EsSalud
Comprometidos contigo

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N°28 -GCPS-ESSALUD-2022

Lima, 28 SEP. 2022

VISTOS:

La Nota N° 566 -GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2022 y el Informe N°189 -GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2022 de la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud y;

CONSIDERANDO:

Que, en el numeral 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, de conformidad con lo establecido en 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 sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, en el literal e) del artículo 2° de la Ley N° 27056 se establece como una de las funciones de ESSALUD, formular y aprobar sus reglamentos internos, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;

Que, mediante Ley N° 30287 se aprueba la Ley de Prevención y Control de Tuberculosis en el Perú y mediante Decreto Supremo N° 021-2016-SA su reglamentación;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 715-2013/MINSA, se aprueba la NTS N° 104-MINSA/DGSP.v.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas afectadas por Tuberculosis";

Que, mediante Acuerdo N° 4-3–ESSALUD-2020 del Consejo Directivo, se aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2020-2024, en el cual se establece como primer y segundo pilar "Poner al paciente asegurado al centro de todas las decisiones de EsSalud" y "Priorizar la prevención y promoción" de la salud", respectivamente;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 se aprueba el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud - ESSALUD, el cual establece en el artículo 158° que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud es el órgano de línea encargado de elaborar, proponer, monitorear y evaluar el cumplimiento de las políticas, normas y estrategias relacionadas con la atención integral de salud que se brindan a los usuarios a través de las IPRESS propias, de terceros y otras modalidades, así como en salud ambiental, seguridad y salud en el trabajo y medicina complementaria, en el marco de las normas sectoriales;

Que, asimismo, en el literal a) del citado artículo seestablece que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud tiene por función 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;

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N°28 -GCPS-ESSALUD-2022

Que el proyecto de Documento Técnico Orientador: "Manual de Consejería en Tuberculosis en el Seguro Social de Salud - EsSalud", tiene como objeto establecer los criterios conceptuales, metodológicos e instrumentales para que el profesional de enfermería, brinde la orientación y consejería en Tuberculosis de manera empática, oportuna y precisa;

Que, atendiendo a lo señalado precedentemente, resulta necesaria la aprobación del proyecto Documento Técnico Orientador: "Manual de Consejería en Tuberculosis en el Seguro Social de Salud - EsSalud", a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad del paciente afectado por tuberculosis en EsSalud;

Estando a lo expuesto y en uso de las facultades conferidas;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR** el Documento Técnico Orientador: "Manual de Consejería en Tuberculosis en el Seguro Social de Salud - EsSalud", que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

2. **DISPONER** que la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud se encargue de la difusión y asistencia técnica del documento técnico aprobado por la presente Resolución, de acuerdo a sus competencias.

3. **ENCARGAR** a la Gerencia Central de Operaciones contribuir al cumplimiento de la implementación del presente Documento Técnico, en el marco de sus funciones.

4. **ENCARGAR** a la Oficina de Apoyo y Seguimiento de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, remita a la Secretaría General el presente Documento Técnico para su publicación en el Compendio Normativo del Seguro Social de Salud – ESSALUD.

Oficina de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias - GCPS - ESSALUD
V°B°
M. MASCARO C.
Sub-Gerente

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - GCPS - ESSALUD
V° B°
J. ZANABRIA C.
GERENTE

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

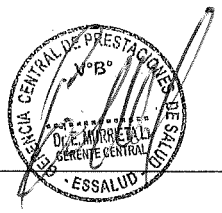
Dr. EINSTEIN MURRIETA LUJAN
Gerente Central de Prestaciones de Salud
ESSALUD

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

Nº 28 -GCPS-ESSALUD-2022

DOCUMENTO TÉCNICO ORIENTADOR

MANUAL DE CONSEJERÍA EN TUBERCULOSIS EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD-ESSALUD

ESTADO DEL DOCUMENTO	CARGO DEL FUNCIONARIO	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	SELLO y FIRMA
Elaborado por:	Sub Gerente de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias	Marco Antonio Mascaró Collantes	
Revisado por:	Gerente de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud	José Zanabria Calderón	
Aprobado por:	Gerente Central de Prestaciones de Salud	Einstein Murrieta Luján	

2022

ÍNDICE

CAPÍTULO I 3
DISPOSICIONES INICIALES 3
CAPÍTULO II 6
ÓRGANOS RESPONSABLES 6
CAPÍTULO III 7
DISPOSICIONES DE LA CONSEJERÍA EN TUBERCULOSIS 7
ANEXO N° 1 18
CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE CON ADHERENCIA AL TRATAMIENTO 18
ANEXO N°2 19
FACTORES QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO 19
ANEXO N° 3 20
PREGUNTAS DE APOYO DURANTE LA CONSEJERÍA 20
ANEXO N° 4 21
PAUTAS PARA EVITAR ERRORES DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL 21
ANEXO N° 5 22
PASOS CONSEJERÍA AL INICIO DEL TRATAMIENTO 22
ANEXO N° 6 23
CONTENIDO TEÓRICO SOBRE LA TUBERCULOSIS 23
ANEXO N° 7 39
TEST CONOCIENDO MIS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN 39
ANEXO N° 8 40
GUÍA DE OBSERVACIÓN HABILIDADES EN LA CONSEJERÍA* 40
ANEXO N° 09 41
ENCUESTA SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE LA CONSEJERÍA EN TUBERCULOSIS 41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 42

VºBº M. MASCARO C. Sub-Gerente ESSALUD

Política y Normas de Atención Integral de Salud - GCPS VºBº J. ZANABRIA C. GERENTE ESSALUD

CAPÍTULO I
DISPOSICIONES INICIALES

Artículo 1 Objeto

Establecer los criterios conceptuales, metodológicos e instrumentales para que, el profesional de enfermería, brinde la orientación y consejería en tuberculosis de manera empática, oportuna y precisa.

Artículo 2 Finalidad

Contribuir al enfoque cuidado integral de salud del paciente afectado por tuberculosis y familia favoreciendo la adherencia al tratamiento y por ende la disminución de morbimortalidad de la tuberculosis.

Artículo 3 Marco Normativo

3.1. Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias

3.2. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA y sus modificatorias.

3.3. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR; y sus modificatorias.

3.4. Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado y sus modificatorias.

3.5. Ley N° 30287, Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-2016-SA

3.6. Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2019-SA.

3.7. Resolución N° 1148-2006/MINSA, aprueba el Documento Técnico Consejería en Tuberculosis, VIH y TB MDR.

3.8. Resolución Ministerial N° 715- 2013/MINSA que aprueba la NTS N° 104- MINSA/DGSP.v.01, Norma Técnica de Salud para la atención integral de las personas afectadas por Tuberculosis

3.9. Resolución Ministerial N° 895-2018/MINSA que aprueba la NTS N° 143-MINSA/2018/DGIESP: "Norma Técnica para la prevención y control de la Co Infección Tuberculosis y Virus de Inmunodeficiencia Humana en el Perú".

3.10. Resolución Ministerial N° 719-2018/MINSA que aprueba la NTS N° 141-MINSA/2018/DGIESP: "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación"

3.11. Resolución Ministerial N° 030-2020-MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Modelo Integral de Salud por Curso de Vida, para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)".

3.12. Resolución Ministerial N° 182-2020-MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Lineamientos que refuerzan el cuidado integral de salud en el primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID-19".

3.13. Resolución Ministerial N° 004-2021-MINSA, que aprueba la NTS N°171-MINSA/2021/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la adecuación de los servicios de salud del primer nivel de atención de salud frente a la pandemia por COVID-19 en el Perú"

3.14. Resolución de Presidencia Ejecutiva N°656-PE-ESSALUD-2014, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud y sus modificatorias.

3.15. Resolución de Gerencia General Nº 487-GG-ESSALUD-2014, que aprueba la Directiva N° 005-GG-ESSALUD-2014 "Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente del Seguro Social de salud (ESSALUD)".

3.16. Resolución de Gerencia General N° 1553-GG-ESSALUD-2020, que aprueba la Directiva de Gerencia General N° 21-GCPP-ESSALUD-2020 "Normas para la formulación, evaluación, aprobación y actualización de documentos normativos y técnico-orientadores en EsSalud".

3.17. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 69-GCPS-ESSALUD-2013, que aprueba el "Manual de Normas y Procedimientos para la Prevención y Control de la Tuberculosis en EsSalud"

3.18. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 21-GCPS-ESSALUD-2016, que aprueba la Directiva Gestión del Cuidado Integral de Enfermería al Paciente con Tuberculosis en EsSalud.

3.19. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 21-GCPS-ESSALUD-2020, que aprueba el Documento Técnico "Atención Integral del Paciente afectado por Tuberculosis y VIH en el contexto de la pandemia por COVID-19".

3.20. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 44-GCPS-ESSALUD-2020, que aprueba el Documento Técnico "Diagnóstico de la Tuberculosis en las UPSS Patología Clínica (Laboratorio Clínico) del Seguro Social de Salud".

3.21. Resolución de Gerencia General N° 1212-GG-ESSALUD-2021 que aprueba la Directiva N°13-GCPS-ESSALUD-2021 "Modelo de Cuidado Integral con enfoque de Salud Familiar del Seguro Social de Salud-EsSalud".

Artículo 4 Ámbito de Aplicación

El presente documento es de aplicación en los órganos prestadores de oferta fija y móvil: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) de ESSALUD, incluidos los Hospitales Nacionales; IPRESS Extrainstitucionales o bajo modalidad de Asociación Público-Privada (APP) de acuerdo con los términos y condiciones establecidos en el contrato.

Artículo 5 Definiciones

5.1 **Adherencia al tratamiento**
Se define como el grado en que el paciente cumple el régimen terapéutico prescrito, a través de diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico, la percepción de la necesidad de realizar el tratamiento de forma correcta, la motivación para hacerlo, la disposición y entrenamiento de habilidades para realizarlo, la capacidad de superar las barreras o dificultades que aparezcan, y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo.

5.2 **Apoyo Social:**
Se define como la información que lleva a las personas a creer que de algún modo son cuidados, amados, estimados y son miembros de una malla de obligaciones mutuas o solidarias. Es crucial porque permite el acompañamiento durante el proceso que enfrenta a la enfermedad, evitando pensamientos negativos e incentivando la autoestima.

5.3 **Autocuidado**
Es la actitud y capacidad de la persona en estado saludable, de enfermedad o de discapacidad, para comprometerse con actividades de promoción de la salud física, mental y emocional, mantener la vida y prevenir las complicaciones ya sea por cuenta propia o en colaboración con su familia y los servicios de salud

5.4 **Autoestima**
La autoestima es una apreciación positiva o negativa hacia sí mismo, se apoya en una base afectiva y cognitiva, debido a que el individuo siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre sí mismo.

5.5 **Consejero/a**
Profesional de salud del PCT, con habilidades de comunicación, conocimientos de prevención y control de tuberculosis, que orienta y acompaña a la persona afectada por tuberculosis y su familia en la toma de decisiones para la adherencia al tratamiento y el cuidado integral de la salud.

5.6 **Consejería en Tuberculosis**
Relación de ayuda que permite al paciente expresar sus sentimientos, pensamientos y actitudes de manera confidencial con el fin de mejorar o promover la salud, a través del fomento de su capacidad para tomar decisiones y a partir de ello el consejero/a brinda las mejores recomendaciones para la adherencia al tratamiento y el cuidado integral de la salud.

5.7 **Cuidado Integral de la salud:**
Comprende las intervenciones basadas en evidencias y derivadas de la investigación sistemática orientadas a promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, considerando las dimensiones bio- psico- socio- espirituales de las personas, con enfoque de derechos humanos, interculturalidad y equidad en salud.

5.8 **Discriminación**
Son las acciones pasivas o activas que tienen por finalidad perjudicar a un grupo determinado de personas que coincidentemente es un grupo afectado por la estigmatización. Es cualquier diferencia, exclusión o restricción que viole los derechos humanos y la libertad de las personas.

5.9 **DOT (Tratamiento Directamente Observado)**
Es el acto de dar la medicación antituberculosa, observando, en presencia física, cómo el enfermo se la toma por boca, controlando e inspeccionando posteriormente que la haya deglutido y de ser el caso inyectándola por vía parenteral por el profesional de enfermería.

5.10 **Empatía**
La empatía es la capacidad de ponerse en el lugar de alguien y comprender lo que esta persona siente o piensa. El origen del término se encuentra en el vocablo griego, Empátheia, que hace referencia a la capacidad cognitiva de percibir los sentimientos ajenos como propios.

5.11 **Escucha activa**
La escucha activa es aquella que representa un esfuerzo físico y mental para obtener con atención la totalidad del mensaje del interlocutor, interpretando el significado correcto del mismo, a través del comunicado verbal, el tono de la voz y el lenguaje corporal, indicando a quien habla, mediante la retroalimentación, lo que se ha comprendido. También se puede definir como el arte de escuchar en busca de significado.

5.12 **Estigmatización**
La estigmatización es un proceso social, caracterizado por la exclusión, condena o devaluación, que resulta de un juicio social adverso, sobre una persona o un grupo. En la tuberculosis la estigmatización se asocia al temor por la transmisión de la bacteria, los valores y actitudes asociadas a la vergüenza, la culpa y el juicio de la sociedad, y la revelación del estado de la enfermedad hacia los demás; el paciente se siente rechazado y excluido de la sociedad, deteriorando su autoestima.

5.13 **Estilo de vida Saludable**
Según la Organización Mundial de la Salud, el estilo de vida saludable es el resultado de un conjunto de hábitos que permiten disfrutar de un equilibrio entre bienestar físico, mental y social, incluye la alimentación, el ejercicio físico, la prevención de la enfermedad, el trabajo, la relación con el medio ambiente, el descanso adecuado, la recreación y la actividad social. El estilo de vida saludable, se asocia al autocuidado, mientras mejor sea el estilo de vida de un paciente, éste tendrá un mejor autocuidado de su salud integral.

5.14 **Habilidades de comunicación**
Es la capacidad de las personas para comunicarse de manera empática, efectiva y asertiva. La comunicación empática implica ponerse en el lugar del otro y comprender sus emociones, sentimientos y pensamientos; la comunicación efectiva consiste en escuchar atentamente y entender las necesidades de la persona y la comunicación asertiva permite expresar directamente los sentimientos, ideas, opiniones de manera directa, oportuna y respetuosa.

5.15 **Información**
Es un conjunto organizado de datos procesados, que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto o sistema que recibe dicho mensaje. Permite resolver problemas y tomar decisiones, ya que su aprovechamiento racional es la base del conocimiento.

5.16 **Persona afectada por tuberculosis**
Persona de cualquier edad diagnosticada como caso de Tuberculosis.

5.17 **Tecnologías de la Información y la Comunicación- TIC**
Conjunto de servicios, redes, software y dispositivos de hardware que se integran en sistemas de información interconectados y complementarios, con la finalidad de gestionar datos e información

de manera efectiva, mejorando la productividad de los ciudadanos, gobiernos y empresas, dando como resultado una mejora en la calidad de vida.

Artículo 6 Acrónimos

BCG	: Bacilo de Calmette y Guérin
BK	: Baciloscopía
DOTS	: Terapia directamente observada
PPD	: Prueba cutánea de derivado proteico purificado
PCT	: Programa de Control de Tuberculosis
RAM	: Reacción adversa a medicamentos
TB	: Tuberculosis Sensible
TBE	: Tuberculosis Extrapulmonar
TB MDR	: Tuberculosis Multidrogoresistente
TBP	: Tuberculosis Pulmonar
TB XDR	: Tuberculosis Extensamente Resistente
TL	: Tuberculosis Latente
TPI	: Terapia preventiva con Isoniacida
VIH	: Virus de la inmunodeficiencia humana

CAPÍTULO II
ÓRGANOS RESPONSABLES

Artículo 7 Gerencia Central de Operaciones

La Gerencia Central de Operaciones, a través de la Gerencia de Operaciones Territoriales, es responsable de conducir y supervisar el proceso de implementación del Documento Técnico Orientador Consejería en tuberculosis en EsSalud.

Asimismo, es responsable de recopilar, evaluar y proporcionar información relacionada a la capacidad operativa de las IPRESS y desempeño de los Órganos Desconcentrados.

Artículo 8 Gerencia Central de Prestaciones de Salud

La Gerencia Central de Prestaciones de Salud, es responsable de brindar asistencia técnica, monitorear y evaluar el cumplimiento del Documento Técnico Orientador Consejería en tuberculosis en EsSalud.

