



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO

Factores que influyen en adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en unidades de salud del Distrito 07D02 Machala de la Provincia El Oro

MACROPROYECTO:

Factores que influyen en adherencia al tratamiento antituberculoso en
pacientes atendidos en la provincia El Oro

Tesis previa la obtención del
título de Médica General

AUTOR: Andrea Estefanía Reyes Marín
DIRECTORA: Dra. Fabiola María Barba Tapia, Mg. Sc.

Loja–Ecuador

2022

Certificación

Loja, 10 de marzo del 2022

Dra. Fabiola María Barba Tapia, Mg.Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que he revisado y orientado todo proceso de la elaboración de tesis de grado titulado: “Factores que influyen en adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en unidades de salud del Distrito 07D02 Machala de la provincia El Oro” de autoría de la estudiante Reyes Marín Andrea Estefanía, previa a la obtención del título de Médico General, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Dra. Fabiola Barba Tapia, Mg.Sc

DIRECTORA DE TESIS

Autoría

Yo, Reyes Marín Andrea Estefanía, 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 y acciones legales, por el contenido de la misma.

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

Firma:

Autor: Reyes Marín Andrea Estefanía

C.I.: 0706264884

Fecha: 10 de marzo del 2022

Correo Electrónico: andrea.reyes@unl.edu.ec

Teléfono: 0999553165

Carta de Autorización

Yo, Reyes Marín Andrea Estefanía, declaro ser autora de la tesis titulada factores que influyen en adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en unidades de salud del Distrito 07D02 Machala de la provincia El Oro como requisito para optar el título de Médica General autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Institucional. Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RI, 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 de un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 10 días del mes de marzo del 2022.

Firma:

Autor: Reyes Marín Andrea Estefanía

C.I.: 0706264884

Dirección: Avenida Juan Palomino y Florida 3

Correo Electrónico: andrea.reyes@unl.edu.ec

Teléfono: 0999553165

Datos Complementarios:

Directora de Tesis: Dra. Fabiola María Barba Tapia Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

Presidente: Dra. Angélica María Gordillo Iñiguez, Esp.

Vocal: Méd. Gabriela de los Ángeles Chacón Valdiviezo, Esp.

Vocal: Dr. Álvaro Manuel Quinche Suquilanda, Esp.

Dedicatoria

Esta tesis está dedicada a:

A mis padres Rene y Chochita, quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades porque Dios está conmigo siempre.

A mis hermanos Jonathan y Julio y a mis abuelitos, tíos y primos y amigos, por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento ya que con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y me han acompañado a lo largo de mi carrera y de manera especial a mis amigas Katty y Jenny que a pesar de las adversidades que tuvimos que pasar y enfrentar siempre nos apoyamos de manera incondicional.

Agradecimiento

Agradezco a mi director de tesis, la Dra. Fabiola María Barba Tapia Mg. Sc. y a mi Docente la Doctora Elvia Ruiz, quien con su dedicación conocimientos y experiencia, han logrado que pueda culminar mi proyecto de investigación con éxito.

Sin embargo, merecen reconocimiento especial mi Madre y mi Padre, que con su esfuerzo y dedicación me ayudaron a culminar mi carrera universitaria y me dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

Asimismo, agradezco infinitamente a mis Hermanos, que con sus palabras me hacían sentir orgulloso de lo que soy y de todo lo que puedo llegar alcanzar con mi estudio.

Índice

Carátula	i
Certificación de Tesis	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice	vii
1 Título	1
2 Resumen... ..	2
Abstract	3
3 Introducción.....	4
4 Marco Teórico	7
4.1 Tuberculosis (TB).....	7
4.2 Adherencia	7
4.3 Epidemiología.....	8
4.4 Grupos de riesgo	9
4.4.1 Factores de riesgo de padecer enfermedad tuberculosa	9
4.5 Etiología.....	10
4.6 Transmisión.....	10
4.7 Patogenia y respuesta inmune	11
4.8 Clínica.....	11
4.8.1 Tuberculosis pulmonar.....	12
4.8.2 Tuberculosis extrapulmonar.....	12
4.9 Nivel de adherencia.....	12
4.10 Factores que condicionan la adherencia al tratamiento antituberculoso.....	13
4.10.1 Factores relacionados con el equipo o sistema de asistencia sanitaria	13
4.10.2 Factores relacionados con la enfermedad.....	14

4.10.3	Factores relacionados con el tratamiento.	14
4.10.4	Factores relacionados con el paciente	14
4.11	Diagnóstico.	15
4.11.1	Baciloscopia	15
4.11.2	Cultivo.....	15
4.11.3	Tipificación	15
4.11.4	Pruebas de sensibilidad a drogas (PSD)	16
4.11.5	ADA.	16
4.11.6	TB lams	16
4.11.7	Radiografía de tórax.	16
4.11.8	Tratamiento.	17
4.11.9	Medidas de prevención para el hogar.....	19
5	Metodología.....	21
5.1	Enfoque.....	21
5.2	Tipo de diseño.....	21
5.3	Unidad de estudio	21
5.4	Universo y muestra	21
5.5	Criterios de inclusión	21
5.6	Criterios de exclusión.....	22
5.7	Técnica, instrumentos y procedimiento	22
5.7.1	Técnica	22
5.7.2	Instrumento	23
5.7.3	Procedimiento	24
5.7.4	Equipos y materiales	24
5.7.5	Análisis estadístico.....	24
5.7.6	Presentación estadística.....	24
6	Resultados	25
7	Discusión	28
8	Conclusiones	32
9	Recomendaciones.....	33
10	Bibliografía.....	34
11	Anexos.....	39

Índice de Tablas

Tabla 1. Pacientes adheridos y no al tratamiento antituberculoso durante el periodo mayo a octubre 2019 de las unidades de salud de Machala.....	25
Tabla 2. Factores sociales que influyeron en la adherencia al tratamiento antituberculoso durante el periodo mayo a octubre 2019 de las unidades de salud de Machala...	26
Tabla 3. Factores de servicios de salud que influyeron en los pacientes adheridos y no al tratamiento antituberculoso durante mayo a octubre 2019 Machala.....	27

Índice de Anexos

Anexo 1. Informe de pertinencia (Solicitud).....	39
Anexo 2. Informe de pertinencia (APROBADO PERTINENTE)	40
Anexo 3. (Designación de director de tesis).....	41
Anexo 4. (Petición a la Gestora Académica de la Carrera de Medicina Humana, autorización para modificación del Tema).....	42
Anexo 5. (Autorización por Gestora Académica de la carrera de medicina humana en la Modificación del Tema)	43
Anexo 6. (Petición a la Directora del Distrito 07D02 Machala, para el desarrollo del proyecto)	44
Anexo 7. (Aprobación para la recolección de datos en las unidades de Salud Cantón Machala)	45
Anexo 8. (Instrumento de recolección de datos)	46
Cuestionario de la encuesta.....	47
Anexo 9. (Consentimiento Informado).....	51
Anexo10. (Certificación de traducción)	53

1 Título

Factores que influyen en adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en unidades de salud del Distrito 07D02 Machala de la provincia El Oro.

2 Resumen

La tuberculosis (TB) es una enfermedad bacteriana infecciosa potencialmente grave, quienes son diagnosticados es de suma importancia que inicien el tratamiento y este sea cumplido en su totalidad, así se preserva la salud, se obtiene un buen pronóstico y previene su propagación. Siendo este un estudio cuantitativo, retrospectivo y transversal, se lo realizó con el objetivo de determinar pacientes adheridos y no al tratamiento antituberculoso de las Unidades de Salud 07D02 de la ciudad de Machala, que debieron cumplirlo durante el periodo mayo a octubre 2019, además de los factores que probablemente influyeron en su adherencia. La recolección de la información se lo realizó mediante instrumento tipo encuesta descriptiva cerrada, de misma autoría que la del presente estudio, este instrumento curso por validación técnica muestreo y fue ajustado bajo criterio de profesionales médicos especialistas. Se aplicó de forma directa con cada participante, previo a la información brindada verbal y escrita mediante el documento de consentimiento informado, que de forma autónoma cada paciente leyó, y otorgando su participación a través de la firma del mismo. Entre los resultados se obtuvo 35 pacientes que iniciaron el tratamiento antituberculoso, estos presentaron prevalencia en el sexo masculino y en la edad de 40 a 64 años, además 8 de estos no cumplieron con el tratamiento antituberculoso. Los factores que probablemente influyeron en la adherencia del tratamiento fueron: reciben apoyo asistencial en su hogar diariamente el 93% del grupo adherido, el 100% del grupo no adherido presentó un difícil acceso territorial hacia las unidades de salud, actividad laboral prolongada que perjudica la disponibilidad de tiempo, y que han tenido deseo de suspender el tratamiento, estos en cuanto los factores sociales; mientras que los relacionados al servicio de salud, presentaron una conformidad de la información brindada por el médico del 93% para el grupo adherente y 100% para el no adherente, mientras que la conformidad de atención por parte del personal de entrega de medicación es del 96% solo para el grupo adherido y del 0% para el no adherido.

Palabras claves: Tuberculosis, medidas preventivas, antituberculoso.

Abstract

Tuberculosis (TB) is a potentially serious infectious bacterial disease, those who are diagnosed it is of the utmost importance that they start treatment and it is fully complied with, thus preserving health, obtaining a good prognosis and preventing its spread. This being a quantitative, retrospective and cross-sectional study, it was carried out with the aim of determining patients adherent and not to the antituberculous treatment of the Health Units 07D02 of the city of Machala, which had to comply with it during the period May to October 2019, in addition to the factors that probably influenced their adherence. The information was collected by means of a closed descriptive survey type instrument, of the same authorship as that of the present study, this instrument was carried out by sampling technical validation and was adjusted under the criteria of specialist medical professionals. It was applied directly with each participant, prior to the verbal and written information provided through the informed consent document, which each patient read autonomously, and granting their participation by signing it. Among the results that were obtained, 35 patients who started antituberculous treatment, these presented prevalence in males and in the age of 40 to 64 years, in addition 8 of these did not comply with antituberculous treatment. The factors that probably influenced adherence to treatment were: 93% of the adhered group receive care support at home on a daily basis, 100% of the non-adhered group presented difficult territorial access to health units, prolonged work activity that impairs health availability of time, and who have had a desire to suspend treatment, these in terms of social factors; while those related to the health service, presented a compliance of the information provided by the doctor of 93% for the adherent group and 100% for the non-adherent group, while the compliance of care by the medication delivery staff is of the 96% only for the adherent group and 0% for the non-adherent group.

Keywords: Tuberculosis, preventive measures, antituberculous.

