

UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

RED BIBLIOTECARIA MATÍAS

DERECHOS DE PUBLICACIÓN

DEL REGLAMENTO DE GRADUACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

Capítulo VI, Art. 46

“Los documentos finales de investigación serán propiedad de la Universidad para fines de divulgación”

PUBLICADO BAJO LA LICENCIA CREATIVE COMMONS

Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Unported.

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



“No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original.”

Para cualquier otro uso se debe solicitar el permiso a la Universidad

**UNIVERSIDAD DR. JOSE MATIAS DELGADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. LUIS EDMUNDO VASQUEZ”
ESCUELA SUPERIOR DE ENFERMERIA**

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



**UNIVERSIDAD DR. JOSÉ
MATÍAS DELGADO**
SAN SALVADOR, EL SALVADOR C. A.

**“APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE PACIENTES CON
TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
EN SALUD”**

**REALIZADO EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DE
UNICENTRO, BARRIOS, SAN MIGUELITO Y DE SAN JACINTO, DE LA REGIÓN
METROPOLITA DE SALUD, DEPARTAMENTO DE SAN SALVADOR**

**TESIS REALIZADA PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

**POR:
BR. LOURDES ARACELY FLORES MONTESINOS
BR. ANA ARACELY RIVAS QUIJADA**

**ASESORADO POR:
LIC. JONNATAN ANÍBAL VIGIL FLORES**

ANTIGUO CUSCATLÁN, LA LIBERTAD, 05 DE MARZO DE 2016



UNIVERSIDAD DR. JOSÉ
MATÍAS DELGADO
SAN SALVADOR, EL SALVADOR C. A.

AUTORIDADES

Dr. David Escobar Galindo
RECTOR

Dr. José Enrique Sorto Campbell
VICERRECTOR

Dr. José Enrique Sorto Campbell
VICERRECTOR ACADÉMICO

Dr. José Nicolás Astacio Soria
DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. LUIS EDMUNDO VÁSQUEZ”

Lcda. Aída Esperanza López de Rodríguez
DIRECTORA ESCUELA SUPERIOR DE ENFERMERÍA

Lcda. Sandra Yaneth Martínez de Hernández
PRESIDENTE DEL JURADO EVALUADOR

Lcda. Vilma Elizabeth Solórzano
JURADO EVALUADOR

Lcda. Karen Alicia Quintanilla Medina
JURADO EVALUADOR

Lic. Jonnatan Aníbal Vigil Flores
ASESOR

ANTIGUO CUSCATLÁN, LA LIBERTAD, 05 DE MARZO 2016



**ACTA DE EVALUACIÓN DE TRABAJO DE TESIS
POR EL JURADO N° _____**

En la Facultad de Ciencias de la Salud Dr. Luis Edmundo Vásquez, de la **UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO**, a las ocho horas con cero minutos del día cinco del mes de marzo del año dos mil dieciséis

Reunidos los suscritos miembros del Jurado Examinador del Trabajo de Tesis titulada:

“Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en la prevención y control de pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el Primer Nivel de Atención en Salud”

Presentada por el (los) la (s) Bachiller (es):

1. Lourdes Aracely Flores Montesinos
2. Ana Aracely Rivas Quijada
- 3.

Para optar al Grado de:

Licenciada en Enfermería

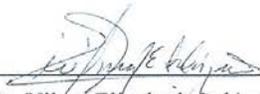
HACE CONSTAR QUE: Habiendo revisado y evaluado en forma individual su contenido escrito, de conformidad al Art. 41, 42 y 43 del Reglamento de Graduación

ACORDARON DECLARARLA:

- APROBADA SIN OBSERVACIONES**
- APROBADA CON OBSERVACIONES**
- REPROBADA**

No habiendo más que hacer constar, damos por terminada la presente acta que firmamos, entregando el original a la Secretaría de esta Unidad Académica.


Lcda. Sandra Yaneth Martínez de Hernández
Presidente


Lcda. Vilma Elizabeth Solórzano Guevara
1^{er}. Vocal


Lcda. Karen Alicia Quintanilla Medina
2^{do}. Vocal



AGRADECIMIENTOS

Le doy gracias a Dios por haberme permitido terminar mi carrera, las bendiciones que ha puesto en mi vida. Por llegar y culminar mi proceso de graduación; Dios guía mi ser, mi camino y orienta a mi corazón.

A mi madre que estaría muy orgullosa de mi, a mi padre por su apoyo, esfuerzo y forjarme a hacer lo mejor siempre, a mis hermanas por su presencia, su cariño y amor incondicional.

A mi familia porque de una u otra forma, estuvieron apoyando en los momentos más difíciles, a los amigos, hermanos que he conocido en mi vida y me han mostrado que es la amistad.

A Licdo. Jonnatan Aníbal Vigil Flores, por ser asesor en la tesis, por ser un ejemplo a seguir de que cada día hay que dar más de lo que uno cree que puede dar, por sus conocimientos, apoyo y ser un excelente docente; A la Escuela Superior de Enfermería, por haberme dado los primeros pasos de lo que hare en mi vida, por los docentes amigos que forjaron y enseñaron tanto lo profesional y humano.

Y por último a las UCSFE Unicentro, Barrios, San Miguelito y San Jacinto, de la Región Metropolitana de Salud, por permitirnos realizar la investigación.

Lourdes Aracely Flores Montesinos

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a DIOS por darme la oportunidad de finalizar mis estudios, por regalarme unos padres que siempre han brindado sus consejos; a mis hermanos Mario y Carlos que han estado apoyándome y esforzándose por darme una mejor vida.

A Sarita por que ha sido una de las razones de mis esfuerzos, a todos mis amigos y personas muy especiales en mi vida que han sabido darme el calor de hermano/a que en algún momento llegaron a ser mi inspiración, que han dedicado su tiempo y ayuda económica, a mi pareja que ha tomado un papel muy importante en mi vida, que me ha demostrado su apoyo y amor incondicional y, finalmente a todos aquellos docente que con mucha paciencia me instruyeron durante mi carrera de la mejor manera posible, a nuestro asesor Lic. Jonnatan Vigil, gracias por compartir sus conocimientos y brindarnos confianza durante este proceso, espero DIOS bendiga de una manera abundante a todas estas personas por su buen corazón.

Agradecer a las UCSFE Unicentro, Barrios, San Miguelito y San Jacinto, de la Región Metropolitana de Salud, por permitirnos realizar la investigación.

Ana Aracely Rivas Quijada

Índice

Contenido	
Siglas y acrónimos	7
Resumen	8
Introducción	10
I. Planteamiento del Problema	13
A. Antecedentes del problema	13
B. Situación problemática	15
C. Delimitación del problema.....	16
D. Enunciado del problema	16
II. Marco de Referencia	17
A. Atención Primaria en Salud	17
1) Principios y ámbitos que se desenvuelve la enfermera comunitaria.....	18
2) Ámbitos de actuación y roles de la enfermera comunitaria.	18
B. Marco legal	19
C. Modelo teórico Dorothea Orem vs. Virginia Henderson	21
1) Proceso de Atención de Enfermería	23
2) Proceso de atención de enfermería según Dorothea Orem.....	24
3) Proceso de Atención de Enfermería y su aporte en comunitaria	26
D. Tuberculosis pulmonar	26
1) Conceptualización	26
2) Clasificación de la Tuberculosis.....	27
3) Medios de diagnóstico	28
4) Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES)	30
III. Objetivos del Estudio	34
A. Objetivo general	34
B. Objetivos específicos	35
IV. Sistema de Hipótesis	35
V. Sistema de Variables	36
A. Definición operacional de variables	36
B. Esquema de relación de variables.....	36
C. Matriz de congruencia	37
VI. Diseño Metodológico	39
A. Tipo de estudio	39
B. Área de estudio.....	39
C. Población y muestra	40
D. Criterios de inclusión y exclusión	40
E. Procedimientos	41
VII. Resultados	43
A. Descripción cuantitativa de los resultados	43
1. Fase de valoración	43
2. Fase de diagnóstico.....	50
3. Fase de planificación	53
4. Fase de ejecución	58
5. Fase de evaluación.....	63

VIII. Discusión	70
Referencias Bibliográficas	76
Anexos.....	79
Anexo 1: Cronograma de Actividades.....	80
Anexo 2: Presupuesto.....	81
Anexo 3: Consentimiento Informado	82
Anexo 4: Guía de revisión documental	84
Anexo 4: Guía de entrevista focalizada.....	87
Anexo 5: Categorización de las entrevistas	89
Anexo 6: PCT-5	92
Anexo 7: PCT-7	94

Siglas y acrónimos

ADA:	Adenosin de Aminasa
APS:	Atención Primaria en Salud
APSI:	Atención Primaria en Salud Integral,
BAAR:	Bacilo Ácido Alcoholo Resistente
BCG:	Bacilo CalmetteGuérin
BK.	Baciloscopía
CIE:	Consejo Internacional de Enfermeras.
DOTS:	Directly Observed Therapy Short Course.
ECOS:	Equipos Comunitarios de Salud
EMB:	Etambutol.
INH:	Isoniazida.
MDR:	Multidrogorresistente
MINSAL:	Ministerio De Salud de El Salvador.
OMS:	Organización Mundial Para la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud.
PAE:	Proceso de Atención de Enfermería.
PAEC:	Proceso de Atención de Enfermería Comunitario
PPD:	Derivado Proteico Purificado. (Tuberculina)
RAFAS:	Reacciones Adversas Asociados los Fármacos Antifímicos
RIF:	Rifampicina
PZA:	Pirazinamida.
RIISS:	Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.
TAES:	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado.
TAC:	Tomografía Axial Computarizada.
Tb:	Tuberculosis Pulmonar.
TOD:	Tratamiento Breve Bajo Observación Directa.
UCSF:	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Resumen

El presente proyecto de investigación titulado “Aplicación del proceso de atención de enfermería en la prevención y control de pacientes con tuberculosis pulmonar en el primer nivel de atención en salud”, fue un esfuerzo que tuvo lugar durante el período comprendido de los meses de febrero a noviembre de dos mil quince en cuatro Unidades Comunitarias de Salud Familiar del SIBASI Centro y Oriente de la Región de Salud Metropolitana de las Redes Integrales e Integradas de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud de El Salvador.

La investigación tuvo por objeto evaluar la aplicación del PAEC según las fases de este (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) durante las visitas domiciliarias y mediante la revisión de los registros existentes en visitas realizadas y documentados en los expedientes clínicos de los usuarios con Tuberculosis Pulmonar bacteriológicamente positivas o negativas; dichos casos representaron una población de treinta y tres sujetos inscritos en el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis, distribuidos como sigue: trece usuarios para la UCSFE Unicentro, ocho sujetos en la UCSFE Dr. Mauricio Sol Nerio (San Jacinto), ocho usuarios en la UCSFE Dr. Juan Ramón Alvarenga Andino (San Miguelito) y cuatro sujetos en la UCSFE Barrios.

Para la consecución de dicho fin el tipo de estudio fue cualicuantitativo porque exploró variables cualitativas y cuantitativas del fenómeno de estudio; se utilizó una guía de entrevista focalizada, donde se obtuvo información de los pacientes y una guía de revisión documental para los PAEC que se encuentran en el expediente clínico correspondiente a cada usuario inscrito en el programa de Tb; encontrándose solamente seis Procesos de Atención de Enfermería Comunitario completos.

Únicamente se aplicó el PAEC al paciente con Tb Pulmonar durante la visita domiciliar en las UCSFE Barrios y UCSFE San Miguelito; de los cuales, se han desarrollado las cinco etapas de este; pero se percibe una fuerte debilidad en la valoración, la planificación y la evaluación, al igual que en el registro de intervenciones y eventos específicos en el ambiente domiciliar, de la misma manera una debilidad en las notas de enfermería de las visitas domiciliar.

Por otra parte se está haciendo una buena labor en la búsqueda de contactos y en la identificación del contacto sintomático respiratorio, así como la identificación de personas con mayor vulnerabilidad.

Es evidente que el riesgo social al que se exponen los miembros del equipo de salud, razón por el cual, la mayoría de visitas domiciliarias son llevadas a cabo por los Promotores de Salud; sin embargo, no existe registro del seguimiento que la Enfermera hace a las intervenciones del Promotor de Salud.

Introducción

El cuidado de enfermería es la esencia y el distintivo de la profesión. Se hace impredecible que cada contacto del personal de enfermería con la persona y la familia, sea proporcionado con amabilidad y sobre todo con conocimientos técnicos, utilizando como herramienta el proceso de atención de enfermería. Se requiere un compromiso entre el que da y el que recibe el cuidado, siendo dirigido a la persona en sus necesidades logrando así una atención integral según el Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL, 2014, p.11).

El personal de enfermería dinamiza un engranaje complejo, formando parte de la fuerza trascendente del proceso de trabajo generando cuidados al paciente para la pronta recuperación de éste. La preparación de la enfermera en las diferentes áreas de su ejercicio profesional, además de dar respuesta a las demandas de atención del usuario y al trabajo multidisciplinario, actúa de forma independiente como producto de su constante aprendizaje tanto técnico y científico. La teoría del déficit del autocuidado de Orem adoptado y adaptada al área comunitaria ayuda a la enfermera en la planificación y ejecución de intervenciones para que el usuario, la familia, los grupos de riesgo y las comunidades modifiquen sus estilos de vida y adecúen su entorno para su bienestar, mediante acciones específicas y realistas de educación y promoción de su propia salud.

La investigación, permitió indagar sobre la aplicación del proceso de atención de enfermería en pacientes con Tuberculosis pulmonar bacteriológicamente positivos o negativos, en el primer nivel de atención en salud inscritos en el programa entre el período comprendido entre febrero a noviembre del 2015, pretendiendo influir en la mejora continua del personal de enfermería con respecto a las estrategias implementadas en el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en el establecimiento para los cuidados de enfermería durante la visita domiciliar; debe señalarse también, que la inseguridad social impide en algunas ocasiones que se realicen las visitas domiciliarias, es ahí donde la enfermera debe reflexionar en qué escenario* puede abordar al paciente para priorizar su diagnóstico y así, contribuir a garantizar el autocuidado en este proceso de salud enfermedad.

El proyecto de investigación consta de nueve capítulos, los cuales se detallan de la siguiente forma:

Capítulo I, planteamiento del problema se expone el objetivo primordial de la enfermera con respecto al cuidado individualizado por medio del proceso de atención de enfermería

* Los escenarios pueden ser el domicilio, la comunidad, el establecimiento de salud, el lugar de trabajo y/ o centros escolares, centros penales.

comunitario, aplicado en pacientes con Tb, proyectando responder la relación entre la prevención y control de dicha enfermedad con la aplicación del PAEC.

Así mismo, se expone que las intervenciones de enfermería son planificadas y ejecutadas siguiendo los lineamientos y normas establecidas por el MINSAL.

En el Capítulo II, se ostentan los objetivos que se elaboraron de acuerdo a la identificación y el reconocimiento de la planificación y ejecución del PAE aplicado en el usuario, en sus diferentes fases del tratamiento.

El Capítulo III, denominado marco referencial, se exponen los elementos conceptuales de la atención primaria en salud, como el que rige el operar del equipo de salud de donde parten las diferentes directrices y ámbitos del actuar del profesional de salud y donde se desenvuelve la enfermera comunitaria que ejerce un papel fundamental en esta área, así como los roles y funciones de la misma; a la vez, se presentan los componentes teóricos del PAEC; La teoría de Dorothea Orem adaptada en El Salvador, también comparando la teoría de Virginia Henderson y Orem que hablan del autocuidado pero que ambas le dan un enfoque diferente según el ámbito de aplicación, aunado a un marco legal que sustenta los cambios técnicos y científicos relacionados con la prevención y control de la Tb. Posteriormente abordando las características fisiopatológicas de la Tb, epidemiología en el país, se exponen la clasificación de la Tb y sus categorías, así como la estrategia del TAES.

El Capítulo IV, se muestran el sistemas de hipótesis; que representa la estructura que permitirá explicar y establecer una relación del proceso de atención de enfermería comunitario con las necesidades y problemas de salud del paciente con Tuberculosis Pulmonar y la los Lineamientos Técnicos de Prevención y Control de la Tuberculosis.

Capítulo V, se expone el sistema de variables; este permitirá relacionar el concepto aplicación con las necesidades de los pacientes y su cumplimiento, mediante los lineamientos técnicos de prevención y control de Tb pulmonar al plantear la operacionalización de variables.

En el Capítulo VI, se incluye el diseño metodológico, en el cual se describe el tipo de estudio, área en que se realiza la investigación, población total de los usuarios inscritos en el programa, procedimientos, análisis de la información, resultados esperados y consideraciones éticas.

El Capítulo VII, se presentan los resultados cuantitativos, al mostrar el total de PAEC aplicados en las diferentes UCSFE, junto a una descripción de la interrogante; y se muestran resultados cualitativos, que dieron como resultado de una entrevista focalizada, a pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión.

En el Capítulo VIII, se manifiesta la discusión de la investigación, en donde se retoman elementos importantes de la misma.

Capítulo IX, las recomendaciones y conclusiones que se llegaron de la investigación y que como grupo investigador presentamos, acorde a lo que se fue encontrando; finalmente se comparten como anexos el cronograma de actividades, el presupuesto, el consentimiento informado, la guía de revisión documental, la guía de entrevista focalizada y los formularios PCT.

I. Planteamiento del Problema

A. Antecedentes del problema

El término de Proceso de Atención de Enfermería aparece en los escritos de enfermería a mediados de 1955, cuando Lidia Hall describía a la enfermería como un proceso; sin embargo su descripción tardó varios años en tener aceptación como parte del cuidado integral de enfermería. Posteriormente en 1967, Yura y Walsh, crearon un primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación. La lucha de las enfermeras por definir el campo de la profesión y con el objetivo de obtener un status profesional enfocó sus investigaciones hacia el desarrollo del diagnóstico de enfermería. De esta forma la American Nursing Association (ANA) apoyó e impulsó el diagnóstico de enfermería, puesto que el campo de acción iba aumentando en la promoción de la salud y por ello se destacaba la necesidad de obtener una comunicación más apropiada entre los profesionales de enfermería y así asegurar la atención y un cuidado integral que es la meta de este proceso (Flamenco, 2013, p.10).

En una entrevista focalizada realizada a Julia Dolores Guardón, Supervisora de Enfermería del MINSAL, realizada el 26 de febrero de 2013; expresó que:

El PAE se introduce en El Salvador en la década de los ochenta, en la parte formativa, pero no se aplicaba en la práctica; si no hasta en el año 2001 que la Unidad de Enfermería inicio su aplicación. Ya que fue durante ese año que se capacitaron a 20 enfermeras participantes, 5 integrantes del Comité Nacional, que trabajaron en la elaboración de tres documentos que sirven como guía para la aplicación del PAE (Flamenco, 2013, p.13).

Previo a su implementación, la Unidad de Enfermería del Ministerio de Salud, “*entrenó a un grupo de facilitadoras, en el 2001, por medio de JICA, y el proyecto Ángeles con el título Desarrollando Capacidades en enfermeras/os*” (parr.2). Quienes fueron las responsables directas de capacitar al personal de Enfermería de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de todo el país, esta teoría va dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, familia y comunidad, siendo los elementos paradigmáticos de enfermería: Persona, Entorno, Salud y Enfermería, quienes ayudan a restablecer la salud al paciente, con diferentes patologías; para este caso, personas con Tb pulmonar; y así regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar

Según la OMS (2013, 2015) y el CIE (2008), exponen que la Tb a través de la historia:

Como una enfermedad tan antigua como la especie humana. El nombre de 'tuberculosis' viene utilizándose desde mediados del siglo pasado. La tuberculosis, llamada también tisis y apodada "la plaga blanca", aparece nombrada por vez primera en la literatura griega. En torno al año 460 a.C. Hipócrates la describió como la enfermedad más generalizada de su tiempo” (p.10).

Las descripciones etiológicas y patológicas exactas de la enfermedad comienzan a aparecer en el siglo XVII, con la introducción de los sanatorios, aparecieron las primeras esperanzas de curación de la Tb. Estos centros especiales se situaban en zonas de clima más saludable, en las que los pacientes estaban constantemente expuestos al aire puro. Mejorar las condiciones sociales y sanitarias y asegurar una nutrición adecuada era todo lo que podía hacerse para fortalecer las defensas corporales contra la Tb. Todavía se desconoce si los sanatorios ayudaron realmente a las personas con Tb. Había también muchas personas tuberculosas que no podían permitirse ir a un sanatorio y morían en casa. En 1865, un médico militar francés, Jean-Antoine Villemin, demostró que la Tb podía contagiarse de los humanos al ganado mayor y de éste a los conejos. Sobre la base de estas pruebas postuló que la Tb era contagiosa y que su causa era un microorganismo.

En 1882, un científico alemán, Robert Koch, descubrió el *Mycobacterium tuberculosis* y entonces comenzó la lucha contra la Tb. Otro hito se produjo en 1895, cuando Wilhelm Konrad von Roentgen descubrió los rayos-X. Los avances y la gravedad de la enfermedad de un paciente podían ya seguirse y examinarse. El bacteriólogo francés Albert Calmette colaboró con Camille Guérin para desarrollar una vacuna contra la Tb. En 1921, ya habían desarrollado un bacilo inocuo para el hombre, aunque capaz de estimular la producción de anticuerpos. En 1924, comenzó a practicarse a gran escala la vacunación de los recién nacidos. Todavía hoy se utiliza la vacuna mediante el Bacilo Calmette Guérin (BCG).

En 1943, en plena Segunda Guerra Mundial, un científico estadounidense, Selman A. Waksman, descubrió la estreptomycin, antibiótico capaz de matar las bacterias de la Tb. En los años siguientes, apareció una rápida sucesión de medicamentos contra la Tb. Esto fue muy importante porque, con la monoterapia de la estreptomycin, habían comenzado a aparecer mutantes resistentes a ella, lo que ponía en peligro el éxito de la terapia con este antibiótico. Después de la estreptomycin, se introdujeron como agentes contra la tuberculosis, la isoniacida (1952), la pirazinamida (1954), el etambuctol (1962) y la rifampicina (1963).

