



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



TESIS

**“COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA TUBERCULOSIS EN EL
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN - DISA JAÉN, 2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

AUTORA:

BACH. YOANI OLIVERA ROJAS

ASESORA:

MG. ROSALIA DEL PILAR HUIMAN MARCHENA

CHICLAYO – PERÚ

2019

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a aquellas personas
que fueron y serán incondicionales para mí.

A Dios, Padre Todopoderoso, por darme la
fuerza necesaria, y por su luz de la sabiduría,
para lograr este gran objetivo.

A mis padres y hermanos que han sido un
ejemplo a seguir, me ha enseñado que la
paciencia te lleva directamente a donde debes
estar.

YOANI

AGRADECIMIENTO

A Dios Padre Celestial por todas las bendiciones y beneficios que me has dado en la vida

A mi asesora Mg Rosalía del Pilar Huiman Marchena, por su permanente e incondicional orientación; siempre guiando los pasos durante todo el proceso de la investigación.

A mis padres y hermanos quienes, en los momentos más difíciles con su apoyo, me ayudan en los problemas manteniéndome firme para culminar la licenciatura de enfermería

La Autora

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	02
AGRADECIMIENTO	03
INDICE	04
RESUMEN	05
I. INTRODUCCIÓN	07
1.1 Marco Teórico	09
a. Situación Problemática	09
b. Antecedentes Bibliográficos	11
c. Base Teórica	15
1.4. Formulación del Problema	23
1.5. Hipótesis	23
1.6. Objetivos	23
1.7. Justificación de la investigación	24
1.8. Identificación de Variables	25
II. MARCO METODOLOGICO	30
2.1 Tipo de investigación	30
2.2 Diseño de Investigación	30
2.3 Población y muestra	30
2.4 Técnicas e instrumentos de Recolección Datos	30
2.4.1. Análisis Estadísticos de los Datos	31
III. RESULTADOS DE CUADROS	32
V. DISCUSIÓN	38
VI. CONCLUSIONES	41
VII. RECOMENDACIONES	42
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
IX. ANEXOS	48

RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado “Comportamiento epidemiológico de la Tuberculosis en el Hospital General de Jaén-Disa Jaén, 2017” Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal; la población lo constituyó todos los casos con diagnóstico confirmado de tuberculosis reportados por la Oficina de Epidemiología del Hospital General de Jaén-Disa Jaén, del 1 de enero al 31 de diciembre 2017; registrándose 27 casos. Resultados: Edad: 21 – 30 años (44.5%), seguido de 31-40 años (29.6%); sexo: prevalece el masculino con un 63.0%; estado civil: soltero con un 59.3%; procedencia: urbano con un 96.3%; grado de instrucción: nivel secundaria cuenta con un 51.8%; ocupación: mototaxista con un 44.5%; situación socioeconómica: predomina el nivel medio con un 74.%; respecto al número de hijos, con ningún hijo el 51.8%; seguido de 1-4 hijos 37.1%; otros aspectos, como tiempo de enfermedad: de 1 a 3 meses con 88.9%, de 3 a 6 meses con un 7.4%; signos y síntomas frecuentes son: tos, flema, fiebre, baja de peso y sudoración nocturna en el 81.5% de los casos y otro grupo, adicionalmente tienen: fatiga, tos con sangre y escalofríos en un 18.5%; forma de transmisión, directa en el 100%, se diagnosticó a través de Baciloscopía 100%, los picos de mayor prevalencia son los meses de junio a agosto TB (localización): pulmonar 88.9% y extra pulmonar 11.1%; reciben tratamiento: TB con confirmación bacteriológica 92.6% y con TB sin confirmación bacteriológica 7.4%; medidas preventivas: prevención primaria: el 100%; prevención secundaria: Baciloscopía 100%; prevención terciaria: rehabilitación ningún caso.

Palabras Claves: Tuberculosis, comportamiento epidemiológico.

ABSTRACT

This research work entitled "Epidemiological behavior of Tuberculosis in the General Hospital of Jaén-Disa Jaén, 2017" Study of quantitative, descriptive, retrospective and cross-sectional type; The population consisted of all cases with a confirmed diagnosis of tuberculosis reported by the Office of Epidemiology of the General Hospital of Jaén-Disa Jaén, during the period from January 1 to December 31, 2017; registering 27 cases. Among the main results of the epidemiological behavior found are: age: 21-30 years with 44.5% followed by 31-40 years with 29.6%; sex: the male prevails with 63.0%; Marital status: single with 59.3%; origin: urban with 96.3%; Degree of instruction: secondary level has 51.8%; occupation: motor taxi driver with 44.5%; socioeconomic situation: the average level predominates with 74.%; regarding the number of children, with no child 51.8%; followed by 1-4 children 37.1%; other aspects, such as illness time: from 1 to 3 months with 88.9%, from 3 to 6 months with 7.4%; frequent signs and symptoms are: cough, phlegm, fever, weight loss and night sweats in 81.5% of cases and another group, additionally have: fatigue, coughing up blood and chills in 18.5%; 100% direct form of transmission was diagnosed through 100% Bacilloscopy, the most prevalent peaks are from June to August with the type of TB (location): 88.9% pulmonary and 11.1% extra pulmonary ; receive treatment: TB with bacteriological confirmation 92.6% and with TB without bacteriological confirmation 7.4%; preventive measures: primary prevention: 100%; secondary prevention: 100% smear; tertiary prevention: rehabilitation no case.

Keywords: Tuberculosis epidemiological behavior

I. - INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio. Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud, es un tema prioritario, catalogada entre las más agresivas, que ocasiona la muerte a millones de personas anualmente a nivel mundial. (1)

Estadísticamente, la Organización Mundial de la Salud, tiene un reporte global del 2013, donde para el año 2012 se estimó que a nivel mundial 8,6 millones de personas enfermaron de Tuberculosis y que 1,3 millones murieron a causa de esta enfermedad. Además, se estimó que 450 000 personas desarrollaron tuberculosis multidrogorresistente (TBMDR) y 170 000 murieron. Más del 95% de las muertes ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos. Se estima que 550 000 niños enfermaron de Tuberculosis y 80 000 niños seronegativos murieron. (2)

En Perú la situación epidemiológica y operativa de la tuberculosis se considera de extrema gravedad; ya que se consideraba una enfermedad en proceso de disminución pero actualmente su situación epidemiológica ha empeorado, presentándose casos de tuberculosis multidrogorresistente y extremadamente resistente, por ello es objeto de vigilancia y control intensificado. Considerando esta realidad y siendo el profesional de enfermería, quienes tienen un particular y primordial actuar en la prevención y control de la TBC en el cumplimiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (3). Es así, la importancia del rol de la enfermera en el primer nivel, más aún en la educación constante a la población y pacientes con el fin de concientizarlos previniendo nuevos casos y desapareciendo existentes.

El profesional de enfermería, desarrolla un papel decisivo en la atención integral de la persona con TBC estableciendo redes de apoyo con integración educativa, social, técnica y política (4), para ello, su actuar se basa en la “Norma Técnica de Salud de Atención

Integral de las Personas Afectadas con Tuberculosis 2013”, la cual tiene por finalidad contribuir a disminuir la prevalencia de la Tuberculosis, a través de un enfoque de atención integral, donde el profesional de enfermería es líder de organizar la atención integral de la persona infectada por Tuberculosis, su familia y comunidad, de realizar búsqueda activa de casos, educar y brindar consejería al paciente antes de iniciar el tratamiento, coordinar el seguimiento del tratamiento, establecer el estudio de contactos, sistema de registro y análisis de información. (5)

1.1.- MARCO TEÓRICO

a. Situación Problemática

En la actualidad la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha manifestado que este fenómeno se debe a la crisis económica por la que atraviesan estos países, lo que constituye el nivel de vida, su nutrición, estructura de la vivienda y condiciones higiénicas, a la pérdida de prioridad de los Programas Nacionales de Control de la Enfermedad, al incremento acelerado del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida y a la aparición de cepas resistentes al tratamiento convencional. (6)

También, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) conjuntamente con los Programas Nacionales de Control de la Tuberculosis de los países y en respuesta a esta carga de enfermedad y muerte, ha elaborado el “Plan Regional de Control de la Tuberculosis 2006-2015”, el cual tiene como visión construir una América libre de Tuberculosis para el 2050 y como misión asegurar que cada paciente con tuberculosis tenga pleno acceso al diagnóstico y tratamiento de calidad, para disminuir la carga social, económica y de inequidad que impone esta enfermedad. (6)

Pues, encontrar una estrategia adecuada que permita eliminar o erradicar la Tuberculosis del país es muy difícil, sobre todo por estar relacionada a factores como la pobreza, viviendas inadecuadas, hacinamiento y dificultad para acceder a los servicios de salud. Si bien, esta enfermedad tiene mayores consecuencias en la población afectada, también las tiene para el Estado y el resto de la sociedad, pues la transmisión e incremento de la Tuberculosis demanda mayores recursos humanos, económicos, tecnológicos y de infraestructura para atenderla. (6)

La tasa de mortalidad del año 2015 se ha reducido a cerca de la mitad de la de 1990. No obstante, En 2014; murieron de TB 1,5 millones de personas de las cuales 890 000 fueron hombres, 480 000 mujeres y 140 000 niños. La TB constituye, junto con el VIH, una de las principales causas mundiales de muerte. De las personas muertas por TB en 2014, 400 000 eran VIH-positivas. Las muertes por VIH en 2014

se estiman en 1,2 millones, cifra que incluye las 400 000 muertes por TB en personas VIH-positivas. (7)

Según la OMS; se ha cumplido el Objetivo de Desarrollo del Milenio consistente en invertir la tendencia de la epidemia de la tuberculosis para 2015. La estrategia Alto a la Tuberculosis de la OMS, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2014, ofrece a los países un modelo para poner fin a la epidemia de tuberculosis, reduciendo las tasas de mortalidad y los niveles de incidencia. (8) En Perú la situación epidemiológica y operativa de la Tuberculosis se considera de extrema gravedad. Actualmente la tuberculosis es objeto de una vigilancia y control intensificado en el territorio nacional, por el comportamiento ascendente de su intensidad. (9)

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa producida por el *Mycobacterium* TB o bacilo de Koch, se caracteriza por un período de latencia prolongado entre las manifestaciones clínicas e infección inicial en el que predomina la neumopatía (también puede afectar a otros órganos) y una sola respuesta granulomatosa con lesión de los tejidos e inflamación. Son bacilos inmóviles las Micobacterias, y no formadores de esporas y aerobios, con una cubierta cética que les produce retener la tinción roja luego de ser manipulados con ácido, de ahí son nombrados también bacilos acidorresistentes. (10)

La Tuberculosis en el Perú se encuentra en el décimo quinto lugar de las causas de muerte, afecta más frecuentemente a las zonas más pobres del país. Las tasas notificadas de incidencia y de morbilidad total han reducido entre 2 a 3% por año entre el 2011 al 2015, de 97,4% a 87,6% en incidencia y de 109,7% a 99,5% en morbilidad. (11)

Según el Ministerio de Salud del Perú y la OMS, en el Perú cada hora cuatro o seis personas se contagian de tuberculosis, esto significa que cada año aproximadamente se encuentren entre 35,000 a 50,000 casos de tuberculosis de los

cuales el 10% presenta tuberculosis multidrogoresistente que se produce por cepas resistentes a las drogas de primera línea más efectivas para sanar la tuberculosis que son la Isoniacida y la Rifampicina. (12)

Una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo es la tuberculosis. En el 2015, 10,4 millones de personas se enfermaron de tuberculosis y 1,8 millones fallecieron por esta patología (entre, 0,4 millones de pacientes con VIH). Más del 95% de los fallecidos por TB se producen en países de recursos medianos y bajos. Seis países cubren el 60% de las muertes en total; encabeza esta lamentable lista la India, seguida Indonesia, seguida de China, Nigeria, el país Pakistán y Sudáfrica. (13)

Se considera que en el 2015 enfermaron de TB 1'000.000 de niños y que ciento setenta mil niños fallecieron debido a esta enfermedad (sin contar con los niños de VIH). En el 2015, a nivel mundial se desarrollaron TB Multirresistente (TB-MDR) unos 408 000 personas, la incidencia de TB ha decrecido por término medio 1,5% cada año desde el 2000. (13)

Para poder alcanzar todos los objetivos ya establecidos en la estrategia y controlar la Tuberculosis para 2020, se hace preciso incrementar ese porcentaje de 4% a 5% cada año, teniendo en cuenta que, entre el 2000 y 2015 se salvaron cuarenta y nueve millones de vidas humanas gracias a la dispensación de los servicios de diagnósticos y tratamientos contra la TB. Para el 2030, la epidemia de TB es una de las metas que estarán relacionadas con la salud incluidas también en los Objetivos del Desarrollo Sostenible que son adoptados en fecha reciente. (13)

b. Antecedentes Bibliográficos

Denis Y., Peña L., Fleitas L. Y Robaina C. (Cuba - 2018): Este estudio tuvo como objetivo determinar el comportamiento clínico de la tuberculosis. El universo fue el total de 41 pacientes con diagnóstico de tuberculosis en el municipio de Matanzas en el periodo estudiado y los datos fueron obtenidos del departamento de estadística del

Centro Municipal de Higiene y Epidemiología. Entre sus resultados predominó el sexo masculino con el 87,8% de los pacientes y el grupo de edades de 60 y más años con el 34,15 %. El grupo vulnerable más frecuente fue el de los alcohólicos 50,09% seguidos de los pacientes con 60 o más años con el 34,14%. Predominó el diagnóstico mediante el pesquisaje pasivo con el 65,85% de los pacientes. El síntoma más frecuente fue la tos en 85,35% de los pacientes seguido por la expectoración y la disnea con 68,29% y 65,85% respectivamente. La tasa de defunción por tuberculosis en quinquenio estudiado fue 0,36 x 100000 habitantes. En conclusión, el diagnóstico de tuberculosis fue más frecuente en el sexo masculino, en el grupo etario de 60 años y más y en alcohólicos. Los síntomas más frecuentes fueron tos, expectoración y disnea. Predominó el pesquisaje pasivo en el diagnóstico. (14)

Méndez F., Carmona D., Escalona R., Moreno P. Y Ortega P. (Cuba, 2018): investigación que tuvo como objetivo determinar el comportamiento epidemiológico de la tuberculosis en el municipio Matanzas. Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo en el período comprendido entre enero 2010 a diciembre del 2014. Se tomó como universo el total de 42 pacientes con diagnóstico de tuberculosis en todas sus formas. Se trabajó con el total del universo. Entre sus resultados en cuanto a incidencia existió una tendencia a su disminución en el municipio de Matanzas, siendo el área de salud más afectada el área de Contreras con 11 casos para un 53,8 %. El mayor número de sintomáticos respiratorios de más de 14 días se encontró en el año 2011 con 2739 pacientes, el mayor número de ellos del área de salud de Policlínico Docente “José Jacinto Milanés” con 814. En conclusión, predominó del número de casos de tuberculosis con baciloscopia positiva con un 61 %, de ellos más de la mitad fue diagnosticado en la atención secundaria, traduciendo una falla del programa. El 89,8 % de los pacientes presentó localización pulmonar con amplio predominio de la misma. (15)

Piquero V., Borrego A., Presmo L., Centelles C. Y Zangroniz P. (Ecuador - 2016): En su Tesis sobre “Caracterizar el comportamiento de la tuberculosis distrito de salud, Provincia de Napo, Ecuador durante los años 2005-2014”. Se realizó un estudio

descriptivo, retrospectivo, de corte transversal de todos los casos diagnosticado con Tuberculosis en el Distrito 15D01, de la provincia de Napo, en Ecuador. El universo de estudio se constituyó por todos los casos de Tuberculosis, diagnosticados en los años 2005 al 2014 en la provincia de Napo. La muestra se conformó por el total de pacientes diagnosticados en estos años. Se revisaron bases de datos registradas en el departamento de estadística del Distrito de salud 15D01 que constituyeron la fuente primaria de datos Resultados: El año de mayor incidencia de la enfermedad fue el 2013 con el 19,6 % del total de casos diagnosticados, representado con un m mayor número de casos reportados del sexo masculino y según la localización predominan los casos con baciloscopia positiva en los centros de salud de Paushiyacu y Archidona. (16)

