

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE ENFERMERÍA

POSTGRADO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



**“PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DIRIGIDO AL
PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL INSTITUTO
NACIONAL DEL TÓRAX”**

TUTOR:

Dra. Ivet Salas Mainegra

ELABORADO POR:

- **Lic. Reyna Wilma Apaza Cruz**
- **Lic. Reyna Elena Choque Vera**
- **Lic. Adelaida Chuquimia Pari**

LA PAZ – BOLIVIA

*****2001*****

INDICE

I.	TEMA.....	3
II.	RESUMEN.....	4
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
IV.	ANTECEDENTES.....	6
V.	JUSTIFICACIÓN.....	13
VI.	FUNDAMENTO TEÓRICO.....	15
VII.	OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN.....	43
VIII.	PROCEDIMIENTO.....	44
IX.	BIBLIOGRAFÍA.....	60
X.	ANEXOS.....	61

I. TITULO

“PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA, PARA CASOS DE PACIENTES QUE NO LLEGAN A RECOGER SUS RESULTADOS DE BACILOSCOPIA POSITIVA DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DE LA GESTION 2001”.

II. RESUMEN

La tuberculosis representa una de las endemias más severas que afecta a la población boliviana, sin embargo pese a tener un programa de control integrado a la atención primaria y recientemente al Seguro Básico de Salud con atenciones gratuitas tanto en actividades de diagnóstico y tratamiento; al tener un manual de normas donde no se contempla estrategias frente a los pacientes con pérdida inicial (pacientes con baciloscopias positivas que no recogieron resultados) este problema pasa desapercibido para el personal responsable del programa de tuberculosis, razón por la cual se elabora un Proyecto de Intervención orientado al personal de enfermería del Instituto Nacional del Tórax y de esta manera contribuir a disminuir los casos de pacientes que no llegan a recoger sus resultados de baciloscopias.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Según registros proporcionados por la Secretaria Departamental de Salud la Paz, existen trimestralmente 100 pacientes con baciloscopia positiva que no llegan a recoger sus resultados.

Según registros proporcionados del Instituto Nacional del Tórax del primer semestre de la gestión 2001, existen 13 pacientes que no llegaron a recoger sus exámenes de baciloscopia con resultados positivos.

Razón por lo que se realiza un proyecto de intervención sobre el programa de tuberculosis, con objeto de disminuir casos de pacientes que no llegan a recoger sus resultados de baciloscopia positiva, evitando de ésta manera la transmisión del bacilo de Koch en la población

La intervención que se propone realizar, es mediante la capacitación, y la supervisión semestral al personal de enfermería, mejorando la atención a los pacientes, posteriormente con tratamiento, controles y con seguimiento periódico adecuado.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿De que manera contribuirá la capacitación y la supervisión semestral al personal de enfermería, con objetivo de disminuir casos de pacientes que no llegan a recoger sus resultados de baciloscopia positiva del Instituto Nacional del Tórax para la gestión 2003?

IV. ANTECEDENTES

1. ANTECEDENTES GENERALES

La tuberculosis es una enfermedad de extrema gravedad que afecta al país en forma endémica, es prevenible y de fácil control, sin embargo es la causa más importante de mortalidad producida por un solo agente biológico. La alta transmisión del bacilo se produce en etapas tempranas de la vida, afecta principalmente a las poblaciones económicamente deprimidas, marginales y se constituye por ello en una enfermedad social. Es uno de los indicadores más patéticos de la pobreza, no solo como consecuencia de la misma, sino como generadora de más pobreza, ya que el 83% de los enfermos tuberculosos se encuentran en edad productiva y reproductiva, lo cual significa para la sociedad años perdidos de productividad y realización social. Por tanto la eficacia y eficiencia del programa del control de la tuberculosis podrá ser medido indirectamente a través de la tenencia de los indicadores de pobreza. Su distribución a nivel nacional es irregular y de mayor importancia en áreas densamente pobladas, con condiciones de hacinamiento y desnutrición, es así que el 76% del total de los casos diagnosticado se encuentra en los departamentos de La Paz, Santa Cruz y Cochabamba. Se calcula que la mortalidad por tuberculosis en mujeres en edad fértil es más del doble de la mortalidad materna. La cobertura del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis es de 60% del total de casos de tuberculosis/año, es decir 10.000 casos. El 50 % corresponden al sexo femenino y el 80% de los mismos se encuentran en edad reproductiva. La tuberculosis no tratada produce una mortalidad del 50%, por tanto se calcula que mueren entre 2000 y 2500 mujeres por esta causa por año, en tanto la mortalidad materna se estima en 1000 casos/año, con el agravante de que la tuberculosis es una de las principales causas de infertilidad femenina. (2) Pág. 9.

2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN BOLIVIA:

La tuberculosis en Bolivia era casi desconocida hasta antes de 1988, identificándose casos aislados fundamentalmente en extranjeros. La expansión de la endémica fue reconocida con la apertura de la vía férrea con Chile, que posibilitó el intercambio comercial, y la movilización de la población aumentando el número de enfermos con tuberculosis. Fue sin duda la guerra del chaco que permitió la disminución de la tuberculosis fundamentalmente entre indígenas, que hasta entonces eran vírgenes del bacilo de Koch. Con suficientes bases escribe el Dr. Néstor Brillazón que la tuberculosis y la disentería fueron las causas de muerte más importantes en esta contienda. La llegada masiva de soldados tuberculosos a las ciudades obligo a la creación de hospitales de atención especializada, y el retorno a sus comunidades rurales dio inicio a la tuberculización masiva de nuestra población hasta entonces poco afectada.

En 1956 se organizo la lucha contra este flagelo a partir de decisiones políticas de gobierno conformándose el Departamento Nacional de Tuberculosis que se ocupo de organizar servicios de epidemiología, control, supervisión y servicios de vacunación BCG. En 1962 la lucha contra la tuberculosis conto en su estructura con 4 Hospitales Broncopulmonares y unidades de bronconeumología en algunos departamentos, prestando atención especializada a todos los pacientes del país.

En 1970 se editaron las primeras normas y se establecieron procedimientos para el control y organización del sistema de información así como el análisis y supervisión de las acciones, sin embargo todas estas actividades no produjeron impacto importante en el control del mal debido principalmente a su carácter vertical.

A partir de 1982 siguiendo normas internacionales las actividades del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis se integraron a la atención primaria de salud, lo que represento un salto cualitativo y cuantitativo en cuanto a cobertura y calidad de la atención; paralelamente se modernizó el tratamiento de la inclusión de rifampicina y pirazinamida en el arsenal terapéutico de primera línea, permitiendo acortar el tratamiento de 12 a 7 meses. El impacto inicial fue importante y significativo el aprendizaje e inclusión de todo el personal de salud en actividades de control, incrementándose la detección de casos, mejorándose la vigilancia epidemiológica, incursionándose en evaluaciones de las actividades de localización de casos y de tratamiento, con aumento en la eficiencia del programa.

Sin embargo la falta de continuidad del sustento económico, la dependencia del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis de la cooperación internacional, ausencia de compromiso político y persistencia de la verticalización y complejización innecesaria del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, llevo al control a una fase de deterioro epidemiológico grave, con disminución de las actividades de localización de casos, diagnosticándose en los últimos años a solo el 60% de los casos existentes en el país, curándose a solo el 71% de los que iniciaron tratamiento, debido a la persistencia de tasas de deserción por encima del 15% con incremento de la resistencia primaria y secundaria a la rifampicina (poniendo en riesgo la posibilidad de controlar el mal a largo plazo) ausencia de una política de comunicación social, de educación sanitaria y de evaluación científicas realizadas a través de investigaciones epidemiológicas que hubieran permitido replantear las estrategias nacionales, regionales o locales del control

para optimizar la utilización tanto de los recursos humanos y técnicas disponibles en el país.(2) Pág. 10-11.

3. EL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS Y LAS POLÍTICAS DE SALUD

El control de la tuberculosis pasa por acciones sanitarias simples, como el diagnóstico de los casos y su tratamiento. Un diagnóstico temprano de un caso de tuberculosis contagiosa y su tratamiento oportuno, evita la transmisión del bacilo (infección) a 24 personas y evita el desarrollo de la enfermedad en 3 personas infectadas, constituyéndose en una de las acciones de salud costo - efectividad mas eficientes.

Sin embargo, la tuberculosis en nuestro país aun sigue produciendo morbilidad y mortalidad por razones atribuibles a la ineficiencia estatal en el manejo de este problema de salud y a factores socioeconómicos ligados a la pobreza de la población(Monasterios G. 1997). Desde 1997 el Ministerio de Salud y Previsión Social a través del Plan Estratégico de Salud, normador de las nuevas políticas y con la misión promocionar y proteger la salud de los bolivianos en alianza estratégica con la población, ha implementado la Reforma del Sector con la iniciación de un sistema universal de salud con la creación del Seguro Básico de Salud y la priorización de varios componentes técnico gerenciales, entre los cuales se encuentra el Escudo Epidemiológico. El Plan Estratégico de Salud declara a la lucha contra la Tuberculosis una prioridad nacional y el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis ha pasado ser un componente del Escudo Epidemiológico y una prestación del Seguro Básico de Salud con el objetivo de incrementar la eficiencia, eficacia y la protección a la población contra este daño en el ámbito nacional.

El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en respuesta a la nueva situación política y epidemiológica ha replanteado y adecuado las normas técnicas y de procedimientos, el sistema de registro e información y las estrategias de intervención, con el fin de mejorar el control y así contribuir a las políticas nacionales en la edificación de un país con equidad y justicia social, constituyéndose el control de la tuberculosis en un aporte a la lucha contra la pobreza. El Plan Quinquenal del Programa nacional de Control de la Tuberculosis define claramente las líneas estratégicas de acción para garantizar la descentralización operativa eficiente del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, tendentes a cumplir sus metas y objetivos.

El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, en 1999 - 2000, realizó un estudio del riesgo anual de infección tuberculosa a nivel nacional. El estudio del RAI permite medir la fuerza con la que la tuberculosis ataca a la población, al margen de las actividades de control que se realizan, su tendencia permite evaluar el impacto de las mencionadas actividades. El estudio del RAI se realizó a través de la investigación, de la prevalencia de la Infección Tuberculosa en un cohorte de niños de 6 a 8 años de edad definida previamente (cohorte con bajas coberturas de vacunación BCG).

Posteriormente se promovió la estrategia DOTS en la red de los servicios de la salud del país. De igual manera se realizó dotación de material según la necesidad de los Centros de Salud y donde funciona laboratorio como ser: microscopios, computadoras, material educativo, rotafolios, afiches, trípticos, cuñas radiales, manual de normas técnicas, plan quinquenal 1999 - 2004, material de registros actualizados; e insumos y medicamentos previa programación.

En el presente año 2001 se realizó la presentación del material IEC del programa de tuberculosis y la dotación del manual de normas de tratamiento de casos con resistencia secundaria a medicamentos antituberculosos bajo condiciones de programa. Evidente que los esfuerzos que se han hecho hasta ahora en el campo de la comunicación, educación son insuficientes. Nunca en la historia de Bolivia se ha implementado una campaña sostenida de comunicación en el tema, ni se han evaluado adecuadamente los impactos de los materiales. Diferencia que se tiene ahora con este proyecto de Intervención, es que va dirigido exclusivamente al Instituto Nacional del Tórax, esperando obtener buenos resultados.