3 Introducción

La tuberculosis (TB) es una enfermedad bacteriana infecciosa crónica y transmisible por aire, que generalmente es dada por *M. Tuberculosis*, sin embargo, tiene otras micobacterias etiológicas como la *M. bovis*, estos presentan la característica de poder mantenerse suspendido en el medio ambiente en promedio 8 horas, a partir de ser expulsado por vía nasofaríngea, de esta manera es fácil comprender, la alta infección que este puede producir. Los seres humanos constituyen el principal reservorio y huésped del agente *M. tuberculosis*, a diario la probabilidad de mantener contacto con este, se puede producir en el entorno comunitario, a causa de personas infectados que están cursando la enfermedad, y eliminan el agente etológico al toser, hablar o estornudar, la trasmisión se produce de persona a persona a través de las vías respiratorias las mismas que conforma la fuente de salida y entrada.

La Organización mundial de la Salud (OMS), para el año 2015 estimó que a nivel mundial 10.4 millones de casos nuevos de tuberculosis, de estos se notificaron 6.1 millones. En el año 2017 la OMS indicó que los casos nuevos crecieron un 35% en referencia a los del año 2015. En la región de las Américas, se estimó 268.000 casos, de estos 217.081 constituyen casos nuevos. Para Ecuador en el año 2018 los casos estimados nuevos fueron, 6.094 casos de tuberculosis con una tasa de incidencia de 34.53 por cada 100.000 habitantes. Si se realiza una comparación de casos nuevos anuales a partir del año 2012, se presenta una tendencia de incremento, con un mínimo de 4.903 casos en el año 2014 y un máximo de 5.960 en el año 2018. Las Provincias con mayor incidencia de tuberculosis son en primer lugar Guayas (urbano y rural) con 3.354 casos que corresponde el 55.03%, en segundo lugar, El Oro con 444 casos que constituye el 7.28% y en tercer lugar Los Ríos con 367 casos que representa el 6.02% del total de casos de tuberculosis sensible. (MSP,2018).

Es de suma importancia el diagnóstico de tuberculosis e instauración del correspondiente tratamiento para cada paciente con el objetivo de preservar su salud, obtener un buen pronóstico y prevenir la transmisión de esta enfermedad. En el Ecuador los esquemas de tratamiento duran entre 6 y 9 meses dependiendo del perfil clínico del paciente.

El tratamiento, ya este sea supervisado o no, se percibe como una imposición y rutina de obligaciones que aporta a cambios en la cotidianidad del paciente, este se considera como un vehículo para la cura y disminución de contagio, pero a su vez este influye sobre el desafío ante la resistencia física y emocional del paciente, la orientación de un profesional no es suficiente para una adecuada adherencia al tratamiento, y no ayuda en su totalidad a llevar la carga del cumplimiento que este supone. Adicional a los cambios drásticos en la vida de quienes se instaura el tratamiento, se suma la probable discriminación o estigma de padecer la patología, al iniciar el tratamiento y durante su desarrollo, muchos pacientes hacen un análisis de los riesgos y los beneficios, y comparan la necesidad con la conveniencia de tomar la medicación; su decisión depende de factores como la prioridad que le otorguen a tomar la medicación, la percepción de gravedad de la enfermedad, la aceptación personal de los cambios al que serán sometidos, entre otros. Se ha descrito también factores relacionados a la calidad del servicio de salud que influyen sobre el cumplimiento al tratamiento, entre ellos, como el ambiente adecuado, el tipo de esquema de administración de los medicamentos, así como la metodología de entrega y recepción, la relación entre médico y paciente, y la supervisión directa del tratamiento (Dueñas, 2016).

La identificación de los factores sobre la adherencia del tratamiento, probablemente reducen la posibilidad de interrumpir el tratamiento por parte del paciente, es por tal razón que se motivó a la realización de la presente investigación. Este contribuirá como información, en beneficio de los pacientes diagnosticados con tuberculosis y que inicien el tratamiento antituberculoso de las Unidades de Salud 07D02 Ministerio de Salud Pública (MSP) de la Ciudad de Machala de la Provincia El Oro.

La investigación se enmarca dentro de la línea de investigación número uno de las Infecciones comunes de acuerdo al Ministerio de Salud Pública, con lo que se presentó la siguiente interrogante: ¿Qué Factores influyen en la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos de 3 Unidades de Salud del MSP de la Ciudad de Machala?

La presente investigación tuvo como objetivo general: Determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en Unidades

de Salud de la Provincia El Oro, y objetivos específicos: Determinar el grupo adherente y no adherente al tratamiento antituberculoso en pacientes de las Unidades de Salud de la Provincia El Oro, y relacionarlos con variables epidemiológicas; Establecer factores personales, familiares y sociales que influyen en la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en Unidades de Salud de la Provincia El Oro; y Determinar los factores relacionados a los servicios de salud para la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en Unidades de Salud de la Provincia El Oro.

4 Marco Teórico

4.1 Tuberculosis

Es una enfermedad causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, que casi siempre afecta a los pulmones. Se trata de una afección curable y que se puede prevenir. La infección se transmite de persona a persona a través del aire. Cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire, es decir que es suficiente que una persona inhale unos pocos bacilos para quedar infectada. Adicionalmente, las personas infectadas con el bacilo tuberculoso tienen un riesgo a lo largo de la vida de enfermar de tuberculosis de un 5-15% (OMS, 2018).

En cambio, las personas inmunodeprimidas, por ejemplo, las que padecen VIH, desnutrición o diabetes y los consumidores de tabaco, corren un riesgo mucho mayor de enfermar. Cuando alguien desarrolla tuberculosis activa, los síntomas (tos, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso), los cuales pueden ser leves durante muchos meses. Esto puede hacer que la persona afectada tarde en buscar atención médica, por consiguiente, corre riesgo que la bacteria se transmita a otros sujetos. Además, una persona con tuberculosis activa puede infectar a lo largo de un año a un promedio de 10 a 15 personas por contacto directo (OMS, 2018).

4.2 Adherencia

El grado en que el comportamiento de una persona respecto a tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.

La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores; como los factores personales, los factores familiares, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con el servicio de salud. (Alviz & Mondragón, 2014).

4.3 Epidemiología

La tuberculosis es un auténtico problema de salud pública, tanto a nivel local, nacional como mundial y, por lo tanto, hay que analizar su situación epidemiológica actual, tan importante para comprender correctamente esta enfermedad en su globalidad. Las cifras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica en relación a la situación de la tuberculosis en el mundo es: "Aproximadamente un tercio de la población mundial está infectado por M. tuberculosis" (OMS, 2018).

La tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública en Ecuador, pues a pesar de que existe una disminución de los indicadores epidemiológicos, el año 2006 reporta sólo 42% de casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva, en contraste con los estimados de la Organización Mundial de la Salud. Desde 1999, el programa de control de tuberculosis de la provincia del Guayas, comienza a tratar casos de tuberculosis multidrogoresistente, producto de una donación de medicamentos de segunda línea realizado por el programa nacional de control de tuberculosis de Perú, luego abastecido por el programa de control de tuberculosis nacional hasta la fecha. (OMS, 2018).

Actualmente se encuentra en ejecución el proyecto piloto de DOTS plus, aprobado en 2006 por el comité luz verde de la OMS para la provincia del Guayas, el cual favorecerá a 120 casos. Sin embargo, considerando la magnitud del problema, no sólo en Guayas sino en otras provincias del país, se requiere ampliar la cohorte de tratamiento de casos de tuberculosis multidrogoresistente a otras provincias, para lo cual se ha planteado al comité luz verde (CLV), una ampliación (M.S.P., 2016).

El financiamiento para la adquisición de estos fármacos proviene del Estado Ecuatoriano, según el manual de normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en Ecuador, con lo cual se ha venido atendiendo a casos tuberculosis multidrogoresistente con medicamentos obtenidos en el mercado local o del extranjero, mediante compra directa del MSP y a partir del presente año será a través del comité luz verde (M.S.P., 2016). En coinfección de tuberculosis con VIH se notificaron 545 casos, que representan el 10,45% de los casos de tuberculosis pulmonar. En tuberculosis pulmonar multidrogoresistente se estimaron 370 casos e iniciaron tratamiento 135, que representa el 36,48%.

Según la cohorte de 2014, el tratamiento exitoso en el país para los casos nuevos y recaídas fue de 76,87%. La tasa de mortalidad, reportada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), fue de 2,59/100 000 habitantes en 2014. (Guevara, Vega, Domínguez, & Tapia, 2017).

La visión para el cierre de 2020, del Ministerio de Salud Pública de Ecuador (MSP), a través de la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control (DNEPC), es implementar una atención de salud multidisciplinaria e intersectorial en la red pública intersectorial de salud y la red de control, para el abordaje integral, sistemático y sostenido del control de la tuberculosis. Con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad de esta enfermedad en el país, en cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) y el plan nacional para el buen vivir (PNBV). (Guevara, Vega, Domínguez, & Tapia, 2017).

4.4 Grupos de riesgo

La tuberculosis afecta principalmente a los adultos en los años más productivos de su vida, lo que no significa que los demás grupos de edad estén exentos de riesgo. Más del 95% de los casos y de las muertes se concentran en los países en desarrollo. Las personas infectadas por el VIH tienen entre 20 y 30 veces más probabilidades de desarrollar tuberculosis activa. Ese riesgo también es más elevado en las personas que padecen otros trastornos que dañan el sistema inmunitario. (OMS, 2018).

En 2017 enfermaron de tuberculosis aproximadamente un millón de niños (de 0 a 14 años), y 230 000 niños (incluidos los niños con tuberculosis asociada al VIH) murieron por esta causa. El consumo de tabaco aumenta considerablemente el riesgo de enfermar de tuberculosis y de morir por esta misma causa. Se calcula que a nivel mundial el 7,9% de los casos de tuberculosis son atribuibles al tabaquismo. (OMS, 2018).

4.4.1 Factores de riesgo de padecer enfermedad tuberculosa. La población en mayor riesgo en las Américas son las personas con VIH, aquellos en situación de calle, habitantes de barrios marginales de las ciudades, privados de la libertad y personas con problemas de adicción, poblaciones que generalmente tienen acceso limitado a la atención de salud y, si la tienen, no siempre son diagnosticadas oportunamente de tuberculosis cuando la padecen. (OPS, 2017).

4.5 Etiología

El germen causante de la tuberculosis es el *Mycobacterium tuberculosis* es un microorganismo con forma bacilar también conocido como bacilo de Koch. Es un agente aerobio preferencial, de multiplicación lenta, con la capacidad de permanecer en estado latente, es sensible al calor y la luz ultravioleta. Se lo conoce también como BAAR (bacilo ácido alcohol resistente) por su propiedad de resistir al ácido y al alcohol por medio de los lípidos de su pared. Son capaces de multiplicarse extracelularmente y de resistir la fagocitosis de los macrófagos. Produce necrosis caseosa en los tejidos infectados. (Aguirre, Román, & Gómez, 2018).

