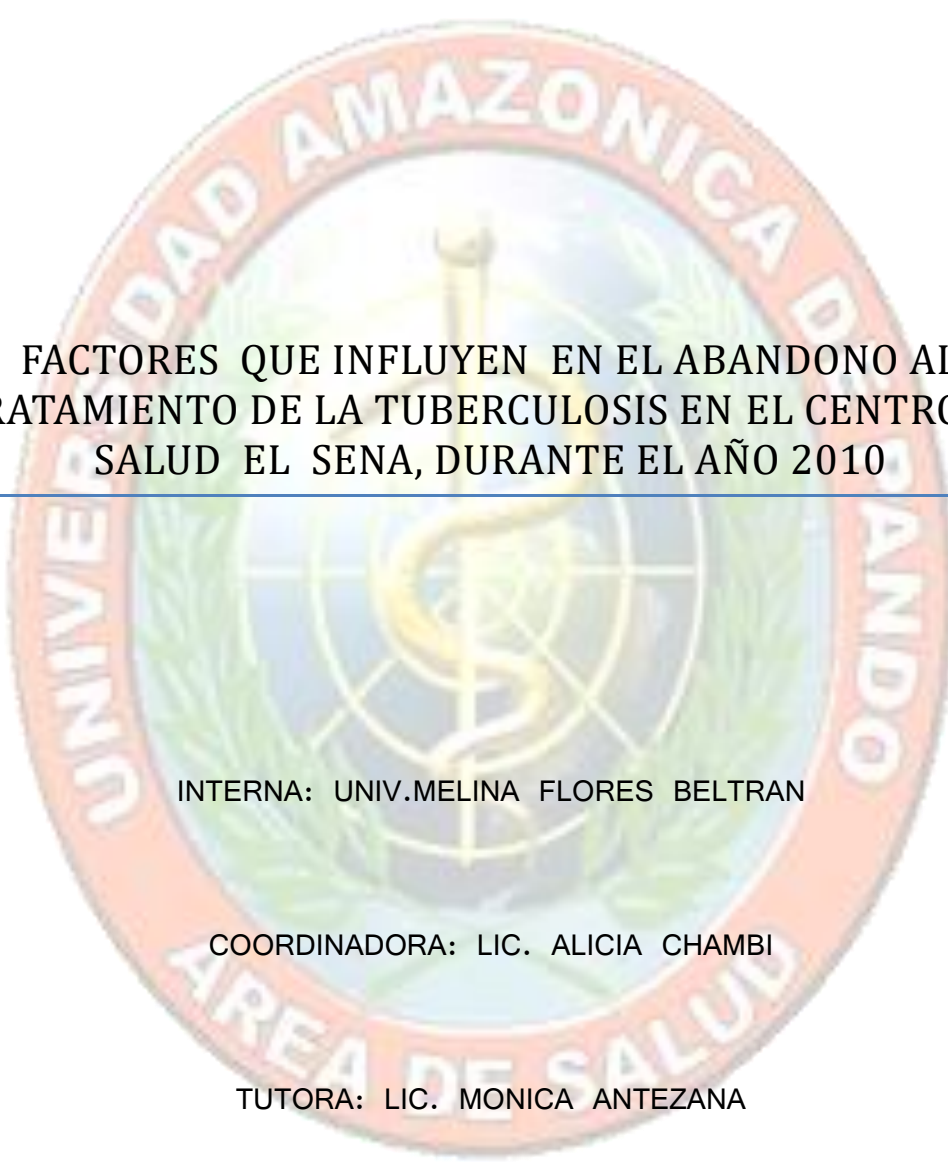


# UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO

AREA: CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERIA



FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO AL  
TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE  
SALUD EL SENA, DURANTE EL AÑO 2010

---

INTERNA: UNIV.MELINA FLORES BELTRAN

COORDINADORA: LIC. ALICIA CHAMBI

TUTORA: LIC. MONICA ANTEZANA

COBIJA –PANDO- BOLIVIA

GESTION 2010

## AGRADECIMIENTO

*Agradezco primeramente a Dios por darme la bendición, y a mi familia por brindarme su apoyo en la conclusión de este trabajo.*

*En forma muy especial también agradezco a todas las familias por brindarme su tiempo abriéndome las puertas de su casa*

*Y de manera muy particular Quiero agradecer a todas las personas que a lo largo de este trabajo me han acompañado y han tenido la suficiente paciencia y confianza en mí.*

## ÍNDICE GENERAL

### PAGINAS PRELIMINARES

AGRADECIMIENTO

INDICE GENERAL

INDICE DE CUADROS Y GRAFICOS

### CAPITULO I

#### DISEÑO TEORICO

PAG.

1 INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 ANTECEDENTES.....	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
1.2.1SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	7
1.2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	9
1.3 OBJETIVOS.....	9
1.3.1OBJETIVO GENERAL.....	9
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
1.4 USTIFICACION.....	10

### CAPITULO II

2.1 MARCO TEÓRICO.....	11
2.2DESCRIPCIÓN DE LA TUBERCULOSIS.....	13
2.3 MECANISMO DE TRANSMICION.....	15
2.4 CUADRO CLINICO.....	16
2.5 PATOGENIA DE LA TUBERCULOSIS.....	17
2.6 PROGRESION.....	18
2.7 DIAGNOSTICO.....	18
2.8 TRATAMIENTO.....	20
2.9 MÉTODOS DE PREVENCION Y PROTECCION.....	24
2.10 DEFINICION DE ABANDONO.....	25

### **CAPITULO III**

3.1 HIPÓTESIS.....	28
3.2 VARIABLE DEPENDIENTE.....	28
3.3 VARIABLE INDEPENDIENTE.....	28
3.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	29

### **CAPITULO IV**

#### **DISEÑO METODOLOGICO**

4.1 MODELO DE INVESTIGACIÓN.....	30
4.2 UNIVERSO.....	30
4.3 MUESTRA.....	30
4.4 METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	31

### **CAPITULO V**

5.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.....	32
5.2 CONCLUSIONES.....	42
5.3 RECOMENDACIONES.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXOS.....	45

## INDICE DE CUADROS Y GRAFICOS

<b>GRÁFICA No 1</b>	<b>PAG.</b>
CONOCIMIENTO DEL PACIENTE CON TRATAMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS...	33
<b>GRÁFICA. No 2</b>	
IMPORTANCIA EN LA TOMA DE MEDICAMENTOS.....	34
<b>GRÁFICA No 3</b>	
MAYOR APOYO QUE RECIBE EL PACIENTE PARA CONTINUAR CON SU TRATAMIENTO.....	35
<b>GRÁFICA No 4</b>	
CALIFICACION DEL PACIENTE SOBRE LA ATENCION QUE RECIBE EN EL CENTRO DE SALUD .....	36
<b>GRÁFICA No 5</b>	
CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES SOBRE CAMBIOS QUE PRODUCEN LOS MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSOS EN EL ORGANISMO.....	37
<b>GRÁFICA No 6</b>	
PACIENTE QUE ATRAVIEZA DIFICULTADES PARA REALIZAR SU TRATAMIENTO...	38
<b>GRÁFICA No 7</b>	
CONOCIMIENTO DEL PACIENTE ACERCA DE LAS CONSECUENCIAS DEL ABANDONO AL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS.....	39
<b>GRÁFICA No 8</b>	
EL POR QUE DEL PACIENTE QUE ABANDONA EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS	
<b>GRÁFICA. No 9</b>	
REACCIONES QUE EL PACIENTE REFIERE HABER EXPERIMENTADO CON LOS MEDICAMENTOS DE TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS.....	41.
<b>GRAFICA No 10</b>	
OPINION DEL PACIENTE SOBRE SU SALUD SIN TRATAMEINTO DE LA TUBERCULOSIS...	42

## CAPITULO I

### INTRODUCCION

La tuberculosis Constituye el deceso de aproximadamente 2 millones de personas al año, y más de 8 millones de personas enferman por esta causa en todo el mundo; lo más alarmante es el riesgo de contraer una tuberculosis incurable por resistencia a los fármacos.

Uno de los principales factores de reducción de la eficiencia al tratamiento de la tuberculosis es el abandono. Éste se produce tanto por causas del Sistema de Salud como por condiciones propias del paciente, y muchas veces tienen mayor responsabilidad en este resultado los Servicios de Salud y el mismo paciente. Existen diversas causas a las que se atribuye el abandono del tratamiento. Es así que la presente investigación está encaminada en conocer estas causas, de esta forma se podrán tomar acciones o mecanismos para que se dé cumplimiento al tratamiento por la importancia y gravedad de la enfermedad

Este estudio se contempla en cinco capítulos. El primer capítulo refleja los antecedentes donde se puntualiza de forma general la problemática de esta enfermedad infectocontagiosa, el planteamiento del problema, los objetivos formulados y la justificación reflejan los procedimientos y herramientas a ser utilizadas para el estudio.

En el segundo capítulo se presenta el marco teórico en el cual se señala conceptos que guían el análisis y la definición en la cual está basado el presente trabajo. La hipótesis y variables, están contempladas en el capítulo tres. El capítulo cuatro ya denota el diseño metodológico y el tipo de investigación aplicada en la comunidad.

Y finalmente en la última parte se da a conocer un análisis exhaustivo de los datos obtenidos durante la permanencia en la comunidad para esto se utilizaron los cuadros y gráficos que indican porcentajes y su incidencia. También se dan a conocer las recomendaciones y conclusiones pertinentes.

## ANTECEDENTES

La tuberculosis supone un auténtico problema de salud pública, tanto a nivel mundial como nacional por lo que quizá merezca la pena detenerse a analizar. No por repetidas veces, dejan de sorprender las cifras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) que publica en relación a la situación de la tuberculosis en el mundo.

Aproximadamente un tercio de la población mundial está infectado por el *Micobacterium tuberculosis*. Según las estimaciones disponibles, en 1995 se registraron mundialmente unos 9.000.000 de casos nuevos de tuberculosis y tres millones de defunciones por esa causa.<sup>1</sup>

La tuberculosis causa la muerte de más personas que cualquier otro agente infeccioso. Las defunciones por tuberculosis representan el 25% de toda la mortalidad evitable en los países en desarrollo, donde se registra el 95 % de los casos nuevos y el 98% de los fallecimientos causados por esta enfermedad; el 75 % de los casos se sitúa en el grupo de edad económicamente productivo (15-50 años).<sup>2</sup>

Los últimos datos facilitados por esta Organización, pertenecientes al año 1997, son impresionantes: se estima que la prevalencia de infección en el mundo era del 32% de la población (1.860 millones de personas). Alrededor de 1.870.000 personas que murieron de tuberculosis, con una mortalidad global del 23%, aunque sobrepasaba el 50% en algunos países africanos donde la coinfección por VIH es muy alta.<sup>3</sup>

En nuestro país la tuberculosis es un grave problema de Salud Pública, Bolivia es el segundo país latinoamericano, después de Haití, con altos índices de tuberculosis con un promedio anual de 6.000 casos, informaron fuentes del Ministerio de Salud.<sup>4</sup> Afecta a todos los grupos etarios, con especial énfasis al económicamente activo. Para 1991, de cada 100.000 habitantes, 121 tenían tuberculosis pulmonar confirmada, siendo esta cifra la más elevada del Centro y Latino América.