(2)Pag.11-12.

4.- MAGNITUD DEL PROBLEMA DE TUBERCULOSIS EN BOLIVIA

Anualmente se diagnostica en el país un promedio de 10.000 pacientes con tuberculosis (TB). En 1998 se diagnosticaron 10.130 casos de tuberculosis todas las formas, correspondientes a las formas bacilíferas 6.750 enfermos, representando una tasa de incidencia de 127 y de 85 por 100.000 habitantes respectivamente. Tasas de incidencia las más elevadas del continente, conjuntamente con la del Perú, país que en 1988 reportaba una tasa de incidencia todas las formas de 158 por 10.000 habitantes. El riesgo anual de infección (RAI)- proporción de la población que será infectada o reinfectada con el bacilo de Koch en un año, según estimaciones de la OPS/OMS para el país, se encuentra entre el 2-3%. Lo que representara que las tasas de incidencia real esperada de casos de TB pulmonar BAAR (+) se encontrara entre 100 a 150 por 100.000 habitantes.

Por lo que se reduce que la cobertura de detección para 1998 alcanzo solo al 56% de los casos esperados. Se estima que cada paciente bacilífero no diagnosticado ni

tratado puede infectar a 10-12 personas susceptibles en un año. Lo que provoca una gran cantidad de personas infectadas por el M. tuberculosis, es así que para 1999 se espera más de 200.000 infecciones o reinfecciones.

Por tal motivo decidimos realizar este proyecto de intervención sobre pérdida inicial, (este termino significa, pacientes con baciloscopia positiva que no llegan a recoger sus resultados), cuyo problema pasa desapercibidos. (1)Pag.7.

V. JUSTIFICACIÓN

La secretaria Departamental de Salud La Paz tiene informes de datos que plantean 100 pacientes con baciloscopia positiva que no llegan a recoger sus resultados a nivel Departamental en el primer trimestre del año 2001, estos datos representan un peligro inminente para la población al ser esta vulnerable considerando su bajo estado nutricional y poco conocimiento referente a esta enfermedad.

Además según los registros de laboratorio del Instituto Nacional del Tórax, (Anexo N° 1), se identifico que existen 13 pacientes con baciloscopia positiva del total de pacientes que no llegaron a recoger sus resultados en el primer semestre del año 2001.

A través de 15 encuestas (Anexo N° 2) realizadas al personal de enfermería responsables en la atención de los pacientes del programa de tuberculosis del Instituto Nacional del Tórax, se pudo identificar una necesidad de incrementar sus conocimientos, toma de conciencia y compromiso con el programa de tuberculosis razón por la cual se diseña un programa de capacitación.

Mediante este proyecto de intervención se diseña un programa de capacitación, buscando identificar estrategias y eliminar factores que pudiesen obstaculizar el trabajo del personal de enfermería, para mejorar la atención al paciente con servicios y atención de calidad. De esa manera disminuir el índice de pacientes que no llegan a recoger sus resultados.

VARIABLES

Dependientes:

Pacientes que no llegan a recoger sus resultados con baciloscopia positiva.

Independientes:

1. Capacitación.
2. Supervisión.
3. Nivel de conocimiento del personal de enfermería.

VI. FUNDAMENTO TEÓRICO

ASPECTOS GENERALES DE LA TUBERCULOSIS

1.- ASPECTOS ESENCIALES DE LA TUBERCULOSIS (TB)

La tuberculosis es una enfermedad social de naturaleza infecto- contagiosa y curable:

Social; porque afecta preferentemente a sectores económicamente deprimidos.

Infecciosa; porque es producida por un microorganismo, el *Micobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch.

Contagiosa; porque un enfermo con tuberculosis pulmonar transmite la infección a una persona no infectada, a través del aire.

Curable; porque con tratamiento estandarizado y supervisado se puede curar al 100% de los enfermos.

La enfermedad también puede ser provocada por el *Mycobacterium bovis*, sin embargo últimamente su rol ha disminuido en la medida que la población toma leche pasteurizada o hervida.

Las micobacterias atípicas no tuberculosas (MANT), pueden identificar al individuo y provocar la enfermedad, sobre todo entre las personas inmunodeprimidas, como en el caso del paciente VIH (+) o con SIDA, en cuyo caso se habla de Micobacteriosis. (1)Pág. 15

2.- INFECCIÓN Y ENFERMEDAD TUBERCULOSA

La TB se desarrolla en el organismo humano en dos etapas:

- a) La primera ocurre cuando un individuo que está expuesto por primera vez al bacilo es infectado (infección tuberculosa).
- b) La segunda etapa ocurre cuando el individuo infectado desarrolla la enfermedad (tuberculosis).

Aproximadamente el 10% de los infectados pueden desarrollar TB durante su vida, mientras que el 90% restante no enferma. (1)Pág. 15

3.- TRANSMISIÓN DE LOS BACILOS TUBERCULOSOS

La contagiosidad de un caso de tuberculosis esta determinada por la concentración de los microorganismos en el interior de los pulmones del enfermo y su difusión hacia el ambiente (aire). Un paciente con TB Pulmonar bacilifera (BAAR +) puede expeler al toser, estornudar, hablar, gritar, cantar, microgotas (gotitas de Flugge) que contiene miles de bacilos. Los cuales del aire pueden introducirse a los pulmones de otro individuo y determinar el contagio.

Estos son los enfermos más contagiosos. Sin embargo generalmente se requiere de la exposición prolongada de un enfermo BAAR (+) para infectar a otras personas, lo que ocurre principalmente entre los mismos miembros de la familia, en el trabajo, la escuela y el circulo de amistades. El hacinamiento, poca ventilación, ambientes secos y oscuros favorecen la transmisión de los bacilo.

Si los bacilos infectan por primera vez a una persona, ocurre la "primo infección" la que produce un cuadro clínico leve, que generalmente es asintomático y a veces el "Complejo Primario" puede ser visible en las radiografías del tórax acompañado de viraje positivo de la tuberculina (PPD).

Los microorganismos que infectan al individuo, se propagan desde su localización inicial en los pulmones a otras partes del organismo, mediante el sistema linfático, el flujo sanguíneo, las vías respiratorias o por extensión directa a otros órganos. Para que este evento ocurra se requiere la combinación de varios factores y riesgos como son: edad, estado nutricional,

infecciones intercurrentes, inmunosupresión, VIH/SIDA, embarazo, diabetes, silicosis y otras causas.

4.- CLÍNICA DE LA TB

Varios signos y síntomas nos conducen a la sospecha de TB, los principales síntomas de la enfermedad pueden ser generales (sistémicos) y respiratorios:

SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS	SÍNTOMAS GENERALES O SISTÉMICOS
<ul style="list-style-type: none"> - Tos y expectoración - Expectoración manchada con sangre - Hemoptisis. - Disnea(dificultad para respirar) - dolor en el costado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Decaimiento, cansancio. - perdida de apetito. - Perdida de peso. - fiebre y sudoración. - Irritabilidad, malestar general.

Los síntomas generales o sistémicos son los primeros en aparecer: decaimiento. Cansancio fácil, pérdida de apetito, sensación febril, a los cuales se agregan síntomas más significativos como: la fiebre, sudoraciones nocturnas, pérdida progresiva de peso, irritabilidad fácil, dificultad de concentrarse, sin embargo uno de los aspectos más importantes, que siempre se debe tener en mente, es que los síntomas generales de la TB aparecen gradualmente en semanas y hasta en meses. La tos al comienzo es más bien seca, irritativa y posteriormente se vuelve productiva con expectoración mucosa, mucopurulenta o francamente purulenta.

El principal síntoma orientador es la tos por tanto:

Las personas que sufren de tos y expectoración por mas de 2 semanas (15 días) se convierten en sintomáticos respiratorios (S.R.) con posibilidad de sufrir de TB y deben ser examinados con 3 baciloscopias seriadas.

La expectoración manchada con sangre puede ser variable, desde pequeñas manchas, hasta una gran perdida de sangre liquida, roja y espumosa en cuyo caso hablamos

de hemoptisis, este sigue siendo un signo importante de tuberculosis pulmonar, por tanto si se observa sangre en la flema, esta debe ser sometida a la baciloscopia.

El dolor en el tórax no es frecuente cuando la tuberculosis afecta solo al pulmón, es de regla general cuando afecta la pleura (pleuresía, derrame pleural). Algunos pacientes se quejan de un dolor torácico sordo, la mayoría de las veces atribuible a la tos pertinaz.

La disnea o falta de aire que es de poca importancia al inicio de la enfermedad, puede ser motivo de consulta posteriormente debido al extenso daño del tejido pulmonar, (1)Pág. 17 -18.

5.- FORMAS DE LA ENFERMEDAD

La tuberculosis puede afectar cualquier parte del organismo humano:

TUBERCULOSIS PULMONAR

Es la forma más frecuente de la enfermedad observándose en más del 80% del total de casos. Si la tuberculosis pulmonar es BAAR (+), nos encontramos con los casos mas contagiosos.

Los casos de tuberculosis pulmonar BAAR (-) pero cultivo positivo son 10 veces menos contagiosos que los BAAR (+).

TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR

Es la patología que afecta órganos fuera de los pulmones, frecuentemente la pleura, los ganglios linfáticos, la columna vertebral, las articulaciones, el tracto genito urinario, el sistema nervioso, etc.

En esta forma de tuberculosis, el diagnostico se torna difícil por tanto para su confirmación los pacientes deben ser referidos a centros de especialidad según el órgano afectado.

Los pacientes con tuberculosis, extra pulmonar, pero sin componente pulmonar, muy raramente diseminan la enfermedad.

6.- COMPLICACIONES DE LA TUBERCULOSIS:

HEMOPTISIS

Expectoración con sangre roja, líquida y espumosa. En todos los casos severos que presentan hemoptisis abundante (una tasa pequeña de sangre o más), está indicado el reposo, antitusivos y referir al paciente al hospital más cercano. (1)Pág. 18.

NEUMOTÓRAX SECUNDARIO

Presencia de aire entre el pulmón y la pleura con colapso del mismo, con dolor y disnea. Se debe hospitalizar al paciente.

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Enfermedad del pulmón resultante de lesiones avanzadas que producen sensación importante de falta de aire y a veces edema de miembros inferiores. Se recomienda consultar con el médico especialista.

BRONQUIECTASIA Y FIBROSIS PULMONAR LOCALIZADA

Deformación permanente de los bronquios que sucede a consecuencia de la enfermedad tuberculosa extensa y avanzada que se traduce por tos, expectoraciones purulentas, disnea después de la curación de la tuberculosis. Solamente existe la terapia sintomática.

Es importante hacer un diagnóstico precoz de la tuberculosis e iniciar tempranamente el tratamiento antituberculosos para prevenir estas complicaciones.

