



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA



Maestría en Administración en Salud
2014-2016

Informe final de Tesis para optar al Título de
Máster en Administración en Salud

APLICACIÓN DE LA NORMA NACIONAL DEL COMPONENTE DE
TUBERCULOSIS PULMONAR EN 4 ESTABLECIMIENTOS DE
SALUD DE LA REGIÓN SANITARIA METROPOLITANA
HONDURAS. COHORTE 2014 - 2015.

Autora:

Lourdes Carolina Vega Flores
Msc Epidemiología

Tutora:

Msc. María de Jesús Pastrana H.
Docente Investigadora

Ocotal, Nueva Segovia, Mayo 2016.

INDICE

| CONTENIDO | PÁGINAS |
|---|-----------|
| RESUMEN | <i>iv</i> |
| DEDICATORIA | <i>v</i> |
| AGRADECIMIENTOS | <i>vi</i> |
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| II. ANTECEDENTES | 2 |
| III. JUSTIFICACIÓN | 4 |
| IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 5 |
| V. OBJETIVOS | 6 |
| VI. MARCO TEÓRICO..... | 7 |
| VII. DISEÑO METODOLÓGICO | 20 |
| VIII. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS | 25 |
| IX. CONCLUSIONES..... | 45 |
| X. RECOMENDACIONES | 46 |
| XI. BIBLIOGRAFIA..... | 47 |
| ANEXOS | |

OPINIÓN DE TUTORA

El presente estudio, permite la revisión de la situación de los indicadores del componente de Tuberculosis e identificar la aplicación de la norma; en cuatro establecimiento de salud de la región metropolitana de Tegucigalpa, el objetivo planteado es “Evaluar el cumplimiento de la norma nacional del programa de TB pulmonar en 4 Establecimientos de salud de la Región Sanitaria Metropolitana DC Honduras en la cohorte 2014 -2015.” el cual se cumplió.

La metodología empleada consistió en estudio descriptivo, de corte transversal con la revisión de 55 expedientes de pacientes BK positivos y recaídas ingresados en la cohorte 2014-215, libros de registro del componente de Tb, tarjeta de pacientes y encuesta aplicada a los gerentes de TB de las unidades de salud en estudio.

Los principales resultados demuestran la necesidad de oportuna captación y seguimiento de los casos para el éxito del tratamiento.

La presente investigación, ha cumplido con todos los requisitos de metodología de investigación establecida, brindando aporte a los gerentes del componente de TB y autoridades sanitarias de la importancia de captación oportuna de los casos en establecimientos de atención primaria, monitoreo y seguimiento de los pacientes, mejorando la calidad en la atención de los servicios brindados.

Todo el proceso de desarrollo fue coordinado y revisado por mi persona; autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal respectivo.

Msc. María de Jesús Pastrana Herrera
Docente Investigadora

RESUMEN

El presente estudio se realizó para Valorar la aplicación de la norma nacional del componente de TB pulmonar en 4 establecimientos de salud en la Región Sanitaria Metropolitana en la cohorte 2014 2015.

Material y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal, en cuatro establecimientos de salud, el universo es de 55 pacientes BK positivos de la Cohorte 2014-2015. Las principales variables: Taes, Tuberculosis, edad, sexo, tiempo, baciloscopías, tratamiento, recaída, curación, abandono, fracaso, tratamiento terminado.

Resultados: De los 55 pacientes BK positivos: 12 no tuvieron seguimientos de baciloscopía según norma, algunos de los registros de pacientes no se encuentran consignados en el sistema oficial local, regional y nacional de estadísticas, la mortalidad y abandono pasan lo permitido según norma.

Conclusiones: La tuberculosis es una enfermedad transmisible que afecta con mayor frecuencia a la población masculina, que su mayoría viven en zonas urbanas marginales.

Los pacientes captados en su mayoría son diagnosticados a nivel hospitalario, no se cumple con la norma en el seguimiento con baciloscopía a los pacientes durante la terapia antituberculosa y al momento del alta, se cumple parcialmente la estrategia TAES.

Los gerentes del componente de tuberculosis no han recibido actualizaciones en el manejo de normas de TB.

Palabras claves: Baciloscopía, positiva, Seguimiento, Tratamiento, abandono.

DEDICATORIA

A Dios altísimo por estar siempre en mi caminar, guiándome con su tierno amor y brindándome la sabiduría y discernimiento necesario para seguir adelante

A mis Padres Abel vega y Lourdes de vega, por apoyarme siempre y enseñarme que en la vida uno debe luchar por lo que quiere.

A mi suegra por ser mi apoyo incondicional en todo momento.

A mis hijos regalo precioso de dios por su paciencia en mi ausencia.

A mi maravilloso esposo por su comprensión y apoyo con amor en este caminar.

A mi hermana Karla Vega por estar a mi lado en todo momento.

A los docentes del CIES-UNAN quienes comparten con amor dedicación y esmero sus conocimientos.

Lourdes Carolina Vega

iii

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi tutora Msc: María de Jesús Pastrana por su dedicación y apoyo Incondicional en la realización del presente trabajo

A todos los docentes por compartir con dedicación, paciencia sus conocimientos

Al personal administrativo y de enfermería de los establecimientos de salud en estudio por su colaboración.

A las autoridades regionales por la facilitar la información, y apoyo solicitado.

Lourdes Carolina Vega

GLOSARIO

BK: Bacilo de Koch

- BAAR: Bacilos ácido alcohol resistentes
- BK+: Baciloscopia positiva
- Co-infección TB/VIH: Persona que vive con VIH y padece la enfermedad tuberculosa activa.
- CTB: Componente de Tuberculosis
- S/D: Sin Dato
- SESAL: Secretaría de Salud
- SR: Sintomático Respiratorio
- ES : Establecimiento de Salud
- TAES: Estrategia de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado
- TB: Tuberculosis
- TBP: Tuberculosis pulmonar
- TB/MDR: Tuberculosis Multidrogorresistente
- TB BK+: Tuberculosis Baciloscopia Positiva
- PNCT: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
- INC: Instituto Nacional Cardiopulmonar
- HEU: Hospital Escuela Universitario

I. INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis Pulmonar (TBP), aunque prevenible y curable, es una de las principales causas de muerte por enfermedad transmisible en jóvenes y adultos a nivel mundial, pese a los esfuerzos realizados por los sistemas de salud en cada país.

La situación actual de la TB en el mundo es desoladora y ha cambiado poco en los últimos tiempos, hasta hace poco fallecían anualmente alrededor de 2 millones de personas de una enfermedad cien por ciento curable y lo que es más grave, es que se estima que aproximadamente un tercio de la población mundial, es decir más de 2 mil millones de personas, siguen infectadas actualmente con el bacilo de Koch.⁵

En la actualidad, esta enfermedad es el reflejo de las enormes diferencias económicas y sociales que siguen existiendo en la población mundial. Dentro de las causas que condicionan este aumento de la TB en algunas partes del mundo están:

El perfil epidemiológico del país, y la experiencia acumulada en el componente de tuberculosis (CTB), sigue siendo la estrategia Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) la más efectiva para el control de esta enfermedad, cuyo éxito está en el accionar diario de los trabajadores de salud que deben garantizar el inicio inmediato de tratamiento luego de diagnosticado el paciente y establecer una serie de acciones para reducir el fracaso y/o abandono al tratamiento.¹¹

El presente estudio, permite la revisión de la situación de los indicadores del componente de Tuberculosis e identificar la aplicación de la norma; los resultados servirán a autoridades de salud para la mejora en la efectividad del componente de tuberculosis.

II. ANTECEDENTES

Honduras ha informado que en un período de 10 años, en promedio 30.000 personas han sido deportadas anualmente desde Cerca de 78% del total de la población migrante tiene entre 15 y 34 años, y con mayor frecuencia son hombres Estados Unidos de América y México.¹³

Estudios realizados (1997) Centro de Salud Manolo Morales, Juigalpa – Chontales. Nicaragua. Estudio realizado para valorar la eficacia al tratamiento antituberculoso, se estudiaron un total de 122 pacientes, se muestra lo siguiente: en lo referente a la clasificación de pacientes y esquema de tratamiento predominan los pacientes nuevo BAAR (+) y Nuevo BAAR (-) con 48 casos para ambos 39.33%, utilizando tratamiento acortado. ¹⁶.

Estudios de Evaluación de la Implementación de las Medidas Básicas para el Control de la Tuberculosis a Nivel Local en el año 2011 en Áreas de Influencia. Resultados de estudio realizado en aldea de Abisinia En el departamento de colon Honduras. La principal debilidad en el componente de Tuberculosis de la US de la están en la captación del Sintomático Respiratorio (SR), ya que esta lo hace únicamente a aquellas personas que consultan por tos de más de 15 días, y no preguntan a todo consultante independientemente del motivo de consulta, ni realizan búsqueda activa de SR. ⁸ DR. Rolando Rodas (T. Tesis) UNAH.

El Instituto Hondureño de Seguridad social (2013) Tegucigalpa, MDC. Describen en uno de sus resultados: que la población más afectada con TB Pulmonar BK+ son del sexo masculino, en el rango de edades de 20 a 35 años Iniciaron su tratamiento (TAES) DEPTO. Epidemiología, IHSS.

Estudio realizado en el Hospital Mario Catarino Rivas de la Ciudad de San Pedro sula Honduras, por el DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA.

Se obtuvo la siguiente conclusión: La TB pulmonar la forma de presentación clínica más frecuente y que afecta a escolares y adolescentes con el 22.9% de los casos TB, están asociados a la inmunosupresión especialmente al VIH, TAES, es su tratamiento de elección. Asociación de Pediatras HGMCR.

III. JUSTIFICACIÓN

Desde el 2012 que se actualizaron las Normas y Procedimientos para el abordaje de la Tuberculosis por la región sanitaria Metropolitana, este no ha realizado una evaluación sistemática, sobre la aplicación de las mismas por los recursos que gerencia el Componente de Tuberculosis (CTB) en los diferentes establecimientos de Salud.⁸

A pesar de las diversas acciones que el Ministerio de Salud ha implementado para contrarrestar la TB en Honduras, la incidencia de la misma continúa en incremento; observando además que existen inconsistencias entre las formas y números de ingresos en relación a las diferentes formas de egreso al tratamiento antituberculoso.

Garantizar el cumplimiento de las Normas Nacionales, así como las sugerencias generales de monitorización y supervisiones a los Establecimientos de salud con el objetivo de mejorar el desarrollo de las acciones en promoción, prevención, atención y recuperación de la salud de los pacientes atendidos en el CTB.

El presente estudio, permitirá que la evaluación a la aplicación y manejo de la misma, puede servir de apoyo a las autoridades de la región sanitaria Metropolitana, en la toma de decisiones relacionadas al seguimiento que se brinda a estos casos así como, contribuir a disminuir la transmisión de la enfermedad y con ello la incidencia de la Tuberculosis pulmonar.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Tuberculosis enfermedad infecto contagiosa prevenible si se hace captación oportuna de los pacientes y cumplimiento en la aplicación de la norma. A pesar de las diversas acciones que el Ministerio de Salud ha implementado para contrarrestar la TB en Honduras, la incidencia de la misma continúa en incremento; observando además que existen inconsistencias entre las formas y números de ingresos en relación a las diferentes formas de egreso al tratamiento antituberculoso.

Se identifica la pregunta:

¿Cuál es la aplicación de la norma nacional del componente de la tuberculosis pulmonar en 4 Establecimientos de salud de la Región Sanitaria Metropolitana DC -Honduras en la cohorte 2014 -2015?

Algunas interrogantes específicas

1. ¿Cuáles son las características socio demográficas de los pacientes en estudio?
2. ¿Qué métodos diagnósticos son utilizados en estos pacientes?
3. ¿Cuáles son los esquemas de tratamiento utilizados con lo establecido en el componente nacional?
4. ¿Qué seguimiento se realiza al paciente desde su ingreso hasta el alta?
5. ¿Cómo se está implementado la Estrategia TAES en los Establecimientos de Salud a estudiar?
6. ¿Qué características tiene el personal que gerencia el CTB en los Establecimientos de salud en estudio

V. OBJETIVOS.

Objetivo General:

Evaluar el cumplimiento de la norma nacional del programa de TB pulmonar en 4 Establecimientos de salud de la Región Sanitaria Metropolitana DC Honduras en la cohorte 2014 -2015.

Objetivos Específicos:

1. Describir las características socio demográficas de los pacientes en estudio.
2. Determinar los métodos diagnósticos utilizados en los pacientes ingresados en la cohorte 2014 2015
3. Precisar el tratamiento utilizado con lo establecido en las normas del componente nacional.
4. Evaluar el cumplimiento de la prueba de tamizaje por VIH Y seguimiento bacteriológico los pacientes desde su ingreso hasta el alta.
5. Identificar la implementación el cumplimiento de los indicadores Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) en los Establecimientos de Salud a estudiar.
6. Conocer las características del personal que gerencia el CTB en los Establecimientos de salud en estudio.