B. Situación problemática

La Tb es la mayor causa de enfermedad y muerte en el mundo, especialmente en Asia y África. A nivel mundial se estimó que para el año 2012 fueron 9.4 millones de casos nuevos, notificados 6,090.211 millones de casos nuevos y recaídas baciloscopías positivas (64% de total) y 300,000 casos de coinfecciones Tb/VIH. La OMS informa que a nivel mundial existen 2,099 millones de personas infectadas por el *mycobacterium tuberculosis*, al año ocurren 9.27 millones de casos nuevos de Tb activas y fallecen 3 millones de personas. Se estima que sin recibir tratamiento una persona con Tb latente infectará de 10 a 15 personas en un año, siendo este el número más elevado de la historia. También, la OMS reportó para el año 2012 una incidencia regional de 22 casos de Tb todas las formas por 100,000 habitantes, notificando 232,695 casos de los cuales 122,606 fueron casos positivos. Si no se da tratamiento adecuado, la persona puede complicarse hasta llegar a morir, se calcula que entre 60 mil y 75 mil personas mueren de tuberculosis cada año, la mayoría adultos en sus años productivos. La pandemia de VIH la confección de VIH avanzado y Tb favorecen el incremento de caos de tuberculosis y limitan las posibilidades de control de la enfermedad (MINSAL, 2014, p. 7).

En El Salvador en 1997, el Programa Nacional de Control de la TB inicia la aplicación Estrategia TAES en el 10% del país (departamento de Sonsonate), luego continuó progresivamente extendiendo la estrategia hasta alcanzar el 100 % de cobertura en el año 2001, con lo cual se ha mejorado la administración del tratamiento, para ese año la tasa de incidencia fue de 28.1 por cada 100,000 hab., y para el 2004 se reportó una tasa de 20.8 por cada 100,000 habitantes, es decir, se ha reducido la incidencia a razón de 1.05 por año (Garay, 2015).

Para el año 2014, la incidencia de casos con Tb en todas sus formas fue de 2,206, lo que equivale una tasa de 34.5 por cada 100,000 habitantes; en conexión a ello, para el año 2013 se obtuvo un porcentaje del 93.1% de curación en casos nuevos de Tb bacteriológicamente confirmados. En San Salvador, el número de casos nuevos de Tb en todas sus formas fue de 790, siendo éste el más alto a nivel nacional; sin embargo, el departamento que tiene la tasas más elevada por cada 100,000 habitantes es Chalatenango, con el 74.5 para el año 2014; en cuanto a los casos por edad, se tiene que las personas entre las edades de 25 y 34 años padecen con más frecuencia la enfermedad haciendo un total de 445 casos solo en este rango de edad en 2014. En cuanto a los casos por sexo, se advierte que 338 de los casos eran en personas de sexo masculino y 107 en personas del sexo femenino.

C. Delimitación del problema

La enfermera debe desarrollarse para trabajar de una manera óptima, siguiendo lineamientos, roles y funciones que debe cumplir y que son propuestos por la Unidad de Enfermería del MINSAL (2016); el continuo del cuidado, es uno de los componentes operativos que está tomando una relevancia importante y trascendental en el país, siendo uno de sus objetivos específicos el siguiente:

Controlar a través del monitoreo, supervisión y evaluación de las intervenciones de enfermería la aplicación efectiva de la normativa técnica y administrativa del cuidado de enfermería y de los diferentes programas de atención integral e integrada (MINSAL, 2016, parr.3).

Debido a lo antes expuesto, surge la iniciativa de evidenciar la aplicación del PAE en la prevención y control de Tb en el primer nivel de atención en salud, ya que hay cifras de casos de la enfermedad en todas sus formas, ya que no se encuentran evidencias sobre el rol protagónico de la enfermera en dicho programa.

Los casos de Tuberculosis Pulmonar suman 33 (12 femeninos y 21 masculinos) en las UCSFE especializadas de San Jacinto (con 8 usuarios, 5 masculinos, 3 femeninos), UCSFE San Miguelito (con 8 usuarios, 5 masculinos, 3 femeninos), UCSFE Barrios (con 4 pacientes de Tb, 3 masculinos, 1 femenino) y la UCSFE Unicentro de Soyapango (con 13 usuarios, 8 masculinos y 5 femeninos); dichos establecimientos fueron elegidos por ser modelos en la operativización del programa, para el caso de las primeras tres UCSFE, también por contar con una variedad de servicios de salud, por tener una amplia área geográfica de influencia y una alta demanda de los servicios. De igual forma, la investigación se circunscribe para el período de febrero a noviembre del año 2015, tiempo en el cual, los usuarios denominados caso tuberculosis se mantienen activos (ingresados) en el Programa de Prevención y Control de la enfermedad, lo que permitió evidenciar la intervenciones realizadas recientemente.

D. Enunciado del problema

En consecuencia a lo planteado, el equipo investigador ha respondido a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo ha sido la aplicación del proceso de atención de enfermería en la prevención y control de pacientes con Tb en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Especializada Barrios, San Jacinto, San Miguelito y Unicentro durante el período comprendido entre febrero y noviembre del 2015?

II. Marco de Referencia

A. Atención Primaria en Salud

La APS, según la declaración de Alma Ata (1978), se define como: “la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familia de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en toda y cada una de sus etapas de desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”(OPS/OMS, 2003; PAHO 2007; OMS, 2008).

Para el 2005, la OPS junto con la OMS propusieron una nueva forma de hacer cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible propuestos en septiembre de 2015. Junto al enfoque del modelo APSI y expone la definición de APSI como:

El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, de las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural (p.12).

Esta definición busca una nueva visión de la salud haciendo el centro de ello a las personas, viéndolas de una forma biopsicosocial dentro de un contexto sociopolítico y natural concreto, donde ellos son partícipes de su cuidado como miembro activo que se involucran en los cambios que se dan en su entorno, de esta forma teniendo como fin mejorar su bienestar por medio de una atención integral, con calidez y calidad.

El 11 de marzo de 2011, se reunieron ocho países en El Salvador con el tema de (Revitalizando la Salud para Todos: Aprendiendo de Experiencias de Atención Primaria Integral en Salud) donde el país expone sus logros con la reforma de salud, de llevar la salud a toda la población por medio de las RIISS (redes integradas e integrales de los servicios de salud) y los ECOS (Equipos Comunitarios de Salud) que por medio de ellos se ayuda a que las personas no sean excluidas de la atención. Ávila, Serrano y Ayala (2000) en su libro *Enfermería en Salud Comunitaria*, manifiestan las características generales de los programas en la estrategia de Atención Primaria en Salud, las cuales son:

- Deben garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud esenciales.
- Deben realizarse las actividades de promoción y prevención, combinándolos en forma adecuada con las de tratamiento y rehabilitación.

Se concluyen que su aporte aunque no sea de utilidad propiamente en el estudio la APS, aborda las generalidades como un punto de referencia en salud, de donde parten las decisiones, las directrices y las diferentes formas de cómo afrontar las morbilidades que presenta el usuario en su ambiente biopsicosocial y de esa forma no se dejan eslabones de cómo se brinda la atención a los usuarios.

1) Principios y ámbitos que se desenvuelve la enfermera comunitaria

En 1976, la OMS y la OPS plantearon la necesidad de potenciar la contribución de la enfermería al mejoramiento de la salud en las comunidades, ya que es uno de los pilares en la Salud Pública. La Salud Pública tiene diversos ámbitos en que se desenvuelve y en la cual la enfermera también está inmersa en:

- Promoción de la salud.
- Protección de la salud.
- Prevención de enfermedades.
- Atención preventiva y de rehabilitación.
- Mejorar las condiciones sanitarias.

Algunos de los principios de la enfermería comunitaria relevantes según Vásquez *et al* (2005) son:

- Fundamentada en las necesidades y problemas de salud prioritarios de la población.
- Prestación de una atención preventiva y curativa a la población.
- Evaluación continuada de la situación de salud de individuos, familias y grupos.
- La educación para la salud es un instrumento básico para el trabajo de la enfermera comunitaria.
- Debe trabajar con y para la comunidad promoviendo y estimulando su participación potenciando al máximo el autocuidado.

2) Ámbitos de actuación y roles de la enfermera comunitaria.

Según Vásquez, *et al* (2005) los diferentes ámbitos en el que se desempeña la enfermera pueden ser muy variados, dirigido a la persona, grupo familiar, grupal y comunitario; los cuales se conceptualizan a continuación:

- *Individual*: se aborda a cada persona de acuerdo a sus propias necesidades de salud.
- *Familiar*: cuando se toma al conjunto de la familia como unidad del trabajo de enfermería.
- *Grupal*: el objetivo de la actuación profesional es un grupo de la comunidad con problemas o necesidades comunes, por ejemplo: grupos según edad, morbilidad, entre otros.
- *Comunitario*: cuando la actividad de enfermería tiene como centro de atención a toda la población.

También se fragmenta del ámbito de lugar o espacio físico (centros de salud, domicilio, centros educativos, centros de trabajo, medio ambiente comunitario, entre otros).

Roles Funcionales

La enfermera comunitaria desempeña roles que requieren conocimientos técnicos, habilidades y prácticas que son propias de la disciplina para la consecución de los ideales de la APSI; entre ellos están (Vásquez *et al*, 2005).:

- *Rol de proveedora de cuidados*: El arte y ciencia de cuidar de una manera individual, integral y continua, con respeto y dignidad y no simplemente la acción de realizar un procedimiento.
- *Rol de educadora*: Va dirigido a educar en salud a la población, entendiéndose al desarrollo de capacidades y habilidades para el autocuidado de la salud.
- *Rol de administradora*: Utilizar el modelo de atención de enfermería más idóneo para las intervenciones de enfermería, y promover la salud en coordinación con otras entidades.
- *Rol de investigadora*: Crear nuevos conocimientos por medio de la investigación, flexibles a la expansión de nuevos conocimientos para avanzar en la atención que se brindan al paciente.

B. Marco legal

La norma técnica de prevención y control de la TB (2015) hace mención de los siguientes aspectos:

Según el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería (CIE, 2008) “*las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento [...]*”; estos deberes son inherentes a la profesión, y la enfermera y enfermero están obligados a cumplirlos independiente del área en el que se desempeñe en la atención sanitaria. Por otra parte la norma técnica de prevención y control de tuberculosis expresa que:

A partir del mandato establecido en el artículo 65 de la Constitución de la República, que determina que “la salud de los habitantes constituye un bien público”, el sistema jurídico se construye y delimita bajo la consideración que la salud constituye un conjunto de expectativas y prerrogativas de carácter legítimo e inclusivo que es imposible reducir a la mera ausencia de enfermedad; en este sentido, este derecho se concretiza a través del acceso de la garantía de acceso equitativo a aquellas condiciones que aparecen como esenciales al desarrollo humano. De igual manera, dicha disposición constitucional establece que constituye una obligación ineludible del Estado determinar el contenido de la política nacional de salud así como controlar y supervisar su aplicación.

Esta disposición es complementada con lo establecido en los artículos 40 al 42 del Código de Salud, que determinan de manera específica que compete al Ministerio de Salud determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de salud; de igual manera, le corresponde dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades estatales relacionadas con la salud.

A partir de los términos contenidos dentro de dichas disposiciones, se advierte que, como toda política pública, la Política de Salud debe constituirse como un marco de actuaciones en el que se establecen “uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables y por medios y acciones que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos (Roth, 2002, p. 27).

Dentro de esta función rectora, cabe señalar que al MINSAL le corresponde establecer las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población, lo que implica la adopción de estándares científicos y objetivos que fijen pautas de consideración metodológica para todos aquellos actores sociales y públicos involucrados en la esfera de la salud. De igual manera y dada la especial naturaleza de las ciencias de la salud, el MINSAL, posee una función de aspectos éticos y técnicos vinculados a las actividades de las personas naturales y jurídicas; bajo dicho ámbito de competencia, el Ministerio es el responsable primario de asegurar el cumplimiento de la legislación en materia de salud en todos los niveles.

Las disposiciones anteriormente mencionadas, que se derivan de ley formal, son complementadas y ampliadas por reglamentos tales como el Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, que en su artículo 42 brinda nuevos elementos de consideración a labor de esta cartera de Estado; desde una perspectiva operativa, la finalidad de dicho sistema normativo es constituir un marco de actuación que delimite funciones específicas a actores determinados, que de esta manera recibirán reglas de actuación claras que permitirán utilizar sus recursos de manera eficaz y eficiente.

Para el caso de la tuberculosis, el Código de Salud establece elementos nucleares de consideración en relación a dicha enfermedad contagiosa; a tales efectos, el artículo 149 del Código de Salud detalla que para el control "de la tuberculosis se dictarán las normas y se acordarán las acciones que, en forma integrada, tendrán por objeto la prevención de la enfermedad; diagnóstico, localización y el adecuado tratamiento; control y rehabilitación de

los enfermos. Estas normas y acciones serán obligatorias en todos los establecimientos de salud públicos y privados".

Dichas acciones son delimitadas de manera científica y más específica en cuerpos normativos de naturaleza mayormente técnica, ejemplo de ello es la Norma Técnica Para la Prevención y Control de la Tuberculosis, que define su ámbito de aplicación, la autoridad competente de su implementación, la terminología básica, actividades de promoción de información, parámetros de detección y búsqueda de casos, criterios de diagnóstico; de igual manera, establece una clasificación de la enfermedad al tiempo que detalla criterios de tratamiento, de hospitalización y de referencia, entre otros.

C. Modelo teórico Dorothea Orem vs. Virginia Henderson

Orem* y Henderson** tienen el mismo objetivo en sus teorías, ayudar al individuo a su pronta recuperación, conservación de la salud y optimización de esta; con ayuda de sus modelos y la contribución de la enfermera por medio del proceso de atención de enfermería; las dos teorías entran en la tendencia de suplencia o ayuda. En los cuadros 1, 2 y 3, se muestra una comparación entre los modelos teóricos.

***Dorothea Orem**, y su aporte con la teoría General del Autocuidado, la cual se divide en tres subteorías relacionadas del autocuidado (de déficit de autocuidado y de sistemas de enfermería).

****Virginia Henderson** aporta a una visión clara de los cuidados de enfermería, implementando la relación enfermero/ paciente. centralizados

Cuadro 1. Comparación de los elementos conceptuales de los modelos teóricos de Orem y Henderson

	Dorothea Orem	Virginia Henderson
Objetivos de las teorías	"Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad".	La independencia se aumenta, con la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales, o con una muerte digna.
Función de enfermería	"Ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros".	"La función propia de enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o la muerte pacífica), actividades que la persona realizaría si tuviera la fuerza, voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal manera que le ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible".
Conceptualización de su teoría	Autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "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".	Principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería. Los cuidados consisten principalmente en ayudar al individuo o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen en su salud o restablecimiento.

Fuente: elaboración propia, tomado de Modelos y Teorías en Enfermería (2007).

Cuadro 2. Relación de ayuda de los modelos teóricos de Orem y Henderson

Dorothea Orem	Virginia Henderson
<p>Sub teorías</p> <p><i>Teoría del autocuidado</i>, describe por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas. ¿Cómo y porque?</p> <p><i>Teoría del déficit del autocuidado</i>, describe y explica como la Enfermera puede ayudar a la gente. ¿Por qué enfermería puede ayudar?</p> <p><i>Teoría sistemas enfermeros</i>, describe y explica las relaciones que deben mantenerse para que se produzca el cuidado enfermero. ¿Cómo ayuda la enfermería?</p> <p>a) Sistema de enfermería parcialmente compensatorio.</p> <p>b) Sistema de enfermería de apoyo-educación.</p> <p>c) Sistema de enfermería totalmente compensatorio.</p>	<p>Segmento de su teoría</p> <p>Relación enfermera-paciente en sus tres niveles de intervención.</p> <p>a) Sustituta (compensa lo que necesita el usuario).</p> <p>b) Ayuda (establece intervenciones).</p> <p>c) Compañera (estimula al paciente y actúa como miembro de un equipo multidisciplinario).</p> <p>Necesidades independientes, son satisfechas por la persona tiene; conocimiento, la fuerza y la voluntad para hacerlas.</p> <p>Necesidades dependientes, cuando surgen los problemas de salud en la persona y más de alguna necesidad no se satisface.</p>

Fuente: elaboración propia, tomado de Modelos y Teorías en Enfermería (2007).

Cuadro 3. Aspectos y condiciones de la persona a resolver con los modelos teóricos de Orem y Henderson

Dorothea Orem	Virginia Henderson
<p>Define además tres requisitos de autocuidado, que esperara alcanzar:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) <i>Requisitos de autocuidado universal:</i> son comunes a todos los individuos. b) <i>Requisitos de autocuidado del desarrollo:</i> promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano. c) <i>Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:</i> que surgen o están vinculados a los estados de salud. 	<p>Necesidades básicas para todos los individuos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Permanentes (edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural). b) Variables (estados patológicos). <p>Además plantea catorce necesidades fundamentales del ser humano (respirar normalmente, comer y beber de forma adecuada, eliminar los desechos corporales, moverse y mantener una postura adecuada, dormir y descansar ,elegir la ropa adecuada, mantener la temperatura corporal, mantener la higiene corporal, evitar los peligros del entorno, comunicarse con los otros, actuar con arreglo a la propia fe, trabajar para sentirse realizado, participar en diversas formas de entretenimiento y aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.</p>

Fuente: elaboración propia, tomado de Modelos y Teorías en Enfermería (2007).

1) Proceso de Atención de Enfermería

El PAE es un proceso sistemático y organizado con base en la solución de problemas, para administrar cuidados de enfermería individualizados derivados de la identificación de problemas reales y potenciales de la persona, familia y comunidad. En su estudio de tesis, exponen que:

La profesión de enfermería se basa en conocimientos teóricos que le son propios y tiene una base científico-técnico de donde procede el servicio que se proporciona a la sociedad, este campo de conocimientos permite fundamentar científicamente las intervenciones profesionales y facilita la interacción de la enfermería, en el marco del saber, con otras disciplinas del campo de la salud (Rodas, Vásquez y Vigil, 2012, p. 20).

A continuación se presentan algunas utilidades del PAE:

- Favorece la individualización de los cuidados en la atención
- Permite una comunicación eficiente con la persona
- Permite la administración del cuidado de forma directa
- Permite la administración de los servicios y los recursos para el cuidado.

La aplicación del PAE tiene repercusiones sobre la profesión, la persona, la familia y la comunidad; además define el campo del ejercicio profesional. La persona es beneficiada ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería, y para el profesional de enfermería se produce un aumento de la satisfacción personal y profesional.

El proceso de enfermería contiene cinco fases articuladas entre sí, siendo una consecuente de la otra, estas fases son:

- **Valoración:** en esta primera fase se obtiene información para controlar los problemas de salud y factores de riesgo que puedan contribuir a estos.
- **Diagnóstico:** es la expresión del problema real o potencial de un paciente, a la cual se llega haciendo el análisis de los datos recogidos.
- **Planeación:** es un proceso continuado que implica trazar objetivos, fijar metas, prioridades, determinar las intervenciones de enfermería para lograr resultados esperados y documentar el plan de cuidados.
- **Ejecución:** es la puesta en práctica de aquellas actuaciones de enfermería que ayudan al paciente a alcanzar lo esperado y realizar la observación de las respuestas iniciales.
- **Evaluación:** es un proceso sistemático y continuo mediante el cual se detecta si se han alcanzado los resultados establecidos en los objetivos y, al mismo tiempo, nos indica si las actividades deben modificarse.

2) Proceso de atención de enfermería según Dorothea Orem

Vásquez et al. (2005, p. 45) expone que el proceso de enfermería es un sistema de planeación en la ejecución de los cuidados de enfermería, cuyo objetivo es identificar la situación de salud del usuario, familia y comunidad, identificar los problemas relativos al cuidado de la salud reales o potenciales, para elaborar planes de enfermería que satisfagan las demandas identificadas y para proporcionar intervenciones de enfermería para la resolución de esas necesidades.

La teoría general del Autocuidado, de Dorothea Orem es adoptada y adaptada en el proceso de atención de enfermería en salud comunitaria* ya que aparte de tener como objetivo el

* **Salud comunitaria:** componente de la Salud Pública, se presta servicio al usuario, familia y comunidad, ejerciendo educación en salud por medio de la promoción, prevención.

bienestar del usuario y la recuperación de este, a la misma vez lograr el autocuidado por sí mismo, por medio del conocimiento, y la incidencia en sus estilos de vida y modificación de su entorno que se expone en determinado momento.

Ávila (2000), Vásquez (2005) y Tomey (2007), muestran las conceptualizaciones de Orem, que están presentes en todo el cuidado del usuario: persona, entorno, salud y la relación de ayuda. El proceso de enfermería tiene una secuencia lógica, sistemática, ya que los cuidados pueden finalizar si se han logrado los objetivos, o el ciclo puede comenzar con una nueva valoración. Para Orem el proceso requiere la participación de la enfermera en dos fases: operaciones interpersonales y operaciones tecnológicas profesionales.

Cuadro 4. Fases de PAE según Dorothea Orem

Operaciones interpersonales	Operaciones tecnológicas profesionales.
<p>El enfoque de la enfermera debe ser una comunicación estrecha con el usuario, la familia, comunidad, promotores de salud, para poder realizar una valoración objetiva en todas las etapas del proceso.</p> <p>Incluyendo en la recolección de información, ya que esto permite que la información sea veraz y que las intervenciones puedan realizarse, al disminuir las barreras existentes entre la enfermera y el usuario.</p>	<p>Son las que determinaran en si el rumbo que tomara el proceso y las acciones a seguir, si se necesitara de profesionales u otra persona que pueda dar la atención específica para la situación.</p> <p>Orem define cuatro etapas que corresponden al proceso de Enfermería.</p> <p>a) Operaciones de diagnóstico (determina las capacidades de autocuidados presentes y futuros, incluye valoración y diagnóstico del proceso).</p> <p>b) Operaciones prescriptivas (para satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico, después de la valoración y el diagnóstico, aborda problemas de lo que se puede hacer por el individuo, familia y comunidad.</p> <p>Fases de la operaciones prescriptivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Priorización (utiliza criterios) ▪ Formulación de objetivos ▪ Determinación de objetivos ▪ Determinación de las actividades ▪ Registra el plan de acción. <p>c) Operaciones reguladoras o de tratamiento. (intervenciones de enfermería) es la ejecución, llevar a cabo las acciones planificadas, haciéndolas por la persona, guiándola, apoyándola, proporcionando un entorno favorecedor en su desarrollo.</p> <p>Tres niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema totalmente compensatorio. ▪ Sistema parcialmente compensatorio. ▪ Sistema de apoyo educativo. <p>d) Operaciones reguladoras de control. Corresponde a la fase de evaluación (se identifican aspectos del plan que deben ajustarse, se evalúan los planes para tomar acciones de forma</p>

Operaciones interpersonales	Operaciones tecnológicas profesionales.
	continua y formal para mejora, es parte de cada una de las etapas del proceso).

Fuente: elaboración propia, tomado de Reinoso (2015) *Modelo de enfermería comunitario basado en el autocuidado y APSI*, [diapositivas de PowerPoint] (MINSAL) y Modelos de Enfermería Comunitaria una experiencia práctica en El Salvador (2005) y Modelos y teorías en enfermería (2007).