En algunas ocasiones, en pacientes que sufren de neumonía, que no mejoran con antibióticos, es aconsejable realizar el examen seriado de BAAR. (1)Pág. 19

NORMAS DE LOCALIZACIÓN DE CASOS Y DIAGNOSTICO

1.- DEFINICIÓN DE CASO DE TUBERCULOSIS

Por diagnostico de tuberculosis se entiende la identificación de un caso activo, es decir de un paciente con síntomas de la enfermedad debido a lesiones provocadas por M. Tuberculosis y que ameritan por tanto tratamiento. Se debe definir el tipo de Tuberculosis, esto es dar una definición de casos aplicables a todo paciente tuberculoso, niño o adulto. Para los objetivos operacionales, los casos de Tuberculosis se clasifican en:

A.- EN FUNCIÓN A LA LOCALIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD:

En general se recomienda los mismos regímenes terapéuticos sin tener en cuenta la localización, sin embargo es importante definir a efectos de registro y notificación.

TUBERCULOSIS PULMONAR

Enfermedad que afecta el parénquima pulmonar. Un paciente que presenta al mismo tiempo lesiones de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, se lo debe registrar como un caso tuberculosis pulmonar.

TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR

Todo paciente que presenta una tuberculosis en otro órgano que no sea el pulmón, documentado ya sea por estudios bacteriológicos; histo-patológicos o evidencia clínica radiológica sólida (diagnosticada por médicos especialistas).

B.- EN FUNCIÓN AL RESULTADO DEL EXAMEN-DIRECTO DE ESPUTO:

La definición del resultado de la baciloscopia de los casos pulmonares es importante a efectos de:

- Identificación de los casos con baciloscopia positiva (que son los más infecciosos-contagiantes y presentan una mortalidad elevada).
- Registro y notificación (solo en presencia de una

baciloscopia positiva es posible vigilar bacteriológicamente la curación).(1)Pág. 21-22.

Tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva (BAAR +)

- a) TB en un paciente con mínimo 2 baciloscopias de esputo positivas.
- b) TB en un paciente con una sola baciloscopia de esputo positiva más un cultivo positivo.
- c) TB en un paciente con una sola baciloscopia de esputo positiva mas una imagen radiológica compatible con TB pulmonar activa (diagnosticada por medico especialista).
- d) En caso excepcional, cuando una sola baciloscopia es positiva en un paciente contacto de un caso bacilifero y clínicamente compatible con tuberculosis activa.

Tuberculosis pulmonar con baciloscopia negativa (BAAR-)

- a) TB en un paciente con un seriado de esputo negativo pero un cultivo positivo.
- b) TB en un paciente con 3 a 6 baciloscopias de esputo negativas pero con una imagen radiológica compatible de TB pulmonar activa (diagnosticada por medico especialista).

C.- EN FUNCIÓN A LOS ANTECEDENTES DEL TRATAMIENTO:

Definir un caso según el paciente haya recibido o no anteriormente tratamiento antituberculoso, es importante para:

- ❖ La identificación de los pacientes con mayor riesgo de farmacorresistencia adquirida y la prescripción del tratamiento apropiado.
- ❖ La vigilancia epidemiológica.
Caso Nuevo
- ❖ Paciente que nunca recibió tratamiento antituberculoso.
- ❖ Paciente que recibió tratamiento antituberculoso por un periodo menor a un mes.

Caso previamente tratado:

RECAÍDA.

Paciente que habiendo sido declarado curado de una TB de cualquier forma después de un tratamiento completo, presenta nuevamente baciloscopia positiva de esputo.

(1)Pág. 23

FRACASO TERAPÉUTICO

Paciente que después de cinco meses de tratamiento sigue presentando o vuelve a presentar una baciloscopia positiva.

ABANDONO

Paciente que después de haber interrumpido el tratamiento durante más de un mes regresa al servicio de salud y presenta esputo positivo.

2.- DIAGNOSTICO

Los principales métodos de diagnóstico de la Tb consisten en la bacteriología, radiografía, la prueba de tuberculina (PPD) y estudios histopatológicos de tejidos. Otros métodos más modernos, como el cultivo radiométrico (BACTEC), la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), cuantificación de antígenos y anticuerpos en suero de los enfermos (ELISA).

Nos concentraremos en los tres primeros métodos por ser los más accesibles a la población en general y factibles de ser garantizados por el ministerio de salud.

BACTERIOLOGÍA**LA BACILOSCOPIA DEL ESPUTO O FLEMAS**

Es el método de diagnóstico más fácil, barato y accesible para los consultantes y el servicio. Además de lo arriba mencionado, la baciloscopia permite identificar las fuentes de infección (BAAR+).

La baciloscopia consiste en el examen microscópico directo de una muestra de expectoración que ha sido extendida sobre una lamina de vidrio y teñida mediante el

método de Ziehl -Neelsen.

Con este método se detectan los microorganismos habitualmente calificados como bacilos ácido alcohol resistente o BAAR y el laboratorio reporta según la siguiente calificación:

- Negativo (-): No se observan BAAR en 100 campos observados.
- 1 a 9 BAAR: Se observan 1 a 9 BAAR en 100 campos observados.
- +: 10 a 99 BAAR por 100 campos observados.
- ++: 1 a 10 BAAR por campo observado.
- +++ : Más de 10 BAAR por campo observado.

También la baciloscopia es muy valiosa para efectuar el control bacteriológico de los casos bajo tratamiento.

Esta demostrado que los bacilos de Koch se mantienen viables en una muestra no refrigerada durante 6 días, sin embargo, es recomendable fijar las muestras antes que dejarlas al ambiente.

En todo sintomático respiratorio se deben obtener 3 muestras de expectoración, siempre que existan las condiciones operativas, se deben tomar las muestras de la siguiente forma:

PRIMERA MUESTRA:

Se toma en la primera entrevista, solicitándole al Sintomático Respiratorio una muestra de expectoración " en el momento", después que personal de salud hizo las explicaciones necesarias.

SEGUNDA MUESTRA:

Para el efecto se entrega al paciente un envase de esputo para recolectar una muestra matinal, antes de asistir a la segunda entrevista que debe efectuarse al día siguiente.

TERCERA MUESTRA:

Durante la segunda entrevista, el paciente aporta su expectoración matinal y una nueva muestra de esputo es recolectada en el mismo lugar. También de esta forma se reducen las oportunidades perdidas.

Si la primera muestra es positiva y el paciente no acude a su segunda cita, debe buscársele a la brevedad posible, para prevenirlo de la posibilidad que se agrave y no disemine más bacilos en la comunidad.

Una primera baciloscopia positiva siempre debe confirmarse con una segunda muestra positiva.

Cualquier paciente cuyo BAAR es positivo en una sola muestra, debe ser examinado por un medico competente para definir la conducta a seguir.

El cultivo presenta mayor capacidad diagnosticada que la baciloscopia, pero tiene sus limitaciones en los países como Bolivia, por el costo y demora en los resultados (aproximadamente 6-8 semanas).

En condiciones del programa de control de la tuberculosis, los cultivos se realizan solo en el Laboratorio Central de Referencia (INLASA) y en los laboratorios departamentales de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz, Oruro, Sucre y el Beni.(1)Pág. 24-25

No todo paciente sospechoso de tuberculosis necesita ser examinado con cultivos. Las condiciones cuando se debe solicitar un cultivo, son las siguientes:

- Paciente sospechoso de tuberculosis (Sintomático Respiratorio) con dos baciloscopias seriadas negativas y/o Rx de tórax sugestiva.

- En enfermos con formas de tuberculosis extrapulmonar (se cultiva el liquido pleural, liquido ascítico, LCR, orina, biopsia de un ganglio afectado o de cualquier tejido).
 - En muestras de aspirado gástrico, en casos de tuberculosis infantil.
 - Ante fracasos al tratamiento (BAAR (+), al quinto mes o mas tarde).
 - En estudio de resistencia a los medicamentos (previo se hace el cultivo para efectuar la sensibilidad).
- Quando el paciente esta correctamente seleccionado, se puede incrementar la notificación de casos bacteriológicamente positivos hasta un 20% más.

No debe olvidarse que el caso positivo al cultivo se registra aparte del BAAR (+), ya que es una forma menos contagiosa que la bacilifera.

RADIOGRAFÍA

No se puede diagnosticar tuberculosis pulmonar con certeza solamente en base a una radiografía del tórax (Rayos X), ya que otras patologías pueden presentar el patrón radiológico de la tuberculosis, por tanto es un método de diagnostico secundario.

Además los Rayos X es un método considerablemente más caro, menos accesible y presenta discordancias en la interpretación, incluso entre los especialistas.

No obstante, el Rx del tórax es un recurso importante en el caso de pacientes con sintomatología clínica compatible con tuberculosis pulmonar, pero con dos seriados de BAAR negativos.

En adición, la Rx de tórax no permite distinguir entre las fuentes de infección y los casos no contagiosos. A menudo en nuestro país han sido tratados muchas personas como tuberculosis, cuando en realidad no la tuvieron.

Nunca inicie el tratamiento antituberculoso sin haber realizado un examen baciloscopico de esputo (BAAR).

LA PRUEBA DE TUBERCULINA (PPD-DERIVADO PROTEICO PURIFICADO)

La prueba de tuberculina o PPD consiste en la inoculación intradérmica de un derivado proteico purificado de cultivo de bacilos tuberculosos, que produce una reacción cutánea (induración con respuesta retardada), en personas infectadas por los micobacterias o que han sido vacunadas con BCG. (1)Pág. 26.

La prueba tuberculina presenta un valor limitado en la practica clínica, en particular en los países donde la tuberculosis es frecuente. Una prueba positiva es raramente signo de la enfermedad y una prueba negativa no excluye totalmente la tuberculosis.

Sin embargo la reacción de tuberculina puede establecer el diagnostico en los niños, especialmente en los no vacunados con BCG y contactos de un paciente TB BAAR (+). Incluso en los vacunados, sobre todo si son contactos, un PPD francamente positivo (mayor a 10 mm) tiene mayores probabilidades de representar una infección reciente con el bacilo tuberculoso.

Cuando la induración es mas grande y la edad del niño es menor, la sospecha de la enfermedad debe ser mayor.

3.- DETECCIÓN PASIVA Y BÚSQUEDA ACTIVA DE CASOS

Cuando se conoce a un Sintomático Respiratorio, se indica recolectar, tres muestras consecutivas de esputo. Normalmente, esta actividad se realiza, en todas las consultas externas de puestos, centros de salud, hospitales y en los servicios de emergencia, la acción es conocida como "Detección pasiva de casos".

Contrario a la capacitación pasiva, la "búsqueda activa de casos TB" busca al sospechoso en su casa, empresa de

trabajo, escuelas, otras instituciones, etc. (en condiciones de programa la búsqueda activa no es recomendada).

La detección de nuevos casos a partir de un paciente índice o fuente de infección (control de foco) no es considerada como búsqueda activa.