IV. MARCO TEÓRICO

Tuberculosis. (TB) Enfermedad infectocontagiosa, causada por el complejo *Micobacterium Tuberculosis*, que afecta principalmente a los pulmones en un 85% del ser humano afecta habitualmente a los pulmones aunque puede dañar también cualquier otro órgano o tejido .⁸

Es potencialmente prevenible y fácilmente tratable, es una infección oportunista que se asocia con frecuencia al VIH. Su mortalidad se eleva por el retraso en el diagnóstico y el tratamiento y las dificultades con la adherencia terapéutica y la respuesta inadecuada frente al tratamiento.¹⁴

Para controlar la TB es necesario prevenir la transmisión de la infección. Desde el punto de vista de la salud pública, la mayor prioridad del Componente de TB de Honduras (CTB) es la identificación y curación de los casos infecciosos (bacilíferos positivos), es decir de las personas que transmiten la infección.²

Toda persona cuyo examen microscópico de esputo sea Bacilo Ácido Alcohol Resistente (BAAR) positivo debe ser considerado como persona afectada por TB y que recibe tratamiento por esa enfermedad debe ser registrado, los casos deben ser notificados de forma separada de los BAAR (+), ya sea como casos con baciloscopía negativa o extra pulmonares (PATB).⁸

Categorías de Tratamiento según esquemas de Tratamiento:

| Categorías de Tratamiento | Concepto | Esquema de Tratamiento |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| Categoría I | Nuevos BAAR (+) | Tratamiento Acortado |
| Categoría II | Recaídas BAAR (+) | Retratamiento |
| | Vueltos a Tratar BAAR (+) | Retratamiento |
| | Fracasos BAAR (+) | Retratamiento |
| Categoría III | Nuevos BAAR Negativo | Tratamiento Acortado |
| | Pediátricos | Tratamiento Acortado modificado |
| | Extra pulmonares Nuevos | Tratamiento Acortado |
| Categoría IV | PATB MDR BAAR (+) | Drogas de Segunda Línea |
| | PATB XDR BAAR (+) | |

Formas de que se presenta la tuberculosis.

TB pulmonar:

La TB afecta los pulmones en más del 85 % de los casos. En adultos la TB pulmonar a menudo es positiva por baciloscopia y por eso es altamente infecciosa. Los casos con TB pulmonar BAAR negativos o que son positivos solamente por cultivo, son aproximadamente 10 veces menos infecciosos. El pronóstico de los casos Bacilíferos, si no se tratan, es más favorable que el de los casos de TB pulmonar BAAR positivos, aunque pueden progresar a bacilíferos a lo largo del tiempo

Es la forma más prevalente de la enfermedad, la manifestación más frecuente y la principal causa de transmisión y muerte por esta afección. ⁸

La American Thoracic Society (ATS) ha propuesto una clasificación aunque se emplea poco en la clínica corriente. En su versión más simplificada comprende cinco grupos diferentes.³

1. No expuestos, no infectados
2. Expuestos, no infectados
3. Infectados, no enfermos
4. Tuberculosos activos
5. Tuberculosos Inactivos
6. Sospechosos de TB.

El pronóstico actual de la TB es muy buenos en la mayoría de los casos, incluso en los más avanzados, siempre que el enfermo tenga acceso a un buen tratamiento.

TB extra pulmonar:

Ésta afecta varios órganos y tejidos como la pleura, (derrame pleural) ganglios linfáticos, huesos y articulaciones, tracto urogenital, sistema nervioso (meningitis TB), gastrointestinal, etc. El diagnóstico es difícil y debe hacerse por un médico, con conocimientos sobre TB, utilizando muchas veces métodos diagnósticos de poca frecuencia como anatomía patológica, los pacientes con TB extra pulmonar, pero sin componente pulmonar, casi nunca diseminan la enfermedad.⁸

Diagnóstico de TB Pulmonar

Lo esencial para diagnosticar la TB es mantener siempre un alto índice de sospecha sobre la enfermedad. El diagnóstico no es difícil en pacientes de alto riesgo. En cambio el proceso puede pasar inadvertido en un anciano que habita en una residencia o un adolescente que presenta infiltrado local. (Fauci A. S., et al.)⁶

El diagnóstico de la TB se basa en:

- Manifestaciones clínicas
- Diagnóstico Bacteriológico
- Diagnóstico radiológico y otros métodos

Manifestaciones Clínicas

Generalmente se sospecha de TB pulmonar antes los siguientes síntomas:

- Tos productiva y persistente, especialmente si ha durado más de 2 semanas (SR+14). Se tiene que sospechar aunque no tenga los otros síntomas.
- Pérdida de apetito
- Pérdida de peso
- Dolor torácico, de predominio en la pared posterior del tórax
- Fiebre
- Sudoración en la noche
- Disnea. (8)

Diagnóstico Bacteriológico

Los métodos bacteriológicos son:

- Baciloscopía
- Cultivo

La búsqueda de los bacilos se realiza en los sintomáticos respiratorios a través de la baciloscopía. El diagnóstico definitivo de la TB pulmonar se efectúa con el aislamiento del M. TB en muestras de esputo o lavado broncoalveolar a través del cultivo.

Bacteriología

Es el examen microscópico directo de muestras de esputo buscando bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR).

La baciloscopía es la manera más costo-efectiva de diagnosticar la TB. En la actualidad y de acuerdo a recomendaciones de OMS, dos muestras de esputo son más que suficientes, siempre y cuando los países hayan logrado un óptimo control de calidad de las baciloscopías certificado mediante un sistema externo de aseguramiento de la calidad.

| | | |
|-------|-----------|---|
| Día 1 | Muestra 1 | El paciente tras recibir asesoría, recoge una muestra de esputo el día que consulta en el establecimiento de salud. Ese día el paciente recibe un frasco para traer una segunda muestra al día siguiente. |
| Día 2 | Muestra 2 | El paciente recoge una muestra temprano por la mañana en su casa y la trae al establecimiento de salud |
| | Muestra 3 | El paciente recoge una tercera muestra de esputo en el establecimiento de salud cuando trae la segunda muestra. |

Cultivo

El cultivo de esputo para M. TB es mucho más sensible que la baciloscopía en el diagnóstico de la TB Pulmonar, pudiendo incrementar la confirmación diagnóstica en aproximadamente 40 a 60%. Sin embargo tiene un costo mayor y su accesibilidad es menor, el tiempo para dar los resultados (de 2 a 6 semanas dependiendo del método). Los métodos más utilizados son:

- Lowenstein-Jensen
- Ogawa – Kudoh
- Cultivo en medios líquidos (OPS, 2012)
- Jean Esper que se utiliza en honduras a partir del 2016.(casos Especiales)

Diagnóstico Radiológico y Otros métodos.

Es un método de apoyo diagnóstico que tiene como desventajas su alto costo, discordancia de interpretación incluso entre radiólogos, dificultad para distinguir entre lesiones nuevas y viejas (enfermedad activa o persona que se curó dejando cicatrices visibles en la placa); y que la radiografía no logra distinguir entre las fuentes de infección (personas afectadas por TB pulmonar bacilífera) y los casos no contagiosos (personas afectadas por TB pulmonar no bacilífera).

Sin embargo la radiografía es una ayuda importante en personas con sintomatología sospechosa de TB pero con dos seriados de BAAR negativos y en casos pediátricos que en la gran mayoría son BAAR negativos o no pueden

expectorar. También en ciertas formas de TB extra pulmonar la radiografía es importante.⁸

Normas generales para la recolección del esputo

- La muestra debe recolectarse bajo la supervisión del personal de salud o del líder comunitario o colaborador voluntario de salud previamente capacitado.
- Las muestras de esputo nunca deben ser recolectadas dentro de un cuarto mal ventilado y con poca iluminación solar.
- Si no se dispone de un cuarto bien ventilado definido para este propósito, se recolecta la muestra al aire libre, pero se debe procurar darle a la persona aunque sea un poco de privacidad, esto último es para evitar reacciones de estigma social por parte de otras personas y/o visitantes, e incluso de los mismos trabajadores de los establecimientos.
- Las personas que han ingerido comida antes de la recolección de la muestra, deben enjuagarse la boca con agua para evitar falsos positivos.
- La noche anterior a la toma de la segunda muestra debe orientarse a la persona que debe realizarse una buena higiene bucal, para evitar la contaminación de la muestra de esputo con restos alimenticios.

Tratamiento de la TB

Los dos objetivos principales del tratamiento antituberculoso son interrumpir la transmisión de la TB combatiendo la infección en los enfermos (de modo que no infecten a otros) y evitar las complicaciones y la muerte; curando a los que ya tienen la enfermedad.³

La Administración de todos los fármacos juntos, en la misma toma facilita su acción bactericida y esterilizante, condicionando un mayor efecto post antibiótico. Por lo tanto si el enfermo tolera bien la medicación no es recomendable dividir las dosis diarias de las drogas. Además, de esta forma se facilita la supervisión.

Uno de los descubrimientos de la medicina de los últimos decenios, ha sido constatar que muchos enfermos no siguen fielmente las indicaciones médicas, suspendiendo los tratamientos tan pronto desaparecen los síntomas, para ellos los únicos indicadores de enfermedad. Esto, ha sido demostrado para todas las enfermedades crónicas, es particularmente delicado en el caso de la TB.

El elemento más importante de la llamada estrategia TAES que tanto ha contribuido a mejorar los PNT y los resultados de la quimioterapia, consiste en supervisar la ingestión de cada dosis de cada fármaco por parte del personal de salud. El ideal es que todo el tratamiento se realice bajo supervisión directa, meta que solo algunos países han logrado implementar. ²

Esquemas de tratamiento

Los medicamentos utilizados en el tratamiento de TB son: Isoniacida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z), Etambutol (E), Estreptomina (S).

Los siguientes medicamentos se presentan en preparaciones combinadas:

- Tabletas de: Rifampicina 150 mg / Isoniacida 75 mg / Etambutol 275 mg / Pirazinamida 400 mg
- Las grageas de Rifampicina con Isoniacida son de 150/150 mg, 150/100 mg y 150/75 mg y se utilizan para niños y adultos realizando el cálculo según el peso corporal.

En la Norma se presentan cuatro esquemas de tratamiento: Para los casos BAAR positivos nuevos (categoría I) se recomienda el ACORTADO de 6 meses.

Para simplificar el manejo de los esquemas de tratamiento, los pacientes con TB BAAR negativos y extra pulmonares sin complicaciones (categoría III), también recibirán el esquema ACORTADO 6 meses. Para los niños menores de 15 años con TB BAAR negativa, (incluidos en la categoría III) se recomienda un acortado modificado: el ESQUEMA PEDIATRICO de 6 meses.⁸

Esquema acortado (2 ERHZ / 4 R H)

El tratamiento se divide en dos fases: La primera fase de dos meses con Isoniacida/Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol diario, y la segunda fase de cuatro meses con administración diario con Rifampicina e Isoniacida. Ambas fases deben de ser estrictamente supervisadas por el personal de salud y si es necesario por personal comunitario previamente capacitado.

El tratamiento con drogas combinadas o bien el esquema de seis meses de duración se puede utilizar en los niveles municipales donde efectivamente se puede garantizar la supervisión del tratamiento durante todo el esquema, se requiere además que tengan un porcentaje de curación superior o igual al 90 % con un abandono menor al 5 %.

Segunda fase de tratamiento acortado

Si los exámenes de esputo reflejan ser BAAR negativos (conversión negativa) a los 2 meses ó 60 dosis de tratamiento, el paciente pasa a la segunda fase del esquema (Rifampicina e Isoniacida); si el examen se mantiene BAAR positivo al segundo mes de tratamiento, se debe tomar muestra para cultivo y drogo sensibilidad además debe continuarse el tratamiento de la fase intensiva de 4 semanas más, con los cuatro medicamentos, disminuyendo la dosis de Etambutol a 15 mg/ Kg/día y hay que examinar el esputo a intervalos de una semana. Cuando los controles salen negativos al tercer mes de tratamiento se pasa a la segunda fase.

El control baciloscópico en la segunda fase se hace al 4to, 5to y 6to mes del tratamiento. Cuando el paciente ha completado 6 meses y los controles al 4to, 5to y 6to mes salen negativos, se decide el alta del paciente. Si cualquiera de los dos últimos controles resulta positivo, se considera fracaso al acortado. ⁸

Componentes del TAES

Compromiso político para garantizar una financiación aumentada y sostenida.

El programa de DOTS debe ser una actividad integral de salud con cobertura para todo el país que incluya las actividades de TB en todo el sistema de salud, a todos los niveles, incluyendo todas las Centros de Salud y la comunidad.

Detección de casos mediante pruebas bacteriológicas de calidad garantizada

Esto requiere servicios de atención de salud con amplia disponibilidad y accesible a la población entera, incluidas las capas más pobres de la comunidad.

Tratamiento normalizado, con supervisión y apoyo al paciente

La terapia estandarizada para todos los casos confirmados de TB en condiciones adecuadas de manejo de casos incluida la observación directa del tratamiento, implican aspectos técnicos y sociales, validos en los servicios de tratamiento.

Sistema eficaz de suministro y gestión de medicamentos y otros insumos

Los medicamentos antituberculosos deben estar disponibles en forma gratuita a todas las personas afectadas de TB (PATB) dado que la cura de las PATB beneficia a la sociedad en general. Su utilización adecuada en la práctica, debe ser vigilada estrictamente.

Sistema de vigilancia, evaluación y medición de impacto

Es útil para vigilar el progreso y resultados de tratamiento en cada PATB, evaluar el rendimiento general del componente, definir categorías de casos, clasificación de la enfermedad y resultados del tratamiento.

Objetivos del tratamiento supervisado

1. Administrar el tratamiento estrictamente supervisado al 100% de las personas afectadas por TB detectadas.
2. Establecer esquemas diferenciados de tratamiento de acuerdo con las categorías de TB recomendadas por OPS/OMS (I, II, III)
3. Obtener el 90% de conversión negativa al segundo mes del tratamiento de las personas afectadas por TB bacilíferas nuevas.
4. Obtener un porcentaje de curación superior al 90% para que las personas afectadas por TB se reintegren a la familia y a la sociedad.(2)

Duración

No está indicado prolongar el tratamiento más de los 6 meses (Drogas combinadas) normado cuando la persona ha tomado el tratamiento sin interrupción.

Si la persona ha sido inasistente, se prolonga la duración del tratamiento hasta que haya recibido el número correcto de dosis.

Sólo se debe omitir o interrumpir temporalmente la terapia cuando surge intolerancia severa o toxicidad a los medicamentos.

Seguimiento durante el tratamiento

Debe realizarse según la norma de esquema acortado o retratamiento.

