

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA (FDS)

EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA DE PERSONAS SOSPECHOSAS DE TUBERCULOSIS PULMONAR, SAN PEDRO NECTA, HUEHUETENANGO, GUATEMALA. MAYO-JUNIO 2015.
TESIS DE GRADO

DIANA GABRIELA CASTILLO AGUILAR
CARNET 22082-06

ESCUINTLA, SEPTIEMBRE DE 2015
SEDE REGIONAL DE ESCUINTLA

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA (FDS)

EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA DE PERSONAS SOSPECHOSAS DE TUBERCULOSIS PULMONAR, SAN PEDRO NECTA, HUEHUETENANGO, GUATEMALA. MAYO-JUNIO 2015.

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR

DIANA GABRIELA CASTILLO AGUILAR

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO Y GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ESCUINTLA, SEPTIEMBRE DE 2015
SEDE REGIONAL DE ESCUINTLA

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR:	P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA:	DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN:	ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA:	P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO:	LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL:	LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO:	DR. CLAUDIO AMANDO RAMÍREZ RODRIGUEZ
VICEDECANO:	MGTR. GUSTAVO ADOLFO ESTRADA GALINDO
SECRETARIA:	LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN
DIRECTORA DE CARRERA:	LIC. MAUREEN ADILIA REYES COLINDRES DE HERRERA

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. JESSIKA RUBI OROZCO VELÁSQUEZ DE CHURUNEL

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. ANA LUCRECIA SANTA LUCE BRAN DE RODRIGUEZ

LIC. MAUREEN ADILIA REYES COLINDRES DE HERRERA

LIC. MIRIAM RUBILIA VELÁSQUEZ RAMÍREZ DE OROZCO

Guatemala 5 de agosto del 2015.

Licenciada.
Maureen Reyes de herrera.
Miembro del Comité de Tesis
Directora del Departamento de Enfermería.
Universidad Rafael Landívar
Facultad Ciencias de la Salud
Campus central.

Estimada Licenciada.

Deseándole éxito en sus actividades, hago constar que he acompañado a la estudiante Diana Gabriela Castillo Aguilar carné núm. 22082-06, en el proceso de elaboración de su tesis como requisito previo a optar al título de Licenciada en Enfermería la cual se titula

EVALUACION DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCION PARA LA DETECCION OPORTUNA DE PERSONAS SOSPECHOSAS DE TUBERCULOSIS PULMONAR. SAN PEDRO NECTA, HUEHUETENANGO, GUATEMALA. MAYO-JUNIO 2015.

Considerando que el Informe Final llena con los requisitos establecidos, extendiendo la presente Constancia de Aprobación.

Atentamente,


Dra. Jessika Rubí Orozco Velásquez.
Asesora de Tesis.

Jessika R. Orozco Velásquez
Médica y Cirujana
C.O.P. 15,486



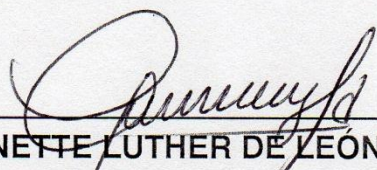
Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante DIANA GABRIELA CASTILLO AGUILAR, Carnet 22082-06 en la carrera LICENCIATURA EN ENFERMERÍA (FDS), de la Sede de Escuintla, que consta en el Acta No. 09852-2015 de fecha 9 de septiembre de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA DE PERSONAS SOSPECHOSAS DE TUBERCULOSIS PULMONAR, SAN PEDRO NECTA, HUEHUETENANGO, GUATEMALA. MAYO-JUNIO 2015.

Previo a conferírsele el título y grado académico de LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 9 días del mes de septiembre del año 2015.


LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar



DEDICATORIA.

- ❖ **A Dios:** Mi dador de sabiduría, dirección, fortaleza y guía para seguir siempre adelante en el logro de mis objetivos.

- ❖ **En memoria de mi papá:** Luis Napoleón Castillo Ramírez, porque sin su apoyo este logro hubiera sido más difícil, gracias por todas sus muestras de cariño, sé que desde el cielo intercede por mí y que de alguna forma continua a mi lado...

- ❖ **A mi mamá:** Ofelia Aguilar Castillo, Gracias por tus oraciones, ayuda y consejos, por tu ejemplo de profesionalismo, para lograr éste éxito que también es tuyo...

- ❖ **A: Reyna Idalia Castillo de Morán.** Por su apoyo incondicional en el momento justo, estímulos constantes, por la fé y confianza en mí como persona y como profesional gracias por el cariño demostrado...

- ❖ **A: Marisol Albir Baches:** Tú apoyo, paciencia, enseñanzas, palabras de aliento y cariño han sido para mí elementales, demostraste estar a mi lado en las buenas y malas y has sido participe de este logro alcanzado; Dios te bendiga, gracias mary...

AGRADECIMIENTOS.

- ❖ **A mis hermanas:** Narda Regina y Urmelia Rita Irene, por el apoyo brindado y muestras de cariño, las quiero...
- ❖ **A Licda: Miriam Rubilia Velásquez:** Por caminar a mi lado en todo este proceso, por sus enseñanzas, apoyo y cariño.
- ❖ **Dra. Jessika Orozco.** Por los conocimientos brindados, apoyo y cariño demostrados en todo momento.
- ❖ **A MGTR: Marco Tulio Marroquín.** Por su dedicación apoyo y enseñanza, pero especialmente por brindarme algo tan invaluable como su tiempo.
- ❖ **A Licda Milvia Gómez:** Por permitirme aprender de usted y con usted.
- ❖ **A: Salvador Morán.** Por sus oraciones y afecto.
- ❖ **A mis catedráticas:** Licda. Miriam Velásquez, Wilman López de Camey, Irma Vallejos, Nineth Paz Najarro, Ana patricia Marroquín Girón. Gracias por inculcarme valores y competencias para el desempeño de mi profesión, por dejar en mí lo mejor de ustedes como profesionales y como personas, las quiero mucho...
- ❖ **A Facultad de Ciencias de la Salud de sede Escuintla:** Centro de estudios que me dio la oportunidad de realizar uno de mis más preciados sueños.
- ❖ **A mis amigas:** Marisol, Magaly, Cecilia, Febe, Emérita y Angelita, por el afecto y apoyo demostrado en momentos difíciles, sin importar el tiempo y la distancia.
- ❖ **A: Área de salud y Departamento de Provisión de Servicios de Huehuetenango:** Por la oportunidad de realizar mi EPS.
- ❖ **A: Distrito de San Pedro Necta:** Especialmente a Melvin Recinos, por su accesibilidad y apoyo.
- ❖ **A:** Señora Miriam Gaitán. Por sus muestras de cariño, consideración y apoyo.
- ❖ **A:** Doña Silvia de Ríos. Por la confianza atenciones y cariño.
- ❖ **A Usted:** Por su tiempo e interés en leer esta investigación.

RESUMEN.

La presente investigación es de tipo descriptiva de corte transversal, evalúa la aplicación del protocolo de atención para la detección oportuna de personas sospechosas de tuberculosis pulmonar en el primer nivel de atención y se basa en la aplicación de un cuestionario acerca de los diferentes aspectos del protocolo, mide conocimiento y posteriormente se aplicó una lista de chequeo en la que se evidencian las acciones del personal en su área de trabajo.

El programa de tuberculosis figura como uno de los priorizados por el Ministerio de Salud, de igual manera está contemplado dentro de los objetivos del desarrollo del milenio, radicando en la detección oportuna la clave para el logro de metas.

El Protocolo establece que se debe tener una tasa de curación del 85%, sin embargo la investigación revela que en cuanto a la captación de sintomáticos respiratorios de manera oportuna no se realizan acciones, ya que ninguna de las 22 personas que fueron estudiadas, habían alcanzado la meta esperada, un 59% equivalente a 13 personas, tiene más de un año que no recibe capacitación en materia de tuberculosis, lo que refleja que hay debilidad en el conocimiento del protocolo.

Cabe mencionar que el 100% conoce que es tuberculosis, un 82% sabe cómo se transmite la enfermedad, sin embargo un 56% no realiza pesquisas durante la consulta. Por lo que algunas de las recomendaciones fueron: capacitar, monitorear y supervisar, al personal así como presentar en sala situacional las metas esperadas, alcanzadas y acciones para recuperar lo no logrado.

INDICE

TEMA.	NO. DE PÁGINA.
I. INTRODUCCIÓN.	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	2
III. MARCO TEÓRICO.	4
3.1. Protocolo de atención.	
3.2. Tuberculosis.	
3.3. Infección tuberculosa primaria.	
3.4. Enfermedad tuberculosa.	
3.5. Historia de la Tuberculosis	
3.6. Desarrollo de la enfermedad.	5
3.7. Sintomático respiratorio.	6
3.8. Medidas Preventivas de la Tuberculosis Pulmonar	
3.8.1. Captación Oportuna.	
3.8.2. Vigilancia Activa.	
3.8.3. Contactos	
3.8.4. Vigilancia Pasiva.	
3.9. Componentes de la vigilancia.	
3.9.1. Vigilancia de morbilidad.	
3.9.2. Vigilancia de la respuesta de los servicios.	7
3.10. Factores predisponentes.	
3.11. Tipos de tuberculosis.	
3.11.1. Tuberculosis pulmonar.	
3.11.2. Tuberculosis Infantil.	
3.11.3. Tuberculosis meníngea.	8
3.11.4. Tuberculosis extra pulmonar.	
3.12. Recolección de muestras de esputo.	
3.13. Confirmación diagnóstica de la tuberculosis pulmonar.	9

3.14. Porcentaje de efectividad de la toma de tres muestras.	
3.15. Caso sospechoso.	
3.16. Metas anuales.	
3.17. Situación de la Tuberculosis en Guatemala.	10
3.18. Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado TAES	
3.19. Esquema de tratamiento para casos nuevos de tuberculosis pulmonar.	
3.20. Monitoreo y Supervisión del Programa de Tuberculosis	11
3.21. Evaluación del Programa de Tuberculosis pulmonar.	
3.22. Instrumentos para el Registro de Casos.	
3.23. Orden de Baciloscopías.	
3.24. Libro de Pesquisa y Diagnóstico.	12
3.25. Libro de Laboratorio.	
3.26. Libro de Tratamiento y Seguimiento.	
3.27. Expediente clínico del paciente.	
3.28. Protocolo de atención al paciente con tuberculosis.	
IV. ANTECEDENTES.	14
V. OBJETIVOS.	19
VI. JUSTIFICACIÓN.	20
VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.	22
7.1. Tipo de estudio.	
7.2. Sujeto de estudio.	
7.3. Contextualización geográfica o temporal.	
7.4. Definición de variables.	23
VIII. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS.	24
8.1. Selección del sujeto de estudio.	
8.1.1. Criterio de inclusión.	
8.1.2. Criterio de exclusión.	
8.1.3. Universo de estudio.	
8.1.4. Aval de la institución para trabajo de campo.	
8.2. Recolección de datos.	

8.2.1. Métodos utilizados para la recolección de datos.	
8.2.2. Elaboración y descripción de instrumentos.	
8.2.3. Validación del instrumento.	25
IX. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.	26
9.1. Descripción del proceso de digitación.	
9.1.1. Electrónica o manual.	
9.1.2. Uso de programa.	
9.1.3. Uso de software.	
9.2. Plan de análisis de datos.	
9.3. Métodos estadísticos.	27
9.4. Aspectos éticos.	
X. RESULTADOS.	28
XI. CONCLUSIONES.	45
XII. RECOMENDACIONES.	46
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	48
XIV. ANEXOS.	50

I. INTRODUCCION.

La tuberculosis, es una enfermedad tan antigua como la civilización, figurando en el antiguo testamento en el libro de Deuteronomio (capítulo 28, versículo 22); evidencias de su existencia, se registra en momias incas, en las que se documenta perforaciones, en la columna, en aquellas épocas comúnmente llamado el mal de Pott.

Enfermedad infectocontagiosa de distribución mundial, con alta morbi-mortalidad, que afecta principalmente a países pobres o en vías de desarrollo, esto debido a diversos factores como: la desnutrición, hacinamiento y pobreza, así como el medio ambiente en el que se desarrolla la sociedad cambiante, dando como resultado la implementación de protocolos en todos los países para estandarizar acciones e implementar actividades que contribuyan a disminuir la propagación de la enfermedad tuberculosa.

Según clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guatemala está calificada como uno de los países con “alta carga de tuberculosis”, dando un resultado aproximado de 4,500 casos nuevos positivos anualmente de tuberculosis pulmonar.

El departamento de Huehuetenango registra en el primer trimestre del año 2,015, 140 casos positivos de tuberculosis pulmonar, específicamente el municipio de San Pedro Necta registra 2 casos de tuberculosis pulmonar de 4 esperados en el trimestre, es decir existen 2 pacientes que no han sido detectados y 66 sintomáticos respiratorios que no han sido captados, es importante tomar en cuenta que según el protocolo de pacientes con tuberculosis establece que cada caso positivo de tuberculosis transmite la enfermedad de 15 a 20 personas anualmente, si éste no recibe tratamiento.

La investigación de tipo descriptivo, de abordaje transversal dirigida a 22 integrantes del personal de enfermería pretende, evaluar la aplicación del protocolo de atención para la detección oportuna de la tuberculosis en el personal de enfermería, y así evidenciar la importancia e impacto que tiene la búsqueda activa y oportuna de sintomáticos respiratorios, en el municipio de San Pedro Necta Huehuetenango.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad que ha estado presente en el mundo entero, considerándose una de las primeras enfermedades humanas, se estima que tiene una antigüedad de 15,000 a 20,000 años. Afecta principalmente a los países pobres o con bajo nivel de desarrollo, Guatemala no es la excepción, ya que la mayoría de su población es pobre, con altos índices de desnutrición, lo que implica que tengan problemas de inmunodeficiencias y que sean más vulnerables a la infección por tuberculosis.

