	albañil
30	57	1	2	2	1	0	0	0	carpintero
31	36	2	1	1	0	0	0	0	abogado
32	24	1	1	1	0	0	0	0	profesor
33	25	2	2	3	0	0	0	0	sin
34	32	2	2	1	0	0	0	0	su casa
35	85	1	3	4	0	0	0	0	sin
36	40	1	1	5	0	0	0	0	vigilante
37	35	1	1	1	0	0	0	0	estudiante
38	75	1	3	2	0	1	1	0	albañil
39	33	1	4	1	0	1	0	0	carpintero
40	29	1	2	1	0	1	0	0	chofer
41	35	1	3	1	0	0	0	0	comerciante
42	36	1	3	1	0	0	0	0	comerciante
43	14	2	2	1	0	0	0	0	estudiante
44	41	1	3	2	0	1	0	0	albañil
45	21	1	1	1	0	0	0	0	estudiante
46	23	1	1	1	0	0	0	0	estudiante
47	19	1	2	1	0	0	0	0	sin
48	27	1	2	1	0	1	0	0	sin
49	35	1	3	3	0	2	0	0	comerciante

50	39	1	2	1	0	0	0	0	vigilante
51	18	2	1	1	0	0	0	0	estudiante
52	21	2	1	1	0	0	0	0	estudiante
53	15	2	2	1	0	0	0	0	estudiante
54	22	2	1	1	0	0	0	0	tec. Enferme
55	55	1	2	2	0	0	0	0	Policia
56	35	1	1	1	0	0	1	0	empleado
57	62	1	3	4	0	0	0	0	carpintero
58	25	1	2	1	0	2	0	2	sin
59	64	2	4	1	0	0	0	0	comerciante
60	45	2	3	2	0	0	0	0	su casa
61	34	1	2	1	0	0	0	0	sin
62	2	1	4	1	0	0	0	0	sin
63	24	2	2	1	0	0	0	0	E. Domestico
64	11	1	3	1	0	0	0	0	estudiante
65	35	1	2	2	0	0	0	0	empleado
66	24	1	2	1	0	1	0	0	sin
67	5	2	3	1	0	0	0	0	estudiante
68	32	1	2	1	0	0	0	0	gasfitero

Codigos :

Sexo :

N. Educativo

Estado Civil

1Masculino	Superior	1	Soltera	1
2Femenino	Secundaria	2	Casado	2
	Primaria	3	Conviviente	3
	Sin Instrucción	4	Viudo	4
			Divorciado	5

