



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**EXPERIENCIA DE LA PASANTE EN EL PROGRAMA
RED TAES DE ENFERMERÍA EN TUBERCULOSIS EN LA
JURISDICCIÓN SANITARIA XOCHIMILCO.**

TESINA QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA: MARTHA AURORA GARCÍA GARCÍA
No. DE CUENTA: 40500836-4**

**DIRECTORA DE TESINA:
MARIA CRISTINA MUGGENBURG Y RODRÍGUEZ VIGIL**

MÉXICO, D.F. 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Al autor de mi vida: Gracias por darme la vida,

por hacer realidad este sueño. Gracias por sus promesas:

Si clamares a la inteligencia, y a la prudencia dieres tu voz.

Si como a la plata lo buscares, y la escudriñares como a tesoros...

Cuando la sabiduría entrare en tu corazón y la ciencia fuere grata a tu alma.

Prov. 2: 3-4,10.

A mis padres: Ma. Josefina García Martínez

Roberto C. García García

Gracias por ser mis padres. Gracias por el apoyo incondicional que me brindaron durante mi formación profesional y por respetar siempre mis decisiones. Gracias por confiar en mí y por motivarme en todo momento.

A mis hermanos: Angélica, Javier y Noemí, por su paciencia en esos momentos especiales y especialmente por sus motivaciones.

Agradezco al **Sistema de Becas para Estudiantes Indígenas PUMC-UNAM** por su apoyo brindado. A todas las personas involucradas en el Programa, que con amabilidad atendieron mis peticiones. Gracias a Wilfrido, por ser mi tutor durante mi estancia en el Programa como becaria

A la maestra: Maria Cristina Mûggenburg y Rodríguez Vigil, por haber aceptado ser mi tutora desde el inicio de la carrera y por su apoyo incondicional. Asimismo a los integrantes del jurado por su disposición.

A mis amigas que compartimos experiencias, logros y sobre todo estuvieron ahí para escucharme.

A la Jurisdicción Sanitaria Xochimilco, por brindarme la oportunidad de realizar mi Servicio Social.

Índice

Introducción	1
I. Contexto	3
1.1 Historia natural de la tuberculosis	3
1.2 Panorama Epidemiológico	6
1.3 Plan Nacional de Salud.....	9
1.3.1 Programa de Tuberculosis	11
1.3.2 Programa Red TAES.....	14
1.3.3 Programa Red TAES de Enfermería en tuberculosis.....	15
1.4 Enfermería Comunitaria.....	19
1.5 Plan de Estudios.....	21
II. Problema	24
III. Objetivo	25
IV. Experiencia en el Servicio Social	26
• Experiencia como pasante de la Red TAES (agosto-octubre 2008).....	26
• Situación epidemiológica (enero-agosto 2008).....	29

• Experiencia como pasante de la Red TAES (septiembre-diciembre 2008).....	34
• Situación epidemiológica (septiembre-diciembre 2008).....	36
• Experiencia como pasante de la Red TAES (enero-junio 2009).....	39
• Situación epidemiológica (enero-junio 2009).....	41
• Pacientes en tratamiento bajo la estrategia Red TAES (junio 2009).....	46
V. Análisis y conclusiones.....	49
VI. Bibliografía.....	56

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una de las enfermedades más antiguas como el mismo ser humano; ya que, de acuerdo a los antecedentes históricos se han encontrado restos óseos con secuelas de la enfermedad. La tuberculosis afecta principalmente a los pulmones en un 90% de los casos, la extrapulmonar es más frecuente en los niños y en las personas con inmunodeficiencia, como las que tienen infección por VIH. Los primeros síntomas suelen ser cansancio, fiebre, sudores nocturnos y pérdida de peso, en tanto que en las fases avanzadas adquieren importancia los síntomas de localización, como tos con flema, dolor torácico, sangre en el esputo y ronquera.

La tuberculosis afecta a todos los grupos de edad, siendo más susceptibles los menores de 5 años de edad y los mayores de 65 años, es discretamente más frecuente en hombres que en mujeres (1.3:1), sin embargo en algunos países mueren más mujeres que hombres por este padecimiento. Un caso de tuberculosis no tratado puede infectar de 10 a 15 personas; del 100% de pacientes con tuberculosis sin tratamiento, 50% muere en 3 años, 25% permanece infectante y 25% involuciona hacia la curación. Existen grupos poblacionales, que por su situación social y cultural son más vulnerables para contraer la tuberculosis como los migrantes, indígenas, reclusos, jornaleros, adictos, diabéticos, personas con VIH/SIDA; y en general personas con bajos recursos.

El presente trabajo se realizó con la finalidad de plasmar la experiencia adquirida durante el desarrollo del Servicio Social en el Programa de Red TAES de Enfermería en tuberculosis, cuyo objetivo es contribuir en la lucha contra la

tuberculosis, incrementando la detección de casos, la cobertura del tratamiento así como la calidad del cuidado en la atención de los pacientes, y en la expansión de la estrategia Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES).

Esta tesina quedó integrada por los siguientes capítulos: Introducción; Contexto: Historia natural de la tuberculosis, Panorama Epidemiológico, Plan Nacional de Salud, Programa de Tuberculosis; Programa Red TAES, Programa Red TAES de Enfermería en tuberculosis, Enfermería Comunitaria, Plan de Estudios; Problema; Objetivos y Experiencia en el Servicio Social.

I CONTEXTO

1.1.- Historia natural de la tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa crónica, causada por una micobacteria del complejo *Mycobacterium*: *M. tuberculosis*; es una de las enfermedades más antiguas de la humanidad. Los griegos lo denominaron *phthisis*¹. La tuberculosis afecta principalmente a los pulmones, pero de ahí puede diseminarse por la vía hepática o linfática a otras partes del organismo, como en el sistema nervioso central, los riñones o la columna vertebral. En 1882, Roberto Koch descubre el *Mycobacterium tuberculosis* lo que constituyó las bases de la bacteriología moderna; a partir de entonces el reto por contar con un tratamiento eficaz incluyó: el colapso toracoplástico, el neumotórax extrapleurar y la resección pulmonar.

Agente causal: es causada por *Mycobacterium tuberculosis*. El bacilo de la tuberculosis, es un bacilo ácido-alcohol-resistente, aerobio, de multiplicación lenta, que puede permanecer en estado latente por muchos años.

Reservorio: el hombre es el principal reservorio, ya sea el sano infectado o el enfermo, pero sólo cuando el hombre sano infectado se convierte en enfermo es fuente de infección. En algunas ocasiones otros reservorios son los primates, el ganado vacuno, los tejones, los cerdos y otros mamíferos enfermos.

¹ Organización Panamericana de la salud: El control de las enfermedades transmisibles, 18ª edic. Washington, DC: OPS; 2005 (Publicación Científica y Técnica No. 613 y Boletín de la OPS sobre la tuberculosis en la Región de las Américas, Vol. 7, No. 1, marzo de 2004 en <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/tb-boletin.htm>.

Transmisión: la tuberculosis se transmite de persona a persona a través de las gotas de flügge que son eliminadas al toser, estornudar, gritar, etc; por personas con tuberculosis activa². Los bacilos tuberculosos (en número de 1 a 3) forman los núcleos de estas gotitas, lo suficientemente pequeñas (1-5 micras de diámetro) como para evaporarse, y permanecer suspendidas en el aire varias horas.

La posibilidad de que la enfermedad se transmita depende de cuatro factores:

- Las características del enfermo: la capacidad de infectar de un enfermo determinado va a depender de la cantidad de bacilos que expulse con sus secreciones respiratorias, estando en relación directa con la tos, la existencia de lesiones cavitadas.
- El entorno en el que tiene lugar la exposición.
- La duración de la exposición.
- La susceptibilidad del receptor.

Período de incubación: desde el momento de la infección hasta que aparece la lesión primaria o una reacción tuberculínica significativa, de 4 a 12 semanas, aproximadamente. Si bien el riesgo ulterior de tuberculosis pulmonar o extrapulmonar progresiva es máximo durante el primer o segundo año después de la infección, puede persistir durante toda la vida en forma de infección latente³.

² Icart. M Teresa. Enfermería Comunitaria Epidemiología. Edit. Masson, España 2000. Pp. 367.

³ Beneson, Abram. Manual para el control de las enfermedades transmisibles. Organización Panamericana de la Salud. Pp. 471-481.

Periodo de transmisibilidad: en teoría, todo el tiempo durante el que se expulsan en el esputo bacilos tuberculosos viables el grado de transmisibilidad depende de números de bacilos expulsados y su virulencia, de la buena ventilación, la exposición de los bacilos al sol o a la luz ultravioleta, y las oportunidades de que se dispersen en aerosol por la tos, el estornudo, el habla o canto⁴.

Susceptibilidad y resistencia: el riesgo de presentar la enfermedad es más frecuente en menores de 3 años, más bajo en etapas posteriores de la niñez y de nuevo alto en los adolescentes, los adultos jóvenes, los muy ancianos y los sujetos inmunosuprimidos.

La historia natural muestra que los bacilos al inhalarse y alojarse en el pulmón (en los dos tercios inferiores, por ser los de mayor ventilación) y dependiendo del número de éstos, la virulencia y la resistencia del huésped, puede ocurrir un proceso inflamatorio y generar necrosis tuberculosa con una zona de granulaciones (vasos sanguíneos, linfocitos, células epiteloideas y fibrillas de colágena); los bacilos pueden no ser muy numerosos, se ha sugerido que la caseificación puede ser el mecanismo de defensa, con la resistencia adecuada las lesiones quedan inactivas y el material caseoso puede ser resorbido, espesado, calcificado o más tarde licuado y los bacilos pueden ser totalmente eliminados; quizá estén inactivos pero virulentos durante años (infección)⁵.

⁴ Ibidem.

⁵ Tapia C. Roberto. El Manual de Salud Pública. Edit. Intersistemas, México, 2007. Pp. 472.

1.2.- PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

La tuberculosis sigue siendo la enfermedad infecciosa humana más importante que existe en el mundo. Sin embargo, la situación actual de la tuberculosis en el mundo es un fiel reflejo de las enormes diferencias económicas y sociales que existen entre los distintos países, pudiendo evidenciarse como el 95% de los casos de la enfermedad y el 98% de las muertes se dan en los países con menos recursos económicos.

En 1999 fueron declarados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) 3.689.822 nuevos casos de enfermedad, aunque estimó que esta cifra se situó alrededor de los 8.417.000 casos (tasa global de 141/100.000), de los que 3.724.000 eran portadores de baciloscopia positiva (tasa de 62/100.000). Igualmente, ese año se estimó que el 80% de la carga de tuberculosis en el mundo se estaba produciendo en 23 países concretos que son los priorizados por la OMS⁶.

En relación con lo antes mencionado se entiende que la tuberculosis es una de las enfermedades a la cual se le debe dar prioridad con toda la atención que merece; la enfermera en su papel como educadora de la salud tiene una responsabilidad fundamental para disminuir los riesgos y por lo tanto disminuir la mortalidad por esta enfermedad.

Debido a su magnitud y trascendencia, la tuberculosis pulmonar representa un problema prioritario de salud pública en México, ya que afecta a cualquier edad y

⁶ Caminero J. A. La tuberculosis para médicos especialistas. Edit. Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER), Francia. Pp. 34.

con mayor frecuencia a la población en edad productiva, en particular al sexo masculino.

El Plan Regional para las Américas de la OPS/ OMS, ubica a México dentro del grupo de países que presenta una incidencia estimada de 0 a 24 por cada 100 mil habitantes y tiene una cobertura Tratamiento Acortado Estrictamente Observado (TAES) mayor del 90%, en el cual se incluyen Argentina, Belice, Panamá y Venezuela. El grupo ha presentado una disminución de la incidencia de TB a partir del año de 1998, atribuida al impacto de la tendencia de México que concentra cerca del 48% del total de los casos y 61% de la población.

De acuerdo con la información registrada en el programa de Acción Específica, en México se registran cada año cerca de 15 mil casos nuevos de tuberculosis pulmonar y cerca de dos mil defunciones por esta causa, lo que representa una importante pérdida de años potenciales de vida saludable y, por consiguiente, un obstáculo para el desarrollo socioeconómico de México, ya que el promedio de edad de muerte por este padecimiento es de 54 años.