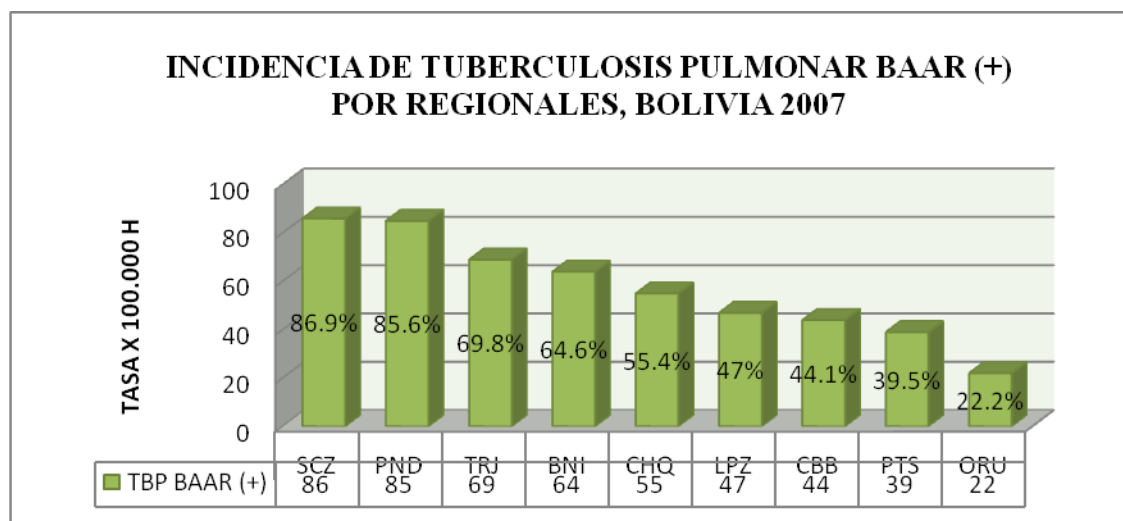
---

<sup>1</sup> GODERICH roca Reinaldo, 2002, medicina interna, p 173

<sup>2</sup> Tuberculosis.monografias.com D:\TUBERCULOSIS\TB.htm

<sup>3</sup> Tuberculosis.monografias.com D:\TUBERCULOSIS\TB.htm

<sup>4</sup> [www.lostiempos.com](http://www.lostiempos.com) /Ed. ES EL SEGUNDO PAÍS DE LA REGIÓN.com



FUENTE: MANUAL DE NORMAS TECNICAS EN TUBERCULOSIS 2008 Pág. 129

Las regiones más afectadas son Santa Cruz, Pando, Tarija, Beni, Chuquisaca,<sup>5</sup> con mayor gravedad en las dos primeras, tanto por la incidencia notificada de la tuberculosis pulmonar como por el limitado porcentaje de curaciones. En el comportamiento de los egresos a nivel nacional

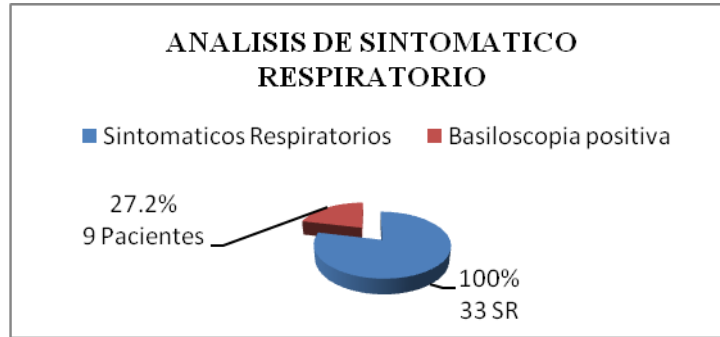
Pando es el departamento de mayor endemia después del departamento de Santa Cruz en el país, lo que exige una mayor focalización de esfuerzos públicos y privados para mejorar la situación.

Para el indicador de tuberculosis, en el Departamento de Pando a 2004 se tenían 70,6% de casos de tuberculosis curados respecto al total de notificados, siendo la meta de 95%.

En la comunidad El Sena la baciloscopía seriada de esputo es el único medio complementario por el que se llega al diagnóstico de la tuberculosis, durante el año 2009, se reportaron en los registros 36 pacientes como sintomáticos respiratorios, pero solo dos positivos en la baciloscopía directa, Sin embargo; el número de casos se mantiene desde el año pasado (2009)<sup>6</sup>.

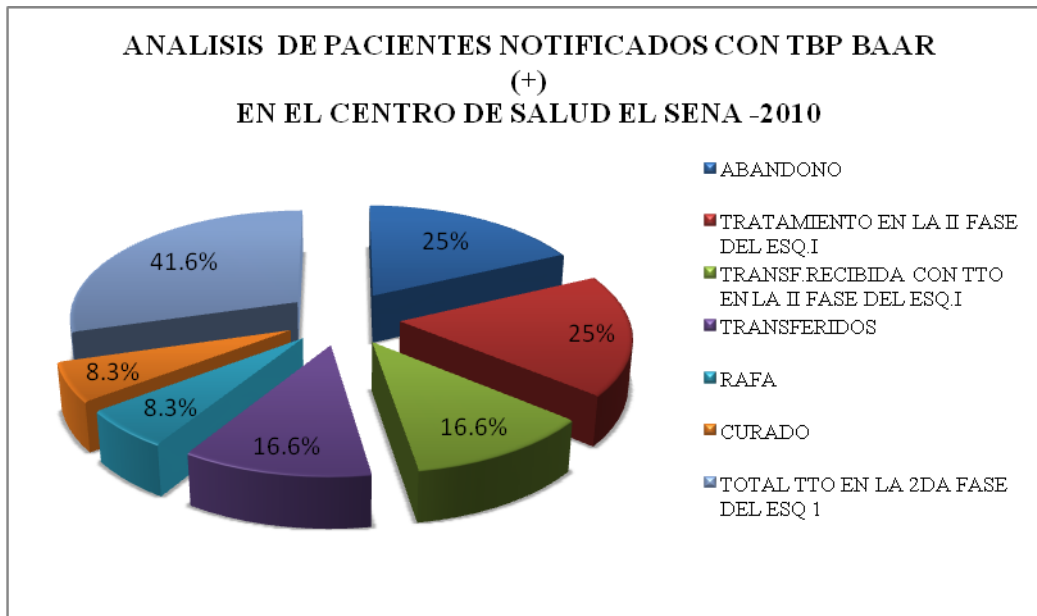
<sup>5</sup> Manual de normas técnicas para el control de la tuberculosis 2008

<sup>6</sup> Cuadernos del SNIS (Sistema Nacional de Información en Salud) 2009



Fuente: Elaboración propia, en base a registros de pacientes con TB, gestión 2010

Actualmente en los registros de sistematización del Centro de salud El Sena muestran alta incidencia de casos notificados con tuberculosis. Es decir que de los 33 sintomáticos respiratorios captados por el programa, lo que equivale el 100% de estos 9 pacientes positizaron al a baciloscopia directa representando el 27.2% de casos notificados durante año 2010, a estos se suman a 2 pacientes registrados como Referencia Recibida mas 1 paciente previamente tratado haciendo un total de 12 pacientes notificados con TBP BAAR (+) en la comunidad el Sena



Fuente: Elaboración propia, en base a registros de pacientes con TB, gestión 2010

## RESEÑA HISTORICA DE EL SENA

La comunidad Del Sena, capital de la tercera sección municipal de la Provincia madre de dios del departamento de Pando, la misma que se encuentra a la margen del caudaloso Rio Madre de Dios que con el transcurrir del tiempo se constituirá en uno de los principales centros turísticos de la región. Ya que es el corazón del departamento de Pando. El Sena es un punto estratégico en el converge un sin fin de actividades comerciales y movimientos económico de la región., como la extracción de la castaña y el oro riquezas que se encuentran en la selva amazónica y en las profundidades de su rio Madre De Dios (madre de las aguas). El Sena de nombre tan poco usual para una población que emerge de una época tan particular, que para introducirnos en su historia tuvimos que indagar entre sus pobladores más antiguos y encontramos interesantes relatos.

Hay muchas versiones y leyendas con referencia a esta legendaria y misteriosa comunidad, una de ellas remonta hace muchos años atrás , que en aquel tiempo el auge de la goma y de la castaña, Nicolás Suarez hombre de pura cepa, pionero y explorador por naturaleza, en uno de sus tantos viajes por la brava selva amazónica por el año 1880 llego, por estas tierras, que en realidad desconocemos el nombre que tenía en aquel entonces pero lo que se deduce es que mediante un juego de azar don Nicolás Suarez le dice al dueño de ese lugar: te doy cuatro batelonas de cambas (siringueros) si me ganas en la pinta, y si por el contrario yo gano, me quedo con la barraca. Y como don Nicolás Suarez infundía un natural respeto y vigor físico, apuesto y de semblante sonriente y cordiales, parecía acostumbrado a mirar y ver la suerte que era la fama que le caracterizaba, cogió los cabos y batió el cubilete, arrojando sobre la mesa un par de Sena y gano de esa forma la barraca que Nicolás Suarez le puso por la suerte el nombre de SENA.

Cuentan también los antiguo habitantes que en aquel entonces anduvo un explorador francés, no se sabe a ciencia cierta su nombre y se entro por esta selva amazónica ya que en la capital de Francia cruzaba la ciudad un rio que tenia por nombre: RIO SENA, dada la casualidad que esta población por esta zona tenía un rio que tenía un poco similar su encause es más aceptable esta versión eh aquí el nombre “Sena” teoría que tiene mayor aceptación.

## **DESCRIPCION DEL MUNICIPIO EL SENA**

### **UBICACIÓN GEOGRAFICA:**

El Municipio del Sena, es la tercera sección municipal de la Provincia Madre de Dios del Departamento de Pando, geográficamente está ubicado entre los paralelos 10°89° y 12°39° de latitud Sur 66°09° y 67°95° de latitud oeste con una altura que oscila entre los 160 y 190 msnm.

