CERTIFICACIÓN

Lcda.
Gina Monteros

CERTIFICA:

Que la presente tesis titulada:FACTORES RELACIONADOS CON EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN LAS ÁREAS DE SALUD DE LA CIUDAD DE LOJA, elaborada por la Srta. Carmen Nataly Plaza Faicán ha sido desarrollada, corregida y orientada bajo mi dirección, por lo tanto faculto a la autora para su presentación, disertación y defensa.

Loja, Junio 2013

Muy atentamente,

Lcda. Mg. Gina Monteros
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Carmen Nataly Plaza Faicán declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la población de mi tesis en el Repositorio Institucional Biblioteca Virtual.

Autora: Carmen Nataly Plaza Faicán

Firma:

Cédula: 1104994296

Fecha: 23 de Septiembre de 2013

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo, Carmen Nataly Plaza Faicán, declaro ser autora de la tesis titulada: **"FACTORES RELACIONADOS CON EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN LAS ÁREAS DE SALUD DE LA CIUDAD DE LOJA**", como requisito para optar al grado de Licenciada en Enfermería; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la reproducción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para la constancia de esta autorización en la ciudad de Loja, a los 23díasdel mes de Septiembre de 2013, firma la autora.

Autora: Carmen NatalyPlaza Faicán
Cédula:1104994296
Correo electrónico:natyc1988@hotmail.com
Dirección domiciliaria: ParroquiaEl Valle, Barrio Chinguilanchi

DATOS COMPLEMENTARIOS
Directora de tesis: Lcda. Mg. Gina Monteros
Tribunal de tesis: Lcda. Mg. Estrellita Arciniegas
Lcda. Mg. Grace Cambizaca
Lcda. Mg. Beatriz Cobos

DEDICATORIA

A Dios

Por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres

Por darme la vida, por entregarme su amor, comprensión y esfuerzo, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien yculminar esta etapa profesional.

A mis hermanos

Gracias por estar conmigo y apoyarme siempre, los quiero mucho.

A mis tíos

Rosa y Alfredo, a quienes quiero como a unos padres, por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar dispuestos a escucharme y ayudarme en cualquier momento.

A mi familia y amigas por el apoyo brindado durante todo este tiempo.

Carmen Nataly Plaza Faicán

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por mantenerme en este mundo y por las bendiciones brindadas durante el lapso de mi vida, y en el desarrollo de la presente tesis.

A la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana y Carrera de Enfermería

Por crear en mi un profesional con formación ética, científica y técnica, abierta a todas las corrientes del pensamiento e interacción con la comunidad.

A los docentes de la Carrera de Enfermería

Por las enseñanzas brindadas en la vida universitaria, especialmente a la Lcda. Gina Monteros por la grata asesoría en el desarrollo de mi tesis.

Finalmente a todas las personas que estuvieron presentes durante mi formación universitaria, en la que hemos compartido momentos de alegría.

Carmen Nataly Plaza Faicán

TÍTULO

FACTORES RELACIONADOS CON EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN LAS ÁREAS DE SALUD DE LA CIUDAD DE LOJA

RESUMEN

La tuberculosis es causada por el *Mycobacterium tuberculosis,*considerándose como la segunda causa mundial de mortalidad por enfermedades infecciosas en adultos, ocasionando 1,9 millones de muertes cada año.

El abandono del tratamiento antituberculoso es una de la principal causa de recaídas y de surgimiento de cepas resistentes. En el presente estudio de tipo descriptivo realizado en las Áreas de Salud Nº 1,2 y 3 de la zona urbana de la Ciudad de Loja, donde se identificó los casos de abandono de TB durante el periodo de enero 2012 a mayo 2013, determinando 50 casos de Tuberculosis Pulmonar representado por el 46%; presentándose mayor número de casos en el Área de Salud N°2 con el 42.1%.

Del total de pacientes con Tuberculosis Pulmonar, 19 personas abandonaron el tratamiento antifímico (38%); existiendo incidencia en el Área de Salud N° 2 y en el sexo masculino en la edad de 41 a 60 años (31.6%); además los pacientes con TB abandonaron el tratamiento en la primera fase (63,2%), entre 2 a 6 meses.

Los factores desencadenantes al abandono de la terapéutica para el control de la Tuberculosis sobresalieron: poca accesibilidad al Subcentro de Salud con el 73,6%, falta de recursos económicos 68,4%, falta de apoyo familiar 57,9%, falta de información acerca de la enfermedad 47,4%, efectos adversos a los medicamentos 42,1%, presentándose sintomatología como nauseas, cefalea, molestias digestivas, falta de apoyo laboral 36,8%, problemas de alcohol 31,6%, multidrogoresistencia 26,3%, analfabetismo y presencia de otras enfermedades 10,5% respectivamente.

Palabras claves: Tuberculosis pulmonar, factores predisponentes al abandono del tratamiento

SUMMARY

Tuberculosis is caused by Mycobacterium tuberculosis, considered as the second global cause of mortality from infectious diseases in adults, causing 1.9 million deaths each year.

The abandonment of the TB treatment is one of the main cause of relapses and the emergence of resistant strains. In this descriptive study conducted in the areas of health no. 1,2 and 3 of the urban area of the city of Loja, where they identified cases of neglect of TB during the period from January 2012 to May 2013, identifying 50 cases of pulmonary tuberculosis represented by 46 %; appearing greater number of cases in the health area No. 2 with 42.1 %.

Of the total number of patients with pulmonary tuberculosis, 19 people left the antituberculous treatment (38 %); still incidence in the health area No. 2 and in males at the age of 41 to 60 years (31.6 %); in addition, patients with TB discontinued treatment in the first phase (63.2 %) in the months of 2 to 6 months.

The precipitating factors in the abandonment of the therapy for the control of tuberculosis stood out:Little accessibility to health of subcentre with 73.6 %, lack of economic resources 68.4 %, lack of family support 57.9 %, lack of information about the disease 47.4 %, adverse effects to the drugs 42.1 %, presenting symptoms such as nausea, headache, digestive disturbances, lack of labor support 36.8 %, alcohol problems 31.6 %, multidrug resistance was present 26.3 %, illiteracy and presence of other diseases 10.5% respectively.

Key Words: pulmonary tuberculosis, predisposing factors in the abandonment of the treatment.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una infección producida por el Mycobacterium tuberculosis, también llamado Bacilo de Koch, caracterizada por la formación de granulomas, localizados principalmente en los pulmones, pero pueden afectar a cualquier órgano del cuerpo. Las personas se contagian por vía respiratoria donde la capacidad de infección del enfermo depende de la cantidad de bacilos que expulse con sus secreciones respiratorias.[1]

Es la enfermedad más antigua que ha padecido el hombre y la que continúa siendo la infección humana que mayor número de enfermos y muertes ha ocasionado; actualmente es uno de los problemasde salud pública de mayor gravedad en el mundo.Se estima que 8,7millones de personas desarrollaron la enfermedad en el 2011 y 1,4 millones fallecieron.[2]

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), informa que el año 2011 existió mayor número de casos de Tuberculosis; en Asia el 60% son casos nuevos y el 80% de casos se presentaron en 22 países, existiendo descenso considerable de casos en Brasil y China.[3]

En Ecuador en el año 2009, la tasa de prevalencia notificada de tuberculosis de todas las formas fue 35,5 por 100,000 habitantes y la tasa de incidencia fue de 30,2 por 100,000 habitantes. El mayor número de casos en el país se concentró en la provincia de Guayas con el 48,25% de los casos nuevos de todas las formas de TB y el 50,18% de los casos nuevos de TBP BK+, seguida por las provincias Sucumbíos, Los Ríos, Esmeraldas, El Oro y la provincia de Carchi. [4]

En Loja, en el año 2012 según datos estadísticos del Instituto de Medicina e Higiene Tropical “Izquieta Pérez”, informó que en este año se realizaron 11.200 baciloscopías de los cuales se presentaron 48 casos de Tuberculosis y 7

