

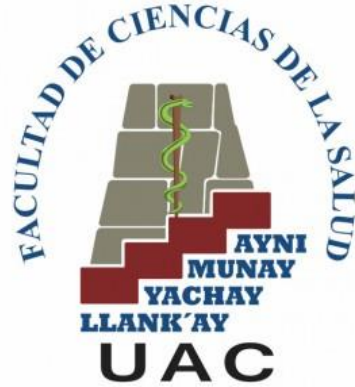
UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Universidad
Andina
del Cusco



TESIS

“PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE
PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA
LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL
CUSCO, 2018”

Presentado por la bachiller

Amau Cruz, Karen Criselda

Para optar al título profesional de

Licenciada en Enfermería

Asesora:

MGT. CARMEN R. ROJAS PARIONA

CUSCO – PERÚ

2021

PRESENTACIÓN

Señor.

Dra. Yanet Castro Vargas

Decano de la Facultad Ciencias de la Salud, de la Universidad Andina del Cusco.

Señores miembros del jurado.

En cumplimiento al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco, pongo a vuestra consideración la tesis intitulado **“PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018”** con la finalidad de optar al Título profesional de Licenciada en Enfermería.

La bachiller

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Andina del Cusco, por haberme acogido y haberme brindado conocimientos y enseñanzas para mi futuro profesional.

A la Escuela Profesional de Enfermería, por ayudarme a desenvolverme como tal y formarme una profesional con los respectivos valores humanos para atender a la sociedad.

A los/las Profesionales de Enfermería, personal médico y a la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis del Hospital Regional del Cusco por el apoyo y comprensión por ser el escenario del desarrollo de este trabajo de investigación.

A mi asesora y dictaminantes de este trabajo de investigación por dedicarme su tiempo, su paciencia y orientación.

La bachiller

DEDICATORIA

A Dios por su infinita bondad y amor, por guiarme por el buen camino, y haberme dado salud, fortaleza y sabiduría para culminar con mi carrera profesional y darme esa dicha de seguir este sueño de ser enfermera.

A mi Madre Celia Cruz Ccoscco por haberme dado la vida, por haberme demostrado su amor incondicional y por llenarme de fortaleza permitiéndome a no rendirme nunca y conseguir mis sueños y objetivos.

A todos mis familiares y amigos que siempre tuvieron una palabra de aliento motivándome a culminar mi profesión.

La bachiller.

EL ÍNDICE

El incremento de nuevos casos de tuberculosis a nivel mundial, sobre todo en los países subdesarrollados ha sido motivo de preocupación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) los que han generado fondos para promover la investigación en el control de la tuberculosis, en donde los resultados lograron detener el geométrico avance de la tuberculosis a través de la implementación en el año 2017 se estima un millón de niños que enfermaron con tuberculosis e ahí que se inicia con la creación de nuevos objetivos y metas de desarrollo sostenible. En los países de la región Europea firmaron la declaración de Berlín con objetivos encaminados a mejorar la situación de la tuberculosis, dentro de los cuales esta promover el desarrollo de los planes nacionales frente a la tuberculosis y fortalecer la estrategia de “Alto a la tuberculosis” a nivel mundial.

El Ministerio de Salud a través de la oficina de daños y riesgo ha implementado los programas nacionales de control de la tuberculosis, adoptando el sistema DOPTS (Estrategia de Tratamiento Directamente Observado) formulando además un manual de procedimientos el cual consta de normas de bioseguridad, esquema de tratamiento, pautas sobre farmacovigilancia, etc.

En el presente trabajo de investigación se pretendió identificar el perfil sociodemográfico y clínico de pacientes que reciben tratamiento contra la tuberculosis en el Hospital Regional del Cusco, 2020. Los cuales se abordan con la finalidad de tomar conocimiento del comportamiento de dicha enfermedad como los aspectos generales y los aspectos clínicos. Todo esto a partir de la aplicación de una revisión directa de las historias clínicas que guarde relación con el título del presente trabajo de investigación.

Por consiguiente el trabajo de investigación, está estructurado en cuatro capítulos de acuerdo al detalle siguiente

CAPÍTULO I EL PROBLEMA: Comprende la Caracterización del problema, formulación del problema, objetivos de la investigación, variable y su operacionalización correspondiente, la justificación de la investigación, limitaciones del estudio y las consideraciones éticas.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO: Que comprende los antecedentes del estudio a nivel internacional, nacional y local. En esta sección también se incluye las bases teóricas y la definición de términos

CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO: Se presenta el Tipo de investigación, línea de investigación, población y muestra con sus respectivos criterios de inclusión y exclusión; técnicas e instrumentos, así como también los procedimientos de recolección de datos, recursos, presupuesto y cronograma.

CAPÍTULO IV: interpretación y análisis de resultados.

CONCLUSIONES.

SUGERENCIAS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

ANEXOS.

ÍNDICE DE TABLAS

PRESENTACIÓN

AGRADECIMIENTOS

DEDICATORIA

INTRODUCCIÓN

ÍNDICE DE GRÁFICOS

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.3 OBJETIVOS.....	3
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	3
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
1.4 VARIABLES.....	3
1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	4
1.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE IMPLICADA	4
1.6. JUSTIFICACIÓN.....	7
1.7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.	7
1.8. ASPECTOS ÉTICOS.....	7

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL.....	8
2.1.2. A NIVEL NACIONAL	10
2.1.3. A NIVEL LOCAL	12
2.2. BASES TEÓRICAS.....	13
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	30

CAPÍTULO III
DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	31
3.1.1. DESCRIPTIVO	31
3.1.2. TRANSVERSAL	31
3.1.3. RETROSPECTIVO	31
3.2. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	31
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	31
3.3.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	31
3.3.2. POBLACION MUESTRAL	31
3.3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	32
3.3.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	32
3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO	32
3.4.1. TÉCNICA.....	32
3.4.2. INSTRUMENTO	32
3.4.3. VALIDACIÓN CONFIBIALIDAD DEL INSTRUMENTO	32
3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	32
3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	33

CAPÍTULO IV
INTERPRETACION Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1	EDAD DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.....	36
GRÁFICO N° 2	SEXO DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.	37
GRÁFICO N° 3	ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018	38
GRÁFICO N° 4	GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.	39
GRÁFICO N° 5	PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.	40
GRÁFICO N° 6	OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.	41
GRÁFICO N° 7	CONDICIÓN DE VIVIENDA DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.	42
GRÁFICO N° 8	SANEAMIENTO BÁSICO EN VIVIENDA DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.	43
GRÁFICO N° 9	INGRESO ECONÓMICO DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.	44
GRÁFICO N° 10	ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.	45
GRAFICO N°11	ESQUEMA DE TUBERCULOSIS DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.	46

GRÁFICO N° 12	TIPO DE TUBERCULOSIS DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.	47
GRÁFICO N° 13	CRITERIO DE DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.	48
GRÁFICO N° 14	CULTIVO DE DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.	50
GRÁFICO N° 15	PERFIL DE SENSIBILIDAD DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.	52
GRAFICO N° 16	ESQUEMA DE TRATAMIENTO QUE RECIBIERON LOS PACIENTES CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.	54
GRÁFICO N° 17	CONDICIÓN DE INGRESO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS AL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.	55
GRÁFICO N° 18	CONDICIÓN DE EGRESO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.	56
GRÁFICO N° 19	REACCIONES ADVERSAS A LOS MEDICAMENTOS EN LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.	58
GRÁFICO N° 20	COMORBILIDAD DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.	59
CONCLUSIONES.....		61
SUGERENCIAS.....		62
. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.		
. ANEXOS.		

RESUMEN

La tesis intitulada “**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018**”. **El objetivo:** Identificar el perfil sociodemográfico y clínico de pacientes que reciben tratamiento contra la tuberculosis en el Hospital Regional del Cusco, 2018. **Diseño metodológico:** descriptivo, transversal y retrospectivo, la población en estudio fue un total de 54 historias clínicas. El tipo de muestreo fue no probabilístico, el instrumento que se utilizó fue la lista de cotejos. **Resultados:** dentro del perfil sociodemográfico se encontró que el 42% son mayores de 61 años de edad, 64% son de sexo masculino, 28% son convivientes, 24% no presentan estudios escolares, 45% proceden de la zona rural, 28% son obreros, 54% tienen casas alquilada, 40% cuentan con agua, 44% tiene un ingreso de s/. 300 a s/. 500 nuevos soles, 54% no tiene antecedentes epidemiológicos, 28% tienen un esquema de tratamiento individualizado, 56% tienen tuberculosis pulmonar, 32% con diagnóstico de cultivo, 64% con cultivo positivo, 58% con tuberculosis sensible, 58% recibieron medicamentos de primera línea, 36% ingresaron como recaída, 32% egresaron con tratamiento completo, 36% presentaron dolores osteomusculares, 28% tienen comorbilidad de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Palabras claves. Perfil sociodemográfico, perfil clínico, tuberculosis.

ABSTRACT

The title thesis “**SOCIO – DEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILE OF PATIENTS RECEIVING TUBERCULOSIS TREATMENT AT THE REGIONAL HOSPITAL OF CUSCO, 2018**”. **The objective:** identify the sociodemographic and clinical profile of patients receiving tuberculosis treatment at the Regional Hospital of Cusco, 2018. **Methodological desing:** descriptive, cross sectional and retrospective, the study population was a total of 54 medical records. The type of sampling was non probabilistic, the instrument use was the checklist. **Results:** within the sociodemographic profile it was found that 42% are older tan 61 year of age, 64% are male, 28% are cohabitants, 24% do not have a rented house, 40% have wáter, 44% have an income of s/.300 to s/.500 nuevos soles, 54% have no epidemiological history, 32% have an emoirical treatment scheme, 56% have pulmonary tuberculosis, 32% with culture diagnosis, 64% with positive culture, 58% with sensitive tuberculosis, 58% received first line drugs, 36% were admitted as a relapse, 32% discharged with full treatment, 36% presented musculoskeletal pain, 28% Have comorbidity of chronic obstructive pulmonary disease.

Keywords: socio – demographic profile, clinical profile, tuberculosis

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Se transmite de una persona a otra a través de Gotículas generadas en el aparato respiratorio pacientes con enfermedad pulmonar activa. Actualmente afecta a grandes grupos de la población mundial, especialmente de zonas marginadas y grupos vulnerables, donde predomina la pobreza, desnutrición y hacinamiento.

Por tanto, es evidente que la tuberculosis es un problema creciente a nivel mundial, según las estimaciones recientes cada año mueren tres millones de personas a consecuencia de esta enfermedad y un tercio de la población se encuentra infectada por el bacilo tuberculoso.¹

Según reportes de la Organización Mundial de la Salud (2017) publicó que para proporcionar una evaluación completa y actualizada de la epidemia de Tuberculosis y de los progresos realizados con respecto a su atención y prevención en los ámbitos, mundial, regional y nacional se debe llegar a alcanzar los objetivos de desarrollo generales, que para el periodo 2016 – 2035 se debe de encaminar con la estrategia de poner fin a la tuberculosis, así como también los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) de las Naciones Unidas compartan el objetivo común de poner fin a la epidemia, se notificaron 222.750 millones de nuevos casos de Tuberculosis notificados en todas sus formas (frente a los 20.625 millones de tuberculosis asociados a VIH y un 3.731 millones de casos de tuberculosis multidrogosresistentes, 2017), lo que equivale al 91% de la incidencia estimada de 10,4 millones; los datos más recientes sobre los resultados del tratamiento muestran una tasa mundial de éxitos terapéuticos del 83%, similar a la de los últimos años. Se notificaron que el 1,9% disminuye anualmente la tuberculosis en cuanto a su letalidad. (46% de la incidencia estimada), de los cuales el 85% estaban en tratamiento con antirretrovíricos. Se inició un tratamiento contra la Tuberculosis farmacorresistente con 129 689

¹ Organización Mundial de la Salud [internet]. Suiza: OMS; 2016 [citado 02 de feb 2019]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/1/9789243565255-spa.pdf>.

millones casos, lo que representa un pequeño aumento con respecto a los 125 629 millones casos de 2015, pero solo un 22% de la incidencia estimada; el éxito del tratamiento sigue siendo bajo: 54% a nivel mundial.²

Dentro de nuestro país a nivel nacional la Ley N° 30287, Ley de Control y Prevención de la Tuberculosis en el Perú y su Reglamento (Decreto Supremo 021-2018), declara de interés nacional la lucha contra la Tuberculosis y poner fin a la epidemia del SIDA, Tuberculosis, la Malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir las hepatitis, enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles logrando que el control de la Tuberculosis sea una política de Estado. Las personas afectadas por Tuberculosis en el Perú son diagnosticadas y tratadas de manera gratuita por las instituciones del sistema de salud del país: 73% MINSA, 19% (ESSALUD), 7% (INPE) y el 1% en las Sanidades de la Policía Nacional y las Fuerzas Armadas. Afecta, predominantemente, a los estratos sociales más pobres de las grandes ciudades del país. Las tasas notificadas de incidencia (casos nunca tratados por cada 100 mil habitantes) y de morbilidad total (nuevos y antes tratados por cada 100 mil habitantes) han disminuido entre 2 a 3% por año entre los años 2011 a 2015, de 97,4 a 87,6 en incidencia y de 109,7 a 99,5 de morbilidad.³

A nivel local en el Hospital Regional del Cusco según reportes de la unidad de estadística e informática se pudo obtener datos de pacientes que acudieron al servicio de prevención y control de tuberculosis, personas que migraron a la ciudad del Cusco proviniendo de diferente procedencia, diferente ocupación, edad, sexo tanto femenino como masculino, considerando también los aspectos clínicos donde se observó que aparentemente en algunas de las familias existe otras similitudes que vienen recibiendo tratamiento puesto que han sido diagnosticados de tuberculosis por antecedentes de algún familiar con tuberculosis, esto se pudo ver al hacer el seguimiento de algunos datos en la oficina de estrategia sanitaria de tuberculosis, cabe resaltar que la condición de

² Organización Mundial de la Salud. [internet]. Oficina Regional de las Américas, OMS; 2017 [citado 11 de mar 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/tb/publications/global-report/es/>

³ Ministerio de Salud del Perú. [internet]. Perú: MINSA; 2016 [citado 13 de feb 2019]. Disponible en <http://www.cdc.gob.pe/portal/.com>

egreso de un paciente se da por el abandono del tratamiento, algunos por fracaso muchos de ellos por el grado de instrucción de no comprender la situación de dicha enfermedad.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el perfil sociodemográfico y clínico de pacientes que reciben tratamiento contra la Tuberculosis en el Hospital Regional del Cusco, 2018?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar el perfil sociodemográfico y clínico de pacientes que reciben tratamiento contra la Tuberculosis en el Hospital Regional del Cusco, 2018.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el perfil sociodemográfico de pacientes que reciben tratamiento contra la Tuberculosis en el Hospital Regional del Cusco.
- Evaluar el perfil clínico de pacientes que reciben tratamiento contra la Tuberculosis en el Hospital Regional del Cusco.

1.4 VARIABLES

1.4.1 VARIABLE IMPLICADA

- Perfil Sociodemográfico
- Perfil Clínico

1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

1.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE IMPLICADA

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Naturaleza	Escala
Perfil Sociodemográfico	Características sociales, demográficas y económicas de las personas con diagnóstico de tuberculosis	Edad	<ul style="list-style-type: none"> ● De 7 – 12 años de edad. ● De 13 – 20 años de edad. ● De 21 – 25 años de edad. ● De 26 – 60 años de edad. ● De 61 a más. 	Cuantitativa	Intervalar
		Sexo	<ul style="list-style-type: none"> ● Masculino. ● Femenino. 	Cualitativa	Nominal
		Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> ● Soltero. ● Casado. ● Conviviente. ● Viudo. ● Divorciado. 	Cualitativa	Nominal
		Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> ● Primaria incompleta. ● Primaria completa. ● Secundaria incompleta. ● Secundaria completa. ● Superior. ● Sin estudios. 	Cualitativa	Ordinal
		Procedencia	<ul style="list-style-type: none"> ● Zona Rural ● Zona Urbano ● Zona Urbano marginal. 	Cualitativa	Nominal
		Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> ● Estudiante. ● Construcción. 	Cualitativa	Nominal

			<ul style="list-style-type: none"> ● Ama de casa. ● Comerciante. ● Chofer. ● Otros. 		
		Ingreso económico familiar mensual	<ul style="list-style-type: none"> ● Menos de 300 Nuevos Soles. ● De 300 a 500 Nuevos Soles. ● De 500 a 930 Nuevos Soles. ● De 930 Nuevos Soles a más. ● No percibe. 	Cuantitativa	Intervalar
		Condición de vivienda	<ul style="list-style-type: none"> ● Casa propia. ● Casa alquilada. ● Otros. 	Cualitativa	Nominal
		Saneamiento básico	<ul style="list-style-type: none"> ● Sólo Agua. ● Sólo Luz. ● Agua, luz y Desagüe. 	Cualitativa	Nominal
Perfil Clínico	Descripción de procesos patológicos reconocidos como causales o concomitantes de una enfermedad, que ocurren en pacientes que reciben tratamiento contra la tuberculosis en el Hospital Regional del Cusco.	Antecedentes epidemiológicos con TBC	<ul style="list-style-type: none"> ● Si. ● No. 	Cualitativa	Nominal
		Esquema de Tuberculosis	<ul style="list-style-type: none"> ● Esquema sensible. ● Esquema estandarizado. ● Esquema Individualizado. 	Cualitativa	Nominal
		Tipo de Tuberculosis	<ul style="list-style-type: none"> ● Pulmonar. ● Extra pulmonar. 	Cualitativa	Nominal
		Criterio de diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> ● Baciloscopia. ● Cultivo. ● Clínico. ● Histopatológico. 	Cualitativa	Nominal
		Cultivo de diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> ● Positivo. 	Cualitativa	Nominal

			<ul style="list-style-type: none"> ● Negativo. 		
		Perfil de sensibilidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Tuberculosis Sensible. ● Tuberculosis Resistente. 	Cualitativa	Nominal
		Esquema de Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> ● Primera Línea. ● Segunda Línea. 	Cualitativa	Nominal
		Condición de ingreso	<ul style="list-style-type: none"> ● Caso nuevo. ● Caso recaída. ● Abandono recuperado. 	Cualitativa	Nominal
		Condición de egreso	<ul style="list-style-type: none"> ● Tratamiento completo. ● Fracaso. ● Fallecido. ● Abandono. ● Curado. 	Cualitativa	Nominal
		Reacciones adversas de los medicamentos durante el tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> ● Nauseas, vómito, diarrea. ● Salpullido, picazón. ● Dolor muscular, dolor de huesos. ● Dolor en el epigastrio. 	Cualitativa	Nominal
		Comorbilidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Diabetes mellitus. ● VIH/SIDA. ● Enfermedad renal crónica. ● Enfermedad Hepática crónica. ● EPOC. ● Otros. 	Cualitativa	Nominal

1.6. JUSTIFICACIÓN

La tuberculosis es un problema de salud pública a nivel mundial, nacional y local, debido al número de pacientes que produce años tras año, afecta la salud y deteriora la calidad de vida del paciente con tuberculosis y su entorno familiar, Por ello, esta investigación busca identificar el perfil sociodemográfico y clínico de pacientes que reciben tratamiento contra la tuberculosis lo que permitirá plantear una estrategia de intervención priorizando la promoción de factores de riesgo. El presente estudio es importante porque frente a esta situación, el profesional de enfermería tiene dentro de sus funciones valorar el nivel de información y el conocimiento que se tiene sobre los diferentes perfiles sociodemográficos de los pacientes ya que esta información se vuelve muy importante y necesaria para poder realizar actividades preventivas promocionales, destinadas a promover, proteger y fomentar practicas preventivas, haciendo hincapié en las herramientas que la enfermería tiene para la promoción de hábitos y de esta manera contribuir a los tratamientos de los pacientes con tuberculosis.

