



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y
ENFERMERÍA ESCUELA DE ENFERMERÍA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LA TUBERCULOSIS
EN LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD SANTA FE –
CALLAO DURANTE ENERO 2011 – DICIEMBRE 2015**

PRESENTADA POR

SILVIA PATRICIA CARRASCO CARRASCO

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

LIMA – PERÚ

2016



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LA TUBERCULOSIS
EN LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD SANTA FE –
CALLAO DURANTE ENERO 2011 – DICIEMBRE 2015**

TESIS

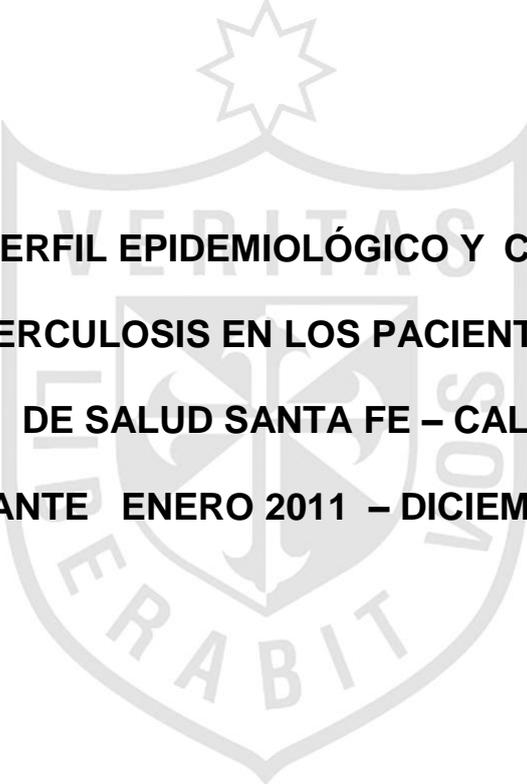
PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

PRESENTADO POR:

CARRASCO CARRASCO, SILVIA PATRICIA

LIMA-PERÚ

2016



**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO
DE LA TUBERCULOSIS EN LOS PACIENTES DEL CENTRO
DE SALUD SANTA FE – CALLAO
DURANTE ENERO 2011 – DICIEMBRE 2015**

ASESORA

Mg. Ysabel Carhuapoma Acosta



MIEMBROS DEL JURADO

Dra. Silvia Salazar Vilchez

Mg. Antonieta Bazalar Nicho

Mg. Rocío Adriazola Casas



DEDICATORIA

A Dios por darme la fortaleza para seguir adelante, a mi madre por ser la luz que me ha impulsado a ser mejor persona y mi asesora quien ha guiado cada uno de mis pasos para culminar mi investigación.

ÍNDICE

	Páginas
PORTADA	i
TÍTULO	ii
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO	iii
DEDICATORIA	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	10
MATERIAL Y MÉTODO	20
RESULTADOS	23
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN	41
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

	Páginas
Figura 1: Prevalencia de los Casos de Tuberculosis en el Centro de Salud Santa Fe Callao 2011 – 2015	23
Figura 2: Incidencia de los Casos de Tuberculosis en el Centro de Salud Santa Fe Callao 2011 – 2015	24
Tabla 1: Distribución de los casos según el indicador Persona en el Centro de Salud Santa Fe Callao 2011 – 2015	25
Figura 3: Distribución de los casos de Tuberculosis según Lugar de Procedencia en el Centro de Salud Santa Fe Callao 2011 – 2015	26
Figura 4: Distribución de los casos de Tuberculosis según Población Vulnerable en el Centro de Salud Santa Fe Callao 2011 – 2015	27
Figura 5: Distribución de los casos de Tuberculosis según Hábitos Nocivos en el Centro de Salud Santa Fe Callao 2011 – 2015	28
Figura 6: Distribución de los casos de Tuberculosis según Antecedentes Familiares en el Centro de Salud Santa Fe Callao 2011 – 2015	29
Figura 7: Distribución de los casos de Tuberculosis según Parentesco de la persona con Tuberculosis en el Centro de Salud Santa Fe Callao 2011 – 2015	30
Figura 8: Distribución de los casos según Tipos de Tuberculosis en el Centro de Salud Santa Fe Callao 2011 – 2015	31
Figura 9: Distribución de los casos según Tipos de Tuberculosis Extrapulmonar en el Centro de Salud Santa Fe Callao 2011 – 2015	35
Figura 10: Distribución de los casos de Tuberculosis según Criterios Diagnósticos de en el Centro de Salud Santa Fe Callao 2011 – 2015	33
Figura 11: Distribución de los casos de Tuberculosis según Baciloscopia Diagnóstica en el Centro de Salud Santa Fe Callao 2011 – 2015	34
Figura 12: Distribución de los casos de Tuberculosis según Cultivo Diagnóstico en el Centro de Salud Santa Fe Callao 2011 – 2015	35

Figura 13: Distribución de los casos de Tuberculosis según Perfil de Sensibilidad en el Centro de Salud Santa Fe Callao 2011 – 2015	36
Figura 14: Distribución de los casos de Tuberculosis según Esquema de Tratamiento en el Centro de Salud Santa Fe Callao 2011 – 2015	37
Figura 15: Distribución de los casos de Tuberculosis según Condición de Ingreso en el Centro de Salud Santa Fe Callao en los años 2011- 2015	38
Figura 16: Distribución de los casos de Tuberculosis según Condición de Egreso en el Centro de Salud Santa Fe Callao 2011 – 2015	39
Figura 17: Distribución de los casos de Tuberculosis según Comorbilidad en el Centro de Salud Santa Fe Callao 2011 – 2015	40



RESUMEN

Objetivo: 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.

Material y método: Estudio de enfoque cuantitativo epidemiológico, de tipo observacional, descriptivo de corte transversal y retrospectivo. El universo estuvo constituido por 113 pacientes atendidos en el periodo Enero 2011 a Diciembre 2015. La técnica utilizada fue la observación y como instrumento la ficha epidemiológica del MINSA.

Resultados: Durante el periodo 2011- 2015 existió una prevalencia decreciente de 16.5% a 10.9% y una incidencia decreciente de 29.6% a 19.6%. Características epidemiológicas: Adultos(32%), varones (65%); con BCG(94%), estado nutricional normal (56%). Características clínicas: Tuberculosis Pulmonar(76%), recibiendo tratamiento con esquema sensible(90%), casos nuevos(76%), curados (73%) y sin comorbilidad (63%).

Conclusiones: La Prevalencia e incidencia de Tuberculosis en el transcurso de los años 2011 – 2015, ha sido de tendencia decreciente. En las características epidemiológicas predominaron los adultos masculinos, instrucción secundaria, trabajadores independientes, solteros, con BCG, estado nutricional normal, provenientes de la Urb. Santa Marina Sur, no presentaron vulnerabilidad y tampoco hábitos nocivos. En relación a las características clínicas, presentaron como principal contacto a los amigos, destacó la Tuberculosis Pulmonar y de Tipo Extrapulmonar(Tuberculosis Pleural), baciloscopia negativas, pansensibles, tratamiento con esquema sensible, condición de ingreso casos nuevos y condición de egreso curados y no presentaron comorbilidad.

Palabras claves: Perfil Epidemiológico, Clínico, Tuberculosis.

ABSTRACT

Objective: To determine the epidemiological and clinical profile of tuberculosis in patients treated at the Health Center Santa Fe - Callao during the months January 2011 - December 2015.

Material and Methods: Epidemiological study of quantitative approach, observational, descriptive cross sectional and retrospective. The universe consisted of 113 patients treated in the period January 2011 to December 2015. The technique used was the observation and as an instrument epidemiological profile of MINSA.

Results: During the period 2011- 2015 there was a prevalence of 16.5% decreasing 10.9% and a decreased incidence of 29.6% to 19.6% epidemiological. Characteristics: Adults (32%), male (65%); BCG (94%), normal nutritional status (56%) Clinical features, pulmonary tuberculosis (76%) treated with sensible scheme (90%), new (76%) cases Cured (73%) and without comorbidity (63%).

Conclusions: The prevalence and incidence of tuberculosis during the years 2011-2015, has been a decreasing trend. In the epidemiological characteristics predominated male adults, secondary education, self- employed, single, BCG, normal nutritional status, from Urb. Santa Marina South, they did not show vulnerability nor harmful habits. In relation to the clinical features, presented as the main contact to friends, he stressed Pulmonary Tuberculosis and Type Extrapulmonary (Tuberculosis Pleural), negative smear, pansensibles, treatment with sensible scheme, a condition of entry new cases and condition cured discharge and no they presented comorbidity.

Keywords: Profile Epidemiological, clinical, Tuberculosis.

INTRODUCCIÓN

Durante el desarrollo histórico de la humanidad, desde la aparición de las primeras civilizaciones, la salud ha sido la principal preocupación del ser humano, siempre relacionada con otros factores determinantes como los económicos, sociales y culturales. Es así como los problemas de salud han afectado durante siglos a las distintas poblaciones, selectivamente a las menos privilegiadas, debido a las condiciones precarias de vida y a factores ambientales, que han favorecido la transmisión de enfermedades infectocontagiosas, las cuales ocupan el primer lugar en las estadísticas de morbilidad, sobre todo en los países subdesarrollados.¹

Entre ellas, encontramos a la Tuberculosis, considerada la segunda causa mundial de mortalidad, después del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). La Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como 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. Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud, es un tema prioritario, catalogada entre las más agresivas, que ocasiona la muerte a millones de personas anualmente a nivel mundial.²

Esta enfermedad es conocida desde la más remota antigüedad y se supone que es tan antigua como el hombre mismo. Aun cuando la Tuberculosis es prevenible y curable, continua siendo una de las infecciones más

trasmisibles, con aproximadamente 8 millones de casos nuevos diagnosticados y 2 millones de muertes que ocurren cada año.³

Estadísticamente, la Organización Mundial de la Salud, tiene un reporte global del 2013, donde para el año 2012 se estimó que a nivel mundial 8,6 millones de personas enfermaron de Tuberculosis y que 1,3 millones murieron a causa de esta enfermedad. Además, se estimó que 450 000 personas desarrollaron tuberculosis multidrogorresistente (TBMDR) y 170 000 murieron. Más del 95% de las muertes ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos. Se estima que 550 000 niños enfermaron de Tuberculosis y 80 000 niños seronegativos murieron.⁴

Según la Organización Mundial de la Salud en el 2013, los países con mayor incidencia son, en primer lugar Suazilandia (África) con 1,382.00 casos, segundo lugar Lesoto (África) con 916.00 casos, en tercer lugar Sudáfrica (Continente África) con 860.00 casos, encontrándose a Perú en el puesto 56 con 124 .000 casos.⁵

Si bien es cierto, la tasa de mortalidad por Tuberculosis disminuyó un 45% entre 1990 al 2013 y se calcula que se salvaron 37 millones de vidas mediante el diagnóstico y el tratamiento oportuno. El mayor número de casos ocurrió en Asia Sudoriental y en regiones del Pacífico Occidental, a la que correspondió el 56% de los casos nuevos. No obstante, África tuvo la mayor tasa de incidencia con 280 casos. Se observa también que en algunos países se está produciendo una disminución considerable de casos, pero en otros el número está descendiendo muy lentamente. En Brasil y

China, por ejemplo, se encuentran entre los 22 países donde se observó un descenso sostenido de los casos en los últimos 20 años.⁶

Perú, es el cuarto país de América con mayor incidencia de Tuberculosis y el primero en severidad de las Tuberculosis resistentes. En el año 2013, se registró un promedio de 26000 casos nuevos de enfermedad activa, además en los últimos 2 años se han notificado más de 1300 pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistentes (TB-MDR) y alrededor de 60 casos de Tuberculosis extensamente resistentes (TB-XDR).⁷

La Tuberculosis, continúa siendo un importante problema de salud en nuestro país; en los últimos 10 años la tendencia de la incidencia se ha mantenido estacionaria, observándose recién en los últimos 4 años una disminución promedio menor a 2,5% anual; sin embargo, en este mismo período también se observa un aumento acelerado en los casos de Tuberculosis multidrogorresistentes y extensamente resistentes.⁸

Según el Ministerio de Salud (MINSA) - Programa de Control de Enfermedades Transmisibles – Control de Tuberculosis, la evolución de los casos notificados, según departamentos del Perú entre los años 2003 – 2013, fueron un total de 24,215 casos, en primer lugar se encuentra Lima con 12321 casos, segundo lugar Callao con 1308 casos, le sigue Loreto con 1280 casos y en cuarto lugar La Libertad con 1105 casos.⁹

En los casos de Tuberculosis según Subsector de Salud - Perú 2013, por etapas existe un total de 31 052 casos, niño (0 - 11 años) 3.4%, adolescente (12 - 17 años) 9.3%, adulto mayor (60 a más años) 14.9%, joven (18 – 29 años) 34.9%, adulto (30 – 59 años) 37.5%. En relación a la proporción de

casos de Tuberculosis por Regiones de Salud, se tiene un total de 31,052 casos, Lima y Callao con un 57%, Lima Ciudad 24%, Lima Este 18%, Callao, 7%, Lima Sur 8%, Loreto 4%, La Libertad 4%, Lambayeque 3%, Ica 3%, Lima Norte 3%, Ucayali 3%, Junín 3%, Arequipa 3% y Otros 17%.¹⁰

Con respecto a la Situación de Tuberculosis en la Diresa Callao 2014, se tiene una población de 996,448 habitantes, la Red Ventanilla tiene una población de 421,345 habitantes, morbilidad de 110,598 casos, incidencia 99.20 casos, Tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva 52.45 casos; la Red Bonilla - La Punta tiene una población de 239,984 habitantes, una morbilidad de 138,76 casos, incidencia de 104,17 casos, Tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva 58.33 casos y la Red Bepeca, tiene una población de 335,119 habitantes, morbilidad de 119,36 casos, incidencia 96.68 casos y Tuberculosis Pulmonar con baciloscopia positiva 54,61 casos.¹¹

La Tuberculosis, es una enfermedad presente a nivel mundial y aunque en muchos países está disminuyendo lentamente, se observa un incremento en los casos de los multidrogosresistente o los extremadamente resistentes y junto con ello, el aumento de las tasas de mortalidad que es realmente alarmante.

Es por ello que la intervención de la enfermera comunitaria en el primer nivel de atención es fundamental y se enfoca desde el planteamiento de políticas públicas basadas en estudios de base epidemiológica, mediante la implementación de programas multisectoriales hasta la atención directa y educación de los usuarios en el plan operativo.

Los profesionales en enfermería desarrollan un papel decisivo en el abordaje integral del problema, no sólo en el ámbito nacional sino también internacional, pero para ello se requiere establecer redes de apoyo con integración educativa, social, técnica y política, así como lo hizo la teórica de enfermería Florence Nightingale (1820–1910), enfermera inglesa, que implementó el tratamiento estacionario de los enfermos con Tuberculosis dando origen a los aislamientos, siendo la precursora en aspectos relacionados con la higiene y la asepsia.¹²

Asimismo, lo demuestra la “Norma Técnica de Salud de Atención Integral de las Personas Afectadas con Tuberculosis 2013”, el cual tiene por finalidad contribuir a disminuir la prevalencia de la Tuberculosis, a través de un enfoque de atención integral, donde el profesional de enfermería es responsable de organizar la atención integral de la persona infectada por Tuberculosis, su familia y comunidad, de organizar búsqueda de casos, educar y brindar consejería al paciente antes de iniciar el tratamiento, coordinar el seguimiento del tratamiento , organizar el estudio de contactos, organizar el sistema de registro y análisis de información, la aplicación de los instrumentos de información operacional trimestral , mensual, la evaluación y análisis de los indicadores operacionales, epidemiológicos y de estudios de cohorte para la oportuna toma de decisiones.¹³

Elaborar un perfil epidemiológico y clínico es importante porque permite tener un estudio exhaustivo de la morbilidad, mortalidad y los factores de riesgo, teniendo en cuenta las características geográficas. Además es fundamental tener en cuenta dos dimensiones, como son las características epidemiológicas, el cual considera a la persona (grupo etareo, sexo, nivel de

instrucción, ocupación, estado civil, vacunación BGC, estado nutricional); en el espacio (lugar de procedencia); en la frecuencia (prevalencia y incidencia) y en las condiciones de riesgo (población vulnerable y hábitos nocivos).