4.6 Transmisión

La vía de contagio más común es la vía respiratoria, le sigue la digestiva y la cutaneomucosa. El *Mycobacterium tuberculosis* se trasmite por vía directa por la inhalación de núcleos de gotitas de saliva que contienen el bacilo de la tuberculosis expulsados al toser, estornudar o hablar los mecanismos de defensa del árbol respiratorio al no ser capaces de impedir que esos núcleos contaminantes inhalados lleguen hasta los alvéolos pulmonares permiten que los bacilos encuentran un ambiente propicio para multiplicarse (Batún, Valencia, & Hernández, 2016).

Además, la cantidad de bacilos inhalados, la virulencia de la cepa y sobre todo, las condiciones defensivas del individuo, determinarán si el invasor será controlado, o bien, en un lapso de uno o varios años provocará las clásicas lesiones tisulares de la tuberculosis: necrosis caseosa y licuefacción del tejido afectado, con la formación de cavernas que permiten

el acceso al árbol bronquial y la diseminación local del microorganismo. (Velasco, Ávila, & Mejía, 2017).

4.7 Patogenia y respuesta inmune

La infección primaria ocurre habitualmente por inhalación del microorganismo en aerosoles de una persona infectada. Las micobacterias son opsonizadas con moléculas de complemento (C3b), inmunoglobulinas (IgG), proteína de unión a manosas (MBP), y el factor surfactante A (SPA). Esto permite a la bacteria ingresar al macrófago de manera eficiente. La replicación ocurre inicialmente en vías aéreas terminales dentro de células fagocíticas (bronquiolos pequeños, alveolos - lesión primaria o tubérculo). Los macrófagos los distribuyen a otras áreas pulmonares y a ganglios linfáticos regionales. (Berrueta, 2018).

En los pulmones, las células T activadas producen citocinas, tales como el interferón gamma (IFN-g) y factor de necrosis tumoral alfa (TNF α). El interferón gamma (IFN-g) es esencial para la activación de los macrófagos, que producen entonces óxido nítrico (NO), que contribuye fundamentalmente en el control de la infección. Una vez que se monta una respuesta inmune celular, las bacterias disminuyen y se desarrollan granulomas. (Berrueta, 2018).

La caseificación consiste en la licuefacción de un tubérculo maduro, con la formación de una cavidad en la que los bacilos se multiplican. Varios componentes de la pared celular de las micobacterias tienen actividad inmunomoduladora, entre ellos un glicolípido fenólico, manósidos de fosfatidil-inositol, la lipo-arabinomana y lipoproteínas. Estas moléculas son reconocidas por los receptores Toll-like (TLRs) y otros receptores innatos en macrófagos y células dendríticas, que activan tanto la respuesta inmune protectora como la respuesta patogénica. (Berrueta, 2018).

4.8 Clínica

Si bien la mayoría de los casos de la tuberculosis se producen en el pulmón (tuberculosis pulmonar), hay casos en los que la tuberculosis se produce en otros órganos (tuberculosis extrapulmonar).

4.8.1 Tuberculosis pulmonar. Es la más frecuente y la más contagiosa de las formas de tuberculosis, representa alrededor del 80% manifestará la enfermedad durante los dos primeros años posteriores a la primoinfección. La presencia de alguno de los siguientes síntomas, debe hacer sospechar que una persona puede tener TB pulmonar:

- Tos y expectoración por más de 15 días (la casi totalidad de los enfermos pulmonares bacilíferos presentan estos síntomas).
- Expectoración con sangre (hemoptisis), con o sin dolor torácico y dificultad para respirar.
- Síntomas generales como pérdida de peso o de apetito, fiebre, sudoración nocturna, cansancio, decaimiento. (Fernández & Manzaur, 2014).

4.8.2 Tuberculosis extrapulmonar. Se calcula que las localizaciones extrapulmonares constituyen entre el 15% y el 20% de todas formas de tuberculosis, aunque en la asociación TB/Sida la proporción es mayor. Las formas extrapulmonares más frecuentes en nuestro país son las pleurales, ganglionares y, en menor medida, genitourinarias, osteoarticulares y gastrointestinales.

Los síntomas generales de la tuberculosis extrapulmonar son similares a los de la pulmonar: fiebre, astenia, decaimiento, sudoración nocturna, pérdida de peso, disminución del apetito entre otros. A estos síntomas y signos se agregan los específicos para cada localización. A diferencia de las formas pulmonares, las localizaciones extrapulmonares tienen poblaciones bacterianas de escaso número; por esta razón, la proporción de confirmación bacteriológica en estas formas no es tan alta como en las de localización pulmonar. La bacteriología, principalmente el cultivo, confirma entre un 20% y 80% de las formas extrapulmonares, dependiendo de su localización. (Fernández & Manzaur, 2014).

4.9 Nivel de adherencia

La OMS ha adoptado la siguiente definición de la adherencia al tratamiento prolongado: “El grado en que el comportamiento de una persona respecto a tomar el medicamento, seguir

un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores; el grado en que se extiende la exposición sobre cada dimensión refleja la cantidad de datos existentes, que son sesgados por la errónea concepción tradicional de que la adherencia es un problema impulsado por el paciente. (Alviz & Mondragón, 2014).

4.10 Factores que condicionan la adherencia al tratamiento antituberculoso

Hay muchas razones por las que una persona podría tener problemas para cumplir con el tratamiento para la tuberculosis. En muchos casos, tanto las condiciones del establecimiento de salud como las de su personal pueden presentar barreras a la adherencia del paciente. Sin embargo, durante la entrevista de enfermería se pueden detectar en el paciente factores de riesgo para la no adherencia con el consecuente abandono de la persona al tratamiento.

4.10.1 Factores relacionados con el equipo o sistema de asistencia sanitaria. Desde la perspectiva de los trabajadores de la salud, en un primer componente se destaca la necesidad desensibilizar a los pacientes para desmitificar creencias y estigmas en torno a la enfermedad; así a firma un trabajador de la salud.

Estas acciones son de gran importancia y deben ser impartidas por personal entrenado, que en el primer momento de consulta pueda brindar un asesoramiento terapéutico que le permita al paciente comprender su situación e identificar el tratamiento como la solución. El trabajador de la salud, en el proceso de atención al paciente con tuberculosis, debe proporcionar en la consulta tranquilidad, teniendo en cuenta que la persona atraviesa por un momento de mucha receptividad. La situación descrita facilita la adaptación de los pacientes para la toma del tratamiento, la desmitificación de falsas creencias y el fortalecimiento del proceso de adherencia. Enseguida, en este proceso de consulta al paciente con la enfermedad, debe generarse un diálogo que permita la comunicación efectiva, que se le permita al paciente hablar, comunicar sus temores, sus miedos. Desde la perspectiva del trabajador de la salud, se debe ser convincente con la orientación que suministre. La información que brindan los trabajadores de salud juega un papel fundamental y, en este sentido, necesita otros elementos,

como los conocimientos, su experiencia en el programa, el entrenamiento que ha recibido para la formulación del tratamiento. (Muñoz, Cruz, & Rubiano, 2013).

4.10.2 Factores relacionados con la enfermedad. Los determinantes relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad física, psicológica, social y vocacional que produce la enfermedad en el paciente, ejercen sobre el paciente un fuerte deseo no de continuar con su tratamiento farmacológico. Su repercusión depende de cuánto influyen en la percepción del paciente en cuanto al riesgo y la importancia de la adherencia del tratamiento. (Alviz & Mondragón, 2014).

4.10.3 Factores relacionados con el tratamiento. Son los relacionados con la complejidad del tratamiento farmacológico, la duración del tratamiento, la frecuencia de la dosificación, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos y las reacciones adversas de los medicamentos. (Alviz & Mondragón, 2014).

4.10.4 Factores relacionados con el paciente. Algunos de los factores relacionados con el paciente que se ha comunicado influyen sobre la adherencia terapéutica, son el olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento y el manejo para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento, el no percibir la necesidad de tratamiento. La no percepción del efecto farmacológico de los medicamentos, las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento, el no aceptar la enfermedad, la incredulidad en el diagnóstico, la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad, la desesperanza y los sentimientos negativos y, por último, el temor a la dependencia a la medicación. (Alviz & Mondragón, 2014).

4.11 Diagnóstico

4.11.1 Baciloscopia. Es el examen microscópico directo de la muestra teñida bajo el método de Ziehl Neelsen, que busca micobacterias. Esta técnica es el método más costo efectivo de diagnóstico de tuberculosis en poblaciones con alta prevalencia. La baciloscopia se indica para todos los pacientes que presenten tos y/o expectoración durante 15 días o más (denominados sintomáticos respiratorios o SR) y en aquellos en los que presenten otros signos y síntomas sugestivos de tuberculosis pulmonar.

Una baciloscopia negativa no necesariamente indica ausencia de enfermedad. Se debe evaluar en forma detallada la clínica del paciente para descartar o iniciar un tratamiento. En los niños pequeños la baciloscopia podría resultar negativa por ser estos paucibacilares (pocos bacilos en el esputo). (Aguirre, Román, & Gómez, 2018).

4.11.2 Cultivo. El cultivo de esputo tiene una serie de ventajas que lo sitúa como el patrón oro para el diagnóstico y seguimiento del M. tuberculosis y es mucho más sensible que la baciloscopia, pudiendo incrementar la confirmación diagnóstica de la tuberculosis en aproximadamente 15 a 20%. No obstante, su costo es mayor, es menos accesible, requiere de más tiempo en el retorno del resultado (aproximadamente 6-8 semanas, dependiendo del método) y de una mayor capacidad técnica y tecnológica. Es indispensable para el diagnóstico de las formas extrapulmonares de tuberculosis y para las formas pulmonares con baciloscopia negativa. (Aguirre, Román, & Gómez, 2018).

4.11.3 Tipificación. Cuando se aísla una micobacteria en el cultivo, la incertidumbre a la que hay que responder rápidamente para orientar el tratamiento y las medidas preventivas y de control es de qué tipo de micobacteria se trata. Para la identificación de la micobacteria aislada se debe tener en cuenta la velocidad de desarrollo, la morfología de las colonias y las características microscópicas, además de realizar una de las pruebas bioquímicas, tales como: prueba de la niacina, inhibición de la catalasa a 68°C, reducción de nitrato y pruebas moleculares. (Aguirre, Román, & Gómez, 2018).

4.11.4 Pruebas de sensibilidad. Son aquellas pruebas que miden la probabilidad de que un fármaco antimicrobiano determinado sea eficaz para eliminar o inhibir suficientemente un patógeno determinado responsable de una infección. En el caso de la tuberculosis es importante realizar, como parte del diagnóstico, pruebas de sensibilidad para drogas de primera y/o segunda línea, fundamentalmente en situaciones donde es frecuente la resistencia a drogas. La prueba de sensibilidad tiene mayor confiabilidad para isoniacida y rifampicina además de las fluoroquinolonas e inyectables de segunda línea. (Aguirre, Román, & Gómez, 2018).

