

4031261

EF S
70769



*EVALUACION DEL MANEJO DEL PROGRAMA
DE TUBERCULOSIS APLICADO A LA
POBLACIÓN INTERNA DEL ESTABLECIMIENTO
PENITENCIARIO Y CARCELARIO DE BARRANQUILLA
EN EL PRIMER PERIODO DEL 2005*

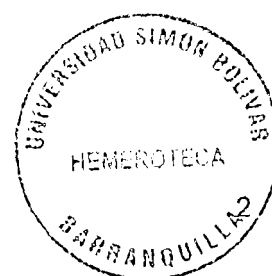
*ALZATE PERALTA LUIS ALBERTO
ARBOLEDA LOPEZ ERIKA
MARZAL LORA KELLY JOHANNA
RUSSO PACIFICO JOHANNA BEATRIZ
VIZCAINO SENIOR ELLA CECILIA*

*CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMON BOLIVAR
PROGRAMA DE ENFERMERIA
BARRANQUILLA
2005*

NOTA DE ACEPTACIÓN

Adalberto Iguez de Irujo
REVISOR INTERNO

[Signature] EM 27/06/95.
REVISOR EXTERNO



AGRADECIMIENTOS

Expresamos todos nuestros agradecimientos a :

A la docente Adalgisa Rojas, por brindarnos parte de su tiempo y acertados conocimientos para el desarrollo de este estudio.

A las docentes Mariela Suárez y Lucy Chin, por asesorarnos y orientarnos en la metodología adoptada.

Al personal administrativo del Establecimiento Penitenciario y Carcelario de Barranquilla, por abrirnos sus puertas para el desarrollo de este estudio.

Al personal de guardia de la cárcel por su colaboración.

Al equipo de salud del departamento de sanidad de la penitenciaria, por permitirnos trabajar en el programa de TBC.

A todas aquellas personas que directa o indirectamente nos colaboraron en el desarrollo del proyecto.

DEDICATORIA

Hoy he cumplido una meta en mi vida, agradezco a Dios por llenarme de sabiduría y paciencia para superar cada uno de los eslabones a pesar de las adversidades; este triunfo se lo dedico a mi madre que con su sacrificio ha logrado incentivar en mí un espíritu de lucha , a mi padre que ha sido un actor importante en esta travesía, a mis tías en especial Marlene que con su benevolencia y altruismo han sido de gran ayuda en este largo camino, transmitiéndome todos sus conocimientos y vivencias, también a Beto y Luz Deina que me han abierto las puertas de su hogar para acogerme como un miembro mas de ésta, de una forma desinteresada, a mis docentes que han sido la lámpara guía de este camino, donde ha prevalecido la ética y sensibilidad humana y por último le dedico a todas aquellas personas que directa o indirectamente han ayudado en este largo proceso de adaptación a una nueva cultura.

LUIS ALBERTO ALZATE PERALTA



DEDICATORIA

Hoy al escribir estas palabras, muchas sensaciones y sentimientos afloran en mí, miro con gran alegría el haber terminado no sólo un trabajo de investigación, sino, un proyecto que hace parte de nuestras vidas, las vidas de cinco jóvenes que comparten no sólo un sueño sino una gran amistad con el anhelo de construir un futuro con sus seres queridos.

Pero al ver materializados tantos esfuerzos no puedo dejar de darle gracias a Dios que con su gran misericordia me dio fuerza para andar en un camino tan largo pero lleno de satisfacciones.

A mis padres Jurieth y Camilo quienes son la razón de mi existencia, y el aliento para alcanzar una meta que hace parte de sus sueños y su amor incondicional hacia mí.

A mis hermanos quienes han demostrado su apoyo con acciones que mas que sacrificios se traduce en manifestaciones de amor.

A mis compañeros y amigos, de quienes aprendí muchas cosas, y gracias a ellos hoy cuando me miro al espejo puedo ver en mi reflejo una persona con una mayor formación espiritual y humana.

Y a todos aquellos profesores y asesores quienes con su conocimiento hicieron posibles este proyecto contribuyendo de igual manera en crear en nosotros seres con criterio y con capacidad de seguir adelante liderando procesos de cambio en nosotros y en la sociedad.

JOHANNA BEATRIZ RUSSO PACHECO

DEDICATORIA

“He escrito muchas páginas en el libro de mi vida, unas son triste, otras alegres, unas claras otras oscuras, pero falta lo más importante, la que he de escribir hoy”

A Dios fuente de amor y sabiduría, le agradezco su infinita misericordia y la fuerza que sembró en mí para perseverar en el camino que he elegido.

A mis hijas Maira Alejandra y Marianis Yanlee, quienes son la motivación de mi vida y la luz que necesito para avanzar por el sendero que he construido.

A mi madre Rosario, quien con su apoyo y amor incondicional fortaleció el deseo de superación y trabajo por mi familia.

A mi esposo, Francisco José, por su amor sus consejos y el hacerme ver mis errores a tiempo, otorgándome su apoyo incondicional y confianza.

Gracias a mis hermanos y mi padre por su valiosa colaboración, ya que los actos representa la bondad del corazón de las personas.

A mis compañeros que con su tenacidad y perseverancia fueron ejemplo en la construcción de esta investigación.

A todas aquellas directivos de la penitenciaria docentes y amigos, quienes apoyaron incondicionalmente esta labor desarrollando en mí el espíritu perseverante del Enfermero.

ELLA CECILIA VIZCAÍNO SEÑOR

DEDICATORIA

“El principio de la Sabiduría es el temor a Jehová”

Proverbios 1:7

En la vida existen momentos que llenan de gozo y alegría nuestras almas, y hoy es uno en el cual se merece conmemorar por la victoria que he obtenido al realizar este trabajo de investigación, durante este proceso se presentaron obstáculos que solamente la fortaleza y la misericordia de Dios permitieron que esto fuese posible; es por esta razón que letras sencillas pero llenas de amor y alegría expreso mis agradecimientos:

Al Dios del cielo y de la tierra, por guiarme y llenarme de sabiduría, entendimiento y fortaleza para seguir adelante y obtener triunfos.

A mis Padres Eleuterio y Rosaura, por sus oraciones y por haber sembrado en mí la semilla de amor, paciencia, y fe, así brindado su apoyo incondicional en todo este largo proceso.

A mi hermano, José quien ha depositado la confianza en mí, y me ha demostrado que para Dios nada es imposible si tenemos la fe que lo que anhelemos en nuestro corazón así se hará.

A mis compañeros de trabajo, quienes con su perseverancia, disciplina y empeño hicieron posible la realización de este proyecto.

A todas la personas que aportaron su granito de arena para construir y culminar este pequeño tesoro que Dios ha permitido realizar.

Dios los Bendiga Grandemente....

KELLY MARZAL LORA

DEDICATORIA

Agradezco a Dios por brindarme la oportunidad de continuar mis estudios y por darme la fortaleza suficiente para luchar incansablemente, por el logro de mis objetivos y de esta manera poder superarme.

a mis padres por el amor, apoyo, sacrificio y por haber depositado su confianza en mí.

a mi tío Francisco López Valencia, por enseñarme que la vida no es fácil haciendo énfasis en que mis objetivos, deseo alcanzar con esfuerzo, amor, dedicación y sacrificio debo trabajar. A los docentes por sus conocimientos y el aporte de las herramientas esenciales para formación profesional en el desarrollo de enseñanza aprendizaje.

A mis compañeros por el afecto, confianza y apoyo incondicional que me han brindado cuando más lo he necesitado y a todas esas personas que me han apoyado económica y emocionalmente haciéndome sentir que valgo mucho y que Dios tiene muchos proyectos positivos para desarrollarlo en el ámbito personal, familiar y social.

ERIKA ARBOLEDA LOPEZ

TABLA DE CONTENIDO

	<i>PAG</i>
<i>1. Título</i>	11
<i>2. Pregunta Problema</i>	12
<i>3. Planteamiento del Problema</i>	13, 14, 15
<i>4. Propósito</i>	16
<i>5. Justificación</i>	17-23
<i>6. Objetivos:</i>	
<i>6.1 Objetivo General</i>	24
<i>6.2 Objetivo Específicos</i>	25
<i>7. Marcos Referenciales</i>	
<i>7.1 Marco Teórico</i>	26 - 38
<i>7.2 Marco Legal</i>	39 - 47
<i>8. Diseño Metodológico</i>	
<i>8.1 Tipo de Estudio</i>	48
<i>8.2 Universo</i>	48
<i>8.3 Diseño de la muestra</i>	49
<i>8.4 Recolección</i>	49
<i>8.5 Presentación</i>	49
<i>8.6 Variables</i>	49
<i>8.7 Operacionalización de las variables</i>	
<i>8.8 Procesamiento</i>	51
<i>9. Plan de actividades</i>	52-53

<i>10. Cronograma de actividades</i>	
<i>11. Aspecto administrativos:</i>	
<i>11.1 Presupuesto</i>	54
<i>11.2 Financiación</i>	55
<i>12. Análisis de los resultados</i>	
<i>12.1 Tabulación</i>	56-88
<i>12.2 Discusión de los resultados</i>	89-91
<i>13. Plan de Mejoramiento</i>	
<i>14. Conclusiones</i>	92
<i>15. Recomendaciones</i>	93
<i>16. Bibliografías</i>	94-97
<i>17. Anexos</i>	



*EVALUACIÓN DEL MANEJO DEL PROGRAMA
DE TUBERCULOSIS APLICADOS A LA
POBLACIÓN INTERNA DEL ESTABLECIMIENTO
PENITENCIARIO Y CARCELARIO DE
BARRANQUILLA EN EL
PRIMER PERIODO DEL 2005*



PREGUNTA PROBLEMA

*¿ COMO ES EL MANEJO DEL PROGRAMA DE
TUBERCULOSIS APLICADOS A LA POBLACIÓN
INTERNA DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO Y
CARCELARIO DE BARRANQUILLA EN EL PRIMER
PERIODO DEL 2005?*

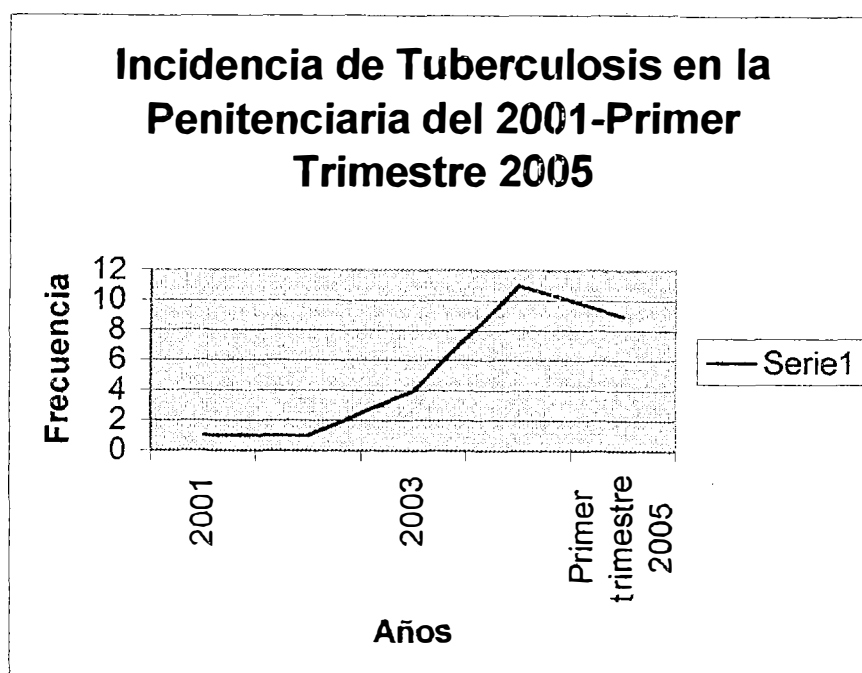
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Tuberculosis es una de las enfermedades que más ha cobrado vidas a nivel mundial, por tanto es una patología de interés en Salud Pública. Por su forma de transmisión ésta es propensa a desarrollarse en aquellos lugares mal ventilados e iluminados y en los azotados por los hacinamientos, como es el caso de las cárceles de nuestro país y en general del mundo.

Nuestra investigación es realizada en el Establecimiento Penitenciario y Carcelario de Barranquilla, éste se encuentra adscrito a la Dirección Regional Norte 3 del INPEC bajo código 322 y se halla ubicado en las calles 76 y 87 entre carreras 8 y 9 del barrio el Bosque de la ciudad de Barranquilla, quien esta organizado a través de grupos internos de trabajo, que mediante sus coordinadores garantizan su funcionamiento, la seguridad, el orden interno y el cumplimiento de las funciones emanadas de las directrices Regional y Nacional, son estos: Grupo de Dirección, Grupo de Subdirección, Grupo de Custodia y Vigilancia, Grupo de Sistema y Planeación, Grupo de Gestión Humana, Grupo Administrativo y Financiero, Grupo Jurídico, Grupo de Investigación y Grupo de Tratamiento y Desarrollo.

Enfocándonos al tema de la Evaluación del Programa de Tuberculosis en la Penitenciaría, determinamos que en el año 2001 se presentó un caso de Tuberculosis, en el año 2002 un caso mas se reportò, la incidencia para el

2003 aumentò en 4 casos comprobados y en la actualidad se presenta una incidencia del 1.64% correspondiente a 11 casos de sintomáticos respiratorios comprobados, por prueba de Baciloscopia seriada, sobre la población total del Establecimiento de 669 reclusos. Se estima que el 5.97% corresponde a pacientes sintomáticos respiratorios no comprobados, información obtenida por la unidad de Salud y Ambiente de Barranquilla (UESA) quien maneja el control de esta enfermedad dentro de la población carcelaria.



Ante la problemática planteada , determinar cuales son los factores que están incidiendo, dentro de los programas de Tuberculosis en la cárcel que conllevan a un incremento y no a una disminución de las personas afectadas con Tuberculosis.

Teniendo en cuenta que el Distrito de Barranquilla, a través de Ministerio de Protección Social implanta la reglamentación de la resolución N° 00412 del 2000 y la Guía de Atención de la Tuberculosis, es prioridad para nosotros, evaluar las condiciones en que se cumplen o no los programas de Tuberculosis a nivel Penitenciario, por tal motivo nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cómo es el manejo del Programa de Tuberculosis aplicados a la población interna del Establecimiento Penitenciario y Carcelario de Barranquilla en el segundo semestre del 2004?

PROPÓSITO

De acuerdo a las tasas de incidencia de la Tuberculosis en los centros carcelarios de Colombia, se plantea la necesidad de realizar e instaurar un plan de mejoramiento de la ejecución del programa de Tuberculosis Pulmonar a nivel del Establecimiento Penitenciario y Carcelario de Barranquilla, y que este a su vez sirva como modelo de referencia en la prestación de los servicios y el manejo de los pacientes tuberculosos a nivel regional y nacional en los Establecimientos carcelarios.

De esta manera contribuiremos al mejoramiento de la calidad de vida de los internos, reduciendo la morbimortalidad y costos que demandan el tratamiento y la rehabilitación de esta enfermedad en el mundo, y de esta manera despertar el interés de la población estrechamente relacionada con el ámbito penitenciario a nivel local, nacional e internacional profesionales del área de la salud y demás entidades con interés de desarrollo social.

JUSTIFICACIÓN

En el mundo, las enfermedades de interés en salud pública cobran diariamente nuevas vidas, dentro de éstas tenemos la Tuberculosis, declarada en 1993 como “una enfermedad de urgencia mundial” por la OMS, debido a la deficiencia de los servicios de salud actualmente los esfuerzos en materia de promoción y prevención para erradicarla siguen siendo inútiles, alcanzando alarmantes cifras de personas que la padecen en todo el mundo, es por eso que la diseminación del bacilo afecta directamente a la población en general sin límite de edad.