No obstante, en ciertos momentos, el Programa de Tuberculosis organiza la búsqueda de nuevos casos, por ejemplo en el sistema penitenciario, pero este debe considerarse una excepción a la norma. (1)Pág. 27

NORMAS DE TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

El tratamiento tiene los objetivos de :

- Curar al paciente tuberculoso.
- Prevenir las muertes por tuberculosis activa o sus secuelas graves.
- Prevenir la selección de bacilos resistentes a las drogas esenciales.
- Cortar la cadena de transmisión de la enfermedad.

1.- RECOMENDACIONES GENERALES

El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis a partir de 1998 abolió el esquema de 7 meses vigente anteriormente, debido fundamentalmente a la ausencia de supervisión de la toma en servicio de la medicación y consecuentemente a la aparición de resistencia secundaria a la rifampicina.

En todo esquema de tratamiento que contenga rifampicina en su composición, el tratamiento debe ser estrictamente supervisado por personal de salud y en casos excepcionales por otras personas, especialmente capacitadas. El tratamiento será preferentemente ambulatorio.

El PNCT recomienda la utilización de H+R asociado en la misma tableta, con el fin de evitar la selección de resistencias por abandono parcial de la medicación.

2.- MEDICAMENTOS ESENCIALES EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

Abreviaciones Internacionales de los medicamentos esenciales:

R	=	Rifampicina
H	=	Isoniacida
Z	=	Pirazinamida
E	=	Etambutol
S	=	Estreptomina

3.- ESQUEMAS TERAPÉUTICOS:

ESQUEMA I (2RHZE/6HE) (1) Pág. 29

Primera fase: 60 dosis de administración diaria (incluyendo domingos, donde puede ser supervisada la toma) de rifampicina, isoniacida, pirazinamida, etambutol.

Segunda fase: 180 dosis de administración diaria (incluso domingos) de isoniacida y etambutol.

Indicaciones: CASOS NUEVOS de tuberculosis pulmonar: baciloscopia positiva, baciloscopia negativa y extrapulmonares.

FORMAS DE ADMINISTRACIÓN:

1ra. Fase: Tratamiento Estrictamente Supervisado (TES).

2da. Fase: Todo servicio de Salud debe supervisar el tratamiento en su 2da fase; esta tiene que ser Estrictamente Supervisada.

En casos excepcionales podrá ser autoadministrada. (En servicios de salud donde no es posible garantizar la asistencia diaria del paciente para la toma de su medicación).

El servicio de salud supervisa indirectamente a través del suministro de medicamentos semanal o quincenal, interrogatorio minucioso de la toma, conteo de medicamentos durante visitas domiciliarias, (no se recomienda dar medicamentos por más tiempo).

Dosis: Ver tabla de dosificación N° 1 y 2.

ESQUEMA II O RETRATAMIENTO (2RHZSE/1RHZE/5 R³H³E³).

Primera Fase: 60 dosis (2 meses) de administración diaria (incluyendo domingos donde pueda ser supervisada la toma) de rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol.

Segunda fase: 30 dosis (1) de administración diaria (incluyendo domingos, donde la toma puede ser supervisada de rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol).
(1) Pág. 30-31.

Tercera fase: 65 dosis (6 meses) 3 tomas por semana (lunes, miércoles y viernes) de rifampicina, isoniacida y etambutol.

INDICACIONES CASOS PREVIAMENTE TRATADOS:

- Abandonos que regresan con baciloscopia de esputo positiva, debiendo pedirse previamente un test de sensibilidad y resistencia. Acompañado de consejería (abandonos que regresan con baciloscopia de esputo negativo, deben continuar con la dosis restantes del tratamiento iniciado previamente).

- Recaída al Esquema 1 o al esquema de siete meses antes utilizado.

- Fracaso terapéutico al Esquema 1, realizado previamente un test de sensibilidad y resistencia.

(Los casos con antecedentes de múltiples tratamientos deben ser derivados a centros especializados).

Forma de administración: tratamiento estrictamente supervisado (TES) en sus tres fases.

Dosis: Ver Tablas 1 y 3

ESQUEMA III O PEDIÁTRICO (2RHZ/4RH)

Primera Fase: 60 dosis de administración diaria (incluyendo domingos, donde la toma puede ser supervisada) de rifampicina jarabe (previamente agitada) o de tabletas de rifampicina asociada a isoniacida y tabletas de pirazinamida (asegurándose de administrar las dosis correctas).

Segunda fase: 120 dosis de administración diaria (incluyendo domingos donde la supervisión es posible) de rifampicina e isoniacida. Todas las formas de tuberculosis infantil, exceptuando las meningitis, miliares y pulmonares con baciloscopia positiva, en las cuales se debe añadir una cuarta droga (estreptomina o etambutol, este último medicamento se utilizara solo en niños mayores de 10 años).

Forma de administración: Tratamiento Estrictamente Supervisado (TES) en las dos fases. (1) 31-32.

Dosis: No difieren de las dosis del adulto (ver tabla 1), debiendo por tanto dosificarse por Kg./peso.

TABLA N° 1
DOSIFICACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSOS

MEDICAMENTO	DOSIS		PRESENTACIÓN		
	DIARIA	INTERMITENTE 3 VECES POR SEMANA	FRASCO	TABLETA	TABLETA ASOCIADA
ESTREPTOMICINA	15 mg/kg. Peso		1 fsc./lgr.		
ISONIACIDA	5mg/kg .peso	10mg/kg .peso		1tab/100mg.	
RIFAMPICINA	10mg/kg .peso	10mg/kg .peso			1tabRMP/INH 300/150mg.
PIRAZINAMIDA	25mg/kg .peso			1tab/500mg.	
ETAMBUTOL	15mg/kg .peso	30mg/kg .peso		1tab/400mg.	

(1) Pág. 32

TABLA N° 2

ESQUEMA 1 2RHZE/ 6HE

PESO ANTES DEL TRATAMIENTO	PRIMERA FASE DE 60 DOSIS DE ADMINISTRACIÓN DIARIA, SUPERVISADAS (2 MESES)			SEGUNDA FASE DE 6 MESES 180 DOSIS DE ADMINISTRACIÓN DIARIA, SUPERVISADAS	
	Rifampicina 300 mg/isoniacida 150 mg.	Etambutol 400mg.	Pirazinamida 500 mg.	Isoniacida 100 mg.	Etambutol 400 mg.
> 55 kg	2	3	3½	3	2½
40 -55 kg	2	2	3	3	2
< 40 kg	1 ½	2	2	2	1½

(1) Pág. 33

TABLA N° 3

ESQUEMA II 2RHZES/1RHZE/5R³H³E³

PESO ANTES DEL TRATAMIENTO	PRIMERA FASE DE 60 DOSIS DE ADMINISTRACIÓN DIARIA, SUPERVISADAS (2 MESES)				SEGUNDA FASE DE 30 DOSIS DE ADMINISTRACIÓN DIARIA, SUPERVISADA (1 MES)		
	ESTREPTOMICINA	RIFAMPICINA 300 MG/ISONIACIDA 150 MG	PIRAZINAMIDA 500 MG	ETAMBU TOL 400 MG	RIFAMPICINA 300 MG/ ISONIACIDA 150 MG	PIRAZINAMIDA 500 MG	ETAMBU TOL 400 MG
> 55 kg	0.75 kg	2	3½	3	2	3½	3
40 -55 kg	0.75 kg	2	3	2	2	3	2
< 40 kg	0.75 kg	1½	2	2	1½	2	2

TERCERA FASE DE 65 DOSIS 3 VECES POR SEMANA SUPERVISADAS (5 MESES)			
Peso inicio antes de la 3° fase de tratamiento	Isoniacida 100 mg	Rifampicina 300 mg/ Isoniacida 150 mg	Etambutol 400 mg
> 55 kg	3	2	4½
40 -55 kg	2	2	4
< 40 kg	2	1½	3

(1) Pág. 34

4.- SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO

Los enfermos con baciloscopia positiva deben ser vigilados con exámenes periódicos de expectoración.

Los enfermos con baciloscopia negativa y extrapulmonares serán vigilados fundamentalmente desde el punto de vista clínico.

ESQUEMA I - CASO NUEVO

La respuesta al tratamiento debe ser vigilada por baciloscopia de esputo mensual, no obstante se recalca que las siguientes baciloscopias no pueden faltar:

- Al final del segundo mes (final de la fase inicial)
- Al final del quinto mes.
- Al final del cuarto mes (final de tratamiento).

Al final de la primera fase del 85% de los pacientes tendrán un examen negativo, si el caso realmente fue clasificado como nuevo y el tratamiento fue estrictamente Supervisado.

Si la baciloscopia al final del segundo mes continua positiva:

- Continuar la fase inicial un mes mas.
- Pedir nueva baciloscopia al final del tercer mes.

Si la baciloscopia al final del tercer mes:

- Es negativa (-) pasar a la segunda fase.
- Si persiste positiva (+) pedir muestra para cultivo y test de sensibilidad - resistencia y continuar con la segunda fase (6HE). (1) Pág. 35

Si la baciloscopia al final del quinto mes persiste positiva= fracaso terapéutico (reiniciar con esquema II), en caso de no contar con resultados del cultivo solicitado al final del tercer mes, reiterar la solicitud de cultivos y sensibilidad. Si los resultados de sensibilidad - resistencia reportan resistencias a 2 o mas medicamentos, referir al paciente a un servicio especializado.

ESQUEMA II O RETRATAMIENTO

La vigilancia bacteriológica ser debe hacer en forma mensual, no obstante las siguientes baciloscopias no pueden faltar:

- Al final de la fase inicial (al final del tercer mes).
- Al final del quinto mes.
- Al final del octavo mes (al final del tratamiento).

Si la baciloscopia al final del 3er. mes continua positiva:

- Tomar muestra para cultivo y test de sensibilidad y resistencia.
- Continuar con la 2da. Fase (R,H,Z,E) en forma diaria con examen mensual de baciloscopia.
- Si es negativa (-) al 4to. o 5to. mes, continuar con la tercera fase.
- Si persiste positiva (+) al 5to. mes = fracaso terapéutico, derivara al paciente a un servicio especializado.
- Si los resultados de sensibilidad -resistencia, reportan resistencia a 2 o mas medicamentos, referir al paciente a un servicio especializado.

ESQUEMA III O PEDIÁTRICO

El seguimiento será fundamentalmente clínico, excepto en niños con tuberculosis pulmonar BAAR (+) y que son cooperadores, en los cuales deben realizarse baciloscopias de esputo:

- Al final del 2do. mes.
- Al final del 5to. mes.
- Al final del 6to. mes.

PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS

1.- VACUNACIÓN CON BCG.- La vacuna BCG (Bacilos de Calmette- Guerin) es una cepa atenuada del Mycobacterium bovis, que al aplicarse en los niños recién nacidos, reduce el peligro de la tuberculosis miliar y la

meningitis tuberculosa. Sin embargo, la BCG no previene la TB en general.

La BCG se aplica de forma intradérmica en la región deltoides del hombro derecho (en la unión del tercio superior y medio del brazo). La población blanco, son los niños recién nacidos con peso de 2000 gr. o mas y los menores de 3 años. La dosis normada por el P.A.I. (Programa Ampliado de Inmunizaciones) es de 0.1 cc.