El presente trabajo de investigación aportó datos sobre el perfil sociodemográfico y clínico de pacientes que reciben tratamiento contra la tuberculosis que servirá como material de base para futuras investigaciones relacionados al tema.

1.7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

No se pudo tener contacto con el paciente ya que el trabajo de investigación fue retrospectiva y se empleó la ficha de observación documental a las historias clínicas del hospital Regional del Cusco. La falta de comunicación con los encargados del área de almacenamiento de historias clínicas, lo cual se superó mediante la visita repetida al hospital buscando un mejor momento para aplicar el instrumento.

1.8. ASPECTOS ÉTICOS

En el presente trabajo de investigación se aplicó los principios éticos. La investigadora se comprometió al manejo reservado de la información con las historias clínicas y confidencialidad, utilizándola sólo con fines académicos, los mismos que serán aplicados de manera anónima

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL

TORRES Z. & HERRERA T. En su estudio “**PERFIL DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS QUE ABANDONA EL TRATAMIENTO EN CHILE, 2015**” realizado en la **UNIVERSIDAD DE CHILE, FACULTAD DE MEDICINA. CHILE 2016.**

OBJETIVO: Definir el perfil del paciente “abandonador” y determinar las causas que mayormente influyen en este resultado.

METODOLOGÍA: La metodología del estudio fue descriptivo y transversal.

RESULTADOS: Se analizaron 136 auditorías de abandono. Se observa un cumplimiento de la actividad de un 35,9% y un 26,3% abandonan el tratamiento, en la mayoría de los casos el registro es incompleto. La mayoría de los pacientes son de sexo masculino, entre 15 y 45 años de edad con el 58,2% es su primer episodio de tuberculosis. El 62,7% presenta algún factor de riesgo asociado al abandono, especialmente alcoholismo y drogadicción y el 16,5% corresponde a personas en situación de calle. El 98% de los casos tiene confirmación bacteriológica, ya sea por baciloscopía o cultivo; el 91% corresponden a casos nuevos y todos casos antes tratados (recaídas y reingresos de abandono anterior) presentan confirmación bacteriológica. Dentro de los cuales 21,3% dieron con diagnóstico positivo, y 0,9% dieron con diagnóstico negativo. En cuanto al grado de instrucción un 47,7% tuvieron primaria incompleta, un 40,9% tuvieron secundaria incompleta, y un 8% tuvieron educación superior, 3,4% no tuvieron estudio. Con respecto a la ocupación el 37,6% refirieron tener trabajo estable en institución privada, el 31,8% son desempleados, el 21,2% registraron con trabajo eventual, a esto se agrega que el 2,4% son estudiantes y 7,1% son amas de casa.⁴

⁴ Torres, Z. Herrera, T. Perfil del paciente con Tuberculosis que abandona el tratamiento en Chile, 2015, Universidad de Chile, Facultad de medicina [tesis]; Santiago de Chile, 2016

MENDOZA, A. En su estudio “**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS USUARIOS CON TUBERCULOSIS QUE ACUDEN A UN CENTRO DE SALUD DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.**” presentado ante la **UNIVERSIDAD CATÓLICA DE GUAYAQUIL, FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS SAN VICENTE DE PAUL, ECUADOR 2017**

OBJETIVO: Determinar las características epidemiológicas en usuarios con tuberculosis en un Centro de Salud de la Ciudad de Guayaquil

METODOLOGIA: Se realizó un estudio descriptivo y transversal.

RESULTADOS: Dentro de la distribución de los usuarios por sexo se pudo verificar que la mayor parte de los usuarios con tuberculosis son hombres con un 68% y las mujeres con 32%. En cuanto a la distribución de los usuarios por estado civil se pudo verificar que la mayor parte con 42% son convivientes, seguido con 28% casados, 9% divorciados, 13% son solteros y un 8% son viudos. Dentro del rango de edad de usuarios con tuberculosis el 36% corresponde a usuarios mayores de 40 años, el 34% está comprendido de 25 a 40 años, con un 23% usuarios de 18 a 25 años de edad y un 7% menor de 18 años de edad. En cuanto al grado de instrucción se pudo observar que el 38% han terminado la secundaria, el 30% con un nivel de estudio superior el 19% contaron primaria completa, y un 13 % no recibió ningún tipo de estudio. En cuanto a la ocupación laboral de acuerdo a su estudio se pudo ver que el mayor porcentaje equivale al 38% en usuarios que requieren de un empleo, 17% cuentan con empleo eventual, 15% son estudiantes, 30% son desempleados. En su trabajo de investigación también se pudo observar que dentro de las molestias que presenta el paciente en el transcurso del tratamiento 28% presentan náuseas debido al tratamiento, un 21% presenta dolor muscular, 17% enfermedad hepática crónica. En cuanto al criterio de diagnóstico 89% fue detectado a través de baciloscopia, un 4% fue detectado a través de radiografía, el 1% fue detectado histopatológicamente. En el trabajo de investigación también se pudo ver que en el tipo de tuberculosis 75% presenta tuberculosis pulmonar y 17% de pacientes con tuberculosis presentan tuberculosis

extrapulmonar. En cuanto a su comorbilidad 32% presentan VIH/SIDA, seguido de un 7% que presentan diabetes y 6% presentan hipertensión arterial⁵

2.1.2. A NIVEL NACIONAL

MALAVAR, J. En su estudio “**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS EXTREMADAMENTE RESISTENTE DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNÁNUE LIMA, 2013 – 2017**” realizado en la universidad privada **SAN JUAN BAUTISTA, FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD, LIMA 2018.**

OBJETIVO: Identificar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que recibieron tratamiento para tuberculosis extremadamente resistente del Hospital Nacional Hipólito Unánue. 2013 – 2017.

METODOLOGÍA: El presente estudio fue observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo con una población de 60 pacientes.

RESULTADOS: Se observa que el género predominante fue el masculino (71%); la edad promedio fue de 35 años, la mayoría pertenecía a la edad adulta madura (30-59 años); en el estado civil el 50% era soltero; en su mayoría presentaban un nivel de estudios secundarios incompletos (55%), luego el nivel superior (42%); el 55% refería tener algún trabajo, el 45% no tenía dicho registro en la historia clínica; El perfil de sensibilidad fue en mayoría tuberculosis resistente (27%); en el 62% historias no se halló dicho registro. Respecto a la condición de egreso del paciente, el 87% refirió haber recibido tratamiento completo; la mayoría de ellos (55%) terminó en fracaso. El principal síntoma referido al ingreso fue la tos productiva (79%), seguido de fiebre (71%) y enfermedad pulmonar crónica (58%). Finalmente, entre las principales comorbilidades se halló primero tuberculosis previa (37%), hemoptisis (32%) y reacciones adversas (18%).⁶

⁵ Mendoza, A. características epidemiológicas de los usuarios con tuberculosis que acuden a un centro de salud de la ciudad de Guayaquil. Universidad católica de Guayaquil. Facultad de ciencias médicas [tesis electrónico; citado 10 mar 2019] Ecuador 2017, Disponible en: http://T_UCSG_PRE_MED_ENF_365

⁶ Malaver, J. características clínicas y epidemiológicas de pacientes con tuberculosis extremadamente resistente del Hospital Nacional Hipólito Unánue Lima, 2013-2017. Universidad SJB. Facultad de

CARRASCO, S. En su estudio “**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LA TUBERCULOSIS EN LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD SANTA FE – CALLAO DURANTE ENERO 2011 – DICIEMBRE 2015**”. Presentado ante la universidad **SAN MARTIN DE PORRES, FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERIA.LIMA, PERU 2016.**

OBJETIVO: Fue Determinar el perfil epidemiológico y clínico de la Tuberculosis en pacientes atendidos en el Centro de Salud Santa Fe – Callao durante los meses enero 2011 – diciembre 2015.

METODOLOGÍA: Estudio de enfoque cuantitativo epidemiológico, de tipo observacional, descriptivo de corte transversal y retrospectivo.

RESULTADOS: Se observa que en las Características sociodemográficas en el periodo 2011-2015, destacaron los adultos con un 32%, de sexo masculino 65%, con un nivel de instrucción secundaria incompleta 65%, trabajadores independientes 24%, solteros 58%, vacunados con BCG 94% y con un estado nutricional normal 56%. Según antecedentes Familiares, donde se observó que el mayor porcentaje de pacientes con Tuberculosis si tuvieron antecedentes familiares con un 58% y el 42% no lo tuvo. En la distribución de casos según Tipos de Tuberculosis, donde se observó que el mayor porcentaje de pacientes tiene Tuberculosis Pulmonar con 76% y solo un 24% de Tipo Extra pulmonar. La distribución de casos de Tuberculosis según criterios de diagnósticos, donde predomino la Baciloscopía con un 55%, seguido del examen radiológico con un 18%. según Cultivo de Diagnóstico, donde predomino el cultivo con resultado positivo con un 72% y cultivo con resultado negativo con un 28%, dentro del Perfil de Sensibilidad, donde predomino los pacientes pansensibles con un 90% y solo un 10% pacientes resistentes. Dentro del Esquema de Tratamiento, donde predomino el tratamiento empírico con un 90%, seguida del esquema estandarizado con un 6%. En la distribución de casos de Tuberculosis según Condición de Ingreso, donde predominaron los pacientes nuevos con un 76%, seguido de un estado de recaída con un 17% y en estado de abandono recuperado 7%, según condición de egreso, donde predominaron los pacientes curados con un 73%, seguido de un estado de abandono con un 19% y fallecidos 8%, dentro de comorbilidad, donde no presentan patología asociada con un

63%, seguidas de otras patologías asociadas como (Hipertensión Arterial, Anemia / Desnutrición, Hepatitis, Esquizofrenia, Gastritis) con un 22%, VIH-SIDA 9% y con menor porcentaje Diabetes Mellitus con un 6%.⁷

2.1.3. A NIVEL LOCAL

ALVAREZ, A. En su estudio “**CARACTERÍSTICAS DE LA ASOCIACIÓN DE DIABETES MELLITUS Y TUBERCULOSIS EN DOS HOSPITALES MINSA DEL CUSCO: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES, 2016**” realizado en la universidad **SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, CUSCO 2017.**

OBJETIVO: Determinar Las características que presenta la asociación de Diabetes Mellitus y Tuberculosis en 2 Hospitales MINSA del Cusco, 2016.

METODOLOGÍA: Estudio de casos y controles, cuantitativa, retrospectiva

RESULTADOS: En los pacientes con Diabetes Mellitus y Tuberculosis el 37,5% se encuentra dentro de un rango de edad menores a 30 años de edad, el 58,3% (14/24) fueron varones y el 47,7% (10/24) fueron mujeres. La tasa de recaída general es del 5,2%, en la que el 12,5% de todos los casos presentó recaída mayor al de los controles con solo 2,7%. La tasa de fracasos al esquema sensible fue de 9,1% en los casos, pacientes que presentan tuberculosis pulmonar esta con 37,5% y pacientes con tuberculosis extrapulmonar con 5,6%. Los pacientes con tuberculosis que tuvieron una mayor cantidad de baciloscopía positiva con un 20,8% en comparación con los pacientes cantidad de baciloscopía negativa con un 95,8%, en cuanto a las manifestaciones clínicas la manifestación más común fue la radiológica con un 66,6%.⁸

⁷ Carrasco, S. perfil epidemiológico y clínico de la tuberculosis en los pacientes del centro de salud Santa fe- Callao durante enero 2011-diciembre 2015. Facultad de Obstetricia y Enfermería. [tesis electrónico; citado 12 de feb 2019]. Lima 2019 disponible en: <http://www.repositorioacadmco.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2436/3/carrasco.s.pdf>

⁸ Alvarez, A. Características de la asociación de Diabetes Mellitus y Tuberculosis en dos Hospitales MINSA del Cusco: Estudio de casos y controles, 2016. Facultad de Ciencias de la Salud. [tesis electrónica; citada 11 Marz 2019]. Perú 2019 disponible en: <http://www.Repositorio.unsaac.edu.pe>.

2.2. BASES TEÓRICAS

TUBERCULOSIS

Es una enfermedad infecciosa producida por un germen: el *Mycobacterium Tuberculosis* más conocido como “bacilo de Koch” en referencia a su forma de bacilo y a su descubridor Robert Koch. El 80% de las veces, el órgano que enferma es el pulmón, pero no hay que olvidar que cualquier parte del cuerpo humano puede verse afectado.⁹

“La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*. Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio de pacientes con enfermedad pulmonar activa. La infección por *M. tuberculosis* suele ser asintomática en personas sanas, dado que su sistema inmunitario actúa formando una barrera alrededor de la bacteria. Los síntomas de la tuberculosis pulmonar activa son tos, a veces con esputo que puede ser sanguinolento, dolor torácico, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna”¹⁰

“La tuberculosis es una enfermedad de localización preferentemente pulmonar, pero puede afectar cualquier órgano del cuerpo y producir síntomas relacionados al órgano afectado. Además produce síntomas de afección sistémica por lo cual puede, en determinadas circunstancias, ser de difícil diagnóstico”¹¹

TUBERCULOSIS PULMONAR

Es una infección bacteriana contagiosa que compromete los pulmones y que se puede propagarse a otros órganos este tipo de tuberculosis en muchas ocasiones es contagiosa, esto quiere decir que la bacteria puede propagarse

⁹ Jiménez, M; López, I. Control de la tuberculosis [libro electrónico] 1ra ed. Diciembre 2017- Barcelona [citado 13 de feb 2019]. Disponible en: https://WWW.fisiorespiracion.es/controlando_tuberculosis.pdf

¹⁰ García, M; Marrh, J. técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas.GS.[vol.13,No.4].1999. [citado 13 feb 2019], Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/82095257.pdf>

¹¹ Hasbun D, Varela C. perfil clínico y epidemiológico de pacientes con tuberculosis en el hospital escuela. BVS [REV MED HONDUR, Vol.78, No.1]. 2010. [citado 13 feb 2019]; Disponible en <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2010/pdf/vol78-1-2010-4.pdf>

fácilmente de una persona infectada a otra no infectada. Se puede adquirir por la inhalación de gotitas de agua provenientes de la tos o estornudos de una persona infectada. La infección pulmonar resultante se denomina tuberculosis primaria. La mayoría de las personas que presentan síntomas de una infección de tuberculosis resultaron primero infectadas en el pasado, en algunos casos la enfermedad puede reactivarse en cuestión de semanas después de la infección primaria.¹²

TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR

Se denomina extrapulmonar porque aparece fuera de los pulmones suele ser resultado de la diseminación hematogena de la infección. A veces se extiende directamente de un órgano adyacente, en cuanto a los síntomas varían según su localización pero en general Incluyen fiebre, malestar general y pérdida de peso. Su diagnóstico generalmente se establece con frotis y cultivos de esputo y cada vez con mayor frecuencia, con pruebas moleculares de diagnóstico rápido. El tratamiento requiere una serie de antibióticos, administrados al menos durante 6 meses.¹³

VACUNA BCG

De primera instancia la vacuna BCG o Bacilo de Calmette – Guérin. Es una vacuna viva atenuada derivada de *Mycobacterium bovis*, disponiéndose contra la enfermedad de tuberculosis, no asegura una completa inmunidad pero incrementa significativamente la resistencia a la infección tuberculosa. La vacuna se administra estrictamente por vía intradérmica a los 2 días del recién nacido. La inyección es en la cara externa superior del brazo (en la región superior de la inserción distal del músculo deltoides) con una jeringa de 1ml después de administración de la vacuna aparecerá una pápula blanquecina en el punto de inyección.¹⁴

¹² MedlinePlus [información de salud. No 6]. 2018. [citado 11 mar 2019], disponible en: <http://medlineplus.gov>.

¹³ Versión para profesionales [Manual MSD No 4]. Estados Unidos: Manual MSD versión para profesionales online; c2018 [citado 10 mar 2019]. Disponible en <http://www.msmanual.com>

¹⁴ AEP [comité asesor de vacunas]. 2018. [citado 24 mar 2021], disponible en: <http://vacunas.aep.org.com.pe>.