[1]Harrison, T. Principios de Medicina Interna; Edición 16ª, Mc Graw-Hill Interamericana, México 2006. (1):1062.
[2]OMS. Tuberculosis. Control mundial de la tuberculosis - Informe OMS 2012
[3]Organización mundial de la Salud. Datos y cifras de la Tuberculosis. Nota descriptiva Nº 104, marzo 2013
[4] Indicadores Epidemiológicos de la Tuberculosis en el Ecuador. Tendencia de la Prevalencia y la Incidencia de Tuberculosis. Ecuador 2000-2009. Disponible en: http://pctecuador.blogspot.com/2011/03/indicadores-epidemiologicos-ecuador.html

confirmados con cultivo bacteriano, 6 en muestras pulmonares y 1 en muestra extrapulmonar. [5]

En el 2006 se inició la implementación y posterior expansión de la estrategia DOTS/TAES, prácticamente alcanzándose una cobertura del 78% de la población de las Américas". Sin embargo, pese a los esfuerzos realizados en los últimos años, la tuberculosis sigue produciendo sufrimiento humano y pérdidas económicas, por lo que la OMS en los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el 2015, pretende el acceso universal a todas las personas infectadas con tuberculosis al diagnóstico, tratamiento y atención sanitaria, así como reducir la carga de enfermedad y mortalidad, con el apoyo de los programas de salud DOTS/TAES que garantiza la curación de la mayoría de los pacientes y la reducción de riesgo de enfermar a la comunidad.[6]

Dado el importante subregistro de casos, la verdadera extensión de la epidemia de tuberculosis, los programas de intervención por parte de las instituciones mundiales, gubernamentales y locales, las cifras de abandono del tratamiento crecen inmensurablemente. La OMS considera que el abandono del tratamiento es el "incumplimiento del régimen farmacoterapéutico por parte del paciente, en un período mayor de dos meses e indefinido".[6]

El Ministerio de Salud Pública en el 2010 informó que las tasas de abandono de tratamiento de la tuberculosis con drogo-resistencia se presentó del 23% al 26%, pero con la implementación del incentivo económico, se redujo a un 12%.[7]

Por consiguiente y debido a que la tuberculosis continua siendo un problema de salud pública, este trabajo investigativo se encaminó a determinar el número de casos de Tuberculosis, la frecuencia de abandono y los factores relacionados con el abandono del tratamiento antifímico en pacientes atendidos en las Áreas de Salud N°1, 2 y 3 de la ciudad de Loja; a fin de que las personas

[5] Estadísticas anuales de Tuberculosis por el Instituto de Higiene y Medicina Tropical "Leopoldo Izquieta Pérez" 2012
[6] Guía de enfermería para la implementación y expansión de la estrategia DOTS/TAES. Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias 2012
[7] OPS/OMS, Tuberculosis epidemiologia. México 2012. Vol. 16: 134-135.

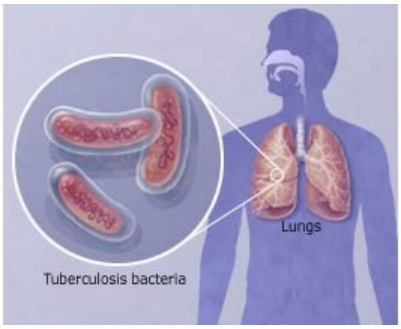
infectadas con esta enfermedad sean valoradas por el médico tratante y reciban el tratamiento farmacológico para la Tuberculosis, además de seguimiento apropiado para de esta manera evitar la propagación, el abandono de la terapéutica, mejoren su calidad de vida y se reintegren al círculo social en sus labores cotidianas.

En el desarrollo de este trabajo investigativo, se revisaron los libros de registro y seguimiento de casos de Tuberculosis de cada Área de Salud, donde se contabilizaron los pacientes diagnosticados con TB y que abandonaron el tratamiento, a éstos últimos, se les aplicó una encuesta para identificar los factores asociados al abandono de la terapéutica.

Finalmente se concluye que es necesario enfatizar las campañas educativas y de concientización a la población ecuatoriana con el propósito de disminuir las cifras de morbi-mortalidad causadas por esta enfermedad.

REVISIÓN DE LITERATURA

TUBERCULOSIS



La tuberculosis es una infección producida por el Mycobacterium tuberculosis, también llamado Bacilo de Koch, en honor a su descubridor. Se trata de una enfermedad de localización preferentemente pulmonar, pero que no solo afecta al pulmón propiamente dicho sino que afecta también a los ganglios hiliares vecinos, a los bronquios y a la pleura. Además de ello, también existen formas de tuberculosis que afectan a otros órganos, como cerebro y meninges, hueso, hígado, riñón, piel, etc.[1]

CUADRO CLÍNICO

Tuberculosis pulmonar.- Es la más frecuente y la más contagiosa de las formas de tuberculosis, representa alrededor del 80 al 85%del total de los casos.

Se presenta con signos respiratorios como "tos seca o productiva, expectoración con o sin hemoptisis, dolor torácico y síntomas generales: anorexia, astenia, adinamia, sudoración nocturna, pérdida de peso y a veces fiebre prolongada"[8].

Según Farreras, se describen dos formas de tuberculosis pulmonar, la primaria y la post primaria o del adulto.

Tuberculosis primaria.-Es la que afecta a individuos que nunca han estado expuestos a la tuberculosis, en la mayoría de los casos pasa inadvertida y solo es detectada por la positividad de la tuberculina y presenta anomalías radiológicas.

[8]Ministerio de Salud de la Nación. Guía para el equipo de salud; Edición 3era, Cdad. Autónoma de Bs.As.Argentina, 2009:6

Tuberculosis pulmonar post primaria o del adulto.- conocida también como de reactivación, incide básicamente en los adultos y es debida a la reactivación endógena de lesiones primarias antiguas, aunque actualmente se ha demostrado que un porcentaje de pacientes HIV positivos, e incluso de HIV negativos, también pueden sufrir reinfección exógena a pesar de haber padecido ya una TBC, (tuberculosis) si se exponen a una fuente de infección muy contagiosa[9].

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de tuberculosis implica la identificación del agente causal en muestras de secreciones orgánicas y tejidos.

En nuestro país por tener alta prevalencia de tuberculosis se utiliza la baciloscopía o examen microscópico de esputo como la principal herramienta para el diagnóstico de tuberculosis y control del tratamiento.

Las técnicas disponibles para el diagnóstico de tuberculosis son:

• **La bacteriología.-** El examen baciloscópico directo es la técnica de confirmación más práctica, sencilla y rápida, y puede confirmar entre el 65% y el 80% de los casos de tuberculosis.

Para el reporte de resultados por baciloscopía, se informa el número de bacilos encontrados en relación al grado de infección del paciente así como la severidad de la enfermedad. Según la organización panamericana de la salud, Organización de la salud y el instituto nacional de higiene y medicina tropical

"Leopoldo IzquietaPeréz" recomienda la siguiente escala de resultados:

(-) Negativo:	no se encuentra BAAR en 100/C
Numero de BAAR encontrados	1 a 9 BAAR en 100/C
(+) Positivo	10 a 99 en 100/C
(++) Positivo	1 a 10 en 50/C
(+++) Positivo	más de 10 en 20/C

[9]Farreras, R. Medicina Interna; Edición 16ª, El Sevier España, S.A 2008. (2):2324-2325.

Resultados de diagnóstico de la tuberculosis del PCT, se recomienda tomar en cuenta la historia clínica del paciente y antecedente epidemiológico, haciendo una correlación clínica bacteriológica del caso.[10]

• **La radiología.-** Es un elemento complementario para el diagnóstico de tuberculosis, porque es poco específica ya que las imágenes radiológicas que produce la tuberculosis pueden ser producidas por otras patologías respiratorias y enfermedades sistémicas.

• **La reacción de PPD**.- La reacción a la tuberculina es de poca ayuda diagnóstica, ya que diagnostica infección y no enfermedad[11].

TRATAMIENTO

La 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 estreptomicina.

El tratamiento farmacológico consiste en:

- Una fase inicial o primera fase que dura aproximadamente 2 o 3 meses (50 a 75 dosis), en la que los medicamentos se administraran en forma diaria; por 5 días a la semana en establecimientos ambulatorios y 7 días a la semana en hospitalización, para reducir rápidamente la carga bacilar.
- Una fase de consolidación o segunda fase, de cuatro o cinco meses (50 a 60 dosis), en la que los medicamentos se administraran tres días a la semana en forma intermitente, para la eliminación de los bacilos y esterilización de las lesiones.