Otro factor incidente es el hacinamiento en áreas rurales y postergadas, de igual manera la inestabilidad laboral y el comercio informal, obliga a las personas a migrar, incrementando así, el riesgo de diseminación de la bacteria, estos factores son característicos en el departamento de Huehuetenango, aunado al clima y el nivel de vida de su población.

San Pedro Necta cuenta con una población de 33,936 habitantes y en materia de tuberculosis con base al total de su población se esperaba detectar 14 baciloscopías positivas, de los cuales fueron detectadas 7 que representan un 50% de la meta esperada, y en el caso de sintomáticos respiratorios (SR) a examinar, se esperaban 462 SR, examinando a 334 SR, lo que representa que existen 128 SR que no fueron detectados, equivalentes a un 28%; estos resultados demuestran la importancia de evaluar en el personal de enfermería, la aplicación del protocolo de atención a pacientes con tuberculosis pulmonar para detectar oportunamente y fortalecer conocimientos básicos de personal de enfermería, tomando en cuenta que la población de San Pedro Necta se encuentra en riesgo; y que la enfermedad lejos de disminuir y ser controlada, progresa alarmantemente, debido a la poca detección oportuna de los casos esperados.

La estrategia para contribuir a la calidad de vida de las personas y a minimizar la diseminación de la bacteria, es la captación de personas sintomáticas respiratorias de manera oportuna, cumpliendo con los pasos del protocolo nacional de tuberculosis, en el cual uno de sus enfoques es preventivo. Por lo que surgen las siguientes preguntas de investigación.

¿El personal de enfermería conoce el protocolo de atención del paciente con tuberculosis, en la detección oportuna de personas sospechosas de tuberculosis pulmonar?

¿Cómo aplica el Protocolo de atención del paciente con tuberculosis, el personal de enfermería?

III. MARCO TEORICO.

3.1. Protocolo de atención.

Un protocolo establece diferentes actividades a realizar, relacionadas estrechamente con un determinado problema o una determinada actividad de asistencia, en la que las acciones y reglas establecidas, se apliquen por igual a todos. Su importancia radica en orientar la toma de decisiones clínicas correctas así como mejorar la calidad en la práctica adecuada.

3.2 Tuberculosis.

Es una enfermedad muy antigua, causada por microorganismo del tipo bacilo, popularmente llamado bacilo de Koch, por su descubridor Robert Heinrich Hermann Koch en 1882. Se adquiere por vía aérea, es altamente contagiosa, considerada como una de las primeras causas de muerte alrededor del mundo, en relación a las enfermedades infecciosas, su agente causal es el *Mycobacterium tuberculosis*, *africanum* y tipo *bovis*, este último se transmite únicamente por leche no pasteurizada; su infección inicial es asintomática, (sin signos ni síntomas), posteriormente se transforma en enfermedad tuberculosa, cuando hay signos y síntomas.

3.3. Infección tuberculosa primaria.

La infección tuberculosa primaria, es el término que se utiliza para calificar a un individuo que está expuesto a bacilos tuberculosos provenientes de un enfermo contagioso y que es infectado. (2)

3.4. Enfermedad tuberculosa.

Es todo individuo infectado y que desarrolla el cuadro clínico de la enfermedad.(2)

3.5 Historia de la tuberculosis.

La tuberculosis en la antigüedad se le conocía con los nombres de escrófula, (por el proceso de infección que afecta los ganglios linfáticos, con frecuencia del cuello),

enfermedad perlacea, (por observar lesiones miliares en serosas), mal del rey, peste blanca o tisis (este último término que se aplicaba para designar cualquier padecimiento que debilita y consume, en especial la tuberculosis). En 1689 el científico Morton relacionó a la tisis con padecimiento pulmonar. El registro con mayor antigüedad que se tiene se remonta al año 2,400 ac, en momias egipcias de esa época; en cuanto a documentación, figura en el antiguo testamento, llamada en aquella época enfermedad consuntiva afectando a los judíos durante el tiempo que prevalecieron en Egipto, lugar conocido por la alta carga de la enfermedad. Otro dato histórico fue en los años de 1907 y 1912, los científicos Smith, Rouffer, Fouquet entre otros, de igual manera comprobaron la afección en momias.

Se cree que los cavernícolas adquirieron la bacteria mediante el consumo de leche infectada, (*Mycobacterium bovis*) mencionada por primera vez en 1648 por Keppler, esta variación de la bacteria con el paso del tiempo evolucionó, transformando el ADN de las dos sub especies.

Durante los siglos XVII y XVIII la tuberculosis fue la responsable de la cuarta parte de todas las muertes del continente europeo. El médico de origen inglés Benjamín Matenle, publicó en una de sus obras, que la causa de la enfermedad se debía a “una diminuta criatura” que provoca las manifestaciones clínicas, pero fue Robert Koch quien el 24 de marzo de 1,882 descubrió la bacteria.

Algunos científicos afirman que la tuberculosis fue la primera enfermedad conocida por la humanidad.(9)

3.6 Desarrollo de la enfermedad.

La bacteria ingresa a nuestro organismo generalmente por vías aéreas superiores, albergándose en los pulmones; en el ser humano se desarrolla en dos formas, la primera, cuando la persona se expone a la bacteria derivados de un enfermo contagioso, a esta etapa se le llama Infección tuberculosa primaria, la segunda, es cuando la persona infectada desarrolla el cuadro clínico, o sea la enfermedad

tuberculosa. En ocasiones la bacteria viaja desde los pulmones a otras partes del cuerpo, por lo que se le denomina tuberculosis extra pulmonar (1)

3.7 Sintomático respiratorio.

Es toda persona mayor de 10 años con tos y expectoración por más de 15 días, también llamada (SR). (2)

3.8. Medidas Preventivas de la tuberculosis pulmonar.

3.8.1 Captación oportuna.

Se realiza en los 3 niveles de atención, mediante dos acciones: vigilancia activa y Vigilancia pasiva.

3.8.2 Vigilancia Activa: Se refiere a la búsqueda de casos dentro de la familia que tenga un miembro diagnosticado con tuberculosis, así también vecinos y personas de lugares que la familia frecuenta.

3.8.3 Contactos.

Persona que convive con un paciente con tuberculosis BK positivos, clasificándolos de la siguiente manera: (COMBE I). Convivientes permanentes dentro de la misma vivienda (COMBE II). Convivientes frecuentes dentro de la vivienda trabajo o escuela (COMBE III). Convivientes ocasionales en el entorno del paciente (2)

3.8.4 Vigilancia Pasiva: Se realiza mediante la búsqueda de sintomáticos respiratorios dentro del grupo de personas que acuden a demandar el servicio en salud, sin importar el motivo de consulta.

3.9. Componentes de la Vigilancia: Su accionar se basa en: vigilancia de morbilidad y vigilancia de la respuesta de los servicios.

3.9.1 Vigilancia de Morbilidad: ésta engloba tanto la vigilancia pasiva como la activa.

3.9.2 Vigilancia de la respuesta de los servicios: Cada servicio tiene sus propias responsabilidades. (12)

3.10 Factores predisponentes.

Todos los factores son multi factoriales y relacionados entre sí. Dentro de los factores que influyen para la prevalencia de la enfermedad, se puede mencionar: nivel socioeconómico, la pobreza, el hacinamiento, factores como la desnutrición lo que conlleva a incidir en diferentes patologías, diabetes o cualquier enfermedad crónica, así también el desempleo que obliga a las personas a desplazarse a diferentes lugares exponiéndose al contagio o exponiendo a las demás personas durante su trayectoria.

Otro aspecto importante son las personas que están inmunosuprimidas, derivada del VIH-SIDA, ya que pueden llegar a desarrollar la enfermedad tuberculosa con una probabilidad de 50% (4)

3.11 Tipos de tuberculosis:

3.11.1 Tuberculosis Pulmonar:

Es la forma más común y al mismo tiempo es la de mayor importancia para la salud pública, debido a la facilidad de transmisión ya que es por vía aérea, (mediante tos productiva) pudiendo sobrevivir en el ambiente por varias horas y contagiando a más personas, (a través de la inhalación), razón por la cual se debe mantener una búsqueda activa y tratamiento de la enfermedad (1).

3.11.2. Tuberculosis Infantil:

Resulta por transmisión directa de una persona portadora de la bacteria, generalmente un miembro de la familia. Los menores que más se ven afectados son los niños menores de 5 años, generalmente pasa inadvertidos y se cura espontáneamente, o puede permanecer latente. La tuberculosis pulmonar en niños suelen tener muy poca presencia bacilar. (2)

3.11.3. Tuberculosis Meníngea:

Es una de las formas más peligrosas de la tuberculosis, pues afecta directamente el cerebro del niño, esta se puede prevenir con la administración de la vacuna BCG idealmente se debe administrar en las primeras 24 horas de nacido, optativamente al mes de nacido y con un margen hasta de un año de nacido el niño, esto para mejorar la respuesta celular (acción desarrollada por una célula, después de recibir un estímulo generado por un agente externo) (2)

3.11.4. Tuberculosis Extra pulmonar:

Afecta cualquier parte del cuerpo, es muy raro que se pueda contagiar, exceptuando que la persona tenga un tipo de tuberculosis extra pulmonar y también tenga tuberculosis pulmonar. Los tipos de tuberculosis extra pulmonar de mayor control son la tuberculosis miliar o la meningitis tuberculosa. (1)

3.12. Recolección de muestras de esputo.

La toma de muestras es importante realizarlas para un diagnóstico microbiológico confiable, de igual manera se deben realizar 3 muestras por paciente, ya que una sola muestra tiene el 70 y 80% de probabilidades de que resulte positiva, al tomar 2 muestras se obtiene una probabilidad del 90% y al obtener una tercera muestra 95%. Una buena muestra es la expectoración moco purulenta, no únicamente saliva o secreciones rinofaríngeas, se debe obtener una cantidad aproximada de 3 a 5 cm por muestra, cada muestra se debe recolectar en un recipiente diferente debidamente identificada, con el número de la muestra, nombre del paciente, edad, fecha, lugar de procedencia, este recipiente debe ser de boca ancha y con tapadera de rosca. La recolección de muestras se debe hacer de la siguiente manera:

- a) Primera muestra: En el momento de la detección.
- b) Segunda muestra: a la mañana siguiente, en ayunas, sin enjuagarse o lavarse la boca (se debe entregar al paciente el recipiente para dar esta segunda muestra).

c) Tercera muestra: al entregar la segunda muestra en el servicio de salud.(2)

3.13. Confirmación diagnóstica de la tuberculosis pulmonar.

Al sospecharse de tuberculosis pulmonar se deben realizar 3 muestras seriadas de esputo; en el caso de que la primera muestra resulte positiva, debe confirmarse con una segunda muestra también positiva. Todo paciente que es un sintomático respiratorio con baciloscopías negativas o si solo una baciloscopías es positiva, debe ser examinado por un médico. Este médico realizará radiografías de tórax, si esta revela opacidad en los campos compatibles con una infección pulmonar; deberá de administrar un tratamiento completo de antibióticos de amplio espectro. Si al terminar el tratamiento los síntomas continúan se realizaran nuevamente 3 baciloscopías, en caso de que nuevamente den negativos, se tomara una muestra de esputo para realizarle cultivo. Si la radiografía muestra lesiones sugestivas de tuberculosis, el médico puede decidir tratar al paciente como tuberculosis pulmonar con baciloscopías negativa y registrarse así. (2)

3.14. Porcentaje de efectividad en la toma de 3 muestras.

Dependiendo del número de bacilos que expulsa el tosedor, si tomamos una sola muestra tenemos entre 70 y 80% de probabilidad que la muestra salga positiva, si tomamos 2 muestras la probabilidad aumenta al 90% y si tomamos una tercera muestra las posibilidades aumentan a un 95% de que las muestras sean positivas en el enfermo bacilífero. (2)

3.15. Caso sospechoso.

Así se le denomina a toda persona que esta o ha estado en contacto con personas bacilíferas, o que presenta signos y síntomas de la enfermedad.

3.16. Metas anuales.

Las metas que establece el protocolo, miden el cumplimiento basándose en la formula siguiente:(2)

Descripción	Formula
Casos de BK + anual	4X población total / 10,000
Sintomáticos respiratorios (SR)	Casos BK + X 33

3.17. Situación de la Tuberculosis en Guatemala.

Guatemala reúne características tales como: la pobreza, desnutrición, hacinamiento, migraciones, inestabilidad laboral, enfermedades como el VIH-SIDA etc.; las cuales hacen que la tuberculosis continúe siendo un problema prioritario en todo el país. Otra característica que también contribuye a la problemática de país, es que la población más afectada es joven y económicamente activa, misma población que también está más propensa a contraer VIH-SIDA.(10)

3.18. Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado. (TAES).

Es la estrategia empleada a nivel mundial de lucha en contra la tuberculosis, ha demostrado ser un método viable y eficazmente costo-efectivo para el control de la tuberculosis; ya que reduce la transmisión y previene la aparición de bacilos tuberculosos drogo resistentes. Este régimen dura por lo menos 6 meses y se basa en una quimioterapia de combinar 4 medicamentos que son: Rifampicina, Isoniacida, Etambutol Pirazinamida.(2)

3.19. Esquema de tratamiento para casos nuevos de Tuberculosis Pulmonar.

Un caso nuevo es todo paciente que nunca ha recibido tratamiento antituberculoso o que ha tomado medicamentos antituberculosos por menos de 4 semanas. El esquema a utilizar para casos nuevos positivos de tuberculosis pulmonar es el esquema "A" el cual consta de 2 fases: la fase inicial dura de 2 a 3 meses y se administran los medicamentos de lunes a sábado. La fase de continuación inicia 3 días después de concluida la fase inicial y se administra los días lunes, miércoles y viernes, dura 4 meses. (2)

3.20. Monitoreo y supervisión del programa de tuberculosis.

El personal de salud encargado del programa de tuberculosis del distrito y servicios, debe confirmar semanalmente lo siguiente:

1. Todos los sintomáticos respiratorios anotados en el libro de diagnóstico, hicieron sus baciloscopías de diagnóstico y son anotados en el libro de laboratorio.
2. Todos los casos con baciloscopías positivas, inician tratamiento y son registrados en el libro de tratamiento, comúnmente llamado libro rojo.
3. Todos los casos con baciloscopías negativas, que han iniciado tratamiento, hicieron sus baciloscopías y realmente son negativos.
4. Los pacientes tomen su tratamiento con regularidad y como lo establece el protocolo. (2)

3.21. Evaluación del programa de tuberculosis.

Comprende: La evaluación de la situación epidemiológica de la tuberculosis, mediante tasas de incidencia y otras. La evaluación de las medidas de control aplicadas mediante la comparación entre las metas propuestas y los resultados obtenidos (según el análisis de los informes operativos y de los estudios de cohorte). (2).