Milla M. (Lima - 2017): El objetivo del trabajo es identificar las características epidemiológicas de los trabajadores con diagnóstico de Tuberculosis en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero 2015-Enero 2016. La metodología que se aplicó en este fue un estudio transversal, descriptivo. Diseño no experimental, cuya población estuvo constituida por Todos los trabajadores de salud del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, con el diagnóstico de tuberculosis en el periodo Enero 2015 a Enero 2015. Se concluye Al término de este trabajo se concluye con lo siguiente: La mayor presentación de casos fue en personal de sexo femenino y de edad entre 31 a 40 años; Todos los pacientes evaluados tuvieron el antecedente de enfermedad tuberculosa; La principal localización de la lesión fue la pulmonar en el 65% de los casos; Las principales asociaciones encontradas que podrían influir en la prevalencia de tuberculosis en trabajadores hospitalarios son: las medidas de bioseguridad, el grupo ocupacional, el tiempo de servicio y el área de servicio; Se encontró mayor índice de casos en el área de neonatología, encontrándose temporalidad entre los casos (corresponde a los años de mayor frecuencia de casos). (18)

Dávila N. (Lima – 2015): “Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis multidrogo-resistente (TB-MDR)”. 2015. Lima;

estudio de enfoque observacional, descriptivo, no experimental, transversal. La muestra estuvo constituida por 70 pacientes diagnosticados con tuberculosis multidrogoresistente del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Instrumento: historia clínica; llegando a las siguientes conclusiones: Las prevalencias en las características epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Multidrogoresistente en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, donde se encontró que la mayoría (60%) tienen entre el rango de edad de 19 y 38 años, son de género masculino (71.4%), grado de instrucción secundaria (55.7%) y superior (32.9%); solteros (48.6%) y casados (31.4%). Según la ocupación, la mayoría trabajan (65.7%), por el lugar de procedencia viven en San Juan de Lurigancho (27.1%) y la minoría viven en Lima Cercado (8.6%). La mayoría no tienen ninguna otra enfermedad concomitante (70%), aunque, en porcentajes menores, presentan diabetes (5.7%), VIH (4.3%) y consumo de alcohol y tabaco (4.3%). (19)

Ccora L., Meza R. (Huancavelica - 2014): El presente estudio tuvo como objetivo determinar el comportamiento epidemiológico y clínico de la tuberculosis en pacientes atendidos en el Centro de Salud Santa Ana- Huancavelica, periodo 2012-2013. El nivel de investigación que alcanzó fue el descriptivo, el diseño de investigación: No experimental transaccional descriptivo. La muestra estuvo conformada por 13 pacientes diagnosticados con tuberculosis y para el estudio se trabajó con sus respectivas historias clínicas. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de análisis documental cuyo instrumento fue la guía de análisis documentaria. Los resultados obtenidos en relación al comportamiento epidemiológico más relevantes se tienen: del total de pacientes identificados, el predominio fue del sexo masculino (53,8%), el grupo etario más afectado es el joven (53,8%), estado civil soltero y se da con mayor frecuencia en los desocupados (30,8%). Con respecto al comportamiento clínico más relevante, se encontró que la gran mayoría de los pacientes presenta la forma de la Tuberculosis pulmonar (61 ,5%), la condición de ingreso en su mayoría es por caso nuevo (84,6%), el 53.8% no contaban con la

vacuna BCG; los signos y síntomas más comunes fueron la tos (76,9%) y fiebre (92,3%). (20)

Dávila J y Fernández D. (Chiclayo-2018) en su Tesis sobre “Factores No Transmisibles Asociados a Tuberculosis Multidrogorresistente. Red de Servicios de Salud Chiclayo, 2008 – 2017”. Investigación de tipo cuantitativa, descriptiva, retrospectiva y de corte transversal. Concluye entre otros que su comportamiento epidemiológico en estos casos la edad, diabetes mellitus, tabaquismos y consumo de drogas ilícitas no se relacionan con la Tuberculosis Multidrogorresistente. (21)

Oficina de Epidemiología de la Geresa Lambayeque. (Lambayeque-2018), en su reporte científico sobre el Comportamiento Epidemiológico de la Tuberculosis TBC en la región Lambayeque 2018-SE 50. Estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal de los casos de tuberculosis en la Geresa Lambayeque. Principales resultados: el número de casos de TBC ha disminuido en un 15% en relación al año anterior; sin embargo, el número de casos de TBC extrapulmonar ha crecido en 1.2%; la edad se encuentra en el rango de 20-24 años y de 30 y 34 años; prevaleciendo más en el sexo masculino. (22)

c. Base Teórica

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, prevenible y curable, causada por una bacteria denominada *Mycobacterium tuberculosis*, la cual puede atacar cualquier parte del cuerpo, como el cerebro, la columna vertebral, etc., pero generalmente afecta a los pulmones. El *Mycobacterium tuberculosis* también es conocido como Bacilo de Koch en honor al Científico alemán Roberto Koch, quien descubrió el bacilo causante de la TB y presentó sus hallazgos en 1882. (23)

Las bacterias de la Tuberculosis se transmiten a través del aire. Cada vez que una persona infectada con TB habla, escupe, tose o estornuda, elimina los microbios o bacterias de la TB que se encuentran en sus vías respiratorias. En estas circunstancias, estos microorganismos pueden ser aspirados por una persona sana que

tenga un contacto frecuente con un enfermo de TB y así contagiarse, tanto en el hogar, como en el lugar de trabajo, los vehículos de transportes públicos y en el colegio, son espacios donde un individuo mantiene contacto frecuente con otras personas. (23)

Los síntomas más comunes de la tuberculosis son: Tos con flema persistente por dos semanas o más; fiebre, especialmente si se incrementa en las noches; tos con expulsión de sangre (flema con sangre); pérdida de apetito y baja de peso; sudor durante la noche; dolor de pecho; debilidad y cansancio constante. (23)

Los pacientes que presenten algunos de los síntomas descritos anteriormente, deberán acercarse al centro de salud para ser evaluados por el personal de salud. Como parte de esta evaluación, los exámenes que se realizarán son los siguientes: Examen de esputo o baciloscopía: Es la principal forma de diagnosticar TB. Consiste en tomar muestras de la expectoración (flema) con la finalidad de observar los bacilos que producen la enfermedad a través del microscopio. Estas muestras deberán ser depositadas en envases de plástico descartable, totalmente limpio, seco y de boca ancha y con tapa rosca. (23)

Se recomiendan dos muestras de esputo: La primera muestra inmediatamente después de la consulta. La segunda muestra al día siguiente, apenas el paciente se despierta en la mañana. El cultivo del esputo, es una prueba más sensible que la baciloscopía para dar el diagnóstico, el resultado se da después de 8 semanas. Está indicada en personas que tienen sospecha de TB pero cuya baciloscopía resultó negativa, o se utiliza también para seguimiento diagnóstico. (23)

Radiografía de tórax es una prueba esencial y de gran utilidad en el diagnóstico de la TB, permite ver la extensión de la enfermedad pulmonar, su evolución y sus secuelas. Prueba cutánea de la tuberculina o PPD: También conocida como Método de Mantoux en honor al científico Charles Mantoux que introdujo esta prueba en 1908. Consiste en aplicar debajo de la piel del brazo una sustancia inofensiva llamada

“tuberculina”. Esta sustancia es un derivado proteico purificado del cultivo del *Mycobacterium tuberculosis* (De ahí que recibe el nombre de PPD, como también se llama a esta prueba), y dos días más tarde de la aplicación el personal de salud deberá evaluar los resultados. (23)

Las medidas de prevención frente a la tb son: Aplicación de la vacuna BCG al recién nacido; diagnóstico precoz y tratamiento oportuno a las personas con tuberculosis; administrando pastillas de prevención (quimioprofilaxis) a los menores de 19 años que se encuentren en contacto con una persona enferma de tuberculosis; el paciente debe cubrirse la boca con un pañuelo al toser y estornudar, y botar la flema en un papel para desecharlo de inmediato; taparse la boca con el antebrazo al toser, estornudar y hablar; no escupir en el suelo; asegurarse que exista buena ventilación y aire fresco tanto en la vivienda como en el lugar de trabajo; consumir una alimentación balanceada y respetar sus horarios. (23)

La TB es tratable y curable. En el Perú el tratamiento es gratuito y consiste en la asociación de varios medicamentos que se toman regularmente por 06 meses en la mayoría de casos. La curación de esta enfermedad requiere que los pacientes tomen los medicamentos diariamente y completen la duración del tratamiento a pesar de sentirse mejor después de los primeros días de iniciado el mismo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda utilizar como estrategia la administración supervisada directamente en boca. Ello supone que una persona entrenada observa al paciente mientras éste ingiere los medicamentos. Esta supervisión evita los abandonos y el fracaso al tratamiento, siendo la medida más eficaz para asegurar la curación. (23)

Para el tratamiento farmacológico de la TBC sensible a las drogas se consideran dos fases, ambas deben ser supervisadas por el profesional de enfermería.