Artículo 9 Gerencia de Red Prestacional y Gerente/Director de Red Asistencial

La Gerencia de Red Prestacional y la Gerencia/Dirección de la Red Asistencial, conduce la administración y gestión de los recursos, equipos e insumos necesarios de acuerdo a las normas vigentes.

Es responsable de la organización y mejora continua de los procesos de atención para la implementación del presente documento técnico orientador.

Artículo 10 Dirección de IPRESS

La Dirección de IPRESS, dirige, controla y evalúa el otorgamiento de las prestaciones asistenciales.

Es responsable de garantizar la implementación y cumplimiento de las prestaciones asistenciales relacionadas a la Consejería en tuberculosis en la programación asistencial, brindando las facilidades al personal de salud, con ambientes apropiados, equipos, materiales educativos y otros que sean necesarios.

CAPÍTULO III
DISPOSICIONES DE LA CONSEJERÍA EN TUBERCULOSIS

Artículo 11 El enfoque de la Consejería

La tuberculosis constituye un acontecimiento vital estresante y puede no ser aceptado por la persona o su grupo familiar, mediante la consejería se brinda apoyo a la persona para la toma de decisiones que conduzcan a la reducción del riesgo de contagio, la adherencia al tratamiento y la corresponsabilidad del cuidado integral de su salud, así como la movilización del apoyo social necesario que ayude a superar los obstáculos que interfieran en el tratamiento.

El enfoque de la consejería es el siguiente:

Qué es consejería	Qué no es consejería
Es un espacio en que el paciente puede conversar sobre sus necesidades y problemas, establecer de manera colaborativa objetivos a corto y largo plazo para resolverlos.	No es un consejo, charla o entrevista donde únicamente el personal de salud proporciona información o ayuda a los pacientes a sentirse mejor o más felices.
Se centra en la persona, fomentando su autonomía, responsabilidad personal, ortalezas y talentos para tomar decisiones. Busca orientar a un cambio no sólo de conocimientos sino de prácticas.	No consiste en conducir o convencer a las personas para que hagan lo que el personal de salud considera que tienen que hacer.
Considera a la persona en todas sus esferas: bio-psico-social y espiritual. Fomenta, facilita y promueve el crecimiento y el bien del paciente.	No está dirigida a la resolución de problemas en la esfera de la salud mental.

11.1 Objetivo de la consejería en tuberculosis

El objetivo de la consejería en tuberculosis es que, el paciente y familia con el acompañamiento del personal de salud, logre la adherencia al tratamiento y culmine exitosamente el tratamiento; durante este proceso tome decisiones sostenibles en el tiempo, para el cuidado integral de su salud. Ver Anexo N° 01 Características del paciente con adherencia al tratamiento y Anexo N°02 Factores que favorecen la adherencia al tratamiento.

11.2 Tipos de consejería

La consejería debe estar disponible para el paciente afectado por tuberculosis en todas sus formas, sea sensible o resistente, con coinfección o comorbilidades, involucrando a la familia, en momentos determinados de la atención.

a. Consejería personalizada

La consejería personalizada se define como un proceso dinámico de diálogo e interacción entre el consejero y la persona que demanda consejería, que permite reforzar los mensajes orientadores y educativos que no han sido asimilados en las fases que siguen al diagnóstico de tuberculosis.

b. Consejería familiar

La consejería familiar se realiza con la finalidad de identificar un soporte familiar y sensibilizarlo para acompañar al paciente durante el curso y culminación del tratamiento, así como la búsqueda y detección oportuna de la enfermedad en el grupo familiar. Es de especial atención brindar este tipo de consejería en el caso del paciente pediátrico, adolescente, adultos mayores y con condiciones especiales como postración o discapacidad.

c. Consejería de pares

En esta modalidad el consejero es una persona que culminó su tratamiento de tuberculosis y se encuentra en condición de egreso curado; se ha comprometido a asumir el rol de consejero de pares, compartiendo experiencias para motivar la adherencia al tratamiento de la persona con TB y de esta manera contribuir a la prevención de la transmisión de la enfermedad.

11.3 Principios de la consejería

Para establecer un vínculo y generar confianza entre el/la consejero/a y aconsejado/a, se presentan los siguientes principios:

a. La escucha activa, es la base de la consejería, involucra interés, atención, motivación, saber interpretar el silencio, los gestos, la postura, la expresión facial del paciente.

b. La confidencialidad es un elemento fundamental en la relación de consejería, ya que proporciona un espacio para la seguridad emocional del aconsejado.

c. Conocer y adaptarse a la cultura del paciente y familia. No discriminar a las personas por sexo, etnia o religión.

d. Comunicarse de manera clara, con términos sencillos, no médicos; repetir la información importante, emplear ejemplos concretos, limitar la cantidad de información.

e. Mantener el propósito de la consejería. Si en medio de la conversación, surge un tema secundario que pareciera relevante para el paciente, tomarlo en cuenta, sin embargo, retomar inmediatamente el punto primordial de la sesión.

f. Manejo del tiempo: Programar un tiempo razonable para atender bien a cada paciente, sobre todo al inicio y cambio de fase del tratamiento o de acuerdo a la condición de cada paciente.



g. Seguimiento y referencia: establecer la continuidad de las sesiones de consejería para monitorizar la adherencia al tratamiento, comportamientos saludables de autocuidado e identificación de necesidades o problemas que requieran ser abordados por un especialista, para la referencia oportuna.

h. Aplicar el código de ética profesional: Tener conocimiento, práctica y respeto de los todos los principios bioéticos que rigen la atención de salud de los pacientes con tuberculosis.

11.4 El rol del consejero/a



El consejero/a cumple el rol de un confidente, un espejo, un entrenador y un animador.

a. Confidente: el consejero/a es una persona con quien el aconsejado puede compartir cosas personales e íntimas sin temor a que dicha información sea revelada más tarde por el consejero a otra persona.

b. Espejo: el consejero/a usa la comunicación verbal y no verbal para reflejar de nuevo al aconsejado lo que el consejero ve, escucha y experimenta dentro de la relación de consejería.

c. Entrenador, el consejero/a trae sus experiencias y entrenamiento a la relación terapéutica con el fin de guiar progresivamente al aconsejado a través del proceso de cultivar sus talentos, capacidades y aptitudes.

d. Alentador, el consejero busca invariablemente permanecer en una posición de respeto, comprensión y esperanza hacia el aconsejado.

11.5 En la consejería apoyar para que el paciente tome un rol activo en:

a. Reconocer que algo en su vida no está en la forma en que quisiera.

b. Tener la capacidad de buscar el apoyo de otra persona.

c. Estar dispuesto a participar honestamente en un proceso de autoexploración y cambio.

Artículo 12 Del desarrollo de la Consejería

12.1 De la modalidad y frecuencia de la consejería

La modalidad de la consejería es presencial y se realiza de acuerdo al siguiente detalle:

a. Tuberculosis Sensible: al inicio de tratamiento, al mes, al cambio de fase y al terminar el tratamiento y según necesidades/problemas identificados relacionados a la adherencia al tratamiento.

b. Tuberculosis Resistente: al inicio de tratamiento, mensualmente hasta el 3er mes de tratamiento, posteriormente cada 2 meses y según necesidades/problemas identificados relacionados a la adherencia al tratamiento.

c. La modalidad virtual, estará sujeta a evidencias de adherencia al tratamiento, y disponibilidad de equipos tecnológicos del paciente y/o condiciones especiales del paciente, como postración o discapacidad.

12.2 Habilidades de comunicación durante la consejería

Las habilidades de comunicación están relacionadas a la capacidad del consejero/a para comunicarse verbal y gestualmente, de manera empática, efectiva y asertiva, para entablar un dialogo claro, sencillo y profundo con el paciente.

Características de la comunicación empática, efectiva y asertiva

COMUNICACIÓN EMPATICA	COMUNICACIÓN EFECTIVA	COMUNICACIÓN ASERTIVA
Es la capacidad de ponerse en el lugar del otro y comprender sus emociones, sentimientos y pensamientos.	Implica escuchar bien y entender las necesidades de la persona.	Permite expresar directamente los sentimientos, ideas, opiniones y derechos de manera directa, oportuna y respetuosa.
Respeta las ideas de la otra persona. No significa opinar lo mismo.	Demostrar actitud positiva	Directa: decir las ideas de forma clara, sencilla y precisa, sin ambigüedades.
Escucha al otro con atención, manteniendo contacto visual, utilizando el parafraseo, etc.	Hablar de manera sencilla y dar lugar a que la otra persona exprese lo que entendió con sus propias palabras	Oportuna: en el momento en que es necesario hacerlo.
Observa el lenguaje corporal de la persona: expresión facial, gestual, postural.	Es importante controlar ciertas barreras: ambientales, verbales o expresivas y prejuicios.	Respetuosa: usando un tono amable, sincero, pero a la vez seguro y firme.
Muestra interés y preocupación sincera por el otro.	Barreras ambientales: buscar un ambiente tranquilo con privacidad y libre de distracciones.	Asumir la responsabilidad de lo que se dice con expresiones como " Yo pienso, Yo creo, Yo no deseo".
No juzga ni descalifica a la persona	Barreras verbales o expresivas: usar lenguaje sencillo, hablar pausadamente, evitar gestos inadecuados.	Es importante identificar las creencias, valores y prejuicios que pueden distorsionar la comunicación con el otro.
Realiza preguntas para asegurar que se ha comprendido la información brindada.	Prejuicios: identificar y eliminar prejuicios que se puede tener de la otra persona, para lograr un vínculo de confianza.	Es necesario el control de los sentimientos como el temor y la ansiedad, ya que impiden tener una comunicación asertiva.

Fuente: Comunicación efectiva para fortalecer la adherencia al tratamiento de las personas afectadas por Tuberculosis-Guía para el participante- Personal de salud. Ministerio de Salud 2015.

a. Escucha activa

La escucha activa consiste en implicarse al máximo en la conversación con el paciente, concentrarse y captar el significado de lo que él dice, requiere interés de parte del consejero/a para entablar una comunicación efectiva.

El consejero/a evita ofrecer ayuda o soluciones prematuras o rechazar lo que la otra persona está sintiendo, a esto se denomina, el "Síndrome del experto", por ejemplo, cuando el paciente plantea un problema y el consejero tiene respuestas incluso antes que el paciente termine de hablar, como: "no te preocupes", "calma", "esto no es nada".

A continuación, se presentan algunas técnicas más usadas en la escucha activa:

Técnica de escucha activa	Ejemplo
Refraseo: Consiste en repetir cambiando alguna palabra por sinónimos o alterando ligeramente lo dicho para clarificarlo.	***Paciente***: "Qué pasará ahora que tengo tuberculosis, mi familia se va a contagiar" – ***Consejero/a***: "Qué pasará ahora que tengo tuberculosis, se refiere a sentir temor de contagiar la enfermedad a su familia".
Hacer Eco: Es repetir en forma de pregunta algunas frases que la persona diga durante la sesión; sirve para que la persona se escuche y se dé cuenta de lo que le sucede.	**Paciente**: "Ha pasado más de un mes, me siento mejor, creo que ya estoy sano para retornar a mi trabajo, necesito trabajar". – **Consejero/a**: ¿Cree que está sano? ¿Cuánto tiempo dura el tratamiento para que usted se cure?
Reflejos de sentimientos o señalamiento emocional: Es la forma más profunda de escucha activa y consiste en decir frases que muestran sentimientos o emociones.	***Consejero/a***: "Te veo un poco triste", "parece que esto que hablamos te emociona".
Incentivos verbales. Son expresiones que estimulan para hablar.	***Consejero/a:*** "Continúe, le estoy escuchando". "Esto que me dices, creo que es importante." "No me digas", ¿Cómo es eso?, "Es interesante".
Resumen Abarca los puntos importantes, especialmente en los que la persona hizo énfasis; refuerza los mensajes de cambio y permite también al consejero o consejera aclarar y/o reforzar los mensajes recepcionados.	***Consejero/a:*** "Si te he escuchado correctamente, me estabas diciendo que... (Resumen)... ¿estoy en lo correcto?", "a ver si he entendido bien... ¿me estás diciendo... (Resumen)?



b. Formulación de preguntas



Las preguntas son la forma más común de escucha activa, es recomendable realizar preguntas abiertas, porque permiten una amplia variedad de respuestas y que el paciente ejerza algún control sobre el rumbo de la conversación a diferencia de las preguntas cerradas que dan lugar a una sola respuesta (Si, No), quedando la dirección de la conversación en manos de quien hace las preguntas; lo cual contribuye a crear un clima autoritario en la relación consejero/a y paciente. Ver Anexo N° 03 Preguntas de apoyo para la consejería.

Tipo de preguntas	Ejemplos de preguntas
Preguntas abiertas	¿Cómo cree que contrajo la tuberculosis?
Preguntas abiertas por las consecuencias de la propia conducta	Imagínate si dejas de tomar algunos días el tratamiento ¿qué pasaría?, ¿qué podría ocurrir?
Preguntas abiertas para provocar afirmaciones automotivadoras de reconocimiento de problema	¿Qué dificultades has tenido con todo lo que me has estado contando? ¿Cómo se ve afectada tu vida por todo lo que estás sintiendo? ¿Lo que te sucede te afecta a ti y a alguien más?
Preguntas abiertas para evaluar la capacidad del paciente para lograr cambios	¿Hasta qué punto crees que serás capaz de...? ¿Qué importancia tiene para ti conseguir esos resultados...? ¿Con qué dificultades crees que te vas a encontrar para hacer estos cambios?

c. Comunicación no verbal

La comunicación no verbal es un proceso mediante el cual se transmite un mensaje por medio de gestos, expresiones o movimientos corporales, está presente en todas las relaciones con las personas. El/la consejero/a aplica las pautas de la comunicación no verbal. Ver Anexo N° 04 Pautas para evitar errores de la comunicación no verbal.

Pautas para facilitar la comunicación no verbal	Consideraciones
Mirar al paciente de forma directa y relajada, en horizontal.	Tomar en cuenta, que una persona temerosa, avergonzada o enojada puede evitar el contacto visual. Si eso ocurre, se debe mantener una mirada agradable y de comprensión, como una forma de demostrar interés.
Sonreír.	Sonreír invita a comunicarse, siempre que sea una sonrisa sincera. Se evita sonreír cuando se realizan preguntas personales.
Controlar la expresión facial.	Procurar que la expresión sea coherente con la información que se brinda.
Mantener una posición corporal apropiada.	Lo ideal es mantener una posición recta (aunque no excesivamente), relajada y ligeramente inclinada hacia delante, mantener la distancia.
Mostrar las manos al hablar.	Este gesto transmite que eres honesto y que dices la verdad. Sin embargo, colocar las manos detrás de la espalda también muestra confianza.
Tono de voz durante la comunicación.	El tono, volumen y las oscilaciones de la voz y la velocidad y fluidez de la conversación, los silencios y las pausas son importantes para la comunicación efectiva.
Señales de ánimo durante la comunicación.	Son señales, casi no verbales para alentar a la persona que hable o continúe haciéndolo. Incluyen inclinaciones de la cabeza y sonidos como "mmm" o palabras como "si", "ah", "así veo", "sigue", etc.
Mantener una apariencia personal cuidada y coherente con el rol que desempeña.	La apariencia personal determina la impresión que se da al paciente.

12.3 Pasos de la sesión de consejería en tuberculosis

La consejería es una actividad planificada, cada sesión se realiza en cinco pasos secuenciales y ordenados.

Al inicio de cada sesión el consejero/a recibe amablemente al paciente, lo saluda por su nombre y se identifica; mantiene un trato respetuoso y cordial. Establece un ambiente de confianza, asegura privacidad y confidencialidad.