Las tasas a nivel mundial de la Tuberculosis son enormes, cerca de un tercio de la población está infectada, la proyección para el siglo XXI indica que el impacto de la Tuberculosis aumentará si no se toman de inmediato medidas de control en todos los países, 1700 millones de habitantes en nuestro planeta padecen Tuberculosis, que de ellos anualmente mueren unos 300 millones, que cada año aparecen 10 millones de nuevos enfermos, principalmente en Latinoamérica y África, algunos expertos epidemiólogos informan que de cada 100 personas infectadas el 10 % desarrollan la enfermedad, mientras que el 90 % restante logran convivir con ella sin desarrollarla.¹

¹ Archivo de Bronconeumología. Órgano oficial de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y de la Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT).



Para América durante el año 2000 se notificaron 233.519 casos de Tuberculosis para una tasa total de 29 por cien mil habitantes. De estos casos el 60% correspondieron a tuberculosis Pulmonar, baciloscopia positiva para una tasa de 17 por cien mil habitantes.

En América latina la incidencia varía con el nivel de desarrollo, la cobertura y la calidad de los sistemas de atención en salud. Por países las tasas más altas las registraron en orden ascendente Perú con 151 casos por cien mil habitantes, Haití con 126.7 Bolivia con 122, República Dominicana con 63 y Honduras con 62.²

En Colombia de acuerdo con la información obtenida por medio del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis durante el 2001, se registraron 968 casos, la incidencia de TBC en todas sus formas fue de 14 por 100 mil habitantes lo que representa un incremento de cerca de 2 puntos en relación con el año 2000, cuando la incidencia fue de 12.14 por 100 mil habitantes, en cuanto a la incidencia de Tuberculosis Pulmonar en el 2001 fue de 10 por 100 mil habitantes y la de la Extrapulmonar fue de 4 por 100 mil habitantes.

La situación es especialmente alarmante en las cárceles, donde la incidencia de esta grave enfermedad infecciosa es de 5 a 50 veces mayor que el promedio a nivel nacional. Las causas de esta situación son la malnutrición, la falta de higiene, el hacinamiento y otros problemas relacionados con la

² Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de eventos de interés en salud pública.

salud y las condiciones de detección. Otra causa es que el tratamiento sólo se administra ocasionalmente.

Los médicos del Centro Internacional de la Cruz Roja (CICR) que hacen frente a esta problemática, durante sus visitas a los prisioneros en algunos países, advierten que los detenidos enfermos no reciben un tratamiento eficaz, controlado y completo, y consideran que las cárceles de muchos países se convertirán en el principal foco de esta enfermedad especialmente el tipo resistente a diversos medicamentos que afectaran a la población en general.

Desde 1995 un total de 514 detenidos han sido tratados mediante el programa contra la TBC; según la estrategia de tratamiento breve bajo observación directa, recomendada por la OMS, el personal médico debe asegurarse de que cada paciente tome diariamente y durante todo el tratamiento (mínimo 6 meses) los medicamentos requeridos.

El índice de mortalidad es del 75% y del abandono del tratamiento ascendió al 11.6% incluidos los detenidos liberados.

Teniendo en cuenta los Establecimientos penitenciarios y carcelarios de Colombia, demandan una gran incidencia de Tuberculosis en la población de los internos, ya que el hacinamiento, los estilos de vida y las deficientes condiciones de los servicios de salud contribuyen al incremento de este fenómeno. Las Naciones Unidas de los Derechos Humanos se ha

pronunciado ante la alarmante estadística que se maneja a nivel mundial, problemática que no excluye a nuestro país y por ende a nuestras cárceles municipales.

En relación con la distribución de TBC por género, el masculino presentó el mayor número de casos con 63.5% y el femenino 34.4%. la razón hombre mujer fue de 1.74, es decir que por cada dos hombres con Tuberculosis aproximadamente se enfermó una mujer por este evento; Predominando en el género masculino en edades que oscilan entre 18 y 60 años, relacionándose estrechamente con enfermedades inmunosupresoras tales como SIDA, Hepatitis, Diabetes, antecedentes de patologías respiratorias y además las deficientes condiciones ambientales como el hacinamiento que predisponen a la diseminación de la enfermedad.

Respecto a los indicadores de gestión del Programa, el porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios fue de 11.6% en mayores de 15 años. La baciloscopia fue positiva en 3.04%, es decir que de cada 100 sintomáticos respiratorios examinado es probable que tres de ellos sean bacilíferos. Por otro lado en Bogotá no se alcanzó la meta del compromiso mundial de alcanzar la curación del 85% de los pacientes con baciloscopia positiva para Tuberculosis.³

³ Boletín Epidemiológico Distrital (BED) Vol. 7 # 6 a 9. 19 de mayo al 7 de septiembre/2002

En Barranquilla de acuerdo con la información obtenida por medio de Distrisalud a través del cuarto informe trimestral de control de Tuberculosis durante el 2003, se registraron 116 casos ; en relación con la distribución de TBC por género , el masculino presentó el mayor número de casos con 67.24% y el femenino 32.75%.

Con respecto a los indicadores el porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios fue de 65% en mayores de 15 años. La baciloscopia fue positiva en 2.11%.

En el establecimiento penitenciario y carcelario de Barranquilla sede bosque se reporto en el año 2001 1 caso de tuberculosis, para el 2002 es reportado un caso mas, la incidencia para el 2003 aumenta en 4 casos comprobados actualmente se presentan una incidencia de 1.64% correspondiente a 11 casos de sintomáticos respiratorios comprobando por prueba de baciloscopia seriada sobre la población total del establecimiento de 669 reclusos se estima que el 5.97% corresponde a pacientes asintomático respiratorios no comprobados; información obtenida por la unidad especial de salud y ambiente en Barranquilla quien maneja el control de esta enfermedad dentro de la población carcelaria.⁴

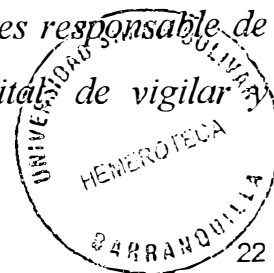
Ante esta problemática sanitaria presente en el establecimiento, el Ministerio de Protección Social bajo la dirección de la OMS y la OPS determinan a través de la resolución 00412 del 2000 llevar a cabo

⁴ Unidades Especiales de Salud y Ambiente (UESA) Barranquilla.

programas de guías de atención integrales dirigidas por la unidades especiales de salud y ambiente (UESA) encaminadas a reducir la morbimortalidad y transmisión de la Tuberculosis, las cuales comprenden promoción, prevención, tratamiento, procedimientos técnico científicos y administrativos con el objetivo de lograr el control de la enfermedad.

Teniendo en cuenta lo anterior la Tuberculosis representa en la actualidad un grave problema de salud pública en todos los países, a pesar de existir medios preventivos para evitar su incremento en la comunidad. Las administradoras tienen la responsabilidad de garantizar una atención individual integral a su población afiliada y beneficiaria, por lo tanto deben procurar llevar a cabo actividades, intervenciones y procedimientos de educación, información y promoción de la salud, y de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los enfermos tuberculosos.

El Ministerio de Salud es el responsable de dirigir y controlar el Sistema Nacional de Vigilancia epidemiológica para lo cual legisla, normaliza y diseña contenidos. También apoya técnica y financieramente a las direcciones seccionales y locales de salud, estas son responsables de administrar, vigilar y controlar el sistema de vigilancia epidemiológica distrital. Además deben garantizar la realización de las acciones comunitarias normalizadas en los protocolos de vigilancia epidemiológica y de las acciones individuales incluidas en el plan de atención básica P.A.B aprobado para la ciudad. En el caso del distrito también es responsable de gerenciar el sistema de vigilancia epidemiológica distrital.



controlar a las unidades locales y a las IPS en el cumplimiento de las normas del sistema de vigilancia. Además, deben adaptar y adoptar las normas nacionales diseñar campañas controlando brotes y emergencias sanitarias.

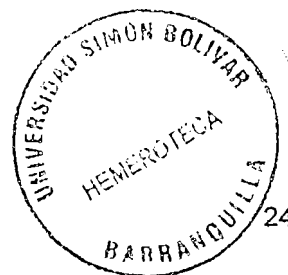
Por tal motivo la profesión de Enfermería, es el principal actor en la promoción y prevención de la TBC, y desempeñar una excelente y eficaz intervención en la atención para el tratamiento de la misma, la hacen responsable de un sin número de acciones dirigidos al control de la incidencia de pacientes tuberculosos en las comunidades que conforman nuestra nación.

De esta forma se hace evidente la necesidad de investigar las distintas actividades realizadas por Enfermería encaminadas a garantizar la atención y el control de los pacientes con tuberculosis, lo cual nos permite conocer los aspectos que debemos fortalecer para así llevar a cabo acciones concretas dirigidas a elevar la calidad de vida del paciente .



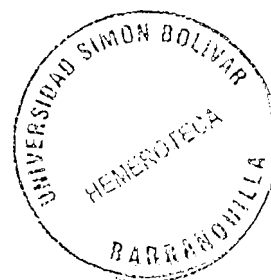
OBJETIVO GENERAL

*EVALUAR EL MANEJO DEL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS
APLICADOS A LA POBLACIÓN INTERNA DEL
ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO Y CARCELARIO DE
BARRANQUILLA EN EL PRIMER PERIODO DEL 2005 .*



OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ *Identificar la población objeto de estudio según edad, escolaridad y estancia en el establecimiento penitenciario y carcelario de Barranquilla.*
- ❖ *Caracterizar la atención que se da en centro carcelario a la población objeto de estudio según protocolos establecidos para el manejo de la Tuberculosis pulmonar teniendo en cuenta: detección, diagnóstico, casos nuevos, reincidentes y seguimiento.*
- ❖ *Determinar la gestión del programa de Tuberculosis pulmonar en el centro penitenciario teniendo en cuenta los sistemas de información, periodicidad y aplicación de indicadores de captación y seguimiento establecidos en la guía de atención integral.*
- ❖ *Establecer un plan de mejoramiento para el programa de Tuberculosis Pulmonar en el centro carcelario y penitenciario de Barranquilla acorde con los resultados del trabajo presentado, aplicando correctivos a través entrenamiento respectivos.*



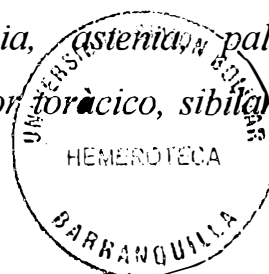
MARCO TEORICO

La Tuberculosis Pulmonar es una enfermedad producida por el Mycobacterium tuberculosis o bacilo de Koch, causante de la mayor cantidad de incapacidades y muerte en muchas zonas del mundo. La infección inicial suele ser asintomático, siendo los pulmones los órganos mayormente afectados, sin embargo la enfermedad puede afectar cualquier otro órgano o diseminarse por todo el organismo.

Como resultado del proceso patológico y de acuerdo con la historia natural de la enfermedad, se puede producir la curación espontánea o bajo tratamiento, llegar a la curación o producir la muerte. La Tuberculosis curada deja una cicatriz que si bien no es contagiosa si puede causar limitación e incapacidad funcional.

Las lesiones pulmonares iniciales por lo general se curan dejando alteraciones residuales excepto calcificación ocasional de los ganglios linfáticos, pulmonares o traqueo bronquiales. De 90% a 95% de las personas infectadas pueden entrar en la fase de latencia a partir de la que existe riesgo de su reactivación.

Se caracteriza la Tuberculosis pulmonar por fiebre prolongada de etiología desconocida, tos y expectoración que no responde al tratamiento médico, hemoptisis, pérdida de peso, anorexia, adinamia, astenia, palidez, sudoración, adenopatías, hepato esplénomegalia, dolor torácico, sibilancias

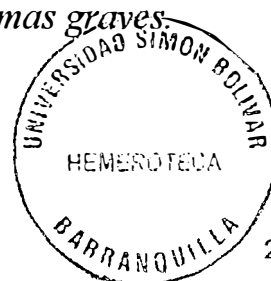


o crepitos, soplos toràcicos o hallazgos anormales a la auscultaci3n anormal.

La Tuberculosis pulmonar progresivo surge por reinfecci3n ex3gena o reactivaci3n end3gena del foco primario, sin tratamiento aproximadamente puede fallecer el 30% de los casos en menores de 5 a3os. El cuadro cl3nico depende de la frecuencia o ausencia de los bacilos en el esputo y tambi3n de la naturaleza de los cambios en la radiograf3as de toràx, las que presentan zonas densas anormales, infiltraci3n pulmonar, cavernas o fibrosis aun antes de aparecer manifestaciones cl3nicas.

En los lactantes, adolescentes, adultos j3venes y personas inmunosuprimidas es mas frecuente que la infecci3n inicial tenga consecuencias graves, en los adultos maduros, es mas posible una reactivaci3n por infecciones antiguas y latentes. Las complicaciones de la Tuberculosis depende del3rgano afectado; en la forma pulmonar se puede presentar: insuficiencia respiratoria, empiema, fibrotoràx, atelectasia, bronquiectasia, hemoptisis y laringitis tuberculosa entre otras. Otras complicaciones puede ser el desarrollo del cor pulmonae y la aspergiliosis colonizante, la cual se presenta principalmente en las cavernas.

La Tuberculosis extrapulmonar, es menos com3n que la pulmonar, siendo mas frecuente en ni3os y en personas inmunodeprimidas y con mayor frecuencia la infecci3n inicial puede tener consecuencias mas graves.



La transmisión se da por la exposición al bacilo tuberculosos, contenido en los núcleos de las gotitas de saliva, suspendidas en el aire, expulsadas por personas con Tuberculosis pulmonar o laringeo durante los esfuerzos espiratorios como la tos, al hablar, cantar o estornudar. La exposición cercana o prolongada a un caso bacilífero puede producir la infección de los contactos; cada tuberculosos bacilífero contagia alrededor de 20 personas, de ellos alrededor de un 10% enfermará generando 2 o mas casos nuevos de Tuberculosis, uno de los que por lo menos será contagioso.

El personal de salud está expuesto al contagio por el contacto prolongado por un caso, y el no cumplimiento de las medidas de bioseguridad, durante la realización de procedimientos clínicos de riesgo como las entubaciones, broncoscopias o necrosias.

La Tuberculosis se caracteriza por presentar tos con expectoración de mas de 15 días de evolución. El cuadro clínico, dependiendo de su localización puede presentarse como laringitis crónica con disfonía persistente, laringotraqueitis crónica, bronquitis crónica, bronconeumonía, neumonía y enfisema.

La susceptibilidad es universal para todas las edades y sexo. Sin embargo la desnutrición, el hacinamiento, las malas condiciones higiénicas, la alta incidencia por VIH, algunas enfermedades debilitantes y anergizantes, los inmunosupresores, la diabetes, el estrés, la psicosis, el alcoholismo, la

drogadicción y la indigencia entre otros, aumenta la susceptibilidad de las personas a la enfermedad.

La situación es especialmente alarmante en las cárceles, donde la incidencia de esta grave enfermedad infecciosa es de 5 – 50 veces mayor que el promedio a nivel nacional. Las causas de esta situación son la desnutrición, la falta de higiene, el hacinamiento y otros problemas relacionados con la salud y las condiciones de detección. Otra causa es que el tratamiento sólo se administra ocasionalmente.

Los médicos del centro internacional de la Cruz Roja, que hacen frente a la problemática durante sus visitas a los prisioneros, advierten que si los detenidos enfermos no reciben un tratamiento eficaz, controlado y completo, las cárceles de la zona se convertirán en el principal foco de la enfermedad, especialmente el tipo resistente a ciertos medicamentos que afectarán a la población en general.