4.11.5 ADA. La determinación en el líquido pleural y demás serosas de la adenosina deaminasa (ADA) ha demostrado ser muy eficaz en el diagnóstico de la tuberculosis de estas localizaciones. En estos últimos años ha aportado una elevada sensibilidad y especificidad, superior al 95% en países de alta endemia, con escasos falsos positivos (linfomas, empiema, lupus eritematoso). Los puntos de corte para la positividad de esta técnica son establecidos por los laboratorios; así, para el líquido pleural y peritoneal suele oscilar entre 40 y 45 UI, mientras para el líquido cefalorraquídeo este nivel suele establecerse entre 9 y 10 UI. (Aguirre, Román, & Gómez, 2018).

4.11.6 Tuberculosis LAMs. Este método se basa en la detección del antígeno altamente específico, el glicolípidido de membrana del M. Tuberculosis (Lipoarabinomananos o LAMs). La sensibilidad es mayor en muestras de orina de pacientes con VIH. Esta sensibilidad aumenta a medida que bajan los niveles de CD4 estos pacientes. La especificidad es del 91-95%. (Aguirre, Román, & Gómez, 2018).

4.11.7 Radiografía de tórax. Es un método más caro, menos accesible, más sensible y menos específico que la bacteriología. Sin embargo, está indicada en las siguientes situaciones:

- Sintomáticos respiratorios con baciloscopía negativa persistente luego de un seriado para BAAR de 2 muestras.
- Como referencia para el diagnóstico de la tuberculosis infantil.
- Contactos adultos jóvenes con síntomas respiratorios.
- Casos presuntivos de tuberculosis extrapulmonar.

En situaciones de alto riesgo (VIH, Pacientes privados de la libertad, niños) se transforma en una herramienta muy útil no como criterio único sino sumado a la clínica y la epidemiología. Los signos radiológicos de tuberculosis pulmonar no son exclusivos de la tuberculosis, y además la tuberculosis puede mostrar patrones radiológicos muy variables, por lo cual una radiografía nunca debe ser el único criterio para definir el diagnóstico y/o conducta terapéutica para tuberculosis. Los signos más comúnmente presentes en las radiografías varían de acuerdo a la etapa de la enfermedad. (Aguirre, Román, & Gómez, 2018).

4.12 Tratamiento

Una vez diagnosticada la enfermedad el tratamiento a recibir es gratuito durante el todo el tiempo necesario según el esquema de tratamiento a seguir. El esquema no está basado en la localización de la enfermedad (pulmonar o extrapulmonar). Para la asignación del esquema se debe consultar y registrar el historial farmacológico y tiempo del tratamiento previo si fuera el caso. Los esquemas de tratamiento se dividen en dos grupos TB sensible y TB resistente y deben ser administrados de acuerdo al peso corporal del paciente. Adicionalmente debe ser directamente observado en el 100% de los casos y dosis. (MSP, 2018).

El tratamiento de los enfermos de Tuberculosis es ambulatorio y supervisado por el personal de salud, asegurándose que el paciente ingiera los medicamentos en una sola toma al día.

4.12.1 Esquema. Se utiliza una combinación de cuatro fármacos de primera línea antituberculoso:

Tabla 1

<i>Esquemas de Tratamiento para Casos de TB</i>		
Esquema de Tratamiento	Duración	Tipo de Caso TB sensible
2HRZE/4HR	6 meses	Nuevo, sin evidencia de presentar TB resistente.
HRZE	9 meses	Pérdida en el seguimiento recuperado, recaídas o fracasos, con sensibilidad confirmada a rifampicina

Tabla 2

<i>Recomendaciones de dosis por kg de peso para el tratamiento TB sensible en adultos con drogas de primera</i>		
Medicamentos	Dosis en mg/kg de Peso	Máximo (mg)
Isoniacida*	5 (5-15)	300
Rifampicina*	10 (10-20)	600
Pirazinamida	25 (20-30)	2000
Etambutol	15 (15-20)	1200

4.12.2 Tratamiento para casos nuevos con TB pulmonar y extrapulmonar sensible. En los casos nuevos que a través de la prueba de sensibilidad a las drogas presentan sensibilidad comprobada por lo menos a R y/o H se recomienda el esquema 2HRZE/4HR. Estos incluyen:

- Casos TB pulmonar bacteriológicamente positiva.
- Casos TB pulmonar por diagnóstico clínico.
- Casos TB extrapulmonar; excepto del sistema nervioso central (SNC) y osteoarticular.

Este esquema también se debe aplicar a todos los casos nuevos que no tengan factores de riesgo para TB resistente, siempre en espera de los resultados de la prueba de sensibilidad a las drogas. El presente esquema se divide en dos fases:

- Primera o fase inicial: De 50 dosis HRZE (2 meses).
- Segunda o fase de consolidación: De 100 dosis HR (4 meses). (MSP, 2018).

Los medicamentos en ambas fases se administrarán en forma diaria (5 días por semana en casos ambulatorios y 7 días a la semana en hospitalización y pacientes privados de la libertad). Para el cálculo de los fármacos se tomarán en cuenta 25 tomas por mes. Se recomienda que el tratamiento directamente observado se realice por parte del personal de salud o cualquier actor social comprometido. (MSP, 2018). Si el afectado no asiste a la toma de medicamentos, el equipo de salud o el agente comunitario deben realizar la visita domiciliaria dentro de las 48 horas siguientes para que este continúe el tratamiento. Se recomienda no cambiar a la fase de continuación sin tener la confirmación de baciloscopia negativa o sensibilidad a isoniacida y rifampicina. (MSP, 2018).

Los casos de tuberculosis sensible previamente tratados presentan un factor de riesgo para desarrollar tuberculosis multidrogoresistente. Previo inicio de tratamiento realizar siempre una prueba de sensibilidad a las drogas para comprobar sensibilidad a rifampicina, isoniazida u otros fármacos. En caso de demostrar sensibilidad para estos medicamentos se recomienda utilizar el esquema 9HRZE con monitoreo estricto a través de seguimiento bacteriológico. (MSP, 2018). En casos nuevos tuberculosis sensible pulmonar con coinfección de tuberculosis con VIH se recomienda un régimen de tratamiento de al menos seis meses 2HRZE/4HR. (MSP,2018).

4.12.3 Régimen de tratamiento estandarizado para casos nuevos con TB del SNC, ósea u osteoarticular sensible. Se recomienda el esquema 2HRZE/10HR para los casos de tuberculosis del sistema nervioso central, inclusive en los afectados con coinfección tuberculosis con VIH. En los casos de meningitis tuberculosa con focalización neurológica y/o disminución del nivel de conciencia y/o coma, se recomienda la administración concomitante de prednisolona (1-2 mg/kg/día) o su equivalente durante la fase inicial por 4 semanas, con retiro progresivo. (MSP, 2018).

En pacientes con diagnóstico de VIH, que no estén recibiendo TARV y sean diagnosticados de tuberculosis, se recomienda iniciar primero el tratamiento antituberculoso y en el periodo comprendido entre las 2 y 8 semanas empezar con terapia antirretroviral (TARV). Los pacientes con coinfección de TB/VIH y conteos de CD4 < 50 cel/ml se benefician de un inicio más temprano de antirretrovirales (ARV) a las dos semanas. (MSP, 2018).

4.12.4 Medidas de prevención para el hogar. Una persona con tuberculosis puede prevenir la propagación de la enfermedad en su casa realizando pequeños pasos tales como:

- No hay ninguna indicación para separar sus cubiertos u otros utensilios personales, ya que la TB no se transmite por compartirlos. Es suficiente un adecuado lavado de manera convencional.

- Restringir visitas a personas menores de 5 años, Pacientes con VIH, diabéticos o con otras inmunodepresiones hasta 15 días posterior al inicio del tratamiento.
- Su dormitorio en lo posible debe ser exclusivo, lo más amplio posible, limpio, que ingrese la luz solar y con ventanas amplias que permitan que el aire sea fluido.
- En caso de compartir el dormitorio se recomienda al paciente colocarse donde la circulación de aire sea la más apropiada.
- Debe cubrirse la boca y la nariz con un pañuelo desechable o con el antebrazo cuando tosa o estornude.
- Debe toser siempre sobre papel desechable (papel higiénico o servilletas o pañuelos). El catarro que produce debe juntarse en el papel y colocarse una bolsa de plástico que luego se cierra y se elimina en la basura convencional.
- Lavarse las manos después de toser.
- Se recomienda que utilice mascarilla quirúrgica, que cubra su boca y su nariz, si estará en contacto con otras personas durante los primeros 15 días de tratamiento.
- No fumar. El cigarrillo no causa tuberculosis, pero sí favorece el desarrollo de la enfermedad.
- Evitar el consumo de bebidas alcohólicas.
- Alimentación adecuada.
- Apoyo de familiares, amigos y compañeros de trabajo para la adherencia al tratamiento. (Aguirre, Román, & Gómez, 2018).

5 Metodología

5.1 Enfoque

El presente proyecto tiene un enfoque cuantitativo.

5.2 Tipo de diseño

Diseño descriptivo, carácter retrospectivo, transversal, desde el periodo mayo a octubre 2019.

5.3 Unidad de estudio

La investigación se llevó a cabo en 3 Unidades de Salud (US) del Ministerio de Salud Pública de la Ciudad de Machala Provincia El Oro, las mismas que fueron: US Velasco Ibarra (ubicada en calle Tulcán entre Esmeraldas y Portoviejo), US Rayito de Luz (ubicada en Callejón José Jara entre Eplicachima y Juan león Mera), y US San Martín (ubicada en calle Colón y Ambrosio Gumal).

5.4 Universo y muestra

Un universo conformado con pacientes diagnosticados de tuberculosis en las 3 Unidades de Salud MSP de la Ciudad de Machala, misma que fue de 62 pacientes.

La muestra se conformó por pacientes con diagnóstico de tuberculosis y que se les prescribió el tratamiento antituberculoso con expectativa de cumplimiento correspondiente a 6 meses en el período mayo a octubre 2019, misma que fue de 35 pacientes.

5.5 Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de tuberculosis confirmado y que están ingresados a la estrategia de tuberculosis en las 3 Unidades de Salud del Distrito 07D02 Machala.
- Pacientes con esquema de tratamiento de duración de 6 meses con expectativa de cumplimiento durante el periodo comprendido entre mayo a octubre 2019.
- Pacientes de cualquier sexo.
- Participación libre y voluntaria.

5.6 Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico tuberculosis que no se puede contactar vía telefónica o domiciliar.