3.22. Instrumentos para el registro de casos.

Forman parte del sistema de información, para registro, control y evaluación de los casos de tuberculosis pulmonar. (libro de pesquisas, libro de tratamiento y expediente del paciente) (2)

3.23. Orden de Baciloscopías.

Llene adecuadamente los espacios, identifique adecuadamente la muestra y la orden; no utilice la orden para envolver el recipiente. (2)

3.24. Libro de Pesquisa y Diagnóstico.

Tiene como función llevar el registro mensual de los sintomáticos respiratorios que se detectan en las unidades de salud, las baciloscopías de diagnóstico realizadas y los resultados de dichas baciloscopías. Este libro es de suma importancia para el informe que se deberá rendir al final de cada mes. (2)

3.25. Libro de Laboratorio.

Tiene como finalidad llevar el registro de las muestras de baciloscopías de los sintomáticos respiratorios y las baciloscopías de control de los pacientes BK positivos. (2)

3.26. Libro de tratamiento y seguimiento.

La importancia de este libro está en que permite ver la evolución del enfermo, desde que se le diagnosticó la enfermedad hasta el final de su tratamiento, garantizando el esquema del mismo, su control por medio de las baciloscopías (cuando corresponda) y su condición final de egreso (curado etc.). Es también importante debido a que por medio de este libro se hace el estudio de cohorte de tratamiento acortado, que permite evaluar la eficiencia del servicio y eficacia del tratamiento, permite mejorar la calidad de atención en los servicios. (2).

3.27. Expediente clínico del paciente.

Está conformado por diferentes instrumentos tales como la hoja de referencia del paciente, tarjeta de control de tratamiento directamente observado, notificación de caso de tuberculosis, solicitud de baciloscopías inicial y de control, registro de cultivo si lo requiriera, registro de exámenes de laboratorio. (2)

3.28. Protocolo de atención del paciente con Tuberculosis.

Forma parte de la normativa nacional, se creó, con la finalidad de estandarizar las acciones a seguir en función de detectar, diagnosticar y tratar de manera oportuna; la enfermedad, esto en los tres niveles de atención e instancias privadas o autónomas; de igual manera, aplicar los esquemas de tratamiento ideales en

tiempo y dosis, para así evitar la resistencia a los mismos y minimizar la propagación de la enfermedad tuberculosa y la coinfección con VIH-SIDA. (2).

El municipio de San Pedro Necta, pertenece a la región centro del departamento de Huehuetenango, tiene una población de 33,936 habitantes, según la red de servicios del municipio, está dividida de la siguiente forma, 1 Hospital distrital, 1 Centro de salud tipo B, (aunque no cuenta con la capacidad instalada), en el año 2015, el Ministerio de Salud Pública, a través de la estrategia “fortalecimiento y desarrollo del primer nivel de atención”, rediseñó la estructura de la red de servicios del municipio de San Pedro Necta de la siguiente manera. 8 territorios en salud con capacidad instalada para atender a 5,000 habitantes, por cada territorio, cada uno de los territorios se dividen en 2 sectores, dentro de cada territorio figura un puesto de salud, los sectores son atendidos por 2 auxiliares de enfermería, brindando atención intra y extra muros de manera permanente. Para la supervisión de los 8 territorios, se cuenta con una enfermera profesional; en algunos territorios por la demanda de la población, la atención la brindan 3 auxiliares de enfermería.

En el primer trimestre del 2015, en materia de tuberculosis pulmonar, San Pedro Necta esperaba obtener 4 pacientes BK positivos, es decir con tuberculosis pulmonar, de los cuales se capturaron 2 pacientes; de igual manera en el primer trimestre se esperaban 116 SR (sintomático respiratorio) de los que se obtuvieron 230. Basado en el protocolo de atención del paciente con tuberculosis, establece que por cada 1 BK positivo hay de 15 a 20 personas que son portadoras de Tuberculosis Pulmonar anualmente si no reciben tratamiento, es por ello que es importante analizar si las pesquisas obtenidas cumplen con el requerimiento establecido en el protocolo y de manera oportuna.

IV. ANTECEDENTES.

Estudios realizados con anterioridad relacionados con la tuberculosis pulmonar aportan lo siguiente:

En la investigación titulada “Relaciones entre el nivel de conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis en el profesional de enfermería” estudio realizado en centros de salud y puestos de salud de la red Chiclayo Perú. El estudio es de tipo cuantitativo transversal y diseño correlacionar, en el que sus sujetos de estudio es personal de enfermería, menciona en sus antecedentes que: escuelas de medicina de América Latina, la enseñanza de tuberculosis es insuficiente. Un 80% de enfermeras y más de un 84% entre médicos, bacteriólogos y otros trabajadores de salud, no identificaron signos de un paciente sintomático respiratorio lo cual contrasta con las altas tasas de contagios y prevalencia de la enfermedad. La visita domiciliar debe ser dentro de las primeras 48 hrs de realizado el diagnóstico, para ayudar a recuperar al paciente y dar seguimiento de casos. Concluyendo que “El nivel de conocimiento de las enfermeras es regular, tienen alto nivel de conocimientos en medidas preventivas y tratamiento, regular conocimiento en atención directa, pero bajo conocimiento en la detección y diagnóstico de la tuberculosis. (11).

Otro estudio llamado “Prevalencia de la tuberculosis en una zona marginal del distrito de Arte-Vitarte, Lima Perú”, estudio de tipo transversal realizado con 150 personas sintomáticas respiratorias. En el resumen de la introducción, dice: cerca del 50% los casos nuevos de tuberculosis (4 millones) que ocurren en el mundo, son bacilíferas, esto hace que las personas que entran en contacto con estos enfermos puedan quedar infectados. La falta de adherencia o la inadecuada administración de medicamentos, incrementan los casos paulatinamente; partiendo de estos datos se puede concluir que no existe un buen funcionamiento del programa de tuberculosis, lo que se refleja en alta proporción de enfermos de tuberculosis diagnosticada. (13)

La investigación titulada: “Factores asociados al apego y abandono del tratamiento de la tuberculosis pulmonar.” Estudio realizado en Nuevo León México, de tipo descriptivo, transversal, correlación y retrospectivo, llevado a cabo con casos nuevos de tuberculosis pulmonar con apego al tratamiento y quienes lo abandonaron, durante el periodo de 1 de octubre de 1,993 al 30 de septiembre de 1,998. En su introducción menciona que: “La tuberculosis es una estrategia necesaria porque existen medicamentos y técnicas que han demostrado ser útiles en diversos países, la curación y prevención de la tuberculosis es el principal objetivo de salud pública, pero para cortar la historia natural de la enfermedad, se requiere el logro de coberturas.(14)

Otro estudio titulado “ Factores asociados al abandono de tratamiento en los pacientes nuevos con tuberculosis pulmonar BK + en la ciudad de Guayaquil Ecuador, estudio de tipo exploratorio, descriptivo, explicativo, realizado con 105 pacientes diagnosticados con tuberculosis y que abandonaron el tratamiento comprendidas en las edades de 20 a 40 años. En sus recomendaciones enfatiza: las normativas y técnicas del programa de control de la tuberculosis en los servicios de salud del país, para reducir significativamente el riesgo de infección, la morbilidad y mortalidad por tuberculosis en Ecuador, por el abandono hasta obtener su eliminación como problema de salud pública.(15)

El Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis en su diseño describe que, la tuberculosis continúa siendo un problema de Salud Pública a nivel mundial; la organización mundial de la salud (OMS) estimó que en el 2008, un tercio de la población estaba infectada, la prevalencia de la enfermedad ascendía a 16 millones de personas, la incidencia a 9 millones de personas, y la mortalidad de 1.65 millones, afectando especialmente a los jóvenes de países pobres. (1).

En la investigación titulada “Factores que incluyen en la adherencia y no adherencia de tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar”, estudio de tipo observacional, realizado en la consulta externa del Centro de Salud de Santa Lucia

Cotzumalguapa Escuintla, Guatemala, siendo los sujetos de estudio 36 pacientes, divididos en: 18 con adherencia y 18 sin adherencia al tratamiento. Describe que: durante el año 2008 se registraron 11,826 casos de tuberculosis en Guatemala, el reporte menciona, de acuerdo con el director del Hospital Antituberculoso San Vicente, Arturo Trampe. “Sólo en enero pasado los casos de esta dolencia ascendieron a mil 127 y se estima que del total, entre 10 y 15 por ciento, afectó a menores de edad.” Siendo ello la fuente de información de datos estadísticos a nivel nacional del programa de tuberculosis pulmonar en Guatemala, esto indica que no se detectó oportunamente la tuberculosis, cuando estos pacientes pudieron ser tratado en casa, de igual manera se evidencia que esta enfermedad, se está diseminando a población productiva y joven; en sus recomendaciones describe que los proveedores de salud deben fortalecer la prevención. (3)

El Protocolo de atención del Paciente con Tuberculosis, fundamenta que Guatemala está clasificada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por la Organización Panamericana de la Salud (OPS); como uno de los países con “alta carga de Tuberculosis”, expresando que en nuestro país pueden aparecer hasta 85 nuevos casos de Tuberculosis por cada 100,000 habitantes cada año; de éstos 85 enfermos, 38, equivale al 45%; habrán de ser casos nuevos pulmonares bacilíferos (contaminantes o infecciosos), lo cual traducido con la población total, equivale aproximadamente arriba de 4,500 casos nuevos BK positivos al año. A pesar de los esfuerzos realizados en cuanto a procesos de capacitación al personal de salud y otras estrategias, la detección de Sintomáticos Respiratorios y pacientes BK positivos no ha alcanzado las metas propuestas por el programa a nivel nacional.(2)

En la investigación titulada, “Factores de riesgo en los casos actuales de Tuberculosis pulmonar” realizada en el municipio de Lanquín, Santa Catalina la Tinta, Fray Bartolomé de las casas y Santa María Cahabón; Alta Verapaz”, Guatemala. Estudio observacional analítico, que contempló una población de 43 pacientes, concluyó que: en el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas de la enfermedad, hasta iniciar el tratamiento, ocurrió un promedio de 49 días, lo

que indica que las personas bacilíferas positivas transmitieron la infección durante ese período. La investigación describe que “entre más rápido sea su captación e inicio de su tratamiento las personas bacilíferas dejan de ser una fuente de diseminación de la bacteria. (4)

Otro estudio llamado “Eficacia de la consejería brindada al usuario con tratamiento de tuberculosis pulmonar”, el cual se realizó en el distrito de salud de Chinautla Guatemala, de tipo descriptivo y corte transversal, tomando en cuenta la población mayor de 10 años que acude a demanda de atención refiere que, “A todos los sintomáticos respiratorios, (persona mayor de 10 años que presenta tos con flemas por más de 15 días de evolución).” se les debe tomar 3 muestras de esputo seriadas para baciloscopías y anotarlos en el libro rojo de pesquisa y diagnóstico”, personas a las que se les debe establecer un diagnóstico y tratamiento oportuno, si fuera positivo a tuberculosis pulmonar, ya que un enfermo bacilífero, (Persona diagnosticada con tuberculosis pulmonar) se estima que trasmite la infección de 15 a 20 personas al año mientras no reciba tratamiento, por lo que es importante la detección oportuna. (5)

La investigación titulada “Caracterización epidemiológica de los pacientes con tuberculosis pulmonar”, llevada a cabo en el centro de salud de Suchitepéquez, con una población de 100 personas mayores de 10 años hace mención en sus antecedentes que los índices de morbi-mortalidad altos que tiene Guatemala, son debido a diversos factores como: personas que habitan en áreas rurales, bajos ingresos económicos, hacinamiento, baja escolaridad, y falta de información; esta enfermedad afecta a la población sin importar edad, sexo, color, credo religioso y posición social siempre que se tenga contacto directo con el bacilo. (6)

Otra investigación titulada “Evaluación del programa de tuberculosis en la captación y tratamiento de los pacientes” estudio realizado en área de salud de Quiché, Ixil e Ixcán, Guatemala; de tipo cualitativo, descriptivo-transversal, en la introducción de su estudio describe, “Las principales herramientas para el control de Tuberculosis

pulmonar, deben ser la detección precoz, el diagnóstico oportuno”, también menciona que se ha observado que no se captan los pacientes esperados, y por tanto no se pueden tratar, lo que aumenta el número de casos. En sus aspectos técnicos describe que “según las normas de atención se entiende como detección de casos a la búsqueda entre los consultantes mayores de 10 años (sin importar el motivo de consulta) con signos y síntomas que pueden sugerir la enfermedad pulmonar y la obtención de tres muestras seriadas de esputo para investigar la presencia del bacilo en ellas”. Concluyendo que: los factores que determinan la captación de sintomáticos respiratorios el 42% de los pacientes no colaboran y el 25% del personal no captan sintomático respiratorios. Además de influir otros factores como: poco personal con un 15%, poco material para muestras 14%, no hay disponibilidad de laboratorio 4%; otra conclusión describe que el personal no conoce las normas de atención, y el 66% de ellos no saben qué es el Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) resumiendo que la captación de pacientes Bacilo de Koch (BK) positivos no se está realizando ya que no hay pesquisa de sintomáticos respiratorios.(7)

En la publicación científica titulada, Tuberculosis, detección de casos tratamiento y vigilancia, preguntas y respuestas, hace mención que, además de aquellos que consultan por síntomas el principal grupo blanco para la detección de casos son las personas con tos persistente, es decir con más de dos semanas de duración que acuden a los centros de salud por cualquier motivo. En el pasado la detección de casos se basó en el reconocimiento sistemático de varios sectores, de una comunidad mediante mini radiografías masivas (MRM) las así llamadas “búsqueda activa de casos” sin embargo las sombras radiológicas no son específicas para el diagnóstico de la tuberculosis.(8)

V. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar la aplicación del protocolo de atención para la detección oportuna de personas sospechosas de tuberculosis pulmonar. En puestos y territorios de salud, de San Pedro Necta, departamento de Huehuetenango, Guatemala.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Identificar los conocimientos que posee el personal de enfermería, sobre el protocolo de atención, para la detección oportuna de personas sospechosas de tuberculosis pulmonar.
2. Evaluar el cumplimiento del protocolo de atención, para la detección de tuberculosis pulmonar.