MATRIZ DE SISTEMATIZACION : Adherencia

Ficha	Charla	Demos	Entre	V.D.	C. Med	Establecimiento	Deri	Tos	B. Peso	Expec	Falta A.	BK	Culti	Radio	PPD	BCG	Dx	Pos	Neg	Esquema	Vive	Amig	Depor	Relig
1	3	2	3	2	3	C.S. S. Bolivar	1	1	1	0	1	+	0	1	0	1	TBC BK+	1	0	1	4	1	0	0
2	2	1	3	1	3	C.S. S. Bolivar	1	1	1	1	0	+	0	1	0	1	TBC BK+	1	0	1	3	1	0	0
3	2	3	3	2	3	P.S. Congata	1	1	1	0	0	+	0	1	0	1	TBC BK-	0	1	1	6	1	0	0
4	4	3	3	2	3	P.S. Congata	1	1	1	1	0	+	0	0	0	1	TBC BK+	3	0	1	7	1	0	0
5	0	0	3	2	3	P.S. Congata	1	1	1	0	0	+	0	1	0	1	TBC BK+	1	0	1	1	1	0	0
6	0	0	3	2	3	P.S. C. Verde	1	1	1	0	0	+	1	1	0	1	TBC BK-	0	1	1	7	0	0	0
7	0	0	3	2	3	P.S. C. Verde	1	1	1	0	0	+	0	1	0	1	TBC BK+	1	0	1	5	1	0	0
8	0	0	3	2	3	P.S. C. Verde	1	1	1	0	1	+	0	1	1	1	TBC Prima	0	1	3	1	1	0	0
9	0		3	2	3	P.S. C. Verde	1	1	1	1	1	+	0	1	0	1	TBC BK+	2	0	1	7	1	0	0
10	0	0	3	2	3	P.S. P. Camaron	1	1	1	0	0	+	0	0	0	1	TBC BK+	1	0	1	1	1	0	0
11	0	0	3	2	3	C.S. S. Bolivar	1	1	1	1	0	+	0	0	0	0	TBC BK+	2	0	1	4	0	0	1
12	0	0	3	2	3	P.S. C. Municipal	1	1	1	1	1	+	0	0	0	1	TBC BK+	2	0	1	8	1	0	0
13	0			2	3	P.S. C. Municipal	1	1	1	0	1		0	1	1	1	TBC + PPD	0	1	3	1	0	0	0
14	0	0	3	2	3	P.S. A. P. Cuzco	1	1	1	0	0	+	0	1	0	1	TBC BK+	1	0	1	8	1	0	0
15	0	0	3	2	3	P.S. A. P. Cuzco	1	1	1	0	1	+	0	1	0	1	TBC BK+	1	0	1	1	1	0	0
16	0	0	3	2	3	P.S. A. P. Cuzco	1	1	1	1	0	+	1	1	0	1	TBC BK+	2	0	1	1	1	0	0
17	0	0	3	2	3	C.S. Hunter	1	1	0	1	0	+	0	1	0	0	TBC BK+	1	0	1	4	1	0	0
18	0	0	3	2	3	P.S. UPIS Paisa	1	1	0	0	1	+	0	0	0	1	TBC BK+	1	0	1	5	1	1	0
19	0	0	3	2	3	C.S. Miraflores	1	1	0	1	0	+	0	0	0	1	TBC BK+	3	0	1	8	1	0	0
20	0	0	3	2	3	C.S. Fco. Bolog	1	1	1	1	0	+	0	1	1	1	TBC BK- PPD +	0	1	3	1	1	0	0
21	0	0	3	2	3	C.S. Fco. Bolog	1	1	1	0	0	+	0	1	0	0	TBC BK+	2	0	1	3	1	0	0
22	0		3	2	3	P.S. Nazareno		1	1	0	0	+	0	0	0	0	TBC BK+	1	0	1	8	1	0	0
23	0		3	2	3	C.S. Miraflores	1	1	0	0	0	+	0	1	0	1	TBC BK+	2	0	1	3	1	1	0
24	0		3		3	C.S. Miraflores	1	1	0	1	1	+	0	0	0	0	TBC BK+	2	0	1	5	1	0	0
25	0	0	3	2	3	C.S. Miraflores	1	1	1	0	1	+	0	1	0	1	TBC BK+	2	0	1	8	0	0	1
26	0	0	3	2	3	C.S. C. Colorado	1	1	0	0	0	+	1	0	0	1	TBC BK-	0	1	1	1	1	0	0
27	0	0	3	2	3	C.S. B. Aires	1	1	1	1	0	+	0	0	0	1	TBC BK+	1	0	1	5	1	0	0
28	0	0	3	2	3	P.S. Sta. Rosa	1	1	1	0	0	+	0	1	0	1	TBC BK+	3	0	1	1	1	0	0
29	0	0	3	2	3	P.S. C. Marte	1	1	1	0	0	+	0	0	0	0	TBC BK+ Recaida	3	0	2	5	1	0	0
30	0	0	3	2	3	C.S. A. Paucarpa	1	1	1	1	1	+	0	1	0	1	TBC BK+	1	0	1	8	0	0	0
31	0	0	3	2	3	C. S. 15 Agosto	1	1	1	1	0	+	0	1	0	1	TBC BK+	1	0	1	4	1	0	0
32	0	0	3	2	3	C. S. 15 Agosto	1	1	1	0	0	+	0	1	0	1	TBC BK+	3	0	1	1	1	0	0
33	0	0	3	2	3	P.S. M. Grau	1	1	1	1	0	+	0	1	0	1	TBC BK+	3	0	1	3	1	0	0
34	0	0	3	2	3	P.S. C - D	1	1	1	0	0	+	0	1	0	1	TBC BK-	0	1	1	7	0	0	0