EPIDEMIOLOGÍA

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa transmisible causada por el complejo *Mycobacterium Tuberculosis*, su agente etiológico es el bacilo de Koch generalmente de evolución crónica y caracterizada por la formación de granulomas, donde su localización preferentemente es el pulmón aunque puede afectar a cualquier órgano. Actualmente dista mucho de ser una enfermedad controlada, observándose en las últimas dos décadas un incremento en el número de casos, incluso en países desarrollados donde previamente se había logrado un descenso significativo.¹⁵

PATOGENIA

La lesión inicial pulmonar suele ser periférica, ya que afecta los alveolos. Desde allí, los bacilos tuberculosos sufren una depuración por el sistema linfático pulmonar y la infección drena hacia los ganglios del hilo pulmonar. Si la infección queda contenida aquí, solo habrá una lesión cicatrizal pulmonar, no siempre visible en la radiografía de tórax, y una adenopatía hilar que puedan calcificarse dando lugar a lo que se conoce como “complejo de Ghon”. En otras ocasiones la infección, en lugar de quedar limitada a los ganglios, se extiende por vía hematogena a otras áreas del pulmón y órganos (diseminación hematogena) en el pulmón la infección afectará sobre todo los segmentos posteriores de los lóbulos superiores ya que el *Mycobacterium tuberculosis* es un microorganismo aerobio con preferencia por las áreas pulmonares mejor ventiladas. Lo que suceda después de esta diseminación hematogena inicial dependerá de los factores que gobiernan siempre la infección tuberculosa. Por un lado el tamaño del inóculo bacteriano y por otro la respuesta inmunitaria del huésped.¹⁶

ANTECEDENTES DE LA FAMILIA O PARIENTES CERCANOS CON TUBERCULOSIS

Los antecedentes familiares son los registros de las relaciones entre los miembros de una familia junto con sus antecedentes médicos. Esto abarca las

¹⁵ Tuñez V, servicio medicina preventiva y salud pública. Unidad de tuberculosis. [citado 2 dic 19]. Disponible en: <http://www.amse.es>>204tuberculosis.

¹⁶ Aguado J, y otros. protocolos clínicos S.E.I.M.C.VII. Tuberculosis. Sociedad Española de enfermedades infecciosas y Microbiología Clínica. [citado 09 mar 2019]. Disponible en: <http://www.seimc.org/documentos/protocolos/signos-clinicos/proto7.htm>

enfermedades actuales y pasadas. En los antecedentes familiares a veces se observa la distribución de ciertas enfermedades en una familia. También se llama historia médica familiar, aunque es frecuente no encontrar antecedentes de contacto con enfermos de tuberculosis, conocidos en la familia o en el entorno, también se debe preguntar por situaciones potencialmente de riesgo en las que no solo hay que pensar ante la existencia de síntomas. Sino también al estar conviviendo y tener a alguien cercano con la tuberculosis.¹⁷

ESQUEMA DE TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

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

El esquema de tratamiento inicial prescrito por el médico tratante, debe ser ratificado o modificado de acuerdo a los resultados de las pruebas de sensibilidad (PS) rápidas, dentro de los siete días calendario posteriores a su publicación en el sistema de información electrónico de laboratorio del instituto nacional de salud.

a) ESQUEMA PARA TUBERCULOSIS SENSIBLE:

La nomenclatura del esquema se representa de la siguiente manera: 2RHZE/4R₃H₃ ; en donde los números delante de las ciclas indican los meses que dura el tratamiento con esos fármacos, y en el cambio de fase el subíndice indica el número de veces por semana que recibe el fármaco. Su ausencia indica que es diario. Cabe resaltar que: H. representa isonocida, E. etambutol, R. rifampicina, Z. pirazinamida.

ESQUEMA PARA TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR CON COMPROMISO:

En los casos de tuberculosis miliar o extrapulmonar con compromiso del sistema nervioso central (SNC) u Osteoarticular, la duración del tratamiento es de 2 meses la primera fase y 10 meses la segunda fase.

- Primera fase: 2 meses (HRZE) diario (50 dosis)
- Segunda fase: 10 meses (HR) diario (250 dosis)

¹⁷ AEPap. La importancia de la historia clínica. Disponible en <http://www.aepap.files.pdf>

En caso de meningitis, pericarditis y formas miliares en niños y adultos debe añadirse corticoterapia sistémica a una dosis recomendada de 1 – 1.5mg/kg/día de prednisona (o su equivalente) por 2 a 4 semanas, seguido de una disminución progresiva del 30% de la dosis cada semana hasta su suspensión.

b) ESQUEMA PARA TUBERCULOSIS RESISTENTE:

La dosis de los medicamentos usados no considerados en la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a través de la Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis (DPCTB) debe tener o gestionar su autorización ante la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. DIGEMID de acuerdo a la norma técnica de salud para la Utilización de Medicamentos no considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos esenciales, vigente.

c) ESQUEMA INDIVIDUALIZADO:

Paciente con diagnóstico de tuberculosis resistente con resultados de una PS convencional para medicamentos de primera y segunda línea.

. CASOS DE TUBERCULOSIS MONO O POLIRRESISTENTE:

En casos de tuberculosis mono o polirresistente a medicamentos de primera línea, los esquemas individualizados deben darse de manera diaria de lunes a sábado. Es indicado por el médico consultor.¹⁸

TIPO DE TUBERCULOSIS

. TUBERCULOSIS PULMONAR:

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad bacteriana infecciosa, potencialmente grave, que afecta principalmente a los pulmones. Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio

. TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR:

La tuberculosis extrapulmonar generalmente aparece fuera de los pulmones suele ser resultado de la diseminación hematógena de la infección. A veces se

¹⁸ Ministerio de salud; Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, 2013 Perú. Pág. 47-56

extiende directamente de un órgano adyacente. Los síntomas varían según su localización, pero en general incluyen fiebre, malestar general y pérdida de peso. El diagnóstico generalmente se establece con frotis y cultivos de esputo y cada vez con mayor frecuencia, con pruebas moleculares de diagnóstico rápido

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Criterios específicos para la sospecha de tuberculosis

- Tos por más de 15 días (sintomático respiratorio)
- Cuando una persona ha vivido punto a un enfermo de tuberculosis (contacto).

Síntomas que presentan principalmente

- Fiebre
- Sudoración nocturna
- Pérdida de peso
- Náuseas y vómitos
- Debilidad o cansancio¹⁹

CRITERIO DE DIAGNÓSTICO

Las personas con tuberculosis tienen uno o más síntomas de enfermedad de tuberculosis. Todas las personas que tengan síntomas o un resultado positivo en la prueba de detección de tuberculosis deben ser evaluadas para detectar dicha enfermedad.

- **BACILOSCOPIA.-** la baciloscopia directa de la muestra de esputo y de otras muestras extrapulmonares debe ser procesada por el método Ziehl-Neelsen, siguiendo el protocolo del Instituto Nacional de Salud.
- **CULTIVO DE MICOBACTERIAS.-** Los métodos de cultivo para el aislamiento de micobacterias aceptados en el país son: los cultivos en medios sólidos Lowenstein – Jensen, Ogawa y Agar 7H10, los sistemas automatizados en medio líquido MGIT (del inglés Mycobacteria Growth indicator tube) y la prueba MODS (del inglés Microscopic Observation Drug

¹⁹ Manjarrez E, y otros. signos y síntomas de la tuberculosis pulmonar un problema de salud no resuelto. Medicina Social 2017; 30:367

Susceptibility), disponibles en los laboratorios de la red de salud pública según nivel de capacidad resolutoria.

- **CLÍNICO – RADIOLÓGICO.-** El diagnóstico clínico de la TB pulmonar debe centrarse en el estudio de los pacientes con síntomas respiratorios (tos, expectoración, dolor torácico, disnea) asociados a síntomas generales. Los síntomas de tuberculosis extra – pulmonar depende del órgano afectado. Solicitar una radiografía de tórax en todo caso probable de tuberculosis pulmonar y en aquellas personas que están en seguimiento diagnóstico.
- **TUBERCULOSIS EXTRA – PULMONAR.-** Se basa en las manifestaciones clínicas dependientes del órgano(s) afectado(s) y debe complementarse con exámenes auxiliares de bacteriología, histopatología, inmunología, estudio cito-químico, estudio de imágenes, entre otros.
Realizar el diagnóstico diferencial considerando las enfermedades endémicas según la zona de procedencia del paciente.
- **TB LATENTE.-** El diagnóstico de TB latente es responsabilidad del médico tratante. La prueba de tuberculina es el método de diagnóstico de tuberculosis latente en personas sin enfermedad activa. Se considera un resultado positivo si la induración es 10mm o más para la población en general. En pacientes con inmunodeficiencias (VIH/SIDA, desnutridos, corticoterapia prolongada, tratamiento antineoplásico, entre otros), este valor es de 5mm o más²⁰
- **HISTOPATOLÓGICO.-** la autopsia representa un pilar fundamental en la comprensión de la fisiología humana y diagnóstico de enfermedades; constituye además un medidor sensible de la calidad de la práctica médica²¹

CULTIVO DE DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS

Resultados de baciloscopia de esputo.

- No se observan bacilos ácido alcohol resistente (BAAR) en 100, campos observados = negativo (-)

²⁰ Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis [libro electrónico]. Ministerio de Salud; 2013 [citado 09 Abril 2019]. Disponible en: www.tuberculosis.minsa.gob.pe-recusos

²¹ Ministerio de salud; Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. Pág. 41, 42

- Se observan de 1 a 9 BAAR en 100 campos observados (paucibacilar campos observados (paucibacilar) = número exacto de bacilos en 100 campos
 - Menos de 1 BAAR promedio por campo en 100 campos observados (10 – 99 bacilos en 100 campos) = positivo (+)
 - De 1 a 10 BAAR promedio por campo en 50 campos observado = positivo (++)
 - Más de 10 BAAR promedio por campo en 20 campos observados = positivo (+++)
- Si se observan 1 a 9 BAAR en 100 campos microscópicos, leer otros 100 campos microscópicos. Si persiste el resultado se anotar el hallazgo en el registro y la muestra se enviará para cultivo.

PERFIL DE SENSIBILIDAD

Muchos microorganismos son resistentes a ciertos antibióticos. Las pruebas de sensibilidad son importantes para ayudar a encontrar el antibiótico apropiado para la persona.

- **CASO DE TUBERCULOSIS PANSENSIBLE:** caso en el que se demuestra sensibilidad a todos los medicamentos de primera línea por pruebas de sensibilidad convencional.
- **CASO DE TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE:** caso con resistencia simultánea a isoniacida y rifampicina por pruebas convencionales.²²

TIPOS DE MEDICAMENTOS DE LA TUBERCULOSIS

- **MEDICAMENTOS DE PRIMERA LÍNEA** se utilizan en pacientes nuevos, recaídas y abandonos recuperados, son altamente eficaces y de buena tolerancia para el paciente.

²² Ministerio de salud; Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. Pág. 41, 18

La isoniacida, isoniacida, Rifampicina y Pirazinamida son los medicamentos bactericidas más potentes, activos contra las poblaciones de bacilos tuberculosos.

RIFAMPICINA (R) Es bactericida contra los bacilos extra e intracelulares. Se absorbe rápidamente, los alimentos ricos en grasa retardan su absorción lo cual se sugiere ingerir con un vaso lleno de agua una hora antes o 2 horas después de los alimentos. Se metaboliza en el hígado. Excreción mayormente por las heces. Su uso es seguro en cualquier mes del embarazo y en la lactancia.

ISONIACIDA (H) Es un medicamento altamente bactericida. Es mejor absorbida en ayunas; esta puede ser ingerida acompañada de alimentos no grasos. No ingerir junto con antiácidos. Se metaboliza en el hígado. Su excreción es por vía renal.

PIRAZINAMIDA (Z) Es bactericida en el ambiente ácido. La absorción es rápida puede ser tomada con o sin alimentos. Se metaboliza en el hígado. Su excreción 70% por riñón.

ETAMBUTOL (E) Es bacteriostático probablemente bactericida en altas dosis. Absorción rápida se puede ingerir con o sin alimentos. Su metabolismo es por vía renal y hepática. Excreción 80% por riñón. Es seguro en cualquier mes del embarazo y en la lactancia.

ESTREPTOMICINA (S) Es bactericida el único de uso parenteral. Absorción parenteral. Su metabolismo se distribuye ampliamente en tejidos y líquidos corporales. Su excreción es por vía renal (50 a 60%) y una pequeña cantidad por la bilis²³.

● **MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA**

Se utilizaran en pacientes con tuberculosis resistentes a antibióticos. Estos fármacos suelen tener efectos más tóxicos, su uso es prolongado para alcanzar la curación.

²³ Ministerio de salud; "Norma técnica de salud para la prevención y control de la coinfección tuberculosis y virus de la inmunodeficiencia humana en el Perú" RM. 752/2018; [citado 29 feb 2021]. Disponible en <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe>. PDF.

CICLOSERINA (Cs): Es bacteriostático. Absorción es buena y rápida por vía oral. Su metabolismo muy buena penetración en el sistema nervioso central. Excreción renal.

ETIONAMIDA (ET): Es bactericida en cuanto a su acción, según la concentración alcanzada en el sitio de infección y la susceptibilidad del organismo infeccioso.

AMINOGLUCÓSIDOS: AMIKACINA (AM), KANAMICINA (KM), CAPREOMICINA (CM): Son bactericidas de uso parenteral. Absorción parenteral. Su metabolismo se distribuye ampliamente en tejidos y líquidos corporales. Su excreción es por vía renal.

ACIDO AMINO SALICILICO (PAS): Es bacteriostático. Absorción rápida por vía oral al 60-65%. Su metabolismo es por vía hepática. Excreción renal al 85%

FLUOROQUINOLONAS: Son antimicrobianos con efecto bactericida administrables por vía oral e intravenosa, altamente eficaz y en general bien tolerada.²⁴

CONDICIÓN DE INGRESO

CASO NUEVO.- paciente con diagnóstico de tuberculosis que nunca ha recibido tratamiento anti-tuberculosis o que lo ha recibido por menos de 30 días consecutivos o 25 dosis continuas.

CASO RECAÍDA.- paciente que presenta otro episodio de tuberculosis diagnosticado después de haber sido dado de alta como curado o como tratamiento terminado

ABANDONO RECUPERADO.- paciente que no concurrió a recibir tratamiento por más de 30 días consecutivos, es dado de alta como abandono y es captado nuevamente por el establecimiento de salud para reiniciar tratamiento desde la primera dosis.

CONDICIÓN DE EGRESO

²⁴ Garay V. vademécum Médico del Perú de la Revista Médica, vol. primera edición Lima – Perú 1998: 109-117

TRATAMIENTO COMPLETO.- paciente con confirmación bacteriológica al inicio, que concluye el esquema de tratamiento y cuenta con baciloscopía de esputo negativa en el último mes de tratamiento.

FRACASO.- paciente con baciloscopía o cultivo de esputo positivo a partir del cuarto mes de tratamiento

FALLECIDO.- paciente que fallece por cualquier razón durante el tratamiento de la tuberculosis.

ABANDONO.- paciente que inicia tratamiento y lo discontinúa por 30 días consecutivos o más. Incluye al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa

CURADO.- paciente con confirmación bacteriológica al inicio, que concluye el esquema de tratamiento y cuenta con baciloscopía de esputo negativa en el último mes de tratamiento.

NO EVALUADO.- paciente al que no se le ha asignado la condición de egreso, incluye los casos transferidos a otro EESS en los que se desconoce su condición de egreso.

COMORBILIDAD DE LA TUBERCULOSIS

Todo caso con comorbilidad que recibe isoniacida debe recibir suplemento de piridoxina (vitamina B6) a dosis de 50 mg/d para prevenir el desarrollo de neuropatías.

TUBERCULOSIS Y DIABETES MELLITUS (DM).- en toda persona afectada de Tuberculosis debe realizarse el tamizaje de Diabetes Mellitus con glicemia en ayunas.

Los pacientes con comorbilidad Tuberculosis-Diabetes Mellitus deben ser evaluados mensualmente por un endocrinólogo o médico consultor. Debe recibir los esquemas de tratamiento de acuerdo a lo dispuesto presente Norma Técnica de Salud.

VIH/SIDA.- toda persona afectada por tuberculosis se debe descartar la infección por VIH a través de una prueba de tamizaje (ELISA o prueba rápida) previa consejería.

TUBERCULOSIS Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC).- en toda persona afectada de TB debe realizarse un examen basal de creatinina, si este es mayor a 1,3mg/dl debe completarse los estudios para descartar Enfermedad Renal Crónica.

Todo paciente con comorbilidad Tuberculosis. Enfermedad Renal Crónica debe ser referida al nefrólogo o médico consultor. Debe recibir los esquemas de tratamiento de acuerdo a lo dispuesto en la Norma Técnica de Salud, considerando el ajuste de dosis de acuerdo al estado de función renal.

TUBERCULOSIS Y ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA (EHC).- en toda persona afectada de Tuberculosis debe realizarse un examen basal de perfil hepático, si detecta alteración en los resultados debe completarse los estudios para Enfermedad Hepática Crónica.

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.- existe dificultad en diferenciar el daño pulmonar causado por el tabaquismo del daño secundario de la tuberculosis generalmente los pacientes con tuberculosis pueden desarrollar una obstrucción al flujo aéreo ya sea durante la fase activa de la enfermedad o posterior al tratamiento

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

La demografía estudia aquellos procesos que determinan la formación, la conservación y la desaparición de las poblaciones. Tales procesos, en su forma más agregada, son los de fecundidad, mortalidad y movilidad. La variedad de combinaciones de estos fenómenos, interdependientes entre sí. Determina la velocidad de las modificaciones de la población, tanto en sus dimensiones numéricas como en su estructura.

Es la descripción de las principales características poblacionales es de suma importancia tanto para la definición de necesidades como para las estrategias de intervención. Se requiere de esa información a fin de poder describir enfermedades y problemas de salud e identificar sus determinantes (objeto de la epidemiología), así como identificar los grupos poblacionales sobre los que se actuará.