VI. JUSTIFICACION.

El riesgo que representa la tuberculosis en la población guatemalteca, es alarmante, se evidencia una baja captación oportuna de personas sospechosas de tuberculosis pulmonar, lo que representa el mayor peligro para la población en general, ya que este porcentaje de personas no captadas, son personas bacilíferas positivas (individuos que portan la bacteria), las cuales contribuyen a proliferar la infección; por lo que se evidencia un aumento en los casos positivos de tuberculosis pulmonar, esto debido a la facilidad de transmisión de la bacteria y los diversos factores de vulnerabilidad en los que se encuentra la población, tales como: la desnutrición, enfermedades inmunosupresoras, enfermedades crónicas, la pobreza, hacinamiento y factores sociales como la inestabilidad laboral en la que las personas se ven forzadas a migrar etc.

No solo es de esperar un aumento en la morbilidad, sino también en la mortalidad, incrementando el riesgo en la coinfección de tuberculosos con otras enfermedades, especialmente el VIH-SIDA.

La detección de casos de manera oportuna es muy baja, lo que significa que no hay una vigilancia activa y pasiva, a pesar de que la tuberculosis pulmonar es un programa de prioridad nacional y contemplado dentro de los objetivos del desarrollo del milenio, radicando en la detección oportuna, la clave para lograr las metas del programa, ya que esta acción, es la piedra angular del desarrollo de cada una de las actividades principales del protocolo.

Esta investigación será de importancia, para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debido a que pretende evaluar el cumplimiento de la normativa nacional, mediante la aplicación del protocolo de atención de pacientes con tuberculosis, en puestos y territorios de salud; y de esta manera, mantener vigilancia epidemiológica y el control de la enfermedad; contribuyendo así, no solo a mejorar el nivel de calidad de vida de la población de San Pedro Necta, sino que también contribuye con el país, al ahorrar costos en los medicamentos y minimizar riesgos de resistencia al medicamento para Guatemala; al mismo tiempo que la

investigación pueda servir de base para futuras investigaciones y de esta forma fortalecer las estrategias de enfermería para su desempeño.

Es por lo anterior descrito, que el tema adquiere mayor relevancia para el personal de enfermería al identificar los pasos en la aplicación del protocolo de atención, así como elevar las competencias de enfermería en la aplicación del mismo.

VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

7.1 Tipo de estudio.

Descriptivo, de corte transversal.

7.2 Sujeto de estudio:

Personal de enfermería, (22) del municipio de San Pedro Necta, departamento de Huehuetenango, Guatemala. Durante el periodo comprendido de Mayo a Junio de 2015.

7.3 Contextualización geográfica o temporal:

El estudio se realizó en 8 territorios de salud y 9 servicios, del municipio de San Pedro Necta del departamento de Huehuetenango, durante el período de Mayo a Junio 2015.

7.4 Definición de Variables.

NOMBRE DE VARIABLE.	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR.	ESCALA DE MEDICION
Conocimiento del contenido del protocolo de atención de tuberculosis.	Conjunto de conocimientos estandarizados contemplados en el protocolo de atención a personas con tuberculosis pulmonar.	Se identifica el conocimiento que posee el personal de enfermería, relacionado al protocolo de atención, a través de un cuestionario.	Respuestas correctas en relación a: 1. Tuberculosis 2. Transmisión 3. Prevención 4. Curación.	Nominal.
Evaluación de la aplicación del protocolo.	Conjunto de acciones estandarizadas para la aplicación y el cumplimiento del protocolo de atención, en relación a la captación oportuna de personas sospechosas de tuberculosis pulmonar.	Se evalúa a través de un listado de chequeo, que será aplicado en los servicios de salud.	Cumplimiento de las siguiente actividades: 1. Establece metas a alcanzar. 2. Captación de sintomáticos respiratorios. 3. Búsqueda de contactos. 4. Registro de sintomáticos respiratorios. 5. Obtiene 3 baciloscopías por paciente. 6. Registro de casos positivos. 7. Tratamiento a casos nuevos.	Nominal.

VIII. METODOS Y PROCEDIMIENTOS.

8.1. Selección del sujeto de estudio.

8.1.1 Criterio de inclusión.

Personal de enfermería que labora en los 8 territorios de salud y 9 servicios, del municipio de San Pedro Necta, del Departamento de Huehuetenango, Guatemala y que acepten participar en el estudio.

8.1.2. Criterio de exclusión.

Personal de enfermería que por realizar actividades administrativas, no brinde atención a la demanda.

8.1.3. Universo de estudio.

Para este estudio se seleccionó a 22 personas, que conforman el personal de enfermería.

8.1.4. Aval de la institución para trabajo de campo.

Mediante una solicitud por escrito dirigida al director del distrito de salud, se plantea la investigación que se hará, así como lo que se pretende hacer con el estudio; los aportes que esta tendrá para mejorar la atención a la población.

8.2 Recolección de datos.

8.2.1 Métodos utilizados para la Recolección de datos.

Se utilizó un cuestionario para evaluar los conocimientos del personal de enfermería, que en su contenido describe preguntas con respuestas múltiples, así como una lista de chequeo, que será la guía para verificar los registros que se llevan a cabo del programa.

8.2.2. Elaboración y descripción de instrumentos.

Para la recolección de datos, se elaboró un instrumento de medición que está estructurado con preguntas de selección múltiple, aplicado de manera individual a cada uno de los participantes, con la finalidad de indagar si conoce: qué es la

enfermedad tuberculosa, si conoce el protocolo, y si sabe la forma de aplicarlo; también se evaluará la aplicación del protocolo a través de una lista de chequeo la cual contiene acciones derivadas de las preguntas del instrumento, que se relacionan a la aplicación del protocolo, dicha evaluación se realizó por parte de la investigadora, durante la prestación de los servicios, se llevó a cabo la observación y se evaluó en base a una lista, la aplicación del protocolo.

8.2.3 Validación del instrumento.

La validación del cuestionario y lista de chequeo, se realizó en el municipio de San Sebastián Huehuetenango, participaron 5 miembros del personal de enfermería, los cuales aportaron sugerencias de los instrumentos, realizando las enmiendas que fueron necesarias dicha validación se realizó en el mes de mayo 2015.

IX. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Dentro de los pasos a seguir se verificó qué la cantidad de participantes coincidan con la cantidad de boletas, mediante un número asignado a cada uno de ellos, posteriormente deberá coincidir el número de boleta con el número de consentimientos informados, para finalmente dividir las respuestas entre acertadas y erradas, reflejando así, el conocimiento que posee el personal relacionado al protocolo de atención.

9.1. Descripción del proceso de digitación.

9.1.1. Electrónica o manual.

El procesamiento de la información se hizo de forma manual y electrónica, con el objeto de asegurar el proceso de ingreso de información.

9.1.2. Uso de programas.

Se utilizó el programa Excel, para tabular la información, para luego ingresar a las gráficas correspondientes al programa anteriormente mencionado.

9.1.3. Uso de software.

Será utilizado el soporte lógico del sistema informático, para procesar los textos y aplicaciones necesarias.

9.2 Plan de análisis de datos.

Concluida la aplicación de los cuestionarios y lista de chequeo, se procedió a clasificar, tabular y graficar, posteriormente se analizó la información, la cual se socializo en el distrito.

9.3 Métodos estadísticos.

Se realizó mediante gráficas que se reflejaron en porcentajes, en algunas de estas gráficas se unieron preguntas que se relacionan entre sí, para analizarlas paralelamente.

9.4. Aspectos éticos.

Se elaboró un escrito (consentimiento informado) explicándose detalladamente y en lenguaje comprensible, el motivo de estudio; solicitando la autorización de los sujetos de estudio, previo al desarrollo del trabajo de campo, de igual manera el permiso por parte del distrito; garantizando de esta forma el cumplimiento de los principios éticos y respetando la información de los sujetos de estudio.

X. RESULTADOS.

La investigación realizada referente a la “Evaluación de la aplicación del protocolo de atención para la detección oportuna de personas sospechosas de tuberculosis pulmonar realizada en el municipio de San Pedro Necta, Huehuetenango durante los meses de mayo y junio 2015” mostró los siguientes resultados:

Tabla núm. 1

Datos generales del personal de enfermería de los territorios de salud del Municipio de San Pedro Necta.

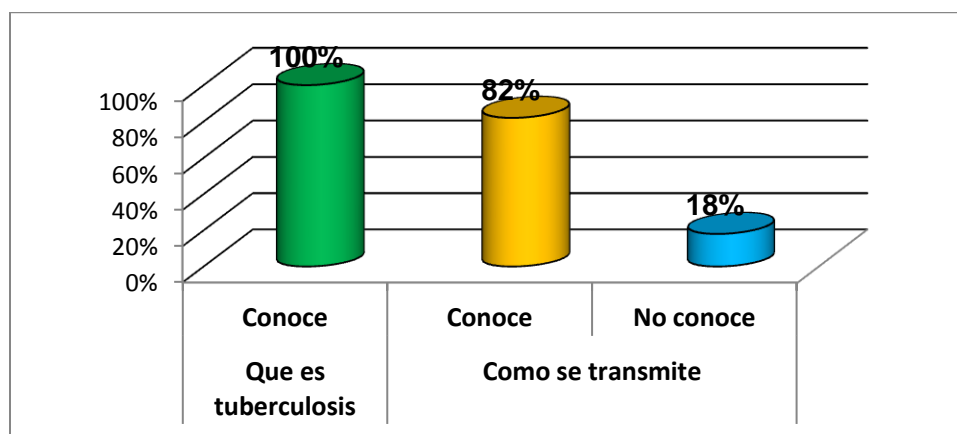
Datos Generales		No	%
Profesión	Auxiliar de Enfermería	19	86%
	Enfermeras (os) Profesionales	3	14%
Escolaridad	Básico	10	45%
	Diversificado	9	41%
	Universitario	3	14%
Tiempo de Laborar en el servicio	Menos de seis meses	15	68%
	de 6 meses a menos de 1 año	2	9%
	de 1 a 5 años	2	9%
	6 a 10 años	2	9%
	Más de 10 años	1	5%

Fuente: Cuestionario respondido por el personal de enfermería que labora en el distrito de San Pedro Necta mayo- junio 2015

Para supervisar al personal de los 8 territorios de salud, existe solo una enfermera, lo que representa una debilidad para el distrito, considerando que hay personal que brinda la atención intra y extramuros. Tiene como fortaleza que el 45% personal cuenta con estudios de nivel básico y el 41% de nivel diversificado. Otro dato relevante es que la mayoría del personal tiene menos de 6 meses de laborar específicamente 15 personas de 22, que es el total de sujetos de estudio, lo cual representa que el 68% del personal que labora en los territorios iniciaron a laborar en el año 2015.

Gráfica núm. 1

¿Cuántas personas conocen la definición de tuberculosis y como se transmite? (pregunta 1 y 5 del cuestionario)

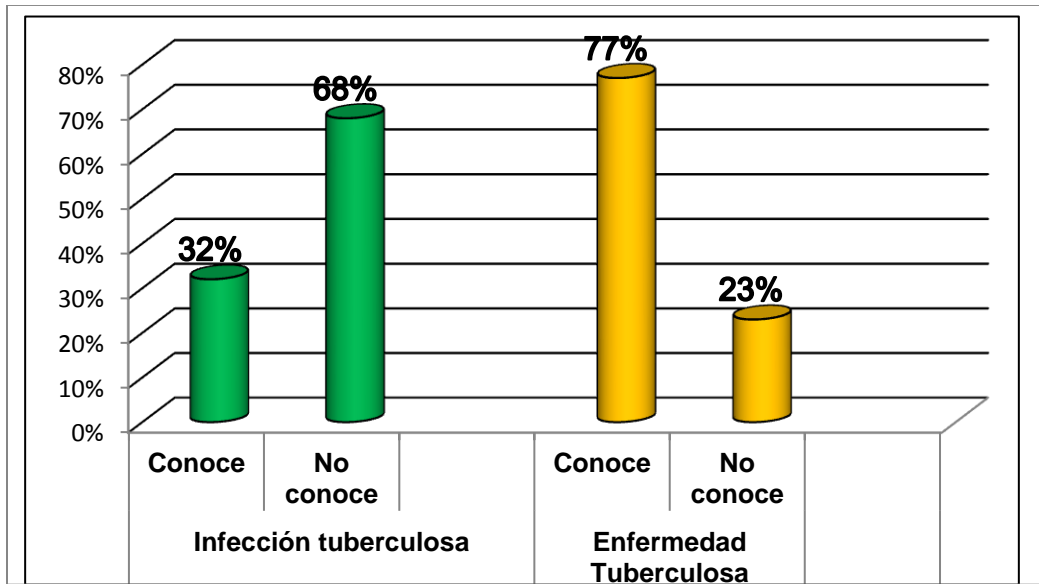


Fuente: Cuestionario respondido por el personal de enfermería que labora en el distrito de San Pedro Necta mayo- junio 2015.