La Tuberculosis es también una de las principales amenazas para la salud en el sistema carcelario y urge hacerle frente a este problema⁵

En el Establecimiento penitenciario y carcelario de Barranquilla, el grupo etéreo afectado se encuentra en intervalos de 18 a 67 años de edad, correspondiente a la población masculina recluida en el establecimiento, teniendo en cuenta que dentro de este grupo se encuentran diversos niveles

⁵ Cruz Roja Internacional: La problemática de la TBC en las Cárces.

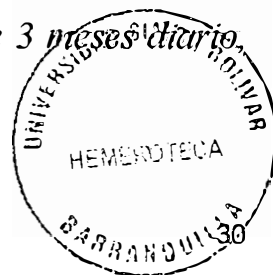


educativos y de escolaridad que influyen en el adecuado manejo de la patología por parte de los internos, lo que trae consigo que muchos de estos desconozcan los factores de riesgo, consecuencias y secuelas que origina este tipo de patologías es su bienestar físico y social.

Para llevar a cabo un manejo adecuado del tratamiento de estos pacientes, la estancia juega un papel muy importante, ya que dependiendo el tiempo que estos se encuentran en el penal, será la efectividad del tratamiento. Muchos de estos reclusos son trasladados, remitidos, liberados o fallecidos ocasionando alteraciones y fracasos en el seguimiento y la recuperación del tratamiento.

La mejor forma de prevenir la enfermedad es cortar la cadena de transmisión de enfermo a sano, mediante la búsqueda, localización precoz de las fuentes de infección, es preciso diagnosticarlas oportunamente, de tal manera que al inicio del tratamiento hayan infectado al menor número posible de contactos.

La estrategia a nivel penitenciario consiste en la toma de Baciloscopia seriada de esputo antes del inicio del tratamiento, mas un rayos X pulmonar para complementar el diagnóstico. Los casos nuevos que fueron detectados mediante los procedimientos antes mencionados inician tratamiento acortado supervisado de primera fase, con una duración de 3 meses.



con 72 dosis diarias de Estreptomicina, 1 ampolla por 1 gramo intramuscular, Pirazinamida 3 tabletas de 0.5 gramos, Ethambutol 3 tabletas por 400mg, asociaciones de Rifampicina mas Isoniazida en 2 càpsulas de 300mg de Rifampizina mas 150mg de Isoniazida, Ethionamida 3 tabletas por 250mg.

La administración del tratamiento de TBC pulmonar para la segunda fase se realiza en 9 meses (dos veces por semana) de lunes a sábado, con un número de dosis de 216. los medicamentos son: Ethionamida 3 tabletas por 250mg, Ethambutol 3 tabletas por 400mg y asociación de Rifampicina e Isoniazida en 2 càpsulas.

Estos tratamientos deben suministrarse bajo estricta vigilancia del personal de salud, ya que de ello depende evitar reincidencia de pacientes infectados, en este caso el tratamiento cubre 3 meses de lunes a sábado.

ESQUEMA DE RETRATAMIENTO SUPERVISADO

FASE	DURACION	Nº DOSIS	MEDICAMENTO	DOSIS
PRIMERA	3 MESES Diario Lunes a Sábado	72	Estreptomicina	1 Amp. X 1gr IM
				3 Tab. X 0.5gr
			Pirazinamida	3 Tab. X 400mg
			Ethambutol	2 càps. X 300mg de
			Asociación (R+H)	R
			Rifampicina	+ 150mg de H
			Isoniazida	3 Tab. X 250mg
SEGUNDA	9 MESES Diario Lunes a Sábado	216	Ethionamida	3 Tab. X 250mg
			Ethambutol	3 Tab. X 400mg
			Asociación R + H	2 Càps.

Segùn la estrategia para el control de los pacientes se ha diseñado un seguimiento el cual esta contemplado en la Guìa de Atención Integral de la Tuberculosis emanado por el Ministerio de la Protección Social, el cual determina que se requiere un control mèdico al 2, 4 y 6 mes o finalizaciòn del tratamiento o cuando el estado del paciente lo requiera, ademàs se realiza cada dos meses un control de enfermerìa que abarca el primer, tercer y quinto mes de tratamiento con el objetivo de controlar problemas de intolerancia al medicamento, toxicidad u otra situaciòn que justifique la remisiòn del paciente a consulta mèdica.

La administraciòn del medicamento es realizado por el personal de Auxiliar de Enfermerìa, en donde el paciente asiste a recibir una dosis



correspondiente al medicamento, haciéndose énfasis en la importancia de la toma del medicamento y las consecuencias del abandono de éste.

La notificación de casos de Tuberculosis a través de esta vía debe realizarse por parte de las Instituciones prestadoras de salud, públicas y privadas, diario a la dirección local de salud y a su vez estas envían la información pertinente semanalmente a la dirección seccional o distrital.

Por último, las direcciones seccionales o distritales realizan los reportes correspondientes a la oficina de epidemiología del Ministerio de Salud semanalmente.

La segunda vía, dice que a través del informe trimestral de caos, actividades y el análisis de cohorte: proporciona información que permite realizar el control de la gestión del programa de tuberculosis, mediante unos formatos que incluyen algunas variables adicionales sobre las actividades para el control de la tuberculosis y su flujo es igual a la anterior. La periodicidad de estos informes es trimestral y se hace desde las IPS, hasta las direcciones seccionales o distritales y de estas últimas al programa de patologías infecciosas del Ministerio de Salud.

La evaluación del programa pretende medir el cumplimiento en las metas de propuestas. El proceso de evaluación implica la medición periódica de los indicadores epidemiológicos del control de gestión. Estos indicadores se consideran de interés pero no influyen por integrante en el sistema de fortalecimiento de la gestión, la evaluación debe hacerse trimestralmente a través de los siguientes indicadores de control:

El porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios, nos mide el porcentaje de cumplimiento en la captación y examen de sospechosos de padecer la enfermedad y nos orienta en la prevalencia de síntomas neorespiratorios en la comunidad que demanda el servicio de salud. Su formula es número de sintomáticos respiratorios examinados con BK de esputo, sobre, el número de sintomáticos respiratorios programados por cien.

El número de sintomáticos respiratorios programados corresponde al 10% del total de consultas médicas, por todas las causas, en mayores de 15 años, de primera vez en el año realizadas en el periodo de tiempo inmediatamente anterior. La mejor manera de evaluar este indicador es seguir su tendencia en el tiempo.

El dato total de las consultas médicas por todas las causas en mayores de 15 años, de primera vez en el año se obtiene de los registros estadísticos.

El número de asintomáticos respiratorios examinados con BK de esputo se obtiene del libro de laboratorios de tuberculosis.

El indicador de positividad mide la probabilidad de que un sintomático respiratorio sea positivo al examinarse; su valor real esta determinado por la prevalencia de la enfermedad pero esta artificialmente elevado cuando hay una baja captación de sintomático y se ordena el examen sólo a quien tiene un cuadro florido de la enfermedad. Cuando hay un incremento en la captación y exámenes de sintomáticos sostenidos, el indicador se hace

progresivamente menor del 4% se recomienda implementar el cultivo para mejorar su rendimiento. A medida que la incidencia y la prevalencia de la enfermedad disminuye su control se hace más costoso. Está representada por el número de asintomáticos respiratorios positivos a la baciloscopia sobre el número de sintomáticos respiratorios examinados con BK esputo por cien.

La sensibilidad diagnóstica de la primera baciloscopia es de 0.65 – 0.75, la segunda de 0.15 – 0.30 y la tercera de 0.05 – 0.10; de tal manera que cuando la concentración es menor de 10 se está perdiendo hasta el 10% de enfermos, a pesar de haber sido captados. Sólo una concentración de 3 con una técnica de laboratorio óptima garantiza el diagnóstico a quien captado. Los datos de baciloscopia realizada para el diagnóstico y el número de sintomáticos respiratorios examinados se obtiene del libro de laboratorio de tuberculosis. Su fórmula es : número de baciloscopias realizadas para el diagnóstico, sobre, el número de sintomáticos respiratorios.

La meta es lograr que el 85% de los casos nuevos de TBC pulmonar bacilífera egresen por curación. Este indicador se calcula 9 meses después de que ingrese el último paciente a la cohorte trimestral. El dato se obtiene del libro de pacientes con tuberculosis y las tarjetas individuales en el cajón correspondiente a su trimestre hasta tanto no se requiera utilizar de nuevo ese espacio, momento en el cual debe realizarse el análisis de la cohorte.

La norma técnica establece también la determinación del porcentaje de tratamientos terminados correspondientes a la proporción de pacientes que terminaron éste, pero que al final no fue posible la demostración bacteriológica de la negativización del esputo. Este dato se obtiene de la



tarjeta individual al hacer análisis de la cohorte trimestral. Se mide por los números de paciente que terminaron tratamiento sobre el total de los pacientes nuevos de BK positivo que ingresaron a la cohorte por cien.

Aunque cualquier caso de abandono de tratamiento requiere un minucioso análisis para identificar los factores de riesgo que influyeron y los correctivos que se tomaron. Se debe estar alerta cuando este valor sea mayor al 5% no debemos esperar a que pase un mes para indagar sobre las causas de abandono, en la primera falta de asistencia a la toma de tratamiento se debe iniciar la investigación correspondiente. El dato se obtiene de la tarjeta individual al hacer análisis de la cohorte individual.

Este dato se analiza mediante el número de pacientes que abandonaron el tratamiento sobre el total de los pacientes nuevos con BK positivo que ingresaron a la cohorte por cien.

Los datos de mortalidad de los pacientes inscritos al programa y que reciben tratamiento acortado supervisado con previo diagnóstico precoz, deben ser similares a la mortalidad de la población en general. El dato se obtiene de la tarjeta individual al hacer análisis de la cohorte trimestral. Se mide por el número de pacientes que murieron durante el tratamiento (por cualquier causa) sobre el total de pacientes nuevos con BK positivos que ingresaron a la cohorte por cien.

Dentro de los registro de acceso de información, encontramos la tarjeta individual que es el formato dinámico y formal que permite identificar al



enfermo y sus contactos, su estado bacteriológico, evolución e intolerancia a los medicamento entre otras, y permite conocer el organismo responsable del control, los siguientes aspectos, números de control y otros aspectos administrativos, como los resultados del tratamiento de cohorte.

Debe diligenciarse a toda persona diagnosticada como enfermo de TBC y que ingrese a tratamiento. Permanecerà en un tarjetero fuera de la historia clínica hasta que no se realice el análisis de la cohorte correspondiente al trimestre en que ingresó el paciente. Es responsabilidad del personal de enfermería.

Para facilitar el análisis de la cohorte se sugiere imprimirla en cartulina de color según el tipo de paciente al ingreso:

- ✧ Azul para los nuevos.*
- ✧ Rosado para la recaídas.*
- ✧ Verde para remitidos.*
- ✧ Amarillo para el reingreso de abandono.*
- ✧ Blanca para los fracaso.*

Las tarjetas se conservan en un tarjetero o fichero destinada para tal fin dividida en 4 compartimientos, cada uno para un trimestre del año. En cada compartimiento o cajón debe irse ingresando secuencialmente las tarjetas de tratamiento sòlo tiene validez si esta permanentemente actualizado. Se pasa al mèdico junto con la historia clínica, una vez terminada la consulta la tarjeta debe regresar a la correspondiente tarjetero y la historia clínica al archivo general de la historia. (ver anexo).

Teniendo en cuenta lo anterior, la calidad de atención en el manejo de los pacientes con tuberculosis, requieren la participación de la profesión de enfermería, el cual es el principal actor en la promoción y prevención de la TBC al igual que en su tratamiento, haciendo énfasis en los indicadores anteriormente mencionados, establecidos por el protocolo de vigilancias epidemiológica de los diferentes fuentes de salud pública, de esta forma se hace evidente investigar las diferentes actividades realizadas para el control de pacientes tuberculosos, la cual nos permite conocer cuales son los aspectos que debemos fortalecer en el programa del control de la tuberculosis en el Establecimiento penitenciario, para así llevar a cabo un plan de mejoramiento de la atención en el programa aplicado al centro de reclusión por medio del entrenamiento al personal de sanidad y que así mismo sea implementado por los diferentes centros penitenciarios en la costa y en el país en donde se llevan a cabo programas de atención al paciente con tuberculosis pulmonar.

MARCO LEGAL

- **Ley 65 de 1993**

Código Penitenciario y Carcelario

Título IX

Artículo 104

Servicio de sanidad:

En cada establecimiento se organiza un servicio de sanidad para velar por la salud de los internos, examinarlos obligatoriamente a su ingreso de reclusión y cuando se decreta su libertad; además adelantará campañas de prevención e higiene, supervisará la alimentación suministrada y las condiciones de higiene.

Los servicios de sanidad y salud podrán prestarse directamente a través del personal de planta o mediante contratos que se celebren con entidades públicas o privadas.

Artículo 105:

Servicio médico penitenciario y carcelario:

El servicio médico penitenciario y carcelario estará integrado por médicos, psicólogos, odontólogos, psiquiatras, terapistas, enfermeros, y auxiliares de enfermería.

Artículo 106

Asistencia medica.

Todo interno en un establecimiento de reclusión deberá recibir asistencia medica en la forma y condición prevista por el reglamento, se permite la atención por médicos particulares cuando el establecimiento no esté en capacidad de prestar el servicio o en caso excepcionales. Si un interno contrae enfermedad contagiosa o se le diagnòstica enfermedad terminal, el director del establecimiento, previo concepto de la junta medica y de traslados, determinará si es procedente el traslado a un centro hospitalaria o a la medida adecuada de acuerdo con el código del procedimiento penal, para este efecto, propondrá al funcionario judicial la libertad provisional.

El director del establecimiento de reclusión queda autorizado previo concepto medico a ordenar el traslado de un interno a un centro hospitalario, en los caso de enfermedad grave o intervención quirúrgica, bajo las medidas de seguridad que cada caso amerita.

Artículo 108

Defunciones:

El director del establecimiento de reclusión informará a las autoridades correspondientes y al INPEC, las defunciones que ocurra dentro de los mismos, igualmente, informará a los pacientes que figura en los registros



del interno, el cadáver será entregado a los familiares que lo reclamen, sino será sepultado por cuenta del establecimiento.

▪ ***Decreto 2309 del 2002 (15 de octubre)***

Por el cual se define el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud.

Decreta: Título IV: De los procesos de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

Artículo 36: De la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud el cual dice que el mecanismo sistémico y continuo de evaluación de cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el sistema único de habilitación.

Los procesos de auditoria serán obligatorios para las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las IPS, EPS, ARS y entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

La auditoria para el mejoramiento de la calidad implica.:

- 1. la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios.*
- 2. la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.*
- 3. la adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.*

Artículo 37 nos habla de los niveles de operación de la auditoria para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. En cada uno de las entidades obligadas a desarrollar procesos de auditoria para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, el modelo que se aplique operan en la siguiente forma:

Autocontrol: cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta procedimientos en los cuales participa para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

Auditoria interna consiste en una evaluación sistémica realizada en la misma situación, por una instancia externa al proceso que audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura de autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que este sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoria interna.

Existe asimismo la auditoria externa que es la evaluación sistémica llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada, su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoria interna y autocontrol, implementado el modelo de auditoria de segundo orden.

Artículo 38

Tipos de acciones:

El modelo de auditoria para el mejoramiento de la calidad de atención en salud se lleva a cabo de tres tipos de acciones, que son: acciones preventivas, procedimientos y acciones coyunturales, estas acciones son el conjunto de procedimientos, actividades y mecanismos de auditoria, encaminadas alerta, prevenir, informar y analizar la concurrencia de eventos adversos durante los procesos de Atención en salud y facilitan la aplicación de intervenciones orientadas a la intervención inmediata de los problemas detectados, y la prevención de recurrencia.