Por lo tanto, viene a constituir el conjunto de características biológicas, socioculturales que están presentes en la población sujeto a estudio tomando

aquellos que puedan ser medidos. Son consideradas como las principales variables clasificatorias para el estudio de comportamientos diferenciales en diversos temas de investigación social.

También se le llama la ciencia que tiene por objeto el estudio de las poblaciones humanas, tratando, desde un punto de vista principalmente cuantitativo, su dimensión, su estructura, su evolución y sus características generales de las poblaciones de un país.²⁵

HISTORIA CLÍNICA

Es un documento imprescindible para guardar toda la información relativa a la salud de un paciente y los servicios y atención prestados al mismo.

Se puede definir como un documento legal de la rama médica que surge del contacto entre un paciente y un profesional de la salud, donde se recoge toda la información relevante acerca de la salud del paciente, de modo que se le pueda ofrecer una atención correcta y personalizada.

En el grupo de los profesionales de la salud que tienen acceso a este documento de un paciente se encuentran: médicos, enfermeros, fisioterapeutas, odontólogos, psicólogos, podólogos, cirujanos, oftalmólogos, y profesionales de cualquier otra especialidad médica.²⁶

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA HACIA EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS

La tuberculosis requiere de una atención no solo clínica y farmacológica, sino más bien un enfoque integral, social y cultural y el análisis de las inequidades sociales es un punto importante en esta compleja situación. Queda demostrado, que si bien es cierto el escenario que rodea a los pacientes con tuberculosis es de pobreza y desventaja social donde es importante conocer las características de esta situación para que las intervenciones sean acertadas y pertinentes. La presencia en el cuidado de enfermería es dinámica y fluye con énfasis en el acompañamiento de la experiencia de la persona, La relación enfermera

²⁵ Livi M. introducción a la demografía. [libro electrónico]. Ariel Barcelona; 1993. [citado 14 feb 2019]; Disponible en: <http://estvitalesydemografía.files.wordpress.com/2013/04/intropduccic3b3n-a-la-demografc3ada-livi-bacci-massimo.pdf>

²⁶ Ministerio de Salud; Norma Técnica de Salud para el control de Tuberculosis; [citado 10 mar 2019]. Ecuador. Disponible e.: [http:// norma_técnica.gob.pe](http://norma_técnica.gob.pe).

paciente tiene un gran componente subjetivo, fundamentando en la ínter subjetividad y la empatía, con la finalidad de construir con las personas a quienes cuidamos un campo conceptual de entendimiento, con una presencia auténtica y consciente de apoyo, reconociendo los sentimientos, creencias y temores sobre la vivencia de las personas enfermeras de tuberculosis.²⁷.

EDAD.

“Es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo. No existe unificación a la edad de mayor riesgo de abandono. Un estudio mostró que la incidencia de abandono de tratamiento era quienes tenían edad entre 21-30 años. Muestra que el promedio de edad de las personas que abandonan el tratamiento oscila entre 28 y 45 años”²⁸

La edad, es una variable clave en el estudio de la población, hace alusión, a la edad de las personas en años cumplidos. Por lo tanto, la edad de los pacientes más afectados fluctuaba entre 20 y 40 años, se observa que afectó a toda una población económicamente activa.

Edad es una de las características básicas de una población. La composición de la misma, según éste atributo, tiene importantes repercusiones sobre los fenómenos demográficos y socioeconómicos. El interés se centra en las modificaciones que experimenta la población con el paso del tiempo, ya que puede mostrar cambios en su tamaño, en su composición por edad y en las necesidades ya que son diferentes, según los años que tengan las personas.

Finalmente, las diferencias entre las poblaciones en cuanto a su estructura están son, actualmente, importantes. Poblaciones con alto crecimiento poblacional tienen estructuras con predominio de las edades más jóvenes. Por extensión, se las llama a éstas poblaciones jóvenes.

SEXO.

²⁷ Huansi K, cuidados de enfermería en pacientes con tuberculosis pulmonar [libro electrónico]. Lima-Perú;2017[citado-06-may-]. Disponible en http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2514/SEG.ESPEC._LELY%20KARI%20HUANSI%20PANDURO.pdf

²⁸ Estebanez P. Medicina Humanitaria. [libro electrónico]. Díaz de Santos; 2005. [citado 14 feb 2019]. Disponible en: <http://www.editdiazdesantos.com/libros/estebanez-pilar-medicina-humanitaria-C03006710101.html#contenido>.

“Es el conjunto de características biológicas (anatómicas y fisiológicas) que distinguen a los seres humanos en dos grupos: femenino y masculino. Además del aspecto biológico del sexo, desde lo social, se puede definir como un conjunto de comportamientos y valores asociados de manera arbitraria, en función del sexo, denominado género”²⁹

Por lo tanto, remite a modos de ser y de relacionarse de varones y mujeres. Es una construcción social, cultural e histórica que determina normativamente lo masculino y lo femenino en la sociedad, penetrando en nuestra subjetividad y moldeando nuestro modo de sentir y de pensar, además llegamos a hacerlo de acuerdo a estos modelos. Se naturaliza y se vive configurando identidades y estereotipos sexuales, los cuales son aprehendidos y reforzados en los distintos espacios por donde transcurre la vida de las personas.

También es la clasificación del sexo de una persona en función de ser mujer o varón. Aunque existen propuestas de hacer explícito la intersexualidad. La literatura apoya a la premisa que los hombres tienden a abandonar el tratamiento más que las mujeres. Mostraron que los pacientes que abandonaron el tratamiento fueron del sexo masculino.

GRADO DE INSTRUCCIÓN.

Es el grado de aprendizaje que adquiere una persona a lo largo de su formación en una institución educativa formalizada. Por otro lado, nos cuestionamos que si ahora que se da el aprendizaje permanente, a este concepto se le pueden añadir otros matices para que encierre en sí algo más externo a una institución formal sino que por otras vías y a lo largo de la vida se vaya adquiriendo”³⁰

Por lo tanto, los contenidos apuntan a la formación general, permitiendo la especialización a medida que el alumno avanza por los niveles educativos. El nivel de educación, es cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal. Se corresponde con las necesidades individuales de las etapas del proceso psico-físico evolutivo articulado con el desarrollo social y cultural.

²⁹ Guerrero J. Tratamiento directamente observado de la tuberculosis en área programáticas sur de la provincia de Tucumán. SCIELO. [vol.12, No.22]. 2003 jul. [citado 14 feb 2019]; Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292003000200008

³⁰ Live, H. Nunca es tarde para aprender. [libro electrónico]. Sevilla: 2017. [citado 08 may 2019]. Disponible en: <http://www.live2helpyou.blospot.com>

Por otra parte, hay personas que no asistieron a la escuela o no completaron algunos de los niveles educativos por lo que su instrucción es nula o deficiente, denominados analfabetos, los cuales pueden ser. Las personas dan cuenta de que la cantidad y calidad de formación, vía la acumulación del capital humano, se convierte en el principal determinante del nivel de ingresos de las personas. Una persona tendrá mayor ingreso en la medida en que sea mayor el nivel de educación recibido.

PROCEDENCIA

Origen de algo o el principio de donde nace o deriva, generalmente esta definición se utiliza para nombrar la nacionalidad de una persona o como también como punto de partida de una persona o de un medio de transporte³¹

NIVEL ECONÓMICO

“clase social, a la que definen en virtud de la posición que ocupan los individuos en la sociedad desde el punto de vista de su prestigio, recursos económicos que poseen y poder político y cuya valoración viene dada por deferentes dimensiones socioeconómicas”³²

OCUPACIÓN

“Se refiere a toda actividad de trabajo que ejerce la persona (asalariada o no) dentro y/o fuera de la vivienda, para el desarrollo de la producción y reproducción del grupo doméstico. A cambio de la actividad laboral que desempeña el trabajador, puede percibir un monto determinado de dinero y/o en especie o no recibir retribución económica por el trabajo realizado, como es el caso de las actividades domésticas dentro del ámbito del hogar o el trabajo efectuado en un establecimiento familiar”.

Por lo tanto, el trabajo es toda actividad realizada por una o varias personas, orientada hacia una finalidad, la prestación de un servicio o la producción de un bien; con una utilidad social, la satisfacción de las necesidades personales o de otras personas. El trabajo puede dar lugar a la obtención de bienes y servicios destinados al uso doméstico, en la esfera no mercantil, sin contrapartida salarial

³¹ Definiciones . definición de procedencia – qué es significado y conceptos. [Citado 25 nov 2019]. Disponible en: <http://definición> de >procedencia.

³² OEV Romero. 2013 Evaluación del nivel socioeconómico. [citado 25 nov 2019]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es>>art. pdf

u obtener a cambio un ingreso, en calidad de asalariado, de empleador o por cuenta propia.

La ocupación se define como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo y las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la posición en el trabajo.

Finalmente se entiende por laboral a todas aquellas situaciones o elementos vinculados de una u otra forma con el trabajo, entendido este último como cualquier actividad física o intelectual que recibe algún tipo de respaldo o remuneración en el marco de una actividad o institución de índole social.³³

NIVEL DE INGRESOS

“Por ingreso se entiende a aquel que se obtiene por participar en el proceso productivo. Es la remuneración total, en dinero o en especie, a pagar a un asalariado en contraprestación del trabajo realizado por éste. El cual es los sueldos y salarios, beneficios en especie y contribuciones sociales de los empleadores en beneficio de sus empleados”³⁴

CONDICIÓN DE VIVIENDA

Espacio en donde la persona habita con una infraestructura de diferentes tipos y materiales de construcción, el término se puede usarse como sinónimo de casa, hogar, residencia o domicilio. Digno, por su parte, es algo que dispone de dignidad y que por lo tanto se puede tolerar o utilizar sin deshonra³⁵

SERVICIOS BÁSICOS

El acceso a los servicios básicos son los que hacen posible tener una vivienda para la población es un indicador de las condiciones favorables en el bienestar

³³ Ministerio de Trabajo. Trabajo, ocupación y empleo. Relaciones laborales, territorios y grupos particulares de actividad. [libro electrónico]. Argentina 2007 [citado 15 feb 2019]. Disponible en: http://www.trabajo.gob.ar/downloads/estadisticas/toe_03_completo.pdf

³⁴ Arguedas R, Redondo R. fundamento de inversión y financiación. 1ra. Ed. España: UNED; 2008. P.I.34–P.F. 36 [citado 14 feb 2019]

³⁵ Características de la vivienda – INEI. [citado 25 nov 2019]. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe>>Est. Pdf.

social y por lo tanto en el nivel relativo de desarrollo ya que es necesario contar con agua, luz y desagüe.³⁶

LUGAR DE NACIMIENTO

“Es la ubicación geográfica respecto al lugar donde reside la persona. Ésta cobra importancia en cuanto a la accesibilidad geográfica, es decir, a la posibilidad con la que cuentan las personas para acceder a los recursos de salud en su lugar de residencia, la distancia a la que se encuentran, el tiempo que les insume llegar, los recursos con los que cuentan para concurrir a los mismos y las dificultades para llegar a ellos”³⁷

COMORBILIDAD

Trastorno que acompaña a una enfermedad primaria. Implica la coexistencia de dos o más patologías médicas no relacionadas³⁸

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

PERFIL CLÍNICO: exposición detallada de los síntomas, signos médicos, diagnóstico, tratamiento y el seguimiento de un paciente. El informe de un caso clínico contiene las manifestaciones de la persona o la paciente.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO: estudio estadístico de las características sociales de una población.

TUBERCULOSIS: Enfermedad de localización preferentemente pulmonar, pero puede afectar cualquier órgano del cuerpo y producir síntomas relacionados al órgano afectado. Además produce síntomas de afección sistémica por lo cual puede, en determinadas circunstancias, ser de difícil diagnóstico.

³⁶ Estructuras regionales emergentes y desarrollo. Servicios básicos. [citado 25 Nov 2019]. Disponible en: www.eumed.net>Servicios Básicos.

³⁷ Quintanilla, P. introducción a I. 1ra. Ed. Chile, Santiago: UC; 2008. P.I.67-P.F.75 ;[citado el 15 de Feb 2019]

³⁸ Medypsi, C. Enciclopediasalud, definición de comorbilidad, [citado 08 May 2019]; actualizado [18 jul 2016]. Disponible en <http://www.enciclopediasalud.com>

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo fue de tipo Descriptivo, Transversal y Retrospectivo.

3.1.1. DESCRIPTIVO

Porque permitió describir las variables de estudio, el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes que recibieron tratamiento contra la tuberculosis en el Hospital Regional del Cusco.

3.1.2. TRANSVERSAL

Porque el recojo de la información de las historias clínicas se realizó en una sola ocasión

3.1.3. RETROSPECTIVO

Puesto a que el vaciado de la información se realizó a partir de las historias clínicas del año 2018.

3.2. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio pertenece a la línea de investigación de Enfermería en Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

La población y muestra para el estudio estuvo conformada por un total de 54 casos de pacientes con diagnóstico de tuberculosis en el año 2018 según reportes de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis

3.3.2. POBLACIÓN MUESTRAL

La muestra fue obtenida a partir de un muestreo no probabilístico, que consistió en determinar un número de población, siendo un total de 50 historias clínicas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

3.3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Historias Clínicas de pacientes registrados en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis en el Hospital Regional del Cusco, durante el año 2018.
- Historias Clínicas con datos completos.
- Historias Clínicas de pacientes referidos de diferentes centros de salud que recibieron tratamiento contra la tuberculosis.

3.3.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historias clínicas con datos incompletos
- Historias clínicas con letra ilegible

3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO

3.4.1. TÉCNICA

La técnica que se utilizó fue la observación.

3.4.2. INSTRUMENTO

Se empleó la ficha de observación documental aplicado a las historias clínicas de los pacientes que recibieron tratamiento contra la tuberculosis la cual consiste en un listado de aspectos a evaluar en base a las variables que se pretende medir. El cual estuvo compuesto por 20 ítems dentro de los cuales 9 ítems pertenece al perfil sociodemográfico y 11 ítems al perfil clínico

3.4.3. VALIDACIÓN CONFIBIALIDAD DEL INSTRUMENTO

La validación se realizó mediante juicio de expertos de manera que personas entendidas en la materia de estudio opinaron sobre la pertinencia del mismo. Se incorporaron modificaciones en base a los aportes de los expertos y la confiabilidad se realizó a través de la prueba estadística de (D.P.P) distancia del punto promedio

3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La recolección de la información se efectuó con los siguientes pasos.

- Se realizó un trámite administrativo dirigido al Director Ejecutivo del Hospital Regional del Cusco para la autorización de aplicación del trabajo de investigación.

- Se realizó la coordinación con jefatura del departamento de Estrategia de Prevención y Control de Tuberculosis del Hospital Regional del Cusco.
- Se aplicó el instrumento (lista de cotejo) a la muestra conformada por 50 Historias Clínicas

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Luego de haber levantado la información se procedió a vaciarla en una sábana de datos y se trabajó con el programa SPSS - 23, donde se realizó la tabulación respectiva de las fichas documentarias para la posterior elaboración de los gráficos respectivos para cada ítem.

Se construyó una tabla donde colocamos los puntajes por ítems y sus respectivos promedios, brindados por cinco especialistas en los ítems.

N° ITEMS	EXPERTOS					PROMEDIO
	A	B	C	D	E	
1	4	4	4	4	3	3.8
2	4	5	4	2	3	4.2
3	5	5	5	4	3	4.4
4	5	4	4	4	3	4
5	4	5	5	4	2	4
6	4	4	5	4	4	4.4
7	4	5	5	4	4	4.4
8	5	5	4	4	4	4.4
9	4	5	4	4	4	4.2

Con los promedios hallados se determinó la distancia del punto múltiple (DPP) mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x-y_1)^2 + (x-y_2)^2 + \dots + (x-y_9)^2}$$

Donde

X= valor máximo en la escala concedidos para cada ítem

Y= promedio de cada ítem

$$DPP= \sqrt{(5-3.8)^2+(5-4.2)^2+(5-4.4)^2+(5-4)^2+(5-4)^2+(5-4.4)^2+(5-4.4)^2+(5-4.4)^2+(5-4.2)^2}$$

$$DPP= \sqrt{1.44+0.64+0.36+1+1+0.36+0.36+0.36+0.64}$$

$$DPP= \sqrt{6.16}$$

Si DPP es igual a cero, significa que el instrumento posee una adecuación total con lo que pretende medir, por consiguiente puede ser aplicado para obtener información.

Resultado: DPP= 2.48

Determinando la distancia máxima (D max.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$D(\max) = \sqrt{(x_1-1)^2+(x_2+1)^2+\dots+(x_n-1)^2}$$

Donde:

X= valor máximo en la escala concedido para cada ítem.

$$Y= 1$$

$$D(\max) = \sqrt{(5-1)^2+(5-1)^2+(5-1)^2+(5-1)^2+(5-1)^2+(5-1)^2+(5-1)^2+(5-1)^2+(5-1)^2}$$

$$D(\max) = 12$$

D(max.) se dividió entre el valor máximo de la escala:

$$\text{Resultado: } 12/5 = 2.4$$

Con este último valor hallado se construyó una escala valorativa a partir de cero, hasta llegar al valor D max; dividiéndose en intervalos iguales entre sí denominados de la siguiente manera:

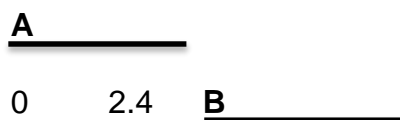
A= adecuación total

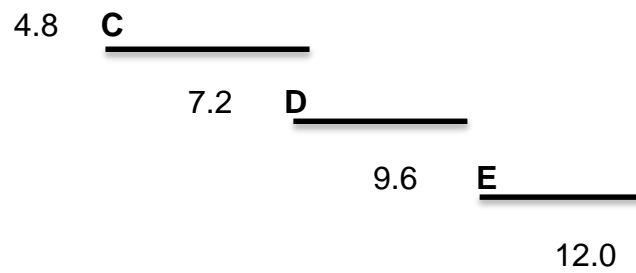
B= adecuación en gran medida

C= adecuación promedio

D= escasa adecuación

E= inadecuación





El punto DPP se localizó en las zonas A o B, en caso contrario la encuesta requeriría reestructuración y/o modificación; luego de las cuales se sometería nuevamente a juicio de expertos.