El Municipio de Sena tiene una superficie de 7564 km<sup>2</sup> representando el 57,5% de 13157 km<sup>2</sup> del total de la Provincia Madre de Dios y representa el 20,61% de la superficie del departamento de Pando.

Limita al Norte con el río Madre de Dios (Municipio de Puerto Rico), al Este con el Municipio de San Lorenzo, al Sur y al Oeste con la Provincia Abel Iturralde del Departamento de La Paz (Municipio de Ixiamas).

### **LIMITES TERRITORIALES**

**NORTE** rio madre de dios (Municipio de puerto rico)

**SUR** Provincia Manuel Iturralde (Municipio de ixiamas, DPTO de la paz)

**ESTE** Municipio de san Lorenzo

**OESTE** Provincia Manuel Iturralde (Municipio de ixiamas, departamento de la paz)

### **1 CLIMA**

Tropical, cálido húmedo con una temperatura de 25 oC llegando a una temperatura máxima de 34 oC la humedad relativa es de un 78% acompañado de una calor excesiva.

### **2 EXTENCION**

Tiene una superficie aproximada de 7564 km<sup>2</sup> y ocupa el 57.50% de la extensión territorial de la Provincia madre de dios. Superficie Provincial madre de dios 13.157 km<sup>2</sup> Superficie de la jurisdicción municipal del Sena 7.564 km<sup>2</sup>.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **SITUACION PROBLEMICA**

La enfermedad de la tuberculosis es un problema social, porque afecta a un gran número de personas en la población, sin tomar en cuenta la clase social, la edad, el sexo, la cual constituye una enfermedad prevalente en la sociedad.

El problema del abandono al tratamiento de la TB tiene graves connotaciones<sup>7</sup> para la perspectiva de vida del individuo y de su entorno familiar y comunitario, por la posibilidad de permitir el crecimiento de mico bacterias resistentes, la continuación de la propagación de la infección y la perpetuación de su existencia en la humanidad, sin alternativas de solución. La aparición de multirresistencia aumenta considerablemente el costo del tratamiento, requiere regímenes terapéuticos mucho más prolongados, con mayores efectos indeseables, por lo tanto las posibilidades de deserción del enfermo al tratamiento son mayores sin garantía de que al final, se logre la curación del paciente.

Desde la perspectiva de la salud pública, un tratamiento incompleto y escasamente supervisado contra la tuberculosis es peor que la ausencia de tratamiento, pues puede provocar la aparición de cepas resistentes a los medicamentos.

La no adherencia parece ser motivo para el fracaso de los tratamientos. Investigaciones previas sobre el abandono del tratamiento para tuberculosis han identificado como factores de riesgo: Falta de comunicación médico-paciente, Desorganización del servicio de salud, sentir mejoría de los síntomas, consumo de alcohol y drogas, Resistencia a los fármacos más importantes.

Muchos de los pacientes se diagnostican tardíamente, después de un largo período bacilífero durante el cual han contagiado a nuevos individuos susceptibles que eventualmente enferman, lo que mantiene la endemia. Pero como factor que contribuye a la persistencia de la TBC como problema de salud pública es el abandono de tratamiento. Un elevado porcentaje de los enfermos que inician un tratamiento de TBC abandona antes de

---

<sup>7</sup> **Connotaciones:** hacer relación// significar la palabra dos ideas, una accesoria y otra principal

finalizarlo. Si bien algunos de ellos se curan, otros recaen y continúan siendo fuentes de contagio para los individuos susceptibles.

En la comunidad de El Sena, debido a que es una región aún en proceso de desarrollo y por las características propias de la zafra de castaña, tiene un permanente movimiento poblacional, intenso, con entrada y salida de personas que incrementa el riesgo de contraer la enfermedad.

El Sena, es una comunidad pequeña, que cuenta con un solo centro de salud y carece de personal que pueda realizar un tratamiento personalizado, que permita lograr un control y curación de los casos notificados, así como realizar la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios en las comunidades del municipio.

## **OBJETO DE ESTUDIO**

Factores que influyen en el abandono al tratamiento de la tuberculosis

## **PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿Cuáles son los factores principales que influyen para que los pacientes abandonen el tratamiento de tuberculosis en el centro de salud El Sena?

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar los factores principales que influyen en el abandono del tratamiento de la tuberculosis en pacientes que asisten al Centro de Salud El Sena durante la gestión 2010.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Establecer el porcentaje de pacientes que abandonaron el tratamiento de la tuberculosis la gestión 2010.
2. Determinar la prevalencia de los sintomáticos respiratorios y casos positivos de tuberculosis durante la gestión 2010
3. Establecer las reacciones producidas por el tratamiento a los pacientes.
4. Identificar la percepción del paciente con tuberculosis del trato que recibe del personal de salud en el C.S El Sena.
5. Determinar el grado de conocimiento sobre las consecuencias del abandono al tratamiento de tuberculosis.

## **JUSTIFICACION**

La problemática actual que representa la tuberculosis en nuestro país y en particular en regiones con contextos multiculturales y de marcada pobreza tal como es el caso de la región donde se desarrolló la presente investigación. Donde uno de los problemas principales es la alta incidencia de casos notificados con tuberculosis pulmonar BAAR (+) que dentro de estos se encuentra pacientes que abandonaron el tratamiento de la tuberculosis lo que demuestra un grave problema y un riesgo para la población ya que serian los principales afectados por esta enfermedad por que el abandono al tratamiento permite que el paciente continúe eliminando bacilos activos al ambiente.

Durante mi permanencia pude observar e identificar a pacientes que realizan tratamiento de la tuberculosis de los cuales me llamo la atención la alta incidencia de tuberculosis notificadas y de estos por información de la población y personal de salud indican que existe además pacientes que abandonaron el tratamiento y por ello, la población al ver esta situación creen sentirse amenazados con alta probabilidad de contraer la enfermedad.

Esta realidad me ha impulsado a investigar para poder aportar en la solución a este problema mediante intervenciones encaminadas a mejorar la salud y disminuir los casos de TB y contribuir en el mejoramiento de la salud bajando los índices de contagio y logrando que los pacientes que tienen esta enfermedad concluyan su tratamiento

## CAPITULO IV

### MARCO TEORICO

#### HISTORIA DE LA TUBERCULOSIS

*Consumción, tisis, escrófula, mal de Pott, tabes mesentérica, mal del rey o plaga blanca:* de todos estos modos se ha conocido a **la tuberculosis a través de la historia**. Es considerada una de las primeras enfermedades humanas de las que se tiene constancia. Aunque se estima una antigüedad entre 15.000 y 20.000 años, se acepta que el microorganismo que la origina evolucionó de otros microorganismos más primitivos dentro del propio género *Mycobacterium*. Se cree que en algún momento de la evolución, alguna especie de micobacterias saltó la barrera biológica por presión selectiva, y pasó a tener un reservorio en animales. Esto, posiblemente, dio lugar a un primer espécimen del *Mycobacterium bovis*, que es la aceptada por la mayoría como la más antigua de las especies que integran el denominado complejo *Mycobacterium tuberculosis* (que incluye *M. tuberculosis* o bacilo de Koch, en honor a su descubridor, *M. bovis*, *M. africanum* y *M. microti*). El paso siguiente sería el paso del *M. bovis* a la especie humana, coincidiendo con la domesticación de los animales por parte del hombre. Se han constatado indicios de su presencia en huesos humanos datados en el Neolítico, aunque no es posible conocer con exactitud su magnitud (incidencia y prevalencia) con anterioridad al siglo XIX. Se estima, no obstante, que el período de mayor extensión (por porcentaje de población afectada) transcurrió entre los últimos años del siglo XVIII y los últimos del XIX. Las denominaciones que recibe en las diferentes culturas: *sosha* (india), *phythisis* (griega), *consumptione* (latina) o *chaky oncay*, (inca) hacen en todos los casos referencia a "secar" o "consumir", debido al aspecto debilitado y caquéctico de los afectados.<sup>8</sup>

En Bolivia, la tuberculosis data de la época precolombina, con hallazgos de estigmas de la enfermedad en momias incaicas, sin embargo, su aparición fue con seguridad esporádica. La época de la colonización española y el auge de la explotación de la plata en Potosí posiblemente representaron un momento social e histórico que permitió la propagación del

---

<sup>8</sup> [www.Wikipedia.historia.de.La.tuberculosis.com](http://www.Wikipedia.historia.de.La.tuberculosis.com)

bacilo en la población en riesgo, produciendo la enfermedad y muerte, aunque no con un reconocimiento médico de la tuberculosis como entidad nosológica. Este momento probablemente representa el inicio de la etapa ascendente de la endemia.

En periodos posteriores hasta la guerra del chaco, los casos reportados de la tuberculosis fueron esporádicos y fundamentalmente diagnosticados en extranjeros, esta situación dio inicio a la tuberculización masiva, con propagación del bacilo tanto en las ciudades como en el campo, al retorno de los soldados enfermos a sus comunidades. Esta etapa posiblemente duro hasta los años ochenta, momento en que se emprendieron medidas específicas y masivas de control y prevención que permitieron que Bolivia ingrese a la etapa descendente de la endemia.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Ministerio de Salud y Deportes CURSO DE CAPACITACION EN TB 2003 pag.9

**LA TUBERCULOSIS** es una enfermedad infecciosa, causada por diversas especies del género, *Mycobacterium* todas ellas pertenecientes al Complejo *Mycobacterium tuberculosis*. La especie más importante y representativa, causante de tuberculosis es el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch. La TB es posiblemente la enfermedad infecciosa más prevalente en el mundo. Otras micobacterias como *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium canetti*, y *Mycobacterium microti* pueden causar también la tuberculosis, pero estas especies no lo suelen hacer en el individuo sano.

