



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERIA

SAN VICENTE PAUL

PROYECTO DE INVESTIGACION

TEMA:

**"FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIFIMICO EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL PCT DEL HOSPITAL DE DAULE DR. VICENTE PINO
MORAN DESDE SEPTIEMBRE DEL 2014 HASTA AGOSTO DEL 2015"**

AUTORAS

ENNA JIMÉNEZ TABARES

ROXANA AGILA BAILON

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

LICENCIADA(O) ENFERMERÍA

TUTOR:

DRA. CARMEN SORIA

GUAYAQUIL, ECUADOR

2015



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAÚL”

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por Roxana Lissette Agila Bailón y Enna Maricela Jiménez Tabares, como requerimiento parcial para la obtención del título de Licenciada(o) en Enfermería.

TUTOR(A)

Dra. Carmen Soria Segarra

OPONENTE

DIRECTOR DE LA CARRERA

Lcda. Ángela Mendoza Vincés. Mgs.

Guayaquil, 22 de Septiembre de 2015



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAÚL”

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, Roxana Lissette Agila Bailón, Enna Maricela Jiménez Tabares

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación “Factores que influyen en el abandono del tratamiento antifímico en pacientes atendidos en PCT del Hospita de Daule Dr. Vicente PINO Moran desde Septiembre del 2014 hasta Agosto del 2015.” previa a la obtención del Título de Licenciadas en Enfermería, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 22 de Septiembre de 2015

LAS AUTORAS

Roxana Lissette Agila Bailón

C.C: 0927279554

Enna Maricela Jiménez Tabares

C.C: 0926199373



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAÚL”

AUTORIZACIÓN

Nosotras, Roxana Lissette Agila Bailón, Enna Maricela Jiménez Tabares
Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la
publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación:
“Factores que influyen en el abandono del tratamiento antifímico en pacientes
atendidos en PCT del Hospita de Daule Dr. Vicente PINO Moran desde
Septiembre del 2014 hasta Agosto del 2015.” cuyo contenido, ideas y criterios
son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 22 de de Septiembre de 2015

LAS AUTORAS

Roxana Lissette Agila Bailón

C.C.:0927279554

Enna Maricela Jiménez Tabares

C.C.:0926199373

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por darme la fortaleza, sabiduría y paciencia durante todos estos años de estudio, a mi Papito Edwin y a mi mami Piedad cuyo apoyo fue indispensable para poder llegar hasta aquí, a mi tía por sus sabios consejos y por su apoyo incondicional, a mi hermano Leonardo por todo lo que ha hecho por mí durante estos años a mi hijo Leito por todo el amor que me ha brindado durante todo este tiempo, a todos mis tíos y primos, a todos esos ángeles que conocí durante los años de estudio de mi carrera como lo fueron mis docentes, mis mejores amigos Ceci, Enna, Raquel, Erika, Normita 2, Adri, William, Laurita, Mishel, Olga ellos hicieron grandes cosas por mí por eso siempre los llevo presente, a aquellas personas que conocí en mi internado a las Licenciados (as) Inés, María, Marjorie, Pilar, Blanquita, Irene, Dalila, Rosita, Cristian, Paola, Jennifer, a los auxiliares de enfermería mi Dani, Esperancita, Ale, Mary, Lili, Carmita, Yisela, mi Charito por todos los conocimientos y ayuda que me brindaron, y a mis amigos de internado a mi Chavito Tania, Gladys, Gabriel, David, Ale, Marquito, por brindarme su amistad y brindarme sus conocimientos ... gracias totales a cada una de las personas que he conocido han sido esenciales en mi vida y en mi carrera siempre los tendré presente por cada detalle que tuvieron conmigo.

Roxy Lissette Agila Bailón

DEDICATORIA

Esto se lo dedico primeramente a mi hijo Leito que ha sido mi motor fundamental para seguir durante estos años de estudio, a mis padres, a mi tía Miriam, mi hermano Leonardo y a mi abuelita Elvia que ya no está con nosotros ya que ella fue mi ejemplo a seguir y sé que desde el cielo estará muy orgullosa de todo lo que he logrado...

Roxy Lissette Agila Bailón

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por haberme dado salud y fuerzas para continuar mi carrera y así lograr este tan anhelado escalón profesional. A mi tía Amarilis que fue quien me impulso a escoger esta carrera, a mis hermanos Karina, Mariuxi, Jairo, Cristhian, Luigui, Richard y Fabricio por cada palabra de aliento que me brindaron y por ser mi familia. A mi mami por tenerme siempre en sus oraciones en cada dificultad que se me presentó durante la carrera. Al hombre y amigo, mí papito que me brindo confianza cuando más la necesite. A mi suegra que de alguna u otra forma siempre me brindó su apoyo incondicional. A mi querida y buena amiga Roxy por ser mi amiga y por ser mi pareja de tesis. A cada uno de los docentes que me brindaron sus conocimientos, en cada rotación, en cada Hospital, a los profesionales que encontré en este camino mil gracias por cada conocimiento impartido.

Por ultimo pero no menos importante al ser humano, al amigo, al compañero y pilar fundamental en mi carrera, mi esposo, te agradezco un mundo por la paciencia, el amor y el apoyo que me brindaste durante todo este tiempo por soportar mis amarguras, mis llantos, mis fracasos, mis ausencias, gracias por estar a mi lado y ser parte de este logro.

Eternamente agradecida con Dios por haberle brindado salud a todos y cada uno de mis familiares y permitir que hoy pueda compartir esta gran felicidad de culminar mi carrera profesional.

Enna Jiménez Tabares

DEDICATORIA

Dedicado a mi más valioso y preciado tesoro, la persona por la que saque fuerzas para continuar cuando me sentía derrotada, la persona que me brinda el más puro y tierno amor... Romina Isabella. A mi esposo por ser mi apoyo incondicional y a toda mi familia.

Enna Jiménez Tabares

ÍNDICE

PORTADA.....	I
CERTIFICACION.....	II
DECLARACION DE RESPONSABILIDAD.....	III
AUTORIZACION.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
DEDICATORIA.....	VI
INDICE GENERAL.....	IX
RESUMEN.....	XI
SUMARY.....	XII
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I.....	2
PLANTEAMIENTO Y DELIMITACION DEL TEMA.....	2
JUSTIFICACION.....	4
OBJETIVOS.....	5
CAPITULO II.....	6
FUNDAMENTACION CONCEPTUAL.....	6
MICROBACTERIUM TUERCULOSIS.....	7
REACCIONES ADVERSAS AL TRATAMIENTO.....	13
FACTORES RELACIONADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO.....	14
FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE.....	16
FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO.....	17
FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICOS DE SALUD.....	19
ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIFIMICO.....	21
PREVENCION DE LA TUBERCULOSIS.....	22
ROL DE ENFERMERIA.....	23
FUNDAMENTACION LEGAL.....	25
CAPITULO III.....	26
DISEÑO METODOLOGICO.....	26

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	27
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	29
DISCUSION.....	39
CONCLUSIONES.....	42
RECOMENDACIONES.....	43
BIBLIOGRAFIAS.....	44
ANEXOS.....	46

RESUMEN

Introducción: La tuberculosis es una enfermedad latente a nivel mundial con gran mortalidad en países en desarrollo, una de las principales causas de la diseminación de esta patología es por el abandono del tratamiento antifímico, por este motivo el presente trabajo ya que nos permitirá conocer cuáles son los factores que provocan el abandono del tratamiento antituberculoso.

Objetivo general: Determinar los factores que influyen al abandono del tratamiento antifímico en los pacientes atendidos en el área del PCT del Hospital de Daule. **Materiales y Métodos:** estudio descriptivo realizado desde Septiembre del 2014 a Agosto del 2015 en el Hospital Basico de Daule Dr. Vicente Pino Moran. **Resultados:** Se estudiaron 30 casos de los cuales los factores relacionados al paciente obtuvieron un alto porcentaje el 50% consumen drogas, 33% alcohol, el 17% son desempleados y el 50% no cuentan con un apoyo familiar, en los factores relacionados al tratamiento el 77% manifestaron que el tratamiento es muy prolongado y el mismo porcentaje presento reacciones adversas. **Conclusiones:** el factor principal que influye en el abandono del tratamiento corresponde a aquellos factores relacionados al paciente.

Palabras claves:

Factores de riesgo, abandono , terapéutica, tuberculosis

SUMMARY

Introduction: Tuberculosis is a latent worldwide with high mortality disease in developing countries, one of the main causes of the spread of this disease is the abandonment of treatment for tuberculosis, which is why this study as it will enable us to know what are the factors that cause the abandonment of TB treatment. **Objective:** To determine the factors that influence the abandonment of treatment for tuberculosis in patients seen in the area of PCT Daule Hospital. **Materials and Methods:** The study is descriptive, held at the Hospital Dr. Vicente Pino Daule Moran, 30 cases dropped out of tuberculosis treatment during September 2014 to August 2015. **Results were studied:** 30 cases were studied of which factors related to the patient obtained a high percentage 50% use drugs, 33% alcohol, 17% are unemployed and 50% have no family support in factors related to treatment, 77% reported that the treatment is very long and the same percentage had adverse reactions. **Conclusions:** The main factor in the abandonment of treatment corresponding to factors related to the patient.

Keywords:

Risk factors, neglect, therapeutic, tuberculosis

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto se redacta con carácter de Trabajo Profesional de Fin de Carrera, para la obtención por parte de quienes lo suscriben del título de Licenciadas de Enfermería , cuyo tema trata de los Factores que influyen en el abandono del tratamiento antifímico de los pacientes que asisten al Hospital de Daule Vicente Pino Moran.

La tuberculosis es una enfermedad latente a nivel mundial con gran mortalidad en países en desarrollo, una de las principales causas de la diseminación de esta patología es por el abandono del tratamiento antifímico, es por eso que este trabajo de investigación es de suma importancia ya que nos permitirá conocer cuáles son los factores que provocan el abandono de dicho tratamiento antituberculoso para que nosotros como profesionales de la salud podamos implementar estrategias o posibles soluciones que nos ayuden a prevenir el abandono del tratamiento, proporcionando a la comunidad mayor salud, evitando desencadene la patología, evitando el aumento del sufrimiento del paciente enfermo, y la mortalidad del mismo. ⁽¹⁾

Con el actual Programa de Control de Tuberculosis realizado por el Ministerio de Salud Pública han logrado la disminución de la Mortalidad por dicha enfermedad y abandono de tratamiento. Hasta el año 2010, las tasas de abandono de tratamiento oscilaban entre el 23–26%, con el incentivo se ha reducido en un 12% sin embargo aún se observa que pacientes abandonan el tratamiento. ⁽²⁾

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tema escogido por las investigadoras surge tras realizar las pasantías durante el 6 ciclo en la catedra de Salud Comunitaria en el Hospital de Daule, donde se pudo observar la gran cantidad de pacientes que padecen Tuberculosis y que abandonan el tratamiento antifímico por diferentes factores.

La tuberculosis (TBC), actualmente es declarada como una urgencia mundial, enfrenta un problema muy importante para su control: el abandono del tratamiento, también llamado no adherencia, incumplimiento o falta de apego del enfermo a la medicación. Lo cual, implica graves consecuencias tanto para el paciente, como para la comunidad, debido a que el paciente no se cura y continúa la cadena de transmisión de la enfermedad. Además, la bacteria puede desarrollar resistencia a las drogas disponibles para el tratamiento, aumentando costos del mismo y la morbimortalidad de los pacientes. Las cifras de abandono en el mundo están reportadas entre 0 y 85%; para 1995, según la OMS reportó una proporción general de abandono para América del 6%: en Colombia se registró un 24% de abandono entre 1982-83 y 10% entre 1988-89.⁽³⁾

Con el actual Programa de Control de Tuberculosis realizado por el Ministerio de Salud Pública han logrado la disminución de la Mortalidad por dicha enfermedad y abandono de tratamiento. Al año 2010, las tasas de abandono de tratamiento oscilaban entre el 23–26%, con el incentivo ha disminuido en un 12% sin embargo aún existen pacientes que abandonan el tratamiento. ⁽²⁾

Se afirma que cuando el porcentaje de abandonos supera el 5%, existe una deficiencia atribuible a la calidad de atención en el servicio; si el porcentaje de abandonos es menor al 5%, los problemas estarían principalmente en el paciente. ⁽²⁾

PREGUNTAS DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los factores que influyen en el abandono del tratamiento antifímico en pacientes atendidos en el área de consulta externa del Hospital de Daule Dr. Vicente Pino Moran?

¿Los factores relacionados con el paciente, los servicios de salud y al tratamiento inciden al abandono del tratamiento antifímico?

JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

El presente tema de estudio es elegido por parte de las autoras porque al realizar prácticas de salud comunitaria en el Hospital de Daule pudimos observar y constatar que los pacientes de dicho distrito habían abandonado el tratamiento, por lo cual nos llamó mucho la atención y decidimos investigar a fondo las causas que provocan este suceso, para poder establecer posibles soluciones para que los paciente puedan concientizar sobre las graves consecuencias que implican el abandono de dicho tratamiento .

Este proyecto de investigación servirá para que los profesionales de salud puedan actuar de manera inmediata en aquellos pacientes que abandonan el tratamiento antifímico con el fin de que puedan reingresar al PCT a seguir tomando el tratamiento, esto también le beneficiara al paciente ya que así puede curarse, aliviar su sufrimiento, evita contagiar a sus familiares o demás personas a su alrededor e incluso puede evitar la muerte por dicha patología.

