EsSalud
Humanizando el Seguro Social

EsSalud 80 años Unidos para ti 1936 - 2016

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 123 GCPS-ESSALUD-2016

Lima, 21 de Diciembre 2016

VISTOS:

La Carta N° 98 - SGNAPS-GCPS-ESSALUD y el Informe Técnico N° 13 -SGNAPS-GCPS-ESSALUD-2016 de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante el artículo I del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, se establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo;

Que, en el artículo 10° del Reglamento de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, aprobada por Decreto Supremo N° 009-97-SA, se señala que las prestaciones que otorga EL Seguro Social de Salud, prestaciones de bienestar y promoción social y prestaciones económicas; en ese sentido, mediante su artículo 11° indica que las prestaciones de prevención y promoción de la salud son prioritarias y tienen por objeto conservar la salud de la población, minimizando los riesgos de su deterioro, siendo las mismas la educación para la salud, evaluación y control de riesgos e inmunizaciones;

Que, de conformidad con el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, el Seguro Social de Salud - ESSALUD ha establecido como objetivo específico 2.2 del objetivo estratégico 2 trazado dentro del marco del Plan Estratégico Institucional 2012-2016, aprobado por Acuerdo de Consejo Directivo n° 23-10-ESSALUD-2012 el de "Implementar un sistema de atención integral basado en la atención primaria de salud y las prioridades sanitarias, gestión por procesos y gestión de la enfermedad":

Que, por Resolución de Gerencia General N° 487-GG-ESSALUD-2014, se aprobó el documento técnico "Cartera de Servicios de Complejidad Creciente del Seguro Social de Salud (ESSALUD)", con el objetivo de establecer actividades sanitarias estandarizadas por etapa de vida, en los Establecimientos de Salud del Seguro Social de Salud - ESSALUD, con población adscrita;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-EsSalud-2014, se aprobó la nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud - EsSalud;

Que, mediante la modificación del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud - ESSALUD, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015, se establece en el inciso a) del artículo 158° como funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud formular, proponer, aprobar cuando corresponda al ámbito de su competencia y evaluar las políticas, normas, modelos, prioridades sanitarias y estrategias para la atención de salud de los asegurados a través de la oferta fija y flexible y otras modalidades, así como los criterios de evaluación de resultados e impacto de las intervenciones sanitarias.

Que, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud a través de la Sub Gerencia de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias Integral de Salud, ha conformado un equipo técnico que ha elaborado el documento preliminar; siendo este validado por la Gerencia Central de Operaciones, Redes Desconcentradas y Asistenciales.

EsSalud
Humanizando el Seguro Social

Que, resulta necesaria la aprobación de la Directiva "Gestión del Cuidado Integral de Enfermería al Paciente con Tuberculosis en EsSalud", a fin de mejorar el proceso de atención en los Establecimientos de Salud.

Estando a lo expuesto y en uso de las facultades conferidas

SE RESUELVE:

1. **APROBAR** Directiva "Gestión del Cuidado Integral de Enfermería al Paciente con Tuberculosis en EsSalud", que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

2. **DISPONER** que la Sub Gerencia de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias se encargue de la difusión, asesoría técnica y evaluación del cumplimiento de lo dispuesto en la Directiva "Gestión del Cuidado Integral de Enfermería al Paciente con Tuberculosis en EsSalud", de acuerdo al ámbito de su competencia.

3. **DISPONER** que los Órganos de la Sede Central brinden el apoyo correspondiente cuando lo requiera la Gerencia Central de Prestaciones de Salud para la implementación de la Directiva "Gestión del Cuidado Integral de Enfermería al Paciente con Tuberculosis en EsSalud" de acuerdo al ámbito de su competencia.

4. **ENCARGAR** a la Oficina de Relaciones Institucionales el diseño y difusión de los materiales educativos y de comunicación priorizados en la Directiva "Gestión del Cuidado Integral de Enfermería al Paciente con Tuberculosis en EsSalud" aprobada por la presente Resolución.

5. **PUBLICAR** en el Compendio Normativo del Seguro Social de Salud - ESSALUD

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

Dra. LUCY NANCY OLIVARES MARCOS
GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
ESSALUD

EsSalud
Humanizando el Seguro Social

EsSalud 80 años Unidos para ti 1936 - 2016

SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

DIRECTIVA DE GERENCIA CENTRAL N °23 -GCPS-ESSALUD-2016

DIRECTIVA GESTION DEL CUIDADO INTEGRAL DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON TUBERCULOSIS EN ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD



GERENCIA DE POLÍTICAS Y NORMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

LIMA – PERÚ

2016

VºBº C.ESPARZA A. Sub Gerente

TITULO ORIGINAL: DIRECTIVA GESTION DEL CUIDADO INTEGRAL DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON TUBERCULOSIS EN ESSALUD

Versión: 01- 2016

Lima,

SEGURO SOCIAL DE SALUD
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
GERENCIA DE POLÍTICAS Y NORMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD
SUB GERENCIA DE NORMAS DE ATENCION DE PRIORIDADES SANITARIAS

Av. Arenales N° 1302- Jesús María - Lima 11 - Perú

DERECHOS DEL AUTOR: Este documento no puede reproducirse total o parcialmente por ningún método gráfico, electrónico o mecánico, incluso los sistemas de fotocopiados, registro magnetofónico o alimentación de datos, sin permiso previo de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud - EsSalud - 2016.

ING. JORGE GABRIEL DEL CASTILLO MORY

Presidente Ejecutivo de ESSALUD



DR. MANUEL ROBERTO DE LA FLOR MATOS

Gerente General

DRA. LUCY NANCY OLIVARES MARCOS

Gerente Central de Prestaciones de Salud

Lic. Cleopatra Huapaya Pizarro	Miembro del Equipo Técnico de TB de la Sub Gerencia de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias
Lic. Mirtha Valladares Fernández	Miembro del Equipo Técnico de TB de la Sub Gerencia de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias
Lic. Nelly Rodriguez Pacheco	Miembro del Equipo Técnico de TB de la Sub Gerencia de Normas de Servicios de Salud.
Lic. Patricia Fernández Sánchez	Coordinadora de TB de la Red Desconcentrada Rebagliati
Lic. Yessica Contreras Guerra	Responsable de TB del Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega
Lic. Enma Carrillo Palacios	Enfermera del Prog. de TB del Hospital II Vitarte
Lic. Ana Rímac Arrieta	Enfermera del Prog. del Centro de Atención Primaria III San Juan de Miraflores

VALIDACION

VALIDACION INTERNA:

Lic. Carmen Caballero Yumpe	Miembro del Comité Multidisciplinario de Expertos en el Manejo de Tuberculosis- ESSALUD
Lic. Ana Vera Pérez	Miembro del Comité Multidisciplinario de Expertos en el Manejo de Tuberculosis- ESSALUD
Lic. Sonia Ildefonso Huanca	Enfermera Jefe del Servicio. Neumologia-Hosp.Nac.Guillermo Almenara Irigoyen
Lic. Tatiana Zevallos Escudero	Enfermera Jefe del Servicio de Emergencia- Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
Lic. Elizabeth Vasquez Donayre	Enfermera del Prog. VIH/SIDA Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
Lic. Celia Carhuarupay Atapaucar	Enfermera Jefe del Servicio de Neumología- Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Lic. Paola Mejía Quevedo	Enfermera Jefe del Servicio de Emergencia- Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Lic. Aida Espadin Ventocilla	Enfermera del Prog. VIH/SIDA-Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Lic. Rosa Taica Nuñez	Enfermera del Prog. de TB-Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Lic. Gloria Adelaida Leyva Rodas	Enfermera del Prog. VIH/SIDA-Hospital I Marino Molina Scippa
Lic. Irene Mercedes Zapata Silva	Miembro del Equipo Técnico de la Sub Gerencia de Operaciones de la Red Desconcentrada Almenara.
Lic. Rosario Del Carmen Toledo	Enfermera del Hospital II Vitarte
Lic. Daycy Garabay Bonett	Enfermera del CAP III Luis Negreiros Vega
Lic. Horacio Soria Astete	Coordinador de TB de la Red Desconcentrada Sabogal
Lic. Esther Sánchez Rebaza	Enfermera del Prog.VIH/SIDA- Hospital II Gustavo Lanatta
Lic. Giovanna Nuñez Chumpitaz	Enfermera del Prog.VIH/SIDA- Hospital II Suarez Angamos
Lic Nelida Luisa Armas Cangalaya	Enfermera del Prog. de TB del CAPIII El Agustino
Lic. Fanny Humpiri Colquehuanca	Enfermera del Prog. de TB del CAPIII Huaycan
Lic. Jenny Pacheco Lima	Enfermera del Prog. de TB del Hospital I Jorge Voto Bernales
Lic. Elba Caballero Espinoza	Enfermera del Prog. de TB del Hospital III Emergencias Grau.
Lic. Nancy Domínguez Gomez	Enfermera del Prog. de TB del Hospital I Aurelio Diaz Ufano
Lic. Ana Maria Gutierrez Suyo	Enfermera del Prog. de TB de la IPRESS Zarate

VALIDACION EXTERNA:

Lic. Edith Alarcon Arrascue	Experta Internacional en TB
Lic. Rula Aylas Salcedo	Asesor Nacional de TB



ÍNDICE

I. OBJETIVO 8
II. FINALIDAD 8
III. BASE LEGAL 8
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN 9
V. RESPONSABILIDAD 10
VI. DISPOSICIONES 10
VII. CONCEPTOS DE REFERENCIA 20
VIII. ANEXOS 28

Anexo N°1 Programación del Personal Enfermero(a) en los Programas de Prevención y Control de Tuberculosis 29
Anexo N°2 Formato de Entrevista de Enfermería 30
Anexo N°3 Plan de Cuidados Estandarizado al Paciente con Tuberculosis en la Consulta Externa 36
Anexo N°4 Plan de Cuidados Estandarizado al Paciente con Tuberculosis en Hospitalización 38
Anexo N°5 Psicotb: Instrumento de Detección de Problemas Psicoemocionales y Psiquiátricos Asociados a la TB MDR XDR 41
Anexo N°6 Procedimientos de Enfermería en Pacientes con Tuberculosis 43

V°B°
C. ESPARZA A.
Sub Gerente

GLOSARIO

APP	Alianzas Público Privadas
IPRESS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
BK+	Baciloscopía positiva
BK-	Baciloscopía negativa
DOTS	Directly Observed Treatment Short-course / Estrategia de tratamiento acortado directamente observado. Operacionalmente consiste en que una persona entrenada supervise
DSL	Drogas Segunda Línea
DPL	Drogas Primera Línea
PCT	Programa de Control de la Tuberculosis
PSD	Prueba de Sensibilidad a Drogas
PPD	Derivado Proteico Purificado
PPL	Persona Privada de Libertad
PTOG	Prueba de tolerancia oral a la glucosa
PVVS	Persona viviendo con VIH/SIDA
RAFA	Reacciones Adversas a Fármacos
R	Rifampicina
S	Estreptomicina
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIRI	Síndrome Inflamatorio de Reconstitución Inmune
SR	Sintomático Respiratorio
TARV	Tratamiento Antirretroviral
TARGA	Terapia Antiretroviral de Gran Actividad
TB	Tuberculosis
TBEP	Tuberculosis Extrapulmonar
TB-DR	Tuberculosis Drogoresistente
TB-P	Tuberculosis Pulmonar
TBP-FP	Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo
TBP-FN	Tuberculosis Pulmonar BK Negativo Cultivo Negativo
TBP-BK-C-	Tuberculosis Pulmonar BK- Cultivo Negativo
TBP-BK-C+	Tuberculosis Pulmonar BK- Cultivo Positivo
TB-DR	Tuberculosis Drogoresistente
TITBL	Terapia para Infección por Tuberculosis Latente
TB-MDR	Tuberculosis Multidrogoresistente
TB-XDR	Tuberculosis Extremadamente Resistente
TPC	Terapia Preventiva de Cotrimoxazol
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WB	Prueba confirmatoria de infección VIH Western Blot
Z	Pirazinamida

I. OBJETIVO

Establecer los criterios técnicos y procedimientos para la gestión del cuidado de enfermería del paciente con tuberculosis en todos los niveles de atención de las Instituciones Prestadoras de Salud de la Seguridad Social de Salud.

II. FINALIDAD

Contribuir a mejorar los procesos de atención del paciente con tuberculosis para el logro de la Estrategia "Fin de la Tuberculosis", a través del cuidado integral de enfermería.

III. BASE LEGAL

1. Ley General de Salud N° 26842 y modificatorias.
2. Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), N° 27056
3. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y modificatorias su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 009-97-SA y modificatorias.
4. Ley 30287, Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú; su Reglamento aprobado con Decreto Supremo N°021-2016-SA.
5. Resolución Ministerial N° 715-2013-MINSA. Aprueba la NTS-104-MINSA/DGSP. -V01" Norma Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis".
6. Resolución Jefatural N° 466-2012-J-OPE/INS que aprueba la Directiva N°025-INS/CNSP-V.01, Lineamientos para la universalización de las pruebas rápidas para el diagnóstico de la tuberculosis multidrogo resistente.
7. Resolución de Presidencia Ejecutiva N°601-PE-ESSALUD-2015, que aprueba la Estructura Orgánica y Manual de Organización y Funciones del Seguro de las Redes Desconcentradas Almenara, Rebagliati y Sabogal.
8. Resolución de Presidencia Ejecutiva N°767-PE-ESSALUD-2015, que aprueba la modificación del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud-ESSALUD.
9. Resolución de Gerencia General N° 784-GG-ESSALUD-2016 que aprueba el documento técnico Nuevo Modelo de prestación de Salud: "Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud"

10. Resolución de Gerencia General N°1515-GG-ESSALUD-2015, que aprueba la Directiva N°012-GG-ESSALUD 2015, "Normas de los Procesos de Admisión, Consulta Externa y Atención ambulatoria en las IPRESS del Seguro Social de Salud- ESSALUD".
11. Resolución de Gerencia General N°1516-GG-ESSALUD-2015, que aprueba la Directiva N°013-GG-ESSALUD 2015 Directiva "Consulta de Atención Inmediata (CAI) en las instituciones prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del Seguro Social de Salud- ESSALUD.
12. Resolución de Gerencia General N° 1517-GG- ESSALUD-2015 "Normas para el Proceso de Referencia y Contra referencias de EsSalud".
13. Resolución de Gerencia General N°487-GG-ESSALUD-2014, que aprueba la Directiva N°005-GG-ESSALUD-2014." Cartera de Servicios de Complejidad Creciente del Seguro Social-ESSALUD.
14. Resolución de Gerencia General N°1471-GG-ESSALUD-2013, que aprueba la Directiva N° 018-GG-ESSALUD-2013. "Definición, Características y Funciones Generales de los Establecimientos de Salud del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
15. Resolución de Gerencia General N°1261que aprueba la Directiva N° 013-GG-2013, Normas para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión en ESSALUD
16. Resolución de Gerencia General N° 487-GG-ESSALUD-2014 que aprueba la "Cartera de Servicios de Atención Primaria de EsSalud".
17. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N°069-GCPS-ESSALUD-2013 que aprueba el"Manual de Normas y Procedimientos para la Prevención y Control de la Tuberculosis en EsSalud".
18. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N°048-GCPS-ESSALUD-2011, que aprueba la Directiva N°05-GCPS- EsSalud 2011. "Procedimientos de Detección Temprana de Tuberculosis en Sintomáticos respiratorios".
19. Resolución de Gerencia General N° 551-GG-ESSALUD-2010 que aprueba las "Normas Generales de Telesalud en el Seguro Social de Salud-ESSALUD".

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente directiva es de aplicación obligatoria en las IPRESS propias, de terceros o bajo modalidad de Asociación Público Privada – APP.

V. RESPONSABILIDAD

La presente Directiva es de aplicación obligatoria en las IPRESS propias, de terceros o bajo modalidad de Asociación Público Privada – APP, a través de las Jefaturas de Enfermería según Estructura Orgánica y es de cumplimiento obligatorio por el profesional Enfermero(a)

VI. DISPOSICIONES

1. DISPOSICIONES GENERALES

1.1El Gerente/Director de la IPRESS es responsable de priorizar en sus Planes Operativos acciones para garantizar los recursos en infraestructura, recurso humano el número de horas que atiende la IPRESS y según las disposiciones establecidas en los lineamientos de programación, disponibilidad de material médico, estimación de medicamentos de primera y segunda línea y procesamiento de muestras de control de baciloscopias, cultivos y pruebas de sensibilidad necesarios para el cuidado integral del paciente con tuberculosis.

1.2La Enfermera(o) Jefe de Departamento o quien haga sus veces en las IPRESS, elabora la programación del personal Enfermero(a) y Técnico de Enfermería en los Programas de Prevención y Control de Tuberculosis, en los Sistemas de Gestión de Servicios, Sistema de Gestión Hospitalaria y SISCAP según corresponda. Ver anexo N°1

1.3La Enfermera(o) Jefe de Departamento o quien haga sus veces de acuerdo a los niveles de atención, elabora el plan del cuidado integral de enfermería al paciente con tuberculosis en el marco del Plan Operativo anual de la IPRESS.

1.4El profesional Enfermero(a), elabora el cuadro de requerimiento anual de bienes y servicios para el cuidado integral de enfermería al paciente con tuberculosis y lo deriva a la Coordinación/Jefatura de Enfermería o quien haga sus veces.

1.5El profesional Enfermero(a), monitoriza el cumplimiento del Plan de mantenimiento anual de los equipos a ser utilizados en el cuidado integral de enfermería al paciente con tuberculosis y lo deriva a la Coordinación/Jefatura de Enfermería o quien haga sus veces.

2. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.

2.1 De la Gestión del Cuidado Integral del Asegurado por TB y su Familia.

2.1.1 Programa de TB- Consulta Externa

i. Organización y la búsqueda de casos y contactos.

- Organiza, monitorea y evalúa la detección de sintomáticos respiratorios, en coordinación permanente con el equipo multidisciplinario del Programa de TB, Salud Ocupacional, Epidemiología y las Jefaturas de las áreas de alto riesgo de transmisión (Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización, Laboratorio y Rayos X) de la IPRESS.
- Coordina con Laboratorio de la IPRESS, los resultados de las baciloscopias, pruebas de cultivo convencional, pruebas de sensibilidad rápida de diagnóstico TB MDR y otros exámenes auxiliares basales, de acuerdo a lo dispuesto en los documentos técnicos vigente.
- Garantiza la obtención de la primera muestra.

ii. Del Control y Seguimiento del Paciente con TB Sensible.

- Coordina el inicio inmediato del tratamiento de sintomáticos respiratorios con frotis de esputo positivo.
- Aplica el proceso de atención de enfermería a la persona con TB y su familia, registrando su actuar en el formato de Entrevista de enfermería y en concordancia con el Plan de Cuidados estandarizado. Ver Anexo N° 2 y 3.
- Organiza la historia clínica del paciente incluyendo todos los registros y formatos establecidos en los documentos técnicos vigentes en EsSalud.
- Planifica y realiza las entrevistas de enfermería: al inicio, al cambio de fase y al alta; y las que seas necesarias.
- Realiza el censo de contactos del paciente diagnosticado con TB.
- Coordina y monitoriza los controles mensuales de baciloscopía y cultivo u otros exámenes auxiliares para el seguimiento bacteriológico.
- Realiza coordinaciones con el servicio correspondiente para

la atención de las mujeres en edad fértil, diagnosticadas con TB.