[10] MSP. Manual de Normas técnicas y procedimientos para el diagnóstico de la tuberculosis por microscopia directa. 4ta edición. Ecuador 2006

[11] OMS, Enfermedades Infecciosas Tuberculosis. ; Edición 3era, Cdad. Autónoma de Bs.As, Argentina, 2009:7-9.disponible en: www.msal.gov.a/pdf. *Consultado 18 de febrero 2013.*

Consideraciones especiales

Para que el tratamiento tenga el efecto deseado se considera:

- Una combinación correcta de 4 o 5 medicamentos antituberculosos de acuerdo al esquema, con las dosis correctas prescritas.
- Administración observada por parte del personal de salud o cualquier actor social comprometido de todas las dosis de medicamentos.
- Si el paciente no asiste a la toma de medicamento, el personal de salud o el agente comunitario de salud procederá a realizar la visita domiciliaria dentro de las 48 horas siguientes para que este continúe con el tratamiento.
- La hospitalización por tuberculosis se limitará exclusivamente a pacientes con formas clínicamente graves o complicación de la enfermedad tales como: insuficiencia respiratoria aguda, hemoptisis masiva, neumotórax espontaneo y reacciones adversas graves a fármacos antituberculosos.

Objetivos del tratamiento antituberculoso

- ✓ Proporcionar tratamiento gratuito y observado a todos los pacientes diagnosticados con TB.
- ✓ Cortar la cadena de transmisión de la enfermedad.
- ✓ Evitar las recaídas.
- ✓ Prevenir las complicaciones y muertes.
- ✓ Evitar la resistencia a medicamentos antituberculoso.

ESQUEMAS DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO

La identificación de diferentes categorías de casos conduce a la utilización de esquemas terapéuticos estandarizados distintos como se explica en los siguientes cuadros:

ESQUEMA UNO: 2HRZE/4H_3R_3

Tratamiento antituberculoso a dosis no fijas.

Esquema uno: 2HRZE/4H_3R_3 para pacientes con 50 Kg y más de peso

Duración: 6 meses (100 dosis)

Fases	Duración	Frecuencia	Medicamentos y dosis	Total por paciente
1ª	50 dosis 2 meses	Diario: 5 días por semana	Isoniacida + Rifampicina 2 tabletas* Pirazinamida x 500 mg 3 tabletas Etambutol x 400 mg 3 tabletas	H x 150 mg + R x 300 mg= 200 tab. H x 100 mg= 150 tab. Z x 500 mg= 150 tab. E x 400 mg= 150 tab.
2ª	50 dosis 4 meses	3 días por semana	Isoniacida+ Rifampicina 2 tabletas* Isoniacida x 100 mg 3 tabletas	

Leyenda: Rifampicina (R); Isoniacida (H); Pirazinamida (Z); Etambutol (E); Estreptomicina (S)

* Tabletas combinadas de isoniacida + rifampicina en una sola tableta.

ESQUEMA DOS: 2HRZES/1 HRZE/5$H_3R_3E_3$

Tratamiento antituberculoso a dosis no fijas

Esquema dos: 2HRZES/1HRZE/5$H_3R_3E_3$ para pacientes con 50 Kg y más de peso

Duración: 8 meses (135 dosis)

Fases	Duración	Frecuencia	Medicamentos y dosis	Total por paciente
1ª	50 dosis 2 meses	Diario: 5 días por semana	Isoniacida + Rifampicina 2 tabletas* Pirazinamida x 500 mg 3 tabletas Etambutol x 400 mg 3 tabletas Estreptomicina 1g	H x 150 mg + R x 300 mg= 270 tab. H x 100 mg= 180 tab.

	25 dosis 1 mes	Diario: 5 por semana	Isoniacida + Rifampicina 2 tabletas* Pirazinamida x 500 mg 3 tabletas Etambutol x 400 mg 3 tabletas	Z x 500 mg= 225 tab. E x 400 mg= 450 tab. S x 1 g= 50 amp.
2ª	50 dosis 4 meses	3 días por semana	Isoniacida+ Rifampicina 2 tabletas* Isoniacida x 100 mg 3 tabletas Etambutol x 400 mg 3 tabletas	

Leyenda: Rifampicina (R); Isoniacida (H); Pirazinamida (Z); Etambutol (E); Estreptomicina (S)
* Tabletas combinadas de isoniacida + rifampicina en una sola tableta.

Nota: Los pacientes que tienen otras enfermedades concomitantes y reciben tratamiento con antidiabéticos orales, anticonvulsivantes, anticoagulantes, antirretrovirales, teofilina, bloqueadores beta y de los canales de calcio, deben ser tratados con los esquemas estandarizados de tratamiento antituberculoso.[12]

DEFINICIONES DE LA TUBERCULOSIS

Caso de TB: Toda persona a la que se le diagnostica TB, con o sinconfirmación bacteriológica, y a quien se decide indicar oadministrar un tratamiento antituberculoso.

Por la localización y bacteriología:

TB Pulmonar, con baciloscopía de esputo positiva (TB PBK+): Dos o más exámenes de baciloscopía positivos, ó Un examen positivo de baciloscopía más anormalidades radiográficascompatibles con TB pulmonar activa, de acuerdo a lo determinadopor un clínico, ó Una baciloscopía positiva más el cultivo positivode esputo.

[12]MSP. Manual de normas y procedimientos para el control de la tuberculosis. 2da edición. Ecuador. 2010 págs. 64-76

TB Pulmonar, con baciloscopía negativa (TB P BK-): Por lo menos tres muestras de BK negativos y anormalidadesradiográficas compatibles con TB pulmonar activa; ningunarespuesta a un curso de los antibióticos de amplio espectro, y ladecisión de un clínico de tratar el caso con un esquema completode quimioterapia antituberculosa.

TB Extrapulmonar (TB EP): Es la TB de los órganos diferentes de los pulmones: por ejemplo,la pleura, los ganglios linfáticos, el aparato genitourinario, la piel,las articulaciones y los huesos, las meninges, etc. El diagnósticodebe basarse en un espécimen con cultivo positivo, o fuertesevidencias clínicas histológicas compatibles con TB EP activa,seguido de una decisión por un clínico de tratar el enfermo con unesquema completo de quimioterapia antituberculosa. (Un pacienteque presenta TB Pulmonar y Extrapulmonar, debe clasificarse comoun caso de TB Pulmonar).

Categorías de pacientes para el registro al inicio del tratamiento:

Nuevo: Paciente que nunca recibió tratamiento antituberculoso o sólo lorecibió por menos de cuatro semanas.

Recaída: Paciente previamente tratado por TB, que ha sido declarado curadoo tratamiento terminado y se diagnóstica con bacteriología positiva(baciloscopía o cultivo).

Fracaso: Paciente que presenta persistencia o reaparición de bacteriología positiva a partir del 4^{to}mes o al término de tratamiento (deacuerdo a normas nacionales vigentes). Se debe confirmar elfracaso terapéutico por medio del cultivo.

Abandono: Paciente que, habiendo interrumpido el tratamiento durante unoo más meses, reingresa al servicio de salud y presenta esputopositivo (a veces la baciloscopía es negativa, pero existe una TBactiva según criterios clínicos y radiológicos).

Crónico: Paciente que fracasa a un régimen OMS de retratamientorigurosamente supervisado. Los casos crónicos han recibidopor lo menos dos ciclos de quimioterapia y a veces más de dosciclos (completos o incompletos).

.**Resultados de tratamiento para los pacientes con TB Pulmonarcon baciloscopía positiva:**

Curado: Paciente que terminó el esquema de tratamiento indicado deacuerdo su condición de ingreso y sale de alta con BK (neg) en elúltimo mes de tratamiento y en al menos una ocasión anterior.

Tratamiento terminado: Paciente que termino el esquema de tratamiento acortado deacuerdo su condición de ingreso y sale de alta, sin baciloscopíaen el último mes de tratamiento.

Abandono: Paciente que no acude a recibir tratamiento por más de 30 díasconsecutivos.