Para identificar las características clínicas, se debe considerar: La patología en estudio (antecedentes en la familia de casos de Tuberculosis, tipo de Tuberculosis, criterio diagnóstico, baciloscopia de diagnóstico, cultivo de diagnóstico, perfil de sensibilidad, esquema de tratamiento, condición de ingreso y egreso) y los antecedentes patológicos y casos especiales (comorbilidad).

En este sentido, es importante desarrollar un diagnóstico situacional epidemiológico de la Tuberculosis, porque permite obtener información relevante acerca del problema y en base a ellos elaborar estrategias y/o actividades preventivas-promocionales que contribuyan a disminuir estos casos, esto implica identificar a la población en riesgo, es ahí donde destaca el quehacer de enfermería, como parte del equipo de salud, la cual se encarga de dirigir esfuerzos para identificar esta población vulnerable.

Realmente el tema es de relevancia social pues afecta de manera holística al ser humano y su entorno, como también al progreso de nuestro país, porque si bien es cierto se hablan de avances económicos, esa realidad solo se evidencia en algunos sectores del país y en otros continua existiendo la extrema pobreza; es así como se demuestra no solo a nivel nacional, sino también internacional, como esta enfermedad está afectando a todos.

Así lo demuestra el estudio realizado por Marcela Carolina Morales Alvarado; Santiago- Chile, 2013, sobre la Caracterización Epidemiológica de

Tuberculosis, donde determinó que fueron 278 los casos nuevos de Tuberculosis Pulmonar diagnosticados en los Centros del Informe Central Nacional de Hospitales y Centros de Salud (SSMSO) entre enero de 2010 y julio de 2012, de los cuales 100 casos se presentaron en el 2010; 116 en el 2011 y entre enero y julio del 2012, 62 casos, siendo la gran mayoría hombres (65,8%), 203 pacientes tiene entre 20 y 64 años y 57 pacientes tiene entre 65 y más. Según las tasas de incidencia, el grupo de mayor peso es el de los mayores de 65 años. Donde el riesgo relativo es siempre mayor para los varones.¹⁴

Otro estudio es el de Leydi Yanet Choque García, Tacna-Perú 2013, sobre el Perfil Epidemiológico y Clínico, señala que el 53.8% eran de sexo masculino, adulto joven 53.8%, estudiante 29.9%, con cicatriz de la Vacuna de Bacillus Calmette-Guerin (BCG) 86.3%, forma de Tuberculosis Pulmonar 74.4%, condición de ingreso, caso nuevo 87.2%, hábito de tabaco, alcohol o drogas 41%, contacto de Tuberculosis 40.2%, estado nutricional normal 52.1%, medio diagnóstico a través del examen bacteriólogo 62,4%.¹⁵

Los determinantes sociales influyen tanto en la posibilidad de exponerse al contagio de tuberculosis, como en el desarrollo final de la enfermedad, puesto que una persona infectada no siempre enferma, sino más bien un conjunto de condiciones: biológicas, sociales y ambientales, son las que determinan las probabilidades de su evolución hacia un estado patológico. En adición, en países donde además de la pobreza y la inequidad; la estigmatización, exclusión y discriminación son males sociales, la situación se agudiza y vuelve a los pobres más vulnerables.¹⁶

En la actualidad la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha manifestado que este fenómeno se debe a la crisis económica por la que atraviesan estos países, que pueden concretarse en lo que constituye el nivel de vida, su nutrición, estructura de la vivienda y condiciones higiénicas, a la pérdida de prioridad de los Programas Nacionales de Control de la Enfermedad, al incremento acelerado del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida y a la aparición de cepas resistentes al tratamiento convencional.¹⁷

La Organización Panamericana de la Salud conjuntamente con los Programas Nacionales de Control de la Tuberculosis de los países y en respuesta a esta carga de enfermedad y muerte, ha elaborado el “Plan Regional de Control de la Tuberculosis 2006-2015”, el cual tiene como visión construir una América libre de Tuberculosis para el 2050 y como misión asegurar que cada paciente con tuberculosis tenga pleno acceso al diagnóstico y tratamiento de calidad, para disminuir la carga social, económica y de inequidad que impone esta enfermedad.¹⁷

Encontrar una estrategia adecuada que permita eliminar o erradicar la Tuberculosis del país es muy difícil, sobre todo por estar relacionada a factores como la pobreza, viviendas inadecuadas, hacinamiento y dificultad para acceder a los servicios de salud. Si bien esta enfermedad tiene mayores consecuencias en la población afectada, también las tiene para el Estado y el resto de la sociedad, pues la transmisión e incremento de la Tuberculosis demanda mayores recursos humanos, económicos, tecnológicos y de infraestructura para atenderla.¹⁷

El número aproximado de personas que enferman cada año está disminuyendo aunque muy despacio; ello quiere decir que el mundo está en camino de cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio consistente en detener la propagación de esta enfermedad. Los Objetivos del Milenio, persiguen la meta de salud global en el Siglo XXI y de manera plantearon reducir para 2015 la pobreza, a la mitad de lo que fue en 1990.¹⁸

Para contribuir a cumplir esta meta, es necesario reflexionar acerca de qué segmentos de la población están más expuestos a la pobreza y la exclusión, a fin de redirigir los esfuerzos adecuadamente. En este sentido, la población con Tuberculosis es una población expuesta y frecuentemente excluida, por las desventajas económicas y el estigma social que enfrenta.¹⁸

Este tema es trascendental tanto a nivel nacional como internacional, pues muchas entidades se han puesto en marcha para erradicar esta enfermedad, que sin duda está incrementando la mortalidad de la población afectada más vulnerable, es por eso la importancia epidemiológica y clínica de conocer el perfil en el Callao, donde sabemos que la incidencia es mayor. Según reporte de la oficina estadística del Centro de Salud Santa Fe Callao, están registrados 113 pacientes durante el periodo 2011-2015 en la Estrategia Sanitaria de Tuberculosis. Además la enfermera responsable de la Estrategia Sanitaria de control y prevención de Tuberculosis en la Diresa Callao, los casos de tuberculosis siguen incrementándose en el Callao, sobre todo la incidencia en los casos de Multidrogo resistentes y extensamente resistentes, debido a los constantes abandonos en el tratamiento.

Por lo anterior me planteo la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es el perfil epidemiológico y clínico de la Tuberculosis en pacientes atendidos en el Centro de Salud Santa Fe – Callao durante Enero 2011– Diciembre 2015?

Y como objetivo general, 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. Y como objetivos específicos, evaluar la prevalencia e incidencia de Tuberculosis en el Centro de Salud Santa Fe–Callao, identificar las características epidemiológicas de la Tuberculosis en pacientes atendidos en el Centro de Salud Santa Fe– Callao e identificar las características clínicas de la Tuberculosis en pacientes atendidos en el Centro de Salud Santa Fe–Callao.

El informe de estudio consta de introducción, material y método que contiene el diseño metodológico, población, técnica e instrumento, procedimiento de recolección de datos, procedimiento de procesamiento, análisis e interpretación de datos; resultados de la investigación; discusión e interpretación; conclusiones y recomendaciones. Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y anexos.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño metodológico

La investigación fue un enfoque cuantitativo epidemiológico, de tipo observacional, descriptivo de corte transversal y retrospectivo.

Población

El universo estuvo constituido por 113 pacientes de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis del Centro de Salud “Santa Fe” Callao, atendidos desde Enero 2011 a Diciembre 2015. (ANEXO C),

La unidad de análisis, fue la revisión de historias clínicas, tarjetas de control y documentos concernientes a los pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud “Santa Fe” Callao.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes registrados en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis del Centro de Salud Santa Fe Callao, durante el periodo de enero 2011 – diciembre 2015.
- Pacientes que han recibido tratamiento antituberculostático, en el Centro de Salud Santa Fe Callao.

Criterios de Exclusión:

- Paciente que tengan historia clínica con datos incompletos y no sea legible.

Técnica de recolección de datos

Se utilizó como técnica la observación y como instrumento la hoja de registro de datos (ANEXO A y B), el cual consta de 19 preguntas de tipo nominal y ordinal, el cual está distribuido según la variable en estudio como el perfil epidemiológico y clínico de la Tuberculosis en los pacientes atendidos en el Centro de Salud Santa Fe Callao, con sus dimensiones, características epidemiológicas, el cual considera a la persona (grupo étnico, sexo, nivel de instrucción, ocupación, estado civil, vacunación BCG, estado nutricional); en el espacio (lugar de procedencia); en la frecuencia (prevalencia y incidencia); en las condiciones de riesgo (población vulnerable y hábitos nocivos). Y con respecto a la segunda dimensión características clínicas, encontramos a la patología en estudio (antecedentes en la familia de casos de Tuberculosis, tipo de Tuberculosis, criterio diagnóstico, baciloscopia de diagnóstico, cultivo de diagnóstico, perfil de sensibilidad, esquema de tratamiento, condición de ingreso y egreso) y en los antecedentes patológicos y casos especiales (comorbilidad).

Los datos fueron recolectados por los registros presentes en la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas afectadas por Tuberculosis, aprobados por el Ministerio de Salud N° 104, donde destaca el Libro de Registro y Seguimiento con Pacientes con Tuberculosis y la Norma Técnica de Directiva Sanitaria N° 53 para la Notificación de casos en la Vigilancia Epidemiológica de la Tuberculosis, donde destaca el Registro Semanal de Notificación Epidemiológica Individual Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y la Ficha de Investigación Epidemiológica.

La recolección de datos se realizó en el Centro de Salud Santa Fe Callao, en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis y en archivos. Se desarrolló de lunes a sábado de 8.00 a.m. a 2.00 p.m., la cual estuvo a cargo de la investigadora, además de la participación de colaboradores que fueron capacitados para tal tarea.

Técnica de procesamiento de la información

Se utilizó la estadística descriptiva, frecuencia, promedio a través de medidas de tendencia central como la media, mediana, moda y los resultados serán vertidos en tablas y figuras a través del programa estadístico SPSS 22.

Aspectos éticos

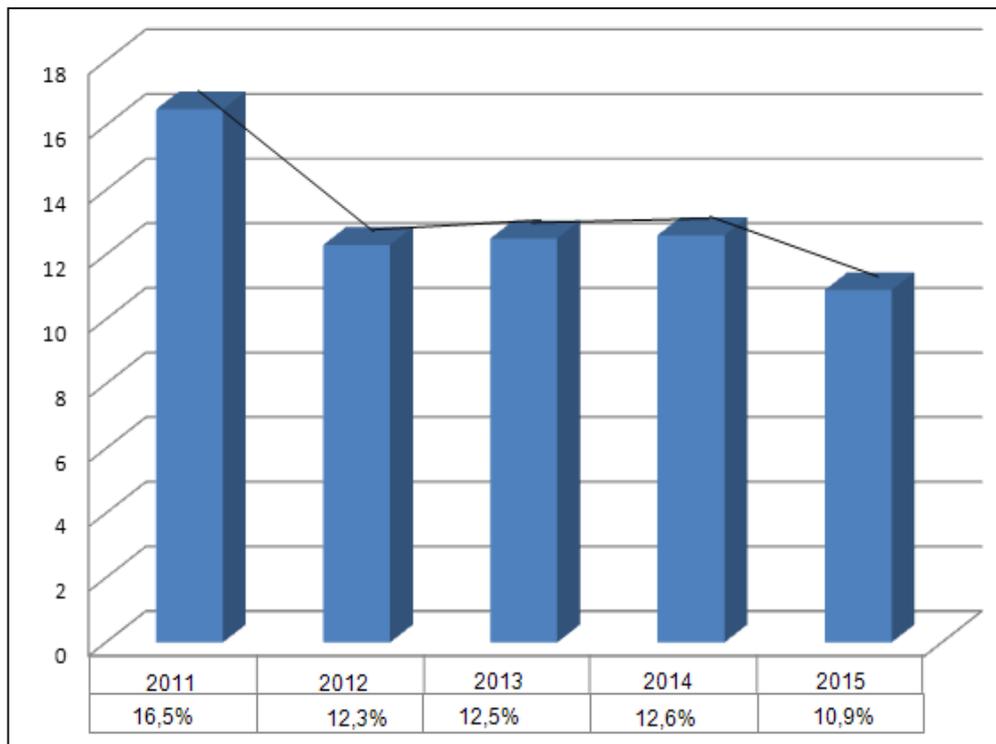
Considera el consentimiento informado del Centro de Salud Santa Fe (ANEXO D) para la revisión de las Historias Clínicas. También se respetó la confidencialidad de los datos extraídos, pues los datos obtenidos fueron únicamente con fines académicos y en la publicación se generalizaran los resultados de la población en estudio.

RESULTADOS

Figura 1

Prevalencia de los Casos de Tuberculosis en el
Centro de Salud Santa Fe Callao

2011–2015

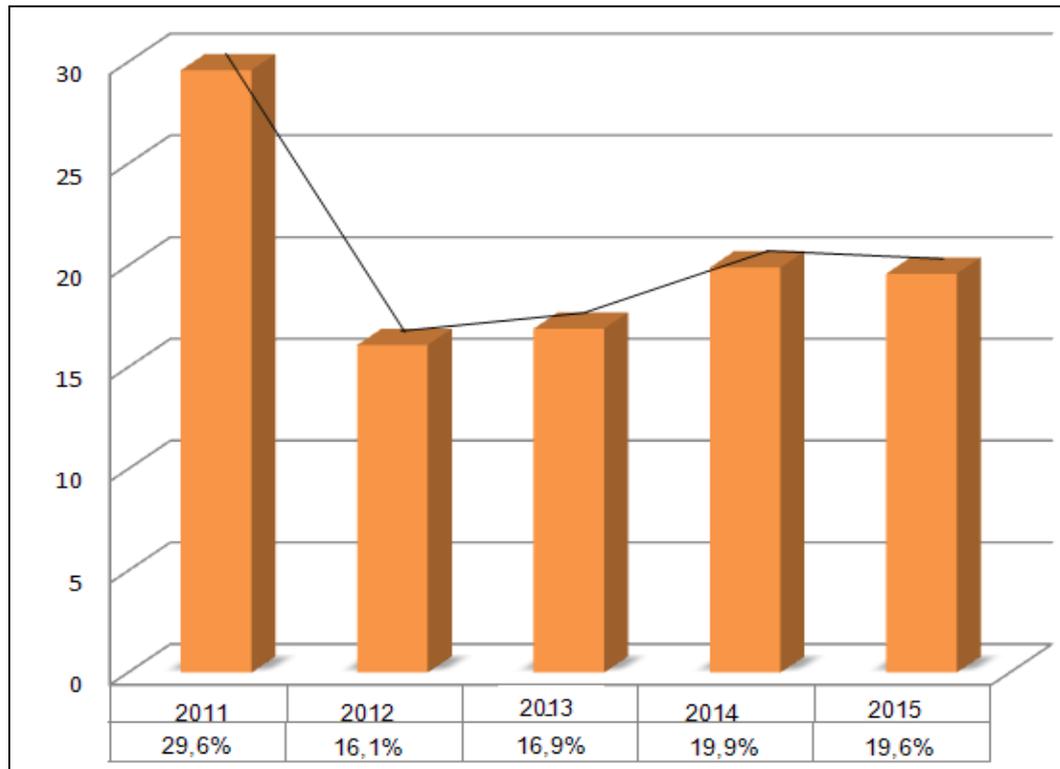


En la figura 1 se observa que la Prevalencia de los Casos de Tuberculosis, en el 2011 fue de 16.5%; 2012, 12.3%; 2013, 12.5 %; 2014, 12.6% y en el 2015, 10.9%.