- Coordina con los servicios de: nutrición, psicología, servicio social y otras especialidades que sean necesarias establecidos en los documentos técnicos vigentes para la atención del paciente con TB.
- Organiza, dirige y registra el tratamiento anti-TB directamente observado (observar la ingesta) vigilando la presencia de Reacciones Adversas a Fármacos Antituberculosis. (RAM)
- Organiza, gestiona y registra la administración de la terapia preventiva con isoniacida a los contactos indicada por el médico y evalúa otros factores de riesgo.
- Coordina con el Programa de TB de la IPRESS la derivación y/o referencia/contrareferencia de pacientes con diagnóstico de TB sensible y resistente.
- Coordina con el responsable del Programa de ITS VIH-SIDA para el descarte de TB de las personas viviendo con VIH-SIDA (PVVS) y la terapia preventiva con isoniacida (TPI) de acuerdo a los protocolos establecidos en EsSalud.
- Coordina con el responsable del Programa de ITS/VIH-SIDA, para la consejería y realización de la prueba VIH a los pacientes diagnosticados con TB de acuerdo a los protocolos establecidos en EsSalud.

iii. Del Control y Seguimiento del Paciente con TB Resistente.

- Organiza la atención diferenciada de los pacientes con TB drogoresistente a fin de disminuir el riesgo de transmisión nosocomial
- Realiza las evaluaciones de enfermería a los pacientes con TB resistente, de manera mensual durante todo el tratamiento y a los 6 meses post alta.
- Aplica el Instrumento de detección de problemas psicoemocionales y psiquiátricos asociados a la TB MDR XDR (PsicoTB). Ver Anexo 5.
- Organiza el expediente del paciente para su evaluación por

el CER-ESSALUD o para el CRER y presentar a la DISA, DIRESA, GERESA o la que haga sus veces.

- Coordina con el servicio de farmacia de la IPRESS, el suministro de medicamentos de segunda línea.
- Notifica el inicio del tratamiento con medicamentos de segunda línea.
- Coordina con el médico neumólogo, Psiquiatría, Servicio Social, Otorrinolaringología y/o procedimiento de audiometría, Nutrición, Control de Planificación Familiar y otros servicios que fuesen necesarios para la atención del paciente con TB.
- Coordina la referencia del paciente asegurado con TB para evaluación inicial y trimestral por el médico especialista.
- Organiza y realiza la visita domiciliaria dentro de las primeras 48 horas de conocido el diagnóstico del paciente.

iv. De la adherencia al tratamiento y prevención de la irregularidad al tratamiento.

- Organiza con el equipo multidisciplinario de la IPRESS, estrategias centradas en el paciente para garantizar la adherencia al tratamiento, interactuando con organizaciones locales, instituciones no gubernamentales e instituciones multisectoriales.
- Monitorea y registra la condición de "Irregularidad al Tratamiento" (pérdida de 3 dosis programadas en la fase inicial o 5 dosis durante todo el tratamiento para esquemas de TB sensible y resistente) en la tarjeta de administración de tratamiento de TB.
- Coordina y monitoriza los controles mensuales de baciloscopía y cultivo u otros exámenes auxiliares para el seguimiento bacteriológico
- Coordina la programación de la estimación anual de medicamentos anti TB e insumos para el Programa de TB.
- Coordina con el servicio de farmacia para abastecer de tratamiento de ser necesario a los servicios de emergencia y hospitalización para pacientes de diagnóstico reciente, solo para los días domingos y feriados.

2.1.2 En el Servicio de Emergencia.

- Organiza y dispone de los recursos necesarios para identificar, registrar, tomar la muestra de esputo, inmediata en aquellas personas que ingresen a la emergencia con sintomatología respiratoria durante las 24 horas del día. En coordinación con el Jefe de Servicio de Emergencia o el que haga sus veces.
- Establece un espacio adecuado para la obtención de la muestra de esputo de los pacientes con sintomatología respiratoria.
- Propone un espacio adecuado para realizar las nebulizaciones en coordinación con el médico Jefe del Servicio.
- Coordina y refiere las muestras de esputo al laboratorio y el respectivo seguimiento de los resultados.
- Coordina con el jefe del servicio para ubicar un ambiente aislado dentro de la emergencia para las personas con sintomatología respiratoria, disnea y hemoptisis.
- Coordina con el área correspondiente, la maximización de la ventilación natural de los ambientes de emergencia.
- Planifica y coordina la adecuada estimación de respiradores N95 por tallas y otros equipos de protección personal para su uso por el personal de salud durante la atención.
- Coordina con los servicios de hospitalización y el Programa de TB para el internamiento de pacientes si fuera necesario.
- Coordina con el Programa de TB de la IPRESS para el inicio del tratamiento inmediato, estudio de contactos y si el paciente está en condiciones de alta, la derivación a la IPRESS más cercana al domicilio del paciente asegurado para continuar el tratamiento.
- Supervisa el tratamiento del paciente (DOTS), proporcionado por el PCT, vigilando la presencia de Reacciones adversas a los medicamentos (RAM).
- Coordina con el Jefe del Servicio para la implementación de las medidas de control de infecciones por tuberculosis en el

personal de salud, otros pacientes y visitantes del hospital.

- Coordina con el Área de Salud Ocupacional o quien haga sus veces, el monitoreo de las medidas administrativas (con énfasis en la evaluación de riesgo de transmisión de TB), ambientales y de protección respiratoria personal (prueba de ajuste cualitativo 2 veces por año).

2.1.3 En el Servicio de Hospitalización.

- Organiza y dispone de los recursos necesarios para identificar, registrar, tomar la muestra inmediata de esputo, en aquellas personas que ingresen a hospitalización con sintomatología respiratoria durante las 24 horas del día.
- Coordina con el jefe del servicio de hospitalización para ubicar un ambiente de aislamiento para las personas con sintomatología respiratoria, disnea, hemoptisis y diagnosticado con tuberculosis.
- Planifica y coordina la adecuada estimación de respiradores N95 por tallas y otros equipos de protección personal para su uso por el personal de salud durante la atención.
- Coordina con el responsable del PCT para el inicio del tratamiento inmediato después del diagnóstico y/o la continuidad del tratamiento de pacientes hospitalizados con comorbilidad-coinfección.
- Supervisa el tratamiento del paciente (DOTS), proporcionado por el PCT, vigilando la presencia de RAM en los pacientes hospitalizados.
- Coordina y refiere las muestras de esputo al laboratorio.
- Aplica el Proceso de Atención de Enfermería en la persona con diagnóstico de tuberculosis y su familia, Ver anexo N° 4
- Coordina con el servicio del PCT el alta del paciente hospitalizado a fin de asegurar la continuidad del tratamiento.
- Coordina con el Jefe del Servicio para la implementación de las medidas de control de infecciones por tuberculosis en el personal de salud, otros pacientes y visitantes del hospital.
- Coordina con el Área de Salud Ocupacional, Ingenieria Hospitalaria o quien haga sus veces el monitoreo de las

medidas administrativas, ambientales y de protección respiratoria personal (prueba de ajuste cualitativo 2 veces por año), y la ventilación natural de los ambientes de hospitalización.

2.2 De la Gestión del Cuidado Integral del Asegurado con Co Infección TB-VIH

a. Coordina con el Programa de ITS-VIH/SIDA para el tamizaje de VIH de los pacientes con diagnóstico de TB.
b. Organiza la atención diferenciada de los pacientes con TB drogoresistente con coinfección a fin de disminuir el riesgo de transmisión nosocomial.
c. Coordina con el Programa de ITS-VIH/SIDA para la atención oportuna e integral del paciente con coinfección.
d. Planifica, ejecuta y evalúa la educación sanitaria para prevenir la transmisión de VIH.
e. Brinda el tratamiento para Infección de tuberculosis latente ITBL, al paciente con VIH, según nivel de atención.

2.3 De la Gestión del Cuidado Integral del Asegurado con Comorbilidad TB-Diabetes y/o Inmunosuprimidos

a. Coordina con el Programa del Adulto para el tamizaje de glucosa de los pacientes con diagnóstico de TB.
b. Organiza la atención de los pacientes con comorbilidad DM para la evaluación mensual por el servicio de endocrinología.
c. Organiza la atención diferenciada de los pacientes con DM de los pacientes con TB a fin de disminuir el riesgo de transmisión nosocomial.
d. Coordina con el Servicio de nutrición para el control y la orientación nutricional de pacientes con DM.
e. Planifica, ejecuta y evalúa la educación sanitaria para controlar la aparición de eventos adversos
f. Identifica y deriva a los pacientes DM, contactos del caso TB al programa.

2.4 De la Gestión del Cuidado Integral del Asegurado con TB con Problemas de Salud Mental

a. Coordina la atención de pacientes con problemas de adicciones (alcohol y drogas), al servicio de control de farmacodependencia disponible.
b. Coordina la atención de pacientes, con trastornos de salud mental en el servicio de Psiquiatría y sigue las recomendaciones del especialista.
c. Aplica el PsicoTB: Instrumento de detección de problemas psicoemocionales y psiquiátricos asociados a la TB MDR XDR. Ver Anexo N°5.

2.5 De la Organización para la Derivación y Transferencia

a. Coordina y registra la derivación, referencia y contra-referencia del paciente con TB, según sea el caso, con las IPRESS de ESSALUD ó MINSA
b. Coordina con la Oficina de Referencias y Contrarreferencia o quien haga sus veces de acuerdo a la normatividad vigente.

2.6 De la Organización del Sistema de Registro e Información.

a. Organiza y garantiza el llenado de los registros utilizados en el seguimiento de los casos de TB y TB resistente.
b. Realiza el control de calidad de los datos en los libros de registro y tarjetas de tratamiento establecidos en la normatividad vigente de la institución.
c. Registra la información de la tarjeta de tratamiento de la TB Sensible y Resistente en el Sistema de Información Gerencial de TB-SIGTB
d. Elabora el informe operacional con el equipo multidisciplinario previa revisión, validación y análisis de coherencia de los datos antes de ser reportados a las instancias correspondientes.

2.7 De la Educación y Consejería en el Cuidado Integral del Asegurado con TB y su Familia

a. Planifica y realiza la educación para la salud a la persona con TB y su familia.

b. Educa sobre la importancia de la continuidad del tratamiento.
c. Realiza la consejería al paciente con TB y su familia.
d. Realiza la educación sanitaria al personal de salud de las áreas de alto riesgo de transmisión en relación a las medidas de control de infecciones por tuberculosis.

2.8 De la Difusión e Implantación

a. Gerente Central de Prestaciones de Salud
b. Gerente de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud.

2.9 De la Implementación, Evaluación y Control de la Presente Directiva

a. Gerente Central de Operaciones- Gerente de Asignación de Recursos Financieros de Prestaciones de Salud.
b. Gerente de Oferta Flexible-Sub Gerente de Atención Domiciliaria
c. Gerente de Red Desconcentrada/ Gerente o Director de Red Asistencial.
d. Sub Gerente de Operaciones de Red de Salud
e. Director de Operaciones Prestacionales
f. Gerente/Director de Hospital Nacional.
g. Jefe de Oficina de Gestión y Desarrollo de Red.
h. Director de Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS)
i. Jefe de Departamento Asistencial/Servicio Asistencial/ Coordinación de Enfermería.

2.10 Del Cumplimiento de la Directiva

a. Enfermera(o) Jefe de Departamento
b. Profesional de la Salud Supervisor(a) Enfermero(a)
c. Enfermera(o) Coordinadora de la Consulta Externa
d. Enfermeros/as Asistenciales de los Programas de Prevención y Control de la Tuberculosis.

3. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

3.1 El incumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente Directiva por parte de los Funcionarios, Jefes de Departamento, Jefes de Servicio, trabajadores profesionales y no profesionales de la salud, constituye falta de carácter disciplinario y es sancionado según normatividad legal y/o institucional vigente.

3.2 El inicio de procedimientos administrativos disciplinarios y las imposiciones de las sanciones que pudiesen corresponder a los servidores pertenecientes a los regímenes laborales comprendidos bajo el Decreto Legislativo N° 276 (Público), Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público, y sus modificatorias; el Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo N° 728 (Privado), Ley de Productividad y Competitividad Laboral, aprobado por el Decreto Supremo N° 003-97-TR, y sus modificatorias; y el Decreto Legislativo N° 1057 (CAS), Decreto que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios, se efectuará de acuerdo a las normas contenidas en la Ley del Servicio Civil N° 30057 y su Reglamento aprobado mediante el Decreto Supremo N° 040-2014-PCM, así como por la Directiva N° 002-2015-SERVIR/GPGSC aprobada por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 101-2015-SERVIR-PE.

3.3 El Gerente / Director y el Jefe de la Oficina de Administración de la Red Desconcentrada / Asistencial, Hospital Nacional son Responsables del cumplimiento de la presente Directiva en todas las IPRESS de su jurisdicción, así como de los resultados por falta de control y seguimiento operativo

VII. CONCEPTOS DE REFERENCIA

7.1 **Caso probable de tuberculosis**: Persona que presenta síntomas o signos sugestivos de tuberculosis. Incluye a los sintomáticos respiratorios.

7.2 **Caso de tuberculosis**: Persona a quien se le diagnostica tuberculosis y a la que se debe administrar un tratamiento antituberculosis.

7.3 **Caso de tuberculosis según localización de la enfermedad:**

a. **Caso de tuberculosis pulmonar**: Persona a quien se le diagnostica tuberculosis con compromiso del parénquima pulmonar con o sin confirmación bacteriológica (baciloscopía, cultivo o prueba molecular).

- **Tuberculosis pulmonar con frotis positivo (TBP FP)**: Caso de TB pulmonar con baciloscopía (frotis) de esputo positiva.
- **Tuberculosis pulmonar con frotis negativo (TBP FN)**: Caso de TB pulmonar con dos o más baciloscopías negativas. Se clasifica en:
    - TB pulmonar frotis negativo y cultivo o prueba molecular positiva: Caso de TB pulmonar con baciloscopía negativa y que cuenta con cultivo o prueba molecular positiva para M. tuberculosis.
    - TB pulmonar frotis y cultivo negativos: Caso de TB pulmonar sin confirmación bacteriológica cuyo diagnóstico se basa en criterios clínicos, epidemiológicos y/o diagnóstico por imágenes.
- **Tuberculosis pulmonar sin frotis de esputo:** Caso de TB pulmonar en el que no ha sido posible lograr una muestra de esputo para el estudio bacteriológico.

b. **Caso de tuberculosis extra-pulmonar:** Persona a quien se le diagnostica tuberculosis en órganos diferentes a los pulmones. El diagnóstico se basa en un cultivo, prueba molecular positiva, evidencia histopatológica y/o evidencia clínica de enfermedad extra-pulmonar activa.

En presencia de compromiso tanto pulmonar como extra-pulmonar el caso se define como TB pulmonar. En los casos de TB miliar se definen como TB pulmonar.

Los casos de TB extrapulmonar se clasifican en:

- **TB extra-pulmonar con confirmación bacteriológica:** caso en el que se demuestra la presencia del M. tuberculosis por bacteriología (baciloscopía, cultivo o pruebas moleculares) en el tejido o fluido extra-pulmonar.
- **TB extra-pulmonar con confirmación histopatológica:** Caso en el que se demuestra una reacción inflamatoria compatible con TB (granuloma específico) o la presencia bacilos ácido-alcohol resistente (BAAR) en tejido o fluido extra-pulmonar mediante estudio histopatológico.
- **TB extra-pulmonar sin confirmación:** No se logró aislar el M. Tuberculosis por baciloscopía ni estudios histopatológicos. El diagnóstico se basa en criterios clínicos, epidemiológicos y/o estudio de imágenes.

c. **Caso de tuberculosis según antecedente de tratamiento previo:**

a. **Caso Nuevo**: Paciente que nunca han sido tratados por TB o que han recibido medicamentos anti TB por menos de un mes.

b. **Caso Antes Tratado**: Persona asegurada con antecedente de haber recibido 1 mes o más de los medicamentos anti-TB en una anterior oportunidad.

- Recaída, paciente que ha sido previamente tratado por TB y que fue declarado como curado o tratamiento completo al final de su último ciclo de tratamiento, y ahora es diagnosticado con otro episodio de TB.
- Tratamiento después de pérdida en el seguimiento, fueron tratados previamente por TB y declarados pérdida al seguimiento al final de su tratamiento más reciente. (Estos eran conocidos previamente como abandonos recuperados).

7.4 Caso de tuberculosis basado en el estado de VIH:

a. **Paciente con TB y VIH:** se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de TB y que tienen un resultado positivo de la prueba del VIH realizado al momento del diagnóstico de TB u otra evidencia documentada de inscripción a la atención de VIH.

b. **Paciente con TB y sin VIH:** se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de TB y que tiene un resultado negativo de la prueba del VIH realizada al momento del diagnóstico de la TB. Cualquier paciente con TB y sin VIH que posteriormente se encuentra que tiene VIH debe ser reclasificado.

c. **Paciente con TB y estado de VIH desconocido:** se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de TB que no tiene ningún resultado de la prueba del VIH y no hay otra evidencia

Vº Bº C.ESPARZA A. Sub Gerente

7.5 Caso de tuberculosis según prueba de sensibilidad a medicamentos antituberculosis:

Los casos se clasifican en categorías en función de las pruebas de sensibilidad a los medicamentos (PSD) confirmados como M. tuberculosis:

a. **Monorresistencia:** resistencia a solo un medicamento anti-TB de primera línea (DPL).

b. **Polirresistencia:** resistencia a más de una DPL anti-TB (que no sea isoniacida y rifampicina a la vez).

c. **Multidrogorresistencia:** resistencia al menos a la isoniacida y la rifampicina.

d. **Extensamente resistente:** resistencia a cualquier fluoroquinolona y al menos uno de los tres medicamentos inyectables de segunda línea (capreomicina, kanamicina y amikacina), en casos con multidrorresistencia.

e. **Resistencia a la Rifampicina:** detectada utilizando métodos fenotípicos y genotípicos, con o sin resistencia a otros medicamentos anti-TB. Incluye cualquier resistencia a la rifampicina, ya sea monorresistencia, multidrogorresistencia, polirresistencia o extensamente resistente.

Estas categorías no son todas mutuamente excluyentes. Al enumerar la TB resistente a la rifampicina (TB-RR), por ejemplo, también se incluyen la tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR) y la tuberculosis extensamente resistente (TB-XDR). A pesar de la práctica actual de limitar las definiciones de monorresistencia y polirresistencia sólo a fármacos de primera línea, los futuros esquemas de medicamentos pueden hacer importante clasificar a las personas aseguradas con TB

de acuerdo a los patrones de resistencia de sus cepas a las fluoroquinolonas, los inyectables de segunda línea y cualquier otro medicamento anti-TB para los que haya disponibilidad de PSD confiable.

7.6 Condición de egreso de las personas aseguradas con TB (excluye personas tratados por TB-RR o TBMDR)

a. **Curado:** Paciente con TB P con bacteriología confirmada al inicio del tratamiento y que tiene baciloscopía o cultivo negativo en el último mes de tratamiento y al menos en una ocasión anterior

b. **Tratamiento completo:** Paciente con TB que completó el tratamiento sin evidencia de fracaso, **PERO** sin constancia de baciloscopía o cultivo de esputo negativo en el último mes de tratamiento y en al menos una ocasión anterior, ya sea porque las pruebas no se hicieron, o porque los resultados no están disponibles.

c. **Fracaso:** Paciente con TB cuya baciloscopía o cultivo de esputo es positivo en el mes 4 o posterior durante el tratamiento.

d. **Fallecido:** Paciente con TB que muere por cualquier razón antes de comenzar o durante el curso del tratamiento.

e. **Pérdida en el seguimiento:** Paciente con TB que no inicio tratamiento o interrumpió el tratamiento durante 30 días consecutivos.

f. **No evaluado:** Paciente con TB que no se le ha asignado el resultado de tratamiento. Incluye los casos «transferidos» a otra unidad de tratamiento, y los casos que se desconoce el resultado del tratamiento en la unidad que lo notificó.