### FORMAS CLÍNICAS DE TUBERCULOSIS PULMONAR

- **Neumonía tuberculosa o neumonía caseosa.** Es la forma más grave de la Tuberculosis pulmonar en el adulto: se trata de un conglomerado de lesiones bronconeumonías y granulomatosas que asientan sobre todo en los lóbulos superiores. Puede deberse a primoinfección o a reactivación, aunque la infección primaria suele cursar con pocos síntomas (paucisintomática). La primoinfección se caracteriza por la formación del complejo primario de Ghon (adenitis regional parahiliar, linfangitis y neumonitis). La clínica en la reactivación suele ser **insidiosa**, con febrícula y malestar general. Es frecuente la sudoración nocturna y la pérdida de peso. En cuanto a **semiología** pulmonar, suele haber tos persistente que se puede acompañar de esputos hemoptoicos (sanguinolentos). La neumonía tuberculosa es muy contagiosa, motivo por el cual los pacientes deben estar aislados durante 2 semanas desde el inicio del tratamiento.
- **Pleuritis tuberculosa:** Aparece generalmente en personas jóvenes y suele hacerlo de forma aguda y unilateralmente. El signo principal es un **exudado** en el espacio pleural. Característicamente en este exudado se puede detectar la enzima adenosin-desaminasa (ADA) elevada. Asimismo el tipo celular predominante en el exudado son los linfocitos y las células mesoteliales son escasas.
- **Tuberculoma.** Está formado por una acumulación de lesiones granulomatosas. Su patogenia es variable pues puede coincidir con lesiones **residuales** del complejo primario; los tuberculomas producidos por secuelas posprimarias tienen una explicación difícil y no clara. Se incluye en el diagnóstico diferencial del llamado

nódulo pulmonar solitario y abogan por su benignidad la existencia de calcificaciones centrales, su estabilidad en el tiempo y su ubicación preferentemente dorsal o subpleural. La TAC y al biopsia pulmonar percutánea con aguja fina (BAAF) son elementos necesarios para llegar al diagnóstico de la causa.

- ***Tuberculosis fibrosa inactiva.*** Presenta cicatrices y calcificaciones que no son más que **secuelas** de antiguas lesiones activas. el individuo se muestra asintomático y no está indicado tratamiento alguno. Exceptuando el **profiláctico** en caso de **factor energizante**, por ej. infección por VIH.

## FORMAS CLINICAS DE TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR

- ***Tuberculosis meníngea:*** forma de meningitis bacteriana causada por *Mycobacterium tuberculosis* o más raramente *Mycobacterium bovis*. El organismo se asienta en las meninges, predominantemente en la base encefálica, y forma microgranulomas con posterior rotura. El curso clínico tiende a ser subagudo, que progresa en días. Los síntomas pueden ser: dolor de cabeza, rigidez de nuca, déficits neurológicos
- ***Tuberculosis oftálmica:*** infección tuberculosa del ojo, principalmente del iris, cuerpos ciliares y coroides.
- ***Tuberculosis cardiovascular:*** tuberculosis que afecta a corazón, pericardio o vasos sanguíneos. La pericarditis puede evolucionar a pericarditis constrictiva, hecho que lleva al uso de corticoesteroides en su tratamiento.
- ***Tuberculosis del sistema nervioso central:*** tuberculosis del cerebro, médula espinal o meninges. Generalmente causada por *Mycobacterium tuberculosis* y más raramente por *Mycobacterium bovis*.
- ***Tuberculosis genitourinaria:*** causa habitual de piuria estéril (leucocitos en orina sin germen visible). El acceso de la infección al aparato genitourinario suele ser por vía sanguínea. Puede ser causa de esterilidad por afectación de los epidídimos en los hombres y de la trompas de Falopio en las mujeres.

- ***Tuberculosis osteoarticular:*** Tras una infección pulmonar el bacilo puede circular por el torrente sanguíneo hasta alojarse en algún hueso o articulación, se trataría así de una osteoartritis tuberculosa o tuberculosis osteoarticular. También puede aparecer osteomielitis tuberculosa sin afectación articular, aunque su frecuencia es baja. Teóricamente, la infección puede originarse por una herida producida por un objeto contaminado con el bacilo, si bien no está documentada ninguna por esta vía.
- ***Tuberculosis miliar:*** se produce cuando un foco necrótico erosiona un vaso sanguíneo, y una gran cantidad de bacilos entra en el torrente circulatorio en un breve espacio de tiempo, diseminándose a numerosos órganos.

Suele ocurrir en personas con grave alteración del sistema inmune. Asimismo es más frecuente en ancianos. Clínicamente puede cursa con inicio agudo o insidioso. La sintomatología es dominada por fiebre y otros síntomas constitucionales. Para su diagnóstico deben practicarse alguno o todos los siguientes cultivos: esputo, orina, jugo gástrico o médula ósea.

## 2.4 MECANISMO DE TRANSMISION

La **transmisión** de la tuberculosis sólo puede realizarse por personas que tengan activa la enfermedad. La TBC se transmite a través de partículas **expelidas** por el paciente bacilífero (con TBC activa) al hablar, reír, estornudar, cantar, y sobre todo al toser ya que elimina diminutas gotitas de Pflüge al aire. Estas miden de 0,5 a **5**  $\mu\text{m}$ , pudiéndose producir alrededor de 400.000 con un solo estornudar como para evaporarse, y permanecer suspendidas en el aire varias horas.. Cada una de esas gotitas proveniente de un enfermo activo puede transmitir el microorganismo a otra persona y se depositan en sus alveolos pulmonares.

Los macrófagos en primera instancia, luego las células “natural killer” y finalmente los linfocitos T, acudirán a la zona de la infección donde se encuentran los bacilos y en la gran mayoría de los casos logran detener su complicación, pero en otros se verán incapacitados y se desarrollara la tuberculosis pulmonar.

Los factores involucrados en la transmisión son el número de personas con TBP BAAR (+) existentes y la duración de su enfermedad sin tratamiento. Un paciente con TBC activa sin tratamiento puede infectar entre 10-15 personas por año. Otros riesgos incluyen aquellas áreas donde la TBC es frecuente, en pacientes inmunodeprimidos con condiciones como malnutrición y Sida, poblaciones étnicas en alto riesgo y trabajadores de la salud sirviendo en regiones de alto riesgo. También puede transmitirse por vía digestiva, sobre todo al ingerir leche no higienizada procedente de vacas tuberculosas infectadas con *Mycobacterium bovis*.

Los factores que favorecen la transmisión son:

1. concentración de los bacilos en el ambiente
2. poca ventilación de los ambientes (que favorecen la concentración y persistencia de los bacilos).
3. grado de contacto: existiendo mayor riesgo en contactos íntimos y prolongados.
4. ausencia de luz solar.

La cadena de transmisión puede romperse si se aísla al enfermo con tuberculosis activa y comenzando de inmediato la terapia antituberculosa.

## 2.5 CUADRO CLINICO

Los síntomas y signos sugestivos de la tuberculosis pulmonar se clasifican en síntomas locales (respiratorios) y generales (sistémicos).

Los síntomas generales o sistémicos son los primeros en aparecer; decaimiento, cansancio fácil, pérdida de apetito, alzas térmicas no cuantificadas a las que se agregan otras como sudoraciones nocturnas, pérdida progresiva de peso; sin embargo, uno de los aspectos más importantes es que los síntomas generales de tuberculosis aparecen gradualmente en semanas y hasta en meses.

SINTOMAS LOCALES	SINTOMAS GENERALES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tos y expectoración mucosa, mucopurulenta o purulenta</li> <li>• Expectoración hemoptoica (Manchada con sangre).</li> <li>• Hemoptisis (sangre abundante viva proveniente de los pulmones)</li> <li>• Disnea (dificultad para respirar)</li> <li>• Dolor torácico (no es frecuente, se presenta en los casos con compromiso pleural).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hiporexia y anorexia (disminución o pérdida de apetito).</li> <li>• Astenia (falta o pérdida de fuerza muscular y energía)</li> <li>• Pérdida de peso</li> <li>• Fiebre diaforesis nocturna (sudoración)</li> <li>• Malestar general</li> </ul>

## 2.6. PATOGENIA DE LA TUBERCULOSIS

Cuando una persona inhala las partículas suspendidas en el aire, lo suficientemente pequeñas como para llegar a los alvéolos, comienza la infección. Es difícil establecer cuántos bacilos se necesitan para producir infección, pero se estima que entre 5 y 200. Bacilos activos

Una vez en los alvéolos, los bacilos son fagocitados por los macrófagos alveolares donde se multiplican libremente algunos de ellos pasan a la circulación sanguínea o linfática diseminándose en todo el organismo, estos bacilos pueden permanecer en cualquier parte del cuerpo especialmente en los segmentos superiores de los pulmones, riñones, cerebro, huesos.

De 2 a 10 semanas de la penetración del bacilo al organismo, se produce la inmunidad específica que detiene su diseminación y previene diseminaciones posteriores. El sistema inmunológico que protege la tuberculosis está compuesto por células de defensa los linfocitos

<sup>9</sup> [www.tuberculosis.com](http://www.tuberculosis.com)  
[www.wikipedia.tuberculosis.com](http://www.wikipedia.tuberculosis.com).

## 2.7 PROGRESIÓN

Progresará de infección tuberculosa a enfermedad tuberculosa. Puede ocurrir de forma temprana (Tuberculosis primaria, alrededor del 1-5%) o varios años después de la infección (Tuberculosis postprimaria, secundaria, reactivación tuberculosa en alrededor del 5 al 9%). El riesgo de reactivación se ve incrementado con alteraciones en el sistema inmunitario, tales como las causadas por el VIH. En paciente coinfectados de VIH y TBC, el riesgo de reactivación se incrementa un 10% por año, mientras que en una persona inmunocompetente el riesgo es del 5 al 10% durante toda la vida.

Algunos fármacos, incluyendo tratamientos usados actualmente en la artritis reumatoide que actúan bloqueando el factor de necrosis tumoral, aumentan el riesgo de activación de una TBC latente debido a la importante acción de esta citoquina en la respuesta inmune contra la TBC.

## 2.8 DIAGNOSTICO

La TBC activa se diagnostica por la detección de *Mycobacterium tuberculosis* en cualquier muestra del tracto respiratorio (TBC pulmonar) o fuera de él (TBC extra pulmonar). Aunque algunos métodos más modernos (diagnóstico molecular) han sido desarrollados, la visión microscópica de bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) y el cultivo en medio Löwenstein-Jensen siguen siendo el *gold standar* del diagnóstico de la TBC., especialmente en países con bajos recursos sanitarios. La microscopía de BAAR es rápida y barata y un método muy eficiente para detectar pacientes contagiosos. El uso de cultivo en la TBC se realiza cuando hay poca carga bacteriana (mayor sensibilidad), para la identificación de la cepa y para el estudio de sensibilidades a los distintos tratamientos. Tanto la microscopia como el cultivo pueden usarse para monitorizar el tratamiento.

### 2.8.1-Radiografía de Tórax

Es un método complementario que no permite diagnosticar con certeza una tuberculosis pulmonar pero es esencial en el diagnóstico de la enfermedad. Puede observarse la presencia de alguno de los componentes del complejo primario, ya sea la lesión

parenquimatosa consistente en un infiltrado neumónico y el aumento de los ganglios hiliares o mediastínicos del mismo lado.

**2.8.2 Baciloscopía de esputo.**- Consiste en una prueba **seriada** (tres días consecutivos), donde se toma una muestra de esputo (catarro), para ver que la bacteria se encuentra presente. Esta prueba se hace en ayunas y sin cepillarse.