En 2006 se registraron en el país 13,813 casos de tuberculosis pulmonar, que se calcula representan 83% de los casos existentes. Del total de casos detectados, 97% recibieron tratamiento. Del total de casos tratados, 77% se curaron. En las áreas TAES este porcentaje fue de 100%. Todo esto se ha traducido en un descenso de la incidencia de tuberculosis y de la mortalidad por esta causa. El reto de este programa es extender la estrategia TAES a todo los rincones del país, fortalecer las actividades de búsqueda activa de casos en grupos vulnerables y población general, y consolidar los procesos de seguimiento de los

enfermos detectados. Actualmente se reconoce la importancia de la tuberculosis multi-resistente, que requiere vigilancia especial⁷.

En México, en 2007 se registraron 17,329 casos de tuberculosis en todas sus formas clínicas, con una tasa de 16.38 por cada 100 mil habitantes, lo que refleja una disminución de 10.5% respecto a la tasa registrada en el 2000, cuando se identificaron 18,434 casos con una tasa de 18.3 por cada 100 mil. Del total de casos notificados en 2007, 14,550 correspondieron a tuberculosis pulmonar (13.8 por 100 mil), lo que representó una disminución de 7% respecto a los 15,649 casos del 2000⁸.

La situación de la tuberculosis en las entidades federativas presenta patrones de concentración bien definidos de estados con tasas de incidencia elevadas, principalmente en occidente y Golfo de México y con menor incidencia en los estados del centro. Cabe señalar que Tamaulipas y Baja California duplican la tasa nacional (13.5), y junto con Veracruz, Chiapas, Nuevo León, Jalisco, Sinaloa, Nayarit, Guerrero, Sonora, Oaxaca y Chihuahua concentran 70% de los casos identificados en el país. Del total de casos registrados en 2007, 84% corresponde a la forma pulmonar, 5% a ganglionar, 1% a meníngea y el resto (10%) a otras formas⁹.

La tuberculosis es una enfermedad de salud pública; ya que toda persona está en riesgo de padecerla; sin embargo, se ha mencionado que existen grupos de personas que están más vulnerables, ya sea por su estado de salud, social y

⁷ Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud, México. Pp. 68.

⁸ Programa de Acción Específica 2007-2012. Tuberculosis. Secretaría de Salud, México. Pp. 18.

⁹ Ibidem.

geográfica. Ante esta situación se incluye el programa de tuberculosis en el Plan Nacional de Salud.

1.3.- PLAN NACIONAL DE SALUD

México sufre todavía enfermedades del subdesarrollo, como las asociadas a padecimientos infecciosos y desnutrición, y al mismo tiempo enfrenta desafíos de los países avanzados, como el cáncer, la obesidad, las cardiopatías y la diabetes. Junto con esta transición epidemiológica, enfrentamos rezagos inocultables como los elevados índices de mortalidad materno-infantil.

Tomando en cuenta estas realidades y consideraciones, el *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012* propone, en materia de salud, avanzar hacia la universalidad en el acceso a servicios médicos de calidad a través de una integración funcional y programática de las instituciones públicas bajo la rectoría de la Secretaría de Salud. Para cumplir este compromiso, se diseñó el *Programa Nacional de Salud 2007- 2012*, el cual está estructurado en torno a cinco grandes objetivos de política social:

- 1) Mejorar las condiciones de salud de la población.
- 2) Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.
- 3) Reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.

4) Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal.

5) Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en México.

Dentro de este Plan Nacional de Salud se contempla la prevención y control de la tuberculosis, ya que es un problema de alta prioridad global y nacional que cuenta con un programa de control específico cuyo objetivo es disminuir el riesgo de enfermar y morir por esta causa. La actividad principal de este programa es la detección oportuna de casos y su atención a través de la estrategia de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) lo que ha contribuido al descenso de la incidencia de casos nuevos de tuberculosis y de la mortalidad por esta causa.

La tuberculosis es una enfermedad re-emergente de importancia creciente que afecta sobre todo a las poblaciones más pobres y a las personas con problemas de inmunodeficiencia, incluyendo a las personas con VIH. Con el fin de prevenir y controlar la tuberculosis, la actual administración se propone:

- Incrementar las estrategias de detección, diagnóstico y tratamiento de los individuos con tos y flema, con énfasis en las áreas y poblaciones de mayor riesgo (personas con VIH, diabéticos, usuarios de drogas, indígenas, personas privadas de la libertad) y expandir la estrategia del Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES).
- Mejorar el sistema de información, consolidando sectorialmente el registro de casos y su vigilancia epidemiológica en la Plataforma Única de Tuberculosis

(PUT). La meta es incrementar la curación de los casos de tuberculosis de 77 a 85% y reducir anualmente en 5% la tasa de mortalidad por tuberculosis pulmonar en personas de 15 años y más¹⁰.

No obstante que en la actualidad son bien reconocidas las características del agente, el huésped y los factores de riesgo para la propagación de la tuberculosis, este padecimiento se mantiene como un serio reto para la salud pública de países como el nuestro, por la asociación cada vez más frecuente con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el desarrollo creciente de cepas resistentes a los medicamentos y los costos que conlleva su prevención y control para las instituciones, las familias y las personas que la padecen¹¹.

1.3.1.- PROGRAMA DE TUBERCULOSIS

El Programa de Acción para la Prevención y Control de la Tuberculosis es coordinado por la Secretaría de Salud e incluye a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS). Se orienta al reforzamiento permanente de las acciones, con una nueva visión interinstitucional para el manejo integrado de pacientes y de población en riesgo. Ante ello, se han unificado los criterios de políticas, estrategias y líneas de acción para conformar un solo frente ante este problema de salud en el marco de la “Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor Salud 2007-2012” el cual establece entre sus objetivos: reducir la carga de enfermedades, promoviendo entornos y

¹⁰ Ibidem. Pp. 99.

¹¹ Programa de Acción Específica 2007-2012. Tuberculosis. Op Cit.

comportamientos saludables, e integrar la prevención específica en cada etapa de la vida, así como detectar y tratar con oportunidad los padecimientos que aquejan a la población¹².

Su misión es contribuir a alcanzar una mejor calidad de vida de los pacientes y de población en riesgo, mediante acciones integradas y permanentes de promoción, prevención, tratamiento y vigilancia de la tuberculosis, reduciendo los riesgos de enfermar y morir por esta causa. En cuanto a la visión es ser un Programa Líder para lograr un “México Libre de Tuberculosis”, a través del establecimiento de prácticas orientadas al mejoramiento de la salud de la población con igualdad de oportunidades, sin distinción de género o categoría social.

Con base en la problemática identificada, a continuación se enlistan las principales estrategias a fin de lograr los objetivos del Programa:

- Fortalecimiento de las competencias técnicas y operativas en detección, diagnóstico y tratamiento, al personal médico, paramédico y microscopistas en unidades y laboratorios del Sector Salud y de la práctica privada, para la intensificación y expansión de las acciones en la población y grupos vulnerables.
- Consolidación de la alianza público-privada (APP) mediante la difusión de los Estándares para la Atención de la Tuberculosis en México.

¹² Ibidem. Pp. 68

- Fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica con carácter sectorial mediante el impulso de la Plataforma Única de Información: Módulo tuberculosis, además del análisis de la mortalidad por esta causa.
- Integración de Red de expertos especialistas en tuberculosis con resistencia a fármacos y actualización de las directrices para la atención de pacientes con TB-MDR y XDR, con participación interinstitucional y de organismos internacionales.
- Fortalecimiento de la colaboración interprogramática con CENSIDA para hacer frente a la coinfección TB-VIH-SIDA.
- Fomento de la participación comunitaria y la sociedad civil organizada, a través de estrategias de abogacía, comunicación y movilización social (ACMS), para el empoderamiento de los afectados, sus familias y comunidades a fin de incrementar la corresponsabilidad social en la prevención y control de la tuberculosis.
- Fortalecimiento de la investigación en tuberculosis para mejoramiento de la operación y toma de decisiones en el Programa.

Así como el Programa de Acción para la Prevención y Control de la Tuberculosis; existen otras organizaciones como el Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, creada el 10 de noviembre de 1939 en México; como un organismo de cooperación y acción social, propulsor de la campaña contra esta enfermedad y la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER) que es una organización no gubernamental fundada en 1920, la sede se encuentra en París, Francia. Sus objetivos generales son la prevención y

control de la tuberculosis y enfermedades respiratorias así como la difusión de la información sobre los riesgos del tabaquismo. Para lograr sus objetivos esta organización lleva a cabo diversas actividades tales como: conferencias, cursos y publicaciones, dirigidas todas estas a los trabajadores de la salud y profesionistas afines¹³.

1.3.2.- PROGRAMA RED TAES

En 1994 la Organización Mundial de la Salud declaró a la tuberculosis como una emergencia mundial y estableció la Estrategia de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) como piedra angular de intervención, estrategia que garantiza la adherencia al tratamiento, mejora la eficacia y, por ende, garantiza 95% de éxito en la curación de estas personas. En México, la estrategia fue implementada en 1996.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud recomendaron la estrategia conocida como Tratamiento Acortado Directamente Observado (DOTS/TAES) en el que contempla los siguientes elementos:

- Compromiso político del gobierno de garantizar los recursos necesarios para el control de la tuberculosis, a través del suministro regular de medicamentos e insumos de laboratorio, en todos los servicios o unidades de salud.

¹³ Alianzas estratégicas. Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICter). En <http://www.cenavece.gob.mx/tuberculosis/default.asp?=92>.

- Organización de la detección, diagnóstico y tratamiento de casos.
- Diagnóstico mediante el examen de esputo en los pacientes con síntomas respiratorios (tos y expectoración) que acuden a los servicios de salud.
- Tratamiento acortado con observación directa de la toma de medicamentos.
- Sistema de información oportuno para el registro y seguimiento de los pacientes hasta su curación.
- Capacitación, supervisión y evaluación¹⁴.

1.3.3 PROGRAMA RED TAES DE ENFERMERÍA EN TUBERCULOSIS

Antes de hablar del Programa de red TAES de enfermería, se mencionan brevemente sus antecedentes.

2002: se conforma la integración de la Red Latinoamericana de Enfermería.

2003-2007: se llevan a cabo 3 reuniones de seguimiento en Latinoamérica.

2005-2007: la OPS/OMS realiza 2 visitas de monitoreo en México.

2007: Participación en elaboración de Guía de Competencias.

2008: Participación de La Unión en Reunión Nacional.

¹⁴ Guía de Enfermería para las aplicaciones de la Estrategia DOTS/TAES. Edit. Organización Panamericana de la Salud. El Salvador, 2000. Pp. 3.

2009: Prueba piloto para Guía de Competencias.

En México, se realiza la convocatoria oficial en el 2003 en el que se integran 60 enfermeras estatales; así como líderes en movilización social y capacitación.

La Red TAES de Enfermería en México se constituye para fortalecer las habilidades humanísticas y de organización comunitaria entre las enfermeras mexicanas debido a su alta sensibilidad y de fácil penetración en la comunidad. Esta Red se integra en seguimiento a la recomendación de Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER) de integrar una Red de Enfermería en tuberculosis para Latinoamérica y el Caribe. México pionero en su integración, ha afiliado a ella más de 5200 enfermeras¹⁵.

Para comprender más acerca del programa se considera que es importante mencionar su razón de existir y hacia dónde se dirige. Así que la misión de la Red TAES de Enfermería consiste en informar, sensibilizar y capacitar al personal de salud y grupos integrados de la comunidad; orientar a la familia y contactos de los pacientes con tuberculosis sobre la enfermedad considerando su entorno familiar, social y laboral; además de gestionar los recursos para el desempeño de sus actividades, para que la atención que se otorgue al paciente con tuberculosis sea oportuna y eficiente que contribuya en la detección, supervisión del tratamiento y seguimiento hasta su curación¹⁶.

Su visión es que sea reconocida como agente de cambio en la movilización social y por su liderazgo en la contribución eficiente en la lucha contra la tuberculosis,

¹⁵ Ibidem.

¹⁶ Módulos de Capacitación Humanística y de Organización Comunitaria en Tuberculosis. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica Epidemiológica y Control de Enfermedades. Programa Nacional de Tuberculosis. ISBN. 970-721-176-8.

desempeñando sus funciones con entusiasmo, responsabilidad, disciplina y servicio, en coordinación con otras dependencias y grupos existentes en la comunidad, con un evidente sentido de pertenencia y cohesión en sus integrantes a fin de lograr un “México libre de tuberculosis”.