3) Proceso de Atención de Enfermería y su aporte en comunitaria

En El Salvador, se adoptó la teoría de Orem porque permite que las intervenciones de enfermería sean más sólidas, holísticas y que se puedan realizar mediante cuidados directos e indirectos, abordando no solo al paciente si no que a los individuos, las familias, a grupos y a la propia comunidad en su conjunto; es por ello, que la investigación se centra en la aplicación del PAEC con el enfoque de dicha teorista.

Como miembro de un equipo multidisciplinario y en el marco de una planificación general de atención de salud; el aporte que brinda la enfermera no va limitado a un grupo de edad o diagnósticos específicos, es continua y holística dándole un enfoque integral a cada individuo; es por eso que la teoría de Dorothea Orem es las más adecuada, para abordar al paciente

La contribución del personal de enfermería por medio de sus intervenciones puede ayudar en la reducción de los indicadores de salud de mortalidad, morbilidad y en el mejoramiento del bienestar de la población, el trabajo que se realiza como enfermera sería evidente, si se sistematizan los cuidados a través del proceso de enfermería y la adopción de una teoría que le permita demostrar cómo identificar necesidades de atención, priorizar y determinar acciones con la plena participación del individuo, la familia o la comunidad en su totalidad, para responder a esa necesidades y evaluar el resultado en función de los objetivos que se plantearon (Vásquez et al. 2005, p.7).

D. Tuberculosis pulmonar

1) Conceptualización

La tuberculosis es 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 gotitas generadas en el aparato respiratorio de pacientes con enfermedad pulmonar activa (OMS, 2015).

2) Clasificación de la Tuberculosis

El Programa Nacional de Tuberculosis y enfermedades respiratorias define Tb como: En sus formas más frecuentes, con baciloscopía positiva o como baciloscopía negativa. Esta forma de tuberculosis es la responsable de la transmisión de la enfermedad a miembros del grupo familiar y de la comunidad, causante de secuelas en casos diagnosticados tardíamente y de una alta proporción de muertes en enfermos que nunca recibieron tratamiento. La tuberculosis pulmonar se puede clasificar en bacteriológicamente positiva y bacteriológicamente negativa (MINSAL, 2012, 2014 y 2015).

a) Tuberculosis pulmonar bacteriológicamente positiva

Se debe considerar caso de tuberculosis pulmonar con bacteriología positiva a toda persona que al examen microscópico de una o más muestras de esputo, ha revelado la presencia de BAAR y se incluyen aquellas láminas en las que se ven de uno a nueve bacilos en cien campos en cualquiera de las muestras, entra en esta categoría a toda persona con:

- Gene Xpert MTB/RIF positivo ya sea sensible o resistente a Rifampicina.
- Cultivo BAAR positivo para *Mycobacterium tuberculosis* por cualquiera de los dos métodos (MINSAL, 2015: art.18).

b) Tuberculosis pulmonar bacteriológicamente negativa.

Debe considerarse Tb con bacteriología negativa a toda persona, clínicamente diagnosticada que no cumple los criterios establecidos en el artículo anterior, cuyo resultado de bacteriología inicial es negativo o que reúna los siguientes criterios (MINSAL, 2015: art. 19):

- Criterio médico basado en evidencia científica para prescribir tratamiento completo de medicamentos antituberculosos.
- Anormalidades anatómicas en la imagen radiológica sugestivas de tuberculosis.

c) Tuberculosis Extrapulmonar.

El CIE (2008) y MINSAL (2015) coinciden en que debe considerarse como tuberculosis extrapulmonar, cuando la enfermedad se encuentra en otras partes del cuerpo y fuera de los pulmones, algunos tejidos pueden ser:

- Las glándulas linfáticas cervicales (la más frecuente);
- Los huesos (en particular la columna vertebral);
- La cavidad pleural (con derrame pleural);
- Los riñones y el tracto genitourinario;
- Los intestinos y el peritoneo;
- El pericardio;
- La piel.

El diagnóstico debe basarse en evidenciar el bacilo o la lesión que este causa, en las muestras a través de cultivos o fuertes evidencias clínicas o histológicas compatibles con tuberculosis extrapulmonar activa, seguida por una decisión de un clínico de tratar al enfermo con un esquema completo de tratamiento antituberculoso.

3) Medios de diagnóstico

Los medios de diagnóstico son de ayuda para confirmar si existe la presencia del bacilo causante de Tb en cualquiera de sus formas; el MINSAL (2015), expone que dependerán del sitio anatómico en que se sospeche la enfermedad se determinará el medio de diagnóstico a emplear, siendo éstos: baciloscopía, cultivos, biopsias, tuberculina o PPD, Adenosin Deaminasa, en adelante ADA, y Gene Xpert MTB/RIF.

Cuadro 5.Medios de diagnósticos utilizados en caso de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar

Tuberculosis Pulmonar	Tuberculosis Extra pulmonar
Baciloscopía de esputos	Biopsia del lugar
Radiografía de tórax	Aspiración del lugar
Broncoscopía	Punción lumbar (si se sospecha de meningitis tuberculosa)
Toma de imágenes, ejemplo: mediante TAC o resonancia magnética.	Toma de imágenes, ejemplo: mediante TAC o resonancia magnética.
Prueba cutánea de la tuberculosis	Prueba cutánea de tuberculinas.
Lavado gástrico.	

Fuente: CIE (2008).

Cuadro 6.Descripción de los medios de diagnósticos empleados en la Tuberculosis

Medio diagnóstico	Definición	Pruebas
Bacteriológico	La baciloscopía de esputo es el método diagnóstico para la Tb más usado; se realiza a través de coloración de Zielh Neelsen.	Esputo Lavado gástrico Lavado bronquial Orina.
Cultivos de esputo y otras secreciones	Los procedimientos desarrollados para cultivos BAAR, incluyen tanto el método de Petroff con medio de cultivo de Lowsten Jensen o por el método de Kudoh que utiliza el medio de cultivo Ogawa.	
Radiografía de tórax	La radiografía de tórax anteroposterior se utiliza para detectar anomalías en el pecho. Las lesiones se pueden presentar en cualquier parte de los pulmones con tamaño, forma, densidad o cavitación	Radiografía de tórax puede servir para descartar la posibilidad de tuberculosis pulmonar en una persona que ha tenido una reacción positiva a la prueba cutánea de la tuberculina o a la prueba de sangre

Medio diagnóstico	Definición	Pruebas
	variable. Estas anomalías pueden ser un indicio de tuberculosis, pero no son suficientes para hacer un diagnóstico definitivo de la enfermedad.	para detectar la tuberculosis y que no tiene síntomas de la enfermedad.
Anatomopatológicos	Biopsias es la extracción o extirpación de una pequeña porción de tejido para examinarla luego en el laboratorio.	<i>Biopsia por punción</i> , se denomina percutánea. <i>Biopsia abierta</i> es una cirugía en la que se utiliza anestesia general o local. <i>Biopsia cerrada</i> , se utiliza una incisión quirúrgica mucho más pequeña que en la biopsia abierta.
Prueba de tuberculina	Conocida como prueba de Mantoux, derivado proteico purificado estándar, prueba cutánea con tuberculina o prueba cutánea de PPD es una prueba utilizada para el diagnóstico de la tuberculosis.	En esta prueba, se inyecta en la piel del brazo una sustancia llamada tuberculina. La tuberculina es una proteína derivada de bacilos de la tuberculosis muertos por calor. En la mayoría de las personas más infectadas, el sistema inmune reconoce la tuberculina porque es similar a los bacilos de la tuberculosis que causaron la infección. La tuberculina se emplea para diagnosticar, no es una vacuna. La prueba de tuberculina es útil para: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Examinar a una persona que no está enferma pero puede tener una Infección de tuberculosis, ▪ Examinar a grupos de personas en busca de la infección de tuberculosis; ▪ Examinar a la persona que tenga síntomas de la enfermedad de la tuberculosis. La reacción tardará de 48 a 72 horas en aparecer y el médico realiza una revisión del área.
G-Xpert MTB/RIF	Es una prueba molecular completamente automatizada que simultáneamente detecta a <i>Mycobacterium tuberculosis</i> y resistencia a rifampicina; provee resultados en menos de dos horas desde la recepción de la muestra. Requiere mínima bioseguridad, así como de capacitación al personal de laboratorios. El beneficio supera el costo de la prueba: diagnóstico precoz que permita un tratamiento adecuado (corta la cadena de transmisión, disminuya el riesgo de muerte y brinda equidad en el diagnóstico).	Resultado en 2 horas.5 ml ya sea de esputo o lavado bronquial una muestra es suficiente y el resultado estará disponible al quinto día de recibida la muestra.

Fuente: elaboración propia, tomado de OPS (2013), Centro para el Control y Prevención de Enfermedades [CDC] (2012); Cowles R. A., Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. (2012) y el Manual para el diagnóstico bacteriológico de la Tb (MINSAL, 2008).

4) Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES)

A más 100 años de descubierto el agente causal de la Tb por el Alemán Roberto Koch, está aún constituye la enfermedad infectocontagiosa que más vidas cobra en todo el mundo. En 1993, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró un estado de emergencia mundial, En 1995, murieron por TB más personas que en ningún año en la historia de la humanidad, cerca de 1 millón más que durante los años en que estaba en su apogeo la epidemia a principios del siglo XX. Actualmente sigue afectando a los grupos más vulnerables de la sociedad en todos los países.

Al respecto, la OMS promueve otra versión del TOD llamada “tratamiento breve bajo observación directa” (Directly Observed Therapy Short Course, DOTS) o “tratamiento acortado estrictamente supervisado” (TAES), el cual es un programa integral de tratamiento de la TB que se concentra en los países de ingresos bajos. El DOTS constituye una estrategia de cinco elementos para el control de la tuberculosis que consta del compromiso político, un mejor análisis de laboratorio, la observación directa de pacientes a medida que ingieren cada dosis de la medicación, un suministro de fármacos que proporciona de forma gratuita una combinación correcta y completa de drogas antituberculosas de tratamiento corto, y un sistema de notificación que documenta el progreso en la curación del paciente (Tablada, Lafargue y Orozco, 2010).

La meta del proyecto Solución TB es apoyar la expansión de la estrategia TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado), esta estrategia consiste en varios elementos definidos por la OMS (2010):

- Apoyo político sostenido.
- Acceso a servicios de laboratorio de calidad (Baciloscopía).
- TAES bajo un enfoque de “manejo de caso”.
- Suministro interrumpido de medicamento.
- Sistema de documentación y reporte que permita evaluar resultados*.

* **Dicha documentación son:** Registro de referencia de pacientes con tuberculosis (pct-1), Registro de sintomáticos respiratorios (pct-2), Solicitud de examen bacteriológico de tuberculosis (pct-3), Registro de actividades de laboratorio (pct-4), Criterios de ingreso (Pct-5), Registro, investigación y seguimiento de contactos de casos de tuberculosis de todas las formas (pct - 6), Registro de contactos relacionados con el caso en tratamiento (registrar también en el libro de contactos) (pct-6), Ficha de tratamiento de tuberculosis (pct-7), Hoja de referencia y contra referencia de pacientes con Tb (pct-8-a),. Hoja de referencia de pacientes con Tb (paciente ingresado en el programa y es referido para continuar tratamiento)(pct-8-b), Informe trimestral sobre detección de casos de Tuberculosis (pct - 9), Registrados 9 meses antes (pct - 10) y, el Libro de registro de envío de cultivos BAAR (pct-11).

a) Categorías y fases de Tuberculosis

En el siguiente cuadro se muestra el comportamiento de la Tb y cómo será el tratamiento de acuerdo a la respuesta ante la enfermedad por parte del usuario.

Cuadro 7. Categorías de TB

Categoría tratamiento antituberculoso	Paciente con tuberculosis.
I	El tratamiento categoría uno, debe indicarse a todo paciente que cumpla con la definición de caso nuevo de tuberculosis pulmonar, extrapulmonar, bacteriología positiva o negativa o por otros métodos diagnósticos autorizados por el MINSAL, el cual se describe en los Lineamientos técnicos para la prevención y control de la tuberculosis
	Casos nuevos de infección TB/VIH (pulmonar o extrapulmonar).
II	Caso TB pulmonar o extrapulmonar, que recibió tratamiento previo y presenta bacteriología positiva.
	Caso TB pulmonar o Extrapulmonar que recibió tratamiento previo y VIH (+).
III	Pacientes menores de diez años con TB pulmonar o Extrapulmonar.
	Paciente menores de diez años con TB pulmonar o Extrapulmonar y VIH (+).
IV	Caso de TB MDR confirmado o altamente sospechoso con o sin VIH, debe de indicarse a todo paciente con diagnóstico de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tuberculosis resistente a la rifampicina y multidrogorresistente (MDR); ▪ En casos crónicos o en aquel paciente que continúa con esputo positivo a pesar de un retratamiento estrictamente supervisado y que presenta resistencia a los medicamentos antituberculosos en su prueba de sensibilidad a drogas.

Fuente: elaboración propia tomando de referencia la Normativa Técnica de Prevención y Control de la Tuberculosis (MINSAL, 2015) y la Guía para el Equipo de Salud, Argentina (2009).

Como se cita en MINSAL (2015) y CIE (2008), se enuncian las fases de la tuberculosis en cualquiera de sus formas, según la categoría del tratamiento de la siguiente manera:

i. Para la categoría I

- Fase inicial intensiva: cuatro medicamentos administrados diariamente (isoniacida, rifampicina, pirazinamida, y etambutol) en combinación en dosis fijas y observadas directamente durante 2 meses; mejoraran los síntomas clínicos y reduce la población bacteriana, sin que aparezca resistencia a los medicamentos.

Al finalizar esta fase solicitar baciloscopía:

- Dos baciloscopía al inicio de la última semana del segundo, cuarto y sexto mes de tratamiento.
- Si es positiva, realizar cultivo y sensibilidad antibiótica y continuar esta fase un mes más y luego pasar a fase de continuación.
- Fase de continuación: una combinación de dos medicamentos (isoniacida y rifampicina) en combinación en dosis fijas, tres veces por semana durante cuatro meses, para eliminar los bacilos restantes e impedir la recaída; los pacientes con VIH continúan con la misma dosis los 6 días de la semana.

ii. Para la categoría II

- Fase inicial: dura 3 meses de tratamiento medicamentoso diario con isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol y estreptomina (este último fármaco solo se utiliza los primeros 2 meses).

Al finalizar esta fase solicitar baciloscopía:

- Con dos baciloscopía al inicio de la última semana del tercero, quinto y octavo mes de tratamiento.
- Si es positiva realizar cultivo y sensibilidad antibiótica y continuar un mes más con cuatro medicamentos y luego pasar a fase de continuación.
- Fase de continuación: dura 5 meses, con Isoniacida, Rifampicina y Etambutol. Con frecuencia de tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes) y a diaria para casos nuevos TB/VIH y privados de libertad.

En caso de coinfección TB/VIH y personas privadas de libertad, el tratamiento es a diario en la primera y segunda fase, recordando que la dosis debe ajustarse al peso en kilogramos.

iii. Para la categoría III

- Fase inicial: 2 meses, con Rifampicina, Isoniacida y Pirazinamida.

Dosis diaria exceptuando los domingos (6 días/semana).
Nº de dosis: 50 dosis.

- Fase de continuación: dura 4 meses, con Rifampicina e Isoniacida.
Tres veces por semana. (Lunes, miércoles y viernes)
Nº de dosis: 50 dosis.

Cuadro 8. Terminología en el tratamiento de la TB

Caso nuevo	Paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar o extrapulmonar que nunca ha sido tratado por tuberculosis o que ha tomado medicamentos antituberculosos por menos de un mes.
Casos previamente tratados	Son aquellos pacientes que han recibido tratamiento para TB anteriormente, por más de un mes, y son diagnosticados de nuevo como enfermos de TB activa. El riesgo de que sean portadores de cepas con fármaco resistencia es mayor que en casos nuevos. Dentro de los casos previamente tratados existen 4 grupos:
Recaída	Enfermedad ya tratada y que se había detectado curado o finalizó el tratamiento en el pasado y que ahora son diagnosticados con un episodio recurrente de TB bacteriológicamente positiva.
Pacientes con tratamiento después de pérdida al seguimiento	Pacientes que fueron tratados previamente menos de un mes por TB bacteriológicamente positivos y declarados pérdida al seguimiento al final del tratamiento.
Fracaso	Pacientes que han sido previamente tratados por TB y su tratamiento fracasó al final de su reciente curso de tratamiento.
Transferencia	Transferido de otro registro de tuberculosis para continuar tratamiento.
Otros	Todos los demás casos, casos crónicos que continúan teniendo una baciloscopía positiva al fin de un régimen de nuevo tratamiento.

Fuente: Normas Técnicas del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. (2013), y en la Guía para el Equipo de Salud de Tuberculosis. (2009). Normativa técnica para prevención y control de la TB. (2015) y el CIE (2008).

b) Esquemas de tratamiento recomendado

En la actualidad, hay 10 medicamentos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América. De éstos, los medicamentos de primera elección que son básicos en todo tratamiento contra la tuberculosis son:

- Isoniacida (INH)
- Rifampicina (RIF)
- Etambutol (EMB)
- Pirazinamida (PZA)

Cuidados generales, como se cita según la Guía Farmacología para Profesionales de Enfermería Bolaños. (2013) y el CIE (2008):

- Antes de iniciar el tratamiento y durante el mismo tendrían que realizarse estudios de sensibilidad para detectar posibles resistencias.
- Deben administrarse con alimentos o antiácidos.
- El paciente debe conocer la importancia de seguir con el tratamiento aunque le cause efectos adversos.
- Explicar que el paciente que toma Rifampicina puede notar un color rojo, anaranjado – rojo o pardo, en la saliva, orina, lágrimas, heces, sudor.
- Valorar la función visual con frecuencia durante el tratamiento.
- Pesarse periódicamente a la persona con Tb para ajustar la dosis y lograr la eficacia del tratamiento.

Cuadro 9. Cuidados generales para RAFAS

Cuidados RAFAS menores		
<i>Efecto</i>	<i>Medicamento</i>	<i>Cuidados generales.</i>
Anorexia, náuseas, dolor abdominal.	ZRHE	Administrar antes de cada comida.
Dolores articulares.	ZH	
Neuropatía periférica, insomnio, cefalea, euforia.	H	Administrar antes de acostarse, orientar sobre reportar oportunamente.
Orina anaranjada.	R	Explicar al paciente.
Síndrome pseudo-gripal (fiebre, malestar, temblores, cefalea, mialgias).	Z	
Cuidados RAFAS menores		
<i>Efecto</i>	<i>Medicamento</i>	<i>Cuidados generales.</i>
Hipersensibilidad cutánea de moderada a grave.	RHZES	Cambio de esquema en casos de reincidencia en los efectos.
Hipoacusia, vértigos, tinnitus, nistagmus	S	
Hepatotoxicidad	ZHR	Suspender tratamiento. Una vez resuelto el cuadro, reintroducir los fármacos de a uno por vez, controlando la función hepática.
Psicosis, crisis convulsiva, encefalopatía tóxica o coma.	H	Suspender H, reiniciar esquema sin H.
Neuritis óptica	E	Suspender E, reiniciar esquema sin E.
Trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, vasculitis, granulomas, nefritis intersticial, insuficiencia renal aguda.	R	Suspender R, reiniciar esquema sin R.

Fuente: CIE (2008).

III. Objetivos del Estudio

A. Objetivo general

Determinar las intervenciones que realiza el profesional de Enfermería en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería Comunitario en pacientes con Tuberculosis Pulmonar ingresados en el Programa de Prevención y Control de Tuberculosis en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Unicentro Soyapango, San Jacinto, San Miguelito y Barrios en el período comprendido de febrero a noviembre del 2015.

B. Objetivos específicos

- Documentar las intervenciones de enfermería realizadas en las visitas domiciliarias de seguimiento a pacientes con Tuberculosis Pulmonar y su familia.
- Identificar las intervenciones de promoción y educación en salud desarrolladas en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería Comunitario durante las visitas domiciliarias a la persona con Tuberculosis Pulmonar y su familia.
- Identificar los alcances y limitaciones para el éxito de la prevención y control de la tuberculosis pulmonar mediante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería Comunitario

IV. Sistema de Hipótesis

Una vez definidos los objetivos de conocimiento de la investigación sobre “la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en la prevención y control de la tuberculosis pulmonar”, se ha establecido una pregunta de investigación y se construyó el diseño metodológico que permitió recolectar alguna evidencia empírica para aceptación o rechazo de la hipótesis que a continuación se plantea:

- **Hipótesis de trabajo**

Las intervenciones implementadas en el Proceso de Atención de Enfermería responden a las necesidades y problemas de salud de la persona con tuberculosis pulmonar siendo congruentes con los lineamientos técnicos de prevención y control de dicha enfermedad.

- **Hipótesis nula**

Las intervenciones implementadas en el Proceso de Atención de Enfermería no responden a las necesidades y problemas de salud de la persona con tuberculosis pulmonar ni a los lineamientos técnicos de prevención y control de dicha enfermedad.

V. Sistema de Variables

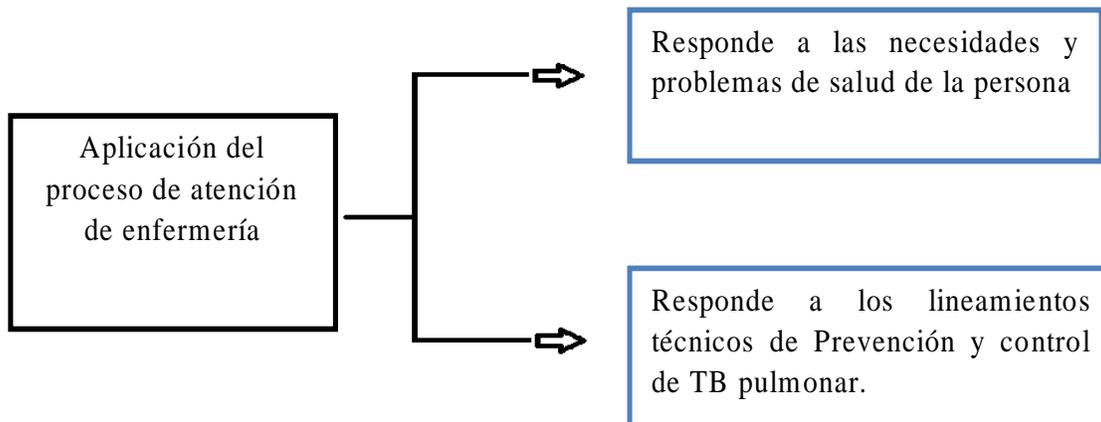
A. Definición operacional de variables

Proceso de atención en enfermería: Herramienta para dar cuidado de calidad, mejor desempeño profesional, método sistemático y organizado, que se requiere de conocimientos y habilidades, actitudes que permitan la prestación de cuidados de enfermería de forma lógica, racional y humanística (Caro y Guerra, 2011).