Fallecido: Paciente que muere por cualquier causa durante el tratamiento.[6]

FACTORES RELACIONADOS CON EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIFIMICO

El abandono del tratamiento antituberculoso se asocia a mayor contagio, resistencia antibiótica, aumento de costes y muerte. Entre las causas y factores que predisponen a los pacientes a abandonar el tratamiento para Tuberculosis se consideran:

- ✓ **Efectos adversos de fármacos**

  La mayoría de los pacientes terminan su tratamiento antituberculoso sin sufrir ningún efecto adverso. Sin embargo, teniendo en cuenta que algunos pacientes pueden padecer estos efectos, es importante vigilar clínicamente a todos los pacientes con TB durante su tratamiento.

Los efectos adversos que pueden provocar los fármacos son:

Leves: anorexia, nauseas, dolor abdominal, molestias gastrointestinales, dolor articular, sensación de dolor, prurito.

Importantes: erupción cutánea, hipoacusia, mareos, ictericia, vómitos persistentes, pérdida de agudeza visual, purpura, insuficiencia renal aguda.

Cuando estos signos aparezcan es necesario que el paciente suspenda la medicación, realizar pruebas hepáticas, tiempo de protrombina y hospitalizar al paciente de urgencia.[13]

- ✓ **Falta de información sobre la enfermedad**

La población al carecer de información sobre la Tuberculosis, crecen los casos de TB, ya que un paciente sin tratamiento puede infectar a una persona sana por mes; la falta de información incluye la poca cantidad de notificaciones o subregistro de la enfermedad, pero también la ausencia de diagnóstico adecuado, de campañas de información a la población y de capacitación médica en la enfermedad. Además las instituciones de salud privadas no notifican los casos nuevos de TB que van detectando, esto justamente ayudaría a las autoridades gubernamentales y de salud a diseñar, corregir estrategias o políticas de salud a fin de prevenir, identificar y tratar adecuadamente la enfermedad y que el paciente conozca cómo se contagia y que produce esta enfermedad, por ser una infección de fácil contagio al estornudar o hablar.[14]

- ✓ **Falta de apoyo familiar y laboral**

[13] García, J. Manejo de los efectos adversos del tratamiento antituberculoso. Guías Clínicas de la Sociedad Gallega de Medicina Interna. 2007

[14] Fabiola, C. Crecen los casos de tuberculosis por que "falta información", marzo 2008. Disponible en http://www.lanacion.com.ar/996586-crecen-los-casos-de-tuberculosis-porque-falta-informacion

Es evidente que el apoyo familiar repercute en la manera en que los enfermos acepten la enfermedad y se adaptan a ella hasta conseguir su curación completa, tanto las personas enfermas como sus familiares le dan gran importancia al apoyo familiar, lo refieren como la disponibilidad de la familia para escuchar a los enfermos, tenerles paciencia, atender sus demandas, y refieren algunos de los beneficios que brinda el apoyo familiar como son el proporcionar seguridad, consuelo, tranquilidad y disponibilidad para cuando se requiere ayuda. Particularmente los compañeros en el trabajo deben mantener el equilibrio emocional favoreciendo el apego a la terapéutica y por consiguiente favorece el control de su enfermedad.

✓ **Falta de recursos económicos e indisponibilidad de tiempo para acudir al control médico, a la unidad de salud.**

El nivel socioeconómico de los pacientes que acuden con signos y síntomas de TB a hospitales y áreas de salud pública está claramente relacionado con la terminación prematura del tratamiento o pérdida de citas e incumplimiento parcial al tratamiento; ya sea por no contar con dinero para acudir al Subcentro de salud a tomar la dosis de tratamiento o por vivir en un lugar con poca accesibilidad.[8]

Los pacientes con TB, que viven en sector rural y urbano marginal, abandonan fácilmente el tratamiento por vivir en hacinamiento de las viviendas, insalubridad y condiciones climáticas especialmente en el invierno permiten el aumento del contagio de estas patologías.[15]

✓ **Problemas de alcoholismo**

Las personas alcohólicas así como tienen riesgo de contagiarse también pueden abandonar el tratamiento de TB, una vez infectados; debido a

[15] Moran, E. Tuberculosis. Facultad de Estomatología. Ciudad de La Habana, Rev Cubana Estomatol 2009;38(1):33-51

los mecanismos inmunitarios que son afectados por el alcohol, toman resistencia a la tuberculosis.[16]

- ✓ **Multidrogorresistencia y presencia de otras enfermedades**

Este es un factor coadyuvante al abandono de la tuberculosis, donde la principal causa es la resistencia de la cepa bacteriana causante de la enfermedad, originada en un paciente que adquirió la resistencia por un tratamiento inadecuado, además de la edad del paciente, historia previa de la tuberculosis con tratamiento irregular (abandono y tratamientos prolongados), algunos factores dependen de la biología humana, como presencia de enfermedades crónicas en el individuo (diabetes mellitus), considerando además el tiempo de enfermedad hasta el inicio del tratamiento.[17]

[16] Pauso, H. Factores personales, sociales y económicos que influyen en la prevalencia de tuberculosis pulmonar. Disponible en: http://www.monografias.com/trabajos93/factores-prevalencia-tuberculosis-pulmonar/factores-prevalencia-tuberculosis-pulmonar.shtml#ixzz2eDbMVQtE

[17] Andrade, I. Pacientes tuberculosos multidrogo resistentes. Abril 2013

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

El presente trabajo fue de tipo descriptivo, ya que se dirigió a determinar los factores relacionados con el abandono del tratamiento antifímico en pacientes diagnosticados con tuberculosis en las Áreas de Salud de la ciudad de Loja, en el periodo enero 2012-mayo 2013.

Área de estudio

Unidades operativas de salud urbanas de la ciudad de Loja.

Área de Salud N° 1: Chontacruz, Miraflores, Obrapía, Tierras Coloradas.

Área de Salud N° 2: Daniel Álvarez, Héroes del Cenepa, La Pradera, Zamora Huayco.

Área de Salud N° 3: San Cayetano, Motupe, Consacola, Belén, Carigán.

Universo

50 Pacientes con Tuberculosis Pulmonar, diagnosticados en el periodo enero 2012-mayo 2013.

Muestra

19 Pacientes que abandonaron la terapéutica para la Tuberculosis durante las etapas del tratamiento**.**

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las técnicas utilizadas fueron:

- Revisión de los libros de registro y seguimiento de casos de tuberculosis, que reposan en las unidades operativas de salud.
- Revisión de la historia clínica de los pacientes para tomar información relativa al nombre, edad, sexo y diagnóstico.

- Tarjetas de control del tratamiento a fin de verificar la regularidad en el cumplimiento dela terapéutica.

- Registro de pacientes.

- Encuesta, formulada con preguntas sobre los datos generales de los pacientes y factores relacionados con el abandono del tratamiento antifímico.

Procedimiento

La presente investigación se realizó cumpliendo los siguientes procedimientos:

- Se presentó una solicitud a los Directores de las Áreas de Salud Nº 1, 2 y 3 de la ciudad de Loja, a fin de obtener la autorización correspondiente. (Anexo Nº1)

- Tras las respectivas autorizaciones, se revisó los libros de registros de pacientes con TB, historias clínicas y tarjetas de asistencia a la toma de la medicación; donde la información obtenida fue registrada en el instrumento elaborado para el efecto, a fin de conocer el número de casos diagnosticados con TB pulmonar, y frecuencia de personas que abandonaron el tratamiento. (Anexo Nº2)

- Una vez conocido el número de pacientes que abandonaron el tratamiento, se aplicó la encuesta para determinar los factores relacionados con este problema. (Anexo Nº3)

Plan de tabulación y análisis de datos

Una vez recopilado los datos, se procesó la información según los objetivos planteados en el proyecto de tesis paraser representados en tablas estadísticas simples con su respectivo análisis fundamentado en las referencias bibliográficas.