Primera fase: llamada inducción o bactericida: aquí la administración del tratamiento es a diario, tiene como objetivo disminuir velozmente la población bacilar del crecimiento y multiplicación rápida (lográndose eliminar el 90% de población

bacteriana en los 10 primeros días previniendo la resistencia logrando la curación con ello el fracaso al tratamiento.

Segunda fase: llamada mantenimiento o esterilizante: la administración es intermitente, momento en el cual la población bacteriana se multiplica una vez a la semana o menos frecuentemente, ya no es necesaria la administración del tratamiento a diario Incluyéndose la disminución del número de medicamentos, suficientes para lograr la radicación de los bacilos persistentes evitando así las posibles recaídas (24).

- Todos los pacientes deben ser obligatoriamente observados por el profesional de enfermería al momento de tomar sus medicamentos para lograr obtener la mayor posibilidad de curación y disminuir el riesgo de resistencia bacteriana y fracaso al tratamiento.

- Se debe utilizar la observación directa de la toma de medicamentos en ambas fases tanto en la primera como en la segunda con esto se logra mejorar sensiblemente la posibilidad curación de los pacientes con TBC.

Queda prohibido dar tratamiento auto administrado.

- En el momento que se brinda tratamiento auto administrado (no observado por el profesional de enfermería) los pacientes no cumplen estrictamente la toma de todos los medicamentos y por lo tanto se eleva el riesgo de fracaso, abandono y muerte, un tratamiento auto - administrado da lugar a la potencial creación de resistencia a medicamentos y la transmisión de tuberculosis resistente a los antibióticos a trabajadores de salud y a la comunidad, por lo que se considera una gravísima falta contra la salud pública (24).

Toda persona diagnosticada con tuberculosis debe recibir una orientación y consejería y debe firmar el consentimiento informado antes del inicio del tratamiento, la administración de los medicamentos debe ser directamente supervisado en boca, los medicamentos deben administrarse de lunes a sábado (incluido feriado), puede ser una hora antes o después de ingerir alimentos en días feriados los establecimientos de salud deben implementar estrategias locales para cumplir con la administración del

tratamiento correspondiente de manera supervisada, se debe garantizar el cumplimiento total de las dosis programadas si el paciente con tuberculosis no acude a recibir los medicamentos correspondientes el personal del establecimiento de salud debe garantizar su administración dentro de las 24 horas siguientes y continuar con el esquema establecido.

Los medicamentos de primera línea esenciales para el tratamiento de la TBC son: isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. Se tienen en cuenta tres propiedades fundamentales de los medicamentos antituberculosos: Capacidad bactericida, capacidad esterilizante y capacidad de prevenir la resistencia. Los medicamentos antituberculosos poseen estas propiedades en grados diferentes. La isoniacida, rifampicina y pirazinamida son los medicamentos bactericidas más potentes, activos contra todas las poblaciones de bacilos tuberculosos.

La isoniacida (H) actúa sobre poblaciones de multiplicación continua; la rifampicina (R) interfiere duplicación del material genético del *Mycobacterium tuberculosis*; la pirazinamida (Z) es activa en medio ácido contra los bacilos que se encuentran en el interior de los macrófagos. Debido al hecho de que estos tres medicamentos (isoniacida, rifampicina y pirazinamida) pueden eliminar al bacilo en cualquier localización extra o intracelular, se les conoce como el núcleo básico del tratamiento antituberculoso. El etambutol (E) es un fármaco bacteriostático que se asocia a medicamentos bactericidas más potentes para evitar la emergencia de bacilos resistentes.

Multidrogorresistente, cuando la resistencia natural que presenta *M. tuberculosis* a los fármacos antituberculosos es una característica que ha acompañado a este microorganismo desde sus orígenes, por ello una de las primeras bases bacteriológicas del tratamiento antituberculoso para evitar la selección y consecuente aparición de cepas resistentes considera el uso de tres drogas como mínimo para un adecuado tratamiento.

Es necesario distinguir tres conceptos diferentes dentro de las resistencias.

Resistencia natural: Es aquella que presenta las cepas salvajes, como fruto de su multiplicación continua que hace que al alcanzar un determinado número de bacilos se produzca una mutación genética en un bacilo concreto, mutación que puede afectar específicamente al lugar donde interviene uno de los fármacos. Pero esta resistencia natural debe ser seleccionada por los fármacos para que se exprese fenotípicamente.

Resistencia adquirida o secundaria: Se produce por una mala terapéutica (monoterapia real o encubierta), que siempre tendrá detrás de sí una mala actuación por parte de la especie humana, bien por parte del médico al prescribir un esquema inadecuado, o bien por el paciente al seleccionar la medicación que está tomando. Si un paciente portador de una resistencia adquirida contagia con sus bacilos resistentes a un paciente que previamente no ha tomado ningún tratamiento antituberculoso, le podrá ocasionar tuberculosis con una resistencia que, en este caso, se denomina primaria o inicial, por ser pacientes nunca antes tratados.

Resistencia múltiple a fármacos surge progresivamente en la comunidad, como consecuencia de lo mencionado anteriormente. Cuando esta resistencia compromete conjuntamente a isoniacida y a rifampicina se le reconoce como “multidrogo resistencia” (MDR), y cuando están ocasionando enfermedad en una persona se llama Tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR) La isoniacida y la rifampicina, son las drogas de primera línea más importantes, por lo tanto la resistencia a ambas debilitan seriamente el esquema uno y dos. (24)

Por lo tanto, las resistencias en tuberculosis son un fiel reflejo de una mala práctica en el tratamiento de esta enfermedad. La resistencia adquirida es una consecuencia directa de las malas terapéuticas, y/o mala adherencia, y la resistencia primaria es una clara evidencia de la transmisión de las cepas resistentes que existen en la comunidad.

La comportamiento epidemiológico, es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes.

Son consideradas como las principales variables clasificatorias para el estudio de comportamientos diferenciales en diversos temas de investigación social aquellas características de la organización del trabajo que afectan a la salud de las personas , se consideran conexiones que se dan entre la persona y la sociedad, es evidente que ejerce una clara influencia sobre hombres y mujeres factores que afectan al entorno del hombre, influyen también decisivamente en su salud. (24)

La edad, palabra que se usa para mencionar el periodo de tiempo que ha vivido un ser vivo, no existe unificación a la edad de mayor riesgo de abandono. En este caso, afecta a todas las edades, sobre todo jóvenes adultos o personas en edad madura, la tendencia generalmente observada a una incidencia más alta de la enfermedad con el aumento de la edad, los costos sociales y económicos de la tuberculosis son enormes, pues se presentan entre 15 y 54 años, los cuales constituyen la capa más productiva de la población (26).

Sexo, es la clasificación del sexo de una persona en función de ser mujer o varón, la literatura apoya a la premisa que los hombres tienden a abandonar el tratamiento más que las mujeres

Situación económica: es el resultado del desarrollo económico que marca una pauta importante en el desenvolvimiento de una persona, se expresa en la ocupación del principal sostén y el patrimonio del hogar variable latente del cual solo se puede

medir sus manifestaciones, tener bajo recursos suele ser vinculado como factor de riesgo para abandonar el tratamiento.

Grado de instrucción: se refiere al tiempo de años escolares, que un ser vivo ha obtenido en el sistema educativo formal, a menor nivel educativo mayor será la probabilidad de abandono, es decir mientras más bajo sea el nivel educativo más difícil se hace la comunicación tanto con la familia, como con el personal de salud.