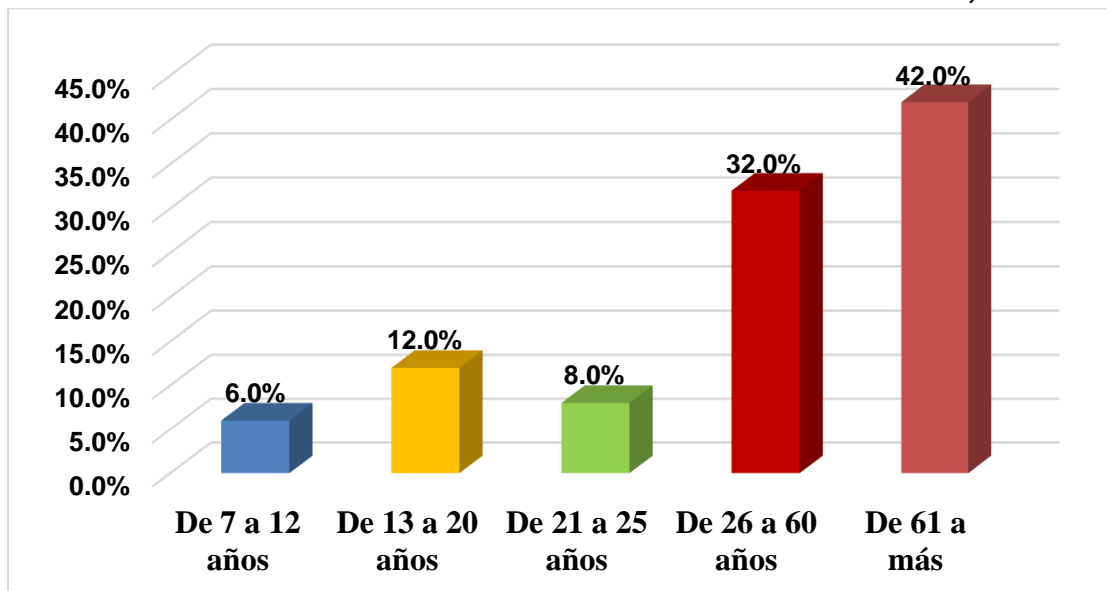
CONCLUSIÓN.-

El valor hallado del DPP en nuestro estudio fue de encontrándose en la zona A. lo cual significa adecuación total, lo que permite su aplicación.

CAPÍTULO IV GRÁFICO N° 1

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.

EDAD DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.



Fuente: Elaborado por la investigadora.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

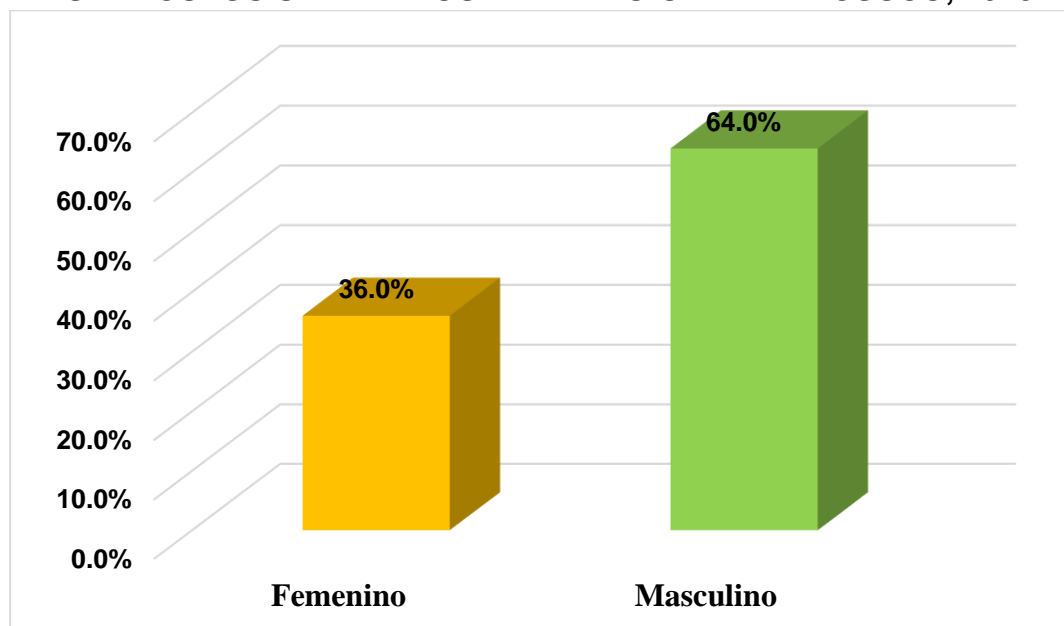
En el gráfico se observa que 42.0% de los pacientes tuvieron edades de 61 años a más, mientras que un 6.0% tienen entre 7 a 12 años de edad.

Los resultados del estudio son diferentes con los hallados por **MALAYER, J.** En su estudio "**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS EXTREMADAMENTE RESISTENTE DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNÁNUE LIMA, 2013-2017**", donde halló que los afectados por tuberculosis fue la etapa adulta madura (30-59 años), mientras que los resultados encontrados muestran que el mayor porcentaje se da en los mayores a 60 años con el 42%.

Los resultados evidencian que la tuberculosis es una enfermedad que ha afectado a la etapa adulto mayor, la edad es un factor importante en las personas, siendo que a mayor edad más probabilidad de enfermar.

GRÁFICO N° 2

SEXO DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.



FUENTE: elaborado por la investigadora

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

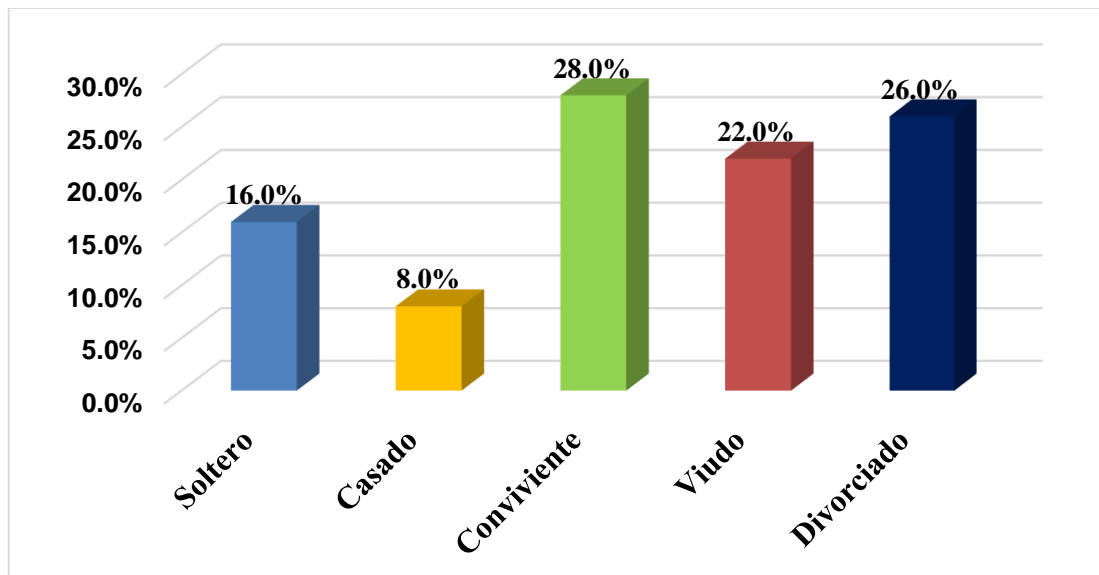
En el gráfico se observa que el 64% de los pacientes que recibieron tratamiento contra la tuberculosis son de sexo masculino, mientras que el 36% son de sexo femenino.

Los resultados del estudio hallados son similares con los encontrados por **MENDOZA, A.** En su estudio "**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS USUARIOS CON TUBERCULOSIS QUE ACUDEN A UN CENTRO DE SALUD DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL**" (ECUADOR – 2017), donde halló que el 68% correspondió al sexo masculino y las mujeres con 32%.

Los resultados evidencian que el sexo masculino fue afectado por la tuberculosis, ya que en su mayoría están expuestos a la vida social comunitaria, mientras que las mujeres se dedican al hogar y a la familia, según el estudio. Por lo tanto se podría decir que el sexo masculino es más propenso a adquirir la enfermedad.

GRÁFICO N° 3

ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOPSITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018



FUENTE: cuestionario elaborado por la investigadora

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

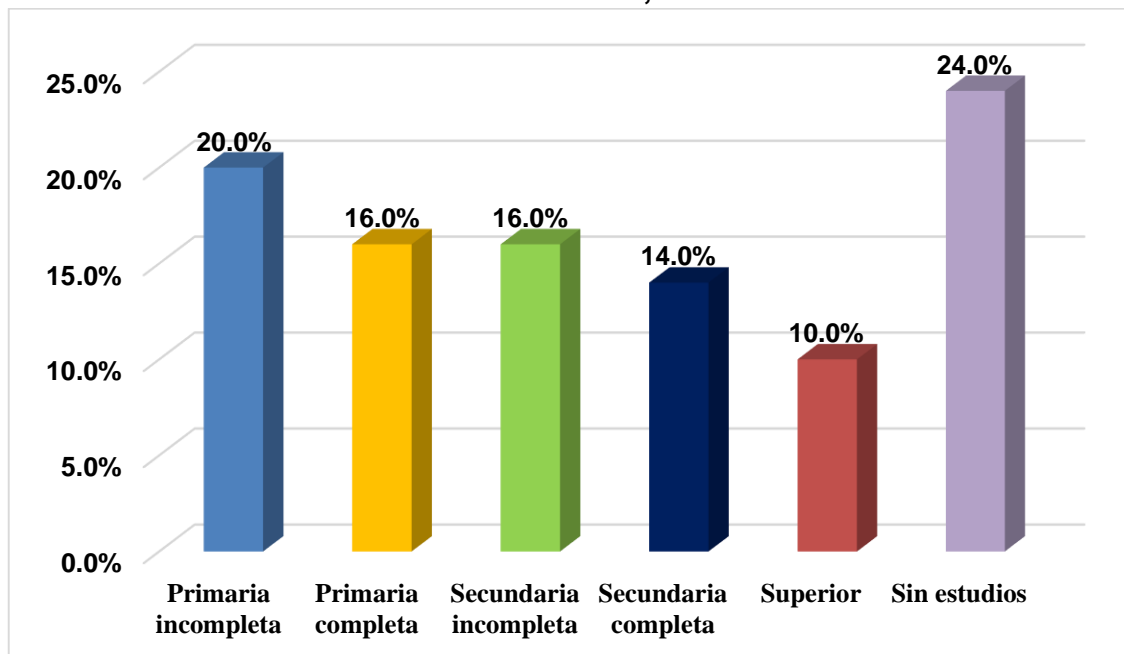
En el gráfico se observa que el 28% de los pacientes que recibieron tratamiento contra la tuberculosis fueron convivientes, mientras que un 8% fueron casados.

Los resultados del estudio no son similares con los encontrados por **MENDOZA, A.** En su estudio “**CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DE LOS USUSARIOS CON TUBERCULOSIS QUE ACUDEN A UN CENTRO DE SALUD DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL**” (ECUADOR 2017), encontró que la mayor parte son convivientes con 42%, y con menor porcentaje un 8% son viudos.

El estudio deja entrever que la convivencia resultó ser un factor de riesgo para contraer la tuberculosis, lo cual indicaría que muchos de estos pacientes se encuentran llevando una vida libre de compromisos, ya que es una etapa inestable por la que pasa la persona.

GRÁFICO N° 4

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.



FUENTE: elaborado por la investigadora

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

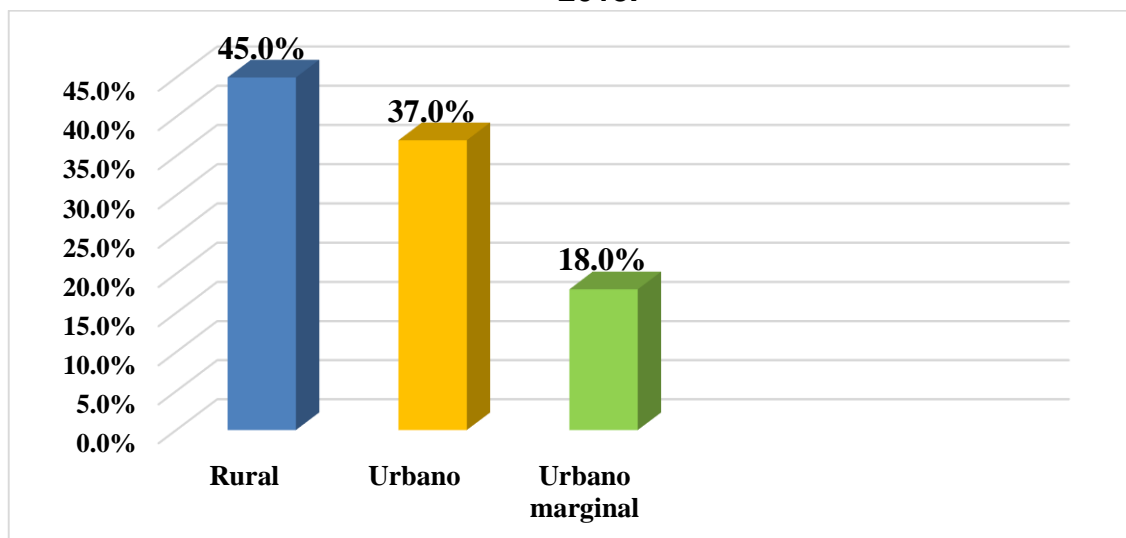
En el gráfico se observa que 24% de los pacientes que recibieron tratamiento contra la tuberculosis no llegaron a tener estudios escolares, mientras que un 10% obtuvieron estudios superiores.

Los resultados del estudio no son similares con los hallados por **TORRES & HERRERA T.** En su estudio “**PERFIL DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS QUE ABANDONA EL TRATAMIENTO EN CHILE, 2015**” (SANTIAGO-2016), encontró que un 47,7% tuvieron primaria incompleta, un 40.9% tuvieron secundaria incompleta y un 8% tuvieron educación superior.

De acuerdo al estudio se puede deducir que la mayor parte de la población no llegó a tener estudios, el nivel intelectual influye en el conocimiento de la enfermedad, tratamiento y recuperación de la persona.

GRÁFICO N° 5

PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.



FUENTE: elaborado por la investigadora

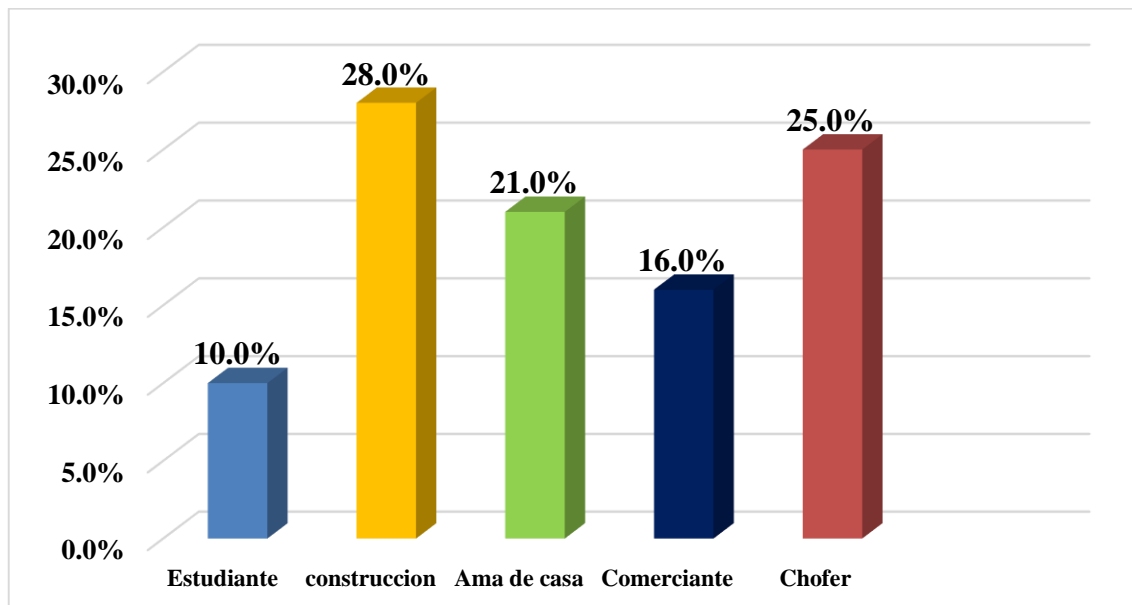
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En el gráfico se observa que el 45% de los pacientes provinieron de zona rural, seguido de un 37% zona urbano, y un 18% zona urbano marginal.

El lugar de procedencia de los pacientes ingresados a la estrategia de tuberculosis se debe a que el Hospital Regional del Cusco, es un hospital de alta complejidad a nivel regional siendo responsable de prevenir riesgos, proteger del daño, recuperar la salud y rehabilitación.

GRÁFICO N° 6

OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.