Necesidad de salud: Carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida (Torres y Vladislavovna, 2006).

Problema de salud: Hace referencia a todo lo que repercute al individuo tanto en lo físico, fisiológico y psicológico siendo el tiempo de estos variable.

B. Esquema de relación de variables



C. Matriz de congruencia

Variable	Dimensión	Indicador	Escala de medición	Ítems	Instrumento
Aplicación del proceso de atención de enfermería	Fase de planificación	Evidencia de la búsqueda de contactos	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Se buscaron a personas sintomáticas respiratorias? ▪ ¿Se investigó sobre la convivencia con personas en condiciones de riesgo? (VIH, desnutrición, diabetes, niños, adultos mayores, otros). 	Guía de revisión documental y entrevista focalizada.
		Evidencia de la evaluación del entorno	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Se verifica que la habitación de la persona caso índice posee entrada de luz solar directa y ventilación adecuada? ▪ ¿Se analiza sobre el número de personas por habitación? 	Guía de revisión documental y entrevista focalizada.
		Evidencia de la evaluación del apoyo familiar	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Se exploraron las expectativas y temores sobre la enfermedad tuberculosa en el núcleo familiar? ▪ ¿Se exploró sobre la motivación en la adherencia al tratamiento? ▪ ¿Se indagó sobre el interés de los familiares en la nutrición de la persona con la enfermedad tuberculosa? ▪ ¿Se investigaron la existencia de necesidades educativas sobre la tuberculosis? 	Guía de revisión documental y entrevista focalizada.
	Fase de diagnóstico	Formulación de diagnósticos enfermeros de acuerdo a los lineamientos nacionales.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Los diagnósticos reúne los elementos para un diagnóstico real y/o potencial? 	Guía de revisión documental y entrevista focalizada.
		Formulación de diagnósticos enfermero pertinentes a las necesidades identificadas.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Los diagnósticos enfermeros son congruentes a los hallazgos en la Valoración? 	Guía de revisión documental y entrevista focalizada.

Variable	Dimensión	Indicador	Escala de medición	Ítems	Instrumento
	Fase de planificación	Planificación de intervenciones de promoción y educación para la salud	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Expone sobre la cadena de transmisión de la enfermedad tuberculosa? ▪ ¿Comunica los factores de riesgo de la enfermedad tuberculosa? ▪ ¿Indica la responsabilidad en el mantenimiento de la salud familiar? (autocuidado) ▪ ¿Fomenta el apoyo emocional como pilar en el tratamiento? ▪ ¿Construye junto a la familia los comportamientos a seguir? 	Guía de revisión documental y entrevista focalizada.
	Fase de ejecución	Implementación del plan de cuidados	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Se desarrollan las intervenciones junto a la persona y la familia? ▪ ¿Se hicieron adecuaciones en el entorno/ambiente junto a la familia? (en aquellas situaciones susceptibles de modificar) ▪ ¿Todas las intervenciones planeadas del agente y la agencia del cuidado fueron desarrolladas? ▪ ¿Se establecieron compromisos con la persona y la familia para el mantenimiento de la salud? 	Guía de revisión documental y entrevista focalizada.
	Fase de evaluación	Evidencia de la evaluación de resultados	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Existe evidencia sobre la consecución del objetivo propuesto en el plan de cuidados? ▪ ¿Los planes de cuidado están evaluados? 	Guía de revisión documental y entrevista focalizada.
			Seguimiento de la persona y de la familia	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Se verificó el cumplimiento de los compromisos adquiridos? ▪ ¿Se buscaron nuevas necesidades de salud?

VI. Diseño Metodológico

A. Tipo de estudio

A continuación se describen las características del estudio:

- Fue deductivo, porque se hizo una comparación de teorías e información documentada, tomando en cuenta pasos que se deben dar como observación y registro de los hechos.
- Fue aplicada ya que se pretende desarrollar soluciones a problemas prácticos, explicando el origen de la problemática, en la aplicación del PAE, en la prevención y control de la TB pulmonar.
- El análisis fue cualicuantitativo por el tipo de variables, donde los resultados y datos fueron representados en forma numérica, proporcionando una mayor comprensión acerca del significado de las acciones que se toman en la elaboración de los PAEC.
- El estudio fue transversal y retrospectivo, debido a que se circunscribieron las variables en el período comprendido de febrero a noviembre del 2015.

B. Área de estudio

Ubicación geográfica de las poblaciones en estudio

- UCSF Especializada Unicentro urbanización San Fernando, calle a la fuente frente a Unicentro, contiguo a Hospital. de Soyapango.
- UCSF Especializada Barrios, Alameda Manuel Enrique Araujo # 3555, San Salvador.
- UCSF Especializada Dr. Juan Ramón Alvarenga Andino (San Miguelito) 20 avenida. oriente. y 25 calle. oriente., san salvador, contiguo a INFRAMEN. San Salvador.
- UCSF Especializada Dr. Mauricio Sol Nerio (San Jacinto), avenida. Diplomático 1441 Barrio San Jacinto, San Salvador.

C. Población y muestra

La población de pacientes con Tb Pulmonar fueron un total de 33, en la sumatoria de los cuatro establecimientos de salud; que se especifica de la siguiente forma:

Unidad de Salud Comunitaria Familiar Especializada San Jacinto.

En la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Jacinto se encuentran 8 casos de Tb, de los cuales 6 son BK (+) y 2 BK (-).

Unidad de Salud Comunitaria Familiar Especializada Barrios.

En el programa de esta unidad se encuentran inscritos 4 casos nuevos con Tb, de los cuales 3 BK (-) 1 BK (+).

Unidad de Salud Comunitaria Familiar Especializada San Miguelito.

En la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios se encuentran 8 casos de Tb, 3 BK (+), 1BK (-).

Unidad de Salud Comunitaria Familiar Especializada Unicentro Soyapango.

En la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Unicentro se encuentran 13 casos de Tb. 10 BK (+) 3 (-).

No se pudo determinar una muestra real ya que al hacer el levantamiento de datos se encontró con la existencia de seis Procesos de Atención de Enfermería realizados y evaluados, siendo este recurso la fuente primaria de información; esto obligó a revisar las notas de enfermería y a entrevistar a los pacientes con el objetivo de documentar las acciones que las enfermeras han realizado durante la visita domiciliar; es importante señalar que el PAEC únicamente se aplica durante una visita domiciliar.

El estudio se redujo a 8 pacientes por UCSF para la entrevista focalizada y a 6 expedientes que se aplicó el Proceso de Atención de Enfermería.

D. Criterios de inclusión y exclusión

El criterio de inclusión definido fue:

- Expedientes de pacientes con Tb pulmonar, que estén inscritos en el establecimiento de salud y que hayan recibido al menos una visita domiciliar.
- Expedientes que cuenten al menos con un PAEC.
- Para la entrevista focalizada se consideraron a los pacientes con Tb Pulmonar que han recibido al menos una visita domiciliar.

Y, dentro de los criterios de exclusión se consideraron:

- Expedientes de pacientes con Tb extrapulmonar, con confección TB/VIH y otras morbilidades asociadas.
- Pacientes con patologías psiquiátricas, privados de libertad, cambio de domicilio, fallecidos y menores de edad.
- Para la entrevista focalizada no se consideraron a los pacientes con Tb Extrapulmonar ni tampoco a los pacientes con Tb Pulmonar que no han recibido visitas domiciliarias.

E. Procedimientos

Para el levantamiento de datos se emplearon las siguientes técnicas e instrumentos:

- Las técnicas utilizadas en el levantamiento de datos fueron la revisión documental de PAEC y la entrevista focalizada. Se elaboran como instrumentos la guía de revisión documental, para identificar los alcances y limitaciones en la aplicación del PAE comunitario en pacientes con Tb pulmonar y, la guía de entrevista focalizada para documentar las intervenciones que las enfermeras realizaron durante la revisión documental
- Se realizaron entrevistas focalizadas a dos usuarios por Unidad Comunitaria de Salud Familiar, que estaban inscritos en el programa y que se les había realizado al menos una visita domiciliar; debido al riesgo social*, la mayoría de usuarios no han sido visitados por la enfermera de programa.
- Se revisaron las notas de Enfermería y no hay registro en ellas de visitas domiciliarias; por lo tanto, no fueron fuente de información para construir las intervenciones de Enfermería.
- No se pudo realizar un acompañamiento a visitas domiciliarias con TB, ya que no estaban programados, y en algunos casos ya habían sido efectuadas.

La logística de la fase de campo se desarrolló de la siguiente manera:

Unidad de Salud Comunitaria Familiar Especializada San Jacinto				
Fecha	Horario	Método/ técnica	Instrumento	Responsable
1 al 10 Diciembre	1:00 p.m. a 3:00 p.m.	Revisión de expedientes y otros registros	Revisión documental y entrevista focalizada	Lourdes Flores y Ana Aracely Rivas.

Unidad de Salud Comunitaria Familiar Especializada Unicentro Soyapango				
Fecha	Horario	Método/ técnica	Instrumento	Responsable

* Riesgo social debido a agrupaciones ilícitas y advertencias de los usuarios.

11 al 16 de diciembre	11:00 p.m. a 3:00 p.m.	Revisión de expedientes y otros registros	Revisión documental y entrevista focalizada	Lourdes Flores y Ana Aracely Rivas.
-----------------------	------------------------	---	---	-------------------------------------

Unidad de Salud Comunitaria Familiar Especializada San Miguelito				
Fecha	Horario	Método/ técnica	Instrumento	Responsable
22 al 30 de diciembre	11:00 p.m. a 3:00 p.m.	Revisión de expedientes y otros registros	Revisión documental y entrevista focalizada	Lourdes Flores y Ana Aracely Rivas

Unidad de Salud Comunitaria Familiar Especializada Barrios				
Fecha	Horario	Método/ técnica	Instrumento	Responsable
6 al 15 de enero	1:00 p.m. a 3:00 p.m.	Revisión de expedientes y otros registros	Revisión documental y entrevista focalizada	Lourdes Flores y Ana Aracely Rivas

El análisis de la información y procesamiento de los datos se realizó de la siguiente forma:

- Únicamente se encontraron seis PAEC, dos para la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios y cuatro en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito, por lo tanto, solo seis guías de revisión documental fueron procesadas, utilizando el programa de SPSS básico y Microsoft Excel; la presentación de los datos fue por medio de tablas y gráficos.
- Se extrajo el texto de las ocho Entrevistas Focalizadas, (dos entrevistas por cada establecimiento: Unicentro, San miguelito, Barrios, San Jacinto) y se construyeron categorías (ver anexo 5) que fueron analizadas para reflexionar el significado e interpretar la realidad sobre la aplicación del PAEC.

a) Consideraciones éticas

- La información que se extrajo de los expedientes fue únicamente la que está directamente relacionada con el tema de investigación con el propósito de garantizar la confidencialidad.
- En la recolección de la información no se extrajeron datos que vinculen la localización del usuario para cumplir el anonimato.
- Toda la información recolectada en esta investigación solamente ha sido manejada por el equipo investigador y el asesor de la investigación.
- Al divulgar la información los instrumentos serán destruidos.

VII. Resultados

A. Descripción cuantitativa de los resultados

1. Fase de valoración

Tabla 1. Evidencia de la búsqueda de sintomáticos respiratorios en la familia y comunidad

		Establecimiento de salud	
		Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios	Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito
Búsqueda de sintomático respiratorio	Sí	100	75
	No	0	25
Total		100	100

Fuente: elaboración propia

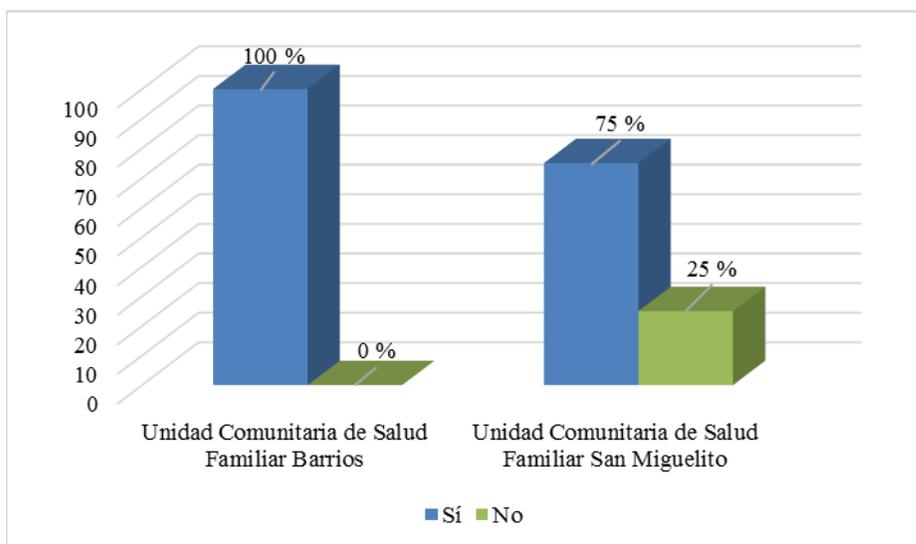


Figura 1. Evidencia de la búsqueda de sintomáticos respiratorios en la familia y comunidad.

Descripción:

En la figura 1, se observa que la búsqueda de sintomáticos respiratorios por parte del personal correspondiente en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios es de un 100%, a diferencia de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito, donde se refleja que el personal registró esta acción en un 75% de los casos estudiados.

Tabla 2. Evidencia de la identificación de personas vulnerables o de riesgo.

		Establecimiento de salud	
		Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios	Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito
Investigación sobre la convivencia con personas de riesgo	Sí	0	50
	No	100	50
Total		100	100

Fuente: elaboración propia

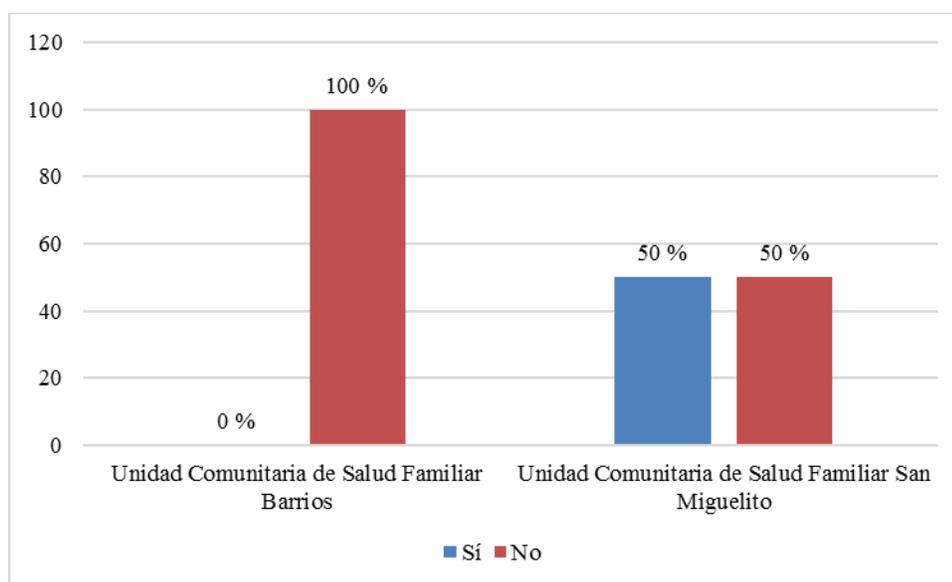


Figura 2. Evidencia de la identificación de personas vulnerables o de riesgo.

Descripción:

Se identifica que en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios no se registró en ninguno de los casos visitados la identificación de personas con vulnerabilidad o de riesgo, mientras que en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito se evidencia que registraron identificación personas vulnerables o de riesgo, aunque dicha acción se verifica únicamente en un 50% de los casos estudiados.

Tabla 3. Evidencia de la identificación de factores de riesgo de contagio en el entorno físico.

		Establecimiento de salud	
		Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios	Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito
Identificación de factores de riesgo de contagio en el entorno	Sí	50	75
	No	50	25
Total		100	100

Fuente: elaboración propia

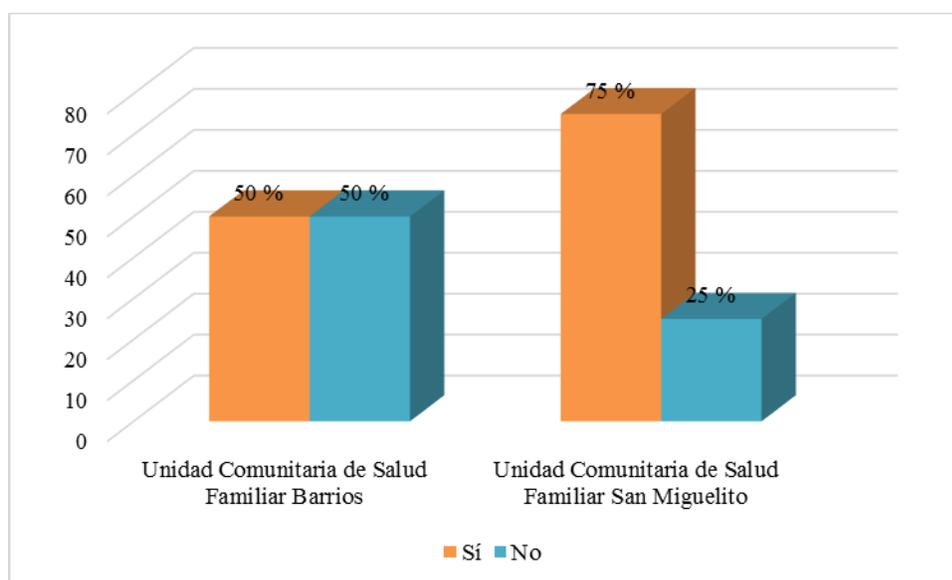


Figura 3. Evidencia de la identificación de factores de riesgo de contagio en el entorno físico.

Descripción:

A partir del análisis de los datos recabados se manifiesta que en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios se encontró evidencia de la identificación de factores de riesgo de contagio en el entorno físico en un 50% de los casos analizados; en cambio, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito se evidenció la identificación de riesgo de contagio en un 75% de los casos estudiados.

Tabla 4. Evidencia del análisis del hacinamiento familiar.

		Establecimiento de salud	
		Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios	Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito
Análisis del hacinamiento	Sí	50	25
	No	50	75
Total		100	100

Fuente: elaboración propia

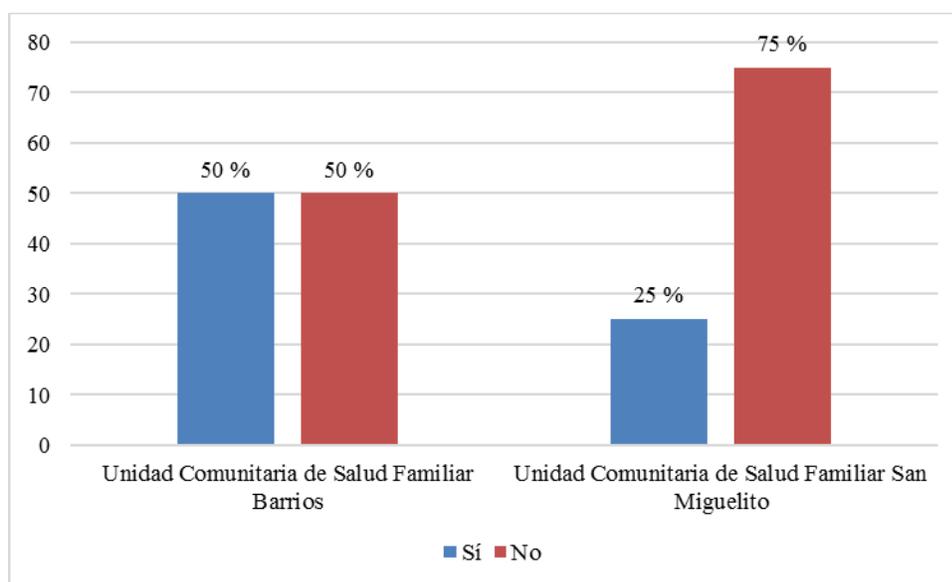


Figura 4. Evidencia del análisis del hacinamiento familiar.

Descripción:

Se puede apreciar en el gráfico 4, que en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios se documentó el análisis de hacinamiento solamente en el 50% de los casos bajo estudio; en contraste a ello, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito dicho análisis tuvo lugar exclusivamente en un 25% de los casos estudiados, lo que implica que en tres cuartos de los casos verificados no se lleva a cabo el análisis en mención.

Tabla 5. Evidencia de la exploración de expectativas y temores sobre la enfermedad por la familia.

		Establecimiento de salud	
		Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios	Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito
Exploración de expectativas y temores sobre la enfermedad por la familia	Sí	0	75
	No	100	25
Total		100	100

Fuente: elaboración propia

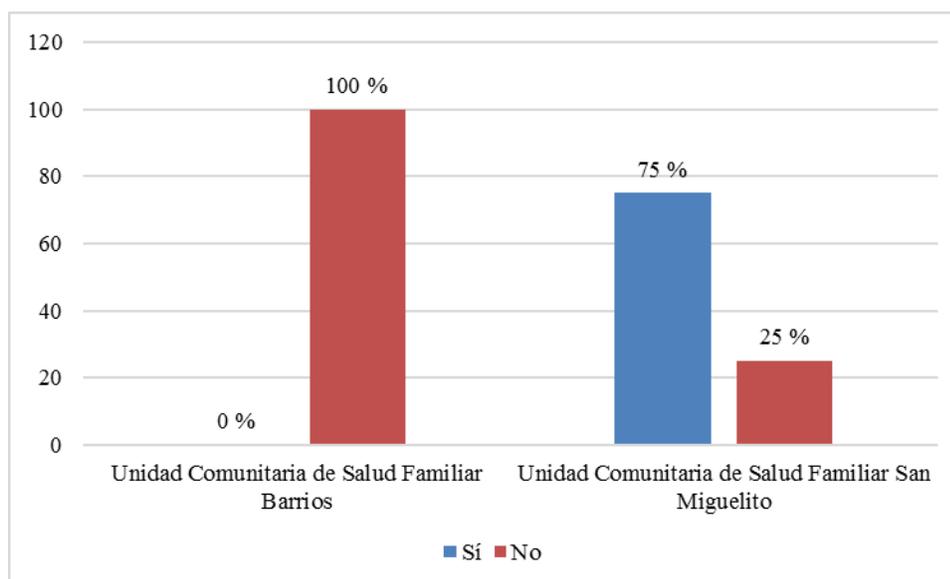


Figura 5. Evidencia de la exploración de expectativas y temores sobre la enfermedad por la familia.