Asimismo, su objetivo es contribuir en la lucha contra la tuberculosis, incrementando la detección de casos, la cobertura del tratamiento así como la calidad del cuidado en la atención de los pacientes, y en la expansión de la estrategia TAES. Y para ello realiza las siguientes funciones:

1. Establecimiento de enlaces entre los niveles nacional-estatal, jurisdiccional y local.
2. Ejercer liderazgo efectivo y afectivo.
3. Convocar a la movilización social.
4. Desarrollo de eventos especiales.
5. Ser facilitadoras de desarrollo humano y técnico en escuelas de enfermería.
6. Desarrollo de investigaciones operacionales.

Las funciones de enfermería abarcan tantos los aspectos de detección de casos como un componente esencial para el control de la tuberculosis; así como el seguimiento del tratamiento o de la quimioprofilaxis¹⁷. Para ello se realizan diversas actividades de promoción de la salud orientadas a la identificación de signos y síntomas tempranos entre la población en riesgo, así como al fomento de

¹⁷ Zurro A. Martín. Atención Primaria. Edit. Mosby. 3ª Edic, España. 1994. Pp. 1014.

las medidas preventivas como el mejoramiento del estado nutricional, aplicación de BCG en los recién nacidos y búsqueda oportuna de atención médica en presencia de síntomas compatibles con la enfermedad.

La detección temprana de personas con tuberculosis permite iniciar el tratamiento con oportunidad y aumentar las tasas de curación en la población afectada, a ello contribuye la búsqueda activa de casos y contactos que se realiza, en particular en áreas y grupos vulnerables con mayor potencial de transmisión: prisiones, personas con VIH/SIDA, comunidades indígenas, jornaleros, migrantes y personas con diabetes, principalmente.

Un componente muy esencial en la lucha de este padecimiento es la sensibilización al personal de salud y la información a la población, sobre la importancia de la tuberculosis y las medidas de protección para el auto-cuidado; sin embargo, en la vida diaria se observa que son muy pocas las personas que están concientes de la situación incluyendo el personal de salud. En éste último tiene un riesgo muy alto de contraer la enfermedad por el contacto que hay con los pacientes.

Por otra parte la participación activa e incorporación efectiva de la comunidad, en la búsqueda de sintomáticos respiratorios, son consideradas como mecanismos adicionales que contribuyen en la prevención y control de la enfermedad. Sin embargo, en la práctica las personas no quieren involucrarse o las mismas compañeras del equipo, porque, consideran que es una carga de trabajo para las pocas personas que se ofrecen como promotores de la salud; ya que, ellas creen que al solicitar la ayuda de las personas es deslindar responsabilidades; por lo

que difiero en ese aspecto, pues al integrar las personas como promotores o inspectores favorecen los cuidados a las familias y comunidad.

Asimismo, la administración oportuna de los medicamentos antituberculosis logra rápidamente que los pacientes dejen de ser contagiosos, cortando así la cadena de transmisión. El tratamiento se clasifica en: primario acortado, retratamiento primario, retratamiento estandarizado y retratamiento individualizado. Cualquiera de estos esquemas de tratamiento deben ser prescritos por personal de salud capacitado en el tratamiento de casos de tuberculosis.

1.4 ENFERMERÍA COMUNITARIA

El origen de la enfermería comunitaria se sitúa en 1859 cuando se constituyó en Gran Bretaña, de la mano del filántropo Rathbone, la primera organización de enfermeras de salud pública, denominadas enfermeras visitadoras, cuyas funciones consistían en atender a los enfermos pobres de la ciudad proporcionándoles cuidados, educación y medidas higiénico-sanitarias y sociales¹⁸.

La unidad básica de la sociedad es la familia, y es modificada de acuerdo a las creencias y costumbres de cada cultura. La ONU ha definido a la familia como “el grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por general al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos”; pero prefiere considerarla como “toda

¹⁸ Sánchez M. Antonio. Enfermería Comunitaria 3. Actuación en Enfermería Comunitaria. Los Sistemas y Programas de Salud. Edit. Mcgraw-Hill. Interamericana, España. Pp. 107.

unidad biopsicosocial integrada por un número variable de personas, y como grupo cumple funciones vitales propias con la relación sexual, la reproducción, la educación y la subsistencia”¹⁹.

En relación con lo antes mencionado se puede decir entonces que la familia juega un papel muy importante en el cuidado de la salud o autocuidado de uno de sus integrantes, porque interviene en las decisiones sobre el uso de los servicios y en seguimiento de los tratamientos. Asimismo, en el hogar es donde se resuelve la mayor parte de los problemas de salud sin recurrir a los servicios médicos; ya que, se ofrecen cuidados informales prestados principalmente por mujeres²⁰.

Uno de los objetivos de la enfermera comunitaria es conocer las estructuras y dinámica de la familia para entender mejor las conductas de las personas y así brindar los cuidados y apoyo necesarios. Para ello la valoración y la comunicación constituyen los elementos esenciales para el cuidado que brinda la enfermera.

La comunicación es el medio a través del cual la persona establece relaciones con otros. Cherry (en King, 1984) definió la comunicación como “un proceso dinámico, fundamental para la existencia, el crecimiento, el cambio y la conducta de todos los seres vivos, ya sean individuos u organizaciones”²¹.

Así que la comunicación enfermera-paciente es la herramienta principal para establecer un clima de confianza, de forma que la presencia de la enfermera no interfiera en el desenvolvimiento natural de la persona al llevar a cabo la valoración. Asimismo, también es muy importante observar en la comunicación

¹⁹ Revilla L. Monografías Clínicas en Atención Primaria. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Vol.7. Edit. Doyma. España, 1991. Pp. 96.

²⁰ Durán Ma. Desigualdad social y enfermedad. Edit. Tecnos. Madrid, 1983. Pp. 22-23.

²¹ Novel M. Gloria. Enfermería Psicosocial y Salud mental. Edit. Masson. España, 2000. Pp. 207.

no verbal; ya que, a través de ella se puede confirmar lo que dice verbalmente, añadir una carga emocional a lo que se dice o confundir o contradecir el mensaje verbal, es decir que complementa a la comunicación verbal.

1.5 PLAN DE ESTUDIOS

La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia busca responder las necesidades de la población al formar profesionales de enfermería, a través de la docencia capacita a los estudiantes para adquirir los conocimientos, habilidades y conciencia necesarios para comprender la sociedad y participar en la solución de los problemas del área de la salud que afecta a la población.

La función específica de la enfermería es el cuidado de la salud y se ocupa de las acciones encaminadas a la satisfacción de las necesidades físicas, psicológicas, sociales y/o a la resolución de los problemas de salud reales o potenciales, cuando los sujetos sanos o enfermos que los presentan no puedan resolverlos por sí mismos, ya sea por carencia de información o por algún impedimento físico o mental, tendiendo siempre a que los individuos y las colectividades logren la autosuficiencia en su cuidado²².

En relación con lo antes mencionado la enfermería realiza acciones en cada uno de los tres niveles de atención en los campos de la salud pública, atención médica y asistencia social. En el primer nivel de atención actúa como enlace entre los servicios de salud y la población; ayuda a la comunidad a localizar sus problemas

²² Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Disponible en Internet: <http://www.eneo.unam.mx/eneosite/index.htm>. Consultado el 11-06-09.

de salud, tomar conciencia de ellos y a elaborar respuestas a los mismos a través del autocuidado; valora las necesidades de salud de los individuos y grupos, lleva a cabo intervenciones de enfermería para el fomento y promoción de la salud y canaliza a los enfermos a otros niveles institucionales para la correspondiente atención médica.

En el segundo y tercer nivel de atención valora, planea, interviene y evalúa los cuidados integrales proporcionados a la persona y su familia, participa multidisciplinariamente en las acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Además de la función asistencial, relacionada con el cuidado directo al individuo, familia o comunidad, el egresado de enfermería asume funciones administrativas, de docencia y de investigación.

En general la base del cuidado de enfermería está en la persona, no importando en que nivel se encuentre. Por ello el (la) egresado (a) Licenciado (a) en Enfermería tiene la capacidad y la habilidad de desempeñarse en cualquier nivel de salud por el perfil que tiene. Sólo por mencionar algunas de las características que están relacionadas con el primer nivel se encuentran las siguientes:

- ⇒ Comprender los factores que condicionan la calidad de vida a fin de analizar la realidad nacional de los problemas prioritarios de salud en relación con la estructura del Sistema Nacional de Salud para la participación en el desarrollo de condiciones de vida y comportamientos saludables.
- ⇒ Interpretar críticamente los programas de salud en el ámbito nacional, estatal y municipal para el multiprofesional e interprofesionalmente en las acciones

estratégicas, tácticas y operativas que los programas prioritarios en los tres niveles de atención, particularmente en el fortalecimiento de primaria.

⇒ Brindar servicios de enfermería al individuo, familia y grupos sociales de alto, mediano y bajo riesgo, con base en las necesidades y respuestas humanas, en los sitios donde la persona se desarrolla ó donde acude a atender su salud.

⇒ Ejercer liderazgo para la toma de decisiones en el campo de enfermería, en la coordinación del campo de trabajo y en la participación de la planeación de los servicios de salud²³.

Por otro lado la enfermería también asume otras funciones que son administrativas, de docencia y de investigación. Las funciones administrativas consisten en la organización, dirección y gestión de los servicios de enfermería que garanticen el cuidado integral de las personas; la función docente en la responsabilidad de formar y actualizar al personal de enfermería; y la de investigación, en la búsqueda de estrategias para promover por una parte el mejoramiento del cuidado y de las tecnologías de enfermería, y por la otra el desarrollo de los servicios de salud.

²³ Ibidem.

II.- PROBLEMA

Al iniciar el Servicio Social en el Programa de Red TAES de Enfermería en Tuberculosis, se corrobora que la tuberculosis pulmonar es la más frecuente presentándose en una proporción de 0.78 de los casos registrados hasta agosto del 2008; el grupo de edad más afectado fue de 25 a 44 años. También se encontró que la diabetes es la enfermedad concomitante que se presenta comúnmente.

Uno de los problemas encontrados es que hay un déficit de conocimientos sobre la tuberculosis en el individuo, familia y comunidad; lo que conlleva a una deficiencia en las prácticas del autocuidado y en la prevención de la enfermedad.

III.- OBJETIVO

Describir la experiencia adquirida durante el desarrollo del Servicio Social en el Programa de Red TAES de Enfermería en Tuberculosis, destacando la importancia del cuidado, la prevención y la coordinación con las instancias responsables del Programa, para retroalimentar al Programa de Red TAES que en último término busca la salud del individuo, familia y comunidad. Para el logro del objetivo se llevan a cabo las siguientes actividades:

- Conocer los casos de tuberculosis presentados al nivel Jurisdiccional.
- Identificar factores que intervienen para el desarrollo de las actividades programadas.
- Proporcionar cuidados de atención de Enfermería a las personas con tuberculosis y a su familia en todos los Centros de Salud.
- Realizar actividades de promoción, prevención y detección de tuberculosis a los usuarios de los servicios de salud.

IV.- EXPERIENCIA EN EL SERVICIO SOCIAL

- **Experiencia como pasante de la Red TAES (agosto–octubre de 2008)**

Al inicio del servicio social una de las principales actividades tanto de administración como de investigación fue realizar el estudio epidemiológico de los casos de tuberculosis presentados de enero a agosto del 2008, con la finalidad de conocer primeramente la problemática que representa esta enfermedad al nivel personal, familiar y social; así como conocer al grupo de trabajo. Para ello fue necesario revisar “la sábana” de registro de control y seguimiento de tuberculosis; los expedientes clínicos; tarjetas de registro y control de tratamiento y la base de datos.

CASOS REGISTRADOS ENERO-AGOSTO 2008	
CLASIFICACIÓN	No
Terminaron tratamiento	4
Curación	11
Abandono	2
Reingreso	1
Total	18

Después de haber revisado “la sábana” de registro y control, se encontraron 18 pacientes con tuberculosis en tratamiento bajo supervisión. De los cuáles de acuerdo a la clasificación final que el Programa de Tuberculosis maneja, 4 terminaron el tratamiento según los esquemas establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993; 11 se clasificaron como curación comprobados por baciloscopia; 2 fueron abandonos.

De los dos últimos casos, uno corresponde a un paciente con tuberculosis pulmonar quien estuvo en tratamiento en el Centro de Salud de Santa María Nativitas. La epidemióloga informó a la pasante de Red TAES de Enfermería por vía telefónica a la Jurisdicción, que la persona no había acudido al Centro de Salud por su tratamiento; ya que, se regresó a su comunidad en el estado de Puebla (información proporcionada por su hermana), pues su esposa estaba a punto de “aliviarse”. Por lo que en coordinación con la doctora responsable del programa de Micobacteriosis se realizaron llamadas de larga distancia a Puebla para explicarle la importancia de terminar el tratamiento; sin embargo, no hubo éxito.

