



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

TEMA:

Caracterización epidemiológica de los usuarios con tuberculosis que acuden a un centro de salud de la ciudad de Guayaquil.

AUTORAS:

**Correa Pontón, Viviana Lucrecia
Farez Tapia, María Isabel**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de:
LICENCIATURA EN ENFERMERIA**

TUTORA:

Lcda. Mendoza Vincés, Ángela Olvida. Mgs.

Guayaquil, Ecuador

13 de marzo del 2017



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

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por la Srta. **Correa Pontón, Viviana Lucrecia** y la Srta. **Farez Tapia, María Isabel** como requerimiento para la obtención del título de **Licenciatura en Enfermería**.

TUTORA

f. _____

Lcda. Mendoza Vinces, Ángela Ovilda. Mgs

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Lcda. Mendoza Vinces, Ángela Ovilda. Mgs

Guayaquil, al 13 de Marzo del año 2017



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

**Nosotras: Correa Pontón, Viviana Lucrecia y Farez Tapia,
María Isabel**

DECLARAMOS QUE:

El trabajo de **Titulación “Caracterización epidemiológica de los usuarios con tuberculosis que acuden a un centro de salud de la ciudad de Guayaquil”**, previo a la obtención del título de **Licenciatura en Enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 13 días del mes de marzo del año 2017

AUTORAS

f. _____
Correa Pontón, Viviana Lucrecia

f. _____
Farez Tapia, María Isabel



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

AUTORIZACIÓN

**Nosotras: Correa Pontón, Viviana Lucrecia y Farez Tapia,
María Isabel**

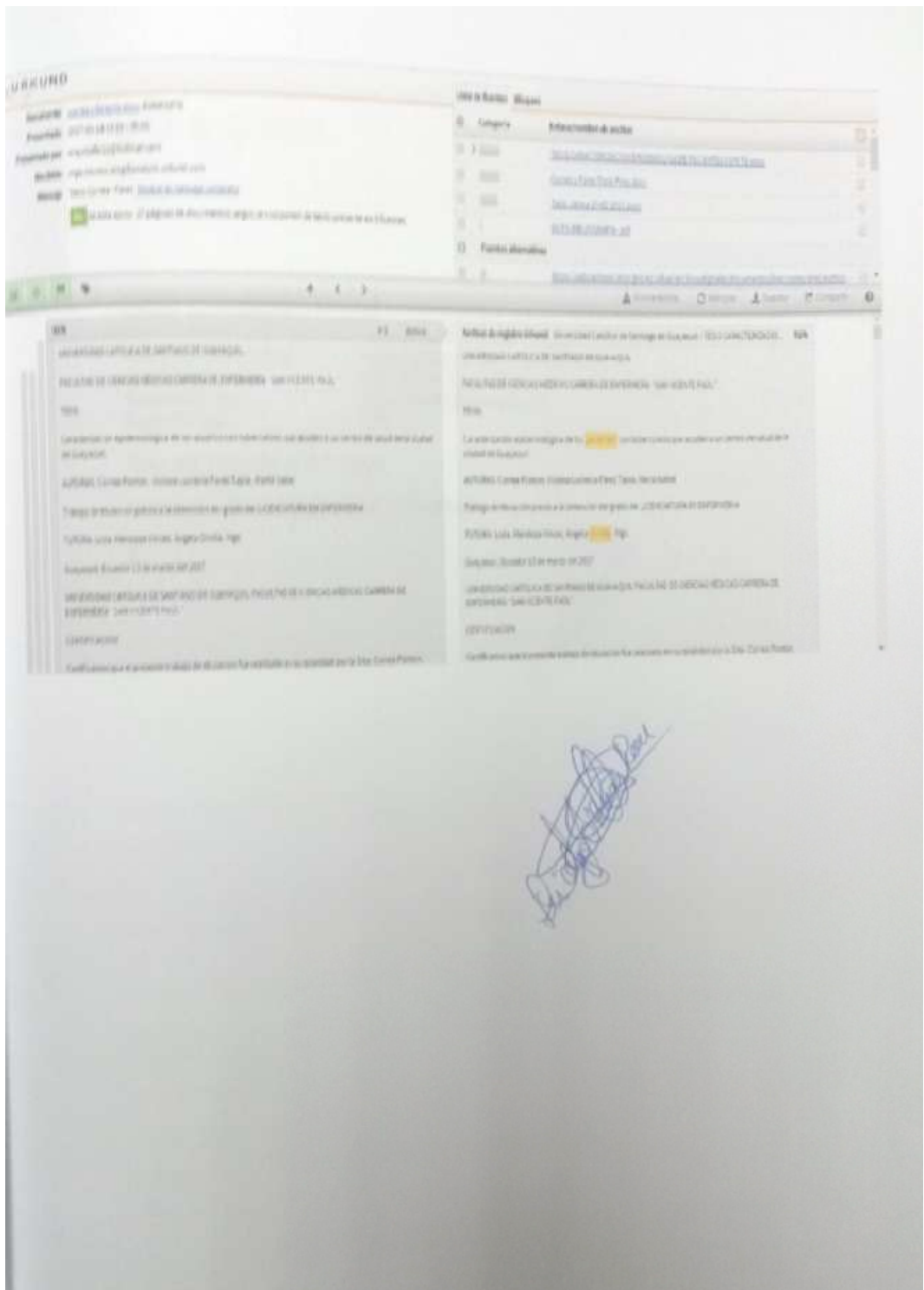
Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Caracterización epidemiológica de los usuarios con tuberculosis que acuden a un centro de salud de la ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 13 días del mes de Marzo del año 2017

AUTORAS

f. _____
Correa Pontón, Viviana Lucrecia

f. _____
Farez Tapia, María Isabel



Urkund Analysis Result

Analysed Document: correa y farez tb.docx (D26401970)
Submitted: 2017-03-14 19:19:00
Submitted By: mayritafer22@hotmail.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0



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

Guayaquil, a los 13 días del mes de marzo del año 2017

AUTORAS

l. _____ f. _____ Correa Pontón, Viviana Lucrecia Farez
Tapia, María Isabel

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERIA "SAN VICENTE PAUL"

AUTORIZACIÓN

Nosotras: Correa Pontón, Viviana Lucrecia y Farez Tapia, María Isabel

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: Caracterización epidemiológica de los usuarios con tuberculosis que acuden a un centro de salud de la ciudad de Guayaquil.

Periodo de octubre 2016 a febrero del 2017,

cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 13 días del mes de Marzo del año 2017

AUTORAS

l. _____ f. _____ Correa Pontón, Viviana Lucrecia Farez
Tapia, María

Isabel

REPORTE URKUND

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de titulación va dirigido con una expresión de gratitud y cariño hacia los seres que estuvieron cerca y; fueron partícipes para poder realizar todo lo he deseado, queremos agradecer en primer lugar a Dios porque sin el nada de esto hubiéramos podido realizar, y agradecer por disponer de una buena salud, por tener la sabiduría con la que hemos podido realizar nuestra estudio, también un agradecimiento a nuestros padres por ser los principales promotores de nuestros sueños que han dado todo el esfuerzo para que ahora estemos culminando esta etapa de nuestras vidas y darles las gracias por apoyarnos en todos los momentos difíciles de nuestras vidas tales como la felicidad, la tristeza pero ellos siempre han estado junto a nosotras, gracias a ellos somos lo que ahora somos, con el esfuerzo de ellos y el nuestro

no ayuda a ser grandes profesionales

y seremos un gran orgullo para ellos y para todos los que confiaron en nosotras, no ha sido sencillo el camino hasta ahora, pero gracias a sus aportes, a su amor, a su inmensa bondad y apoyo, lo complicado de lograr esta meta se ha notado menos.

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA "SAN VICENTE PAÚL"

TEMA:

Caracterización epidemiológica de los usuarios con tuberculosis que acuden a un centro de salud de la ciudad de Guayaquil.

AUTORAS: Correa Pontón, Viviana Lucrecia Farez Tapia, María Isabel

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de: LICENCIATURA EN ENFERMERIA

TUTORA: Lda. Mendoza Vinces, Ángela Olvida. Mgs.

Guayaquil, Ecuador 13 de marzo del 2017

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

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por la Srta. Correa Pontón, Viviana Lucrecia y la Srta. Farez Tapia, María Isabel como requerimiento para la obtención del título de Licenciatura en Enfermería

TUTORA

É. _____ Lda.

Mendoza Vinces, Ángela Olvida. Mgs

REVISORA

É. _____ Lda. Erazo Freire, Rosario. Mgs

DIRECTORA DE LA CARRERA É. _____ Lda. Mendoza Vinces, Ángela Olvida.
Mgs

Guayaquil, al 13 de Marzo del año 2017

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

DECLARACIÓN DE

RESPONSABILIDAD

Nosotras: Correa Pontón, Viviana Lucrecia y Farez Tapia, María Isabel

DECLARAMOS QUE:

El trabajo de Titulación "Caracterización epidemiológica de los usuarios con tuberculosis que acuden a un centro de salud de la ciudad de Guayaquil". Periodo de octubre 2016 - febrero 2017", ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de titulación va dirigido con una expresión de gratitud y cariño hacia los seres que estuvieron cerca y; fueron partícipes para poder realizar todo lo he deseado, queremos agradecer en primer lugar a Dios porque sin el nada de esto hubiéramos podido realizar, y agradecer por disponer de una buena salud, por tener la sabiduría con la que hemos podido realizar nuestra estudio, también un agradecimiento a nuestros padres por ser los principales promotores de nuestros sueños que han dado todo el esfuerzo para que ahora estemos culminando esta etapa de nuestras vidas y darles las gracias por apoyarnos en todos los momentos difíciles de nuestras vidas tales como la felicidad, la tristeza pero ellos siempre han estado junto a nosotras, gracias a ellos somos lo que ahora somos, con el esfuerzo de ellos y el nuestro no ayuda a ser grandes profesionales y seremos un gran orgullo para ellos y para todos los que confiaron en nosotras, no ha sido sencillo el camino hasta ahora, pero gracias a sus aportes, a su amor, a su inmensa bondad y apoyo, lo complicado de lograr esta meta se ha notado menos. Agradecemos a su vez a nuestra Tutora quien estuvo sosteniendo nuestra mano en cada paso que hemos dado, guiándonos, impartiendo sus conocimientos, y a la vez brindando confianza para despejar cualquier duda. Muy agradecidas hacemos presente el gran afecto hacia ustedes, estamos seguras que nuestras metas planteadas darán frutos en el futuro y por ende nos debemos esforzar cada día para ser mejores y llegar a cumplir todo lo deseado.

Correa Pontón, Viviana Lucrecia

Farez Tapia, María Isabel

DEDICATORIA

A Dios.

Este trabajo de titulación es dedicada en primer lugar a Dios por haber permitido que sigamos esta carrera tan hermosa la cual nos enseña a tener valores, paciencia y amor al prójimo.

Por habernos permitido llegar hasta este punto y habernos dado salud para lograr nuestros objetivos, además de su infinita bondad y amor.

Por habernos dado toda la fuerza y siempre sentirte con nosotras en toda situación de problema que hemos tenido a lo largo de esta| carrera.

A NUESTROS PADRES

Por habernos apoyado en toda situación como económica o tropiezos que hayan tenido para sustentarnos en nuestros estudios como en la vida personal.

Este esfuerzo es gracias a ustedes, son el motor que ha podido hacer esto posible. Gracias por estar presente en cada acto, paso que hemos dado en la vida. Con respeto y admiración les dedicamos este trabajo.

Correa Pontón, Viviana Lucrecia
Farez Tapia, María Isabel



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LCDA. MENDOZA VINCES, ÁNGELA MGS.

TUTORA

f. _____

LCDA. ÁNGELA OLVIDA, MENDOZA VINCES MGS.

DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LCDA. MARTHA LORENA, HOLGUÍN JIMÉNEZ MSC.