Figura 2

Incidencia de los Casos de Tuberculosis en el
Centro de Salud Santa Fe Callao

2011 – 2015



En la figura 2 se observa que la Incidencia de los Casos de Tuberculosis, en el 2011 fue de 29,6 %; 2012, 16,1 %; 2013, 16,9%; 2014, 19,9% y en el 2015, 19,6%.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

Persona

Tabla 1

Distribución de los casos según el indicador Persona en el Centro de Salud
Santa Fe Callao 2011–2015

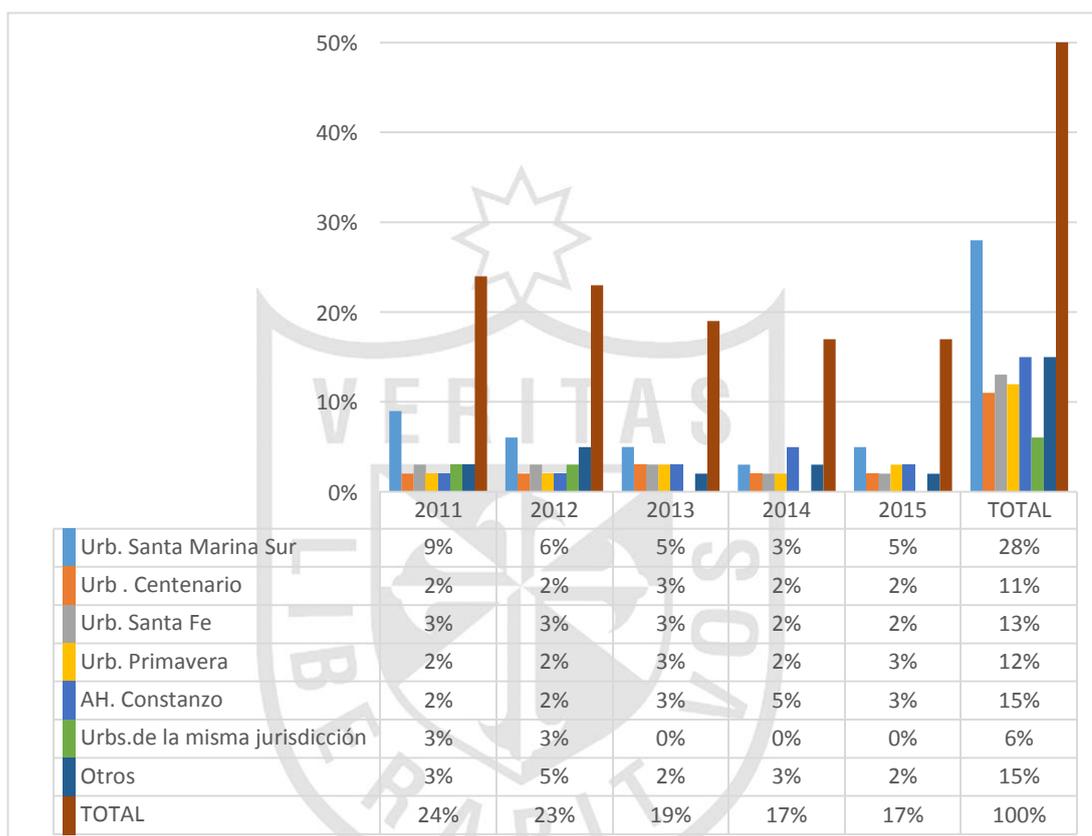
Personales	Categorías	Porcentaje
Grupo etáreo	Adultos	32.00%
	Adulto mayor	26.00%
	Adultos jóvenes	20.00%
	Adolescentes	18.00%
	Niños	4.00%
	Total	100.00%
Sexo	Masculino	65.00%
	Femenino	35.00%
	Total	100.00%
Nivel de instrucción	Secundaria	65.00%
	Primaria	20.00%
	Superior	15.00%
	Analfabeto	00.00%
	Total	100.00%
Ocupación	Trabajador independiente	24.00%
	Estudiante	20.00%
	Desocupado	19.00%
	Ama de casa	16.00%
	Otros	12.00%
	Chofer/cobrador	9.00%
	Total	100.00%
Estado civil	Soltero	58.00%
	Casado	21.00%
	Conviviente	10.00%
	Divorciado/separado	9.00%
	Viudo	2.00%
	Total	100.00%
Vacuna BCG	Si	94%
	No	6%
	Total	100.00%
Estado nutricional	Normal	56.00%
	Delgadez	19.00%
	Obesidad	13.00%
	Sobrepeso	12.00%
	Total	100.00%

En la tabla 1, se observa que en las Características Epidemiológicas: Persona en el periodo 2011-2015, destacaron los adultos con un 32%, de sexo masculino 65%, con un nivel de instrucción secundaria 65%, trabajadores independientes 24%, solteros 58%, vacunados con BCG 94% y con un estado nutricional normal 56%.

Espacio

Figura 3

Distribución de los casos de Tuberculosis según Lugar de Procedencia en el
Centro de Salud Santa Fe Callao
2011-2015



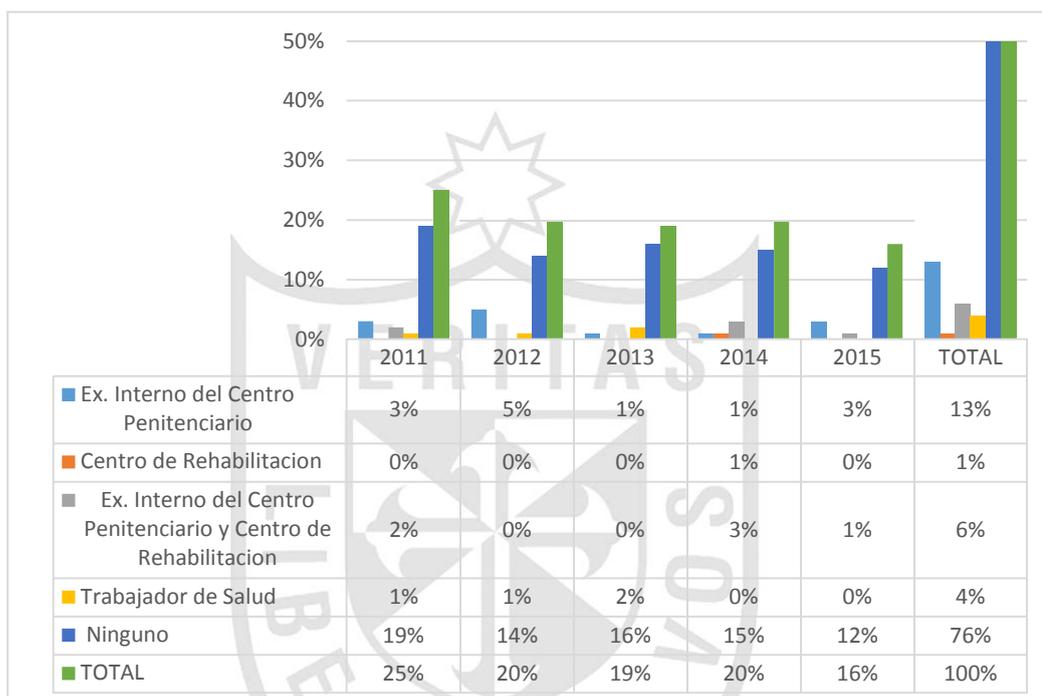
En la figura 3, se observa la distribución de casos de Tuberculosis según lugar de procedencia, donde predominaron los pacientes que viven en la Urb. Santa Marina Sur con un 28%, seguido de AA.HH. Constanzo y otras Urbs. (Santa Ángela, Chachapoyas, Guardia Chalaca, Av. Colonial) con un 15% respectivamente y en menor porcentaje Urbs. de la misma jurisdicción (Fundo La Chalaca, El Carmen, San Martín, Melitón Carbajal), con un 6%.

Condiciones de riesgo

Figura 4

Distribución de los casos de Tuberculosis según Población Vulnerable en el Centro de Salud Santa Fe Callao

2011-2015

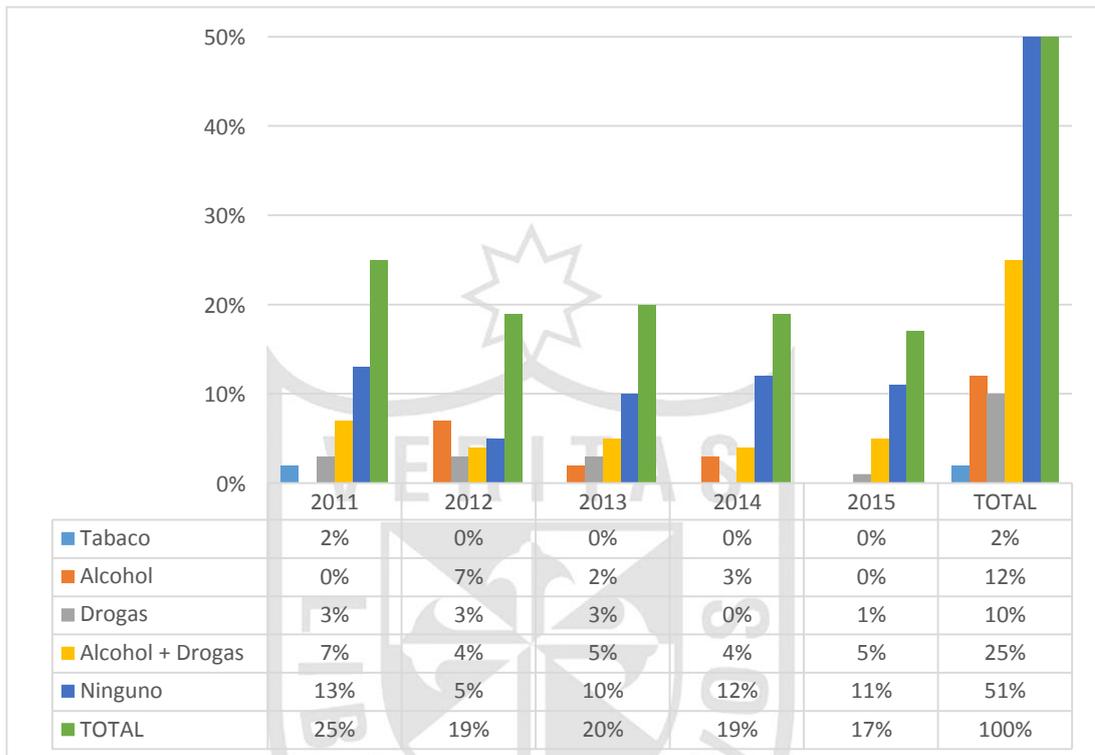


En la figura 4, se observa la distribución de casos de Tuberculosis según población vulnerable; donde el mayor porcentaje de pacientes con Tuberculosis no han presentado ninguna condición de riesgo con un 76%, seguido de pacientes que han sido Ex. Internos de un Centro Penitenciario con 13%, pacientes que han estado ambas instituciones vulnerables (INPE y Centro de Rehabilitación) un 6%, trabajadores de salud 4% y en menor porcentaje los pacientes que solo han estado en un Centro de Rehabilitación con un 1%.

Figura 5

Distribución de los casos de Tuberculosis según Hábitos Nocivos en el
Centro de Salud Santa Fe Callao

2011-2015



En la figura 5, se observa la distribución de casos de Tuberculosis según Hábitos Nocivos, donde los pacientes no han presentado ningún hábito nocivo con un 51%, seguido del consumo de alcohol y drogas con un 25% y un menor porcentaje el consumo de tabaco con el 2%.

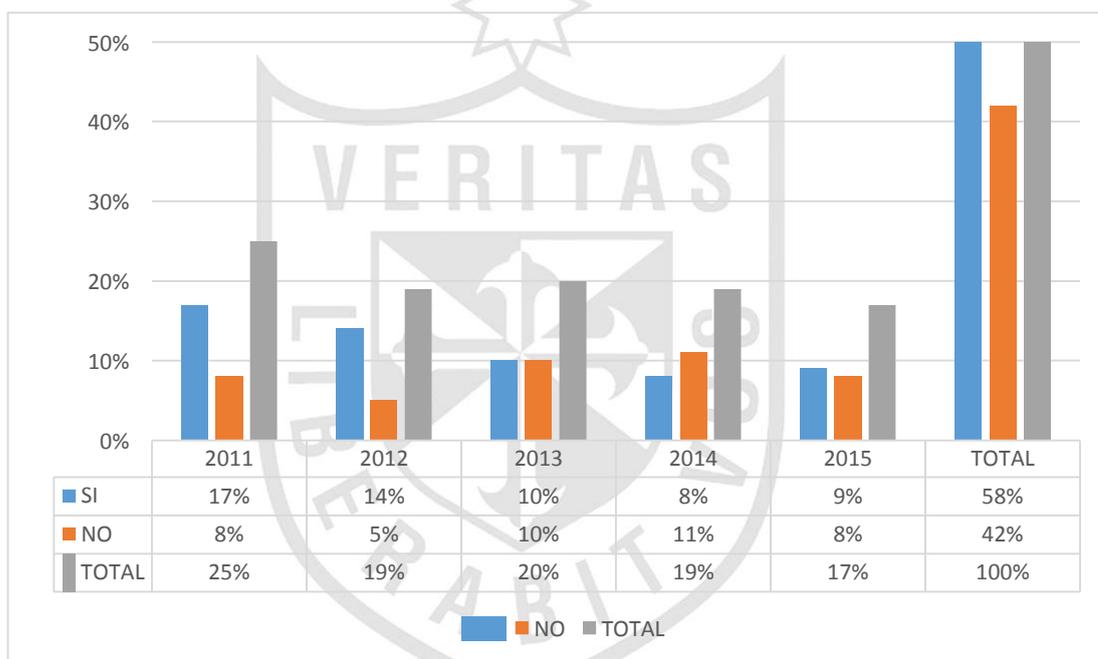
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Patología en estudio

Figura 6

Distribución de los casos de Tuberculosis según Antecedentes Familiares
en el Centro de Salud Santa Fe Callao

2011-2015

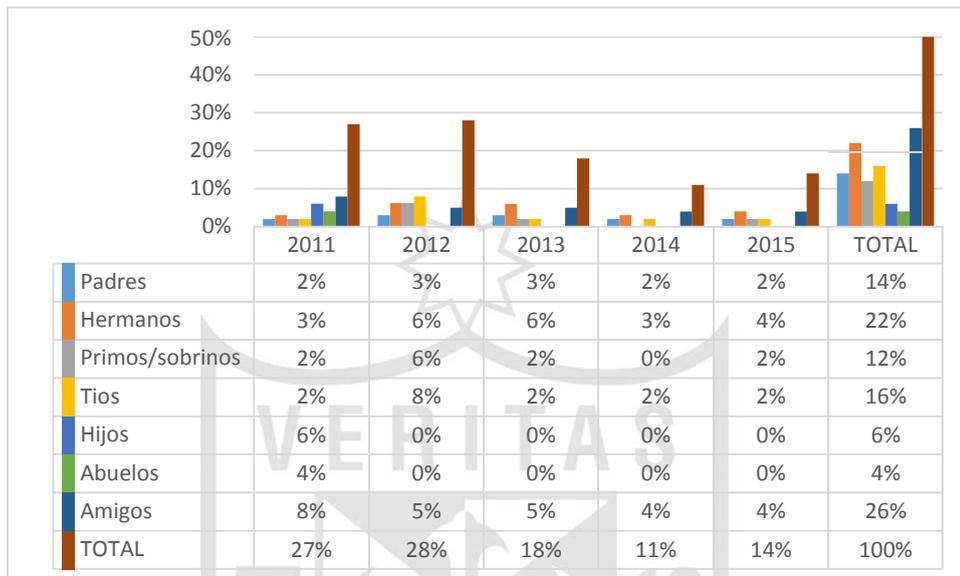


En la figura 6, se observa la distribución de casos de Tuberculosis según Antecedentes Familiares, donde se observó que el mayor porcentaje de pacientes con Tuberculosis si tuvieron antecedentes familiares con un 58% y el 42% no lo tuvo.