INASISTENCIA Y ABANDONO

Inasistencia:

Es cualquier ausencia del paciente durante el tratamiento menor de 1 mes, (menos de 30 dosis consecutivas). Para evitar que el paciente inasistente se convierta en abandono se deben tomar ciertas medidas:

- Cuando un paciente ambulatorio en la primera fase del tratamiento supervisado no se presenta al programa por dos días seguidos, se busca inmediatamente.
- Cuando un paciente en la segunda fase del esquema acortado y retratamiento (intermitente y supervisado), no se presenta en dos citas seguidas, se busca inmediatamente.
- Una vez recuperado el paciente se continúa el tratamiento (ver abajo) y se explica bien la importancia de la asistencia para curarse definitivamente
- Si la inasistencia es en la primera fase y menor de 15 días, y el paciente regresa a la unidad de salud, se continúa el mismo esquema.
- Si la inasistencia es mayor de dos semanas, pero menor de 1 mes, se reinicia el mismo esquema de tratamiento.

Abandono

Se considera abandono a cualesquiera de los esquemas (tanto en la primera como en la segunda fase) cuando el paciente no acuda a recibir su tratamiento por un período igual o mayor a un mes consecutivo (30 dosis). Se evalúan estos pacientes como abandono y si regresan después de un mes se verifica el estado bacteriológico (BAAR seriado) y se reingresa al componente como "Vuelto a tratar" o abandono recuperado.

- Si desde el ingreso el Vuelto a tratar es BAAR negativo debe continuar su esquema anterior hasta completar las dosis que faltaban y NO se registra nuevamente. Se le da seguimiento con la ficha de tratamiento.
- Si el "Vuelto a tratar" es BAAR positivo y ha recibido tratamiento por más de 30 dosis, se envía una muestra al CNDR para cultivo y drogo sensibilidad y se hospitaliza el paciente para iniciar el Retratamiento, después de haber explicado al paciente que esta es la última oportunidad que tiene para curarse.
- Si el "Vuelto a tratar" BAAR positivo ha recibido tratamiento anteriormente por menos de un mes, se le puede administrar el Acortado estrictamente supervisado.(8)

Propósitos, Objetivos, Estructura y Funciones del Programa de Control de la Tuberculosis.

Honduras como país tiene compromisos adquiridos en fortalecer las acciones encaminadas a la captación oportuna, atención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de las personas afectadas por TB, así como cuando cursan con TB/MDR y/o Co-infección TB-VIH.

Para cumplir con las metas y objetivos del Programa de Control de la TB (PCT), se necesitan cuatro condiciones esenciales para que la situación epidemiológica de la TB se mejore gradualmente:

1. Cobertura: de toda la población del país, tanto en las zonas rurales como en los grandes conglomerados urbanos y los asentamientos humanos.
2. Continuidad: en las actividades del programa. Si estas actividades se implantan eficazmente en forma permanente, la evolución actual puede revertirse.
3. Adecuación: de las actividades del PCT a los requerimientos de la población para que sean atendidos en cualquier unidad de salud, según su territorio y en los territorios con la integración de la sociedad en su conjunto en el control de la TB (DOTS/TAES comunitario)
4. Integración: del PCT en la estructura existente del sector salud. La identificación de sintomáticos respiratorios (SR), detección de casos y el tratamiento se deben realizar en las centros de salud del Ministerio de Salud, otras instituciones del sector salud y en la comunidad con la integración de la sociedad en su conjunto en el control de la TB **(8)**

El principal propósito del Componente de TB es contribuir a elevar el nivel de salud de la población mediante acciones de promoción, prevención, detección, tratamiento y recuperación de paciente ejecutados por el Ministerio de Salud, en coordinación con las demás instituciones del Estado, Seguro Social, Sector privado, municipalidades y población.

Objetivos del Componente de TB

- a) Identificar en las consultas de todas las Centros de Salud a todos los Sintomáticos Respiratorios (SR) e inscribirlos en el Libro de Registro de los SR.
- b) Asegurar los exámenes de baciloscopía en la red de laboratorios asegurando el control de la calidad.
- c) Detectar, registrar y notificar el 100% de los SR y las Personas Afectadas por TB bacilífera y con otras formas de TB.
- d) Obtener el 90% de conversión negativa al segundo mes de tratamiento, entre las personas afectadas por TB nuevas BAAR (+).
- e) Ingresar al 100% de las Personas Afectadas por TB bacilíferas nuevas al tratamiento acortado, asegurando la supervisión de la primera y de la segunda fase.
- f) Alcanzar el 90% de tasa de curación de las Personas Afectadas por TB y reducir el abandono al tratamiento.

Red Comunitaria

La comunidad es un pilar fundamental en la estrategia de intervención de la Secretaría de Salud, para reducir los casos de TB en el país; la red comunitaria, realiza la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios, los capta y refiere al establecimiento de salud de su localidad, para un diagnóstico y atención oportuna. Esta organización comunitaria asegura una respuesta oportuna y eficaz, a la enfermedad, lo que conlleva al incremento de la tasa de curación, mayor del 90%.

A continuación algunas formas de participación activa de la comunidad:

Avisar o referir al Centro de Salud a toda persona con síntomas respiratorios para que se le realicen los exámenes.

Aplicando y promoviendo la aplicación de las medidas preventivas y protectoras de la TB.

Realizando actividades de información, difusión y educación acerca del tema.

Apoyando el tratamiento de la persona enferma con tuberculosis.

No discriminando al enfermo con Tuberculosis.⁸

VII. DISEÑO METODOLÓGICO.

a) Tipo de estudio:

Descriptivo, de corte transversal

b) Área de estudio:

4 Establecimientos de Salud de Atención primaria del área Urbana de Tegucigalpa Honduras, E/S Alonso Suazo, Las crucitas, San Francisco y Carrizal.

c) Universo:

Constituido 55 pacientes TB pulmonar BK (+) y Recaídas ingresados en la cohorte 2014-2015 ingresados en los 4 Establecimientos de Salud seleccionados y 4 recursos gerentes del componente de Tuberculosis en los Establecimientos de Salud.

d) Muestra:

Es el mismo universo 55 pacientes y 4 gerentes del componente de Tuberculosis.

e) Unidad de Análisis:

Expedientes de pacientes en estudio, libros de registro y tarjeta de paciente. y los cuatro recursos gerentes del componente de TB.

f) Criterios de selección

- **De inclusión:**

Caso nuevo BK+ mayor de 15 años ingresado en el 2014 y egresados en el 2015 atendidos en las unidades en estudio.

Pacientes con diagnóstico de Recaídas en la cohorte de estudio.

Recurso de la salud gerente del componente de Tuberculosis.

- **De Exclusión:**

Pacientes ingresados en período diferente al estudio.

Pacientes con traslado a otro establecimiento de salud.

Pacientes con diagnóstico de Tuberculosis extra pulmonar.

Pacientes con diagnóstico de TB con baciloscopía negativa.

Recursos de salud que no son gerentes del componente de tuberculosis.

g). Variables por objetivos

Objetivo 1. Describir las características socio demográficas de los pacientes en estudio.

Edad

Sexo

Procedencia

Objetivo 2. Determinar los métodos diagnósticos utilizados en los pacientes ingresados en la cohorte 2014 -2015.

Diagnóstico de ingreso

Método diagnóstico

Clasificación del paciente

Objetivo 3. Precisar el esquema de tratamiento utilizado con lo establecido en la norma del componente nacional.

Tratamiento Acortado

Retratamiento

Objetivo 4. Evaluar el seguimiento a los pacientes desde su ingreso hasta el alta.

Fase de negativización bacteriológico.

Tipo de egreso

Condición de Egreso

Causa de abandono

Objetivo 5. Identificar la implementación de la Estrategia TAES en los Establecimientos de Salud a estudiar.

Estrategia TAES

Objetivo 6. Conocer las características del personal que gerencia el CTB en los centros de salud en estudio.

Edad

Nivel académico

Experiencia

Capacitaciones en TB

h). Fuente de información

La fuente es primaria no han sido utilizado para investigaciones previas y corresponde a los expedientes clínicos de los pacientes Bk + ingresados en el período de estudio, libros de registros, formato de seguimiento y cuestionario a responsable del CTB en cada centro de salud.

i). Técnica de recolección de información.

Se realizó revisión de cada expediente clínico, libros de registros, formato de seguimiento y se plasmó datos en ficha que se diseñó que contenían las variables de interés del estudio.

Cuestionario aplicado a personal de salud gerente del componente de TB, este aplicado por la investigadora que contiene información pertinente a los indicadores del componente de Tuberculosis. Previa explicación de los objetivos del estudio.

j). Instrumento de recolección de la información.

Se diseñó ficha de recolección de datos que contenían las variables de interés del estudio.

Los instrumentos de recolección de la información lo constituyen.

1. ficha en que ordenó la información obtenida del expediente clínico de los pacientes, información del libro de seguimiento de casos, registros de laboratorio clínico, formatos de Tuberculosis (TB4). En la que se reflejan los datos de.

Socio demográfico

Clínicos: (BAAR 1, 2,3, Tiempo de entre resultado e ingreso al componente)

Método diagnóstico.

Esquema de tratamiento utilizado

Duración de TAES

Baciloscopía de seguimiento

Resultado del BAAR

Condición de egreso

Causas de Abandono

2. Cuestionario auto llenado por el personal a cargo del componente de TB. Que contiene datos de:

Sociodemográficos

Académicos

Laborales

Capacitaciones recibidas

Apoyo para el componente

l) Procesamiento de la información.

Una vez recolectada la información se elaboró una base de datos mediante el paquete Excel 2007, el análisis se realizó por frecuencia y porcentaje y la información se presenta en cuadros y gráficos elaborados en el programa. Elaboración del informe final en Word 2013 y presentación de los resultados en Power Point.

m) Consideraciones éticas.

La información ha sido utilizada única y exclusivamente para fines del estudio, se omitió los nombres de los pacientes así como de los recursos gerente del componente de Tuberculosis.

Se solicitó autorización a dirección de epidemiología regional y a los gerentes de cada establecimiento de salud.

n) Trabajo de campo

Visita in situ a los establecimientos seleccionados para el estudio, se revisó por parte de la investigadora cada uno de los expedientes de los pacientes de ingresado en la cohorte 2014 – 2015, así como la revisión de las fichas de notificación, del libro de seguimiento, libro de registro de laboratorio.

Se programó reunión con el personal encargado de cada establecimiento, se les presentó, los objetivos del estudio, seguidamente se coordinó las sesiones para realizar la búsqueda activa de la información requerida y la aplicación del instrumento para los gerentes del componente TB.

VIII. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

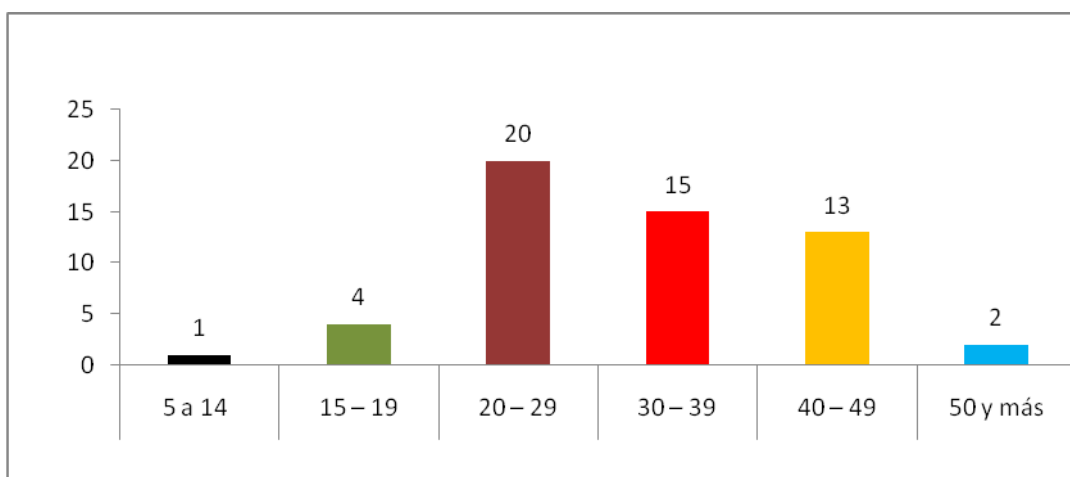
El estudio de aplicación de la norma de tuberculosis en cuatro establecimientos de salud de la región metropolitana DC Tegucigalpa Honduras, de pacientes ingresados en la cohorte 2014 -2015.

Se analizaron 55 pacientes y cuatro recursos gerentes del componente de tuberculosis.

Los principales resultados encontrados por cada objetivo son:

Objetivo 1. Describir las características socio demográficas de los pacientes en estudio.

Gráfico 1. Edad de los pacientes BK+ ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015.



Fuente: Registro Unidad de vigilancia.