35	0	0	3	2	3	C.S. Independen	1	1	1	1	1	+	0		0	0	TBC BK+	3	0	1	7	0	0	0
36	0	0	2	2	3	C.S. Independen	1	1	1	0	0	+	0		0	1	TBC BK+	1	0	1	6	1	0	0
37	0	0	3	2	3	C.S. A. S. Alegre	1	1	1	0	0	+	1	1	0	1	TBC BK+	1	0	1	1	1	0	0
38	0	0	3	2	3	C.S. A. S. Alegre	1	1	1	0	1	+	1		0	1	TBDMDR	1	0	estandar	8	1	0	0
39	0	0	3	2	3	C.S. A. S. Alegre	1	1	1	1	0	+	0		0	0	TBC BK+	2	0	1	5	1	0	0
40	0	0	3	2	3	C.S. A. S. Alegre	1	1	1	0	0	+	1	1	0	1	TBC BK-	0	1	1	9	1	0	0
41	0	0	3	2	3	C.S. A. S. Alegre	1	1	1	0	0	+	0	1	0	1	TBC BK+	1	0	2	1	1	0	0
42	0		3	2	3	C.S. A. S. Alegre	1	1	1	0	0	+	0		0	1	TBC BK+	1	0	1	1	1	0	0
43	0	0	3	2	3	C.S. Independen	1	1	1	0	0	+	0	1	0	1	TBC BK-	0	0	1	1	1	0	0
44	0	0	3	2	3	P.S. S.J. Bautista	1	1	1	1	0	+	0	1	0	1	TBC BK-	0	1	1	8	1	0	0
45	0	0	3	2	3	P.S. P. Polanco	1	1	1	0	0	+	0	1	0	0	TBC BK+	1	0	1	9	1	0	0
46	0	0	3	2	3	P.S. P. Polanco	1	1	1	1	0	+	0	1	0	1	TBC BK+	1	0	1	1	1	1	0
47	0	0	3	2	3	P.S. Lara	1		1	1	1	+	0		0	1	TBC BK+	2	0	1	6	1	0	0
48	0	0	3	2	3	P.S. San Fernan	1	1	1	1	0	+	0	1	0	1	TBC BK+	3	0	1	5	1	0	0
49	0	0	3	2	3	P.S. San Fernan	1	1	1	0	1	+	0		0	0	TBC BK+	1	0	1	8	1	0	0
50	0	0	3	2	3	P.S. Salaverry	1	1	1	1	0	+	0	1	0	0	TBC BK-	0	1	1	3	1	0	0
51	0	0	3	2	2	Hosp. Goyene		1	1	1	1	+	0	1	0	0	TBC BK+	2	0	1	4	1	0	0
52	0		3	2	3	Hosp. Goyene		1	1	0	0	+	0	1	0	0	TBC BK+	1	0	1	1	1	0	0
53	0	0	3	2	3	Hosp. Goyene		1	0	1	0	+	0	1	0	0	TBC BK-	0	1	1	3	1	1	0
54	0	0	3	2	3	Hosp. Goyene		1	1	0	0	+	0	0	0	1	TBC BK+	3	0	1	1	1	0	0
55	0	0	3	2	3	Hosp. Goyene		1	1	0	1	+	0	0	0	1	TBDMDR	3	0	estandar	5	1	0	0
56	0	0	3	2	3	Hosp. Goyene		1	1	1	0	+	0	1	0	0	TBC BK-	0	1	1	6	1	0	0
57	0	0	3	2	3	Hosp. Goyene		1	1	0	0	+	0	1	0	0	TBC BK+	1	0	1	7	1	0	0
58	0	0	1	1	1	P.S. C. M. Trabaj	1	1	1	1	1	+	0	0	0	1	TBC BK+	1	0	1	1	1	0	0
59	0	0	3	2	3	Hosp. Honorio		1	1	1	0	+	0	1	0	1	TBC BK-	0	1	1	4	0	0	0
60	0	0	3	2	3	C.S. M. Castilla	1	1	1	1	0	+	0	0	0	1	TBC BK+	2	0	1	8	0	0	1
61	0	0	2	1	2	C.S. M. Castilla	1	1	1	0	1	+	0	1	0	1	TBC BK-	0	1	1	1	0	0	1
62	0	0	3	2	3	P.S. C. Verde	1	1	1	0	0		0	0	1	1	TBCPPD +	0	1	3	1	0	0	0
63	0	0	3	2	3	C.S. Edif. Misti	1	1	1	0	0	+	0	1	0	0	TBC BK-	0	1	1	1	1	0	0
64	0	0	3	2	3	P.S. L. Misti	1	1	1	0	1	+	0	1	0	1	TBC BK-	0	1	1	1	1	0	0
65	0	0	3	2	3	P.S. N. Alborada	1	1	1	0	1		0	0	0	1	TBC BK+	3	0	1	8	1	0	0
66	0	0	3	2	3	Sanidad Penal	1	1	1	0	0	+	0	1	0	1	TBC BK-	0	1	1	5	1	0	0
67	0	0	3	2	3	P.S. 13 Enero	1	1	1	0	1	+	0	1	1	1	TBCBK - PPD +	0	1	3	1	1	0	0
68	0	0	3	2	3	C.S. Edif. Misti	1	1	1	1	0		1	1	0	1	TBC BK+	2	0	1	5	1	0	0