La baciloscopía es el examen microscópico directo de una muestra de expectoración que ha sido extendida sobre una lámina de vidrio y teñida mediante el método de Ziehl-Neelsen.

### **2.8.5 Cultivo**

El cultivo es el único método que asegura un diagnóstico de la tuberculosis y ofrece una mayor capacidad diagnóstica que la baciloscopía pero tiene sus limitaciones por el costo y demora en los resultados (aproximadamente 6-8 semanas).

### **2.8.4 Prueba de la Tuberculina mediante la técnica de Mantoux**

Test cutáneo (intradermorreacción) sirve para detectar infección tuberculosa. Se utiliza como reactivo el PPD (Derivado Proteico Purificado). Hay que destacar que la prueba de la tuberculina, Mantoux, sólo implica contacto, no infección.

La prueba de la tuberculina pone de manifiesto un estado de hipersensibilidad del organismo frente a las proteínas del bacilo tuberculoso.

Consiste en la inoculación intradérmica (técnica de mantoux) de un derivado proteico purificado de cultivo de bacilos tuberculosos que produce una reacción cutánea inflamatoria con una importante infiltración celular de la dermis, lugar donde es depositada la tuberculina se puede detectar mediante una induración visible y palpable; pudiéndose acompañar de edema, eritema, necrosis y linfadenitis regional. La lectura debe ser realizada a las 48 a 72 horas de la inoculación expresada en milímetros de induración. Una pápula mayor a diez milímetros es considerada positiva para la población adulta; en cambio una

pápula mayor a 5 milímetros es considerada positiva en menores de cinco años, siendo la única indicación para la realización de quimioprofilaxis.

## 2.9 TRATAMIENTO

El tratamiento de la tuberculosis se realiza con combinaciones de fármacos antituberculosos, haciendo eficaces las pautas de 6 meses de tratamiento 2 en la primera fase de tratamiento y 4 meses en la segunda fase.

1. **Asociado** utilizando mínimo cuatro medicamentos antituberculosos para evitar la selección de **resistencia**
2. **Prolongado** durante un mínimo de 6 meses para lograr matar a todos los bacilos en sus diferentes fases de crecimiento metabólico.
3. **Supervisado**, para garantizar la toma y cumplimiento del tratamiento hasta la finalización y su condición de curado
4. **Controlado**, con baciloscopía mensuales a partir del 2do mes de tratamiento
5. **En dosis kilogramo peso** para evitar una sobre o sub dosificación de los medicamentos antituberculosos.

El tratamiento oportuno tiene como objetivos:

- Curar al paciente con tuberculosis
- Prevenir las muertes por tuberculosis o sus secuelas graves
- Prevenir la selección de bacilos resistentes a las drogas antituberculosas (mediante el DOT).
- Cortar la cadena de transmisión de la enfermedad

## Tratamiento farmacológico de la tuberculosis

Los antituberculosstáticos se clasifican en 2 grupos en función de su eficacia, potencia y efectos secundarios:

- Fármacos de primera línea: isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol o estreptomicina.
- Fármacos de segunda línea: como la cicloserina, etionamida, ciprofloxacino, etc. Se utilizan en los casos de tuberculosis resistentes o cuando los de primera línea producen efectos secundarios.

### ESQUEMAS TERAPEUTICOS

#### ❖ ESQUEMA I (2RHZE / 4 RH)

**Indicaciones:** CASOS NUEVOS de tuberculosis pulmonar BAAR (+), BAAR (-) y extra pulmonares.

FASES	NRO. DE DOSIS Y MEDICAMENTO	FORMA DE ADMINISTRACION
Primera	<b>52 dosis (2 meses)</b> de administración diaria con RHZE (excluyendo domingos)	Tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES) por personal de salud, en casos excepcionales por promotores de salud capacitados (DOTS-C)
Segunda	<b>104 dosis (4 meses)</b> de administración diaria con RH (excluyendo domingos).	

**ESQUEMA II O RETRATAMIENTO (2RHZES/1RHZE/5RHE)**

**Indicaciones: CASOS PREVIAMENTE TRATADOS**

1. **Abandono** al esquema I paciente que regresa con baciloscopía de esputo positiva y/o cultivo positivo, así mismo se debe solicitar prueba de sensibilidad y resistencia.
2. **Recaída** al esquema I paciente con baciloscopía de esputo positiva y/o cultivo positivo mas prueba de sensibilidad y resistencia.
3. **Fracaso terapéutico** al esquema I siempre que se constate los resultados de prueba de sensibilidad y resistencia que abalen sensibilidad al menos a la R+H o R+E, evaluado por médico especialista (neumólogo).

FASES	NRO DE DOSIS Y MEDICAMENTOS	FORMAS DE ADIMINISTRACION
Primera	<b>52 dosis (2 meses)</b> de administración diaria (excluyendo domingos) con RHZE+ Estreptomicina	Tratamiento estrictamente supervisado (TAES) por personal de salud y en casos excepcionales por promotores de salud capacitados (DOTS-C)
Segunda	<b>26 dosis (1 mes)</b> de administración diaria excluyendo domingos) con RHZE	
Tercera	<b>130 dosis (5 meses)</b> de administración diaria (excluyendo domingos) con RHE	

**ESQUEMA III O PEDIATRICO (2RHZ/4RH)**

FASES	NRO DE DOSIS Y MEDICAMENTOS	FORMAS DE ADIMINISTRACION
Primera	<b>52 dosis</b> de administración diaria (excluyendo domingos) de rifampicina (jarabe previamente agitado), o de tabletas de R asociada a H y tabletas de Z (asegurándose de administrar las dosis correcta).	Tratamiento estrictamente supervisado (TAES )por personal de salud y en casos excepcionales por promotores de salud capacitados (DOTS-C)
Segunda	<b>104 dosis</b> de administración diaria excluyendo domingos) con R e H.	

**DOSIFICACION DE MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSOS**

	Presentación			Dosificación	
	Frasco	Tableta	Tableta asociada	Dosis diaria	Dosis Máxima Diaria
Estreptomina	1frasco/1g			15 mg/ kg peso	1000 mg
Isoniacida		1 tab/100mg		5mg /kg peso	300 mg
Rifampicina	Frasco-jarabe 100mg/5ml		1 tab. R/H 300/150mg	10mg /kg peso	600 mg
Pirazinamida		1 tab/500mg		25mg kg peso	2000mg
Etambutol		1 tab/400mg		15 mg/kg peso	

## 2.10 PREVENCIÓN Y MEDIDAS DE PROTECCION

Se previene mediante una vida sana e higiénica, identificando oportunamente a los enfermos y asegurando su curación para no contagiar a otras personas, principalmente por medio de la vacunación con vacuna BCG aplicada a los niños en el primer mes de vida,

El personal de salud recomendará en los pacientes y sus familiares las siguientes medidas de protección.

- ✓ Taparse la boca al toser, no escupir en el suelo; hacerlo en pañuelo de papel higiénico, luego quemarlo
- ✓ Ventilar y mantener limpia la vivienda, permitiendo que ingrese la luz del sol
- ✓ Mantener buenas condiciones higiénicas familiares.
- ✓ Considerar el aislamiento respiratorio (uso de mascarilla) por el enfermo y sugerir no realizar viajes frecuentes, mientras continúe con baciloscopía positiva.
- ✓ Dieta rica en proteínas, calorías y vitaminas procurando consumir verduras, frutas, carnes y cereales.
- ✓ Evitar el consumo de bebidas alcohólicas y drogas.
- ✓ Vida equilibrada entre trabajo, reposo y actividades de recreación.

## **MARCO TEORICO CON REALACION AL PROBLEMA**

**ABANDONO:** Se definió abandono del tratamiento antituberculoso al paciente con inasistencia continua al tratamiento en etapa diaria o bisemanal durante más de 4 semanas y en el cual se han realizado todos los esfuerzos de rescate (norma del PNCT).

Paciente que interrumpe su tratamiento por más de 30 días

El abandono del tratamiento de la tuberculosis pulmonar es hoy en día una de las principales causas de recaída en pacientes. Aunque el tratamiento antituberculoso es totalmente asequible a todos los usuarios, no se ha podido detener esta enfermedad que está afectando a una gran cantidad de persona.

### **CONSECUENCIAS DEL ABANDONO**

La aparición de multirresistencia aumenta considerablemente el costo del tratamiento, requiere regímenes terapéuticos mucho más prolongados, con mayores efectos indeseables, por lo tanto las posibilidades de deserción del enfermo al tratamiento son mayores sin garantía de que al final, se logre la curación del paciente.

La TB-FR, es en la mayoría de los casos, consecuencia del uso incorrecto de los fármacos de primera línea; por lo general se observa en casos crónicos, con antecedentes de uno o varios tratamientos previos que derivaron en fracaso, abandono o recaída. Los menos, corresponden a casos nuevos, sin antecedentes de tratamiento antituberculosis.

**Grupo de Clasificación de acuerdo a los tratamientos anteriores**

Nuevo	Pacientes que nunca han recibido el tratamiento antituberculosis, o quién recibió el tratamiento por menos de un mes.
Recaída	Paciente que habiendo sido declarado curado o termino tratamiento de una tuberculosis pulmonar, presenta nuevamente baciloscopía o cultivo positivo, independientemente del tiempo transcurrido.
Abandono	Pacientes que interrumpieron su tratamiento por más de 30 días
Fracaso terapêutico	Paciente cuyas baciloscopía persisten o que vuelven a ser positivas del 4to, mes del esquema I y 5to mes del esquema II, cumpliendo estrictamente el tratamiento supervizado de la toma de medicamentos.
crônico	Paciente con antecedentes de más de dos tratamientos previos (Fracaso o recaída al esquema I) Independiente mente que hayan completado o no El esquema de tratamiento

**IMPORTANCIA DEL DOTS**

El tratamiento directamente observado DOTS-C, es una necesidad imperiosa en todos los programas de control de la tuberculosis, para garantizar la curación de los enfermos, evitar los abandonos y fracasos del tratamiento con las consecuencias graves que esto significa para el paciente y la comunidad.

Entre las causas más generalizadas de abandono del tratamiento, se señalan las causas atribuibles a la mala atención en el servicio de salud, por ello, constituye una obligación brindar al paciente información completa y atención especial hasta su total curación.