Una complicación poco común son los abscesos, ulceraciones locales, adenopatías regionales, diseminación de la vacuna (conocida como Becegeitis). No es recomendable inyectar estreptomycinina ni aplicar INH en el absceso. De acuerdo a las recomendaciones de OMS/UICTER, la vacuna BCG no se debe aplicar a los niños con manifestaciones del SIDA, pero si a los infantes no vacunados con BCG y solo con VIH (+).

Dado que la vacuna BCG se produce en muchos países, se recomienda leer detenidamente el instructivo que acompaña al biológico para conocer las instrucciones del fabricante.

2.- CONTROL DE FOCO Y QUIMIOPROFILAXIS

El control de foco se realiza ante un caso BAAR (+)(caso índice o fuente), examinando a todos los contactos. Los principales contactos de un caso índice son los familiares, los compañeros de trabajo o las amistades mas cercanas.

También se debe hacer control de fondo ante un caso pediátrico, con el objeto de identificar la fuente, que por lo general es un adulto BAAR (+). (1) Pág. 43.

DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD:

En la mayoría de los casos, los ministerios de salud emprenden la reforma del sector salud. Reforma del sector salud, es un proceso que aspira cambiar de manera significativa las políticas, programas y procedimientos nacionales a través del cambio de las prioridades, leyes, reglamentos, estructura administrativa, organizativa y

ordenación financiera del sector salud. Las metas centrales a menudo buscan mejorar el acceso, la equidad, la calidad, la eficiencia y / o la sustentabilidad del sector.

ACCESO.- Se refiere a la presencia o ausencia de barreras físicas o económicas que pueden enfrentar las personas para usar los servicios de salud. Por barreras físicas, por lo general se entienden aquellas relacionadas con la disponibilidad y suministro general de los servicios de salud y la distancia a que se encuentran los establecimientos de salud. Por barreras económicas, por lo general se entienden aquellas relacionadas con el costo de buscar y obtener atención médica, con respecto a los ingresos del paciente o del hogar.

ANÁLISIS DEL ACCESO.- Una de las prioridades del sector salud es ampliar el acceso a servicios de salud eficaces en función de los casos, que maximicen el impacto en los resultados de salud para la población. Las iniciativas de reforma para mejorar al acceso pueden o no ser compatibles con las metas de las reformas por eficiencia y equidad.

EQUIDAD.- Con relación al sistema de salud, se puede referir indistintamente a diferenciar en el estado, utilización o acceso a la salud entre diferentes grupos de ingresos, socioeconómicos, demográficos, étnicos y /o de genero. La mayoría de las iniciativas en la reforma del sector salud orientadas hacia el desempeño del sistema, en países de ingresos medianos y bajos, se concentran en definitiva de equidad, relacionadas con el acceso y la utilización, se refiere a las desigualdades de acceso a través de distintos grupos de ingresos, esto es, centrado en la equidad para los "pobres" o de "protección a los pobres". Desde este punto de vista, las

reformas para mejorar la calidad, focalizarían los subsidios del gobierno en los pobres, establecerían encuestas sobre los medios económicos y exenciones de tarifas, basadas en los ingresos y/o tomarían medidas para eliminar las barreras al acceso físico de los grupos de menores recursos.

ANÁLISIS DE LA EQUIDAD.- Otras reformas que intentan promover la equidad se centran en los esfuerzos por eliminar las barreras económicas, que afectan el uso de cualquier tipo de servicio de salud requerido por las personas. En este caso, los indicadores apropiados, podrían ser aquellos relacionados con la disponibilidad o cobertura del seguro de salud (el que mancomuna el riesgo financiero y genera más equidad entre los enfermos y no enfermos al pagar por la atención de salud). En las reformas que buscan reducir la falta de equidad en la utilización de los servicios de salud, debido a desigualdades en los ingresos, se podrían considerar apropiados los indicadores que se refieren a la efectividad de la localización geográfica de los subsidios, protección de los pobres y otros grupos vulnerables de la población.

CALIDAD.- La calidad de atención tiene múltiples dimensiones, referencias de expertos, en el campo de la calidad de atención, se hace una distinción entre las dimensiones de estructura, procedimientos y resultados de la calidad. Donabedian, define la calidad de atención como "aquel tipo de atención de la que se espera que maximice una medida inclusiva del bienestar del paciente, después de tener en cuenta el equilibrio de las ganancias y pérdidas esperadas que asisten al proceso de la atención en todas sus partes".

Proceso generalmente se entiende, todo lo que ocurre durante la interacción entre el sistema de salud y el

usuario, la que incluye los aspectos interpersonales de la atención y también aquellos del contexto de la prestación del servicio (por ejemplo, salas de reconocimiento limpias, flujo ordenado de pacientes) que afectan directamente al paciente.

Una persona que escucha un mensaje de radio, que promueve la inmunización forma parte de este proceso de atención del mismo modo que una madre reciente que recibe consejos de nutrición en un servicio de salud.

Los Resultados incluyen las actitudes de un paciente (inclusive su satisfacción), los conocimientos respecto a su salud que adquiere el paciente y los cambios de comportamiento relacionados con la salud como posibles resultados.

Estructura se entienden todos los demás aspectos de un sistema de salud y el cliente, como establecimiento de salud, sistemas de seguro, medicamentos, sistemas de distribución de medicamentos, gestión y supervisión.
(5)Pág. 24.

ANÁLISIS DE LA CALIDAD.- Existen varios vínculos importantes entre la calidad de los servicios de salud y las iniciativas de reforma del sector salud emprendidos actualmente en varios países, ejemplo, el resultado final que esperan producir la mayoría de las reformas del sector salud, es decir, un mejor estado de salud, depende de la calidad de atención que se provee. Otros aspectos de un mejor desempeño del sistema analizado en esta guía (acceso, eficiencia, equidad y sustentabilidad) deben respaldar la prestación de servicios de salud eficaces, mientras que los esfuerzos por una mayor calidad necesitan garantizar que los servicios se entreguen de manera mas eficiente, que estén disponibles de manera mas equitativa y que sean sustentables, es decir, que resulten en un mejor estado de salud. De igual modo uno de los principales motivos para introducir medidas

destinadas a aumentar los ingresos, es mejorar la calidad, a menudo exclusivamente para garantizar que exista un suministro adecuado de medicamentos. La disponibilidad adecuada de medicamentos es un elemento importante en la calidad percibida por los pacientes. En situaciones donde los medicamentos se agotan con frecuencia, mejorar su suministro, es también uno de los factores más importantes para mejorar la eficiencia y eficacia de los trabajadores del sector salud.

Otras de las típicas iniciativas del sector de salud que intentan mejorar la calidad, se basan en recaudar ingresos para contar con fondos para el transporte, supervisión, extensión, servicios de ambulancia, así como la entrega de pequeños bonos por el buen desempeño de los trabajadores del sector y para el suministro de anestésicos, insumos de laboratorios, anticonceptivos y vacunas.

Encontrar los recursos y las capacidades para mejorar la calidad desde el punto de vista de los pacientes como de los profesionales de la salud, es uno de los principales factores limitativos, que enfrentan las iniciativas de reforma.

Muchas veces, hay diferencias claras entre los mejoramientos de la calidad percibidos por los pacientes y aquellos que los profesionales de la salud puedan considerar como mejoras.

Por ejemplo, si bien un suministro de medicamentos básicos es esencial, la demanda por medicamentos de parte de los pacientes puede estar en conflicto con una buena práctica de prescripción. Los pacientes posiblemente no reconozcan una buena práctica de diagnóstico, mientras que los profesionales de la salud batallan por lograr un mejor equipamiento y capacitación clínica. (5)Pág. 25.

EFICIENCIA.- Tradicionalmente, al igual que se aplica los programas o proveedores de salud individuales, la eficiencia tiene tres dimensiones (técnica, económica y de asignación) que se relaciona con los servicios de salud que se producen y con el modo en que se producen.

Para los efectos de una clara prestación, la "eficiencia" tal como se defina a continuación, se presenta sin una mención extensa de la calidad de los servicios de salud que se proveen. Cuando se aplican a los sistemas o proveedores de servicios de salud, en la interpretación del concepto de eficiencia a menudo se incluyen nociones de "efectividad" del servicio de atención de salud. A si mismo, a menudo se usan indicadores similares para medir la eficiencia y para medir los aspectos del proceso en la evaluación de la "calidad de atención". Es necesario tomar en cuenta los resultados de los indicadores de eficiencia y calidad cuando se evalúa el desempeño general del sistema de salud.

Un proveedor de salud es eficiente desde un punto de vista técnico, cuando produce el máximo de servicios (efectivos) físicos (por ejemplo números de visitas) para un determinado nivel de insumos. La eficiencia técnica es común en los sistemas de salud pública y a menudo es el resultado de fallas en la gestión y supervisión.

Un proveedor de salud es eficiente desde el punto de vista económico, si usa combinaciones de insumo (por ejemplo médicos, enfermeras, medicamentos) que le permiten producir un determinado nivel de servicios (efectivos) al menor costo. En el largo plazo, de eficiencia económica también exige a los proveedores que operen a una escala que les permita producir al menor costo unitario posible (aunque en mercados de tamaño reducido tal escala óptima no sea factible). A menudo se encuentra ineficiencia económica en aquellas situaciones en que los administradores tienen reducido o ningún

control sobre las combinaciones de insumos que utilizan, y donde los establecimientos se construyen para servir a mercados que son demasiados pequeños para soportar una escala de servicios óptimos.

Un proveedor de servicios es eficiente desde el punto de vista de la asignación cuando asigna los recursos a actividades en que estos tienen el máximo valor (esto es, cuando el nivel de producción de cada servicio producido es tal que el costo social marginal de la última unidad producida es igual a su valor social marginal). El sistema de salud asigna los recursos de manera eficiente, si produce una combinación y nivel óptimo de servicios de salud, donde "óptimo" significa que se obtiene la mayor cantidad de valor en salud para la mayor cantidad de personas por el costo incurrido (se entrega cada servicio hasta el punto donde su costo social marginal es igual a su valor social marginal).

ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA.- Los proponentes de algunos planteamientos frente a la reforma del sector salud, por ejemplo, critican a los gobiernos que asignan una alta proporción de los recursos a la atención hospitalaria, en lugar de asignarlos a la medicina preventiva y atención primaria. Desde este punto de vista, una asignación eficiente de los recursos del sector público y los indicadores relacionados, sería aquella que se centra en entregar ingentes recursos a servicios de atención primaria y medicina preventiva que podrían mejorar las dimensiones globales del estado de salud de la población (por ejemplo, tasas nacionales de mortalidad infantil, tasas de mortalidad materna y tasas de fertilidad).