FUENTE: elaborado por la investigadora

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

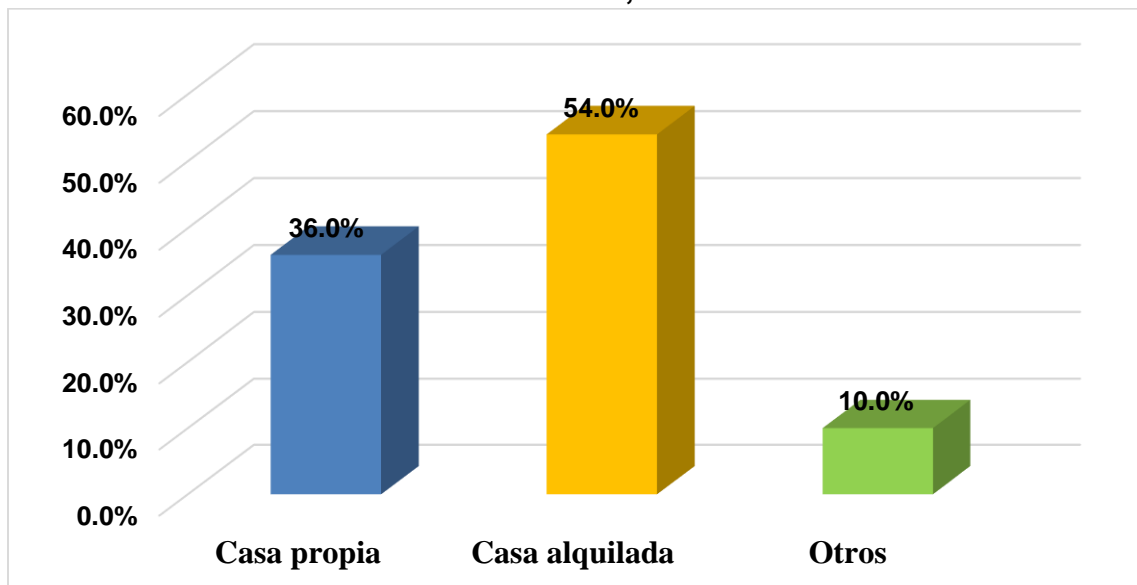
En el gráfico se observa que el 28% de los pacientes que recibieron tratamiento contra la tuberculosis se ocuparon en construcción, mientras que el 10% se ocuparon en estudiar

Los resultados del estudio no son similares con los hallados por **TORRES Z. & HERRERA T.** En su estudio “**PERFIL DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS QUE ABANDONA EL TRATAMIENTO EN CHILE, 2015**”. (CHILE 2016), encontraron que el 2,4% fueron estudiantes y el 7,1% fueron amas de casa.

Los resultados evidencian que los datos de los pacientes que recibieron tratamiento contra la tuberculosis tenían un trabajo con contacto con el polvo y tierra. La persona es responsable de su seguridad y cuidado de evitar enfermedades.

GRÁFICO N° 7

CONDICIÓN DE VIVIENDA FAMILIAR DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.



FUENTE: elaborado por la investigadora.

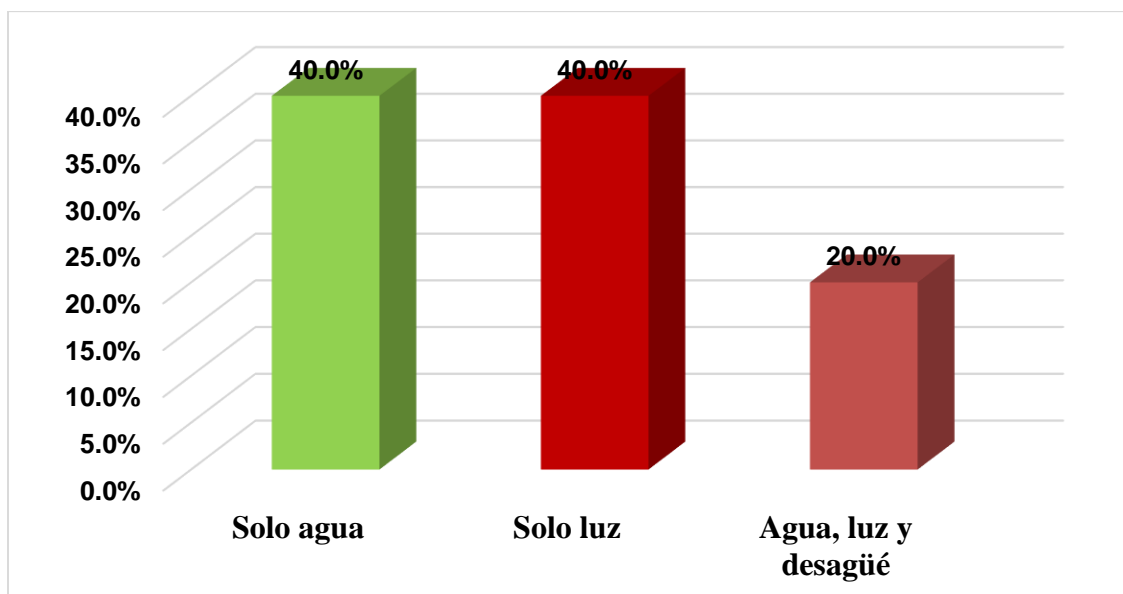
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En el gráfico se observa que 54% de los pacientes que recibieron tratamiento contra la tuberculosis contaron con casa alquilada, mientras que un 36% contaron con casa propia y un 10% contaron con otros tipos de vivienda ya sea prestada o simplemente son alojados por familiares cercanos.

La tuberculosis está relacionada con el nivel socioeconómico bajo, por lo tanto podría ser esto un factor de no contar con algún ingresos económico suficiente como para tener una vivienda propia. Produciéndose mayor hacinamiento, y siendo este uno de los factores para la reproducción y contagio de tuberculosis.

GRÁFICO N° 8

SANEAMIENTO BÁSICO EN VIVIENDA DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.



FUENTE: elaborado por la investigadora.

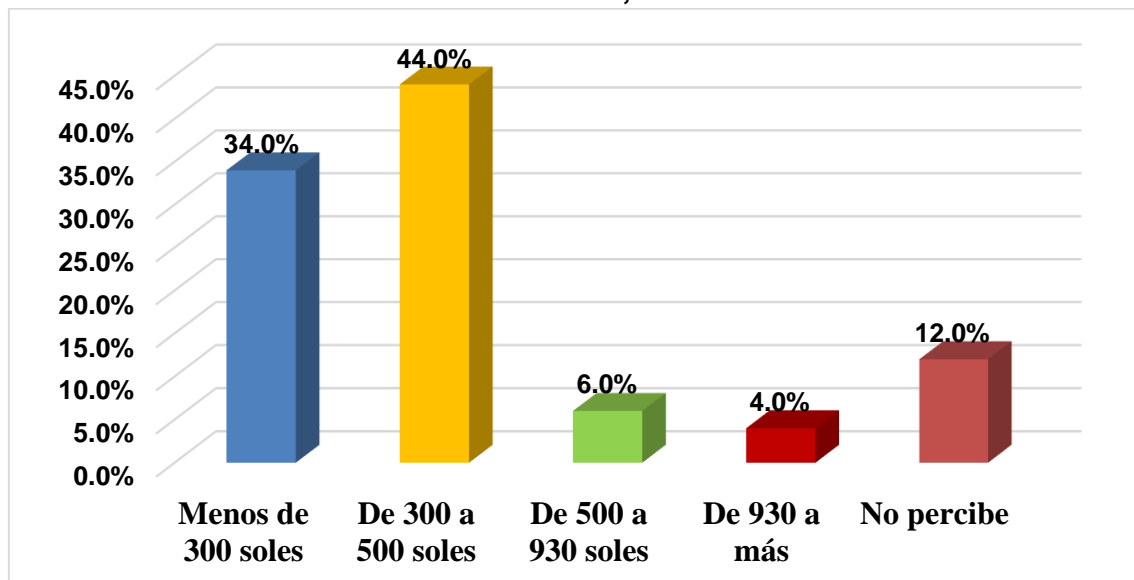
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En el gráfico se observa que 40% de los pacientes que recibieron tratamiento contra la tuberculosis contaron con solo agua al igual que el otro 40% solo contaron con luz y un 20% contaron con todos los servicios de saneamiento básico.

La tuberculosis está relacionada con malas condiciones de salubridad e ingresos económicos bajos, lo cual es corroborado en el presente estudio confirmando que solo un porcentaje pequeño cuenta con servicios de saneamiento básico, como agua y desagüe. Cabe resaltar que el saneamiento básico de los pacientes que reciben tratamiento contra la tuberculosis es muy importante ya que el agua es uno de los principales motores de la salud pública, así como también las instalaciones sanitarias como desagüe y luz.

GRÁFICO N° 9

INGRESO ECONÓMICO DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.



FUENTE: elaborado por la investigadora

INTERPRETACIÓN ANÁLISIS:

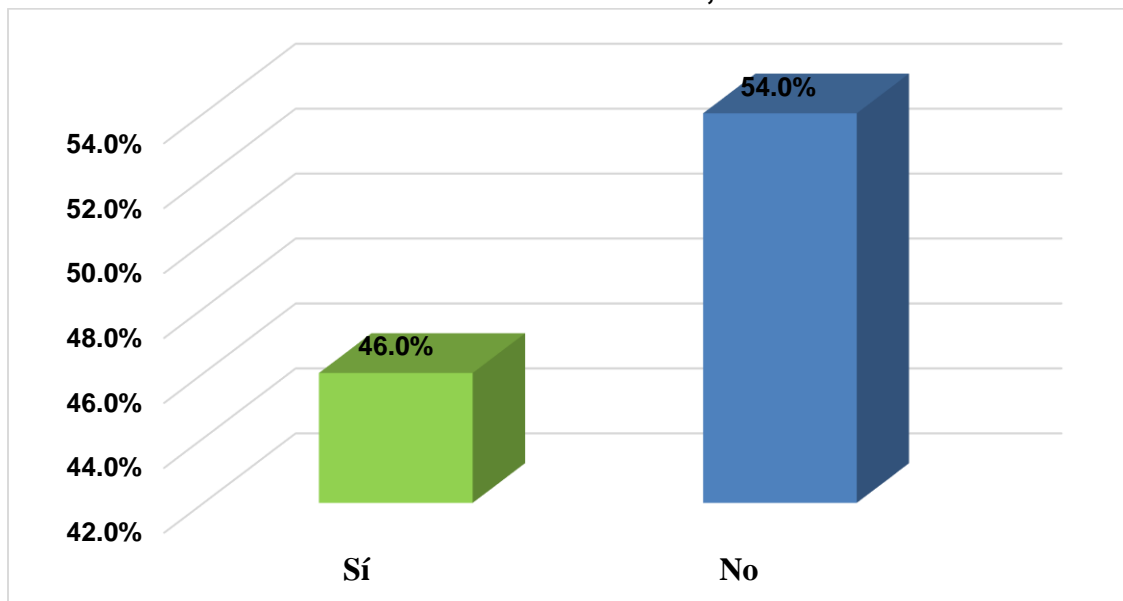
En el gráfico se observa que como mayor porcentaje un 44% tuvieron un ingreso de 300 a 500 soles, y como menor porcentaje un 4% tuvieron un ingreso de 930 soles a más.

Los determinantes económicos se ha considerado importantes dentro del entorno de la enfermedad de la persona, la existencia de un ingreso familiar mínimo muchas veces no llega a cubrir las necesidades básicas. En este estudio se evidencia que el ingreso económico es escasa y confirma que la pobreza es un factor para el desarrollo de la enfermedad.

GRÁFICO N° 10

PERFIL CLINICO

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.



FUENTE: elaborado por la investigadora.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

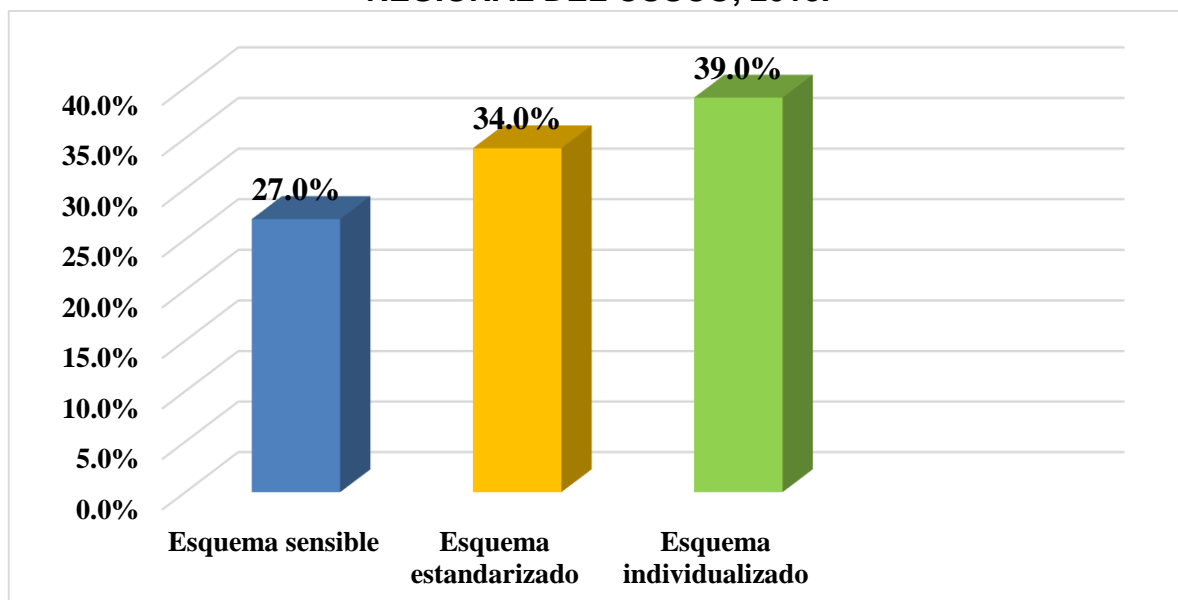
En el gráfico se observa que el 54% de pacientes que recibieron tratamiento contra la tuberculosis no tuvieron antecedentes de familia y el 46% si tuvieron antecedentes.

Los resultados del estudio no se asemejan con los encontrados por **CARRASCO, S.** En su estudio “**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LA TUBERCULOSIS EN LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD SANTA FE – CALLAO DURANTE ENERO 2011-DICIEMBRE 2015**” (LIMA-PERÚ 2016), encontró que con relación a los antecedentes epidemiológicos con el mayor porcentaje de pacientes de tuberculosis si tuvieron antecedentes epidemiológicos con un 58% y el 42% no tuvieron antecedentes epidemiológicos.

En la sociedad actual, muchas personas tienen vergüenza de exponer su situación de salud por miedo a marginación o rechazo, por lo cual no comunican su estado de salud.

GRAFICO N°11

ESQUEMA DE TUBERCULOSIS EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.



FUENTE: elaborado por la investigadora.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

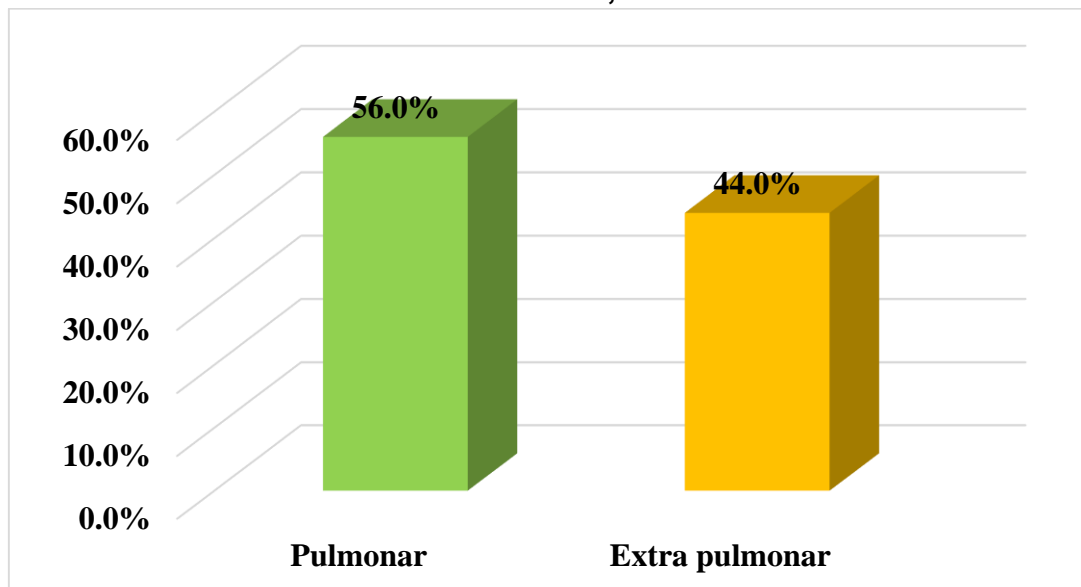
En el gráfico se observa que el 39% recibió el esquema individualizado, mientras que un 34% recibió el esquema estandarizado y un 27% recibió el esquema sensible.

Los resultados del estudio no son similares con los encontrados por **CARRASCO, S.** En su estudio “**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LA TUBERCULOSIS EN LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD SANTA FE – CALLAO DURANTE ENERO 2011 – DICIEMBRE 2015**” (LIMA, PERÚ 2016), con respecto al esquema de tratamiento donde predominó el tratamiento empírico con un 90%, seguido del esquema estandarizado con un 6%.

De acuerdo al estudio el esquema de tratamiento dependerá del cumplimiento o la adherencia con los medicamentos prescritos, definidos como el grado al cual el comportamiento y las actitudes de un individuo coinciden con los consejos, indicaciones y recomendaciones que el personal de salud le brinda al paciente

GRÁFICO N° 12

TIPO DE TUBERCULOSIS DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 218.