Descripción:

Se puede observar que en un 100% de los instrumentos aplicados en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios no se obtuvo evidencia de la exploración de expectativas y temores sobre la enfermedad por parte de la familia, mientras que, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito los resultados reflejan que un 75% de los casos analizados se realizó dicha exploración.

Tabla 6. Evidencia de la investigación de la motivación y apoyo a la adherencia del tratamiento.

		Establecimiento de salud	
		Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios	Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito
Investigación de la Motivación sobre la adherencia al tratamiento	Sí	50	100
	No	50	0
Total		100	100

Fuente: elaboración propia

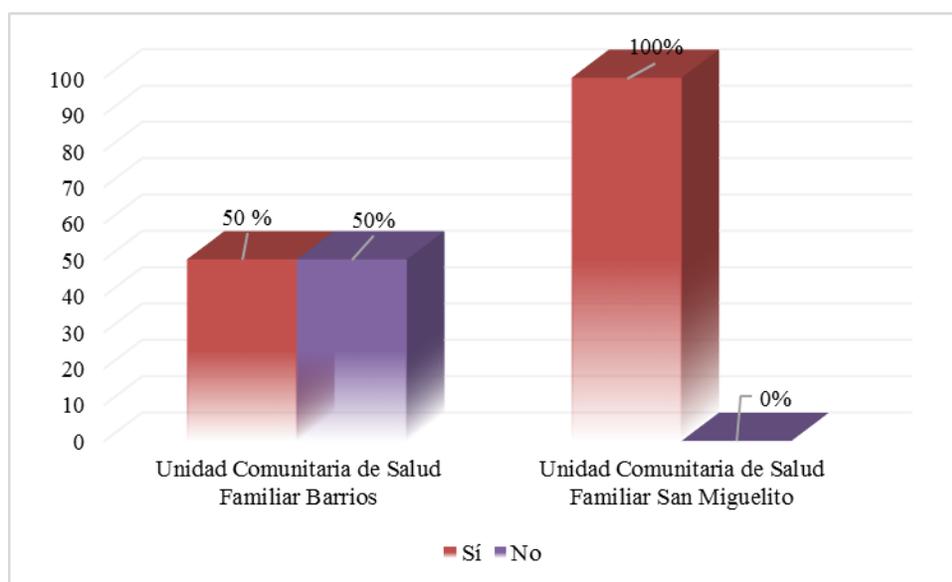


Figura 6. Evidencia de la investigación de la motivación y apoyo a la adherencia del tratamiento.

Descripción:

Tal como se observa en el gráfico anterior, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios se hallan evidencias de que se investigó la motivación y apoyo a la adherencia del tratamiento en un 50% de los casos visitados y, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito, en un 100% de los casos existe evidencia.

Tabla 7. *Búsqueda de evidencias de apoyo de los familiares sobre la nutrición de la persona enferma de TB.*

		Establecimiento de salud	
		Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios	Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito
Búsqueda de evidencias de apoyo de los familiares sobre la nutrición de la persona enferma de TB	Sí	100	25
	No	0	75
Total		100	100

Fuente: elaboración propia

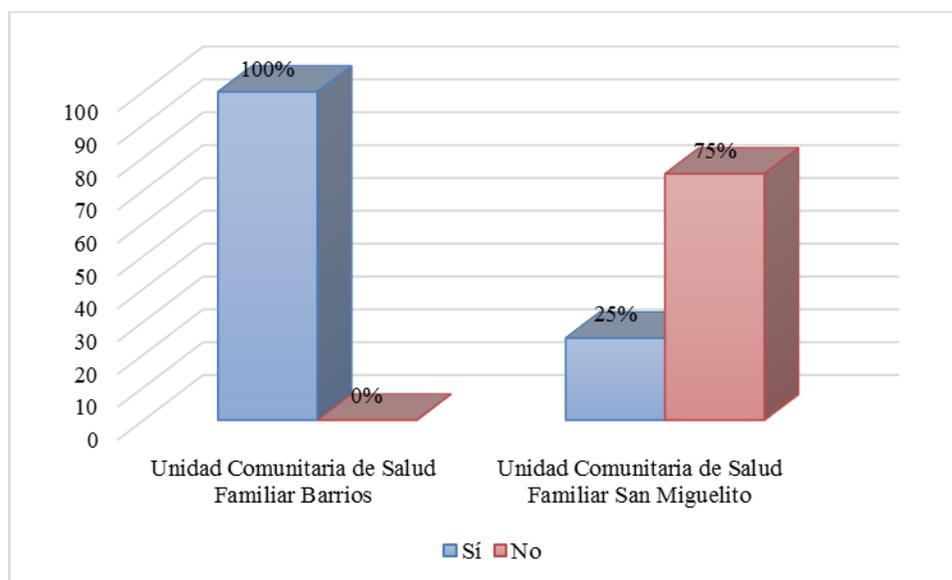


Figura 7. *Búsqueda de evidencias de apoyo de los familiares sobre la nutrición de la persona enferma de TB.*

Descripción:

Ante la situación planteada de búsqueda de evidencia de apoyo de los familiares sobre la nutrición de la personas enfermas con TB, se encontró que en un 100% de los casos de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios se registró dicho aspecto, mientras que en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito se refleja que solamente en un 25% de los casos estudiados los usuarios sí están recibiendo apoyo.

2. Fase de diagnóstico

Tabla 8. Evidencia de la elaboración de un diagnóstico de necesidades educativas.

		Establecimiento de salud	
		Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios	Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito
Diagnóstico de necesidades educativas	Sí	50	25
	No	50	75
Total		100	100

Fuente: elaboración propia

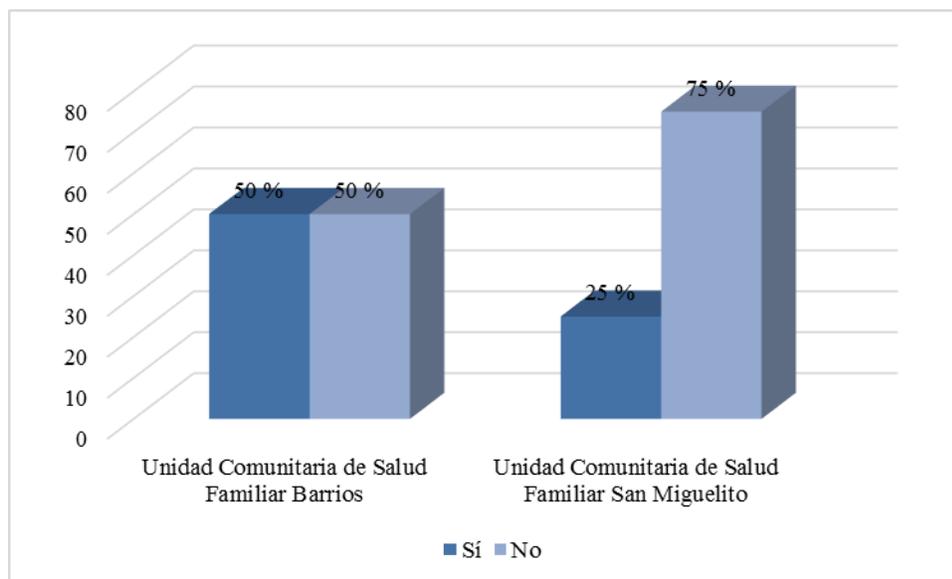


Figura 8. Evidencia de la elaboración de un diagnóstico de necesidades educativas.

Descripción:

Se demuestra que en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios se evidencia que realizó un diagnóstico de las necesidades educativas de los pacientes en el 50% de los casos analizados. Por otra parte, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito dicho diagnóstico se realizó en un 25% de los casos.

Tabla 9. Evidencia de la formulación de diagnósticos enfermeros reales y potenciales según lineamientos nacionales.

	Establecimiento de salud	
	Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios	Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito
Diagnósticos Enfermeros reales y potenciales completos	Sí 100	Sí 75
	No 0	No 25
Total	100	100

Fuente: elaboración propia

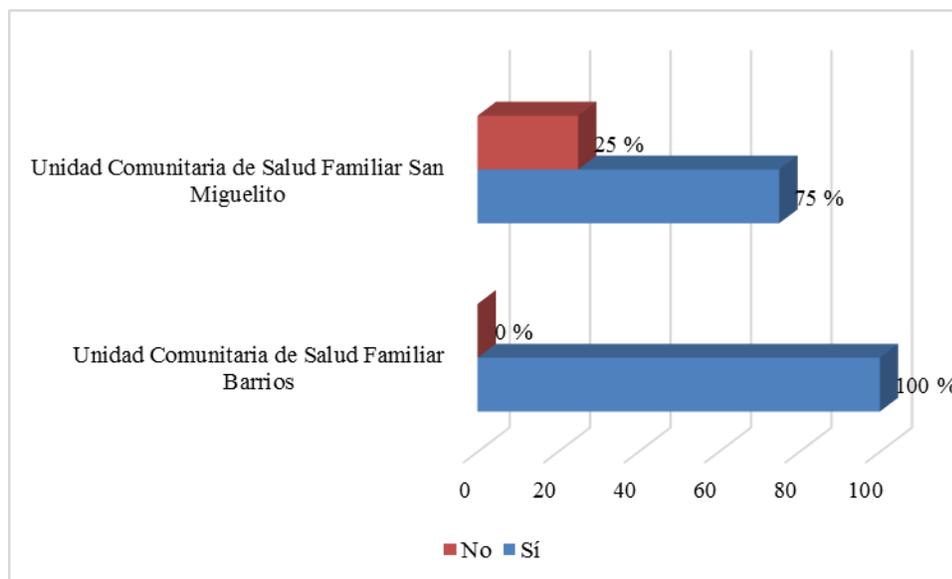


Figura 9. Evidencia de la formulación de diagnósticos enfermeros reales y potenciales según lineamientos nacionales.

Descripción:

A partir de los datos anteriores, se obtiene que en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios en un 25% de los casos bajo estudio no se evidencia la formulación de diagnósticos enfermeros reales y potenciales con los lineamientos nacionales establecidos y estandarizados; en cuanto a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito, estos diagnósticos se aplicaron los lineamientos en un 100% de los casos.

Tabla 10. Evidencia de la congruencia de los diagnósticos enfermeros con la valoración del estado de la salud de la persona TB y la familia.

		Establecimiento de salud	
		Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios	Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito
Diagnósticos Enfermeros congruentes con la valoración	Sí	100	50
	No	0	50
Total		100	100

Fuente: elaboración propia

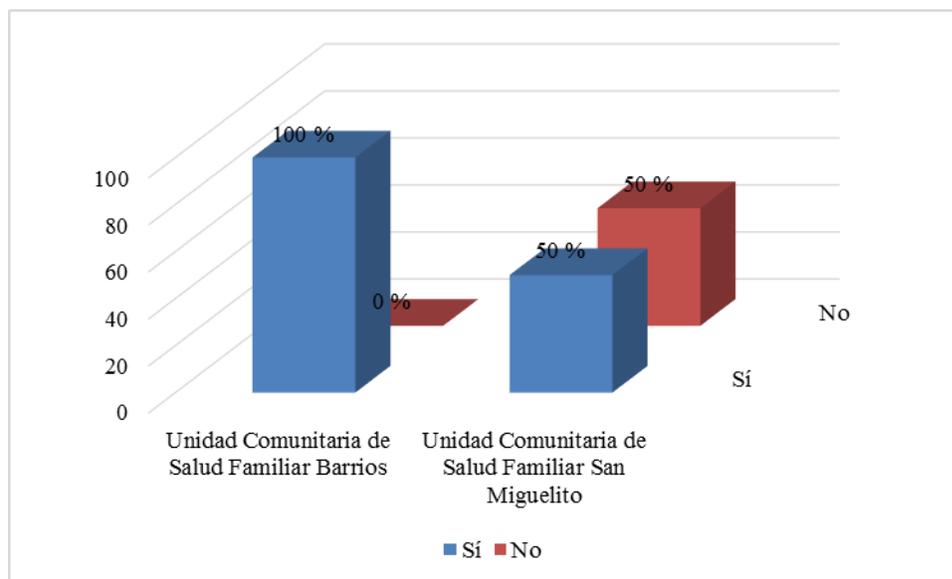


Figura 10. Evidencia de la congruencia de los diagnósticos enfermeros con la valoración del estado de la salud de la persona TB y la familia.

Descripción:

Se observa claramente que en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios, los diagnósticos enfermeros son congruentes con los hallazgos de la valoración del estado de salud de la persona con Tb y su familia en un 100% de los PAE aplicados, mientras que en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito, la congruencia se limita únicamente a un 50% de los casos analizados.

3. Fase de planificación

Tabla 11. Evidencia del énfasis en la educación sobre la cadena de transmisión de la Tuberculosis al grupo familiar.

		Establecimiento de salud	
		Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios	Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito
Enfatización en la cadena de transmisión de la Tuberculosis al grupo familiar	Sí	0	75
	No	100	25
Total		100	100

Fuente: elaboración propia

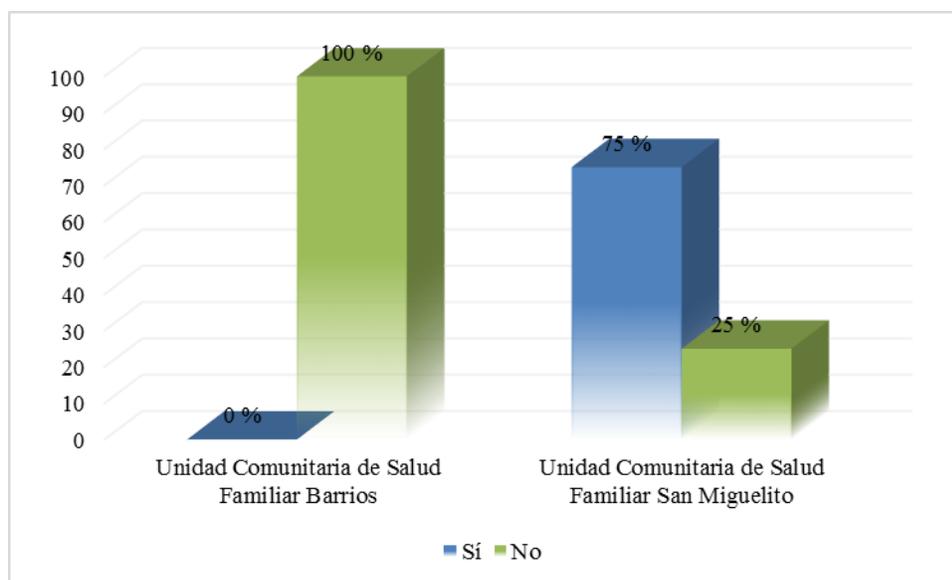


Figura 11. Evidencia del énfasis en la educación sobre la cadena de transmisión de la Tuberculosis al grupo familiar.

Descripción:

A partir del análisis de los datos anteriores, se afirma que en el 100% de los casos visitados en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios, no se evidencia en la planificación un énfasis en la educación sobre la cadena de transmisión de la Tuberculosis al grupo familiar, mientras que en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito se realizó dicha actividad en el 75% de los casos estudiados.

Tabla 12. Evidencia de la comunicación de los factores de riesgo de la enfermedad tuberculosa.

		Establecimiento de salud	
		Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios	Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito
Comunicación de los factores de riesgo de la enfermedad	Sí	50	75
	No	50	25
Total		100	100

Fuente: elaboración propia

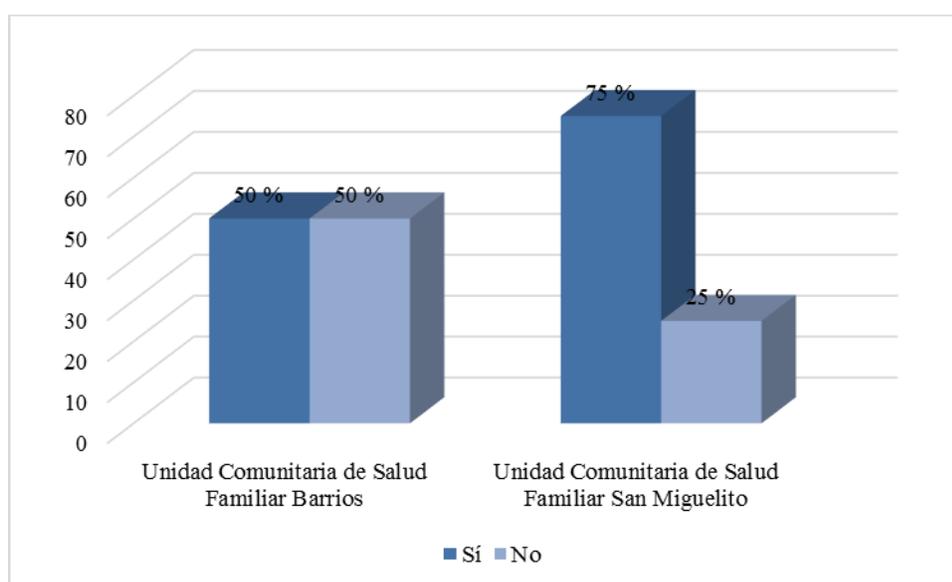


Figura 12. Evidencia de la comunicación de los factores de riesgo de la enfermedad tuberculosa.

Descripción:

En el registro de la comunicación de los factores de riesgo de la enfermedad tuberculosa, tenemos que en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios se obtuvo que el 50% de los PAEC sí se encontró evidencia de esta acción; por otra parte, en el 75% de los casos de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito también se evidenció.

Tabla 13. Evidencia del fomento de la corresponsabilidad en el mantenimiento de la salud familiar.

		Establecimiento de salud	
		Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios	Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito
Fomenta la corresponsabilidad en el mantenimiento de la salud familiar	Sí	100	50
	No	0	50
Total		100	100

Fuente: elaboración propia

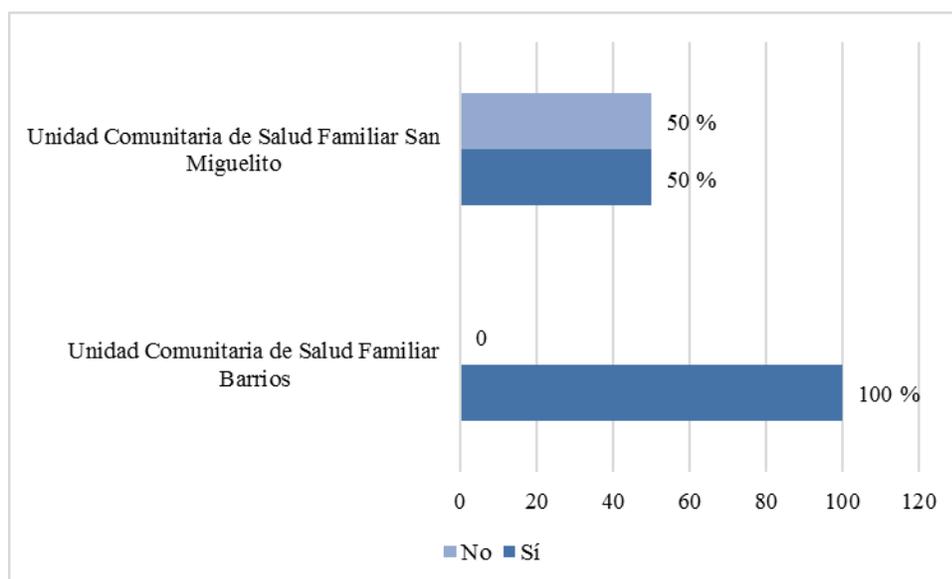


Figura 13. Evidencia del fomento de la corresponsabilidad en el mantenimiento de la salud familiar.

Descripción:

Se muestra que en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios que en un 100% de los casos estudiados planificó el fomento de la corresponsabilidad en el mantenimiento de la salud familiar; mientras tanto, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito solamente en un 50% de las visitas se planificó dicha acción.

Tabla 14. Evidencia de la exposición de la importancia del apoyo emocional pilar fundamental del tratamiento.

		Establecimiento de salud	
		Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios	Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito
Exposición de la importancia del apoyo emocional como pilar en el tratamiento	Sí	50	25
	No	50	75
Total		100	100

Fuente: elaboración propia

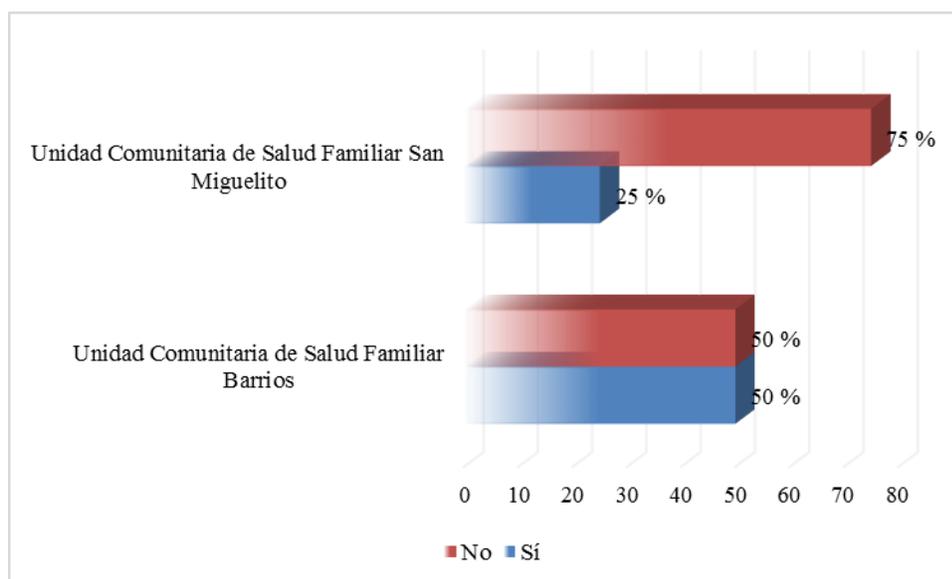


Figura 14. Evidencia de la exposición de la importancia del apoyo emocional pilar fundamental de la adherencia al tratamiento.

Descripción:

El apoyo emocional al paciente es considerado como uno de los pilares fundamentales en la adherencia al tratamiento; en los planes de cuidados, se encontró en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios que en el 50% de los casos en estudio se registró una intervención sobre esta acción y, en un 50% en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito.