Otras iniciativas de reforma podrían no objetar la asignación de una alta proporción del financiamiento estatal a la atención hospitalaria, porque juzgan los méritos de un servicio en base a la demanda de los usuarios (esto es, principalmente atención curativa y

hospitalaria). Estas iniciativas de reforma se concentrarían y usarían los indicadores relacionados en la importancia de la mancomunación de riesgos al pagar por servicios hospitalarios (esto es financiamiento del seguro social) que tiene el riesgo financiero mas alto para los hogares. (5) Pag.33

SUSTENTABILIDAD.- Al nivel de un sistema de salud, la "sustentabilidad" se refiere a la capacidad del sistema de continuar exitosamente con sus actividades normales en el futuro, en caso de suspenderse la ayuda extranjera. La mayoría de las definiciones de sustentabilidad también incluyen el requisito adicional de que el sistema debe ser capaz de aumentar sus actividades en el grado necesario para cubrir los aumentos generados por el crecimiento demográfico y económico. La sustentabilidad incluye dos dimensiones: la financiera y la institucional. La primera se refiere a la capacidad del sistema de salud de reemplazar los fondos de donantes suspendidos con fondos de terceros, normalmente internos. La segunda se refiere a la capacidad del sistema, si esta debidamente financiado, de reunir y manejar los recursos no financieros necesarios para llevar adelante sus actividades normales.

ANÁLISIS DE LA SUSTENTABILIDAD.- El concepto de sustentabilidad también se puede aplicar a un proyecto, donde se origino este concepto y a las instituciones dentro de un sistema de salud (por ejemplo un ministerio de salud, una organización no gubernamental). En el caso de un proyecto, la sustentabilidad se refiere a la capacidad del adjudicatario de movilizar recursos para financiar los costos ordinarios de un proyecto una vez terminado (esto es, una vez que a finalizado la fase de inversión del proyecto) y movilizar la experiencia

técnica para continuar con la actividad respaldada por el programa.

En el caso de un proyecto relacionado con una institución, el concepto de sustentabilidad se refiere a la capacidad de la institución de sobrevivir y continuar prestando los servicios que había proporcionado en el pasado y posiblemente ampliar sus operaciones para cubrir el crecimiento de la demanda, una vez que concluye la ayuda extranjera. El concepto de sustentabilidad institucional rara vez se aplica a instituciones comerciales, ya que se acepta que las operaciones normales de los mercados y la competencia hagan fracasar un cierto porcentaje de éstas dentro de un año determinado. (5) Pag.41.

VII. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

1. OBJETIVO GENERAL:

Implementar una estrategia de capacitación al personal de enfermería, para disminuir casos de pacientes que no llegan a recoger sus resultados de baciloscopia positiva del Instituto Nacional del Tórax.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Diseñar un programa de capacitación para el personal de enfermería.
- Ejecutar plan de supervisión al personal de enfermería del Instituto Nacional del Tórax.

VIII. PROCEDIMIENTO

1.- DISEÑO GENERAL DE LA CAPACITACIÓN

RESULTADOS ESPERADOS CON LA INTERVENCIÓN

- Reducir el numero de pacientes que no llegan a recoger sus resultados con baciloscopia positiva, de esta manera disminuir la transmisión de la enfermedad en la comunidad.
- Asegurar que todos los sintomáticos respiratorios tengan acceso al examen baciloscopico de sus expectoraciones con conocimiento de sus resultados.
- Garantizar el examen directo de esputo oportuno y de calidad en los laboratorios.
- Administrar el tratamiento único recomendado por pacientes en todos los casos nuevos en forma ambulatorio o en casos excepcionales en hospitalización.
- Garantizar la supervisión directa de la toma de tratamiento en servicio de todos los enfermos.
- Asegurar una atención de salud al paciente con calidad y eficiencia del personal de enfermería.

2.- CONTENIDO DE LA CAPACITACIÓN

El trabajo con los contenidos de la capacitación involucra:

LA ORGANIZACIÓN DE LOS CONTENIDOS

1. Magnitud del problema de los pacientes que no llegan a recoger sus resultados con baciloscopia positiva a nivel departamental.
2. Objetivos del programa nacional de control de la tuberculosis.
3. Aspectos generales de la tuberculosis (aspectos esenciales de la tuberculosis, transmisión de los bacilos tuberculosos, clínica de la tuberculosis,

forma de la enfermedad, complicación de la tuberculosis).

4. Normas de localización en casos de diagnóstico.
 - Definición de caso de tuberculosis.
 - Diagnóstico.
 - Detección positiva y búsqueda activa de los casos.
5. Normas de tratamiento de la tuberculosis.
 - Recomendaciones generales.
 - Medicamentos esenciales en el tratamiento de la tuberculosis
 - Esquemas terapéuticos.
 - Seguimientos de pacientes
 - Vigilancia y manejos.
6. Significación de la calidad de los servicios de la salud relacionada al programa de la tuberculosis.
 - Breve revisión de la atención de calidad.
 - Motivos para evaluar y mejorar la calidad asistencial.
 - La administración o gerencia de la calidad.
 - Calidad en los servicios de salud.

3.- ACTIVIDADES TÉCNICAS

- 1. MAGNITUD DEL PROBLEMA DE LOS PACIENTES QUE NO LLEGAN A RECOGER SUS RESULTADOS CON BACILOSCOPIA POSITIVA.**
- 2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA NACIONAL DEL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS.**

OBJETIVO:

Identificar los problemas principales que causan a que los pacientes no lleguen a recoger sus resultados de baciloscopia positiva del hospital.

MATERIALES:

DURACIÓN:

50 minutos

PROCEDIMIENTO:

1. Explique al grupo en que consiste esta dinámica.
2. Se utilizara una técnica de análisis.

LA NOTICIA.

Es útil para buscar el trasfondo a determinados mensajes.

1. Se analizara en grupo el tema como una noticia reforzada por los diferentes órganos de prensa.
2. La orientación que cada participante aporta, los argumentos que se utilizaran con una visión de la realidad.
3. Por ultimo se realizara una redacción sobre el tema con una noticia sobre hechos que aportan desde un ángulo que observa el grupo.

3. ASPECTOS GENERALES DE LA TUBERCULOSIS

OBJETIVOS:

Analizar los conocimientos de los participantes sobre la tuberculosis.

MATERIALES:

- Tarjeta de cartulina
- Marcadores
- Cinta adhesiva

DURACIÓN:

60 minutos

PROCEDIMIENTO:

1. Se explicara al grupo la dinámica a utilizar.
2. Se utilizara una técnica de evaluación "el tiro al blanco".
3. Es una técnica útil para evaluar conceptos, conocimientos.
4. Se preparan el contenido del tema, solo en preguntas.
5. Los participantes elaboran tarjetas en los cuales colocaran respuestas a las preguntas.
6. Luego se colectivizan las tarjetas (lluvia de ideas) se hacen coincidir preguntas y respuestas.
7. Si la respuesta corresponde directamente con la pregunta, se colocara al centro, si parcialmente alejado del centro y si no corresponde es contemplada fuera del centro y si no corresponde es contemplada fuera de la diana.

4. NORMAS DE LOCALIZACIÓN EN LOS CASOS Y DIAGNÓSTICOS DE TUBERCULOSIS

OBJETIVO:

- Reconocer los diferentes diagnósticos de tuberculosis.
- Identificar la detección pasiva y búsqueda activa.

MATERIALES

- Marcadores
- Papelografo

DURACIÓN:

- 60 minutos

PROCEDIMIENTO:

1. Explica la dinámica al grupo
2. Se utilizara una técnica de análisis "lluvia de ideas".
3. Esta técnica es útil, porque busca un conjunto de ideas o conocimientos y llegar a la síntesis, conclusiones y acuerdos comunes.
4. A partir de un tema o un problema se recogen en un papelografo o en un pizarrón, todas las ideas que se produzcan por el plenario en orden que aparezcan.
5. Luego se discute cada una de las ideas o soluciones eliminándolas o aceptándolas.
6. El coordinador debe hacer una síntesis final del resultado de trabajo y cuidar no desmeritar las ideas eliminadas sino resaltar las más acertadas.

5. NORMAS DE TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

OBJETIVO

- Dar información sobre los diferentes tratamientos de tuberculosis con el propósito de reflexionar y entender sobre la atención al paciente que inicia el tratamiento.

MATERIAL:

- Material de escritorio

DURACIÓN:

- 60 minutos

PROCEDIMIENTO:

1. Explicar el procedimiento a los participantes.
2. Se utilizara una técnica de análisis "juego de roles".
3. Esta técnica es útil para analizar, actitudes, reacciones de las personas.
4. Exige defender los roles a partir de otras posiciones, lo que implica preparación.
5. Cada participante asumirá su rol según su visión personal y con completa independencia.
6. Lo que exige al coordinador es mucha atención y flexibilidad luego de la "dramatización" se pasa a la discusión en pleno.
7. La discusión no se basa en la situación representada, sino en el comportamiento individual de los roles.

6. SIGNIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD RELACIONADO CON EL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS

OBJETIVO

- Conocer que esperan de nosotros los pacientes de tuberculosis con servicios de salud con calidad.

MATERIAL:

- Material de escritorio.

DURACIÓN:

- 60 minutos

PROCEDIMIENTO

1. Explicar al grupo la dinámica.
2. Se utilizara una técnica de evaluación "como me veo y como me ven".
3. Esta técnica es útil para evaluaciones parciales e individuales en grupos pequeños de trabajo.
4. Se distribuye tarjetas para que cada integrante de grupo se evalúe así mismo en relación con el trabajo que desempeña "en la atención a los pacientes y a todos los demás en cuanto a la participación de la actividad" (sobresalen bien, regular o mal).
5. En la pizarra se colocan los nombres de todos vertical y horizontalmente de manera que se pueda graficar la evaluación que cada uno hizo de cada uno.
6. Se colocan todas las evaluaciones y se promueve el análisis (no la discusión) de las mismas. Pueden evaluarse otros aspectos de interés.

4. LOS RECURSOS

Existen una serie de ayudas visuales que sirven como de las palabras, con ello pretendemos:

- Resaltar los puntos más importantes de la exposición.
- Expresar ideas en forma concreta, objetiva y clara.
- Concentrar la atención de los oyentes mas distraídos.
- Dar más dinamismo a la presentación.
- Dar énfasis visual a los conceptos principales o puntos salientes, además recuerde que lo que oye y se ve es mas fácil recordar y comprender.
- Una imagen vale más que mil palabras.

Las ayudas que se utilizaran serán:

- Los recursos más tradicionales son el pizarrón y el portafolios (papelografo).
- Otro recurso que se utilizara es la proyección de transparencias (filminas) o de imágenes a través del Data Show, el cual deberá contener un mensaje sencillo, debe ser atractiva en cuanto a su diseño, implica conjugar tamaño de letras y colores y debe resaltar conceptos claves.

5. EVALUACIÓN

La evaluación es un proceso que se desarrollara a lo largo de todo un proceso de capacitación y no solo al final de la actividad educativa, se realizara:

1. LA EVALUACIÓN FORMATIVA

El capacitador a través de las actividades de aprendizaje durante el curso ya obteniendo información acerca del avance del grupo y el rendimiento de los participantes.

2. LA EVALUACIÓN FINAL O SUMATIVA

En el cual se implementa al final del curso para valorar el grado de cumplimiento de los objetivos de aprendizaje propuesto, la evaluación sumativa resulta un instrumento que recapitula los contenidos desarrollados a lo largo del curso.