Pasos de la sesión de consejería en tuberculosis

PASOS	DESCRIPCIÓN
Paso N° 1 Dialogar sobre los conocimientos, experiencias y preocupaciones del paciente.	En este primer paso, se produce el encuentro entre el paciente y el consejero/a en un clima de amabilidad y apertura, permitiendo al paciente describir y explicar sus sentimientos y preocupaciones; es importante identificar el contexto social y cultural del usuario Se utilizan preguntas abiertas, usualmente comienzan con "¿Cómo? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por qué?"
Paso N° 2 Analizar con el paciente los problemas o riesgos identificados.	El segundo momento se enfoca en analizar junto con el paciente, las posibles causas de los problemas encontrados o riesgos relacionados a la adherencia al tratamiento. Al respecto, se brinda orientación de manera sencilla, con conceptos claros y ordenados. Es importante utilizar material didáctico para comunicar los mensajes claves; pueden ser videos, infografías, rotafolios, láminas educativas, fotos u otros.
Paso N° 3 Buscar con el paciente alternativas de solución y establecer los compromisos.	Este momento de la consejería es crucial, porque el consejero/a y el paciente buscan alternativas de solución a los problemas/riesgos identificados; la decisión sobre cuáles alternativas son más convenientes, es tomada por el paciente, quien asume el compromiso de cumplir acciones concretas y factibles de realizar hasta la próxima sesión. El consejero identifica las cualidades, fortalezas y/o debilidades del paciente para llevar a cabo los compromisos asumidos, que se recomienda no sean más de dos en cada sesión de consejería.
Paso N° 4 Explicar cómo realizar la práctica deseada.	En el cuarto paso de la consejería se responden las dudas para llevar a cabo el o los compromisos adquiridos. Se retroalimenta la autoestima y confianza del paciente en sí mismo.
Paso N° 5 Cierre, registro y seguimiento de compromisos	Esta última se cierra fijando una nueva cita para verificar el cumplimiento de los compromisos acordados. Es importante cumplir con la fecha acordada para dar seguimiento a los compromisos, lo cual promueve un ambiente de confianza. De acuerdo a lo evaluado se realizan la referencia si es el caso para un manejo especializado.

Fuente: Pasos de Consejería adaptación de: Consejería Efectiva. Nutrición Materna Infantil. Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos en SAN del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá–INCAP–, el equipo del Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA) y el equipo del Proyecto Nutri-Salud.2017

Ver Anexo N° 05 Pasos de la consejería al inicio del tratamiento.

12.4 Contenido temático de la consejería

El contenido temático de la consejería está en relación a las necesidades de los pacientes, se brindan al inicio del tratamiento, durante el seguimiento de la enfermedad y al alta del paciente. Ver Anexo N° 06 Contenido teórico sobre la tuberculosis.

a. Orientación al inicio del tratamiento tuberculosis sensible

La primera sesión de Consejería en tuberculosis es fundamental; el consejero(a) aplica las habilidades comunicacionales y la empatía, para entablar una relación de confianza con el paciente y familia; centra su atención en la persona para conocer sus expectativas, así como sus fortalezas, enfocándose en lograr la adherencia el tratamiento.

La orientación que brinda el consejero (a), se basa en mensajes fuerza, evitando brindar un exceso de información que finalmente sea poco comprendida por el paciente. Se refuerza la orientación brindada durante la consejería, mediante las tecnologías de información y comunicación a través de: mensajes de texto, videos cortos menores a un minuto de duración, infografías por WhatsApp, enlaces de orientación de páginas internet, entre otros.

Temas	Mensajes fuerza
Temor de contagiar	•La aceptación de la enfermedad ayuda a sobre llevar el periodo temporal de aislamiento. El temor es natural, sin embargo la Tuberculosis se CURA si se cumple con el tratamiento. •Existen medidas EFECTIVAS para evitar el contagio.
Percepciones, creencias falsas, que contribuyan a la discriminación y estigma de la persona.	•Las creencias culturales, religiosas o personales sobre cómo se transmite la tuberculosis, cómo se la trata y el significado que la enfermedad tiene para la persona pueden afectar la atención y el tratamiento de la tuberculosis. •Está comprobado que tomar los medicamentos recetados contra la tuberculosis en el tiempo indicado curan la enfermedad. |
Conocimientos esenciales sobre la TB	• La tuberculosis es una enfermedad ocasionada por una bacteria denominada *Mycobacterium tuberculosis*. • Se trasmite de persona a persona a través del aire. • Tos por más de 15 días puede ser tuberculosis.
El control de la infección en el hogar y en la comunidad	• Los contactos más cercanos deben ser controlados lo más pronto posible: niños, ancianos o quienes tienen otros problemas de salud. • Mientras el resultado de baciloscopia es positivo, debe permanecer con la mascarilla y cubrirse la boca al toser, estar de preferencia aislado en un ambiente ventilado. • Higiene de manos, limpieza del hogar, dejar ingresar la luz solar y ventanas abiertas.
La importancia de la adherencia al tratamiento y los resultados esperados.	• El tratamiento dura 6 meses, la TB se cura. • La adherencia al tratamiento significa seguir el tratamiento, asistir a los controles y las citas con el personal de salud. Dejar las muestras para baciloscopias y otros exámenes. • Tener optimismo y esperanza son esenciales para culminar con éxito el tratamiento. • Comunicar inmediatamente cualquier reacción adversa, las más frecuentes son las erupciones cutáneas y molestias gastrointestinales. • El apoyo de un familiar es importante durante todo el tratamiento. • El paciente afectado por tuberculosis, tiene derechos así como deberes.
La Terapia de observación directa (DOT).	• La DOT puede reducir el desarrollo de la drogoresistencia, el fracaso del tratamiento o la recaída después de finalizado. • La DOT implica que debe ser supervisado por la enfermera cuando el paciente toma cada dosis de los medicamentos indicados.
Atención integral de salud	•Informar la atención integral enfermería, nutrición, psicología, servicio social y de ser el caso planificación familiar, la cita de la siguiente sesión consejería. •Hacer firmar el consentimiento informado del tratamiento de tuberculosis.

Fuente: Adaptación Módulo 6 Manejo de pacientes con tuberculosis y mejora de la adherencia al tratamiento. Centro Nacional para la Prevención del VIH/Sida, Hepatitis Virales, ETS y Tuberculosis.

b. Orientación al inicio del tratamiento tuberculosis resistente

La consejería para las personas con tuberculosis resistente se programa inmediatamente una vez conocido el resultado de resistencia a los medicamentos. Se solicita que el paciente acuda a la cita acompañado por un familiar porque el tratamiento es prolongado, con medicamentos que tienen más efectos colaterales, siendo vital la adherencia al tratamiento para evitar el fracaso.

Es imprescindible que el paciente cuente con el soporte familiar y apoyo Psicológico para afrontar el cambio de esquema de tratamiento, al requerir inyectables e incluso la pérdida de trabajo, es un proceso doloroso que repercute en todas las esferas de la persona afectada.

Temas	Mensajes fuerza
Apoyo social	•Es importante contar con un familiar o amigo para el apoyo durante todo el tratamiento.
Factores asociados a la TBMDR	•La TBMDR es la forma más severa de tuberculosis (generalmente pulmonar) ocasionada por bacilos resistentes a medicamentos rifampicina e isoniacida.
	•La TB MDR se da por dos razones principales: por contagio de otra persona enferma con la bacteria de la TB resistente o cuando estando en tratamiento, éste no fue suficiente para eliminar al microbio y también cuando no se cumple con tomar los medicamentos diariamente en horario por el tiempo indicado.
Adherencia al tratamiento, Supervisión del tratamiento, control y seguimiento de la enfermedad	• El tratamiento dura de 18 a 24 meses, el control de la TR es mensual mientras usa medicamentos inyectables, posteriormente cada 3 meses o según sea necesario. • El tratamiento es directamente observado (diariamente, excepto los domingos). • Los controles mensuales incluyen: los exámenes de baciloscopia, cultivo y medición de peso, además de glucosa, pruebas hepáticas y renales al inicio, al término de la primera fase y al alta. • Si el tratamiento es irregular, puede originar que la enfermedad se vuelva más difícil o imposible de curar. Además, continuará contagiando a otros miembros de su familia y de la comunidad. • Comunicar inmediatamente cualquier reacción adversa al personal de salud del PCT.
Medicamentos de segunda línea	•Explicar los nombres de los medicamentos que recibirá y cuál de ellos son inyectables. •Los efectos adversos no son un motivo para interrumpir el tratamiento. •La mayoría de ellos causan ciertas molestias, las cuales por lo general van desapareciendo durante el tratamiento. Otros requerirán un manejo clínico y posiblemente un cambio en el esquema de tratamiento.
Atención especializada	•Para iniciar el tratamiento y durante el mismo, se requiere la atención especializada: cardiología, otorrinolaringología, psiquiatría, entre otros; así mismo, el internamiento hospitalario, a cargo del médico tratante.

Fuente: Adaptación Módulo 6 Manejo de pacientes con tuberculosis y mejora de la adherencia al tratamiento. Centro Nacional para la Prevención del VIH/Sida, Hepatitis Virales, ETS y Tuberculosis.

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - GPNAIS - ESSALUD
V° B°
M. MASCARO C.
Sub-Gerente
Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - GPNAIS - ESSALUD
V° B°
J. ZANABRIA C.
GERENTE

c. Orientación durante el seguimiento del tratamiento

Durante el seguimiento del paciente, la consejería se orienta a identificar factores de riesgo para la **adherencia al tratamiento**, y el apoyo para la **toma de decisiones a** fin de cumplir lo; por ejemplo, familiarizarse con los medicamentos, ir dejando hábitos nocivos, mejorar los estilos de vida saludable y el autocuidado de la salud, motivando en el paciente actitudes positivas para continuar y culminar el tratamiento. Se explica el riesgo de las formas más graves, como la tuberculosis extremadamente resistente-TB XDR.

En el caso de fracaso al tratamiento de TBMDR, se cita al paciente a una sesión de consejería acompañado de un familiar o amigo, para explicarles sobre la suspensión del tratamiento, la revisión de su caso por un grupo de médicos expertos para determinar el tratamiento, los exámenes complementarios a realizarse, las medidas de control de infecciones en el hogar, promoviendo la ventilación e iluminación constante. Informar sobre los controles que deben realizarse los contactos del paciente.

Se realiza el acompañamiento y seguimiento a los pacientes con TB MDR, durante el proceso de adaptación a la ingesta de nuevos medicamentos los cuales serán tolerados de mejor manera si el paciente cuenta con un apoyo Psico- socio- espiritual. Es aquí donde el profesional de enfermería pone en práctica la escucha activa y la búsqueda de alternativas para superar las barreras de adherencia al tratamiento nuevo.

El consejero/a durante las sesiones de seguimiento, si identifica situaciones especiales relacionadas a la etapa de vida o estado de salud del paciente que deben ser manejadas por el equipo multidisciplinario, orienta al paciente y coordina el acceso a la atención integral.

Durante el seguimiento del tratamiento, pueden presentarse barreras para la adherencia al tratamiento; el consejero/a implementa métodos para superar estas barreras.

Métodos para superar las barreras de adherencia

Barreras para la adherencia	Ejemplo de métodos para superar las barreras de la adherencia
Falta de comunicación	Evaluar los conocimientos, las creencias y los sentimientos del paciente con respecto a la tuberculosis Usar la educación de salud, brindar materiales escritos
Mala memoria	Obtener ayuda de familiares o amigos Simplificar el régimen o usar una combinación de píldoras Vincular la toma de las píldoras con otras actividades Brindar dosificadores de píldoras especiales y ayudas para la memoria Enviar un mensaje de texto o hacer una llamada como recordatorio Usar la DOT
Falta de motivación	Remarcar los peligros del incumplimiento y los beneficios de la terapia Aumentar la frecuencia de las visitas Dar incentivos y establecer metas a corto plazo Usar la DOT
Temor de tener efectos secundarios	Asignar tiempo extra para analizar los efectos secundarios Tranquilizar al paciente Disponer de personal para responder preguntas Usar la DOT
Falta de habilidades al tomar los medicamentos	Mostrar la manera correcta de tomarlas Hacer que el paciente practique dándole orientación Usar la DOT
Falta de apoyo de la familia y amigos	Hacer más visitas domiciliarias Alentar a la familia o a los amigos a acompañar al paciente en las visitas a la clínica Usar la DOT
Mala relación con el personal de salud	Desarrollar las habilidades comunicacionales del personal Ser accesible durante la atención médica Trabajar con el personal en las actitudes respecto de los pacientes y la DOT Brindar capacitación al personal en competencias culturales Cambiar a los trabajadores de la salud Proporcionar servicios sociales
Efectos secundarios de los medicamentos	Tomar los medicamentos antes o después de las comidas, según se indique Evaluar las opciones de medicamentos Evaluación médica para modificación de fármacos o las dosis

Fuente: Módulo 6 Manejo de pacientes con tuberculosis y mejora de la adherencia al tratamiento. Centro Nacional para la Prevención del VIH/Sida, Hepatitis Virales, ETS y Tuberculosis.

d. Orientación al alta el tratamiento

Al culminar el tratamiento del paciente, se realiza la consejería con la finalidad de orientar sobre la importancia del control posterior al alta de acuerdo con la indicación médica; así como la importancia del seguimiento y control de contactos durante los siguientes dos años o el período de tiempo que estipulen las normas nacionales vigentes.

Durante la última consejería al alta se recapitula los hechos más importantes durante el tratamiento y se felicita el logro del paciente y familia identificando los valores, fortalezas y las debilidades que fueron superadas para el logro de la curación de la enfermedad.

Es importante que el paciente identifique los factores de riesgo que lo llevaron a enfermar para que en el futuro pueda evitar dichos factores de riesgo los cuales deben ser socializados con la familia. Se refuerza la implementación de estilos de vida saludable, acciones de autocuidado para la salud integral del paciente y familia; otros aspectos que el paciente solicite.

Artículo 13 De la Organización para realizar la Consejería

13.1 De la Infraestructura

La IPRESS dispone de un ambiente que brinde privacidad, condiciones mínimas de bioseguridad y los mobiliarios indispensables para realizar la consejería en tuberculosis con comodidad para el paciente y el personal de salud.

13.2 De los materiales de información y educación sanitaria

La Red Prestacional/Asistencial facilita los materiales educativos impresos y virtuales necesarios para las sesiones de consejería en tuberculosis.

13.3 Del uso de las tecnologías de información y comunicación

Las tecnologías de información y comunicación son estrategias para mejorar e innovar las sesiones de consejería, para reforzar las indicaciones y recomendaciones claves de adherencia al tratamiento y el cuidado integral de la salud, a través de mensajes de texto, WhatsApp, videos, infografías, redes sociales, las cuales han demostrado ser un medio atractivo y efectivo para ampliar el alcance de la promoción de la salud, prevención de riesgos, control y seguimiento de pacientes.

Artículo 14 De la programación asistencial de la Consejería

14.1 La atención de Consejería en Tuberculosis se programa en la Sub actividad, Código N° 197 Consejería en Tuberculosis. El rendimiento es dos por hora para la primera consejería de pacientes con tuberculosis sensible y tuberculosis resistente. Para la consejería de seguimiento el rendimiento es tres por hora.

14.2 Para el tamizaje con una prueba rápida para VIH, al paciente afectado por tuberculosis, el profesional de enfermería del PCT realiza la Consejería en ITS/VIH-SIDA, conforme a lo establecido en la Directiva N° 12-GCPS- ESSALUD-2010 Programa Nacional de las ITS-VIH/SIDA en EsSalud. Esta atención se programa, en la Sub Actividad, Código N° 417 Consejería en ITS/VIH SIDA.

Artículo 15 Registro de la Consejería

Para el registro de la consejería en tuberculosis se cuenta con los siguientes códigos del Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud-CPMS:

Código	Descripción
99401.13	Consejería en Estilos de Vida saludable
99401.14	Consejería de salud respiratoria para madre afectada de tuberculosis
99401.15	Consejería en habilidades sociales
99401.19	Consejería para el autocuidado
99401.27	Consejería en deberes y derechos, equidad de género, interculturalidad
99401.3	Consejería en Prevención de Enfermedades Transmisibles
99401.36	Consejería integral en prácticas saludables para la salud respiratoria
99404.01	Consejería en prácticas saludables de higiene y ambiente (vivienda y entorno)
C2061	Consejería Familiar
C2062	Orientación Familiar

Para el registro de la Consejería en ITS/VIH SIDA, se cuenta con los siguientes códigos del Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud-CPMS:

Código	Descripción
99401.33	Consejería pretest para VIH
99401.34	Consejería postest para VIH - resultado No reactivo
99403.03	Consejería postest para VIH - resultado reactivo

Artículo 16 De la evaluación del desempeño en la Consejería

16.1 Autoevaluación de las habilidades de comunicación

Las habilidades de comunicación se desarrollan y retroalimentan constantemente, el personal de salud realiza la autoevaluación de sus capacidades comunicativas para realizar la consejería. Ver Anexo N° 07 Test conociendo mis habilidades de comunicación.