ANEXO N° 3
FICHA CLÍNICA

Ministerio de Salud

Programa Nacional de Control de Enfermedades
Transmisibles - Control de la Tuberculosis

ANEXO Nº 1

FICHA CLINICA PARA EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS

Fecha: _____ Ficha Familiar Nº: _____ Historia Clínica Nº: _____

1. Dirección de Salud: _____ 2. Red de Salud: _____
3. Establecimiento de Salud: _____

FILIACION

4. Nombre del paciente: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

5. Edad: _____ 6. Sexo: _____ 7. Raza: _____ 8. Grado de Instrucción: _____ 9. Ocupación: _____

10. Teléfono: _____ 11. Documento de Identidad: _____

12. Domicilio: _____
Avenida, Jr., Calle o Manzana Nº o Lote Departamento interior

13. Referencia de domicilio: _____

14. Localidad: _____ 15. Distrito: _____ 16. Tiempo de residencia: _____

17. Procedencia: _____

II ENFERMEDAD ACTUAL:

18. Tiempo de Enfermedad: _____ 19. Forma de inicio: Brusco () Insidioso ()

20. Síntomas principales: a. Tos () b. Expectoración () c. Baja de peso () d. Pérdida de apetito ()
e. Otros () Especificar: _____

III. ANTECEDENTES

21. ANTECEDENTES PERSONALES

21.1. ANTECEDENTES GENERALES:

a. Vivienda: _____

b. Hábitos Nocivos: Tabaco () Café () Licor () Drogas () _____

FUR: _____ d. Método de planificación familiar que usa: _____

21.2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS

a. Enfermedades anteriores: _____

b. Tratamiento de tuberculosis anterior(es) :

Año	BK Inicial	Esquema de tratamiento	Condición de egreso	Observaciones

c. Enfermedad(es) asociada(s) _____

d. Alergia a medicamentos _____

22. ANTECEDENTES FAMILIARES:

Antecedentes de tuberculosis en la familia:

Paciente	Parentesco	Año en que enfermó	Tipo de Tuberculosis	Lugar de tratamiento

Otros antecedentes patológicos familiares: _____

IV. EXAMEN FISICO:

Talla: _____ Peso: _____

23. Examen Físico 23.1 Controles vitales:Temp.:_____ Pulso:_____ F. Resp.:_____ P.A.:_____

23.2 Examen General _____

23.3 BCG: Si () No ()

23.4 Examen Regional _____

V. EXAMENES AUXILIARES:

24. BK Inicial	Fecha	Nº de Reg. de Lab.
1ra.		
2da.		
25. CULTIVO PARA BK		

26. Otros exámenes: _____

27. Radiografía: _____

VI. DIAGNOSTICO (28)

VI. TRATAMIENTO:

29.Esquema de tratamiento : Esquema Uno () Dos () Tres () Retratamiento ()

a. Medicamentos indicados	b. Dosificación	c. Frecuencia	d. Observaciones

Firma y sello del médico tratante en el
establecimiento de salud

VIII. EVOLUCION

30. Fecha: _____
31. Motivo de la consulta o entrevista: a.Término de I fase () b.Reacción Adversa a Medicamento()
c. Inasistencia a tratamiento () **Nota: Enviar Notificación de RAFA junto con Informe Operacional**
d. Alta de tratamiento ()
e. Otros Motivos () Especificar: _____
32. Examen bacteriológico de control: baciloscopía: () Cultivo: () Mes correspondiente: _____
Fecha: _____ Resultado: _____ N° de Reg. Lab. _____
32. Otros exámenes auxiliares: _____
Nota.- Solo si fuese necesario
33. Peso actual _____ kg.
34. Descripción de síntomas, signos ú otros: _____