El segundo caso también fue de tuberculosis pulmonar correspondiente al Centro de Salud de Xochimilco; la epidemióloga encargada del Centro informó que después de realizarle varias visitas domiciliarias nunca se le encontró; ya que, la persona no vivía en los domicilios que había proporcionado. Por otro lado el paciente era alcohólico, por lo que esto fue un factor muy importante que interfirió y propició el abandono del tratamiento.

El caso que se presenta como reingreso, realmente había sido un abandono, pero después de hacerle varias visitas para reconquistarlo por parte de la pasante responsable de Red TAES de Enfermería la persona volvió por lo que se clasificó como reingreso (es el enfermo de tuberculosis que reinicia el tratamiento después de haberlo abandonado)²⁴.

²⁴ NOM-006-SSA2-1993. Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud. Secretaría de Salud. México, 2005. Pp. 13.

Este caso corresponde a una persona de sexo masculino de 36 años del Centro de Salud de San Gregorio Atlapulco, quien inicialmente estaba en los dos últimos meses de fase de sostén pero que dejó de asistir al centro de salud por cuestiones económicas o a veces por el trabajo. Su esposa decía que por el horario de trabajo no podía acudir al Centro de Salud a la hora que el médico le indicaba. Por otro lado el resultado de baciloscopia de control (4to) fue positiva, por lo que la epidemióloga decidió referirlo al INER para su valoración, aclarándole que tenía que continuar con el tratamiento.

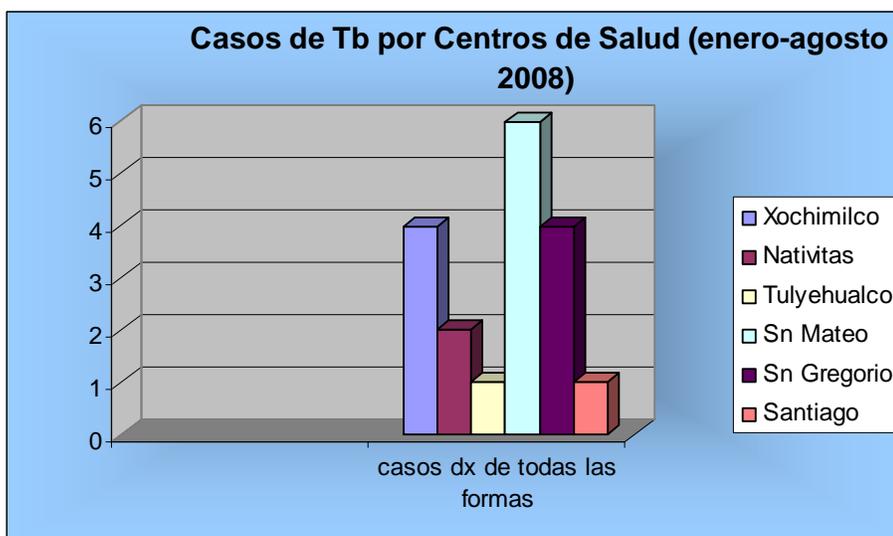
Sin embargo, por la falta de asistencia del paciente al centro de salud; la pasante responsable de Red TAES de enfermería realizó una visita domiciliaria en el que la persona comentó que no había ido al INER, pues por el momento no contaba con dinero para pagar la consulta y el cultivo; ya que, le cobraban \$200.00. La segunda visita se realizó conjuntamente con una trabajadora social para llevar a cabo el estudio socioeconómico y así agilizar su atención en el INER; asimismo el director del Centro de Salud hizo coordinación por vía telefónica con una trabajadora del instituto; gracias a las visitas realizadas para reconquistarlo y las intervenciones del equipo de trabajo de: enfermera, epidemióloga, director y trabajo social, se logró el reingreso del señor Ramiro Sánchez, en el mes de enero.

Este último caso fue una gran experiencia, pues no sólo estaba el señor en tratamiento sino también su familia: su esposa en fase de sostén y sus dos niñas de 1 y 4 años de edad en quimioprofilaxis como lo especifica la NOM el 6.1.3.1:

“se administrará durante 6 meses, a los contactos menores de 5 años, con o sin antecedentes de vacunación de BCG, en quienes se halla tuberculosis”²⁵.

- **Situación Epidemiológica (enero-agosto 2008)**

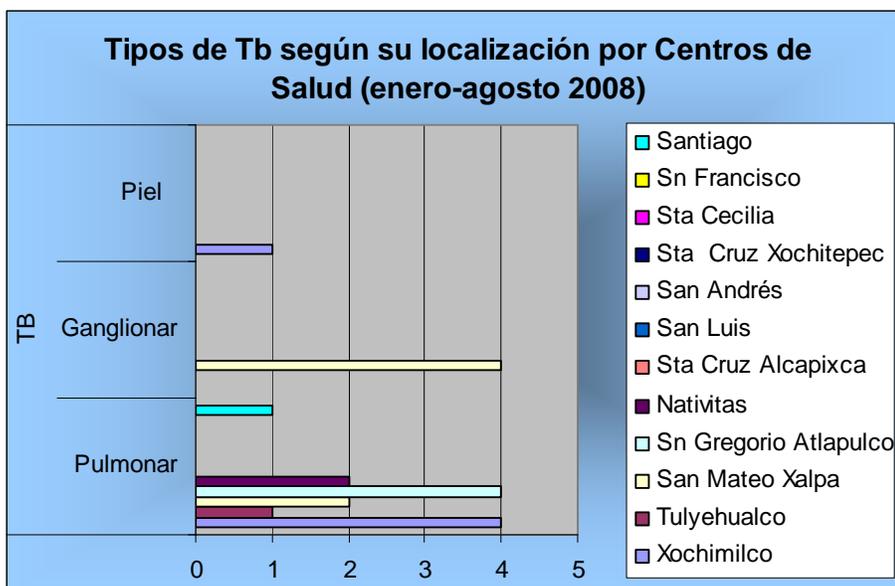
Para conocer la frecuencia con que se presenta la tuberculosis en la Jurisdicción Sanitaria Xochimilco, fue necesario realizar el panorama epidemiológico de enero a agosto del 2008 con los datos de la libreta de Registro y Control de los casos de Tuberculosis. En el que se encontró como primer lugar al Centro de Salud de San Mateo Xalpa con más casos de tuberculosis; en segundo lugar Centro de Salud Xochimilco y San Gregorio con 4 casos cada uno y por último el Centro de Salud de Nativitas con 2 casos.



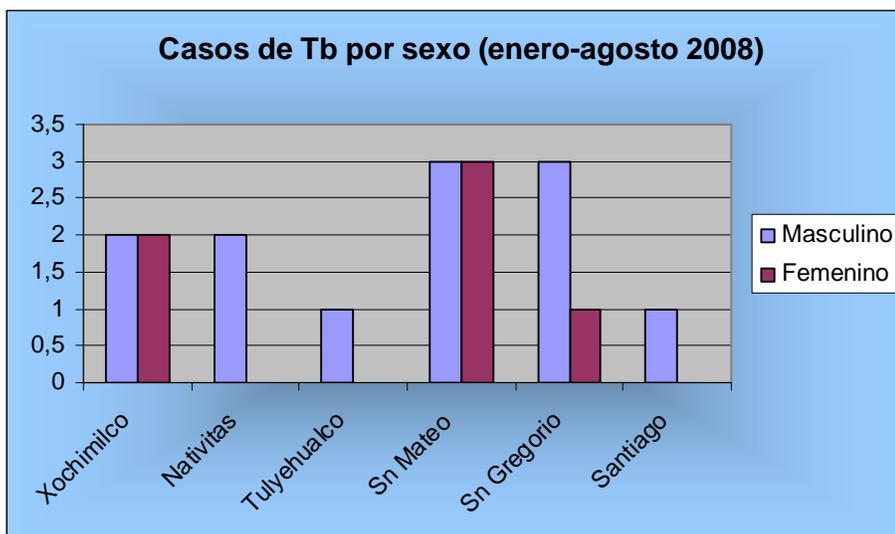
De acuerdo a la localización de la tuberculosis, se confirma que la pulmonar se presenta con mayor frecuencia; encontrándose a dos Centros de Salud: San

²⁵ Ibidem.

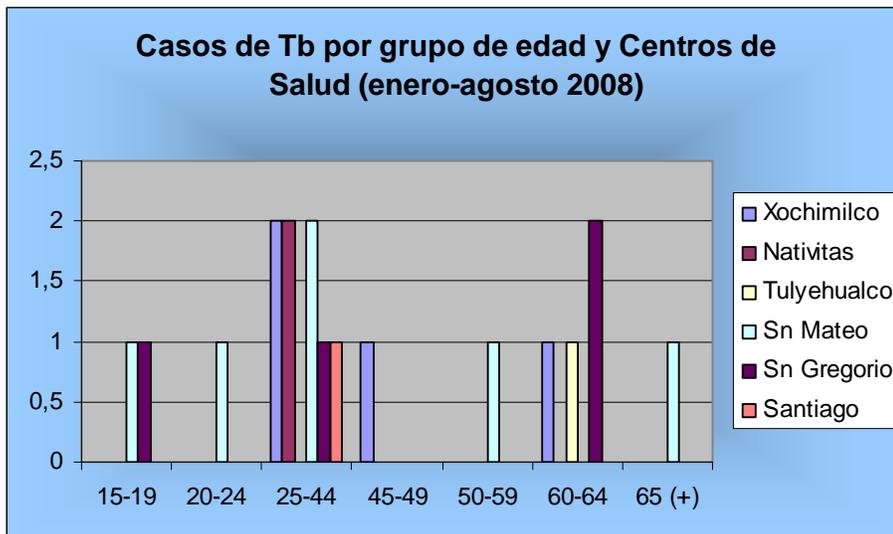
Gregorio y Xochimilco con 4 casos cada uno; mientras que el Centro de Salud de San Mateo registra 4 casos de tipo ganglionar.



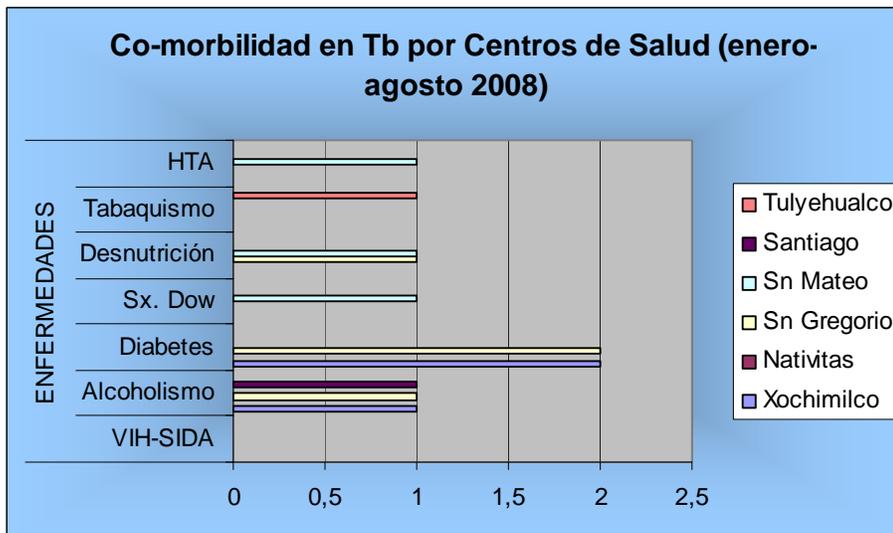
De acuerdo a los datos presentados en la gráfica se observa que la tuberculosis se presenta con más frecuencia en el sexo masculino; registrándose con mayor frecuencia en los Centros de Salud de San Mateo (3 casos de cada sexo) y San Gregorio (3 casos).