16.2 Evaluación directa por observación

Para fortalecer el desempeño de las capacidades del personal de salud, se evalúa la sesión de consejería a través de la observación directa por el coordinador de tuberculosis a nivel de la Red o quien éste designe, lo que ayudará al personal de salud, identificar los aciertos y aspectos a mejorar durante la sesión de consejería. Ver Anexo N° 08 Guía de observación habilidades comunicación durante la consejería.

Esta actividad se realiza in situ, para tal efecto el día de la evaluación, el personal de salud que realiza la consejería presenta al paciente, al coordinador de tuberculosis que lo acompaña como un apoyo en la atención, acción que disminuirá la posible incomodidad y/o ansiedad que genere su presencia.

16.3 Encuesta satisfacción del usuario

La percepción la atención recibida y la comprensión de los acuerdos tomados del usuario permiten evaluar la consejería, a través de una encuesta de satisfacción del usuario. Esta actividad se realiza inmediatamente finalizada la sesión de consejería inicial, al cambio de fase y al alta, se aplica cada trimestre, al 10% del total de pacientes que reciben esta atención. Ver Anexo N° 09 Encuesta de satisfacción del usuario.

Artículo 17 De la capacitación del Consejero/a

La Red Prestacional y Asistencial realiza la programación anual de capacitación en los siguientes temas:

a. Habilidades de comunicación
b. Adherencia del tratamiento de la tuberculosis
c. Estilos de vida saludable en el paciente con tuberculosis
d. Prevención y afrontamiento del estigma y discriminación
e. Control de infecciones de tuberculosis

ANEXOS:

Anexo N° 1: Características del paciente con adherencia al tratamiento
Anexo N° 2: Factores que favorecen la adherencia al tratamiento
Anexo N° 3: Preguntas de apoyo durante la consejería
Anexo N° 4: Pautas para evitar errores de la comunicación no verbal
Anexo N° 5: Pasos consejería al inicio del tratamiento
Anexo N° 6: Contenido teórico sobre la Tuberculosis
Anexo N° 7: Test conociendo mis habilidades de comunicación
Anexo N° 8: Guía de observación habilidades en la Consejería
Anexo N° 9: Encuesta satisfacción del usuario de la Consejería en Tuberculosis

ANEXO N° 1
CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE CON ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Características del paciente con adherencia al tratamiento	Características del paciente que incumple el tratamiento
Sigue el tratamiento que le han indicado en el establecimiento de salud	No acude a las citas ni sigue las indicaciones del personal de salud.
Toma todos los medicamentos prescritos por el tiempo necesario	Negativa del paciente a tomar los medicamentos o hacerlo de manera irregular.
Acude a las citas programadas.	Perder citas del establecimiento de salud.
Se realiza los exámenes y pruebas de control de la tuberculosis	No acude a las citas de exámenes.
Cumple las medidas de control de la TB	Es renuente a tener buenas prácticas de prevención y control de TB.
Ejerce sus derechos y deberes como persona con TB.	No cumple con los deberes de un paciente afectado por TB.

Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades-CDC Manejo de pacientes con tuberculosis y mejora de la adherencia al tratamiento

ANEXO N°2
FACTORES QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Factores que favorecen la adherencia al tratamiento	**Factores relacionados al abandono del tratamiento**
Presentar una educación superior	Ser hombre.
Tener pareja.	Intolerancia gástrica a los medicamentos.
Confiar en el tratamiento.	Manifestar algún temor acerca del tratamiento.
Contar con un ambiente familiar adecuado.	No tener un buen ambiente familiar
No considerar excesiva la cantidad de medicamentos.	Considerar excesiva la cantidad de medicamentos.
Presentar buena relación con el personal de salud.	Tener mala relación con el personal de salud
Haber recibido visita domiciliaria a los 3 días de ausencia.	No considerar que el personal de salud está bien capacitado
Considerar la información recibida entre buena y excelente.	No estar conforme con la información recibida
Flexibilidad en el horario de atención	Presentar antecedente de abandono previo.
Confort en el lugar de atención.	Consumo de alcohol, drogas recreacionales y drogas adictivas.

Fuente: Culqui D., Munayco C., Grijalva C., Cayla J., Horna-Campos O., Alva K., Suarez, Luis. Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú

ANEXO N° 3
PREGUNTAS DE APOYO DURANTE LA CONSEJERÍA

	Preguntas
Conocimientos de la enfermedad	¿Qué sabe acerca de la tuberculosis?
	¿Cómo cree que contrajo la tuberculosis?
	¿Qué causa la tuberculosis?
	¿Cuán grave cree que es la enfermedad?
	¿Qué cree que la tuberculosis le hace a su organismo?
Actitud y Sentimientos frente al diagnóstico de TB	¿Qué pensó cuando le dijeron que tenía tuberculosis?
	¿Cómo se siente ahora que sabe que tiene tuberculosis?
	¿Cómo se sienten sus familiares o amigos cercanos con respecto a la tuberculosis?
Antecedentes de tratamiento antituberculosis	¿Ha recibido alguna vez tratamiento contra la tuberculosis en el pasado? ¿Dónde, cuándo y durante cuánto tiempo?
	¿Qué medicamentos recibió? ¿Cómo le fue?, ¿Tuvo algún problema?
Conocimientos sobre el tratamiento y efectos adversos	¿Qué sabe sobre el tratamiento para la tuberculosis? ¿La tuberculosis se cura?
	¿Cuáles son los resultados más importantes que espera obtener de este tratamiento?
	¿Qué cree pasaría si no toma los medicamentos?
	¿Cuáles son algunas de las dificultades que tiene con los medicamentos?
	¿Qué significa adherencia al tratamiento?
	¿Ha escuchado sobre el tratamiento estrictamente supervisado?
Conocimientos sobre estilos de vida saludable y control de infecciones	¿Qué cuidados debe tomar en cuenta para mejorar su salud?
	¿Qué sabe sobre las medidas para evitar el contagio de la Tuberculosis en el hogar?
Apoyo social existente: familia, amigos, comunidad	¿Tiene familiares y /o amigos que le están dando apoyo? ¿Con quién conversa sobre cómo se siente?
	¿A quién puede acudir en caso de tener problemas?

Fuente: Comunicación efectiva para fortalecer la adherencia al tratamiento de las personas afectadas por Tuberculosis-Guía para el participante- Personal de Salud. Ministerio de Salud.

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - GPNAIS
V° B°
J. ZANABRIA C.
GERENTE
ESSALUD

Gerencia de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias - GPNAIS
V°B°
M. MASCARO C.
Sub-Gerente
ESSALUD

ANEXO N° 4
PAUTAS PARA EVITAR ERRORES DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL

Errores no Verbales	Consecuencia en el paciente
Exceso de cercanía física	Sentirse abrumado, invadido
Excesiva distancia física	Sentirse rechazado o no aceptado.
Cara de aburrimiento, bostezar, mirar el reloj, cruzar piernas y brazos, etc.	Sentirse juzgado, rechazado o mal entendido, poco importante, percibir emocionalmente distante al consejero o consejera.
Falta de contacto visual	Sentirse ignorado, no acogido, percibir al consejero o consejera como tímido e inseguro, distraído.
Exceso de contacto visual	Sentirse incómodo, controlado, invadido, percibir al consejero o consejera como impertinente.
Gestos de distracción: jugar con el lápiz, dar golpecitos en la mesa, movimiento continuo de las piernas, etc.	Tener la sensación de ser aburrido, no sentirse atendido, carente de interés.
Voz excesivamente alta o hablar muy rápido	Sentirse abrumado, percibir al consejero o consejera como enojado y hostil.
Voz excesivamente baja o disminución de la frecuencia de expresión.	Sentirse inseguro, percibir al consejero/a como poco segura de sí misma.

Fuente: Guía práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes. Orientaciones Generales Dirigida a los equipos de Atención Primaria, 2011

ANEXO N° 5
PASOS CONSEJERÍA AL INICIO DEL TRATAMIENTO

PASOS	DESCRIPCION DE CADA PASO	EJEMPLO
Paso 1 Dialogar sobre los conocimientos, experiencias y preocupaciones del paciente.	En este primer paso, se produce el encuentro entre el paciente y el profesional de salud, el cual debería ser con amabilidad y apertura, permitiendo al paciente describir y explicar sus sentimientos y pensamientos, es importante identificar el contexto social y cultural del usuario. Se utilizan preguntas abiertas, usualmente comienzan con "¿Cómo? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por qué?"	**Enfermera/o:** Buen día, señor Juan. Para iniciar, quiero felicitarlo por asistir a la sesión de consejería de tuberculosis, para orientarlo sobre el tratamiento y el cuidado de su salud. Y ¿Cómo se siente? ¿Qué es lo que más le preocupa? **Sr. Juan**: me da vergüenza, si se enteran en mi trabajo tal vez me despidan. Me preocupa contagiar a mi familia. **Enfermera/o**: Entiendo. ¿Qué sabe sobre la tuberculosis? ¿Qué quisiera saber? **Sr. Juan**: Me han dicho que se toman muchas pastillas, no sé cuánto tiempo durará el tratamiento, todas las pastillas me dan aquí? Tengo que comprar otros medicamentos? **Enfermera/o:** Una idea central es que la tuberculosis se cura, si se termina el tratamiento, voy a explicarle más adelante este aspecto y las dudas que tiene. ¿Cuenta con el apoyo de su familia?, ¿Qué medidas realiza diariamente para cuidar su salud?, ¿Cuándo usted se propone lograr un objetivo, lo logra?
Paso 2 Analizar con el paciente los problemas o riesgos identificados.	En el segundo momento el consejero debe enfocarse en los temas que se detectaron como débiles o inadecuados que son una barrera para la adherencia al tratamiento. Se explica el problema o riesgo identificado utilizando palabras sencillas, conceptos claros y ordenados, que el paciente entienda. Se sugiere utilizar material didáctico para comunicar los mensajes clave; pueden ser videos, infografías, rotafolios, láminas educativas, fotos u otros.	**Enfermera/o**: De acuerdo a lo que usted nos ha informado, es comprensible el temor y las dudas sobre la tuberculosis, usted tiene el apoyo de su familia eso es muy importante, sin embargo usted refiere que a veces no toma desayuno y cena abundante comida y cuando se propone algo le cuesta mucho lograr el objetivo. Para curarse de la tuberculosis, en primer lugar hay que conocer sobre la enfermedad, tomar el tratamiento continuamente, por el tiempo que indica el médico, usualmente son 6 meses y tener una vida lo más saludable posible, de lo contrario puede complicarse su salud. Vamos a ver las siguientes fotos que me ayudarán a explicarle este tema (resumidamente se explica los aspectos fundamentales sobre la tuberculosis: causa, signos y síntomas, tratamiento y seguimiento) **Sr. Juan:** Pero yo trabajo, bien difícil que asista todos los días.
Paso 3 Buscar con el paciente alternativas de solución y establecer los compromisos.	Este momento de la consejería es crucial, porque el consejero/a y el paciente buscan alternativas de solución a los problemas/riesgos identificados; la decisión sobre cuáles alternativas son más convenientes, es tomada por el paciente, quien asume el compromiso de cumplir acciones concretas y factibles de realizar hasta la próxima sesión. El consejero identifica las cualidades, fortalezas y/o debilidades del paciente para llevar a cabo los compromisos asumidos, que se recomienda no sean más de dos en cada sesión de consejería	**Enfermera/o.** Ahora que conoce la importancia del tratamiento, ¿cree usted que podrá cumplirlo? **Sr. Juan**: Haré todo lo posible, me preocupa venir todos los días, por el tiempo y los pasajes, tengo que trabajar. **Enfermera/o**: ¿Qué alternativas considera puede llevar a cabo para esta dificultad? De acuerdo a la respuesta del paciente se brinda la orientación. Entonces, viendo las alternativas factibles para que cumpla con el tratamiento, me gustaría escuchar su (s) compromiso (s)?
Paso 4 Explicar cómo realizar la práctica deseada.	El cuarto paso de la consejería consiste en explicar en detalle cómo va a llevar a cabo el compromiso adquirido y ayudarle si es necesario. Se reafirma en el paciente la confianza en su capacidad para realizar el compromiso.	**Enfermera/o**: Me gustaría mostrarle cómo es el proceso para tomar los medicamentos por videollamada, de esta forma, usted pueda enviarnos diariamente el video. **Sr. Juan:** Claro, tengo que saber en qué momento tomaré las pastillas, se enviar un video por celular, pero mejor explíqueme como hacerlo, si tuviera alguna dificultad pediré ayuda a mi hija ella tiene 15 años
Paso 5 Cierre, registro y seguimiento de compromisos	Esta última etapa se programa las citas posteriores para verificar el cumplimiento de los compromisos acordados. Cumplir con la fecha acordada para realizar la sesión de seguimiento. Dar seguimiento a los compromisos, para promover un ambiente de confianza para el cambio de conductas. También de acuerdo a lo evaluado se realizan la referencia si es el caso para un manejo especializado.	**Enfermera/o**: Registraré su compromiso en la Historia y programaré su siguiente cita de consejería. ¿Está de acuerdo con la fecha? **Sr. Juan**: De acuerdo, me parece bien, en lo posible por favor por las tardes. **Enfermera/o**: Recuerde, cualquier duda o inconveniente que surja puede escribirme o presentarse al servicio de salud más cercano.

Fuente: Elaboración propia

ANEXO N° 6
CONTENIDO TEÓRICO SOBRE LA TUBERCULOSIS

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, prevenible y curable, causada por una bacteria denominada *Mycobacterium tuberculosis*, la cual puede atacar cualquier parte del cuerpo, como el cerebro, la columna vertebral, etc., pero generalmente afecta a los pulmones. Si no se trata a tiempo, puede ser mortal.

La Historia natural de la enfermedad, inicia cuando una persona con tuberculosis tiene contacto con una persona sana, ésta puede infectarse o no. Si se da la infección, estamos ante dos posibilidades: tuberculosis latente o tuberculosis activa.

1. Tuberculosis latente-TL

La exposición a *Mycobacterium tuberculosis* causa la enfermedad tuberculosa en el 5-10% de la población expuesta, quedando inhibida la multiplicación del bacilo en cerca de un 90-95% restante gracias a la respuesta inmunológica. En estos casos, el bacilo permanece en una condición que no le permite replicarse, generándose así la llamada tuberculosis latente (TL), condición que puede quedar a lo largo de toda la vida de la persona, sin embargo, en un 5 - 10% puede recuperar su capacidad de replicación y desarrollar la enfermedad de la tuberculosis (TB).

El objetivo del diagnóstico de la TL es identificar personas que se encuentran en riesgo aumentado de desarrollar TB debido a infección reciente o progresión a la enfermedad en caso de estar infectados, y de condiciones que vulneran su estado inmunológico, para después de ser tamizados, si su resultado es positivo, se debe iniciar el tratamiento de la tuberculosa latente; está demostrado reduce el riesgo de desarrollar la enfermedad en 60 a 90%. Información sobre las técnicas de diagnóstico en el siguiente cuadro.

Principales grupos de riesgo de Tuberculosis Latente

Contactos (adultos y niños) de personas con TB pulmonar (bacilífera y/o presencia de lesiones radiológicas compatibles)	Pacientes en hemodiálisis crónica
Personas infectadas por VIH	Personas con lesiones fibro-apicales sugestivas de una TB previa Silicosis
Personas en lista de espera para trasplante de órganos sólidos o trasplante de médula ósea	Enfermedades Hemato-oncológicas
Personas que van a recibir anti -TNFalfa	Personas con conversión reciente de PPD
Personas en tratamiento con glucocorticoides sistémicos	

Técnicas para el diagnóstico de Tuberculosis Latente

Prueba de Mantoux o Prueba Tuberculínica-PPD	**Interferon-gama release assays-IGRAs**
Consiste en estimular una reacción de hipersensibilidad retardada mediada por linfocitos T CD4+memoria, mediante inyección intradérmica en cara anterior de antebrazo de un derivado proteico purificado (PPD)	Son estudios in vitro que detectan la respuesta inmune celular mediante la cuantificación de interferón gama frente a antígenos específicos de M. tuberculosis: ESAT-6, CFP-10, TB 7.7. Es necesario una extracción de sangre (3 ml.)
Se obtiene una induración cuyo diámetro se debe medir en 48 a 72 horas y se expresa en milímetros, 0 a más. ≥ 10 mm, requiere evaluación y probable inicio de tratamiento con isoniacida.	El resultado se expresa como positivo (valor ≥ 35 UI/ml), negativo o indeterminado
No requiere uso de laboratorio, personal entrenado, el costo es menor.	Requiere una muestra de sangre, equipamiento de laboratorio y personal entrenado, por lo tanto es más costosa.
Mayor tiempo para obtención de resultados. Requiere una 2° visita para la lectura.	El resultado puede estar disponible en 24 a 48 horas.