7.7 Condición de egreso de pacientes con TB-RR/MDR/XDR tratados con medicamentos de segunda línea

a. **Curado:** Tratamiento completo según lo establecido en la norma técnica nacional sin evidencia de fracaso Y tres o más cultivos negativos consecutivos con un intervalo de por lo menos 30 días, después de la fase intensiva

b. **Tratamiento completo:** Tratamiento completo según lo establecido en la norma técnica nacional sin evidencia de fracaso, **PERO** sin constancia de tres o más cultivos negativos consecutivos con al menos 30 días de intervalo después de la fase intensiva

c. **Fracaso:** Tratamiento suspendido o necesita cambio permanente de esquema o por lo menos de dos fármacos anti-TB debido a:
   - **falta de conversión*** "al final de la fase intensiva", o
   - **reversión bacteriológica**** "en la fase de continuación después de la **conversión"** a negativo, o evidencia de resistencia **adicional adquirida** a las fluoroquinolonas o drogas inyectables de segunda línea, o **reacciones adversas** a medicamentos (RAM)

d. **Fallecido:** Paciente con TB que muere por cualquier razón antes de comenzar o durante el curso del tratamiento.

e. **Pérdida en el seguimiento:** Paciente con TB que no inicio tratamiento o interrumpió el tratamiento durante 30 días consecutivos.

f. **No evaluado:** Paciente con TB que no se le ha asignado el resultado de tratamiento. Incluye los casos «transferidos» a otra unidad de tratamiento, y los casos que se desconoce el resultado del tratamiento en la unidad que lo notifico

* **Conversión:** dos cultivos negativos obtenidos con intervalo de por lo menos 30 días

** **Reversión:** dos cultivos positivos con al menos 30 días de separación después de la conversión inicial (fase de continuación)

7.8 Estudio del sintomático respiratorio

a. **Sintomático respiratorio (SR)** es la persona que presenta tos y expectoración por 15 días o más.

b. **SR identificado (SRI):** Es el SR que está registrado en el "Libro de Registro del Sintomático Respiratorio".

c. **SR Examinado (SREx):** Es el SRI y que tiene por lo menos un (01) resultado de la baciloscopía, registrado en el "Libro de Registro del Sintomático Respiratorio".

d. **SR Examinado frotis positivo:** Es el SREx con resultado de baciloscopía positiva.

7.9 Estudio de contactos

a. **Contacto identificado o censado:** Es el contacto registrado en la Tarjeta de Tratamiento de Control de Asistencia y Administración de Medicamentos.

b. **Contacto examinado:** Contacto que ha recibido algunos de los procedimientos para descartar TB: evaluación clínica, rayos X, PPD y si es SR baciloscopía y cultivo de esputo.

- Contacto examinado de caso índice de TB sensible, deberá recibir 3 controles durante el tratamiento del caso índice: al inicio, cambio de fase y al alta del paciente.
- Contacto examinado de caso índice de TB resistente, deberá recibir 6 u 8 controles cada 3 meses, durante el tratamiento del caso índice (18 -24 meses).

7.10 **Adherencia:** Se refiere cuando el paciente cumple con el régimen terapéutico prescrito, también conocido como observancia o cumplimiento terapéutico. Incluye la buena disposición para empezar el tratamiento y su capacidad para tomar los medicamentos tal como se le indica. La adherencia al tratamiento, se relaciona de manera importante con la calidad y calidez que recibe el paciente por el personal de salud, así como el apoyo otorgado por la familia. ***La adherencia al tratamiento de la tuberculosis, es un factor importante para conseguir buenos resultados, y reducir las posibilidades de desarrollar la TB-MDR adquirida.***

El seguimiento y la adherencia es la medida importante en el cambio del comportamiento de una persona –que toma la medicación, sigue una dieta y/o cambia su estilo de vida– sigue las recomendaciones acordadas de cuidados de salud.

7.11 **Irregularidad:** Se considera irregularidad a la no ingesta de ***3 dosis programadas continúas o alternadas durante la primera fase del tratamiento o de 5 dosis continúas o alternas durante todo el tratamiento de las personas aseguradas que reciben un esquema para TB sensible.***

7.12 **Áreas de alto riesgo de transmisión**: Se consideran áreas con mayor riesgo de transmisión de la tuberculosis a aquellas en donde se realizan procedimientos que aumentan el número de partículas infecciosas en el aire o donde hay pacientes infecciosos con TB o TB MDR. Estas áreas pueden ser: salas de broncoscopía, salas de aislamiento de pacientes con TB o TB MDR, áreas de inducción de esputo, salas de pacientes con VIH/SIDA, y otras áreas.

7.13 **Psico TB:** Es una selección e integración de ítems de instrumentos estandarizados de uso común en salud mental que busca tamizar a personas que pueden tener las condiciones mencionadas (estados mentales emocionales perturbadores, desórdenes mentales, síntomas psiquiátricos relevantes o factores de riesgo críticos). Busca detectar

sospechosos de portar esas condiciones mas no el diagnostico, que será realizada en otra instancia.

7.14 **Procedimiento:** Es el modo o proceder predefinido y documentado para llevar a cabo actividades, tareas, acciones que conlleven a un resultado tangible y exitoso.

7.15 **Gestión del Cuidado de Enfermería.** Es la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control con el propósito de mantener y favorecer el cuidado de la persona y su entorno de manera oportuna, segura e integral, sustentada en lineamientos estratégicos y evidencias científicas para obtener como producto final la conservación de la salud.



7.16 **Plan de Cuidado Estandarizado:** Es la protocolización de las actuaciones de enfermería según los factores de riesgo y problemas que presentan grupos de pacientes con un mismo diagnóstico médico, que una vez implantados y monitoreados permiten consolidar la evaluación como eje de mejora de las intervenciones. Constituye un instrumento de referencia para asegurar la pertinencia, la coherencia y la continuidad de los cuidados, más no sustituye el enfoque individual que necesita cada paciente. Consta de diagnóstico de enfermería, resultados e intervenciones de enfermería.

7.17 **Diagnóstico de Enfermería:** Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a procesos vitales / problemas de salud reales o potenciales, que el enfermero, identifica, valida y trata de forma independiente. Consta de etiqueta diagnóstica, factor relacionado y signos y síntomas que lo evidencian. Se apoya en datos objetivos y subjetivos de índole física, psicológica, social y espiritual de la persona objeto del cuidado.

7.18 **Resultado de Enfermería:** Es el objetivo o el resultado e indicadores del usuario que depende directamente de las intervenciones de enfermería. Consta de etiqueta, indicadores y escala de Likert.

7.19 **Intervención de Enfermería:** Todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de Enfermeria de manera directa, indirecta independiente o de colaboración para favorecer los resultados esperados del paciente/ cliente. Consta de etiqueta y conjunto de actividades.

7.20 **Puntuación diana:** Permite el establecimiento de objetivos para el

paciente relacionados con la puntuación de un resultado NOC utilizando 2 opciones: mantener a.... o aumentar hasta.....



VIII. ANEXOS



ANEXO N° 1

PROGRAMACIÓN DEL PERSONAL ENFERMERO(A) EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS

ENLACES HABILITADOS

SERVICIO		ACTIVIDAD		SUB ACTIVIDAD	
CODIGO	NOMBRE	CODIGO	NOMBRE	CODIGO	NOMBRE
F11	ENFERMERIA	B1	ATENCION NO MEDICA AMBULATORIA	072	IDENTIFICACION Y EVALUACIÓN DEL SINTOMATICO RESPIRATORIO
F11	ENFERMERIA	B1	ATENCION MEDICA AMBULATORIA	073	SUPERVISION DE TRATAMIENTO: TB SENSIBLE TB SENSIBLE/VIH TB RESISTENTE
F11	ENFERMERIA	90	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	086	COORDINACION INTRAMUROS Y EXTRAMUROS EN EL PCT.
F11	ENFERMERIA	A6	ACTIVIDADES COLECTIVAS(INTERVENCION EDUCATIVO COMUNICACIONAL)	440	TALLER (SESION) DE SALUD
F11	ENFERMERIA	A6	ACTIVIDADES COLECTIVAS(INTERVENCION EDUCATIVO COMUNICACIONAL)	441	CHARLAS DE SALUD
F11	ENFERMERIA	90	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	059	REUNIÓN DE SERVICIO

V°B°
C.ESPARZA A.
Sub Gerente

ANEXO N° 2

ENTREVISTA DE ENFERMERIA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____ **N° DE CASO:_H.C:**_____

I. DATOS DE AFILIACION:

Nombres y apellidos:

_____

Lugar de nacimiento: _____ **Edad:** _____ **Sexo: F ( ) M ( )**

Dirección: _____

Referencia: _____

Teléfono fijo: _____Celular: _____Correo electrónico: _____

Estado civil: _____Religión: _____Grado de instrucción: _____

Ocupación: _____Dirección de trabajo: ____Horario: _____

Rol familiar que desempeña: _____

II. VIVIENDA:

Tenencia: Propia ☐ Alquilada: ☐ Alojada: ☐ Material: Noble:☐ Rustico: ☐

N° de habitaciones: _____ N° de dormitorios: _____ N° de ventanas:

Tiempo de permanencia en el domicilio: < 6 meses_____ >6 meses____ + de 01 año_

¿Cambiará de domicilio? SI ( ) NO ( ) Dirección del lugar a transferirse: _____

Saneamiento:

Cuenta con conexión de: Agua SI ( ) NO ( ) Luz: SI ( ) NO ( ) Desagüe: SI ( ) NO ( )

Especifique_____

III. ANTECEDENTES:

A. Personales:

1. Vacuna BCG. Si ( ) No ( ) verificar la cicatriz postvacunal.
2. Conductas de Riesgo y problemas sociales:
   Alcohol: ( ) 2.2 Tabaco: ( ) 2.3 Drogas: ( )
   Frecuencia _____
   Tipo de droga: _____
3. Tratamiento anterior de TB: Si ( )
   Localización_____
   3.1. Donde llevo tto MINSA ( ) ESSALUD ( ) Particular ( ) Especifique_____
   3.2. Condición de egreso: Curado: ( ) Abandono: ( ) Fracaso: ( ) Otro:...
   3.3. Tratamiento recibido: _____

4. Contacto de PAT. Si ( ) Especifique _____No ( )
5. Otras patologías: Diabetes: ( ) VIH: ( ) Otros: _____
6. Alergia a medicamentos: Si ( ) especifique_____ No ( )
7. Gestante: si ( ) No ( ) Método anticonceptivo. Especifique:
8. Servicio de origen de Diagnóstico actual: Emergencia ( ) Programa de Tuberculosis:( ) Consulta Externa ( ) Especifique: _____ Otro. Especifique: ____
9. Actitud del paciente frente a:
   9.1. Su enfermedad: _____
   9.2. Su tratamiento: _____
   9.3. Al personal de salud: _____
10. Fuentes de apoyo: Familia ( ) Especifique_____
    Amigos ( ) Especifique_____

10.1 Actitud de la familia y amigos al paciente:_____

B. Contactos: Número de contactos: > 15 años..... < De 15 años.....

Prioridades en el estudio de contactos:

Nº	Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	Lugar y Año	Categoría del contacto (*)	Antecedente de TB	Condición de egreso
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

8							
9							

(*) Clasificar al contacto según sea el caso:

(1) **AP**: Contactos de alta prioridad que están en contacto estrecho o prolongado (mayor de 6 horas al día), **Niños ≤ 5años**.

(2) **MP**: Contactos de mediana prioridad: personas con contacto diario, pero menor de 06 horas.

(3) **BP**: Contactos de baja prioridad que han tenido contacto esporádico (no diario)

IV. Enfermedad Actual

Dx. Médico: TB Pulmonar ( ) TB Extra pulmonar ( ) Localización: _____

BK ( ) Rg: _____ Fecha: _____Cultivo ( ) Rg: _____ Fecha:

Prueba de sensibilidad: Rápida: _____ Cultivo Convencional: _____Fecha:__

Condición de ingreso: Nuevo ( ) Antes tratado ( ) Abandono Recuperado ( )

Esquema de tto indicado: _____

Fecha de inicio de tratamiento:_____

Médico tratante: _____

V. PRIMERA ENTREVISTA DE ENFERMERIA (INICIO)

Fecha: _____ **Hora:** _____

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ Hemoglucotex: _____

Presión Arterial: _____Pulso: _____Frecuencia Respiratoria:__Temperatura:_____

Valoración de Enfermería:

_____

_____

_____

Diagnóstico de Enfermería:

_____

_____

_____

_____

Intervención de Enfermería:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Referido a consulta de: Nutrición ☐ Psicología ☐ Servicio Social ☐ Planificación familiar ☐

Otras especialidades: _____

Educación sanitaria al paciente y familia

En qué consiste la enfermedad ☐ Mecanismo de transmisión ☐ Diagnóstico ☐ Tratamiento ☐

Adherencia al tratamiento ☐ Reacciones adversas a medicamentos ☐ Prevención ITS/VIH ☐

Evolución de la enfermedad ☐ Medidas de higiene ☐ Alimentación saludable ☐

Importancia del control de contactos ☐ Control de infecciones TB en el hogar ☐ Autoestima ☐

Observaciones: _____

Firma y sello de Lic. Enfermera(o)

VI. SEGUNDA ENTREVISTA (CAMBIO DE FASE):

Fecha: _____ Hora: _____

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ Hemoglucotex: _____

Presión Arterial: _____ Pulso: _____ Frecuencia Respiratoria: ____ Temperatura: ____

Bk 2do mes: ____ N° registro: _____ Cultivo: _____ N° registro _____

Prueba de sensibilidad: _____

Resultado del tamizaje de VIH: _____

Valoración de Enfermería:

_____

_____

_____

Diagnóstico de Enfermería:

_____

_____

_____Cambio de fase: _____Frecuencia del DOTS._____

Intervención de Enfermería:

_____

_____

_____

_____

V°B° C.ESPARZA A. Sub Gerente ESSALUD

Referido a consulta de: Nutrición ☐ Psicología ☐ Servicio Social ☐

Planificación familiar ☐ Otras especialidades: _____

Control de contactos:

N° contactos Censados: > 5 años_____ < 5 años_____

N° contactos Examinados: _____N° contactos con TPI: _____

Educación sanitaria al paciente y familia

Adherencia al tratamiento ☐ Prevención de recaídas ☐ Medidas de higiene ☐
Alimentación saludable ☐ Reinserción laboral ☐ Asertividad ☐

Observaciones: _____

_____

Firma y sello de Lic. Enfermera(o)

VII. TERCERA ENTREVISTA DE ENFERMERIA (ALTA):

Fecha: _____Hora:_____

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____Hemoglucotex: _____

Presión Arterial: _____Pulso: _____Frecuencia Respiratoria: _____Temperatura:__

Bk 3er mes: _____Bk 4to mes: _____

BK 5to mes: _____Bk 6to mes:_____Cultivo:_____

Valoración de Enfermería:

_____

_____

Diagnóstico de Enfermería:

_____

_____

Intervención de Enfermería:

Control de contactos.

N° contactos Censados: > 5 años_____ < 5 años_____

N° contactos Examinados: _____

N° contactos con TPI: _____

Educación sanitaria al paciente y familia

Prevención de recaídas ☐ Medidas de higiene ☐ Estilos de vida saludable ☐

Control post alta: _____

Fecha próxima cita: _____

Observaciones:

_____

Firma y sello de Lic. Enfermera(o)

EsSalud
Humanizando el Seguro Social

EsSalud 80 años Unidos para ti 1936 - 2016

ANEXO N° 3

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE ENFERMERIA EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE TUBERCULOSIS (CONSULTA EXTERNA)- NANDA, - NOC - NIC

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	INTERVENCION	ACTIVIDADES
Deterioro de la interacción social r/con aislamiento terapéutico	Habilidades de interacción social	Afrontamiento, si procede	1.Nunca demostrado 2.Raramente demostrado 3.A veces demostrado 4.Frecuentemente demostrado 5.Siempre demostrado	Mantener a Aumentar a	Facilitar la autorresponsabilidad	*Dialogar con el paciente el grado de estado de salud actual. *Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud. *Mencionar las consecuencia de no asumir responsabilidades propias. *Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios auto-cuidados como sea posible. *Facilitar el apoyo de la familia del nuevo nivel de responsabilidad buscado o conseguido por el paciente.
					Aumentar los sistemas de apoyo	*Determinar el grado de apoyo familiar *Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas *Implicar a la familia/ amigos en los cuidados y la planificación *Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar *Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y apoyo.
Gestión ineficaz de la propia salud r/con complejidad del régimen terapeutico y déficit de conocimientos	Conducta de cumplimiento	Acepta el diagnóstico del profesional	1.Nunca demostrado 2.Raramente demostrado 3.A veces demostrado 4.Frecuentemente demostrado 5.Siempre demostrado	Mantener a Aumentar a	Acuerdo con el paciente	*Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados. *Explorar con el paciente las mejores formas de conseguir los objetivos. *Identificar con el paciente las consecuencias por el incumplimiento del acuerdo
		Realiza las actividades de la vida diaria según prescripción			Apoyo de la familia	*Reforzar a la familia respecto a sus estrategias para enfrentarse a los problemas. *Proporcionar a la familia el conocimiento necesario acerca de las opciones que les pueden ayudar en la toma de decisiones de los cuidados de los pacientes. *Incluir a los miembros de la familia junto con el paciente en la toma de decisiones acerca de los cuidados.
					Consultas por teléfono	*Informar al paciente acerca del proceso de las llamadas y obtener su consentimiento. *Determinara la capacidad del paciente para comprender las enseñanzas/instrucciones telefónicas. *Responder preguntas
Riesgo de infección r/con Control del riesgo	Control del riesgo	Desarrolla estrategias de control de riesgo efectivas	1.Nunca demostrado 2.Raramente demostrado 3.A veces demostrado 4.Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	Mantener a Aumentar a	Control de infecciones	*Aislamiento respiratorio de las personas expuestas a la enfermedad. *Mantener técnicas de ventilación, aireación e iluminación de espacios y habitaciones. *Limitar el número de visitas, disminuir actividades sociales y/o visitas. *Educar al paciente sobre la necesidad de usar mascarilla. *Enseñar al paciente y familia evitar infecciones, especialmente lavado de manos y uso de respirador en los familiares.