Así mismo es importante lograr la participación de la familia, de amigos, vecinos y de toda la comunidad para prevenir esta enfermedad y ayudar a los pacientes con tuberculosis a que concluyan su tratamiento, por ello en Bolivia se agrega este componente y se denomina DOTS-C

### REGLAS DE ORO DE LA CONSEJERIA EN DOTS-C

LO QUE SE DEBE HACER	LO QUE NO SE DEBE HACER
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Brindar un <b>trato cálido</b></li> <li>✓ Tomar en cuenta el nivel de escolaridad y los aspectos culturales del paciente para adoptar el lenguaje adecuado.</li> <li>✓ Ayudar a la persona a expresar sus sentimientos promoviendo dialogo y confianza, liberando sus sentimientos de culpa y vergüenza.</li> <li>✓ Escuchar con atención; comprender los <b>argumentos</b> del paciente.</li> <li>✓ Elevar la autoestima del paciente.</li> <li>✓ Elogiar a la persona en relación al cumplimiento de su tratamiento</li> <li>✓ Evaluar con el paciente los avances en el tratamiento y control de sus contactos familiares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Criticar</li> <li>✓ Prejuizar</li> <li>✓ Recriminar</li> <li>✓ Imponer</li> <li>✓ Negar o desvalorizar un juicio de valor del paciente.</li> <li>✓ Perder el control de los propios sentimientos ante actitudes agresivas, de indiferencia o retroceso en el tratamiento</li> <li>✓ Enojarse o mostrar que el paciente incomoda o se presento en la consejería tarde o de improviso.</li> </ul>

Fuente. Rota folio de consejería DOTS-C 2002

## **CAPITULO III**

### **HIPOTESIS**

La información oportuna y adecuada que se brinda al paciente lograra que tolere de mejor manera las reacciones adversas del tratamiento y disminuya la prevalencia de abandono al mismo.

### **VARIABLES**

#### **VARIABLE INDEPENDIENTE (CAUSA)**

Las reacciones y la falta de interés y conocimiento

#### **VARIABLE DEPENDIENTE (EFECTO)**

Abandono de pacientes en tratamiento con TBC

**OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES.	OPERACIONALIZACION			
	CONCEPTUALIZACION	DEFICION OPERACIONAL	INDICADORES	FUENTE
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>				
Abandono al tratamiento de la TB	Paciente que interrumpe su tratamiento de 31 días.	Tasa de abandono TBP BAAR (+) NUEVO	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes nuevos BAAR(+)} \text{ que abandonaron el } \underline{\text{tratamiento TB}}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes nuevos TBP BAAR (+) notificados}} \times 100$	Registros estadísticos  SNIS  Cuaderno de tuberculosis
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>				
<b>FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO</b> Reacción adversa a los medicamentos de tratamiento.	Respuesta de hipersensibilidad que manifiesta el paciente después de recibir una sustancia	Porcentaje de pacientes en tratamiento que presentan reacción adversas	$\frac{\text{Nro. de pacientes en tratamiento con } \underline{\text{reacciones adversas}}}{\text{Total pacientes en tratamiento}} \times 100$	Historia Clínica del paciente
Falta de interés y conocimiento	Poca importancia o valor al tratamiento relacionado con la Acción y efecto de conocer, entendimiento, razón natural.	Identificación de aspectos básicos de conocimiento y entendimiento de los pacientes sobre el problema de la tuberculosis	-Concientización	Charla educativa
			- Seguimiento al paciente que abandono el tratamiento.	Visita domiciliaria

## **CAPITULO IV**

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **MODELO DE INVESTIGACION**

EL tipo de investigación que se empleara es el modelo descriptivo- cuantitativo retrospectivo de corte transversal por que se basa en la incidencia de casos de abandono al tratamiento antituberculoso que se presentaron para el estudio; también se usara el modelo analítico por que se recogerán datos de todos los pacientes que realizan tratamiento en el centro de salud el Sena y se interpretaran los resultados obtenidos de una manera más entendible.

#### **UNIVERSO Y MUESTRA**

Total de pacientes con tratamientos de tuberculosis registrados y notificados de diferentes edades durante el año 2010 que fue captada por el Programa de control de Tuberculosis en el centro de salud el sena.

Tomando en cuenta que el universo es pequeño, se tomara como muestra a todo el universo, que estarán constituidos por los mismos 12 pacientes que realizan tratamiento antituberculoso en el establecimiento de salud el sena. Que dentro de los mismos se encuentran los tres pacientes que abandonaron al tratamiento de la TB.

## **METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **MÉTODOS EMPÍRICOS:**

#### **- ENCUESTAS**

Se elaboraron encuestas dirigidas a todos los pacientes registrados y notificados con tratamiento de tuberculosis para obtener información requerida sobre opiniones y conocimientos, actitudes de estos para la elaboración de este trabajo de investigación (monografía).

### **MÉTODOS TEÓRICOS:**

- Una vez recolectada la información requerida se utilizó el análisis y la síntesis de información por medio de revisiones bibliográficas (revistas, libros. Y fuentes electrónicas. Etc.)

### **MÉTODOS ESTADÍSTICOS:**

- Para la representación de la información obtenida. Los resultados se procesaron en forma de porcentaje y gráficos estadísticos mediante el programa Excel.

**CAPITULO V**

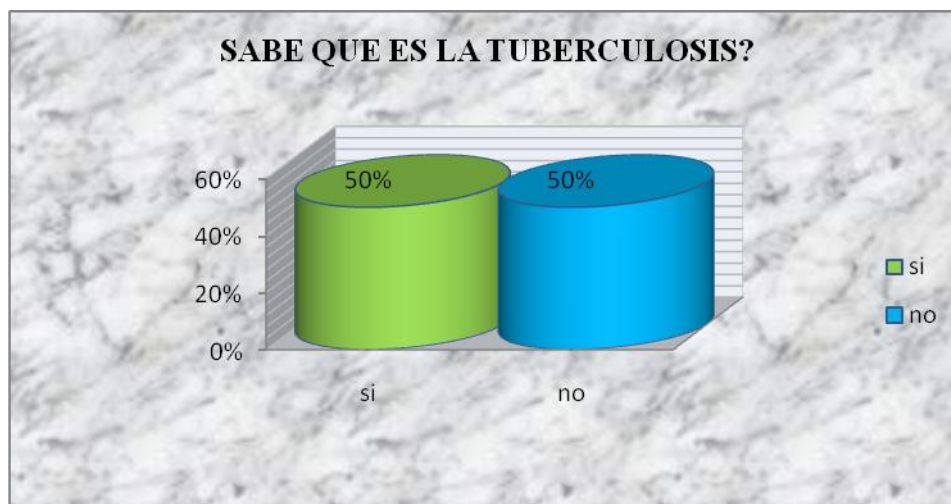
**ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS**

**CUADRO N° 1**

**CONOCIMIENTO DEL PACIENTE ACERCA DE ESTA ENFERMEDAD**

RESPUESTAS	Nro.	%
Si	6	50%
No	6	50%
Total	12	100%

**GRAFICO NRO 1**



Fuente: Elaboración propia, en base a encuesta, gestión 2010

**INTERPRETACION:**

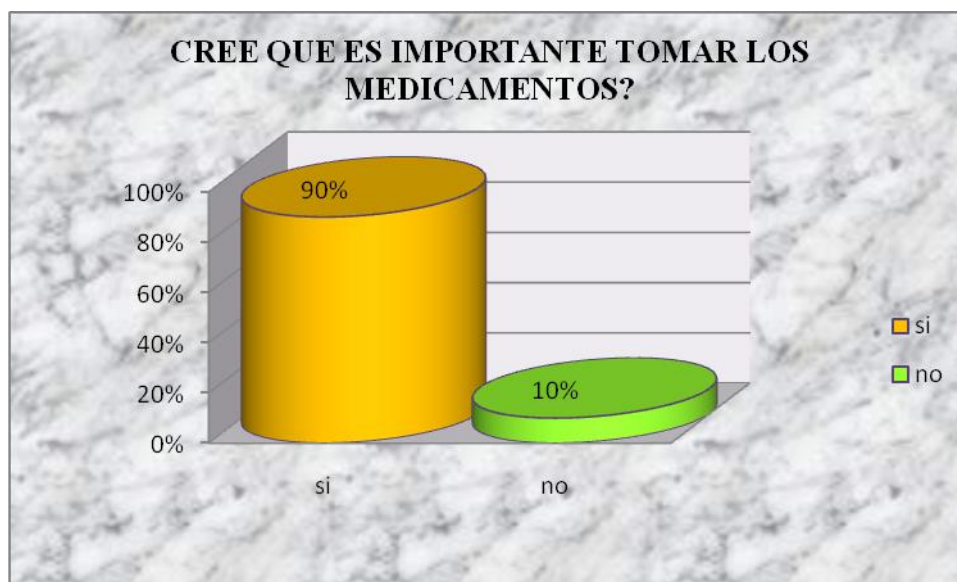
Entre los pacientes con tratamiento de tuberculosis de la localidad El Sena (según se observa en el *cuadro 1 – grafico 1*) del la totalidad de los pacientes encuestados. El 50% manifiesta conocer sobre esta patología, su modo de contagio y su prevención pero a sí mismo con muy poco conocimiento y el resto del 50% tiene un conocimiento insuficiente sobre esta enfermedad.

## IMPORTANCIA EN LA TOMA DE MEDICAMENTOS DEL TRATAMIENTO

**CUADRO NRO 2**

RESPUESTA	NRO	%
SI	11	90%
NO	1	10%
TOTAL	12	100%

**GRAFICO NRO.2**



Fuente: Elaboración propia, en base a encuesta, gestión 2010

### INTERPRETACION:

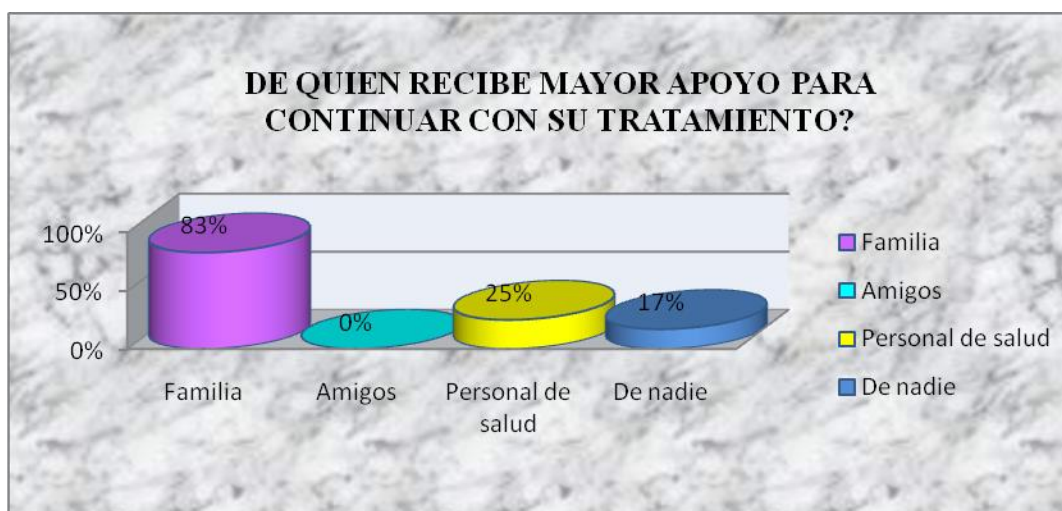
Del total de los encuestados el 90% cree que si es muy importante tomar los medicamentos porque refieren que es la única forma de combatir esta enfermedad infectocontagiosa cumpliendo con el tratamiento indicado y el 10% cree que no es importante porque desconoce su valor terapéutico debido a la poca información proporcionada, además este porcentaje pertenece a la respuesta de un pacientes que abandono el tratamiento debido a la reacción que le produjo estos medicamentos.