Diferencia entre la tuberculosis latente y la enfermedad de tuberculosis

Una persona con TB Latente	Una persona con TB activa
No se siente mal.	Por lo general se siente enferma.
No tiene ningún síntoma.	Presenta síntomas que pueden incluir: tos intensa que dura 15 semanas o más, dolor en el pecho, tos o esputo con sangre, debilidad o cansancio, pérdida de peso, falta de apetito, escalofríos, fiebre, sudor por la noche.
No pueden transmitir las bacterias de la tuberculosis a otras personas.	Puede transmitir las bacterias de la tuberculosis a otras personas.
Por lo general, tiene una reacción positiva a la prueba cutánea de la tuberculina o un resultado positivo a la prueba de sangre.	Por lo general tiene una reacción positiva a la prueba cutánea de la tuberculina o un resultado positivo a la prueba de sangre.
Presenta una radiografía de tórax normal y un resultado negativo al frotis de esputo.	Puede tener una radiografía de tórax anormal o un resultado positivo en el frotis o cultivo de esputo.
Debe pensar en tratarse la infección de tuberculosis latente a fin de evitar la enfermedad de tuberculosis	Necesita recibir tratamiento para la enfermedad de tuberculosis.

2. Transmisión de la Tuberculosis

Cada vez que una persona infectada con TB habla, escupe, tose o estornuda, dispersa las bacterias a través de las partículas de Wells que se encuentran en sus vías respiratorias. Los bacilos son viables en el ambiente hasta 8 horas o más, sobre todo en lugares secos y con poca ventilación. Los contactos que forman parte del entorno más cercano del paciente, deben ser evaluados porque en ellos la TB se disemina de manera silenciosa e inadvertida.

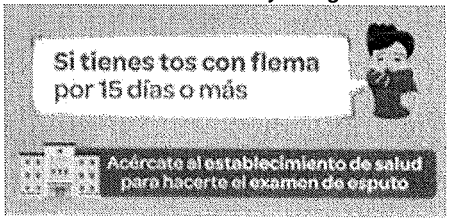


Existen muchos mitos y creencias en cuanto a la transmisión de la tuberculosis lo cual aumenta la estigmatización de la persona afectada con tuberculosis en su entorno familiar, laboral y comunidad por lo cual es importante señalar que la TB NO se transmite por usar los mismos utensilios, o tocar la ropa del paciente, menos por darle la mano.

3. Tuberculosis activa

Algunas personas desarrollan la enfermedad de tuberculosis poco después de adquirir la infección (en unas semanas), lo cual está relacionado a algunos factores: Enfermedades debilitantes: SIDA, diabetes, cáncer, enfermedades renales, hepáticas, etc. Pobreza, hacinamiento, desnutrición, pobre acceso a servicios de salud, bajo nivel educativo Consumo de drogas, poblaciones vulnerables Malos hábitos alimentarios y sobrecarga física, estrés (inmigrantes)

La aparición de síntomas de la tuberculosis depende del área del cuerpo donde estén proliferando las bacterias. La enfermedad de tuberculosis pulmonar, que es la más común puede provocar síntomas como: Tos intensa que dura 15 días o más, dolor en el pecho, tos con sangre o esputo. Otros síntomas son: Debilidad o cansancio, pérdida de peso, falta de apetito, escalofríos, fiebre, sudoración nocturna. La TB sensible y Drogoresistente tienen los mismos síntomas.

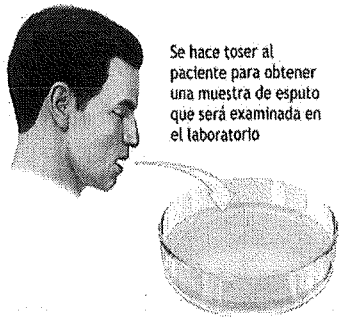


En toda atención de salud, se recomienda la búsqueda de personas con tos por más de 15 días, a los que se les denomina Sintomáticos Respiratorios, este es un enfoque programático establecido por la Organización Mundial de la Salud, para la identificación oportuna de nuevos casos, que permita cortar la cadena de transmisión de la tuberculosis.

4. Diagnóstico de la Tuberculosis

El diagnóstico de la TB incluye los siguientes procedimientos:

Prueba	Descripción
Examen de esputo o Baciloscopía	Es la principal forma de diagnosticar tuberculosis. Se recomiendan dos muestras de esputo: La primera muestra inmediatamente después de la consulta. La segunda muestra al día siguiente, apenas el paciente se despierta en la mañana.
Cultivo del esputo	Está indicada en personas que tienen sospecha de TB, con Baciloscopía negativa, se utiliza también para seguimiento diagnóstico.
Radiografía de tórax	Permite ver la extensión de la enfermedad pulmonar, su evolución y sus secuelas.
Prueba cutánea de la tuberculina o PPD	También conocida como Método de Mantoux. Mide la respuesta inmunológica de la persona en contacto con el microrganismo y estimar la probabilidad de infección.



Examen de esputo o Baciloscopía
Se requieren 2 MUESTRAS

5. Clasificación de la Tuberculosis

Por localización	Por sensibilidad a medicamentos
Tuberculosis Pulmonar: TB con compromiso del parénquima pulmonar, con o sin confirmación bacteriológica	TB pansensible
Tuberculosis Extrapulmonar: TB 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.	TB multidrogorresistente (TB MDR)
	TB extensamente resistente (TB XDR)

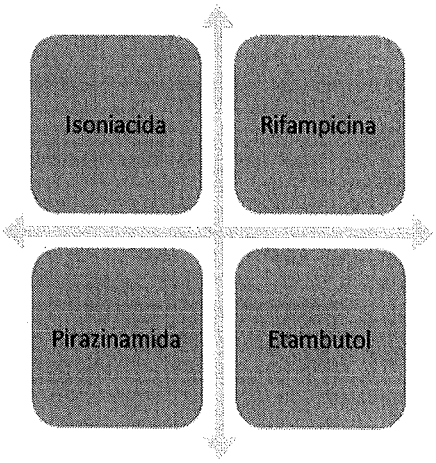
6. Tratamiento de la Tuberculosis

El tratamiento es la actividad central de la atención centrada en el paciente, lo que permite cortar la cadena de transmisión, disminuyendo los focos de infección, y a su vez alivia el sufrimiento humano que ocasiona la enfermedad.

El mensaje principal es, la TB se cura, si el paciente sigue el tratamiento recomendado de acuerdo al tipo de TB, este tratamiento se debe iniciar dentro de las 24 horas de haber recibido el resultado de laboratorio.

Si bien el tratamiento abarca diversos aspectos, los medicamentos antituberculosis son vitales para la curación.

La Norma Técnica establece esquemas de tratamiento para casos de TB sensible por 6 meses, se dividen en dos fases, la inicial o intensiva (Bactericida) y la de continuación o mantenimiento (Esterilizante). Incluyen medicamentos denominados de primera línea: Isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. A continuación, sus principales características.



Isoniacida (H)	Rifampicina (R)	Pirazinamida (Z)	Etambutol(E)
Medicamento altamente bactericida, su mecanismo de acción consiste en inhibir la síntesis de ácidos micólicos necesarios para estructurar la membrana de las micobacterias. Actúa principalmente sobre las poblaciones extracelulares en multiplicación activa y ligeramente sobre las poblaciones intracelulares.	Medicamento bactericida que inhibe la acción de los ARN-polimerasa, suprimiendo la formación de las cadenas ARN. Es muy importante porque actúa sobre todas las poblaciones bacilares y su acción sobre poblaciones en crecimiento intermitente hace que este medicamento sea considerado esterilizante.	Medicamento bactericida, su mecanismo de acción no se encuentra claro. Actúa sobre los bacilos intracelulares y aquellos ubicados en zonas de inflamación con pH ácido (responsables de las recaídas).	Medicamento bacteriostático, no se conoce su mecanismo de acción.

Los casos de tuberculosis asociados a otras patologías como la Co Infección TB y VIH, reciben tratamiento diario por 9 meses, Tuberculosis Miliar y extrapulmonar con compromiso del SNC y osteoarticular reciben 12 meses tratamiento diario.

Otros casos de condiciones especiales de pacientes con TB y con drogoresistencia, según indicación médica pueden recibir esquemas de tratamiento con una duración específica.

Tipo TB	Duración y Frecuencia
TB Sensible (Pulmonar y Extrapulmonar)	6 meses: 2 meses diario y 4 meses, tres veces por semana
TB H resistente	9 meses, diario
TB R resistente	12 a 18 meses, diario
TB H y R resistente. (TB MDR)	Mayor o igual a 18 meses, diario

7. Terapia de Observación Directa-DOT

La terapia de observación directa-DOT, es la estrategia más eficaz para asegurar que los pacientes tomen los medicamentos de manera correcta, bajo la supervisión del profesional de enfermería del PCT. La DOT puede reducir el desarrollo de la farmacorresistencia, el fracaso del tratamiento o la recaída después de finalizado, así como la identificación de reacciones adversas u otros problemas o necesidades del paciente.

La responsabilidad de la persona que administra el tratamiento consiste en establecer una comunicación permanente y continua con el paciente, motivarlo hasta lograr su curación y evitar que abandone el tratamiento.

7.1. Actividades para el DOT

a. Seleccionar el ambiente donde se ubicará el área para la administración del tratamiento, que deberá contar con iluminación y ventilación adecuada (de preferencia este ambiente debe utilizarse sólo para la administración de tratamiento).

b. Disponer de un esquema de tratamiento completo para cada paciente que ingresa a tratamiento, con su nombre y dispuesto en una caja individual por paciente.

c. Calcular la dosis a administrar, dependiendo del peso y edad del paciente, de acuerdo a normas vigentes.

d. Tener en cuenta antes de administrar los medicamentos: medicamento correcto, dosis correcta, no fraccionar las dosis, observar la ingesta de cada medicamento, vigilar las reacciones adversas a medicamentos antituberculosis.

e. Administrar el tratamiento de acuerdo a la indicación y esquema de tratamiento según normas vigentes. Cerciorarse de que el paciente tome los medicamentos.

f. Verificar la presencia de efectos secundarios.

g. Utilizar jeringas y agujas descartables para administración de medicamentos por vía parenteral.

h. Contar con recipientes para desechar objetos punzocortantes.

i. No entregar medicamentos para ser tomados en casa (ni en la primera ni en la segunda fase del tratamiento)

j. Registrar inmediatamente la dosis entregada al paciente en la tarjeta de tratamiento.

k. Utilizar la tarjeta de control de tratamiento con medicamentos de primera y segunda línea según fuera el caso.

l. Monitoreo y evaluación del desarrollo del DOT a través de la tarjeta de administración de medicamentos para detectar tempranamente inasistencias.

m. Pesar todos los meses al paciente, para la actualización del tratamiento de ser el caso.

n. Mantener los medicamentos bien seguros al término del turno de trabajo.

Uso del tarjetero

a. El tarjetero de control de tratamiento es un instrumento que sirve para concentrar las fichas de tratamiento de los pacientes en cada establecimiento de salud, con el objetivo de tener información oportuna sobre el movimiento de los pacientes; siguiendo las siguientes pautas

b. Contar con una caja de madera o cartón, que sirva como tarjetero. Organizarlo con las siguientes divisiones:
- Primera fase
- Segunda fase
- Inasistencia
- Abandonos
- Hospitalizado
-Fallecidos
-Altas

c. Si el paciente no asiste a la toma de medicamentos, su tarjeta pasará al divisor de inasistentes, y dentro de las 24 horas siguientes se procederá a realizar la visita domiciliaria, con la finalidad de garantizar la regularidad en la toma de medicamentos.

d. Las Fichas de Tratamientos de los pacientes que han finalizado su tratamiento y han egresado del programa deberán permanecer en el tarjetero en la pestaña de altas.

7.2. Actividades para la conservación de los medicamentos

a. Respetar las indicaciones del fabricante sobre la conservación de los medicamentos: protección de la luz solar, humedad, evitar la exposición a calor excesivo.

b. Manipular correctamente los medicamentos de acuerdo a su presentación. Extraer los medicamentos al momento que se va administrar el tratamiento.

c. Ubicar en un lugar adecuado el almacenamiento de los medicamentos.

d. Orientar y supervisar al personal técnico en la adecuada conservación de los medicamentos.

7.3. Modalidades del DOT

a. **DOT Institucional** es la modalidad del DOT más eficaz, consiste en la administración de la medicación antituberculosis directamente observada en boca por la enfermera del PCT del Establecimiento de Salud.

b. **DOT en situaciones especiales**

- **DOT domiciliario** aplicable al paciente con esquema de tratamiento para TBXDR, con Co infección y/o comorbilidad (TB-VIH, TB-Diabetes, TB-Cáncer) y casos especiales (gestantes, discapacidades físicas, mentales, entre otros.
- **DOT con Red de Soporte Familiar**, para lo cual se orienta y capacita al familiar responsable, realizando el seguimiento por video llamada o enlace telefónico DOT para la enfermedad de tuberculosis implica más que supervisar que el paciente tome cada medicamento. Esta modalidad aplica cuando las condiciones para realizar DOT Institucional se ven afectadas por circunstancias que restringen el desplazamiento continuo de las personas, como la COVID-19.

Criterios selección a pacientes para modalidad DOT Red de Soporte Familiar

El profesional médico y de enfermería del PCT evalúan y determinan si el paciente cumple con los siguientes criterios de selección:

1. Paciente con TB sensible sin comorbilidades que por motivos justificables (trabajo, estudios, caso social, discapacidad), no pueda acceder al PCT del EESS a recibir el DOTS.

2. Paciente que cuente con Familiar comprometido en apoyar al paciente durante su tratamiento.

3. Paciente que cuente con el acceso a equipo móvil u otro equipo informático con capacidad para video llamada e internet.

Si el paciente cumple los criterios antes mencionados:

1. Recibe el DOT Institucional en el EESS, desde el inicio del tratamiento hasta el primer mes.

2. El paciente que demuestre adherencia al tratamiento puede pasar a la modalidad DOT con Red de Soporte Familiar. Si el paciente no cumple con el tratamiento, retorna a DOT Institucional.

3. La atención integral para el seguimiento del paciente es presencial.

Intervención de Enfermería en el DOT Red soporte Familiar

1. Informar y educar al paciente sobre la correcta administración del tratamiento de TB.

2. Orientar al familiar responsable sobre el DOT.

3. Rotular los medicamentos. Sólo se entrega hasta un máximo de 5 días. Se orienta sobre la conservación del mismo: protección luz solar, humedad, evitar exposición a calor excesivo y lugar adecuado para almacenarlos.

4. Informar que el paciente será supervisado en la toma de los medicamentos en el EESS, el día que recoge los medicamentos.

5. En cada supervisión del tratamiento por video llamada, el profesional de enfermería realiza las siguientes tareas:

- Verificar la presencia de efectos secundarios.
- Verificar la ingesta de todos los medicamentos.
- Registrar la toma de medicamentos en la tarjeta del paciente y en el SIGTB.
- Escuchar al paciente sus inquietudes y preguntas.
- Acordar con el paciente la fecha y hora del siguiente DOT.

8. Reacciones Adversas

Durante el tratamiento pueden ocurrir efectos adversos que deben ser manejados sin interrumpir ni cambiar el régimen. Se orienta al paciente, comunicar al personal de salud si se presentan las siguientes reacciones: fiebre, sarpullido, dolor en las articulaciones, dolor u hormigueo en los dedos de las manos o de los pies, malestar estomacal, náuseas o cólicos, vómitos, cambios en la vista, como visión borrosa, cambios en la audición, como zumbidos en los oídos, mareos, equimosis, sangrado que ocurre con facilidad al presentar una cortadura, pérdida o disminución del apetito, hormigueo o entumecimiento alrededor de la boca, piel u ojos amarillentos.