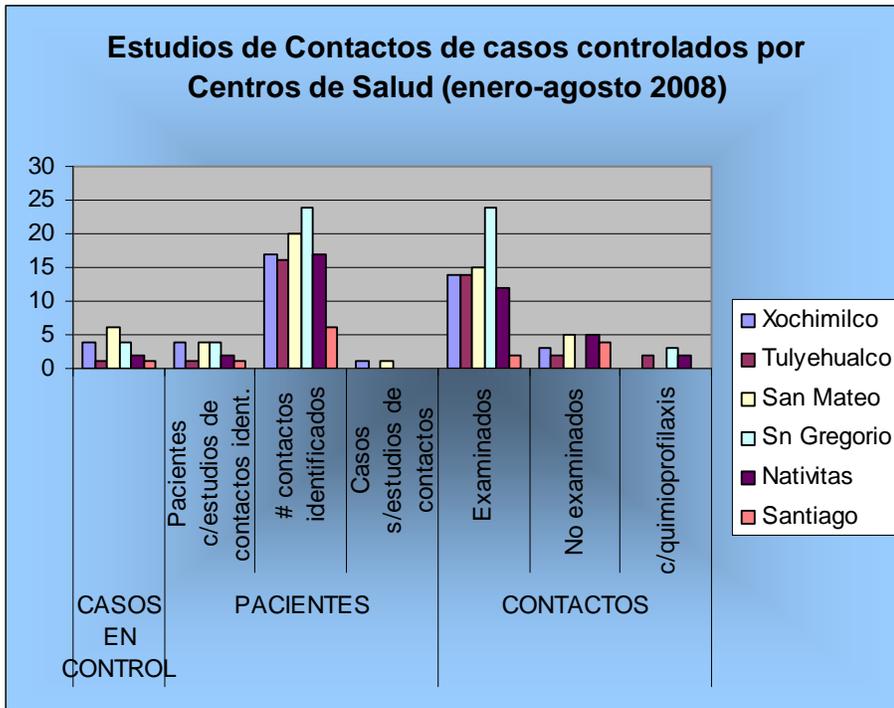
En el grupo de edad donde se presenta con mayor frecuencia la tuberculosis se encontró que es el de 25 a 44 años de edad con total de 8 casos; en cuanto al Centro de Salud están: Xochimilco, Nativitas y San Mateo del mismo grupo de edad; con 2 casos cada uno. En segundo lugar se encuentra el grupo de 60-64 años con un total de 4 casos, correspondiente a 2 casos de San Gregorio y uno de Xochimilco y Tulyehualco.



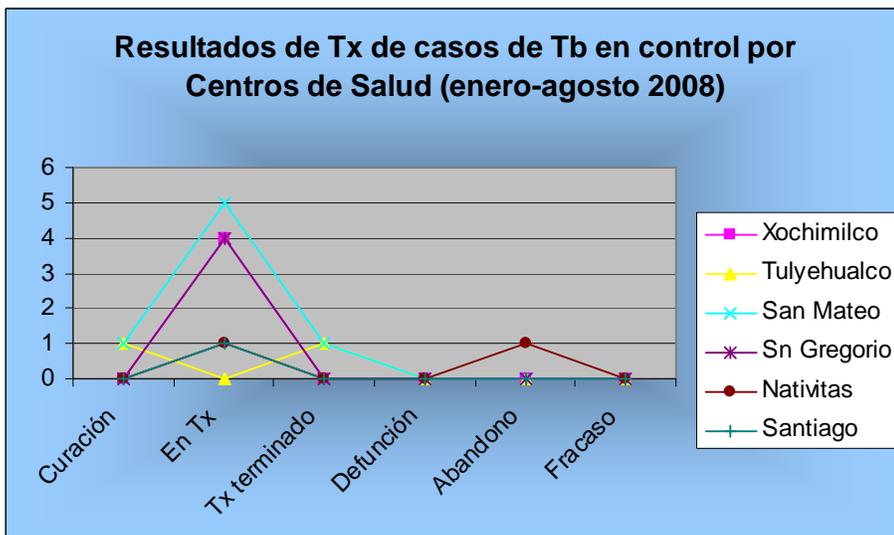
En relación a la epidemiología de la enfermedad y en base la información presentada se encontró que la diabetes es la enfermedad que se asocia con más frecuencia la tuberculosis seguida del alcoholismo y por último la desnutrición.



De enero a agosto del 2008 había un total de 18 casos en control de los cuales tenían 100 contactos identificados, pero sólo se examinaron 81 contactos faltando 19. Los Centros de Salud con más casos en control son: San Mateo, Xochimilco y San Gregorio; siendo éste último con más números de contacto con un total de 24, todos examinados y 3 pacientes con quimioprofilaxis.



En cuando a la clasificación de resultados de tratamiento de los casos en control bajo la estrategia TAES quedaron de la siguiente manera: 2 terminaron el tratamiento clasificándose como casos curados; 14 pacientes en tratamiento y un abandono.



- **Experiencia como pasante de la Red TAES (septiembre-diciembre 2008)**

Por otra parte, durante los primeros meses del Servicio Social correspondiente al periodo de septiembre a diciembre del 2008 ingresaron 12 casos nuevos al programa de Tuberculosis con la siguiente clasificación al final del mes de junio.

CASOS INGRESADOS SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2008	
CLASIFICACIÓN	No
Terminaron tratamiento	2
Curación	3
En tratamiento	6
Traslado	1
Total	12

De acuerdo al cuadro presentado al final del corte de las intervenciones se obtuvo que de los 12 casos; 6 se quedaron en tratamiento; ya que, son pacientes con tuberculosis extrapulmonar (Meníngea y Ósea). Vale la pena de exponer el caso de un paciente con tuberculosis ósea que ingresó en el mes de diciembre a través del Instituto Nacional de Rehabilitación, pues fue uno de los contactos de la persona que abandonó su tratamiento en el Centro de Salud Santa María Nativitas.

Se trata de una persona de sexo masculino de 18 años de edad, originaria del estado de Puebla. Inició su padecimiento actual estando en Estados Unidos en el mes de septiembre presentando diaforesis, cefalea, hipertermia, dolor en las articulaciones con predominio en la columna, por lo que decide regresar a México para su revisión médica. Es traído al INR, por su hermana en donde se le

diagnostica tuberculosis ósea, posteriormente es notificado a la Jurisdicción Sanitaria y referido al Centro de Salud de Xochimilco para continuar su tratamiento bajo la estrategia TAES.

Debido a la localización de la enfermedad, le afectó los miembros pélvicos quedando imposibilitado para deambular; por lo que fue necesario que recibiera rehabilitación para su recuperación. Para ello se le entregaba semanalmente las dosis del tratamiento correspondiente; ya que, por falta de recursos económicos fue necesaria su hospitalización.

Para el inicio del mes de febrero de 2009, su hermana no acudió al Centro de Salud para la dotación de los medicamentos lo cual preocupó al personal. Así que la pasante responsable de Red TAES, realizó una visita en el hospital en coordinación con la trabajadora social del área de Lesionados Medulares, para asegurar que el paciente estuviera hospitalizado y asimismo recibiendo su tratamiento.

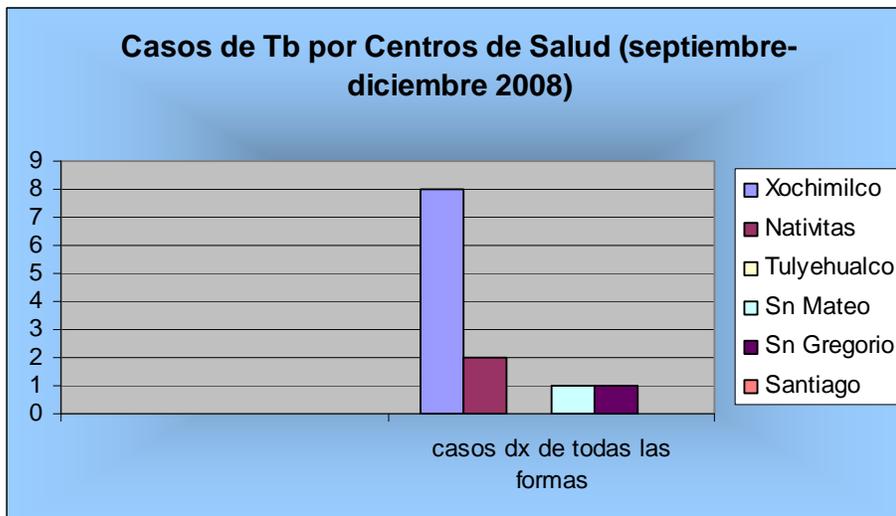
Los casos clasificados como curación, son aquellos que terminaron su tratamiento y que a través de las baciloscopías de control se confirmaron la ausencia de la bacteria en los dos últimos meses del tratamiento; mientras que los casos que terminaron el tratamiento no hubo comprobación o al menos la desaparición del cuadro clínico.

De las 12 personas con tuberculosis que ingresaron a la estrategia TAES de septiembre a diciembre del 2008; 6 continúan en tratamiento ya que son casos de tuberculosis extrapulmonar (óseo y SNC) y de acuerdo a la NOM deben de recibir

el tratamiento por un año: 2 meses de fase intensiva (de lunes a sábado) y 10 meses de fase de sostén (lunes, miércoles y viernes).

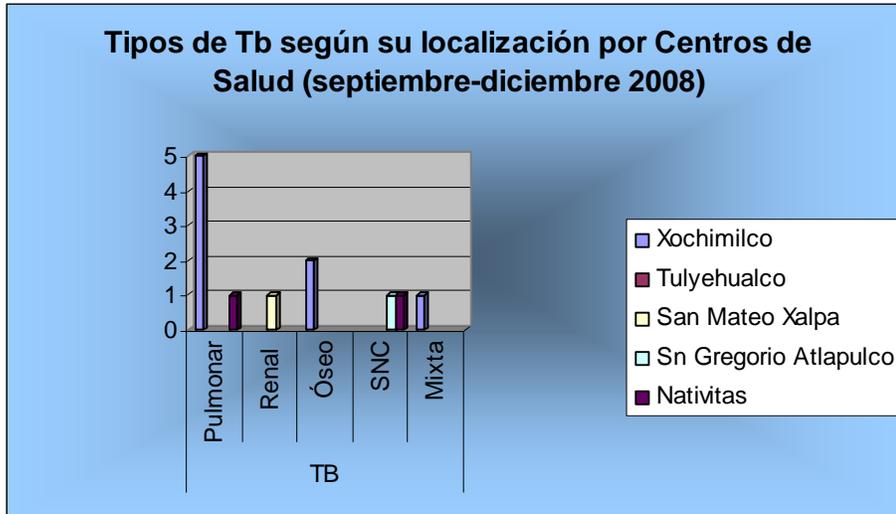
- **Situación Epidemiológica (septiembre-diciembre 2008)**

De igual manera como los datos anteriores; se elaboraron gráficas con diferentes variables. De acuerdo a los casos de tuberculosis por Centros de Salud, se obtuvo como primer lugar al Centro de Xochimilco con 8 pacientes y en segundo lugar a Nativitas con dos casos.

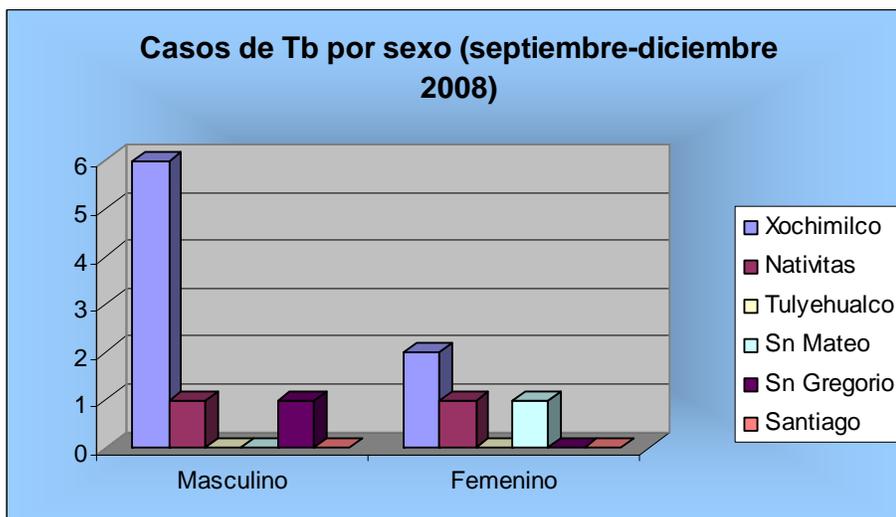


De acuerdo a la localización de la enfermedad se encontró que una vez más la pulmonar es la más frecuente; presentándose en dos Centros de Salud; como primer lugar corresponde al Centro de Xochimilco con 5 pacientes mientras que Nativitas tuvo un caso. Asimismo, el primer Centro de Salud tuvo 2 pacientes con tuberculosis ósea y uno mixto (pulmonar y ósea). La tuberculosis ganglionar se

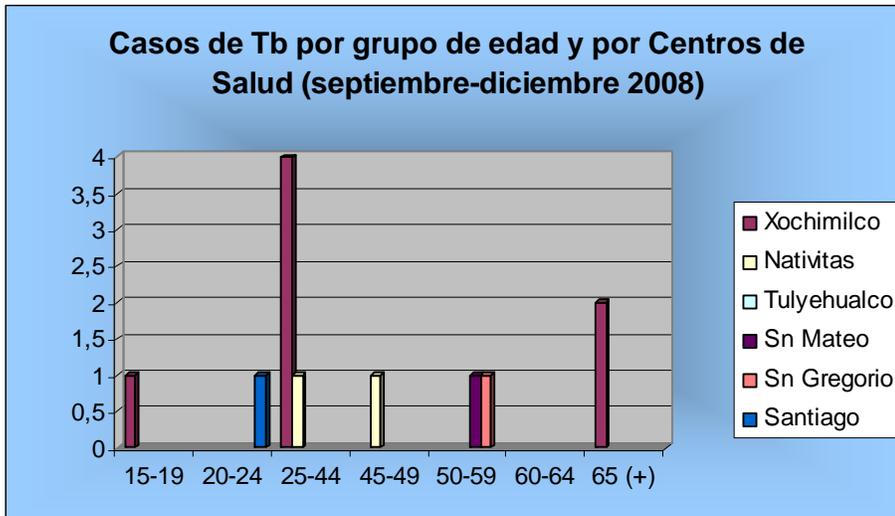
presentó en dos Centros de Salud: Tulyehualco y Nativitas con un caso en cada uno.