Artículo 45:

Vigilancia, Inspección y Control:

Es responsabilidad de las entidades departamentales y distritales de salud, sin perjuicios de las competencias que les corresponde a la Superintendencia Nacional de salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección, y control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de Atención en salud por parte de las IPSS, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

Por su parte la Superintendencia Nacional de salud ejercerá la vigilancia y la inspección de Auditoria para el mejoramiento de la calidad por parte de las EPS, ARS, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada y de las entidades departamentales, distritales y municipales de salud.



Para tales efecto, tanto la Superintendencia Nacional de salud como las entidades departamentales y distritales de salud podrán realizar visitas de inspección y solicitar la documentación e informe que estimen pertinentes. En caso de incumplimiento, la entidades competentes adelantarán las acciones correspondientes y aplicarán las acciones pertinentes contempladas en la ley.

▪ ***Decreto 0559 de 1991 (Febrero 22)***

Por el cual se reglamenta parcialmente las leyes 09 de 1979 y la 10 de 1990, en cuanto a la prevención, control y vigilancia de las enfermedades transmisibles.

Considerando:

Que de acuerdo con la ley 10 de 1990 la prestación de los servicios de salud en todos los niveles es un servicio público a cargo de la nación, el cual es administrado en asocio con las entidades territoriales, de su entes descentralizados y las personas privadas autorizados;

Que el artículo primero de la ley 10 de 1990, faculta al estado para que dentro de los términos del artículo 32 de la constitución política intervengan en el servicio público de salud, a fin de determinar, los derechos y deberes de los habitantes del territorio en relación con el servicio público en salud.

Que corresponde a la dirección nacional del sistema de salud dictar las normas científicas y técnicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo que son de obligatorio cumplimiento por

todas la entidades e instituciones del sistema de salud, al igual que reglamentar la atención en caso de enfermedades transmisibles y los procedimientos para su prevención y control.

▪ ***Decreto 2164 de 1996 (28 de noviembre)***

Por el cual se garantiza el sistema obligatorio de garantía de calidad del sistema general de seguridad social en salud.

Decreta:

Artículo 12

Plan nacional de mejoramiento de la calidad.

Para proporcionar el mejoramiento continuo de la calidad, el ministerio de salud diseñará, con la participación de las direcciones territoriales de salud, un plan nacional de mejoramiento de la calidad, en el cual se establecerá prioridades, metas y responsabilidades en materia de calidad de salud.

El plan incorpora la revisión y actualización sucesiva de los requisitos mínimos para la prestación de los servicios de salud.

A su vez, las entidades serán responsables de definir para su respectivos ámbitos, programas y metas para el mejoramiento de la calidad que harán parte del plan de desarrollo institucional, que serán presentados con su respectiva evaluación anual, ante las direcciones seccionales y distritales de salud.

Artículo 14

De la auditoria medica:

Las entidades promotoras de salud y las entidades que se asimilen deberán establecer procesos de auditoria medica de acuerdo alas pautas indicadas por el ministerio de salud la Superintendencia Nacional de salud.

Entiéndase por auditoria medica la evaluación sistemática de la atención en salud con el objetivo fundamental de mejorar la calidad del servicio significa la comparación de la calidad observada y la calidad deseada, de acuerdo con las normas técnicas, científicas y administrativas.

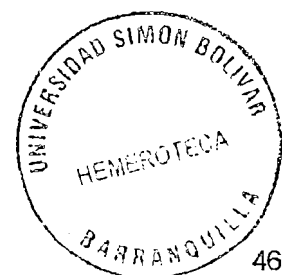
▪ **Ley 715 del 2001**

Por lo cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos, 288, 151, 356, 357, (acto legislativo 01 del 2001) de la constitución política,. Y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de salud y educación.

▪ **Principio generales:**

Artículo 1:

Naturaleza del sistema general de participación:



El sistema general de participación está constituido por los recursos que la nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la constitución política a las entidades territoriales, para la financiación de los servicios de salud u educación.

Artículo 3

Conformación del sistema general de participación:

Participación para salud.

Participación para educación.

Participaciones generales para agua potable y saneamiento ambiental

Artículo 52

Distribución de los recursos para financiar las acciones de salud, públicas, definidas como prioritarias para el país para el ministerio de salud.

Los recursos para financiar los eventos en salud pública se distribuirán así:

40% por población por atender.

50% por equidad.

10% por eficiencia administrativa.

Los departamentos recibirán el 45% para financiar los eventos de salud pública de sus competencia y para el mantenimiento de laboratorio de salud pública.

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO:

Para la realización de la siguiente investigación, se deberá conocer, analizar y evaluar todos los factores que intervienen en la presencia de enfermedades respiratorias como la tuberculosis, respondiendo a preguntas de donde y cuando se presenta dicho evento, y que características revisten a los sujetos afectados y en que proporción se afectan. El tipo de investigación a desarrollar es descriptiva, retrospectiva; el cual nos orienta al conocimiento del evento estudiado y a plantear posibles hipótesis que deberán ser probadas posteriormente e través de observaciones, analítica o de intervenciones.

UNIVERSO:

Actualmente en el Establecimiento Penitenciario y Carcelario de Barranquilla, existe una población de 26 internos, de diferentes grupos etáreos adscritos al programa de Tuberculosis.

DISEÑO DE LA MUESTRA

TAMAÑO DE LA MUESTRAS: Nuestra muestra son los pacientes con tuberculosis cuyo número corresponde a 26 personas.

RECOLECCION

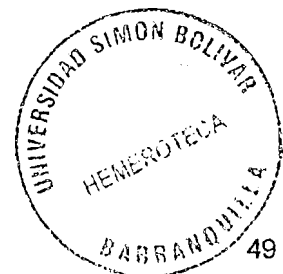
❖ *FUENTE:* Esta Indicada por los diferentes instrumentos de recolección de datos a utilizar, durante la investigación.

Encuestas, entrevista, cuestionarios

❖ *PRESENTACIÓN:* para la representación de los resultados obtenidos por los instrumentos de recolección de datos, utilizaremos tablas y los gráficos

❖ *VARIABLES:*

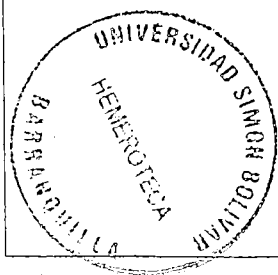
- *Edad*
- *Grado de escolaridad*
- *Estancia*
- *Detección*
- *Diagnóstico*
- *Manejo de Tratamiento Acortado Supervisado*
- *Reincidentes retratamiento supervisado*



- *Seguimiento*
- *Consulta Mèdica*
- *Control de Enfermeria Profesional*
- *Control por Auxiliar de Enfermeria.*
- *Control Bacteriológico.*
- *Visita Familiar.*
- *Educación.*
- *Sistema de informacìon*
- *Periodicidad de la informacìon*
- *Captación*
- *Curación*
- *Terminación del tratamiento*
- *Abandono del tratamiento*
- *Mortalidad.*

❖ OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Macrovariable	Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Categoría	Interrelación
Características de persona	Edad	Numero de años cumplidos	Cuantitativa	razón	18 – 27 48 – 57 28 – 37 58 – 67 y mas 38 – 47	Independiente
	Escolaridad	Años cursados de acuerdo a los niveles educativos existentes.	Cualitativa	Ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Técnico superior	Independiente
	Estancia	Tiempo que tiene de estar en la cárcel el interno con relación al tratamiento medico	Cuantitativa	Razón	0 – 6 meses 7 – 12 meses + 12 meses	Independiente
Protocolo de manejo	Detección	Búsqueda o focalización de casos o sintomáticos respiratorios dentro del centro penitenciario.	Cualitativa	Nominal	SI _____ NO _____	Independiente
		Búsqueda o focalización de casos o sintomáticos respiratorios fuera del centro	Cuantitativa	Nominal	SI NO	Independiente

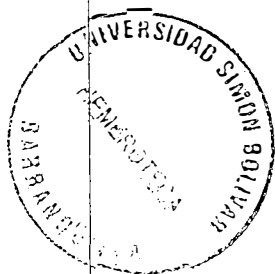


		penitenciario, en el hogar u otro centro				
Protocolo de manejo	Diagnostico	Toma de baciloscopia seriada de esputo antes del inicio del tratamiento.	Cualitativa	Nominal	SI NO	Independiente
		Toma de baciloscopia seriada de esputo antes del inicio del tratamiento.	Cualitativa	Nominal	SI NO	

Macrovariable	Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Categoría	Interrelación
Protocolo de manejo	Casos nuevos.	Administración de medicamento en la primera fase, durante 8 semanas de lunes a sábado.	Cualitativa	Nominal	SI NO	Independiente
	Manejo de tratamiento acordado supervisado	Administración de medicamento en la segunda fase durante 18 semanas 2 veces por semana	cualitativa	Nominal	SI NO	
	Reincidentes Retratamiento supervisado	Administración de tratamiento supervisado a pacientes reincidentes durante la primera fase por tres meses de lunes a sábado.	Cualitativa	Nominal	SI NO	Independiente

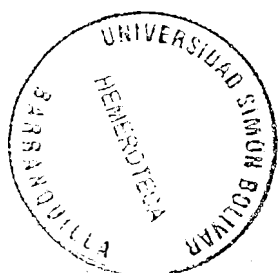
		Segunda fase durante nueve meses de lunes a sábado.	Cualitativa	Nominal	SI NO	Independiente
	Seguimiento	Control que recibe el paciente por parte del personal medico y paramédico				
	• Consulta medica	Control medico en el segundo cuarto y sexto mes o al final del tratamiento	Cualitativa	Nominal	SI NO	Independiente
	• Control de enfermería	Atención de enfermería en el primer, tercer y quinto mes de tratamiento	Cualitativa	Nominal	SI NO	Independiente
	• Consulta auxiliar de enfermería	Control que realiza la auxiliar de enfermería cada vez que recibe tratamiento.	Cualitativa	Nominal	SI NO	Independiente
	• Control	Control de muestra de				

	bacteriológico	esputo al segundo, cuarto y sexto mes de tratamiento.	Cualitativa	Nominal	SI NO	Independiente
	• Visita familiar	Control y seguimiento de familiares en el hogar	Cualitativa	Nominal	SI NO	Independiente
	Educación	Sensibilización a través de charlas a todos los carcelarios	Cualitativa	Nominal	SI NO	Independiente
Gestión del programa	Sistema de información	Diligenciamiento de registros o formatos según los criterios y normas emanadas del ministerio de protección social	Cualitativa	Nominal	SI NO	Independiente
	Periodicidad de la información	Envío de informes de la evolución del programa trimestralmente a SIVIGILA	Cualitativa	Nominal	SI NO	Independiente
	Captación	Porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios por toma de baciloscopia a los internos que ingresan a sanidad	Cualitativa	Nominal	# de sintomáticos respiratorios examinados con BK # sintomáticos respiratorios programados	Independiente



					* 100	
	Curación	Numero de pacientes curados que han recibido el tratamiento durante el año en curso	Cualitativa	Razón	$\frac{\# \text{ de pacientes curados}}{\text{Total DX nuevo con BK positivo} + \text{que ingresa a la cohorte.}} * 100$	Independiente
	Terminación del tratamiento	Numero de pacientes que terminaron el tratamiento durante el año en curso	Cualitativa	Razón	$\frac{\# \text{ de pacientes que terminaron TTO}}{\text{Total de pacientes nuevos con BK} + \text{los que ingresan a la cohorte}} * 100$	independiente
	Abandono del tratamiento	Numero de pacientes que abandonaron el tratamiento durante el año en curso	Cualitativa	Razón	$\frac{\# \text{ de personas que abandonan TTO}}{\text{total de pacientes nuevos BK} + \text{los que ingresaron a la cohorte}} * 100$	independiente

	Mortalidad	Numero de pacientes que durante el año en curso recibieron el tratamiento y fallecieron	Cualitativa	Razón	# de pacientes fallecidos con TBC # total de enfermos con TBC *100	independiente



PROCESAMIENTO: *Mecánico*

Se hará en forma manual observando el comportamiento e influencia de los datos obtenidos en las variables y su respectiva responsabilidad en la prevalencia de TBC en el Establecimiento Penitenciario carcelario de Barranquilla.

La información se almacenará, ordenará, propondrá soluciones diseñando políticas de acuerdo con los objetivos que se desean alcanzar en este estudio.

Para la sistematización utilizaremos los software Word y Excel.

PLAN DE ACTIVIDADES

Descripción de actividades

- ❖ *Conocimiento general del entorno, presentación del equipo de trabajo ante las autoridades administrativas de establecimiento penitenciario dando a conocer el objetivo de la investigación, con un carácter científico académico tomando como referencia la problemática de salud en la población interna.*
- ❖ *Recolección de la información. La recolección de la información se hará mediante visitas y entrevistas a la población interna, y en general con las personas que estén involucradas o afectadas por las causas y sus consecuencias directa o indirecta relacionadas con el fenómeno en estudio.*
- ❖ *Tabulación de la información. En esta etapa de la investigación se registra y tabula toda información recolectada por los instrumentos diseñados para tal fin. Para cumplir cabalidad es importante la ayuda que nos pueden brindar computadores o sistemas de información.*
- ❖ *Análisis y evaluación de la información obtenida. El análisis de la información tabulada y recolectada así como la evaluación de los procesos que permitan detectar las causas que originan la*

diseminación de la tuberculosis y el impacto socio-económico que produce con el propósito de proponer las políticas de salud a seguir.

- ❖ *Presentación del informe final. En esta etapa se presentara al comité de investigación de la Corporación Educativa Mayor de Desarrollo Simón Bolívar y a las directivas del Establecimiento Penitenciario y Carcelario de Barranquilla.*

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MESES ACTIVIDAD	Septiembre 10-12-12	Octubre 7-14-21	Noviembre 11-16-17	Marzo 11- 13-23	Abril 9- 15- 22	Mayo 3-17- 19	Junio 9-10- 13	Agosto 20-26	Septiembre 2-9-16	Octubre 7-28-31	Noviembre 4,6,11,15,18,21,23, 30
Solicitud del permiso de ingreso de la cual solicitar la información sobre estadísticas de TBC en el Distrito asocia por docentes supervisoras											
Reconocer el área donde se va a desarrollar la investigación, realizar cronograma de actividades, obtener información sobre el control trimestral de TBC en la cárcel.											
Recolectar información sobre la prestación de los servicios de salud, en la cárcel, recibir, asesorías por docentes, participar en intervenciones de distrisalud, sustentar propuesta de trabajo, recibir orientación administrativa el proyecto											

[illegible]

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS:

❖ *RECURSO HUMANO:* *Grupo de investigación*
ALZATE PERALTA LUIS ALBERTO
ARBOLEDA LOPEZ ERICA
MARZAL LORA KELLY JOHANA
RUSSO PACHECO JOHANNA
VIZCAINO SENIOR ELLA CECILIA

❖ *ASESORES :* *NORIS GUERRA*
MARIELA SUAREZ
LUCY CHIN CHON
ADALGISA ROJAS

TIEMPO: *SEGUNDO SEMESTRE DE 2004 HASTA EL SEGUNDO SEMESTRE DEL 2005*



PRESUPUESTO Y FINANCIACIÓN

PRESUPUESTO

<i>Materiales:</i>	<i>valor:</i>
<i>Útiles de oficina</i>	\$ 80.000
<i>Libros, revistas, periódicos, fotocopias</i>	\$150.000
<i>Disquete</i>	\$ 20.000
<i>Papelería</i>	\$ 50.000
<i>Transporte</i>	\$200.000
<i>Transcripción por computador</i>	\$150.000
<i>Empastado del proyecto</i>	\$ 20.000
<i>Imprevistos (25%)</i>	\$167.500
<i>Total</i>	\$837.500

FINANCIACIÓN

Los estudiantes cubrirán el 100 % de los gastos del trabajo de investigación.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Población total de sintomáticos respiratorios en el centro penitenciario y carcelario de Barranquilla del 2001 al 2005 son de 26 reclusos .