COORDINADORA DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

F. _____

LCDA. ROSARIO, ERAZO FREIRE MGS

OPONENTE



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

CALIFICACIÓN

**Lcda. Mendoza Vinces, Ángela Mgs.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA**

INDICE GENERAL

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN | 18 |
| CAPITULO 1 | 19 |
| 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 19 |
| PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN | 22 |
| JUSTIFICACIÓN | 23 |
| OBJETIVOS GENERAL | 24 |
| CAPITULO II | 25 |
| 2.1 FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL | 25 |
| DEFINICIÓN..... | 25 |
| Etiología | 25 |
| Epidemiología..... | 26 |
| TRANSMISIÓN | 27 |
| SIGNOS Y SINTOMAS | 28 |
| DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD | 29 |
| BACILOSCOPIA..... | 30 |
| CULTIVO..... | 31 |
| TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS | 34 |
| ESQUEMA UNO: 2HRZE/4H3R3..... | 36 |
| ESQUEMA DOS: 2HRZE – 1HRZE/5H3R3E3..... | 37 |
| RESPUESTA ANTE UNA REACCIÓN CUTÁNEA | 39 |
| TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE | 40 |
| ESTADO NUTRICIONAL | 41 |
| RESULTADO DEL TRATAMIENTO REGISTRO | 45 |
| CAPITULO III | 46 |
| 3.1 Diseño de la investigación | 46 |
| □ Tipo de estudio | 46 |
| □ Población y muestra..... | 46 |
| □ Procedimiento para la recolección de la información | 46 |

| | |
|--|----|
| □ Instrumento | 46 |
| VARIABLE | 47 |
| CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LA TB | 47 |
| 3.1.1. OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLE..... | 47 |
| 3.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS | 48 |
| DISCUSIÓN..... | 55 |
| CONCLUSIONES | 57 |
| RECOMENDACIONES..... | 58 |
| BIBLIOGRAFÍA | 59 |
| GLOSARIO..... | 63 |
| ANEXOS..... | 64 |
| ENCUESTA | 70 |

INDICE DE GRÁFICOS

ENCUESTA DIRIGIDA A USUARIOS QUE ACUDEN DIARIAMENTE AL CENTRO DE SALUD SAUCES III DISTRITO # 8 DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.

| | |
|--|----|
| Gráfico 1: Distribución de los usuarios por sexo..... | 48 |
| Gráfico 2: Distribución de los usuarios por estado civil..... | 48 |
| Gráfico 3: Distribución de usuarios por edad..... | 49 |
| Gráfico 4: Nivel educativo | 49 |
| Gráfico 5: Ocupación laboral | 50 |
| Gráfico 6: Fases del tratamiento..... | 50 |
| Gráfico 7: Consume bebidas alcohólicas..... | 51 |
| Gráfico 8: Efectos adversos..... | 51 |
| Gráfico 9: Estado nutricional..... | 52 |
| Gráfico 10: Medios de diagnóstico..... | 52 |
| Gráfico 11: Tipo de tuberculosis | 53 |
| Gráfico 12: Tiempo de toma de medicamentos | 53 |
| Gráfico 13: patologías asociadas..... | 54 |
| Gráfico 14: Atención recibida..... | 54 |

RESUMEN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, que se caracteriza por un periodo de latencia, que corresponden aproximadamente a la tercera parte de la población que corresponde a tuberculosis latente, estos usuarios están infectados por el bacilo de Koch, pero no han enfermado, ni han podido transmitir esta enfermedad. Como objetivo general se planteó determinar las características epidemiológicas en usuarios con tuberculosis en un Centro de Salud de la ciudad de Guayaquil. En Materiales y Métodos se realizó un estudio descriptivo a 53 usuarios desde octubre del 2016 a febrero del 2017 en el Centro de Salud Saucos 3; los principales resultados: patologías asociadas con un 32% VIH, la mayoría de los usuarios con 89% fueron diagnosticadas mediante baciloscopia; 47% de los usuarios reciben tratamiento de fase 2, seguido con un 34% en fase 1 y los usuarios MDR con un 19%; dentro de las características demográficas el 68% corresponden al sexo masculino, estado civil 42 % en unión libre, el 36% corresponde a usuarios mayores de 40 años, respecto a su nivel de estudio el 38 % a terminado la secundaria, el 38% tiene empleo, un 39% presenta peso normal, 8% obesidad, 3% desnutrición. Como conclusiones la tuberculosis pulmonar se presentó con mayor frecuencia en usuarios de sexo masculino, mayores de 40 años, también se pudo determinar que las enfermedades crónicas como VIH y Diabetes son las comorbilidades más destacadas.

Palabras clave: Caracterización, tuberculosis, infección, bacilo de Koch.

SUMMARY

Tuberculosis is an infectious disease, characterized by a latency period, which corresponds to approximately one-third of the population corresponding to latent tuberculosis, these users are infected by Koch's bacillus, but they have not been sick, nor have they been able to Transmit this disease. A general objective was to determine the epidemiological characteristics in users with tuberculosis at a Health Center in the city of Guayaquil. In Materials and Methods a descriptive study was carried out to 53 users from October 2016 to February 2017 in the Sauces 3 Health Center; The main results: pathologies associated with 32% HIV, the majority of users with 89% were diagnosed by bacilloscopy; 47% of users receive phase 2 treatment, followed by 34% in phase 1 and MDR users with 19%; Among the demographic characteristics, 68% are male, 42% are free marriages, 36% are users over 40 years of age, 38% have completed secondary school, 38% have completed secondary education. Employment, 39% present normal weight, 8% obesity, 3% malnutrition. As a conclusion, pulmonary tuberculosis occurred more frequently in male users, older than 40 years, it was also possible to determine that chronic diseases such as HIV and Diabetes are the most important comorbidities.

Key words: Characterization, tuberculosis, infection, Koch's bacillus.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa producida por el *Mycobacterium TB* o bacilo de Koch, se caracteriza por un período de latencia prolongado entre las manifestaciones clínicas e infección inicial en el que predomina la neumopatía (también puede afectar a otros órganos) y una sola respuesta granulomatosa con lesión de los tejidos e inflamación. Son bacilos inmóviles las Micobacterias, y no formadores de esporas y aerobios, con una cubierta cérea que les produce retener la tinción roja luego de ser manipulados con ácido, de ahí son nombrados también bacilos acidorresistentes(1).

El problema que se identifica para el presente estudio, son los usuarios con tuberculosis que acuden al Centro de Salud entre ellos usuarios con coinfección TB/VIH, TB MDR, TB pulmonar y TB extrapulmonar que acuden a recibir sus controles médicos y citas diarias para tomar sus medicamentos. El propósito de la presente investigación es determinar las características epidemiológicas en usuarios con tuberculosis que acuden al Centro de Salud Sauces 3 el mismo redundará en beneficio de los usuarios y la comunidad

La TB ha infectado a cerca de la tercera parte de la población mundial y fallecen unos 3 millones de personas a cada año, lo que lo convierte a este bacilo de Koch en ser la causa de infección que produce la muerte más importante del mundo. En el año 1950, en U.S.A y los países occidentales se observa una continua disminución de tasas de infección y fallecimientos producidas por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* hasta la mitad de la década de 1980. Desde ese entonces, la TB ha vuelto a incrementar en U.S.A, en Europa y principalmente en África. La TB es responsable por el fallecimiento de más jóvenes que adultos de cualquier otra enfermedad infecciosa a nivel mundial(1).

CAPITULO 1

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Esta enfermedad llamada tuberculosis es infectocontagiosa producida por una bacteria conocida como *Mycobacterium tuberculosis*, o Bacilo de Koch, se transmite por vía respiratoria, una persona cuando se enferma expulsa bacilos al platicar, toser, estornudar, cantar o reír. La tuberculosis ocasiona daños principalmente los pulmones (Tuberculosis Pulmonar), también puede afectar cualquier órgano del cuerpo (Tuberculosis extra-pulmonar). Uno de los grandes problemas de la salud en la mayoría de los países del mundo es la tuberculosis (TB), a pesar de los grandes esfuerzos realizados para contrarrestarla, apoyado por el conocimiento hacia la cadena de transmisión y contar con los medicamentos muy activos para la prevención y la curación de enfermedad. La OMS menciona que para detener la TB ha planificado una estrategia nueva “Alto a la TB” el único objetivo es de reducir totalmente la carga a nivel mundial de Tuberculosis, garantizando que los pacientes en su totalidad, entre ellos los coinfectados por VIH y los que son Tuberculosos resistentes, se beneficien del acceso mundial a una gran calidad de diagnóstico y a un centrado tratamiento en el paciente(2).

Una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo es la tuberculosis. En el 2015, 10,4 millones de personas se enfermaron de la tuberculosis y 1,8 millones fallecieron por esta patología (entre, 0,4 millones de pacientes con VIH). Más del 95% de los fallecidos por TB se producen en países de recursos medianos y bajos. Seis países cubren el 60% de las muertes en total; encabeza esta lamentable lista la India, seguida Indonesia, seguida de China, Nigeria, el país Pakistán y Sudáfrica(3).

Se considera que en el 2015 enfermaron de TB 1´000.000 de niños y que ciento setenta mil niños fallecieron debido a esta enfermedad (sin contar con los niños de VIH).La TB es una de las causas principales de mortalidad en

los pacientes VIH-positivos: en el 2015, los 35% de los fallecidos asociados al VIH se debieron a la TB. A nivel mundial se considera que en el 2015 desarrollaron TB Multirresistente (TB-MDR) unos cuatros cientos ocho mil personas. Las incidencias de la TB han decrecido por término medio un 1,5% cada año desde el 2000. Para poder alcanzar todos los objetivos ya establecidos en la estrategia para parar a la Tuberculosis para 2020, se hace preciso incrementar ese porcentaje a 4%-5% cada año. Se considera que entre el 2000 y 2015 se salvaron cuarenta y nueve millones de vidas humanas gracias a la dispensación de los servicios de diagnósticos y tratamientos contra la TB. Para el 2030 con la epidemia de TB es una de las metas que estarán relacionadas con la salud incluidas también en los Objetivos de Desarrollos Sostenible que son adoptados en fecha reciente(3).

En América Latina la TB es la segunda causa de muerte por un agente infeccioso después del VIH en la región. De acuerdo con el informe de OMS para el 2013 se reportaron 231.330 casos de Tuberculosis en las Américas. En la región se ha cumplido de manera general con los Objetivos de Desarrollo del Milenio propuestos para 2015 en términos de disminución de incidencia y mortalidad las cuales han descendido en un 48 y 68% respectivamente en comparación a 1990. Sin embargo, es importante anotar que se están dejando de diagnosticar y tratar al menos 60 mil casos en las Américas, de los cuales 17 a 20 mil tendrían infección con VIH y cerca de 4 mil tendrían TB Multidrogoresistente (MDR)(4).

Perú en el año 2014 aproximadamente se reportan 27350 nuevos casos de Tuberculosis y la incidencia fue de 88.8 casos nuevos por cada 100 mil habitantes con tuberculosis. Cada año se informan aproximadamente alrededor de veinte siete mil casos recientes de patología activa y diecisiete mil casos recientes de TB pulmonar frotis positivo, Perú es el país con mayor cantidad de casos de tuberculosis en América(5).

Chile anuncia una incidencia de TB adyacente a trece casos por 100.000 ocupante desde hace cinco años, exhibiendo pocos avances en correlación a lo que se aguarda en un país que está siendo exitoso en la exclusión de la patología. La TB extra pulmonar representa el 21,3% del total de casos nuevos, en cambio el 2013 esta cifra era de 25%. El 11% restante corresponde a tuberculosis pulmonar de diagnóstico clínico o a través de la histología. Son cifras que van a reflejar un incremento de las fuentes de las infecciones de la enfermedad con respecto al año 2013(6).

Colombia dentro del año 2014 aproximadamente se reportó 12.824 casos de tuberculosis al Sistema de Vigilancia en Salud Pública, de los cuales 2.143 tenían coinfección -TB/VIH- y 339 tenían TB MDR. Sin embargo, se estima que aproximadamente 3.000 personas con la enfermedad aún no han sido diagnosticadas. Entre 1990 y 2012 se ha presentado una disminución en la mortalidad de más del 40%, existe 3,67 de casos entre 100.000 habitantes en 1990 a y en 2012 un 1,91 casos por cada 100.000 habitantes, se logró salvar en el país aproximadamente a 135.000 vidas(7).

La incidencia de casos nuevos de tuberculosis disminuyó Brasil en un 22,8 % y en un 20,7 % la tasa de mortalidad de la enfermedad. En 2014, la incidencia de TB en Brasil fue de 33,5 casos por 100 mil habitantes, contra 43,4/100 mil en 2004. La tasa de mortalidad en 2013 fue de 2,3 defunciones por 100 mil habitantes, debajo de las 2,9/100 mil registradas en 2003. El número de nuevos casos se redujo en un 12,5 %, pasando de 77.694 en 2004 a 67.966 nuevos casos reportados en 2014(8).

En Ecuador En el año 2012, se informó 5.108 casos nuevos de TB y el éxito del tratamiento fue de 78,24%; en el año 2013, se reportó 4.976 casos y el éxito del tratamiento para unos casos nuevos fue del 81,90%. En el año 2014 hubo 4.897 casos nuevos de tuberculosis que ahora se encuentran en tratamiento bajo el DOTS (Tratamiento Acortado Directamente Observado), esta estrategia adoptada por el Ministerio de Salud Pública desde el 2001

con un objetivo de garantizar la curación del paciente afectado por TB. En el año 2014, se encuentra un total de ciento tres profesionales de doscientos ochenta y cinco establecimientos de la salud de Red Pública integral de salud que fueron capacitados en la estrategia del DOTS. Uno de los objetivos es implementar la estrategia en todo el Sistema Nacional de Salud hasta 2017(9).