Los resultados indican que el 100% del personal, conocen la definición de tuberculosis, sin embargo, únicamente el 82% identificó como se transmite la enfermedad, mientras que un 18% no conoce, convirtiéndose este último porcentaje en brecha, para que se propague la enfermedad.

Gráfica núm 2.

¿Cuántas personas conocen las etapas del desarrollo de la tuberculosis en relación a la infección y enfermedad? (preguntas 2 y 3 del cuestionario)

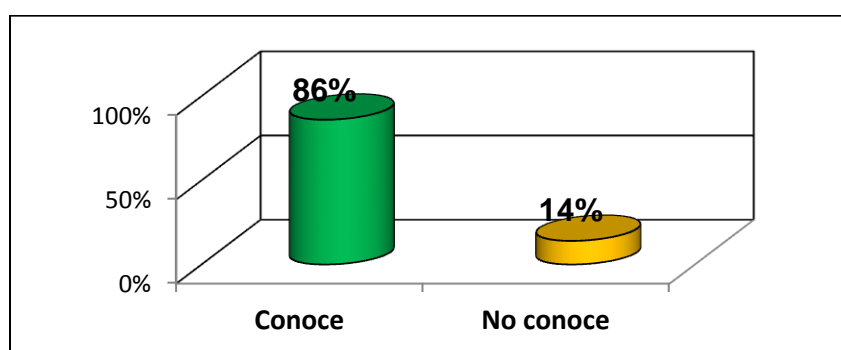


Fuente: Cuestionario respondido por el personal de enfermería que labora en el distrito de San Pedro Necta mayo-junio 2015

Los resultados muestran que un 68% del personal, no reconoce la infección tuberculosa primaria, únicamente el 32% la conoce, En contraste un 77% del personal conoce que es la enfermedad tuberculosa, aunque un 23% no la identifica, lo que refleja que probablemente no estén captando oportunamente sintomáticos respiratorios.

Gráfica núm. 3

**Según el protocolo de atención, ¿Qué es un sintomático respiratorio (SR)?
(Pregunta 4 del cuestionario).**

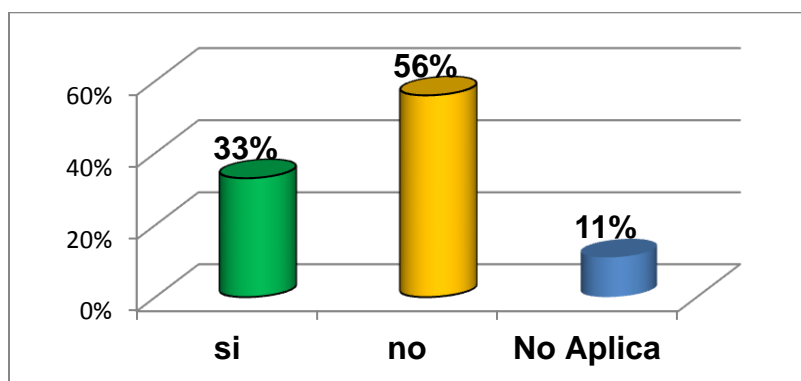


Fuente: Cuestionario respondido por el personal de enfermería que labora en el distrito de San Pedro Necta mayo-junio 2015

Los resultados muestran que únicamente el 86% conoce que es un sintomático respiratorio lo que significa que un 14% no está captando ni haciendo búsqueda de casos, debido a que no conoce que es un sintomático respiratorio y por lo tanto desconoce sobre qué sujetos hacer las pesquisas.

Gráfica núm. 4

¿El personal de enfermería, realiza pesquisas en mayores de 10 años durante la consulta? (pregunta 1 de lista de chequeo).

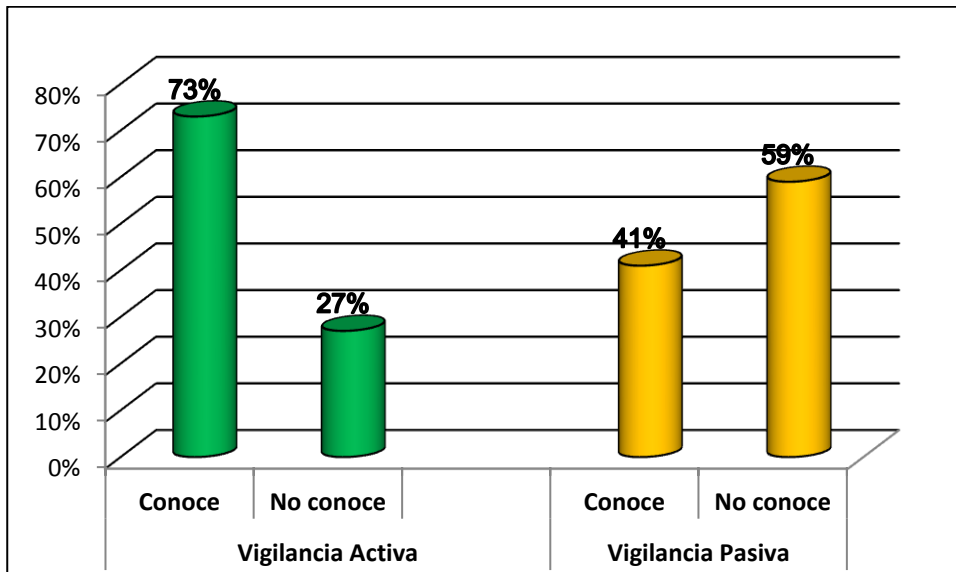


Fuente: Sigsa 3P/S de los 8 territorios en salud, mayo, junio 2015.

Resultados muestran que el 33% realizan pesquisas durante la consulta en el periodo comprendido de mayo a junio, que es un equivalente a 3 territorios, un 56% no hacen pesquisas durante la consulta, el cual equivale a 5 personas y un 11% no aplica ya que es personal que pertenece al distrito de salud. De los 9 servicios todos tuvieron consultantes mayores de 10 años, sin embargo únicamente 3 realizaron pesquisas.

Gráfica núm. 5

¿Cuántas personas conocen la vigilancia activa y pasiva de la tuberculosis pulmonar? (pregunta 6 y 7 del cuestionario).

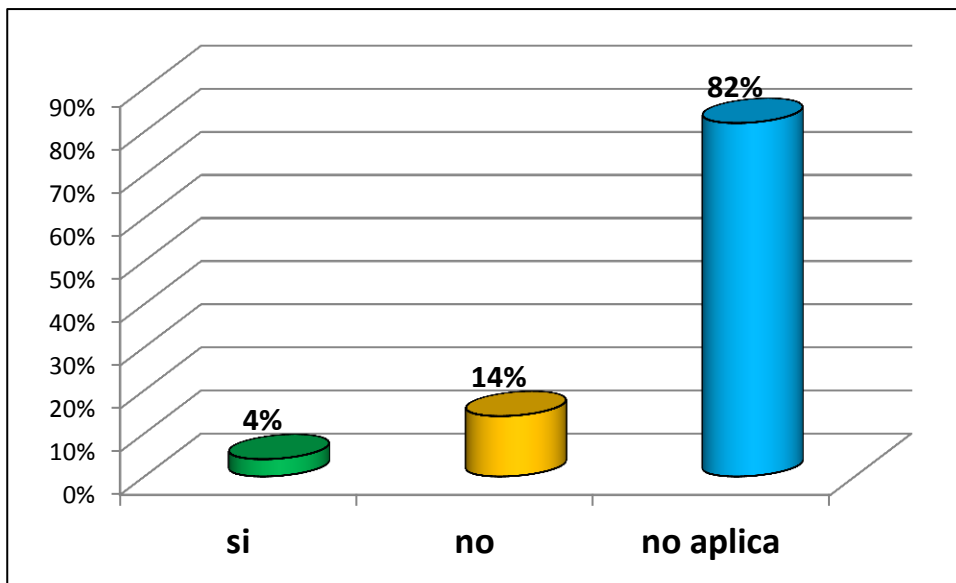


Fuente: Cuestionario respondido por el personal de enfermería que labora en el distrito de San Pedro Necta mayo- junio 2015

Los resultados evidencian que el 73% del personal desconoce que es vigilancia activa y un 59% desconoce la vigilancia pasiva. Lo que confirma que no se está realizando búsqueda de casos entre los consultantes mayores de 10 años.

Gráfica núm. 6

El personal de enfermería, ¿hace búsqueda de contactos, a través de visitas domiciliarias, en las familias de las personas diagnosticadas como positivas, de tuberculosis pulmonar? (pregunta 6 de lista de chequeo).

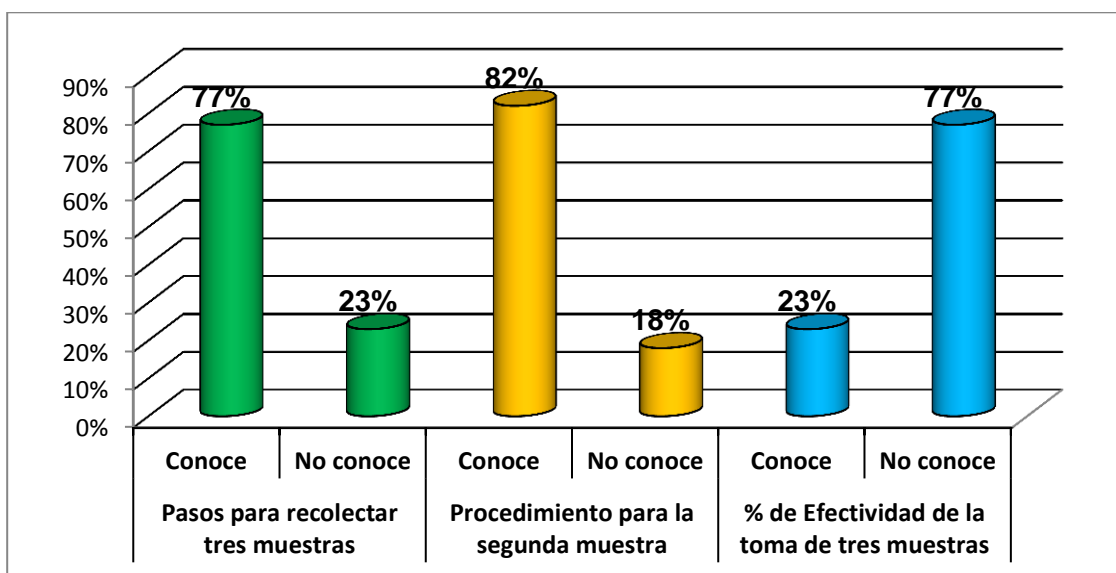


Fuente: Tarjeta de control y tratamiento ambulatorio de los casos positivos que hubo en el mes de mayo y junio 2015.

Los resultados reflejan que solo el 4% del personal de enfermería ha realizado búsqueda de contactos a través de visitas domiciliarias, 14% del personal teniendo casos positivos de tuberculosis pulmonar, no ha realizado búsqueda de contactos a través de visitas domiciliarias. El 82% del personal se identifica en la gráfica como no aplica, debido a que no han detectado positivos de tuberculosis pulmonar, es por ello que no hicieron búsqueda de contactos.

Gráfica núm. 7

¿Cuántas personas conocen los pasos para recolectar las tres baciloscopías y el porcentaje de efectividad de recolectar tres muestras? (pregunta 8,9 y 10 del cuestionario)

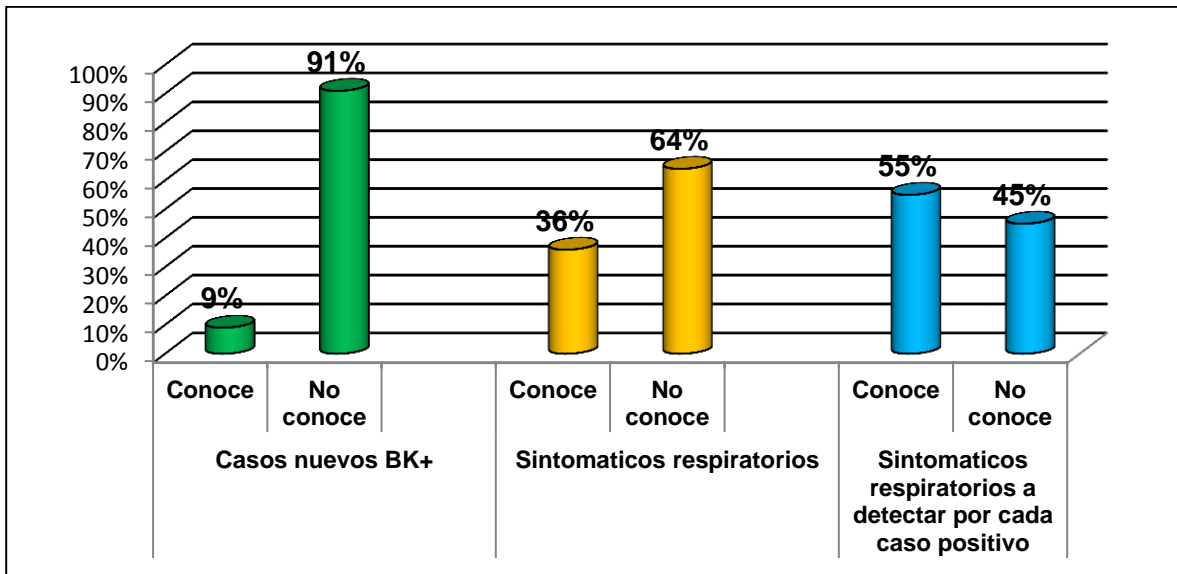


Fuente: Cuestionario respondido por el personal de enfermería que labora en el distrito de San Pedro Necta mayo- junio 2015

Los resultados demuestran que hay un 77% del personal que conoce cómo recolectar las 3 muestras de baciloscopías, sin embargo, el 23% no conoce los pasos para recolección de muestras así mismo un 18% no conoce los procedimientos para recolectar la segunda muestra. Hay que considerar que de acuerdo al protocolo al recolectar 3 muestras basiloscofica aumenta la efectividad del diagnóstico.