Figura 7

Distribución de los casos de Tuberculosis según Parentesco de la persona con Tuberculosis en el Centro de Salud Santa Fe Callao

2011-2015



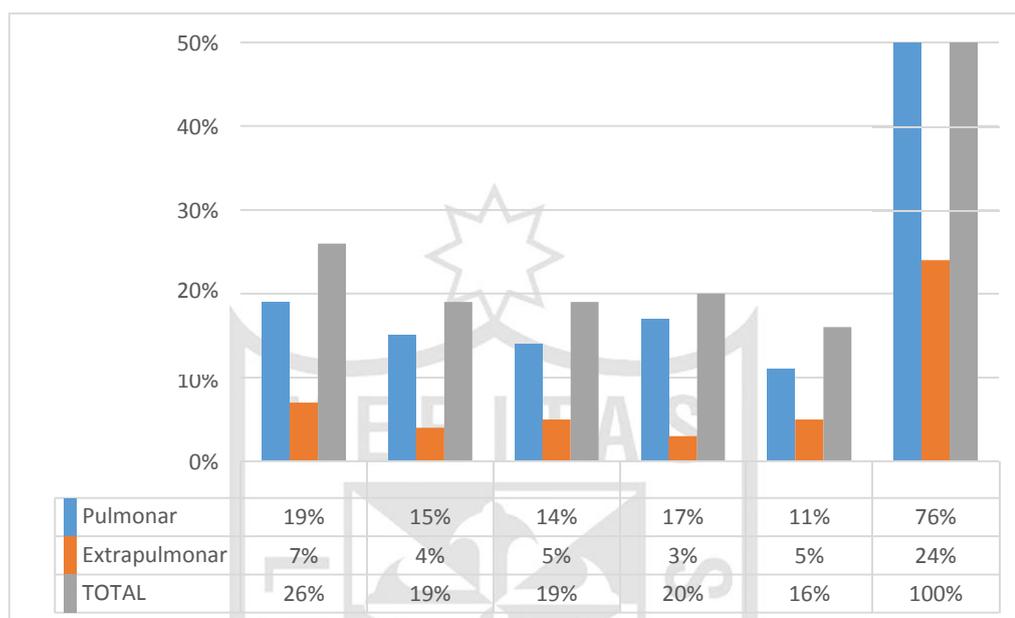
En la figura 7, se observa la distribución de casos de Tuberculosis según el parentesco de la persona con Tuberculosis, donde predominaron los amigos con un 26%, seguido de los hermanos con 22%, tíos 16% y con un menor porcentaje los abuelos con un 4%.

Figura 8

Distribución de los casos según Tipos de Tuberculosis en el Centro de Salud

Santa Fe Callao

2011-2015

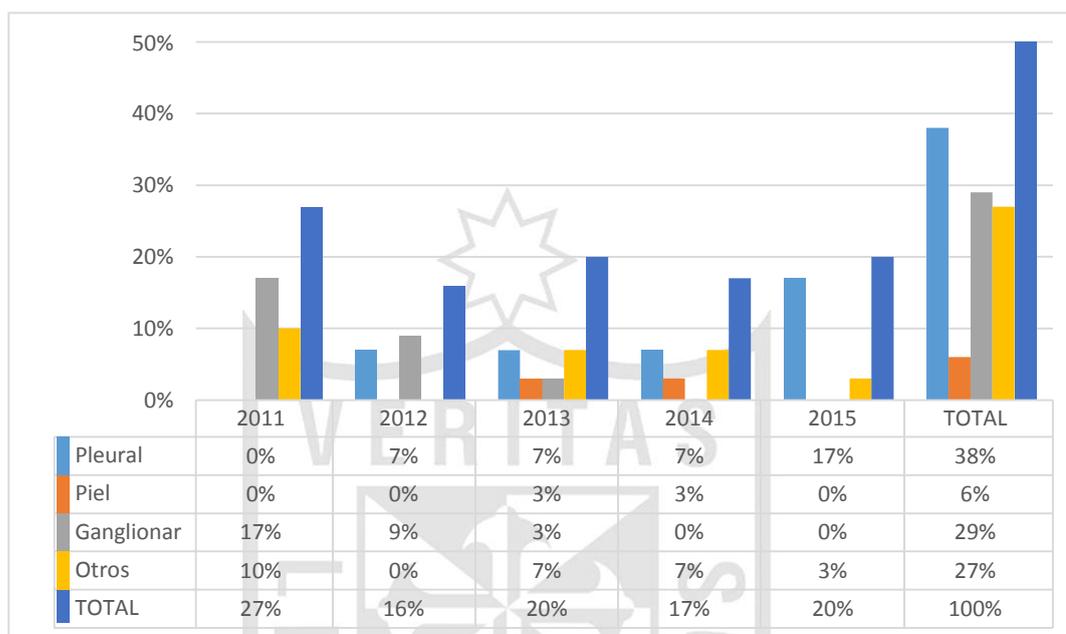


En la figura 8, se observa la distribución de casos según Tipos de Tuberculosis, donde se observó que el mayor porcentaje de pacientes tiene Tuberculosis Pulmonar con 76% y solo un 24% de Tipo Extrapulmonar.

Figura 9

Distribución de los casos según Tipos de Tuberculosis Extrapulmonar en el Centro de Salud Santa Fe Callao

2011-2015

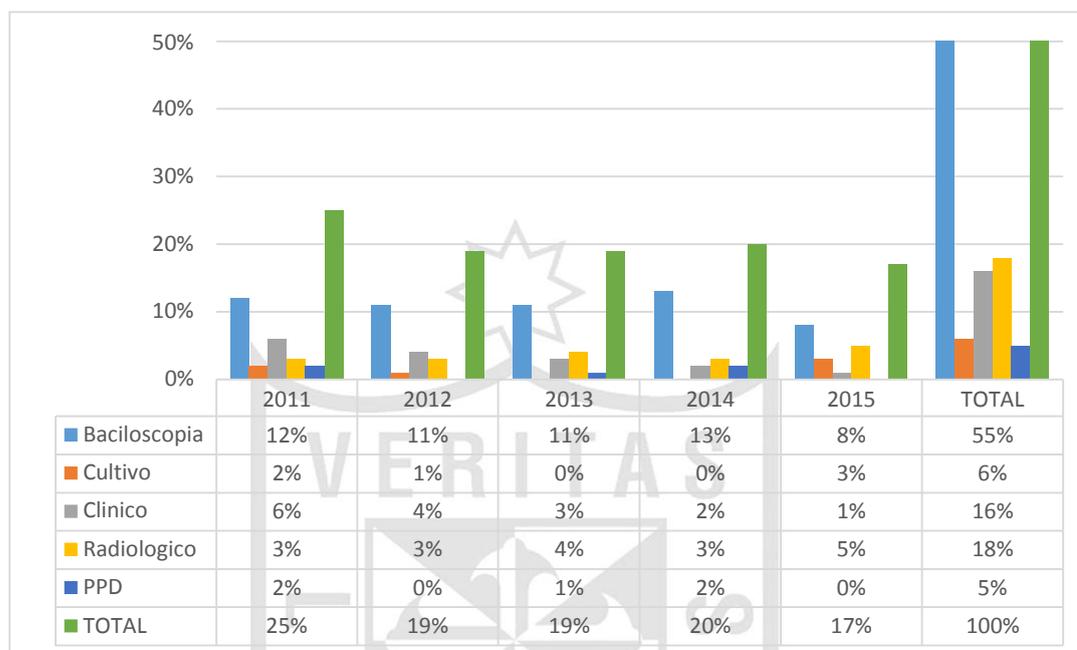


En la figura 9, se observa la distribución de casos según Tipos de Tuberculosis Extrapulmonar, donde predominó la Tuberculosis Pleural con 9%, seguida de la Ganglionar con 8% y con un menor porcentaje están los otros tipos (mama derecha, intestinal, cervical, urinario y genital) con un 4%.

Figura 10

Distribución de los casos de Tuberculosis según Criterios Diagnósticos de
en el Centro de Salud Santa Fe Callao

2011-2015

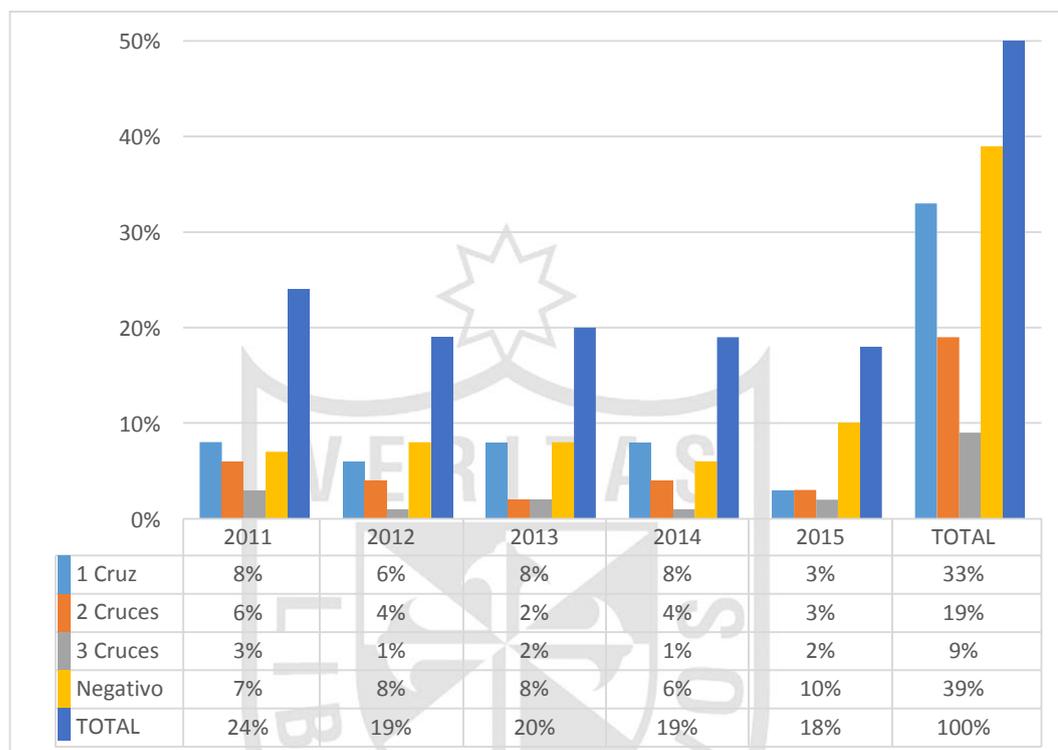


En la figura 10, se observa la distribución de casos de Tuberculosis según criterios diagnósticos, donde predomina la Baciloscopia con un 55%, seguido del examen radiológico con un 18% y con un menor porcentaje se realizaron la prueba de PPD con un 5%.

Figura 11

Distribución de los casos de Tuberculosis según Baciloscopia Diagnóstica en el Centro de Salud Santa Fe Callao

2011-2015

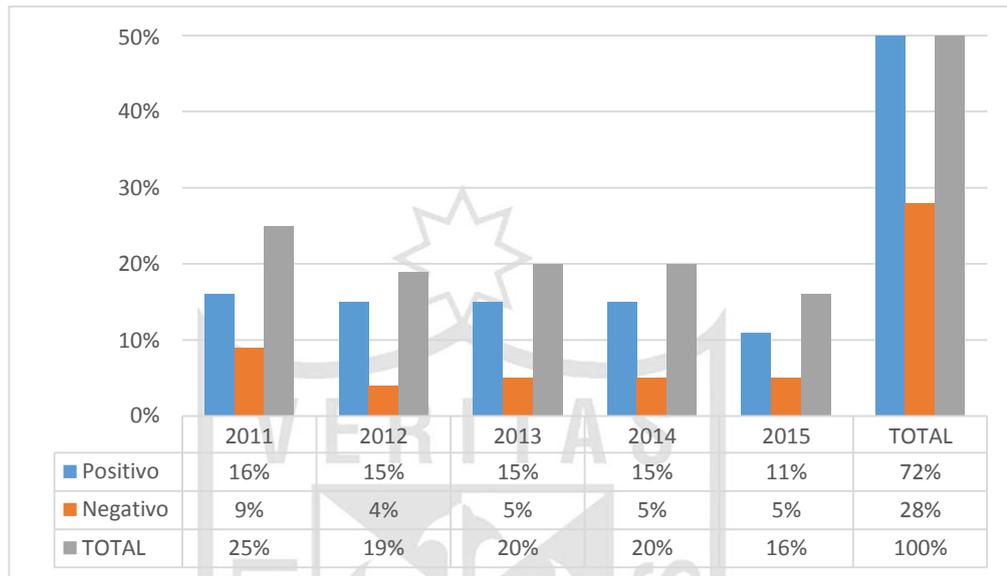


En la figura 11, se observa la distribución de casos de Tuberculosis según Baciloscopia Diagnóstica donde predominó el resultado negativo con un 39%, seguido de resultado de 1 cruz con 33% y en menor porcentaje resultado de 3 cruces con 9%.

Figura 12

Distribución de los casos de Tuberculosis según Cultivo Diagnóstico en el
Centro de Salud Santa Fe Callao

2011-2015

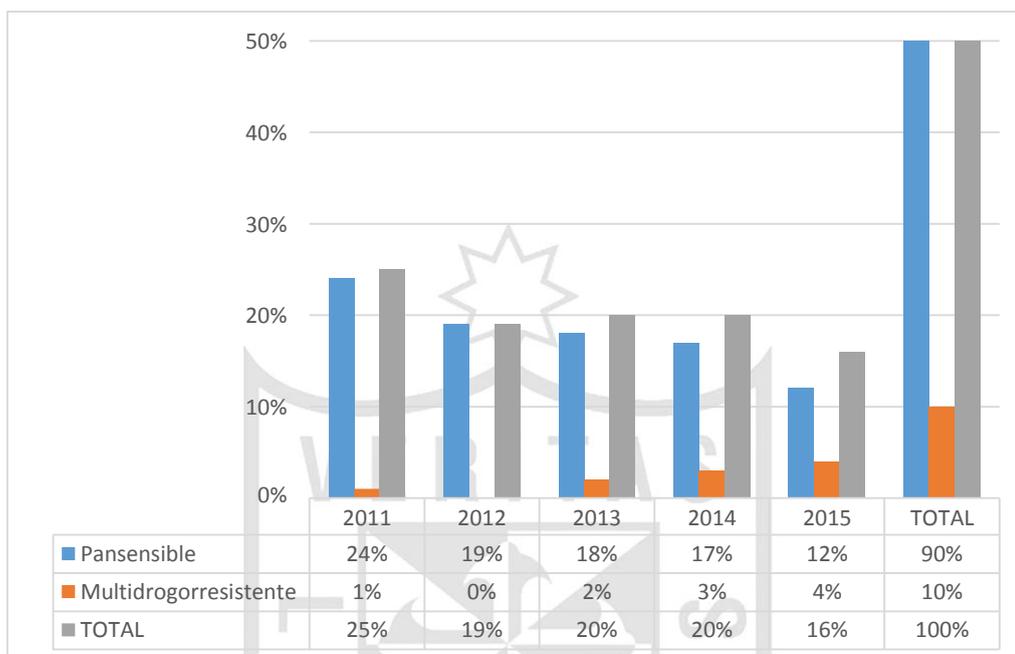


En la figura 12, se observa la distribución de casos de Tuberculosis según Cultivo Diagnóstico, donde predomino el cultivo con resultado positivo con un 72% y cultivo con resultado negativo con un 28%.