Además este proyecto de investigación nos ayudara a crear estrategias junto con las Instituciones pertinentes para trabajar con aquellos pacientes que hayan abandonado el tratamiento , o con los pacientes nuevos en el PCT que estén con posible de riesgo de abandonar el tratamiento antifímico, este estudio nos permite como profesionales de enfermería desempeñarnos en el área investigativa , asistencial, y Educativa.

OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores que influyen al abandono del tratamiento antifímico en los pacientes atendidos en el área de consulta externa del Hospital de Daule.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los factores relacionados con el paciente que contribuyen al abandono del tratamiento antifímico.
- Definir los factores relacionados con el tratamiento que influyen en el abandono del tratamiento antifímico.
- Describir los factores derivados de los servicios de salud que influyen en el abandono del tratamiento antifímico.

CAPITULO II

FUNDAMENTO TEORICO

La tuberculosis es una infección producida por el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch. Se caracteriza por un período de latencia prolongado entre la infección inicial y el cuadro clínico en el que predomina la neumopatía (aunque también puede afectar a otros órganos) y una respuesta granulomatosa con inflamación y lesión de los tejidos. ⁽¹⁾

Las micobacterias son bacilos inmóviles, aerobios y no formadores de esporas, con una cubierta cética que les hace retener la tinción roja después de ser tratadas con ácido, de ahí que se nombren también bacilos acidorresistentes. Hasta hace poco tiempo se pensaba que la tuberculosis había quedado sepultada en los libros de historia, pero el período de complacencia ha concluido. ⁽¹⁾

Signos y Sintomas

Los síntomas de la tuberculosis dependen del lugar del cuerpo donde se estén reproduciendo. Entre estos síntomas se incluyen:

- Tos intensa que dura 3 semanas o más
- Dolor en el pecho
- Tos con sangre o esputo (flema desde el fondo de los pulmones)
- Debilidad o cansancio
- Pérdida de peso
- Falta de apetito
- Escalofríos
- Fiebre
- Sudor durante la noche

Epidemiología

La tuberculosis infecta aproximadamente a la tercera parte de la población mundial y mata a unos 3 millones de pacientes cada año, lo que convierte a este bacilo en la causa infecciosa de muerte más importante del mundo. ⁽⁴⁾

La situación actual de la endemia tuberculosa a nivel mundial sigue siendo insatisfactoria. En parte por la epidemia del SIDA y en buena parte por el

exponencial crecimiento de la población mundial, dentro de un contexto de programas de Control muy insatisfactorios y del aumento de las poblaciones de riesgo (pobreza, inmigrantes), el número de enfermos ha seguido aumentando en muchos países. ⁽⁵⁾

Es evidente que estamos muy lejos de acercarnos a la “erradicación” de la tuberculosis; cuando más podremos lograr la eliminación de esta enfermedad, como problema de Salud Pública (< 5 casos/100.000 habitantes), en el curso de una generación. ⁽⁵⁾

En 1950, en Estados Unidos y países occidentales se observó una prolongada disminución de las tasas de infecciones y muertes producidas por el *Mycobacterium tuberculosis* hasta la mitad del decenio de 1980

Desde entonces, la tuberculosis ha vuelto a aumentar en Estados Unidos, en Europa y especialmente en África. ⁽¹⁾

En el Ecuador la tasa de mortalidad ha disminuido progresivamente desde el año 2005, desde 5,88 por 100 mil habitantes, hasta los 2,43 reportados en el 2013; la meta al 2015 es alcanzar una tasa de mortalidad de 2 por cada 100 mil habitantes ⁽²⁾. En el año 2012, Ecuador reportó 5.108 nuevos casos de tuberculosis y el éxito de la terapéutica fue de 78,24%; en el 2013, reportó 4.976 casos y el éxito del tratamiento para los casos nuevos fue del 81,90%. En el 2014 hubo 4.897 casos nuevos de TB que actualmente están en tratamiento bajo DOTS (tratamiento acortado directamente observado, por sus siglas en inglés), estrategia adoptada por el MSP desde el año 2001 con el objetivo de garantizar la curación del afectado por tuberculosis. ⁽²⁾

En el 2014, un total de 103 profesionales de 285 establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud fueron capacitados en el programa DOTS, con el objetivo de instaurar la estrategia en todo el Sistema Nacional de Salud hasta 2017. ⁽²⁾

Etiología

Podríamos considerar diferentes alternativas de respuesta del huésped. La primera es que los sistemas de defensa inespecíficos sean tan eficientes o los

bacilos tan poco virulentos o escasos, que se han erradicados antes de despertar el sistema inmune de modo que no ocurra la infección pero lo más frecuente es que se produzca la infección cuando esta se presenta en el contexto de algún grado de inmunodepresión fisiológica. ⁽⁵⁾

Entre las múltiples especies que presentan el bacilo de la tuberculosis las más importantes son la humana, la bovina y la aviaria. Sólo las 2 primeras son patógenas para el hombre. ⁽⁶⁾ El *Mycobacterium avium* y *Mycobacterium intracelulares* no son virulentas en huéspedes sanos, pero pueden producir infecciones diseminadas en el 15 al 24 % de los pacientes con SIDA. ⁽¹⁾

TRANSMISIÓN

El *Mycobacterium tuberculosis* se transmite por inhalación de gotitas infecciosas, eliminadas al aire, por el estornudo de un enfermo con tuberculosis, a través de las heces y mediante la orina. ⁽¹⁾ La transmisión puede ser indirecta, debido a que la *mycobacteria* es resistente a la desecación y puede estar por muchos meses en el polvo o en los objetos de uso diario. El *Mycobacterium bovis* se transmite por la leche de las vacas enfermas, e inicialmente produce lesiones intestinales y faríngeas. ⁽¹⁾ Las principales vías de entrada son por el sistema respiratorio, el tejido linfático de la orofaringe, el aparato gastrointestinal y la piel. La vía de contagio más común es la vía respiratoria, le sigue la digestiva y la cutaneomucosa. No hay contagio materno trasplacentario. ⁽⁷⁾

Los pacientes con cavitaciones pulmonares son más infecciosos aún, puesto que su esputo contiene de 1 a 10 millones de bacilos por mL y tosen a menudo.

Sin embargo, la piel y las mucosas respiratorias íntegras de las personas sanas son resistentes a la invasión. Para que haya infección, es necesario transportar bacilos a los espacios aéreos distales del pulmón, los alvéolos, donde no están supeditados a la purificación mucociliar bronquial. ⁽⁸⁾

Una vez depositados en los alvéolos, los bacilos están adaptados para penetrar en los macrófagos alveolares que, al depender tanto de sus propiedades genéticas como de su experiencia inmunitaria, son relativamente

tolerantes a la proliferación bacilar. Si bien el paciente con tuberculosis cavitaria expectora cantidades masivas de bacilos, la probabilidad de generar partículas infecciosas es muy baja. Los bacilos tuberculosos son transmitidos por las gotitas pflugger desde un paciente enfermo a los pulmones de su contacto donde son atrapados por los macrófagos alveolares y llevarlos a los ganglios hiliares pulmonares. (5)

Diagnostico

El diagnostico de tuberculosis se realiza a través de la baciloscopia y/o cultivo para un Programa de salud pública debe ser la baciloscopia.

La baciloscopia de esputo es el examen fundamental para el diagnóstico y control del tratamiento de los casos de tuberculosis pulmonar. Debe emplearse además diagnostico en toda muestra extra pulmonar conjuntamente con el cultivo. (9)

Cultivo

Cuando existen pacientes con baciloscopia negativa y cuadro clínico y radiológico sugestivo de TB, el cultivo representa es una herramienta útil para el diagnóstico. (9)

Tratamiento

El PCT basa su terapéutica de la tuberculosis en el tratamiento acortado estandarizado directamente observado, que consiste en un ciclo de tratamiento que dura aproximadamente seis u ocho meses, en el que se utiliza una combinación de 4 a 5 potentes fármacos antituberculosos: isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol y estreptomina. (9)

La Isoniacida, rifampicina, y pirazinamida. Pueden eliminar al bacilo en cualquier localización extra o intracelular, por esta razón se le conoce como el núcleo básico del tratamiento antituberculoso. (9)

La Estreptomicina (S) Tiene también propiedades bactericidas contra ciertas poblaciones de bacilos tuberculosos, siendo activa contra los que se encuentran en fases de multiplicación extracelular rápida. ⁽⁹⁾

El Etambutol (E). Es un fármaco bacteriostático que se asocia a medicamentos bactericidas más potentes para evitar la emergencia de bacilos resistentes. ⁽⁹⁾

Objetivo del Tratamiento

- Curar al paciente de la tuberculosis.
- Evitar que el paciente fallezca de una tuberculosis activa o de sus complicaciones.
- Evitar las recaídas.
- Disminuir la transmisión de la tuberculosis a otras personas.
- Evitar la resistencia a medicamentos antituberculosos.

El Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar consiste en una combinación de medicamentos que se tomaran en dos fases. ⁽⁹⁾

Esquema 1

Una fase inicial o primera fase que dura aproximadamente 2 meses (50 dosis), en la que los medicamentos se administrarán en forma diaria (por 5 días a la semana en establecimientos ambulatorios y 7 días a la semana en hospitalización) Isoniacida, rifampicina, pirazinamida, y etambutol.

Una fase de consolidación o segunda fase, de 4 meses (50 dosis), en la que los medicamentos se administrarán tres días a la semana, en forma intermitente: Isoniacida, rifampicina. ⁽⁹⁾

Fases	Duración	Frecuencia	Medicamento y dosis
1 fase	50 dosis aprox. 2 meses	Diario: 5 días por semana	Isoniacida + Rifampicina 2 tabletas* Pirazinamida x 500 mg 3 tabletas Etambutol x 400 mg 3 tabletas
2 fase	50 dosis 4 meses	3 días por semana	Isoniacida + Rifampicina 2 tabletas* Isoniacida x 100 mg 3 tabletas

Esquema 2

Fase inicial dura aproximadamente 3 meses: 2 meses (50 dosis), (5 dosis x semana) Isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol y estreptomicina. 1 mes (25 dosis) (5 dosis x semana) Isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol. La fase de consolidación dura 5 meses (60 dosis), 3 veces por semana: Isoniacida, rifampicina, y etambutol. ⁽⁹⁾

Está indicado para los casos pulmonares o Extra pulmonares ante tratados, confirmados con baciloscopia (cultivo o histopatología), específicamente en: Recaídas, Abandonos recuperado. ⁽⁹⁾

Fases	Duración	Frecuencia	Medicamentos y dosis
1 fase	50 dosis aproximadamente 2 meses	Diario: 5 días por semana	Isoniacida + rifampicina 2 tabletas* Pirazinamida x 500 mg 3 tabletas Etambutol x 400 mg 3 tabletas Estreptomycinina 1 g
	25 dosis aproximadamente 1 mes	Diario: 5 por semana	Isoniacida + rifampicina 2 tabletas* Pirazinamida x 500 mg 3 tabletas Etambutol x 400 mg 3 tabletas
2 fase	60 dosis 5 meses	3 días por semana	Isoniacida + rifampicina 2 tabletas* Isoniacida x 100 mg 3 tabletas Etambutol x 400 mg 3 tabletas

Reacciones adversas al tratamiento

El personal de salud debe vigilar la aparición de efectos adversos preguntando a los pacientes si tienen síntomas cuando acudan a tomar los medicamentos, no es necesario que la vigilancia incluya análisis sistemáticos de laboratorio, a continuación presentamos los principales efectos adversos que se pueden presentar tras ingerir la medicación. ⁽⁹⁾

Efectos secundarios	Medicamento probablemente responsable	Medidas
Leves		Proseguir la medicación controlar la dosis
Anorexia, náuseas, dolor abdominal, prurito, coluria	Isionacida, Pirazinamida, rifampicina	Administrar con el estómago lleno
Dolores articulares	Pirazinamida	Aspirina
Sensación de ardor o insensibilidad en los pies	Isioniacida	Piridoxina 100 mg por día
Orina anaranjada y roja	Rifampicina	Tranquilizar al paciente
Prurito	Todos los medicamentos antituberculosos	Tratamiento sintomático

Importantes	Medicamento probablemente responsable	Medidas suspender medicamentos en cuestión
Erupción cutánea	Todos los medicamentos antituberculosos	Suspender medicación
Hipoacusia	Estreptomina	Suspender
Mareos	Estreptomina	Suspender
Ictericia	Pirazinamida, Isonacida, rifampicina	Suspender la medicación
Vómitos persistentes, confusión	La mayoría de las medicamentos antituberculosos	Suspender la medicación y realizar pruebas urgente funcionales hepáticas
Perdida de la visión	Etambutol	Suspender
Choque, purpura, IRA	Rifampicina	Suspender las medicación y hospitalizar inmediatamente al paciente

Manual de normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Ecuador pág.106

Factores que influyen en el abandono de tratamiento antifímico

El abandono del tratamiento antituberculoso se define como la no asistencia a tomar tratamiento por más de 30 días consecutivos. ⁽¹⁰⁾

Es una barrera importante que conlleva al fracaso en el tratamiento, desarrollo de farmacoresistencia, diseminación de la infección y muerte de los pacientes.