5.7 Técnica, instrumentos y procedimiento

5.7.1 Técnica

La presente investigación pertenece al macroproyecto denominado Factores que influyen en adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en las unidades de salud de la provincia El Oro, se lo dividió en tres unidades para su estudio, en donde constan los Distritos 07D02 Machala, 07D05 Huaquillas y 07D06 Santa Rosa.

Esta investigación corresponde a la Ciudad de Machala Distrito 07D02, que a su vez está conformada por 3 unidades asistenciales de salud MSP: US Velasco Ibarra, US Rayito de Luz, y US San Martín.

Para poder identificar el universo se recurrió a las autorizaciones correspondientes en cada uno de las 3 Unidades de Salud con los diferentes directivos, posterior a la autorización se recurrió al departamento de estadística, quien brindó la información de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis que se encontraban en la lista de estrategia de tuberculosis hasta mayo 2019. Luego se dialogó con los profesionales de salud encargados de la entrega de tratamientos a cada paciente, mismo que lleva un registro de constancia. Toda la documentación pertinente fue otorgada, y constituyeron un gran aporte, para poder identificar a la muestra mediante los criterios de inclusión, y contactarlos a través de vía telefónica; cabe indicar que 30 pacientes que conformaron la muestra aceptaron realizar su participación presencialmente en las diferentes unidades de salud a las cuales correspondían acorde a función de tiempo de cada uno, y los 5 restantes indicaron desear realizarlo presencialmente dentro de sus domicilios, por lo que se realizó la visita domiciliar en las direcciones que otorgaron.

Se empleó una encuesta descriptiva cerrada a cada uno de los participantes que constituyeron la muestra, previo a este se brindó oportunamente la información verbal y escrita, explicando la naturalidad, objetivos del estudio, así como los beneficios de su participación para la presente investigación. La información escrita abocada, hace constancia en el documento de consentimiento informado, que de manera autónoma cada participante leyó, y firmo una vez cumplida las dos fases de información, con el cual daba por asentada su participación, y autorización de manejo de la información que otorgaba.

5.7.2 Instrumento

Siendo este un estudio que involucra la participación directa de cada paciente, se recurrió a la aplicación del consentimiento informado (Anexo 6), mismo que es un documento formal, además de ser una exigencia ética, y un derecho reconocido por la legislación de la República del Ecuador, el objetivo fue aplicar el principio de autonomía del paciente, respetarlos como individuos y hacer honor a su decisión, además se la aplico en pacientes con plenas facultades físicas y mentales.

Para el cumplimiento de los objetivos se recurrió a la creación de un instrumento de recolección de información tipo encuesta descriptiva – cerrada (Anexo 5), la misma que fue de absoluta autoría por quienes dirigieron la presente investigación, misma que fue ajustada y validada, bajo la implementación de técnica muestreo para seleccionar a las personas que participaron, se realizó muestreos probabilísticos aleatorios simples, esta fue modificada en base a los resultados, y por médicos especialistas en medicina interna e investigación que pertenecieron y pertenecen a la planta docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Loja (UNL). Este documento consta de una primera parte que corresponde a datos epidemiológicos, una segunda sección donde se plantean factores sociales, y los factores relacionados al tipo de atención de salud siendo la tercera sección.

5.7.3 Procedimiento

Mediante el acuerdo con las normas técnico - científicas del Ministerio de Salud, se considera que es una investigación sin riesgo. Autoría declara que preserva la privacidad

y confidencialidad de la información e identidad de los pacientes. Para dar inicio a la presente investigación, se solicitó inicialmente la pertinencia para el proyecto de tesis y designación de director de tesis por la Gestora Académica de la carrera de Medicina Humana de la Facultad de Medicina de la UNL. Se solicitó los permisos correspondientes en cada Unidad de Salud para los trabajos de campo y se procedió a la recolección de datos de interés para el cumplimiento de los objetivos, con la antesala de la correspondiente validación y aplicación de los instrumentos de investigación ya mencionados.

5.7.4 Equipos y materiales

- Equipos: computadora, impresora, flash memory.
- Materiales: hojas de papel bond, hojas cuadrículadas, libreta de notas, esfero, marcadores, lápiz.

5.7.5 Análisis estadístico

Los datos que se obtuvieron fueron tabulados a través de los programas de servicio informático Microsoft Excel 2010 y Software IBM SPSS, donde se ingresó el registro de la información obtenida en el instrumento de recolección de datos.

5.7.6 Presentación estadística

Se presentó los resultados en tablas de Excel 2010 y Software IBM SPSS, una tabla para cada uno de los objetivos, en estas tablas se agrupan la información necesaria para cumplir con cada objetivo específico.

6 Resultados

6.1 Resultados para el primer objetivo. - Determinar el grupo adherente y no adherente al tratamiento antituberculoso en pacientes de las Unidades de Salud de la Provincia El Oro, y relacionarlos con variables epidemiológicas.

Tabla 1

Pacientes Adheridos y no al Tratamiento Antituberculoso Durante el periodo Mayo a Octubre 2019 de las Unidades de Salud de Machala.

Grupo etario	Adheridos				No adheridos				Total	
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		f	%
	F	%	f	%	f	%	f	%		
15-19	1	3	0	-	0	-	0	-	1	3
20-39	3	9	3	9	1	3	2	6	9	26
40-64	10	29	4	11	2	6	1	3	17	49
>65	3	9	3	9	1	3	1	3	8	23
Total	17	49	10	29	4	11	4	11	35	100

Fuente: Unidades de salud: Velasco Ibarra, Rayito de Luz, y San Martín.

Elaboración: Andrea Estefanía Reyes M.

Análisis: la muestra fue constituida por 35 pacientes, de los cuales 27 se adhirieron y 8 no se adhirieron al tratamiento durante el periodo mayo a octubre 2019, de estos el sexo masculino es el más prevalente con el 49% para el grupo adherido, mientras que el grupo no adherido el sexo masculino y femenino comparten el 11%, y el grupo etario más prevalente es el de 40 – 64 años con el 49% para ambos grupos.

6.2 Resultados para el segundo objetivo. - Establecer factores personales, familiares y sociales que influyen en la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en Unidades de Salud de la Provincia el Oro.

Tabla 2

Factores Sociales que Influyeron en la adherencia al Tratamiento Antituberculoso Durante el período Mayo a Octubre 2019 de las Unidades de Salud de Machala.

Factores Sociales	Pacientes con tratamiento antituberculoso						Total
	Adherentes			No adherentes			
	f	%	F	%	F	%	
Difícil acceso territorial	18	67	8	100	26	74	
Analfabetismo	0	-	0	-	0	-	
Abandono Familiar	2	7	6	75	8	23	
Actividad laboral Prolongada	18	67	8	100	26	74	
Vive en Hacinamiento	14	52	2	25	16	46	
Deseo de suspensión al Tratamiento	4	15	8	100	12	34	
Repercusión Económica	8	30	2	25	10	29	
Recibe apoyo asistencial en hogar	25	93	2	25	27	77	
Total	89		36		125	100	

Fuente: Unidades de salud: Velasco Ibarra, Rayito de Luz, y San Martín.

Elaboración: Andrea Estefanía Reyes M.

Análisis: se identificaron 8 factores sociales que probablemente influyeron sobre la adherencia al tratamiento antituberculoso, estos en su totalidad se presentaron 125 veces sobre la muestra conformada por 35 pacientes, mismos que con más relevancia son los siguientes: indica que presentan difícil acceso territorial hacia las unidades de salud, actividad laboral prolongada que perjudica en la disponibilidad de tiempo para movilizarse hacia los centros de salud, además de que han deseado suspender el tratamiento, estos comparten 100% para el grupo no adherente, y por último el 75% de este mismo grupo presentaron abandono familiar posterior a su diagnóstico e instauración de tratamiento.

6.3 Resultados para el tercer objetivo. - Determinar los factores relacionados a los servicios de salud para la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en Unidades de Salud de la Provincia el Oro.

Tabla 3

Factores de Servicios de Salud que Influyeron en los Pacientes Adheridos y no al Tratamiento Antituberculoso Durante el periodo Mayo a Octubre 2019 de Machala

Factores de servicios de salud	Pacientes con tratamiento antituberculoso					
	Adherentes		No adherentes		Total	
	F	%	F	%	F	%
Conformidad con información	25	93	8	100	33	94
Entrega de medicación a Domicilio	1	4	0	-	1	3
Conformidad con atención	26	96	0	-	26	74
Total	52	87	8	13	60	100

Fuente: Unidades de salud Velasco Ibarra, Rayito de Luz, y San Martín.

Elaboración: Andrea Estefanía Reyes M.

Análisis: se identificaron 3 factores relacionados al servicio de salud que probablemente influyeron sobre la adherencia al tratamiento, estos en su totalidad se presentaron 60 veces sobre la muestra conformada por 35 pacientes, mismos que con más relevancia es el siguiente: conformidad de atención por parte del personal de entrega de medicación en el grupo no adherido es del 0%.

7 Discusión

En la presente investigación se obtuvo una muestra conformada por 35 pacientes con diagnóstico de tuberculosis que debían cumplir el tratamiento antituberculoso durante el período mayo a octubre 2019, mismos que pertenecieron a las Unidades de salud de la Ciudad de Machala, Provincia El Oro (US Velasco Ibarra, US Rayito de Luz y US San Martín), de estos, 27 pacientes se adhirieron y 8 no al tratamiento antituberculoso, el sexo masculino fue el más prevalente con el 49% para el grupo adherente, mientras que el grupo no adherente el sexo masculino y femenino fue igual con el 11%, la edad comprendida entre los 40 - 64 años fue la más prevalente en ambos grupos con el 49%. Realizando una comparación con un determinado estudio con enfoque cuantitativo, realizado en el centro de salud sauces 3 de la ciudad de Guayaquil durante el año 2017 con el objetivo de determinar las características epidemiológica sen usuarios con diagnóstico de tuberculosis, misma que estuvo conformado por una muestra de 32 pacientes, los resultados indican que, el 68% pertenecen al sexo masculino, y el 36% corresponden al grupo etario 20 – 40 años, con lo que guarda similitud con el presente estudio solo en dato epidemiológico de sexo, constituyendo un estudio de distanciamiento geográfico medio. (V. Correa, M. Fárez, 2017). Otro estudio realizado en la ciudad de Santiago del estero, en el Hospital Neumológico “Gumersindo Sayaga” durante el año 2018, fue un estudio cuantitativo, prospectivo y longitudinal, con una muestra conformada por 84 pacientes, con el objetivo de obtener datos epidemiológicos de pacientes diagnosticados con tuberculosis, los resultados fueron que, de la totalidad, el 56% pertenecen a sexo masculino, para pacientes que cumplieron el tratamiento antituberculoso, mientras que los que no cumplieron con el tratamiento el sexo femenino fue mayor con 62%, y la edad comprendida de entre 55 a 59 años fue el más prevalente con el 63%, valores con los que guarda estrecha relación con el presente estudio. (Ordoñez, 2018)

En la Ciudad de Santiago de Cali, se realizó un estudio de tipo cuantitativo, con el objetivo de determinar la prevalencia de incumplimiento a la adherencia del tratamiento farmacológico antituberculoso en el centro de salud Manuela Beltrán, durante el año 2017, constituido por una muestra de 93 pacientes, los resultados indicaron que el 81,1% incumplieron el tratamiento, con lo que no guarda relación con el presente estudio. (E. Alviz, C. Mondragón, 2017)

Sin embargo, otro estudio realizado en la ciudad de Guayaquil en el año 2018 con un enfoque cuantitativo, y una muestra constituida por 105 pacientes con diagnóstico de tuberculosis y con el objetivo de identificar los grupos adheridos y no al tratamiento antituberculoso indicaron que con el 79% sí se adhieren, por lo que este estudio sí guarda relación con los resultados obtenidos en el presente estudio.