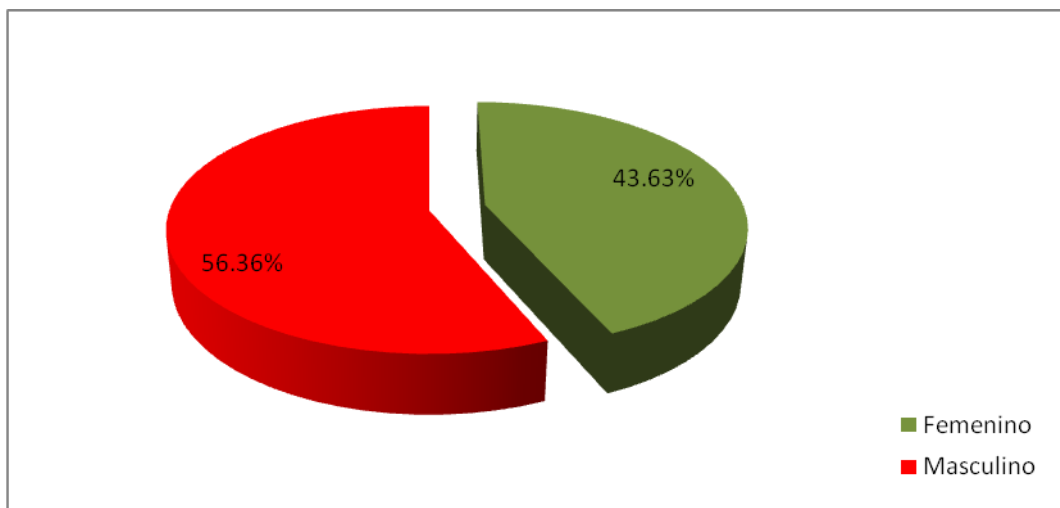
El grupo de edad de los pacientes ingresados en el período de estudio el 36.36% (20) se encuentran en edades comprendidas de 20 a 29 años, 27.27% (15) de 30 a 39 años, el 23,6% (13) de 40 a 49 años, el 3,6% (2) mayores a los 50 años y el 7,3% (4) de 15 a 19 años y el 1,8% (1) menor a 14 años.

En el grupo de edad bacilíferos positivos el mayor porcentaje se encuentra en población en rangos de edad de 20 a 29 y de 30 a 39 años, existe un porcentaje considerable de niños y adolescentes que han desarrollado la enfermedad de la

tuberculosis, resultados que coinciden con otros estudio ,como ser (estudio realizado por instituto hondureño de seguridad social, de Tegucigalpa en donde la población más afectada corresponde al rango de edad de 20 a 35 años, otro estudio realizado por el hospital Mario Catarino Rivas de la Ciudad San Pedro, concluyeron que la TB pulmonar es forma de presentación clínica más frecuente y afecta a los escolares y adolescentes en esta población el 22% de los casos TB están relacionados a la inmunosupresión especialmente al VIH,

Los resultados del presente estudio coinciden con los resultados del estudio realizado por el Instituto Hondureño de Seguridad Social con respecto a la incidencia de la TBBK+, en rangos de edad de 20 a 35 años, con mayor incidencia en el sexo masculino.

Gráfico. 2 Sexo de los pacientes BK+ ingresados en 4 Establecimientos de Salud de la Región Metropolitana del DC, en la cohorte 2014-2015.



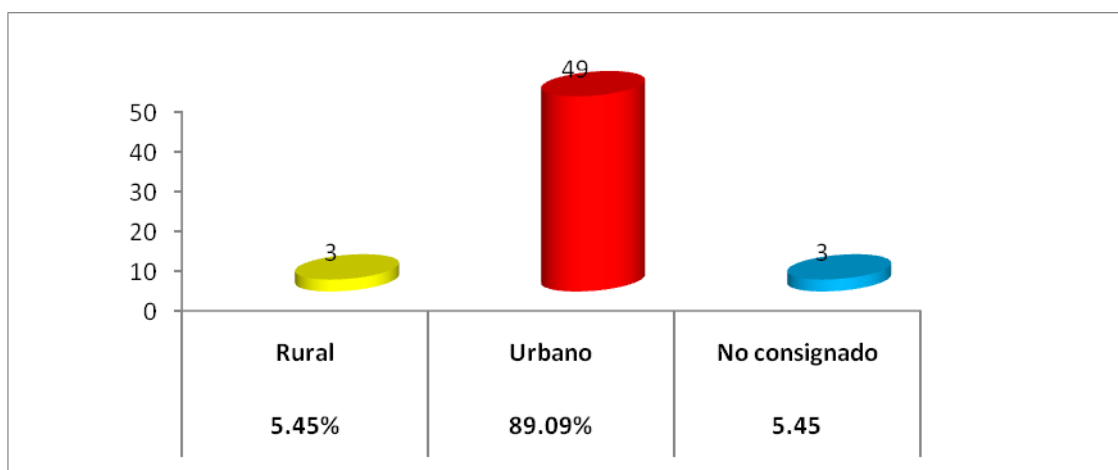
FUENTE. Base datos Unidad de Vigilancia de la Salud RSM-DC (Ver anexo 1 grafico 2)

El sexo con mayor frecuencia fue el Masculino con 56.36% (31) y el 46,63 (24) del sexo femenino.

La mayoría de los pacientes Bk + son del sexo masculino.

Estudio realizado por la OMS 2010, a un año de la crisis política que cursó el país que trajo consigo una pausa en el desembolso y el recorte de flujos internacionales, los que utilizaba el gobierno para el desarrollo de proyectos clave de prevención, promoción y control de enfermedades. Con esto aumentó el desempleo y la migración y sin esperar mucho un aumento de personas deportadas en su mayoría del sexo masculino que es un determinante importante en la prevalencia de la tuberculosis, dato que se identifica en el presente estudio. Los resultados del presente estudio coinciden con resultados con los resultados del estudio realizado en 4 establecimientos de salud en la ciudad de Managua, 2011/ que literalmente dice que el sexo más afectado por la TB BK+ es el masculino.

Gráfico. 3 Residencia de los pacientes con casos de TB Pulmonar con BK+ ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015.



FUENTE. Base datos Unidad de Vigilancia de la Salud RSM-DC

La residencia de los pacientes en su mayoría es urbano marginal con el 89.09% (49) y un 5.4%(3) rural, igual porcentaje que no se tienen registro lugar de

procedencia, el distrito central se encuentra en su mayoría la población en barrios urbanos marginales con déficit en las necesidades básicas.

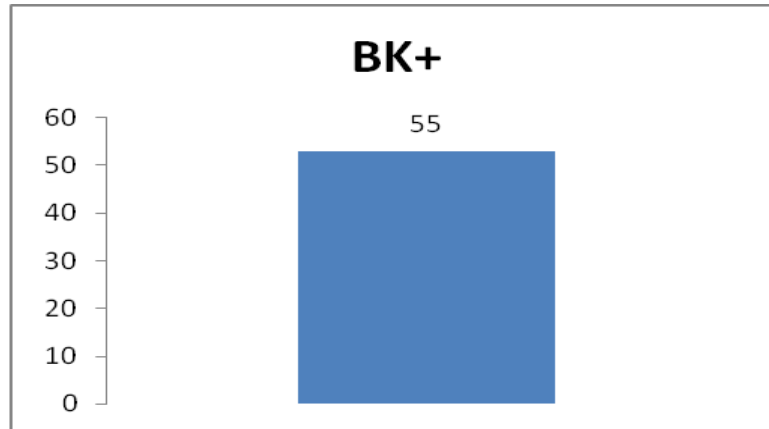
El distrito central es el municipio más poblado y grande de Francisco Morazán las estructuras capitalinas no se han mantenido, al ritmo de la explosión demográfica, debido a la migración del campo a la ciudad en donde viven en condiciones de vida deplorable con necesidades básicas insatisfechas mencionado el hacinamiento como uno de los factores disparadores de incidencia de tuberculosis.

Existe debilidad en la búsqueda activa de los casos TB –BK+ factor que incide en el aumento de los casos, este resultado coincide, con las conclusiones del estudio, sobre la Evaluación de la implementación de las medidas básicas para el control de la TB /realizado en la aldea la Abisinia-2011(12), que literalmente dice:

La principal debilidad de la US de la aldea La Abisinia es en la captación del SR, ya que esta lo hace únicamente a aquellas personas que consultan por tos de más de 15 días, y no preguntan a todo consultante independientemente del motivo de consulta, ni realizan búsqueda activa de SR.

Objetivo 2. Determinar los métodos diagnósticos utilizados en los pacientes ingresados en la cohorte 2014 2015.

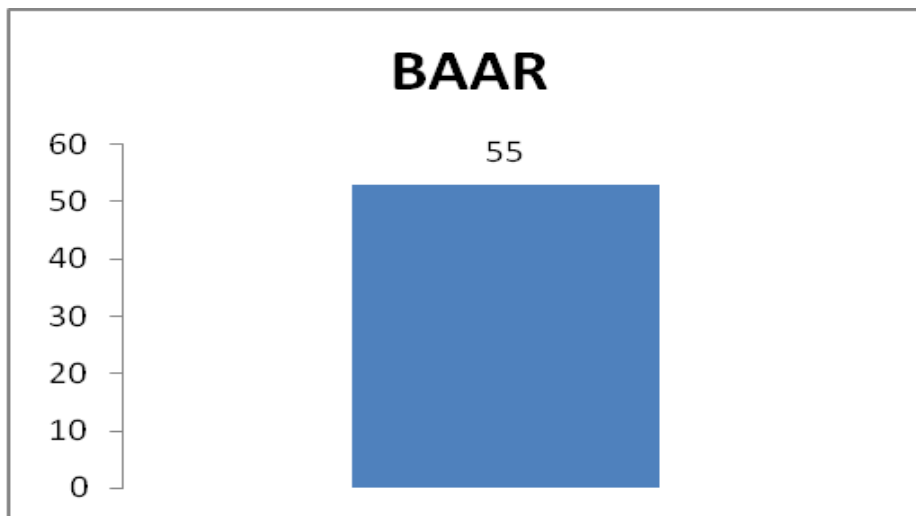
Gráfico No 4. Diagnóstico de pacientes, TB Pulmonar BK+. Ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015



Ficha .de Notificación de Casos /Libro de seguimiento de Casos

El 100% de los casos que ingresan al estudio son con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, BK+.

Gráfico No 5. Método Diagnóstico utilizado para el diagnóstico en los pacientes con casos de TB Pulmonar con BK+. Ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015

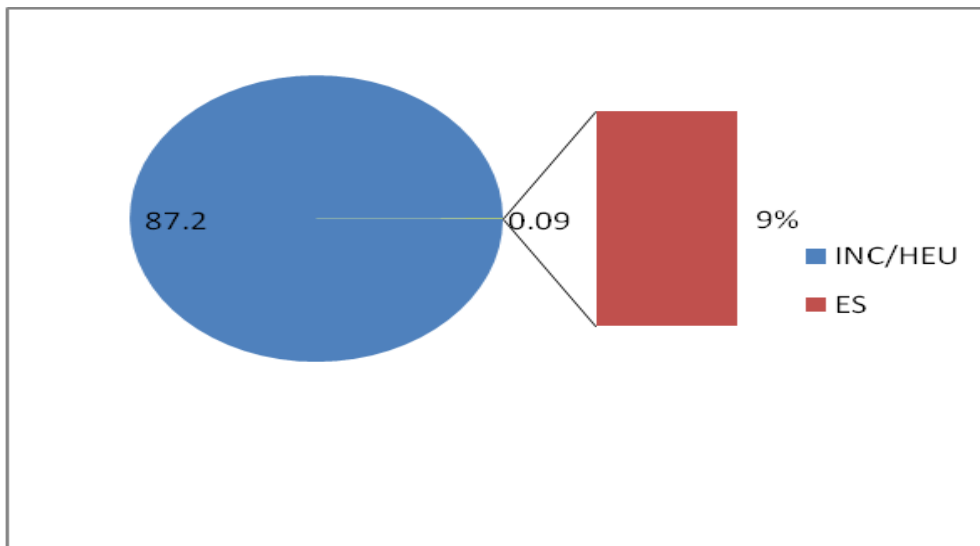


FUENTE. Base datos Unidad de Vigilancia de la Salud RSM-DC

El método diagnóstico utilizado fue el BAAR en el 100 % (55) de los casos.

El principal método diagnóstico, es la sospecha clínica y el resultado de baciloscopía positiva, para el inicio de tratamiento en los pacientes casos nuevos. Resultados que coinciden con estudios realizados en Hospital Mario Catarino Rivas (2013), Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa (2011) y en la ciudad de Managua en 4 centros de salud (2013).

Gráfico 6. Pacientes BK+ Diagnosticados en hospitales y establecimientos de salud .



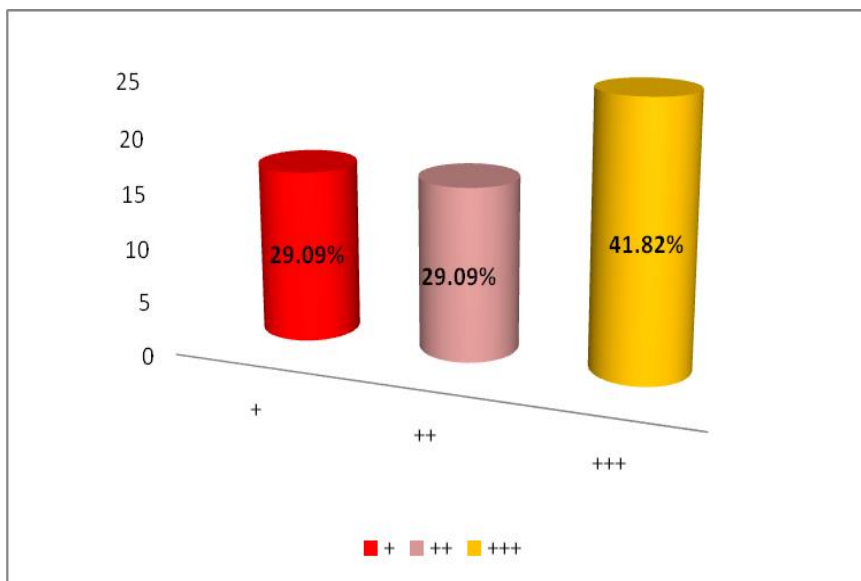
FUENTE. Base datos Unidad de Vigilancia de la Salud RSM-DC

INC Instituto Nacional Cardiopulmonar.
HEU Hospital Escuela Escuela.
ES Establecimientos de Salud.

El 100% de los establecimientos de salud en estudios cuentan con laboratorio para realizar el análisis de las baciloscopías ácido acovol resistente, sin embargo el 82.2% de los casos son captados y referidos por los hospitales, siendo el hospital Nacional Cardiopulmonar el que mas capta y refiere.