El abandono del tratamiento se considera uno de los principales obstáculos para el control de la tuberculosis, porque disminuye la eficacia de los programas nacionales al incrementar el riesgo de transmisión del bacilo y aumentar la probabilidad de resistencia bacteriana a los antibióticos, la cual predispone a una mayor frecuencia de fracasos. ⁽¹¹⁾

Si bien no hay un factor específico que puede determinar la causa principal del abandono del tratamiento antifímico existen unos factores que se acercan a determinar algunas de las posibles causas del abandono de dicho tratamiento.

La no adherencia está presente en todo el mundo y se distribuye en todos los grupos sociales, étnicos y raciales. Las proporciones de abandono son muy variadas dependiendo, al parecer, del desarrollo de los países, la epidemiología de la TBC en cada uno de ellos, la dinámica de los programas de vigilancia y control, y el interés de los gobiernos en la TBC como problema de salud pública. Para 1995, la OMS reportó una proporción general de abandono para América del 6%, y en el 2002 para Colombia del 8 %. En Bucaramanga, Colombia, entre 1990 y 1999 fue del 11%. ⁽³⁾

La no adherencia al tratamiento sigue siendo un problema universal sin que expertos puedan predecir de manera válida y confiable quienes cooperarán con el tratamiento y quienes no, aunque ha habido aproximaciones a comportamientos y características que pueden ser útiles para orientar el cumplimiento. ⁽¹²⁾

Factores relacionados al paciente

Son aquellas circunstancias o acciones que pueden provocar un suceso en este caso el abandono del tratamiento, que hace referencia a todo lo que tiene que ver con los aspectos personales del paciente incluyen.

La mayoría de los factores de riesgo para factores de riesgo para abandono han enfocado al individuo como actor principal. Algunos hallazgos ponen que la TBP es una enfermedad asociada a la pobreza donde la persona que no tuvo la oportunidad de educarse se le reduce la posibilidad de acceder a un empleo, vivienda, servicios básicos lo que le aumenta el riesgo de adquirir TBP y de abandonar el tratamiento.

Edad: Número de años cronológicos del/la paciente. No hay unificación respecto a la edad de mayor riesgo para abandono. Orozco y cols. Encontraron que por cada año más que la persona tenía su adherencia al tratamiento mejoraba (Hazard Ratio). Galván y Santiuste encontraron que pacientes con edades extremas (menores de 15 años y mayores de 54 años) tenían mejores tasas de adherencia que los de edad intermedia (84% frente a 63%), mientras que Liefoghe, encontró menor adherencia en mayores de 35 años, en contraste con el estudio de Vander Werf en Ghana donde los menores de 25 años abandonaron menos el tratamiento: 35.9% vs más de 46% en mayores de 25 años. Otros sostienen que el anciano con limitaciones de algún tipo tiene mayor riesgo de abandono. Esta divergencia de hallazgos sustenta la necesidad de mayor investigación y estandarización de los rangos de edad para conocer la situación en cada comunidad y para poder comparar los resultados de los estudios. ⁽¹³⁾

Género: La literatura apoya la premisa que los hombres tienden a abandonar más que las mujeres. Gaviria y Cols. Encontraron un OR de 1.84 para abandono entre hombres comparado con mujeres en el grupo de 15-44 años, mientras que otros estudios encontraron que los hombres abandonaban 1.5 veces más que las mujeres, OR: 2.2 (IC 95%1.0-4.6) y en Ghana, las mujeres además de mejor adherencia presentaban mejores tasas de curación. En Argentina el 70% de quienes abandonaron el tratamiento eran hombres. ⁽¹⁴⁾

Escolaridad: Nivel educativo o de escolaridad cursado por el paciente en tratamiento antituberculoso.

A menor nivel educativo mayor probabilidad de abandono, esto explicado principalmente porque a menor nivel educativo se hace más difícil la comunicación tanto con el personal de salud como con la familia. En

Barcelona encontraron que los pacientes analfabetas tenían un mayor riesgo de abandonar el tratamiento que aquellos con algún grado de escolaridad. ⁽¹⁵⁾

Enfermedad Asociada: Paciente que padece de alguna enfermedad crónica

Son varias las patologías que asociadas a la TBC se reconocen como factores de riesgo para abandono. La combinación de VIH-SIDA y TBC, y la estigmatización por falta de entendimiento de la primacía de la TBC, llevan a demorar el inicio del tratamiento y a una pobre adherencia. Los pacientes con trastornos psiquiátricos, o impedimentos emocionales o físicos, como aquellos que sufren retardo mental, enfermedad de Alzheimer, incapacidad para tragar las píldoras, cuadriplejía, artritis severa o desórdenes musculares tienen un alto riesgo de abandonar el tratamiento. Además de las enfermedades mentales incapacitantes, la renuencia del enfermo a ingerir los medicamentos es una de las razones para abandonar. La incapacidad del paciente para caminar o movilizarse es un factor que ha sido hallado como causa de abandono,. ⁽¹⁴⁾

Consumo de Alcohol: Paciente que consumió alcohol por lo menos una vez por semana, durante el tratamiento anti-TB.

Consumo de Drogas: Paciente que consumió sustancias psicoactivas, durante el tratamiento anti-TB. Factor por lo cual abandonan el tratamiento en la mayoría de los casos.

Factores relacionados con el tratamiento:

Conocimiento de la enfermedad: La falta de conocimiento sobre la enfermedad lleva a los pacientes a tomar alternativas, entre ellas, a abandonar el tratamiento. Morisky informó que con un programa educativo había aumentado la adherencia de 38 a 68%. En Pakistán se encontró que mejorando el nivel de conocimiento sobre la enfermedad se lograba disminuir el abandono de 50% a 43%. En Cali, el desconocimiento de la enfermedad estaba asociado al abandono. Sumartojo en su revisión encontró que los

pacientes adherentes conocían más sobre síntomas como fiebre, tos, pérdida de peso, anorexia, gravedad de la enfermedad e

importancia de tener comportamientos saludables como buena nutrición y cumplimiento de citas médicas; mientras que los pacientes no adherentes no conocían bien la enfermedad ni el tratamiento, no sabían porque se tenían que tomar el fármaco y tampoco si éstos eran o no eficaces; no sabían los efectos adversos de interrumpir el tratamiento, ni el pronóstico de la enfermedad. ⁽¹⁴⁾

Duración del tratamiento: Tiempo que demora el tratamiento de antiTBC. Aunque la estrategia DOTS fue diseñada para que el tratamiento sea lo más corto posible, éste continua siendo prolongado e implica 84 dosis de medicamento e igual número de desplazamientos del paciente hacia la IPS. La duración del tratamiento se encontró asociada a pobre adherencia y fue relacionada como el obstáculo más difícil a vencer para lograr la adherencia. La investigación farmacológica apunta a encontrar medicamentos más eficaces que permitan curación en menor tiempo para propiciar adherencia. ⁽¹⁴⁾

El tratamiento, ya sea supervisado o no, se percibe como una imposición y rutina de obligaciones que aporta al cambio de la cotidianidad. Este se asume como un vehículo para la cura y evitar morir; pero a la vez, sus efectos secundarios socavan la resistencia física y emocional. ⁽¹⁴⁾

Cantidad de medicamentos: Número de medicamentos que recibió el paciente durante el tratamiento anti-TBC . ⁽¹⁴⁾

Número de fármacos: El esquema recomendado como efectivo en TBC es la politerapia; está comprobado que la cantidad de medicamentos que el paciente tiene que tomar es inversamente proporcional a la adherencia al tratamiento. Sin embargo, una de las ventajas del tratamiento antiTBC es que los medicamentos se suministran en una toma diariamente. ⁽¹⁴⁾

Reacciones Adversas a Fármacos Anti-TB (RAFA): Paciente que presentó Reacción Adversa a Fármacos Anti-TBC, durante el tratamiento.

Los efectos adversos como náusea, vómito, diarrea, cólicos, reacciones de hipersensibilidad, sobrecarga de volumen, leucopenia, trombocitopenia, hepatopatía, ictericia, nefrotoxicidad y ototoxicidad se presentan con frecuencia y en algunos casos están asociados al abandono. En un estudio reportaron que 32 pacientes de 587 (5.5%) presentaron algún tipo de intolerancia que los obligó a abandonar el tratamiento y a tener una pobre adherencia. Un estudio hecho en Argentina encontró que la proporción de abandono por efectos secundarios fue del 30%.⁽¹⁴⁾

Factores derivados de los servicios de salud.

Factores derivados de los servicios de salud: El colapso de la infraestructura de salud pública ha sido descrito como uno de los múltiples factores que conllevan al abandono del tratamiento y a la aparición de resistencia bacteriana. Es muy importante el papel de los servicios en los siguientes aspectos:⁽¹⁶⁾

Organización de los servicios de salud: Percepción del paciente respecto a la organización del establecimiento de salud en general.⁽¹⁶⁾

La falta de organización en los servicios de salud es señalada como factor generador de incumplimiento por las esperas prolongadas, costos de las consultas, dificultad para consecución de citas y demora en la atención.⁽¹⁶⁾

La flexibilidad en los horarios y el confort en el sitio de atención del paciente han demostrado mejorar la adherencia.⁽¹⁶⁾

Accesibilidad física al centro de salud (Posibilidad): Paciente que experimento accesibilidad física (no presentó dificultades para acudir al establecimiento de salud).⁽¹⁷⁾

Distancia al centro de salud: Algunos estudios señalan la distancia de la residencia del paciente a los servicios de salud como un factor de riesgo para

el abandono del tratamiento; sin embargo, Galván encontró que ni la distancia medida en kilómetros ni el tiempo que gasta el paciente para llegar al puesto de salud tenían importancia significativa en el abandono, y solamente por encima de 60 km de distancia se registró una leve disminución en el cumplimiento que no fue significativa. ⁽¹⁷⁾

Relación entre el paciente y el personal de salud: Paciente que sostuvo una adecuada relación interpersonal con el personal de salud del establecimiento de salud. ⁽¹⁸⁾

Entusiasmo y compromiso suelen ser las expectativas que el paciente de TBC tiene frente a las personas que le suministran el tratamiento. Kilpatrick considera primordial las características de la enfermedad en sí misma y la relación asertiva entre médico paciente para proveer adherencia. Algunos autores describieron que la no adherencia es consecuencia de la negligencia o la incompetencia de las personas a cargo del programa. La adecuada comunicación entre el personal de salud y el paciente está descrita como un factor que determina la adherencia. ⁽¹⁸⁾

Los médicos: Han sido señalados como responsables del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes, ya que se ha planteado que un elevado porcentaje de los pacientes son dados de alta con insuficiente planificación de sus tratamiento y escasa información sobre las características de su enfermedad, la forma de tomar los medicamentos, los posibles efectos secundarios e, incluso, sobre los riesgo que pueden haber tenido sus convivientes y contactos de infectarse o enfermarse; además, el seguimiento a veces recae en médicos no habituados a manejar estos pacientes y con poca experiencia en la práctica del control de la TBC. Se afirma que incluso un protocolo bien estandarizado requiere de cierto nivel de experiencia y cumplimiento por parte de los médicos, así como de una buena habilidad para comunicarse y cooperar con el paciente. ⁽¹⁸⁾

ABANDONO DEL TRATAMIENTO

Abandono:

Paciente cuyo tratamiento ha sido interrumpido durante un mes o más. ⁽⁹⁾

Condiciones

La respuesta terapéutica a la tuberculosis impone una carga pesada para quien lo sufre, principalmente. Esta se origina en lo prolongado y repetitivo de un tratamiento muy cargado de medicamentos y cuya administración exige la asistencia diaria o muy frecuente al establecimiento. ⁽¹⁹⁾

Desde una perspectiva médica las reacciones adversas a los fármacos suelen estar definidas en función de la severidad del daño orgánico, los efectos secundarios de la medicación cobran significancia en relación con la adhesión al tratamiento. La experimentación de molestias debido a la medicación, junto con la falta de información anticipada sobre las mismas, lleva en algunos casos ya sea al abandono de la terapia o a considerar esa posibilidad. ⁽²⁰⁾

Consecuencias del abandono del tratamiento

El problema del abandono del tratamiento antifímico tiene connotaciones graves que van desde el deterioro de la salud del paciente, la posibilidad de estimular los mecanismos de resistencia de la bacteria, la propagación de la infección. En otras patologías el paciente puede alegar su autodeterminación pero en la TBC el paciente no tiene derecho a rehusar el tratamiento porque está exponiendo a los demás a contraer dicha enfermedad.

El abandono del tratamiento puede contribuir a la resistencia por lo que complica el manejo farmacológico además provoca la reducción de la curación, las recaídas, el aumento de la susceptibilidad a otras infecciones, y la muerte

La consecuencia más grave del abandono es que la cadena de transmisión aumenta perjudicando al individuo, familia y comunidad. ⁽¹⁶⁾

Al estimular los mecanismos de resistencia bacteriana se complica el panorama de manejo ya que se aumenta el costo del tratamiento, pasando de US\$ 11 a US\$ 15.000 por paciente. La OMS considera que la farmacoresistencia del bacilo aumenta, tanto el costo, como la toxicidad de los medicamentos y la mortalidad de las personas que la desarrollan. Al abandonar el tratamiento hay reducción en las tasas de curación, aumento de recaídas, recidivas y aumento de la susceptibilidad del paciente a otras infecciones.⁽¹⁶⁾

En resumen, la terapia inadecuada facilita la aparición de resistencia bacteriana que, sumada a la coinfección con el virus del VIH, puede incrementar la diseminación de la TBC multirresistente, aumentando la morbilidad y la mortalidad; lo cual la cataloga como una emergencia mundial de grandes dimensiones.⁽²¹⁾

PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS

La prevención es el conjunto de intervenciones que realiza el PCT con la finalidad de evitar la infección por TB, y en caso de que está se produzca, evitar el paso de infección a enfermedad. La prevención está dirigida a evitar la diseminación del bacilo de koch en la comunidad.