Reacciones adversas de medicamento antituberculosis

Medicamentos de primera línea	Reacciones adversas
Isoniacida	Incremento de transaminasas, hepatitis, neuropatía periférica, reacciones cutáneas.
Rifampicina	Incremento de transaminasas, elevación transitoria de bilirrubinas, hepatitis colestásica, anorexia, síntomas gastrointestinales (nauseas vómitos), reaccione cutáneas.
Pirazinamida	Hepatitis, síntomas gastrointestinales, poliartralgias, mialgias hiperuricemia, reacciones cutáneas.
Etambutol	Neuritis retrobulbar, neuritis periférica, reacciones cutáneas.
Estreptomicina	Toxicidad vestibular – coclear y renal dependiente de dosis

Clasificación de las reacciones adversas

Grado	Descripción	Reacciones adversas
Leve	Incomodidad leve o transitoria que no limita las actividades cotidianas normales, puede tener intervención médica y tratamiento.	Náuseas, cefalea, dolor abdominal, malestar general, mareos, anorexia, insomnio, dolor en sitio de inyección.
Moderada	Limitación moderada de las actividades cotidianas normales, precisa intervención médica o tratamiento.	Erupción máculo y/o papular, vómitos, prurito, gastritis, euforia, cambios de conducta, artralgias, trastornos vestibulares, urticaria, polineuropatía, fotosensibilidad, hipoacusia.
Grave	Limitación notable de la actividad cotidiana normal, exigen intervención médica, Tratamiento, hospitalización.	Epidermólisis, hepatotoxicidad severa*, ictericia, ictericia + fenómeno hemorrágico, ictericia + coma, púrpura, insuficiencia renal aguda, convulsiones, hemolisis, síndrome gotoso, anuria, disminución de la agudeza visual, visión borrosa, neuritis óptica retrobulbar, edema angioneurótico.

9. Estudio de Contactos en pacientes con TB

Un contacto es una persona expuesta a una afectada por TB (caso inicial o índice) y por tanto tiene un riesgo aumentado de contraer la infección y posteriormente la enfermedad.

El estudio de contactos se realiza en todos los casos índices con TB, tanto en formas pulmonares como extrapulmonares, sensibles y resistentes a medicamentos y consta de censo, examen y control durante todo el tiempo que dura el tratamiento del caso índice.

Estas personas pueden incluir a miembros del hogar, amigos, compañeros de trabajo, compañeros de clase y otros.

Todo el personal de salud, debe reforzar en el paciente la importancia del estudio de todos sus contactos en el Establecimiento de Salud, para de ser el caso brindar el tratamiento adecuado para los contactos con TL o la enfermedad de tuberculosis.

¿Cómo se realiza el estudio de contactos?

a. **1er paso** Censo y registro de todos los contactos del caso índice con TB.

b. **2do paso** Examen:

- Todos los contactos censados deben pasar una evaluación médica para descartar la infección o enfermedad.
- Todos los contactos se les coloca la prueba cutánea de derivado proteico purificado (PPD)
- Los contactos con síntomas respiratorios o PPD positivo (mayor o igual a 10mm) se les toma una radiografía de tórax.
- El médico tratante decidirá la indicación de tratamiento anti-TB, terapia preventiva con isoniacida (TPI) u observación.

c. 3er paso **Control:** Todos los contactos deben ser examinados (evaluación clínica, bacteriológica y radiológica) a lo largo del tratamiento del caso índice.

- En casos de TB sensible el control se realiza al inicio del tratamiento, al cambio de fase al finalizar el tratamiento.
- En caso de TB resistente, al inicio del tratamiento, cada 3 meses y al término del tratamiento.

10. Terapia Preventiva TPI

En los contactos que se ha descartado enfermedad tuberculosa activa, deben recibir terapia preventiva, bajo indicación médica, siempre y cuando cumplan con estas condiciones:

Menores de 5 años que son contactos de caso índice con TB pulmonar, independientemente del resultado del frotis de esputo del caso índice y del resultado del PPD del menor.
Personas entre 5 y 19 años con PPD igual o mayor a 10 mm y que son contactos de caso índice con TB pulmonar.
Diagnóstico de infección por VIH independiente del resultado del PPD
Trabajadores de salud y personas que atienden a poblaciones privadas de libertad, cuando presentan conversión reciente (menos de 2 años

11. Tuberculosis Resistente

La tuberculosis resistente son formas de TB causadas por organismos que son resistentes a los fármacos utilizados habitualmente para tratar la enfermedad. Se transmiten de la misma manera que las formas sensibles y no son más infecciosas que estas, sin embargo, constituyen un gran problema de salud pública ya que la falta de reconocimiento y de tratamiento efectivo oportuno permite el avance de la enfermedad, el contagio persistente, aumenta el costo del tratamiento y la mortalidad de las personas que la desarrollan.

a. Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo para desarrollar TB resistente son:

1. Fracaso a esquema con medicamentos de primera línea.
2. Contacto de caso confirmado de TB resistente.
3. Recaída dentro de los siguientes 6 meses de haber sido dado de alta de un esquema con medicamentos de primera línea.
4. Recaída luego de haber sido dado de alta con medicamentos de segunda línea.
5. Personas privadas de su libertad (PPL) y residentes de albergues, comunidades
6. terapéuticas, entre otros.
7. Antecedente de tratamientos múltiples (más de dos episodios previos de TB)
8. Antecedente de irregularidad al tratamiento, abandono o terapia no supervisada.
9. Contacto con persona que falleció por TB.
10. Comorbilidades o condición previa: VIH, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica,
11. tratamiento inmunosupresor y otros.
12. Trabajadores y estudiantes de la salud.

b. Resistencia en pacientes nuevos:

Es la resistencia en pacientes que nunca han recibido tratamiento antituberculoso o que han recibido medicamentos antituberculosos durante menos de un mes. Estos pacientes han contraído la infección por cepas resistentes de otras personas.

c. Resistencia en pacientes previamente tratados:

Es la resistencia en pacientes que han recibido tratamiento antituberculoso durante un mes o más. En general esta situación incluye los fracasos terapéuticos, las recaídas o los pacientes que regresan al tratamiento después de una pérdida en el seguimiento. Estos pacientes pueden albergar bacilos resistentes que surgieron durante el tratamiento de TB o pueden haber contraído de otras personas nuevos bacilos resistentes (reinfección o infección primaria).

d. Para el diagnóstico de Resistencia a medicamentos, las pruebas de Laboratorio son:

Prueba MODS (Microscopic Observation Drug Susceptibility), Sistema automatizado en medio líquido MGIT (Mycobacterium Growth Indicator Tube, Prueba molecular de sondas de ADN, Método de proporciones indirecto en medio Löwenstein-Jensen primera línea, Método de las proporciones en agar en placa (APP) para medicamentos de primera y segunda línea.

e. Para combatir la TB drogoresistente, cuenta con fármacos denominados de segunda línea, como amoxicilina/ clavulánico (Amx/Clv), amikacina (Am), bedaquilina (Bdq), capreomicina (Cm), cicloserina (Cs), Clofazimina (Cfz), delamanid (Dlm), Etionamida (Eto), Kanamicina (Km), Levofloxacina (Lfx), linezolid (Lzd)), moxifloxacina (Mfx), meropenem (Mpn), imipenem/ cilastatina (Ipm/Cln), thioridazina (Tio) entre otros.

f. Examen de contactos. Los contactos de un paciente con TB DR, deben ser controlados al inicio del tratamiento del caso índice, a los 3, 6, 9, 12, 15, 18 y 24 meses o cada vez que presenten síntomas respiratorios.

g. Reacciones adversas

Las reacciones adversas son más frecuentes en los pacientes que reciben un tratamiento antituberculoso de segunda línea, que en quienes reciben fármacos de primera línea y son la principal causa de interrupción del tratamiento.

Las condiciones iniciales para una correcta adhesión del paciente al tratamiento son un asesoramiento adecuado al comienzo, una supervisión estrecha durante todo el tratamiento y una atención adecuada si existieran problemas de cualquier tipo.

Durante la primera consulta se deben reconocer y registrar las enfermedades concomitantes que se asocian con un alto riesgo de aparición de reacciones adversas como son la diabetes, la insuficiencia renal y hepática, malnutrición, infección por el VIH, consumo excesivo de alcohol y de drogas, etc.

Conocer la duración del tratamiento, permite establecer el plan de trabajo por cada paciente, especialmente los dos primeros meses desde el inicio, son muy importantes para orientar y lograr la adherencia.

Medicamentos de Segunda Línea	Reacciones adversas
Cicloserina	Cefalea, insomnio, cambio de conducta, irritabilidad, ansiedad, depresión, psicosis, convulsiones, vértigo.
Etionamida	Síntomas gastrointestinales (nauseas, vómitos, dolor abdominal), hepatitis, hipotiroidismo.
Aminoglucósidos (Amikacina, Kanamicina), Capreomicina	Dolor en sitio de inyección, hipokalemia e hipomagnesemia,
	Nefrotoxicidad, ototoxicidad vestibular y coclear, parestesias.
Ácido p-amino salicílico	Síntomas gastrointestinales (nauseas, vómitos, dolor abdominal), hepatitis, hipotiroidismo, síndrome de malabsorción.
Fluoroquinolonas	Generalmente bien tolerados, artralgias, mialgias, síntomas gastrointestinales, prolongación del intervalo QT (moxifloxacino).

12. Prevención de la Tuberculosis

a. Vacunación BCG

La vacuna BCG (Bacilo de Calmette - Güerin) debe ser aplicada en todo recién nacido; brinda protección aproximadamente un 80 % contra las formas graves de tuberculosis: Meningoencefalitis tuberculosa (MEC-TB) y Tuberculosis miliar. La eficacia para prevenir la TB pulmonar es muy variable, llegando en el mejor de los casos al 50%, por lo que tanto su indicación no está basada en evitar esta forma ni la transmisión en la comunidad.

Las situaciones en que se contraindica o posterga la vacunación con BCG son:

- Inmunodeficiencia: Niños nacidos de madres infectadas por VIH (expuestos); la vacuna se administrará solamente en caso de descartar infección por VIH en el niño. Los niños infectados con VIH no serán vacunados con BCG.
- Recién nacidos con un peso menor a 2,500 gr, administrando la vacuna una vez que se alcance dicho peso.

En aquellos niños de 1 a 4 años de edad deben recibir quimioprofilaxis con isoniacida según norma técnica vigente y al término del esquema de administración deben recibir la vacuna BCG.

b. Control de infección por Tuberculosis en el hogar

Se debe realizar medidas para evitar la transmisión de la Tuberculosis, orientando a la persona diagnosticada con tuberculosis sobre el uso de mascarilla mientras tenga controles bacteriológicos positivos, cubrirse la boca y nariz al toser, estornudar o hablar y desechar con cuidado el papel usado en un depósito adecuado; promoción de la ventilación natural en la vivienda del afectado por TB, lugar de estudio, trabajo, unidades de transporte público y en los ambientes de las instituciones públicas y privadas, especialmente mientras el resultado de la baciloscopias es frotis positivo .

c. Control de la Tuberculosis en la Comunidad

El control de la tuberculosis implica acciones de salud pública, con todos los actores incluyendo la comunidad y personal de salud, a través de:

- La detección precoz, realizando la pesquisa de sintomáticos respiratorios y personas con riesgo de padecer TB.
- El tratamiento y curación de los casos detectados.
- La evaluación y seguimiento de los contactos de los casos índices.
- La vacunación BCG de los recién nacidos, prioritariamente dentro de las 12 horas de recién nacido o durante el primer año de vida si no recibió vacuna.
- La notificación de los casos sospechosos y/o confirmados.
- Educación y promoción de salud.

13. Atención Integral y Centrada en la persona afectada por Tuberculosis

Consiste en entender y practicar la atención sanitaria que adopta conscientemente el punto de vista de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes y beneficiarios de sistemas de salud, estén organizados no tanto en función de la enfermedad, sino de las necesidades integrales de la persona, respetando las preferencias sociales.

En tuberculosis de acuerdo a la Norma técnica vigente, toda persona afectada por Tuberculosis debe recibir atención integral en el Establecimiento de Salud durante todo su tratamiento, incluye; atención médica, atención por enfermería, asistencia social, psicología, salud sexual y reproductiva, evaluación nutricional, atención de las comorbilidades y exámenes basales, según corresponda para el Monitoreo en el tratamiento TB sensible y TB resistente.

Al respecto, se mencionan los siguientes aspectos relacionados a este enfoque:

a. Determinantes Sociales de la Salud

La Tuberculosis está íntimamente asociada a los determinantes sociales de la salud (DSS), tales como, desigualdad, inequidad, concentración de riqueza y extensión de la pobreza, que dificultan o impiden a grandes núcleos de la población el acceso en calidad y cantidad a los servicios de salud. Dichos DSS son generados y resultado de la implantación de políticas socioeconómicas y ambientales, así como de procesos de globalización y migración, entre otros, que conllevan, por una parte, débiles y poco eficaces sistemas de salud y, por otra, poblaciones con elevada vulnerabilidad a la TB por hacinamiento, malnutrición, DM y VIH, entre otras causas.

Estos factores representan un desafío para el abordaje de la TB desde el ámbito sanitario, por lo tanto, se realizan acciones de abogacía, con otras Instituciones para implementar políticas y programas en favor de las personas afectadas que lo ameriten.

b. Estigma y Discriminación en Tuberculosis

El estigma se describe con frecuencia como un proceso de devaluación, por el cual las personas estigmatizadas quedan desacreditadas, son percibidas como menos valiosas o incluso consideradas un peligro.

El paciente afectado por Tuberculosis, presenta altos niveles de auto estigmatización, se aísla, tiene vergüenza y temor de contagiar a su familia y, aunque resulte paradójico, el entorno familiar también los discrimina, se les prohíbe compartir utensilios o espacios con otros miembros y amigos, porque esta enfermedad está asociada a la pobreza y marginalidad, lo que repercute en el diagnóstico oportuno, el tratamiento integral y en la adherencia al tratamiento.

El respeto del derecho a la privacidad y la confidencialidad de las personas con tuberculosis son fundamentales para combatir la estigmatización y la discriminación, así como la orientación sobre la enfermedad y las medidas de control de infecciones al paciente y la familia.

c. Aspectos éticos en la atención del paciente con tuberculosis

El personal de salud que atiende a los pacientes con tuberculosis se encuentra frente a tres aspectos relacionados a la ética y legislación; la discriminación de las personas con tuberculosis; la confidencialidad diagnóstica; y el ejercicio de los poderes coercitivos del Estado para limitar la propagación de la enfermedad.

La mejor forma de proteger la salud de todas las personas es permitir que aquellas que padecen de tuberculosis y son socialmente responsables, desarrollen vidas normales en la medida que su salud se lo permita, ya que la discriminación y el estigma se ha convertido en un fenómeno mundial.

Existen principios absolutos concernientes a los derechos humanos y es considerado como un derecho fundamental no ser objeto de discriminación. Sin embargo, estos principios y teorías dejan un amplio margen de interpretación cuando se trata de una persona afectada por tuberculosis y aún más con la coinfección VIH.

La confidencialidad es otro aspecto difícil de mantener porque es una enfermedad de salud pública, sujeta a notificación y control epidemiológico. En ocasiones no se logra que la persona infectada informe sus contactos, y es en esos casos cuando se hace necesario preguntarse, en qué momento el derecho individual a la confidencialidad, así como la clara necesidad práctica de alertar a las personas a que se sometan a la prueba debe ceder ante la necesidad de proteger a otras personas.

Por otro lado, respecto a la coerción estatal, en el caso de la tuberculosis se han visto favorecidas por el pánico tradicional generado por esta enfermedad considerada una amenaza para la salud pública. Sin embargo, no hay un consenso si se debería someter a sanciones legales cuando el paciente no es regular o abandona el tratamiento.

Los serios problemas éticos, legales y sociales generados por esta enfermedad en todos los países, señalan que aún no está totalmente trazada la ruta que le permitan al Estado proteger la salud pública y al mismo tiempo, los derechos de las personas vulnerables.

d. Tuberculosis y salud mental

La tuberculosis es una enfermedad se acompaña de un debilitamiento general, con poca energía y capacidad física para las actividades cotidianas. El estigma social causa un gran impacto en el paciente; es por ello, que se siente rechazado y excluido de la sociedad, todo esto sumado a la larga duración del tratamiento más aún los pacientes afectados con tuberculosis MDR, repercute en su autoestima y la salud mental, por lo tanto, la atención integral debe garantizar el acceso a la atención psicológica.