## MAYOR APOYO QUE RECIBE EL PACIENTE PARA CONTINUAR CON SU TRATAMIENTO

CUADRO Nro. 3

RECIBE MAYOR POYO DE:	Nro.	%
Familia	10	83%
Amigos	0	0%
Personal de salud	3	25%
De nadie	2	17%
Total de respuestas múltiples	15	125%
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

GRAFICO Nro. 3



Fuente: Elaboración propia, en base a encuesta, gestión 2010

### INTERPRETACION:

Como se observa en el cuadro, existe una considerable cantidad de los encuestados donde el 83% responde recibir mayor apoyo de la familia y a la vez también responden recibir apoyo del personal de salud la cual esta sumada al 25% de los que manifiestan recibir apoyo del personal de salud y el resto con el 17% refieren no recibir apoyo de nadie este porcentaje que deriva de la respuesta de un paciente que abandono el tratamiento y otro que si cumple con el tratamiento pero no recibe apoyo de nadie.

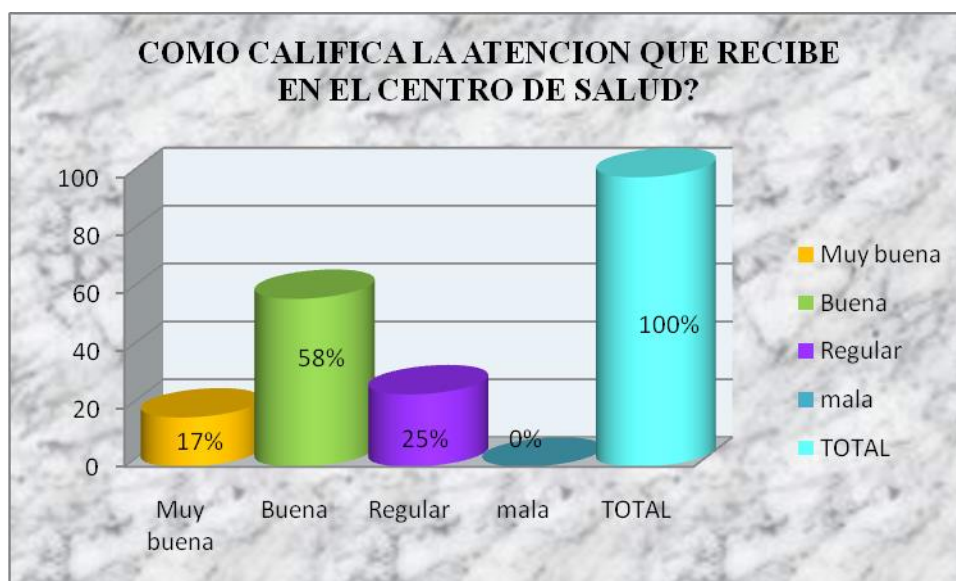
## CALIFICACION DEL PACIENTE SOBRE LA ATENCION QUE RECIBE EN EL CENTRO DE SALUD

**CUADRO Nro. 4**

COMO LA CALIFICA?	Nro.	%
Muy buena	2	17%
Buena	7	58%
Regular	3	25
Mala	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia, en base a encuesta, gestión 2010

**GRAFICO Nro.4**



Fuente: Elaboración propia, en base a encuesta, gestión 2010

### INTERPRETACION:

Del total de los pacientes con tratamiento de tuberculosis el 17% la califica como muy buena y el 58% la califica solo como buena, porcentaje que queda como respuesta predominante de las demás y demuestra que los pacientes están satisfechos con el trato recibida por personal del centro de salud y el resto con el 25% la califica como regular.

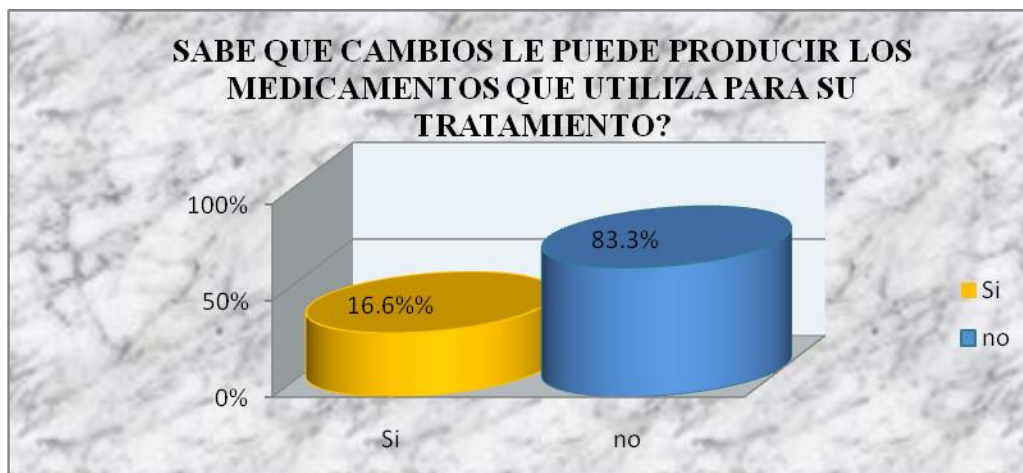
**CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES SOBRE CAMBIOS QUE PRODUCEN LOS MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSOS EN EL ORGANISMO**

**CUADRO Nro. 5**

SABE QUE CAMBIOS LE PRODUCE	Nro.	%
Si	2	16.6%
no	10	83.3%
TOTAL	12	100%

Fuente: Elaboración propia, en base a encuesta, gestión 2010

**GRAFICO Nro.5**



Fuente: Elaboración propia, en base a encuesta, gestión 2010

**INTERPRETACION:**

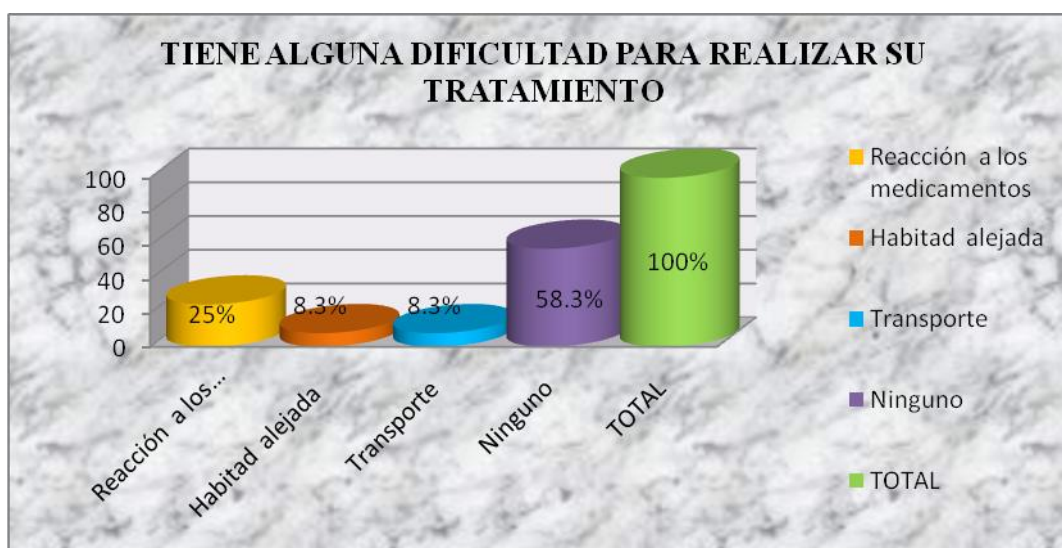
Del total de los pacientes encuestados el 83.3% refiere no tener suficiente información sobre los cambios que pueden producirle los medicamentos que utiliza de tratamiento pero si refieren haber experimentado algunos cambios en su organismo a consecuencia del tratamiento y el 16.6% de los pacientes manifiestan que si tienen conocimiento sobre los cambios que podrían producirles los medicamentos en su organismo de las cuales solo mencionan dolor de cabeza y dolor en el estomago.

**PACIENTE QUE ATRAVIEZA DIFICULTADES PARA REALIZAR SU TRATAMIENTO**

**CUADRO Nro.6**

RESPUESTAS	Nro.	%
Reacción a los medicamentos	3	25%
Habitad alejada	1	8.3%
Transporte	1	8.3%
Ninguno	7	58.3%
TOTAL	12	100%

**GRAFICO Nro.6**



Fuente: Elaboración propia, en base a encuesta, gestión 2010

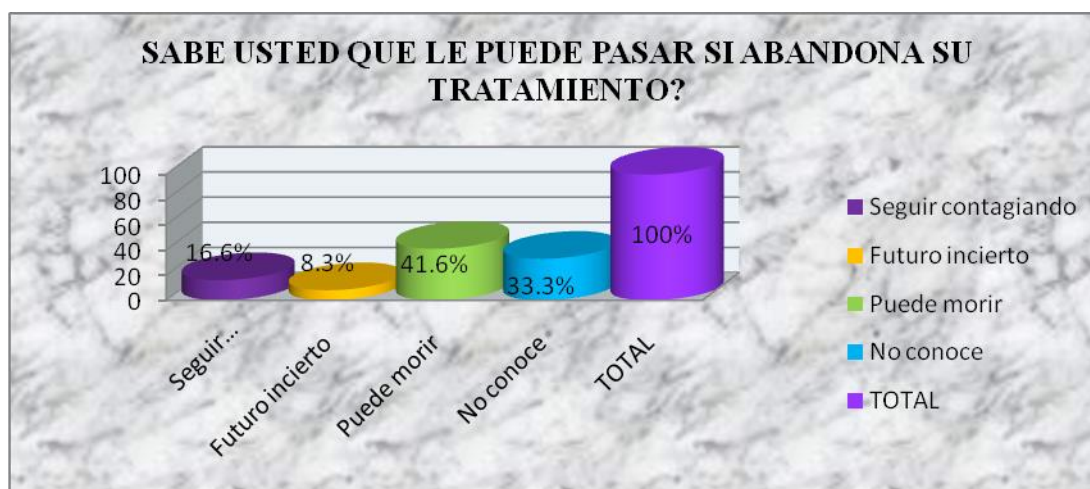
**INTERPRETACION:** En este *cuadro y grafico nro. 6* se puede observar que del 100% de los encuestados el 58.3% refiere no tener dificultad alguna para continuar con su tratamiento pero el 25% indica que lo único que les impide continuar con el tratamiento terapéutico son las reacciones de los medicamentos las cuales atemorizan al paciente y hace de este no seguir con el tratamiento indicado este porcentaje deriva de las respuestas de pacientes que abandonaron el tratamiento otro que también tuvo reacción pero aun así continua con el tratamiento el resto con 8.3% indican que para continuar con el tratamiento no tiene acceso fácil al centro de salud por tener que vivir en zonas muy alejadas de la comunidad donde el medio de transporte requiere de un costo económico.