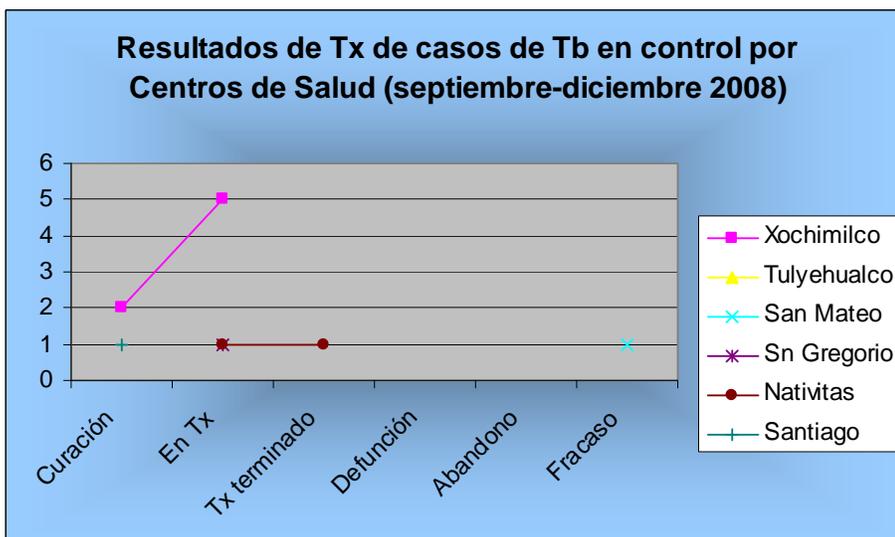
La tuberculosis se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino; presentándose en una proporción de 0.67%, de los casos registrados; mientras que en el sexo femenino es de .33%.



Se dice que la tuberculosis es una enfermedad que afecta principalmente al grupo económicamente activo. De acuerdo a la siguiente gráfica esto se confirma; ya que, se encontró que el grupo de edad más afectado es de 25 a 44 años.



De acuerdo a la clasificación final de los resultados de tratamiento de las 12 personas con tuberculosis, por Centros de Salud los datos quedaron de la siguiente manera: Xochimilco con 2 casos curados y 5 en tratamiento; San Mateo un caso clasificado como fracaso; ya que al final del tratamiento a la paciente se le realizó un BAAR en orina reportando presencia de bacilos; San Gregorio, con un caso en tratamiento; Nativitas, un caso en tratamiento y uno clasificándose como tratamiento terminado; ya que no remitieron los síntomas.



- **Experiencia como pasante de la Red TAES (enero-junio 2009)**

En el primer semestre del 2009 de enero a junio, ingresaron 17 personas con tuberculosis bajo la estrategia TAES, de los cuales 11 de ellos se encontraban en tratamiento al final del Servicio Social. A continuación se presenta la descripción con gráficas de manera más detallada.

CASOS INGRESADOS ENERO-JUNIO 2009	
CLASIFICACIÓN	No
Terminaron tratamiento	1
Curación	4
En tratamiento	11
Traslado	1
Total	17

Dos de los pacientes clasificados como en curación, son hijas de uno de los pacientes que ingresó en el mes de noviembre de 2008 con diagnóstico de binomio tuberculosis pulmonar/VIH; y tienen 5 y 8 años de edad respectivamente. Inicialmente fueron tratadas en el Hospital General de México, donde se les proporcionaron los medicamentos durante la fase intensiva y parte de la fase de sostén y en el mes de abril fueron referidas al Centros de Salud de Xochimilco para terminar el tratamiento. Según la información proporcionada por los médicos de dicho Hospital, y registrada en la Plataforma Única de Información, en ningún momento las pacientes presentaron los síntomas y por otro lado las baciloscopias resultaron negativas.

Cuando el paciente con tuberculosis no se encuentra en condiciones para acudir al Centro de Salud por su tratamiento, difícilmente éste es supervisado por la

enfermera o el médico. En esos casos el (la) epidemiólogo (a), considera la posibilidad de dotar los medicamentos por semana siempre y cuando un familiar se comprometa a ministrarlo de la manera correcta y por otra parte, es aquí también donde se realiza coordinación con la enfermera pasante de Red TAES para realizar visitas domiciliarias y corroborar de que el o la paciente esté tomando sus medicamentos.

Sólo por mencionar un ejemplo de acuerdo a lo antes descrito, expongo el caso de un paciente con tuberculosis meníngea del Centro de Salud de Santa Cruz Alcapixca, quien en un inicio presentó convulsiones y por lo tanto llegó a un estado de coma debido a la localización de la enfermedad. Durante la primera visita domiciliaria se confirmó que el paciente vivía en el domicilio proporcionado; la esposa del paciente comentó que estuvo hospitalizado por 2 meses en el Hospital General Manuel Gea González; gracias al tratamiento antituberculoso la persona presentó mejoría clínica, aunque fue egresado aún con alteración en la marcha y orientación (no ubicada en cuando al tiempo) y con sonda foley; su esposa comentó que ella es la responsable de supervisar su medicamento. Posteriormente se le realizó una segunda visita en que se observó al paciente con buena mejoría; ya que, deambulaba sin apoyo y asimismo podía mantener una conversación, aunque no se acordaba de algunas palabras. Unos días antes de la visita le fue retirada la sonda vesical.

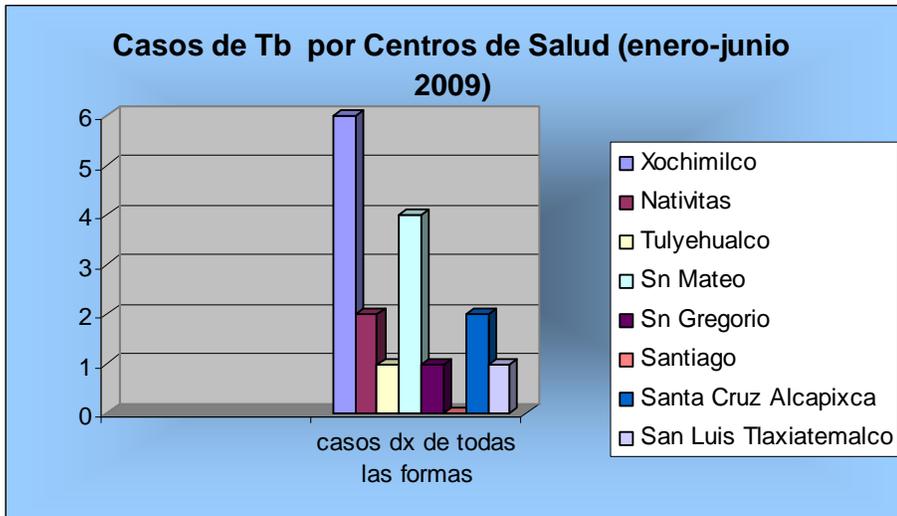
Por otra parte en la segunda visita el paciente se encontró con tos y flema, por lo que se le ofreció la prueba de baciloscopía resultando negativa. Una de las acciones llevadas a cabo con esta familia, primeramente fue platicarle sobre la tuberculosis e informarle la importancia de no suspender el tratamiento.

Otro ejemplo, es un paciente con tuberculosis pulmonar que fue diagnosticado en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), e ingresado en el mes de marzo al programa de tuberculosis en el Centro de Salud de San Mateo Xalpa. Durante la visita domiciliaria, el paciente comentó que desconocía el cuadro clínico de la tuberculosis, por lo que cuando empezó a tener tos nunca acudió al médico sino hasta que presentó pérdida de peso y hemoptisis. La falta de información y la falta de atención médica llevó a la persona a una complicación de la tuberculosis por lo que le realizaron pleurectomía abierta (derecha) como parte del tratamiento.

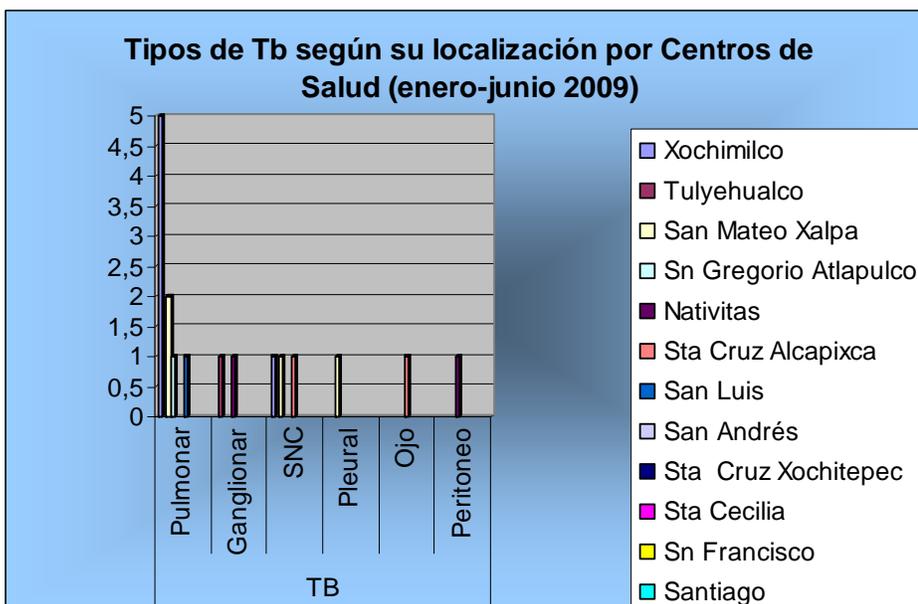
Éste es otro de los pacientes que recibe tratamiento por semana; pues por el estado de salud del paciente no puede acudir al Centro de Salud; por otra parte no tiene familiares que le pudieran acompañar a tomar su tratamiento; ya que no tienen hijos y sus familiares viven en Cuernavaca. El paciente menciona que el apoyo y los cuidados de su esposa le han ayudado mucho para salir adelante.