Así mismo, el personal de salud en la interacción con el paciente brinda apoyo emocional y fortalece la autoestima del paciente; está comprobado que existe una relación significativa positiva entre la autoestima y la capacidad de autocuidado, lo que indica que, si se mejora la autoestima de los pacientes, también mejorará su capacidad de autocuidado, es decir, el autocuidado es en gran parte el resultado del quererse; si la persona tiene una visión buena de sí misma, puede desarrollar fácil y benéficamente una cultura de autocuidado en todas sus dimensiones.

e. Alimentación y nutrición en Tuberculosis

La nutrición juega un papel fundamental en las personas que padecen la tuberculosis. Las necesidades nutricionales del paciente con tuberculosis son muy variables, estas dependen del proceso de la enfermedad, la edad del enfermo y el estado nutricional; cabe mencionar la mayoría de pacientes con tuberculosis disminuyen el apetito, tienen el sentido del gusto alterado, padecen debilidad muscular y desnutrición, por lo cual necesitan un aumento en calorías y líquido.

El tratamiento nutricional de la tuberculosis activa, implica conocer su relación con el estado nutricional de la persona y la presencia de otras enfermedades, principalmente VIH y diabetes, lo cual es abordado por el profesional de nutrición, para prevenir la desnutrición, lograr recuperar o mantener el peso ideal, mejorar la función inmune relacionada con la infección, alcanzar las necesidades nutricionales individuales.

f. Tuberculosis y Anticoncepción

Toda mujer en edad fértil diagnosticada de TB debe recibir atención en Planificación Familiar para elegir el método anticonceptivo de acuerdo a lo establecido por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva o quien haga sus veces.

Las pacientes que reciban esquemas de tratamiento que incluyan rifampicina no deben recibir anticonceptivos orales porque disminuye su protección. Tener en cuenta que en algunas mujeres con TB los anticonceptivos orales pueden ocasionar vómitos directamente después de su toma; por lo que pueden tener riesgo de una menor absorción y por lo tanto la reducción de la eficacia de los medicamentos antituberculosis.

g. Apoyo social

Las redes de apoyo social es el conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social, o con personas con las que establecen vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas; pueden reducirse o extenderse proporcionalmente al bienestar material, físico o emocional de sus integrantes, y al involucramiento y la participación activa en el fortalecimiento de las sociedades.

Entre los tipos de apoyos que brindan las redes podemos encontrar los siguientes:

a. **Emocionales:** afectos, confianza, compañía, empatía, reconocimiento, escucha. Puede ser a través de visitas, llamadas telefónicas, invitaciones, abrazos, etc.

b. **Instrumentales:** Ayuda para transportarse, labores del hogar, hacer las compras, el cuidado o acompañamiento.

c. **Cognitivos:** Intercambio de experiencias, información, consejos que permitan entender o recordar una situación, etc.

d. **Materiales:** Dinero, alojamiento, comida, ropa, donaciones, etc.

Entre quienes pueden ayudar al paciente durante todo el tratamiento, se pueden mencionar: miembros de la familia, amigos, docentes, miembros de comunidad religiosa, vecinos. El apoyo social es importante para los pacientes con tuberculosis; el personal de salud debe solicitar a los pacientes que identifiquen a quienes pueden ayudarlos con el tratamiento a recordar cuándo tomar los medicamentos o acudir a las citas. Con el permiso del paciente, se puede incluir a familiares, amigos u otras personas a las Consejerías, de modo que también comprendan el diagnóstico y qué es lo que debe hacer el paciente.

14. Tuberculosis y confección de VIH

La infección por VIH es un factor de riesgo conocido para el desarrollo de la TB, esta interacción biológica ha aumentado la carga mundial de la tuberculosis. La TB acelera la replicación del VIH, la progresión de la infección y agrava el curso de la enfermedad. Por su lado el VIH favorece la reactivación de la TB en infectados, favorece la progresión hacia la enfermedad, aumenta la mortalidad de TB y complica la TB MDR.

El manejo integral de la persona con coinfección TB-VIH, es responsabilidad de los equipos multidisciplinarios de los servicios de prevención y control de la tuberculosis y de prevención y control del VIH. Los establecimientos de salud que brindan tratamiento antituberculosis y diagnostican casos de VIH, deben referirlos a un establecimiento de salud que brinda tratamiento antirretroviral lo más antes posible.

En una persona con confección TB-VIH, se debe iniciar primero el tratamiento antituberculosis y posteriormente la terapia antirretroviral, asegurando el seguimiento y la adherencia para ambos tratamientos.

Es necesario informar a los pacientes con VIH respecto a su mayor riesgo de TB y explicar la importancia de evitar la exposición a personas con tos o con la enfermedad. Motivarlos sobre la necesidad de consultar e informar al personal de salud la presencia de tos u otros síntomas sugerentes de infección respiratoria o infección sistémica.

Por otro lado, las salas de espera de atención a pacientes con VIH son ámbitos de potencial exposición a TB, los Establecimientos de Salud deben tomar las medidas administrativas y de prevención necesarias tales como educación del personal, etiquetas de tos y disponer de mascarillas, además de cumplir con las precauciones respiratorias para pacientes internados con sospecha o confirmación de TB pulmonar.

15. Tuberculosis y COVID-19

Las personas con TB y COVID-19 muestran síntomas similares como tos, fiebre y dificultad para respirar. Ambas enfermedades atacan principalmente a los pulmones y, si bien los dos agentes biológicos se transmiten principalmente a través del contacto estrecho vías respiratorias, el período de incubación desde la exposición a la enfermedad es más largo en la TB y suele presentar un inicio lento.

La tos en la TB suele producir esputo e incluso sangre, pero en la COVID-19 sin complicaciones la tos es generalmente seca en la etapa inicial.

Un diagnóstico temprano tanto de la TB como de la COVID-19 es importante en la atención de las personas propensas a una respuesta desfavorable, incluida la muerte. La edad avanzada y ciertas enfermedades concomitantes como la diabetes y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica aumentan la probabilidad de tener un cuadro grave de COVID-19 y de necesitar cuidados intensivos y ventilación mecánica.

El tratamiento contra la TB no es diferente en las personas con o sin COVID-19, aunque la experiencia sobre el tratamiento conjunto de la TB y la COVID-19 es aún limitada. Sin embargo, la interrupción del tratamiento contra la TB en los pacientes con COVID-19 debe hacerse solo en casos excepcionales. El tratamiento preventivo de la TB y el tratamiento de la TB farmacosensible o farmacorresistente se deben continuar sin interrupción, ya que es importante proteger la salud del paciente.

Vacunación contra la COVID-19; las personas afectadas por tuberculosis (PAT) a partir de los 5 años de edad son consideradas como una población priorizada dentro del plan nacional actualizado de vacunación contra la COVID-19, por lo que deberá promoverse su protección según los protocolos de vacunación establecidos por el ente rector.

16. Tuberculosis y Diabetes Mellitus

Las personas viviendo con diabetes mellitus 2 (DM), tienen hasta tres o cuatro veces mayor riesgo de desarrollar tuberculosis en comparación con personas que no padecen DM. Así mismo, según estudios, el 10 - 30% de los pacientes con tuberculosis también padecen diabetes mellitus 2.

La tuberculosis en las personas con diabetes puede presentarse de forma atípica con síntomas y signos más graves. En las personas con diabetes la tuberculosis puede progresar más rápido, presentarse con más síntomas sistémicos y torácicos y asociarse a una baciloscopia y un cultivo con mayor grado de positividad. La evidencia muestra que las personas con hiperglucemias mal reguladas tienen más probabilidad de padecer formas más graves de tuberculosis.



En toda persona afectada de TB debe realizarse el tamizaje de DM con glicemia en ayunas. Los pacientes con comorbilidad TB-DM deben ser evaluados mensualmente por un endocrinólogo.

La articulación entre el PCT y los servicios que atienden a los pacientes crónicos es muy importante para la orientación tanto para lo relacionado a la TB y del manejo de la Diabetes Mellitus.

17. Tuberculosis en Niños



La tuberculosis en el niño muestra diferencias con respecto al adulto en cuanto al comportamiento epidemiológico, presentación clínica, métodos diagnósticos utilizados, esto es aún más visible en lactantes y preescolares, es así que tan solo el manejo terapéutico es semejante. Los niños que desarrollan enfermedad generalmente lo hacen en los dos años que siguen a la primoinfección. Cuando ésta ocurre antes de la adolescencia, el riesgo de progresar a enfermedad aumenta y puede ser grave especialmente en los niños menores de 5 años y en los inmunocomprometidos.

Son susceptibles de enfermar por tuberculosis, los niños que viven en un hogar donde hay un adulto con tuberculosis activa o un alto riesgo de contraerla, los niños infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) u otra afección que debilite el sistema inmunitario; los que nacen en un país con alta prevalencia de TB, los que viven en un refugio o con alguien que haya estado en la cárcel.

Al igual que en los adultos el seguimiento terapéutico es mensual, valorando el cumplimiento y tolerancia a los medicamentos antituberculosos, presencia de signos clínicos de toxicidad y evolución de los síntomas, siendo la madre o responsable del cuidado del niño quien informa sobre la condición del niño y a quien se le brinda la orientación durante el tratamiento.

Especial atención es la pérdida o la falta de ganancia de peso adecuada, puede indicar falla del tratamiento. Además, las drogas antituberculosas se deben dosificar según el peso corporal, por lo que la supervisión mensual del peso es especialmente importante en la edad pediátrica para ajustar la dosis de los medicamentos.

18. Tuberculosis en condiciones especiales

a. Tuberculosis en el embarazo, recién nacido y lactancia

La tuberculosis en el embarazo y el puerperio se asocia a una mayor morbi-mortalidad materna, fetal y del recién nacido, que es más elevada aún en la co-infección VIH. Las complicaciones obstétricas vinculadas a la tuberculosis que se describen son: aborto espontáneo, pre-eclampsia, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), amenaza de parto y parto pre-término, bajo peso al nacer, aumento de la morbimortalidad neonatal y pre-eclampsia.

El tratamiento debe iniciarse usando los mismos esquemas dispuestos en las normas vigentes; está demostrado que las drogas de primera línea, atraviesan la placenta pero no se han demostrado efectos teratogénicos en humanos. Precisar que el inicio del tratamiento al menos 2 semanas antes del parto disminuirá la probabilidad de transmisión aérea al neonato.

El neonato que presenta TB puede ser asintomático o presentar síntomas inespecíficos como letargo, fiebre, dificultad en la alimentación, bajo peso al nacer y escaso aumento de peso posnatal. Los signos clínicos también son inespecíficos y pueden incluir dificultad respiratoria, neumonía no resolutiva, hepatoesplenomegalia, linfadenopatía, distensión abdominal con ascitis o un cuadro clínico de "sepsis neonatal" con TB diseminada.

El diagnóstico y tratamiento se realiza por los especialistas en Neonatología, quienes indican radiografía de tórax, Baciloscopías, prueba molecular automatizada en tiempo real (GeneXpert/MTB RIF) y otros como aspirados traqueales en niños intubados. El tratamiento se inicia ante la sospecha de enfermedad, mientras se espera la confirmación bacteriológica por el riesgo elevado de progresión de la misma en el recién nacido.

En los neonatos asintomáticos nacidos de madres con TB, la vacunación BCG, durante los estudios de detección de la tuberculosis o de infección tuberculosa latente en el neonato, no se debe administrar debido a que la vacuna interferirá con la interpretación de la prueba de tuberculina. Posteriormente de acuerdo a lo dispuesto a la norma técnica vigente pueden recibir la BCG.

La lactancia debe continuar, excepto la existencia de mastitis tuberculosa o TB MDR. La pequeña concentración de droga que pasa a la leche materna no es tóxica para el lactante. En el caso de TB sensible, si la madre aún no ha cumplido un mínimo de 15 días de tratamiento deberá utilizar mascarillas N95. El aislamiento se indicará solamente en el caso de TB MDR sospechosa o confirmada.

b. Tuberculosis en pacientes con enfermedad renal crónica.

La tuberculosis es un problema importante en los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) teniendo en cuenta que la prevalencia es mayor que en la población general y que el pronóstico es más desfavorable, sobre todo en los pacientes en hemodiálisis, debido a que el riesgo de reactivación de una infección tuberculosa latente es significativamente mayor que en la población general.

El aumento de la TB en esta población se debe principalmente al compromiso inmunitario a nivel de la inmunidad celular y otros factores de riesgo como la edad avanzada, uso de inmunosupresores (glomerulopatías, trasplante renal), comorbilidades así como factores de riesgo epidemiológicos: visitas hospitalarias frecuentes, contacto prolongado y frecuente con otros pacientes en riesgo similar de presentar la enfermedad.

c. Tuberculosis en pacientes con enfermedades hepáticas

La tuberculosis es una enfermedad que se observa en los pacientes portadores de enfermedades hepáticas con mayor frecuencia que en la población general, existiendo reportes de una incidencia 5-15 veces mayor en pacientes con cirrosis, pudiendo considerarse un factor de riesgo independiente En particular, los pacientes con hepatopatía alcohólica o hepatitis C tienen mayor riesgo de desarrollar TB.

La insuficiencia hepática condiciona la existencia de alteraciones del sistema inmune que favorecen el desarrollo de enfermedad tuberculosa. La presentación clínica puede ser atípica o superponerse con la enfermedad de base, siendo las formas de TB extra-pulmonar más frecuentes, lo cual puede dificultar el diagnóstico.

Uno de los mayores desafíos en los pacientes con afecciones hepáticas y TB es el tratamiento antituberculoso, debido a que el mismo incluye drogas potencialmente hepatotóxicas. En los casos de enfermedad hepática descompensada la situación es aún más compleja debiendo recurrir frecuentemente a drogas antituberculosas de 2°línea.

La mayor posibilidad de hepatotoxicidad por los fármacos antituberculosos es la principal determinante de un peor pronóstico en este grupo de pacientes.

d. Tuberculosis en pacientes inmunodeprimidos no VIH: enfermedad autoinmune, reumatológica e inflamatoria intestinal.

Las patologías autoinmunes tales como Artritis Reumatoidea, Espondilitis Anquilosante, Lupus Eritematoso Sistémico, Enfermedad Inflamatoria Intestinal, entre otras, requieren tratamiento con fármacos inmunosupresores y frecuentemente biológicos. Los pacientes que reciben terapia inmunosupresora como corticoides, Fármacos Modificadores de la Enfermedad (FAME: metotrexate, leflunomida, etc.) o biológicos

anti TNF (adalimumab, infliximab, etanercept, etc.) muestran un riesgo elevado de desarrollar TB; ya sea por reactivación de una infección latente como por progresión de una infección primaria.

Además, dichas enfermedades per se aumentan el riesgo de TB; por ejemplo, la Artritis Reumatoidea aumenta al doble el riesgo respecto a la población general. Estos pacientes suelen presentar más frecuentemente formas diseminadas y extrapulmonares de TB. Es fundamental tener presente la búsqueda de infección tuberculosa latente (ITBL) y realizar quimioprofilaxis así como tener un alto índice de sospecha de TB para diagnosticar y tratar una enfermedad activa rápidamente.

e. Tuberculosis como Enfermedad Ocupacional

La transmisión de la tuberculosis en los Establecimientos de Salud a los pacientes y los trabajadores de la salud ha sido reportado en prácticamente todos los países del mundo independientemente de la incidencia de tuberculosis local. Dentro de las poblaciones en riesgo de tener una tuberculosis se encuentra el personal de salud.

El riesgo de infección tuberculosa y enfermedad aumenta con ciertos factores de riesgo ocupacionales como: a) número de años de trabajo en los Establecimientos de Salud donde los pacientes con TB son atendidos, b) la atención directa de estos pacientes, c) los trabajadores en los servicios de urgencias o unidades de medicina o medicina intensiva, d) la atención de pacientes con VIH e) la participación en los procedimientos médicos que generan aerosoles (como inducción de esputo, broncoscopía) y f) malos sistemas de ventilación.

Al ser considerada la tuberculosis una enfermedad ocupacional ligada al trabajo en el sector salud, en todo trabajador de salud con diagnóstico de TB pulmonar debe realizarse prueba de sensibilidad rápida, e implementarse el tratamiento y DOTS respectivo conforme lo establece la normatividad vigente. Todo trabajador de salud que padece de enfermedades inmunosupresoras, no debe trabajar en áreas de alto riesgo de transmisión de TB.