En la Unidad de Salud correspondiente a la Ciudad de Lima en el año 2016 se realizó un estudio, retrospectivo, correlacional, el cual pretendió identificar a pacientes con diagnóstico de tuberculosis y de estos cuantos se adhieren y no al tratamiento, los resultados fueron que con una muestra de 68 pacientes, el 78% inicio el tratamiento como indico la prescripción médica, evaluando la efectividad de entrega y recepción del mismo, con lo que se determina que guarda relación con el presente estudio en cuanto el cumplimiento del inicio del tratamiento. (M. García, L. Castillo, 2016) La investigación del Hospital Universitario San Joan d'Alacant España, en el año 2017, constituido por una muestra de 764 pacientes con diagnóstico de tuberculosis y que recibieron el tratamiento con expectativa de cumplimiento, los resultados del estudio fueron que el 45,6% de los pacientes no iniciaron el tratamiento durante el tiempo indicado, motivo por el cual no guarda relación con el presente estudio, ya que la proporción es más elevada. (R. Gallardo, M. Gea, J. Requena, J. Miralles, M. Rigo, J. Aranaz, 2017), en la ciudad de Pereira en el año 2019, se realizó una investigación con el objetivo de determinar la relación entre el cumplimiento del tratamiento contra la tuberculosis y los factores sociodemográficos, con una muestra de 174 pacientes, los resultados fueron que el 94,8% de los pacientes cumplieron con el tratamiento durante el periodo indicado, por lo que guarda relación con esta investigación. (M. Dueñes, D. Cardona, 2019)

En cuanto los factores que probablemente influyeron en la adherencia al tratamiento antituberculoso de la presente investigación, se determinó factores relacionados con ámbitos sociales y de servicios de salud de las unidades asistenciales, identificando que la muestra presenta 8 factores sociales, entre los cuales los más relevantes fueron que: reciben apoyo asistencial en su hogar diariamente con el 93% (n=25) esta cifra a los pacientes adherentes; el 100% (n=8) indica que presentan difícil acceso territorial hacia la unidad de salud, actividad laboral prolongada que perjudica la disponibilidad de tiempo para movilizarse hacia el centro de salud, y que han deseado suspender el tratamiento, estos en cuanto el grupo

no adherente, por último, este mismo grupo presenta que el 75% (n=6) han recibido abandono familiar posterior a su diagnóstico e instauración de tratamiento. Si se lo relaciona con un estudio realizado en la Ciudad de Machala durante el año 2016 en el Centro de salud Venezuela, constituido por una muestra de 61 pacientes, indicaron que el 50% presentan analfabetismo, el 75% recibió rechazo familiar a partir del diagnóstico de tuberculosis, 65% fueron asilados y les retiraron el apoyo familiar y de terceros para asistencia de actividades diarias, por lo que guardan relación con el presente estudio. (Vázquez, 2016); el mismo estudio realizado en la ciudad de Pereira en el año 2019, con el objetivo de determinar factores socioeconómicos indica que, para el grupo de pacientes no adherentes al tratamiento, los factores fueron: la falta de apoyo familiar, suspensión laboral y gasto económico, fueron de mayor proporción, con lo que guarda una relación con los resultados del presente estudio. En la Ciudad de Lima, en el año 2016 se realizó un estudio cuantitativo, correlacional con el objetivo de determinar el apoyo familiar y como este influye sobre la adherencia al tratamiento en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis, con una muestra de 38 pacientes los resultados fueron que el 36,8% indicaron que, sí recibieron apoyo familiar, con lo que guarda relación con el presente estudio, ya que el apoyo que se evidencio es bajo para el grupo de pacientes no adheridos. (C. Castro, M. Cama, I. Fernández, 2016)

En cuanto los factores que se identificó para los servicios de salud en el presente estudio fueron un total de 3 los mismo que con más relevancia indicaron que en cuanto la conformidad de la información brindada por el médico fue del 93% (n=25) para el grupo adherido y 100% (n=8) no adherido, mientras que la conformidad de atención por parte del personal de entrega de medicación el grupo no adherido es del 0%. Un estudio realizado en el Hospital Universitario de Madrid durante el año 2017, con el objetivo de identificar los factores que condicionan la adherencia en pacientes con tuberculosis, y describir las intervenciones del profesional de salud en relación a estos pacientes, con una muestra de 39 pacientes, los resultados fueron que identificaron que las intervenciones principalmente son por parte del grupo de enfermería para la entrega de la medicación, el grupo constituido por los no adherentes indica que presentaron inconformidad con el servicio, por lo que guarda relación con el presente estudio. (López, 2017). El estudio de investigación realizado en la Ciudad de

Cali mencionado con anterioridad, que tenía como objetivo determinar los factores influyentes de adherencia al tratamiento en pacientes tuberculosos, identifica dentro de sus resultados que los valores hallados son significativos con respecto a los servicios de información sobre el tratamiento farmacológico, entrega de la medicación al paciente y trato del médico profesional ante el usuario, indicando una inconformidad del 65%, con lo que guarda similitud con los resultados del presente estudio.

La Universidad de Navarra durante el año 2017 realizó un estudio retrospectivo, con el objetivo de evaluar la satisfacción del servicio de entrega de kits de medicamentos prescritos por profesionales médicos, el mismo estudio presenta un apartado para los pacientes con diagnóstico de tuberculosis y que iniciaron el tratamiento, los resultados fueron que, con una muestra de 47 pacientes, el 92% presenta conformidad con el servicio otorgado, por lo que no guarda relación con el presente estudio. (J. Jiménez, L. García, 2017)

8 Conclusiones

Se determina que los pacientes diagnosticados con tuberculosis que les prescribieron el tratamiento antituberculoso, con expectativa de cumplimiento durante el periodo mayo a octubre 2019 fueron en su mayoría pacientes que, si se adhirieron al tratamiento y que prevalentemente el sexo masculino se presentó, así como el grupo etario de entre 40 a 64 años.

El estudio establece que en cuanto los factores sociales que probablemente influyeron sobre la adherencia al tratamiento antituberculoso los que más se destacaron son: en la totalidad del grupo no adherido indican presentar difícil acceso territorial hacia la unidad asistencial, así como actividad laboral prolongada que perjudica la disponibilidad de tiempo para movilizarse hacia el centro de salud, y que han deseado suspender el tratamiento, y en una proporción más baja este mismo grupo presentó abandono familiar a partir del diagnóstico e instauración del tratamiento.

Se concluye que en cuanto los factores de servicios de salud que probablemente influyeron sobre la adherencia al tratamiento antituberculoso el de más relevancia es: la conformidad de atención por parte del personal de entrega de medicación es nula para el grupo no adherido.

9 Recomendaciones

Se incentiva a las juntas parroquiales de las Ciudad de Machala que creen grupos principalmente de consejería, apoyo e información a la comunidad a través de reuniones, con el objetivo de impartir medidas de bioseguridad anti propagación y manejo posterior a la infección de la patología.

Se motiva a familiares de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis, activar redes de apoyo en centros de salud de su localidad, para crear concientización sobre como el accionar de estos, influyen sobre sus familiares.

Sobre la base de los resultados del presente estudio se estimula que los centros de salud de la Ciudad de Machala, presten el servicio de sugerencias para que los usuarios puedan plasmar su conformidad ante el servicio que reciben.

10 Bibliografía

- M.S.P. (4 de Enero de 2016). Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Obtenido de Día mundial de la tuberculosis: El MSP trabaja con éxito en prevención y control de la enfermedad: <https://www.salud.gob.ec/dia-mundial-de-la-tuberculosis-el-msp-trabaja-con-exito-en-prevencion-y-control-de-la-enfermedad/>
- M.S.P. (2018). Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2019/03/informe_anual_TB_2018_UV.pdf
- OMS. (2018). Organización mundial de la Salud. Recuperado del 2018, de https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2019/03/informe_anual_TB_2018_UV.pdf
- Guevara, C., Vega, R., & Domínguez, S. (2017). Tuberculosis: Procedimientos para la prevención y control de la tuberculosis. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/07/MANUAL-DE-PROCEDIMIENTOS-DE-TB-FINAL.pdf>
- OPS. (2017). Organización Panamericana de la Salud. Recuperado del 2017, de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13081:tuberculosis-opsoms-llama-a-no-dejar-a-nadie-atras&Itemid=1926&lang=es
- Aguirre, S; Román, M; Gómez, R; & Irazusta, O. (2018). Guía Nacional para el manejo de la tuberculosis. Obtenido de https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=576-guia-nacional-para-el-manejo-de-la-tuberculosis-2017&Itemid=253

OPS. (2018). Organización Panamericana de la Salud. Recuperado del 2018, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>

Batún, J., Serrano, N., & Hernández, E. (2016). Coinfección de tuberculosis pulmonar y nocardiosis pulmonar. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012393922016000400276

Velasco, R., Ávila, J., & Perera, L. (2017). Tuberculosis pulmonar: la epidemia mundial continúa y la enseñanza de este tema resulta crucial y compleja. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187893X2017000100008

Berrueta, T. (2019). Tuberculosis. Obtenido <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/bacteriologia/tuberculosis.html>

Fernández, C; Manzur, J; (2014). Enfermedades infecciosas tuberculosis. Obtenido http://www.ministeriodesalud.chubut.gov.ar/wpcontent/uploads/2018/07/guia_de_diagnostico_tratamiento_y_preencion_de_la_tuberculosis.pdf

Alviz, E; Mondragón, C; (2014). Adherencia a la terapia farmacológica sus factores determinantes en pacientes con tuberculosis de un centro de salud de Santiago de Cali. Obtenido <http://www.scielo.org.co/pdf/rccqf/v43n1/v43n1a07.pdf>