V°B° Lic. ESPARZA A. Sub Gerente ESSALUD

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	INTERVENCION	ACTIVIDADES
Hipertermia r/c la enfermedad	Termorregulación	Comodidad térmica referida	Desviación del rango normal 1.Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve	Mantener a Aumentar a	Tratamiento de la fiebre	*Observar color de la piel y la temperatura *Control de PA, P y R *Vigilar por si hubiera un descendo en los niveles de conciencia. *Administrar medicación antipirética, si procede. *Fomentar el aumento de la toma de liquidos orales, si procede.
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c proceso de enfermedad	Estado nutricional	Ingestión de nutrientes	1.Nunca demostrado 2.Raramente demostrado 3.A veces demostrado 4.Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	Mantener a Aumentar a	Manejo de peso	*Discutir con el paciente las condiciones médicas que pueden afectar el peso. *Discutir los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o debajo del peso.
					Enseñanza:dieta prescrita	*Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita. *Remitir al paciente al profesional de nutrición. *Incluir a la familia, según sea el caso.
Afrontamiento familiar comprometido r/c prolongación de la enfermedad	Apoyo familiar durante el tratamiento	Los miembros de la familia expresan deseos de apoyar al paciente.	1.Nunca demostrado 2.Raramente demostrado 3.A veces demostrado 4.Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	Mantener a Aumentar a	Fomentar la implicación familiar	*Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado. *Identificar la falta de autocuidado del paciente. *Animar a los miembros de la familia a mantener relaciones familiares, según cada caso.
					Apoyo a la familia	*Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente. *Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia. *Orientar a la familia sobre los cuidados sanitarios que se le brinda al paciente. *Proporcionar a la familia el conocimiento necesario acerca de las opciones que les puedan ayudar en la toma de decisiones sobre los cuidados del paciente.

V°B° C.ESPARZA A. Sub Gerente

Referencia: Diagnósticos seleccionados del PLACE (Plan de Cuidados Estandarizado) de la Secretaria de Salud Jalisco, Dirección General de regiones Sanitarias y Hospitales- Dirección de Supervisión y Asesoría-Departamento Estatal de Enfermería, México.
NANDA International
NOC (Nursing Outcomes Classification)
NIC (Nursing Interventions Classification)

Otras etiquetas diagnósticas

Disposición para mejorar la gestión de la propia salud
Disposición para mejorar la nutrición
Déficit de volumen de líquidos
Déficit de actividades recreativas

EsSalud
Humanizando el Seguro Social

ANEXO N°

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE ENFERMERIA A PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN HOSPITALIZACIÓN

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	INTERVENCION	ACTIVIDADES
Patrón respiratorio ineficaz r/c ansiedad y fatiga de los músculos respiratorios	Estado respiratorio: intercambio gaseoso	Saturación de oxígeno, FR	Desviación del rango normal 1.Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Mantener a Aumentar a	Ayuda a la ventilación	*Colocar al paciente de forma que alivie la disnea. *Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos. *Auscultar sonidos respiratorios. * Observar si hay fatiga muscular respiratoria. *Controlar periodicamente el estado respiratorio y oxigenación. *Administrar medicamentos indicados que favorezcan la permeabilidad de las vias aéreas y el intercambio de gases. *Enseñar técnicas de respiración si procede.
					Precauciones para evitar la aspiración	*Vigilar el nivel de conciencia * Mantener el equipo de aspiración * Alimentación en pequeñas cantidades * Romper o desmenuzar los medicamentos vi aoral antes de su administración. * Mantener la cabecera de la cama elevada durante 30-45 minutos después de la alimentación.
					Oxigenoterapia	*Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, si procede. *Administrar oxígeno suplementario según indicación. *Controlar la eficacia de la oxigenoterapia. *Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno. *Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la terapia de oxpigeno.
Limpieza ineficaz de vías aéreas r/con enfermedad crónica infecciosa	Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	FR , capacidad de eliminar secreciones	Desviación del rango normal 1.Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Mantener a Aumentar a	Fisioterapia respiratoria	*Utilizar almohadas para que el paciente se apoye en la posición determinada. *Administrar agentes mucolíticos, si procede. *Controlar la cantidad y tipo de expectoración de esputo. * Practicar vibración torácica junto con el drenaje postural, si resulta oportuno.
					Manejo de las vias aéreas	*Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea al máximo posible. * Eliminar las secreciones fomentando la tos o la succión. *Enseñar a toser de manera efectiva. *Auscultar sonidos respiratorios. * Regular la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio de líquidos. *Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, si procede.

V°B° C.ESPARZA A. Sub Gerente

EsSalud
Humanizando el Seguro Social

80 años EsSalud Unidos para ti 1936 - 2016

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	INTERVENCION	ACTIVIDADES
Intolerancia a la actividad r/con debilidad generalizada	Conservación de la energía	Equilibrio entre actividad y descanso	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	Mantener a Aumentar a	Manejo de la energía	"Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga. "Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados. " Consultar con la nutricionista posibles modos de aumentar la ingesta de alimentos de alto contenido energético. " Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar fatiga. "Limitar la cantidad de visitas.
Aislamiento social r/c alteración del bienestar.	Severidad de la soledad	Expresión de aislamiento social	1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5. Ninguno	Mantener a Aumentar a	Disminución de la ansiedad	" Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones estresantes. "Crear un ambiente que facilite la confianza. " Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. " Establecer actividades recreativas encaminada a la reducción de las tensiones. " Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. "Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.
					Técnica de relajación	"Favorecer una respiración lenta y profunda " Identificar a los seres queridos cuya presencia pueda ayudar al paciente. " Utilizar la distracción si procede. " Administrar medicamentos ansiolíticos si procede.
Riesgo de infección r/c Control del riesgo	Control del riesgo	Desarrolla estrategias de control de riesgo efectivas	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	Mantener a Aumentar a	Control de infecciones	" Aislamiento respiratorio de las personas expuestas a la enfermedad. " Mantener técnicas de ventilación, aireación e iluminación de espacios y habitaciones. " Limitar el número de visitas, disminuir actividades sociales y/o visitas. " Educar al paciente sobre la necesidad de usar mascarilla. "Enseñar al paciente y familia evitar infecciones, especialmente lavado de manos y uso de respirador en los familiares.
Hipertermia r/con la enfermedad	Termorregulación	Comodidad térmica referida	1.Nunca demostrado 2.Raramente demostrado 3.A veces demostrado 4.Frecuentemente demostrado	Mantener a Aumentar a	Tratamiento de la fiebre	"Observar color de la piel y la temperatura " Control de PA, P y R " Vigilar por si hubiera un descendo en los niveles de conciencia. " Administrar medicación antipirética, si procede. "Fomentar el aumento de la toma de líquidos orales, si procede.

V°B°
C.ESPARZA A.
Sub Gerente
ESSALUD

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	INTERVENCION	ACTIVIDADES
Trastorno del patrón del sueño r/con iluminación, ruidos en el ambiente hospitalario	Sueño	Calidad del sueño	Desviación del rango normal 1.Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Mantener a Aumentar a	Mejorar el sueño	*Observar y registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente. * Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día. * Enseñar al paciente a realizar una relación muscular. * Comentar con el paciente y familia técnicas para favorecer el sueño.
					Manejo ambiental: confort	* Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo. * Crear un ambiente tranquilo y de apoyo. * Proprocionar un ambiente limpio y seguro * Determinar fuentes de incomodidad y factores ambientales irritantes.
Afrontamiento familiar comprometido r/con prolongación de la enfermedad	Apoyo familiar durante el tratamiento	Los miembros de la familia expresan deseos de apoyar al paciente.	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	Mantener a Aumentar a	Fomentar la implicación familiar	*Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado. *Identificar la falta de autocuidado del paciente. * Animar a los miembros de la familia a mantener relaciones familiares, según cada caso.
					Apoyo a la familia	* Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente. * Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia. * Orientar a la familia sobre los cuidados sanitarios que se le brinda al paciente. * Proporcionar a la familia el conocimiento necesario acerca de las opciones que les puedan ayudar en la toma de decisiones sobre los cuidados del paciente.
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/con proceso de enfermedad	Estado nutricional	Ingestión de nutrientes	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre	Mantener a Aumentar a	Manejo de peso	*Discutir con el paciente las condiciones médicas que pueden afectar el peso. * Discutir los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o debajo del peso.
					Enseñanza:dieta prescrita	*Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita. * Remitir al paciente al profesional de nutrición. *Incluir a la familia, según sea el caso.

V°B° C.ESPARZA A. Sub Gerente

ANEXO N° 5

PSICOTB: INSTRUMENTO DE DETECCIÓN DE PROBLEMAS PSICOEMOCIONALES Y PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS A TB MDR /XDR

Lea y si es necesario explique brevemente a cada paciente el contenido y sentido de la pregunta.	SI =1 NO=0
1. Vulnerabilidad	Subtotal [redacted]
1.1. ¿Tus padres o hermanos, sufren o han sufrido de esquizofrenia, suicidio, u otras alteraciones mentales significativas?	
1.2. ¿Durante tu infancia o adolescencia, has sufrido la muerte, abandono, descuido, violencia o abuso por parte de madre, padre hermanos u otra persona encargado directamente de tu cuidado?	
1.3. ¿En tu infancia o adolescencia has vivido experiencias de violencia, hostigamiento o abuso en el colegio, barrio u otros espacios sociales?	
1.4 ¿En tu vida actual sientes que te hace mucha falta el cariño, la compañía o el apoyo de otras personas?	
1.5. ¿ En tu vida adulta, sientes que los problemas que tienes que enfrentar, son más grandes que tus capacidades o posibilidades?	
2. Comorbilidad psiquiátrica previa (antes del tratamiento)	Subtotal [redacted]
2.1. ¿Durante tu vida, te has sentido triste, desesperado, enojado, confundido a un nivel que tú o tus familiares pensaran que necesitabas ayuda de terceras personas?	
2.2. Algún médico, psiquiatra o psicólogo te ha diagnosticado y/o tratado por depresión, pánico, ansiedad, psicosis, desorden de personalidad u otra problema de salud mental?	
2.3. ¿En alguna etapa de tu vida has necesitado tomar regularmente medicamentos (psicofármaco) para dormir o calmar algún estado emocional?	
2.4. ¿Algunas veces has sentido que tus hábitos de consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, son un problema para ti o tus familiares?	
2.5. ¿En los últimos meses o años te ha ocurrido una situación adversa por la cual sigues sufriendo?	
Reacciones psicoemocionales adversas.	Subtotal [redacted]
3.1. ¿Te sientes muy triste, culpable, molesto, avergonzado o decepcionado, de saber que tienes TB MDR o XDR?	
3.2. ¿Tu familia está muy afectada emocionalmente al saber que tienes TB MDR o XDR?	
3.3. ¿Te sientes emocionalmente muy afectado por las consecuencias que ha tenido o está teniendo la enfermedad, en tu trabajo, estudios u otras actividades significativas de tu vida cotidianas?	
3.4. ¿Piensas que las consecuencias de esta enfermedad son irreparables, que nunca volverá a ser lo mismo o que tu proyecto de vida se ha truncado por siempre?	
3.5. ¿Al conocer las condiciones y duración del tratamiento, piensas o sientes que no podrás concluir este tratamiento?.	
4. RAFA Psiquiátrica y síntomas de alarma (durante el tratamiento TB MDR	Subtotal [redacted]
4.1. ¿En lo que va del tratamiento, has sentido cambios significativos en tu carácter, estado emocional o mental que se puedan atribuir al tratamiento que estas recibiendo?	
4.2. ¿Por estos días o semanas has pensado, deseado o intentado suicidarte?	
4.3 Por estos días o semanas tus familiares o personas cercanas han observado o reclamado por cambios en tu carácter, estado de ánimo o conducta?	
4.4. ¿Por estos días o semanas estas sintiendo como que no eres el mismo, o que tu mente o sentido de la realidad es un poco confusa?	
4.5. ¿Por estos días o semanas ha incrementado las molestias asociadas al tratamiento, tanto que estás pensando o justificando la idea de abandonarlo?	
5. Percepción del entrevistador	Subtotal [redacted]
5.1. Durante esta entrevista he sentido más ansiedad, cólera, pena o miedo que con otras (os) pacientes.	
5.2 Al paciente se le ve muy triste, ansioso, colérico, irritable, confuso o raro.	

V°B° C.ESPARZA A. Sub Gerente ESSALUD

Escala de Valoración

	Nula-Leve (0-1)	Moderada (2-3)	Severa (4-5)
Vulnerabilidad	Reevaluación en 2 semanas	Atención psicosocial	Atención psiquiátrica
Comorbilidad	Reevaluación en 2 semanas	Atención psiquiátrica	Atención psiquiátrica
Reacciones Psicoemocionales	Reevaluación en 2 semanas	Atención psicosocial	Atención psiquiátrica
RAFA y Alarma	Reevaluación en 2 semanas	Atención psiquiátrica	Atención psiquiátrica
Percepción del entrevistador		Atención psiquiátrica	

Fuente: *GUÍA TECNICA PARA LA ATENCION DE EVENTOS PSICOEMOCIONALES Y PSIQUIATRICOS ADVERSOS EN AFECTADOS DE TB MDR Y XDR*, Elaborado por el equipo consultor Socios En Salud Sucursal Perú.

ANEXO 6

PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS

EsSalud Humanizando el Seguro Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE TUBERCULOSIS **Detección de Casos Probables TB: Planificación, ejecución, monitoreo y evaluación**	**VERSIÓN:** 01 **FECHAS:** Elaborado: Junio 2016 Validado: Julio 2016 **Página:** 1 de 33

1. DEFINICIÓN:

Actividad de salud pública orientada a identificar precozmente a las personas que contagian o transmiten la tuberculosis. Se realiza permanentemente a través de la identificación y examen inmediato de las personas con síntomas respiratorios (tos y flema por más de quince días), que por cualquier causa acuden al centro asistencial.

VºBº C.ESPARZA A. Sub Gerente

2. REQUISITOS:

MATERIALES:	**PERSONAL:**
• Solicitud de bacteriología • Libro de registro de sintomáticos respiratorios • Envases para muestras de esputo • Área de recolección de muestras de esputo • Caja para el transporte de muestras • Rotafolio para educar al SR	Enfermero (a) Técnico (a) de Enfermería **Tener conocimiento de:** • Definición operacional de sintomático respiratorio • Situación epidemiológica de la TB en su localidad. • Registro y seguimiento del S.R. • Control de infecciones: medidas administrativas, ambientales y de protección respiratoria personal

3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

Paso N°	Descripción de Acciones	Responsables
1	Sensibiliza al personal de salud sobre la importancia de la detección de casos, utilizando información sobre la situación epidemiológica de la TB a nivel nacional y local.	Enfermero (a)
2	Realiza talleres de capacitación sobre la detección y diagnóstico de TB para el personal de salud.	
3	Planifica el requerimiento de los insumos, de acuerdo al número de consultas realizadas en el trimestre anterior.	
4	Establece la búsqueda de SR permanente en todos los servicios de salud, coordinando con el personal de salud de los servicios de salud del centro asistencial.	
5	Aplica medidas de control de infecciones para la recolección de la muestra de esputo	
6	Monitorea diariamente el desarrollo de la actividad.	
7	Consolida la información de la identificación y examen de S.R. mensualmente y evalúa junto con el equipo de salud cada trimestre.	

RECOMENDACIONES:

- Identificar los lugares de mayor afluencia de usuarios, tales como salas de espera, consulta externa, hospitalización y emergencia.
- Una adecuada coordinación y compromiso con los Responsables de los servicios, facilitara las acciones a realizar.
- Es importante garantizar un horario de atención regular, información adecuada, buen trato y respeto a la privacidad del paciente.

EsSalud Humanizando el Seguro Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE TUBERCULOSIS **Detección de Casos Probables TB: Organización y recolección de muestras de esputo para diagnóstico**	**VERSIÓN:** 01 **FECHAS:** Elaborado: Junio 2016 Validado: Julio 2016 **Página:** 2 de 33

1. DEFINICIÓN:

La detección de S.R. deberá realizarse en forma permanente en todos los establecimientos de salud, priorizando la búsqueda entre las consultas en mayores de 14 años, que acuden por cualquier causa a los diferentes servicios del centro asistencial.
El S.R. recoge muestras de esputo de buena calidad, las deposita en el lugar apropiado oportunamente y regresa a dejar la segunda muestra.

2. REQUISITOS:

MATERIALES:	**PERSONAL:**
• Solicitud de bacteriología • Libro de registro de sintomáticos respiratorios • Envases para muestras de esputo • Área de recolección de muestras de esputo • Caja para el transporte de muestras • Rotafolio para educar al SR. • Afiche toma de muestra de esputo	Enfermero (a) Personal de apoyo: Técnico (a) de Enfermería Tener **conocimiento de:** • Definición operacional de sintomático respiratorio • Técnica de recolección de esputo • Control de infecciones: medidas administrativas, ambientales y de protección respiratoria

3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

Paso N°	Descripción de Acciones	Responsables
1	Organiza la búsqueda de SR permanente en todos los servicios de salud	Enfermero (a)
2	Realiza la difusión de la búsqueda de casos en los ambientes establecidos como prioritarios, para lo cual puede utilizar materiales audiovisuales para la educación.	
3	Identifica al S.R. entre los consultantes del centro asistencia y explica la importancia en el examen a través de la baciloscopía.	
4	Registra correctamente los datos del S.R. en el Libro de S.R. y en la solicitud de baciloscopía, preguntando sobre antecedentes de tratamiento o de contacto con pacientes con TB.	
5	Entrega al S.R. un primer envase para recolectar una muestra de esputo. El envase debe estar previamente rotulado en el cuerpo del envase con los siguientes datos: nombre, apellidos, fecha y número de muestra.	
6	Explica con palabras sencillas como obtener una buena muestra: • Tomar mucho aire (inspirar profundamente). Hacer demostración práctica. • Retener el aire en los pulmones (5 a 10 segundos). • Sacar o eliminar la flema, por un esfuerzo de tos. • Repetir esta operación por tres veces. • Tapar el envase.	
7	Acompaña al paciente al lugar donde debe recolectar la muestra (ARM).	
8	El personal de salud supervisa la recolección, pero sin permanecer frente a la persona que trata de recolectar la muestra de esputo.	
9	El paciente entrega el envase al personal de enfermería, quien deberá verificar la calidad y cantidad de la muestra (si es inadecuada en	

	cantidad o calidad, se solicita que recoja más material).	
10	El personal de salud se lava las manos con agua y jabón después de recolectar la muestra	
11	Solicitar al paciente que regrese con una segunda muestra tomada al despertarse al día siguiente.	
12	En caso de que exista el riesgo de no cumplirse con la recolección de la 2da muestra, se tomaran las 2 muestras con un intervalo de 30 minutos	
13	Conservar las muestras de esputo en un recipiente o bandeja lavable en un lugar debidamente identificado, colocándolo en una mesa o estante, protegida de la luz solar o calor excesivo hasta el momento del envió al laboratorio	
14	En caso de no contar con laboratorio en el mismo centro asistencial, deberán conservar las muestras en el refrigerador hasta el momento del envío al laboratorio.	
15	Envía muestras al laboratorio en condiciones correctas y seguras, cajas transportadoras de muestras de esputo (tipo cooller), mantener en cadena de frio 2 – 8 ºC tan pronto como sea posible. El envío de las muestras al laboratorio más cercano o designado no debe ser mayor a 3er. día después de la recolección de las muestras.	

RECOMENDACIONES:

- Una buena muestra de esputo debe contener 3 a 5 ml de esputo mucoso o purulento. Cuando la muestra es inadecuada (saliva) puede no ser posible detectar los bacilos, incluso cuando el paciente es contagioso.
- Es importante que escriba la información correcta en la solicitud de baciloscopía y que se rotule claramente el recipiente de la muestra, de manera que se evite toda confusión a la llegada de la muestra al laboratorio y en la recuperación de los resultados. Cuando ocurre un error durante este procedimiento, el paciente puede recibir resultados equivocados y un tratamiento inadecuado.
- Se deben hacer los esfuerzos necesarios a fin de que las muestras lleguen al laboratorio y se examinen sin tardar. Este aspecto es esencial en la prevención y transmisión de la tuberculosis.