Tabla 15. Evidencia del establecimiento de comportamientos para la conservación de la salud del grupo familiar.

		Establecimiento de salud	
		Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios	Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito
Establecimiento de comportamientos para la conservación de la salud por el grupo familiar	Sí	50	0
	No	50	100
Total		100	100

Fuente: elaboración propia

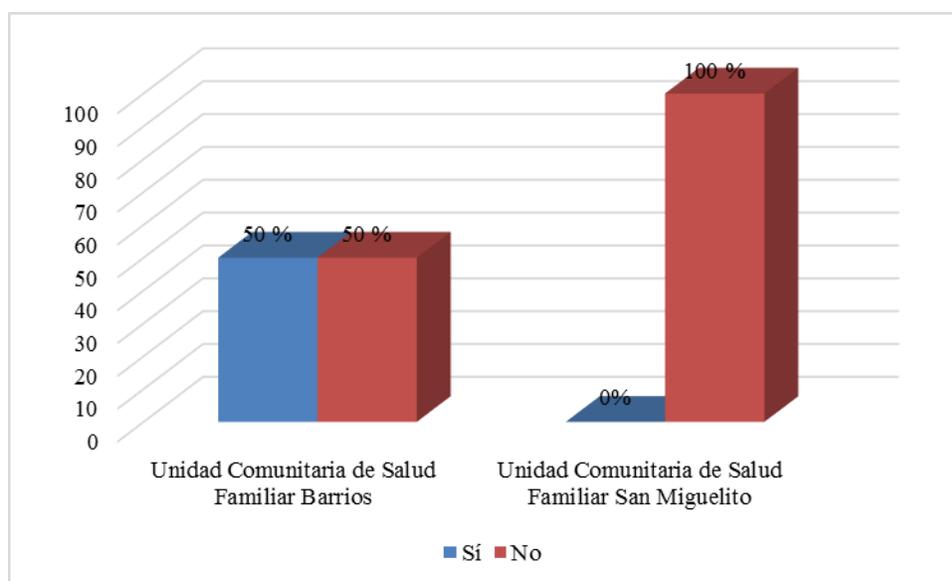


Figura 15. Evidencia del establecimiento de comportamientos para la conservación de la salud del grupo familiar.

Descripción:

En cuanto a la evidencia de la planificación de comportamientos para la conservación de la salud del grupo familiar, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios se encontró que esta acción se hizo en el 50% de los casos visitados; mientras tanto, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito no se planificó en el 100% de los casos.

4. Fase de ejecución

Tabla 16. Evidencia del desarrollo de intervenciones con y para la persona y familia.

		Establecimiento de salud	
		Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios	Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito
Desarrollo de intervenciones con y para la persona y familia	Sí	100	50
	No	0	25
	N/A	0	25
Total		100	100

Fuente: elaboración propia

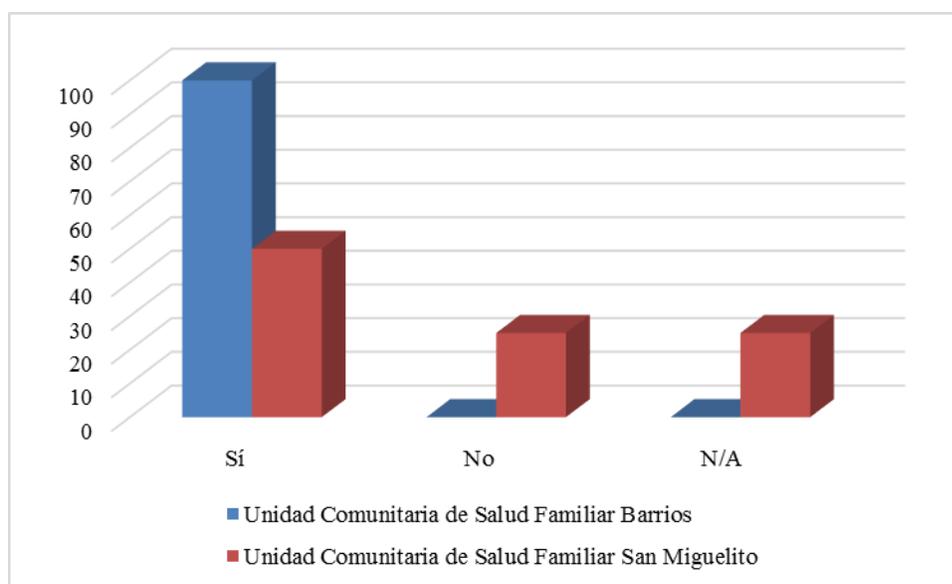


Figura 16. Evidencia del desarrollo de intervenciones con y para la persona y la familia.

Descripción:

En relación a la evidencia del desarrollo de intervenciones con y para la persona y la familia, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios se realizaron las intervenciones planificadas en la totalidad de casos analizados, circunstancia que contrasta con lo encontrado en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito, donde únicamente se logró el desarrollo de las intervenciones planificadas en el 25% de los casos.

Tabla 17. Evidencia de la realización de adecuaciones al entorno físico en función de la conservación de la salud familiar.

		Establecimiento de salud	
		Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios	Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito
Realización de adecuaciones al entorno/ ambiente en función de la conservación de la salud familiar	Sí	50	25
	No	50	75
Total		100	100

Fuente: elaboración propia

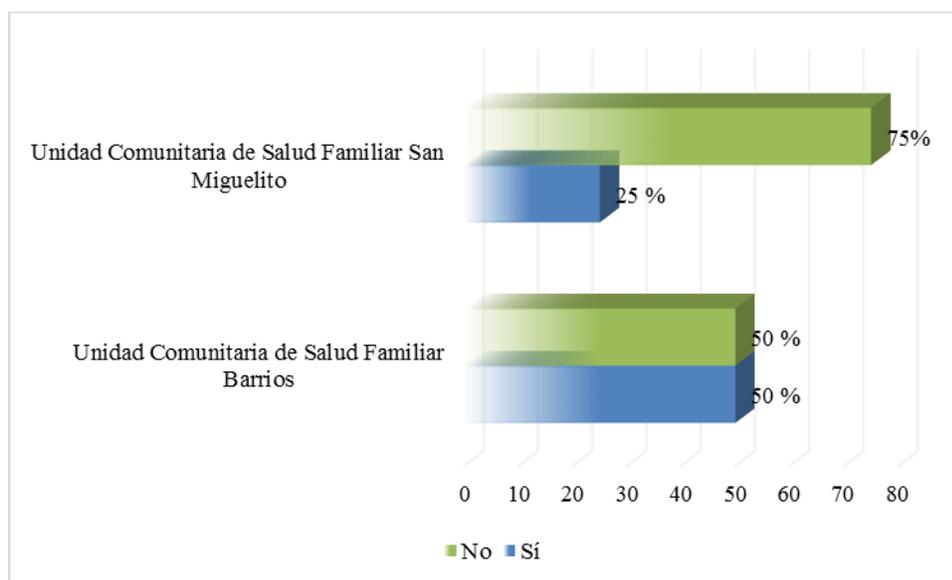


Figura 17. Evidencia de la realización de adecuaciones al entorno físico en función de la conservación de la salud familiar.

Descripción:

En la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios, en un 50% de los casos analizados no se realizaron adecuaciones al entorno/ambiente en función de la conservación de la salud familiar; por otra parte, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito se omitió realizar dichas adecuaciones en un 75% de los casos.

Tabla 18. Evidencia de la realización de la totalidad de las intervenciones planificadas.

		Establecimiento de salud	
		Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios	Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito
Las intervenciones planeadas fueron desarrolladas en su totalidad	Sí	50	50
	No	50	50
Total		100	100

Fuente: elaboración propia

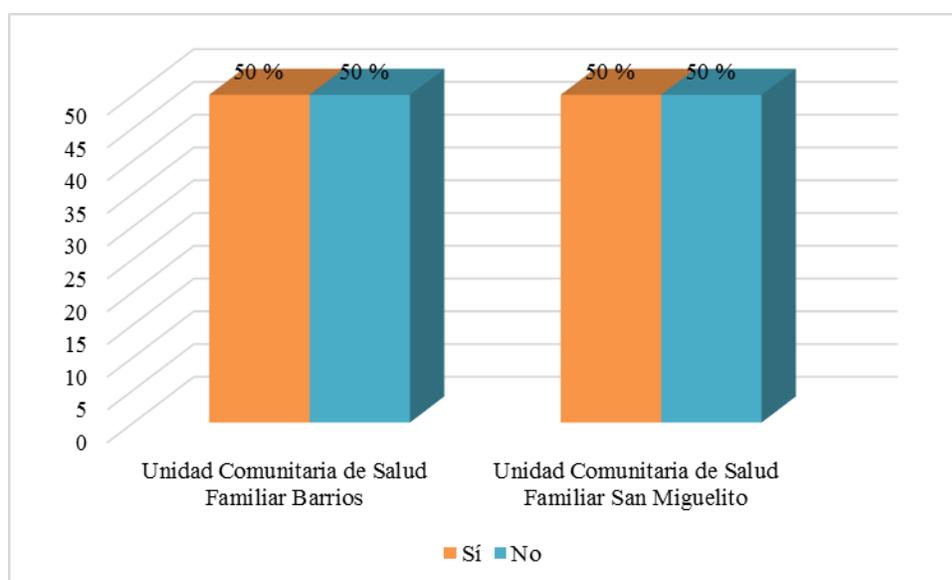


Figura 18. Evidencia de la realización de la totalidad de las intervenciones planificadas.

Descripción:

En el presente gráfico observamos que en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios se llevó a cabo únicamente el 50% de las intervenciones planificadas, proporción que también se suscitó en las intervenciones planificadas en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito.

Tabla 19. Evidencia del establecimiento de compromisos con la familia y el paciente.

		Establecimiento de salud	
		Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios	Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito
Establecimiento de compromisos con la familia y el paciente	Sí	100	100
Total		100	100

Fuente: elaboración propia

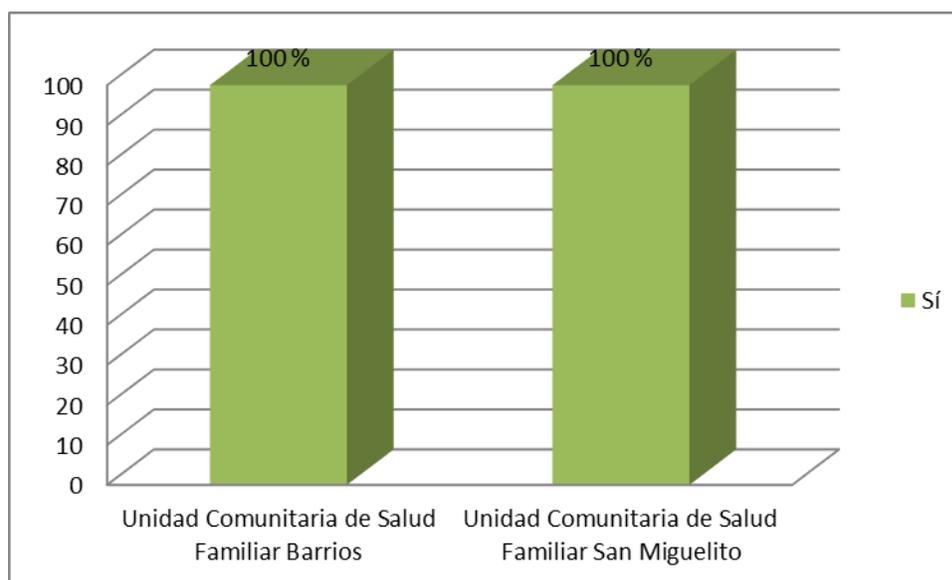


Figura 19. Evidencia del establecimiento de compromisos con la familia y el paciente.

Descripción:

A partir de la lectura de la gráfica, se concluye que tanto en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios como en Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito se establecieron compromisos con la familia y el paciente en el 100% de los casos estudiados.

Tabla 20. Evidencia de firma de compromisos adquiridos por la persona y la familia.

		Establecimiento de salud	
		Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios	Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito
Firma de compromiso de la persona y la familia	Sí	100	75
	No	0	25
Total		100	100

Fuente: elaboración propia

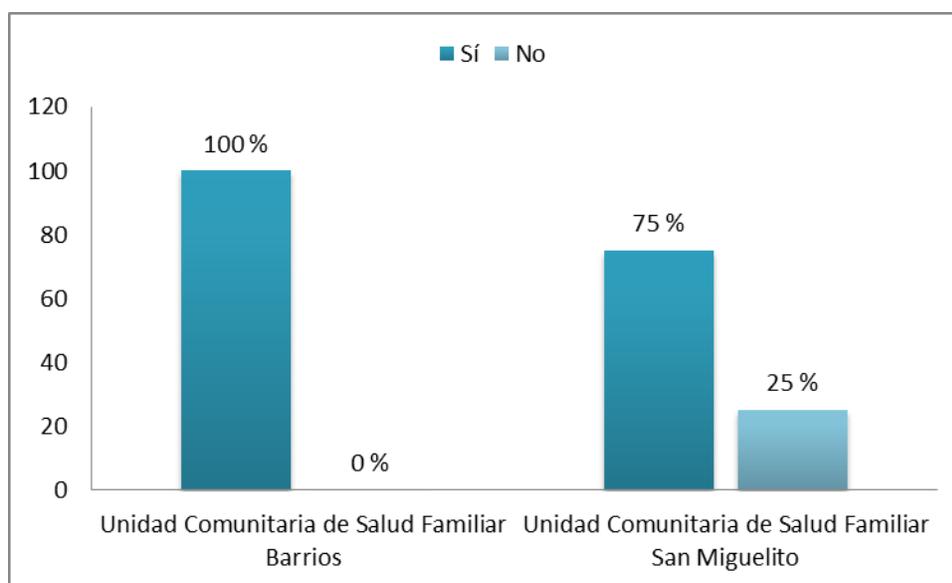


Figura 20. Evidencia de firma de compromisos adquiridos por la persona y la familia.

Descripción:

Se hace constar que en el 100% de los casos estudiados en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios se entró la firma de compromisos adquiridos por las personas y sus familias; caso contrario, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito, solamente en el 75% de los casos examinados se evidenciaron dichas firmas, mientras que en el 25% restante de los casos no hay registro de ello.

5. Fase de evaluación

Tabla 21. Evidencia de la evaluación del logro de objetivos del plan de cuidados.

		Establecimiento de salud	
		Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios	Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito
Evaluación del logro de objetivos del plan de cuidados	Sí	50	50
	No	50	50
Total		100	100

Fuente: elaboración propia

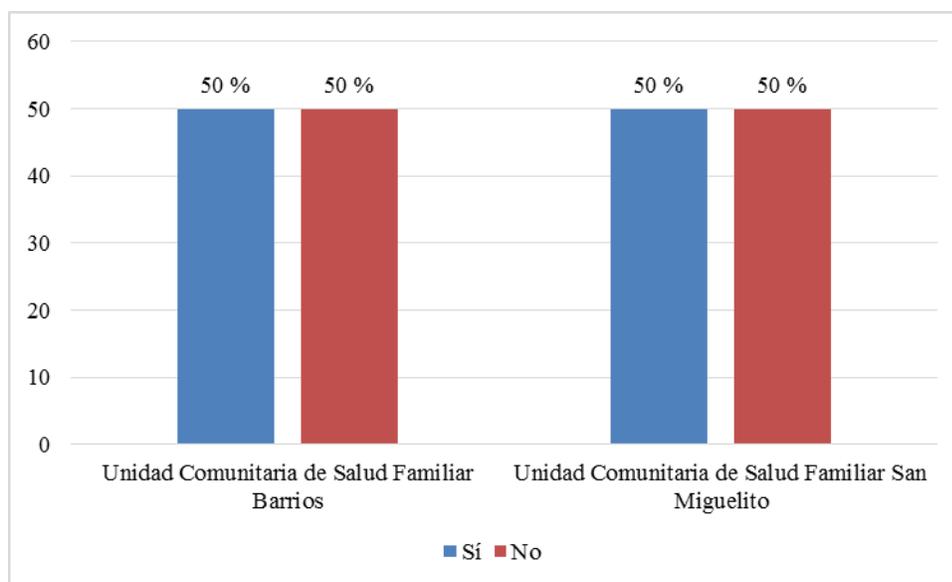


Figura 21. Evidencia de la evaluación del logro de objetivos del plan de cuidados.

Descripción:

Simultáneamente al logro de objetivos del Plan de Cuidados, se refleja que tanto en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios como en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito se registró la evaluación del logro de objetivos planeados en el 50% de los casos donde se aplicó el PAEC.

Tabla 22. Evidencia de la evaluación de las intervenciones del plan de cuidados.

		Establecimiento de salud	
		Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios	Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito
Evaluación de las intervenciones del plan de cuidados	Sí	50	75
	No	50	25
Total		100	100

Fuente: elaboración propia

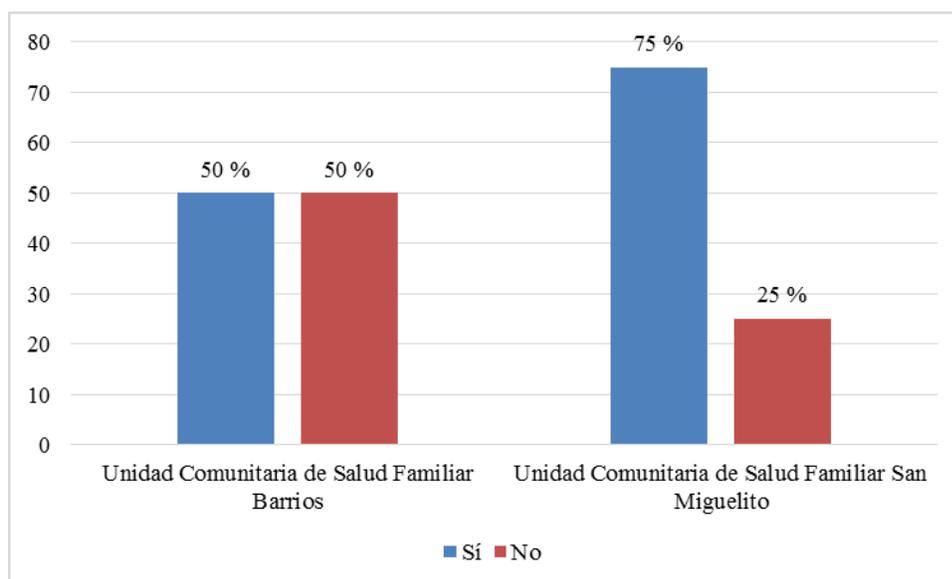


Figura 22. Evidencia de la evaluación de las intervenciones del plan de cuidados.

Descripción:

Podemos apreciar, en relación a la evaluación de las intervenciones del plan de cuidados, que en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios en un 50% de los casos estudiados se llevó a cabo dicha actividad; en contraste, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito apreciamos que en un 75% de los casos también se llevó a cabo.

Tabla 23. Evidencia de verificación del cumplimiento de los compromisos adquiridos.

		Establecimiento de salud	
		Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios	Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito
Verificación del cumplimiento de los compromisos adquiridos	Sí	50	75
	No	50	25
Total		100	100

Fuente: elaboración propia

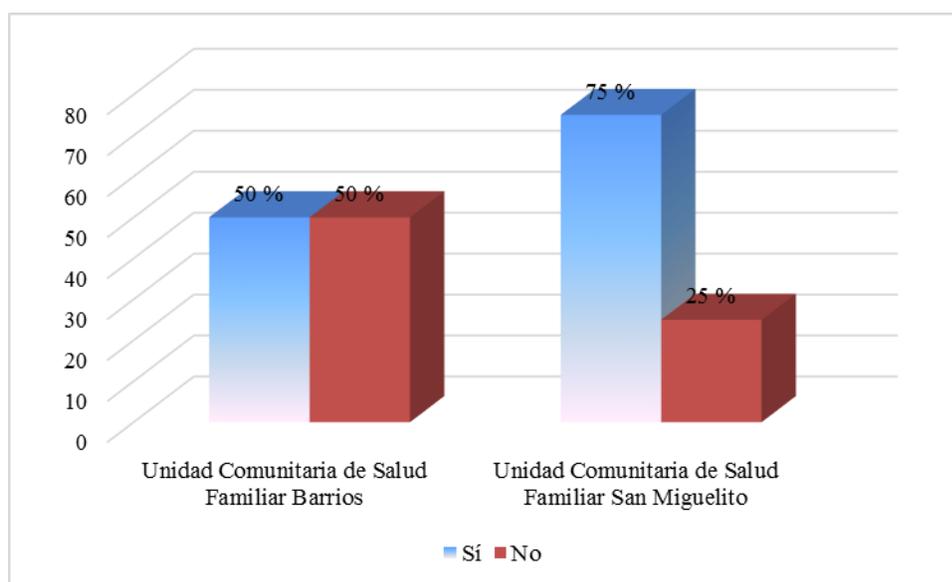


Figura 23. Evidencia de verificación del cumplimiento de los compromisos adquiridos.

Descripción:

En el cumplimiento de los compromisos adquiridos, observamos en el gráfico anterior que en un 50% de los PAEC revisados en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios se verificó el cumplimiento de compromisos, descuidándose ésta acción en la mitad del total de los casos estudiados. Caso contrario, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito se encontró registro en el 75% del total de los casos.

Tabla 24. Evidencia de la identificación de nuevas necesidades en salud.

		Establecimiento de salud	
		Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios	Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito
Identificación de nuevas necesidades en salud	Sí	50	0
	No	50	100
Total		100	100

Fuente: elaboración propia

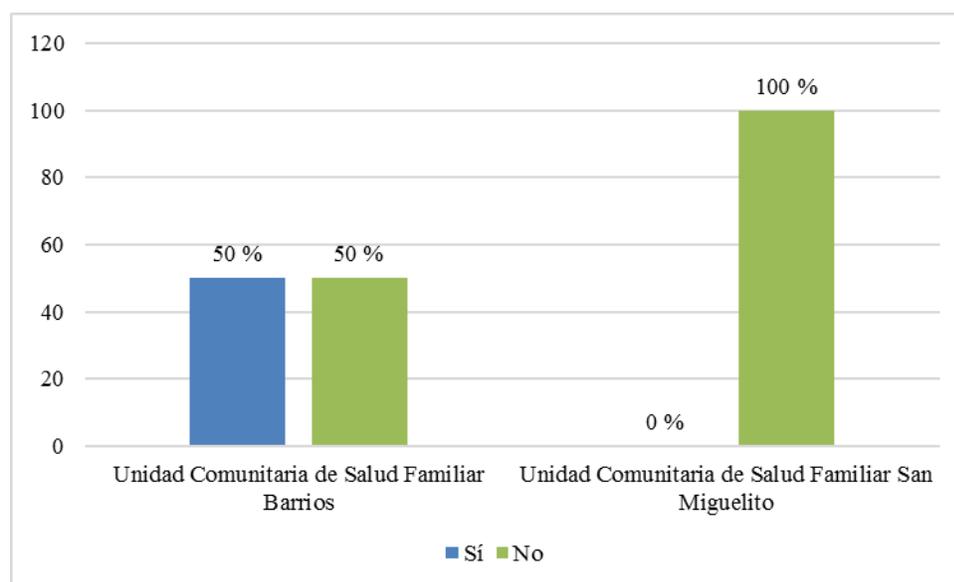


Figura 24. Evidencia de la identificación de nuevas necesidades en salud

Descripción:

Podemos apreciar en el gráfico que antecede que en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Barrios se identificaron nuevas necesidades de salud solamente en la mitad de los casos estudiados, mientras que en relación a la labor desempeñada por la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito, se puede apreciar que en ninguno de los casos se identificaron nuevas necesidades de salud.