Teórica de enfermería como Dorothea E. Orem, postuló con la Teoría del Autocuidado, en 1969, donde expresa que el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. (27)

Estableció la teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí. La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería. (27)

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos: autocuidado universal, autocuidado del desarrollo y autocuidado de desviación de la salud, siendo el requisitos de autocuidado de desviación de la salud, son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica. (27)

Factores condicionantes básicos: son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado. También afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido, se denominan factores

condicionantes básicos Dorothea E. Orem en 1993 identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos; pueden ser seleccionadas para los propósitos específicos de cada estudio en particular ya que de acuerdo a sus supuestos, deben estar relacionadas con el fenómeno de interés que se pretende investigar. (27)

1.4.- Formulación del problema

¿Cuál es el comportamiento epidemiológico de la Tuberculosis en el Hospital General de Jaén - Disa Jaén, 2017?

1.5.- Hipótesis

Por ser un estudio descriptivo no tiene hipótesis.

1.6.- Objetivos

Objetivo general

Analizar el comportamiento epidemiológico de la Tuberculosis en el Hospital General de Jaén - Disa Jaén, 2017

Objetivos específicos

- Identificar el número de casos de tuberculosis según características sociodemográficas en el Hospital General de Jaén - Disa Jaén.
- Describir los signos y síntomas más frecuentes de tuberculosis de los pacientes atendidos en el Hospital General de Jaén - Disa Jaén.
- Determinar la forma de transmisión y diagnóstico de la tuberculosis en el grupo en estudio.
- Determinar los picos altos de mayor prevalencia de Tuberculosis de la población sujo de estudio.

1.7.- Justificación de la investigación

El estudio de investigación es relevante porque analiza un problema de salud pública, en el cual el enfermero cumple un rol protagónico dentro de la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis, donde en su mayoría se considera al paciente como un ente exclusivamente biológico y por lo tanto la actividad de la terapéutica es la administración del tratamiento farmacológico y desestiman la estrategia de la información, educación y comunicación.

La tuberculosis pulmonar es la más frecuente y la más contagiosa de las formas de tuberculosis, representa alrededor del 80 al 85% del total de los casos. Entre el 15 al 20% de todos los casos de tuberculosis, afectará a otros órganos fuera del pulmón. Las formas más frecuentes de tuberculosis extrapulmonar son la pleural y la ganglionar, seguidas por la genitourinaria. Los síntomas de la tuberculosis extrapulmonar, dependerán del órgano afectado.

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

1.8.- Identificación en variables

Variable 1: Comportamiento epidemiológico de la tuberculosis.

1.8.1.- OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLES.

VARIABLE.	DEFINICION OPERACIONA L	DIMENSION	INDICADOR	Sub indicadores	ESCALA	INSTRUMENT O
COMPORTAMIENT O EPIDEMIOLOGICO DE LA TUBERCULOSIS	Características y comportamient o de la presencia de casos nuevos y antiguos de tuberculosis en una comunidad	Características sociodemográfica s	Edad	<15 15 – 18 19- 30 31 -50 51 – 70 >70	Intervalo	Ficha de recolección de datos
		Signos y síntomas	Sexo	Masculino Femenino	Nominal	
		Transmisión y diagnóstico	Ocupación			
			Situación económica	Alta/Media/Baj a	Nominal	
		Picos altos de mayor prevalencia	Nro. de hijos	Ninguno/ De 1 a 4/Más de 4	ORDINA L	

			Procedencia	Rural Urbana	Intervalo	
			Grado de instrucción	PRIMARIA SECUNDARI	Intervalo	
			Tiempo de la enfermedad	A SUPERIOR	Nominal	
			Sintomático Respiratorio			
			Tuberculosis	<15 días >15 días		
				< 1 mes 1 a 3 meses 3 a 6 meses 6 a 1 años >A 1 año	Nominal	Ficha de recolección de datos
			Tipo de tratamiento		Nominal	

			Tipo de TBC (LOCALIZACIÓN) Campañas de prevención Campañas de detección	TBC con confirmación bacteriológica TBC sin confirmación bacteriológica Monoresistente Poliresistente TB-MDR TB-XDR Extrapulmonar Pulmonar Si No Radiología Cultivo de	Nominal	
--	--	--	--	--	---------	--

			Signos y síntomas	Microbacterium Baciloscopía Tos, flema, fiebre, baja de peso, sudoración nocturna, fatiga, tos con sangre y escalofrío		
			Forma de contagio directo	Vía aérea		
			Diagnósticos de TB	Radiológica Cultivo de Micobacterium Baciloscopia		

			Picos altos de mayor prevalencia (meses)	Enero – Abril Mayo – Julio Agosto - Diciembre		
--	--	--	--	--	--	--

II.- MARCO METODOLÓGICO

2.1.-Tipo de investigación

Cuantitativa, Descriptiva, Retrospectiva y de corte Transversal.

2.2.- Diseño de investigación /contrastación de hipótesis:

Diseño descriptivo, No experimental

2.3.- Población y muestra.

Población: Estuvo constituida por todos los casos confirmado de diagnóstico de tuberculosis reportados por la Oficina de Epidemiología del Hospital General de Jaén - Disa Jaén, durante el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre 2017; registrándose 27 casos.

Muestra: para efectos de la presente investigación se consideró el 100% de la población, es decir, 27 casos.

Criterios de inclusión:

Todas las historias clínicas o fichas epidemiológicas de pacientes con diagnóstico confirmado de tuberculosis registradas en el Hospital General de Jaén-Disa Jaén, 2017

Criterios de exclusión:

Aquellas historias o fichas incompletas.

2.4.- Instrumentos y técnicas de recolección de datos.

Técnicas:

- Técnica de fichaje
- Técnica de gabinete.

Instrumentos:

- Ficha de Recolección de Datos (ver anexo 1)
- Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Tuberculosis
- Hojas de Monitoreo que se remite a la Oficina de Vigilancia Epidemiológica del Hospital General de Jaén - Disa Jaén, del 1° de enero al 31 de diciembre del 2017.

Procedimiento:

Después de haber efectuado las coordinaciones ante las autoridades del Hospital General de Jaén - Disa Jaén para efectuar la presente investigación. Sus representantes autorizaron el uso de las instalaciones de la Oficina de Epidemiología y de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles del Hospital General de Jaén- Disa Jaén; así como, en coordinación con los responsables de los programas preventivos promocionales, respetando la disponibilidad horaria de los encargados. La información fue registrada en las respectivas Fichas de Recolección de Datos, luego fue analizada conjuntamente con los especialistas epidemiólogos del establecimiento de salud en estudio.

4.4.1.- Análisis estadístico de los datos

Para efecto de la presente investigación se utilizó la estadística descriptiva. La información final fue procesada en el software SPSS versión 25.

Se utilizó medidas epidemiológicas denominado tasa de prevalencia.

Para presentación de datos

Se realizó distribución de frecuencias y tablas de contingencia mostradas en cuadros; entre otras.

III. RESULTADOS CUADROS

Cuadro N° 1: Comportamiento Epidemiológico de la Tuberculosis en el Hospital General de Jaén - Disa Jaén, 2017, según factor sociodemográficos.