Figura 13

Distribución de los casos de Tuberculosis según Perfil de Sensibilidad en el
Centro de Salud Santa Fe Callao

2011-2015

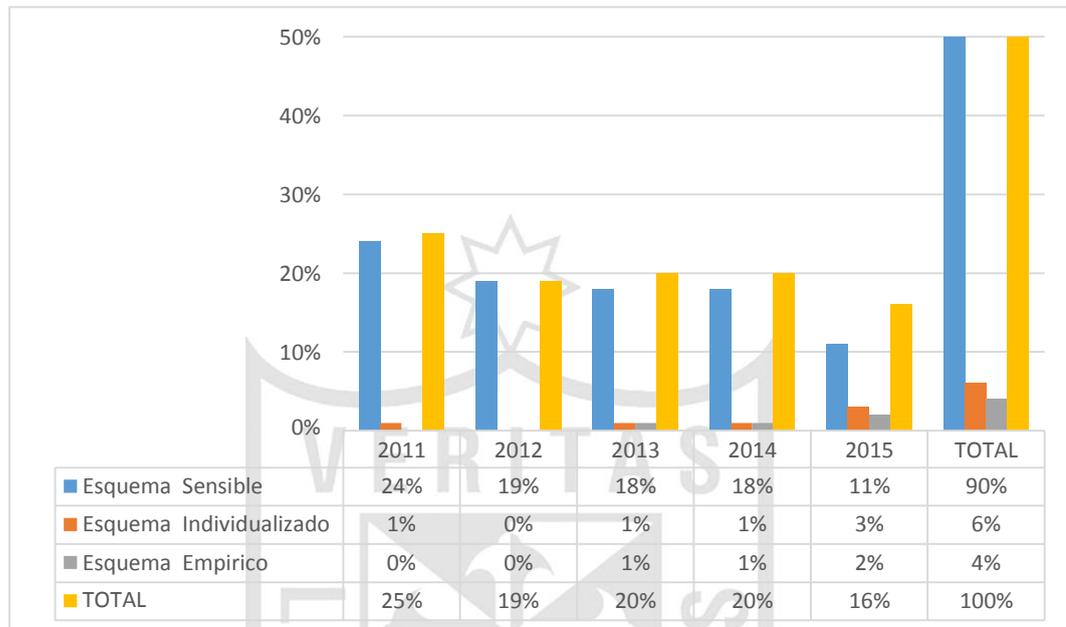


En la figura 13, se observa la distribución de casos de Tuberculosis según, Perfil de Sensibilidad, donde predominó los pacientes pansensibles con un 90% y solo un 10% pacientes multidrogorresistentes.

Figura 14

Distribución de los casos de Tuberculosis según Esquema de Tratamiento
en el Centro de Salud Santa Fe Callao

2011-2015

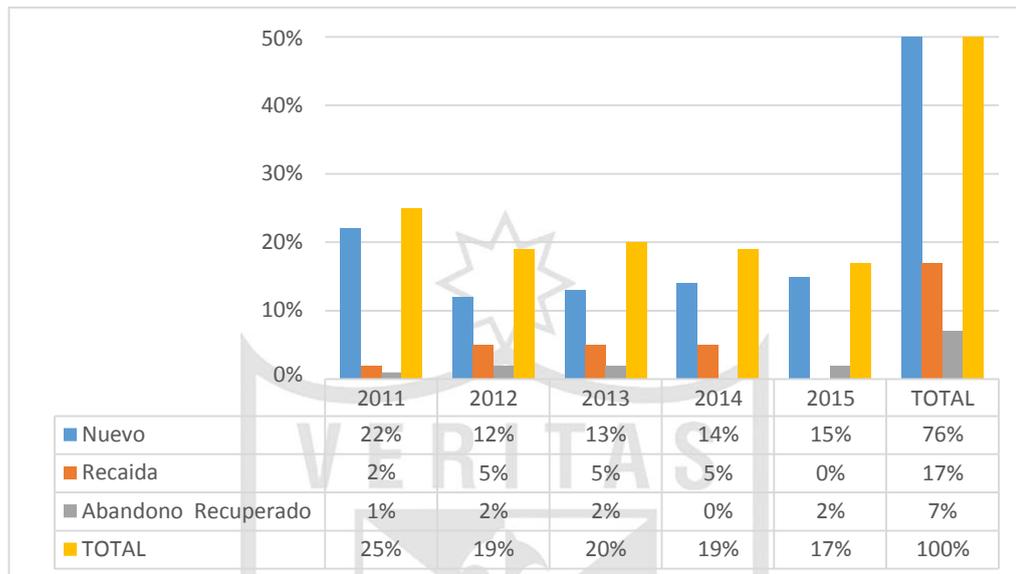


En la figura 14, se observa la distribución de casos de Tuberculosis según, Esquema de Tratamiento, donde predominó el tratamiento con el esquema sensible con un 90%, seguida del esquema individualizado con un 6% y con un menor porcentaje el esquema empírico con un 4%.

Figura 15

Distribución de los casos de Tuberculosis según Condición de Ingreso en el Centro de Salud Santa Fe Callao

2011-2015

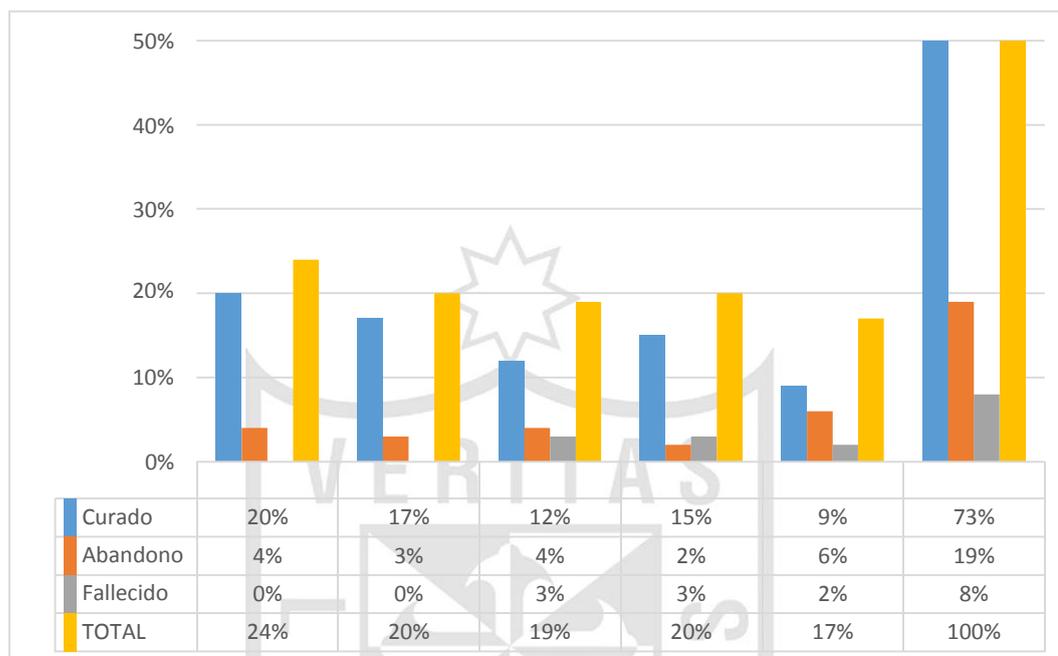


En la figura 15, se observa la distribución de casos de Tuberculosis según, Condición de Ingreso, donde predominaron los pacientes nuevos con un 76%, seguido de un estado de recaída con un 17% y en estado de abandono recuperado 7%.

Figura 16

Distribución de los casos de Tuberculosis según Condición de Egreso en el Centro de Salud Santa Fe Callao

2011-2015



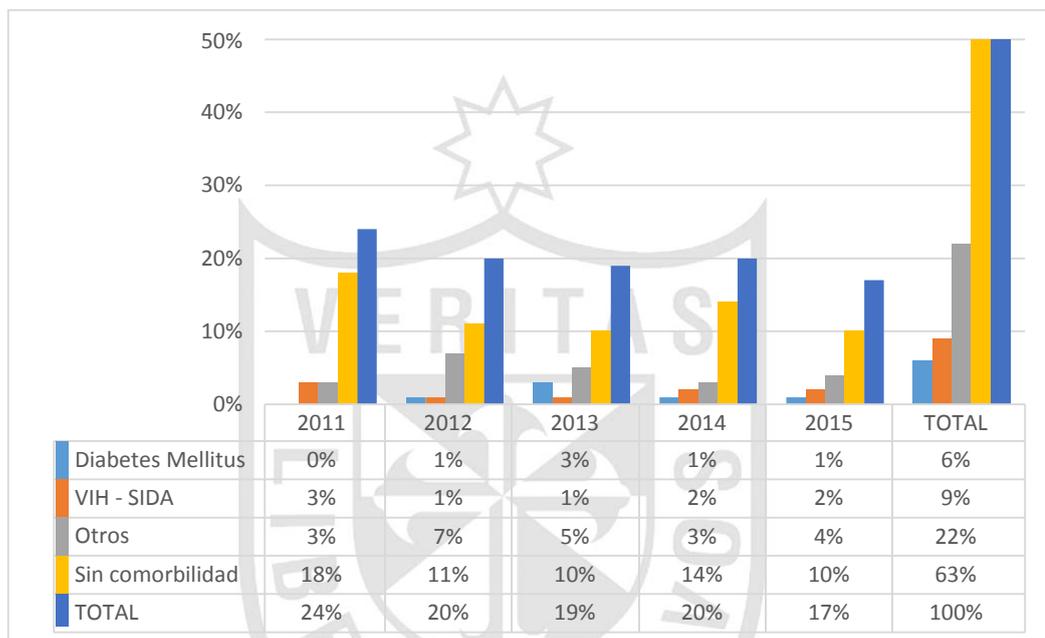
En la figura 16, se observa la distribución de casos de Tuberculosis según, condición de egreso, donde predominaron los pacientes curados con un 73%, seguido de un estado de abandono con un 19% y fallecidos 8%.

Antecedentes patológicos y casos especiales

Figura 17

Distribución de los casos de Tuberculosis según Comorbilidad en el Centro de Salud Santa Fe Callao

2011-2015



En la figura 17, se observa la distribución de casos de Tuberculosis según 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%.

DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN

En relación al objetivo específico 1, la prevalencia en el 2011 fue de 16.5 %; 2012, 12.3%; 2013, 12.5%; 2014, 12.6% y en el 2015, 10.9%. Y su incidencia en el 2011 fue de 29,6%; 2012, 16.1%; 2013, 16.9%; 2014, 19.9% y en el 2015, 19.6%.

Encontramos un estudio diferente de Veliz Coronado, Sheylly Katherine, en La Perla - Callao, en los períodos 2009–2011, donde la prevalencia en 2009 fue de 35.9%, 2010, 43.9% y en el 2011, 35.6%.¹⁹

Otro estudio diferente, es el de Agrados Bueno G. y colaboradores en España 2002, donde la incidencia global de todas las formas de Tuberculosis fue de 38,51%.²⁰

La OMS en el 2008, afirma que en algunos países, normalmente hay menos de 8 a 12 infecciones tuberculosas por caso prevalente de TB bacilífera, pero no está claro si esta razón varía de forma significativa de un país a otro. Esta disminución de la razón en comparación con la obtenida con la regla de Styblo probablemente esté relacionada con mejoras en el tratamiento rápido de la TB por los programas nacionales de lucha contra la TB.²¹

Considero que la Tuberculosis es un problema social, de índole político, que ha afectado por muchos años a población vulnerable, sin embargo hoy en día, nuestro país se está preocupando por la salud pública, donde destaca el profesional de enfermería ejerciendo funciones de detección oportuna y seguimiento a estos pacientes y de esta manera se está contribuyendo al descenso de la prevalencia e incidencia de Tuberculosis.

En relación al objetivo específico 2, sobre el perfil epidemiológico, se encontró que; en el indicador Persona durante los años 2011-2015, destacaron los adultos con un 32% y una tendencia creciente en adultos jóvenes, una media aritmética de 38 años y una moda de 37 años, de sexo masculino 65%, con un nivel de instrucción secundaria 65%, trabajadores independientes 24%, solteros 58%, vacunados con BCG 94% y un estado nutricional normal 56%.

Encontramos un estudio similar de Veliz Coronado, Sheylly Katherine, Perú 2012, donde revela que el 52% tiene entre 30–59 años y en promedio tienen 33 años, en 2009 el 30 y 33% tienen secundaria incompleta y en el 2010 el 32% tiene secundaria incompleta y 28% primaria incompleta y en 2011 el 36% y 26% tienen secundaria incompleta y completa respectivamente, en relación al estado vacunal en el 2009, 2010 y 2011 se encontró que el 76%, 60% y 71% respectivamente recibieron vacuna de BCG, en el 2009, el 94% tuvo un IMC de 17- 18.49 con delgadez aceptable, en el 2010 fue 98% con el mismo rango y 2011, 97% en el mismo rango.¹⁹

Otro estudio similar es el de Choque García, Leydi Perú 2013, donde el 53,8% eran adultos jóvenes, el 53,8% de sexo masculino, el 29,9% estudiantes, el 86,3% tienen cicatriz de Vacuna BCG y el 52,1% tienen estado nutricional normal.²²

En relación al grupo etáreo, la OMS, afirma que la Tuberculosis afecta principalmente a los adultos en la edad más productiva ²¹. Asimismo Belito De La Cruz Hilda y sus colaboradores, dicen que el 75% de las infecciones y muertes por Tuberculosis ocurren entre los 15 y los 54 años de edad, el

grupo de población económicamente más productiva, esto se debe a la presencia de determinantes sociales y estilos de vida inadecuados, la escasa atención prestada al control de la Tuberculosis en muchos países y la peligrosa comorbilidad con la epidemia del VIH, además que algunas de las fuentes de contagio con frecuencia quedan sin ser diagnosticadas y sin recibir tratamiento, pero lo más grave aún es el hecho de que cuando lo reciben, la prescripción inadecuada y la falta de adherencia al tratamiento constituye un problema complejo y multifactorial que favorece un aumento de la tuberculosis (TB) y la tuberculosis multidrogorresistente.²³

El Ministerio de Salud - Dirección General de Salud de las Personas – 2005, da a conocer la Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la etapa adulta, donde la etapa del adulto mujer y varón, aquella comprendida entre los 20 y los 59 años, se considera de gran importancia como las otras etapas de la vida, dado que representa una gravitante fuerza económicamente productiva para el país y un componente esencial en la constitución familiar y social. En esta norma destaca el derecho de la atención integral, la cual comprende la atención preventiva promocional o recuperativa, valoración del riesgo y destaca dentro de los motivos de consulta los casos de Tuberculosis.²⁴

Muchas veces el sector salud se enfoca en la población más vulnerable, en los niños y adultos mayores; sin embargo se está dejando de lado a los adultos, es por ello que el mayor porcentaje de casos de Tuberculosis se esté dando posiblemente en esta población, que se está viendo desprotegida frente a esta situación, por consiguiente el Estado, debe

analizar la situación y promover la aplicación de la norma técnica para la Atención Integral en los adultos.

Si prestamos atención a los roles socialmente asignados a cada género. A pesar de los esfuerzos, en nuestra sociedad siguen primando, como en el resto de las sociedades del llamado mundo occidental, patrones machistas que asignan a los hombres roles, como el de ser el proveedor económico del hogar, poseedor de la fuerza física, tomador de decisiones, dominante, etc. Estos patrones hacen que muchos hombres consideren que visitar al médico frecuentemente, o tener hábitos higiénicos determinados, sea “cosa de mujeres”. Entre otras razones, los hombres son más vulnerables a exponerse a situaciones que implican el riesgo de la infección por Tuberculosis.²⁵

Por tanto los hombres tienen un mayor porcentaje de Tuberculosis, pues son ellos, quienes por ese pensamiento machista, generalmente trabajan fuera de casa, por lo tanto están expuestos a muchos riesgos, dejando de lado su alimentación, el descanso y expuestos constantemente a condiciones de riesgo nocivo como las drogas, el tabaco, el alcohol, descuidando su salud y quedado vulnerables frente a esta situación.