Vº Bº C.ESPARZA A. Sub Gerente

EsSalud Humanizando el Seguro Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE TUBERCULOSIS **Detección de Casos Probables TB: Registro de resultados de baciloscopía y entrega de resultados**	**VERSIÓN:** 01 **FECHAS:** Elaborado: Junio 2016 Validado: Julio 2016 **Página:** 4 de 33

1. DEFINICIÓN:

Una documentación exacta es primordial a fin de ahorrar tiempo y evitar errores. Es importante informar oportunamente los resultados de la baciloscopía al PCT del centro asistencial ubicar al paciente e iniciar el tratamiento adecuado.

2. REQUISITOS:

MATERIALES:	**PERSONAL:**
• Solicitud de bacteriología • Libro de registro de sintomáticos respiratorios	Enfermero (a) Personal de apoyo: Técnico (a) de Enfermería Personal de Laboratorio **Tener conocimiento de:** • Definición operacional de sintomático respiratorio examinado • Interpretación de resultados • Educación y consejería

3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

Paso N°	Descripción de Acciones	Responsables
1	Después que el laboratorista realice el extendido y lectura de la baciloscopía, registrara el resultado en la solicitud de baciloscopía y en el libro de registro de bacteriología.	Laboratorista
2	Los resultados de la baciloscopía son entregados al personal de enfermería dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de las muestras en el laboratorio.	
3	La solicitud de bacteriología con los resultados deberá ser archivada en la ficha clínica del paciente, y transcribir los resultados en el Libro de registro del SR.	Enfermero (a)
4	En caso de que el S.R. resulte positivo en la primera muestra y no acuda al centro asistencial con la 2da muestra, deberá realizarse una visita domiciliaria o comunicación vía telefónica, con la finalidad de informar al paciente.	
5	Cuando una o varias de las muestras de esputo resultan positivas, el paciente debe pasar consulta médica, y registrarlo con el diagnóstico de TB pulmonar frotis positivo.	
5	Cuando todas las muestras son negativas, pero persisten los síntomas, se debe remitir al paciente a un médico competente para valoración complementaria. Si durante la consulta médica se estable el diagnóstico de tuberculosis, se registra al paciente con el diagnóstico de TB frotis negativo.	Enfermero (a) Médico
6	Educar al paciente con relación al diagnóstico del paciente con palabras sencillas.	Enfermero (a)

RECOMENDACIONES:

- Una colaboración estrecha con el laboratorio tiene como efecto la rápida obtención de resultados y el comienzo más temprano posible del tratamiento correcto.

V°B° C.ESPARZA A. Sub Gerente ESSALUD

EsSalud Humanizando el Seguro Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE TUBERCULOSIS **Detección de Casos Probables TB y TB-MDR**	**VERSIÓN:** 01 **FECHAS:** Elaborado: Junio 2016 Validado: Julio 2016 **Página:** 5 de 33

1. DEFINICIÓN:

La detección de casos probables de TB-MDR, tiene como finalidad asegurar un esquema apropiado desde el inicio e incrementar la probabilidad de éxito, así como disminuir la amplificación de patrones de resistencia.

2. REQUISITOS:

MATERIALES:	**PERSONAL:**
• Solicitud de bacteriología • Libro de registro de Sintomático Respiratorio • Libro de registro de muestras de investigación bacteriológica	Enfermero (a) Médico Responsable de Laboratorio **Tener conocimiento de:** • Factores de riesgo para TB-MDR en S.R. • Pruebas rápidas de detección de TB-MDR

V°B° C. ESPARZA A. Sub Gerente

3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

Paso N°	Descripción de Acciones	Responsables
1	Reconocer los principales factores de riesgo para TB resistente en los sintomáticos respiratorios: • Contacto de caso confirmado de TB resistente. • Persona que ha completado un tratamiento exitoso para TB sensible y regresa dentro de los siguientes 6 meses después de haber sido dado de alta como curado o tratamiento terminado. • Persona que ha completado un tratamiento exitoso de TB con medicamentos de segunda línea y regresa por presentar sintomatología respiratoria, después de haber sido dado de alta como curado o tratamiento terminado. • Personas con síntomas respiratorios que han recibido tratamientos múltiples (más de dos episodios previos) • Personas privadas de libertad (PPL) • Residentes de albergues, comunidades terapéuticas. • Contacto de persona que falleció con TB. • Pacientes con Diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, tratamiento inmunosupresor o biológicos, confección con VIH • Trabajadores y estudiantes de la salud.	Enfermero (a)
2	En todo S.R. con algún factor de riesgo se deberá solicitar una prueba rápida de detección de TB-MDR.	
3	En caso de contar con Pruebas Rápidas para la Detección de TB multidrogorresistente (TB-MDR) fenotípicas o moleculares, las muestras deberán ser remitidas al laboratorio correspondiente.	
4	Coordinar con el laboratorio para que las muestras de los S.R. con algún criterio de riesgo sea enviado al laboratorio correspondiente para el procesamiento de la prueba de sensibilidad rápida (PSR).	
5	Los resultados de las PSR serán informados a través del sistema NETLAB, y el acceso será proporcionado por el Instituto Nacional de Salud (INS).	Responsable del laboratorio
6	El laboratorista informará al PCT los resultados de la PSR	
7	Con los resultados el paciente es re-evaluado por el médico	Médico

RECOMENDACIONES:

- Contar con los resultados de la PSR al inicio de tratamiento permitirá administrar un tratamiento correcto de acuerdo al patrón de resistencia inicial.

EsSalud Humanizando el Seguro Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE TUBERCULOSIS **Inicio del tratamiento: Registro y atención a las personas aseguradas con diagnóstico de TB**	**VERSIÓN:** 01 **FECHAS:** Elaborado: Junio 2016 Validado: Julio 2016 **Página:** 6 de 33

1. DEFINICIÓN:

El tratamiento debe comenzar lo más pronto posible después de establecido el diagnóstico, y a la prescripción médica.
Se registra cada paciente en forma adecuada, se comienza un régimen de tratamiento y se ofrecen consejos, apoyo e información prácticos en función de las necesidades y preocupaciones individuales.

2. REQUISITOS:

MATERIALES:	**PERSONAL:**
• Caja porta tarjetas de tratamiento • Libro de registro de pacientes • Tarjeta de control y asistencia de tratamiento • Hoja de transferencia • Sistema de información gerencial. • Equipo de cómputo con acceso a internet	Enfermero (a) Personal de apoyo: Técnico (a) de Enfermería **Tener conocimiento de:** • Correcto llenado de la tarjeta de tratamiento y del libro de registro de casos • Programa de MS office • Manejo del sistema de información gerencial de tuberculosis

V°B° C.ESPARZA A. Sub Gerente ESSALUD SCS

3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

Paso N°	Descripción de Acciones	Responsables
1	Determinar el centro asistencial donde el paciente recibirá el tratamiento, esto dependerá del lugar que el paciente elija (cerca de su domicilio o trabajo). En caso de los hospitales nacionales, deberá realizar la transferencia al lugar más cercano posible seleccionado por el paciente.	Enfermero (a)
2	Después de la consulta médica, el paciente es remitido al PCT para educación, registro del caso, apertura de la tarjeta de tratamiento e inicio del tratamiento.	
3	Completar en forma clara y exacta, con letra legible los datos solicitados en los formatos para el registro y seguimiento del paciente.	
4	Definir y registrar la categoría de ingreso del paciente al PCT. Esta se realizará de acuerdo: • Localización de la enfermedad: Pulmonar o Extrapulmonar • Bacteriología inicial: confirmada por baciloscopia o cultivo y no confirmada • Antecedentes de tratamiento: Nuevo, Recaída, Tratamiento después de la pérdida en el seguimiento (abandono recuperado), tratamiento después del fracaso. • Patrón de resistencia: Monorresistencia, Multidrogorresistencia, Polirresistencia, Extensamente Resistente. • Presencia de VIH La categoría de ingreso de debe registrar claramente en la tarjeta de tratamiento y el libro de registro de casos.	
5	Coordina con el responsable de ITS VIH-SIDA para el descarte de TB de los PVVS, TPI PVVS.	Enfermero (a)
6	Refiere a la persona asegurada con TB para consejería y realización de la prueba VIH, de acuerdo a los protocolos establecidos en EsSalud.	
7	Valorar las necesidades sociales y psicológicas del paciente. Lo pacientes recién diagnosticados pueden estar muy ansiosos con el diagnóstico. La TB es con frecuencia una enfermedad que	

	estigmatiza y lleva a las personas aseguradas a sentirse rechazados y aislados. Es importante que las personas aseguradas comiencen a comprender su enfermedad y tratamiento, a fin de evitar los riesgos señalados en la Tabla 1.	
8	Valorar los conocimientos y la comprensión que el paciente tiene de la tuberculosis. Cada paciente posee un nivel diferente de conocimientos y comprensión de la tuberculosis, según lo que haya escuchado o si ha conocido a alguna persona con la enfermedad. Es importante averiguar cuanto sabe con el fin de aportar la información que necesita, corregir las ideas equivocadas y concentrarse en los aspectos que más lo preocupan. Tabla 2.	
9	Demostrar al paciente que el personal de salud se preocupa por él, explicándole con palabras sencillas la importancia de la tomar diariamente el tratamiento (adherencia).	

RECOMENDACIONES:

- La clasificación correcta del paciente al inicio del tratamiento permitirá que el paciente reciba un tratamiento correcto, hacer el seguimiento y reportar adecuadamente en el informe operacional.
- Es fundamental evaluar integralmente cada paciente con el objeto de demostrarle interés como persona y planear una atención adecuada para él.
- El paciente y el personal de salud deben acordar un plan de atención con base en las necesidades y preocupaciones individuales del paciente.
- Suministrar información y apoyo al paciente según sus necesidades individuales y procurando que él/ella entienda: como se transmite la tuberculosis, cuales son los tratamientos, que el tratamiento es gratuito, que es importante recibir el tratamiento diariamente, cuáles son las diferencias entre los efectos adversos y los efectos propios de los medicamentos. Tabla 3.

Tabla 1. Reacciones emocionales posible a la comunicación del diagnóstico de tuberculosis y respuestas útiles.

Reacciones emocionales posibles	Respuestas útiles
Las personas aseguradas con TB se sienten intimidados	Crear un ambiente acogedor. Demostrar interés por sus preocupaciones.
Temor de: • tomar los medicamentos • morir • las reacciones adversas a los medicamentos • la experiencia de la tuberculosis • contagiar a otros • rechazo y discriminación • pérdida del empleo • pérdida del alojamiento • ser infectado por el VIH	Educación: • al paciente • a la familia • en el trabajo • a sus contactos
Negación y rechazo	Información y apoyo (identificar otras personas importantes, por ejemplo miembros de la familia, que puedan darle apoyo emocional)
Otras prioridades diferentes a la enfermedad.	Ofrecer apoyo tangible, dar respuesta a los problemas identificados por el paciente.
Trastorno emocional: • culpa • rabia.	Abordar los sentimientos. Verificar la comprensión y la respuesta a los mensajes impartidos (al paciente y a la familia).
Comorbilidades • Infección por el VIH y SIDA	Trabajar con otros servicios, cuando estos existen. Informar al paciente sobre los servicios locales que pueden prestarle ayuda. Proponer la prueba y orientación sobre el VIH, y apoyo y atención continuos.
Falta de apoyo social • por ejemplo las personas aseguradas con TB que viven solos.	Buscar apoyos posibles en amistades, familia, grupos comunitarios, etc.

Tabla 2. Claves de una buena comunicación

- Escuchar atentamente.
- Usar preguntas abiertas, que comienzan por ejemplo con "qué", "cómo", "por qué", "cuándo", etc. a fin de provocar respuestas más completas.
- Pensar las cosas desde el punto de vista del paciente.
- Escuchar y respetar las creencias, valores, costumbres y usos.
- Sonreír y mirar al paciente cuando él habla y cuando se le dirige la palabra.
- Verificar con el paciente, haciendo un resumen de lo que escucho, para verificar que lo que el paciente nos explico es lo que quiso decir.
- Adoptar una visión a largo plazo.
- Usar el contacto directo (por ejemplo, apretando o dando la mano) cuando sea conveniente con el propósito de dar confianza o demostrar apoyo.

Tabla 3. Temas que se deben abordar en las entrevistas iniciales con el paciente

Recuerde que la primera entrevista de enfermería debe ser corta, con información clave, porque el paciente puede estar asustado por el diagnostico que acaba de recibir y probablemente su nivel de comprensión es bajo.

Tema	Preguntas
Conocimientos sobre la tuberculosis	¿Qué le han dicho sobre su diagnóstico? ¿Cómo cree que las personas contraen la tuberculosis? ¿Qué sabe sobre la tuberculosis?
Antecedentes de tratamiento, problemas del tratamiento previo, riesgo de repetir el abandono.	¿Ha recibido alguna vez tratamiento contra la tuberculosis en el pasado? En caso positivo, ¿dónde, ¿cuándo y durante cuánto tiempo? ¿Qué medicamentos recibió para tratar la TB? ¿Cómo fue? ¿Tuvo algún problema?
Conocimientos sobre el tratamiento. Nota: Es necesario advertir a las pacientes mujeres sobre las interacciones medicamentosas entre la rifampicina y los anticonceptivos orales.	¿Qué sabe sobre el tratamiento para la TB? ¿Qué piensa que pasaría si no recibe tratamiento? ¿Cómo hará para tomar los medicamentos diariamente? ¿Sabe que el tratamiento no tiene costo alguno?
Conocimientos sobre posibles efectos colaterales de los medicamentos. **Nota:** Es necesario advertir a las personas aseguradas con TB que la orina tomará un color rojo, que es normal y sin consecuencias.	¿Ha sufrido algún efecto adverso cuando ha tomado medicamentos? ¿Qué piensa de los efectos adversos del tratamiento para la tuberculosis?
Actitud frente al diagnóstico	¿Cómo se siente con respecto al diagnóstico de tuberculosis? ¿Qué pensará la familia y los amigos cercanos?
Obstáculos posibles durante el manejo de las personas aseguradas con TB: • factores del estilo de vida, • costos, • distancia entre el centro asistencial y el domicilio, • horarios de atención	¿Tiene usted algún otro problema de salud en el momento? En caso positivo ¿Cuál? ¿A quién pregunta usted sobre su salud? ¿Dónde vive en este momento? ¿Cuánto tiempo podrá permanecer allí? ¿Cómo llega usted hasta la consulta? ¿Cuánto tiempo le toma? ¿Cuánto cuesta? ¿Tiene usted personas dependientes (niños pequeños, ancianos, parientes enfermos)? ¿Tiene trabajo o está desempleado? ¿Le parece que tendrá problemas para acudir a las citas? ¿Toma usted alcohol, fuma cigarrillos o consume drogas con regularidad? (Se examinará a fondo más tarde en la valoración). En caso positivo, ¿quisiera recibir alguna ayuda? o no.
Apoyo social existente: familia, amigos, comunidad.	¿A quién puede acudir en caso de tener problemas (personal sanitario, familia, amigos)? ¿Cómo podemos ayudarle?
Conclusión	¿Tiene preguntas o inquietudes? ¿Qué hará a continuación? Recordar al paciente de comunicarse con el personal de enfermería sobre: • efectos adversos del tratamiento, • planes de viaje, • medicamentos adicionales para otras enfermedades, u otra circunstancia que pueda interferir con su tratamiento.

V°B° C. ESPARZA A. Sub Gerente

EsSalud Humanizando el Seguro Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE TUBERCULOSIS **Inicio del tratamiento: Organización del tratamiento directamente observado durante la fase intensiva**	**VERSIÓN:** 01 **FECHAS:** Elaborado: Junio 2016 Validado: Julio 2016 **Página:** 12 de 33

1. DEFINICIÓN:

El tratamiento directamente observado (TDO) se organizará en la forma más práctica y fiable posible, tomando en consideración las necesidades del paciente y los recursos disponibles.

2. REQUISITOS:

MATERIALES:	**PERSONAL:**
• Libro de registro de pacientes • Tarjeta de control y asistencia de tratamiento	Enfermero (a) Personal de Apoyo: Técnico (a) de Enfermería **Tener conocimiento de:** • Correcto llenado de la tarjeta de tratamiento y del libro de registro de casos en forma clara, exacta y oportuna

Vº Bº
C. ESPARZA A.
Sub Gerente
ESSALUD

3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

Paso N°	Descripción de Acciones	Responsables
1	Disponer de un esquema completo por cada paciente que inicie el tratamiento, con su nombre y dispuesto en una caja individual.	Enfermero (a)
2	Administrar el tratamiento directamente observado (TDO) con la finalidad de: • Ayudar al paciente a terminar el ciclo completo del tratamiento • Verificar la toma de medicamentos por parte del paciente. Se recomienda administrar el TDO durante todo el tratamiento. • Vigilar la presencia de reacciones adversas durante el tratamiento.	
3	Verificar el cálculo de la dosis a administrar, dependiendo del peso del paciente, de acuerdo a las normas nacionales y la presentación de los medicamentos (medicamentos en presentación individual o en dosis fijas combinadas).	
4	Verificar que el personal de enfermería posea las capacidades, conocimientos y apoyo necesario para hacerlo. Tabla 4.	
5	Mantener una buena relación con el paciente	
6	Registrar cada dosis de medicamentos administrada y de cada uno de los resultados de bacteriología en la tarjeta de tratamiento y en el libro de registro de casos, de manera que se pueda evaluar la evolución del paciente y se pueda detectar diariamente su ausencia al tratamiento.	
7	Todos los meses el paciente debe ser pesado y su resultado debe estar registrado en la tarjeta de tratamiento.	

RECOMENDACIONES:

- Se debe mantener una buena comunicación entre todas las personas involucradas en el cuidado de un paciente con tuberculosis, desde el centro asistencial periférico hasta la consulta especializada en el hospital de referencia nacional y la persona designada para el TDO.
- La adherencia al tratamiento puede ser demostrada mediante la revisión de las tarjetas de tratamiento, en las que se registra cada dosis administrada y la notificación de cada inasistencia.
- Preguntar diariamente y observar en el paciente sobre signos y síntomas de posibles reacciones adversas a medicamentos.
- No entregar medicamentos para ser tomados en casa ni en la primera ni la segunda fase del tratamiento

Tabla 4. Requisitos que debe cumplir el personal de enfermería que administra el tratamiento directamente observado

Designación de la persona para administrar el TDO
• ser aceptable por el paciente, • expresar su buena disposición para esta actividad, • ser responsable y atento (a), • ser capaz de respetar la confidencialidad, • mostrar dedicación, • estar dispuesto (a) a ampliar sus conocimientos tomando parte en cursos de capacitación y actualización, y • comprender el sentido de su trabajo.
Capacitación
La capacitación de la persona encargada del TDO debe estar claramente definida, estandarizada y ser periódica. La persona designada deberá tener los siguientes conocimientos: • la transmisión de la tuberculosis y la evolución de la enfermedad • el tratamiento para la tuberculosis y sus posibles efectos adversos, y La persona designada deberá ser capaz de: • observar y registrar la ingesta de medicamentos, según el tratamiento indicado, • buscar a las personas aseguradas con TB cuando falten al tratamiento (dentro de las 24 horas siguientes), • recordar a las personas aseguradas con TB sus controles baciloscópicos y controles médicos, • brindar apoyo y estimular a las personas aseguradas con TB, • solicitar la evaluación médica cuando surja algún problema, • preparar el expediente en el caso de que se demuestre resistencia a los medicamentos y el paciente deba ser evaluado para el cambio de tratamiento, • suscitar el interés sobre la tuberculosis en la comunidad y en el centro asistencial, y • acudir a las actualizaciones sobre el control de la tuberculosis que se realice.
Factores que favorecen la adherencia al tratamiento
• Gratuidad y oportunidad en el acceso a los medicamentos • Optima relación del personal / paciente • Buena calidad de atención • Acceso al servicio de salud para el tratamiento • Conveniencia del horario de atención. Nunca hacer esperar al paciente para ser atendido. • Tranquilidad y privacidad, que favorezcan la confianza y motivación del paciente para continuar el tratamiento, • Es recomendable administrar el tratamiento después de 2 horas del desayuno o almuerzo. Se puede recomendar al paciente traer su bebida (jugo de naranja, avena, etc.) para ingerir sus medicamentos. En caso de que el paciente no lleve líquido para tomar sus medicamentos el centro asistencial deberá proveer un vaso con agua para ingerir los medicamentos.