En el centro de Salud Sauces 3, lugar donde se realizó el Internado Rotativo de Enfermería se pudo conocer el reporte de 53 casos de tuberculosis de tipo pulmonar y otros extrapulmonar, algunos de ellos con coinfección como TB/VIH; TB MDR. Ellos acuden a controles médicos mensuales y citas diarias para tomar sus medicamentos; por lo que nos llama la atención este problema y nos planteamos describir las características epidemiológicas de la tuberculosis.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuáles son las características demográficas y estado nutricional de los usuarios con tuberculosis?
2. ¿Qué pruebas de diagnósticos fueron las que se realizaron a los usuarios con tuberculosis en el centro de salud?
3. ¿En qué fase de tratamiento se encuentran los usuarios con tuberculosis?
4. ¿Cuáles serán las patologías asociadas de los usuarios con tuberculosis?

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio lo realizamos con el fin de poder identificar la "Caracterización epidemiológica de los usuarios con tuberculosis que acuden al centro de salud N° 8, Distrito 09D05 Sauces III de la ciudad de Guayaquil. Periodo comprendido de octubre 2016 a febrero 2017 en este tiempo pudimos constatar cual es la epidemiología de los usuarios que acuden diariamente al centro de Salud.

La mayor parte de la población es de sexo masculino, y gran parte presenta VIH, todos los usuarios acuden diariamente al Centro de Salud han tenido una buena atención por parte del personal de salud responsable del programa de tuberculosis, ingieren sus medicamentos, de igual tipo a recibir sus controles mensuales, también tomamos en cuenta que algunos usuarios que abandonaron el tratamiento actualmente son MDR (Multi Drogo Resistente) y cumplen su tratamiento estrictamente.

A través de investigación podemos identificar cuál es la población que más presenta tuberculosis, mediante su nivel socioeconómico, nivel de educación ya que en su mayoría son personas con un segundo nivel de estudios, según la edad personas mayores de 40 años las cuales son más susceptibles y son personas con mayor riesgo de contraer alguna enfermedad, y cuales son más propensas a adquirirla, si presenta algún tipo de patología que lo comprometa.

El brindarle a su vez una amplia información a los usuarios sobre la enfermedad y sobre el estado nutricional para que el tratamiento sea efectivo. Este estudio les servirá a los profesionales de la salud para que tengan presente cuales son las características epidemiológicas por las que son importantes y poder contrarrestar algún factor de riesgo, así como también nos permite como profesionales en el área de la salud desempeñarnos en el área investigativa, educativa y asistencial.

OBJETIVOS GENERAL

Determinar las características epidemiológicas en usuarios con tuberculosis en un Centro de Salud de la ciudad de Guayaquil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar características sociodemográficas y estado nutricional a través del IMC de los usuarios con tuberculosis.
2. Identificar las pruebas de diagnósticos de los usuarios con tuberculosis pulmonar.
3. Determinar la fase de tratamiento en que se encuentran los usuarios del centro de salud.
4. Determinar las patologías asociados en los usuarios con tuberculosis en el centro de salud de la ciudad de Guayaquil.

CAPITULO II

2.1 FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

DEFINICIÓN

La tuberculosis es una de las enfermedades más antiguamente conocida y estudiadas. La tisis o la plaga blanca nombre con la que se ha conocido también la TB, es uno de los padecimientos que a través del tiempo ha ocasionado mayor sufrimiento y mortalidad del hombre(10).

El descubrimiento de M. tuberculosis y el advenimiento de la quimioterapia efectiva hicieron que la enfermedad se podría erradicar fácilmente. Sin embargo el tiempo mostro que la tuberculosis continuaría siendo un problema grave de salud pública, especialmente en países de vía de desarrollo. La tuberculosis se define como una enfermedad infecciosa, curable, transmisible, crónicamente continua, con una representación de la clínica variable, elaborada por Micobacterias de complejo Mycobacterium. TB y con grande distribución a nivel mundial. Se Puede involucrar prácticamente a todos los órganos, pero a los pulmones que son los más frecuentemente afectados(10).

Etiología

La tuberculosis es causada por las Micobacterias del complejo Mycobacterium tuberculosis. El bacilo de calmette-guerin(BCG), utilizado como vacuna contra la enfermedad, es una enfermedad atenuada de M. bovis que solo excepcionalmente puede adquirir carácter patógeno. Las enfermedades causadas por Micobacterias no tuberculosas tienen un comportamiento epidemiológico y clínico y una terapia lo suficientemente diferentes para no ser incluidas bajo el término tuberculosis(10).

Epidemiología

La tuberculosis sigue siendo un gran problema de salud pública en Ecuador, aproximadamente existe una disminución de los indicadores epidemiológicos, en el año 2006 reporta solo 42% de casos de TBP BK+, en contraste con los estimados de la Organización Mundial de la Salud, no obstante, esto se debe tomar muy en cuenta que aún no se formulaba la estrategia DOTS en este año dentro del establecimiento del Ministerio de Salud (MS) ni en otras instituciones(11).

La tasa de la mortalidad en Ecuador ha estado decreciendo continuamente desde el 2005, en el que fue de 5,88 por cien mil habitantes, hasta llegar a los 2,43 reportados en el año 2013; la meta en el año 2015 es alcanzar una de las tasa de mortalidad más bajo que 2 por cada cien mil habitantes. En el 2012, en el Ecuador se reportó 5.108 más casos nuevosdeTB y el éxito de este tratamiento se obtuvo con un 78,24%; en el año 2013, se reportó 4.976 casos y el éxito de este tratamiento para todos los casos nuevos fue del 81,90%(12).

En el año 2014 hubo4.897 de casos nuevos de TB que presentemente se encuentran en tratamiento bajo DOTS (Tratamiento Acortado Directamente observado), estrategia adoptada por el Ministerio de Salud Pública desde el año 2001 con el único objetivo de garantizar la curación del afectado por tuberculosis. En el año 2014, habrá un total de 103 profesionales de doscientos ochenta y cinco establecimientos de salud de la RPIS (Red Pública Integral de Salud) fueron capacitados en las estrategias del DOTS. El importante objetivo es implementar la estrategia en todo el SNS (Sistema Nacional de Salud) hasta 2017(12).

TRANSMISIÓN

El Mycobacterium TB se transmite por inhalación de gotitas infecciosas, eliminadas en el aire por el estornudo de un paciente con TB. Puede ser la transmisión indirecta, ya que la Micobacterias es tan resistente a la desecación y también puede estar por muchos meses más en el polvo o en los demás objetos de uso diario. El MB (Mycobacterium tuberculosis) se contagia por la leche de las vacas enfermas, principalmente ocasiona lesiones faríngeas e intestinales. Las principales puertas de entrada son por las vías respiratorio, el tejido linfoide de la bucofaringe, el intestino y la piel principalmente la vía de contagio más común es por el sistema respiratorio, le sigue la digestiva y la cutaneomucosa. No se encuentra contagio materno trasplacentario(13).

Las personas con cavitaciones pulmonares son más infecciosas aún, ya que su esputo contiene de 1 a 10 millones de bacilos por ml y tosen con frecuencia. Sin embargo, la piel y las mucosas respiratorias íntegras de las personas saludables son resistentes a la invasión. Para que acontezca infección, es indispensable transportar bacilos hasta los espacios aéreos distales del pulmón, los alvéolos, donde no está subordinado la purificación mucociliar bronquial. Una vez depositados en los alvéolos, los bacilos están acoplados para profundizar en los macrófagos alveolares, que, al necesitar tanto de sus propiedades genéticas tanto de su experiencia inmunitaria, son parcialmente tolerantes a la proliferación bacilar. Si el paciente con TB cavitaria expectora hasta cantidades masivas de bacilos, la probabilidad de generar partículas infecciosas es más baja(13).

Los familiares de los pacientes con una amplia neumopatía y tos productiva durante algunas semanas o meses del diagnóstico que tienen, el promedio, menos del 50 % de posibilidades de infectarse. De esa manera, la principal causa habitual de la TB pulmonar tiene un bajo potencial infeccioso, se relaciona con otras patologías que se transfieren a través del sistema aéreo.

Hay otros mecanismos de transmisión como también son los aerosoles generados por el método de la desbridación o al hacer un cambio con las curas de los abscesos cutáneos o de los tejidos blandos infectados por MTB (*Mycobacterium tuberculosis*), que son potencialmente infecciosos. Asimismo, las maniobras no adecuadas en la manipulación de los tejidos mientras las necropsias y la inoculación directa en los tejidos blandos por medio de instrumentos contaminados o fragmentos óseos, también contagian la enfermedad(13).

SIGNOS Y SINTOMAS

Los síntomas pueden ser ligeros o tornarse severos, algunos de ellos pueden ser generales, como pueden ser la fatiga, pérdida de peso, astenia, sudoraciones nocturnas, fiebre vespertina y anorexia. Al nivel del sistema circulatorio, el paciente se queja de taquicardia, palpitaciones, disnea, sudación y otros trastornos vasomotores, puede aparecer anemia; al nivel del aparato digestivo, náuseas, constipación o por el contrario diarreas, irregularidades en la menstruación o amenorrea en la esfera genital; en el sistema nervioso puede presentarse nerviosismo, irritabilidad, depresión, rasgos de psicosis, alteración en los reflejos vasomotores, etc. El aparato respiratorio es el que mayores manifestaciones ofrecen, ya que la localización pulmonar es la más frecuente(13).

Los síntomas principales están la tos, la disnea, la hemoptisis, y la expectoración. La tos puede ser severa o moderada, no productiva al inicio, pero que luego se torna húmeda o productiva; la expectoración es insuficiente o abundante, frecuentemente mucosa, cuando se torna purulenta es de causa infecciosa sobreañadidas; la hemoptisis se manifiesta desde simples estrías de sangre hasta hemoptisis en abundancia; y la disnea puede hasta ser de importancia en los estadios finales de la TB, en tipos bronconeumónicas en los enormes derrames.

Se han descrito algunas formas clínicas o de presentación de TB:

- Tipo insidiosa: caracterizada por pérdida de peso, astenia, anorexia, fatiga, etc.
- Tipo catarral: se presenta, expectoración, tos, resfriados a repetición o prolongados.
- Tipo aguda respiratoria: inicia de manera brusca, con fiebre, tos húmeda y malestar general que simula muchas veces un resfriado o una neumonía.
- Tipo hemoptoica: se caracteriza por la hemoptisis.
- Tipo pleural: se muestra con inflamación o dolor pleural, con derrame o sin él.
- Tipo combinada: con la aparición de 2 o más de las maneras antes mencionadas(13).

En la primera etapa suelen haber estertores focales, por el aumento de volumen de las secreciones y cuando estas se tornan más adherentes aparecen estertores roncós. Un standard de tórax es primordial para el diagnóstico. En la mayoría de los casos se presentan sombras fibronodulares en la zona superior de los pulmones, que abarcan uno o ambos ápices. Conforme las lesiones progresan, crecen y se tornan algodonosas o con márgenes delicados, luego coalescen y se cavitan cuando la inflamación local intensa produce necrosis y descamación del tejido pulmonar(13).

DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD

El diagnóstico de tuberculosis se puede establecer mediante la baciloscopia o cultivo. Se prefiere utilizar la baciloscopia ya que es el método más efectivo para detectar la enfermedad.

La baciloscopia de esputo es el examen elemental para el diagnóstico y control de tratamiento de los casos de tuberculosis pulmonar. Debe utilizarse también para diagnóstico en toda muestra extrapulmonar junto con el cultivo(10).

BACILOSCOPIA

Es un examen directo de cualquier fluido orgánico en busca de Micobacterias. En sospecha de tuberculosis del aparato respiratorio, la forma más frecuente de la enfermedad, el esputo es la muestra más fácil de conseguir y tiene un gran rendimiento diagnóstico. La baciloscopia se basa en la propiedad de ácido-alcohol resistencia de las Micobacterias; en la coloración de ziehl-Nielsen (ZN), la más empleada, las Micobacterias conservan el color entre rosado y morado que deja la fucsina después de ser expuestas al alcohol-acido(10).

El procedimiento de la baciloscopia consta de 4 pasos:

- 1) Recolección de la muestra
- 2) Extendido
- 3) coloración
- 4) Lectura

Desde el punto de vista operativo, la posibilidad de realizar cada paso depende de los recursos y personal capacitado de cada institución de salud. La obtención de la muestra puede realizarse dentro o fuera de la institución y, si no hay capacidad local para ejecutar los pasos ya mencionados, la muestra puede enviarse a una institución de complejidad mayor. No existe justificación para no recolectar muestras de pacientes sospechosos de la enfermedad, ya que la viabilidad de los bacilos en una muestra correctamente recogida y transportada puede ser incluso superior a 48 horas y la positividad del resultado no está restringida por la supervivencia de las Micobacterias ya que la muestra puede ser positiva en presencia de cadáveres de las Micobacterias(10).

INFORME DE RESULTADOS DE BACILOSCOPIA

(-) Negativo: No están disponibles BAAR en 100 campos microscópicos.

Numero de BAAR encontrados: 1 a 9 BAAR en 100 campos microscópicos.

(+) Positivo: 10 a 99 BAAR en 100 campos microscópicos.

(++) Positivo: 1 a 10 BAAR por campo en 50 campos microscópicos.