Muñoz, A; Cruz, O; & Perera, L. (2013). Trabajadores de la salud y sus significados en torno a la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Obtenido http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412013000300006

- León, F; Torres, A; Cedeño, A; & Aguilar, E. (2018). Prevención, diagnóstico tratamiento y control de la tuberculosis. Obtenido https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/GP_Tuberculosis-1.pdf
- Casas, L. I. (2015). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento anti tuberculosis. *Rev.cienc. cuidad.* 2015; 12(2): 26-38.
- Grupo de Trabajo sobre Tuberculosis. Consenso nacional para el control de la tuberculosis en España. *Med, Clin (Bar)* 1992; 98: 24-31.
- Grupo de Trabajo TIR (Tuberculosis e infecciones respiratorias) de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Quimioprofilaxis antituberculosa. Recomendaciones SEPAR. *Arch Bronconeumol* 1992; 28:270-278.
- Gómez F, Bernal JA, García A. Evaluación y tratamiento de la tuberculosis latente en el adulto. *Med Clin (Bar)*2001; 117: 111-114
- Luque MA, González-Moya E. Enfermedad tuberculosa. En León A, Madueño A, Maldonado JA, Martín PJ, editores. Madrid: Momento Médico, 2004; 103-116
- Cifuenes N, Pérez E, Del Castillo D. Infección tuberculosa. En León A, Madueño A, Maldonado JA, Martín PJ, editores. Madrid: Momento Médico, 2004; 117-126.
- Gallardo J, Vidal JL, Rey R. Tuberculosis. En De Lucas P, Jiménez CA, Pérez E, editores. Madrid: Grupo Luzan 5, S.A., 1999; 213-237
- Caminero JA, Medina MV, Rodríguez F, Cabrera P. Tuberculosis y otras micobacteriosis. En Caminero JA, Fernández L, editores. Madrid: Editores Médicos SA, 1998;1389-1419.
- Ruiz J. Tuberculosis pulmonar. En Villasante C, editor. Madrid, Grupo Aula Médica SL, 2002;349-359.

Fujiwara PI, Clevenbergh P, Diodio RA. Management of adults living with HIV/AIDS in low-income, high-burden settings, with special reference to persons with tuberculosis. State of the Art Series. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2005;9:946-58.

Diodio RA, Fujiwara PI, Enarson DA. Should tuberculosis treatment and control be addressed differently in HIV-infected and - uninfected individuals? *Eur Respir J.* 2005;25:751-7.

Saukkonen JJ, Cohn DL, Jasmer RM, Schenker S, Jereb JA, Nolan CM, et al, on behalf of the ATS Hepatotoxicity of Antituberculosis Therapy Subcommittee. An official ATS statement: hepatotoxicity of antituberculosis therapy. *Am J Respir Crit Care Med.* 2006;174:935-52.

Jindani A, Dore CJ, Mitchison DA. Bactericidal and sterilizing activities of antituberculosis drugs during the first 14 days. *Am J Respir Crit Care Med.* 2003;167:1348-54.

Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for preventing the transmission of *Mycobacterium tuberculosis* in health-care settings, 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2005;54:1-141.

Grupo de estudio del taller de 1999 de la unidad de investigación en Tuberculosis de Barcelona. Documentos de consenso sobre tratamientos directamente observados en tuberculosis. *Med Clin (Barc).* 2000; 115:749-57.

CDC. Approaches to improving adherence to antituberculosis therapy. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1993;42:42-81.

Rodrigo T, Caylà JA, Galdós-Tangüis H, García de Olalla P, Brugal MT, Jansà JM. Proposing indicators for evaluation of tuberculosis control programmes in large cities based on the experience of Barcelona. *J Tuberc Lung Dis.* 2001;5:432-40.

Spyridis NP, Spyridis PG, Gelesme A, Sypsa V, Valianatou M, Metsou F, et al. The effectiveness of a 9-month regimen of isoniazid alone versus 3- and 4-month regimens of isoniazid plus rifampin for treatment of latent tuberculosis infection in children: results of an 11-year randomized study. *Clin Infect Dis.* 2007;45:715-22

11 Anexos

11.1 Anexo1. Informe de pertinencia (SOLICITUD)



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE MEDICINA

Facultad
de la Salud
Humana

MEMORÁNDUM Nro. 0296 DCM-FSH-UNL

PARA: Dra. Fabiola Barba
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 04 julio de 2019

ASUNTO: COMUNICADO

Mediante el presente me permito informarle sobre el macroproyecto de investigación, "FACTORES QUE INFLUYEN EN ~~LA~~ ^{UNA} ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA ^{Antitubercu} TUBERCULOSIS EN PACIENTES ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA PROVINCIA DEL ORO", de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por el Dra. Maria de los A. Sanchez, Docente de la Carrera y responsable del Criterio Investigación con fecha 03 de julio de 2019, me permito devolver el proyecto, con el informe para que se proceda hacer las correcciones correspondiente.

Atentamente,


Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Secretaria Abogada.
NOT

11.2 Anexo 2. Informe de pertinencia (APROBADO-PERTINENTE)



unl

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE MEDICINA

Facultad
de la Salud
Humana

MEMORÁNDUM Nro.0613 CCM-FSH-UNL

PARA: Srta. Andrea Estefanía Reyes Marín
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 11 de noviembre 2019

ASUNTO: INFORME DE PERTINENCIA

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación, "Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en Machala Provincia El Oro", mismo que pertenece al macroproyecto: "Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en las unidades de salud de la Provincia El Oro", de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por la Dra. Fabiola Barba, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido se considera coherente y PERTINENTE, por tanto puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Secretaría Abogada.
NOT

11.3 Anexo 3. (Designación de director de tesis)

 **UNL** Universidad Nacional del Altiplano CARRERA DE MEDICINA Facultad de Ciencias de la Salud

MEMORÁNDUM Nro.0415 CCM-FSH-UN

PARA: Dra. Fátima Janta
SOCIENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: MSc. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 11 de noviembre 2023

ASUNTO: Designar Director de Tesis

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como director(a) de tesis del tema "Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en Machala Provincia El Oro", mismo que pertenece al macroproyecto "Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en las unidades de salud de la Provincia El Oro", autoría de la Srta. Andrea Estefanía Reyes Marín.

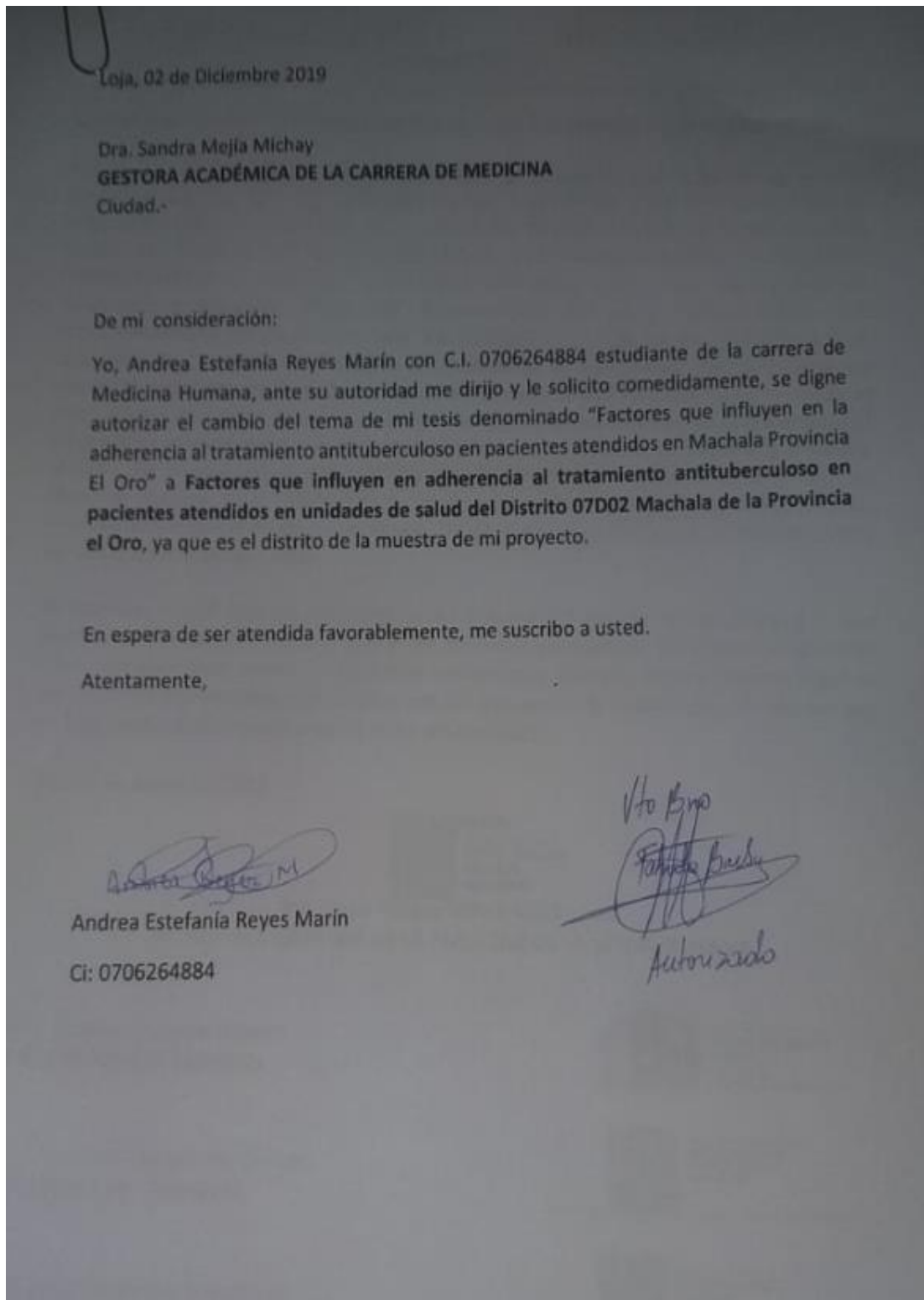
Con los sentimientos de consideración y estima

Acentamento:


MSc. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.C.- Arellano
NGT



11.4 Anexo 4. (Petición a la Gestora Académica de la Carrera de Medicina Humana, autorización para modificación del Tema)



11.5 Anexo 5. (Autorización por Gestora Académica de la carrera de medicina humana en la Modificación del Tema)



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE MEDICINA

Facultad
de la Salud
Humana

MEMORÁNDUM Nro.0667 CCM-FSH-UNL

PARA: Srta. Andrea Estefanía Reyes Marin
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Md. Mgs. Sandra Mejia Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 02 de Diciembre 2019

ASUNTO: **AUTORIZAR MODIFICACIÓN DEL TEMA**

Mediante el presente expreso un cordial saludo, a la vez que me permito informarle sobre el proyecto de investigación, "**Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en Machala Provincia El Oro**", mismo que pertenece al macroproyecto: "**Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en las unidades de salud de la Provincia El Oro**", de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por la **Dra. Fabiola Barba**, Docente de la Carrera y en calidad de Director de tesis, con fecha 02 de diciembre de 2019, donde propone el cambio de tema por el siguiente: "**Factores que influyen en adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en unidades de salud del Distrito 07D02 Machala de la Provincia el Oro**". Esta Dirección en vista de lo solicitado y expuesto, se procede a **autorizar la modificación del TEMA**, por lo tanto, puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,

Md. Mgs. Sandra Mejia Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Secretaria Abogada.