RESULTADOS

TABLA Nº 1

PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TUBERCULOSIS EN LA CIUDAD DE LOJA EN LAS ÁREAS DE SALUD Nº 1,2 y 3

Pacientes diagnosticados	Frecuencia	Porcentaje
Área de Salud Nº1	13	26.0
Área de Salud Nº2	23	46.0
Área de Salud Nº3	14	28.0
Total	**50**	**100.0**

Fuente:Libro de registro y seguimiento de casos detuberculosis.
Autora:Nataly Plaza Faicán

INTERPRETACIÓN

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha diseñado el programa contra la Tuberculosis, (PCT) que incluye; diagnóstico, tratamiento, y servicios de salud para combatir esta enfermedad, completamente gratuitos.

En la Ciudad de Loja, en las Áreas de Salud Nº 1, 2 y 3 del área urbana, se diagnosticaron 50 casos de tuberculosis pulmonar (TBP-BK+), en el periodo de enero 2012 a mayo 2013, en el año 2012 se diagnosticaron 39 casos y en los primeros meses del año 2013, 11 casos; de los cuales la mayor parte de pacientes pertenecen a la zona de influencia del Área de Salud Nº 2 que incluye los Subcentros: Daniel Álvarez, Héroes de Cenepa y Pradera.

TABLA Nº 2

TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR

Estado del Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Finalizaron el tratamiento	14	28.0
En tratamiento	17	34.0
Abandonan	19	38.0
Total	**50**	**100.0**

Fuente:Libro de registro y seguimiento de casos detuberculosis.
Autora:Nataly Plaza Faicán

INTERPRETACIÓN

Las personas diagnosticadas con Tuberculosis pulmonar, reciben el tratamiento en el Subcentro al que pertenecen o cerca al lugar de su residencia; sin embargo en algunos pacientes con TB, la administración de la medicación es vigilada y en caso de que el paciente no asista a la unidad de salud a recibir el medicamento, el personal de salud realiza una visita domiciliaria dentro de las 48 horas siguientes para garantizar la continuidad del tratamiento.

De los 50 pacientescon TB, 19 pacientes de ellos abandonaron el tratamiento o dejaron de tomar la medicación por diferentes razones, correspondiendo al 38% de los casos diagnosticados, donde 15 pacientes abandonaron la terapéutica en el año 2012 y 4 hasta mayo del 2013.

TABLA Nº 3

PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO POR ÀREA DE SALUD

Área de Salud	Pacientes que abandonaron el tratamiento	
	Frecuencia	**Porcentaje**
Área Nº1	5	26.3
Área Nº2	8	42.1
Área Nº3	6	31.6
Total	**19**	**100.0**

Fuente:Libro de registro y seguimiento de casos detuberculosis.
Autora:Nataly Plaza Faicán

INTERPRETACIÓN

El mayor porcentaje de pacientes con Tuberculosis que abandonaron el tratamiento correspondieron al Área de Salud Nº2 con el 42.1%; ya que esta área de salud corresponde al Sur de la Ciudad de Loja que alberga a diversos Subcentros de salud, existiendo la posibilidad de existir mayor número de casos de TB, contagio y diseminación de la enfermedad.

TABLA Nº 4

EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO ANTIFIMICO

Edad	Sexo				TOTAL	
	Masculino		Femenino			
	f	%	f	%	f	%
< de 20	0	0,0	1	5,3	1	5,3
21-40	1	5,3	2	10,5	3	15,8
41-60	6	31,6	1	5,3	7	36,9
61-80	4	21,0	2	10,5	6	31,5
81-90	2	10,5	0	0,0	2	10,5
Total	**13**	**68.4**	**6**	**31.6**	**19**	**100,0**

Fuente: Encuesta a los pacientes que abandonaron el tratamiento de TB
Autora:Nataly Plaza Faicán

INTERPRETACIÓN

Los datos señalan que los hombres de 41 a 60 años de edad, son los que con mayor frecuencia abandonan el tratamiento; el rango de edad en las mujeres que abandonan el tratamiento está entre 21 a 80 años donde los factores relacionados con este problema, se explican más adelante.

TABLA Nº 5

TIEMPO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIFIMICO EN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR

Meses	Fases				TOTAL	
	1era		2da			
	f	%	F	%	F	%
2-6	11	57,9	7	36,8	18	94,7
7-12	1	5,3	0	0,0	1	5,3
Total	**12**	**63,2**	**7**	**36,8**	**19**	**100,0**

Fuente:Encuesta a los pacientes que abandonaron el tratamiento de TB
Autora:Nataly Plaza Faicán

INTERPRETACIÓN

Las personas que han interrumpido el tratamiento durante 2 o más meses, sin que se deba a una decisión facultativa, se considera abandono de la terapéutica. El abandono en la primera fase es de mayor riesgo, ya que en esta etapa es cuando se debe destruir la población bacilar en multiplicación activa, por lo que el tratamiento debe reiniciarse, sin embargo si la interrupción es menor a 14 días, el tratamiento puede continuar y el número de dosis se debe completar.

Esto explicaría la información obtenida en el estudio, en donde un poco más de la mitad de pacientes (57,89%), abandonan el tratamiento en la primera fase, lo cual intensifica el problema por cuanto se vuelven resistentes y deben emprender otro esquema más largo, costoso para el Estado y con mayor riesgo de complicaciones que requieren de hospitalización; sin embargo algunos de estos pacientes retomaron el tratamiento considerándose como abandono recuperado y otros abandonaron definitivamente la terapéutica incluyendo los casos de fallecimiento.

TABLA Nº 6

FACTORES RELACIONADOS CON EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIFIMICO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS

Factores	**f**	**%**
Poca accesibilidad al Subcentro de salud	14	73.6
Falta de recursos económicos	13	68.4
Falta de apoyo familiar	11	57.9
Falta de información sobre la enfermedad	9	47.4
Efectos adversas a los medicamentos (Cefalea, molestias digestivas)	8	42.1
Falta de apoyo laboral	7	36.8
Alcoholismo	6	31.6
Multidrogorresistente	5	26.3
Analfabetismo	2	10.5
Otras enfermedades (Diabetes mellitus, VIH/Sida)	2	10.5

Fuente:Encuesta a los pacientes que abandonaron el tratamiento de TB
Autora: Nataly Plaza Faicán

INTERPRETACIÓN

El abandono del tratamiento aumenta la morbimortalidad, continua el contagio y genera resistencia bacteriana; esta interrupción se puede deber a distintas causas empezando por problemas socio-económicos, efectos de los medicamentos, falta de apoyo familiar, laboral y psicológico, vulnerabilidad social y por último presencia de patologías coadyuvantes a la TB. Estos factores se pueden disminuir con difusión de información acerca de la enfermedad, campañas de concientización especialmente en los lugares urbano-marginales, en las personas que padecen de VIH/SIDA a fin de evitar la coinfección con TB, donde empeora su calidad de vida, estado de salud e inclusive puede provocar la muerte.

Los factores relacionados con el abandono del tratamiento antituberculoso en los 19 pacientes del estudio, los que más sobresalen son: poca accesibilidad al Subcentro de Salud; falta de recursos económicos; la falta de apoyo familiar; falta de información acerca de la enfermedad; los efectos adversos a los medicamentos, entre los cuales cuenta las molestias digestivas; y en pequeño porcentaje la falta de apoyo laboral, problemas de alcoholismo, multidrogoresistencia, analfabetismo y otras enfermedades (Diabetes mellitus, VIH/Sida).