LAS MEDIDAS PREVENTIVAS SON:

- Evitar el contagio.
- Eliminar las fuentes de infección presente en la comunidad a través de la detección.
- Diagnostico precoz y tratamiento "supervisado en boca", de los casos de TBP Bk(+); cuando se diagnostica y trata oportunamente a un enfermo con tuberculosis pulmonar BK (+), se evita que diez a veinte personas entre la familia y la comunidad se infectan anualmente.

CONTROL DE CONTACTO

Contactos son las personas que conviven o mantienen una estrecha relación (labor, escolar, etc.) con el enfermo de tuberculosis pulmonar. El control de contactos tiene por objetivo detectar casos de tuberculosis entre los contactos y prevenir el riesgo de enfermar.

ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

- Detección de los casos de tuberculosis
- Involucrarse en diagnóstico y tratamiento de la Tb
- Realizar las visitas domiciliarias
- Educación y Consejería al paciente y su familia
- Continuar a la adherencia al tratamiento mediante una buena comunicación.
- Indagar sobre antecedentes de tratamiento previo.
Identificar, capacitar y supervisar a observadores (agentes comunitarios, líderes y otros) de tratamiento que no son miembros del personal de salud del establecimiento, de los cuales se responsabiliza la enfermera del PCT o al personal a quien delegue.

ORGANIZACIÓN Y DETECCIÓN DE LOS CASOS

La detección de SR en los establecimientos de salud es responsabilidad de todo el personal. Sin embargo, con fines operacionales, el personal de enfermería organiza esta actividad, para lo cual realiza las siguientes acciones:

- Identificar y priorizar la detección de casos en las áreas de mayor afluencia de usuarios en el servicio de salud: preparación, consulta externa, hospitalización y emergencia.
- Junto al equipo de salud, adaptar el flujograma de detección del SR de acuerdo a la realidad local, tomando en cuenta todos y cada uno de los servicios existentes en el establecimiento de salud.
- Contar con un libro de registro de sintomáticos respiratorios, formatos de solicitud para examen bacteriológico y envases para muestra de esputo.
- Identificar y adecuar un área para la recolección de muestras de esputo (ARM).
- Capacitar, sensibilizar y motivar al personal de salud para que identifiquen SR entre todos los consultantes y acompañantes del establecimiento de salud. ⁽⁹⁾

ORGANIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

La modalidad del tratamiento del PCT será observada y ambulatoria, por lo que la atención de enfermería es básica en el desarrollo del mismo. La adherencia al tratamiento depende en gran parte de la relación establecida entre el paciente, el personal de salud que lo administra y el establecimiento de salud. Para la administración del tratamiento se deben realizar las siguientes acciones:

- Seleccionar el ambiente donde se ubicara el área para la administración del medicamento, que debe contar con ventilación natural adecuada.
- Administrar el tratamiento de acuerdo a la indicación del médico y esquemas de tratamiento estandarizados.
- Utilizar la tarjeta de control y administración de tratamiento para registrar los datos del paciente y la asistencia diaria al tratamiento.
- Todos los meses el paciente debe ser pesado como control de evolución.

VISITA DOMICILIARIA

Se realizara al inicio del tratamiento, dentro de las primeras 48 horas, y tiene como finalidad:

- Verificar que la persona enferma viva en el ámbito jurisdiccional del establecimiento de salud.
- Brindar educación en salud al grupo familiar.
- Verificar el número de contactos.
- Recolectar muestras de esputo en caso de encontrar SR entre los contactos.

CONSEJERIA PARA PACIENTES CON TB

Es un proceso que promueve el intercambio de información entre el consejero y, la persona enferma con tuberculosis para adquirir conocimientos; despejar dudas o ideas erróneas y contribuir al mejoramiento de la salud de la persona con tuberculosis. ⁽⁹⁾

Cualquier miembro del equipo multidisciplinario (medico, enfermera, trabajador social, educador, psicólogo, capacitado) puede cumplir con esta actividad, aunque la enfermera será quien tendrá un papel importante para realizar la entrevista con este fin.⁽⁹⁾

La finalidad es lograr que las personas con tuberculosis asuman un rol protagónico en su tratamiento, con el apoyo de su familia y el personal de salud en un ambiente de aceptabilidad y en el ejercicio de sus derechos como persona.⁽⁹⁾

FUNDAMENTACION LEGAL

(Constitución del Ecuador, Plan del Buen Vivir, MAIS)

En el Plan Nacional del Buen Vivir se establece el Objetivo 3 “Mejorar la Calidad de Vida de la Población”, este objetivo es un reto que requiere consolidar los logros que se han alcanzado en los años que lleva ejerciendo el actual gobierno, llevando a cabo el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la vigorización del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE INVESTIGACION

El estudio es de tipo descriptivo, realizado en el Hospital de Daule Dr. Vicente Pino Moran, se estudiaron 30 casos que abandonaron el tratamiento antituberculoso durante Septiembre del 2014 hasta Agosto del 2015.

METODOS DE RECOLECCION DE DATOS

Se utilizó una encuesta elaborada por las autoras de acuerdo a las variables definidas y se utilizó la HC de los pacientes que ingresaron al PCT y abandonaron el tratamiento.

PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS

Después de haber recolectado los datos, se relizaron las tabulaciones en el programa de Microsoft Excel, respresentando los resultados en graficos de barras y circulares.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

FACTORES RELACIONADOS AL PACIENTE

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE	
Factores relacionados con el paciente	• Edad	- 20- 40 años - 41 – 60 años - De 61 años a adulto mayor	Encuesta	
	• Escolaridad	- Educación completa	Básica	
		- Educación incompleta	Básica	
		- Educación completa	Media	
		- Educación incompleta	Media	
		- Superior		
		- Sabe leer y escribir		
	• Antecedentes patológicos personales	- VIH - Diabetes - Desnutrición		
	• Hábitos nocivos	- Alcohol - Tabaco - Drogas		
• Ingresos mensuales	- < Salario Básico - Salario Básico - > Salario Básico			
• Ocupación	- Profesional - Obrero - Jubilado - Desempleado			
• Tipo de apoyo que recibe	- Familiar - Laboral - Ninguno			
• Estado de animo	- Tranquilo - Triste - Rechazado			

FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE
Factores relacionados al tratamiento:	<ul style="list-style-type: none"> Reacciones adversas que presenta el paciente 	<ul style="list-style-type: none"> Nauseas Vómitos Dolor abdominal Prurito Ninguno 	Encuesta
	<ul style="list-style-type: none"> Información recibida sobre la patología y su tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Si No 	
	<ul style="list-style-type: none"> Personal que le informo acerca de su enfermedad y del tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermera Medico Ninguno 	
	<ul style="list-style-type: none"> Consideración acerca de la duración del tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Adecuado Prolongado Mejor otro 	

FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE
Factores derivados de los servicios de salud:	Atención recibida en el centro de salud	<ul style="list-style-type: none"> Excelente Buena Regular Mala 	Encuesta
	Accesibilidad al centro de salud	<ul style="list-style-type: none"> Cerca (2 cuabras de su casa) Lejos (de un pueblo a otro) 	
	Horario de atención del PCT	<ul style="list-style-type: none"> Adecuado Acordado Mejor otro 	

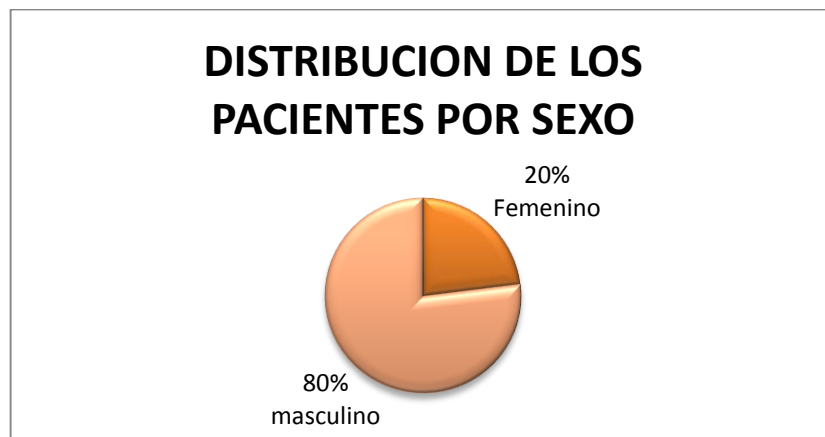
FUENTE: INVESTIGACION

ELABORADO: POR LAS AUTORAS

ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

El presente estudio realizado en una poblacion de 30 pacientes que abandonaron el tratamiento antifimico durante el año 2014-2015 en el establecimiento de salud del Hospital de Daule se obtuvieron los siguientes resultados

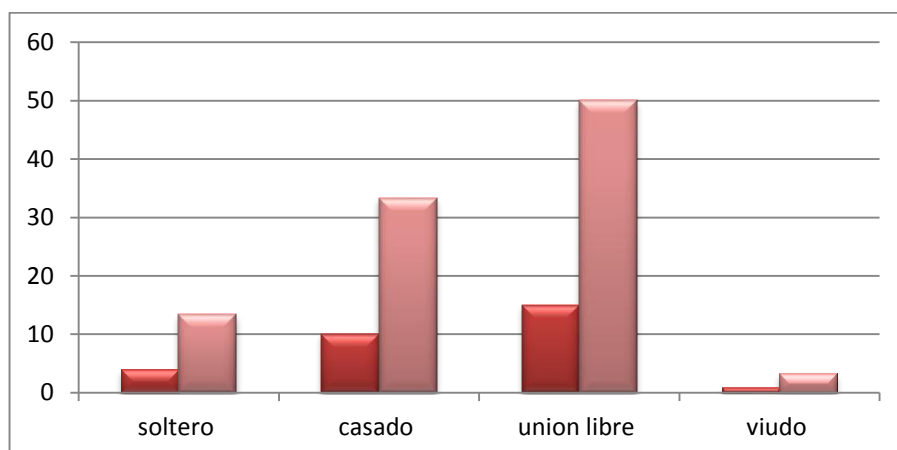
GRAFICO 1



Con este grafico podemos verificar que la mayor parte de los pacientes que abandonan el tratamiento antifimico son los hombres corresponden al 80% y las mujeres tan solo en un 20 %.

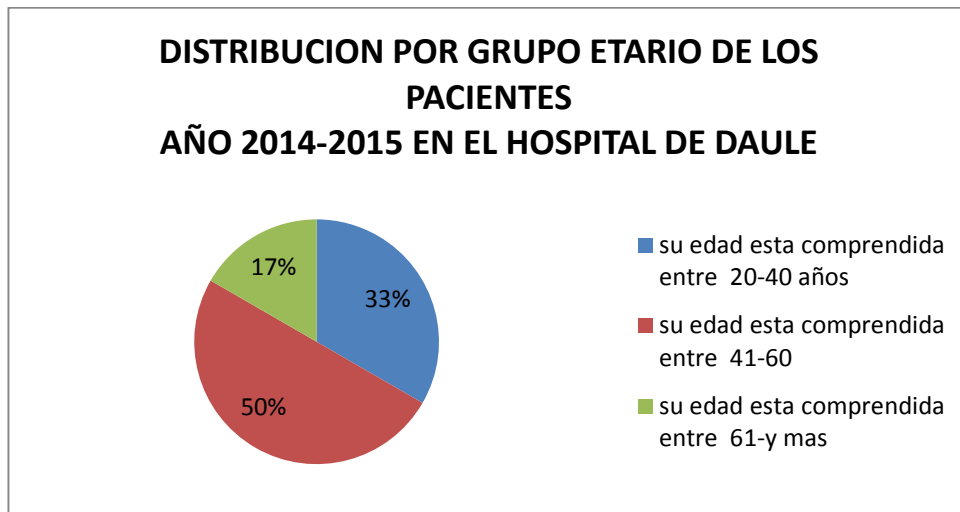
GRAFICO 2

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES POR ESTADO CIVIL



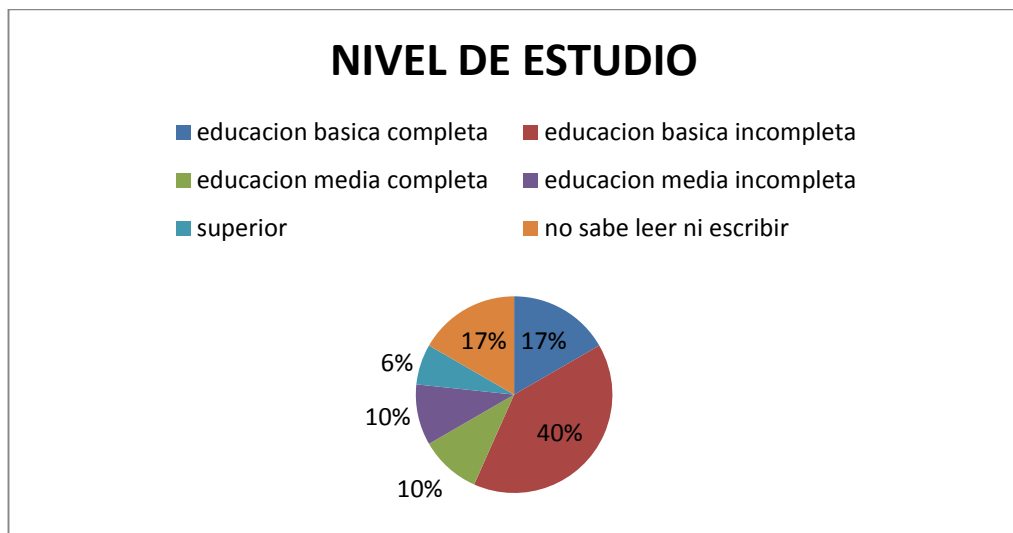
En el grafico correspondiente podemos verificar que la mayor parte de pacientes que abandonan el tratamiento antifimico son de estado civil unión libre representan el 50%, EL 30 % estado civil casado, el 13 % representan a los solteros, y el 7% viudo.