(+++) Positivo: Más de 10 BAAR por campo en 20 campos microscópicos(11).

CULTIVO

La táctica bacteriológica más específica y sensible para localizar el Mycobacterium TB (nos permite diagnosticar la patología con carente población bacilar). El cultivo debe ejecutarse en:

Muestras de esputo de pacientes con baciloscopia negativas, pero con manifestaciones clínica, epidemiológica y radiológica de tuberculosis(11).

Muestras pulmonares de control del tratamiento en personas que presentan positivismo en el 3 mes del tratamiento del esquema Uno, o en las que después de negativizar, vuelven a ser positivas y se supone fracaso de tratamiento. Todo esto con miras a pedir la correspondiente prueba de sensibilidad.

- Muestras de aspiración bronquial, gástrica o expectoración incitar, en personas con evidencia de sospecha de tuberculosis pulmonar que no expectoran espontáneamente.
- En las muestras extra pulmonares.
- En la investigación de tuberculosis infantil.
- El estudio de sintomáticos respiratorios contactos de personas con TB resistente.
- Investigación de tuberculosis en PVVS.
- Investigación de tuberculosis en personal de salud.
- Investigación de tuberculosis en PPL.

- Pacientes antes recaídas, tratados, abandonos recuperados y fracasos de tratamiento.
- Para tipificación de Micobacterias o en investigación de resistencia a drogas(11).

PRUEBA DE SENSIBILIDAD

Son importantes para localizar algún caso con resistencia a medicamentos antituberculosos, particularmente la TB MDR y XDR, en personas que presentan cultivos positivos.

Estas pruebas deben efectuarse en los siguientes casos:

- Casos con antecedentes de uno o más recaídas, tratamientos y abandonos recuperados.
- Contactos de pacientes (Multidrogoresistente) MDR demostrada.
- Casos de TB asociada a VIH (+) positivo.
- En pacientes procedentes de países con alta prevalencia de tuberculosis MDR.
- En trabajadores de la salud con TB confirmada bacteriológicamente.
- Para realizar estudios epidemiológicos de fármaco resistencia(11)

Diagnóstico en sintomáticos respiratorios con bk – y sospecha de tuberculosis

El diagnóstico de TB pulmonar en el adulto se realiza fundamentalmente por el examen baciloscópico de dos muestras en el SR. Sin embargo, existen SR con Baciloscopia negativa (SR BK –) sospechosos de tuberculosis, que se definen como aquellos SR con dos Baciloscopia negativas, que tienen síntomas, signos clínicos e imágenes radiológicas sugestivas de tuberculosis (Rayos X anormal). Se le solicitarán dos Baciloscopia más (tercera y cuarta muestra) inmediatamente.

De persistir la baciloscopia negativa en 4 las muestras de esputo, un laboratorista en coordinación con la enfermera procederá a enviar inmediatamente la 4 muestra (-) al laboratorio de referencia en su área de influencia para cultivo de MB TB.

Si el enfermo continúa con flema y tos mientras el tiempo de espera del resultado del cultivo (cuatro a ocho semanas), se solicitan 2 Baciloscopias de diagnóstico después de dos semanas. Simultáneamente, en este periodo deberá realizarse el diagnóstico diferencial con otras enfermedades (bronquiectasias, fibrosis pulmonar, asma, micosis pulmonar, neoplasia, hidatidosis pulmonar, neumoconiosis, etc.) de acuerdo a los recursos tecnológicos disponibles. Para esto, cuando sea necesario, se realizará la interconsulta al médico consultor del PCT. Además, se debe considerar que en el periodo es posible la manifestación de infecciones agregadas y otros síntomas más, lo cual debe indicarse tratamiento de los síntomas (tos, fiebre, entre otros) y antibioticoterapia, evitando el uso de fluoroquinolonas, debido al riesgo de negativización temporal de las baciloscopias. Se recomienda el uso de antibióticos de poca acción contra el M. tuberculosis, como las cefalosporinas, macrólidos y cotrimoxazol. De resultar alguna de las baciloscopias positiva, el diagnóstico será TB pulmonar BK +(11).

Obtenido el resultado del cultivo:

- Si es positivo, el Dx será tuberculosis pulmonar BK – cultivo (+) (TBPBK–C+)
- Si es (-) pero el criterio radiológico se mantiene en indicar tuberculosis pulmonar y el Dx diferencial ha resultado negativo para otras enfermedades, el médico tratante determinará el diagnóstico del paciente. Si se observa que es tuberculosis, calificará el caso como tuberculosis pulmonar BK – y cultivo – (TBPBK–C–); si no se demuestra tuberculosis, se deberá determinar la conducta a seguir con el paciente. Si el caso lo amerita, realizará interconsulta con el médico consultor del PCT, quien colaborará en determinar el diagnóstico final del caso(11).

El diagnóstico de la TB pulmonar: se lo realiza primordialmente con muestras de esputo de los sintomáticos respiratorios (mediante BK), y además por métodos secundarios tales como el aspirado bronquial, aspirado y lavado gástrico, expectorante inducido (en el caso se deberá además de la BK priorizar el cultivo).

La TB extrapulmonar, la comprobación bacteriológica del Dx se obtiene en poca proporción que en los casos pulmonares, debe incluir el cultivo y el estudio histopatológico (cuando el tema es de muestras de tejidos obtenidas por biopsias).

Existen otros procedimientos complementarios como: Determinación de Adenosin deaminasa (ADA) lo cual se aplica en los exudados de serosas, que pueden aportar como ayuda al diagnóstico, como también las pruebas bioquímicas para líquido céfalo raquídeo, pleural pericárdico y ascítico que de la misma manera contribuyen.(11)

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

Tratamiento farmacológico consiste:

- **Primera fase o fase principal** con duración de 2 o 3 meses (50 a 75 dosis) por 5 días en la semana se administran los medicamentos dentro del centro de salud, para poder reducir de manera más ágil la carga bacilar.
- **Segunda fase o también llamada fase de consolidación** se administra 3 días a la semana, por 4 o 5 meses (50 a 60 dosis) para que haya eliminación de los bacilos y esterilización de las lesiones.
(11)

Consideraciones especiales

Para que exista un efecto deseado se considera:

- Combinación de 4 o 5 de los medicamentos antituberculosos según esquema.
- Correcta dosis prescrita
- Observación de la administración por parte del personal de salud.
- Duración de acuerdo al esquema.
- Si el paciente no asiste a la toma de medicamentos, se debe realizar la visita domiciliaria por parte de personal de salud o por agente

comunitario de salud lo cual debe ser realizado dentro de las 48 horas(11).

Se limitara la hospitalización por tuberculosis de manera exclusiva a pacientes que sean clínicamente graves o con complicaciones como:

- Insuficiencia respiratoria aguda
- Hemoptisis masiva
- Neumotórax espontáneo.
- Reacciones adversas graves a fármacos antituberculosos.
- Presencia de enfermedades que por su severidad, al asociarse con tuberculosis, pongan en riesgo de morir al paciente.
- Continuaran de manera ambulatoria el tratamiento los pacientes hospitalizados una vez culminado su internamiento.(11)

CATEGORIAS EN TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN ECUADOR

| Categoría de tratamiento antituberculoso | Pacientes con tuberculosis | Regímenes Terapéuticos | |
|--|---|--|---|
| | | Fase Inicial | Fase de Continuación |
| Esquema I | Casos nuevos: TBPBK + TBPBK – C + TB extrapulmonar Comorbilidad TB/VIH | 2 HRZE | 4 H2R2 |
| | Casos con tratamiento previo: Recaídas Abandono recuperado Otros | 2 HRZES – 1 HRZE | 5H2R2E2 |
| | Casos de TB infantil < 7 años | 2 HRZ | 4H2R2 |
| | IV | En caso de resistencia a drogas de primera línea y/o segunda línea | Regímenes estandarizado e individualizado para TB MDR |

FUENTE: Manual de Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en Ecuador.(11)

ESQUEMA UNO: 2HRZE/4H3R3

Fase inicial con duración de 2 meses (50 dosis), 5 días por semana: HRZE (isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol).

Fase de consolidación con duración de 4 meses (50 dosis), 3 días por semana: HR (isoniacida, rifampicina).

Para todos los casos nuevos está indicado:

- Tuberculosis pulmonar BK+
- Tuberculosis pulmonar BK – Cultivo +
- Tuberculosis pulmonar BK – Cultivo –
- Tuberculosis extrapulmonar
- Tuberculosis e infección por VIH(11).

Esquema uno: tratamiento antituberculosis a dosis fija 2HRZE/4H3R3

Duración: 6 meses (100 dosis) dosis fijas de medicamentos.

| Paciente | Peso (KG) | RHZE (150/75/400/275) | RH 150/75 | Z 400 | RH 150/150 |
|-----------------------------------|-----------|-----------------------|-----------|-------|------------|
| Niños menores de 7 años | <7 | | 1/2 | 1/2 | 1/2 |
| | 8-9 | | 1 | 1/2 | 1 |
| | 10-14 | | 1 | 1 | 1 |
| | 15-19 | | 1 ½ | 1 ½ | 1 ½ |
| | 20-29 | | 2 | 2 | 2 |
| Niños mayores de 7 años y adultos | 30-37 | 2 | | | 2 |
| | 38-54 | 3 | | | 3 |
| | 55-70 | 4 | | | 4 |
| | >71 | 5 | | | 5 |

FUENTE: Manual de Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en Ecuador(11)

Esquema uno: tratamiento antituberculosis a dosis no fijas 2HRZE/4H3R3

50 kg y más de peso

Duración: 6 meses (100 dosis)

| | | | |
|----------------|---------------------------|---------------------------|--|
| 1 ^a | 50 dosis 2 meses (aprox.) | Diario: 5 días por semana | Isoniacida+ Rifampicina 2 tab Pirazinamida x 500 mg 3 tab Etambutol x 400 mg 3 tab |
| 2 ^a | 50 dosis 4 meses (aprox.) | 3 días por semana | Isoniacida + Rifampicina 2 tab Isoniacida x 100 mg 3 tab. |

FUENTE: Manual de Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en Ecuador(11)

Esquema dos tratamiento antituberculosos

Para pacientes con un peso menor de 50 kg mediante cálculo de dosis.

Posología: 5 días por semana en dosis diaria

| Dosis | Rifampicina | Isoniacida | Pirazinamida | Etambutol |
|--------------|-------------|------------|--------------|-----------|
| Dosis diaria | 10 mg/kg | 5 mg/kg | 25 mg/kg | 15 mg/kg |
| Dosis máxima | 600 mg | 300 mg | 1.5 g | 1.2 g |

FUENTE: Manual de Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en Ecuador(11)

Posología en dosis 3 días por semana

| Isoniacida | Rifampicina |
|------------|-------------|
| 10 mg/kg | 10 mg/kg |

FUENTE: Manual de Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en Ecuador(11)

ESQUEMA DOS: 2HRZE – 1HRZE/5H3R3E3

Fase inicial duración 3 meses:

- Se administra diariamente por 5 días a la semana en 2 meses (50 dosis): isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol.
- Se administra diariamente por 5 días a la semana en 1 meses (25 dosis): isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol.

Fase de consolidación duración 5 meses (60 dosis) 3 veces por semana: isoniacida, rifampicina y etambutol. En el esquema dos hay un tratamiento más complejo que en el esquema uno, con una menor tasa de éxito. Para que ocurra una curación del tratamiento es poder cumplir estrictamente el esquema desde el inicio. Está indicado el esquema dos para casos pulmonares y extrapulmonares antes tratados que han sido confirmados mediante baciloscopia, cultivo o histopatología, específicamente:

- Recaídas
- Abandonos recuperados
- Otros (11)

Esquema dos tratamientos antituberculosis a dosis fijas:

2HRZE – 1 HRZE/5H3R3E3 Duración: 8 meses (135 dosis) con

| Pacientes re- tratamiento (categoría II) | | | | | | | | | |
|---|------------------|--|------------------|--------------|---|------------------|--------------|-------------------|---|
| | | Fase Inicial A (50 Dosis-Lunes A Viernes) | | | Fase Inicial B (25 dosis- lunes a viernes) | | | | Fase de consolidación (60 dosis-3 x sem) |
| PACIENTE | PESO (KG) | RHZE | RH 150/75 | Z 400 | RHZE | RH 150/75 | Z 400 | RH 150/150 | E 400 |
| Niños (menores de 7 años) | <7 | | ½ | ½ | | 1/2 | 1/2 | ½ | |
| | 8-9 | | 1 | ½ | | 1 | 1 | 1 | |
| | 10-14 | | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | |
| | 15-19 | | | 1 ½ | | 1 ½ | 1 ½ | 1 ½ | |
| | 20-29 | | 2 | 2 | | 2 | 2 | 2 | |
| Niños mayores de 7 años y adultos | 30-37 | 2 | | | 2 | | | 2 | 1,5 |
| | 38-54 | 3 | | | 3 | | | 3 | 2 |
| | 55-70 | 4 | | | 4 | | | 4 | 3 |
| | >71 | 5 | | | 5 | | | 5 | 3 |

medicamentos a dosis fijas combinadas

Esquema dos: Cálculo de dosis en pacientes con peso menor de 50 Kg

Tratamiento antituberculoso.