Gráfica núm. 8

¿Cuántas personas conocen, cómo establecer la meta anual para detectar casos nuevos positivos de tuberculosis pulmonar, sintomáticos respiratorios y el número de sintomáticos respiratorios a detectar por cada caso positivo? (pregunta 11, 12 y 13 del cuestionario).

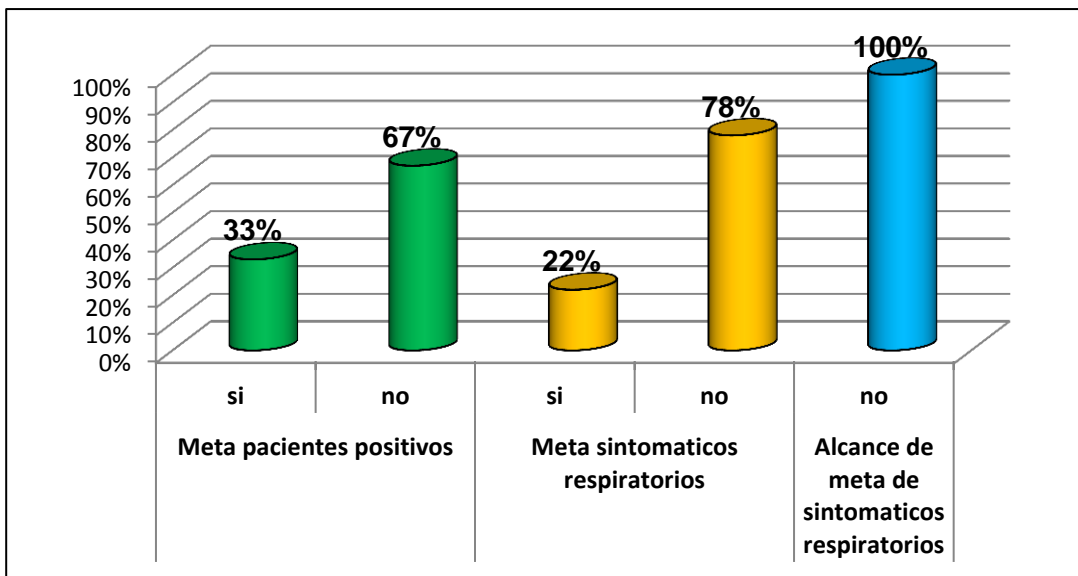


Fuente: Cuestionario respondido por el personal de enfermería que labora en el distrito de San Pedro Necta mayo- junio 2015

El 9% refleja que el personal conoce como establecer la meta para casos nuevos de tuberculosis, existiendo una marcada brecha de 91% de personas que desconocen cómo obtener la meta de BK+, un caso similar se marca en los resultados obtenidos de la meta para detectar sintomáticos respiratorios, debido a que el 64% de las personas no conocen como establecer la meta y por lo tanto cuantos sintomáticos esperan detectar, ya que hay un 45% de personal que no conocen cuantos sintomáticos se esperan por cada caso positivo.

Gráfica núm. 9

¿Se tiene establecida meta anual de pacientes positivos de tuberculosis y sintomáticos respiratorios así como el alcance de meta hasta el mes de junio por cada servicio? (pregunta 7, 8 y 9 de lista de chequeo).

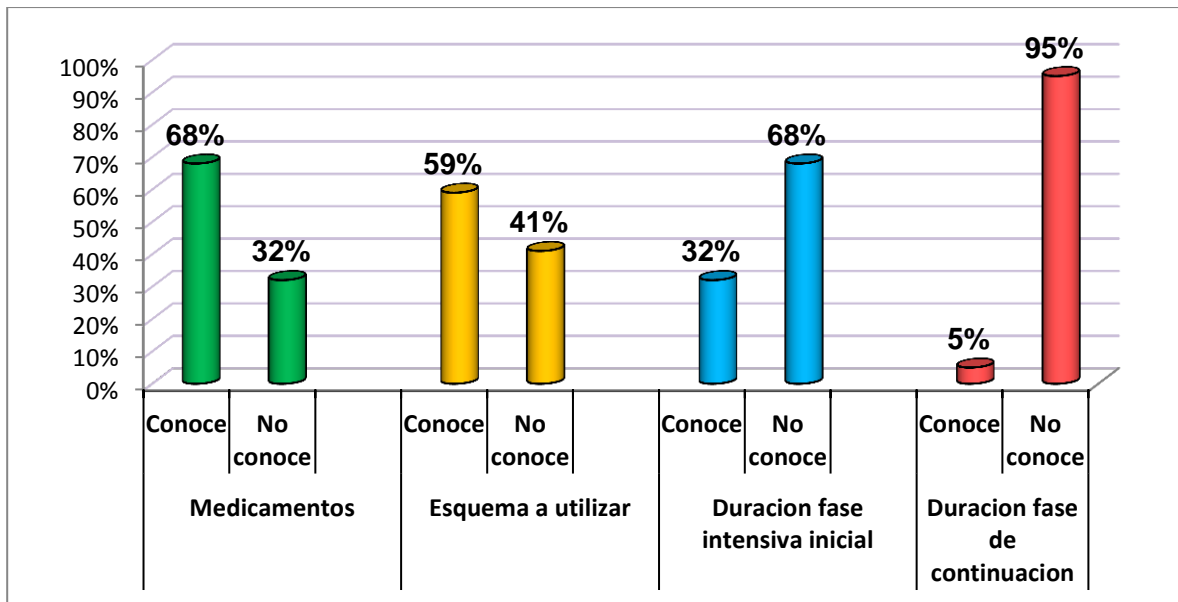


Fuente: Sala situacional de los 9 servicios de salud mayo-junio 2015.

Los resultados indican que en un 67% de los servicios no tienen establecida la meta anual de pacientes positivos, el 78% de los servicios no cuentan con meta establecida de sintomáticos respiratorios, como resultado, el 100% de los servicios no ha alcanzado la meta de sintomáticos respiratorios hasta el mes de junio.

Gráfica núm. 10

¿Cuántas personas conocen, qué medicamentos y esquema es utilizado para tratamiento de casos nuevos de tuberculosis pulmonar así como la duración de sus fases? (pregunta 14, 15, 16 y 17 de lista de chequeo)

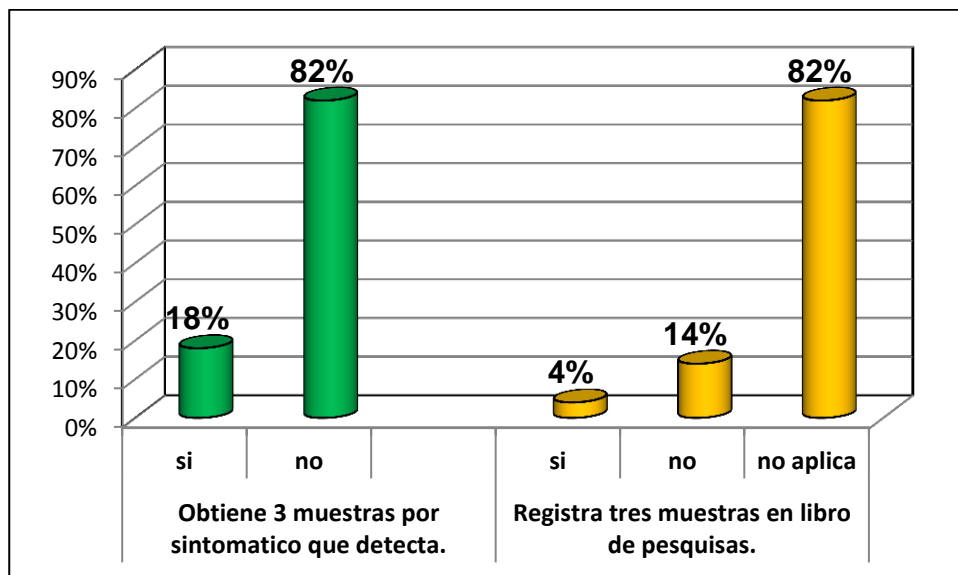


Fuente: Cuestionario respondido por el personal de enfermería que labora en el distrito de San Pedro Necta mayo- junio 2015

Los resultados reflejan que únicamente el 68% de las personas conocen que medicamentos son administrados a los pacientes diagnosticados como positivos de tuberculosis pulmonar y se encuentra una brecha de 32% del personal que no los conocen. De igual forma con respecto al esquema a utilizar para casos nuevos se encuentra que un 41% no conoce el esquema a utilizar, el 68% de las personas no identifican la duración de la fase intensiva inicial del tratamiento, el 95% de personal desconoce la duración de la fase de continuación, lo que podría repercutir en un tratamiento exitoso.

Gráfica núm. 11

¿Cuánto Personal obtiene tres muestras de baciloscopías por cada sintomático que detecte y las anota en el libro de registros de pesquisas? (Pregunta 3 y 4 de lista de chequeo.)

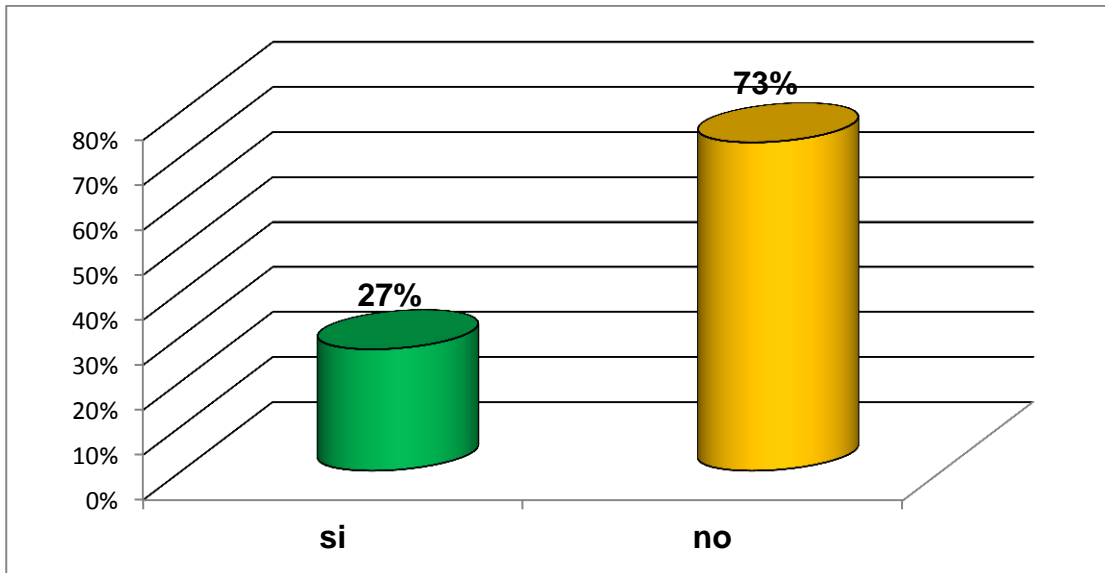


Fuente: Sigsa 3 P/S y Libro de Pesquisas de cada territorio en salud. mayo y junio 2015

Los resultados anteriores demuestran que 18% del personal de enfermería obtuvieron 3 muestras de baciloscopías por cada sintomático respiratorio que detectaron, un 82% detectó sintomáticos respiratorios, pero no obtuvieron baciloscopías, por lo que no hubo muestras a registrar. En relación al registro de las muestras un 4% equivalente a una persona, si registra las muestras de sintomáticos, cabe mencionar que dicha persona pertenece al Centro de Salud, el 14% no registra las muestras ya que no cuenta con libro de registro, un 82% no aplica, debido a que no obtuvieron baciloscopías y por lo tanto no las registraron.

Gráfica núm. 12.

El personal de enfermería ¿cuenta con los vasitos necesarios para recolectar muestras de baciloscopías? (pregunta 2 de lista de chequeo).

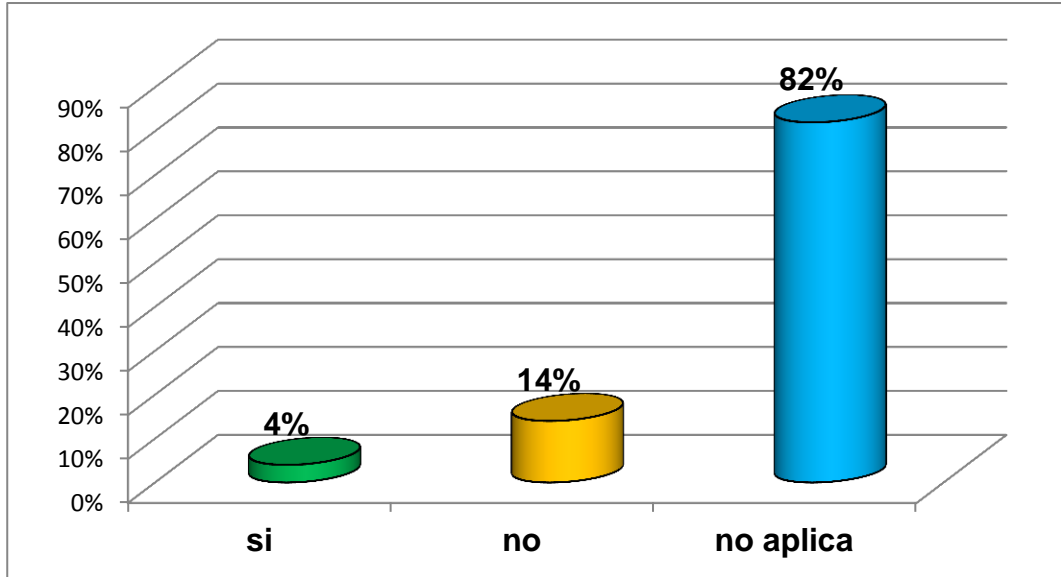


Fuente: Balance y requisición de suministros BRES, de cada uno de los servicios del distrito en los meses de mayo y junio.2015.