Se podrá desarrollar:

- Con preguntas cerradas.
- Preguntas de desarrollo y resolución de problemas.

Es muy importante también: se realizara un instrumento que permita a los participantes evaluar el curso recibido mediante cuestionario de evaluación.

EL PLAN DE CAPACITACIÓN

De que deberán ser capaces los participantes cuando finalicen el curso?	Objetivos
Para ello que deberán aprender? Que forma se utilizara para facilitarles el aprendizaje	Contenidos
Que forma se utilizara para facilitarles el aprendizaje?	Actividades y técnicas
Que medios se van a necesitar?	Recursos
Como van a saber, participantes e instructor, que se lograron los objetivos del aprendizaje?	Evaluación

ETAPAS DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN

PRIMERA ETAPA, PREPARACIÓN DE PARTICIPANTES PARA EL APRENDIZAJE.

Es la etapa de introducción al curso, tiene una gran importancia para la creación de un clima favorable y de confianza.

Se intenta crear una atmosfera cordial gratificante, que favorezca el mutuo conocimiento de los participantes.

- **El capacitador debe tener en cuenta las siguientes consideraciones:**

Presentarse y presentar el curso.

Procure presentar el curso de naturalidad y humildad, no haga a los participantes como "alumnos de un maestro".

Tenga en cuenta que es mejor, presentarse desde el rol de facilitador de aprendizaje que de "súper-experto" luego explique claramente el objetivo del curso enfatizando los beneficios del curso.

- **Fijar el plan de trabajo.**

Explique las pautas de trabajo y la dinámica de trabajo durante todo el desarrollo del grupo.

- **Presentaciones de los participantes y diagnostico del grupo.**

Si los participantes no se conocen es necesario realizar una dinámica de presentación. Es necesario que con la presentación expresen sus ideas y expectativas del curso.

Con dicha presentación se puede realizar un diagnostico del grupo con respecto a las expectativas, su experiencia, conocimientos previos y actitud frente al curso.

2.- SEGUNDA ETAPA: PRESENTACIÓN DEL TEMA

Para la presentación de los temas se debe organizar de la siguiente manera:

- α Exponga los contenidos de acuerdo al orden previsto en el plan.
- α Las exposiciones no deben ser extensas, no se trata de clases magistrales o conferencias, recuerde que su rol es de facilitador.
- α Apoye su exposición con recursos visuales.
- α Muéstrese accesible para recibir opiniones y preguntas.
- α deténgase si percibe que quedo puntos sin comprender, realice las aclaraciones oportunas.
- α Utilice ejemplos familiares o de casos reales para los participantes.
- α Al finalizar la exposición, retome las ideas principales presentadas a modo de cierre del tema.

3.- TERCERA ETAPA: APLICACIÓN PRÁCTICA, EJERCITACIÓN

- α Genere una instancia para que los participantes trabajen toda la información recibida, implica resumirla, analizarla, aplicarla en situaciones, casos reales, concretos, completarla y compararla.
- α Es importante que los participantes comprendan claramente que tienen que hacer, cuando se trabaja con grupos pequeños, es conveniente que sugiera conformación de subgrupos.
- α El capacitador supervisara el desarrollo de la tarea grupal orientándolos.

4.- CUARTA ETAPA: PUESTA EN COMÚN DE RESULTADOS DEL TRABAJO DE APLICACIÓN A LA PRÁCTICA

- α Si se trabaja en grupo, solicite que se exponga los resultados del trabajo de grupo.
- α Los participantes comparan los resultados, realizando una autoevaluación y corrección grupal.
- α Intervenga el último momento para recapitular y reforzar los conceptos más principales del tema.

5.- QUINTA ETAPA: FINALIZACIÓN DE LA CAPACITACIÓN

- α Se trata de un momento para reflexionar y evaluar el proceso de desarrollo y resultados obtenidos, es una oportunidad para revisar su propia práctica.
- α Se evaluara las actividades y contenidos de trabajo en el día, se reforzara los puntos más débiles.
- α Se realizara un análisis, como las formas de mejorar la actividad, se analizara la opinión de los participantes sobre el curso, se puede realizar un plan de curso, para el futuro con los participantes.

CUADRO DEL DISEÑO DE LA CAPACITACIÓN

FECHA LUGAR: HORA	TEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TECNICA	GRUPO	MATERIAL	RESPONSABLE
Del 15-I-02 Auditórium del Instituto Nacional del Tórax Horas: 9 a.m. - 12	1.- Magnitud del problema de los pacientes que no llegan a recoger sus resultados con baciloscopia positiva. 2.- Objetivos del programa nacional del control de la Tuberculosis.	Identificar los problemas principales que causan los pacientes que no llegan a recoger sus resultados de baciloscopia positiva.	Proceso de capacitación	Técnica de análisis la noticia.	Personal de enfermería encargado del Programa de tuberculosos del Instituto Nacional del Tórax	Cartulina Papelógrafo Masquing Marcadores Bolígrafos	Coordinadora Facilitador
Del 16-I-02 Auditórium del Instituto Nacional del Tórax Horas: 9 a.m. - 12	3. Aspectos generales de la Tuberculosis	Analizar los conocimientos de los participantes sobre la tuberculosis.	Proceso de capacitación	Técnica de análisis Tiro al blanco.	Personal de enfermería encargado del Programa de tuberculosos del Instituto Nacional del Tórax	Cartulina Papelógrafo Masquing Marcadores Bolígrafos	Coordinadora Facilitador
Del 17-I-02 Auditórium del Instituto Nacional del Tórax Horas: 9 a.m. - 12	4.- Normas de localización en los casos y diagnóstico de la tuberculosis.	Reconocer los diferentes diagnósticos de la TB. Identificar la detección pasiva y la búsqueda activa.	Proceso de capacitación	Técnica de análisis Lluvia de ideas	Personal de enfermería encargado del Programa de TB.del Instituto Nacional del Tórax	Cartulina Papelógrafo Masquing Marcadores Bolígrafos	Coordinadora Facilitador

FECHA LUGAR:	TEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TÉCNICA	GRUPO	MATERIAL	RESPONSABLE
-------------------------	-------------	------------------	--------------------	----------------	--------------	-----------------	--------------------

HORA							
Del 18-I-02 Auditórium del Instituto Nacional del Tórax Horas: 9 a.m. - 12	5.- Normas de tratamiento de la Tuberculosis	Dar información sobre los diferentes tratamientos de la tuberculosis con el propósito de reflexionar y entender sobre la atención al paciente que inicia tratamiento.	Proceso de capacitación	Técnica de análisis Juego de roles	Personal de enfermería encargado del Programa de tuberculo s del Instituto Nacional del Tórax	Cartulina Papelógrafo Masquing Marcadores Bolígrafos	Coordinadora Facilitador
Del 19-I-02 Auditórium del Instituto Nacional del Tórax Horas: 9 a.m. - 12	6.- Significación de la calidad de los servicios de salud relacionado con el programa de Tuberculosis.	Conocer qué esperan los pacientes de tuberculosis de los servicios de salud y del personal de salud del programa de tuberculosis.	Proceso de capacitación	Técnica de análisis Cómo me veo y cómo me ven.	Personal de enfermería encargado del Programa de tuberculo s del Instituto Nacional del Tórax	Cartulina Papelógrafo Masquing Marcadores Bolígrafos	Coordinadora Facilitador

IX.DISEÑO METODOLÓGICO:

- a) Tipo de estudio:** Descriptivo y prospectivo.
- b) Universo:** Población de sintomáticos respiratorios que realizaron baciloscopias, 1202 pacientes en el Instituto Nacional del Tórax, del primer semestre de la gestión 2001.
- c) Muestra:** Se tomara en cuenta a los 99 pacientes con baciloscopia que no llegan a recoger sus resultados de los cuales, 13 con baciloscopia positiva del Instituto Nacional del Toras en el primer semestre de la gestión 2001.
- d) Instrumento:**
- Kardex de laboratorio de pacientes que no recogieron resultados.
 - Libro de laboratorio.
 - Registros de la secretaria departamental de salud.
 - Encuestas el personal de enfermería.
 - Encargado de la atención a pacientes del programa de tuberculosis.
- e) Escenario de trabajo:**
- Instituto Nacional del Tórax
 - Biblioteca
- f) Recursos:**
- Recursos humanos, 3 licenciadas de enfermería.
 - Material de escritorio.
- g) Tiempo:**
- 2 meses

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD/MES	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAYO	JUN.
Elaboración de proyecto	XXXX							
Preparación Lugar		XX	X				X	
Auditórium Selección de los expositores		X	X				X	
Capacitación Evaluación. Supervisión			X	X			X	X

PRESUPUESTO

RECURSO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TIEMPO	COSTO	FINANCIADOR
Coordinador	1	4000	6 meses	24.000	PNCT
Facilitador	1	2000	6 meses	12.000	PNCT
Materiales				1.800	PNCT
Refrigerio	40	25	10 días	1.000	PNCT
Imprevisto				1.000	PNCT
TOTAL	42			39.800	PNCT

X. BIBLIOGRAFÍA

1. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
Manual de Normas Técnicas. Ministerio de Salud y previsión social. Edición 1999.
2. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
Plan Quinquenal. Ministerio de salud y previsión social. Edición 1999-2004.
3. MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS para el control de la tuberculosis. Ministerio de desarrollo Humano, secretaria Nacional de la salud. Edición 1996.
4. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS.
Estrategia de Información Educación y Comunicación (IEC). Edición 2001-2004.
5. MEDICIÓN DE RESULTADOS DE LA REFORMA DE SECTOR SALUD EN CUANTO AL DESEMPEÑO DEL SISTEMA. Edición, Septiembre 1997.
6. MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL, PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD, Escudo epidemiológico 1997-2002.
7. MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL: Prefectura del Departamento; Servicio departamental de Salud; Sistema de Información en salud. Anuario N° 13. Estadísticas de Salud 1999.

ANEXOS

CUADRO N° 1

**CASOS DE PACIENTES CON BACILOSCOPIA POSITIVA QUE NO
RECOGIERON RESULTADO DEL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD**

LA PAZ EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2001

MES	PACIENTES CON BACILOSCOPIA POSITIVA QUE NO RECOGIERON RESULTADOS	
	N°	%
ENERO	29	29
FEBRERO	31	31
MARZO	40	40
TOTAL	100	100

FUENTE: Registro de informe del Programa de Tuberculosis del Servicio Departamental de Salud La Paz.

ANÁLISIS: En el siguiente cuadro se observa a los pacientes con baciloscopia positiva que no recogieron resultado a nivel departamental.

En el mes de enero se presenta un 29%, en el mes de febrero se presenta un 31% y en el mes de marzo un 40% de un total de 100 pacientes en el primer trimestre del año 2001.