En relación al grado de instrucción la Tuberculosis, es una enfermedad de trascendencia social, con consecuencias negativas, que han recaído en las clases más reprimidas. En relación al nivel educativo y su relación con la salud de las personas, se tiene en cuenta que la educación es el proceso eficaz para adquirir el conocimiento científico de los múltiples procesos como fenómenos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento así como para

que el individuo modifique su modo de ser, pensar, los hábitos y costumbres y que el conocimiento hace que los individuos identifiquen tempranamente las enfermedades y tengan mayor interés en tomar medidas al respecto, lo cual se traduce en que actuarán teniendo en cuenta las medidas preventivas. Sin embargo, la mayoría de las personas en el país carecen de medios económicos y el respaldo educativo necesario para brindar el cuidado óptimo en el hogar a los enfermos de Tuberculosis Pulmonar, enfermedad de mayor incidencia en los sectores más populares donde el grado de instrucción es bajo. Es en este contexto que podemos visualizar que la carencia de conocimientos y de información puede determinar el comportamiento equivocado y erróneas valorizaciones con respecto a la salud.²⁶

La Norma Técnica, nos dice que el papel del profesional de enfermería en la salud pública está estructurado en componentes como La Promoción de la Salud a través de acciones de educación para la salud, promoción de estilos de vida saludables y manejo del medio ambiente.²⁷

Considero que el grado de instrucción de una persona es importante porque una persona instruida adquiere y comprende con mayor facilidad, a diferencia de una persona sin instrucción que tiene menos acceso a la información. Es por ello que los profesionales de enfermería deben aplicar las actividades de promoción de salud en la Estrategia Sanitaria, a través de las intervenciones educativas, con el fin de que la población tome conciencia sobre esta situación y decida contribuir en su autocuidado.

En relación a la ocupación, el panorama es más crítico en el Perú donde el modelo de desarrollo económico ha generado consecuencias negativas como sub empleos, desempleos, bajo ingreso per cápita que genera pobreza extrema, las cuales son el origen de los múltiples factores que condicionan la permanencia del foco infeccioso de la enfermedad. La relación entre el trabajo y la salud de los trabajadores es conocida desde la antigüedad, existiendo referencias clásicas de los efectos negativos más evidentes del trabajo sobre la salud. Según Cubillo (2002), las ocupaciones se podrían enmarcar en el concepto de empleos precarios o informales, ya que corresponden a sectores tradicionales, atrasados o frágiles de la economía. Bel Adell (2002), afirma que el empleo precario, es decisivo en términos de generar y reproducir exclusión social, gracias a que toda la organización social se asienta sobre la centralidad del trabajo; además, lleva al desequilibrio en la distribución de la renta que intensifica el empobrecimiento y revela la imposibilidad de universalizar los bienes más preciados que configuran las expectativas sociales; y a la desprotección social que significa quedar fuera de la estructura social normalizada que está vinculada básicamente al trabajo.²⁸

Los habitantes de la calle se ocupan como vendedores ambulantes, recicladores, cuidadores de carros, también ejercen la mendicidad y la prostitución. La mayoría de ellos reportan escasos ingresos. Es frecuente la vinculación con actividades delictivas, venta de drogas, transporte y comercialización de armas, robos, entre otros; lo que se constituye en una fuente de ingresos más lucrativa, la cual se gasta rápidamente en lo que se denomina „farras“ (consumo de alcohol, drogas, prostitución) y por sus

condiciones de vida está expuesta a contraer enfermedades infectocontagiosas como la Tuberculosis.²⁸

Por lo tanto la ocupación de los pacientes influye significativamente en la enfermedad, pues como se observa el mayor porcentaje, son los trabajadores independientes, como los vendedores ambulantes, albañiles, éstos tienen mayor riesgo de contraer la enfermedad, pues están expuestos a ambientes de riesgo y contacto permanente con diversas personas y por su mismo estilo de vida, no tiene horarios definidos, sumado al cansancio, la mala alimentación, son situaciones complicadas por la que estas personas se ven expuestas.

En relación al estado civil, se dice que las personas con Tuberculosis, en su mayoría, viven solas o permanecen internadas en hogares de ancianos, carecen de amparo filiar. Asimismo, en el estudio de casos y controles realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Universidad Autónoma del Estado de México, señala que el estado civil (soltero, divorciado o viudo) se comportó como un factor de riesgo.²⁹

Al respecto se concluye que las personas solteras, son quienes tienen mayor riesgo de contraer la Tuberculosis, porque no tienen un lazo filial cercano, muchas veces se descuidan, no se alimentan bien, no llevan un estilo de vida saludable, pudiéndoseles considerar desprotegidos, pues son ellos mismos quienes deben velar por su propia salud y no tienen quien los apoyen o los repriman en diversas situaciones.

En relación a la aplicación de la vacuna BCG, esta existe desde hace 80 años y es una de las vacunas actuales más ampliamente utilizada; en los

países en los que forma parte del programa nacional de inmunización infantil, se administra a más del 80% de los neonatos y lactantes. Se ha documentado el efecto protector en niños de la vacuna BCG contra la meningitis tuberculosa y la tuberculosis diseminada. No evita la infección primaria y, lo que es más importante, no evita la reactivación de la infección pulmonar latente, la principal fuente de propagación del bacilo en la comunidad. El efecto de las vacunas BCG en la transmisión de M. Tuberculosis es, por consiguiente, limitado. La eficacia en la protección de la BCG en formas graves de Tuberculosis (extra pulmonares) en niños menores de 4 años es grande, y está alrededor del 80%; su eficacia en adolescentes y adultos es más variable, estando entre el 0 y el 80%.³⁰

Por consiguiente la vacuna BCG no previene la Tuberculosis, sino que protege a la persona contra la diseminación de la enfermedad en todo el organismo y la meningitis tuberculosa y cualquier persona puede padecer Tuberculosis, independientemente de si está o no vacunado, lo que significa que la BCG no da inmunidad, por lo que una persona puede contagiarse.

Y en relación al estado nutricional, decimos que la dieta también puede modular el riesgo, las deficiencias de micronutrientes, posiblemente de hierro, vitamina B12 o vitamina D, han proporcionado más evidencias de una relación entre la deficiencia de vitamina D y un mayor riesgo de contraer Tuberculosis. A nivel mundial, la malnutrición grave común en algunas partes del mundo en desarrollo provoca un gran aumento en el riesgo de desarrollar Tuberculosis activa, debido a sus efectos nocivos sobre el sistema inmunitario, junto a la mala alimentación puede contribuir al fuerte vínculo observado entre la Tuberculosis y la pobreza.³¹

La relación entre desnutrición y la Tuberculosis es interactiva porque la desnutrición prolongada expone al organismo a una invasión fácil de enfermedades infectocontagiosas y la infección por tuberculosis conduce o agrava la desnutrición. La trascendencia de encontrarse en un estado nutricional inadecuado es porque se desencadenarían trastornos en muchas de las funciones del organismo, como las inmunológicas.³¹

En el caso de los pacientes con Tuberculosis, el estado nutricional es importante, porque de ello depende su sistema inmunológico, si bien es cierto la mitad de los pacientes en estudio tienen un estado nutricional normal, también encontramos porcentajes de delgadez y sobrepeso significativos, por lo cual es fundamental aplicar las intervenciones educativas en la Estrategia Sanitaria, donde se debe priorizar el tema nutricional, pues de ello depende la recuperación del paciente. Como sabemos a los pacientes por derecho les corresponde víveres, que son entregados mensualmente por la Estrategia Sanitaria, pero analizando la situación, muchos de los pacientes lo comparten con la familia, otros no lo consumen, no existe un control estricto, lo cual implica replantear este aspecto y tomarlo en consideración para buscar alternativas de solución frente a esta problemática.

En relación al indicador lugar, la procedencia de pacientes con Tuberculosis con mayor porcentaje fue la Urb. Santa Marina Sur con unos 28%, seguidos de AA.HH. Constanzo y otras Urbs. (Santa Ángela, Chachapoyas, Guardia Chalaca, Av. Colonial) con un 15% respectivamente y en menor porcentaje Urbs. De la misma jurisdicción (Fundo La Chalaca, El Carmen, San Martín, Melitón Carbajal), con un 6%.

La Tuberculosis, es una enfermedad que está estrechamente relacionada con factores socioeconómicos. Según el estudio realizado por Adriana María Molina Giraldo en la Facultad de Salud Pública, entre 2008 y 2010, los lugares de la ciudad con mayor presencia de Tuberculosis fueron las zonas Centro y Nororiental; las comunas Popular, Santa Cruz y Manrique presentaron la mayoría de casos. Estas se clasificaron como comunas críticas para Tuberculosis, pues presentaron viviendas inadecuadas, hacinamiento crítico, hogares con alta dependencia económica, hogares sin servicios públicos y una mayor tasa de desempleo.³²

El lugar de procedencia, es importante porque de ello dependen las condiciones en la que vive la persona con Tuberculosis, como el hacinamiento, la ventilación, las cuales son características que repercuten en la recuperación del paciente. Así vemos que el mayor porcentaje de casos en este estudio se produjo en la Urb. Santa Marina Sur, donde las viviendas están divididas por bloques, en una casa viven 5 familias (inquilinos), por lo tanto estos lugares son reducidos, en las calles siempre hay pandillas reunidas, ocurren muchos asaltos a diferencia del AA.HH. Constanzo, los ambiente son más amplios, las viviendas están divididas unitariamente, pero a pesar de tener mejores condiciones hay una gran incidencia de delincuencia y drogadicción, dentro de la jurisdicción es considera zona roja , pues en cada esquina se observa a personas adultas jóvenes, adultos vendiendo drogas o consumiendo estas sustancias ilícitas.

En relación a la población vulnerable se observó que el mayor porcentaje de pacientes con Tuberculosis no han presentado ninguna condición de riesgo con un 76%, seguido de pacientes que han sido Ex. Internos de un Centro

Penitenciario con 13%, pacientes que han estado en ambas instituciones vulnerables (INPE y Centro de Rehabilitación) con un 6%, trabajadores de salud 4% y en menor porcentaje los pacientes que solo han estado en un Centro de Rehabilitación con un 1%.

Actualmente 1.200 presos luchan contra el terrible mal de la Tuberculosis (TBC), en medio de su encierro, en las 65 cárceles del país. Según el Instituto Nacional Penitenciario (INPE), la mayoría de internos con TBC son varones de entre 29 y 35 años de edad y presentan un estado inicial de la enfermedad, aunque también se registran casos de tuberculosis multidrogorresistente en pacientes que dejaron el tratamiento en las cárceles. Reveló que solo en el penal de Lurigancho, en San Juan de Lurigancho, se han reportado 442 casos de internos con TBC. Según el ex decano del Colegio Médico del Perú, Ciro Maguiña, el hacinamiento es el principal modo de contagio en las cárceles, en las que se presenta no solo la TBC común, sino también el multidrogorresistente.³³

Como podemos observar muchas de las personas que están en instituciones vulnerables están expuestas a contraer la Tuberculosis y el tema principal son las condiciones de los ambientes, al entrar a un penal se puede observar el hacinamiento de los internos, la nula ventilación. Es importante mencionar también a los trabajadores de salud, quienes sin duda están expuestos constantemente a contraer esta enfermedad, pues son ellos quienes están en contacto directo con el paciente, influye también las condiciones de trabajo, las largas y agotadoras horas, donde no se alimentan debidamente y su sistema inmunológico esta inmunodeprimido, siendo vulnerables a esta enfermedad.

En relación a los Hábitos Nocivos, se observó que el mayor porcentaje de pacientes con Tuberculosis no han presentado ningún hábito nocivo con un 51%, seguido del consumo de alcohol y drogas con un 25% y un menor porcentaje el consumo de tabaco con el 2%.

Encontramos un estudio similar de Choque García, Leydi Yanet, Perú 2013, donde el 41% de los pacientes tienen hábito al tabaco, alcohol o drogas.²²

Los fumadores que consumen más de 20 cigarrillos al día, también aumentan el riesgo de contraer Tuberculosis de dos a cuatro veces. En la actualidad se comienza a hacer hincapié en la relación que existe entre la Tuberculosis y determinadas adicciones como el Tabaquismo y el consumo de alcohol. El Tabaquismo aumenta el riesgo de recidiva mediante el incremento de la persistencia de la infección después de un tratamiento y aumenta el riesgo de cualquier infección residual que desencadena en la enfermedad. En un estudio realizado en Recife, donde se analizaron los casos de recidiva durante cinco años de completado el tratamiento se demostró que el Tabaquismo estuvo asociado significativamente con la reinfección proponiendo un mecanismo por el cual hay una neutralización en el TNF- α de los macrófagos pulmonares por las sustancias del tabaco haciendo que el paciente sea más susceptible a una progresión de la enfermedad a partir de una infección por Tuberculosis latente.³⁴

Con todo lo expuesto, se evidencia que los hábitos nocivos influyen en la propagación de la enfermedad de la Tuberculosis, porque muchas de los pacientes, son farmacodependientes, no llevan un buen estilo de vida, no se alimentan correctamente, muchos de ellos viven en las calles en condiciones

lamentables, por lo tanto su sistema inmunológico está deprimido , sumado a las amistades que en su gran mayoría tienen las mismas condiciones de vida formándose así un círculo vicioso , desencadenándose la enfermedad.

En relación al objetivo específico 3, sobre el perfil clínico, se encontró que, en relación a los antecedentes familiares, se observó que el mayor porcentaje de pacientes con Tuberculosis si tuvieron antecedentes familiares con un 58% y el 42% no lo tuvo. En relación al Contacto, se observó que con un mayor porcentaje están los amigos con un 26%, seguido de los hermanos con 22%, tíos 16% y con un menor porcentaje los abuelos con un 4%.

Encontramos un estudio similar de Choque García, Leydi, Perú 2013, donde se evidenció que el 40,2% tienen contacto con una persona con Tuberculosis.²²

Se considera contacto a aquella persona sometida al riesgo de contagio por haber estado expuesta a una fuente de infección tuberculosa. Hay que considerar tanto los contactos frecuentes como los esporádicos y evaluar cada situación y los límites del estudio.³⁵

El riesgo de contraer la infección por M. Tuberculosis aumenta con la intensidad y la duración de la exposición a una persona con una tuberculosis infecciosa. Por consiguiente, los contactos estrechos de los pacientes tuberculosos tienen gran riesgo de contraer la infección.³⁶

La detección oportuna de los contactos de los pacientes con Tuberculosis, es fundamental porque evita la cadena de trasmisión y la propagación de la enfermedad, es por ello fundamental la labor de enfermería, pues son ellas

quienes realizan las visitas domiciliarias y detectan oportunamente a los contactos.

En relación a los Tipos de Tuberculosis, se observó que el mayor porcentaje de pacientes tiene Tuberculosis Pulmonar con 76% y solo un 24% de Tipo Extrapulmonar. En relación a los Tipos de Tuberculosis Extrapulmonar, el mayor porcentaje lo tiene la Tuberculosis Pleural con 9%, seguida de la Ganglionar con 8% y con un menor porcentaje están los otros tipos (mama derecha, intestinal, cervical, urinario y genital) con un 4%.

Encontramos un estudio similar de Reyes Rodríguez, Isabel y colaboradores, Habana 2010, donde la forma clínica de presentación más frecuente fue la Tuberculosis Pulmonar con un 91%³⁷. Otro estudio similar es el de García Sánchez, C. y colaboradores España 2001, donde se detectó que el 82% tenían TB activa y su localización predominante fue la pulmonar con un 78%.

³⁸

La Tuberculosis (TBC), es la infección producida por Mycobacterium Tuberculosis, es una enfermedad oportunista, tanto en su forma pulmonar como extrapulmonar. Si nos referimos a la Tuberculosis Pulmonar sobre la Tuberculosis Extrapulmonar, la incidencia de esta última está aumentando en países como Estados Unidos y Canadá, sobre todo en grupos de riesgo como los HIV seropositivos.³⁹

Por lo tanto los casos de Tuberculosis Pulmonar tienen mayor incidencia, pues su transmisión es directa y es más rápido el contagio, porque es por vía respiratoria.