Prueba de hipótesis

No se dispone de suficiente evidencia empírica para aplicar un test estadístico para aceptar o rechazar la hipótesis de la investigación; en la sección de la discusión y conclusiones, podrán detectarse datos que podrán deducir si las intervenciones del PAEC responden a los lineamientos técnicos de prevención y control de la tuberculosis.

b) Análisis Cualitativo de hallazgos

Según la normativa nacional de prevención y control de la Tuberculosis, se ha considerado que la visita domiciliar es vital para la vigilancia epidemiológica, en la cual se pretende identificar los contactos sintomáticos respiratorios, personas vulnerables, condiciones ambientales y la red de apoyo social que motiven a la adherencia del tratamiento. En los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención en Salud, se delega a un Médico y a una Enfermera, la coordinación del Programa de Tuberculosis.

Continuando con las visitas domiciliarias, es de responsabilidad de la Enfermera del programa, agendar con cada usuario, al menos dos visitas al domicilio de este durante el tratamiento. Se trata de darle seguimiento a todos los contactos para identificar sintomáticos respiratorios, ya que es a través del tratamiento oportuno y eficiente de los casos, como se interrumpe la cadena de transmisión de la enfermedad. Como ya se ha dicho antes, la tuberculosis es una enfermedad de carácter social en donde se ven afectadas las poblaciones humanas con desventaja económica, cultural y de salubridad.

También ya es por muchos conocido, que en El Salvador, la seguridad social se encuentra en un período crítico, ya que es notorio la violencia, delincuencia y el crimen organizado; el comentario anterior, justificaría de gran manera, las limitantes que los profesionales de salud tienen para definir estrategias para contrarrestar enfermedades influenciada por determinantes social susceptibles de ser modificadas. Dentro de éstos aspectos figuran los grupos de pandillas que delimitan su territorio exponiendo gravemente a personas ajenas a este.

Uno de los miembros del equipo de salud de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, son los Promotores de Salud, quienes logran establecer un alto grado de identidad con las personas del área geográfica de influencia; siendo éstos los que en la mayoría de viviendas, son visto con agrado y son aceptados para realizar acciones concretas y específicas sobre promoción y educación para la salud; por otra parte, el resto de los miembros del equipo de salud, son relativamente aceptados, lo que pone en riesgo la seguridad, la integridad y en algunos casos hasta la vida de estos.

El Proceso de Atención de Enfermería Comunitario debería ser implementado por la Enfermera en todas las visitas domiciliarias que se realizan, ya sean éstas de seguimiento, de tratamiento o de identificación de riesgos; sin embargo, este no ha llevado un enfoque familiar sino que ha sido centrado en la persona y a los problemas de salud que este tenga, entendiendo problema, como aquel en el cual haya evidencia medible y sustancial de su existencia.

El PAEC contiene cinco fases o etapas: valoración, diagnóstica, planificación, ejecución y evaluación, siendo la Enfermera Comunitaria la capacitada para su implementación, en vista que dentro de su formación se ha propiciado los conocimientos y la experiencia para su implementación y en algunos establecimientos de salud se han reforzado sus habilidades a través de la educación continua. Desafortunadamente, no se están realizando el PAEC a todos los usuarios durante la visita domiciliar, sino que la Enfermera determina desde la valoración, el usuario que perfila como candidato para la aplicación de este, estableciendo criterios como gravedad de la enfermedad y falta de adherencia al tratamiento.

Este análisis que a continuación se presenta, se basa en los hallazgos obtenidos de las entrevistas dirigidas a los usuarios que al menos, han recibido una visita domiciliar como seguimiento de la enfermedad tuberculosa; con el objetivo de evidenciar las intervenciones de enfermería que se realizan durante la visita domiciliar y enmarcar el rol de la Enfermera en la prevención y control de la tuberculosis; en vista de que no existe en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de San Jacinto y de Unicentro Soyapango, la evidencia de la implementación del PAEC; el análisis de los dichos hallazgos han sido agrupados por categoría (en el anexo 5 se observa el proceso de categorización).

Categoría 1:

“Ausencia de visitas domiciliarias por profesionales de Enfermería”

Se encontró que la mayoría de las visitas realizadas a las viviendas para las búsqueda de contactos para detectar grupos de riesgo y sintomáticos respiratorios, están siendo llevadas a cabo por los Promotores de Salud, ya que los usuarios exponen el nivel de riesgo social por dominio de pandillas en los alrededores de las zonas de residencia de éstos. Seguramente, los Promotores de Salud tienen mayor grado de aceptación en dichas zonas por la larga trayectoria de años de trabajo en salud con éstas poblaciones.

Categoría 2:

“Identificación de sintomáticos respiratorios”

En las visitas realizadas por las Enfermeras del Programa de Tb, se hizo la búsqueda de sintomáticos respiratorios, educando a las personas en que consiste mediante la explicación de los signos y síntomas de la enfermedad al usuario y la familia.

Categoría 3:

“Estrategias inadecuadas de enseñanza”

Se premia la labor educativa que la Enfermera realiza en el Primer Nivel de Atención en Salud sobre la prevención de las enfermedades, máximo en aquellas en las que están vinculados los determinantes sociales susceptibles de modificarse; sin embargo, algunos usuarios han tenido dificultades en la asimilación y acomodación de los conocimientos compartidos con ellos, y expresan problemas de memoria, otros, por su nivel educativo, comprenden sin dificultad alguna.

Los usuarios han manifestado que prefieren se les entregue material educativo que apoye la memoria y mejorar las conductas de autocuidado de forma independiente.

Categoría 4:

“Búsqueda personas vulnerables y prevención de la enfermedad”

Durante las visitas domiciliarias se está verificando la convivencia con personas vulnerables como niños, adultos mayores, personas con VIH, comorbilidades como diabetes, con desnutrición; incluso, han abastecido a algunos con el tratamiento profiláctico con Isoniacida. Esta acción permitirá controlar la enfermedad al tratar y curar a la persona caso índice de tuberculosis e interrumpir la cadena de transmisión.

Categoría 5:

“Educación sobre la enfermedad”

Dentro de las acciones que la Enfermera está realizando son: explicación sobre la enfermedad, formas de transmisión, signos y síntomas, formas de diagnóstico, complicaciones y tratamiento. Estos contenidos, al ser del conocimiento de la persona con Tuberculosis, podría generar consciencia de la enfermedad y motivarlo a practicar conductas de autocuidado.

Categoría 6:

“Enseñanza de mitos”

Según un comunicado en el sitio web en español del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, la enfermedad tuberculosa “no se transmite por utilizar la ropa, los vasos, utensilios, darle la mano a alguien con Tb, la letrina y el contacto con otras superficies”. (2012b, párr. 1)

Muchos de los pacientes han sido instruidos a separar sus utensilios de uso personal así como vasos y platos del resto de la familia para evitar el contagio.

El Lineamiento Técnico de Prevención y Control de la Tuberculosis (MINSAL, 2015), expone que una persona puede contagiar de Tuberculosis antes de haber cumplido 14 días de tratamiento antituberculoso continuo y bajo estricta supervisión; por lo tanto, se recomienda el uso de

mascarillas quirúrgicas o especiales durante ese período. Sin embargo, algunos usuarios han afirmado llevar 21 días de uso de la mascarilla, y el personal de salud no ha reparado en esta práctica inadecuada.

Categoría 7:
“Fomento del autocuidado”

Esta categoría es el pilar fundamental de la teoría de D. Orem, el lograr que la persona asuma responsabilidad y protagonismo en la curación de la Tuberculosis, siendo uno de los requisitos de la desviación de la salud; por otra parte, Henderson, también describe en su teoría, que la persona puede ser independiente de su autocuidado si esta equilibra tres aspectos individuales íntimamente relacionados entre sí: los conocimientos, la fuerza y la voluntad.

La Enfermera, por su parte, desempeña un rol fundamental como educadora, comunicadora e integradora de los esfuerzos del equipo de salud en cuanto a la prevención y control de la tuberculosis; en ella reposa gran responsabilidad en la adherencia al tratamiento, puesto que, establece contacto directo durante los seis u ocho meses del tratamiento. Durante la visita domiciliar, ha hecho énfasis en la nutrición, importancia de la ventilación e iluminación de la vivienda, en particular de la habitación del usuario, la adherencia al tratamiento, y otros factores relacionados a la enfermedad.

VIII. Discusión

El Proceso de Atención de Enfermería Comunitario, es una herramienta científica, sistemática y organizada con base en la solución de problemas, para administrar cuidados de enfermería individualizados, derivados de la identificación de problemas reales y potenciales de la persona, familia y comunidad. A través de los años ha surgido también una serie de experiencias de aplicación de éste, contribuyendo a vincular la teoría y la práctica y, además a dar solidez al conocimiento derivado de la investigación.

En nuestro país, surge la necesidad de adoptar y adaptar un modelo teórico que respondiera a los problemas de salud de la población dentro del contexto social, cultural, económico y natural de la persona, familia y comunidad en que se desenvuelven; fue así que para el año 2009, se impulsa la implementación del Proceso de Atención de Enfermería Comunitaria basado en la Teoría General del Déficit del Autocuidado de Dorothea Orem; previo a su implementación, la Unidad de Enfermería del Ministerio de Salud, entrenó a un grupo de facilitadoras, quienes fueron las responsables directas de capacitar al personal de Enfermería de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de todo el país.

La teoría del Déficit General del Autocuidado de Dorothea Orem establece tres teorías relacionadas entre sí: *Teoría del Autocuidado*, que describe el por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas, *Teoría del Déficit de Autocuidado*, que explica como la enfermería puede ayudar a la gente y la *Teoría de los Sistemas Enfermeros*, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero. (Flamenco, 2013)

Las intervenciones de enfermería son realizadas mediante cuidados directos e indirectos, que se proporcionan a los individuos, las familias, grupos específicos y a la propia comunidad; es por ello que en el caso de la tuberculosis pulmonar, siendo una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, y que se transmite de una persona a otra a través de gotitas generadas en el aparato respiratorio de pacientes con enfermedad pulmonar activa (OMS, 2015), se requiere como objetivo primordial además de brindar el TAES, visitas domiciliarias para la búsqueda y el seguimiento de contactos, una adecuación de un entorno saludable y fomentar el soporte familiar, definiendo estrategias con y para el paciente y su familia.

La tuberculosis afecta principalmente a los adultos en las edades de mayor productividad; aunque toda la población en general puede verse afectada, sobre todo, en aquellos con factores que generen inmunosupresión. Más del 95% de los casos se registran en los países en desarrollo, lo que demuestra la estrecha relación con las necesidades básicas insatisfechas.

Como ya se explicó en el marco de referencia, el Proceso de Atención de Enfermería está estructurado en cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Se ha evidenciado que los únicos establecimientos donde se aplican el PAEC, son las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Barrios y San Miguelito (proporción de aplicación del PAEC por establecimiento, UCSF Barrios 2:4 y 4:8 para UCSF San Miguelito); las otras dos Unidades en estudio, San Jacinto y Unicentro Soyapango, no se encontraron documentadas sus intervenciones durante la visita domiciliar.

Se pudo apreciar que dentro de la fase de valoración donde se obtiene información para controlar los problemas de salud y factores de riesgo; se realizan búsquedas de contactos búsqueda de contactos y sintomáticos respiratorios lo que es muy importante para poder interrumpir la cadena de transmisión de dicha enfermedad; sin embargo no registran sobre la convivencia y características de personas en condiciones de riesgo siendo éstos niños, personas inmunodeprimidas, adultos mayores y con alguna afección como la diabetes, lupus eritematoso sistémico y otros; únicamente se detalla información general de los contacto en el formulario de visita domiciliar.

No se pudo evidenciar que en todas las visitas se haya realizado un análisis sobre el hacinamiento familiar, por otra parte se está descuidando la exploración de expectativas, miedos y temores en la persona y familia. Tampoco se está valorando el estado nutricional de los contactos del usuario con Tb ni las necesidades educativas de estos; al mismo tiempo se revisaron notas de enfermería buscando justificación del por qué no se encontró PAEC en sus respectivos expedientes si encontrar evidencia; el personal de enfermería refleja algunos cuidados en sus

notas de enfermería únicamente luego de un accionar intramural, solo se encontró una nota de enfermería de visita domiciliar.

En muy pocos casos, no se ha encontrado al usuario con Tb, pero han realizado intervenciones con la familia a las cuales orientan sobre búsqueda de sintomáticos respiratorios, cuidados de alimentación balanceada, apoyo durante el tratamiento, hábitos de limpieza, signos y síntomas de la enfermedad y como identificar RAFAS.

En la fase de diagnóstico, se puede evidenciar la expresión del problema real o potencial de un paciente, a la cual se llega haciendo el análisis de los datos recogidos; se pudo apreciar que los diagnósticos de los PAEC, reunieron los elementos que los caracteriza en real o potencial siendo estos formulados de manera congruente a los hallazgos durante la valoración.

La Planificación se ha desarrollado mediante un proceso continuado que implica trazar objetivos, fijar metas, prioridades, determinar las intervenciones de enfermería para lograr resultados esperados y documentar el plan de cuidados; se tiene evidencia sobre el énfasis que realizan en la educación sobre la cadena de transmisión de la Tuberculosis al paciente como al grupo familiar, únicamente en dos UCSF registran de una manera efectiva los factores de riesgo para adquirir dicha enfermedad y que cada persona tome un papel protagónico en cuanto a la corresponsabilidad de la salud del grupo familiar como la comunidad en general.

La fase de ejecución, es la esencia de todos los esfuerzos que realiza el personal para poder poner en práctica aquellas actuaciones de enfermería que ayudan al paciente a alcanzar lo esperado y realizar la observación de las respuestas iniciales; en los PAEC, se encuentran plasmadas las intervenciones de enfermería; sin embargo, no son en su totalidad acordadas con el paciente o familia; en cuanto a la adecuación del entorno físico no siempre se realiza de forma óptima ya que hay viviendas que no pueden ser visitadas por los grupos delincuenciales y por zonas de peligro sobre el tema de riesgo social; por lo que el personal algunas veces realiza la acción sobre lo relatado por el usuario en cuanto a la condición de vivienda y condición del entorno.

Se evidenció que no todas las intervenciones son realizadas en su totalidad ya que algunas dependen del esfuerzo y seriedad del usuario, no obstante, de los casos estudiados se pudo identificar que todos los establecimientos determinan compromisos con la familia y el paciente durante la visita domiciliar realizada por la Enfermera. Al paciente muchas veces se le hace difícil recordar sobre lo que se ha hablado o plasmado en el plan de cuidado cuando se le ha dado a conocer por lo que no se puede dar certeza si realiza o se le da cumplimiento a dichas intervenciones. En muchas ocasiones, son los Promotores de Salud quienes hacen las visitas, pero tampoco se encontró evidencia del seguimiento por parte de la Enfermera.

La última y no menos importante, es la fase de evaluación, es donde se concluye un proceso sistemático y continuo mediante el cual se detecta si se han alcanzado los resultados establecidos en los objetivos y, al mismo tiempo, nos indica si las actividades deben modificarse, en cuanto al logro de objetivos del plan de cuidado; en los PAEC se observó que no todos logran los objetivos, por el hecho que no se le da seguimiento a los compromisos adquiridos y la evaluación de nuevas necesidades de salud.

IX. Conclusiones y Recomendaciones

Después del análisis de la evidencia empírica y concordancia con los objetivos de investigación, se concluye que:

- a) En los PAEC encontrados en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Barrios y San Miguelito, se han desarrollado las cinco etapas de este; pero se percibe una fuerte debilidad en la valoración ya que se está realizando búsqueda de contactos pero no en su totalidad, se obtuvo que en la Barrios se realizó el 100% de la búsqueda y en la de San Jacinto se encontró en un 25% de los PAEC la evidencia de aplicación; este dato resultó ser significativo ya que no se documenta esta acción específica en la prevención de la Tuberculosis Pulmonar. Están haciendo poca incidencia en la ventilación e iluminación natural y/o artificial para la destrucción de la bacteria causante de la Tb; tampoco no se está realizando la verificación de acciones sobre el hacinamiento domiciliar.
- b) En la fase de Planificación, no se han separado las intervenciones propuestas por el profesional de Enfermería con las del usuario, haciendo poca incidencia en la ventilación e iluminación natural y/o artificial para la destrucción de la bacteria causante de la Tb, ni la verificación de acciones sobre el hacinamiento domiciliar; en la fase de Evaluación, no se evidencia el seguimiento a los compromisos acordados con la persona con Tb y su familia, no surgen nuevas necesidades de salud.
- c) Existe una fuerte debilidad por parte de los profesionales de Enfermería en el registro de intervenciones y eventos específicos en el ambiente domiciliar; ya que en aquellos casos que no se encontraron PAEC, se hizo una revisión de las notas de Enfermería, y solo se encontró una nota de una visita domiciliar.
- d) En cuanto a las intervenciones de promoción y educación en salud, se está haciendo una buena labor en la búsqueda de contactos y en la identificación del contacto sintomático respiratorio, así como la identificación de personas con mayor vulnerabilidad; sin embargo, no se encuentra evidencia suficiente para poder decir que existe el fomento de la corresponsabilidad en el mantenimiento de la salud por parte de la familia y no se demuestra la exposición sobre la importancia del apoyo emocional para la adherencia al tratamiento. La condición nutricional no está siendo abordada, únicamente se da orientación sobre la importancia de la alimentación balanceada con aporte alto de proteínas y vitaminas. Se están haciendo buena labor en la educación sobre la

enfermedad abordando aspectos como el agente causal, modo de transmisión, complicaciones y tratamiento.

- e) En algunas ocasiones el paciente y la familia son saturados de información que difícilmente podrán recordar con precisión sin omitir acciones al momento de implementarlas; no se está entregando por escrito los acuerdos tomados para su seguimiento por la familia. No se exploran las expectativas ni los temores de estos actores que son vitales para la adherencia del tratamiento.
- f) Como alcance se ha logrado hacer consciencia sobre la enfermedad a los usuarios, ya que expresaron su disposición de recibir el tratamiento antituberculoso estrictamente supervisado; a pesar de las dificultades económicas y geográficas.
- g) Es evidente que el riesgo social al que se exponen los miembros del equipo de salud; razón por el cual, la mayoría de visitas domiciliarias son llevadas a cabo por los Promotores de Salud; sin embargo, no existe registro del seguimiento que la Enfermera hace a las intervenciones del Promotor de Salud.

Después de conocer las circunstancias de los establecimientos de salud para la implementación del Proceso de Atención de Enfermería Comunitario, se recomiendan los siguientes aspectos:

- b) Crear un formulario filtro con enfoque holístico de las necesidades del usuario con Tuberculosis; para poder reconocer rápida y efectivamente las necesidades biológicas, psicológicas, emocionales, sociales y espirituales de la persona y la familia; lo que permitirá una respuesta satisfactoria e integral en la adherencia al tratamiento.
- c) Capacitar a todas la Enfermeras de los establecimientos del Primer Nivel de Salud en el seguimiento del paciente con Tb y en la aplicación del PAEC para asegurar una misma mística de trabajo que identifique a la institución prestadora de servicios de salud.
- d) Continuar con la educación en salud sobre la Enfermedad Tuberculosa y gestionar material educativo que sirva de apoyo para la memoria del usuario y la familia; dejar también, una copia de los compromisos acordados durante la familia, y darle un seguimiento intra o extramural.
- e) Además se sugiere llevar un libro de registro donde se especifique las limitantes para realizar las visitas domiciliarias. En vista que el Promotor de Salud tiene acceso a las zonas con dominio de pandilla, se recomienda una coordinación de la Enfermera con este, para que sea acompañada durante las visitas domiciliarias y dar un seguimiento profesional al

caso y los contactos; en las situaciones que resulte imposible realizar la visita por la Enfermera y que solo se permita el acceso al Promotor de Salud, la Enfermera estará obligada a dar seguimiento a las intervenciones dadas por el Promotor.

Si el acceso es negado para ambos –Promotor de Salud y Enfermera– se deberá documentar un relato hablado del paciente sobre las condiciones de la vivienda, así mismo, dejar evidencia de las recomendaciones dadas por el entorno. También, podrá citar a toda la familia del usuario, para realizar una intervención familiar.

Referencias Bibliográficas

- Ávila M.L, Serrano M.E y Ayala M.A. (2000). *Enfermería en salud comunitaria, colección de textos para estudiantes*. (1ª ed.). San Salvador: Editorial MINSAL
- Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. (Octubre de 2012). *Biopsia*. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003416.htm>
- Centro para el Control y Prevención de Enfermedades [CDC]. (Abril de 2012). *Tuberculosis (TB) Español*. [foro en línea] Recuperado de: <http://www.cdc.gov/tb/esp/topic/basics/exposed.htm>
- Consejo Internacional De Enfermeras. (2008). *Directrices: Incentivos para los profesionales de atención de salud*. Ginebra, Suiza: Editorial OMS.
- Deglin, J. H. (2008). *Guía farmacología para profesionales de enfermería*. (10a ed.). México: Editorial McGraw-Hill.
- Dirección de Epidemiología - Ministerio de Salud de la Nación (mayo de 2009). *Enfermedades infecciosas, tuberculosis, diagnostica de tuberculosis, guía para el equipo de salud*. Argentina. [En línea]. Recuperado de: <http://www.ms.gba.gov.ar/wp-content/uploads/2013/03/guia-tuberculosis.pdf>
- Flamenco, M. C. (2013). *Aplicación del proceso de atención de enfermería y su relación con la estancia hospitalaria*. (Tesis de licenciatura de Enfermería Inédita). Universidad Dr. José Matías Delgado. San Salvador, El Salvador. Recuperado de: <http://www.redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/1871/1/0001782-ADTESFA.pdf>
- Kroeger A. y Luna, R. (1987). *Atención primaria en salud, principios y métodos*. (2ª ed.). México: Editorial El manual moderno S.A de C.V.
- Mingo, G. L. y Sánchez, G.J. (2009). *Operaciones administrativas y operaciones sanitarias [versión Adobe Digital Editions]*. Recuperado de <https://books.google.com.sv/books?id=Nko8cBSc7YC&lpg=PP1&hl=es&pg=PP1#v=onepage&q&f=false>
- Ministerio de Salud de El Salvador. (2006). *Protocolos de atención de enfermería para el primer y segundo nivel de atención de salud*. (2ª ed.). El Salvador: Editorial MINSAL.
- Ministerio de Salud de El Salvador. (2014). *Herramienta técnica para buenas prácticas de enfermería en la prevención y control de la tuberculosis*. El Salvador: Editorial MINSAL.