CUADRO N° 2

**CASOS DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS CON BACILOSCOPIAS
REALIZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX DURANTE EL
PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2001**

RESULTADO DE BACILOSCOPIA	BACILOSCOPIA REALIZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX POR PACIENTE		PACIENTES CON BACILOSCOPIAS QUE NO RECOGIERON RESULTADO	
	Nº	%	Nº	%
NEGATIVA	1021	85	86	7,15
POSITIVA	181	15	13	1,
TOTAL	1202	100	99	8,2

FUENTE: Cuaderno de sintomáticos Respiratorio
Laboratorio y Kardex de Pacientes del Instituto
Nacional del Tórax de la Gestión 2001.

ANÁLISIS: En el siguiente cuadro se observa
Que se realizaron 85% de Baciloscopia negativa
y un 15% baciloscopia positiva de un total de
1202 de pacientes y existe un 8.2% de
Baciloscopia positiva y negativa que no
recogieron resultado del Instituto Nacional del
Tórax durante el primer semestre de la gestión
2001.

CUADRO N° 3

INFORME MENSUAL DE PACIENTES QUE NO RECOGIERON RESULTADO DE LABORATORIO DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2001

MES	RESULTADO DE BACILOSCOPIAS				SUBTOTAL DE BACILOSCOPIA POR MES	
	NEGATIVO		POSITIVA		N°	%
	N°	%	N°	%		
ENERO	11	11	2	2	13	13
FEBRERO	15	15	4	4	19	19
MARZO	11	11	4	4	15	15
ABRIL	16	16	0	0	16	16
MAYO	21	21	1	1	22	23
JUNIO	12	12.1	1	1	14	14
SUBTOTAL	86	86.8	13	13.13	99	100
TOTAL					99	100

FUENTE: Kardex de casos de pacientes que no recogieron resultado de baciloscopia del Instituto Nacional del Tórax de la gestión 2001.

ANÁLISIS: En el siguiente cuadro se observa que existe un 87% con baciloscopia negativa y un 13% con baciloscopia positiva de un total de 99 pacientes que no recogieron resultado de laboratorio en el primer semestre de la gestión 2001.

CUADRO N° 4

**HORARIO DE ATENCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
RESPONSABLES DEL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS
DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX**

SERVICIOS DE SALUD	HORARIO DE ATENCIÓN	NUMERO DE ENFERMERAS QUE TRABAJA EN LOS SERVICIOS	
		N°	%
NEUMOLOGIA	24 H	13	87
CONSULTORIO EXTERNO	8 H	2	13
TOTAL		15	100%

FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería responsable en la atención de pacientes del programa de tuberculosis.

ANÁLISIS: En el siguiente cuadro se observa que un 87% del personal de enfermería responsable de la atención a pacientes del Programa de Tuberculosis trabaja en un horario de atención del servicio de 24 horas y un 13% trabaja en un horario de servicio de 8 horas por lo que el horario no representa un problema.

CUADRO N° 5

NUMERO DE PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE
TRABAJA CON PACIENTES DEL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS
EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX

PERSONAL DE ENFERMERÍA	N°	%	PERSONAL DE ENFERMERÍA				
			SUFICIENTE		INSUFICIENTE		EN EXCESO
			N°	%	N°	%	
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA	6	40	1	7	5	33	0
AUXILIARES DE ENFERMERÍA	9	60	0	0	9	60	0
TOTAL	15	10	1	7	14	93	0

FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería responsable de la atención de paciente del programa de tuberculosis del Instituto Nacional del Tórax.

ANÁLISIS: En el siguiente cuadro se observa que existe 40% de enfermeras profesionales y un 60% de 15 enfermeras; sin embargo existe un 93% donde indican que el personal es insuficiente.

CUADRO N° 6

**IDIOMA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA RESPONSABLE DE LA
ATENCIÓN AL PACIENTE DEL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS DEL
INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX**

IDIOMAS	PERSONAL DE ENFERMERÍA	
	N°	%
ESPAÑOL	1	7
ESPAÑOL AYMARA	4	27
ESPAÑOL QUECHUA	2	13
ESPAÑOL AYMARA QUECHUA	8	53
TOTAL	15	100

FUENTE: Encuesta realizadas al personal de enfermería Responsable en la atención de pacientes del programa de tuberculosis del Instituto Nacional del Tórax.

ANÁLISIS: En el siguiente cuadro se observa que el 53% habla tres idiomas y el 23% habla dos idiomas aymara y español.
El idioma no representa una dificultad.

CUADRO N° 7

ULTIMA CAPACITACIÓN RECIBIDA SOBRE
EL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS AL
PERSONAL DE ENFERMERÍA

TIEMPO DE ULTIMA CAPACITACIÓN	N° DE ENFERMERAS	
	N°	%
HACE 1 AÑO	7	47
HACE 3 MESES	2	13
HACE 1 MES	2	13
NO SE REALIZO NINGUNA	4	27
TOTAL	15	100

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería responsables en la atención de pacientes del programa de tuberculosis del Instituto Nacional del Tórax.,

ANÁLISIS: En el siguiente cuadro se observa que el personal de enfermería fue capacitado desde hace un año el 47%, desde hace 3 meses, el 26%, también se encuentra el personal que no recibió ninguna capacitación 27%.

CUADRO N° 8

**ACTIVIDADES QUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA REALIZA FRENTE
A LOS PACIENTES CON BACILOSCOPIA POSITIVA QUE NO
RECOGIERON RESULTADO DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	DE PERSONAL	DE ENFERMERÍA
	N°	%
SIGUE NORMAS	4	27
REALIZA VISITAS DOMICILIARIAS	4	27
REALIZA CHARLAS EDUCATIVAS	4	26
NO SE REALIZA NINGUNA ACTIVIDAD	3	20
TOTAL	15	100

FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería responsable de la atención de paciente del programa de tuberculosis del Instituto Nacional del Tórax.

ANÁLISIS: En el siguiente cuadro se observa las actividades que realiza el personal de enfermería; se sigue normas 27%, visitas domiciliarias 27%, charlas educativas en un 26% y no realizan ninguna actividad un 20% del total de los enfermos encuestados.

CUADRO N° 9

ACTIVIDADES QUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SUGIERE QUE SE REALICE FRENTE A LOS PACIENTES CON BACILOSCOPIA POSITIVA QUE NO RECOGIERON RESULTADO DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX

SUGERENCIA DE ACTIVIDADES	PERSONAL	DE ENFERMERÍA
	N°	%
SEGUIR NORMAS	6	40
REALIZAR SEGUIMIENTOS	4	27
REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS	2	13
REALIZAR CHARLAS EDUCATIVAS AL PACIENTE	2	13
NO SE SUGIERE NADA	1	7
TOTAL	15	100

FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería responsable de la atención de paciente del programa de tuberculosis del Instituto Nacional del Tórax.

ANÁLISIS: En el Cuadro siguiente se observa las actividades que sugieren realizar: Seguir normas un 40% realizar seguimiento 27%, realizar visitas domiciliarias, 13 realizar charlas educativas al paciente; 13% no sugiere nada 7% del total de enfermeras encuestadas.

CUADRO N° 10

**CAUSAS QUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ATRIBUYE A QUE LOS
PACIENTES NO RECOGEN LOS RESULTADOS DE
LABORATORIO DEL INSTITUTO NACIONAL DL TÓRAX**

CAUSAS	N°	%
Poca información de la enfermedad	6	40
Falta de educación	2	13
Pacientes fugas	22	13
Pacientes provienen de lugares alejados	2	13
Recogen sus resultados	1	1
No exponen causas	2	14
TOTAL	15	100

FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería responsable de la atención de paciente del programa de tuberculosis del Instituto Nacional del Tórax.

ANÁLISIS: En el siguiente cuadro se puede observar que la principal causa es la poca información de la enfermedad que tiene el paciente con un 40% del total de las causas.

La Paz, 12 de noviembre de 2001

Señor

Dr. Andrey Miranda

RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS

INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX

Presente.

Mediante la presente saludamos a usted cordialmente, el motivo de la misma es para solicitar a su autoridad para proporcionarnos información sobre; los casos de perdida inicial (Pacientes nuevos que no llegan a recoger sus resultados de baciloscopias BAAR (+)), del primer semestre de la gestión 2001 del Instituto Nacional del Tórax.

Se realizara un proyecto de intervención con defensa como modalidad de egreso del Postgrado de Atención Primaria en Salud (Salud Publica) de la Universidad Mayor de San Andrés, facultad de Medicina, Carrera de enfermería.

Agradeciendo de antemano por su colaboración nos despedimos de usted.

Atentamente,

Lic. Reyna Choque

Lic. Wilma Apaza

Lic. Adelaida Chuquimia

La Paz, 12 de noviembre de 2001

Señora

Dra. Roxana Zambrana

**JEFA DEPARTAMENTAL LABORATORIO DE TUBERCULOSIS
INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX**

Presente.

Mediante la presente saludamos a usted cordialmente, el motivo de la misma es para solicitar a su autoridad para proporcionarnos información sobre; los casos de perdida inicial (Pacientes nuevos que no llegan a recoger sus resultados de baciloscopias BAAR (+)), del primer semestre de la gestión 2001 del Instituto Nacional del Tórax.

Se realizara un proyecto de intervención con defensa como modalidad de egreso del Postgrado de Atención Primaria en Salud (Salud Publica) de la Universidad Mayor de San Andrés, facultad de Medicina, Carrera de enfermería.

Agradeciendo de antemano por su colaboración nos despedimos de usted.

Atentamente,

Lic. Reyna Choque

Lic. Wilma Apaza

Lic. Adelaida Chuquimia

**ENCUESTA DE PROGRAMA DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE
ENFERMERÍA SOBRE TUBERCULOSOS**

**SEDES..... DISTRITO.....
SERVICIO DE SALUD.....**

1. Mencione el horario de atención del servicio de salud donde Ud. trabaja.

- a) 24 horas
- b) 12 horas
- c) 8 horas
- d) 6 horas

2. Mencione el número de personal de Enfermería con que cuenta el servicio para la atención de pacientes con tuberculosis en los 3 turnos.

R.-

3. Indique el número de personal de Salud responsable de atención al paciente tuberculoso:

- a) Médico
- b) Enfermera
- c) Auxiliar
- d) Técnico
- e) Otros

4. Considera usted que el personal de enfermería para el programa de tuberculosis es:

- a) Suficiente
- b) Insuficiente
- c) En exceso

Porque.....
.....

5. Que idiomas habla Ud.

- a) Español
- b) Quechua
- c) Aymara
- d) Español y quechua
- e) Español y aymara

6. Hace cuanto tiempo paso de su última capacitación sobre el programa de tuberculosis y aprendió lo que le enseñó?
 R.....

7. Actualmente implementa lo aprendido?
 SI NO Porqué.....
8. Que hace usted como personal de enfermería en los pacientes que no recogieron resultados con baciloscopia (+)
 R.....

9. Qué actividad surgiere realizar para disminuir el número de pacientes que no llegan a recoger los resultados de baciloscopia positiva?
 R.....

10. En el Instituto Nacional del Tórax, existen 10-15 paciente por mes que no recogen sus resultados de baciloscopia. Por qué cree usted que no recogen sus resultados?.
 R.....

11. Mencione el material educativo de tuberculosis con el que cuenta el servicio?
 R.....