FACTORES SOCIODEMOGRAFICO		
EDAD (años)	n	%
15 – 20	2	7.4
21 – 30	12	44.5
31 – 40	8	29.6
> 40	5	18.5
TOTAL	27	100.0
SEXO	n	%
Masculino	17	63.0
Femenino	10	37.0
TOTAL	27	100.0
ESTADO CIVIL	n	%
Soltero	16	59.3
Casado	7	26.0
Viudo	4	14.7
TOTAL	27	100.0
PROCEDENCIA	n	%
Urbano	26	96.3
Rural	1	3.7
TOTAL	27	100.0
GRADO DE INSTRUCCIÓN	n	%
Analfabeto	3	11.1
Primaria	7	26.0
Secundaria	14	51.8
Superior	3	11.1
TOTAL	27	100.0
OCUPACION	n	%
Ama de Casa	10	37.1
Agricultor	5	18.5
Mototaxista	12	44.5
TOTAL	27	100.0
SITUACION ECONOMICA	n	%
Alta	0	0.0
Media	20	74.0
Baja	7	26.0
TOTAL	27	100.0
N° DE HIJOS	n	%
0	14	51.8
1 – 4	10	37.1
> 4	3	11.1
TOTAL	27	100.0

Fuente: Comportamiento Epidemiológico de la Tuberculosis en el Hospital General de Jaén- Disa Jaén, 2017

Cuadro N° 1

Datos Sociodemográficos, Culturales y Económicos: En este cuadro se puede observar todas características relacionadas a Edad: 21 – 30 años con un 44.5%, 31 – 40 años con un 29.6%, mayor a 40 años con un 18.5%, 15 – 20 años con un 7.4%; Sexo: Masculino con un 63.0% y Femenino con un 37.0%; Estado Civil: Soltero con un 59.3%, Casado con un 26.0%, Viudo con un 14.7%; Procedencia: Urbano con un 96.3% y Rural con un 3.7%; Grado de instrucción: Se identificó que el nivel secundaria cuenta con un 51.8%, nivel primario con un 26.0%, Analfabeto y superior consta de un 11.1%; Ocupación: Mototaxis con un 44.5%, Ama de casa con un 37.1%, Agricultor un 18.5%, Situación socioeconómica: Predomina el nivel media con un 74.0%, seguido del 26.0% nivel bajo; N° de hijos: Ninguno con un 51.8%, 1 – 4 con un 37.1%, más de 4 hijos con un 11.1%.

Cuadro N° 2: Comportamiento Epidemiológico de la Tuberculosis en el Hospital General de Jaén - Disa Jaén, 2017, según características clínicas.

FACTORES CLINICOS		
SIGNOS Y SINTOMAS	n	%
Tos, flema, fiebre, baja de peso, sudoración nocturna	22	81.5
Tos, flema, fiebre, baja de peso, sudoración nocturna, fatiga, tos con sangre y escalofrío	5	18.5
TOTAL	27	100.0
FORMA DE CONTAGIO DIRECTO	n	%
Vía aérea	27	100.0
TOTAL	27	100.0
DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS	n	%
Radiológica	0	0.0
Cultivo de Micobacterium	0	0.0
Baciloscopia	27	100.0
TOTAL	27	100.0

Fuente: Comportamiento Epidemiológico de la Tuberculosis en el Hospital General de Jaén - Disa Jaén, 2017

Cuadro N° 2: Los resultados de **signos y síntomas:** con tos, flema, fiebre, baja de peso, sudoración nocturna con un 81.5% y con tos, flema, fiebre, baja de peso, sudoración nocturna, fatiga, tos con sangre y escalofrío con un 18.5%; **la forma de contagio directo:** por el aire con un 100%; **con diagnóstico de tuberculosis tenemos:** Baciloscopia con un 100.0%.

Cuadro N° 3: Comportamiento Epidemiológico de la Tuberculosis en el Hospital General de Jaén - Disa Jaén, 2017, según picos de prevalencia

PICOS ALTOS DE MAYOR PREVALENCIA		
MESES	n	%
Enero – Abril	4	14.8
Mayo – Julio	13	48.1
Agosto – Diciembre	10	37.1
TOTAL	27	100.0

Fuente: Comportamiento Epidemiológico de la Tuberculosis en el Hospital General de Jaén y Disa Jaén, 2017

Cuadro N° 3: En los meses más alto de mayor comportamiento epidemiológico es de mayo a julio con un 48.1%, los meses media proporción son de 37.1% y los meses de bajo nivel epidemiológico son de Enero – Abril con un 14.8%.

Cuadro N° 4: Comportamiento Epidemiológico de la Tuberculosis en el Hospital General de Jaén - Disa Jaén, 2017.

COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO		
SINTOMATICO RESPIRATORIO (años)	n	%
Mayor a 15	27	100.0
TOTAL	27	100.0
TIEMPO DE ENFERMEDAD (meses)	n	%
1 a 3	24	88.9
3 a 6	2	7.4
6 meses a 1 año	1	3.7
TOTAL	27	100.0
TIPO DE TB (Localización)	n	%
Pulmonar	24	88.9
Extrapulmonar	3	11.1
TOTAL	27	100.0
TIPO DE TRATAMIENTO	n	%
TB con confirmación bacteriológica	25	92.6
TB sin confirmación bacteriológica	2	7.4
Monoresistente	0	0.0
Poliresistente	0	0.0
TB-MDR	0	0.0
TB-XDR	0	0.0
TOTAL	27	100.0
MEDIDAS PREVENTIVAS		
Prevención Primaria	n	%
Si	27	100.0
No	0	0.0
TOTAL	27	100.0
Prevencion Secundaria	n	%
Radiológica	0	0.0
Cultivo de Micobacterium	0	0.0
Baciloscopia	27	100.0
TOTAL	27	100.0
Prevención Terciaria	n	%
Rehabilitación	0	0%
TOTAL	27	100.0

Fuente: Comportamiento Epidemiológico de la Tuberculosis en el Hospital General de Jaén - Disa Jaén, 2017

Cuadro N° 4: Sintomático Respiratorio: Mayor a 15 años cuenta con 100.0%; **Tiempo de enfermedad:** De 1 a 3 meses con 88.9%, de 3 a 6 meses con un 7.4% y de 6 meses a 1 años cuenta con un 3.7%; **Tipo de TBC (localización):** Pulmonar con un 88.9% y extrapulmonar cuenta con un 11.1%; **Tipo de tratamiento:** TBC con confirmación bacteriológica cuenta con un 92.6% y con TBC sin confirmación bacteriológica un 7.4%; **Medidas preventivas:** Prevención Primaria: con un Si un 100%; Prevención secundaria: Baciloscopia con un 100%; Prevención terciaria: Rehabilitación con un 0.0%

IV. DISCUSIÓN

La tuberculosis (TB) es una enfermedad transmitida por vía aérea que afecta en cualquier edad pero con mayor repercusión en la población económicamente activa. En el mundo se reportan millones de nuevos casos de TB; especialmente en grupos que tienen coinfección con VIH y otras de carácter inmunosupresión. Este trabajo de investigación realizado en el Hospital General de Jaén perteneciente a la Disa Jaén, durante el año 2017, se registró 27 casos; de los cuales su comportamiento epidemiológico ha sido significativo, siendo pasible de contratar con diferentes autores consultados para tal fin.

Respecto al cuadro N°1, sobre aspectos sociodemográficos, culturales y económicos: En este cuadro se puede observar todas características relacionadas a Edad: 21 – 30 años con un 44.5%, 31 – 40 años con un 29.6%, mayor a 40 años con un 18.5%, 15 – 20 años con un 7.4%; Sexo: Masculino con un 63.0% y Femenino con un 37.0%; Estado Civil: Soltero con un 59.3%, Casado con un 26.0%, Viudo con un 14.7%; Procedencia: Urbano con un 96.3% y Rural con un 3.7%; Grado de instrucción: Se identificó que el nivel secundaria cuenta con un 51.8%, nivel primario con un 26.0%, Analfabeto y superior consta de un 11.1%; Ocupación: Mototaxis con un 44.5%, Ama de casa con un 37.1%, Agricultor un 18.5%, Situación socioeconómica: Predomina el nivel media con un 74.0%, seguido del 26.0% nivel bajo; N° de hijos: Ninguno con un 51.8%, 1 – 4 con un 37.1%, más de 4 hijos con un 11.1%.

Según concordante con los autores, según (cuadro n°01): Dávila N. Donde se encontró que la mayoría (60%) tienen entre el rango de edad de 19 y 38 años, son de género masculino (71.4%), grado de instrucción secundaria (55.7%) y superior (32.9%); solteros (48.6%) y casados (31.4%). Según la ocupación, la mayoría trabajan (65.7%), por el lugar de procedencia viven en San Juan de Lurigancho (27.1%) y la minoría viven en Lima Cercado (8.6%).

Ccora L.,Meza R.: Los resultados obtenidos en relación al comportamiento epidemiológico más relevantes se tiene: del total de pacientes identificados, el predominio

fue del sexo masculino (53,8%), el grupo etario más afectado es el joven (53,8%), estado civil soltero y se da con mayor frecuencia en los desocupados (30,8%). Con respecto al comportamiento clínico más relevante.