35. Conclusión _____

36. Indicaciones: _____

Firma y sello del médico tratante en el
establecimiento de salud

VIII. EVOLUCION

30. Fecha: _____
31. Motivo de la consulta o entrevista: a.Término de I fase () b.Reacción Adversa a Medicamento()
c. Inasistencia a tratamiento () **Nota: Enviar Notificación de RAFA junto con Informe Operacional**
d. Alta de tratamiento ()
e. Otros Motivos () Especificar: _____
32. Examen bacteriológico de control: baciloscopía: () Cultivo: () Mes correspondiente: _____
Fecha: _____ Resultado: _____ N° de Reg. Lab. _____
32. Otros exámenes auxiliares: _____
Nota.- Solo si fuese necesario
33. Peso actual _____ kg.
34. Descripción de síntomas, signos ú otros: _____

35. Conclusión _____

36. Indicaciones: _____

Firma y sello del médico tratante en el
establecimiento de salud

ANEXO N° 4

FICHA DE CONTROL Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS



MINISTERIO
DE SALUD

Programa Nacional de Control de Enfermedades
Transmisibles - Control de la Tuberculosis

TARJETA DE CONTROL DE ASISTENCIA Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

REGION, SUB REGION, ZONADIS: H.C. o F.F.: Nº DE CASO

ESTABLECIMIENTO: DISTRITO:

APELLIDOS Y NOMBRES: OCUPACION:

DIRECCION:

BCG: PESO: EDAD: SEXO: M F

B.K. INICIAL FECHA: RESULTADO: Nº REG. LABORAT.:

CULTIVO INICIAL FECHA: RESULTADO: Nº REG. LABORAT.:

DIAGNOSTICO: ANTECEDENTES DE TTO: NUNCA TRATADO ANTES TRATADO: RECAIDA ABANDONO

PRIMERA FASE

MEDICAM. Y DOSIS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
FECHA	DIA																									
	MES																									
CONTROL PESO																										
BK DE CONTROL																										
Nº REG. LAB.																										

MEDICAM. Y DOSIS		26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
FECHA	DIA																									
	MES																									
CONTROL PESO																										
BK DE CONTROL																										
Nº REG. LAB.																										

SEGUNDA FASE

MEDICAM. Y DOSIS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
FECHA	DIA																									
	MES																									
CONTROL PESO																										
BK DE CONTROL																										
Nº REG. LAB.																										

MEDICAM. Y DOSIS		26	27	28	29	30	31	32																		
FECHA	DIA																									
	MES																									
CONTROL PESO																										
BK DE CONTROL																										
Nº REG. LAB.																										

FECHA EGRESO: CONDICION: CURADO ABANDONO TRANSF. S/C FRACASO FALLECIDO

DE EGRESO

ANEXO N° 5

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON DERIVACIÓN DEL HOSPITAL GOYENECHE

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON DERIVACIÓN DEL HOSPITAL GOYENECHE

Centro de Salud Simón Bolívar
Puesto de Salud Congata
Puesto de Salud Cerro Verde
Puesto de Salud Pampa de Camarones
Puesto de Salud Ciudad Municipal
Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cuzco
Centro de Salud Hunter
Puesto de Salud UPIS Paisajista
Centro de Salud Miraflores
Centro de Salud Francisco. Bolog
Puesto de Salud Nazareno
Centro de Salud Cerro Colorado
Centro de Salud Buenos. Aires
Puesto de Salud Santa. Rosa
Puesto de Salud Campo Marte
Centro de Salud Ampliación Paucarpata
Centro de Salud 15 Agosto
Puesto de Salud Miguel Grau
Puesto de Salud Miguel Grau Módulo C - D
Centro de Salud Independencia
Centro de Salud Alto Selva Alegre
Puesto de Salud San Juan Bautista
Puesto de Salud Pampas Polanco
Puesto de Salud Lara
Puesto de Salud San Fernán
Puesto de Salud Salaverry
Hospital Goyeneche
Puesto de Salud Ciudad Mi Trabajo
Hospital Honorio Delgado
Centro de Salud Mariscal Castilla
Puesto de Salud C. Verde
Centro de Salud Edificadores Misti
Puesto de Salud Leones del Misti
Puesto de Salud Nueva Alborada
Sanidad Penal
Puesto de Salud 13 Enero