DISCUSIÓN

La tuberculosis es una de las principales causas de muerte, ya que un tercio de la población delmundo ha sido infectada y está en riesgo de enfermarsedurante el resto de su vida; este riesgo estima quecerca de nueve millones de personas se enferman anualmentede tuberculosis, y que cada enfermo transmitirá lainfección a 10 o 15 personas si no recibe tratamiento.[18,19]

Por consiguiente la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) dirigidas al controlde la tuberculosis, en sus estrategias DOTS/TAES conocido como el Tratamiento AcortadoDirectamente Observado interviene oportunamente a garantizar la curación de lamayoría de los pacientes, y la reducción delriesgo de enfermar para la comunidad; losrecursos necesarios para el control de la tuberculosis,a través del suministro regular de medicamentos einsumos de laboratorio, en todos los servicios o unidades de salud, así como la detección, diagnóstico, tratamientode casos.[20]

En la década actual se ha declarado a la tuberculosis como una emergencia mundial, ya que está asociada con lapobreza, y el 95% de las muertes se producen en paísesen desarrollo. Sin embargo a pesar del diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado no se logra erradicar la infección debido a algunos problemas de funcionamientodel sistema de salud como la falta de detección de los casos existentes, abandono del tratamiento y la resistencia a los fármacos antituberculosos; por consiguiente, la TB sigue siendo un importante problema de salud pública, por el daño que provoca, principalmente la muerte.[21]

La OMS y el Fondo Mundial contra la Tuberculosis, la malaria y el Sida a nivel mundialemplean 3.200 millones de dólares anuales para financiar los

---

[18] Pérez, R. Un tercio de población mundial con tuberculosis. Granmenses. Marzo 2013

[19]OMS. 10 datos sobre la tuberculosis. Cifras y datos. Octubre 2012. Disponible en: www.who.int/features/factiles/tuberculosis/es/

[20] OMS/OPS. Guía de enfermería para la aplicación del la estrategia del DOTS/TAES. Programa Regional de Tuberculosis. Rev. Enferm IMSS 2009. Pág. 31-43

[21] Ministerio de salud. Situación de la tuberculosis. Boletín epidemiológico periódico. 2009. Págs. 7-8

programas contra la tuberculosis, [22] Ya que según estas instituciones anualmente se necesitan 4.800 millones de dólares para luchar efectivamente contra la enfermedad, pero las estimaciones solo provén 3.200 millones, por lo que se necesita un monto extra de 1.600 millones.

Ante estas elevadas cifras de requerimiento económico hacen un llamado a los gobiernos a aumentar sus presupuestos internos en salud en la lucha contra esta dolencia, pero además solicitan incremento de donaciones internacionales.[23]

El presente estudio denominado: **"FACTORES RELACIONADOS CON EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN LAS ÁREAS DE SALUD DE LA CUIDAD DE LOJA",** se revisólos libros de registro y seguimiento de casos de Tuberculosis en las áreas de salud N° 1, 2, 3 y una encuesta, donde permitió determinar 50 casos de Tuberculosis Pulmonar, durante el periodo de enero 2012 a mayo 2013; presentándose mayor número de casos en el Área de Salud N°2 con el 46%.

Del total de pacientes con Tuberculosis Pulmonar, 19 personas abandonaron el tratamiento antifímico (38%); existiendo incidencia en el Área de Salud N° 2 y en el sexo masculino en la edad de 41 a 60 años (31.6%); además los pacientes con TB abandonaron el tratamiento en la primera fase (63,2%) en los meses de 2 a 6 meses.

Los factores desencadenantes al abandono de la terapéutica para el control de la Tuberculosis sobresalieron: poca accesibilidad al Subcentrode Salud con el 73,6%, falta de recursos económicos 68,4%, falta de apoyo familiar 57,9%, falta de información acerca de la enfermedad 47,4%, efectos adversos a los medicamentos 42,1%, presentándose sintomatología como nauseas, molestias digestivas, falta de apoyo laboral 36,8%, problemas de alcohol 31,6%,

[22]OMS. La OMS pide a la comunidad internacional más de 1.200 millones para frenar la tuberculosis multiresistente. Marzo 2013
[23]Collaborate with Anyone, Any where. La lucha contra la tuberculosis requiere 1.600 millones dólares anuales extra. Marzo 2013

multidrogoresistencia 26,3%, analfabetismo y presencia de otras enfermedades 10,5% respectivamente.

A nivel mundial, Latinoamérica, Ecuador y en la Ciudad de Loja se efectúan diversos estudios en este grupo social, encaminados a conocer la frecuencia de casos de TB, los factores que predisponen a adquirir la enfermedad y a abandonar el tratamiento, es así que existen múltiples investigaciones similares a la presente, donde un estudio realizado en Nicaragua sobre los "Factores relacionados con el abandono del tratamiento de la tuberculosis en los centros de salud de Managua", determina que 251 pacientes mayores de 15 años que abandonaron el tratamiento antituberculoso por factores de riesgo tales como: residencia inestable o en la calle, cambio de domicilio durante el tratamiento, consumo de bebidas alcohólicas, uso de drogas ilícitas, dificultad de acceso a los servicios de salud y un concepto negativo de la atención recibida.[2]

Otro estudio denominado "Causas asociadas al abandono en paciente con tratamiento domiciliario para TB-MDR supervisado por un promotor comunitario en el marco del Objetivo 3, componente Tuberculosis de la V Ronda del Fondo Mundial, desde el 2009 al 2011", determina que el 77.2% de los pacientes fueron curados, 12.3% abandonaron y el 8.9% fallecieron; estableciendo que las principales causas fue la negación a la enfermedad, farmacodependencia en un 22% y el 11.2% por cambio de domicilio.[24]

En Buenos Aires en el 2011, se realizo un estudio en el que identificaron una mayor asociación conla no-adherencia al tratamiento anti-tuberculoso, donde incluyeron la población pediátrica, carcelaria y en grupos derefugiados, determinando que el 84% de la población tiene tendencia a abandonar eltratamiento por las condiciones de indigencia,precariedad y marginalidad social, además por la desigualdad socio-económica, lavulnerabilidadpsico-

[24]Estudio de causas asociadas al abandono en paciente con tratamiento domiciliario para TB-MDR. Consorcio ADRA PERU, UNMSM, ASPAT. Noviembre 2011

afectiva, la exclusión social yla inequidad en el acceso a la atención de la salud.[25]

Estos estudios tienen gran similitud con la presente investigación ya que las causas que conllevan al abandono del tratamiento anti tuberculoso se asocian con problemas de alcoholismo, dificultad al acceso de los servicios de salud y falta de recursos económicos; sin embargo estos factores serian los principales obstáculos para el control de la TB, porque disminuye la eficacia de las intervenciones al incrementar el riesgo de transmisión de bacilos resistentes a los antibióticos, postergando el proceso de curación, predisponiendo a una mayor frecuencia de recidivas, fracasos terapéuticos, muerte y surgimiento de cepas con resistencia extensa que generan la TB XDR.

Por consiguiente, los estudios mencionados también tienen diferencias al realizado ya que no coinciden con algunos factores desencadenantes del abandono de la terapéutica de TB así como la farmacodependencia, cambio de domicilio, uso de drogas y vulnerabilidad psico-afectiva.
Determinando que el abandono o la no adherencia al tratamiento es un proceso complejo y dinámico, en el que intervienen múltiples factores psicológicos, familiares, laborales y propios de paciente infectado al no aceptar la enfermedad y tratar de sanarse, a fin de evitar complicaciones.

Finalmente, los resultados obtenidos en la presente investigación y los realizados en otros países concuerdan en estudiar la necesidad de desarrollar políticas de protección social al paciente, con el objetivo de reducir las condiciones de vulnerabilidad social y económica a las que están expuestas.

[25]Arrossi, S. Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento de la tuberculosis: revisión de la literatura. Buenos aires 2011

CONCLUSIONES

- ✓ En las Áreas de Salud N° 1,2 y 3 de la zona urbana de la Ciudad de Loja se registraron 50 casos de Tuberculosis Pulmonar, durante el periodo de enero 2012 a mayo 2013; presentándose mayor número de casos en el Área de Salud N°2.

- ✓ Del total de pacientes con Tuberculosis Pulmonar, 19 personas abandonaron el tratamiento antifímico; existiendo incidencia en el Área de Salud N° 2 y en el sexo masculino en la edad de 41 a 60 años.

- ✓ Los factores desencadenantes al abandono de la terapéutica para el control de la Tuberculosis sobresalieron: poca accesibilidad al Subcentro de Salud, falta de recursos económicos, falta de apoyo familiar, falta de información acerca de la enfermedad, efectos adversos a los medicamentos, falta de apoyo laboral, problemas de alcohol, multidrogoresistencia, analfabetismo y presencia de otras enfermedades.

RECOMENDACIONES

- Al equipo de salud que labora en distintas Áreas, Centros y Subcentros de Salud de la ciudad de Loja, promueva e intensifique la campaña “Respira Ecuador” y el Programa de Control de la Tuberculosis- PCT, especialmente a las zonas donde existe mayor prevalencia e incidencia de la enfermedad.