Oficina de Epidemiología de la Geresa Lambayeque., Principales resultados: el número de casos de TBC ha disminuido en un 15% en relación al año anterior; sin embargo, el número de casos de TBC extrapulmonar ha crecido en 1.2%; la edad se encuentra en el rango de 20-24 años y de 30 y 34 años; prevaleciendo más en el sexo masculino.

Respecto al cuadro N° 2, los Factores clínicos epidemiológicos tenemos: signos y síntomas: con tos, flema, fiebre, baja de peso, sudoración nocturna con un 81.5% y con tos, flema, fiebre, baja de peso, sudoración nocturna, fatiga, tos con sangre y escalofrío con un 18.5%; la forma de contagio directo: por el aire con un 100%; con diagnóstico de tuberculosis tenemos: Baciloscopia con un 100.0%.

Concordante con los autores según (cuadro n° 2): Denis Y., Peña L., Fleitas L. Y Robaina C.: El síntoma más frecuente fue la tos en 85,35% de los pacientes seguido por la expectoración y la disnea con 68,29% y 65,85% respectivamente. En conclusión, el diagnóstico de tuberculosis fue más frecuente en el sexo masculino, en el grupo etario de 60 años y más y en alcoholicos. Los síntomas más frecuentes fueron tos, expectoración y disnea. Predominó el pesquisaje pasivo en el diagnóstico.

Respecto al cuadro N° 3: el comportamiento epidemiológico: Sintomático Respiratorio: Mayor a 15 años cuenta con 100.0%; Tiempo de enfermedad: De 1 a 3 meses con 88.9%, de 3 a 6 meses con un 7.4% y de 6 meses a 1 años cuenta con un 3.7%; Tipo de TBC (localización): Pulmonar con un 88.9% y extrapulmonar cuenta con un 11.1%; Tipo de tratamiento: TBC con confirmación bacteriológica cuenta con un 92.6% y con TBC sin confirmación bacteriológica un 7.4%; Medidas preventivas: Prevención Primaria: con un Si un 100%; Prevención secundaria: Baciloscopia con un 100%; Prevención terciaria: Rehabilitación con un 0.0%

Concordante con los autores, según (cuadro N° 4): Méndez F., Carmona D., Escalona R., Moreno P. Y Ortega P.: Se trabajó con el total del universo. Entre sus resultados en cuanto a incidencia existió una tendencia a su disminución en el municipio de Matanzas, siendo el área de salud más afectada el área de Contreras con 11 casos para un 53,8 %. En conclusión, predominó del número de casos de tuberculosis con baciloscopía positiva con un 61 %, de ellos más de la mitad fue diagnosticado en la atención secundaria, traduciendo una falla del programa. El 89,8 % de los pacientes presentó localización pulmonar con amplio predominio de la misma.

Piquero V., Borrego A., Presmo L., Centelles C. Y Zangroniz P.: El año de mayor incidencia de la enfermedad fue el 2013 con el 19,6 % del total de casos diagnosticados, representado con un m mayor número de casos reportados del sexo masculino y según la localización predominan los casos con baciloscopia.

Milla M. La principal localización de la lesión fue la pulmonar en el 65% de los casos; Las principales asociaciones encontradas que podrían influir en la prevalencia de tuberculosis en trabajadores hospitalarios son: las medidas de bioseguridad, el grupo ocupacional, el tiempo de servicio y el área de servicio; Se encontró mayor índice de casos en el área de neonatología, encontrándose temporalidad entre los casos (corresponde a los años de mayor frecuencia de casos).

Dávila J y Fernández D. Concluye entre otros que su comportamiento epidemiológico en estos casos la edad, diabetes mellitus, tabaquismos y consumo de drogas ilícitas no se relacionan con la Tuberculosis Multidrogorresistente.

V. CONCLUSIONES

- Se concluye que el comportamiento epidemiológico de la tuberculosis en los pacientes del Hospital de Jaén: El 100% fueron sintomáticos respiratorios mayores a 15 días, tiempo de enfermedad de 1 a 3 meses un 88.9% asimismo fueron tb pulmonar, tratamiento con tb con confirmación bacteriológica del 92.6%.
- El número de casos de tuberculosis presentados en el Hospital General de Jaén, durante el año 2017 fueron 27 pacientes; de los cuales 24 son de tipo pulmonar y 3 extrapulmonar; con un mayor porcentaje en edad de 21 a 30 años (44.5%), estado civil soltero (59.3%), procedencia urbana (96.3%), el grado de instrucción nivel secundario (51.8%), ocupación mototaxista (44.5%), situación económica es media (74%).
- Los signos y síntomas más frecuentes de la Tuberculosis Pulmonar son: Tos, flema, fiebre, baja de peso, sudoración nocturna en un 81.5%; mientras fatiga, tos con sangre y escalofrío solo un 18.5%.
- La forma de transmisión de contagio de tuberculosis es directa (vía área) en un 100%, así como el diagnóstico fue la baciloscopia en el 100% de los casos.
- Los picos altos de mayor prevalencia de la tuberculosis en la población sujeta a estudio, fueron presentados durante los meses de mayo a julio con un 48.1%, continuamente de agosto a diciembre con un 37.1%.

VI. RECOMENDACIONES

- A las autoridades de la DISA Jaén y en especial del Hospital General de Jaén se sugiere mantener alerta a la vigilancia epidemiológica de Tuberculosis, pues es el distrito con más casos dentro de la región Cajamarca, obliga a enfatizar la prevención primaria y secundaria.
- Al equipo de salud que desarrolla trabajo directo con los pacientes, éstos deben trabajar con sus contactos para su detección oportuna y mejorar sus estilos de vida, potenciando su alimentación a través del servicio Nutrición.
- A los investigadores en salud de las universidades locales a desarrollar estudios no contemplados en la presente investigación.

VII. BIBLIOGRAFIA Y LINKOGRAFÍA.

1. Boletín Epidemiológico. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica - Sistema Único de Información Número 24, Volumen 32, Semana 24 del 14 al 20 de junio del 2015. [acceso 5 de agosto 2015]. Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/boletin/2015/sem24.pdf>
2. Organizando Mundial de la Salud - Nota Descriptiva N°104 Marzo de 2015. [acceso 10 de agosto 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
3. Boletín Epidemiológico Volumen 6 N° 03 - Red de Salud Lima Ciudad 2013 [acceso 20 de agosto 2015]. Disponible en: <http://www.rslc.gob.pe/Descargas/Epidemiologia/Boletin/2013/Boletin-N-03-2013.pdf>
4. Flor Yesenia Musayón Oblitas, Natalie Loncharich, María Esther Salazar, Helena María Leal David, Inés Silva, Doris Velásquez. Rol de la Enfermería en el Control de la Tuberculosis: una Discusión desde la Perspectiva de la Equidad. 2010 [acceso 28 de agosto 2015]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/es_20.pdf
5. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis 2013 [acceso 1 de septiembre 2015]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/infecciones/RM715-2013_MINSA_TB.pdf
6. Organización Mundial de la Salud (OMS) - Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013 [acceso 10 de septiembre 2015] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf?ua=1

7. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). Centro de Prensa: La mortalidad de la tuberculosis se ha reducido a cerca de la mitad desde 1990. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/tuberculosismortality/es/>. Fecha de acceso: 12 marzo de 2016.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). 10 datos sobre la tuberculosis. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/tuberculosis/es/>. Fecha de acceso: 15 marzo de 2016.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). Informe mundial sobre la tuberculosis 2014. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr14_execsummary_summary_es.pdf. Fecha de acceso: 15 marzo de 2016
10. OMS. Administración de suplementos de micronutrientes a personas con tuberculosis activa [Internet]. WHO. 2015 [cited 2016 Nov 27]. Available from: http://www.who.int/elena/titles/micronutrients_tuberculosis/es/
11. Alarcón V, Alarcón E, Figueroa C, Mendoza A. Tuberculosis en el Perú: Situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. Revista Peruana de medicina experimental salud pública [Internet]. 2017 [citado 20 diciembre 2017];(34):1 - 5. Disponible en: <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2384/277>
12. Del Castillo H, Mendoza A, Saravia J, Somocurcio J. Epidemia de 5Tuberculosis multidrogo resistente y extensivamente resistente a drogas en el Perú: situación y propuesta para su control. Revista Peruana de medicina experimental y salud pública. 2009;26(3):380 - 386.