La norma de tuberculosis, plantea como indicador detectar y enviar a estudio baciloscópico a sintomáticos respiratorios mayor de 15 días, al menos al 5% de la consulta de mayores de quince años en todas las unidades, la captación de los casos debería ser en mayor cantidad a nivel de primer nivel de atención, en el estudio se evidencia que es en la unidad hospitalaria la mayor captación, por tanto no hay búsqueda activa de los usuarios que demandan los servicios de consulta general, siendo la primer motivo de consulta las infecciones respiratoria.

Gráfico 7. Resultado del BAAR 1 realizado a los pacientes con casos de TB BK+ Ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014 2015



FUENTE. Base datos Unidad de Vigilancia de la Salud RSM-DC

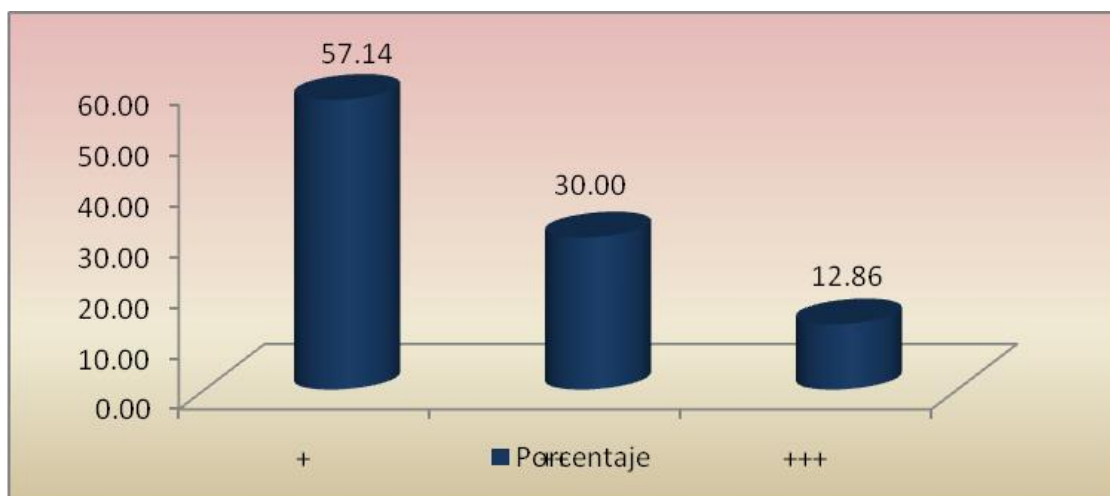
En relación al reporte del resultado de la primera baciloscopia diagnóstica los resultados fueron:

(+) El 29.09% (16), (++) el 29.09% (16) y (+++) en el 41.8% (23).

Al analizar los BK+ en relación a la cantidad de registrada por cruces, se observa que la mayoría de los pacientes son altamente bacilíferos, siendo potenciales

infectantes y el riesgo de transmisión aumenta. No se encontró estudios en donde se valorara la cantidad de cruces como medición bacilíferos.

Gráfico 8. Resultado del BAAR 2 realizado a los pacientes con casos de TB Pulmonar BK+ Ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015

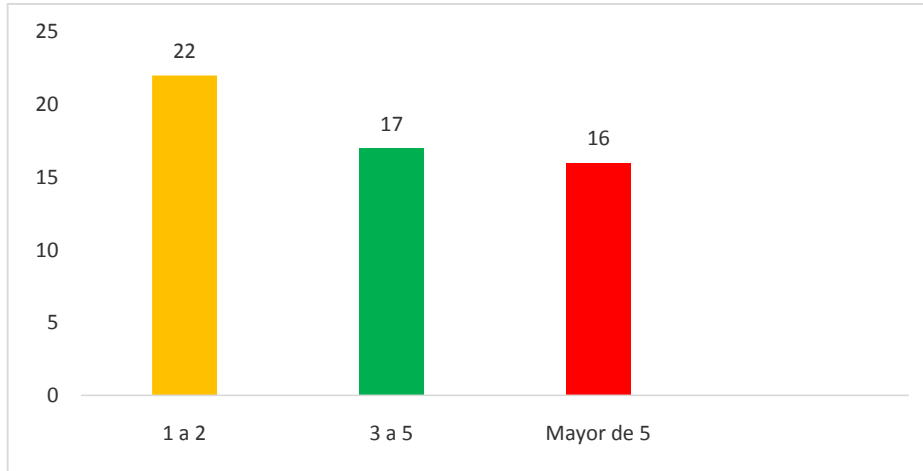


Fuente: Libro de seguimientos de casos.

El resultado del total de pacientes 55 el 91,1% (50) se les realizó su segunda prueba de baciloscopia y el 9,9% (5) aún no se encuentra consignado en el libro de registro, ni expediente.

La norma del componente de Tuberculosis indica que a todo paciente SR con su primera baciloscopia positiva se debe ser localizado e iniciar tratamiento y completar estudios de BAAR para obtener las tres baciloscopías en estos establecimientos no se está cumpliendo con este indicador.

Gráfico 9. Tiempo transcurrido desde el diagnóstico bacteriológico y el ingreso en los pacientes con casos de TB Pulmonar con BK+ Ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015



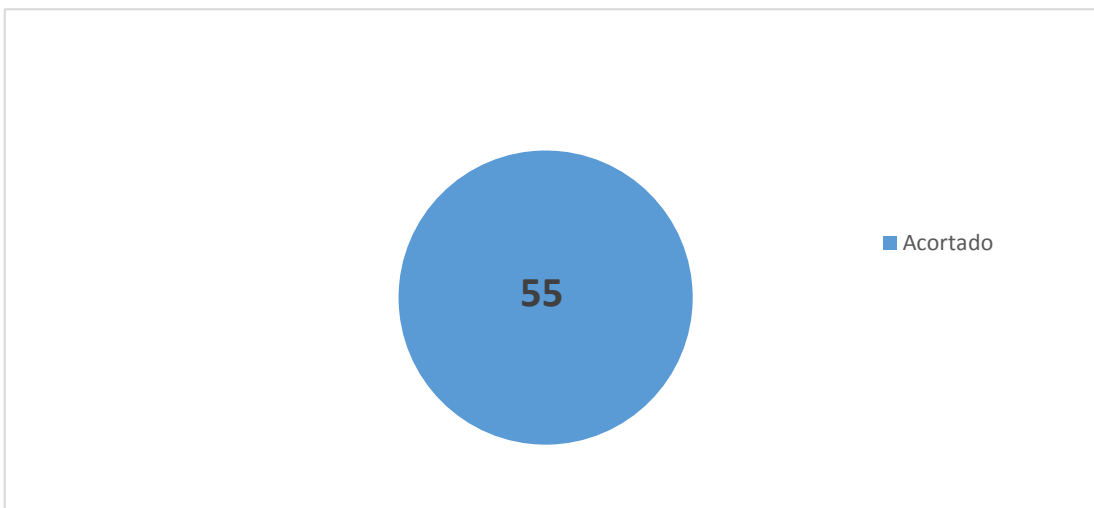
Fuente **.Expediente Clínico/Libro de Seguimiento de Casos**

El 40 % (22) casos TB BK+ ingresaron al componente a recibir su tratamiento en un promedio de 1 y 2 días, el 31%(17) en un promedio de 3 a 5 días y 29.9%(16) iniciaron su tratamiento en tiempo mayor de 5 días.

El tratamiento debe iniciarse lo más pronto posible en un período no más de cinco días, después de tener el diagnóstico confirmado. Se encontraron casos en que la demora en inicio de tratamiento es de veinte días. Siendo retardo en la terapia e incremento de riesgo de transmisibilidad.

Objetivo 3. Precisar el esquema de tratamiento utilizado con lo establecido en las normas del componente nacional.

Gráfico .10 Esquema de Tratamiento utilizado en los pacientes con casos incidente de TB Pulmonar con BK++ Ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015.

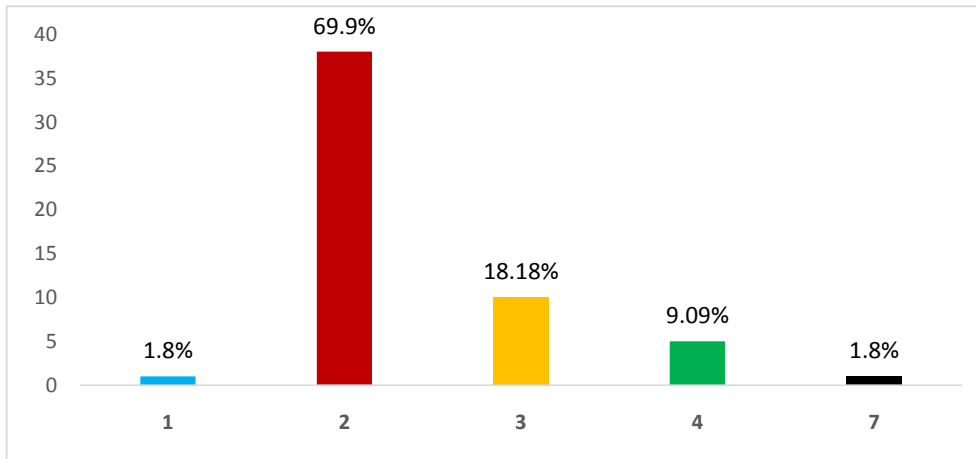


Ficha .de Notificación de Casos /Libro de seguimiento de Casos

La elección del esquema de tratamiento se realiza según las normas siendo el esquema acortado el utilizado para los casos nuevos ingresados en el 100% de los caso.

La elección de TAES para los casos TB BK+, en el presente estudio coincide con los resultados de otros estudios realizados en donde dicen literalmente en sus resultados: que TAES en el tratamiento de elección para este tipo de pacientes. Bolaños Silva y Fargas.

Gráfico .11 Tiempo de duración de la I era Fase de Tratamiento en los pacientes con casos de TB Pulmonar con BK+. Ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015

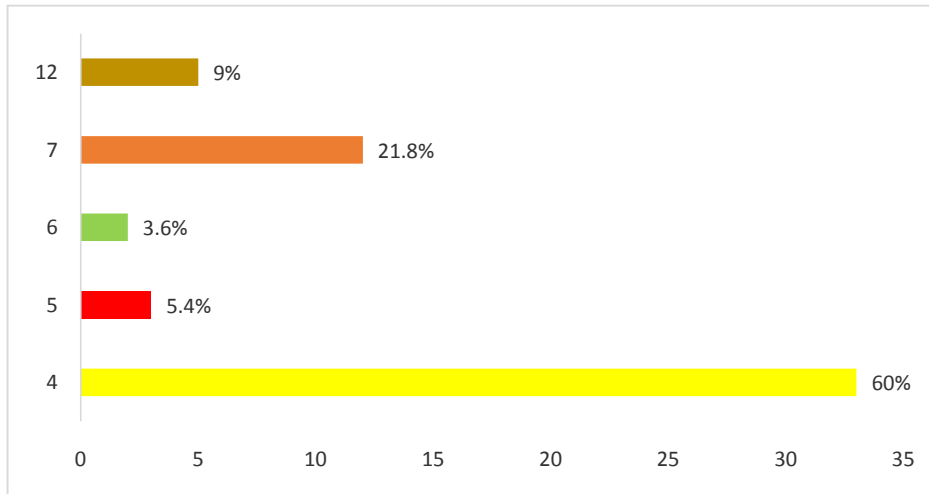


Fuente **Libro de Seguimiento de Casos**

El 69% (38) cumplió tratamiento de primera fase en tiempo, el 18% (10) se extendió por tres meses, el 11% (6) con extensión del tratamiento por 6 y 7 meses, y 1,8% (1) abandono.

Del total de pacientes estudiados 38 tomaron su tratamiento en el tiempo correspondiente, de los casos que extendieron su tratamiento solo algunos casos justificaba el tiempo ya que eran positivos a su segundo mes de control según resultados de laboratorio y de estos no todos tenían resultado de cultivos, solo se registra un caso de abandono, los demás casos continuaron su tratamiento de manera intermitente y no tenían un plan de seguimiento especial según la norma; en donde se analizan los posibles problemas con apoyo al paciente, y a la adherencia al tratamiento, para ofrecer consejería y procurar medidas ambientales, domiciliarias y personales para evitar el contagio ya todo este proceso es parte de la estrategia TAES .

Gráfico 12. Tiempo de duración de la Segunda Fase de Tratamiento a pacientes con casos de TB Pulmonar con BK++. Ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015



Fuente: **Formato TB-4**

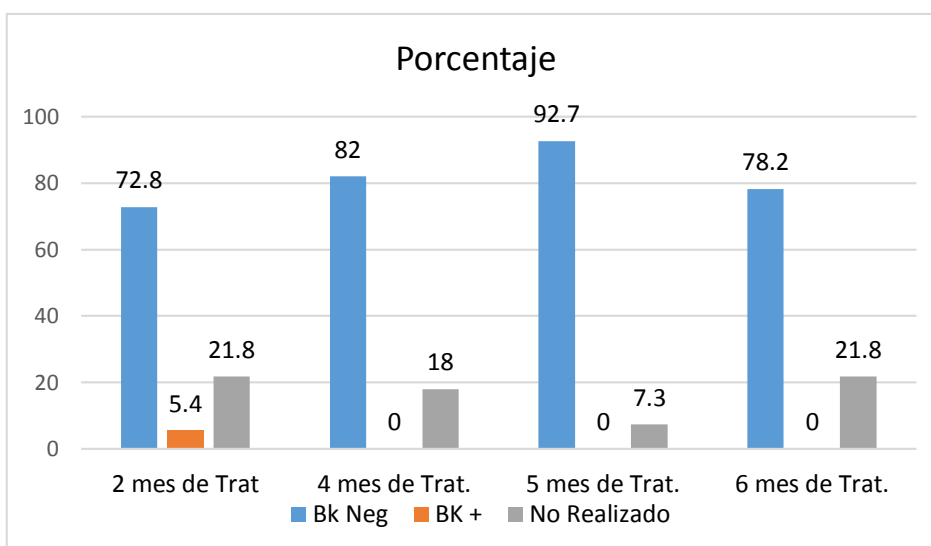
La segunda fase de 4 meses según normas se cumplió en el 60%(33) de los casos ingresados, el 5.45% tuvo una duración de (3 meses), 3.6%(2 meses) 21.8%(12 meses) 9%(5).