En relación a los Criterios Diagnósticos, se observó que el mayor porcentaje de pacientes con Tuberculosis se realizaron la baciloscopia con un 55%, seguido del examen radiológico con un 18% y con un menor porcentaje se realizaron la prueba de PPD con un 5%. Con respecto a la prueba de Baciloscopia Diagnóstica, se observó que el mayor porcentaje de pacientes con Tuberculosis, tuvo resultado negativo con un 39%, seguido de resultado de 1 cruz con 33% y en menor porcentaje resultado de 3 cruces con 9%. Y en cuanto a la prueba de Cultivo Diagnóstico, se observó que el mayor porcentaje de pacientes con Tuberculosis tuvo como resultado cultivo positivo con 72% y cultivo negativo el 28%.

Encontramos un estudio similar de Reyes Rodríguez, Isabel y colaboradores, Ciudad Habana 2010, donde la prueba diagnóstica predominante fue la baciloscopia positiva (81,8%)³⁷. Otro estudio similar es el de Choque García, Leydi, Perú 2013, el cual evidenció que el 62.4% fueron diagnosticados por examen bacteriológico.²²

El examen bacilosκόpicó directo de la expectoración (esputo), es la técnica de confirmación más práctica, sencilla, rápida y puede confirmar entre el 65% y el 80% de los casos de tuberculosis. El cultivo, es una técnica de mayor sensibilidad, pero requiere más tiempo, es más compleja y se solicita en las siguientes situaciones, cuando la baciloscopia es reiteradamente negativa, continúan los síntomas y hay imágenes radiológicas sospechosas de tuberculosis, cuando hay sospecha de tuberculosis extrapulmonar, ya que en general son lesiones con pocos bacilos y el examen de Radiología, es un elemento complementario para el diagnóstico de tuberculosis con el fin de

confirmar el diagnóstico y la reacción de PPD, es de poca ayuda diagnóstica, ya que diagnostica infección y no enfermedad.⁴⁰

Es cierto que la mayoría de los casos reportaron Baciloscopias negativas, por lo tanto es necesario saber que pueden darse falsos negativos y positivos por lo cual es importante considerar los otros criterios diagnósticos, que contribuyen a la confirmación de la enfermedad.

El personal de enfermería, ha sido formado académicamente para actuar frente a estos casos, es así como en la Estrategia Sanitaria, es la encargada de identificar a los sintomáticos respiratorias y detectar la enfermedad a través de la baciloscopia.

En relación al Perfil de Sensibilidad, se observó que el mayor porcentaje de pacientes con Tuberculosis son pansensibles en 90% y solo un 10% son multidrogosresistentes.

Encontramos estudios diferentes como el de García Sánchez, C. y colaboradores España 2001, donde se detectó resistencia a los medicamentos en 30% de los casos³⁸. Otro estudio diferente es el de Fredy Hinojosa Galindo - Red Asistencial Sabogal – EsSalud (2002-2011), en la cual de los 536 casos ingresados, solo 65% contaban con pruebas de sensibilidad, de estos 6.5% resultaron siendo pansensibles por lo que retornaron a un esquema primario 5,4% monoresistentes y 4,1% poliresistentes.⁴¹

Un problema que se está extendiendo en los últimos años es la aparición de M. Tuberculosis resistentes a antibióticos. La tuberculosis multirresistente se ha encontrado en casi todos los países estudiados. En 2012, entre los casos

notificados de tuberculosis pulmonar hubo unos 450 000 casos de tuberculosis multirresistente. Casi el 50% de ellos correspondían a la India, China y la Federación de Rusia. Se cree que aproximadamente un 9,6% de los casos de tuberculosis multirresistente presentaban tuberculosis ultrarresistente.⁴¹

En la investigación la mayoría de pacientes son pansensibles a los medicamentos antituberculostáticos, existe también casos multidrogo-resistentes, esto se debe a que mucho de los pacientes abandonan el tratamiento, porque no soportan los efectos secundarias de los fármacos, otro aspecto que influye es su estilo de vida, pues muchos de ellos son trabajadores independientes, con horarios complicados de trabajo y otros son farmacodependientes.

En relación al Esquema de Tratamiento, se observó que el mayor porcentaje de pacientes con Tuberculosis recibió su tratamiento con el esquema sensible con un 90%, seguida del esquema individualizado con un 6% y con un menor porcentaje el esquema empírico con un 4%.

Encontramos un estudio similar el de Condori Rivera, Iván - Lima 2014, donde se evidenció que el esquema uno se utilizó en 95%⁴². Y otro estudio similar de Veliz Coronado, Callao, en los períodos 2009–2011, en el 2009, un 76% recibió tratamiento esquema uno, 12% esquema empírico y 12% esquema individualizado, en el 2010, 70% esquema uno, 20% tratamiento individualizado; 2011, 57% esquema uno y 26% esquema empírico¹⁹.

El cumplimiento o la adherencia con los medicamentos prescritos son definidos como el grado al cual el comportamiento y las actitudes de un

individuo coinciden con los consejos, indicaciones y recomendaciones médicas. El cumplimiento implica un acto positivo en el cual el paciente es motivado suficientemente para adherirse al tratamiento prescrito haciendo seguimiento estricto de las recomendaciones, a razón de un beneficio claro percibido.⁴³

La no adherencia al tratamiento es considerada una de las principales barreras para el control de la enfermedad debido a las consecuencias de su interrupción, la progresión de la enfermedad y la muerte, el contagio, y el desarrollo de cepas resistentes y en general, está asociada a la vulnerabilidad social de los pacientes. En efecto, la evidencia indica que los pacientes con peores condiciones de vida, de menor nivel socioeconómico, fundamentalmente hombres, desempleados y de mayor edad son los que menos probabilidad tienen de poder adherir al tratamiento.⁴⁴

En relación a la Condición de Ingreso, se observó que el mayor porcentaje de pacientes con Tuberculosis ingresaron como pacientes nuevos con un 76%, seguido de un estado de recaída con un 17% y en estado de abandono recuperado 7%.

Encontramos un estudio similar de Choque García, Leydi, Perú 2013, donde se evidenció que el 87,2% son casos nuevos²². Otro estudio similar es el de Veliz Coronado, Callao, en los períodos 2009–2011, en el 2009 el 82% de los pacientes ingresaron como nuevo, el 15% recaída y el 3% abandono recuperado; 2010 el 85% nuevo, 15% recaída; 2011, 83% nuevo, 11% recaída.¹⁹

La Norma Técnica, contempla la condición de ingreso según antecedentes de tratamiento, existe Caso nuevo, que es el paciente con diagnóstico de tuberculosis que nunca ha recibido tratamiento anti-tuberculosis o que lo ha recibido por menos de 30 días consecutivos ó 25 dosis continuas; Caso antes tratado, paciente con diagnóstico de tuberculosis con antecedente de haber recibido tratamiento antituberculosis por 30 días o más. Se clasifican en condición de Recaída; que es el paciente que presenta otro episodio de TB diagnosticado después de haber sido dado de alta como curado o como tratamiento terminado ,otra condición es de Abandono recuperado, el cual considera al paciente que no concurre 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 y la condición de Fracaso, donde el paciente ingresa a un nuevo tratamiento luego de haber sido declarado como fracaso terapéutico de un esquema con medicamentos de primera o segunda línea.²⁴

Como podemos evidenciar existe gran porcentaje de pacientes nuevos, lo cual implica reconocer que el personal de salud especialmente las enfermeras, son quienes realizan trabajo comunitario y se encargan exclusivamente de la captación de sintomáticos respiratorios, contribuyendo al diagnóstico temprano y oportuno de estos pacientes.

En relación a la Condición de Egreso, se observó que el mayor porcentaje de pacientes con Tuberculosis egresaron como pacientes curados con un 73%, seguido de un estado de abandono con un 19% y fallecidos 8%.

Encontramos un estudio similar de García Sánchez, C. y colaboradores en España 2001, donde se detectó que el 75% de los pacientes cumplieron correctamente con el tratamiento³⁸. Otro estudio similar es el de Rojas,

Christian, Colombia 2010, donde se detectó que el 86,8% de los pacientes completó el tratamiento satisfactoriamente.⁴⁵

La Norma Técnica, contempla también la Condición de egreso de pacientes con Tuberculosis, tenemos así al paciente, curado, que es el 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, tratamiento completo, son pacientes con confirmación bacteriológica al inicio, que concluye el esquema tratamiento con buena evolución y en quien no fue posible realizar la baciloscopía de esputo en el último mes de tratamiento, pacientes sin confirmación bacteriológica al inicio de tratamiento que concluye esquema de tratamiento con buena evolución, la otra condición es el fracaso, que considera al paciente con baciloscopia o cultivo de esputo positivo a partir del cuarto mes de tratamiento, y la otra condición es la de fallecido, el cual considera al 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, no evaluado, paciente al que no se le ha asignado la condición de egreso.²⁴

Como podemos apreciar existe un gran porcentaje de pacientes curados, lo cual es una forma de evaluar las intervenciones de enfermería, pues estos resultados demuestran la efectividad del seguimiento al paciente con Tuberculosis, en todas las etapas de su enfermedad y por ende el cumplimiento de la norma técnica.

En relación a la Comorbilidad, se observó que el mayor porcentaje de pacientes con Tuberculosis, no presentan patología asociada con un 63%, seguidas de otras patologías asociadas como (Hipertensión Arterial, Anemia / Desnutrición, Hepatitis, Esquizofrenia, Gastritis) con un 22%, con VIH-SIDA 9% y con el menor porcentaje Diabetes Mellitus con un 6%.

Encontramos un estudio similar de Rojas, Christian, Colombia 2010 , donde se detectó que la infección concomitante con VIH fue de 5,7%⁴⁵ y en el estudio de Veliz Coronado, Callao, en los períodos 2009–2011, en el 2009 3% tuvo Diabetes Mellitus, 2010, 5% VIH–SIDA y 5% Diabetes Mellitus y en el 2011, 10% tuvo VIH y Diabetes respectivamente¹⁹.

La creciente prevalencia de Diabetes supone un grave problema de salud pública, al tratarse de una afección crónica multiorgánica, que afecta el funcionamiento del sistema inmune, por lo que favorece el desarrollo de enfermedades infecciosas como la Tuberculosis Pulmonar, explicó Lucia Monserrat Pérez Navarro, especialista en salud pública con énfasis en epidemiología.⁴⁶

Por consiguiente podemos decir que la comorbilidad se hace más vulnerable con la Tuberculosis, ya que muchos de los pacientes con patologías asociadas deben recibir doble tratamiento, el cual causa un estrés psicológico para el paciente, sumado a los efectos secundarios producidos por los medicamentos administrados, pues muchos de ellos empiezan a tener síntomas como náuseas, vómitos, finalmente llegan a tener Gastritis, por lo cual muchos abandonan el tratamiento.

CONCLUSIONES

1. La Prevalencia e incidencia de casos de Tuberculosis en el transcurso de los cinco años 2011–2015, ha sido de tendencia decreciente.
2. En relación a las características epidemiológicas se observa mayor predominio en el grupo etáreo adultos, de sexo masculino, con grado de instrucción de secundaria, trabajadores independientes, solteros, en su mayoría vacunados con BCG y con un estado nutricional normal, provenientes de la Urb. Santa Marina Sur y AA.HH. Constanzo, no presentan población vulnerable, tampoco presentan consumo de hábitos nocivos.
3. En cuanto a las características clínicas, se presentó como principal contacto a los amigos, destacó la Tuberculosis Pulmonar y de Tipo Extrapulmonar (Tuberculosis Pleural), baciloscopia negativas, pansensibles, tratamiento con esquema sensible, condición de ingreso casos nuevos y condición de egreso curados y no presentaron comorbilidad.

RECOMENDACIONES

- La Enfermera Jefe encargada de la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis, debe fortalecer las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incentivando al trabajo comunitario, direccionándose a todos los grupos etáreos, asimismo realizar intervenciones educativas en las instituciones educativas, en los centros penitenciarios, enfocadas en las condiciones de riesgo relacionadas a los hábitos nocivos, como el consumo indiscriminado de alcohol, drogas y sobre todo garantizar el cumplimiento de la Norma Técnica.
- A la comunidad científica se le recomienda realizar investigaciones cuantitativas relacionadas a los factores de riesgo que conllevan a contraer la enfermedad de la Tuberculosis en la población adulta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Br. Héctor Alejandro Navarro Cristofin. Tuberculosis en Menores de 15 años. Una Enfermedad Reemergente Estado Bolívar 1998-2008. Para optar al Título de Médico Cirujano [acceso 1 de agosto 2015]. Disponible en: <http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2217/1/37%20Tesis.%20WE9%20N322.pdf>
2. Boletín Epidemiológico. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica - Sistema Único de Información Número 24, Volumen 32, Semana 24 del 14 al 20 de junio del 2015. [acceso 5 de agosto 2015]. Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/boletin/2015/sem24.pdf>
3. Comportamiento clínico epidemiológico de la tuberculosis en pacientes atendidos en el componente de control de la TB en los centros de salud “Edgard Lang”, “Francisco Buitrago”, “Silvia Ferrufino” y “Ciudad Sandino” en el período de Julio 2010–Marzo 2011. [acceso 6 de agosto 2015]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos93/la-tuberculosis/la-tuberculosis.shtml>
4. Organizando Mundial de la Salud - Nota Descriptiva N°104 Marzo de 2015. [acceso 10 de agosto 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
5. Incidencia de Tuberculosis (por cada 100.000 personas) - Ranking de países 2013 [acceso 12 de agosto 2015]. Disponible en: <http://www.indexmundi.com/es/datos/indicadores/SH.TBS.INCD/rankings>

6. Objetivos de Desarrollo del Milenio - Informe de 2014. [acceso 15 de agosto 2015]. Disponible en:

<http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2014-spanish.pdf>

7. Boletín Epidemiológico Volumen 6 N° 03 - Red de Salud Lima Ciudad 2013 [acceso 20 de agosto 2015]. Disponible en:

<http://www.rslc.gob.pe/Descargas/Epidemiologia/Boletin/2013/Boletin-N-03-2013.pdf>

8. Impacto Socioeconómico de la Tuberculosis en el Perú 2010: Documento Técnico/ Ministerio de Salud. Perú 2012 [acceso 23 de agosto 2015].

Disponible en:

<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2014/11.pdf>

9. Ministerio de Salud (MINSa) - Programa de Control de Enfermedades Transmisibles - Control de Tuberculosis. Oficina General de Estadística e Informática- Dirección General de Salud de las Personas 6.31 "Evolución de Casos Notificados de Tuberculosis, según Departamento, 2003-2014".

10. Antonieta Alarcón Guizado - Coordinadora Nacional Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis - Dirección General de Salud de las Personas Situación de la Tuberculosis en el Perú y Política Nacional para su Control. Arequipa 2014. [acceso 25 de agosto 2015].

Disponible en:

<http://190.223.45.115/newtb/Archivos/RecursoInformacion/20140630174703.pdf>

11. Adriana Valencia Vilca Coordinador de TB de la ESR/PCT Diresa Callao
Situación de La Tuberculosis en la Diresa Callao 2008–2014. Gobierno
Regional del Callao - Dirección Regional de Salud Callao - Dirección de
Atención Integral en Salud Estrategia Sanitaria Regional de Prevención y
Control de la Tuberculosis.