13. Ministerio de salud de Peru. Cuidado a Pacientes con tuberculosis [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 4]. Available from: <http://docplayer.es/11947774-Peru-lima-peruministerio-de-salud-instituto-nacional-de-saludministerio-de-salud-institutonacional-de-salud.htm>
14. Denis YC, Peña LEM, Fleitas LM, Robaina CRE. Caracterización clínica de la tuberculosis en el municipio de Matanzas. Año 2010-2014. Revista Médica Electrónica [Internet]. 9 de junio de 2018 [citado 20 de febrero de 2019];40(3). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2611>
15. Méndez Fleitas L, Carmona Denis Y, Escalona Robaina C, Moreno Peña L, Ortega Peñate JA. Comportamiento epidemiológico de la tuberculosis. Rev Méd Electrón. 2018;40(2):335-45.
16. Piquero Valera ME, Borrego Álvarez LA, Presno Labrador C, Centelles Cabrera M, Zangroniz Piquero A. Comportamiento de la Tuberculosis Distrito de Salud 15D01 Ecuador durante el periodo 2005-2014. Rev cubana Med Gen Integr. 29 de junio de 2016;32(2):224-32.
17. Fernández Fernández M, Jané Lara A, Vargas LR, Corzo LC, García Castañeda H. Tuberculosis, comportamiento de la mortalidad en pacientes de 60 años de edad o más. Rev cubana Med Gen Integr [Internet]. 2012 [citado 20 de febrero de 2019];28(2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=35794>
18. Milla Gonzales B. Características epidemiológicas de los trabajadores con diagnóstico de tuberculosis Hospital Sergio E. Bernales, periodo enero 2015 a

- enero 2016. Repositorio institucional - UPSJB [Internet]. 2017 [citado 20 de febrero de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/882>
19. Dávila D. Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis multidrogoresistente [Doctorado]. Universidad San Martín de Porres; 2014.
 20. Ccora Retamozo LA, Meza Casahuilca RE. Comportamiento epidemiológico y clínico de la tuberculosis en pacientes atendidos en el centro de salud Santa ana - Huancavelica periodo 2012 - 2013. Universidad Nacional de Huancavelica [Internet]. 2014 [citado 20 de febrero de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/811>.
 21. Dávila J y Fernández D. “Factores No Trasmisibles Asociados a Tuberculosis Multidrogorresistente. Red de Servicios de Salud Chiclayo. 2008 – 2017”.(Tesis de Médico Cirujano) UNPRG, Lambayeque; 2018, pp49
 22. Oficina de Epidemiología de la Geresa Lambayeque. “Comportamiento Epidemiológico de la Tuberculosis TBC en la región Lambayeque 2018-SE 50” Lambayeque-2018.
<https://www.regionlambayeque.gob.pe/web/tema/detalle/628?&pass=NA>.
 23. Tuberculosis multidrogoresistente [Internet]. Minsa.gob.pe. 2017 [citado 13 febrero 2018]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/tb/preguntas.html>
 24. Meza J, Sánchez H, Freyermuth G, Sánchez G. Características demográficas y socioeconómicas de la mortalidad por tuberculosis en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México 1997-2009. Medicina Social. 2013; 8(1): 65-71.

25. Coni E. Tuberculosis: epidemiología y control. In: Respiratorias /NdE, editor. Argentina: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias; 2009.
26. Romero R. Microbiología y parasitología humana [Libro electrónico]. Argentina: Médica Panamericana; 2007 [cited 2013 10 de junio]. Available from: http://books.google.com.pe/books?id=Wv026CUhR6YC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbg_ge_summary_r&cad=O#v=onepage&q&f=false.
27. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana. diciembre de 2017;19(3):89-100.
28. Bandura y la teoría del aprendizaje social. Teoría de Albert Bandura sobre cómo las personas aprenden a través de la observación. <https://www.actualidadenpsicologia.com/bandura-teoria-aprendizaje-social/>

VIII. ANEXOS.



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



TITULO DE LA TESIS:

“COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA TUBERCULOSIS EN EL
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN Y DISA JAÉN, 2017”

I. DATOS GENERALES: (Colocar “x” según corresponda)

1.1 Edad en años

- a) Menos de 15 b) De 15 a 18 c) De 19 a 30
d) De 31 a 50 e) De 51 a 70 f) Mayor de 70

1.2 Sexo:

- a) Masculino b) Femenino

1.3 Estado Civil:

- a) Soltero b) Casado c) Viudo(a) d) Divorciado

1.4 Procedencia:

- a) Rural b) Urbana

1.5 Grado de Instrucción:

- a) Analfabeto b) Primaria c) Secundaria d) Superior

1.6 Ocupación: _____

1.7 Situación económica:

- a) Alta b) Media c) Baja

1.8 Nro. de hijos:

- a) Ninguno b) De 1 a 4 c) Más de 4

1.9. Forma de transmisión: Directa (vía área)

II.- Signos y Síntomas.

- a) Tos, flema, fiebre, baja de peso, sudoración nocturna
b). Tos, flema, fiebre, baja de peso, sudoración nocturna, fatiga, tos con sangre y escalofrío

III.- CONDICIÓN DE LA ENFERMEDAD

3.1 Tiempo de la enfermedad

2.1.1 Sintomático Respiratorio:

a) Mayor a 15 días b) Menor a 15 días

2.1.2 Paciente con Tuberculosis (TB):

a) Mayor a 1 mes b) De 1 a 3 meses c) De 3 a 6 meses

d) De 6 a 1 años e) Mayor a 1 año

3.2 Tipo de TB (Localización)

a) Pulmonar b) Extra pulmonar

3.3 Tipo de tratamiento (Norma Técnica)

a) TBC con confirmación bacteriológica b) TBC sin confirmación bacteriológica

c) Monoresistente d) Poliresistente e) TB-MDR f) TB-XDR.

IV.- ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN

Campañas de prevención: Charlas y sesiones de aprendizaje

a) Si b) No

Campañas de detección: TB

a) Radiología b) Cultivo de Micobacterium c) Baciloscopía.

ANEXO

UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

JUICIO DE EXPERTOS AL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN



TÍTULO DEL PROYECTO DE TESIS:

“COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA TUBERCULOSIS EN EL
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN Y DISA JAÉN, 2017”

AUTORA:

YOANI OLIVERA ROJAS

EXPERTOS:

	NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	CEP
1.			
2.			
3.			

OBJETIVOS:

General:

- Determinar el comportamiento epidemiológico de la Tuberculosis en el Hospital General de Jaén y DISA Jaén, 2017

Específicos

- Identificar el número de casos de tuberculosis según características sociodemográficas en la población sujeto de estudio.
- Conocer los signos y síntomas más frecuentes de tuberculosis, atendidas en la zona y periodo en estudio.
- Determinar la forma de transmisión y diagnóstico de la tuberculosis en el grupo en estudio.
- Determinar los picos altos de mayor prevalencia de Tuberculosis de la población sujo de estudio.

EXPERTO: _____

CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

1.-PERTINENCIA DE LAS PREGUNTAS EN RELACIÓN A LOS OBJETIVOS

SUFICIENTE	MODERADAMENTE SUFICIENTE	INSUFICIENTE

Observaciones:

.....
.....

2.-PERTINENCIA DE LAS PREGUNTAS EN RELACIÓN A LAS VARIABLES

SUFICIENTE	MODERADAMENTE SUFICIENTE	INSUFICIENTE

Observaciones:

.....
.....

3.-REDACCIÓN Y CLARIDAD DE LAS PREGUNTAS.

SUFICIENTE	MODERADAMENTE SUFICIENTE	INSUFICIENTE

Observaciones:

.....

Jaén,2018

RESULTADOS DE LA REVISIÓN DEL JUICIO DE EXPERTOS

FIRMA Y SELLO DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ EVALUADOR JUICIO DE EXPERTOS			
RESULTADO	Experto 1 Nombre y apellidos: N° de Colegiatura CEP 	Experto 2 Nombre y apellidos: N° de Colegiatura CEP 	Experto 3 Nombre y apellidos: N° de Colegiatura CEP
APROBADO			
PENDIENTE			
RECHAZADO			

Jaén,..... del 2018