26 = 100% de la población en estudio

EDAD

Sintomáticos respiratorios según la edad en el centro penitenciario y carcelario de B/quilla en el segundo periodo del 2005

Edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
18-27	12	46.15
28-37	12	46.15
38-47	1	3.84
48-57	1	3.84
58-67	0	0
Total	26	100

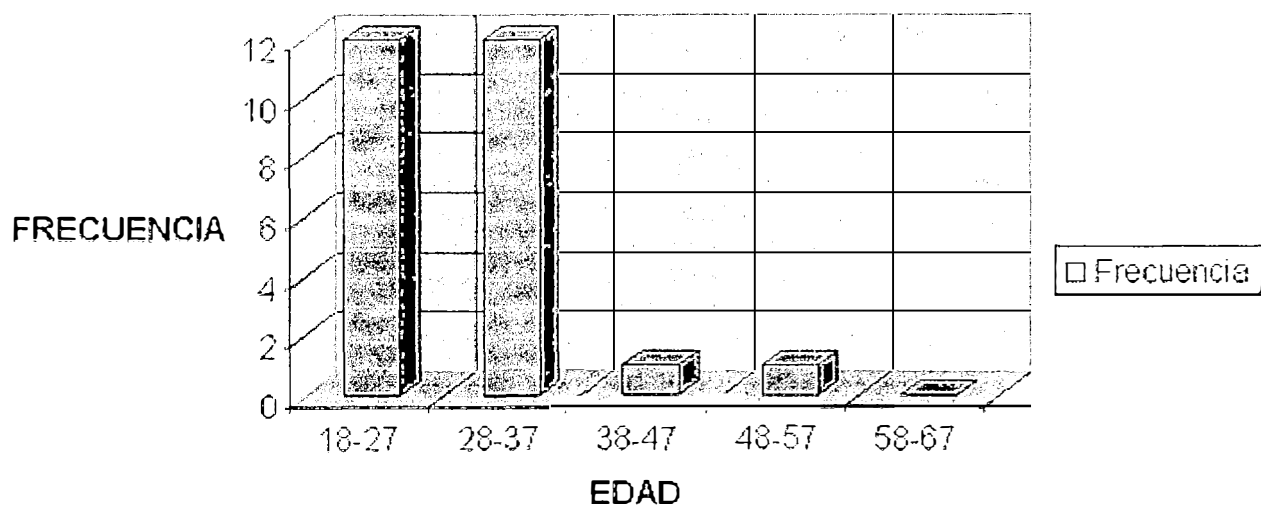
Tabla 1

Fuente: *hoja de registro de ingreso de pacientes con TBC llevada en el área de sanidad del centro penitenciario.*

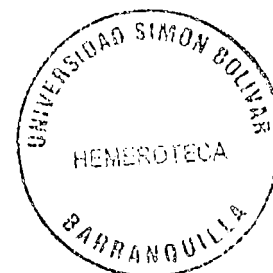
Interpretación: el máximo porcentaje de sintomáticos respiratorio se encuentra en la población en edad más joven (18 a 37 años) del centro de reclusión representado en 46.15%.



DISTRIBUCION POR EDAD



MEDIANA	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDAR
6.5	6.5	6.35



ESCOLARIDAD

Sintomático respiratorio según el grado de escolaridad en los pacientes inscritos en el programa de TBC en el Centro penitenciario en el segundo periodo del 2005.

Escolaridad	frecuencia	Porcentaje (%)
Analfabeta	3	11.53
Primaria	13	50
Secundaria	9	34.61
Técnica	1	3.84
Superior	0	0
Total	26	100

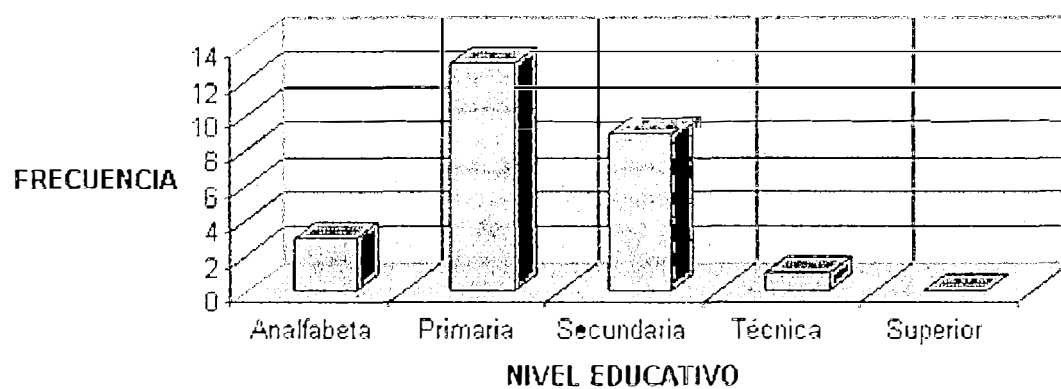
Tabla 2

Fuente: hoja de registro de ingreso de pacientes con TBC llevada en el área de sanidad del centro penitenciario.

Interpretación: el mayor índice de escolaridad se encuentra en la primaria con un 50 % seguido de personas que cursaron la secundaria en un 34%



GRADO DE ESCOLARIDAD



DESVIACIÓN ESTANDAR	MEDIANA	PROMEDIO
5.58	3	5.2

ESTANCIA

Tiempo de permanencia en el penal relacionado con el tratamiento médico a los pacientes inscritos en el programa de TBC en el centro penitenciario

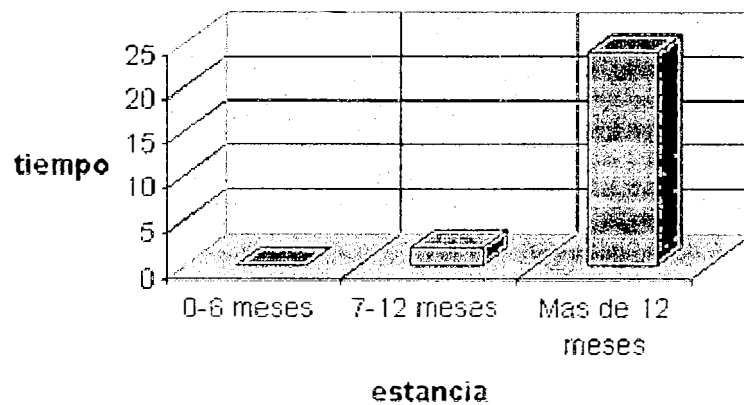
Estancia	Tratamiento médico	Porcentaje (%)
0-6 meses	0	0
7-12 meses	2	7.69
Mas de 12 meses	24	92.30
Total	26	100

Tabla 3

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes inscritos al programa.

Interpretación: El máximo porcentaje de pacientes con TBC corresponden aquellos reclusos que han permanecido mas de un año dentro del establecimiento penitenciario.

TIEMPO DE ESTANCIA



DETECCIÓN

Número de casos detectados en el centro penitenciario y a través de las visitas realizadas a los familiares de los pacientes inscritos en el programa de TBC

Detección	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si se detectaron sintomáticos respiratorios en el centro penitenciario	26	100
No se detectaron sintomático respiratorio en el centro penitenciario	0	0
Total	26	100

Tabla 4

Detección	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si se detectaron sintomáticos respiratorios en los familiares de los pacientes (hogar)	1	3.84
No se detectaron sintomático respiratorio en el hogar de los pacientes	25	96.16
Total	26	100

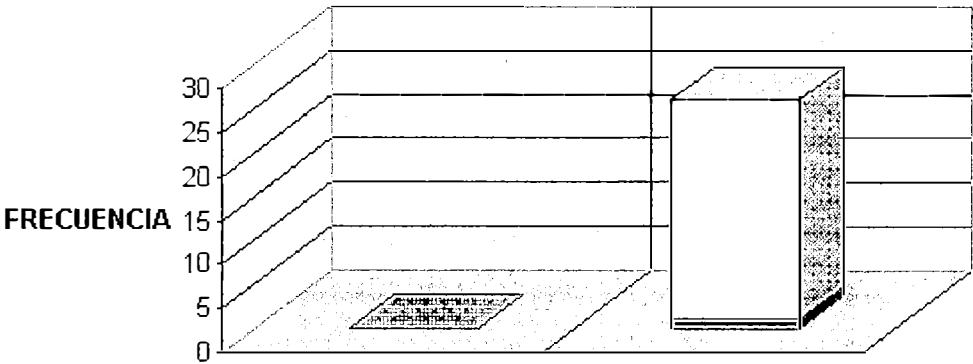


Tabla 5

Fuente: Registro de tarjeta individual de los pacientes inscritos al programa de TBC.

Interpretación: El 100% corresponde al porcentaje de pacientes detectados como sintomáticos respiratorios en el centro penitenciario; y el 3.84 corresponde al porcentaje de familias de pacientes detectados en el hogar.

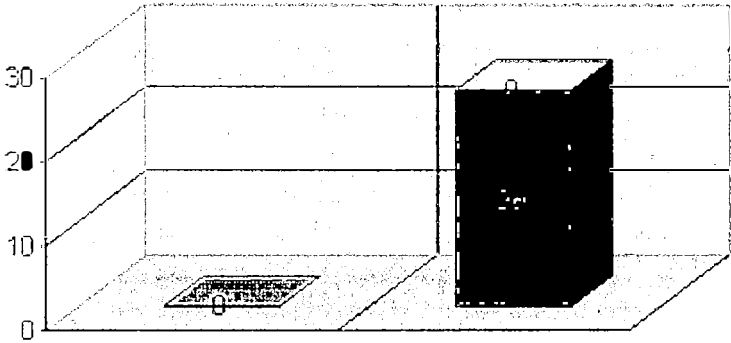
DETECCION EN EL HOGAR A FAMILIARES



Se detectaron

No se detectaron

DETECCION A LOS INTERNOS DEL ESTABLECIMIENTO CARCELARIO



Se detectaron

No se detectaron

DIAGNOSTICO

Pacientes diagnosticados con Baciloscopia previa al tratamiento

Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje (%)
Toma de BK previo al tratamiento	20	76.92
No toma de BK previo al tratamiento	6	23.07
Total	26	100

Tabla 6

Fuente: Tarjeta de registro individual de los pacientes inscritos al programa de TBC.

Interpretación : Al 76.92% se le realizó prueba de Bk antes de iniciar el tratamiento y ser inscritos al programa de TBC; el 23.07 % corresponde a pacientes diagnosticados por otro medio (semiología, biopsia, rayos x)



Diagnóstico confirmado con rayos x de tórax a pacientes con TBC

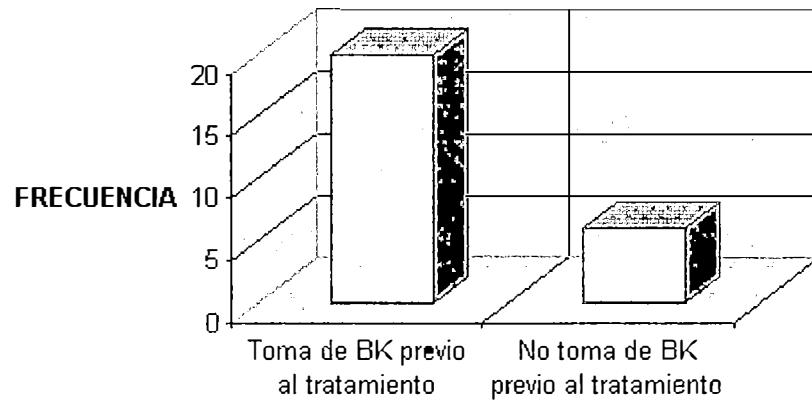
Diagnóstico	frecuencia	Porcentaje (%)
Se realizó toma de rayos x para confirmar tratamiento	12	57.14
No se realizó toma de rayos x para confirmar tratamiento	14	53.84
Total	26	100

Tabla 7

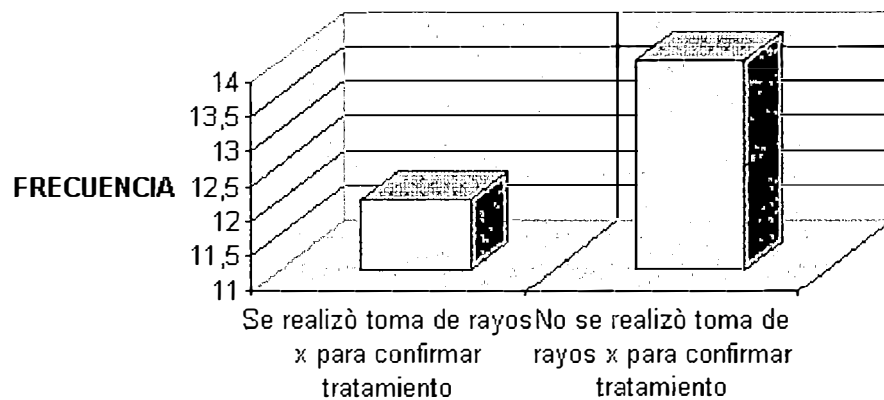
Fuente: tarjeta de registro individual de los pacientes inscritos al programa de TBC en el penal.

Interpretación: el 57.14% se le realizó toma de rayos de x para confirmar diagnóstico a los pacientes inscritos al programa de TBC.