Posología en dosis: dosis diaria 5 días por semana

| Dosis | Rifampicina | Isoniacida | Pirazinamida | Etambutol |
|--------------|-------------|------------|--------------|-----------|
| Dosis diaria | 10 mg/kg | 5 mg/kg | 25 mg/kg | 15 mg/kg |
| Dosis máxima | 600 mg | 300 mg | 1.5 g | 1.2 g |

Posología en dosis 3 días por semana

| Rifampicina | Isoniacida | Etambutol |
|-------------|------------|-----------|
| 10 mg/kg | 10 mg/kg | 30 mg/ kg |

FUENTE: Manual de Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en Ecuador(11)

RESPUESTA ANTE UNA REACCIÓN CUTÁNEA

Si en caso del que el paciente presente prurito y no existe otra causa manifiesta (por ejemplo, escabiosis) se advierte o se recomienda ensayar un tratamiento sintomático con antihistamínicos, avanzar con la medicación antituberculosa y observar al paciente. Si reacción con una erupción cutánea, se eliminaran todos los fármacos antituberculosos(11).

Cuando se haya desaparecido la reacción, se podrá volver a iniciar el tratamiento antituberculoso. El problema estriba en determinar cuál debe ser, pues se ignora qué fármaco provocó la reacción. A continuación, se indica el enfoque normalizado empleado para reiniciar los fármacos antituberculosos después de una reacción a los mismos(11).

Después de una reacción cutánea como reanudar la medicación

| Medicamento | Dosis diaria en kg | | |
|---|--|--|--|
| antituberculosa | | | |
| Isoniacida | Día 1 50 | Día 2 300 | Día 3 300 |
| Isoniacida/Rifampicina | Día 4 300/75 | Día 5 300/300 | Día 6 300/600 |
| Isoniacida/ Rifampicina/ Pirazinamida | Día 7 300/600/250 | Día 8 300/600/1000 | Día 9 300/600/1500 |
| Isoniacida/ Rifampicina/ Pirazinamida/ Etambutol | Día 10 300/600/1500 /100 | Día 11 300/600/1500/ 400 | Día 12 300/600/1500/ 1200 |
| Isoniacida/ Rifampicina/ Pirazinamida/ Etambutol | Día 13 300/600/1500 /1200 | Día 14 300/600/1500/ 1200 | Día 15 300/600/1500/ 1200 |

FUENTE: Manual de Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en Ecuador(11).

El único objetivo de las dosis de ensayo consiste en identificar el fármaco responsable de la reacción. Se inicia con el fármaco menos sospechoso de causar la reacción (es decir, la isoniacida). Se empieza con 1 dosis de ensayo baja para que, si hay reacción, sea más benigna que con 1 dosis completa. La dosis se incrementa gradualmente durante 3 días.(11)

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE Régimen de tratamiento estandarizado para TUBERCULOSIS MDR

6Km Lfx Eto Cs Z E/18 Lfx Eto Cs Z E

- Basado en un patrón de resistencia predecible a drogas de primera línea.

- Se aplica antes de obtener resultados de la prueba de sensibilidad a drogas de segunda línea.
- Está indicado a: pacientes, con fracaso al E1 y E2, contactos de TBMDR, con patrón de resistencia a fármacos de primera línea, pacientes crónicos, que no han recibido fármacos de segunda línea(11).

| Fases | Duración | Frecuencia | Medicamentos y dosis | Total por paciente |
|-------|-------------------------|--------------------|---|--|
| 1. | 6 meses (156 dosis) | Diaria (6 días) | Kanamicina 1gr día IM o IV Ethionamida 250 mg 3 tab. VO Levofloxacin 250 mg 3 tab. VO Cicloserina 250 mg 3 tab. VO Pirazinamida 500 mg. 3 tab. VO Etambutol 400 mg 3 tab. VO | Kanamicina 1 gr (156 amp.) Ethionamida 250 mg (1872 tab.) Levofloxacin 250 mg (1872 tab.) |
| 2. | 18 meses (468 dosis) | Diaria (6 días) | Ethionamida 250 mg 3 tab. VO Levofloxacin 250 mg 3 tab. VO Cicloserina 250 mg 3 tab. VO Pirazinamida 500 mg 3 tab. VO Etambutol 400 mg 3 tab. VO | Cicloserina 250 mg (1872 tab.) Pirazinamida 500 mg (1872 tab.) Etambutol 400 mg (1872 tab.) |

FUENTE: Manual de Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en Ecuador

ESTADO NUTRICIONAL

La mayor parte de los signos clínicos identificados en pacientes con TB están asociados con la desnutrición, no obstante, existe una cantidad importante de pacientes que podrían presentar obesidad(14).

Evaluación de la interacción entre fármaco y nutriente.

Los pacientes con tuberculosis consumen diferentes medicamentos a lo largo de su tratamiento por lo que el riesgo de que se presenten interacciones entre fármacos y nutrientes es considerablemente alto. Estos medicamentos se clasifican en líneas de acción en función de la gravedad o del tiempo de infección(14).

Medicación Antituberculosis de primera línea: se utilizan en enfermos nuevos, recaídas, y abandonos recuperados. Son muy eficaces y de buena tolerancia para el enfermo. Estos medicamentos se deberán administrarse todos juntos en 1 sola toma (preferencia en ayunas)(14).

Medicación Antituberculosis de segunda línea: se utilizan en enfermos con TB resistente a antibióticos. Todos estos fármacos suelen tener efectos más tóxicos, y su acción terapéutica se requiere de uso prolongado para alcanzar la curación(14).

| Medicamento | Absorción e interacción con el alimento |
|--------------------|---|
| Rifampicina (R) | Se absorbe rápidamente una vez ingresada, pero suele ser retardada o reducida debido a alimentos ricos en grasa. Puede ocurrir una disminución del 30% cuando es ingerido con alimentos, se recomienda ingerir con agua una hora antes o dos horas después de los alimentos. Si presenta intolerancia gástrica puede ser ingerida con alimentos no grasos. Su uso es seguro en cualquier mes del embarazo y en la lactancia. La R junto con la H pueden disminuir el nivel de Vitamina D. |
| Isoniacida (H) | Mejor absorción si no ha ingerido alimentos, si ingiere alimentos ricos en grasas la disminución de la concentración sérica puede llegar a < 50%. No ingerir junto con antiácidos. Debe asociarse al consumo de Vitamina B6 en pacientes con diabetes, IR, VIH, alcohólicos crónicos, malnutridos o con neuropatía periférica y gestantes. |
| Pirazinamida (Z) | Efecto de alimentos en biodisponibilidad es mínimo |
| Etambutol | Efecto de alimentos en biodisponibilidad es mínimo |

FUENTE:Revisión en Nutrición Clínica(14)

Las reacciones adversas medicamentosas son responsables de una amplia gama de alteraciones gastrointestinales que pueden hacer que el consumo de alimentos sea considerablemente bajo en pacientes que reciben tratamiento(14).

Tanto las embarazadas como las madres lactantes con TB activa se debe de administrar suplementos de múltiples micronutrientes que incluye ácido fólico, hierro, vitaminas y minerales. Si existe una ingesta baja de calcio, es recomendable la administración de suplementos de calcio para prevenir la preeclampsia, especialmente en embarazadas con riesgo a padecer de hipertensión(14).

Micronutrientes y tuberculosis activa

Los niveles reducidos de concentraciones de vitaminas A, E, C, D, y minerales como hierro, zinc y selenio, en sangre de pacientes con TB activa al momento del diagnóstico, vuelven a la normalidad luego de 2 meses de tratamiento adecuado. Las causas del déficit de estas vitaminas y minerales pueden deberse a baja ingesta dietética, a los procesos metabólicos o de la propia enfermedad. Se desconoce si la mejoría luego de los 2 meses de tratamiento se debe a la calidad de la ingesta dietaria. A pesar que no hay evidencias sobre el impacto de los suplementos de micronutrientes en los resultados de la tuberculosis. Los estudios sugieren que la suplementación diaria puede tener un beneficio adicional entre los que tienen deficiencias, por baja biodisponibilidad y alto contenido de fibra en dietas locales a base de cereales, especialmente durante los primeros meses de la terapia anti-TB. El tratamiento nutricional debe coadyuvar a resolver los problemas de pérdida de peso, diarrea, apetito, náuseas, y desordenes específicos por deficiencias de micronutrientes.

Lineamientos complementarios

Alimentación

- Si los pacientes presentan pérdida de peso fraccionar a 6 comidas al día.
- Buena ingesta de vitamina D y calcio (leche, yogurt, queso) consumir de 500 a 750 ml.
- Porciones de 5 a 6 verduras y frutas al día, consumir medio vaso de jugo.
- Energía y nutrientes mediante una balanceada alimentación.
- Alimentos como: aceite vegetal, azúcar, huevos, mantequilla, leche desnatada aumenta la densidad energético-proteica.
- Vitamina B6: levadura, carne de cerdo, hígado, germen de trigo, plátanos, avena, legumbres, papas.
- Ingerir de 10 a 12 vasos de agua al día(15).

Suplementos nutricionales

Es mejor tomar un multivitamínico con minerales que varias pastillas con diferentes vitaminas y minerales. Altas dosis de vitaminas pueden causar náuseas, vómitos, reducir el apetito y problemas en los riñones e hígado. Los suplementos son para cumplir el patrón alimentario saludable y las pastillas no reemplazan a las comidas(15).

RESULTADO DEL TRATAMIENTO REGISTRO

Al culminar el tratamiento administrado a un paciente con TB, se debe de realizar el egreso en el Libro de casos de TB, en la tarjeta de control, HC, y la administración del tratamiento. Consideramos las siguientes categorías de egreso:

- **Curado:** paciente que se ha realizado 2 baciloscopia con resultado negativo cuando se haya terminado el tratamiento o anteriormente.
- **Tratamiento terminado:** paciente que termino el tratamiento pero no dispone de resultados de baciloscopia al término del mismo.
- **Fracaso:** paciente que presento o vuelve a presentar una baciloscopia o cultivo positivo al quinto mes del tratamiento.
- **Transferencia sin confirmar:** transferencia a otro establecimiento desconociendo el resultado final del tratamiento.
- **Abandono:** tratamiento interrumpido durante un mes o más.
- **Fallecido:** paciente que por cualquier causa durante el tratamiento fallece(11).

CAPITULO III

3.1 Diseño de la investigación.

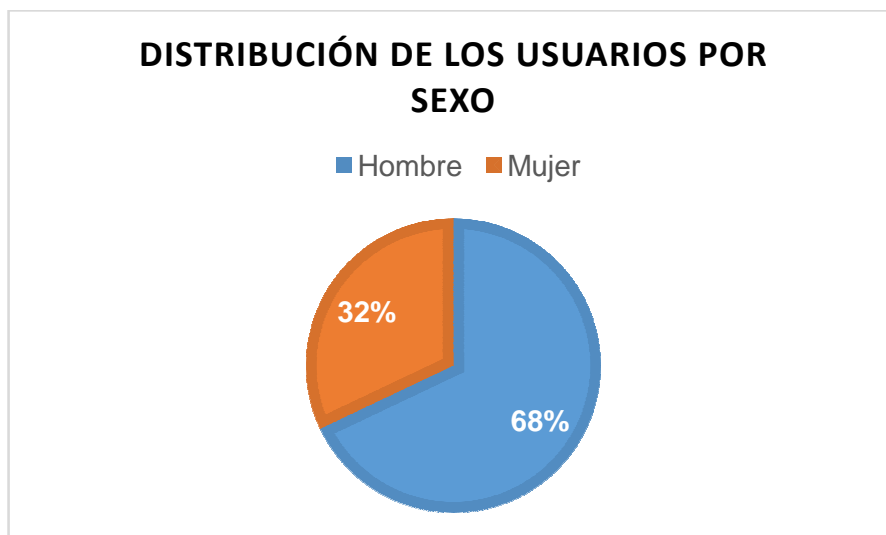
- **Tipo de estudio:** Descriptivo, transversal.
- **Población y muestra:** 53 usuarios que asisten al Centro de Salud Sauces 3 en el periodo de tiempo comprendido entre octubre del 2016 a febrero del 2017.
- **Procedimiento para la recolección de la información:** Encuesta.
- **Instrumento:** Se usó una matriz para la recolección de la información de las H.C. del Centro de Salud.