Del total de los casos en tratamiento en la segunda fase 33 de ellos cumplieron su tratamiento en el tiempo correspondiente, la extensión del tratamiento para esta fase.

De 3 a 12 meses, ya que en la mayoría de los casos los pacientes tomaban el tratamiento de manera intermitente se localizaban para dar continuidad al tratamiento Situaciones que se dan varias veces durante el tratamiento.

Objetivo 4 Evaluar el seguimiento a los pacientes desde su ingreso hasta el egreso del componente.

Gráfico 13. BAAR de control en los pacientes con casos TB Pulmonar con BK+ Ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015



Fuente. Libro de Seguimiento de Casos

Al revisar los 55 casos de pacientes BK Positivos y el seguimiento se encontró que al segundo mes de tratamiento a los que se realizó control de BAAR el 72,8 (40) estaban negativos, el 5,4% (3) estaban aún positivos y el 21,8% (12) no tenían registrados ni documentadas, sus baciloscopías de control.

Al cuarto mes de tratamiento el 82% (45) negativizaron, el 18% (10) no tenían registradas ni documentadas sus baciloscopias de control.

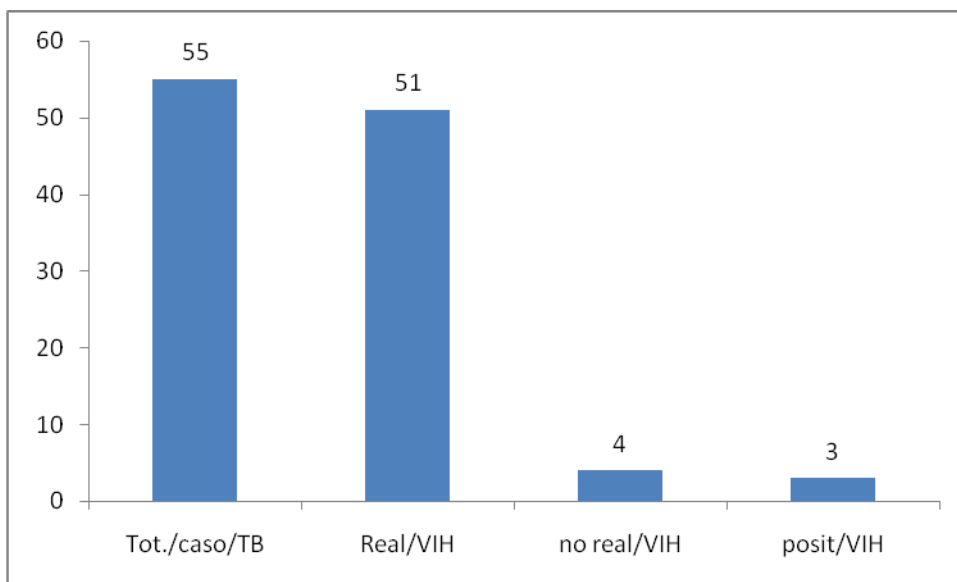
Al quinto mes de tratamiento el 92,7% (51) estaban negativos y el 7,3% (4) no se realizó control de baciloscopía.

Al sexto mes de tratamiento el 78,2% (43) resultados negativos y el 21,8% (12) no tenían registradas ni documentadas

Se encuentra que no hay cumplimiento de la norma en que a todos los pacientes se debe de realizar seguimiento con baciloscopía al segundo, cuarto, quinto y

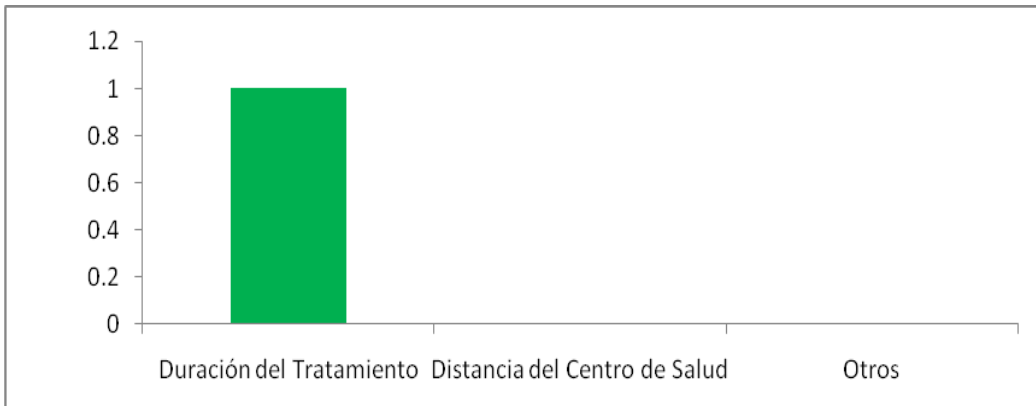
sexto mes de tratamiento para evaluar la efectividad del TAES, no se consigna en el libro de registros y los porcentajes son importantes, no se sabe si el paciente finalizó el tratamiento siendo negativo o bacilíferos al momento del alta. .

GRAFICO 14 BAAR de control en los pacientes con casos TB Pulmonar con BK+ Ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015



Del total de casos(55) el 92.7%(51) se realizaron prueba de VIH,7.2%(4) no tenían registrado sus resultados y 6%(3) son positivos por VIH.

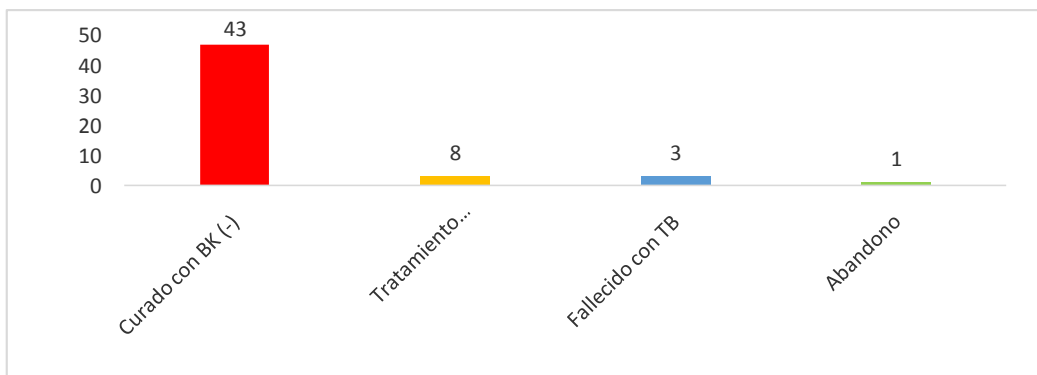
Gráfico 15. Causas de Abandono de los pacientes con casos de TB Pulmonar con BK++. Ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015



Fuente: **Libro Seguimiento de Caso**

De los casos ingresados hubo un abandono de tratamiento de 1.8%(1) de total de los casos, se desconoce las causas de abandono, el recurso del componente lo atribuye que posiblemente se deba a la duración.

Gráfico 16. Criterios de Egreso de los pacientes con casos de TB Pulmonar con BK+ Ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana cohorte 2014-2015.



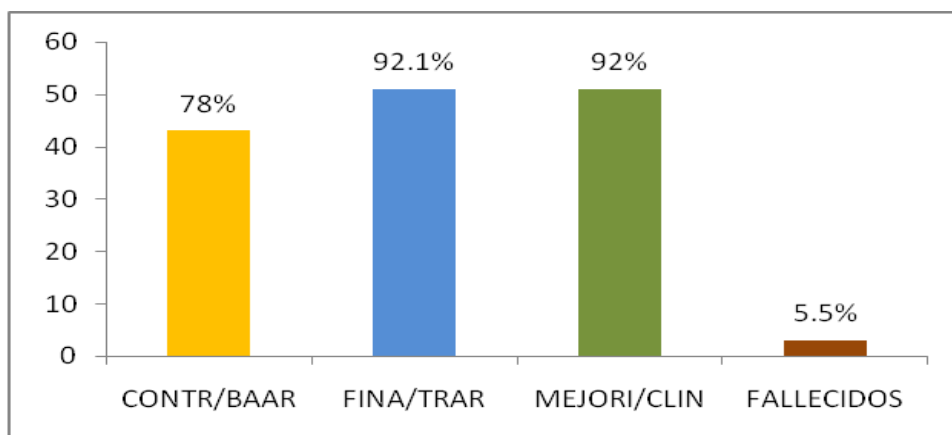
Fuente: **Libro Seguimiento de Caso.**

El egreso del paciente el 78%)(43) curados BK negativos, 14.5%)(8) tratamiento terminado 5.45%)(3) fallecido el 1.8%)(1) abandono su tratamiento.

Del total de los casos estudiados solo 43 cumplen con los criterios establecidos en la norma para ser egresados como curados, se pudo verificar el incumplimiento del indicador en cuanto a la condición de egreso con respecto a los casos que egresaron como tratamiento completado ,ya que no tienen resultado de cultivo para cumplir la definición de curado o fracaso.

El abandono de tratamiento registrado estaba debidamente documentado.Los casos de pacientes fallecidos durante el tratamiento, se pudo verificar que estaban inasistentes desde antes que fallecieran, no contaban registros de visitas de búsqueda a pacientes inasistentes, ni consultas comunitarias a esta población.

Gráfico 17. Condición de Egreso del paciente con casos de TB Pulmonar con BK+ Ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana cohorte 2014-2015.



Fuente: **Libro de Seguimiento de Casos**

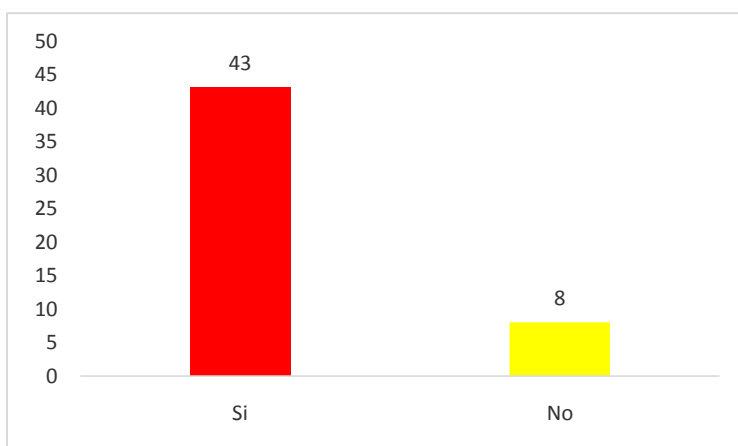
Del total de casos estudiados en la cohorte el 92%(51) terminaron su tratamiento de estos no todas cumplieron con el indicador de los controles bacteriológicos, la mayoría de los pacientes refieren mejoría clínica y los fallecidos durante el tratamiento no se les registró el seguimiento.

Los resultados del presente estudio coinciden con los resultados del estudio realizado en 4 centros de salud de la ciudad de Managua, donde literalmente dice

que no todos los casos ingresados a la cohorte, cumplen con el indicador de seguimiento bacteriológico según norma.

Objetivo 5. Identificar la implementación de la Estrategia TAES en los Establecimientos de Salud a estudiar. Este objetivo creo que se debe de eliminar es similar al 3ro.

Gráfico 18. Cumplimiento de TAES en los pacientes con casos incidente de TB Pulmonar con BK+. Ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015



Fuente: **Libro de Seguimiento de Casos.**

Del total de los casos Bk+ ingresados a la cohorte el 78%(43) cumplieron la estrategia TAES, en el resto de los casos ,se pudo evidenciar algunas debilidades en cuanto al cumplimiento de la normativa del componente TB , debido a múltiples factores expuestos por el personal encargado de dicho componente entre ellas mencionamos algunos.

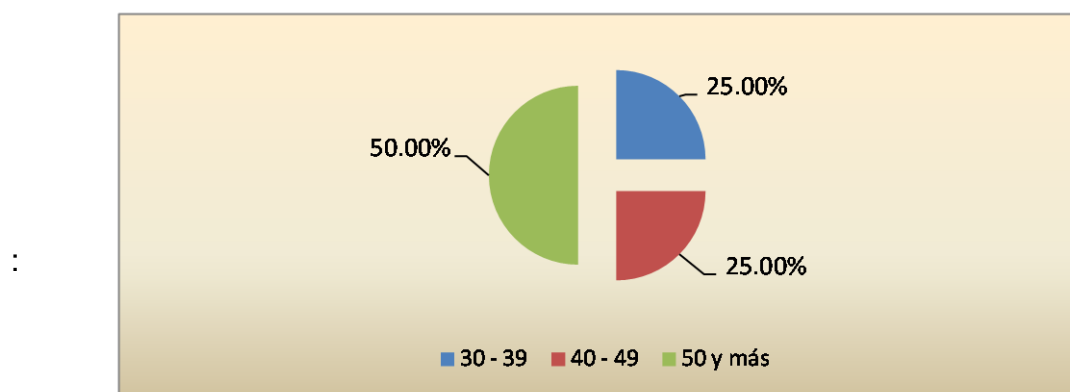
No existe en la unidad de salud estrategia de búsqueda para pacientes que no están ingresados en el programa y el personal actual no es suficiente. La situación de violencia es una de las limitantes para el seguimiento. Pacientes con factores de riesgo de abandono: Alcoholismo, drogadicción, problemas sociales.

Los resultados del presente estudio : en relación al cumplimiento de la estrategia TAES de manera parcial en los casos en estudio ,coinciden con los resultados del estudio realizado en 4, centros de salud de la ciudad de Managua (2011)

Objetivo 6.