DIAGNOSTICO CON PREVIO BK



DIAGNOSTICO CONFIRMADO CON RX DE TORAX



CASOS NUEVOS

Administración de medicamentos a pacientes con TBC durante la primera fase

Casos nuevos	Frecuencia	Porcentaje (%)
Pacientes que reciben tratamiento en la primera fase	22	84.61
Pacientes que no reciben tratamiento en la primera fase	4	15.38
total	26	100

Tabla 8

Fuente: tarjeta de registro individual de los pacientes inscritos al programa de TBC en el penal

Interpretación: los pacientes que recibieron tratamiento durante la primera fase constituye el 84.61% de la población

Administración de tratamiento a pacientes con TBC durante la segunda fase

Casos nuevos	frecuencia	Porcentaje (%)
Pacientes que recibieron tratamiento en la segunda fase	20	76.92
Pacientes que no recibieron tratamiento en la segunda fase	6	23.07
Total	26	100

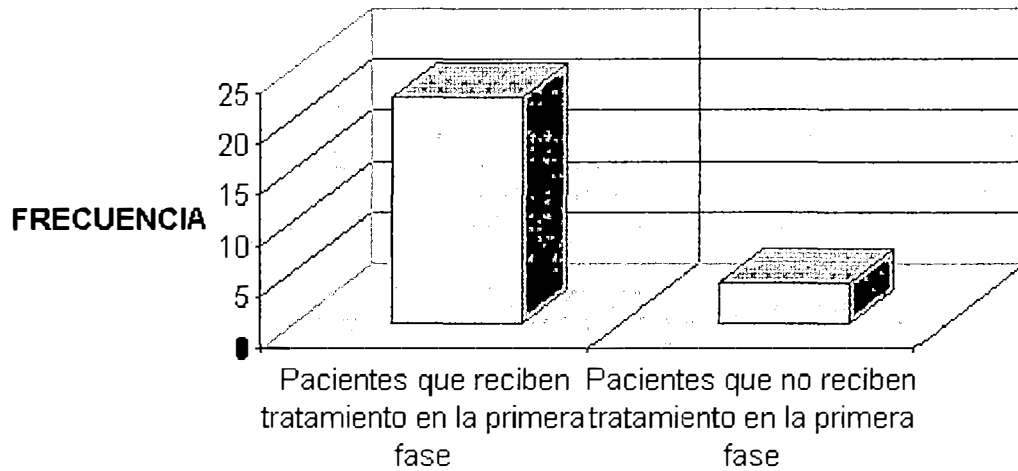
Tabla 9

Fuente: tarjeta de registro individual de los pacientes inscritos al programa de TBC en el penal

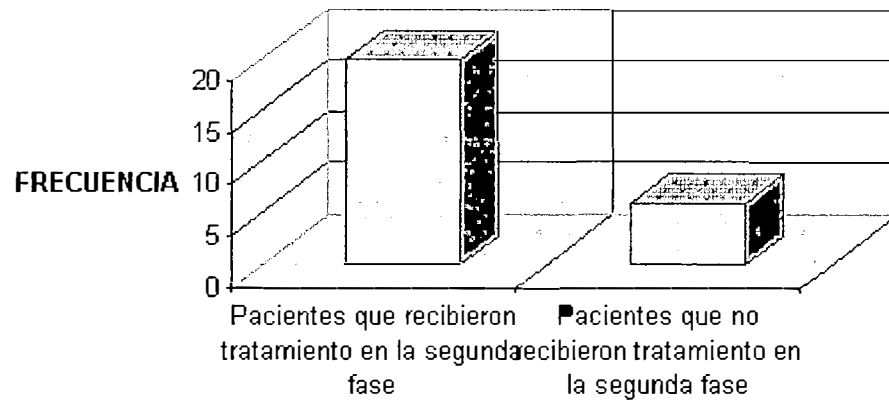
Interpretación: los pacientes que recibieron tratamiento durante la segunda fase constituye el 76.92% de la población



CASOS NUEVOS EN PRIMERA FASE



CASOS NUEVOS EN SEGUNDA FASE



REINCIDENTES

Administración de tratamiento supervisado a pacientes reincidentes durante la primera fase

reincidentes	frecuencia	Porcentajes
Pacientes reincidentes que recibieron tratamiento durante la primera fase	1	3.84
Pacientes reincidentes que no recibieron tratamiento durante la primera fase	25	96.15
total	26	100

Tabla 10

Fuente: tarjeta de registro individual de pacientes inscritos al programa de TBC

Interpretación. El 3.84% corresponde a pacientes reincidentes que recibieron tratamiento durante la primera fase.

Administración de tratamiento supervisado a paciente reincidentes durante la segunda fase

reincidentes	frecuencia	Porcentajes (%)
Pacientes reincidentes que recibieron tratamiento durante la segunda fase	1	3.84
Pacientes reincidentes que no recibieron tratamiento durante la segunda fase	25	96.15
total	26	100

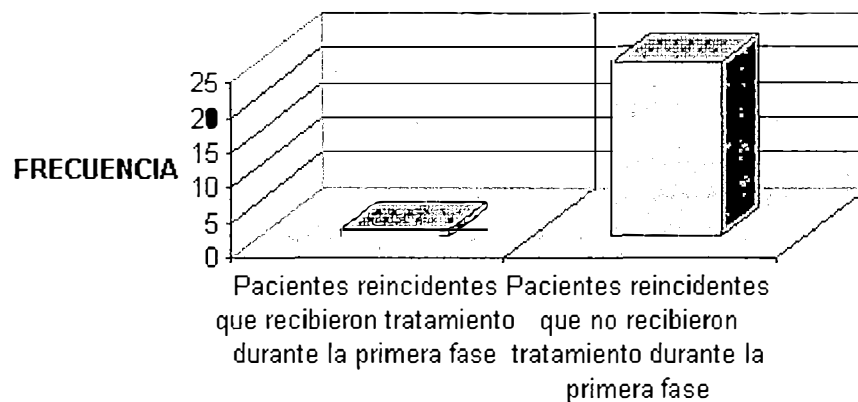
Tabla 11

Fuente: tarjeta de registro individual de pacientes inscritos al programa de TBC

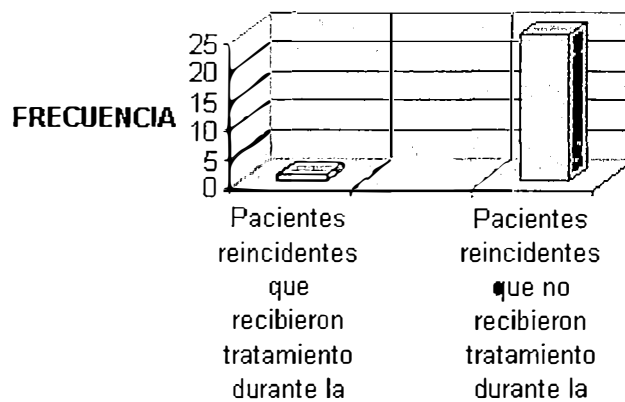
Interpretación. El 3.84% corresponde a pacientes reincidentes que recibieron tratamiento durante la segunda fase.



REINCIDENTES EN PRIMERA FASE



REINCIDENTES EN SEGUNDA FASE



SEGUIMIENTO

Control medico realizado a pacientes con TBC

Control medico	Frecuencia	Porcentaje (%)
Pacientes que recibieron control medico al 2, 4 y 6 mes	4	15.39
Pacientes que no recibieron control medico al 2, 4 y 6 mes	22	84.61
Total	26	100

Tabla 12

Fuente. Tarjeta de registro individual de los pacientes inscritos al programa de TBC

Interpretación: el 15.39% de los pacientes recibieron control medico.

Control de enfermería realizado a pacientes con TBC

Control de enfermería	Frecuencia	Porcentaje (%)
Pacientes que recibieron control enfermería al 1, 3 y 5 mes	22	84.61
Pacientes que no recibieron control de enfermería al 1, 3 y 5 mes	4	15.39
total	26	100

Tabla 13

Fuente. Tarjeta de registro individual de los pacientes inscritos al programa de TBC



Control bacteriológico realizado a pacientes con TBC

Control bacteriológico	Frecuencia	Porcentaje (%)
Pacientes que recibieron control bacteriológico al 2, 4 y 6 mes	0	0
Pacientes que no recibieron control bacteriológico al 2, 4 y 6 mes	26	100
total	26	100

Tabla 15

Fuente. Tarjeta de registro individual de los pacientes inscritos al programa de TBC

Interpretación: el 100% de los pacientes no recibieron control bacteriológico al 2, 4 y 6 mes.

Control de seguimiento familiares en el hogar de los pacientes con TBC

Control seguimiento de familiares en el hogar	Frecuencia	Porcentaje (%)
Familiares que recibieron visitas	15	57.69
Familiares que no recibieron visitas	11	42.32
total	26	100

Tabla 16

Fuente. Tarjeta de registro individual de los pacientes inscritos al programa de TBC

Interpretación: los familiares de los pacientes con TBC que recibieron visitas corresponde al 57.69%



Número de pacientes que recibieron educación sobre la TBC

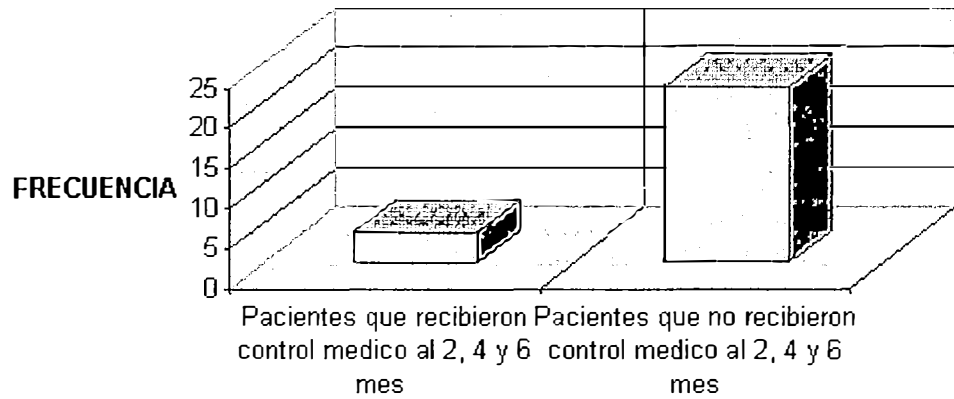
Educación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Pacientes que recibieron información educativa sobre la TBC	0	0
Pacientes que no recibieron información educativa sobre la TBC	26	100
total	26	100

Tabla 17

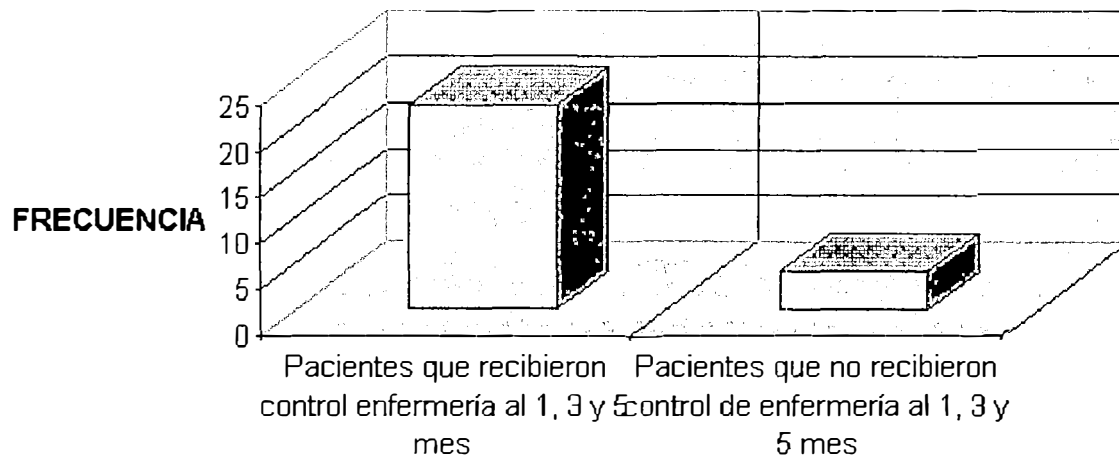
Fuente. Encuesta aplicada a pacientes con TBC del penal

Interpretación: el 100 % de los pacientes no reciben información sobre la TBC.

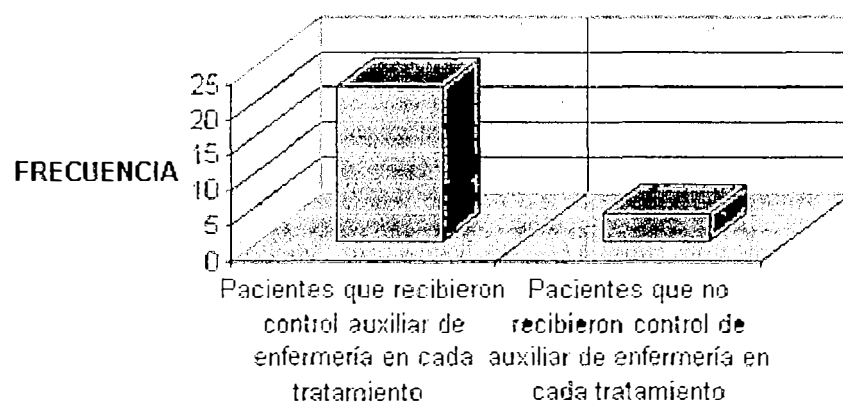
CONTROL MEDICO 2 , 4 , 6 MES DEL TTO



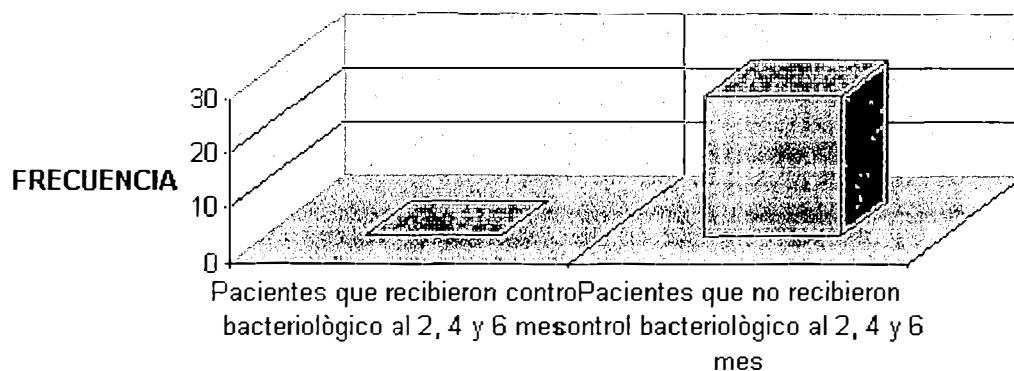
CONTROL DE ENFERMERIA EN EL 1, 3 , 5 MES DE TTO



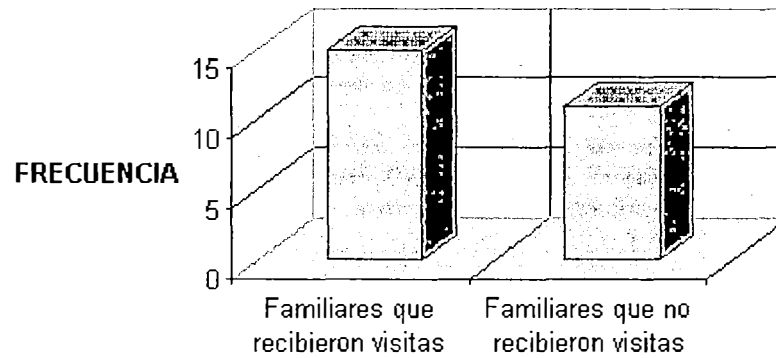
CONTROL DE AUXILIAR DE ENFERMERIA DURANTE EL TTO



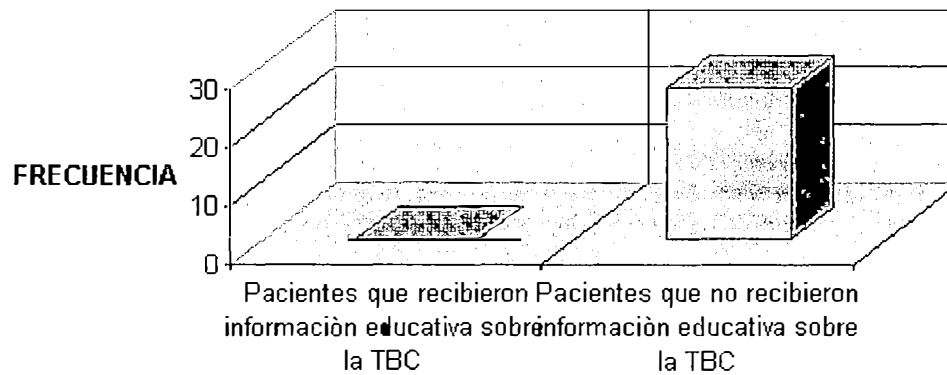
CONTROL BACTERIOLOGICO AL 2 , 4 , 6 MES DEL TTO



CONTROL Y SEGUIMIENTO A FAMILIARES EN EL HOGAR



EDUCACION A LOS INTERNOS SOBRE TBC



GESTION DEL PROGRAMA

Sistema de información

Sistema de información	Frecuencia	Porcentaje (%)
Se realiza y diligencia registro según norma técnica	0	0
No se realiza y diligencia registro según norma técnica	26	100
total	26	100

Tabla 18

Fuente. Tarjeta de registro individual de los pacientes inscritos al programa de TBC