El resultado indica que el 27%, cuenta con los vasitos necesarios para recolectar muestras de baciloscopías, así también el 73% no cuenta con dicho insumo. Es importante enfocar que con base al balance y requisición de suministros la mayoría del personal fue abastecido en la última semana del mes de junio, sin embargo hay personal que a pesar de contar con vasitos en el periodo de estudio, no obtuvieron muestras.

Gráfica núm. 13

¿El personal de enfermería anota en el libro de registro de tratamiento, los casos nuevos de tuberculosis pulmonar?. (Pregunta 5 de listado de chequeo).

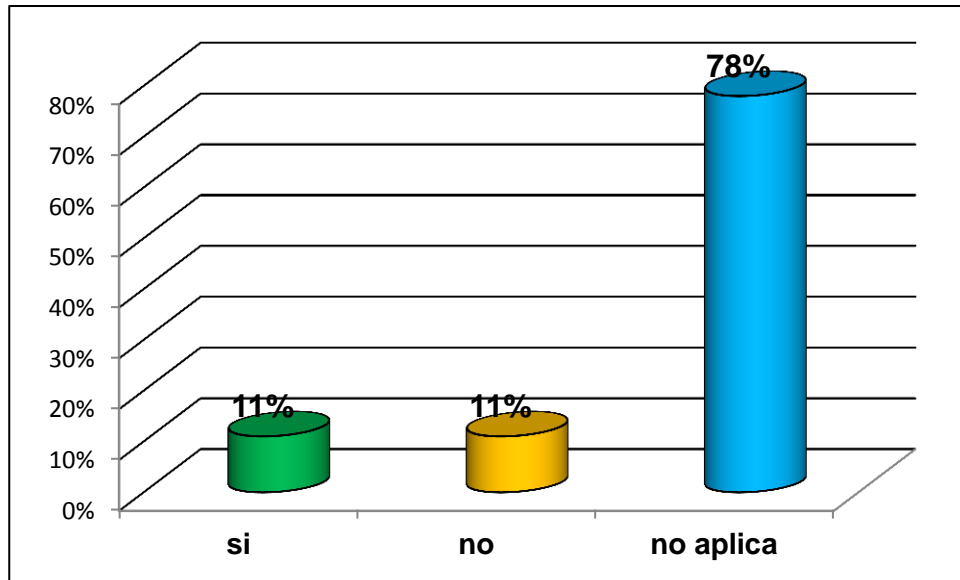


Fuente: Libro de tratamiento y seguimiento en los meses mayo y junio, 2015.

El 4% del personal de enfermería, cuenta con un caso positivo de tuberculosis y anoto en el libro de registro de tratamientos los casos nuevos, dicho personal pertenece al centro de salud, de igual manera un segundo caso representado por el 14%, muestra que no cuentan con libro de registro de tratamiento. Un 82% que corresponde al resto del personal no aplica, debido a que no registra casos nuevos de tuberculosis pulmonar y estos tampoco.

Gráfica núm. 14

En el servicio de salud, ¿existe registro del tratamiento, por cada paciente positivo de tuberculosis pulmonar? (pregunta 10 del listado de chequeo)

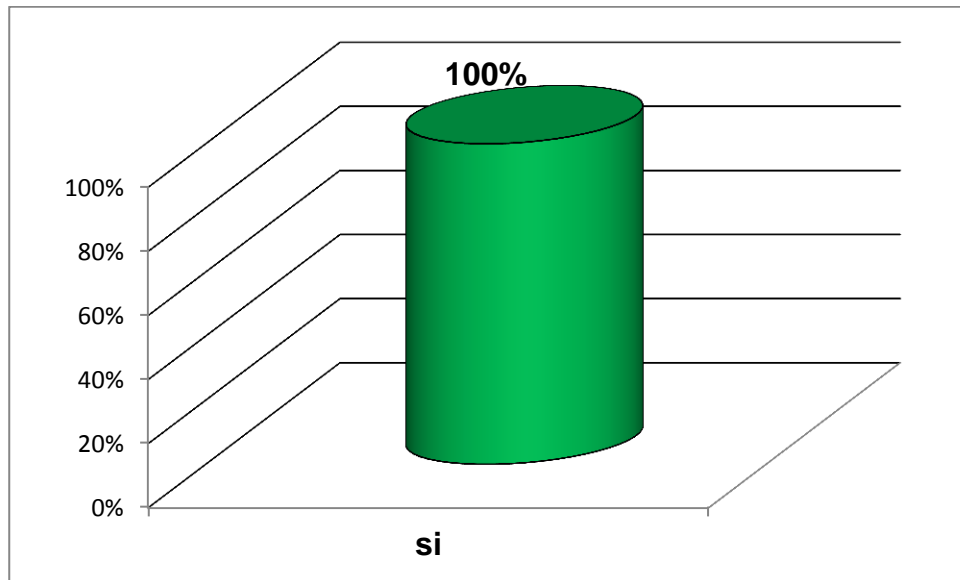


Fuente: Libro de tratamiento y seguimiento, en los meses de mayo y junio 2015.

Los resultados reflejan que en un solo servicio, equivalente a un 11%, si existe libro para registrar el tratamiento de los casos positivos, a diferencia de un segundo servicio también representado con un 11% en donde no se cuenta con la documentación para el registro del tratamiento; siendo mucho más importante reflejar que existe un alto porcentaje que equivale al 78% denominado como no aplica, ya que son servicios que no registran casos de pacientes positivos y tampoco cuentan con un medio de registro.

Gráfica núm. 15

¿Los casos nuevos de tuberculosis pulmonar cumplen su tratamiento según esquema “A” en su fase inicial? (pregunta12 de lista de chequeo).

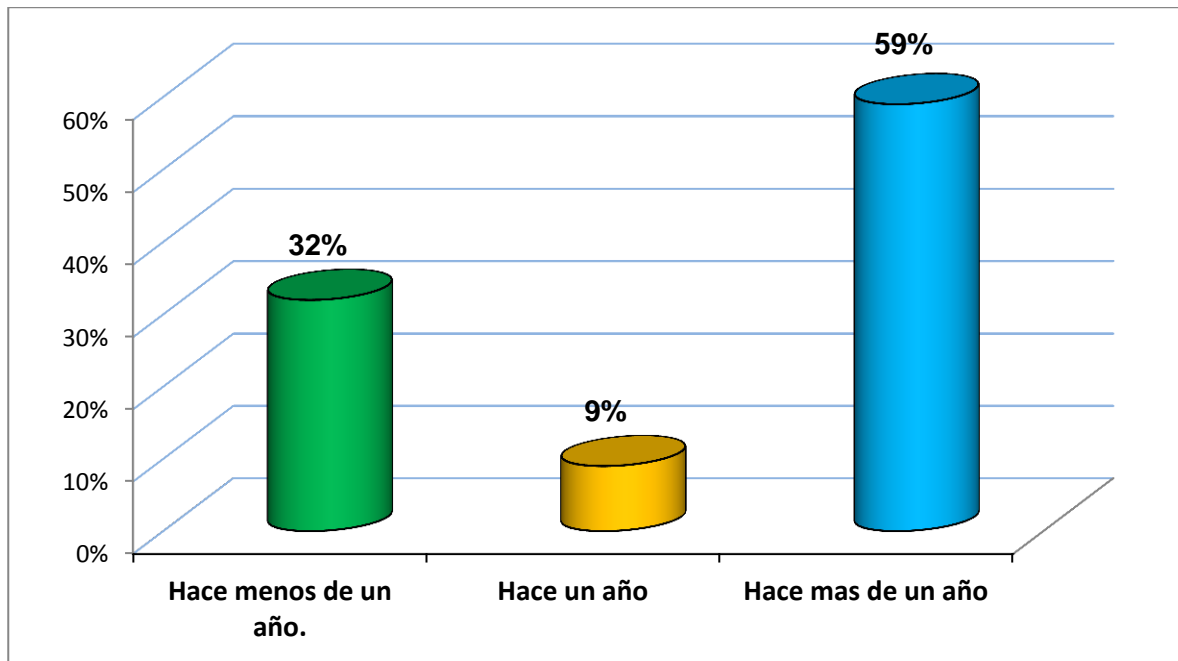


Fuente: Tarjeta de control y tratamiento ambulatorio supervisado correspondiente a 2 expedientes en los meses de mayo y junio 2015.

Los resultados según registro evidencian que el 100%, (dos servicios), que fueron los únicos con casos nuevos positivos de tuberculosis pulmonar, están llevando el tratamiento en el esquema “A” en su fase inicial como lo establece el protocolo, el cual norma que para garantizar la curación de los enfermos, se debe administrar el Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado TAES.

Gráfica núm. 16

¿Hace cuánto tiempo recibió el personal de enfermería, la última capacitación relacionada a tuberculosis pulmonar? (pregunta 18 del cuestionario).



Fuente: Cuestionario respondido por el personal de enfermería que labora en el distrito de San Pedro Necta mayo- junio 2015

Los resultados demuestran que un 32% fue capacitado hace menos de un año, un 9% hace un año, un 59% del personal hace más de 1 año que no ha sido capacitado, considerando que el protocolo de atención del paciente con tuberculosis, establece que como mínimo el personal debe ser capacitado 1 vez al año. Esto demuestra la falta de conocimiento del protocolo de atención al paciente con tuberculosis por parte del personal, el cual en su mayoría tiene menos de 6 meses de laborar en el distrito.

XI. CONCLUSIONES.

1. El índice epidemiológico de la Tuberculosis en el municipio de San Pedro Necta se desconoce, debido a que no se está cumpliendo con la detección oportuna de personas sospechosas de tuberculosis pulmonar ya que el personal de enfermería no está realizando pesquisas en la población mayor de 10 años, esto refleja el por qué no se ha alcanzado la meta para el mes de junio de 2015 de sintomáticos respiratorios.
2. Existe debilidad en los conocimientos que posee el personal de enfermería con respecto al protocolo de atención para la detección oportuna de personas sospechosas de tuberculosis, debido a ello, el personal no reconoce la enfermedad tuberculosa siendo en esta etapa la clave para captar sintomáticos respiratorios oportunamente.
3. No se está realizando las acciones necesarias para la detección oportuna de personas con tuberculosis pulmonar, debido a que 7 de 9 servicios, no registran casos nuevos.
4. Existe falta de conocimiento de la vigilancia epidemiológica para el control de la tuberculosis, debido a que el personal no capta sintomáticos respiratorios durante la consulta y tampoco hace búsqueda de casos de contactos, esto significa que en materia de tuberculosis no están realizando ninguna acción en 8 de los 9 servicios de salud del municipio; esto conlleva a pensar que la bacteria circula de manera libre sin que el personal de salud realice acciones necesarias para disminuir los índices de casos y alcanzar metas.
5. Lograr la curación de los enfermos con tuberculosis en un 85% es uno de los objetivos deseados por el programa de tuberculosis, sin embargo esto será afectado tomando que hay personal de enfermería, que no conoce los medicamentos que son utilizados para el tratamiento, tampoco el esquema ni la duración de fases del tratamiento, lo que repercute en el logro de metas y la recuperación oportuna del paciente.

XII. RECOMENDACIONES.

1. Elaborar un programa de capacitación permanente dirigido al personal de enfermería como lo establece el protocolo, anualmente y de manera activa, en la que todas y todos participen, opinen, sugieran y se responsabilicen en el cumplimiento de la misma.
2. Realizar el monitoreo y supervisión de parte del distrito de salud por lo menos una vez por trimestre, para evaluar el cumplimiento del protocolo de atención al paciente con tuberculosis, así como fortalecer las acciones que posean alguna debilidad.
3. Tomar en cuenta los resultados obtenidos en esta investigación para que el personal intra y extramuros establezcan medidas según situaciones encontradas.
4. Es necesario que los 8 territorios cuenten con libros de registro de pesquisa, tratamiento y expediente, o en su defecto una copia del mismo, de esta manera el personal de enfermería a cargo de los servicios se empodere del seguimiento y control de cada caso detectado.
5. En la presentación de sala situacional es importante que cada territorio de a conocer el alcance de metas, reflejando lo esperado, alcanzado y las acciones que se realizaran para recuperar lo que aún no se ha logrado.
6. Es importante que todos los territorios actualicen mensualmente sala situacional, la cual debe encontrarse posteada y con sus respectivas metas establecidas por el protocolo de tuberculosis, reflejando el alcance de metas y los resultados esperados, alcanzados y las acciones que se realizaran para recuperar lo que aún no se ha logrado.