FUENTE: elaborado por la investigadora

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

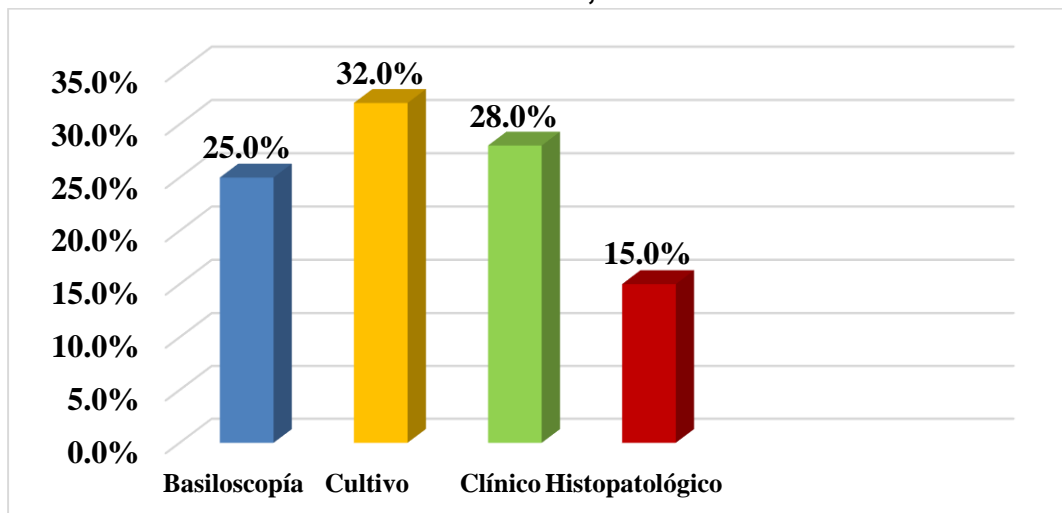
En el gráfico se observa que el 56% tuvieron tuberculosis pulmonar, mientras que el 44% tuvieron tuberculosis extra pulmonar.

Los resultados hallados no son similares con los encontrados por **CARRASCO, S.** En su estudio **“PERFIL EPIDEMIOLOGICO Y CLINICO DE LA TUBERCULOSIS EN LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD SANTA FE – CALLAO DURANTE ENERO 2011 – DICIEMBRE 2015. (LIMA, PERU 2016)**, encontró que en relación con el tipo de tuberculosis, el mayor porcentaje de pacientes tiene tuberculosis pulmonar con 76% y sólo un 24% de tipo extra pulmonar.

Se concluye que los pacientes que reciben tratamiento contra la tuberculosis presentan tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. La bacteria de la tuberculosis afecta principalmente a los pulmones, y si una persona tiene el sistema inmunitario bajo podría a empezar a proliferarse en el cuerpo, por lo tanto para no presentar algún daño pulmonar y extrapulmonar se debería realizar un seguimiento exhaustivo al paciente según norma técnica.

GRÁFICO N° 13

CRITERIO DE DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.



FUENTE: elaborado por la investigadora

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En el gráfico se observa que el 32% de los pacientes que recibieron tratamiento contra la tuberculosis el criterio de diagnóstico fue de cultivo, mientras que el 15% tuvo un criterio de diagnóstico histopatológico.

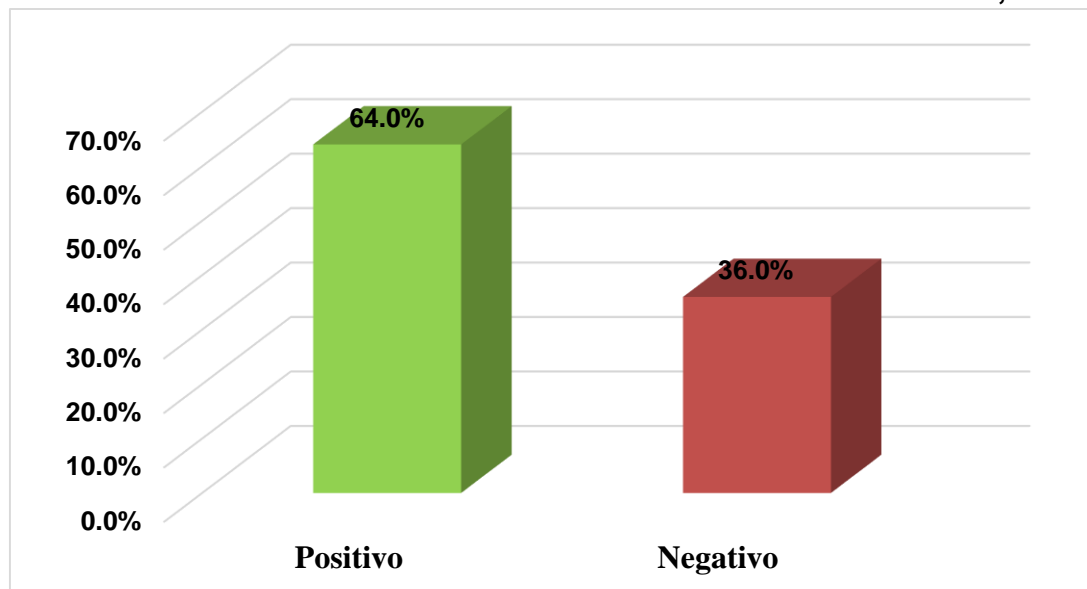
Los resultados del estudio no son similares con los encontrados por **MENDOZA, A.** En su estudio “**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS USUARIOS CON TUBERCULOSIS QUE ACUDEN A UN CENTRO DE SALUD DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL**” (ECUADOR 2017), encontró que en el criterio de diagnóstico 89% fue detectado a través de baciloscopia, un 4% fué detectado clínicamente a través de radiografía y un 1% fue detectado histopatológicamente.

Los resultados del estudio no son similares con los encontrados por **CARRASCO, S.** En su estudio “**PERFIL EPIDEMIOLOGICO Y CLÍNICO DE LA TUBERCULOSIS EN LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD SANTA FE - CALLAO DURANTE ENERO 2011 – DICIEMBRE 2015**” (LIMA, PERÚ 2016), encontró que en el criterio de diagnóstico predominó la baciloscopia con un 55%, seguido del examen clínico radiológico con un 18%.

Dentro de todas las formas de criterio de diagnóstico cada una de ellas permiten establecer un diagnóstico y reacción de la prueba tuberculina, por lo tanto partiendo de ahí se determinaría el tipo de tratamiento ya sea de primera línea o de segunda línea.

GRÁFICO N° 14

CULTIVO DE DIAGNÓSTICO SEGÚN RESULTADOS DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.



FUENTE: elaborado por la investigadora

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En el gráfico se observa que un 64% tuvieron un diagnóstico positivo y el 36% tuvieron un diagnóstico negativo.

Los resultados del estudio no son similares con los hallados por **TORRES Z. & HERRERA T.** En su estudio “**PERFIL DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS QUE ABANDONA EL TRATAMIENTO EN CHILE, 2015**” (SANTIAGO 2016), encontró que de acuerdo al cultivo de diagnóstico 21,3 % dieron con diagnóstico positivo, y 0,9% dieron con diagnóstico negativo.

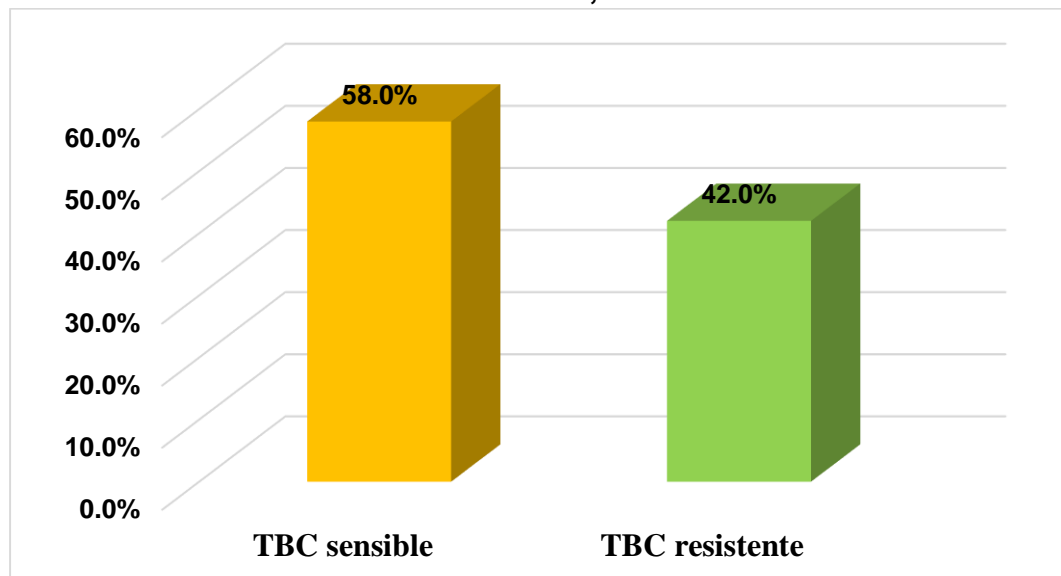
Los resultados del estudio se asemejan con los encontrados por **CARRASCO, S.** En su estudio “**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LA TUBERCULOSIS EN LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD SANTA FE – CALLAO DURANTE ENERO 2011-DICIEMBRE 2015**” (LIMA, PERÚ 2016), encontró que según el cultivo de diagnóstico predominó el resultado positivo con un 72% y el resultado negativo con un 28%,

Un resultado positivo en el cultivo de *Mycobacterium tuberculosis* confirmaría el diagnóstico de la enfermedad de la tuberculosis, los análisis de todos los cultivos de

las muestras se deben completar independientemente de los resultados de los frotis de BAAR, ante ello también será una evaluación completa, los síntomas dependerán del área afectada.

GRÁFICO N° 15

PERFIL DE SENSIBILIDAD DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.



FUENTE: elaborado por la investigadora

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En el gráfico se observa que el 58% de ellos fueron tuberculosis sensibles y el 42% de ellos fueron resistentes

Los resultados del estudio no coinciden con los hallados por **MALAYER, J.** En su estudio “**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS EXTREMADAMENTE RESISTENTE DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNÁNUE LIMA, 2013 – 2017**” (LIMA 2018). Encontró que en el perfil de sensibilidad fue en su mayoría tuberculosis resistente con 27%.

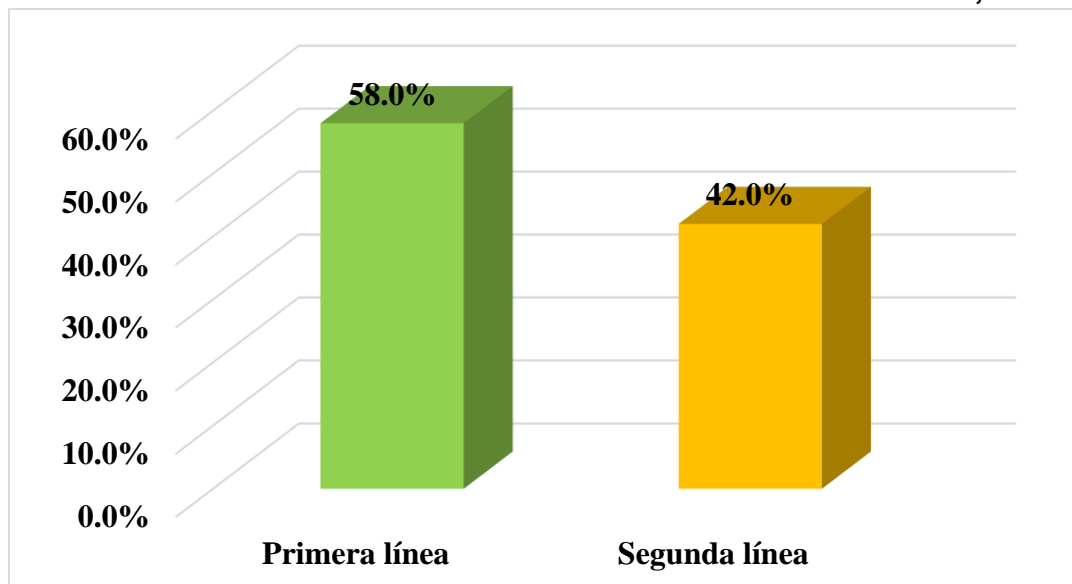
Los resultados del estudio no coinciden con los encontrados por **CARRASCO, S.** En su estudio “**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LA TUBERCULOSIS EN LOS PACIENTES DEL CENTRO DE ASLUD SANTA FE – CALLAO DURANTE ENERO 2011 – DICIEMBRE 2015**” (LIMA, PERÚ 2016), encontró con respecto al perfil de sensibilidad que un 10% fue de un perfil resistente.

El perfil de sensibilidad ayudará a encontrar el antibiótico apropiado conjuntamente con el esquema de tratamiento y los cuidados que llevará el paciente, ya que

muchos microorganismos son resistentes a ciertos antibióticos y los pacientes podrían tener alguna reacción adversa.

GRÁFICO N° 16

ESQUEMA DE TRATAMIENTO QUE RECIBIERON LOS PACIENTES CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.



FUENTE: elaborado por la investigadora

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En el gráfico se observa que el esquema de tratamiento que recibieron contra la tuberculosis con un 58% fue de primera línea, mientras que un 42% recibió segunda línea.

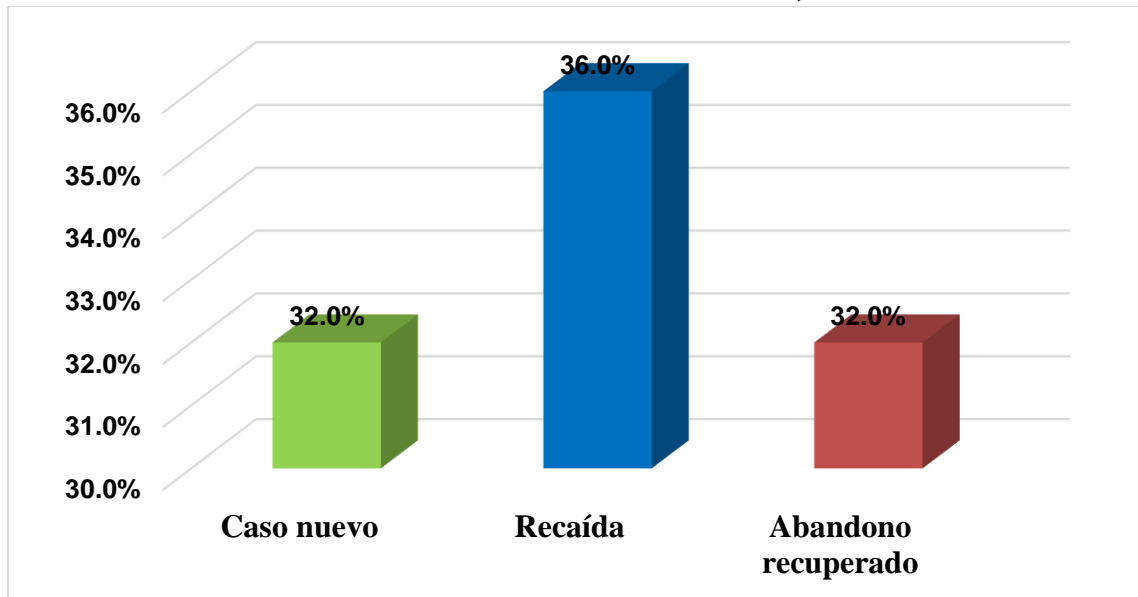
Los resultados hallados se asemejan con los encontrados por **MENDOZA, A.** En su estudio “**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS USUARIOS CON TUBERCULOSIS QUE ACUDEN A UN CENTRO DE SALUD DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL**” (ECUADOR 2017), encontró que un 47% son pacientes que recibieron primera línea del tipo de medicamento, y un 34% recibieron la segunda fase.

En el presente estudios se concluye que la mayoría de los pacientes afectado por tuberculosis responden bien a los medicamentos de primera línea ya que es un primer tratamiento que se administra para dicha enfermedad. Se tiene en cuenta que el tipo de medicamento determinará los fármacos que se le brindará al paciente. Por lo tanto si dejaran de tomar los medicamentos o no los tomaran correctamente

podrían volverse resistentes a los medicamentos y evaluar la terapia de segunda línea.

GRÁFICO N° 17

CONDICIÓN DE INGRESO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS AL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.



FUENTE: elaborado por la investigadora.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En el gráfico se observa que el 36% fueron de recaída y el 32% fueron de caso nuevo así como también fueron abandono recuperado.

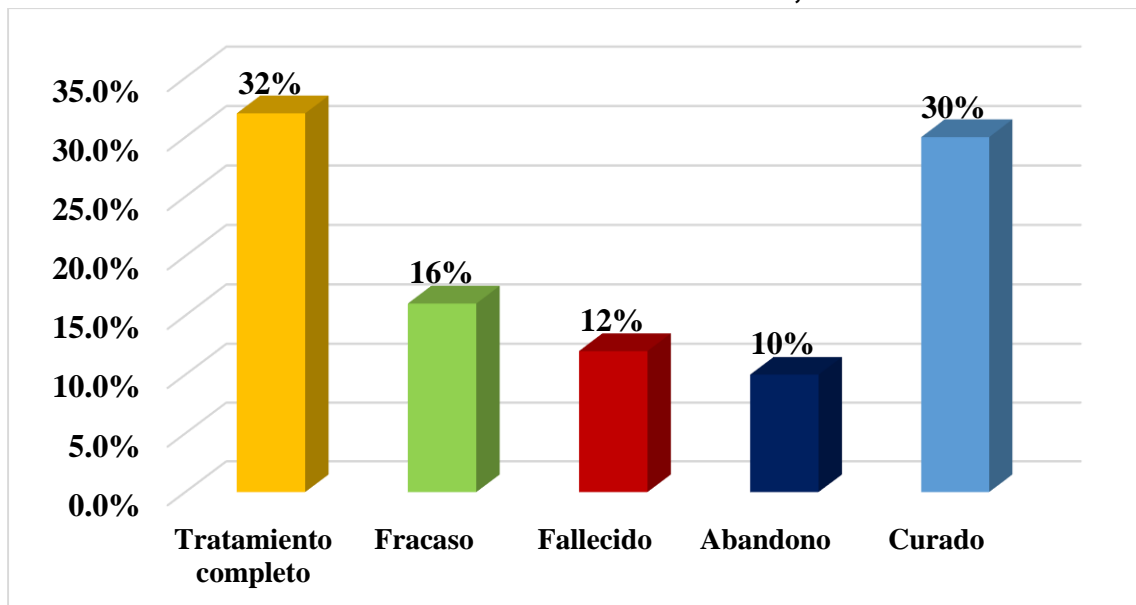
Los resultados no son similares con los encontrados por **CARRASCO, S.** En su estudio “**PERFILE PIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LA TUBERCULOSIS EN LOS PACEINTES DEL CENTRO DE SALUD SANTA FE – CALLAO DURANTE ENERO 2011 – DICIEMBRE 2015**” (LIMA, PERÚ 2016), encontró que en la condición de ingreso predominó los casos nuevos con un 76%, seguido de un estado de recaída con un 17% y en estado de abandono recuperado 7%.