V°B°
C.ESPARZA R.
Sub Gerente
ESSALUD

EsSalud Humanizando el Seguro Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE TUBERCULOSIS **Inicio del tratamiento: Estudio de Contactos**	**VERSIÓN:** 01 **FECHAS:** Elaborado: Junio 2016 Validado: Julio 2016 **Página:** 14 de 33

1. DEFINICIÓN:

Los contactos, son todas las personas que conviven con la persona afectada por tuberculosis. El estudio de contactos tiene como objetivo detectar casos de tuberculosis en este grupo de personas y prevenir el riesgo de enfermar. La investigación de los contactos constituye el medio más eficaz de detección de casos, pues las personas más cercanas a un caso recién diagnosticado de tuberculosis con baciloscopía positiva tienen la mayor probabilidad de ser infectados o padecer ellos mismos la enfermedad activa.

V°B° C.ESPARZA A. Sub Gerente

2. REQUISITOS:

MATERIALES:	PERSONAL:
• Tarjeta de control y asistencia de tratamiento	Enfermero (a) Personal de apoyo: Técnico (a) de Enfermería **Tener conocimiento de:** • Cómo realizar el censo y examen de los contactos • Historia natural de la enfermedad

3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

Paso N°	Descripción de Acciones	Responsables
1	Al inicio del tratamiento se realiza el censo de contactos, registrándolos en el reverso de la tarjeta de tratamiento, comenzando con anotar la persona de mayor edad y así en orden cronológico.	Enfermero (a)
2	Identificar los contactos vulnerables. Los niños menores de 5 años, personas infectadas por VIH, gestantes y adultos mayores, presentan mayor riesgo frente a la exposición de un paciente bacilífero y debe ser prioritario su examen.	
3	Citar a los contactos a acudir a consulta médica. Agendar con el paciente las citas médicas para el examen de los contactos.	
4	Entrevistar a todos los contactos que acuden al centro asistencial, preguntando por la presencia de tos y flema, baja de peso, fiebre o sudoración nocturna. Si se identifica alguno de los contactos como S.R. se procederá a solicitar las baciloscopías de diagnóstico.	
5	Pasar a los contactos a consulta médica. De acuerdo a la indicación del médico, se procederá a realizar los exámenes complementarios, como radiografía, aplicación de PPD, baciloscopía, cultivo, prueba de sensibilidad rápida, etc.	
6	Registrar en la tarjeta de tratamiento, a los contactos a los que se les realizo por lo menos un examen: médico o bacteriología o radiografía o PPD si así lo requiere. En el caso de diagnosticar algún caso entre los contactos, proceder a iniciar el tratamiento.	

RECOMENDACIONES:

- Se recomienda el examen de los contactos más cercanos al paciente, pues son quienes se encuentran en mayor riesgo de infectarse y enfermarse por TB.
- Se requiere examinar a los contactos con la finalidad de descubrir a la persona de quien se contrajo la enfermedad, la cual puede desconocer su enfermedad y estar aún sin tratamiento y ser contagiosa. Existe la posibilidad, que el adulto pudo adquirir la infección en cualquier otro momento de su vida. Sin embargo, cuando el paciente es un niño, es posible que haya sido infectado recientemente por un adulto con tuberculosis activa, como un miembro del domicilio, un pariente cercano o un amigo de la familia.

EsSalud Humanizando el Seguro Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE TUBERCULOSIS **Inicio del tratamiento: Tratamiento de Infección Latente**	**VERSIÓN:** 01 **FECHAS:** Elaborado: Junio 2016 Validado: Julio 2016 **Página:** 15 de 33

1. DEFINICIÓN:

El tratamiento de la infección latente de tuberculosis se realiza con la finalidad de prevenir la aparición de la enfermedad activa y su máxima eficacia se encuentra en los niños y en otras personas vulnerables que han sido infectadas por el paciente.

2. REQUISITOS:

MATERIALES:	PERSONAL:
• Tarjeta de control y asistencia de tratamiento	Enfermero (a) Personal de apoyo: Técnico (a) de Enfermería **Tener conocimiento de:** • Qué es la infección latente por tuberculosis • Historia natural de la enfermedad • Tratamiento Preventivo con Isoniacida

3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

Paso N°	Descripción de Acciones	Responsables
1	Una vez identificado los niños menores de 5 años a los que se les ha descartado previamente enfermedad activa de tuberculosis, y a quienes se les ha indicado la Terapia Preventiva con Isoniacida (TPI), se procederá a registrar el inicio de la terapia en la tarjeta de tratamiento	Enfermero (a)
2	Educar al padre/madre sobre cómo administrar diariamente la TPI durante 6 meses	
3	Pesar al niño y calcular la dosis a administrar teniendo en cuenta que se debe administra 10 mg / Kg / día	
4	De acuerdo a la dosis a administrar diariamente, se entregará al padre/madre las tabletas a administrar para una semana.	
5	Registrar en la tarjeta de tratamiento la entrega de medicamentos semanal.	

RECOMENDACIONES:

- Se debe descartar toda posibilidad de enfermedad activa antes de comenzar el tratamiento preventivo, a fin de evitar la posibilidad de un tratamiento parcial, que puede llevar a la creación de farmacorresistencia.
- Aplicar una prueba cutánea a la tuberculina (PPD) donde se cuenta con la posibilidad de realizarlo y ofrecer la TPI. Cuando no se tiene la tuberculina al alcance y en los casos de ausencia de enfermedad activa, se puede administrar la TPI en todos los niños menores de 5 años que viven en el mismo domicilio de un paciente con tuberculosis. Los datos científicos demuestran que este es el método más eficaz y eficiente de prevenir la tuberculosis en los niños.

EsSalud Humanizando el Seguro Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE TUBERCULOSIS **Inicio del tratamiento: Aplicación y Lectura de la Prueba de Tuberculina**	**VERSIÓN:** 01 **FECHAS:** Elaborado: Junio 2016 Validado: Julio 2016 **Página:** 16 de 33

1. DEFINICIÓN:

La tuberculina, es una mezcla de antígenos producidos a partir de bacilos tuberculosos muertos, que fue introducida por Koch, quien pensaba haber identificado un tratamiento específico para la tuberculosis. Se reconoce a la tuberculina como herramienta diagnóstica de la infección por ***Mycobacterium tuberculosis.***

La prueba tuberculínica positiva, indica la capacidad de respuesta del organismo frente a uno o a varios antígenos del ***Mycobacterium tuberculosis*** como consecuencia del contacto natural o adquirido con la micobacteria.

2. REQUISITOS:

MATERIALES:

- Termo KST con 4 paquetes fríos: Acondicionado según normas de cadena de frío (2°C - 8°C), conteniendo un vaso de tecnopor para poner dentro el termómetro y los frascos de PPD.
- Jeringa 1 ml descartable, graduado en centésimos con agujas cortas de calibre 25, 33 o 27.
- Frasco de Tuberculina PPD RT 23.
- Termómetros para el control de temperatura en biológicos
- Torundas de algodón
- Sachets con alcohol o jabón líquido antibacterial
- Papel toalla desechable
- Regla milimetrada transparente, semi-rígida.
- Registro de aplicación

PERSONAL:

Enfermero (a)
Personal de apoyo: Técnico (a) de Enfermería

Tener conocimiento de:

- Técnica de aplicación y lectura de PPD
- Como informar el resultado

3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

Paso N°	Descripción de Acciones	Responsables
1	Antes de realizar la aplicación de la prueba, se deberá: • Explicar en qué consiste la prueba, la importancia de la aplicación y que debe regresar con el niño para la lectura a las 72 horas. • Advertir que no se debe rascar ni colocar sustancias en caso de presentar picazón o dolor. • Explicar que la reacción desaparecerá paulatinamente y que el tamaño está relacionado con la infección y no con la enfermedad. • Explicar que se puede lavar el brazo y secarlo con suavidad, mientras vuelve para la lectura.	Enfermero (a)
2	Garantizar las normas de asepsia para la realización del procedimiento.	
3	Realizar el lavado de manos	
4	Extraer del frasco un poco más de 0,1 ml de la Prueba Tuberculínica (PPD). Eliminar el exceso de volumen y las burbujas de aire, dejando exactamente 0,1 ml de solución de tuberculina.	
5	Limpiar la piel del antebrazo (Tabla 5). Puede utilizarse agua y jabón o sachet con alcohol. Dejar secar antes de realizar la aplicación.	
6	Sostener el brazo y estirar la piel entre el dedo índice y pulgar.	
7	Tomar la jeringa entre el dedo índice y medio con la punta de la aguja hacia arriba sin tocar el embolo. Estirar ligeramente la piel e insertar la punta de la aguja (con el bisel hacia arriba) en la capa superficial de la piel (cara dorsal del antebrazo	

	izquierdo, en una zona donde no existan lesiones cutáneas), luego inyectar lentamente la dosis completa de 0,1 ml. La tuberculina una vez cargada en la jeringa, debe ser aplicada en forma inmediata. A medida que se inyecta el líquido, se formará una pequeña roncha redonda o pápula de 8-10 mm de diámetro para que la técnica sea correcta. Si esto no ocurriera, se debe a que la solución ha sido inyectada muy profundamente. Retirar la aguja con suavidad, no debe haber sangrado. El uso de torundas de algodón se limitara al secado de la piel en caso de pérdida de solución tuberculínica y/o eventual salida de sangre.	
8	Para la lectura se deben seguir los siguientes pasos: • Elegir un lugar con muy buena luz. • Con una mano tomar la regla entre los dedos pulgar, índice y mayor y con la otra sostener el brazo de la persona. • Palpar cuidadosamente la zona de aplicación de la Prueba de Tuberculina, buscando la induración. • En reactores positivos, puede esperarse una induración, posiblemente rodeada de una zona de enrojecimiento entre 8 y 72 horas después de la inyección. • Medir la induración (reacción dérmica) después de 72 horas de aplicado el PPD. La reacción dérmica puede palparse como un endurecimiento chato, variado y levemente elevado, el cual debe medirse con una regla de plástico transparente y flexible. • La induración puede ser de fácil o difícil reconocimiento, variando desde una induración firme, bien definida en la piel, a una induración blanda, de bordes indefinidos que puede fácilmente pasar desapercibida a menos que se palpe suavemente el sitio de la inyección. El eritema o zona de enrojecimiento no debe tomarse en consideración. • Una vez delimitados los bordes, se coloca la regla y se mide la induración en sentido transversal en relación al eje longitudinal del antebrazo, a nivel de su diámetro medio. • Si la induración presentara una forma irregular, en vez de redondeada, siempre medir el diámetro medio. • El resultado de la lectura se expresa en milímetros. Si hay induración, ésta puede ser: 1, 2, 3... 10,..... Si no hay induración, la lectura es 0 mm. • Es incorrecto utilizar los términos "positivo" o "negativo" en el informe del resultado de la Prueba de Tuberculina; ya que no brindan información sobre el tamaño de la reacción.	
9	Con los resultados de la lectura, el niño debe pasar a consulta médica, De acuerdo al resultado, el médico decidirá si se inicia o no una TPI.	
10	Iniciar la TPI de ser indicada	

RECOMENDACIONES:

- La prueba se realiza mediante la técnica de Mantoux; siendo la más utilizada y considerada aún, como la prueba estándar para el diagnóstico de la infección por tuberculosis.
- La dosis utilizada para diagnóstico es 2 Unidades de Tuberculina (U.T.) de Tuberculina PPD (0,1 ml es equivalente a 2 unidades tuberculina PPD).
- Inyectar lo más superficialmente posible, dado que es difícil de interpretar la subsecuente reacción si se inyecta la solución muy profundamente.
- Si la inyección está bien realizada se producirá una pápula de 6-10 mm de diámetro, dando un aspecto de "piel de naranja", que permanece durante unos 10 minutos.
- Escribir el resultado de la lectura en milímetros. Si hay induración, ésta puede ser: 1, 2, 3, ... 10, etc. Si no hay induración, la lectura es 0 mm. **Es incorrecto utilizar los términos "positivo" o "negativo" en el informe del resultado de la Prueba de Tuberculina.**
- La elección de la regla de medición es clave para obtener adecuados resultados. Se recomienda utilizar una semirrígida o flexible.
- No debe administrarse la Prueba de Tuberculina, cuando existan lesiones generalizadas de la piel para evitar complicaciones e interferir con la lectura.

V°B° C.ESPARZA A. Sub Gerente

Tabla 5. Características de las zonas utilizadas para la aplicación de la Prueba de Tuberculina.

Características	Cara anterior del antebrazo	Cara dorsal del antebrazo
Piel	Delgada	Gruesa
Dolor	Más	Menos
Reacción	Oval *	Redondeada
Límite	Menos precisa	Más precisa

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias - Dr. Emilio Coni. ANLIS - Dr. Carlos G. Malbrán. Prueba tuberculínica. Darnaud R. (*) Esto reviste importancia porque el diámetro transverso, que es el que se mide, resulta menor que el longitudinal. En cambio, en la redondeada, los dos diámetros son generalmente semejantes.

V°B°
C.ESPARZA A.
Sub Gerente
ESSALUD

EsSalud Humanizando el Seguro Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE TUBERCULOSIS **Atención durante la Fase Intensiva: Promoción de la Adherencia al Tratamiento**	**VERSIÓN:** 01 **FECHAS:** Elaborado: Junio 2016 Validado: Julio 2016 **Página:** 19 de 33

1. DEFINICIÓN:

La adherencia se refiere al cumplimiento del paciente con el régimen terapéutico prescrito. Incluye la buena disposición para empezar el tratamiento y su capacidad para tomar los medicamentos tal como se le indica. Es un factor importante para conseguir buenos resultados, y reducir las posibilidades de desarrollar la Tuberculosis multidrogoresistencia. Se relaciona de manera importante con la calidad y calidez que recibe el paciente por el personal de salud, así como el apoyo otorgado por la familia.

VºBº C. ESPARZA A. Sub Gerente ESSALUD

2. REQUISITOS:

MATERIALES:	**PERSONAL:**
• Tarjeta de tratamiento • Hoja de notificación de reacciones adversas	Enfermero (a) Personal de apoyo: Técnico (a) de Enfermería **Tener conocimiento de:** • Importancia de la adherencia y el TDO • Como se ocasiona la MDR • Vigilancia de las reacciones adversas • Efectos adversos de los medicamentos

3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

Paso N°	Descripción de Acciones	Responsables
1	Dar respuesta a las prioridades del paciente, tratando al paciente con respeto y haciéndoles saber que pueden exponer sus problemas en el momento en que estos aparezcan. Tabla 7	Enfermero (a)
2	Educar al paciente para reconocer e informar los efectos adversos de los medicamentos. Tabla 8.	
3	Si un paciente no acude a recibir el tratamiento, se le debe contactar tan pronto como sea posible (dentro de las 24 horas), a fin de reducir al mínimo la interrupción del tratamiento.	
4	Cada mes solicitar: una baciloscopía de control en los casos de TB sensible y una baciloscopía y cultivo en los casos de TB resistente.	
5	Coordinar la consulta médica mensual, al cambio de fase y al término de tratamiento en los casos de TB sensible y TB resistente.	
6	En base a los resultados en el seguimiento de la bacteriología, se deberá estar alerta ante la presencia de los siguientes factores de riesgo para TB resistente. Tabla 9.	
7	Mantener actualizado el registro de la tarjeta de tratamiento, el libro de registro de casos, con la finalidad de monitorear la evolución de cada paciente y contar con una información exacta que permita evaluar la regularidad del tratamiento durante la primera fase de tratamiento.	

RECOMENDACIONES:

- El paciente que tiene confianza en el personal de enfermería, informará cuando ocurra algo que le impide acudir a recibir su tratamiento. Es muy importante mantener un diálogo abierto entre el paciente y el personal de salud, para realizar las acciones necesarias a fin de prevenir la interrupción del tratamiento.
- Un paciente que presenta reacciones graves como ictericia o trastornos abdominales graves debe recibir instrucciones de suspender el tratamiento inmediatamente y se debe remitir a un médico. Las reacciones adversas menores como náuseas o prurito, si bien no son lo suficientemente graves para precisar un tratamiento, pueden ser muy desmoralizantes para el paciente y el personal de salud las debe considerar seriamente.
- En todos los casos es importante establecer si el acontecimiento referido es una reacción al tratamiento o es un evento sin relación que pueda requerir intervención complementaria. De no hacerlo, se puede modificar innecesariamente el tratamiento del paciente o pasar inadvertido y sin tratamiento a un problema diferente. Un seguimiento rápido, persistente y amistoso de las personas con TB inasistentes o irregulares demuestra el interés que se tiene por él y lo motivará a continuar el tratamiento.

Tabla 7. Factores que pueden generar barreras en la adherencia al tratamiento

Factores socio-económicos relacionados con el paciente	
Problema	**Respuesta posible**
Falta de recursos personales.	Procurar acceso a todas las facilidades e incentivos existentes.
Prioridades concurrentes abrumadoras	Evaluar y prestar ayuda cuando sea posible. Ajustar la rutina del tratamiento a fin de responder a las circunstancias del paciente
Aspectos relacionados con la edad; por ejemplo, los niños, adolescentes y ancianos.	Adaptar la orientación e implicar otras personas según sea conveniente, en función de la edad.
Pérdida del empleo por estigma y discriminación.	Aconsejar fuentes posibles de apoyo como organizaciones no gubernamentales locales o coordinación con establecimientos de salud del Ministerio de Salud.
Sin hogar: sin techo desde antes o pérdida reciente debido a estigma y discriminación.	Procurar ayuda donde sea posible, por ejemplo, en organizaciones voluntarias. Analizar y acordar la mejor manera de organizar el tratamiento.
Variables dependientes del paciente	
Problema	**Respuesta posible**
Creencias personales y culturales e ideas equivocadas sobre la tuberculosis.	Evaluar, informar, educar.
Deberes y restricciones sociales y familiares.	Anticipar mediante conversación con el paciente lo que pasaría con el tratamiento en el caso que se tenga que alejar por un motivo inesperado.
Apatía, pesimismo, depresión y negación.	Evaluar y ofrecer apoyo, coordinando con los servicios de psicología.
Insatisfacción con el personal de salud, experiencias negativas con los proveedores de atención en el pasado.	Evaluar el problema y las expectativas. Transmitir la información cuando sea conveniente.
Antecedentes de incumplimiento terapéutico. Impaciencia con el grado de progreso o la respuesta al tratamiento	Evaluar las circunstancias previas. ¿Qué impidió el cumplimiento antes? Replantear las expectativas. Dar confianza
Discapacidades sensoriales.	Determinar la mejor manera de comunicar y trabajar de cerca con los proveedores de salud.
Incapacidad de seguir el plan de tratamiento.	Evaluar a fin de definir el problema y modificar el plan en consecuencia. Permitir que el paciente escoja, en la medida de lo posible, por ejemplo donde recibir el tratamiento.
Incomodidad por sentirse estigmatizado por la enfermedad.	Informar y dar confianza. Ser discreto. Trabajar con el paciente, la familia y los grupos comunitarios según disponga.
Consumo de alcohol y drogas.	Remitir cuando sea posible a servicios de control de farmacodependencia. De lo contrario, aceptar y ofrecer apoyo.
Preocupación de ser también positivo para el VIH.	Ofrecer apoyo y orientación continuos. Remitir en busca de ayuda complementaria cuando sea conveniente y se cuente con ella.