19. Derechos y deberes de una persona afectada por tuberculosis

Según la Ley de prevención y control de la tuberculosis en el Perú (Ley N° 30287) y su reglamento, establece derechos y deberes para las personas que padecen de esta enfermedad.

a. Derechos

No ser discriminada y canalizar sus denuncias a través de los órganos correspondientes.
Gozar, de manera prioritaria, de los beneficios que proveen los programas estatales de inclusión social, siempre que cumpla con los requisitos establecidos por este y con su tratamiento médico.
Durante el tratamiento tiene derecho a ser informada sobre los servicios de salud disponibles, estado de su salud, exámenes, tratamiento, reacciones adversas, importancia de la adherencia al tratamiento; así como a acceder a la copia de su historia clínica cuando la solicite.
Aceptar o rechazar las intervenciones quirúrgicas, y ser informada sobre sus ventajas y riesgos.
Elegir si desea o no participar en programas de investigación.
Tener privacidad y respeto a su dignidad, creencia religiosa y cultural.
Presentar queja o reclamo por los canales proporcionados y ser atendida.
Ser reincorporada a su centro laboral cuando el médico lo autorice.

b. Deberes

Informar al personal de salud sobre su diagnóstico, antecedentes de TB, otras enfermedades, y facilitar la identificación de sus contactos.
Cumplir estrictamente con el tratamiento prescrito.
Informar al personal de salud sobre cualquier dificultad con la continuidad del tratamiento.
Contribuir al bienestar de la comunidad, identificando al sintomático respiratorio y orientándolo para que acuda al establecimiento de salud.
Compartir conocimientos y experiencias obtenidas durante el tratamiento para la TB.
Mostrar consideración y respeto por los derechos de otros pacientes y personal de salud.
Utilizar la mascarilla quirúrgica en todo lugar y cumplir con las medidas de control de infecciones indicadas por el personal de salud, mientras permanezca con bacteriología positiva.

c. Beneficios para el trabajador afectado por tuberculosis

Nulidad de despido por condición de salud.
Continuidad del trabajador en su centro de trabajo.
Derecho de descanso médico a causa de tuberculosis.
Facilidades para cumplir el tratamiento estrictamente supervisado.





ANEXO N° 7
TEST CONOCIENDO MIS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

El siguiente test te ayudará a identificar algunas habilidades de comunicación. Indica en qué nivel sientes que has logrado desarrollar estas habilidades en tu relación con la persona afectada por tuberculosis.

Puntaje:
5 corresponde al nivel más desarrollado
1 corresponde al nivel menos desarrollado

Habilidades de comunicación Empática	1	2	3	4	5
Escucho al otro con atención. Mantengo contacto visual con quien estoy hablando					
Demuestro al otro que le estoy escuchando: doy señales de escucha, parafraseo: "entiendo que..."					
No interrumpo mirando el celular, revisando información, etc.					
Realizo preguntas para asegurar que he comprendido lo que me dijo el otro					
Demuestro actitud de apertura					
Observo el lenguaje corporal del otro: expresión facial, gestual, postura					
Capto los sentimientos y emociones de la otra persona. Muestro interés y preocupación sincero por el otro.					
No cambio el tema de conversación cuando la otra persona necesita comentar algo.					
Mi puntaje en comunicación empática es:					

Habilidades de comunicación Asertiva	1	2	3	4	5
Controlo sentimientos como el temor, cólera o ansiedad que pueden impedir que me comunique asertivamente.					
Busco el momento oportuno y la situación adecuada para comunicar lo que quiero.					
Expreso mis pensamientos o sentimiento de forma clara y directa.					
Asumo la responsabilidad de lo que digo, utilizando expresiones como: " yo creo, yo pienso que...yo no deseo"					
Identifico mis creencias, valores y prejuicios que pueden distorsionar la comunicación con el otro.					
Digo las cosas en el momento en que es necesario hacerlo.					
Me comunico en un tono amable, afectivo, pero a la vez seguro y firme.					
Identifico con claridad lo que pienso, siento y quiero expresar.					
Mi postura corporal es coherente con el mensaje transmitido.					
Mi puntaje en comunicación asertiva es:					

Habilidades de comunicación Efectiva	1	2	3	4	5
Dejo de lado mis puntos de vista para entender a los demás.					
Brindo la confianza necesaria para que me hagan peguntas y expresen sus preocupaciones y emociones.					
Expreso mis pensamientos o sentimiento de forma clara y directa.					
Hablo pausadamente con tono de voz cálido y respetuoso.					
Compruebo si han entendido la información que brindé.					
Utilizo un lenguaje que se adapta a la realidad de la persona afectada, evitando palabras técnicas.					
Demuestro una actitud positiva.					
Brindo alguna opción de selección frente a los problemas que me plantea el otro.					
Llamo por su nombre a las personas afectadas por TB.					
Aclaro todas las dudas o temores de la persona afectada con TB o canalizo hacia otros miembros del equipo interdisciplinario.					
Mi puntaje en comunicación Efectiva es:					

Elige tras habilidades en las que hayas obtenido el menor puntaje y plantea alternativas para mejorar estas habilidades de comunicación

*Fuente: Comunicación efectiva para fortalecer la adherencia al tratamiento de las personas afectadas por tuberculosis-Guía para el participante- Personal de salud. Ministerio de Salud 2015.

ANEXO N° 8
GUÍA DE OBSERVACIÓN HABILIDADES EN LA CONSEJERÍA*

Fecha: _____
Establecimiento de Salud: _____
Personal salud realiza labor Consejería: _____
Fue capacitado en Consejeria?_____ ¿Hace cuánto tiempo? Menor de 1 año ( ) Más de 1 año ( )
Calificación:

	Habilidad	SI	NO	Debe mejorar
1	Busca lograr un ambiente propicio (tranquilo, sin interrupciones) para hacer la consejería.			
2	Saluda al paciente por su nombre y establece una relación cordial.			
3	Pregunta al paciente cómo le va en su tratamiento. Identifica necesidades y/o problemas haciendo preguntas abiertas.			
4	Escucha al paciente con atención. Mantiene el contacto visual.			
5	Capta los sentimientos y emociones del paciente			
6	Se interesa por las dificultades que el paciente expresa.			
7	Identifica y explica al paciente los posibles factores que podrían obstaculizar el tratamiento.			
8	Ayuda al paciente a reconocer sus fortalezas para enfrentar los obstáculos en su tratamiento.			
9	Responde las necesidades particulares del paciente.			
10	Adapta y sugiere nuevas preguntas para profundizar el conocimiento del paciente.			
11	Prioriza y brinda la cantidad de información que puede ser recordada y seguida (dos o tres recomendaciones de acuerdo con la situación encontrada).			
12	Expresa lo que quiere decir de forma clara, sencilla y precisa.			
13	Realiza preguntas para asegurar la comprensión del paciente respecto a lo explicado.			
14	Explica que son acuerdos (compromisos), y que no sólo son recomendaciones o mensajes.			
15	Establece acuerdos (compromisos) concretos y factibles con el usuario.			
16	Verifica el cumplimiento de los acuerdos de la anterior cita.			
17	Motiva al usuario a ponerlos en práctica con el apoyo de su familia.			
18	Concreta con el usuario la fecha para la próxima cita.			
19	Demuestra actitud de apertura, respeto cordialidad sin prejuicios hacia el paciente.			
20	Se despide deja un mensaje sobre la importancia de continuar y terminar el tratamiento.			

V°B° M. MASCARO C. Sub-Gerente — Gerencia de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias - ESSALUD

V° B° J. ZANABRIA C. GERENTE — Gerencia de Política y Normas de Atención Integral de Salud - ESSALUD

*Adaptación de la Guía de Observación, Comunicación efectiva para fortalecer la adherencia al tratamiento de las personas afectadas por Tuberculosis-Guía para el participante- Personal de salud. Ministerio de Salud 2015

Recomendaciones:

_____
_____
_____

_____
Nombre y firma del evaluador

ANEXO N° 09

ENCUESTA SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE LA CONSEJERÍA EN TUBERCULOSIS

Fecha:_____

Establecimiento de Salud:_____

Indicaciones: Esta encuesta es anónima y tiene por finalidad conocer el grado de satisfacción que usted tiene respecto a la Consejería en Tuberculosis. Le pedimos responder las preguntas con sinceridad.

Marque con una X según corresponda

1. ¿Cuántos años tiene?

a.15 a 17 años ( ) b. 18-29 años ( ) c. 30-59 años ( ) d.60 años a más ( )

2. ¿Cuál es su grado de Instrucción:

a. Primaria ( ) b. Secundaria ( ) c. Superior ( )

3. La consulta de consejería que ha recibido, ha sido:

a. Por primera vez ( ) b. Al primer mes de tratamiento ( ) c. Al cambio de fase ( ) d. Al alta ( )

4. ¿Le pareció cómodo el ambiente para la atención de la consejería?

Si ( ) No ( )

5. ¿Le explicaron con palabras sencillas lo relacionado a la tuberculosis?

Si ( ) No ( )

6. ¿Durante la consejería se respetó su privacidad?

Si ( ) No ( )

7. ¿Le prestó atención el profesional que lo atendió?

Si ( ) No ( )

8. ¿Cuáles fueron los acuerdos tomados en la sesión de consejería?

_____

_____

9.Considera que el tiempo destinado para la consejería fue:

a. Muy breve ( ) b. Breve ( ) c. Ni breve ni largo ( ) d. Largo ( ) e. Muy largo ( )

10. ¿Está satisfecho con el trato que recibió durante la consejería?

a. Muy satisfecho ( ) b. Satisfecho ( ) Más o menos satisfecho ( ) d. Poco satisfecho e. Insatisfecho ( )

11. ¿Cómo calificaría la atención brindada en la Consejería?:

a. Muy buena ( ) b. Buena ( ) Regular ( ) d. Mala e. Muy mala ( )

Si tiene alguna sugerencia, escríbala aquí:

_____

_____

Fuente: Elaboración propia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aplicación de la estrategia fin de la TB: aspectos esenciales [Implementing the end TB strategy: the essentials]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016
2. Bastidas, Gilberto Antonio; Maurera, Diomelis; Liccioni, Edith. Tuberculosis y vivencias: Una mirada desde la fenomenología. Cultura de los cuidados, [S.l.], n. 55, p. 57-67, dic. 2019. ISSN 1699-6003. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2019-n55-tuberculosis-y-vivencias-una-mirada-desde-la-fenomenologia> Fecha de acceso: 20 jul. 2022 doi:https://doi.org/10.14198/cuid.2019.55.06.
3. Cajachagua Castro M, Chávez Sosa J, Chilón Huamán A, Camposano Ninahuanca A. Apoyo social y autocuidado en pacientes con tuberculosis pulmonar Hospital Lima Este, 2020, Perú. Rev. Cuid [Internet]. 6 de mayo de 2022 [citado 21 de julio de 2022]; 13(2). Disponible en: https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/2083
4. Castañeda-Navarrete A., Sánchez- León D., Manchego- Quispe M., Musayón- Oblitas Y. Efectividad de la consejería en enfermería en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con tuberculosis de la micro red de salud Jaime Zubieta Calderón en San Juan de Lurigancho, Lima, Perú
5. Castro E., Ma. Padilla P., Solís L. Consejería personalizada en enfermería en el Hospital general de México. http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2009/hg094j.pdf
6. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades-CDC Manejo de pacientes con tuberculosis y mejora de la adherencia al tratamiento. Centro Nacional para la Prevención del VIH/Sida, Hepatitis Virales, ETS y Tuberculosis. División de Eliminación de la Tuberculosis. Atlanta, Georgia, 2014.
7. Cedeño M., Figueroa F. Zambrano, J. Romero C., Arias, C., Santos. E. Apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis. Dom. Cien., ISSN: 2477-8818. Vol. 5, núm.1. ene., 2019, pp. 54-68
8. Consejería Efectiva. Nutrición Materna Infantil. Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos en SAN del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá–INCAP–, el equipo del Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA) y el equipo del Proyecto Nutri-Salud.2017
9. Comunicación no verbal. Área de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo. [Internet]. Libros Virtuales IntraMed. 2019 [consultado 28 jun 2021]. 6 p
10. Culqui D., Munayco C., Grijalva C., Cayla J., Horna-Campos O., Alva K., Suarez, Luis. Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú. Archivos de Bronconeumología. Volumen 48, Issue 5, May 2012, Pages 150-155.
11. De Sislo, Lilly. Escucha Activa: Cómo escuchar de verdad a la gente.2021
12. https://books.google.com.pe/books?id=2ftAEAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=escucha+activa&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
13. Dueñes, M., Cardona D. Factores relacionados con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis, Pereira, Colombia, 2012-2013 Biomédica 2016; 36:423-31 doi: http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v36i3.2904
14. Guía para la Consejería y Pruebas de VIH/Sida en los Programas de Control de Tuberculosis. Programa Regional de Control de Tuberculosis Programa Regional de VIH/Sida Washington DC, abril 2006.
15. Guía práctica de Consejería para adolescentes y jóvenes. Orientaciones generales dirigida a los equipos de Atención Primaria, 2011. Ministerio de Salud de Chile.
16. Instituto Nacional de Salud (Perú). Consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud materno infantil: documento técnico. / Elaborado por Instituto Nacional de Salud. -- Lima: Instituto Nacional de Salud; Ministerio de Salud, 2010
17. Moya Albiol, L. Educar en la empatía. Plataforma Editorial 2019.Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=3w-sDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=empatia+en+salud&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwis76Cxqq_3AhUUF7kGHfoSD14Q6AF6BAgHEAI#v=onepage&q&f=false

18. Ministerio de Salud. Manuales de capacitación para el manejo de la tuberculosis. Manual 7 Consejería. Lima, Perú, 2011.

19. Ministerio de Salud. Comunicación efectiva para fortalecer la adherencia al tratamiento de las personas afectadas por Tuberculosis-Guía para el participante- Personal de Salud. 2015.

20. Montenegro Pasquel, Hohana Patricia (2012). Apoyo emocional y estados de ánimo. Informe final del Trabajo de titulación de Psicóloga Clínica. Disponible en http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2128/1/T-UCE-0007-69.pdf

21. Organización Mundial de la Salud. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la Persona. 1 Véase http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/ - en inglés (consultado el 4 de abril de 2022).

22. Organización Mundial de la Salud. Nota informativa Tuberculosis y COVID 19. Consideraciones para los servicios de atención de la tuberculosis – 2020 https://www.paho.org/es/documentos/oms-nota-informativa-tuberculosis-covid-19-diciembre-2020

23. Pathfinder International Consorcio Socios en Salud Sucursal Perú. Uso de la comunicación efectiva para fortalecer la adherencia al tratamiento de las personas afectadas por la tuberculosis, Disponible en:

https://fdocuments.es/reader/full/uso-de-la-comunicacion-efectiva-para-fortalecer-la-adherencia-al-tratamiento

24. Quevedo, L., Sanchez L. Villalba F., Velásquez D. (2015). Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud. Rev. Enferm. Herediana. 2015; 8(1):11-16.

25. Quiroz, L. Análisis ético del consentimiento informado en pacientes tratados por tuberculosis. Tesis para optar el grado académico de Magister en Bioética, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2014. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/3709

26. Rivera O., Benites S., Mendigure J., Bonilla C. 2019. Abandono del tratamiento en tuberculosis multirresistente: factores asociados en una región con alta carga de la enfermedad en Perú. Biomédica [Internet]. 1 de agosto de 2019 [citado 16 de agosto de 2022]; 39 (Supl. 2):44-7. Disponible en: https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4564

27. Rosado, C. Dimensiones y reflexiones en torno a la consejería. Carmen M. Rosado Pacheco, Cuaderno de investigación en la educación. ssn 1540-0786 Número 26 diciembre 2011, pp. 113-131. Facultad de Educación Universidad de Puerto Rico.

28. Suarez R., Zapata I. Relación entre autoestima y capacidad de agencia de autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital Huaycán, Lima, 2015. Revista Científica de Ciencias de la Salud 8:2 201

29. Zevallos, M. 2017. Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso esquema I en la Red de Salud San Juan de Lurigancho, Lima, Perú. Tesis para optar el grado de maestro en control de enfermedades infecciosas y tropicales, Universidad Cayetano Heredia.