Conocer las características del personal que gerencia el CTB en los Establecimientos de salud en estudio.

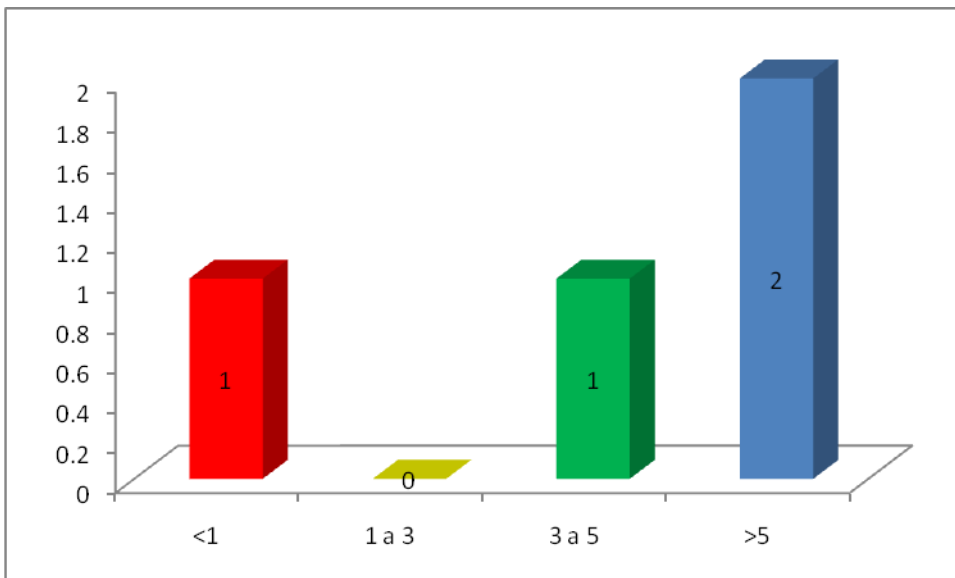
Gráfico 19 Edad del responsable del Componente de los establecimientos de salud en estudio de la región sanitaria metropolitana.



FUENTE. Instrumento aplicado al personal Encargado del Componente T

Del personal encargado del manejo del componente tuberculosis en los 4 establecimientos de salud en estudio de la región sanitaria metropolitana. El 50%(2) se encuentran en el rango de edad de 50 y más años, el 25%(2) están en los rangos de edad de 30 y 39 años a igual porcentaje para las del rango de edad de 40 a 49 años.

Gráfico 20. Número de Años que lleva el Responsable del Componente apoyando el funcionamiento del CTB de los establecimientos de salud en estudio de la región sanitaria metropolitana.

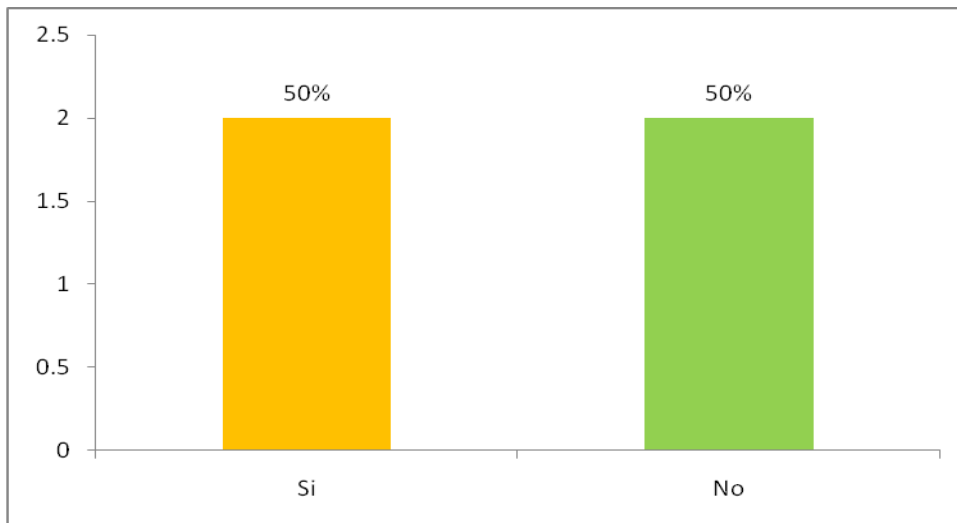


FUENTE. Instrumento aplicado al personal del Componente TB.

En relación a los años apoyando el Componente se el 50% (2) de los responsables del componente tienen más de 5 años llevando el CTB.

Se observa en los establecimientos de salud un perfil adecuado para gerenciar el programa sin embargo, existe una alta rotación de recursos, sin capacitación adecuada el personal de relevo, lo que podría limitar el adecuado cumplimiento de las normas establecidas en programas de gran importancia como es el control de la Tuberculosis. A pesar que se expresa una adecuada coordinación de las diferentes direcciones en las unidades de salud visitadas que contribuya articular acciones para el control de la tuberculosis en la población, persiste una alta tasa de abandono de los pacientes ingresados.

Gráfico 21. Capacitación, para Fortalecer sus conocimientos sobre el manejo y control de la Tuberculosis.



FUENTE. Instrumento aplicado al personal del Componente TB.

El personal de salud del componente de tuberculosis es personal de enfermería con experiencia y refieren que han recibido capacitaciones de forma regular el 50% (2), mientras que el 50% restante están iniciando en el componente y no reciben capacitaciones desde ya varios años siendo estas capacitaciones en el mes de abril 2012.

En relación al apoyo recibido por el componente de parte de la Dirección de atención médica, Insumos, Administración y Laboratorio que contribuyan en el seguimiento adecuado de los pacientes el 50% refirió estar recibiendo apoyo de algunas áreas del establecimiento de salud, lo cual fue valorado como bueno.

Las coordinaciones para el control de los pacientes afectados por tuberculosis la realizan con: Laboratorio, Dirección Médica, Estadísticas, Epidemiología, Insumos, Administración y Trabajo Social en los 4 Centros de Salud.

Observación: refieren muy poco apoyo

IX. CONCLUSIONES

1. Los pacientes BK positivos de la cohorte 2014-2015 de los establecimientos en estudio se caracterizan por ser en su mayoría adultos joven, masculinos, del área urbana marginal.
2. El diagnóstico de ingreso para el total de los paciente es Tuberculosis Pulmonar, diagnosticados por baciloscopia,
3. El total de casos esquema de tratamiento instaurado fue el acortado estrictamente supervisado.
4. El seguimiento a los pacientes del componente de tuberculosis no se cumple en todos los casos, ya que no se consigna los resultados de BAAR en las diferentes fases del tratamiento, existe porcentaje considerable de los casos que son dados de alta y no se realizan la baciloscopía de control, El tipo de egreso en su mayoría son curados, y tratamiento completado , el abandono fue un mínimo porcentaje y se atribuye a lo largo del tratamiento según los encargados del componente .

En general la estrategia TAES se cumple de manera parcial,

5. Los gerentes del componente de tuberculosis de los establecimientos en estudios, se caracterizan por ser recursos con más de cinco años, de experiencia, con nivel académico universitario.

Las respuesta en cuanto a las capacitaciones la mitad de ellas refieren que si las capacitan y otras que desde el 2012 no reciben ninguna capacitación sobre el manejo de pacientes TB.

X. RECOMENDACIONES

A:

Componente de Tuberculosis del nivel central:

Realizar actualización del Manual de Normas y Procedimientos del Programa de Control ya que las actuales tienen ya más de 3 años de revisadas.

Orientar y apoyar al personal de salud a realizar la búsqueda de los pacientes inasistentes al tratamiento y dejar evidencias de las búsquedas realizadas.

Nivel Regional:

Disminuir la rotación de recursos en el componente, dada la complejidad del programa y el tratamiento prolongado que los pacientes reciben.

Realizar capacitaciones al personal de salud de forma periódica.

Al Personal de Salud del componente de tuberculosis a nivel de los establecimientos de salud:

Aplicar las normas vigentes para el control de la tuberculosis a todo paciente ingresado en el programa.

Realizar y evidenciar búsquedas a los pacientes tanto a los que presentan inasistencias durante el curso del tratamiento a fin de prevenir el abandono como a los pacientes positivos que no acuden a buscar el resultado de su baciloscopia diagnóstica para iniciar tratamiento.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Bolaños, B. D., Da Silva, B., & Morales Rueda, B. (2012). *Comportamiento clínico epidemiológico de la TB en pacientes atendidos en el Componente de Control de la Tuberculosis en los C/S Edgar Lang, Francisco Buitrago, Silvia Ferrufino y Ciudad Sandino en el periodo de Julio 2010 a Marzo 2011*. Managua.
2. Farga, V., & Caminero, J. A. (2011). *TB, 3era Edición*. Mediterraneo
Fauci, A. S., Braunwald, E., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L. Jameson, J., y otros. *Harrison enfermedades Infecciosas*(s.f.).
Principios de Medicina Interna. 17a Edición.
www.paho.org/saludn/las Américas/honduras
3. Fauci, A. S., Braunwald, E., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D., Jameson.
4. *Harrison . En: Principios de Medicina Interna, 17a Edición.*
5. Erlin Rodas Rodas 2011/ (Tesis/evaluación de la norma nacional de tuberculosis en Abisinia/Honduras.
6. Secretaria de Salud. (2012). *Manual de Normas y Procedimientos del Programa de Control de TB .*
7. Secretaría de Salud (2012). *Informe Anual para la TB Honduras.*
8. Secretaría de Salud. (2012). *Normas y Procedimientos para el abordaje de la TB.*
9. Secretaría de Salud (2014)cohorte 2014-2015
- 10.OMS//WWW.Who.int/publication/global_report/es/OPS.Coinfeccion TB/VIH: *Guía Clínica. version actualizada 2015.*

11. PB, B., & Mc. Dermoth W. (1971). *Tratado de Medicina Interna Loeb*. La Habana.
12. S.A C. A. (2011). *Estudio sobre Conocimientos, Actitudes y Practicas acerca de TB en poblacion mayor de 15 años*.
13. Incidencia de Tuberculosis pulmonar en niños y adolescentes de la unidad de Pediatría del hospital General MCR –SPS- Honduras 2011 & médicos pediatras.
14. (2013) tuberculosis BK+. Instituto Hondureño de seguridad Social .Honduras.

ANEXOS

1. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

2. Objetivo No. 1: Describir las características sociodemográficas de los pacientes en estudio

| Variable | Definición Operacional | Indicador | Escala | Valor |
|--------------------|--|-----------------------------|---------|---|
| Sexo | Característica fenotípica de la persona entrevistada | % según sexo | Ordinal | Masculino Femenino |
| Edad | Años de vida desde el nacimiento hasta ser entrevistado | % por grupo etáreo definido | Nominal | 15 -19 años 20-29 años 30-39 años 40-49 años 50 y mas |
| Procedencia | División política administrativa en la que habita el entrevistado. | % según procedencia | Nominal | Urbano Rural |

Objetivo No. 2: Determinar los métodos diagnósticos utilizados en los pacientes ingresados en la cohorte 2014-2015.

| Variable | Definición Operacional | Indicador | Escala | Valor |
|-----------------------------------|---|----------------------------|---------|--|
| Diagnóstico de Ingreso | Indica el diagnóstico con el cual fue ingresado el paciente al programa de Tuberculosis | # y % según dx de ingreso | Nominal | TB Pulmonar TB Extra pulmonar |
| Método Diagnóstico | Formas de realizar el diagnóstico de la TB en pacientes adultos | % según método diagnóstico | Nominal | Cuadro Clínico SR+14 BAAR Radiografía Cultivo Biopsia |
| Clasificación del Paciente | Se refiere a la clasificación basada en la historia de tratamiento previo para Tb | % y # según clasificación. | Nominal | Caso Nuevo BK+ Recaída BK(-) |

| | | | | |
|--|--|--|--|----------------|
| | | | | Extra pulmonar |
|--|--|--|--|----------------|

Objetivo No. 3. Precisar el esquema de tratamiento utilizado con lo establecido en las normas del componente nacional.

| Variable | Definición Operacional | Indicador | Escala | Valor |
|-------------------------------|--|---------------------------------|---------|---------------------------|
| Esquema de Tratamiento | Esquema de tratamiento utilizado para el control de la Tuberculosis en el paciente | % según esquema de tratamiento. | Nominal | Acortado Retratamiento |
| | | | | |

Objetivo No. 4. Identificar la implementación de la Estrategia TAES en los Establecimientos de Salud a estudiar.

| Variable | Definición Operacional | Indicador | Escala | Valor |
|------------------------|--|--------------------------------|---------|----------|
| Estrategia TAES | Aplicación del medicamento boca a boca al paciente durante las fases de tratamiento antifímico | % de aplicación de estrategia. | Nominal | Si No |

Objetivo No. 5. Evaluar el seguimiento bacteriológico de los pacientes desde su ingreso hasta su regreso del componente.

| Variable | Definición Operacional | Indicador | Escala | Valor |
|--|--|------------------------------|---------|---|
| Fase de Negativización del esputo | Control de BAAR negativo a los 2 meses | % según control negativizado | Nominal | Si No |
| Causas de Abandono | Las causas que llevan al incumplimiento del tratamiento por el paciente por más de 30 dosis consecutivas | % según causa de abandono | Nominal | Duración del tratamiento Distancia de la Unidad de Salud Otros |
| Condición de Egreso | Categoría de egreso que se da al paciente al concluir tratamiento por el programa. | % según condición de egreso. | Nominal | Curado con BK (-) Tratamiento completo sin BK Fracaso Fallecido con TB Abandono Traslado de Salida |

Objetivo No. 6. Conocer las características del personal que gerencia el CTB en los Establecimientos de salud en estudio.

| Variable | Definición Operacional | Indicador | Escala | Valor |
|-----------------------------|---|-----------------------------------|---------|--|
| Nivel Académico | Último año aprobado hasta el momento de la entrevista | % según nivel académico alcanzado | Nominal | Auxiliar de enfermería Licenciatura Médico |
| Experiencia | Años de antigüedad en el programa | % por años de antigüedad | Años | <1 1 – 3 años 3-5 años ➤ 5 años |
| Edad | Años cumplidos referidos por el entrevistado durante la investigación | % por grupo etéreo | Años | 30-39 40-49 50 a más |
| Capacitaciones en TB | Participación en capacitaciones relacionadas a TB | % según participación | | Si No |

2.1 FICHA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PACIENTES

Aplicación de la norma nacional del programa de TB pulmonar en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana del DC Cohorte 2014-2015.