GRAFICO 3



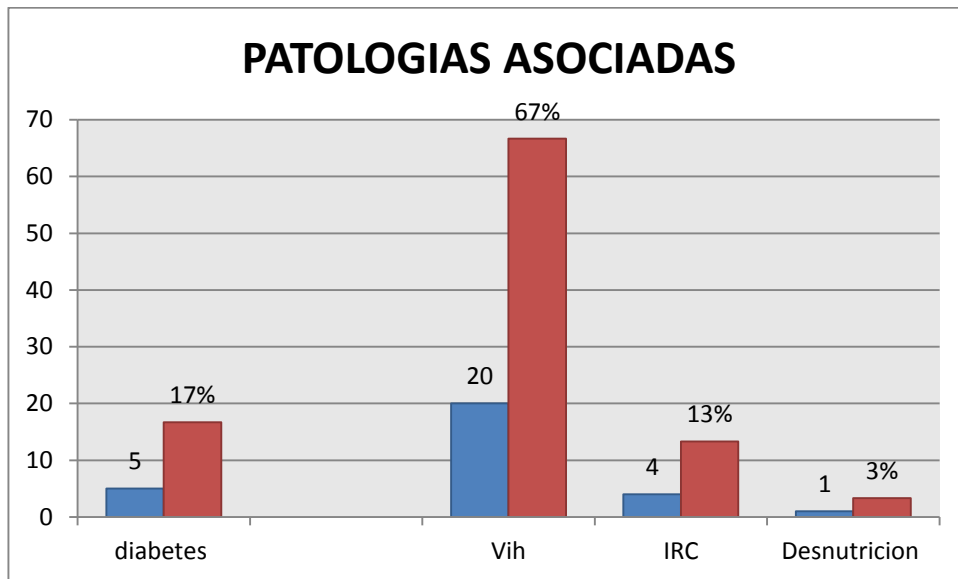
En el siguiente grafico podemos observar que el 50% de los pacientes que abandonan el tratamiento antifimico su edad está comprendida entre 41 a 60 años de edad, siendo el 33% aquellos que están entre 20 a 40 años de edad y el 17% corresponden a aquellos cuya edad está comprendida entre 61 y más edad

GRAFICO 4



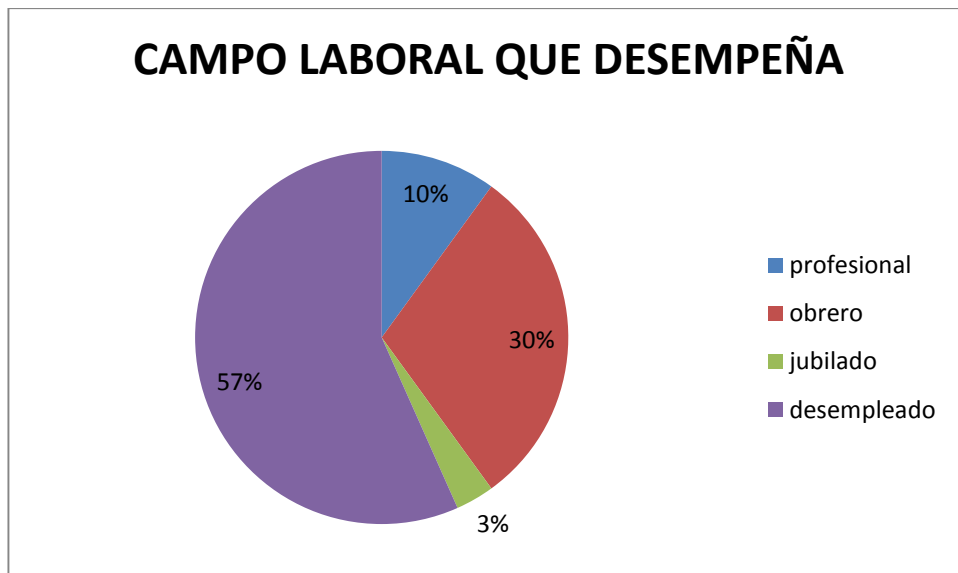
En el siguiente grafico podemos observar que el 40 % de los pacientes que abandonaron el tratamiento antifimico tienen un nivel de educación básica incompleta, el 10 % corresponden tanto a educación media incompleta y otro 10 % a educación media completa, quedando un 17 %.

GRAFICO 5



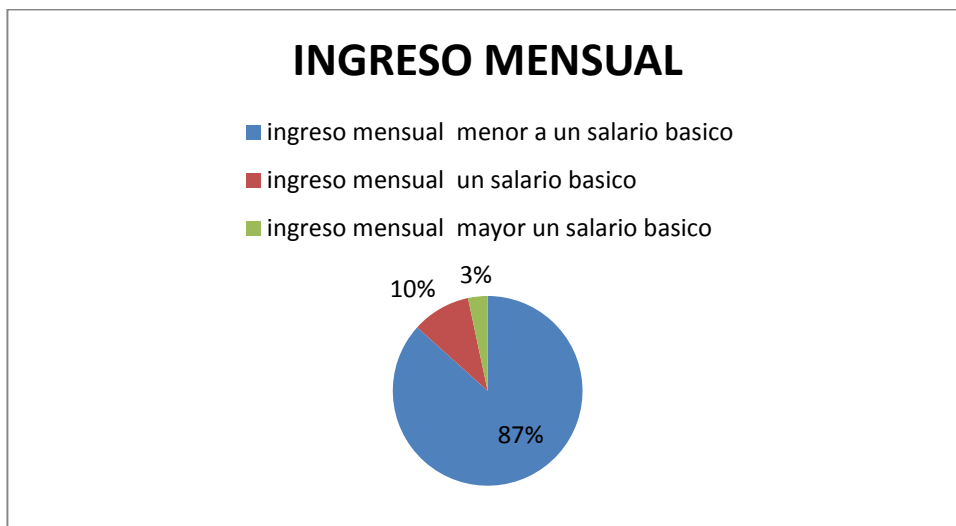
En el grafico podemos observar que el 77% de los pacientes padecen una enfermedad asociada a parte de la TB, y solo el 23 % de los pacientes no presentan ninguna patología asociada solamente padecen a la TB, en el grafico 5 se incluyen las enfermedades mas frecuentes.

GRAFICO 7



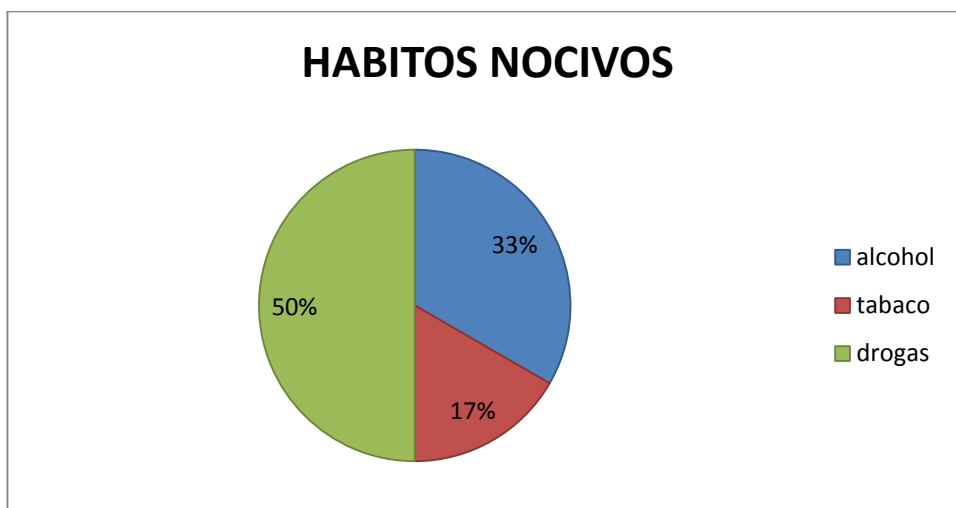
En el siguiente grafico podemos constatar que el 57% de los pacientes que abandonan el tratamiento antifimico no cuentan con un empleo, el 30 % son obreros a veces trabajan otras veces no, no tienen trabajo estable, el 10% tienen se desempeñan en el campo profesional, y solo el 3% son jubilados.

GRAFICO 8



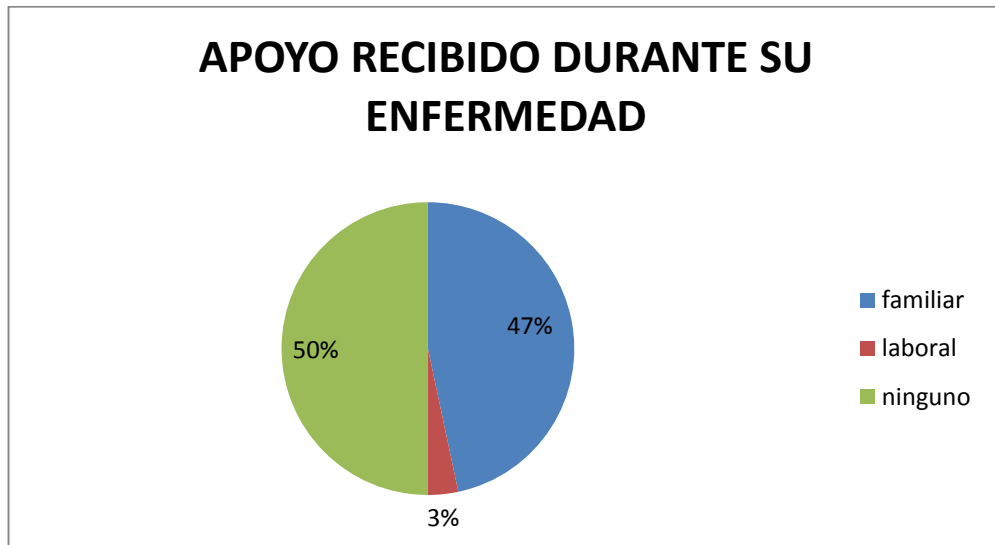
En el grafico que mostramos a continuación se puede constatar que el 87% de los pacientes que abandonaron el tratamiento antifimico tienen ingresos muchos menores a los de un salario básico, mientras tanto solo el 10% de los pacientes cuentan con ingresos igual a un salario básico, y que solo el 3 % tienen un ingreso mayor a un salario básico

GRAFICO 9



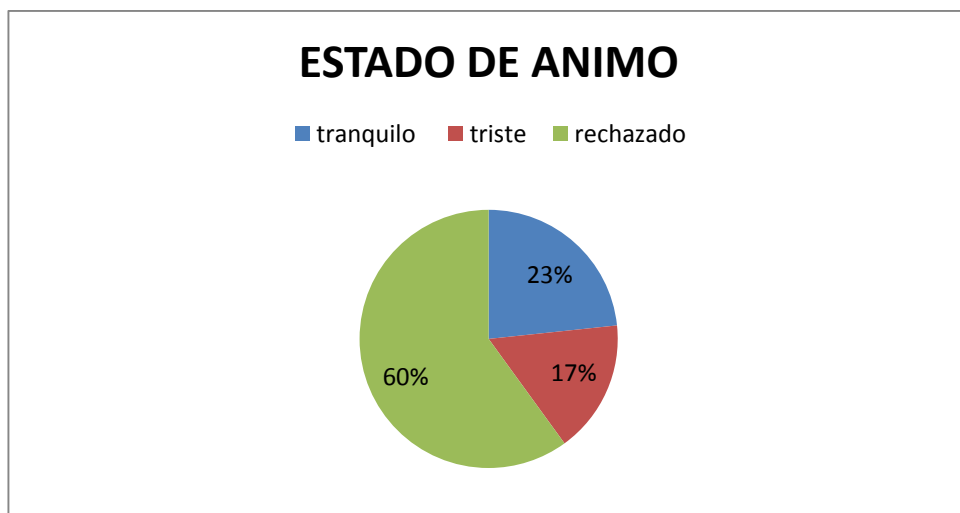
Como podemos darnos cuenta en la gráfica los pacientes que abandonan el tratamiento antifimico tienen como habito el consumo de drogas siendo el 50 % que consumen esta sustancia, también podemos darnos cuenta que el 33% de los pacientes consumen alcohol, y el 17% consume tabaco que no son saludable para su estado.

GRAFICO 10



Como podemos darnos cuenta en la gráfica los pacientes que abandonan el tratamiento antifímico recibieron apoyo familiar en un 47%, un 3% recibieron apoyo laboral y por último la mayor parte en un 50% no recibió ningún tipo de apoyo.