3.1.1. OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLE

| VARIABLE | CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LA TB | | |
|---|--|---|--|
| DEFINICIÓN | DIMENSIÓN | INDICADOR | ESCALA |
| Características sociales de la población y de su desarrollo a través del tiempo | Características demográficas | Edad | <18 años <input type="checkbox"/> 18 – 25 años <input type="checkbox"/> 25 – 40 años <input type="checkbox"/> >40 años <input type="checkbox"/> |
| | | Sexo | Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> |
| | | Estado civil | Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> |
| | | Ocupación | Desempleo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> |
| | | Nivel educativo | Analfabeto <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Trabaja <input type="checkbox"/> |
| | | Procedimiento por el cual se identificó la enfermedad de Tuberculosis | Medios de diagnósticos |
| Baciloscopia | Positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> | | |
| Genexpert | Positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> | | |
| Conjunto de medidas (higiénicas, farmacológicos) cuya finalidad es la curación de la Tuberculosis | Tratamiento | Fases | 1ra. Fase <input type="checkbox"/> |
| | | | 2da. Fase <input type="checkbox"/> |
| | | | MDR <input type="checkbox"/> |
| Son enfermedades que indican afecciones que coexisten o suceden a otra | Patologías asociadas | VIH | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| | | Diabetes | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| | | HTA | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

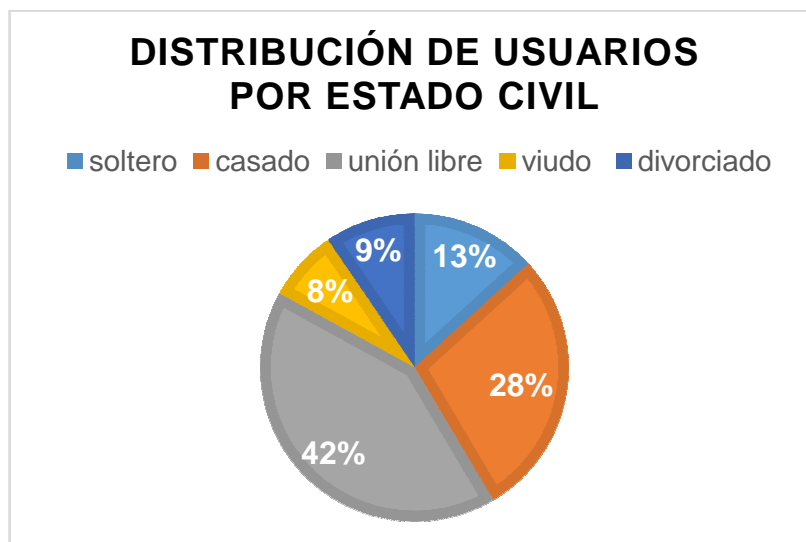
3.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA

Gráfico 1



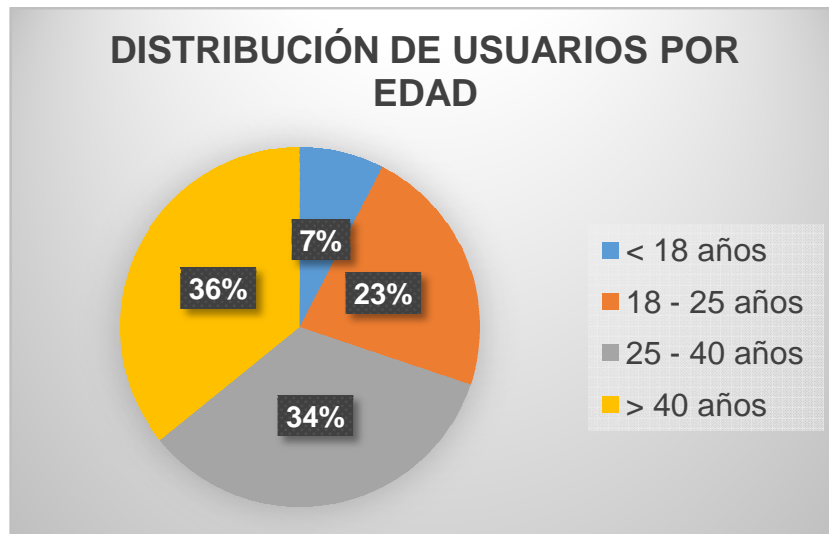
Con este gráfico podemos verificar que la mayor parte de los usuarios con tuberculosis son hombre con un 68% y las mujeres con un 32%.

Gráfico 2



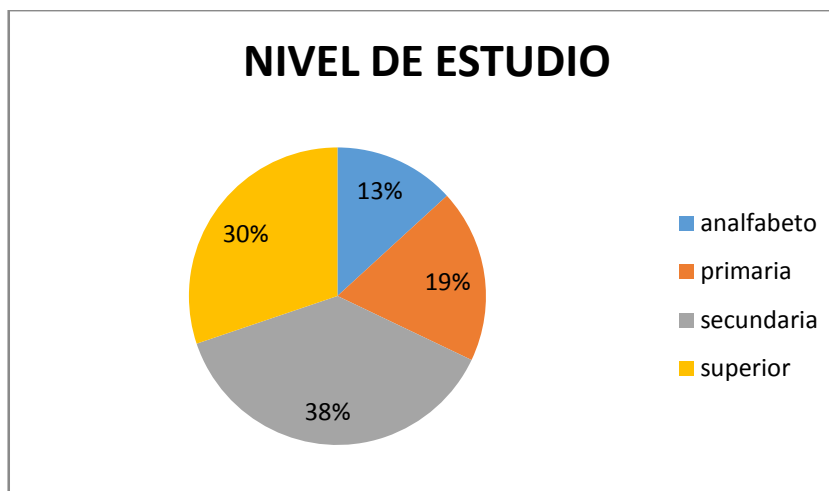
En este gráfico podemos verificar que la mayor parte de los usuarios su estado civil corresponde a 42% en unión libre, seguido con un 28% casado, 13% representan a los soltero, 9% divorciados, y el 8% viudos.

Gráfico 3



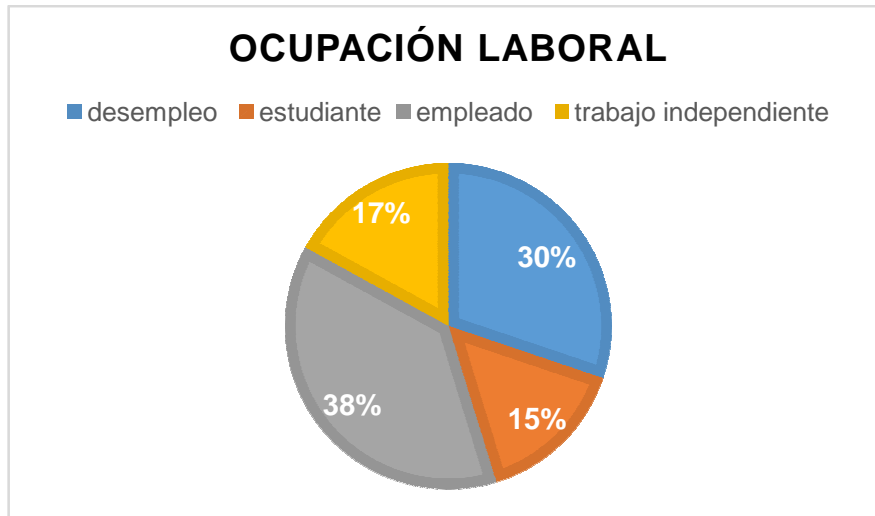
En el siguiente gráfico podemos observar que el 36% corresponden a usuarios mayores de 40 años, seguido 34% su edad comprendida de 25 a 40 años, con un 23% usuarios de 18 a 25 años, y un 7% menor de 18 años.

Gráfico 4



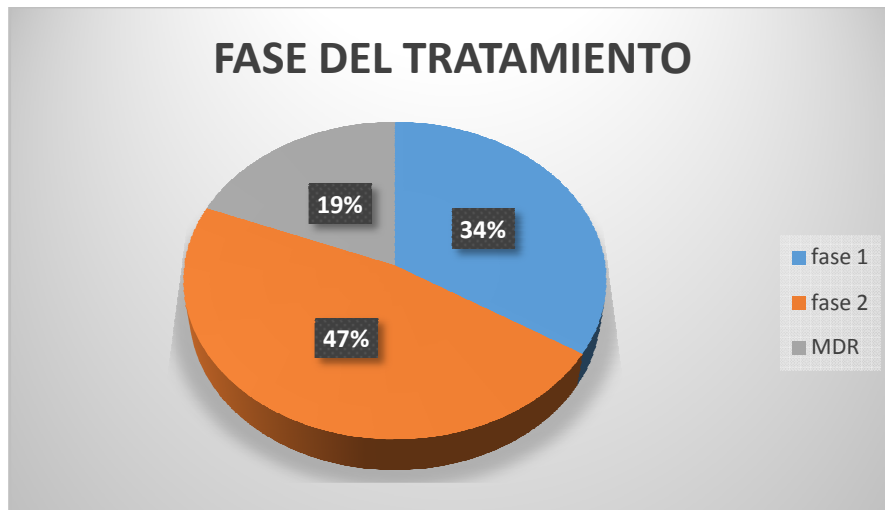
En el siguiente gráfico podemos observar que el 38% usuarios que acuden al centro de salud han terminado la secundaria, el 30% un nivel de estudio superior, el 19 % de los usuarios en la primaria y un 13% usuarios no han recibido algún tipo de estudio, solo el aprendido en su hogar.

Gráfico 5



En el siguiente gráfico determinamos que el mayor porcentaje equivale al 38% en usuarios que requieren de un empleo, seguido de un 30% con desempleo, 17% con un trabajo independiente y un 15% estudiantes.

Gráfico 6



En este gráfico el mayor porcentaje con un 47% son los usuarios que están recibiendo tratamiento en fase 2, seguido con un 34% en fase 1, y los usuarios MDR con un 19%.

Gráfico 7



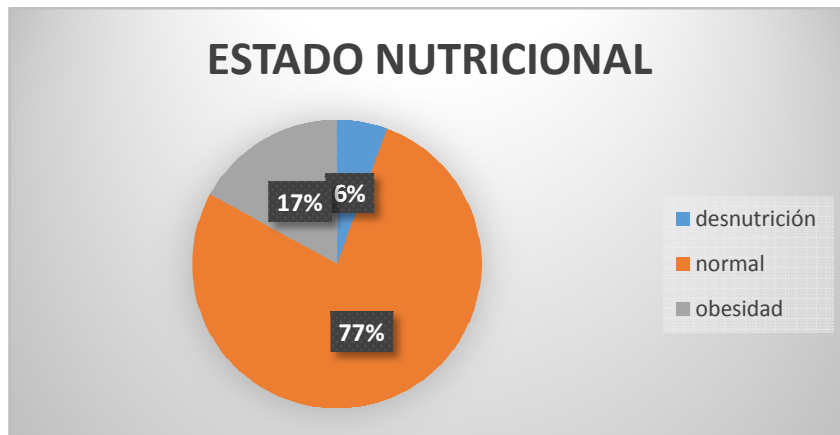
En este gráfico el mayor porcentaje refiere no consumir bebidas alcohólicas con un 66%, con un 34% consumían antes de diagnosticar la enfermedad, y un 0% refleja no consumir actualmente bebidas alcohólicas.

Gráfico 8



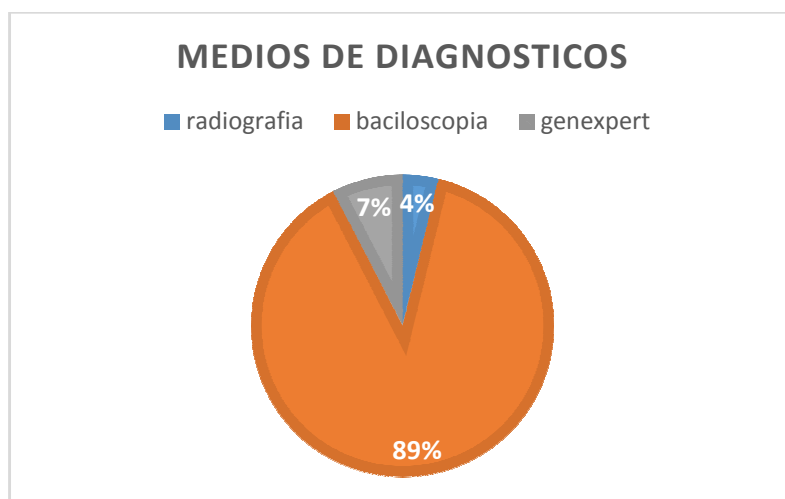
Como podemos observar en este gráfico el más alto porcentaje con 28% se presenta con náuseas debido al tratamiento, seguido con un 21% no presento síntomas, 19% presento falta de apetito, 17% pérdida de peso, y 15% presento vómito.