Unidad de Salud: _____ Fecha _____

1.- Datos generales del paciente:

Edad: _____ Sexo: _____

Procedencia: _____

2.- Datos clínicos del paciente:

Resultado del BAAR 1: _____ Fecha de toma: _____

Resultado del BAAR 2: _____ Fecha de toma: _____

Fecha de Ingreso al componente de TB: _____

Tiempo transcurrido entre el diagnóstico bacteriológico y el ingreso:

1 a 2 días: _____

3 a 5 días: _____

> De 5 días: _____

3.- Método Diagnóstico utilizado

Cuadro Clínico SR+14 _____

BAAR _____

Radiografía _____

Cultivo _____

Biopsia _____

4.- Esquema de tratamiento utilizado

Acortado _____

Retratamiento _____

5.- Forma en que recibió el tratamiento:

Se cumplió la estrategia TAES:

Si: _____ No: _____ Otro: _____

Tiempo de duración de la TAES:

I Fase de tratamiento: _____

II Fase de tratamiento: _____

Todo el tratamiento: _____

Otra forma de tratamiento:

Semanal: _____

Quincenal: _____

Mensual: _____

6.- Evaluar el seguimiento a los pacientes desde su ingreso hasta el egreso del componente.

I Fase (2° mes)

Resultado del BAAR 1:

Positivo: _____ Negativo: _____

Si es positivo se repitió: Si: _____ No: _____

Resultado del BAAR de confirmación:

Positivo: _____ Negativo: _____

II Fase:

4° mes resultado del BAAR 2:

Positivo: _____ Negativo: _____

5° mes resultado del BAAR 3:

Positivo: _____ Negativo: _____

6° mes resultado del BAAR 4:

Positivo: _____ Negativo: _____

7.- Condición de egreso del paciente del Programa de TB

Curado _____ Tratamiento completo sin BK _____ Fracaso _____

Fallecido con TB _____ Abandono _____ Traslado de Salida _____

8.- Causas de Abandono

- RAM: Reacciones Cutáneas _____
 - Trastornos digestivos _____
 - Artralgias _____
 - Hepatitis _____
 - Otros _____
- Duración del Tratamiento _____
- Estado Clínico del Paciente _____
- Distancia del Centro de Salud _____
- Otros _____

9.- Criterios de Egreso

- Finalización del Tratamiento _____
- Mejoría Clínica _____
- Control de BAAR _____
- Control Radiológico _____
- Cultivo _____
- Traslado _____
- Fallecido _____

FICHA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD

Aplicación de la norma nacional del programa de TB pulmonar en 4
Establecimientos de Salud de la Región Metropolitana DC. Cohorte
2014-2015.

Unidad de Salud: _____ Fecha _____

1. Datos del responsable del CTB

- Edad: _____
- Nivel Académico: _____
- Cuantos años lleva apoyando el CTB? _____
- ¿Ha recibido capacitaciones para fortalecer sus conocimientos sobre el manejo y control de la TB? _____
- En caso que la respuesta sea afirmativa, ¿hace cuanto recibió la última capacitación? _____
- El CTB en este centro de salud recibe apoyo de la dirección de servicios de salud y laboratorio para el seguimiento adecuado de lo pacientes?
- En caso que usted no puede realizar una búsqueda a un paciente inactivo al tratamiento antifímico, ¿tiene personal de apoyo que lo realice?

Objetivo General:

Valorar el cumplimiento de la norma nacional del programa de TB pulmonar en 4 Establecimientos de salud de la Región Sanitaria Metropolitana DC Honduras en la cohorte 2014 -2015.

Objetivo 1

Tabla 1. Edad de los pacientes BK+ ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015

| Edad | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|----------------|
| 5 – 14 | 1 | 1.8 % |
| 15 – 19 | 4 | 7.27% |
| 20 – 29 | 20 | 36.36% |
| 30 – 39 | 15 | 27.27% |
| 40 – 49 | 13 | 23.6% |
| 50 y más | 2 | 3.6% |
| Total | 55 | 100.00% |

FUENTE. Base datos Unidad de Vigilancia de la Salud RSM-DC

Tabla No. 2 Sexo de los pacientes con casos incidente de TB Pulmonar con BK+ ingresados en 4 Establecimientos de Salud de la Región Metropolitana del DC, en la cohorte 2014-2015.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|----------------|
| Femenino | 24 | 43.63% |
| Masculino | 31 | 56.36% |
| Total | 55 | 100.00% |

FUENTE. Base datos Unidad de Vigilancia de la Salud RSM-DC

Tabla No. 3. Residencia de los pacientes con casos incidente de TB Pulmonar con BK+ ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015.

| Residencia | Frecuencia | Porcentaje |
|------------|------------|------------|
|------------|------------|------------|

| | | |
|----------------------|----|----------------|
| Rural | 3 | 5.45% |
| Urbano | 49 | 89.09% |
| No consignado | 3 | 5.45 |
| Total | | 100.00% |

FUENTE. Base datos Unidad de Vigilancia de la Salud RSM-DC

Objetivo 2 Determinar los métodos diagnósticos utilizados en los pacientes ingresados en la cohorte 2014 2015

Tabla No. 4 Resultado del BAAR 1 realizado a los pacientes con casos de TB Pulmonar BK+ ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015.

| Resultado de BAAR1 | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|-------------------|-------------------|
| + | 16 | 229.09% |
| ++ | 16 | 29.09% |
| +++ | 25 | 41.82% |
| Total | 55 | 100.00% |

FUENTE.
Expediente Clínico

Tabla No. 5.
Resultado del BAAR

2 realizado a los pacientes con casos incidente de TB Pulmonar BK+ Ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015

| Resultado BAAR 2 | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| + | 11 | 20% |
| ++ | 14 | 25.45% |
| +++ | 20 | 36.36 |
| No consignados | 10 | 18.18% |

| | | |
|--------------|----|----------------|
| Total | 55 | 100.00% |
|--------------|----|----------------|

FUENTE. Expedientes Clínicos

Tabla No. 6 Tiempo transcurrido desde el diagnóstico bacteriológico y el ingreso en los pacientes con casos incidente de TB Pulmonar con BK+ Ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015

| No. Días | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|------------|------------|
| 1 a 2 | 22 | 40% |
| 3 a 5 | 17 | 30.90% |
| Mayor de 5 | 16 | 29.9% |
| Total | 55 | 100% |

Fuente: Expediente Clínico/Libro de Seguimiento de Casos

Tabla No. 7 Método Diagnóstico utilizado para el diagnóstico en los pacientes con casos incidente de TB Pulmonar con BK+ Ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015

| Método Diagnóstico Utilizado | Si | |
|------------------------------|----|------|
| | Nº | % |
| BAAR | 55 | 100% |
| Radiografía | 0 | 0% |

Fuente. Expediente Clínico/Libro de registro de Laboratorio

Tabla No. 8 Esquema de Tratamiento utilizado en los pacientes con casos incidente de TB Pulmonar con BK+Ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|------------|------------|
| Acortado | 55 | 100% |

| | | |
|----------------------|-----------|-------------|
| Ninguno | 0 | 0% |
| Retratamiento | 0 | 0 |
| Total | 55 | 100% |

Ficha .de **Notificación de Casos /Libro de seguimiento de Casos**

Tabla No. 9 Se Cumplió TAES en los pacientes con casos incidente de TB Pulmonar con BK++. Ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|-------------------|-------------------|
| Si | 43 | 78.1% |
| No | 12 | 21.8% |
| Total | 55 | 100% |

Fuente: **Libro de Seguimiento de Casos.**

Tabla No. 10 Tiempo de duración de la primera Fase de Tratamiento a pacientes con casos incidente de TB Pulmonar con BK++. Ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015

| No. de Meses | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| 1 | 1 | 1.8% |
| 2 | 38 | 69.09% |
| 3 | 10 | 18.18% |
| 4 | 5 | 9.09% |
| 7 | 1 | 1.8% |
| Total | 55 | 100.00% |

Tabla No. 11 Tiempo de duración de la Segunda Fase de Tratamiento a pacientes con casos incidente de TB Pulmonar con BK+. Ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015

| No. de Meses | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| 4 | 33 | 60% |
| 5 | 3 | 5.45% |
| 6 | 2 | 3.6% |
| 7 | 12 | 21.8% |
| 12 | 5 | 9.09% |
| Total | | |

Fuente: **Formato TB-4**

Tabla No. 1 Tiempo Total del Tratamiento a pacientes con casos incidente de TB Pulmonar con BK++. Ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015

| No. de Meses | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|-------------|
| 6 | 10 | 18.18% |
| 7 | 23 | 41.8% |
| 8 | 11 | 20%% |
| 9 | 5 | 9.09% |
| 12 | 6 | 10.09% |
| Total | 55 | 100% |

Tabla No. 13 BAAR de control al finalizar el segundo mes de tratamiento en los pacientes con casos de TB Pulmonar con BK+. Ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015

| Baciloscopia control | Nº | Porcentaje |
|----------------------|----|------------|
| Positiva | 3 | 5.45% |

| | | |
|------------------|-----------|-------------|
| Negativas | 40 | 72.7% |
| NC | 12 | 21.8% |
| Total | 55 | 100% |

Fuente **Libro de Seguimiento de Casos**

Tabla No. 14 BAAR de control al finalizar el cuarto mes de tratamiento en los pacientes con casos incidente de TB Pulmonar con BK+. Ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015

| 4ta Baciloscopia control | N° | Porcentaje |
|---------------------------------|-----------|-------------------|
| negativas | 28 | 50.9% |
| positivas | 0 | 0% |
| No consigna | 27 | 49.09 |
| Total | 55 | 100.00% |

Fuente: **Libro de Seguimiento de Casos**

Tabla No 15 BAAR de control al finalizar el quinto mes de tratamiento en los pacientes con casos incidente de TB Pulmonar con BK+. Ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015

| Baciloscopias Control | N° | Porcentaje |
|------------------------------|-----------|-------------------|
| N Consignado | 10 | 18.18% |
| Positivos | 0 | 0% |
| Negativo | 45 | 81.8% |
| Total | 55 | 100% |

Fuente. **Libro de seguimiento de Caso**

| Baciloscopia 6 mes | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|-------------------|-------------------|
|---------------------------|-------------------|-------------------|

| | | |
|-----------------|----|-------------|
| Negativo | 43 | 78.1% |
| Positivo | 0 | 0% |
| NC | 12 | 21.8% |
| Total | 55 | 100% |

Tabla No. 17. Resultado del BAAR de control al finalizar el quinto mes de tratamiento en los pacientes con casos incidente de TB Pulmonar con BK+. Ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015

Fuente: **Libro de Seguimiento de Casos**

Tabla No. 18 Resultado del BAAR de control al finalizar el Sexto mes de tratamiento en los pacientes con casos incidente de TB Pulmonar con BK+. Ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015

| Baciloscopias | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Negativo | 43 | 94.5% |
| Positivo | 0 | 0% |
| NC | 12 | |
| Total | 55 | 100.00% |

Tabla No. 19 Causas de Abandono de los pacientes con casos incidente de TB Pulmonar con BK+. Ingresados en 4 Establecimientos

de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|
| Duración del Tratamiento | 1 | 1.8% |

| | | |
|--------------------------------------|---|----|
| Distancia del Centro de Salud | 0 | 0% |
| Otros | 0 | 0% |

Fuente: **Libro Seguimiento de Caso**

Tabla No. 21 Criterios de Egreso del paciente de los pacientes con casos incidente de TB Pulmonar con BK+. Ingresados en 4 Establecimientos de salud de la Región Metropolitana DC, cohorte 2014-2015

| | | |
|-------------------------------------|----|-------|
| Finalización del Tratamiento | 51 | 92.7% |
| Mejoría Clínica | 51 | 92.7% |
| Control de BAAR | 43 | 78.1% |
| Fallecido | 3 | 5.45% |

Fuente: **Libro de Seguimiento de Casos**

Tabla No. 22

Edad del personal encargado del componente TB de los 4 establecimientos de salud en estudio de la región sanitaria metropolitana.

| Edad | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|-------------------|-------------------|
| 30 – 39 | 1 | 25.00% |
| 40 – 49 | 1 | 25.00% |
| 50 y más | 2 | 50.00% |
| Total | 4 | 100.00% |

Fuente: **instrumento aplicado al personal Encargado del Componente TB**

Tabla No.23

Número de Años que lleva el Responsable del Componente apoyando el funcionamiento del CTB de los establecimientos de salud en estudio de la región sanitaria metropolitana.

| Años | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|----------------|
| <1 | 1 | 25.00% |
| 1 a 3 | 0 | - |
| 3 a 5 | 1 | 25.00% |
| >5 | 2 | 50.00% |
| Total | 4 | 100.00% |

FUENTE. Instrumento aplicado al personal Del Componente TB.

En el último año el Responsable del Componente ¿ha recibido alguna capacitación, para Fortalecer sus conocimientos sobre el manejo y control de la Tuberculosis?

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|-------------|
| Si | 2 | 50% |
| No | 2 | 50% |
| Total | 4 | 100% |

FUENTE. Instrumento aplicado al personal del Componente TB.