- Que la Carrera de Enfermería, en la función de Vinculación con la Colectividad, asocie a los estudiantes con el desarrollo de programas de consejería dirigido a los pacientes con TB y familiares, información de las consecuencias y riesgos que podría ocasionar el abandono del tratamiento antituberculoso a fin que de esta manera favorezcan a la aceptación de la enfermedad, culminen el tratamiento con éxito y se reduzca los índices de resistencia a los fármacos.

- Que las estudiantes de Enfermería que realizan pasantías en las diferentes áreas de Salud se les asignen pacientes con TB, a fin de que realicen el seguimiento y monitoreo del tratamiento personalizado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andrade, I. Pacientes tuberculosos multidrogoresistentes. Abril 2013

2. Arrossi, S. Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento de la tuberculosis: revisión de la literatura. Buenos aires 2011

3. Collaborate with Anyone, Any where. La lucha contra la tuberculosis requiere 1.600 millones dólares anuales extra. Marzo 2013

4. Estadísticas anuales de Tuberculosis por el Instituto de Higiene y Medicina Tropical "Leopoldo Izquieta Pérez" 2012

5. Estudio de causas asociadas al abandono en paciente con tratamiento domiciliario para TB-MDR. Consorcio ADRA PERU, UNMSM, ASPAT. Noviembre 2011

6. Farreras, R. Medicina Interna; Edición 16ª, El sevier España, S.A 2008. (2):2324-2325.[1] MSP. Manual de Normas técnicas y procedimientos para el diagnóstico de la tuberculosis por microscopia directa. 4ta edición. Ecuador 2006

7. García, J. Manejo de los efectos adversos del tratamiento antituberculoso. Guías Clínicas de la Sociedad Gallega de Medicina Interna. 2007

8. Guía de enfermería para la implementación y expansión de la estrategia DOTS/TAES. Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias 2012

9. Harrison, T. Principios de Medicina Interna; Edición 16ª, Mc Graw-Hill Interamericana, México 2006. (1):1062.

10. http://www.monografias.com/trabajos93/factores-prevalencia-tuberculosis-pulmonar/factores-prevalencia-tuberculosis-pulmonar.shtml#ixzz2eDbMVQtE

11. Indicadores Epidemiológicos de la Tuberculosis en el Ecuador. Tendencia de la Prevalencia y la Incidencia de Tuberculosis. Ecuador 2000-2009.

Disponible en: http://pctecuador.blogspot.com/2011/03/indicadores-epidemiologicos-ecuador.html

12. Ministerio de Salud de la Nación. Guía para el equipo de salud; Edición 3era, Cdad. Autónoma de Bs.As.Argentina, 2009:6

13. Ministerio de salud. Situación de la tuberculosis. Boletín epidemiológico periódico. 2009. Págs. 7-8

14. Moran, E. Tuberculosis. Facultad de Estomatología. Ciudad de La Habana, Rev Cubana Estomatol 2009;38(1):33-51

15. MSP, Programa de Control de la Tuberculosis: Edición 9na, 2010: 9

16. MSP. Manual de normas y procedimientos para el control de la tuberculosis. 2da edición. Ecuador. 2010 págs. 64-76

17. OMS, Enfermedades Infecciosas Tuberculosis. ; Edición 3era, Cdad. Autónoma de Bs.As, Argentina, 2009:7-9.disponible en: www.msal.gov.a/pdf. Consultado 18 de febrero 2013.

18. OMS. Tuberculosis. Control mundial de la tuberculosis - Informe OMS 2012

19. OMS. 10 datos sobre la tuberculosis. Cifras y datos. Octubre 2012. Disponible en: www.who.int/features/factiles/tuberculosis/es/

20. OMS. La OMS pide a la comunidad internacional más de 1.200 millones para frenar la tuberculosis multiresistente. Marzo 2013

21. OMS/OPS. Guía de enfermería para la aplicación del la estrategia del DOTS/TAES. Programa Regional de Tuberculosis. Rev. Enferm IMSS 2009. Pág. 31-43

22. OPS/OMS, Tuberculosis epidemiologia. México 2012. Vol 16: 134-135.

23. Organización mundial de la Salud. Datos y cifras de la Tuberculosis. Nota descriptiva Nº 104, marzo 2013

24. Pauso, H. Factores personales, sociales y económicos que influyen en la prevalencia de tuberculosis pulmonar. Disponible en: http://www.monografias.com/trabajos93/factores-prevalencia-tuberculosis-pulmonar/factores-prevalencia-tuberculosis-pulmonar.shtml#ixzz2eDbMVQtE

25. Pérez, R. Un tercio de población mundial con tuberculosis. Granmenses. Marzo 2013

ANEXOS

ANEXO N°1

SOLICITUD AL DIRECTOR DELÀREA DE SALUD Nº

Loja, 17 de mayo 2013

Dr.
DIRECTOR DEL ÁREA DE SALUD Nº
Presente

De mi consideración,

Carmen Nataly Plaza Faicán, portadora del número de identidad 1104994296, egresada de la Carrera de Enfermera de la Universidad Nacional de Loja, me dirijo a usted para solicitar, de la manera más comedida y respetuosa, se digne autorizar el permiso correspondiente para la ejecución del tema de tesis denominado: FACTORES RELACIONADOS CON EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN LAS ÁREAS DE SALUD DE LA CUIDAD DE LOJA, proyecto que será financiado en su totalidad por la autora.

Por la acogida a la presente le antelo mi sincero agradecimiento.

Muy atentamente,

Carmen Nataly Plaza Faicán
CI: 1104994296

ANEXO Nº 2

REGISTRO DE PACIENTES

ÁREA DE SALUD N° 1

N°	NOMBRE	EDAD	SEXO		OCUPACIÓN	DIAGNÓSTICO	CUMPLE TRATAMIENTO	ABANDONA
			M	F				
CENTRO DE SALUD N° 1								
1	M. W.	28	x		Albañil	TBP BK+		X
2	S. D	9		X	Estudiante	TBP BK-C-		X
3	R. Z	76		X	Jubilada	TBPBK+	X	
4	C. D	34	X		Comerciante	TBP BK+	X	
5	R. J	23	X		Chofer	TBP BK+	X	
CHONTACRUZ								
6	C.C	80	x		Agricultor	TBPBK+ MDR,Hepatitis medicamentosa		X
MIRAFLORES								
7	Y. L	19	x		Estudiante	TBP BK+	X	
8	C. A	78	x		Albañil	TBP BK+	X	
9	S. V	55	X		Chofer	TBP BK+		X
10	P. L	26	X		Carpintero	TBP BK+	X	
OBRAPIA								
11	U. M	74		X	QQDD	TBPBK+, MDR		Fallece
12	T.M	40		x	Agricultor	TBP BK+	X	
TIERRAS COLORADAS								
13	S. E	38	X		Albañil	TBP BK+	X	

ÁREA DE SALUD N° 2 HUGO GUILLERMO GONZALEZ

Nº	NOMBRE	EDAD	SEXO		OCUPACIÓN	DIAGNÓSTICO	CUMPLE TRATAMIENTO	ABANDONA
			M	F				
CENTRO DE SALUD N° 2 HUGO GUILLERMO GONZALEZ								
14	S.D	25		X	QQDD	TBP BK+, VIH	X	
15	A. M	40		X	Agricultor	TBP BK+		X
16	Y. E	57		X	Comerciante	TBP BK+		X
17	S. E	75	X		Chofer	TBP BK+, VIH		Fallece
18	A.M	40		X	Comerciante	TBP BK+	X	
19	L.J	56	X		Comerciante	TBP BK+	X	
20	O.R	73	X		Agricultor	TBP BK+		X
21	S.A	22		X	Estudiante	TBP BK+	X	
22	M.E	72	X		Jubilado	TBP BK+	X	
23	C.M	68		X	QQDD	TBP BK+	X	
24	O.C	76	X		Jubilado	TBP BK+	X	
DANIEL ALVAREZ								
25	E.H	66	X		Albañil	TBP BK+	X	
26	C.S	81	X		Jubilado	TBP BK+		X
27	D.C	58	X		Profesor	TBP BK+		X