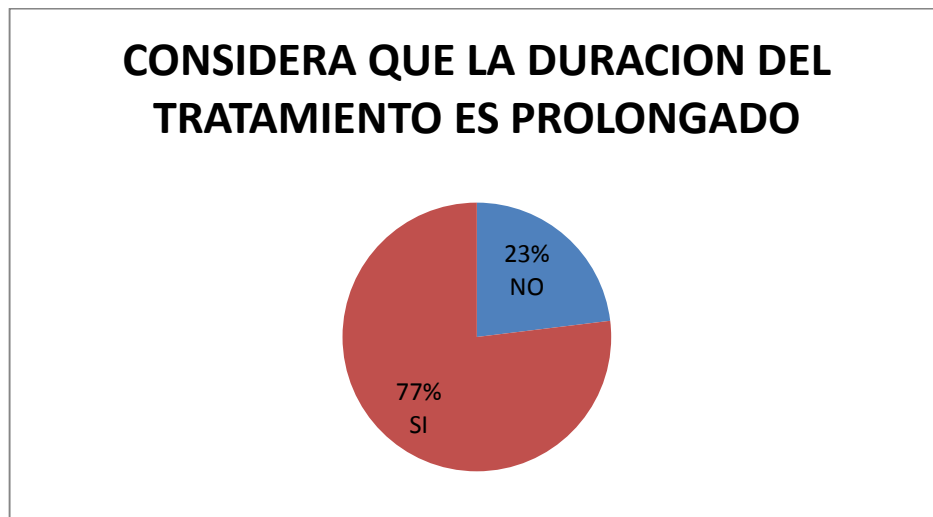
GRAFICO 11



Como podemos darnos cuenta en la gráfica los pacientes que abandonan el tratamiento antifímico El 60% de los pacientes se han sentido rechazados , siendo el 23 % los cuales se sienten tranquilos, y solo el 17% se sienten tristes.

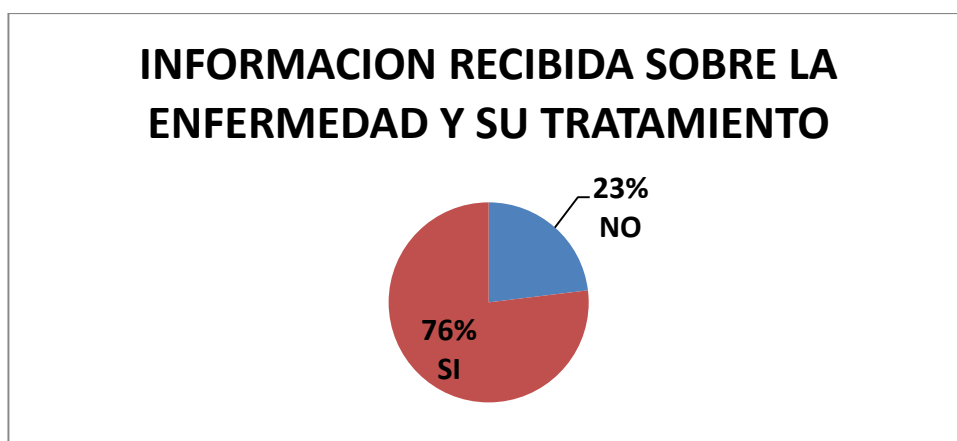
FACTORES RELACIONADOS AL TRATAMIENTO

GRAFICO 12



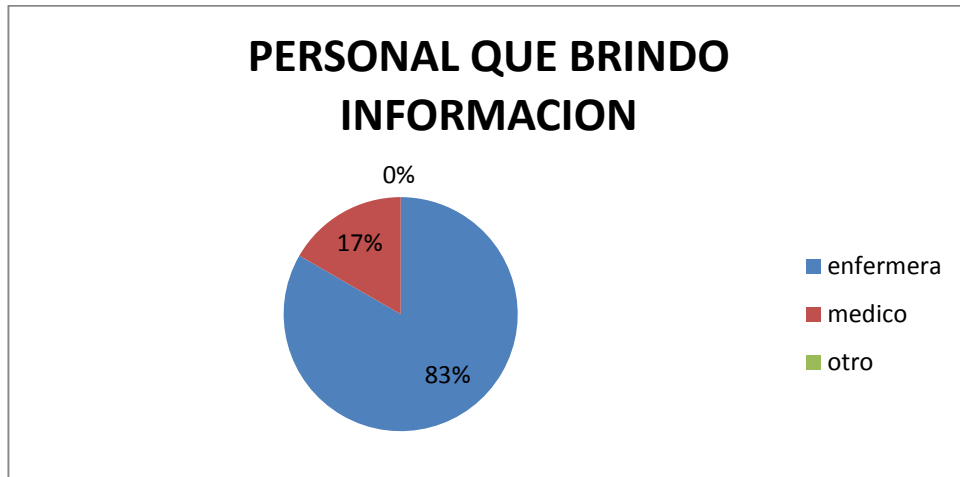
Como se puede ver en la gráfica el 77% de los pacientes que abandonan el tratamiento antifímico considera que el tratamiento dura mucho tiempo es demasiado largo, y el 23 % considera que es adecuado.

GRAFICO 13



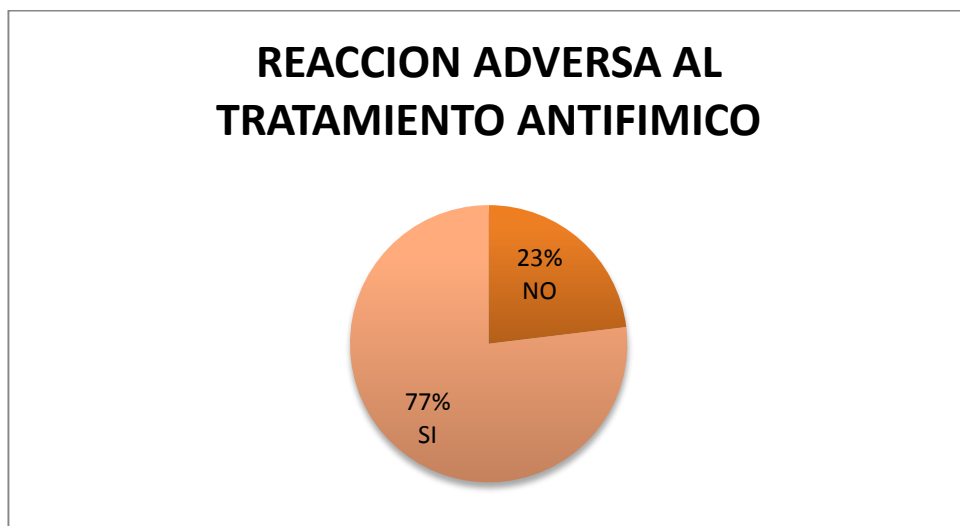
Como podemos constatar el 76% de los pacientes que abandonaron el tratamiento antifímico recibieron información acerca de su enfermedad y su tratamiento mientras que solo el 23% manifiesta que no ha recibido información.

GRAFICO 14



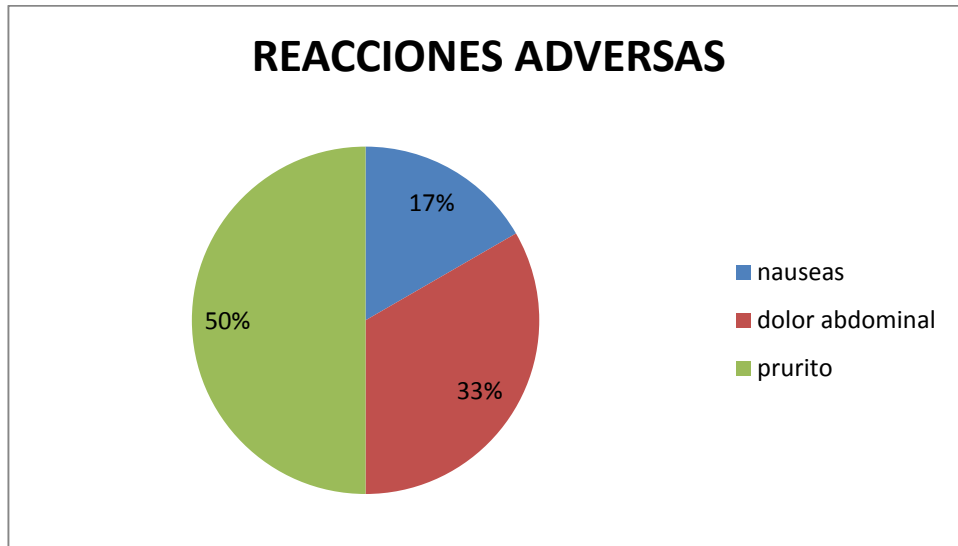
Como se puede constatar en el grafico el 83% de los pacientes que abandonan el tratamiento antifimico el 83% manifiestan haber recibido información sobre su enfermedad y tratamiento por parte del personal de enfermería y el 17% manifiesta haber recibido la información por parte del médico del PCT

GRAFICO 15



La grafica nos indica que el 77% de los pacientes que abandonaron el tratamiento antifimico tuvieron reacciones adversas al tomar la medicación, y el 23% indico que no tuvo ninguna reacción.

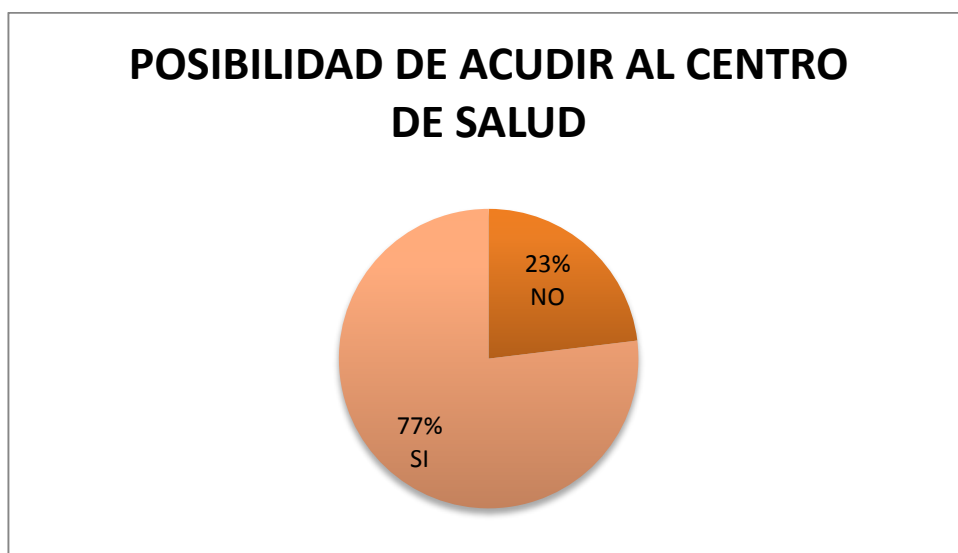
GRAFICO 16



La grafica nos indica que el 50% de los pacientes que abandonaron el tratamiento antifimico tuvieron como reacción adversa al tomar la medicación prurito, el 33% presento dolor abdominal y el 17% nauseas.

FACTORES DERIVADOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

GRAFICA 17



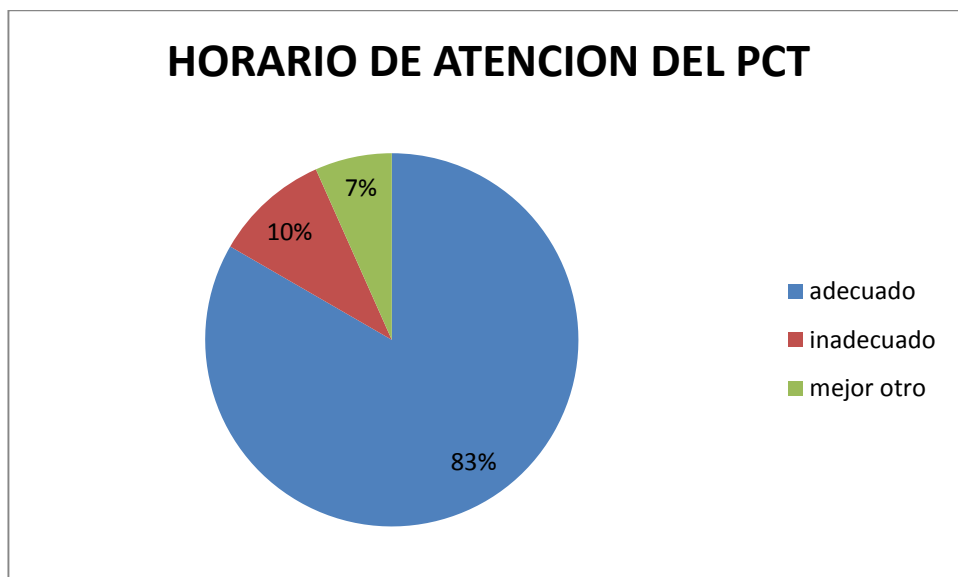
La grafica nos indica que el 77% de los pacientes que abandonaron el tratamiento antifimico manifiestan que si tienen la posibilidad de acudir al Centro de Salud mientras que el 23% indican que no podían acudir al Centro de Salud.