Gráfico 9



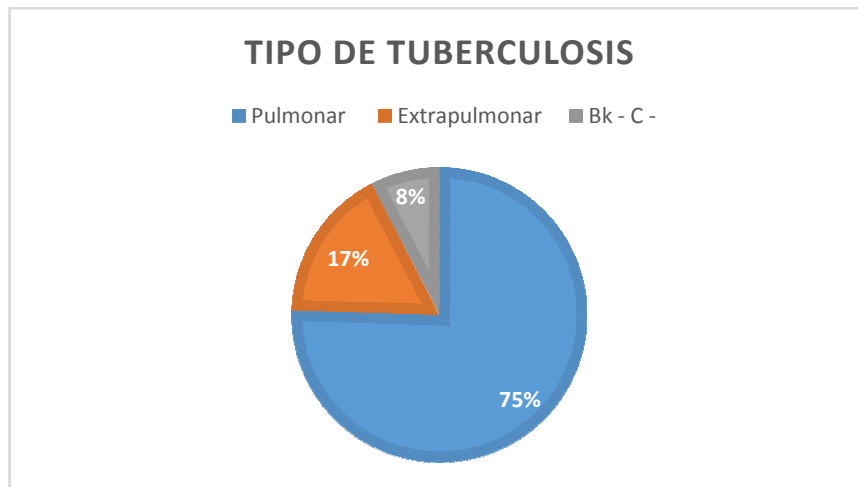
Este gráfico se lo realizó con el fin de verificar el estado nutricional del paciente a través del peso según su (IMC), en un mayor porcentaje con 41% los usuarios están entre 60 – 80 kg, seguido con un 34% con un peso entre 50 a 60 kg, 17% con un 40 a 50 kg, y por ultimo con un 8% un peso mayor de 80kg. Pudimos destacar que aproximadamente el 77% tiene un peso normal, un 17% presenta obesidad y con un mínimo porcentaje de 6% presenta desnutrición.

Gráfico 10



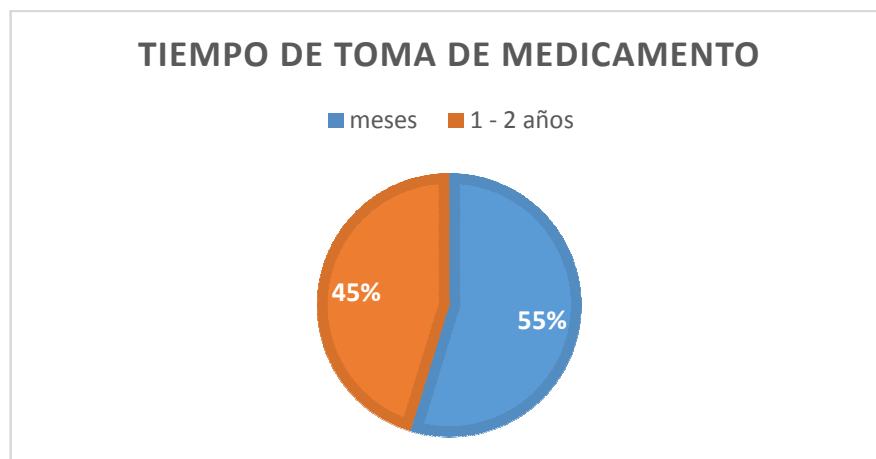
En este gráfico podemos observar que el mayor porcentaje con un 89% fue detectado a través de baciloscopia, seguido con un 7% detectado por Genexpert, y un 4% a través de una radiografía, y verificado con sus baciloscopia.

Gráfico 11



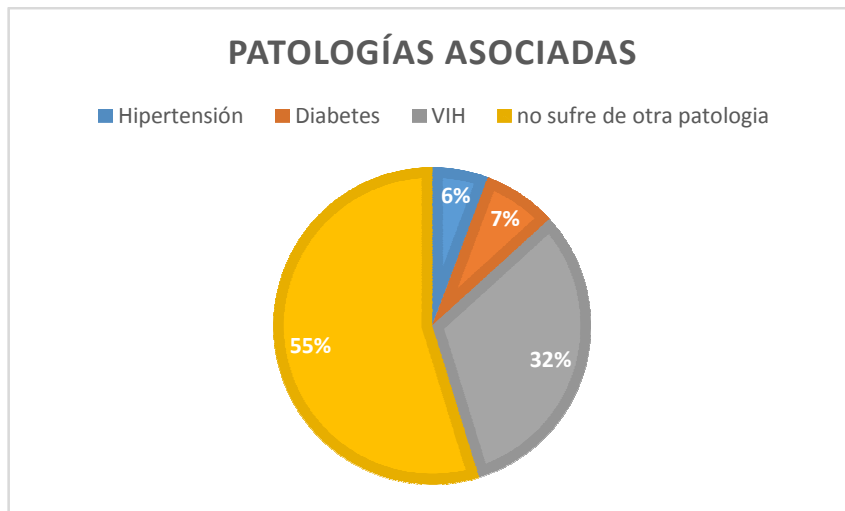
Como podemos observar el mayor porcentaje con un 75% presenta Tuberculosis Pulmonar, con un 17% de los pacientes presentan tuberculosis Extrapulmonar y con un 8% de los pacientes presentan BK – C - .

Gráfico 12



En este gráfico el 55% de los usuarios que acuden al centro de salud llevan meses tomando los medicamentos para la tuberculosis, y aproximadamente un 45% tiene de 1 a 2 años con el tratamiento.

Gráfico 13



En el gráfico podemos observar que el 55% de los usuarios no padecen una enfermedad asociada a parte de la tuberculosis, en cambio el 32% de los usuarios presentan VIH, seguido de un 7% presentan diabetes, y un 6% sufren de Hipertensión.

Gráfico 14



La gráfica nos indica que el 85% de los usuarios que acuden al centro de salud reciben excelente atención, el 13% manifiesta que recibieron una buena atención, un 2% refiere una regular atención, mientras que un 0% refleja que no hay una mala atención.

DISCUSIÓN

En el 2012, Ecuador informó 5.108 de casos nuevos de TB y el éxito de tratamiento ha sido de 78,24%; en el año 2013, se reportó 4.976 casos y el éxito del tratamiento para los casos nuevos fue del 81,90%. En el año 2014 hubo 4.897 casos nuevos de tuberculosis que actualmente se encuentran en tratamiento bajo DOTS (tratamiento acortado directamente observado), estrategia adoptada por el Ministerio de Salud Pública desde el año 2001 con el objetivo de garantizar la curación de la persona afectada por tuberculosis(16).

En Ecuador en el Centro de Salud Saucos 3 las características epidemiológicas determinaron que es mayor el porcentaje en hombres, que en mujeres con un 68%, siendo ellos los que más acuden a tomar su tratamiento, coincidiendo con estudios realizados en Argentina el mayor porcentaje en hombres con un 55%. Según estudios realizados en un hospital de tercer nivel en Madrid la tuberculosis se presenta con mayor frecuencia en personas mayores de 74 años, considerando este grupo de edades con mayor riesgo de contraer enfermedades con facilidad, a diferencia del Centro de Salud el mayor porcentaje se da usuarios con edades pasadas de los 40 años en adelante con un 36% (17).

Según estudios realizados en Cali Colombia los pacientes con tuberculosis llevan un estado nutricional en su gran mayoría el 50% con normo peso al igual que en el Centro de Salud Saucos 3 el 70% tiene un peso normal con 77% llevando un adecuado estado nutricional. El 89% de los usuarios en su mayoría se les ha diagnosticado la patología por medio de Baciloscopia (La bacilos copia es uno de los principales procedimientos médicos que se utilizan para llegar al diagnóstico de tuberculosis), realizado en Hospital Tránsito Cáceres de Allende Argentina fueron diagnosticados por medio de baciloscopia un 73% de esos pacientes(18).

El 55% de los usuarios del Centro de Salud no padecen una enfermedad asociada a parte de la tuberculosis, en cambio el 32% de los usuarios presentan VIH según estudio en Madrid la coinfección del VIH fue el factor de riesgo más frecuente observado con el 43% (El VIH debilita el sistema inmunitario, lo cual aumenta la probabilidad de que la infección latente por tuberculosis progrese hacia la enfermedad activa. Las personas infectadas por el VIH tienen una probabilidad hasta 50 veces mayor de sufrir TB a lo largo de su vida, en comparación con los no infectados)(19).

CONCLUSIONES

Entre las características demográficas tenemos que:

1.-El mayor número de usuarios son hombres, en relación a su edad el mayor porcentaje son de 40 años; el estado civil la mayor parte son de unión libre, el nivel de estudio tiene secundaria, y un mínimo de ellos tiene un empleo, seguido de una población representativa sin un empleo fijo.

2.-Los medios de diagnósticos con el que fue la baciloscopia, acompañados de una radiografía.

3.- El tratamiento que reciben los usuarios con mayor porcentaje corresponde a la segunda fase, seguido de la primera y con una representación de MDR.

4.- Las patologías que se asociaron en un mayor porcentaje fueron el VIH seguido de la Diabetes Mellitus y con un mínimo porcentaje la Hipertensión Arterial.

RECOMENDACIONES

- Brindar más información a la comunidad para evitar contagios, y hacer menos susceptible a la población.
- Enfocarse en programas de promoción que ayuden a evitar la transmisión de la enfermedad.
- Aumentar la captación de sintomáticos respiratorios tanto en el centro de salud como en la comunidad.
- Sugerir al personal que brinde charlas educativas sobre la importancia y posibles consecuencias al abandonar el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1.
OMS. Administración de suplementos de micronutrientes a personas con tuberculosis activa [Internet]. WHO. 2015 [cited 2016 Nov 27]. Available from: http://www.who.int/elena/titles/micronutrients_tuberculosis/es/
2.
Rivera LT, Varujan Kevorkof G, Oviedo EE, Acosta MA, Najo MA, Granados MR, et al. Características epidemiológicas de pacientes con tuberculosis en el Hospital Tránsito Cáceres de Allende. *Revista americana de medicina respiratoria*. 2014 Dec;14(4):404–11.
3.
Ministerio de salud de Peru. Cuidado a Pacientes con tuberculosis [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 4]. Available from: <http://docplayer.es/11947774-Peru-lima-peru-ministerio-de-salud-instituto-nacional-de-saludministerio-de-salud-instituto-nacional-de-salud.htm>
4.
Robles Martinez JA. Diagnóstico diferencial de los síndromes respiratorios 1 [Internet]. *Monografias.com*. 2010 [cited 2017 Mar 4]. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos79/diagnostico-diferencial-sindromes-respiratorios-uno/diagnostico-diferencial-sindromes-respiratorios-uno3.shtml>
5.
Monografias. Diagnostico Referencia Diagnostico uno [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 10]. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos79/diagnostico-diferencial-sindromes-respiratorios-uno/>
6.
Ministerio de Salud Publica del Ecuador. Día Mundial de la Tuberculosis [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 4]. Available from: <http://www.salud.gob.ec/dia-mundial-de-la-tuberculosis-el-msp-trabaja-con-exito-en-prevencion-ycontrol-de-la-enfermedad/>
7.
Ministerio de Salud Publica del Ecuador. Día Mundial de la Tuberculosis: el MSP trabaja con éxito en prevención y control de la enfermedad – Ministerio de Salud Pública [Internet]. Ministerio de Salud Publica. 2013 [cited 2017 Mar 3]. Available from: <http://www.salud.gob.ec/dia-mundial-de-la-tuberculosis-el-msp-trabaja-con-exito-en-prevencion-y-control-de-la-enfermedad/>
8.
OMS, OPS. Día Mundial de la Tuberculosis: Hablemos de Tuberculosis. ¡ Todos somos parte de la Solución ! [Internet]. Gobierno de Colombia; 2015. Available from: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:m-qoxL2oIzEJ:www.paho.org/col/index.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D%25201764%26Itemid%3D+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=ec

9.
García Sánchez I, Pérez de Oteyza C, Gilsanz Fernández C. Estudio epidemiológico de la tuberculosis en un hospital de tercer nivel en el año 2001. *Anales de Medicina Interna*. 2005 May;22(5):222–6.
10.
García Sánchez I, Pérez de Oteyza C, Gilsanz Fernández C. Estudio epidemiológico de la tuberculosis en un hospital de tercer nivel en el año 2001. *Anales de Medicina Interna*. 2005 May;22(5):222–6.
11.
Uribe Uribe CS, Arana Chacón A, Lorenzana Pombo P, Vélez A, Hernán. *Fundamentos de medicina: neurología*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010.
12.
MSP. Los pueblos Indigenas en Aislamiento y en Contaco Inicial (PIACI). 2014;5(6):54.
13.
OPS, OMS. Manejo de la Tuberculosis en Atención Primaria de la Salud [Internet]. 6th ed. Asunción - Paraguay; 2013 [cited 2017 Mar 3]. 32 p. (protocolos). Available from:
http://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=epidemiologia-y-control-de-enfermedades&alias=476-aps-manejo-del-paciente-con-tuberculosis-en-atencion-primaria-de-la-salud&Itemid=253
14.
MSP M. Manual de Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en Ecuador [Internet]. Guayaquil - Ecuador; 2005 [cited 2017 Mar 3] p. 336. (Programa de Control de la Tuberculosis). Available from:
<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUAL%20%20DE%20NORMAS%20Y%20PROCEDIMIENTOS%20PARA%20EL%20CONTROL%20DE%20LA%20TUBERCULOSIS.pdf>
15.
OPS, OMS. Ministerio de Salud Publica de Paraguay [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 4]. Available from:
http://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=epidemiologia-y-control-deenfermedades&alias=476-aps-manejo-del-paciente-con-tuberculosis-en-atencion-primaria-de-lasalud&Itemid=253
16.
Restrepo Molina J, Torres Duque CA. Neumología de restrepo [Internet]. Salud y medicina presented at; 2015 Mar 11 [cited 2016 Nov 27]. Available from:
http://es.slideshare.net/alex_mauriciomd/neumologa-de-restrepo