12. Flor Yesenia Musayón Oblitas, Natalie Loncharich, María Esther Salazar,
Helena María Leal David, Inés Silva, Doris Velásquez. Rol de la Enfermería
en el Control de la Tuberculosis: una Discusión desde la Perspectiva de la
Equidad. 2010 [acceso 28 de agosto 2015]. Disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/es_20.pdf

13. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas
Afectadas por Tuberculosis 2013 [acceso 1 de septiembre 2015]. Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/infecciones/RM715-2013_MINSA_TB.pdf

14. Marcela Carolina Morales Alvarado. Caracterización Epidemiológica,
Distribución y Asociaciones de la Tuberculosis Pulmonar en el Servicio de
Salud Metropolitano Sur Oriente Estudio Descriptivo y Analítico (Enero de
2010 a Julio de 2012) Santiago, Chile Diciembre de 2013. [Acceso 3 de
septiembre 2015]. Disponible en:
<http://www.saludpublicachile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/384/TESIS%20Marcela%20Morales.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

15. Bach. Leydi Yanet, Choque García. Perfil Epidemiológico y Clínico de Pacientes con Tuberculosis en la Microred Cono Norte Tacna 2012. Tacna Perú 2013. [acceso 5 de septiembre 2015]. Disponible en:
http://www.tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/175/60_2013_Choque_Garcia_LY_FACS_Enfermeria_2013.pdf?sequence=1

16. Fuente Tafur Luis Alberto. Enfoque sociopolítico para el control de la tuberculosis en el Perú. Perú 2009 [acceso 9 de septiembre 2015] Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n3/a17v26n3.pdf>

17. Organización Mundial de la Salud (OMS) - Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013 [acceso 10 de septiembre 2015] Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf?ua=1

18. Impacto Socioeconómico de la Tuberculosis en el Perú 2010: Documento Técnico/ Ministerio de Salud. Perú 2012. [acceso 12 de septiembre 2015]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1820.pdf>

19. Veliz Coronado, Sheylly Katherine “Perfil Epidemiológico del Paciente Atendido en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis. Centro de Salud. La Perla - Callao, en los períodos 2009–2011 “Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Obstetricia y Enfermería 2012. Para optar el Título Profesional de Licenciada en enfermería”.

20. Adrados Bueno G. y colaboradores Incidencia de la tuberculosis en España: resultados del Proyecto Multicéntrico de Investigación en

Tuberculosis (PMIT) Elsevier: Vol. 114. Núm. 14. España 2002 [acceso 8 de enero 2016]. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-incidencia-tuberculosis-espana-resultados-del-9827>

21. Organización Mundial de la Salud 2008. Prevalencia de la infección tuberculosa e incidencia de tuberculosis: reevaluación de la regla de Styblo [acceso 10 de enero 2016]. Disponible en:

<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/1/06-037804-ab/es/>

22. Choque García, Leydi Yanet. Perfil Epidemiológico y Clínico de Pacientes con Tuberculosis en la Microrred Cono Norte Tacna–2012. Perú 2013. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann–Tacna. Facultad de Ciencias de la Salud. Para optar el Título Profesional de Licenciada en enfermería. [acceso 11 de enero 2016]. Disponible en:

<http://www.tesis.unjbg.edu.pe:8080/handle/unjbg/175>

23. Belito de la Cruz Hilda, Fernández-Cruzado Valeria, Sánchez-Gutiérrez Shirleya, Farro-Peña Gianina. Estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con Tuberculosis de un centro de salud. Perú. Lima - Perú 2014 Facultad de Enfermería, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

24. Ministerio de Salud / DGSP V.01. Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adulto. Perú 2005 [acceso 15 de enero 2016]. Disponible en:

<https://www.google.com/search?q=norma+t%C3%A9cnica+del+adulto.&ie=utf-8&oe=utf-8>

25. Género y TB. Cuba 2015 [acceso 17 de enero 2016]. Disponible en:
<http://www.cubaeduca.cu/medias/pdf/salud/Genero-TB.pdf>
26. Anali Yesenia Huaynates Castro. Relación entre el Nivel de Conocimientos Sobre Tuberculosis Pulmonar y las Actitudes hacia el Tratamiento que tienen los pacientes registrados en la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis del Centro de Salud “San Luis”. Enero 2006-Perú. Para optar el Título Profesional de Licenciada en enfermería. [acceso 18 de enero 2016]. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1025/1/Huaynates_ca.pdf
27. Ministerio de Salud de Perú – Lima. Tuberculosis ESN PCT [acceso 19 de enero 2016]. Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/infecciones/rm715-2013_minsa_tb.pdf
28. Marta Elena Correa y Colaboradores. Habitantes de la calle y tuberculosis: Una realidad social en Medellín. Colombia 2012 Universidad Pontificia Bolivariana. [acceso 20 de febrero 2016]. Disponible en:
http://200.21.104.25/eleuthera/downloads/Eleuthera6_8.pdf
29. Núñez Rocha GM. Riesgo Nutricional en Pacientes con Tuberculosis Pulmonar: ¿Cuestión del Paciente o de los Servicios de Salud? México 2000 [acceso 1 de febrero 2016]. Disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n2/2381.pdf>

30. Organización Mundial de la Salud. Iniciativa global sobre la seguridad de las vacuna. Vacuna Antituberculosa 2007 [acceso 2 de febrero 2016].

Disponible en:

http://www.who.int/immunization/wer7904BCG_Jan04_position_paper_SP.pdf

31. Núñez-Rocha GM. Riesgo Nutricional en Pacientes con Tuberculosis Pulmonar: ¿Cuestión del Paciente o de los Servicios de Salud? México 2000 [acceso 3 de febrero 2016]. Disponible en:

<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n2/2381.pdf>

32. Laura Ospina Montoya. Tuberculosis: Flagelo en el Hacinamiento. Colombia 2015 [acceso 4 de febrero 2016]. Disponible en:

http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/udea-noticias/udea-noticia!/ut/p/z0/fuy9doiweh4vf0zzfbhqsboxmjiodmddfknkrugbby2pb9ff5cv3z8okebzfnavpbhjfupsyfnqvulnesb2qmzs5pkqlzbpdn48cdibid3tre5wd0my9exoooh48nqeymah0v6rm1nz4ibplnjshs8r7banisfvk7grjckhixl0anirm9aoywibm8_q3vx5ahopppo!/

33. La Republica. Existen 1.200 presos contagiados con TBC en los 65 penales del país. Perú 2012 [acceso 5 de febrero 2016]. Disponible en:

<http://larepublica.pe/16-03-2012/existen-1200-presos-contagiados-con-tbc-en-los-65-penales-del-pais>

34. MSc. María Beatriz Cabalé Vilariño .Tuberculosis y Adicciones: Portales Médicos 2010 [acceso 6 de febrero 2016]. Disponible en:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1987/1/Tuberculosis-y-Adicciones.html>

35. Sociedad Valenciana de medicina familia/comunitaria. Estudio de contactos en la Tuberculosis. Venezuela 2009 [acceso 10 de febrero 2016].

Disponible en: <http://www.svmfyc.org/fichas/f072/ficha072.pdf>

36. Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Tuberculosis. España 2011 [acceso 12 de febrero 2016].

Disponible en:

<http://www.guiasalud.es/egpc/tuberculosis/completa/apartado06/prevencion.html>

37. Isabel Reyes Rodríguez; Marta Álvarez Sáez; Migdalia Abreu Díaz; Jacqueline Guerra Acosta. Variables clínicas y epidemiológicas de la Tuberculosis, Policlínico Docente Julio A Mella, Ciudad Habana. 2010 - Facultad Miguel Enríquez. [acceso 13 de febrero 2016]. Disponible en:

<http://files.sld.cu/boletincnscs/files/2011/09/variables-clinicas-epidemiologicas-de-latb.pdf>

38. García Sánchez, C. Pérez de Oteyza, C. Gilsanz Fernández. Estudio epidemiológico de la Tuberculosis en un Hospital de Tercer Nivel en el año 2001. Trabajo aceptado el 26 de enero de 2005. [acceso 14 de febrero 2016]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021271992005000500005&script=sci_arttext

39. Ileana M. Suárez Corría Tuberculosis Pulmonar y Localizaciones Extrapulmonares. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Cuba 2012 [acceso 15 de febrero 2016]. Disponible en:
<http://uvsfajardo.sld.cu/tuberculosis-pulmonar-y-localizaciones-extrapulmonares>
40. Ministerio de la Nación – Argentina. Guía de para el Equipo de Salud Enfermedades Infecciosas Tuberculosis. Argentina 2009 [acceso 18 de febrero 2016]. Disponible en:
http://www.msal.gob.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/guia_tuberculosis.pdf
41. Fredy Hinojosa Galindo. Patrón de Resistencia a Drogas Antituberculosas en Pacientes con Tuberculosis Multidrogo-resistente en la Red Asistencial Sabogal – EsSalud (2002-2011). Para optar el Título de Especialista en Neumología. Perú 2012. [acceso 20 de febrero 2016]. Disponible en:
http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2638/1/Hinojosa_Galindo_Fredy_2012.pdf
42. Condori Rivera, Iván. Características Clínico Epidemiológicas en Pacientes con Tuberculosis Entero peritoneal. Facultad de Medicina Humana, Universidad de San Martín de Porres - Lima 2014. Sección Post Grado para optar el Título Profesional de Especialista en Gastroenterología.
43. Mauricio Hernández Quintana M.D ¿Por qué es importante el Cumplimiento o Adherencia al tratamiento? Colombia 2015 [acceso 21 de febrero 2016]. Disponible en:
<http://www.procapshospitalaria.com/Prensa/Noticias/%C2%BFPor-que-es-importante-el-Cumplimiento-o-Adherenci.aspx>

44. Arrosi Silvana, Herrero María Belén, Greco Adriana, Ramo Silvana. Factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en municipios del área metropolitana de Buenos Aires - Argentina. Buenos Aires - Argentina 2012 [acceso 22 de febrero 2016]. Disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/scol/v8s1/v8s1a12.pdf>

45. Christian Mauricio Rojas, Sonia Lorena Villegas, Hildegard María Piñeros, Ennid Margarita Chamorro, Carlos Eduardo Durán, Edna Lorena Hernández, Robinson Pacheco, Beatriz Eugenia Ferro “Características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas de una cohorte de pacientes con tuberculosis pulmonar en Cali, Colombia” 2010. [acceso 23 de febrero 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v30n4/v30n4a05.pdf>

46. Amazing. Noticias de la Ciencias y Tecnología. Personas con Diabetes, más propensas a Desarrollar Tuberculosis. México 2015. [acceso 25 de febrero 2016]. Disponible en:
<http://noticiadelaciencia.com/not/15301/personas-con-diabetes-mas-propensas-a-desarrollar-tuberculosis/>



ANEXOS

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
Perfil Epidemiológico y Clínico de la Tuberculosis en los pacientes del Centro de Salud Santa Fe – Callao	Características Epidemiológicas	<p>Persona</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo étnico • Sexo • Nivel de instrucción • Ocupación • Estado civil • Vacuna BCG • Estado nutricional <p>Espacio/Lugar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lugar de procedencia <p>Frecuencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incidencia • Prevalencia <p>Condiciones de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población vulnerable • Hábitos nocivos 	Ordinal Nominal Nominal Ordinal Nominal
	Características Clínicas	<p>Patología en estudio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de familiares o cercanos con Tuberculosis. • Tipos de Tuberculosis • Criterio diagnóstico • Baciloscopia de diagnóstico. • Cultivo de diagnóstico • Perfil de sensibilidad • Esquema de tratamiento • Condición de ingreso • Condición de egreso <p>Antecedentes patológicos y casos especiales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comorbilidad 	Nominal

ANEXO B

HOJA DE REGISTRO DE DATOS

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS			
Edad 5 - 12 años () 14 -17 años () 18 -35 años () 36 - 64 años () 65 a más años ()	Sexo Masculino () Femenino ()	Nivel de instrucción Analfabeto () Primaria () Secundaria () Superior ()	Ocupación Desocupado () Estudiante () Ama de casa () Comerciante () Chofer/cobrador () Obrero () Vigilante () Independiente () Otros ()
Estado civil Soltero () Casado () Conviviente () Viudo () Divorciado/ separado ()	BCG Si () No ()	Estado Nutricional Peso : _____ Talla : _____ IMC: 17 – 18.49 Delgadez () 18.50 - 24.99 Normal () + 25 Sobrepeso () + 30 Obesidad ()	Lugar de Procedencia Urb. Santa Marina () Urb. Santa Marina Sur () Urb. Fundo la Chalaca () Urb. San Martin () Urb. Melitón Carbajal () Urb. Centenario () Urb. Santa Fe () Urb. El Carmen () Urb. Primavera () AH. Constanzo () Otros ()
Población vulnerable Ex Interno de centro penitenciario () Centro de rehabilitación () Trabajador de salud () Otros () Ninguno ()		Hábitos Nocivos Tabaco () Alcohol () Drogas () Alcohol más drogas () Ninguno ()	

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO			
Antecedente de en la familia o cercanos con TB Si () Relación: No ()	Tipo de Tuberculosis Pulmonar () Extrapulmonar ()	Criterio Diagnóstico Baciloscopia () Cultivo () Clínico () Radiológico () PPD ()	Baciloscopia diagnóstico Positivo + () ++ () +++ () Negativo ()
Cultivo diagnóstico Positivo () Negativo ()		Perfil de sensibilidad Pansensible () MDR () XDR ()	Esquema de tratamiento Esquema sensible () Esquema estandarizado () Esquema individualizado () Esquema empírico ()
Condición de ingreso Nuevo () Recaída () Abandono recuperado ()		Condición de egreso Curado () Fracaso () Abandono () Fallecido ()	
Comorbilidad Diabetes Mellitus () VIH/SIDA () Cáncer () Hepatitis Crónica () Gastritis () Asma / EPOC () Terapia con corticosteroides () Gestante/puérpera () Otros () Sin comorbilidad ()			

ANEXO C

MAPA EPIDEMIOLÓGICO



ANEXO D

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL CENTRO SALUD SANTA FE

Lunes 22 de febrero de 2016



SEÑOR DOCTOR:

RICARDO ALDO LAMA MORALES

DIRECTOR GENERAL DIRESA - CALLAO

SOLICITUD: Autorización para la realización de mi Tesis en el Centro de Salud Santa Fe Callao.

Yo, Silvia Patricia Carrasco Carrasco, Bachiller, alumna egresada de la Facultad de Obstetricia y Enfermería - Escuela Profesional de Enfermería, con DNI 45641392, domiciliada en el Jr. Flora Tristán 2983 Urb. Condevilla. SMP, solicito a usted me brinda las facilidades para poder ejecutar mi trabajo de investigación "Perfil epidemiológico y clínico de la tuberculosis en los pacientes del Centro de Salud Santa Fe - Callao durante enero 2011 - diciembre 2015", en el Centro de Salud Santa Fe Callao.

Agradezco de antemano su atención.

Atentamente,



Silvia Carrasco Carrasco

DNI: 45641392





USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

OFICIO N° 114 -2016-D-FOE-USMP

Jesús María, febrero 18 de 2016

Doctor
CARLOS CABALLERO REYNAÇA
Médico Jefe
C.S. Santa Fe - Callao
Microred Santa Fe
Presente.-

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y presentar a la señorita Bachiller **SILVIA PATRICIA CARRASCO CARRASCO** con código **2010202067**, alumna egresada de la Facultad de Obstetricia y Enfermería – Escuela Profesional de Enfermería, quien ha elegido la Institución que dignamente dirige, para llevar a cabo su trabajo de investigación con el asesoramiento de la Mg. Ysabel Carhuapoma Acosta y optar el Título de Licenciada en Enfermería.

La investigación titulada: **“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LA TUBERCULOSIS EN LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD SANTA FE – CALLAO DURANTE ENERO 2011 – DICIEMBRE 2015”**, se desarrollará dentro del marco de tiempo estipulado por la Facultad; por lo que solicito tenga a bien brindarle las facilidades que requiere este proceso.

Agradeciéndole anticipadamente por la atención que brinde al presente, quedo de usted.

Atentamente,

Dra. Hilda Baca Neglia
Decana

HBN:nmeza

Facultad de Obstetricia y Enfermería
Av. Salaverry N° 1136 - Jesús María
Telf: 471-1171 / 471-9682 / 471-6791
Fax: 265-6723
foe@usmp.pe

ANEXO E

RECOLECCION DE DATOS