7. Es necesario que las autoridades competentes revisen el protocolo de atención del paciente con tuberculosis, considerando que pueden haber surgido cambios en la conducta de la enfermedad y repercutir en el diagnóstico, debido al comportamiento del medio ambiente en el que se desarrolla.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. **C, Varela Martínez.** Plan estratégico nacional para el control de la tuberculosis. PENTB. Universidad autónoma de Honduras UNHA. Honduras: Instituto de cardiología, 2009-2015.pag.78, informe.
2. **Social, Ministerio de Salud Pública y Asistencia.** Protocolo de atención del paciente con tuberculosis. Norma nacional. Guatemala : s.n., 2009.
3. **R, Ralón Xicará E.** Factores que incluyen en la adherencia del tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar. Universidad Rafael Landívar. Guatemala: s.n., 2011. Tesis.
4. **M.N., Sagastume López.** Factores de riesgo de los casos actuales de tuberculosis pulmonar en los municipios de Lanquín, Santa Catalina la tinta, Fray Bartolomé de las casas y Santa María Cahabón departamento de Alta Verapaz. Universidad Rafael Landívar. Guatemala: s.n., 2010. Tesis
5. **I.I., Chinga Ortiz.** Eficacia de consejería brindada al usuario con tratamiento de tuberculosis pulmonar en el distrito de salud de Chinautla, Universidad Rafael Landívar. Guatemala: s.n., 2012. Tesis
6. **CLA, Barrios.** Caracterización epidemiológica de los pacientes con tuberculosis pulmonar tratados en el centro de salud del municipio de Santo Domingo Suchitepéquez, Quetzaltenango. Universidad Rafael Landívar. Guatemala: s.n., 2011. Tesis.
7. **E.L., Reyes Marroquín.** Evaluación del programa de tuberculosis en la captación y tratamiento, estudio realizado en áreas de salud de Quiché, Ixil, Ixcán. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala: s.n., 2002. Pág.1, Tesis.
8. **Toman., Kurt.** Tuberculosis detección de casos tratamiento y vigilancia, preguntas y respuestas. [ed.] Frieden R Thomas. Segunda Edición. Washington DC.: s.n., 2006. Págs. 3,57,58

9. **Torrco., Raul.** Breve recuerdo historico de la tuberculosis pulmonar. 1, Bolivia. : s.n., 2004, Vol. 10.
10. **Social., Ministerio de Salud Publica y Asistencia.** Protocolo nacional de vigilancia de salud publica. [ed.] Centro nacional de epidemiología. Guatemala. : s.n. pág. 117.
11. **S.C., Montalvo Mera.** Relaciones entre el nivel de conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis en el profesional de enfermería. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo, Perú. : s.n., 2013.Tesis.
12. **J.M. Kindelan Jacuotot, et al.** Sistema nacional de salud. Tuberculosis en grupos de riesgo. 2006. Vol. 30, 1.
13. **O. J. Horna Campos.** Prevalencia de la tuberculosis una zona marginal del distrito de Arte-Vitarte, Lima. Tesis, Universidad autónoma de Barcelona., Pediatra, Obstetricia I, Ginecología I, Medicina preventiva, Salud pública, Perú: s. n., Tesis 2010.
14. **B, Miranda Méndez, M A. Puente López.** Factores asociados al apego y abandono del tratamiento de tuberculosis. Universidad Autónoma de Nuevo León., Facultad de salud pública y nutrición, México., s.,n., 2001,Tesis.
15. **M. D. Montufar Sandoval, E J. Noboa Viteri.** Factores asociados al abandono de tratamiento en los pacientes nuevos con tuberculosis pulmonar BK+ en la ciudad de Guayaquil Ecuador. Universidad de Guayaquil, Facultad de ciencias médicas, Escuela de enfermería. s., n., 2012, Tesis.

XIV. ANEXOS.



Boleta No. _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Huehuetenango Mayo-Junio 2015.

Por medio de la presente yo (nombre)_____doy mi consentimiento voluntariamente y de manera libre, sin ningún tipo de obligación, decido participar en la investigación llamada: **Evaluación de la aplicación del protocolo de atención para la detección oportuna de personas sospechosas de tuberculosis pulmonar.** La cual está a cargo de, la enfermera profesional Diana Gabriela Castillo Aguilar, estudiante de la Universidad Rafael Landívar. Dicha investigación es de carácter estrictamente confidencial y con el único objetivo de aportar información para el desarrollo de la investigación.

f. _____

Participante en la Investigación.

f. _____

Responsable de la Investigación.

CUESTIONARIO.

Boleta No. _____

EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA DE PERSONAS SOSPECHOSAS DE TUBERCULOSIS PULMONAR. Mayo-Junio 2015.

La presente investigación es realizada por estudiante de la Licenciatura de Enfermería Diana Gabriela Castillo Aguilar. De la Universidad Rafael Landívar. **Objetivo:** evaluar la aplicación del protocolo de atención para la detección oportuna de personas sospechosas de tuberculosis pulmonar.

DATOS GENERALES:

Profesión. _____ Escolaridad: _____

Cargo. _____ Tiempo de laborar en el servicio. _____

Lugar en el que labora: Territorio de salud: _____ Puesto de salud: _____

Instrucciones:

A continuación, encontrará una serie de interrogantes con 4 diferentes opciones de respuesta, léalas detenidamente y subraye la respuesta que considere correcta.

1. ¿Qué es tuberculosis pulmonar?

- a. Enfermedad que se transmite por un virus, y su principal manifestación es fiebre, vómitos y cambios de conducta.
- b. Enfermedad infecto contagiosa de transmisión aérea, provocada por el bacilo de koch.
- c. Enfermedad caracterizada por sangrado de nariz, tos seca.
- d. Enfermedad de fácil transmisión que se adquiere por un virus y que se caracteriza por hinchazón generalizada, dolor de pecho y dificultad para respirar.

- 2. Existen 2 etapas en el desarrollo de la tuberculosis pulmonar, ¿Cuál de las siguientes características corresponden al desarrollo de la infección tuberculosa primaria?**
- a. Persona que porta la bacteria y presenta tos productiva.
 - b. Persona que está expuesta a bacilos tuberculosos provenientes de un enfermo contagioso y que es infectado.
 - c. Persona infectada que desarrolla el cuadro signos y síntomas de la enfermedad.
 - d. Persona diagnosticada con baciloscopías positiva.
- 3. ¿Cuál de las siguientes características corresponden al desarrollo de la enfermedad tuberculosa?**
- a. Persona que porta la bacteria y presenta vómitos, diarrea y tos productiva.
 - b. Persona infectada que desarrolla signos y síntomas de la enfermedad.
 - c. Persona diagnosticada con baciloscopías Negativa.
 - d. Persona que presenta diarrea sanguinolenta, fiebre y poco apetito.
- 4. Según el protocolo de atención, ¿Qué es un sintomático respiratorio (SR)?**
- a. Toda persona con tos persistente que pierde peso rápidamente.
 - b. Toda persona mayor de 10 años, con tos y expectoración por más de 15 días.
 - c. Toda persona mayor de 10 años, que tiene bajo peso, dolor de garganta y diarrea.
 - d. Persona mayor con tos seca, fiebre y falta de apetito.
- 5. Según el protocolo, ¿Cómo se transmite la tuberculosis?**
- a. Cuando un enfermo, con tos productiva tose y habla frente a una persona sana.
 - b. Cuando un enfermo, estornuda y ríe, frente a una persona sana.
 - c. Cuando un enfermo canta, frente a una persona sana.
 - d. Todas son correctas.

6. En relación a la Tuberculosis pulmonar, ¿Qué es una vigilancia activa?

- a. Vigilancia que se realiza a la familia de una persona que tiene bajo peso y que esta hinchada.
- b. Vigilancia que se realiza a la familia de un paciente con tuberculosis pulmonar y a las personas que se relacionan con dicho paciente.
- c. Vigilancia que se realiza al paciente que presenta dificultad para respirar, fiebre y diarrea con sangre.
- d. Todas las anteriores son correctas.

7. En relación a la Tuberculosis pulmonar, ¿Qué es vigilancia pasiva?

- a. Vigilancia que se realiza en visitas domiciliarias a las personas con tos y a sus contactos.
- b. Vigilancia que se realiza a través de la pesquisa entre los consultantes que acuden a un servicio sin importar el motivo de consulta.
- c. Pesquisa que se realiza en los pacientes que consultan el servicio.
- d. A personas que consultan el servicio de salud por tos y resfriado común.

8. ¿Cuál de las siguientes opciones es la correcta para recolectar muestras según el protocolo?

- a. La primera muestra al momento de la detección, la segunda al día siguiente, después de almuerzo, la tercera al entregar la segunda muestra en el servicio de salud.
- b. La primera muestra al momento de la detección, la segunda, al día siguiente, en ayunas sin enjuagarse ni lavarse la boca y al momento de levantarse la tercera en el momento en que se entrega la segunda muestra.
- c. La primera muestra al momento de la detección, para la segunda y tercer muestra al día siguiente.
- d. Ninguna es correcta.

9. **¿En qué número de muestra de baciloscopía, según el protocolo, es necesario solicitar al paciente que de la muestra en ayunas, sin enjuagarse ni lavarse la boca y al momento de levantarse?**
- a. Únicamente en la tercera muestra.
 - b. Segunda muestra.
 - c. Tercera y cuarta muestra.
 - d. Únicamente en la primera
10. **Según el protocolo de atención, ¿Cuál es el porcentaje de efectividad que tiene el tomar las tres muestras?**
- a. Las 3 muestras alcanzan un 99 %.
 - b. Las 3 muestras alcanzan un 95%
 - c. Las 3 muestras alcanzan 65 %.
 - d. Ninguna es correcta.
11. **¿Cuál es la fórmula utilizada para establecer la meta anual y detectar casos nuevos positivos de tuberculosis (BK+)?**
- a. $BK + = \text{Población total} \times 33 / 10,000$
 - b. $BK += 4 \times \text{Población total} / 10,000.$
 - c. $BK += 4 \times \text{Población total} / 33.$
 - d. $BK += \text{Población total} / 10,000 \times 8$
12. **¿Cuál es la fórmula utilizada para establecer la meta anual y detectar Sintomáticos Respiratorios de tuberculosis pulmonar (SR)?**
- a. $SR = 33 \times \text{población total} / 12.$
 - b. Número de casos BK+ esperados x 33.
 - c. Número de casos BK esperados x 33 / 10,000
 - d. Número de casos BK esperados x 4 x 33

- 13. ¿Cuántos sintomáticos respiratorios (SR) se espera detectar por cada caso positivo (+) de tuberculosis pulmonar según la fórmula de meta anual.**
- a. 4 Sintomáticos respiratorios.
 - b. 33 Sintomáticos respiratorios.
 - c. 12 Sintomáticos respiratorios.
 - d. 8 Sintomáticos respiratorios.
- 14. ¿Qué esquema es utilizado para el tratamiento de casos nuevos de tuberculosis pulmonar?**
- a. Esquema A y B
 - b. Esquema A
 - c. Esquema B y C
 - d. Esquema A y C es correcto.
- 15. Para el Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) de la tuberculosis, en su fase inicial ¿Qué medicamentos se utilizan?**
- a. Rifampicina, hidralazina, salbutamol, piroxican
 - b. Rifampicina, isoniacida, etambutol, pirazinamida.
 - c. Rifampicina, salbutamol, atenolol, isoniacida.
 - d. a y b son correctas.
- 16. En el esquema “A” del tratamiento antituberculoso, idealmente ¿Cuánto tiempo debe durar la fase intensiva inicial del tratamiento?**
- a. 6 meses á 1 año.
 - b. De 2 á 3 meses.
 - c. De 4 a 6 meses.
 - d. Ninguna es correcta.

17. En el esquema “A” del tratamiento antituberculoso, idealmente ¿Cuánto tiempo debe durar la fase de continuación?

- a. 6 meses.
- b. 4 meses.
- c. De 4 a 6 meses.
- d. Ninguna es correcta.

18. Hace cuánto tiempo recibió la última capacitación relacionada a tuberculosis pulmonar?

- a. Hace seis meses.
- b. Hace un año.
- c. Hace más de un año.
- d. Nunca.

LISTA DE CHEQUEO.

Boleta No. _____

EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA DE PERSONAS SOSPECHOSAS DE TUBERCULOSIS PULMONAR. Mayo-Junio 2015

La presente investigación es realizada por estudiante de la Licenciatura de Enfermería Diana Gabriela Castillo Aguilar. De la Universidad Rafael Landívar. **Objetivo:** evaluar la aplicación del protocolo de atención para la detección oportuna de personas sospechosas de tuberculosis pulmonar.

DATOS GENERALES:

Servicio de Salud: Territorio de salud _____ **Puesto de salud:** _____

Instrucciones: a continuación la investigadora a través de la observación, identificará la aplicación del protocolo, en los diferentes servicios de salud del municipio.

EVALUACION DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO.

No	Actividad a verificar	Cumplimiento		No aplica	Observaciones
		Si	No		
1	El personal de enfermería realiza pesquisas en mayores de 10 años durante la consulta.				
2	El personal de enfermería ¿cuenta con el insumo necesario para recolectar muestras de baciloscopías?				

3	El personal de enfermería obtiene 3 muestras de baciloscopías por cada sintomático respiratorio que detecta.				
4	El personal de enfermería, anota en el libro de registro de pesquisas, cada una de las 3 muestras tomadas a las personas sintomáticas respiratorias.				
5	El personal de enfermería, anota en el libro de registro de tratamiento, todos los casos nuevos de tuberculosis pulmonar.				
6	Personal de enfermería, hace búsqueda de contactos, a través de visitas domiciliarias, en las familias de las personas diagnosticadas como positivas, de tuberculosis pulmonar.				
7	El servicio de salud, tiene establecida meta anual, de pacientes positivos de tuberculosis pulmonar, según población asignada al servicio de salud.				

8	El servicio de salud, tiene establecida meta anual, de pacientes sintomáticos respiratorios, según población asignada al servicio de salud.				
9	Hasta el mes de junio el servicio ha alcanzado la meta esperada de sintomáticos respiratorios.				
10	En el servicio de salud, ¿existe registro del tratamiento, por cada paciente positivo de tuberculosis pulmonar?				
11	Los casos nuevos de tuberculosis pulmonar cumplen su tratamiento como lo establece el protocolo según esquema "A" en su fase inicial.				
12	Los casos nuevos de tuberculosis pulmonar cumplen su tratamiento como lo establece el protocolo según esquema "A" en su fase de continuación.				