17.
Contreras Rojas M. Nutrición y Tuberculosis Síntesis de la Guía OMS, “ La atención y Apoyo a pacientes con Tuberculosis” [Internet]. Doc Player. 2014 [cited 2017 Mar 4]. Available from: <http://docplayer.es/34603529-Nutricion-y-tuberculosis.html>
18.
Rojas CM. Nutrición y tuberculosis. Síntesis de la guía OMS, “La atención y apoyo nutricional a pacientes con tuberculosis.” Boletín-Instituto Nacional de Salud. 2014;20(5–6):6.
19.
Rojas MC. Nutrición y tuberculosis. Síntesis de la guía OMS, “La atención y apoyo nutricional a pacientes con tuberculosis.” Boletín-Instituto Nacional de Salud [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 4];20(5–6). Available from: <http://www.boletin.ins.gob.pe/index.php/boletin/article/download/48/48>
20.
Rojas MC. Nutrición y tuberculosis. Síntesis de la guía OMS, “La atención y apoyo nutricional a pacientes con tuberculosis.” Boletín-Instituto Nacional de Salud [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 4];20(5–6). Available from: <http://documents.tips/documents/tuberculosispdf-563b781e714d6.html>
21.
OMS. ¿Qué es la tuberculosis y cómo se trata? [Internet]. WHO. 2016 [cited 2017 Feb 9]. Available from: <http://www.who.int/features/qa/08/es/>
22.
Carlos Américo y Camila Bogaz, de Agência Saúde. Tasa de mortalidad por tuberculosis cae un 20,7% en 10 Años [Internet]. ITS- SIDA Hepatitis Virales. 2015 [cited 2016 Nov 27]. Available from: <http://www.aids.gov.br/es/noticia/2015/tasa-de-mortalidad-por-tuberculosis-cae-un-207-en-10-anos>
23.
Chalacan G. tratamiento tb [Internet]. Buenas Tareas. 2015 [cited 2017 Mar 10]. Available from: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Tratamiento-Tb/68394946.html>
24.
Morán López E, Lazo Amador Y. Tuberculosis. Revista Cubana de Estomatología. 2001 Apr;38(1):33–51.
25.
OMS. Tuberculosis [Internet]. WHO. 2016 [cited 2016 Nov 27]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
26.
Ministerio de Salud de Chile. Tuberculosis Informe de la Situación en Chile 2014 [Internet]. Santiago de Chile - Chile: Ministerio de salud; 2015 Jun [cited 2016 Nov 27] p. 26. Available from: http://web.minsal.cl/sites/default/files/Informe_tbc_2014.pdf

27.

Molina E. Tuberculosis. Manejo Nutricional. 6. 2012;19(976):13.

28.

Olaechea DJ. Vigilancia de Tuberculosis [Internet]. CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES. 2012 [cited 2016 Nov 27]. Available from: http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=420&Itemid=358

GLOSARIO

MDR:Multidrogoresistente

GenExpert:Diagnosticar y la tuberculosis y la resistencia a la rifampicina

AMK: Amikacina

ARV: Dntirretroviral

BAAR: Bacilo alcohol acido resistente

BCG: Bacilo de Calmette y Guerin

BK: Baciloscopia

BK+: Baciloscopia Positiva

BK-: Baciloscopia Negativa

DOTS: Directly Observed Treatment Short-course/Estrategia de tratamiento acortado directamente observado.

DR: Drogo resistente

E: Etambutol

E1: Esquema UNO de tratamiento antituberculoso

E2: Esquema DOS de tratamiento antituberculoso

Eto: Ethionamida

Km: Kanamicina

PVVS: Personas viviendo con VIH/SIDA

RAM: Reacciones Adversas a los Medicamentos

S: Estreptomicina

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SR: Sintomático Respiratorio

TB: Tuberculosis

TBPBK +: Tuberculosis Pulmonar BK+

TBPBK-c-: Tuberculosis Pulmonar BK-Cultivo-

TBPBK-C+: Tuberculosis Pulmonar BK – Cultivo Positivo

TBEP: Tuberculosis Extra pulmonar

TB DR: Tuberculosis Drogo resistente

TPI: Terapia Preventiva con Isoniacida

ANEXO 1



ANEXO 2

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| FECHA | ETAPAS | DESCRIPCIÓN |
|--|-----------------|--|
| 17/10/2016 al 17/11/2016 | INICIAL | Recepción del trabajo de Titulación y Asignación de Estudiantes |
| | | Revisión y Corrección del Tema |
| | | Revisión del planteamiento del problema |
| | | Revisión de las preguntas de investigación |
| | | Introducción |
| | | Justificación |
| | | Objetivos: General y Específicos |
| | | Fundamentación Conceptual |
| 17/11/2016 al 16/12/2016 | Intermedia | Metodología de Estudio; Operacionalización de Variables |
| | | Recolección de Datos |
| | | Análisis y Presentación de Resultados |
| 16/12/2016 al 13/01/2017 | Semi - Final | Conclusiones y Recomendaciones |
| | | Referencias Bibliográficas |
| 15/02/2017 al 20/02/2017 | | Anexos |
| Primer Borrador anillado entregar a la Carrera | | |
| 21/02/2017 al 01/03/2017 | Final | Semana para la Elaboración del Informe final del docente - tutor |
| 02/03/2017 al 08/03/2017 | | Semanas de Revisión : OPONENCIAS |
| 09/03/2017 al 22/03/2017 | | Revisión de por pares: TUTOR y OPONENTE |
| | | Exposición de trabajos de Investigación |

ANEXO 3

FOTO 1



Fuente: centro de salud N° 8 MSP

Elaborado: Isabel Farez y Viviana Correa

Foto N° 2



Fuente: centro de salud N° 8 MSP

Elaborado: Isabel Farez y Viviana Correa

Foto N° 3



Fuente: centro de salud N° 8 MSP

Elaborado: Isabel Farez y Viviana Correa

Foto N° 4



Fuente: centro de salud N° 8 MSP

Elaborado: Isabel Farez y Viviana Correa

Foto N° 5



Fuente: centro de salud N° 8 MSP

Elaborado: Isabel Farez y Viviana Correa

Foto N° 6



Fuente: centro de salud N° 8 MSP

Elaborado: Isabel Farez y Viviana Correa

Foto N° 7



Fuente: centro de salud N° 8 MSP

Elaborado: Isabel Farez y Viviana Correa

Foto N° 8



Fuente: centro de salud N° 8 MSP

Elaborado: Isabel Farez y Viviana Correa



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

CARACTERIACIÓN EPIDEMIOLOGICA DE LA TUBERCULOSIS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A UN SUBCENTRO DE SALUD DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL

DETERMINAR LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS

La siguiente encuesta se realiza con la finalidad de recolectar datos
para UN ESTUDIO PREBIO A OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

MARQUE CON UN X DE ACUERDO A SU COMPRENSIÓN CORRECTA

1. A QUE SEXO PERTENECE

MUJER HOMBRE

2. ¿QUE GRUPO DE EDAD SE ENCUENTRA?

MENOR DE 18 AÑOS 25-40 AÑOS
18 A 25 AÑOS MAYOR DE 40 AÑOS

3. ¿CUAL ES SU ESTADO CIVIL?

SOLTERO (A) CASADO(A) UNION LIBRE
VIUDO (A) DIVORCIADO (A)

4. NIVEL EDUCATIVO:

ANALFABETO PRIMARIA
SECUNDARIA SUPERIOR

5. OCUPACION

DESEMPLEO

ESTUDIANTE

EMPLEADO (A)

TRABAJO INDEPENDIENTE

6. ¿EN QUE FASE DEL TRATAMIENTO SE ENCUENTRA?

FASE I

FASE II

7. ¿CONSUME BEBIDAS ALCHOLICAS?

SI

NO

8. ¿CUÁNDO USTED TOMA EL MEDICAMENTO DE ACUERDO A LA INDICACION MEDICA, QUE SIGNOS Y SINTOMAS PRESENTA?

NAUSEAS

VOMITO

DISMINUCION DEL PESO

FALTA DE APETITO

9. ¿Cuál es su peso?

40 – 50 KG

60 - 80 KG

50 - 60 KG

10. A través de que prueba o examen le diagnosticaron la tuberculosis

RADIOGRAFIA

GENEXPERT

BACILOSCOPIA

OTRO _____

11. ¿Qué tipo de tuberculosis le fue diagnosticado?

Pulmonar

Extra pulmonar

MDR

12. ¿Qué tiempo lleva tomando el tratamiento?

Meses

De 1 año a 2

13. ¿Qué otra patología padece?

Hipertensión

VIH

Diabetes

OTRO _____

14. ¿Reside dentro de la ciudad o fuera?

Sí

No

15. El personal médico le brinda educación o información acerca de la enfermedad y controles médicos

Sí

No



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

Yo, Correa Pontón, Viviana Lucrecia con C.C: # 0704653864 y Farez Tapia, María Isabel con C.C: # 0922029343 autoras del trabajo de titulación: Caracterización epidemiológica de los pacientes con tuberculosis que acuden a un centro de salud de la ciudad de Guayaquil previo a la obtención del título de Licenciatura en Enfermería en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.-Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregara la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.-Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 13 de marzo del 2017

f. _____
Correa Pontón, Viviana Lucrecia
C.C: # 0704653864

f. _____
Farez Tapia, María Isabel
C.C: # 0922029343



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

| REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA | | | |
|--|---|---|----|
| FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN | | | |
| TÍTULO Y SUBTÍTULO: | Caracterización epidemiológica de los pacientes con tuberculosis que acuden a un centro de salud de la ciudad de Guayaquil. | | |
| AUTOR(ES) (apellidos/nombres): | Farez Tapia, María Isabel Correa Pontón, Viviana Lucrecia | | |
| REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres): | Lcda. Erazo Freire, Rosario Mgs. Lcda. Mendoza Vences, Ángela Ovidia Mgs. | | |
| INSTITUCIÓN: | Universidad Católica de Santiago de Guayaquil | | |
| FACULTAD: | Facultad de Ciencias Médicas | | |
| CARRERA: | Enfermería | | |
| TÍTULO OBTENIDO: | Licenciatura en Enfermería | | |
| FECHA DE PUBLICACIÓN: | 13 de marzo de 2017 | No. DE PÁGINAS: | 74 |
| ÁREAS TEMÁTICAS: | Promoción de Salud | | |
| PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS: | Caracterización, tuberculosis, infección, bacilo de Koch. Characterization, tuberculosis, infection, Koch's bacillus. | | |
| RESUMEN/ABSTRACT(150-250 palabras): | | | |
| <p>La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, que se caracteriza por un periodo de latencia, que corresponden aproximadamente a la tercera parte de la población que corresponde a tuberculosis latente, estos usuarios están infectados por el bacilo de Koch, pero no han enfermado, ni han podido transmitir esta enfermedad. Como objetivo general se planteó determinar las características epidemiológicas en usuarios con tuberculosis en un Centro de Salud de la ciudad de Guayaquil. En Materiales y Métodos se realizó un estudio descriptivo a 53 usuarios desde octubre del 2016 a febrero del 2017 en el Centro de Salud Sauces 3; los principales resultados: patologías asociadas con un 32% VIH, la mayoría de los usuarios con 89% fueron diagnosticadas mediante baciloscopia; 47% de los usuarios reciben tratamiento de fase 2, seguido con un 34% en fase 1 y los usuarios MDR con un 19%; dentro de las características demográficas el 68% corresponden al sexo masculino, estado civil 42 % en unión libre, el 36% corresponde a usuarios mayores de 40 años, respecto a su nivel de estudio el 38 % a terminado la secundaria, el 38% tiene empleo, un 39% presenta peso normal, 8% obesidad, 3% desnutrición. Como conclusiones la tuberculosis pulmonar se presentó con mayor frecuencia en usuarios de sexo masculino, mayores de 40 años, también se pudo determinar que las enfermedades crónicas como VIH y Diabetes son las comorbilidades más destacadas.</p> | | | |
| ADJUNTO PDF: | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| CONTACTO CON AUTOR/ES: | Teléfono: 0996174809 0996146331 | E-mail: vivianlu-93@hotmail.com lsafar08@hotmail.com | |
| CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN: | Nombre: Holguín Jiménez, Martha Lorena Teléfono: 0993142597 E-mail: martha.holguin01@ucsg.edu.ec | | |
| SECCIÓN PARA USODE BIBLIOTECA | | | |
| Nº. DE REGISTRO (en base a datos): | | | |
| Nº. DE CLASIFICACIÓN: | | | |
| DIRECCIÓN URL (tesis en la web): | | | |