GRAFICO 18



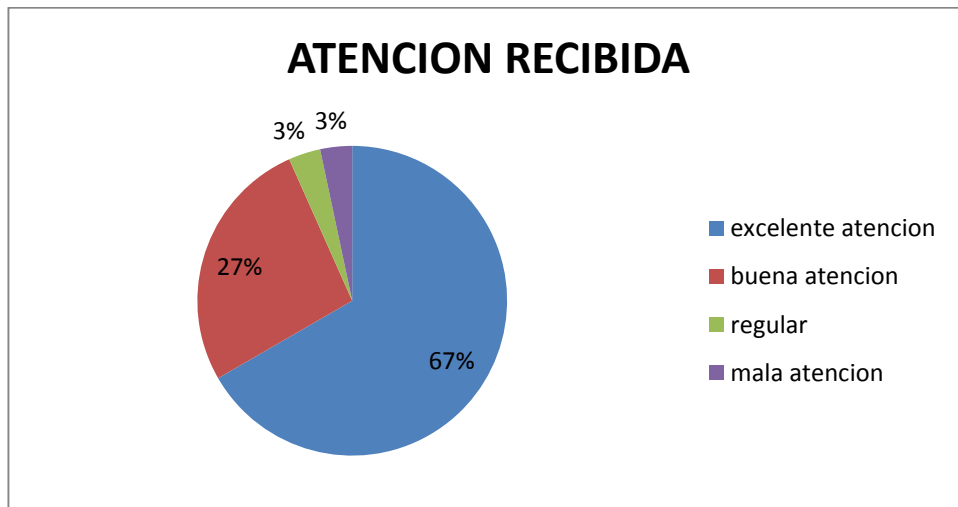
La grafica nos indica que el 90% de los pacientes que abandonaron el tratamiento antifimico manifiestan que tienen una muy buena relación con el personal de salud esto incluye enfermeras, médicos y demás personal de salud, siendo solo el 10% quienes manifiestan que no tuvieron una buena relación.

GRAFICO 19



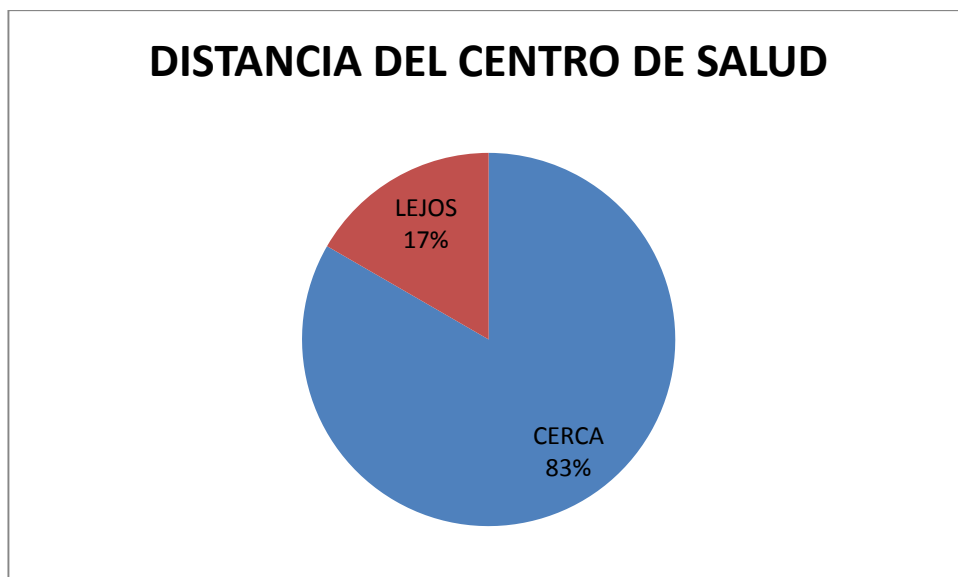
La grafica nos indica que el 83% de los pacientes que abandonaron el tratamiento antifimico manifiestan que el horario es adecuado, un 10% manifiestan que es inadecuado, mientras que un 7% preferiría otro horario.

GRAFICA 20



La grafica nos indica que el 67% de los pacientes que abandonaron el tratamiento antifimico manifiestan que recibieron excelente atención, un 27% manifiestan que recibieron buena atención, mientras que un 3% recibió atención regular y un 3% recibió mala atención por parte del personal de salud.

GRAFICO 21



La grafica nos indica que el 83% de los pacientes que abandonaron el tratamiento antifimico manifiestan que el centro de salud les quedaba cerca, mientras que el 17% manifiestan que les quedaba lejos de su domicilio.

DISCUSIÓN

Factores relacionados al paciente

El abandono del tratamiento antifímico es el principal problema para el control de la Tuberculosis, la principal causa de recaídas y de surgimiento de Farmacorresistencia en los pacientes, además de provocar el aumento de la cadena de trasmisión de la patología puede provocar mayor prolongación del tratamiento, del sufrimiento en los pacientes e incluso puede llegar a provocar la muerte.

Según nuestros resultados, encontramos un número de variables asociadas al abandono del tratamiento antifímico, las cuales podrían desempeñar un papel importante ya que esto nos permite conocer que es lo que provoca que un paciente abandone su tratamiento, nos permitiría actuar de manera inmediata para poder evitar al abandono a tiempo y que el paciente cumpla su tratamiento para que pueda ser curado.

En su mayoría los pacientes que abandonaron del tratamiento son de sexo masculino, con un 80% de los casos esto coincide con los resultados obtenidos en un estudio realizado en años anteriores (Tesis de post grado Wilfrido Vargas año 2007 en Perú) en este artículo realizado por dicho autor nos indica que el 72% de los pacientes son de sexo masculino. Gaviria y Cols. Encontraron un OR de 1.84 para abandono entre hombres comparado con mujeres en el grupo de 15-44 años, mientras que otros estudios encontraron que los hombres abandonaban 1.5 veces más que las mujeres, OR: 2.2 (IC 95%1.0-4.6) y en Ghana, las mujeres además de mejor adherencia presentaban mejores tasas de curación.

En un estudio en Nueva York se encontró que el 10% de quienes usan drogas endovenosas y el 29% de quienes consumen cocaína abandonaron el tratamiento, frente al 2% entre quienes no usan drogas en el estudio realizado por las autoras se identificó que el 50% de los pacientes consumen drogas, y el 33% consume alcohol. Orozco y cols encontraron un HR 2.96 (IC 95% 0.99 - 8.81) para abandono entre pacientes que consumían alcohol, tanto la drogadicción como el alcoholismo fueron asociados al abandono del tratamiento con 4 veces mayor riesgo de abandono frente a quienes no consumen alcohol (RR =4.2, IC 95% 2.4 - 7.4). (22). Los resultados de este estudio ponen de manifiesto una relación significativa entre el consumo de drogas ilícitas y la probabilidad de abandono del tratamiento antituberculoso. Si bien esa relación ya se ha señalado en otros escritos, en muy pocos

casos se ha establecido el diagnóstico de drogadicción, en contraposición al consumo frecuente de drogas, especialmente cuando el consumo incluye drogas endovenosas. Este importante indicador de riesgo permite identificar un grupo específico al que se debe prestar especial atención en el transcurso del régimen terapéutico.⁽¹⁹⁾

En lo que respecta a la escolaridad en nuestro proyecto pudimos constatar que los pacientes no han terminado la educación básica, correspondiente a un 40% lo cual coincide con la investigación realizada en Chile en el año 2009-2012 (Z.Torres, T.Herrera) lo cual nos indican que el 47.7% tienen Educación básica incompleta, en cuanto al trabajo el 31,6 % son desempleados, siendo un 21,2% de los pacientes que tienen trabajos esporádicos es decir un día trabajan otro día no, en nuestro estudio investigativo el 30% son obreros que pasaría también a decir que tienen trabajos esporádicos, y el 50% de los pacientes no cuentan con un trabajo son desempleados siendo esto un factor que pueda incidir en el abandono del tratamiento. Por otra parte, no dejar de lado que el tratamiento es gratuito, pero la falta de dinero de ingresos económicos del paciente no lo deja llevar una buena alimentación que es de suma importancia para sobrellevar la enfermedad, su preocupación por no tener un trabajo fijo también le puede afectar emocionalmente sintiéndose mayormente rechazado y esto a su vez hacen que abandonen al tratamiento.⁽¹⁵⁾

Si el paciente se siente aislado de su familia y sus amigos, está más propenso a abandonar el tratamiento. En un estudio se reportó que el 11% de quienes abandonaron tenían problemas de lazos y relaciones familiares que obstaculizaban el cumplimiento del tratamiento. En Colombia, un estudio reportó que no haber informado a la familia sobre la enfermedad aumentaba el riesgo de abandono diez veces, mientras que otro estudio encontró que la falta de apoyo emocional percibida por el paciente presentaba un aumento del abandono del tratamiento con un OR de 56.9. La adherencia al tratamiento se asoció en forma significativa con el apoyo que los familiares dan al paciente (OR 6.9 IC 95% 2.3-21.1).⁽²²⁾

Factores asociados al tratamiento

Duración y número de fármacos: Aunque la estrategia DOTS fue diseñada para que el tratamiento sea lo más corto posible, este continúa siendo prolongado e implica 50 dosis de medicamento e igual número de desplazamientos del paciente al centro de salud. La duración del tratamiento se encontró asociada a la pobre adherencia y fue relacionada como el obstáculo más difícil a vencer para lograr la adherencia al tratamiento.⁽²³⁾

En nuestro estudio podemos ver que un 77% considera muy prolongada la duración de dicho tratamiento lo que coincide con lo del estudio antes mencionado.

Efectos adversos a los medicamentos: Siendo los más frecuentes náuseas, vómito, nefritoxidad, dolor abdominal, prurito, coluria y que en algunos casos están asociados al abandono. Un estudio en Argentina encontró que la proporción de abandono por efectos secundarios fue del 30%. (3) En nuestro estudio encontramos que el 50% de los pacientes que abandonaron el tratamiento antifímico tuvieron como reacción adversa al tomar la medicación prurito, el 33% presentó dolor abdominal y el 17% náuseas.

Factores relacionados a los servicios de salud

En el estudio investigativo realizado en Chile (Z. Torres) indican que el 19,5% registró que la causa del abandono del tratamiento se relaciona al establecimiento de salud. Siendo el 47,1% que indican incompatibilidad con el horario, el 29,4% presentaron problemas en la atención (demora o trato impersonal), 17,6% lejanía del establecimiento.

Respecto a la accesibilidad al establecimiento de salud, algunos estudios señalan la distancia de la residencia del paciente a los servicios de salud como un factor de riesgo para el abandono del tratamiento; sin embargo. En el presente estudio la accesibilidad al establecimiento de salud no representó riesgo de abandono al tratamiento OR: 0.754 (IC 95% 0.187 - 3.046).⁽²⁴⁾

En lo que respecta a la información recibida por parte de los servicios de salud el estudio realizado en Perú indican que el 33,90% considera deficiente la información que le dan en el programa y el 20,34% manifiesta no conoce los riesgos de abandonar el tratamiento en comparación con el estudio investigativo se obtuvo los siguientes porcentajes un 76% que sí recibió información y un 83% que la información recibida fue por la enfermera, lo que indica que los servicios de salud en nuestro caso influyen en lo más mínimo al abandono del tratamiento.

CONCLUSIONES

- El factor principal que influye en el abandono del tratamiento corresponde a aquellos factores relacionados al paciente siendo los hábitos nocivos los que alcanzan un alto porcentaje, el desempleo, educación básica incompleta, el no contar con un apoyo familiar y el sentirse rechazados socialmente como las principales causas que provocan abandono del tratamiento.
- Entre los factores relacionados al tratamiento la duración del mismo y las reacciones adversas son los que impiden que el paciente siga la secuencia y abandone el tratamiento.
- Se pudo constatar que el personal de enfermería ha brindado una atención de calidad, con horarios adecuados y con fácil acceso al centro de salud, por lo que los servicios de salud ocupan el último lugar de incidencia en el abandono del tratamiento antifímico.

RECOMENDACIONES

- Considerar que todo paciente nuevo en el programa de tuberculosis debe llenar una encuesta, donde se incluyan indicadores que permitan determinar los riesgos de abandono (consumo bebidas alcohólicas, consumo de droga ilícitas y de tabaco, dificultades para movilizarse al centro de salud, entre otras), información que permitirá direccionar las estrategias de intervención individualizada.
- Se recomienda al PCT del Hospital de Daule diseñar estrategias para disminuir el consumo de alcohol y drogas en los pacientes, con el apoyo multisectorial a través de la participación de instituciones dedicadas a estos cuidados.
- Se sugiere que el personal del PCT se dedique a realizar más Intervenciones Educativas, de la Enfermedad y las consecuencias de abandonar el tratamiento, así como también fomentar las visitas domiciliarias y dedicar más atención a los pacientes que se encuentren en mayor riesgo de abandonar el tratamiento.
- Realizar charlas de Motivación para el paciente enfermo brindándole todo el apoyo emocional, involucrando a su familia, amigos que puedan ser de gran ayuda para que permanezcan junto al paciente y le puedan incentivar a que continúe con su tratamiento.
- Deberán poner mayor atención a aquellos pacientes que presenten reacciones adversas al momento de tomar su tratamiento, informando al médico para que este pueda dar prescripciones para aquellos síntomas que presenten, y así disminuyan esas molestias y puedan continuar con su tratamiento.
- Capacitar al equipo del PCT del Hospital Básico de Daule en cuanto a la importancia de sostener una adecuada relación con el paciente familia y comunidad

Bibliografía

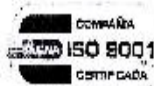
1. Cotran R KVC. Patología estructural y funcional. Mc Graw- Hill- Interamericana. 2000 Septiembre; 6ed. Madrid(370-3).
2. Telegrafo DE. capacitacion sobre tuberculosis. 2010 agosto: p. 12-13.
3. Caceres FM FNGMONTL. Caracteristicas epidemiologicas de los pacientes con tuberculosis en Bucaramanga. Medicas UIS. 2001 JUNIO; 15(15:89-98).
4. Moran Lopez E. Tuberculosis. Revista Cubana Estomatol. 2001; 38(33-51).
5. Farga C V. Tuberculosis lo que hay que saber. Revista Chilena Enfermedades Respiratorias. 2008 julio; 24(317-322).
6. J SG. Atlas de Patología del Complejo Bucal. 2000 abril; 26(131-3).
7. E C. revista Cubana Estomatol. Medica Panamericana. 2001 abril; 38(33-51).
8. Claude Bennett J PF. Tratado de medicina interna. revista cubana estomatol. 2001 julio; 38(33-35).
9. Romero Ayala E, Leon FX, Zamora M, Salcedo MT. Manual de norma y procedimientos para el control de la tuberculosis en Ecuador. 2nd ed. Quito; 2010.
10. Caceres FdM, Orozco LC. incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento antituberculosp. Biomedica. 2007; 27(498-504).
11. Oliveira HB MF. Recidivas em tuberculose y factores de riesgo. Revista Panamericana Salud Publica. 2000;7(4):232–41. 2000; 7(232-41).
13. fundamentos trabcolaborativo2.blogspot.com/. [Online].; 20015 [cited 20015 AGOSTO LUNES. Available from:
<http://fundamentostrabcolaborativo2.blogspot.com/2015/04/marco-teorico.html>.