- **Situación Epidemiológica (enero-junio 2009)**

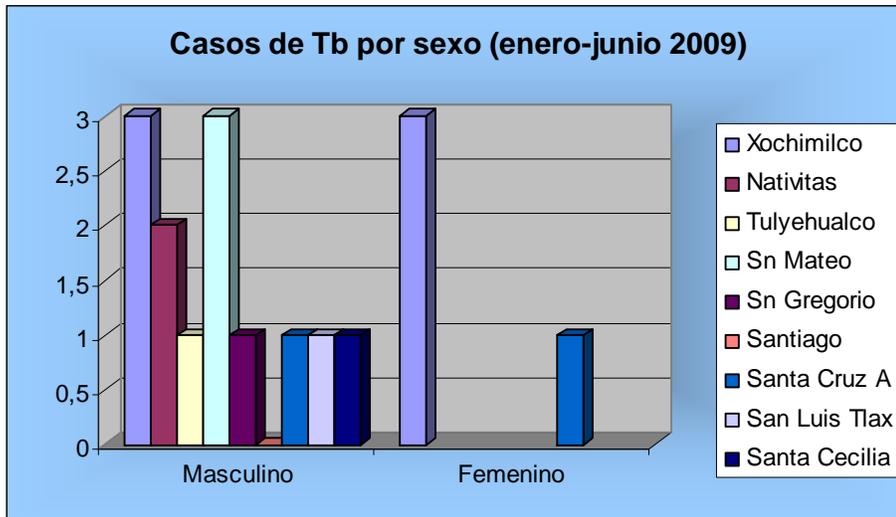
Tomando como referencia la gráfica de los casos de tuberculosis por Centros de Salud, se observa que Xochimilco ocupa como primer lugar con 6 casos; en segundo lugar San Mateo con 4 casos y en tercer lugar Nativitas y Santa Cruz Alcapixca con 2 casos cada uno.



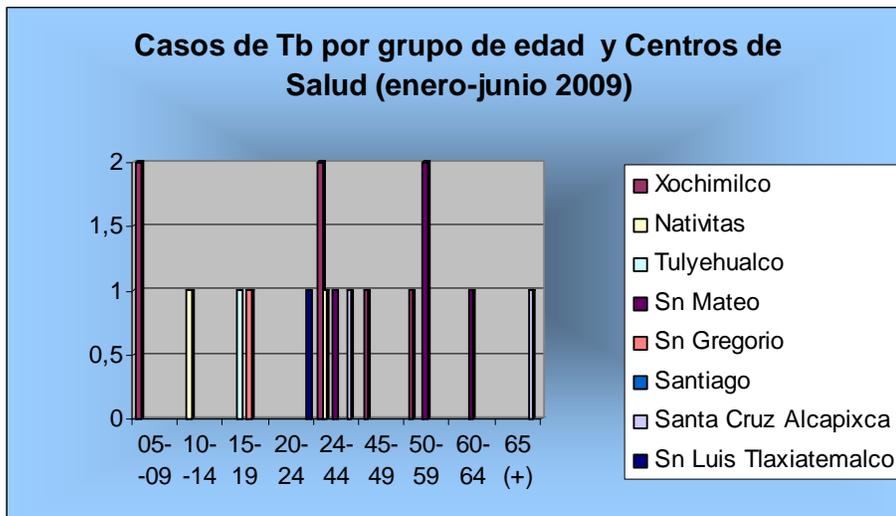
El Centro de Salud que presenta más casos de tuberculosis pulmonar es Xochimilco con 5 casos y uno de Sistema Nervioso Central; San Mateo con 4 pacientes: 2 con tuberculosis pulmonar, uno de SNC y otro pleural. Los Centros con dos casos son Nativitas (uno ganglionar y otro de peritoneo) y Santa Cruz Alcapixca (uno en el SNC y otro en el ojo); mientras que los Centros de Salud con un caso son: Tulyehualco (tuberculosis ganglionar), San Gregorio (tuberculosis pulmonar), y San Luis Tlaxiatemalco (tuberculosis pulmonar).



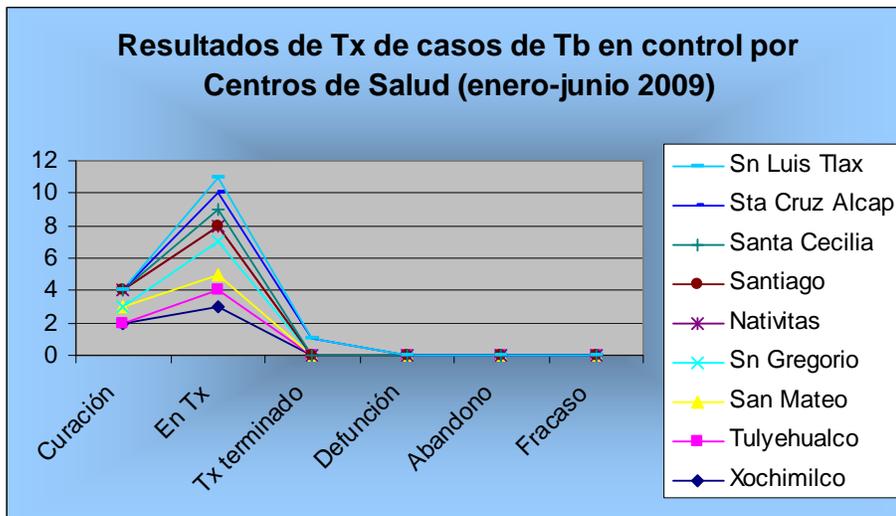
En base a los datos presentados en la gráfica se encuentra que la tuberculosis se presenta principalmente en el sexo masculino en la mayoría de los Centros de Salud, excepto Xochimilco que presenta igual número de personas en ambos sexos y Santa Cruz Alcapixca con un paciente de cada sexo.



A diferencia de las gráficas anteriores en cuando a los casos de tuberculosis por grupo de edad y Centros de Salud, Xochimilco presentó 2 pacientes de grupo de edad de 05 a 09 años (5 y 8 años), 2 de 24 a 44 años y uno de 45 a 49 años y otro de 50 a 59 años; San Mateo tuvo un paciente en el grupo de 24 a 44 años, 2 de 50 a 59 años y uno de 60 a 64 años; Nativitas presentó un caso en el grupo de 9 a 14 años (14 años) y otro en el grupo de 24 a 44 años de edad.



A finales del mes de junio, se realizó un corte de información de los pacientes ingresados de enero a junio del 2009, tomando como referencia los resultados de tratamiento de casos de tuberculosis en control por Centros de Salud; en el cual se obtuvieron los siguientes datos: el Centro de Salud con más pacientes en tratamiento fue Xochimilco con 3 y 2 clasificados como casos curados; San Gregorio con 2 casos en tratamiento; San Mateo y Nativitas con dos casos cada uno: uno en tratamiento y otro como caso curado respectivamente; Santa Cruz Alcapixca con un casos en tratamiento y otro clasificado como tratamiento terminado. Los Centros de Salud que tienen un paciente en tratamiento son: Tulyehualco, Santa Cecilia y San Luis Tlaxiatemalco.



Al final del Servicio Social los pacientes que se quedaron en tratamiento fueron 18; de los cuáles la mayoría se encontraban en fase de sostén. En las gráficas del apartado pacientes en tratamiento bajo la estrategia Red TAES (2009) se observa de manera más detallada en cuando al sexo y la localización de la tuberculosis.

De acuerdo al cuadro presentado el Centro de Salud con más pacientes en tratamiento, se encuentra como primer lugar Xochimilco con 8 pacientes; aunque cabe mencionar que uno de los pacientes está recibiendo tratamiento en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias; sin embargo, la persona sigue en contacto con la epidemióloga del Centro de Salud. En segundo lugar está San Gregorio con 3 pacientes; y por último Nativitas y San Mateo con 2 casos. Los Centros de Salud con un caso son: Tulyehualco, San Luis Tlaxiatemalco y Santa Cruz Alcapixca.

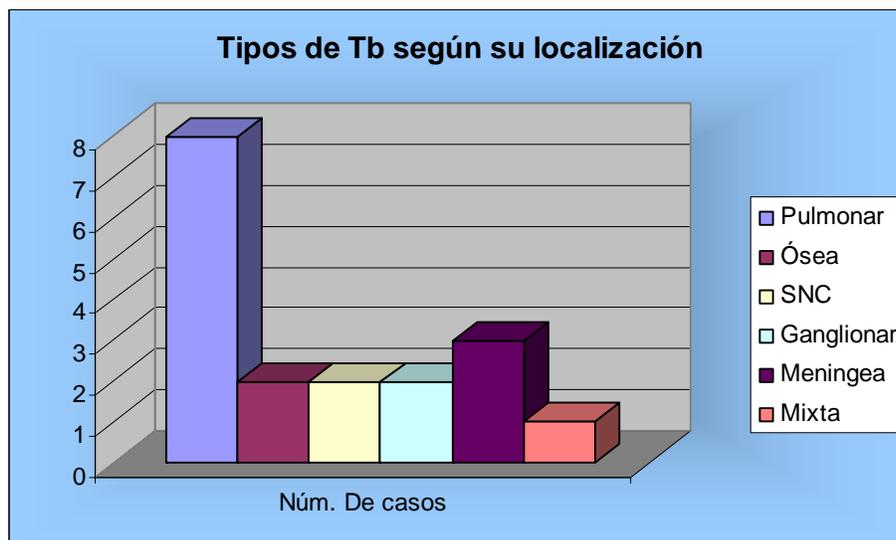
- **Pacientes en tratamiento bajo la estrategia Red TAES (junio 2009)**

Antes de terminar el Servicio Social, se realizó una base de datos de todos los pacientes en tratamiento, de los cuales 7 eran de 2008 y la mayoría son personas con tuberculosis extrapulmonar a excepción de una con tuberculosis pulmonar. Uno de los pacientes del Centro de Salud de San Gregorio corresponde al primer semestre del 2008, llama la atención este caso; ya que, como se mencionó anteriormente el paciente reingresó en el mes de enero de 2009 por abandono del tratamiento y además con resistencia a la isoniazida; a pesar de la intervenciones del equipo de salud la persona no se compromete a adherirse al tratamiento y por otra parte los reportes de baciloscopias de junio y julio del presente año fueron positivas. Éste último caso preocupa al equipo de salud; ya que, tiene tres niños que están en riesgo de presentar la enfermedad y su esposa con antecedente de tuberculosis, por lo que al hacer la entrega del programa a la siguiente pasante se le solicitó de manera especial realizar visitas domiciliarias al paciente y seguir trabajando junto con su esposa en la adherencia al tratamiento.

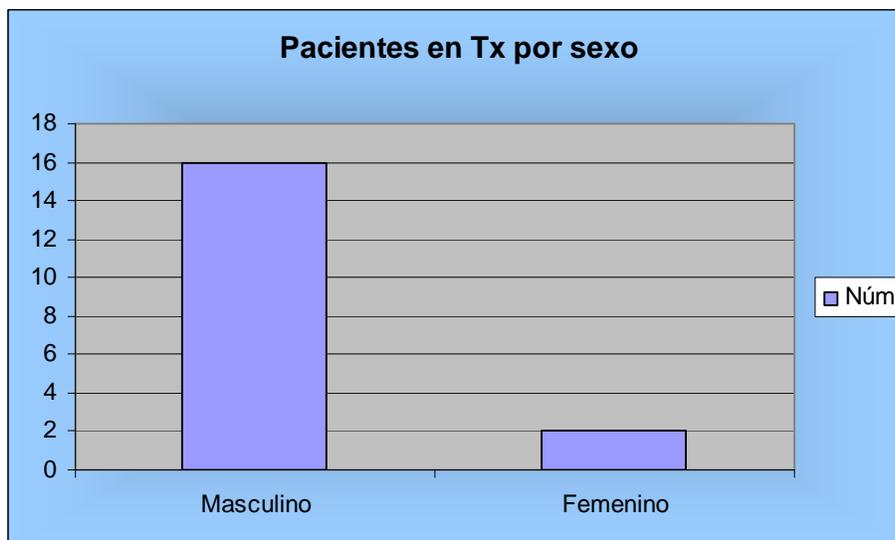
Una de las actividades administrativas como pasante en este programa fue entregar la base de datos actualizada, tomando como referencia la fecha de inicio de tratamiento de acuerdo a la tarjeta de registro y control de tuberculosis para así determinar de manera más exacta la fecha de término del tratamiento con el fin de un buen seguimiento administrativo. A continuación se presenta dos gráficas en cuanto a la localización de la tuberculosis y en cuanto al sexo de estos 18 pacientes en tratamiento.

PACIENTES EN TRATAMIENTO JUNIO 2009	
Centro Salud	No
Xochimilco	8
Tulyehualco	1
San Luis	1
Nativitas	2
San Mateo	2
San Gregorio	3
Sta Cruz Alcapixca	1
Total	18

Por otra parte, en cuanto a la localización de la tuberculosis. Se observa una vez más en la gráfica que se presenta que la tuberculosis pulmonar es la más frecuente, presentándose en 8 de las 18 personas que se encontraban en tratamiento al final del mes de junio del 2009; posteriormente se encuentra la tuberculosis meníngea con 3 casos y por último la tuberculosis ósea, SNC y ganglionar con 2 casos cada uno. El caso presentado como mixta es de tuberculosis pulmonar y ósea.