28	R.J	86	X		Agricultor	TBP BK+MDR		X
29	D.E	39	X		Carpintero	TBP BK+	X	
30	S.L	23		X	Estudiante	TBP BK+	X	
31	C.A	20	X		Carpintero	TBP BK+	X	
HEROES DEL CENEPA								
32	A.R	69		X	QQDD	TBPBK+	X	
33	P.G	38	X		Agricultor	TBP BK+	X	
LA PRADERA								
34	T.A	77	X		Albañil	TBP BK+	X	
35	O.N	77	X		Jubilado	TBP BK+		X
36	C.M	61		X	QQDD	TBP BK+	X	
ZAMORA HUAYCO No existe casos de tuberculosis								

ÁREA DE SALUD N° 3

Nº	NOMBRE	EDAD	SEXO		OCUPACIÓN	DIAGNÓSTICO	CUMPLE TRATAMIENTO	ABANDONA
			M	F				
CENTRO DE SALUD N° 3								
37	A.B	41	X		Agricultor	TBP BK+		X
38	Z.V	35	X		Comerciante	TBP BK+		X
39	V.A	69		X	QQDD	TBP BK+	X	
40	G.J	26	X		Pintor	TBP BK+	X	
41	H.H	54	X		Chofer	TBP BK+		X
SAN CAYETANO								
42	xx	17		X	Estudiante	TBP BK+	X	
	MOTUPE							
43	P.E	41	X		Agricultor	TBP BK+	X	
44	E.D	46	X		Albañil	TBP BK+,MDR		X
45	C.M	77		X	QQDD	TBP BK+		X
CONSACOLA								
46	P.D	16	X		Estudiante	TBP BK+	X	
47	C.G	37		X	Profesora	TBP BK+,MDR		X
BELEN								
48	C.U	73		X	QQDD	TBP BK+	X	
49	G.M	47		X	comerciante	TBP BK+	X	
CARIGAN								
50	Q.Y	16		X	Estudiante	TBP BK+	X	

ANEXO Nº 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PACIENTES DIAGNÓSTICADOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR

Tema: Factores relacionados en el abandono del tratamiento antituberculosos en las Áreas de Salud de la ciudad de Loja.

Objetivos: Identificar factores relacionados con en el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en las unidades operativas urbanas de las Áreas de Salud 1, 2 y 3 de la ciudad de Loja.

Edad ( )

Sexo M( ) F( )

Lugar de procedencia …….

1.- ¿Hace cuánto tiempo fue diagnosticado de tuberculosis pulmonar?

Semanas ( ) Meses ( ) Años ( )

2.- ¿Ha tomado la medicación de acuerdo a la prescripción médica?

Si ( ) No ( ) A veces ( )

4.- ¿Hay alguna medicación que ha dejado de tomar?

Cuál: ……...

Qué tiempo: …….

5.- ¿Si ha dejado de tomar la medicación a que se debe?

Su familia no le apoya ( )

Sus compañeros de trabajo no le apoya ( )

El centro de salud queda demasiado lejos ()

No tiene dinero para acudir al centro de salud ( )

Vivir en un lugar con poca accesibilidad al Subcentro ( )

Falta información sobre la enfermedad ()

Problemas de drogadicción, tabaco o alcohol ( )

Analfabetismo ( )

Otros……
……

ANEXO Nº 4

AUTORIZACIONES PARA EL TRABAJO DE CAMPO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACION DE LA CARRERA DE ENFERMERIA

Of. Nº 402-CCE-ASH-UNL
Loja, 22 de Mayo de 2013

Señor Doctor
Vicente Reyes Rodríguez
DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD Nº 1 DE LOJA
C i u d a d.-

De mi consideración.

Con un cordial y atento saludo me dirijo ante su digna autoridad para solicitarle muy comedidamente se facilite la realización del trabajo de tesis denominado: **FACTORES RELACIONADOS CON EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA CIUDAD DE LOJA,** autoría de la Señorita **Carmen Nataly Plaza Faican,** previo a la obtención del Título de Licenciada en Enfermería.

Por la acogida a la presente le antelo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,
EN LOS TESOROS DE LA SABIDURIA,
ESTA LA GLORIFICACION DE LA VIDA.

Mg. Sara Benigna Vicente Ramón
COORDINADORA DE LA CARERRA DE ENFERMERIA

c.c. Archivo

Elaborado por:
Lic. Alfredo Vicente Castillo Poma

Dr. Ernesto Granda M.
MEDICO TRATANTE
MSP Lb 10 Fl 239 Reg. 712

Para Unidades Operativas
- Chantaguas
- Miraflores
- Cisneros
- Obrapía
- T. Colorados

FECHA 22-05-13
HORA 10h40
RECIBIDO POR: Micaela Herrera

SOLICITUD AL DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD Nº 2

Loja, 17 de mayo 2013

Dr. Vicente Burneo
DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD Nº 2
Presente

De mi consideración,

Carmen Nataly Plaza Faicán, portadora del número de identidad 1104994296, egresada de la Carrera de Enfermera de la Universidad Nacional de Loja, me dirijo a usted de la manera más comedida y respetuosa se digne autorizar el permiso correspondiente para la ejecución del tema de tesis denominado: FACTORES RELACIONADOS CON EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA CUIDAD DE LOJA, proyecto de tesis que será financiado en su totalidad por la autora.

Por la acogida a la presente le antelo mis sinceros agradecimientos.

Muy atentamente,

Carmen Nataly Plaza Faicán
CI: 1104994296

RECIBIDO
AREA DE SALUD # 2-LOJA
17 MAY 2013
15:30
SECRETARÍA

Ministerio de Salud Pública

AREA DE SALUD Nro. 3 LOJA

UNIDAD DE ADMINISTRACION DE TALENTO HUMANO

Memorando Nro. 0074-UATH-2013

DE: Ab. Andrea Araujo Nole
COORDINADORA UATH

PARA: Dr. Robert Salcedo
JEFE DEL AREA DE SALUD Nro. 3 LOJA

ASUNTO: Informe de factibilidad

FECHA: 21 de mayo de 2013

En virtud del Oficio de fecha 17 de mayo de 2013, suscrito por la Egresada Carmen Plaza Faicán, en el cual solicita autorización para la ejecución del tema de tesis, me permito informar lo siguiente:

Conforme lo solicita la interesada, el tema de la tesis a ejecutarse es ***"Factores Relacionados con el abandono del tratamiento antiberculoso en los Centros de Salud de la Ciudad de Loja"***, por lo que considero factible, previo su autorización correspondiente y salvo su mejor criterio, que la Egresada Carmen Plaza Faicán, ejecute sus tesis en el Centro de Salud Nro. 3 Loja bajo la estricta supervisión de la encargada del programa del DOTS del CS3 Dra. María Augusta González y en la información que la responsable crea conveniente.

Particular que informo a usted, para su conocimiento.

Atentamente,

Ab. Andrea Araujo Nole
COORDINADORA DE LA UATH

JEFATURA AREA DE SALUD Nº 3 UNIDAD DE ADMINISTRACION TALENTO HUMANO LOJA - ECUADOR

AREA DE SALUD Nº. 3
Dr. Robert Paúl Salcedo C.
JEFE DE AREA

TT-HH
Para trámite correspondiente.

AREA DE SALUD Nº. 3
Ab. Andrea Araujo Nole
COORDINADORA DE TALENTO HUMANO

09140.
21/05/2013

Dra. Silvia Hidalgo
x favor coordinar con
la interesada para
facilitar la información
q. ud. crea conveniente
pa q. a nivel del Centro 3
no exista abandono de tratamiento.
21-08-2013

ANEXO Nº 5

FOTOGRAFIAS

VISITA A LOS SUBCENTROS DE SALUD

REVISION DE HISTORIAS CLINICAS

APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDOS	Págs.
Certificación…….....	II
Autoría……..….	III
Carta de autorización de tesis…..…….....	IV
Dedicatoria..…….….	V
Agradecimiento…….	VI
Titulo …..…….....	1
Resumen…….	2
Summary.……..…..	3
Introducción…….....	5
Revisión de Literatura……..	9
Materiales y Métodos……..	21
Resultados…….…...	24
Discusión…….…..	32
Conclusiones……..……..	37
Recomendaciones……..…….	39
Bibliografía……...…….	41
Anexos…….……..	45
Índice de contenidos…….……	55