V°B° C.ESPARZA A. Sub Gerente ESSALUD

Variables dependientes del tratamiento	
Problema	**Respuesta posible**
Complejidad y duración del tratamiento.	Aportar en forma clara instrucciones, información y ayuda.
Características de la medicación (cantidad de comprimidos, reacciones adversas a los medicamentos).	Ofrecer apoyo y aportar información clara sobre las reacciones adversas a los medicamentos e incitar a las personas aseguradas con TB a acudir cuando presenten problemas. Ofrecer ayuda a fin de aliviar los efectos cuando sea posible. Las reacciones adversas graves se tienen que comunicar y coordinar con el médico tratante para que dé respuesta sin tardar.
Interacción de los medicamentos con la alimentación: por ejemplo las personas aseguradas con TB pueden sentir náuseas.	Evaluar y aconsejar sobre la dieta y los horarios de los medicamentos.

Variables dependientes de la enfermedad	
Problema	**Respuesta posible**
Enfermedades coexistentes: • Diabetes • Desnutrición • Infección por el VIH y SIDA • Problemas de salud mental	• Evaluación por el servicio de endocrinología o el programa de diabetes. • Aconsejar sobre la dieta y evaluar el acceso a los alimentos y aconsejar sobre la dieta. • Ofrecer orientación y prueba diagnóstica, trabajar con los servicios del VIH, especialmente cuando se administra el tratamiento antirretroviral. • Verificar que no existan interferencias entre los medicamentos antirretrovirales y antipsicóticos según sea el caso. • Trabajar de cerca con psiquiatras, psicólogos y otros profesionales de salud, para brindar el apoyo requerido por cada paciente, de acuerdo a las recomendaciones del especialista.

Variables dependientes de la organización	
Problema	**Problema**
Inaccesibilidad al programa de control de tuberculosis para recibir el tratamiento	Organizar el tratamiento a conveniencia del paciente, tanto como sea posible
Largas filas de espera en la consulta.	Planear un mínimo de citas al consultorio y reorganizar el servicio de manera que las personas aseguradas con TB no deban esperar por largo tiempo
Servicios fragmentados y no coordinados	Establecer buenas relaciones con otros servicios y compartir los protocolos de atención, etc.
Aspectos del personal (falta de motivación, escaso personal, sobrecarga de trabajo).	Procurar que el personal se sienta valorado; escuchar sus ideas; introducir esquemas de incentivos al personal, por ejemplo, recompensas por prácticas óptimas, oportunidades de capacitación.
Estigmatización y discriminación por parte del personal	Campañas y educación en el establecimiento sanitario

V°B° C.ESPARZA A. Sub Gerente ESSALUD

Tabla 8. Principales interacciones con los medicamentos antituberculosis.

Medicamento	Agente interactuante	Efecto	Recomendación
Isoniacida	Antiácidos que contengan aluminio	Menor absorción de isoniacida	Evitar antiácidos, o dar la isoniacida 2 h antes o 4 h después del antiácido
	Antiepilépticos: carbamazepina, fenitoína	Inhibición del metabolismo hepático de antiepilépticos	Monitorear niveles séricos
	Antisicóticos: haloperidol	Posible incremento de niveles plasmáticos del haloperidol	Ajustar dosis si fuera necesario
	Ansiolíticos e hipnóticos	Efecto prolongado de efectos ansiolíticos e hipnóticos	Disminuir dosis si fuera necesario
	Antimicóticos: ketoconazol	Disminución de niveles sanguíneos de antimicóticos	No hay problemas con fluconazol
Rifampicina	Anticonceptivos orales	Menor efecto anticonceptivo	Anticoncepción hormonal de depósito trimestral (reducir intervalo a 8-10 semanas) al menos hasta 1 mes luego del uso de rifampicina y utilización de un método de barrera
	Warfarina	Anticoagulación sub-terapéutica	Monitoreo semanal, aumento de dosis de warfarina o cambio a heparina de bajo peso molecular
	Corticosteroides	Marcada disminución de niveles séricos de corticosteroides	Incremento de dosis hasta el doble de dosis usual
	Antiarrítmicos, antimicóticos,	Reducción de niveles de antiarrítmicos y antimicóticos. Disminución de niveles de Rifampicina.	Evitar su uso
	Antirretrovirales tipo inhibidores de proteasa e inhibidores no nucleósidos	Disminución de su actividad antirretroviral y de la rifampicina	Ajustar dosis de efavirenz o utilizar antiretrovirales tipo inhibidores nucleósidos. Evitar el uso de inhibidores de proteasas
	Corticosteroides	Marcada reducción en niveles esteroideos	Incrementar la dosis
	Ansiolíticos e hipnóticos	Pueden reducirse niveles de ansiolíticos e hipnóticos	Puede requerirse incremento de dosis
	Fenitoína	Marcada disminución del efecto antiepiléptico, especialmente en acetiladores rápidos	El uso concomitante de H contrarresta el efecto de R
	Antidiabéticos orales,	Reducción de niveles séricos de antidiabéticos orales	Monitorear el control metabólico de la DM
Etambutol	No interacciones relevantes		
Pirazinamida	Alopurinol	Incremento de ácido úrico	Uso de colchicina.
Fluoroquinolonas	Antiácidos que contengan aluminio, calcio y magnesio. Sucralfato	Reducida absorción de fluoroquinolonas	Evitar antiácidos, o dar la fluoroquinolona 2 h antes o 4 h después del antiácido
	Warfarina	Prolongación del tiempo de protrombina	Monitorear anticoagulación
	Hierro y zinc	Reducida absorción de fluoroquinolonas	Evitar antiácidos, o dar la fluoroquinolona 2 h antes o 4 h después del Fe o Zn

ESPARZA A.
Sub Gerente

Tabla 9. Factores de riesgo para TB resistente durante el tratamiento

Problema	Acciones
Persistencia o reaparición de baciloscopía positiva a partir del 2do mes de tratamiento	• Solicitar prueba de sensibilidad rápida (PSR) y convencional • Si la PSR indica resistencia a 1 o más medicamentos, preparar el expediente y pasar a consulta médica para cambio de tratamiento. • Para efectos de información, el paciente egresa del tratamiento como Fracaso.
Inasistencia o irregularidad durante el tratamiento	
Sospecha de fracaso al esquema de tratamiento para TB sensible, por presencia o reaparición de baciloscopía a partir del 4to mes de tratamiento	
Conversión bacteriológica del paciente que recibe un tratamiento para TB resistente: se considera que el cultivo revierte a positivo cuando, después de una conversión inicial, se encuentran dos cultivos consecutivos positivos, tomados al menos con intervalo de 30 días. Para el propósito de definir el fracaso al tratamiento, la reversión se considera sólo cuando se produce en la fase de continuación.	• Solicitar prueba de sensibilidad convencional a drogas de primera y segunda línea. • Si la PS indica resistencia a 2 o más medicamentos, preparar el expediente y pasar a consulta médica para cambio de tratamiento. • Para efectos de información, el paciente egresa del tratamiento como Fracaso.

V°B°
C.ESPARZA A.
Sub Gerente
ESSALUD

EsSalud Humanizando el Seguro Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE TUBERCULOSIS **Atención durante el tratamiento: Seguimiento de las personas aseguradas con TB que no acuden a recibir el tratamiento (irregulares)**	**VERSIÓN:** 01 **FECHAS:** Elaborado: Junio 2016 Validado: Julio 2016 **Página:** 24 de 33



1. DEFINICIÓN:

Se debe buscar a las personas aseguradas con TB que no acuden a recibir su tratamiento, valorar la situación y hacer lo necesario para que reanuden el tratamiento tan pronto como sea posible (dentro de las 24 horas siguientes a la inasistencia).
Se considera irregularidad a la no ingesta de 3 dosis programadas continúas o alternadas durante la primera fase del tratamiento o de 5 dosis continúas o alternas durante todo el tratamiento de las personas aseguradas con TB que reciben un esquema para TB sensible.
Al realizar un adecuado seguimiento, se reducirán al mínimo las brechas en el tratamiento. A partir de la tarjeta de tratamiento se podrá evaluar el tipo de cumplimiento del paciente y las dosis que no recibió durante el tratamiento. Se contará con la información de cada paciente sobre las razones aducidas de inasistencia y las acciones emprendidas y será posible calcular el número de pacientes inasistentes, cuántos se recuperaron posteriormente y cuántos reanudaron el tratamiento

2. REQUISITOS:

MATERIALES:	PERSONAL:
• Tarjeta de tratamiento	Enfermero (a) Personal de apoyo: Técnico (a) de Enfermería **Tener conocimiento de:** • Definición de irregularidad • Como revisar y detectar oportunamente la inasistencia al tratamiento • Importancia del tratamiento continuo

3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

Paso N°	Descripción de Acciones	Responsables
1	Establecer un sistema de seguimiento de las personas aseguradas con TB que no asisten a recibir su tratamiento.	Enfermero (a)
2	Controlar diariamente la asistencia al tratamiento de cada uno de las personas aseguradas con TB que asisten al centro asistencial, revisando las tarjetas de tratamiento al término del turno.	
3	De disponer el teléfono del paciente se puede llamar para averiguar el motivo por el cual no pudo acercarse al centro asistencial y coordinar con él/ella su asistencia.	
4	Coordinar con los Responsables del siguiente turno la visita domiciliaria al hogar del paciente para indagar el motivo de su inasistencia.	
5	Reiniciar el tratamiento y explicar la importancia del tratamiento de acuerdo a las indicaciones establecidas, para lo cual se deberá negociar con el paciente un plan alternativo que sea aceptable para el paciente y el personal de enfermería. También se debe considerar el uso de incentivos y facilitadores. Tabla 10.	
6	Recopilar información sobre las causas de la inasistencia del paciente, con el fin de detectar y solucionar los obstáculos que se le puedan presentar. Cuando existe un problema para un paciente, se pueden introducir modificaciones a las disposiciones del tratamiento; pero de igual manera, cuando un problema es común a varios pacientes, se pueden requerir acciones más enérgicas con respecto a la forma como se presta todo el servicio.	
7	Dar respuesta a los problemas detectados en el análisis de las causas de inasistencia, para lo cual se requiere de flexibilidad, por ejemplo, modificar los horarios de atención, modificación de mensajes durante la educación inicial o la educación continua impartida a las personas aseguradas con TB, etc.	

RECOMENDACIONES:

- El mayor éxito se conseguirá mediante enfoques flexibles, innovadores e individualizados. El tratamiento y la atención que el paciente reciba tendrán inevitables repercusiones sobre su buena disposición a asistir en el futuro. En muchos casos puede existir un obstáculo sencillo que al superarlo permitirá al paciente continuar su tratamiento con éxito; por ello es esencial averiguar cuál es el problema.
- Habrá pacientes que no se pueden localizar y no todos aquellos encontrados regresarán por tratamiento; sin embargo, es importante realizar todos los esfuerzos destinados a recuperar el mayor número de pacientes posible y que continúen su tratamiento.
- Completar en forma clara y oportuna la tarjeta de tratamiento es primordial, con el objeto de alertar al personal sobre las personas aseguradas con TB que no acuden. La tarjeta de tratamiento es un medio muy útil de demostrar qué fase del tratamiento se ha completado y la regularidad con que se han tomado los medicamentos. Además, puede ayudar al paciente a ver los progresos que ha alcanzado y la importancia de cada dosis de medicamentos.
- Cuando las tasas de inasistencia son altas (por encima de 10%), cualquier sistema será ineficaz, mientras no se examine el servicio en su integridad. Tal examen es necesario a fin de detectar y solucionar los problemas más generales que dificultan la asistencia de las personas aseguradas con TB a recibir su tratamiento.

V°B° C.ESPARZA A. Sub Gerente ESSALUD

Tabla 10. Ejemplos de incentivos y facilitadores

- Grupos de apoyo,
- ceremonias de premios, por ejemplo, certificados por el éxito de completar el tratamiento,
- reembolso de los gastos de transporte,
- alimentos,
- visitas o llamadas telefónicas a las personas aseguradas con TB hospitalizados, por parte del personal del centro de atención con el fin de darles ánimo,
- recordar el cumpleaños del paciente y hacerlo sentir especial,
- premio por completar la fase intensiva o la segunda fase del tratamiento

EsSalud Humanizando el Seguro Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE TUBERCULOSIS **Atención durante la fase de continuación del tratamiento**	**VERSIÓN:** 01 **FECHAS:** Elaborado: Junio 2016 Validado: Julio 2016 **Página:** 26 de 33

V°B° C.ESPARZA A. Sub Gerente ESSALUD

1. DEFINICIÓN:

A medida que progresa el tratamiento del paciente, los síntomas comienzan a desaparecer y el paciente se acostumbra al tratamiento. En la segunda fase de tratamiento, el paciente empieza a tener menos contacto con el servicio de tuberculosis y reanuda sus actividades "normales".
Se ofrece apoyo continuo en función de la necesidad del paciente y se llevan a cabo los exámenes de seguimiento necesarios.

2. REQUISITOS:

MATERIALES:	PERSONAL:
• Tarjeta de tratamiento • Libro de registro de casos	Enfermero (a) Personal de apoyo: Técnico (a) de Enfermería **Tener conocimiento de:** • Comunicación • Importancia del control bacteriológico • Registro de casos • Condiciones de egreso

3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

Paso N°	Descripción de Acciones	Responsables
1	Manejar el cambio de la fase intensiva diaria a la segunda fase tres veces por semana. Es importante reiterar al paciente la necesidad de continuar el tratamiento.	Enfermero (a)
2	Reevaluar las necesidades físicas, sociales y psicológicas del paciente, con la finalidad de contribuir a la planeación de una atención centrada en las necesidades del paciente durante la fase de continuación.	
3	Mantener una buena comunicación, reiterar los mensajes sobre la importancia de continuar con su tratamiento sin interrupción y motivar al paciente a informar si ocurren modificaciones en su vida personal que afecte su capacidad de continuar con el tratamiento o de acudir al centro asistencial.	
4	Continuar con las baciloscopías de control mensual y/o cultivos de ser necesario.	
5	Completar la información sobre su evolución: controles bacteriológicos, peso, administración de tratamiento,	
6	Evaluar al término del tratamiento para definir su condición de egreso.	
7	Recomendar al paciente que si vuelve a presentar sintomatología respiratoria acuda al centro asistencial en búsqueda de atención,	

RECOMENDACIONES:
El tratamiento puede durar como mínimo 6 meses y durante este tiempo pueden aparecer obstáculos en la continuación del mismo, debidos a modificaciones en la pauta terapéutica o a cambios personales asociados con la recuperación. Las modificaciones en el estilo de vida u otros cambios que pueden ocurrir durante 6 meses en la vida de una persona pueden complicarse con el tratamiento. Se deben hacer esfuerzos necesarios para mantener el contacto con el paciente y adaptar la atención a toda modificación y circunstancias personales.

EsSalud Humanizando el Seguro Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE TUBERCULOSIS **Atención de la Coinfección TB VIH**	**VERSIÓN:** 01 **FECHAS:** Elaborado: Junio 2016 Validado: Julio 2016 **Página:** 27 de xx

1. DEFINICIÓN:

La asociación de ambas enfermedades es tan importante que ninguna se puede tratar sin considerar la otra, el profesional de la salud debe estar adecuadamente preparado a proveer la mejor atención y tratamiento existente.

2. REQUISITOS:

MATERIALES:	**PERSONAL:**
• Tarjeta de tratamiento • Libro de registro de casos	Enfermero (a) Personal de apoyo: Técnico (a) de Enfermería **Tener conocimiento de:** • Consejería en VIH • Prueba de VIH • Controles durante el tratamiento • TARGA • Registro de casos • Condiciones de egreso

3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

Paso N°	Descripción de Acciones	Responsables
1	Ofrecer la prueba diagnóstica de VIH a todos las personas aseguradas con TB que no conocen su estado de serología.	Enfermero (a)
2	Refiere a la persona asegurada con TB para **consejería** y realización de la prueba VIH, de acuerdo a los protocolos establecidos en EsSalud.	
3	Las personas aseguradas con TB, a los que se les diagnostique a través de la serología positiva, recibirá la atención necesaria para recibir el tratamiento antituberculosis de acuerdo a la norma técnica y evaluación para el inicio de la Terapia Antiretroviral de acuerdo a los protocolos establecidos en EsSalud.	
4	Realiza los controles necesarios durante el tratamiento.	
5	Brinda apoyo emocional y educación para prevenir la transmisión del VIH.	
6	Coordina con el servicio de infectologia para el inicio de TARGA	
7	Cumple con los procedimientos establecidos para llenar y completar la documentación en forma clara, exacta y oportuna	

RECOMENDACIONES:

El tratamiento dura 9 meses y durante este tiempo pueden aparecer obstáculos en la continuación del mismo, debidos a la introducción de la TARGA o a cambios personales asociados con la recuperación. Las modificaciones en el estilo de vida u otros cambios que pueden ocurrir durante los 9 meses de duración del tratamiento, pueden complicar o complicarse con el tratamiento. Se deben hacer esfuerzos por mantener el contacto con el paciente y adaptar la atención a toda modificación del tratamiento y a sus circunstancias personales.

EsSalud Humanizando el Seguro Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE TUBERCULOSIS **Atención de la Comorbilidad TB-Diabetes**	**VERSIÓN:** 01 **FECHAS:** Elaborado: Junio 2016 Validado: Julio 2016 **Página:** 28 de 33

1. DEFINICIÓN:

La diabetes debe controlarse estrechamente durante todo el tratamiento de la tuberculosis
Las personas con diabetes mellitus con TB-MDR corren el riesgo de tener resultados deficientes, puede potenciar los efectos adversos de los medicamentos antituberculosis, en particular la disfunción renal y la neuropatía periférica.