A diferencia de las gráficas anteriores, en la siguiente gráfica se presenta a los pacientes en tratamiento por sexo de manera general; encontrándose que 16 corresponden al sexo masculino y 2 del sexo femenino. Una vez más se confirma que la tuberculosis es más frecuente en el sexo masculino.



V.- ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

El *M. tuberculosis* puede diseminarse a cualquier parte del organismo desde las primeras fases de su agresión, por ello, la tuberculosis puede afectar cualquier órgano o tejido, aunque la localización más frecuente es la pulmonar que es la vía de entrada del bacilo y representa 80-85% de los casos. Las localizaciones extrapulmonares más frecuentes son la ganglionar, pleural, urogenital, osteoarticular, meníngea y miliar; siendo las dos últimas las presentaciones de mayor gravedad. Por otro lado ataca más al sexo masculino que el femenino, aunque esto puede variar dependiendo de diferentes factores; sólo por mencionar algunos se encuentran la edad, estado nutricional, antecedentes de tabaquismo o alcoholismo y zona geográfica.

De acuerdo al Plan de Acción Específica de la tuberculosis en México, en 2007 se registraron 17,329 casos de tuberculosis en todas sus formas clínicas, con una tasa de 16.38 por cada 100 mil habitantes, lo que refleja una disminución de 10.5% respecto a la tasa registrada en el 2000, cuando se identificaron 18,434 casos con una tasa de 18.3 por cada 100 mil. Del total de casos notificados en 2007, 14,550 correspondieron a tuberculosis pulmonar (13.8 por 100 mil), lo que representó una disminución de 7% respecto a los 15,649 casos del 2000.

El Plan Nacional de Salud contempla la prevención y control de la tuberculosis, ya que es un problema de alta prioridad global y nacional que cuenta con un programa de control específico el Programa de Acción para la Prevención y Control de la Tuberculosis, cuyo objetivo es disminuir el riesgo de enfermar y morir por esta causa. Su actividad principal es la detección oportuna de casos y su atención a través de la estrategia de Tratamiento Acortado Estrictamente

Supervisado (TAES) lo que ha contribuido al descenso de la incidencia de casos nuevos de tuberculosis y de la mortalidad por esta causa.

El Programa de Acción para la Prevención y Control de la Tuberculosis es coordinado por la Secretaría de Salud e incluye a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS). Se orienta al reforzamiento permanente de las acciones, con una nueva visión interinstitucional para el manejo integrado de pacientes y la población en riesgo. Ante ello, se han unificado los criterios de políticas, estrategias y líneas de acción para conformar un solo frente ante este problema de salud en el marco de la “Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor Salud 2007-2012” el cual establece entre sus objetivos: reducir la carga de enfermedades, promoviendo entornos y comportamientos saludables, e integrar la prevención específica en cada etapa de la vida, así como detectar y tratar con oportunidad los padecimientos que aquejan a la población.

Sin embargo, considero que las intervenciones realizadas en el Primer Nivel no han sido suficientes; ya que, en mi experiencia como pasante en el Programa de Red TAES, la mayoría de los pacientes ingresados en la Jurisdicción Xochimilco fueron diagnosticados y referidos de las instituciones de segundo y tercer nivel. Aunque, también hay que considerar que las personas no acuden a los Centros de Salud para prevenir y creen que el hecho de recibir atención médica en un segundo o tercer nivel es mejor que el Centro de Salud. Y por otro lado hay un déficit de información en las personas no sólo sobre la tuberculosis sino de muchas otras enfermedades.

La tuberculosis sigue siendo un problema de salud pública y por lo tanto el equipo de Atención Primaria puede participar en todas las fases de la lucha contra la enfermedad. Para ello es necesario que el personal de salud primeramente comprenda y haga conciencia de la situación real de esta enfermedad; para que se realice una mayor detección de personas con síntomas de la tuberculosis y así detectar oportunamente. Por otra parte los trabajadores de la salud están en riesgo de contraer la enfermedad por el contacto que tienen con los pacientes.

Considero que una de las medidas preventivas muy importante, desde mi punto de vista es informar a la población sobre este padecimiento a identificar los signos y síntomas y así solicitar los estudios indicados para descartarlo; ya que, muchas personas creen que la tuberculosis está erradicada, y por lo tanto, una tos con flemas que llega a durar por más de dos semanas no le dan importancia que se merece por la falta de información.

Las prioridades en el control de la tuberculosis son, en primer lugar, la localización y el tratamiento de los enfermos bacilíferos, en segundo lugar conseguir el cumplimiento terapéutico de dichos pacientes y, finalmente la detección y el tratamiento de los individuos infectados. Por otro lado también es muy importante el estudio de contactos de los pacientes; ya que, son piezas claves para la prevención de la tuberculosis.

Mi desarrollo del Servicio Social en el Programa de Red TAES de Enfermería en tuberculosis me ayudó a consolidarme como una Licenciada en Enfermería; ya que, de acuerdo a las características mencionadas en el perfil de egreso puedo decir que los egresados tienen la capacidad y la habilidad de desarrollarse en

cualquier campo; pues por otro lado la Universidad busca responder de manera cada vez más eficiente a las necesidades de la sociedad mexicana.

Una de las características del egresado es comprender los factores que condicionan la calidad de vida a fin de analizar la realidad nacional de los problemas prioritarios de salud en relación con la estructura del Sistema Nacional de Salud para la participación en el desarrollo de condiciones de vida y comportamientos saludables. Uno de los factores importantes que condicionan la calidad de vida de los mexicanos es la pobreza; ya que al no haber los recursos necesarios las personas se ven limitadas para satisfacer sus necesidades y por lo tanto su salud se ve comprometida.

Por otro lado el (la) egresado(a) de enfermería también se caracteriza por brindar servicios de enfermería al individuo, familia y grupos sociales de alto, mediano y bajo riesgo, con base en las necesidades y respuestas humanas, en los sitios donde la persona se desarrolla o donde acude a atender su salud. Sin embargo, muchas de las veces el (la) egresado(a) de enfermería busca brindar sus servicios en un segundo o tercer nivel de salud, dejando a un lado el primer nivel de atención creyendo que no hay mucho que hacer o que es menos importante. Realmente pocas personas comprenden que la importancia de la Atención Primaria a la Salud radica en la prevención y así evitar la aparición de la enfermedad, de tal manera que los usuarios no lleguen a requerir de un nivel de especialidad, hecho que produce más costos y desgaste al individuo y familia.

Asimismo, tiene la capacidad de interpretar críticamente los programas de salud en el ámbito nacional, estatal y municipal para el multiprofesional e interprofesionalmente en las acciones estratégicas, tácticas y operativas de los

programas prioritarios en los tres niveles de atención, particularmente en el fortalecimiento de atención primaria. En cuanto al Programa de Red TAES de Enfermería, puedo decir, que las intervenciones llevadas a cabo interinstitucionalmente siempre fueron para darle un mejor seguimiento al paciente que se encontraba en tratamiento.

De acuerdo a las características mencionadas específicamente, puede decirse que el primer nivel de atención es un excelente campo para poner en práctica y desarrollar muchas más capacidades. En mi experiencia, quiero exponer que fue fructífero; ya que, mi papel no sólo fue supervisar el tratamiento de las personas sino también escucharlos; como mencioné anteriormente la comunicación es una herramienta primordial en la valoración de la persona, familia o comunidad.

La función específica de la enfermería es el cuidado de la salud y se ocupa de las acciones encaminadas a la satisfacción de las necesidades físicas, psicológicas, sociales y/o a la resolución de los problemas de salud reales o potenciales, cuando los sujetos sanos o enfermos que los presentan no puedan resolverlos por sí mismos, ya sea por carencia de información o por algún impedimento físico o mental, tendiendo siempre a que los individuos y las colectividades logren la autosuficiencia en su cuidado.

Por lo tanto, la enfermería en el primer nivel de atención ayuda a la comunidad a localizar sus problemas de salud, tomar conciencia de ellos y a elaborar respuestas a través del autocuidado; valora las necesidades de salud de los individuos y grupos, lleva a cabo intervenciones de enfermería para encaminar a la promoción de la salud y canaliza a los enfermos a otros niveles institucionales para la correspondiente atención.

Gracias al Plan de Estudios de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; los egresados tienen la preparación necesaria para brindar sus servicios y desarrollarse como profesionales en cualquiera de los tres niveles de atención. Las áreas que conforman su educación formal a través del Plan de estudios son: Enfermería y Salud en México, Proceso Salud-Enfermedad en las Diferentes Etapas Evolutivas y Proceso Salud-Enfermedad en la Reproducción Humana. Cuyo propósito fundamental es la integración global de conocimientos, habilidades y actitudes.

En particular quiero mencionar que el área Enfermería y Salud en México me permitió identificar las necesidades de la persona y brindarle cuidados de manera holística, tomando en cuenta su medio ambiente, costumbres y tradiciones; ya que, estos elementos intervienen en el proceso salud-enfermedad.

En cuando al área de Proceso Salud-Enfermedad en la diferentes etapas evolutivas; aunque la tuberculosis no se haya abordado en cada etapa en la parte teórica, de alguna manera ésta área me ayudó a identificar en mi experiencia como pasante que la tuberculosis se presenta en cualquier etapa de la vida; sin embargo, se presenta con más frecuencia en el adulto.

Por último sólo me queda decir que la realización del Servicio Social, me deja una gran satisfacción; ya que, considero que las intervenciones llevadas a cabo fueron de una forma holística; pues varias personas expresaron no solamente sus inquietudes acerca de la tuberculosis o sobre el tratamiento, sino que, expusieron los problemas que estaban viviendo como pacientes y como familia. El hecho de haberles escuchado; fue muy importante para ellos, y por otro lado eso les brindó

confianza para expresar sus sentimientos y emociones, propiciando la autorreflexión dando la oportunidad al cambio.

VI.- BIBLIOGRAFÍA

Beneson, Abram. **Manual para el control de las enfermedades transmisibles.**

Organización Panamericana de la Salud, 16ª edic. Washington, 1997. Pp. 441.

Caminero J.A. **La tuberculosis para médicos especialistas.** Edit. Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER), Francia. 2003. Pp. 390.

Durán Ma. Angeles. **Desigualdad social y enfermedad.** Edit. Tecnos Madrid. 1983. Pp.180.

Guía de Enfermería para las aplicaciones de la Estrategia DOTS/TAES.

Programa Regional de Tuberculosis. Edit. Organización Panamericana de la Salud. El Salvador. 2000. Pp. 26.

Icart. M Teresa. **Enfermería Comunitaria Epidemiología.** Edit. Masson, España 2000. Pp. 461.

Módulos de Capacitación Humanística y de Organización Comunitaria en Tuberculosis. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Programa Nacional de Tuberculosis. ISBN 970-721-176-8.

NOM-006-SSA2-1993. **Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud.** Secretaría de Salud. México, 2005. Pp.40.

Novel M. Gloria. **Enfermería Psicosocial y Salud mental**. Edit. Masson; España, 2000. Pp. 333.

Programa de Acción Específica 2007-2012. Tuberculosis. Secretaría de Salud; México, D.F. 2008. Pp. 49.

Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud. México, 2007. Pp.173.

Revilla L. **Monografías Clínicas en Atención Primaria. Factores que intervienen en la utilización de los Servicios de Salud**. Vol. 7. Barcelona, Doyma, 1994. Pp. 96.

Sánchez M. Antonio. **Enfermería Comunitaria 3. Actuación en Enfermería Comunitaria**. Los sistemas y programas de salud. Edit. Mcgraw-Hill. Interamericana. España. Pp. 460.

Tapia C. Roberto. **El Manual de Salud Pública**. Edit. Intersistemas. 2da edic. México. 2006. Pp. 1037.

Zurro A. Martín. **Atención Primaria**. Edit. Mosby, 3ª edic; España 1994. Pp. 1158.

Internet

Alianzas estratégicas. Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER). Disponible en <http://www.cenavece.gob.mx/tuberculosis/default/asp?=92>. Consultado el 21-05-09.

Organización Panamericana de la salud: El control de las enfermedades transmisibles, 18ª edic. Washington, DC: OPS; 2005 (Publicación Científica y Técnica No. 613 y Boletín de la OPS sobre la tuberculosis en la Región de las Américas, Vol. 7, No. 1, marzo de 2004 en <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/tb-boletin.htm>. Consultado el 17-01-09.

Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/eneosite/index.htm>. Consultado el 11-06-09.