NOT



11.6 Anexo 6. (Petición a la directora del Distrito 07D02 Machala, para el desarrollo del proyecto)

RISCILLA HURTADO CHICA DIRECTORA
STRITAL 07D02 MACHALA-SALUD

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE MEDICINA

Facultad
de la Salud
Humana

MEMORÁNDUM Nro.0653 CCM-FSH-UNL

PARA: Dra. Johana Gabriela Granda Pardo
DIRECTORA DEL DISTRITO 07D02 MACHALA

DE: Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 25 de noviembre 2019

ASUNTO: SOLICITAR AUTORIZACIÓN PARA DESARROLLO DE
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para la Srta. **Andrea Estefanía Reyes Marin**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para recolectar datos dentro del Centro de Salud; información que para cumplir con el trabajo de investigación: **"Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en Machala Provincia El Oro"**, mismo que pertenece al macroproyecto: **"Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en las unidades de salud de la Provincia El Oro"**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión de la **Dra. Fabiola Barba**, Catedrática de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,





Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

C.c.- Archivo.
NOT



11.7 Anexo 7. (Aprobación para la recolección de datos en la Unidades de Salud Cantón Machala)

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA   EL GOBIERNO DE TODOS

COORDINACIÓN ZONAL 7 - SALUD

DIRECCIÓN DISTRITAL 07D02 MACHALA-SALUD

Memorando Nro. MSP-CZ7-DDS-07D02-2019-13065-M
Machala, 05 de diciembre de 2019

PARA: Sra. Lcda. Marjorie Teolinda Mochas Mendieta
Enfermera 3 - Responsable de Tuberculosis - Hansen


ASUNTO: AUTORIZANDO PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL - DESARROLLO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.


De mi consideración:

Esta Dirección Distrital de Salud, acoge criterio jurídico emitido por la Abg. Lisbeth Patiño - Analista Distrital de Asesoría Jurídica mediante memorando N°. MSP-CZ7-DDS-07D02-AJD-2019-0238-M, por lo que se autoriza dar las facilidades para que la Srta. ANDREA ESTEFANÍA REYES MARÍN, realice la investigación correspondiente.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,


Mgs. Nuccia Priscilla Hurtado Chica
DIRECTORA DISTRITAL 07D02 MACHALA-SALUD



Referencias:
- MSP-CZ7-DDS-07D02-AJD-2019-0238-M

Anexos:
- universidad_de_loja0708262001575041196.pdf

Copia:
Sra Md Sandra Katerine Mejia Michay
Gestora de la Carrera de Medicina de la Facultad de la Salud Humana

ga

DISTRITO 07D02 MACHALA SALUD - Av. Ayacucho y Bolívar
Teléfono: 593 (02)930039 ext.: 400
Mail: distrito07d02machala@gmail.com

* Documento generado por Copiar

11.8 Anexo 8. (Instrumento de recolección de datos)



Cuestionario de la encuesta

Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina

Datos Generales

Nombre: _____
 Sexo: M F Centro de salud: _____
 Edad: _____ N° de Historia Clínica: _____
 Fecha de registro: _____
 Distrito: _____
 Dirección: _____

Datos Personales

1. Edad en años:

1.1) De 15 – 19 años () 1.4) De mayores de 65 años ()

1.2) De 20 – 39 años ()

1.3) De 40 – 64 años ()

2. Lugar de Residencia

2.1) Urbana () 2.2) Rural ()

3. Grupo Étnico

3.1) Blanco () 3.4) Indígena ()

3.2) Mestizo () 3.5.) Negro ()

3.3) Afro ecuatoriano ()

4.- Escolaridad

4.1) Primaria Completa ()

4.2) Primaria Incompleta. ()

4.3) Secundaria Completa ()

4.4) Secundaria incompleta ()

4.5) Superior Completa ()

4.6) Superior Incompleta ()

4.7) Ninguna ()

5.- ¿Conoce usted que medicamento toma para su tratamiento de tuberculosis?

5.1) Isoniacida ()

5.2) Rifampicina ()

5.3) Pirazinamida ()

5.4) Etambutol ()

6.- ¿Dónde recibe usted el tratamiento?

6.1) Domicilio ()

6.2) Unidades de salud ()

6.3) Trabajo ()

7.- ¿Le acompañan a recibir el tratamiento?

7.1 Si..... 7.2 No.....

8.- ¿A qué tiempo se encuentra su domicilio de las Unidades operativas?

8.1) 10-30 minutos()

8.2) 1 Hora ()

8.3) 2 Horas ()

8.4) 3 Horas o más ()

9.- ¿Pensó usted abandonar el tratamiento?

9.1) Si () 9.2) No ()
10.- ¿Toma la medicación de forma regular?

10.1) Si () 10.2) No ()

11.- ¿Olvida tomar su medicamento?

11.1) Si () 11.2) No ()

Factores Familiares

12.- ¿Usted con quien vive?

12.1) Solo ()

12.2) Con un familiar ()

12.3) Con un vecino ()

12.4) Otros ()

13.- ¿Su familia conoce de su enfermedad?

13.1) Si () 13.2) No ()

14.- ¿Recibe apoyo de su familia en el tratamiento?

14.1) Si () 14.2) No ()

15.- ¿Ha sentido Ud. rechazo por parte de su familia por la enfermedad que padece?

15.1) Si () 15.2) No ()

Factores del servicio de salud

16.- ¿Usted está satisfecho con la atención que recibe en el centro de salud?

16.1) Si () 16.2) No ()

17.- ¿Quién le administra el tratamiento?

17.1) Medico ()

17.2) Enfermero ()

17.3) Auxiliar de enfermería ()

17.4) Familiar ()

18.- ¿El personal de salud le informó sobre el tratamiento de la tuberculosis?

18.1) Si () 18.2) No ()

19.- ¿Usted tiene algún tipo de gasto para recibir atención y medicación?

19.1) Si () 19.2) No ()

20.- ¿Considera adecuada la cantidad de tabletas para tratar su enfermedad?

20.1) Si () 20.2) No ()

21.- ¿Ha presentado alguna reacción adversa a los medicamentos que toma para el tratamiento antituberculoso?

21.1) Si () 21.2) No ()

22.- ¿Se ha interrumpido su tratamiento por la falta de medicamentos?

22.1) Si () 22.2) No ()

23.- ¿Cuánto tiempo espera en la unidad de salud para recibir el tratamiento antituberculoso?

23.1) 15 Minutos ()

23.2) 1 Hora ()

23.3) 1 Hora o más ()

Factores sociales

24.- ¿Usted tiene alguna actividad laboral?

24.1) Empleado público ()

24.2) Empleado privado ()

24.3) Empleo propio ()

24.4) Ninguno ()

25.- ¿En su trabajo saben que usted padece de Tuberculosis?

25.1) Si () 25.2) No ()

26.- ¿Su actividad principal le evita cumplir con el tratamiento?

26.1) Si () 26.2) No ()

27.- ¿Su enfermedad ha puesto en riesgo su permanencia en su actividad laboral?

27.1) Si () 27.2) No ()

28.- ¿Cuántas personas duermen en una habitación?

28.1) 1 Persona ()

28.2) 2 Persona ()

28.3) 3 o más Personas ()

29.- ¿Existe ventilación en su habitación?

29.1) Si () 29.2) No ()

30.- ¿Cuántas ventanas tiene su habitación?

30.1) 1 Ventana ()

30.1) 2 Ventanas ()

30.1) Ninguna ()

11.9 Anexo 9. (Consentimiento Informado)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
CARRERA DE MEDICINA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO
DE INVESTIGACIÓN

Reciba un cordial saludo de parte de Andrea Estefanía Reyes Marín estudiante de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, a la vez le hago conocer que me encuentro realizando un macroproyecto de investigación con fines de titulación y le consulto debido a su permiso para que su hijo participe en el proyecto de tesis denominado “Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en unidades de salud del Distrito 07D02 Machala de la provincia El Oro..”, con el objetivo de Determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la tuberculosis en pacientes atendidos en las Unidades de Salud de la Provincia El Oro en el período Mayo 2019 – Octubre 2019.

La tuberculosis es causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones. Se trata de una afección curable y que se puede prevenir. La infección se transmite de persona a persona a través del aire. Cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire, basta con que una persona inhale unos pocos bacilos para quedar infectada.

En muchas ocasiones por falta de información, de servicios de salud apropiados y el ambiente inadecuado, los pacientes tienden a abandonar el tratamiento de tuberculosis.

Por ello es necesario llevar a cabo este proyecto para detectar cuales son las causas por los que los pacientes abandonan el tratamiento de la tuberculosis.

Este estudio contribuirá a brindar datos informativos al área de epidemiología de los diferentes distritos de la Provincia El Oro donde se realiza el estudio. Esta información puede ser usada por parte de las autoridades de los diferentes distritos de la Provincia El Oro para que en un futuro procedan a tomar pautas y evitar que los pacientes abandonen el tratamiento.

La encuesta no causará daño psicológico, ni costo alguno para usted, así mismo no se compartirá la información que usted nos facilite. La información recogida acerca de usted, en este proyecto de investigación se mantendrá confidencial, será puesto fuera de alcance y solo los investigadores tendrá acceso a ella.

Si usted da su consentimiento, se le realizará una encuesta y se le pedirá responder unas preguntas de cuestionario lo cual le tomará pocos minutos de su tiempo.

Aclaro que su decisión es completamente voluntaria y que si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión. Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al número telefónico 0999553165 o envíe un correo electrónico a andrea.reyes@unl.edu.ec

Yo, he leído y entendido sobre la información acerca de este estudio y acepto

....., participe de esta investigación.

Firma del paciente

C.I

11.10 Anexo 10. (certificación de traducción)

Yo, Freddy P. Castillo H., certifico:

Que tengo el conocimiento y dominio de los idiomas español e inglés y que las traducciones de los siguientes:

RESUMEN DE TESIS: "Factores que influyen en adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en Machala provincia El Oro."

para **REYES MARÍN ANDREA ESTEFANÍA**

es verdadero y correcto a mi mejor saber y entender.

Firmado en Loja a los nueve días del mes de abril de 2021.