2. REQUISITOS:

MATERIALES:	**PERSONAL:**
• Tarjeta de tratamiento • Libro de registro de casos	Enfermero (a) Personal de apoyo: Técnico (a) de Enfermería **Tener conocimiento de:** • Educación a personas con Diabetes • Prueba de glicemia • Controles durante el tratamiento • Tratamiento con insulina • Registro de casos • Condiciones de egreso

3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

Paso N°	Descripción de Acciones	Responsables
1	Ofrece la prueba de glicemia en ayunas a todos las personas aseguradas con TB.	Enfermero (a)
2	Coordina con el servicio de endocrinología para evaluación mensual de las personas con diagnóstico de TB-Diabetes, de acuerdo a los protocolos establecidos en EsSalud.	
3	Administra el tratamiento antituberculosis de acuerdo a las normas técnicas.	
4	Educa sobre los cuidados a tener en toda persona con diabetes; evitar comidas rápidas y azucares en exceso, comer frutas y verduras, hacer ejercicio, evitar sobrepeso, control de glicemia, recibir los controles médicos mensuales.	
5	Administración de insulina de acuerdo a indicación médica.	
6	Cumple con los procedimientos establecidos para llenar y completar la documentación en forma clara, exacta y oportuna.	
7	Cumple con los procedimientos establecidos para llenar y completar la documentación en forma clara, exacta y oportuna	

RECOMENDACIONES:

Las presentaciones clínicas de TB en personas con Diabetes pueden estar alteradas y cambiar la sensibilidad y especificidad de algoritmos convencionales de diagnóstico.
Entre quienes tienen TB activa, la DM puede tener efectos adversos en los resultados de tratamiento, sea retrasando la respuesta microbiológica, reduciendo la probabilidad de un resultado favorable, o aumentando el riesgo de recaída y muerte.

Tabla 11. Tuberculosis y Diabetes Mellitus

Las personas con Diabetes pueden infectarse más fácilmente que las personas sin Diabetes, llevando a un mayor riesgo de TB latente en personas con DM. Las personas con diabetes pueden experimentar una progresión de infección a enfermedad más rápidamente que quienes no tienen Diabetes. La DM puede acelerar la emergencia de TB drogorresistente y especialmente multidrogorresistente entre quienes reciben tratamiento de TB. De manera similar, la TB puede desencadenar el diagnóstico de DM o empeorar el control de la glicemia en personas que ya tienen Diabetes.

EsSalud Humanizando el Seguro Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE TUBERCULOSIS Cuidados del Catéter Porth	VERSIÓN: 01 FECHAS: Elaborado: junio 2016 Validado: Julio 2016 Página: 30 de 33

1. DEFINICIÓN:

2. REQUISITOS:

MATERIALES:
- Tarjeta de tratamiento
- Libro de registro de casos
- Soluciones desinfectantes
- Solución salina
- Jeringas
- Medicamentos
- Heparina
- Equipo de enclisis
- Catéter Porth
- Aguja Huber

PERSONAL:
Enfermero (a)
Personal de apoyo: Técnico (a) de Enfermería

Tener conocimiento de:
- Educación al paciente, familia y personal de salud
- Procedimientos y utilización del catéter porth
- Lavado de manos
- Registro de casos
- Condiciones de egreso

3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

Paso N°	Descripción de Acciones	Responsables
1	El médico cirujano cardiovascular realiza la colocación del catéter porth, de manera ambulatoria en un ambiente del centro quirúrgico.	Médico cirujano cardiovascular
2	Finalizado el procedimiento se toma una radiografía de tórax, para asegurarse que el catéter está en el lugar adecuado (punta de catéter a 2cm de la aurícula	
3	Verifica las incisiones (cerradas con puntos absorbibles) y que el catéter porth quede debajo de la piel.	Enfermero (a)
4	**Informa al paciente acerca del procedimiento de apertura.** • Coloca al paciente con mascarilla en posición decúbito supino, con la cabeza girada hacia el lado opuesto donde tiene implantado el reservorio. • Realiza lavado de manos. • Prepara el material necesario (campo estéril, jeringa de 10 c.c. con suero fisiológico). • Purgar el sistema de aguja Huber con extensión con suero fisiológico. • Preserva la intimidad del paciente	
5	**Antes de realizar la apertura del catéter porth** • Colocarse guantes de examen • Retirar los vendajes si existieran • Examinar y valorar el aspecto de la piel que cubre la cámara subcutánea (asegurarse de que no existe enrojecimiento, edema, infiltración subcutánea, ulceración o supuración). • Cambiarse de guantes, colocarse guantes estériles. • Clampar el sistema. • Limpiar la zona con alcohol puro 3 veces de adentro y hacia fuera • Limpiar la zona con solución de Clorexidina al 2% ó solución yodada y dejar secar • Localizar el dispositivo por palpación. • Inmovilizar la cámara con los dedos de la mano no dominante.	
5	• Insertar la aguja perpendicularmente a la membrana del reservorio, buscando su centro y evitando puntos de inyecciones anteriores, haciéndola firmemente hasta encontrar el tope	

	• Para comprobar que se ha colocado adecuadamente: Inyectar 2-3 c.c. de suero fisiológico y aspirar para comprobar que refluye sangre. • Clampar el sistema. Si se infundirá alguna solución se conectará al venoclisis y se pasará la solución. • Después que termine de pasar la solución, cerrar la venoclisis y retirarlo.	
6	**Fijación del catéter porth** • Colocar apósito estéril transparente. • Rotular: el catéter con la fecha de apertura, la hora y tus iníciales en la zona del vendaje diseñada para tal fin. • Retira los deshechos, colocando las jeringas y todo elemento filoso en contenedores dispuestos para tal fin.	
7	• Higieniza tus manos. • Documenta la vía de acceso en la historia clínica del paciente. • Monitorea la zona según los lineamientos de tu institución.Si el sistema no es utilizado durante un largo periodo de tiempo se debe lavar mensualmente y sellarlo con heparina.	
8	**Mantenimiento** • Para el mantenimiento del catéter port se realizará cada 21-30 días si no se va utilizar por un periodo prolongado. • Se examinará la piel circundante y sobre el reservorio. Higiene o lesiones. • Así mismo se hará una inspección y examinará la zona del catéter, en busca de signos de infección del área: Dolor, inflamación, edema, hematoma. De hallar algún signo comunique al médico responsable. • Si encuentra que no hay ninguna molestia, seguir los pasos de la apertura del catéter y se procederá a heparinizar el catéter • Retira los deshechos, colocando las jeringas y todo elemento filoso en contenedores dispuestos para tal fin. • Higieniza tus manos • Documenta la vía de acceso en la historia clínica del paciente. Monitorea la zona según los lineamientos de tu institución.	
9	**Heparinización** • Cambiar la jeringa de suero fisiológico por la de heparina (5 ml). Desclampar e introducir los 5 ml de heparina sódica diluida en SF. En una concentración de 50 unidades = 1cc. • Se administrarán 5cc si no se va abrir en 21 días. Si el caso fuera que el catéter se usará en forma frecuente solo se administrará heparina diluida en una concentración de 20 U =1cc solo 3 cc. • Enroscar el obturador en el extremo distal del sistema. • Retira los deshechos, colocando las jeringas y todo elemento filoso en contenedores dispuestos para tal fin. • Higieniza tus manos y documentar el procedimiento.	
10	**Extracción de muestra sanguínea** • Parar la infusión y lavar la vía con al menos 10-20 cc de suero fisiológico. • Desechar la primera muestra de sangre de 4-5 cc (10 cc de sangre si la muestra es para estudio de coagulación). • Extraer la sangre necesaria. • Lavar con 10 cc de solución salina. • Seguir con la infusión o de lo contrario proceder a heparinizar el catéter siguiendo los pasos de los procedimientos anteriores .Considerar que los últimos 0.5 cc de solución heparinizada se debe realizar cerrando los pinzas ,para mantener la presión positiva , para así evitar el retorno de la sangre al catéter.	

C.ESPARZA A.
Sub Gerente
ESSALUD

11	**Retiro de la aguja Huber** • Una vez de heparinizado el catéter port: • Clampar el sistema • Y proceder a retirar la aguja del reservorio, sujetando con los dedos índice y pulgar de la mano no dominante, el reservorio. Extracción de la aguja realizando una fuerza perpendicular a la piel del usuario. • Aplicar una solución antiséptica y colocar una bandita. • Retira los deshechos, colocando las jeringas y todo elemento filoso en contenedores dispuestos para tal fin. • Higieniza tus manos • Documenta la vía de acceso en la historia clínica del paciente. • Monitorea la zona según los lineamientos de tu institución.	
12	**Bundle antisepsia** • La propia flora microbiana de la piel del paciente establece la amenaza más grande y riesgo de infección. • Utilice como antiséptico la Clhorexidina al 2% +alcohol al 70%, para la preparación de la piel previo a la inserción del catéter. • Preparación: Aplicación de la clorhexidina	
13	**Desinfección de conectores** • Establecer un protocolo de desinfección de conectores, conectores libres de aguja o puertos de inyección, • Desinfectar los conectores antes de del acceso. • Limpiar los conectores con alcohol al 70 % o con una solución de clhorexidina al 2%+ alcohol al 70% • Limpiar el conector con fricción por 15 segundos	
14	**Educación al personal de salud** • Establecer un equipo y proporcione educación especializada. • Personal involucrado con CVC debe tener un entrenamiento especializado continuo o mínimamente anual sobre: • Indicaciones dela colocación de CVC. • Prevención de infecciones durante la inserción de un CVC. • Técnicas apropiadas durante el mantenimiento del CVC. • Prevención de infecciones relacionadas a estos dispositivos • Valorar periódicamente el conocimiento y el cumplimiento del personal de salud sobre las medidas preventivas. • El conocimiento y la educación son esenciales para la prevención de las infecciones intrahospitalarias • Equipos de personas especializadas en el manejo y cuidado de DVC son determinantes en la reducción de riesgos de complicaciones.	
15	**Educación a la familia** • Educar al paciente, familia y cuidador antes de la inserción del catéter. • Proporcionar información sobre la infección relacionados a los accesos venosos. • Conocimiento y educación son esenciales para prevenir las infecciones.	

RECOMENDACIONES:
El catéter porth es un catéter central interno, que se sitúa por debajo del tejido subcutáneo. Consta de un dispositivo para el acceso permanente y repetido al sistema vascular, a través de una aguja especial Huber. Facilita la administración de fármacos, fluidos, productos sanguíneos, nutrientes y toma de muestras. Reduce las molestias asociadas a las punciones periféricas repetidas o la incomodidad del paciente.
La enfermera tiene la responsabilidad del manejo y mantenimiento de estos catéteres, para lo cual debe estar capacitada para evitar complicaciones y dar una buena calidad de atención.

EsSalud Humanizando el Seguro Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE TUBERCULOSIS **Control de infecciones por tuberculosis**	**VERSIÓN:** 01 **FECHAS:** Elaborado: Junio 2016 Validado: Julio 2016 **Página:** 24 de 33

1. DEFINICIÓN:

Son diversas estrategias y acciones cuyo objetivo es prevenir la transmisión de la Infección por tuberculosis al interior de los establecimientos de salud. Existen tres medidas de control de infecciones de TB: controles administrativos, controles ambientales y protección respiratoria.

2. REQUISITOS:

MATERIALES:	**PERSONAL:**
• Formato de Captación de sintomáticos respiratorios • Lista de Chequeo de aplicación de medidas de control de infecciones TB	Enfermero (a) Personal de apoyo: Técnico (a) de Enfermería **Tener conocimiento de:** • Medidas de controles administrativas • Medidas de control ambientales • Medidas de protección respiratoria

V°B° C.ESPARZA A. Sub Gerente ESSALUD

3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

Paso N°	Descripción de Acciones	Responsables
1	Implementar prácticas de trabajo eficaces: identificación de sintomáticos respiratorios en pacientes ambulatorios y hospitalizados.	
2	Recolectar inmediatamente muestra de Baciloscopía y enviarla al laboratorio.	
3	Iniciar el tratamiento inmediato (dentro de las 24 horas del resultado de laboratorio)	
4	En pacientes ambulatorios dar instrucciones de taparse la boca al toser o estornudar y proporcionarle una mascarilla simple.	
5	En pacientes que tienen síntomas y/o diagnóstico de TB que requieren internamiento, aplicar el aislamiento (idealmente en una sala de aislamiento) proporcionándole una mascarilla simple. Si no hay salas de aislamiento disponibles es necesario separar a los pacientes con TB infecciosa de otros pacientes.	
6	Realizar la separación de pacientes con diagnóstico TB sensible y otras formas resistentes por espacio físico o por el horario de atención.	
7	Evitar realizar procedimientos que pueden generar aerosoles (intubación endotraqueal, succión, inducción de esputo, broncoscopia) en pacientes con TB. Realizar dichos procedimientos en áreas que cumplan los requerimientos de presión negativa y recambios de aire y con uso de protección respiratoria.	
8	Realizar acciones de información, educación y comunicación en pacientes, familiares y personal de salud. Estas acciones en el personal de salud deben realizarse por lo menos una vez al año y ser obligatoria para todo el personal nuevo y en formación.	
9	Todo el personal de salud debe recibir educación continua sobre la TB: conceptos de patogenia y riesgo ocupacional de la TB; prácticas de trabajo eficaces; y el riesgo mayor que tienen las personas inmunocomprometidas para desarrollar la enfermedad de la TB.	
10	**Maximizar y mantener la ventilación natural** (apertura de puertas y ventanas y ubicación de muebles y personas) para el consultorio, pabellón o la habitación. Ver figura Esquema de ventilación cruzada	
11	Monitorizar el uso de medidas de control ambiental complementarias: **luz ultravioleta y Filtros HEPA** (High-Efficiency Particulate Air). Cuando se instala dicha luz en la parte superior de una habitación, muchas veces se necesita un ventilador de techo para favorecer la mezcla del aire. La cantidad de LUV requerida en una habitación depende del tamaño del área medida en metros cuadrados.	

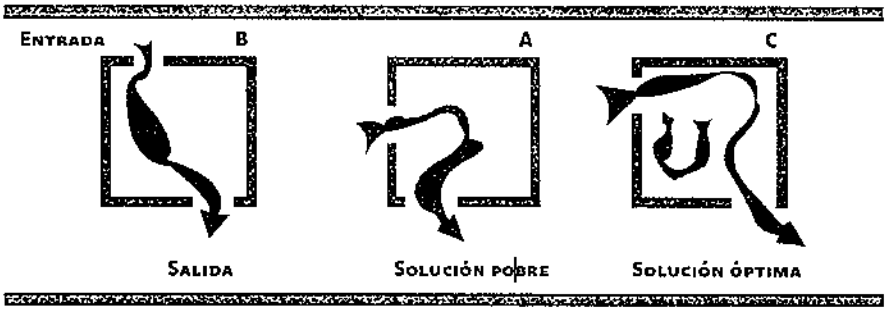
12	**Usar correctamente el respirador N 95** durante la atención de pacientes con tuberculosis en todas sus formas y en áreas de alto riesgo de transmisión de tuberculosis.	
13	Educar a los familiares sobre la necesidad del usar respiradores N 95 durante el contacto con el paciente con TB mientras que el resultado de la Baciloscopía sea positivo.	

RECOMENDACIONES:

- La separación por espacio físico consiste en: Realizar una búsqueda activa de sintomáticos respiratorios, atenderlos de inmediato y separarlos de los otros pacientes; Tener una sala de espera ventilada o al aire libre y separada para pacientes con TB o con sospecha de TB; Separar a todos los pacientes con TB o con sospecha de TB de los pacientes con VIH/SIDA sin TB y de los pacientes pediátricos; Separar los consultorios de neumología de otros consultorios.
- La separación por el horario de atención comprende: Otorgar números de orden de atención, por ejemplo, en laboratorio, para evitar la aglomeración de pacientes; Citar en horarios de menor atención a los pacientes con tuberculosis confirmada o con sospecha de tuberculosis que tienen que tomarse radiografías de tórax.
- Los respiradores son desechables, pero pueden usarse varias veces si se conservan adecuadamente, evitando la humedad, la tierra y el aplastamiento. No colgarlos por su elástico porque éste se estira y gasta. Deben guardarse en un lugar limpio y seco y de preferencia envolverse con una tela delgada y no en una bolsa, para evitar la humedad y los hongos.
- El CDC recomienda un mínimo de seis recambios de aire (RAH) en salas ya existentes y entre 12 y 15 RAH en salas nuevas o remodeladas donde hay alto riesgo de transmisión del M. tuberculosis.
- La suspensión del aislamiento de pacientes con TB en todas sus formas se da según los siguientes criterios: tengan tres BK negativos en diferentes días (una de las baciloscopías obtenida en la mañana); demostrar mejoría clínica, y; estar recibiendo un tratamiento adecuado directamente supervisado.
- Considerar que las prácticas de control de infección y aislamiento pueden ser muy difíciles para el paciente y su familia, y pueden perpetuar y exacerbar innecesariamente la estigmatización de pacientes con TB, por lo tanto, el trato amable y con empatía ayuda a sobrellevar esta etapa.
- Educar a los pacientes y familiares sobre las precauciones para el control de la infección que se tienen que tomar cuando el paciente regresa a casa, sobre todo cuando tiene baciloscopias positivas.
- Las mascarillas (de tela o papel) evitan la propagación de microorganismos desde la persona que las lleva puesta hacia otros, mediante la captura de partículas húmedas grandes cerca de la nariz y la boca del usuario. Por lo tanto, las mascarillas deben ser utilizadas por pacientes con TB infecciosa o con sospecha de TB cuando pueden transmitir a otras personas. el paciente las debe usar cuando: se traslada de salas de aislamiento o a otros servicios o instituciones, recibe visitas; se moviliza dentro del hospital (para ir al baño o a comer); recibe atención médica.
- **Es importante realizar una "prueba de ajuste"** de los respiradores del personal de salud con la finalidad de conocer cuál es el mejor tamaño, modelo y marca a usar y para asegurar que el usuario sepa cuando está bien colocado. Usando la prueba de ajuste el nivel de protección es del 96%, lo que se considera protección adecuada. Sin usar la prueba de ajuste el personal de salud puede ser expuesto a un riesgo mayor de contagio.

- **Esquema de ventilación cruzada**

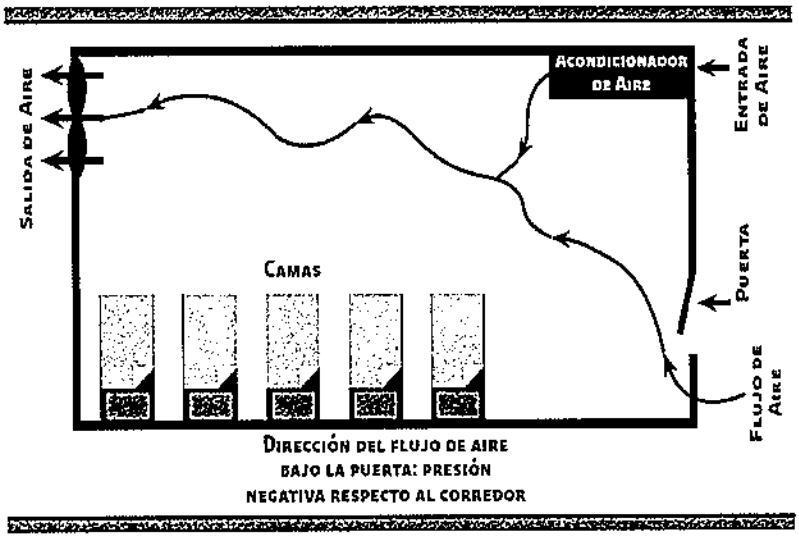
  La maximización de los patrones de ventilación natural para el hospital, consultorio, sala de espera, es el enfoque más sencillo para lograr una mejor ventilación



Esquema tomado de la Guía para la Atención de Personas con Tuberculosis Resistente a Fármacos-MEXICO

Dirección del flujo de aire

La dirección del aire debe empezar en un área "limpia", pasar por el personal de salud, el paciente y terminar en el exterior. Para evitar el retorno del aire contaminado, el área por donde ingresa el aire debe encontrarse lejos del área de extracción.



Tomado de la Guía para la Atención de Personas con Tuberculosis Resistente a Fármacos-MEXICO