Interpretación: existe en el establecimiento un sistema de información pero este no se encuentra como debe ser según la norma técnica de TBC

Periodicidad de la información

Periodicidad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Se realiza envío de informe trimestral a la secretaria de salud publica	26	100
No se realiza envío de informe trimestral a la secretaria de salud publica	0	0
Total	26	100

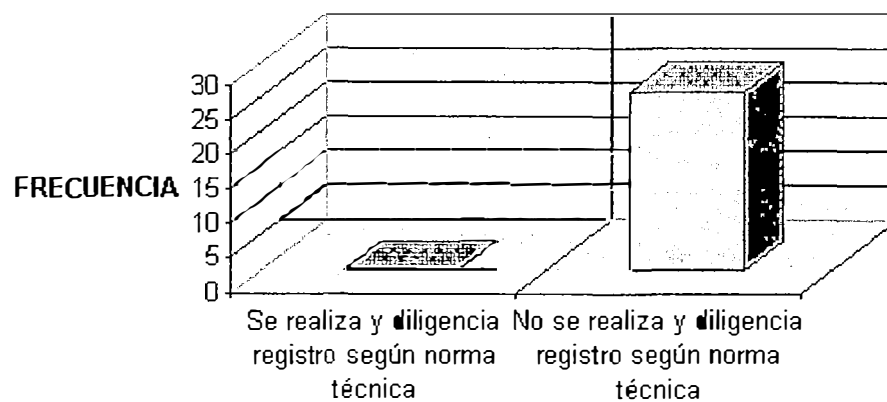
Tabla 19

Fuente. Tarjeta de registro individual de los pacientes inscritos al programa de TBC

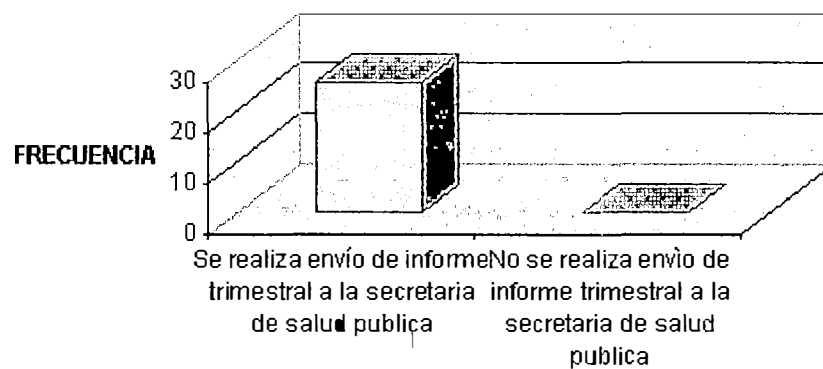
Interpretación: se realiza un informe trimestral para ser evaluado en la cohorte



GSTION DEL PROGRAMA, SISTEMA DE INFORMACION



GESTION DEL PROGRAMA, PERIODICIDAD DE LA INFORMACION



CAPTACIÓN

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de sintomáticos respiratorios examinados con BK}}{\text{Sintomático respiratorio programados}} \times 100$$

Resultados:

$$\frac{20}{25} = 80\%$$

fuerce: norma técnica y registro de ingresos de pacientes que consultan a el departamento de sanidad del penal.

Interpretación: de acuerdo a la norma técnica, el valor mínimo debe ser el 80% , por ende el programa se encuentra dentro los rangos establecidos por la norma.

CURACION:

Formula:

$$\frac{\text{Números de pacientes curados}}{\text{Total de pacientes nuevos que ingresaron a la cohorte}} \times 100$$

Resultados:

$$\frac{13}{20} = 65\%$$

fuentes:

norma técnica y registro de ingresos de pacientes que consultan a el departamento de sanidad del penal

interpretación. Según la norma técnica el porcentaje de curación debe ser mínimo del 85%, y en penal se observó que el 65% corresponde a los curados, evidenciándose el mal manejo del programa.

TERMINACIÓN:

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de pacientes que terminaron tratamiento}}{\text{Total de pacientes nuevos de BK que ingresaron a la cohorte}} \times 100$$

Resultados:

$$\frac{13}{22} = 59\%$$

Fuente: norma técnica y registro de ingresos de pacientes que consultan a el departamento de sanidad del penal

Interpretación: según la norma técnica debe acercarse en lo posible al 0% en caso de BK positivos, sin embargo en el centro el abandono del tratamiento y la infección de nuevos internos corresponde al 59%.



ABANDONO

Número de pacientes que abandonaron el tratamiento

X

100

Total de pacientes nuevos con BK positivo que ingresaron a la cohorte

Resultados:

$$\frac{4}{22} = 18.18\%$$

Fuente: tarjeta de registro individual de pacientes inscritos al programa de TBC, norma técnica y registro de ingresos de pacientes que consultan a el departamento de sanidad del penal

Interpretación: según la norma técnica el porcentaje de abandono debe ser hasta el 5% siendo lo ideal el 0 %, por lo que en el centro penitenciario un 18% de pacientes abandonaron el tratamiento.

MORTALIDAD:

Formula:

Numero de pacientes que murieron durante el tratamiento

X

100

Total de pacientes nuevos con BK que ingresaron a la cohorte

Resultados:

$$\frac{0}{22} = 0\%$$

fuerite: norma técnica y registro de ingresos de pacientes que consultan a el departamento de sanidad del penal

interpretación: según la norma técnica no debe haber casos de muerte y en el penal no se observaron muertes.



DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La atención en salud, como parte del proceso del cuidado de la salud, comprende el conjunto de actividades que realizan los organismos de dirección, vigilancia, inspección y control, tanto en el ámbito nacional como en los territorios; las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, a las entidades adaptadas, a las entidades de medicina prepagada y las entidades departamentales, distritales y municipales de salud y a las instituciones prestadora de servicios de salud, los profesionales independientes de salud y los grupos de práctica profesional que cuenta con infraestructura.

La calidad de atención en salud en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención se define como la “provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, es de vital importancia el conocimiento de investigaciones que se han realizado sobre el tema; determinándose así la carencia de investigaciones en los establecimiento penitenciarios en Colombia. El programa nacional de control de Tuberculosis determina informes generales sobre la morbimortalidad a nivel hospitalario y comunitario, abarcando incidencia, tiempo de aparición y la captación de pacientes con Tuberculosis, pero se establece la deficiencia que existe en el sector carcelario sobre promoción y prevención a nivel primario

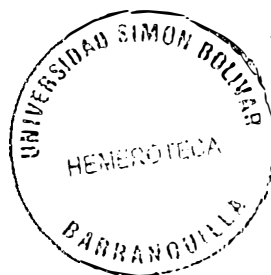
y procesos de evaluación que vigilen la calidad de la prestación de los servicios de salud en las instituciones del sector público.

A nivel internacional se determinó una investigación realizada en el municipio Santiago de Cuba en la Policlínica de la Habana, donde se determinaron deficiencias en la prestación del servicio con calidad.

Actualmente, no se registran datos sobre investigaciones de Auditorias en salud a nivel de las cárceles en nuestro país, creándose la necesidad de intervenir en procesos evaluativos en éstos sectores que mejoren las condiciones de salud y promovieran el cumplimiento de los derechos humanos y las políticas nacionales en materia de salud pública.

En nuestra investigación en la ciudad de Barranquilla, el Establecimiento Penitenciario y Carcelario arrojó resultados de deficiencia en el programa, revelándose la alta incidencia en el número de abandono que correspondió a un 18.8% de la población de los internos que abandonaron tratamiento , un 42% la no visita domiciliaria a los pacientes y la carencia de promoción y prevención dirigidas a familiares de los internos, y la falta de documentación reglamentaria para el registro de seguimiento de cada paciente en el programa.

Todos estas medidas, implican una alteración que interfieren dentro del proceso de recuperación de los pacientes, que se ve reflejado en el aumento de índice de morbilidad que correspondieron a nuevos casos desde 2001 al 2005 de 1.64% , esto se traduce en reconocer la necesidad de implementar medidas de evaluación continua y acciones de mejoramiento para la calidad



del servicio de salud en los pacientes internos del Establecimiento Penitenciario.

PLAN DE MEJORAMIENTO

Estrategias	Acciones	Tiempo	Responsables	Metas
Reducir incidencia de abandono al programa de TBC	Identificar a los pacientes que abandonaron tratamiento. Realizar visitas a las celdas de los pacientes informándoles la importancia de recibir el tratamiento. En caso de que los pacientes no asista a la toma del tratamiento, el personal e enfermería se desplazará hasta la celda, verificando que el paciente tome el medicamento.	Enero 2005 a Diciembre 2008	Personal de sanidad del Establecimiento Penitenciario y Carcelario de Barranquilla	Lograr que todos los pacientes del programa reciban el tratamiento completo, para que el indicador de abandono llegue al 0%
Capacitar al profesionales del área de sanidad que participan en el programa	Realizar talleres de educación continua que integre a todos los miembros activos del programa. Fortalecimiento del control bacteriológico basado en una interacción reciproca entre la UESA y el personal de	Enero 2005 a Diciembre 2008	UESA y departamento de sanidad	Que se cumpla lo establecido en la norma técnica en cuanto al proceso de seguimiento por parte de medicina y bacteriología.

	sanidad.			
Mejorar los registros de información para el adecuado control de los pacientes inscritos al programa.	Brindar educación al personal de enfermería sobre el manejo de los registros basada en la norma técnica. Suministro de papelería de acuerdo a la norma por parte de la UESA al departamento de sanidad. Mantener un archivo del todos los datos del pacientes del programa.	Enero 2005 a Diciembre 2008	UESA y departamento de sanidad	Llevar un adecuado control sobre los diferentes registros que se emplean para el manejo de la información del programa acorde a la norma técnica de atención
Promoción y prevención de la TBC.	Brindar información a toda la población interna para que identifique aquellos factores de riesgo y el modo de transmisión de la enfermedad. Fortalecer las visitas domiciliarias a los familiares brindando la información sobre la enfermedad como tal.	Enero 2005 a Diciembre 2008	UESA y departamento de sanidad	Disminuir al 0% la incidencia de TBC en la cárcel a través de la educación a los internos y familiares.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos durante el proceso de investigación se ha determinado que la morbilidad y mortalidad de los pacientes reclusos en los Establecimientos Penitenciarios y Carcelarios va en aumento convirtiéndose en un factor de riesgo importante dentro de la salud pública.

A través de proyectos de investigación, se dan soluciones y se plantean alternativas de cambios que generan una nueva actitud frente a la prestación de los servicios de salud.

Como profesionales del área de la salud, es competencia el verificar, analizar, desarrollar, implementar y evaluar procesos de atención y prestación de servicios que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de nuestros pueblos.

El plan de mejoramiento diseñado en esta investigación está encaminado a fortalecer aquellas debilidades que afectan los cuidados brindados a los pacientes con TBC y la intervención mediante la intervención de los programas de salud pública, de esta manera contribuiremos a mejorar las condiciones de salud de los internos, reduciendo la morbilidad y mortalidad de esta enfermedad, despertando el interés de la población estrechamente relacionada con el ámbito penitenciario a nivel local, nacional, e internacional, profesionales del área de la salud y demás entidades con interés en desarrollo social.



RECOMENDACIONES

- *Al Establecimiento penitenciario, especialmente al área de sanidad, desarrollen y cumplan con las pautas establecidas dentro del plan de mejoramiento formulado para la orientación y la prestación del servicio en el programa de TBC a la población interna.*
- *A la Universidad, que dispongan de una sola docente asesora desde proyecto I hasta el III, con el fin de evitar desentendidos y exista continuidad en el proceso.*
- *A los estudiantes, que desarrollen actividades siempre encaminadas al mejoramiento del bienestar de la comunidad, sin tener en cuenta, raza, religión, estado social, edad, sexo, y cultura, ya que de esta forma contribuiremos en el desarrollo de una sociedad justa y digna.*

BpIBLIOGRAFÍAS

- *Protocolo de Vigilancia Epidemiològica de Eventos de Interés en Salud Pùblica, Secretarìa de Salud.*
- *Manual Merk, Océano MSD*
- *Manual de Enfermerìa, Océano Centrum*
- *Diccionario de Medicina, Océano Mosby*
- *Archivo Bronco Neumología, Archivo Oficial de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Y de la Asociación Latino Americana del Tórax*
- *Boletín Epidemiològico Distrital (BED) Vol 7# 6-9 19 de Mayo al 7 de Septiembre de 2002*
- *Informe de la Unidad Especial de Salud y Ambiente*
- *Decreto 2309 del 2002, Sistema de la Garantía de la Calidad, MISALUD*

- *Ministerio de Salud Pública, Carpeta Metodológica, la Habana MINSAP (Ministerio de Salud Pública 1998)*
- *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, Auditoria para el Mejoramiento de la Atención en Salud, año 2005, MIN Protección Social.*
- *Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Evaluación de la Calidad del programa para el Control de la TNC Pulmonar en el Policlínico “Julían Gromau García”; Doctora Bárbara Castillo, año 1998*
- *Informe Trimestral de Casos de TBC a nivel del Establecimiento Penitenciario.*
- *Información del Personal Administrativo del Establecimiento Penitenciario y Carcelario de Barranquilla*
- *Guía de Atención de la Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar, DISTRISALUD*



- *Evaluación del Programa de TBC de la Unidad Local de Galapa Atlántico Enero del 2001-2002, proyecto de investigación.*
- *Factores de Riesgo Predisponentes en la Transmisión de la TBC en el Barrio las Flores, Municipio de Juan de Acosta Atlántico 2001-2002*
- *Investigación en Salud Factores Sociales , Graciela Prado de Vélez, Mc Graw Hill Interamericana*
- *Factores de Riesgo Asociados a TBC Pulmonar Puesto de Salud de Costa Hermosa Soledad Atlántico 2004, Proyecto Cod, 20040131*
- *Estudio Económico Social e Impacto Ambiental de la Ciénaga La Virgen en el Distrito de Cartagena, Tesis de Grado, Facultad de ciencias Económicas Uniatlántico 1996.*
- *Diario del Tiempo 20 de Junio del 2004, separado salud.*
- *Normas del Cuidado del Paciente, Tomo I, Harcourt Océano.*

- *Informes y Estadísticas de los Programas Llevados a cabo en Sanidad del Establecimiento Penitenciario de Colombia.*
- *Normas de Control y Vigilancia de la TBC en los Establecimientos Carcelarios.*
- *Fundamentos de Medicina, Manual de Terapéutica 1999, Marco Antonio Gonzalez.*
- *Ensayos de Programas Estipulados a Salud Pública, Fernando Palacios.*
- *Guía practica para que Promocionemos y Prevengamos la Salud, Secretaria de Salud Publica, Municipio de Armenia.*
- *Enciclopedia Medicina de la Salud, Editorial Mac Graw Hill interamericana.*
- *Página Web: www.bvs.sld.cu*

Página Web: www.metabase.net/doc/pm-usac

ANEXOS

REGISTRO DE INFORMACIÓN POR FUENTE SECUNDARIA

Lugar Establecimiento Penitenciario y Carcelario

De Barranquilla

Fecha:

➤ Características de Personas

Nombre

completo:

Edad: 18-27() 48-57()
 28-37() 58-67()
 38-47()

Escolaridad:

Analfabeta () **Primaria** () **Secundaria**() **Técnico**()
Superior()

Estancia: 0 – 6 meses() 7-12 meses() + de 12 meses()

➤ Protocolo de manejo

Detección

- Se realiza búsqueda de **casos** nuevos a sintomáticos respiratorios en el penal. Si() No()
- Se realiza búsqueda de casos nuevos **a** sintomáticos respiratorios en el hogar u otros centros Si() No()

Diagnostico

- Se realiz**an** tomas de **baciloscopia** seriada antes del tratamiento. Si () No ()
- Se realizan to**as** de **rayos x** pulmonar para confirmar el diagnostico. Si () No ()

Casos nuevos

- Se realiza **administración** de **tratamiento** en la **primera** fase durante 8 **semanas** de lunes a **sábado**. Si() No()
- Se realiza **administración** de **tratamiento** en la segunda fase durante 18 **semanas** 2 veces por **semana**. Si () No()

Reincidentes

- Se realiza **administración** de **tratamiento** a **pacientes reincidentes** en la **primera fase** durante 3 meses (12 semanas) de lunes a **sábado**. Si () No ()
- Se realiza **administración** de **tratamiento** a **pacientes reincidentes** en la **segunda fase** durante 9 meses (36 semanas) de lunes a **sábado**. Si () No ()

Seguimiento

- Se realiza control médico en el **segundo, cuarto, sexto mes o al final del** **tratamiento**.