14. Homedes N UA. Estudios sobre el cumplimiento del paciente en países en desarrollo. Bol Of Sanit Panam. 1994;(116:518-34.).
15. CJ. P. Compliance with tuberculosis therapy.. Med Clin North. 1993; 77(1289-301).
16. OMS. ¿Qué es la estrategia DOTS/TAES?. Guía para comprender la estrategias de lucha antituberculosis recomendada por la OMS y conocida como estrategia DOTS/TAES. 1999 Ginebra Agosto; 15(123-126).
17. Galván F SC. Factores relacionados con el cumplimiento de la quimioprofilaxis. Med Clín(Barc). 1998;(111:655-7.).
18. Barayobre S HSQBea. Tuberculosis. Abandono reiterado del tratamiento Algunas reflexiones desde el psicoanálisis. Rev Arg Tuberc Enf Pulm Salud Pública. 1987; 48(23-31.).
19. SALUD: MD. "Prevalencia y Riesgo anual de infección por tuberculosis en escolares de Colegios de Lima - Callao. . 2000 OCTUBRE.
20. Vallenias Bejar S. Estudio Socioantropológico de la Tuberculosis. 2001.
21. OMS. ¿QUÉ ES LA ESTRATEGIA DOTS/TAES?. Guía para comprender la estrategia tuberculosa recomendada por la OMS. 2000.
22. OROZCO LC HRdUCCMC. Factores de riesgo para el abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. Médicas UIS. 2008; ; 12(169-72.).
23. H. G. Regimens of less than six months for treating tuberculosis. Cochrane Database Syst Rev. 2010; 2(CD001362).
24. PABLOS A CCBRLBFT. Nonadherence in tuberculosis treatment: Predictors and consequences in New York City. Am J Med. 2007; 102(164-70).
25. REPÚBLICA DE COLOMBIA MDS. Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. El Ministerio, Bogota, Colombia. 2010.

ANEXOS







Certificado No. 038-1-14



www.ucg.edu.ec
Avenida 9A-01-1571

Teléfonos:
2206952 - 2200286
Ext. 1218 - 11817

Guayaquil-Ecuador

06-410-2015

24 de Julio 2015

Doctor
Christian Cajas Carvajal
Director Técnico
Hospital Dr. Vicente Pino Morán
Cantón Durán
En su despacho.-

De mis consideraciones:

La suscrita Directora de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" de la Universidad Católica de Guayaquil, condecora de su espíritu de colaboración en lo que a Docencia se refiere, se permite solicitar a Usted, la autorización para que los estudiantes **JIMENEZ TABARES ENNA MARICELA** y **AGILA BAILON ROXANA LISSETTE**, cuando se encuentran realizando el trabajo de titulación con el tema **"FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIFIMICO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DR. VICENTE PINO MORÁN"** realizar la encuesta en la institución que Usted dirige.

Agradecido si la presente aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Atentamente

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"
Leda Angala Mondoza Vinos
Directora (E)

Leda Angala Mondoza Vinos
DIRECTORA (E)
CARRERA DE ENFERMERIA

Cc: Archivo

AM/Fátima

Dr. 27/07/2015
Morán
7:47

2795338
Dr. Néstor Valencia

URKUND

Document: [TESS-AGLA-ROVANA-Y-ENNA-JIMENEZ.docx \(005752923\)](#)
 Submitted: 2025-09-19 22:34 (-05:00)
 Submitted by: ich0521@hotmail.com
 Receiver: agla.munoz_jorge@analysis.urkund.com
 Message: [Tesis Enna Jimenez Rovana Agla - Show full message](#)

10% of this approx. 13 pages long document consists of text present in 0 sources.

List of sources	
Rank	Path/Filename
1	TESS-AGLA-ROVANA-Y-ENNA-JIMENEZ.docx
2	http://www.enfameia.fcml.umc.edu.ar/informacion/tesis/tesis.htm
3	http://mpsi.de.es/documents/tesis-dsta.html
4	http://mpsi.de.es/documents/memoria-formar-2014-td.html
5	TESS-COMPLETA.docx
6	http://repositorio.unive.edu.ar/bitstream/handle/10361/100156/1/UNIVERSIDAD%20CATOLICA.pdf
7	MARCO TEORICO ERICA ZAIBRANDI.docx

94%

Unidad & archivo: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / TESS-AGLA-ROVANA-Y-ENNA-JIMENEZ.docx

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS CARRERA DE ENFERMERIA SAN VICENTE
 PAULI PROYECTO DE INVESTIGACION TEMA: FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ASUMIMIENTO DEL TRATAMIENTO ANTITUMORAL EN

See attached

Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS AGILA ROXANA Y ENNA JIMENEZ.docx (D15259923)

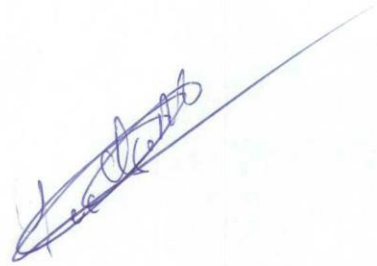
Submitted: 2015-09-14 05:34:00

Submitted By: ichi1521@hotmail.com

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA SAN VICENTE PAUL PROYECTO DE INVESTIGACION TEMA:
FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIFIMICO EN
PACIENTES

ATENDIDOS EN PCT DEL HOSPITAL BASICO DE DAULE DR. VICENTE PINO MORAN Autoras
ENNA JIMÉNEZ TABARES ROXANA AGILA BAILON Tutor: Dra. Carmen Soria Guayaquil,
Ecuador 2015 Introducción El presente proyecto se redacta con carácter de Trabajo Profesional de
Fin de Carrera, para la obtención por parte de quienes lo suscriben del título de Licenciadas de
Enfermería, cuyo tema trata de los Factores que influyen en el abandono del tratamiento antifímico
de los pacientes que asisten al Hospital Basico de Daule Vicente Pino Moran. El tema escogido por
las investigadoras surge tras realizar las pasantías durante el 6 ciclo en la cátedra de Salud
Comunitaria en el Hospital de Daule, donde se pudo observar la gran cantidad de pacientes que
padecen Tuberculosis y que abandonan el tratamiento antifímico por diferentes factores. La
tuberculosis es una enfermedad latente a nivel mundial con gran mortalidad en países en
desarrollo, una de las principales causas de la diseminación de esta patología es por el abandono
del tratamiento antifímico, es por eso que este trabajo de investigación es de suma importancia ya
que nos permitirá conocer cuáles son los factores que provocan el abandono de dicho tratamiento
antituberculoso para que nosotros como profesionales de la salud podamos implementar
estrategias o posibles soluciones que nos ayuden a prevenir el abandono del tratamiento,
proporcionando a la comunidad mayor salud, evitando desencadene x la patología, evitando el
aumento del sufrimiento del paciente enfermo, y la mortalidad del mismo.

CITATION Cot00 \ 12298 (1)

Con el actual Programa de Control de Tuberculosis realizado por el Ministerio de Salud Pública han
logrado la disminución de la Mortalidad por dicha enfermedad y abandono de tratamiento, Hasta el
año 2010, las tasas de abandono de tratamiento oscilaban entre el 23–26%, con el incentivo se ha
reducido en un 12% sin embargo aún se observa que pacientes abandonan el tratamiento.

CITATION Dia10 \ 12298 (1) Este proyecto consta de 3 capítulos los mismos que se evidencian en
el índice. Los resultados relevantes de este proyecto se concluyen una vez aplicada la encuesta a
35 pacientes que abandonaron el tratamiento antifímico. La relevancia de los hallazgos muestra
que el mayor porcentaje de factores están relacionados a nivel personal la mayor parte están
involucrados a la drogadicción, no cuentan con el apoyo por parte de su familia, se sienten
discriminados y marginados a nivel social, como segundo tenemos los factores relacionados al
tratamiento ya que los pacientes considera prolongado el tratamiento. CAPITULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tuberculosis (TBC), actualmente es declarada como una urgencia mundial,

enfrenta un problema muy importante para su control: el abandono del tratamiento, también
llamado no adherencia,

incumplimiento o falta de apego del enfermo a la medicación. Lo cual, implica graves
consecuencias tanto para el paciente, como para la comunidad, debido a que el paciente no se
cura y continúa la cadena de transmisión de la

enfermedad. Además, la bacteria puede desarrollar resistencia a las drogas disponibles para el
tratamiento, aumentando costos del mismo y la morbimortalidad de los pacientes.

Las cifras de abandono en el mundo están reportadas entre 0 y 85%; para 1995, según la OMS reportó una proporción general de abandono para América del 6%: en Colombia se registró un 24% de abandono entre 1982-83 y 10% entre 1988-89. Estas cifras están por encima de las expectativas de la OMS (5%). CITATION Cac01 \l 12298 (2) Con el actual Programa de Control de Tuberculosis realizado por el Ministerio de Salud Pública han logrado la disminución de la Mortalidad por dicha enfermedad y abandono de tratamiento. Al año 2010, las tasas de abandono de tratamiento oscilaban entre el 23–26%, con el incentivo ha disminuido en un 12% sin embargo aún existen pacientes que abandonan el tratamiento. CITATION Dia10 \l 12298 (1) Se afirma que cuando el porcentaje de abandonos supera el 5%, existe una deficiencia atribuible a la calidad de atención en el servicio; si el porcentaje de abandonos es menor al 5%, los problemas estarían principalmente en el paciente. CITATION Dia10 \l 12298 (1) Se ha observado un gran porcentaje de pacientes que abandonan el tratamiento antifímico, motivo por lo que es necesario conocer causas que están determinando este hecho. PREGUNTAS DE INVESTIGACION ¿Cuáles son los factores que influyen en el abandono del tratamiento antifímico en pacientes atendidos en el área de consulta externa del Hospital de Daule Dr. Vicente Pino Moran? ¿Los factores relacionados con el paciente, los servicios de salud inciden al abandono del tratamiento antifímico? JUSTIFICACION DEL PROBLEMA El presente tema de estudio es elegido por parte de las autoras porque al realizar prácticas de salud comunitaria en el Hospital de Daule pudimos observar y constatar que los pacientes de dicho distrito habían abandonado el tratamiento, por lo cual nos llamó mucho la atención y decidimos investigar a fondo las causas que provocan este suceso, para poder establecer posibles soluciones para que los paciente puedan concientizar sobre las graves consecuencias que implican el abandono de dicho tratamiento .

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL - Determinar los factores que influyen al abandono del tratamiento antifímico en los pacientes atendidos en el área de consulta externa del Hospital de Daule. OBJETIVOS ESPECIFICOS - Identificar los factores relacionados con el paciente que contribuyen al abandono del tratamiento antifímico. - Definir los factores relacionados con el tratamiento. - Describir los factores derivados de los servicios de salud que influyen en el abandono del tratamiento MARCO TEORICO

La tuberculosis es una infección producida por el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch.

Se caracteriza por un período de latencia prolongado entre la infección inicial y el cuadro clínico en

el que predomina la neumopatía (aunque también puede afectar a otros órganos) y una respuesta granulomatosa con inflamación y lesión de los tejidos. CITATION Cot00 \l 12298 (3) Las micobacterias son bacilos inmóviles, aerobios y no formadores de esporas, con una cubierta cética que les hace retener la tinción roja después de ser tratadas con ácido, de ahí que se nombren también bacilos acidorresistentes. Hasta hace poco tiempo se pensaba que la tuberculosis había quedado sepultada en los libros de historia, pero el período de complacencia ha concluido. CITATION Cot00 \l 12298 (3) Epidemiología

La tuberculosis infecta aproximadamente a la tercera parte de la población mundial y mata a unos 3 millones de pacientes cada año, lo que convierte a este bacilo en la causa infecciosa de muerte más importante del mundo.

CITATION Mor01 \l 12298 (4)