El estudio demuestra que los pacientes ingresaron al hospital como recaída, esto debido a que presentaron algún brote de actividad bacteriológica, como también aquellos que dejan pasar el tiempo con la enfermedad y no acudir al centro de salud

oportunamente, así mismo abandonan el tratamiento por falta de conocimiento, tiempo, salud con complicación.

GRÁFICO N° 18

CONDICIÓN DE EGRESO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.



FUENTE: cuestionario elaborado por la investigadora.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En el gráfico se observa que de acuerdo a la condición de egreso 32% salieron con tratamiento completo, y 10% abandonaron el tratamiento.

Los resultados del estudio no coinciden con los hallados por **MALAVAR, J.** En su estudio “**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS EXTREMADAMENTE RESISTENTE DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNÁNUE LIMA, 2013 - 2017**” (LIMA 2018), encontró que en la condición de egreso del paciente el 87% recibieron tratamiento completo, 55% terminó en fracaso.

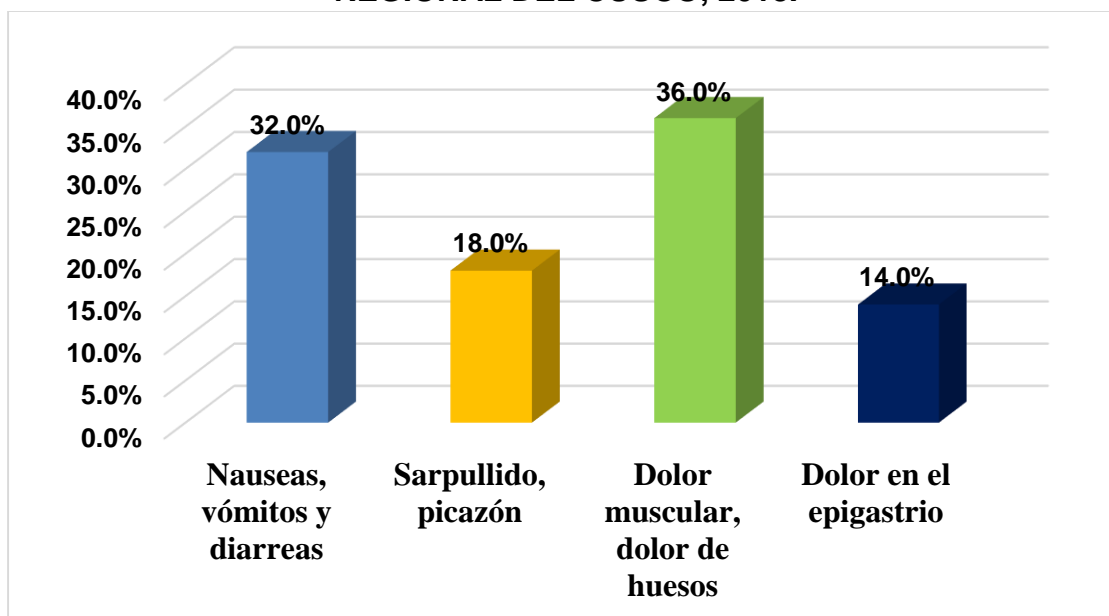
Los resultados del estudio no coinciden con los encontrados por **CARRASCO, S.** En su estudio “**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LA TUBERCULOSIS EN LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD SANTA FE – CALLAO DURANTE NERO 2011 – DICIEMBRE 2015**” (LIMA, PE´R 2016), encontró que

según la condición de egreso predominó los pacientes curados con un 73%, seguido de un estado de abandono con un 19% y fallecidos un 8%.

El estudio demuestra que los pacientes egresaron del hospital como tratamiento completo, esto señala que hubo un seguimiento oportuno y adecuado al paciente, el estudio también demuestra que con menor porcentaje fracasaron, abandonaron y fallecieron estos egresos pueden ser predecibles ya sea por la edad o por alguna complicación de salud. Por ello se realiza el tratamiento supervisado hacia el paciente para que este cumpla con un tratamiento eficaz.

GRÁFICO N° 19

REACCIONES ADVERSAS A LOS MEDICAMENTOS EN LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.



FUENTE: elaborado por la investigadora

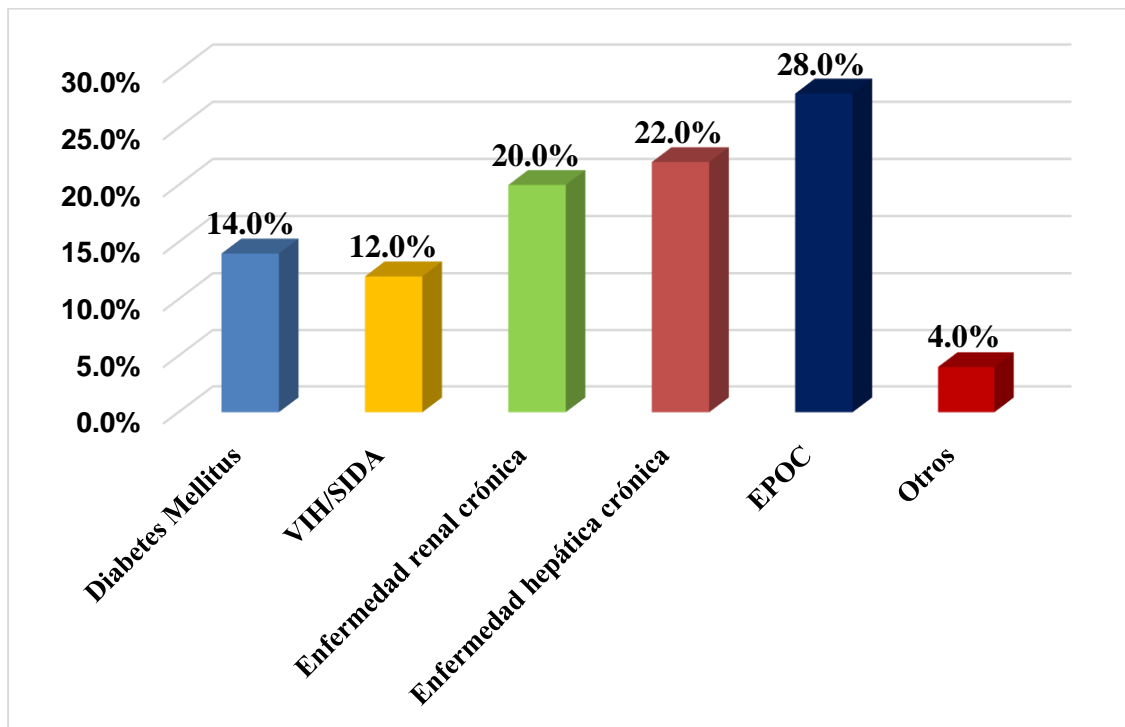
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En el gráfico se observa que un 36% presentaron dolores musculares y óseos, mientras que el 14% presentaron dolor en el epigastrio.

Las reacciones adversas de los medicamentos son interacciones que se puede definir como cualquier respuesta a un fármaco que es nociva, por lo tanto no todos los pacientes con tuberculosis podrían presentar dichos signos y síntomas ya que el sistema inmunitario es diferente al de otra persona.

GRÁFICO N° 20

COMORBILIDAD DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2018.



FUENTE: elaborado por la investigadora

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En el gráfico se observa que los pacientes que recibieron tratamiento contra la tuberculosis presentaron comorbilidad donde un 28% presentaron EPOC, y el 4% presentaron otros tipos de comorbilidad.

Los resultados del estudio no son similares con los encontrados por **MENDOZA, A.** En su estudio “**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS USUARIOS CON TUBERCULOSIS QUE ACUDEN A UN CENTRO DE SALUD DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL**” (ECUADOR 2017), encontró que 32% presentaron VIH/SIDA, seguido de un 7% que presentan diabetes y 6% presentan hipertensión arterial.

Los resultados del estudio no coinciden con los encontrados por **CARRASCO, S.** En su estudio “**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LA TUBERCULOSIS EN LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD SANTA FE – CALLAO DURANTE ENERO 2011- DICIEMBRE 2015**”. (LIMA, PERÚ 2016), encontró que

un 22% presentaron patologías asociadas como (hipertensión arterial, anemia / desnutrición, hepatitis, esquizofrenia, gastritis), 9% VIH-SIDA y con un menor porcentaje diabetes mellitus de un 6%.

Según el estudio la comorbilidad de los pacientes difiere de una persona a otra así como los signos y síntomas.

Toda persona diagnosticada de enfermedades crónicas debe realizarse descarte de tuberculosis (según estrategia de tuberculosis)

CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación se realizó a través de revisión documentaria de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de tuberculosis atendidos en el hospital regional del cusco en el año 2018. De donde se llega a las siguientes conclusiones

- Con respecto al perfil sociodemográfico de los pacientes que recibieron tratamiento contra la tuberculosis el 42% de los pacientes fueron mayores de 61 años a mas, 6% de 7 a 12 años, 64% fueron de sexo masculino, 36% femenino, 28% son convivientes, 8% casados, 24% no presentan estudios, 10% tuvieron educación superior, 45% procedieron de la zona rural, 18% procedieron de la zona urbano marginal, 28% se ocuparon de la labor obrero, 10% solo a estudiar, 54% tuvieron una vivienda alquilada, 10% cuentan con otros tipos de vivienda, 40% contaron con saneamiento básico de solo agua, 40% solo luz, 20% agua luz y desagüe, 44% su ingreso económico fue de s/.300 a s/.500 soles, 4% de s/.930 a más.
- En cuanto a las características clínicas, 54% no tuvieron antecedentes epidemiológicos, 46% si tuvieron, 28% tuvieron un esquema de tratamiento individualizado, 18% esquema sensible, 56% tuvieron el tipo de tuberculosis pulmonar, 44% tuberculosis extrapulmonar, 32% tuvieron como criterio de diagnóstico en cultivo, 15% fue histopatológicamente, 64% tuvieron diagnóstico positivo, 36% negativo, 58% tuvieron tuberculosis sensible, 42% tuberculosis resistente, 58% recibieron medicamentos de primera línea, 42% de segunda línea, 36% ingresaron en condición de recaída, 32% egresaron con tratamiento completo, 10% egresaron como abandono, 36% tuvieron reacciones adversas como dolor muscular, 14% tuvieron reacciones adversas como dolor en el epigastrio, 28% presentaron como comorbilidad la enfermedad pulmonar obstructiva cronica, 4% presentaron otros tipos de comorbilidad.

SUGERENCIAS

En base al presente estudio de investigación se ha considerado las siguientes recomendaciones:

. AL PERSONAL DE SALUD QUE INTEGRA LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO.

- Capacitar al personal de estadística a tabular y organizar las Historias Clínicas.
- Revisar la organización del área y personal de salud de Medicina C.

. A LOS PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS

- Concientizarlos, capacitarlos sobre la prevención, recuperación y rehabilitación de la tuberculosis, así como también al cumplimiento de su tratamiento.
- Motivarlos por medio de actividades recreativas al cuidado, limpieza de alimentos y utensilios.

. A LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

- Incentivar al alumnado a realizar campañas de prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- Realizar estudios basados en encuestas que exploren el conocimiento de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Suiza OMS; 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/1/9789243565255-spa.pdf>.
2. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional de las Américas, OMS; 2017. Disponible en: <https://www.who.int/tb/publications/global-report/es/>
3. Ministerio de Salud del Perú. Perú: MINSA; 2016. Disponible en <http://www.cdc.gob.pe/portal/.com>
4. Torres, Z. Herrera, T. Perfil del paciente con Tuberculosis que abandona el tratamiento en Chile, 2015, Universidad de Chile, Facultad de medicina. Santiago de Chile, 2016 disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/rcher.art08>
5. Mendoza, A. características epidemiológicas de los usuarios con tuberculosis que acuden a un centro de salud de la ciudad de Guayaquil. Universidad católica de Guayaquil. Facultad de ciencias médicas, Disponible en: http://T_UCSG_PRE_MED_ENF_365
6. Malaver, j. características clínicas y epidemiológicas de pacientes con tuberculosis extremadamente resistente del Hospital Nacional Hipólito Unánue Lima, 2013-2017. Universidad SJB. Facultad de Enfermería Lima 2019, Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1616/T-TPMC-Jorge%20Malaver>
7. Carrasco, S. perfil epidemiológico y clínico de la tuberculosis en los pacientes del centro de salud Santa fe- Callao durante enero 2011-diciembre 2015. Facultad de Obstetricia y Enfermería. Lima,2019 disponible en: <http://www.repositorioacadmco.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2436/3/carrasco.s.pdf>
8. Alvares, A. Características de la asociación de Diabetes Mellitus y Tuberculosis en dos Hospitales MINSA del Cusco: Estudio de casos y controles, 2016. Facultad de Ciencias de la Salud. Perú 2019 disponible en: <http://www.Repositorio.unsaac.edu.pe>
9. Jiménez, M; López, I. Control de la tuberculosis. 1ra ed. Diciembre 2017- Barcelona. Disponible en: https://WWW.fisiorespiracion.es/controlando_tuberculosis.pdf

10. García, M; Marrh, J. técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. GS.1999. disponible en:
<https://core.ac.uk/download/pdf/82095257.pdf>
11. Hasbun D, Varela C. perfil clínico y epidemiológico de pacientes con tuberculosis en el hospital escuela BVS: 2010. Disponible en <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2010/pdf/vol78-1-2010-4.pdf>
12. MedlinePlus: 2018, disponible en: <http://medlineplus.gov>.
13. Versión para profesionales. Estados Unidos: Manual MSD versión para profesionales online; c2018. Disponible en <http://www.msdmanuales.com>
14. AEP. comité asesor de vacunas. 2018. Disponible en: <http://vacunas.aep.org.com.pe>.
15. Tuñez V, servicio medicina preventiva y salud pública. Unidad de tuberculosis. Disponible en: <http://www.amse.es>204tuberculosis>.
16. Aguado J, y otros. protocolos clínicos S.E.I.M.C.VII. Tuberculosis. Sociedad Española de enfermedades infecciosas y Microbiología Clínica. Disponible en: <http://www.seimc.org/documentos/protocolos/signos clínicos/proto7,htm>
17. AEPap. La importancia de la historia clínica. Disponible en: <http://www.aepap.files.PDF>
18. Ministerio de salud; norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, 2013 Perú. Pag 47-56
19. Manjarrez E, y otros. signos y síntomas de la tuberculosis pulmonar un problema de salud no resuelto. Medicina Social 2017; 30: 367
20. Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. Disponible en [www. Tuberculosis. Minsa.gob.pe-recursos](http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe-recursos)
21. Ministerio de salud; norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. Pág. 41,42.
22. Ministerio de salud; norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. Pág. 41,18
23. Ministerio de salud; “Norma técnica de salud para la prevención y control de la coinfección tuberculosis y virus de la inmunodeficiencia humana en el Perú” RM. 752/2018; [citado 29 feb 2021]. Disponible en <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe>. PDF

24. Garay V. vademécum Médico del Perú de la Revista Médica, vol. primera edición Lima-Perú 1998: 109-117.
25. Livi M. introducción a la demografía. Ariel Barcelona; 1993. Disponible en: <http://estvitalesydemografía.files.wordpress.com/2013/04/intropduccic3b3n-a-la-demografc3ada-livi-bacci-massimo.pdf>
26. Ministerio de Salud; Norma Técnica de Salud para el control de Tuberculosis; Ecuador. Disponible e.: [http:// norma_técnica.gob.pe](http://norma_técnica.gob.pe)
27. Huansi K, cuidados de enfermería en pacientes con tuberculosis pulmonar Lima-Perú 2017. Disponible en http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2514/SEG.ESP EG_LELY%20KARINA%20HUANSI%20PANDURO.pdf
28. Estebanez P. Medicina Humanitaria. Diaz de Santos; 2005. Disponible en: <http://www.editdiazdesantos.com/libros/estebanez-pilar-medicina-humanitaria-C03006710101.html#contenido>.
29. Guerrero J. Tratamiento directamente observado de la tuberculosis en área programáticas sur de la provincia de Tucumán. SCIELO. 2003 jul. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292003000200008
30. Live, H. nunca es tarde para aprender. Sevilla 2107. Disponible en: live2helpyou.blogspot.com
31. Definiciones. Definiciones de procedencia – qué es significado y conceptos. Disponible en <http://definición> de >procedencia.
32. OEV Romero, 2013 evaluación del nivel socioeconómico. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es>art.pdf>
33. Ministerio de Trabajo. Trabajo, ocupación y empleo. Relaciones laborales, territorios y grupos particulares de actividad. Argentina 2007. Disponible en: http://www.trabajo.gob.ar/downloads/estadisticas/toe_03_completo.pdf
34. Arguedas R, Redondo R. fundamento de inversión y financiación. 1ra. Ed. España: UNED; 2008. P. 34 – 36
35. Características de la vivienda – INEI. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe>Est>.
36. Estructuras regionales emergentes y desarrollo. Servicios básicos. Disponible en: www.eumed.net>servicios Básicos.
37. Quintanilla, P. ¿qué es la geografía? 1ra. Ed. Chile, Santiago: UC; 2008.