- Ministerio de Salud de El Salvador. (2015). *Norma técnica para la prevención y control de la tuberculosis*. (2ª ed.). El Salvador: Editorial MINSAL.
- Ministerio de Salud de El Salvador/JICA. (2014). *Cuaderno de trabajo para la aplicación del modelo de atención de enfermería comunitaria en los establecimientos del primer nivel de atención*. (1ª ed.). El Salvador: Editorial MINSAL.
- OMS/OPS. (2008). *Serie la renovación de la atención primaria en salud en las Américas. N°1*. Washington D.C. [en línea] 2008. Recuperado de: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf
- Organización Mundial para la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Diagnóstico de TuberculosisXpert MTB/Rif* [diapositivas de PowerPoint]. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=24334&Itemid=, título "XPERTMTB/RIF revoluciona y transforma el diagnóstico de la tuberculosis"
- Organización Mundial para la Salud. (1997). *Tratamiento de tuberculosis, directrices para los programas nacionales*. (2ª ed.). Ginebra: Editorial. OMS.
- Organización Mundial para la Salud. (1998). *Directrices para los programas nacionales*. Suiza Ginebra [en línea] Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_TB_97_220_spa.pdf
- Organización Mundial para la Salud. (2008). *Normas y guía técnica manual para el diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis*. Recuperado de: <http://files.sld.cu/tuberculosis/files/2009/12/tb-labs-baciloscofia1.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008) *La formación en Medicina Orientada hacia la Atención la Atención Primaria de Salud: serie la renovación de la APS en las Américas, Estrategias para el desarrollo de los Equipos de APS*. Washington, D,C: Editorial OPS.
- Reinosa. (9 de abril de 2015). Re: *material sobre APS* [Mensaje en una lista de correos electrónicos]. Recuperado de: <https://mail.google.com/mail/u/0/#search/aps/14c9feda5f4974aa>.
- Rodas, C. M.; Vigil, F.G y Vásquez, D.I. (2012). *Opinión que tienen los usuarios sobre la calidad de atención directa y enseñanza en salud que reciben del profesional de enfermería que labora en bienestar universitario, de la Universidad de El Salvador*. (Tesis de licenciatura de Enfermería Inédita). Universidad Nacional de El Salvador, El Salvador.
- Roth, D. (2002). *Políticas Públicas: formulación, implementación y evaluación*. Bogotá, D.C.: Editorial Aurora.

- Tablada L. R. (2014). *Estrategia de tratamiento acortado y estrictamente supervisado en pacientes con tuberculosis pulmonar confirmada*. [en línea]. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_9_10/san14910.htm
- Tomey, A. M y Raile, M. A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. (7ª ed.). España: Editorial Elsevier-Mosby.
- Toray-Masson.(ed.) (1979). *Neumología, tuberculosis, cuadernos de enfermera*. Barcelona: Editorial Masson.
- Vargas, L.M. (2008). *Propuesta para la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en Comunidad. Enfermería Comunitaria*. [en línea]. 4 (1). Rango de Páginas del artículo. Recuperado de: <http://www.index-f.com/comunitaria/v4n1/ec6703.php>
- Vásquez A.C, Guevara C.E, Chávez C.H y otros. (2005). *Modelos de Enfermería Comunitaria una experiencia práctica en El Salvador*. El Salvador: Editorial JICA.

Anexos

Anexo 1: Cronograma de Actividades

Actividad	Responsable	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Duración	2015							2016		
					J	J	A	S	O	N	D	E	F	M
Elaboración y entrega del protocolo de investigación.	Lourdes Flores y Ana Rivas	30 de abril de 2016	20 de octubre de 2015	120 días.	X	X	X	X	X					
Asesorías	Lourdes Flores y Ana Rivas	30 de julio de 2015	04 de marzo de 2016	132 días	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Trámite de autorización del estudio por parte de la institución donde se realizara.	Lourdes Flores y Ana Rivas	25 de octubre de 2015	16 noviembre 2015	16 días						X	X			
Recolección de datos.	Lourdes Flores y Ana Rivas	1 de diciembre de 2015	15 de enero de 2016	32 días								X	X	
Análisis e interpretación de datos.	Lourdes Flores y Ana Rivas	20 de enero de 2016	15 de febrero de 2016	19 días									X	X
Informe final de los resultados de la investigación.	Lourdes Flores y Ana Rivas	16 de febrero 2016	26 de febrero de 2016	9 días										X
Defensa	Lourdes Flores y Ana Rivas	5 de marzo	5 de marzo	1 día										X

Anexo 2: Presupuesto

El proyecto de investigación tendrá un costo de quinientos veinticinco 96/100 dólares, y los fondos a utilizar en el estudio se distribuirán de la siguiente manera:

N°	Detalles	Cantidad	Precio unitario	Total
1	Cuaderno de apuntes	2	\$ 1.10	\$ 2.20
2	Impresiones	372 pg.	\$ 0. 10	\$ 37.20
4	Copias	200 pág.	\$ 0.05	\$ 10.00
5	Transporte	Por mes	\$ 5.00	\$ 50.00
6	Alimentación	-	\$ 100.00	\$ 100.00
7	Folder	6	\$ 0.25	\$ 1.50
8	Empastado	2	\$ 10.00	\$ 20.00
9	Lapiceros	4	\$ 0.20	\$ 0.80
10	Internet	-	\$ 20.00	\$ 20.00
12	Anillado espiral	3	\$ 9.00	\$9.00
13	USB 4 GB	2	\$7.00	\$7.00
14	Asesorías	32 horas	\$8.13	\$260.16
15	Digitación por pagina	Por pág.	\$0.30	\$27.9
16	Engrapadora	1	\$4.00	\$4.00
17	Internet inalámbrico	5 horas al día	\$0.60	\$21.00
TOTAL				\$570.06

Anexo 3: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SER SUJETO DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

Los estudiantes egresados de la carrera de licenciatura en enfermería de la Facultad Ciencias de la salud Dr. Luis Edmundo Vásquez Escuela Superior de Enfermería Universidad Dr. José Matías delgado con la finalidad de contribuir en un proyecto de investigación titulado:

“APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD”

El proyecto de investigación pretende resolver la siguiente *pregunta ¿Cómo es la aplicación del proceso de atención de enfermería en la prevención y control de pacientes con tuberculosis pulmonar en el primer nivel de atención en salud de febrero a noviembre de 2015?*

El estudio persigue los siguientes objetivos:

a) Objetivo general:

Determinar las intervenciones que realiza el profesional de Enfermería en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería Comunitario en pacientes con Tuberculosis Pulmonar ingresados en el Programa de Prevención y Control de Tuberculosis en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Unicentro Soyapango, San Jacinto, San Miguelito y Barrios en el período comprendido de febrero a noviembre del 2015.

b) Objetivos específicos:

- Documentar las intervenciones de enfermería realizadas en las visitas domiciliarias de seguimiento a pacientes con Tuberculosis Pulmonar y su familia.
- Identificar las intervenciones de promoción y educación en salud desarrolladas en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería Comunitario durante las visitas domiciliarias a la persona con Tuberculosis Pulmonar y su familia.
- Identificar los alcances y limitaciones para el éxito de la prevención y control de la tuberculosis pulmonar mediante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería Comunitario

c) Propósito y beneficiarios directos del estudio

La investigación se encuentra a cargo de las Bachilleres Lourdes Aracely Flores y Ana Aracely Rivas, estudiantes egresadas de carrera de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud "Dr. Luis Edmundo Vásquez" de la Universidad Dr. José Matías Delgado y se tendrá por objeto investigar la evaluación del proceso de atención en enfermería comunitario (PAEC) según las fases de este (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) durante una visita domiciliar y en la revisión documental de (expedientes) de los usuarios con Tuberculosis pulmonar en diferentes establecimientos de salud, dichos casos representan una población de 13 usuarios en el programa de la UCSF Unicentro, UCSF Dr. Mauricio Sol Nerio (San Jacinto) con 8 usuarios en el programa de Tb, UCSF Dr. Juan Ramón Alvarenga Andino (San Miguelito) 8 usuarios con Tb pulmonar inscritos en el programa. UCSF Barrios con 4 pacientes de Tb pulmonar.

d) Posibles riesgos

Los datos recolectados durante la investigación serán vistos y analizados solo por el grupo de investigadoras y no serán expuestos los nombres, por lo tanto no serán sometidos a experimentación de ningún tipo, la información solo corresponderá a las variables sin exponer intimidades, pudor o información de la vida personal.

e) Autorización

Por lo antes expuesto, yo _____, con cargo de _____ de la UCSFE (autorizo/ deniego) _____, participar en el estudio, y firmo la presente en la ciudad de _____, el día _____.

F: _____



Anexo 4: Guía de revisión documental

Instrumento No.

--	--	--

GUIA DE REVISION DOCUMENTAL

Nombre del encuestador: _____

Fecha: _____

Hora de inicio: _____ Hora de finalización: _____

Objetivo:

Documentar las intervenciones que realiza el personal de enfermería en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a pacientes con tuberculosis pulmonar, ingresados en el programa y así determinar la relación con el cumplimiento de los lineamientos de control y prevención de Tb, del MINSAL.

Indicaciones:

- Marque con “x” si cumple o no con las fases del proceso de atención de enfermería de acuerdo al lineamiento técnico de prevención y control de Tuberculosis pulmonar.
- La información que se extraerá de los expedientes será únicamente la que está directamente relacionada con el tema de investigación con el propósito de garantizar la confidencialidad.
- En la recolección de la información no se extraerán datos que vinculen la localización del usuario para cumplir el anonimato.
- Toda la información recolectada en esta investigación solamente será manejada por el equipo investigador y el asesor de la investigación.

IDENTIFICACION GENERALES.

Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad: _____
 Ocupación: _____

Ítems	Alternativas		
	SI	NO	N/A
I. FASE DE PLANIFICACIÓN			
Evidencia de la búsqueda de contactos			
1. ¿Registra a sintomáticas respiratorias?			
2. ¿Documenta sobre la convivencia con personas en condiciones de riesgo? (VIH, desnutrición, diabetes, niños, adultos mayores, otros).			
Evidencia de la evaluación del apoyo familiar			
3. ¿Registra que la habitación de la persona caso índice posee entrada de luz solar directa y ventilación adecuada?			
4. ¿Se analiza sobre el número de personas por habitación?			
Evidencia de la evaluación del entorno			
5. ¿Se exploraron las expectativas y temores sobre la enfermedad tuberculosa en el núcleo familiar?			
6. ¿Se exploró sobre la motivación en la adherencia al tratamiento?			
7. ¿Se indagó sobre el interés de los familiares en la nutrición de la persona con la enfermedad tuberculosa?			
8. ¿Se investigaron la existencia de necesidades educativas sobre la tuberculosis?			
II.FASE DE DIAGNÓSTICO			
Formulación de diagnósticos enfermeros de acuerdo a los lineamientos nacionales.			
9. ¿Los diagnósticos reúne los elementos para un diagnóstico real y/o potencial?			
Formulación de diagnósticos enfermero pertinentes a las necesidades identificadas.			
10. ¿Los diagnósticos enfermeros son congruentes a los hallazgos en la valoración?			
III.FASE DE PLANIFICACIÓN			
Expone intervenciones de promoción y educación para la salud			
11. ¿Expone sobre la cadena de transmisión de la enfermedad tuberculosa?			
12. ¿Registra sobre los factores de riesgo de la enfermedad tuberculosa?			
13. ¿Indica la responsabilidad en el mantenimiento de la salud familiar?			

(autocuidado)			
14. ¿Expone el apoyo emocional como pilar en el tratamiento?			
15. ¿Registra junto a la familia los comportamientos a seguir?			
IV. FASE DE EJECUCIÓN			
Implementación del plan de cuidados			
16. ¿Registra las intervenciones junto a la persona y la familia?			
17. ¿Expone las adecuaciones al entorno/ambiente junto a la familia? (en aquellas situaciones susceptibles de modificar)			
18. ¿Todas las intervenciones planeadas del agente y la agencia del cuidado fueron desarrolladas?			
19. ¿Se establecieron compromisos con la persona y la familia para el mantenimiento de la salud?			
20. ¿Posee firma de compromisos adquiridos la persona y la familia?			
V. FASE DE EVALUACIÓN			
Evidencia de la evaluación de resultados			
21. ¿Existe evidencia sobre la consecución del objetivo propuesto en el plan de cuidados?			
22. ¿Los planes de cuidado están evaluados?			
Seguimiento de la persona y de la familia			
23. ¿Expuso el cumplimiento de los compromisos adquiridos?			
24. ¿Mostraron nuevas necesidades de salud?			



Anexo 4: Guía de entrevista focalizada.

Instrumento

GUIA ENTREVISTA FOCALIZADA

Nombre del encuestador: _____

Fecha: _____

Hora de inicio: _____ Hora de finalización: _____

Objetivo:

Identificar intervenciones de enfermería, que realiza el personal durante la visita domiciliar, en pacientes inscritos en el programa de control y prevención de tuberculosis pulmonar.

Indicaciones:

- La información obtenida por parte de los pacientes, será únicamente la que está directamente relacionada con el tema de investigación con el propósito de garantizar la confidencialidad.
- En la recolección de la información no se extraerán datos que vinculen la localización del usuario para cumplir el anonimato.

Primera ronda fase de valoración

- ¿Le han realizado visita domiciliar y cuantas veces?
- ¿El personal que le realiza la visita le ha preguntado por personas con tos? ¿Con qué características?
- ¿Le han realizado observaciones a su vivienda? Sí_ No_ ¿de qué tipo? (Número de habitantes...luz... ventilación).
- ¿Le han realizado preguntas sobre su enfermedad... cómo cuáles?
- ¿Le han preguntado sobre el apoyo que obtiene de su familia? ¿Qué le han dicho?
- ¿Le han preguntado sobre sus temores?
- ¿Alguna vez le han impartido pequeñas charlas o consejerías? ¿Sobre qué han tratado... dieta, tratamiento?

Tercera ronda fase de planificación.

- ¿Le han informado sobre las formas de transmisión de la tuberculosis? Explorar.
- ¿Qué conoce sobre los factores de riesgo?
- ¿Qué le han hablado sobre el autocuidado?
- ¿En algún momento se han acercado a hablar con miembros de su familia? ¿Le han comentado sobre que han hablado?
- ¿Qué le han explicado del apoyo emocional?

Cuarta ronda fase de ejecución.

- ¿En alguna ocasión ha realizado con el personal de salud un documento en donde han escrito los que se va a hacer para cuidar de su salud? Explorar.
- ¿Cómo ha participado usted en esos cuidados?

Quinta ronda fase de evaluación.

- ¿Cómo hace para recordar lo que han colocado en el documento?
- ¿El personal de salud le ha realizado otra visita para verificar si ha cumplido lo acordado? Explorar
- ¿Qué tipo de compromisos ha realizado durante la visita?
- ¿Durante las visitas que le han realizado le han descubierto algún problema de salud? Explorar.

Anexo 5: Categorización de las entrevistas

Texto	Concepto	Categoría
“Tengo temor por mi seguridad por maras por mí casa”	Riesgo social para los profesionales de la salud	Ausencia de visita domiciliar por personal de Enfermería
“Me ha visitado un promotor”	Visita domiciliar por otro profesional del equipo de salud	
“El promotor siempre me ha dado el tratamiento”		
“La Enfermera nunca me ha visitado”		
“No han llegado hablar con los miembros de mi familia”	Falta de seguimiento	
“Me han preguntado por mi familia, pero nunca los han observado”		
“Me han llegado a visitar una vez, solo me preguntaron sobre el tratamiento que estoy tomado”		
“Solo sí una tos es más de 10 días preguntar al médico si es TB”	Búsqueda de sintomático respiratorio	Identificación de sintomático respiratorio
“Se han chequeado a todos los de mi familia”	Análisis del hacinamiento	
“Preguntaron cuántos viven en la casa”	Búsqueda de personas vulnerables	
“Muchas veces la familia, y que los adultos mayores y los niños son más propensos”		
“Mi hermana mayor ha estado con el mismo tratamiento por la enfermedad de la cual ya se curó”		
“Las personas con defensas bajas, es posible que más rápido adquieran la enfermedad”	Identificación de factores de riesgo	Búsqueda de personas vulnerables
“Me han explicado pero no le han dado información”	Estrategias de educación inadecuada	Estrategias inadecuada de enseñanza

Texto	Concepto	Categoría
escrita”		
“Me cuesta memorizar lo que tengo que hacer”		
“Me han dejado medicina para 14 días”	Tratamiento Profiláctico con Isoniacida	Prevención de la enfermedad en grupos vulnerables
“Mi hija tiene 5 años y empieza el tratamiento preventivo”	Persona vulnerable	
“Me dijeron que era una Enfermedad contagiosa y peligrosa”	Educación sobre el riesgo de la enfermedad	
“La tuberculosis se transmite por gotas de saliva”		
“Que se puede transmitir por tos”		
“No tose ni escupe al aire libre”	Educación sobre las formas de transmisión	Educación sobre la enfermedad
“Se contagia por medio de la tos y si se está expulsando flema que si uno no asiste a la unidad de salud puede morir abrigarse bien”		
“Tener cuidado con el uso de platos u otros utensilios de la casa”		
“He apartado mis utensilios personales, para evitar el contagio con otros miembros de mi familia”	Enseñanza de mitos	Enseñanza de mitos
“Ya llevo 21 días con mascarillas”		
“Tengo que tener cuidado con la higiene en la casa, de no contaminar, en los lugares públicos”		
“Que coma sanamente y que me tome el medicamento por completo, quiero estar sano y voy al día con los medicamentos”.	Autocuidado	Fomento del autocuidado
“Me han dicho que después de 45 tomas vuelva		

Texto	Concepto	Categoría
a realizarme la prueba de flema y estar pendiente, me han atendido bien, me dieron un suplemento alimenticio (ENSURE)".		
"Debo procurar comer más sano, comer comidas con proteínas y vitaminas".		
"Sí dejo el tratamiento hay un riesgo más delicado, porque tengo que volver a retomar el tratamiento y es peor".		
"Que mi esposa durmiera aparte".	Medidas de seguridad ambiental	
"Tener limpio, lavar la ropa de cama, abrir las ventanas"		

Anexo 7: PCT-7

Anverso del formulario PCT – 7^a

CONTROL BACILOSCOPICO						
MES CONTROL BK	FECHA	LABORATORIO LOCAL		LABORATORIO DE PREFERENCIA		PESO KG
		POSITO	CULTIVO	POSITO	CULTIVO	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

ESTE CARNET TIENE COMO PROPOSITO ASEGURAR LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO SUPERVISADO EN TODO PACIENTE DIAGNOSTICADO. EL ENFERMO PODRA SOLICITAR EN CUALQUIER ESTABLECIMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD LA ATENCION Y MEDICAMENTO NECESARIO.

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE EXPIDE EL CARNET

ESTABLECIMIENTO DE SALUD MSPAS/ISSS _____ MUNICIPIO _____

REPUBLICA DE EL SALVADOR
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCION Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

PCT - 7A

CARNET DE CONTROL DE CASOS

N° DE EXPEDIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____

EDAD OCUPACION: _____

DOMICILIO PERMANENTE: _____

COLONIA O LOCALIDAD _____

MUNICIPIO _____ DEPARTAMENTO: _____

OTRO DOMICILIO: _____

N° TELEFONICO: _____

Reverso del formulario PCT – 7A

CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD		TIPO DE PACIENTE		DETECTADO		COMPROBACION																														
FECHA: ____/____/____	LOCALIZACION: PULMONAR <input type="checkbox"/>	CASO NUEVO <input type="checkbox"/>	RECAIDA <input type="checkbox"/>	S.R. (TOSADORES) <input type="checkbox"/>	BK <input type="checkbox"/>	CULTIVO <input type="checkbox"/>	BIOPBSA <input type="checkbox"/>																													
EXTRAPULMONAR <input type="checkbox"/>	MENINGEAS <input type="checkbox"/>	ABANDONO <input type="checkbox"/>	FRACASO <input type="checkbox"/>	CONTADOS <input type="checkbox"/>	OTRAS CONSULTAS <input type="checkbox"/>	SISTEMA DE PUNTAJE <input type="checkbox"/>																														
TRATAMIENTO																																				
ESQUEMA: _____	FECHA DE INICIO: ____/____/____	FASE: I. FASE _____	DURACION N° DE SEMANAS _____	PERIODO CIDA o 2 o 3 v/s. SEGUN EL CASO _____	MEDICAMENTO POR DOSIS _____																															
CATEGORIA I <input type="checkbox"/>	CATEGORIA III <input type="checkbox"/>	II. FASE _____																																		
CATEGORIA II <input type="checkbox"/>	OTROS ESQUEMAS (MDR) <input type="checkbox"/>	III. FASE (RESISTE) _____																																		
MARQUE LA FECHA DE CITA CON UNA X (A LAPIZ) AL ACUDIR EL ENFERMO A LA CITA. EL PERSONAL QUE ADMINISTRE LOS MEDICAMENTOS DEBERA BORRAR LA MARCA Y ANOTAR AHI EL N° DE DOSIS CORRELATIVA							TOTAL VENCIDAS DE DOSIS																													
N°	MES	DIAS	1	2	3	4		5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
(1)																																				
(2)																																				
(3)																																				
(4)																																				
(5)																																				
(6)																																				
(7)																																				
(8)																																				
(9)																																				
(10)																																				
(11)																																				
(12)																																				
TOTAL																																				
MOTIVO: CURADO <input type="checkbox"/>		TRATAMIENTO TERMINADO <input type="checkbox"/>		FRACASO <input type="checkbox"/>		ABANDONO <input type="checkbox"/>		FALLECIDO <input type="checkbox"/>		OTRO <input type="checkbox"/>																										