Si () No ()

- Se realiza control de enfermería en el primer, tercer, quinto mes del tratamiento.

Si () No ()

- Se realiza control de auxiliar de enfermería cada vez que se entrega el tratamiento.

Si () No ()

- Se realiza control bacteriológico, muestras de esputo en el segundo, cuarto y sexto mes de tratamiento. Si () No ()

- Se realiza control y seguimiento de familiares de los pacientes en el hogar. Si () No ()

- Se realiza charlas de sensibilización a los internos. Si () No ()

➤ *Gestión del programa*

Sistema de información

- Se realiza diligenciamiento de registros según las normas del ministerio de protección social. Si () No ()

Prioridad de la información

- Se realiza envío de informes trimestrales a la secretaría de salud pública. Si () No ()

Captación

- Se realiza captación de sintomáticos respiratorio mediante toma de baciloscopia.

Si () No ()

Curación

- Número de pacientes curados que han recibido tratamiento durante el año en curso _____

Terminación del tratamiento

- Número de pacientes que terminan el tratamiento el año en curso _____

Abandono del tratamiento

- Número de pacientes que abandonaron el tratamiento durante el año en curso _____

Mortalidad

- Número de Pacientes que durante el año en curso recibieron el tratamiento y fallecieron _____

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIA	TARJETA INDIVIDUAL	DEPTO. o DISTRITO:
	CONTROL DE TUBERCULOSIS	MUNICIPIO:
		ADMINISTRADORA:
		IPS:

DATOS DEL PACIENTE							
						No. HISTORIA:	
						REGIMEN:	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		DOC. IDENTIF:	
LUGAR DE RESIDENCIA						No. AFILIACION:	
DIRECCION CASA:				BARRIO:		TELEFONO:	
LUGAR DE TRABAJO:				DIRECCION:		TELEFONO:	
DEPARTAMENTO:				MUNICIPIO:		VEREDA:	
ACUDIENTE:				DIRECCION:		TELEFONO:	
SEXO		EDAD		TIPO DE PACIENTE (Marque con X)			
				NUEVO		RECAIDA:	
				REINGRESO DE ABANDONO		REMITIDO:	
HOMBRE	MUJER	AÑOS	MESES	FRACASO		IPS de Origen:	
FECHA DIAGNOSTICO: Día: Mes: Año:				OCUPACION:			
TIEMPO DE SINTOMAS: Meses				PESO INICIAL: Kgs.		RAZA:	

DIAGNOSTICO		TIPO DE TUBERCULOSIS		TRATAMIENTO									
CRITERIO	RESULTADO	PULMONAR		FASE	FECHA INICIO	MEDICAMENTO							
BK		EXTRAPULMONAR				S	R	H	Z	E	Et	T	Otros
CULTIVO				PRIMERA									
RAYOS X				SEGUNDA									
P.D.D.		LUGAR EXTRAPULMONAR		RETRATAM.									
EPIDEMIOLOGICO		VACUNACION CON BCG											
CLINICO		SI	NO	OTRA									
HISTOPATOLOGICO				OTRA									

EVOLUCION BACTERIOLOGICA							PRUEBA DE SENSIBILIDAD								PRUEBA V.I.H.
	3 INICIALES	2 mes	4 mes	5 mes	6 mes	Otro	RESULTADO ANTIBIOGRAMA								
DIA							FECHA:								
MES							S	SENS.	RESIS.	E	SENS.	RESIS.	POS.		
AÑO							R	SENS.	RESIS.	Etion	SENS.	RESIS.	NEG.		
BK							H	SENS.	RESIS.	Z	SENS.	RESIS.	DESC.		
CULT															

DATOS DEL EGRESO (Marque sólo una categoría)					
CATEGORIA (marque con un X)	FECHA	CATEGORIA	FECHA	LUGAR o CAUSA	
CURADO (BK- al final)		ABANDONO			
TERMINO TRATAM. (Sin BK al final)		REMITIDO			
FRACASO (BK + al 5o. MES)		MUERTE			

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIA	TARJETA INDIVIDUAL	DEPTO. o DISTRITO:
	CONTROL DE TUBERCULOSIS	MUNICIPIO:
		ADMINISTRADORA:
		IPS:

DATOS DEL PACIENTE					
				No. HISTORIA:	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES	
				REGIMEN:	
LUGAR DE RESIDENCIA				DOC. IDENTIF:	
DIRECCION CASA:		BARRIO:		No. AFILIACION:	
LUGAR DE TRABAJO:		DIRECCION:		TELEFONO:	
DEPARTAMENTO:		MUNICIPIO:		VEREDA:	
ACUDIENTE:		DIRECCION:		TELEFONO:	
SEXO		EDAD		TIPO DE PACIENTE (Marque con X)	
				NUEVO	
				REINGRESO DE ABANDONO	
HOMBRE		MUJER		AÑOS	
				MESES	
				FRACASO	
				RECAIDA:	
				REMITIDO:	
				IPS de Origen:	
FECHA DIAGNOSTICO: Día: Mes: Año: OCUPACION:					
TIEMPO DE SINTOMAS: Meses PESO INICIAL: Kgs. RAZA:					

DIAGNOSTICO		TIPO DE TUBERCULOSIS		TRATAMIENTO									
CRITERIO	RESULTADO	PULMONAR		FASE	FECHA INICIO	MEDICAMENTO							
BK		EXTRAPULMONAR				S	R	H	Z	E	Et	T	Otros
CULTIVO				PRIMERA									
RAYOS X				SEGUNDA									
P.D.D.		LUGAR EXTRAPULMONAR		RETRATAM.									
EPIDEMIOLOGICO		VACUNACION CON BCG		OTRA									
CLINICO		SI	NO	OTRA									
HISTOPATOLOGICO				OTRA									

EVOLUCION BACTERIOLOGICA							PRUEBA DE SENSIBILIDAD								PRUEBA V.I.H.
	3 INICIALES	2 mes	4 mes	5 mes	6 mes	Otro	RESULTADO ANTIBIOGRAMA								
DIA							FECHA:								
MES															
AÑO							S	SENS.	RESIS.	E	SENS.	RESIS.	POS.		
BK							R	SENS.	RESIS.	Etion	SENS.	RESIS.	NEG.		
CULT							H	SENS.	RESIS.	Z	SENS.	RESIS.	DESC.		

DATOS DEL EGRESO (Marque sólo una categoría)				FECHA		LUGAR o CAUSA	
CATEGORIA (marque con un X)		FECHA		CATEGORIA		FECHA	
CURADO (BK- al final)				ABANDONO			
TERMINO TRATAM. (Sin BK al final)				REMITIDO			
FRACASO (BK + al 5o. MES)				MUERTE			

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIA	TARJETA INDIVIDUAL	DEPTO. o DISTRITO:
	CONTROL DE TUBERCULOSIS	MUNICIPIO:
		ADMINISTRADORA:
		IPS:

DATOS DEL PACIENTE							
						No. HISTORIA:	
						REGIMEN:	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES		DOC. IDENTIF:			
LUGAR DE RESIDENCIA						No. AFILIACION:	
DIRECCION CASA:		BARRIO:		TELEFONO:			
LUGAR DE TRABAJO:		DIRECCION:		TELEFONO:			
DEPARTAMENTO:		MUNICIPIO:		VEREDA:			
ACUDIENTE:		DIRECCION:		TELEFONO:			
SEXO	EDAD	TIPO DE PACIENTE (Marque con X)					
		NUEVO		RECAIDA:			
		REINGRESO DE ABANDONO		REMITIDO:			
HOMBRE	MUJER	AÑOS	MESES	FRACASO	IPS de Origen:		
FECHA DIAGNOSTICO:		Día:	Mes:	Año:	OCUPACION:		
TIEMPO DE SINTOMAS:		Meses	PESO INICIAL:	Kgs.	RAZA:		

DIAGNOSTICO		TIPO DE TUBERCULOSIS		TRATAMIENTO											
CRITERIO	RESULTADO	PULMONAR		FASE	FECHA INICIO	MEDICAMENTO									
BK		EXTRAPULMONAR				S	R	H	Z	E	Et	T	Otros		
CULTIVO				PRIMERA											
RAYOS X				SEGUNDA											
P.D.D.		LUGAR EXTRAPULMONAR		RETRATAM.											
EPIDEMIOLOGICO		VACUNACION CON BCG													
CLINICO		SI	NO	OTRA											
HISTOPATOLOGICO				OTRA											

EVOLUCION BACTERIOLOGICA							PRUEBA DE SENSIBILIDAD										PRUEBA V.I.H.
	3 INICIALES	2 mes	4 mes	5 mes	6 mes	Otro	FECHA:										
DIA							RESULTADO ANTIBIOGRAMA										
MES							S	SENS.	RESIS.		E	SENS.	RESIS.	POS.			
AÑO							R	SENS.	RESIS.		Etion	SENS.	RESIS.	NEG.			
BK							H	SENS.	RESIS.		Z	SENS.	RESIS.	DESC.			
CULT																	

DATOS DEL EGRESO (Marque sólo una categoría)					
CATEGORIA (marque con un X)	FECHA	CATEGORIA	FECHA	LUGAR o CAUSA	
CURADO (BK- al final)		ABANDONO			
TERMINO TRATAM. (Sin BK al final)		REMITIDO			
FRACASO (BK + al 5o. MES)		MUERTE			

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIA	TARJETA INDIVIDUAL	DEPTO. o DISTRITO:
	CONTROL DE TUBERCULOSIS	MUNICIPIO:
		ADMINISTRADORA:
		IPS:

DATOS DEL PACIENTE					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES	
DIRECCION CASA:		BARRIO:		TELEFONO:	
LUGAR DE TRABAJO:		DIRECCION:		TELEFONO:	
DEPARTAMENTO:		MUNICIPIO:		VEREDA:	
ACUDIENTE:		DIRECCION:		TELEFONO:	
SEXO		EDAD		TIPO DE PACIENTE (Marque con X)	
				NUEVO	
				REINGRESO DE ABANDONO	
HOMBRE		MUJER		FRACASO	
FECHA DIAGNOSTICO:		Día:		Mes:	
TIEMPO DE SINTOMAS:		Meses		PESO INICIAL:	
				Kgs.	
				RAZA:	

DIAGNOSTICO		TIPO DE TUBERCULOSIS		TRATAMIENTO											
CRITERIO	RESULTADO	PULMONAR		EXTRAPULMONAR		FASE	FECHA	MEDICAMENTO							
BK							INICIO	S	R	H	Z	E	Et	T	Otros
CULTIVO						PRIMERA									
RAYOS X						SEGUNDA									
P.D.D.				LUGAR EXTRAPULMONAR		RETRATAM.									
EPIDEMIOLOGICO				VACUNACION CON BCG											
CLINICO				SI		NO									
HISTOPATOLOGICO						OTRA									

EVOLUCION BACTERIOLOGICA							PRUEBA DE SENSIBILIDAD							PRUEBA V.I.H.			
	3 INICIALES	2 mes	4 mes	5 mes	6 mes	Otro	RESULTADO ANTIBIOGRAMA										
DIA							FECHA:	S	SENS.	RESIS.	E	SENS.	RESIS.		POS.		
MES								R	SENS.	RESIS.	Etion	SENS.	RESIS.	NEG.			
AÑO								H	SENS.	RESIS.	Z	SENS.	RESIS.	DESC.			
BK																	
CULT																	

DATOS DEL EGRESO (Marque sólo una categoría)					
CATEGORIA (marque con un X)	FECHA	CATEGORIA	FECHA	LUGAR o CAUSA	
CURADO (BK- al final)		ABANDONO			
TERMINO TRATAM. (Sin BK al final)		REMITIDO			
FRACASO (BK + al 5o. MES)		MUERTE			

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIA	TARJETA INDIVIDUAL		DEPTO. o DISTRITO:
	CONTROL DE TUBERCULOSIS		MUNICIPIO:
			ADMINISTRADORA:
			IPS:

DATOS DEL PACIENTE							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		No. HISTORIA:	
						REGIMEN:	
LUGAR DE RESIDENCIA						DOC. IDENTIF:	
DIRECCION CASA:				BARRIO:		TELEFONO:	
LUGAR DE TRABAJO:				DIRECCION:		TELEFONO:	
DEPARTAMENTO:				MUNICIPIO:		VEREDA:	
ACUDIENTE:				DIRECCION:		TELEFONO:	
SEXO		EDAD		TIPO DE PACIENTE (Marque con X)			
				NUEVO		RECAIDA:	
				REINGRESO DE ABANDONO		REMITIDO:	
HOMBRE	MUJER	AÑOS	MESES	FRACASO		IPS de Origen:	
FECHA DIAGNOSTICO:		Día:	Mes:	Año:	OCUPACION:		
TIEMPO DE SINTOMAS:		Meses	PESO INICIAL:		Kgs.	RAZA:	

DIAGNOSTICO		TIPO DE TUBERCULOSIS		TRATAMIENTO									
CRITERIO	RESULTADO	PULMONAR		FASE	FECHA INICIO	MEDICAMENTO							
BK		EXTRAPULMONAR				S	R	H	Z	E	Et	T	Otros
CULTIVO				PRIMERA									
RAYOS X				SEGUNDA									
P.D.D.		LUGAR EXTRAPULMONAR		RETRATAM.									
EPIDEMIOLOGICO		VACUNACION CON BCG											
CLINICO		SI	NO	OTRA									
HISTOPATOLOGICO				OTRA									

EVOLUCION BACTERIOLOGICA							PRUEBA DE SENSIBILIDAD							PRUEBA V.I.H.
	3 INICIALES	2 mes	4 mes	5 mes	6 mes	Otro	RESULTADO ANTIBIOGRAMA							
DIA							S	SENS.	RESIS.	E	SENS.	RESIS.	POS.	
MES							R	SENS.	RESIS.	Etion	SENS.	RESIS.	NEG.	
AÑO							H	SENS.	RESIS.	Z	SENS.	RESIS.	DESC.	
BK														
CULT														

DATOS DEL EGRESO (Marque sólo una categoría)				FECHA		LUGAR o CAUSA	
CATEGORIA (marque con un X)				FECHA		LUGAR o CAUSA	
CURADO (BK- al final)				ABANDONO			
TERMINO TRATAM. (Sin BK al final)				REMITIDO			
FRACASO (BK + al 5o. MES)				MUERTE			

- 1- TUBERCULOSIS PULMONAR - TRANSMISION
- 2- SNIUD PUBLICA
- 3- MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS
- 4- BACILO DE KOCH
- 5- TUBERCULOSIS PULMONAR - DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
- 6- ENFERMEDADES PULMONARES
- 7- SISTEMA RESPIRATORIO
- 8- BRONQUIOS - ENFERMEDADES
- 9- ENFERMERIA - TESIS Y DISERTACIONES ACADEMICAS