## CONOCIMIENTO DEL PACIENTE ACERCA DE LAS CONSECUENCIAS DEL ABANDONO AL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

**CUADRO Nro.7**

SABE QUE SE CEDERIA?	Nro.	%
Seguir contagiando	2	16.6%
Futuro incierto	1	8.3%
Puede morir	5	41.6%
No conoce	4	33.3%
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO Nro.7**



Fuente: Elaboración propia, en base a encuesta, gestión 2010

### INTERPRETACION:

En el presente *cuadro y grafico Nro7* se observa que del total de los pacientes encuestados el 41% Cree que una de las consecuencias del abandono al tratamiento es la muerte y el 33.3% no tiene idea de lo que puede pasar si abandonara su tratamiento. Debido al poco interés del paciente o poca información proporcionada por personal de salud en este porcentaje se encuentran los pacientes abandonares y los porcentajes restantes el 16.6% cree que seguirán contagiando a otras personas sanas y finalmente el 8.3% opina que les espera un futuro incierto.

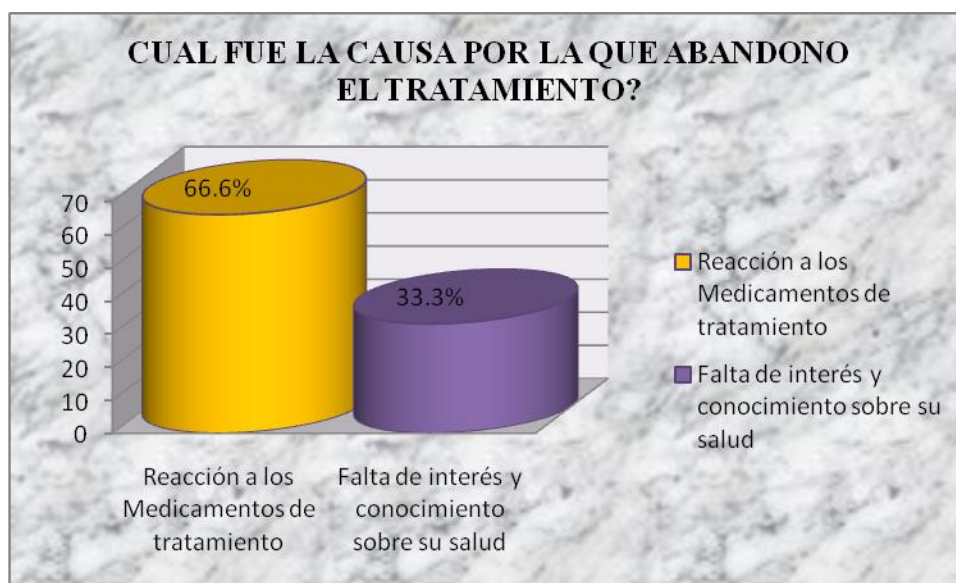
## EL POR QUE DEL PACIENTE QUE ABANDONA EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

**CUADRO Nro. 8**

RESPUESTA	Nro.	%
Reacciones Adversas	2	66.6%
Falta interés sobre su salud	1	33.3%
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia, en base a encuesta, gestión 2010

**GRAFICO Nro. 8**



Fuente: Elaboración propia, en base a encuesta, gestión 2010

### **INTERPRETACION:**

*Cuadro y Grafico nro. 8* pregunta dirigida a los pacientes que abandonaron el tratamiento de la tuberculosis responde el 66.6% que la causa de abandono fue presentar reacciones a los medicamentos de tratamiento antituberculoso sin embargo el 33.3% afirma no estar muy comprometido con su salud ya que este paciente gusta de bebidas alcohólicas.

**REACCIONES QUE EL PACIENTE REFIERE HABER EXPERIMENTADO CON LOS MEDICAMENTOS DE TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS**

<b>NRO. DE PACIENTES</b>	<b>TIPO DE REACCION</b>	<b>PACIENTE REFIERE</b>	<b>MEDICAMENTO QUE LA PRODUCE</b>
1er paciente	Alergia	Comezón y ronchas por todo el cuerpo	Rifampicina
	Cefalea y nauseas	Dolor de cabeza intenso y ganas de vomitar	desconoce
	Mareos	Sentir mareos	desconoce
2 do paciente	Dolor abdominal	Dolor de estomago	pirazinamida
3er paciente	escalofríos	Temblor por sensación de frio	pirazinamida

Fuente: datos extraídos de historia clínica del paciente y de encuesta-2010

**INTERPRETACION**

EL cuadro muestra las reacciones que el paciente experimento durante su tratamiento. El primer paciente manifestó haber sufrido varias reacciones entre ellas cefalea y nauseas, mareos mas alergia los cuales fueron causantes de deserción del paciente para continuar con el tratamiento y de la misma manera el 2do paciente refiere haber sufrido cambios en su organismo la cual produjo temor al dolor con relación a los medicamentos

El 3er paciente también indica haber sufrido reacción al tratamiento produciéndole escalofríos. De este ultimo paciente No fue las reacciones que hizo que abandonara el tratamiento sino al poco interés y conocimiento que tiene sobre su enfermedad

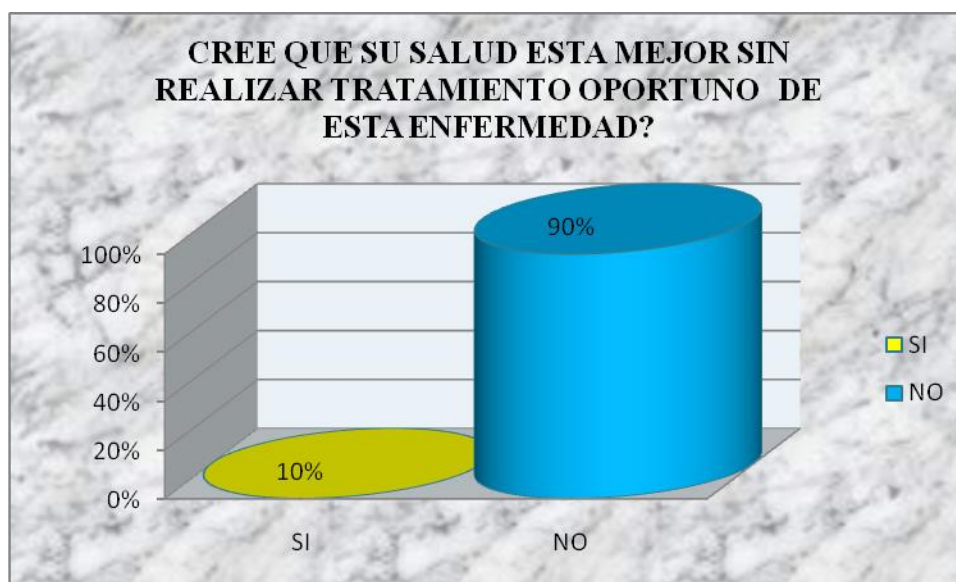
**OPINION SOBRE SU SALUD DEL PACIENTE QUE NO HACE TRATAMIENTO**

**CUADRO Nro. 10**

RESPUESTA	Nro.	%
SI	1	10%
NO	2	90%
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia, en base a encuesta, gestión 2010

**GRAFICO Nro. 10**



Fuente: Elaboración propia, en base a encuesta, gestión 2010

El presente *cuadro y grafico nro. 10* demuestra que el 90% de pacientes que abandonaron el tratamiento opina que no sienten estar mejor viviendo con esta enfermedad pero les impide continuar con el tratamiento la reacciones que la producen y el resto del % cree que si por que refiere que cuida su salud con remedios caceros.

## **CONCLUSIONES.**

El estudio de conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis en el municipio el sena ha permitido llegar a las siguientes conclusiones:

- El 50% de los pacientes encuestados tiene un conocimiento insuficiente sobre esta enfermedad así mismo se pudo verificar que el 50% de los pacientes encuestados si conocen sobre esta patología, su modo de contagio y su prevención pero con muy poco conocimiento. Esto nos permite afirmar que pese a la existencia del Programa Nacional de Tuberculosis no existe una buena difusión de información sobre la enfermedad de tuberculosis.
  
- Se pudo verificar que un 95% de la población encuestada identifican que ésta enfermedad tiene curación siguiendo un tratamiento farmacológico. Asimismo el 90% de los encuestados reconoce las consecuencias del abandono del tratamiento y un 15% no conoce las consecuencias de ésta enfermedad.
  
- El personal de salud, en especial el de enfermería, debería poner especial énfasis en este grupo de personas, ya que las actividades de enfermería son el componente más importante en la operación del programa y en la terapia de la tuberculosis, ya que de su trabajo y capacidad de organización depende el eficiente cumplimiento de las medidas terapéuticas y de intervención en la prevención del abandono del tratamiento, entre otras

## **RECOMENDACIONES.**

Con los resultados obtenidos de la investigación se recomienda lo siguiente:

- Se recomienda profundizar sobre el papel que desempeñan los servicios de salud en el abandono del tratamiento contra la tuberculosis; usar diseños experimentales para probar la eficacia de intervenciones que mejoren el cumplimiento terapéutico.
- Se recomienda hacer diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y fomentar el apoyo familiar.
- Se recomienda al centro de salud el Sena el desarrollo de actividades dirigidas a difundir y ampliar la información a cerca de la enfermedad de tuberculosis mediante campañas educativas, talleres de capacitación dirigidas a la población.
- Se recomienda al centro de salud coordinar con la mesa directiva del barrio para tomar acciones, en cuanto a la enfermedad de tuberculosis ya que su población en su mayoría posee un conocimiento superficial a cerca de esta enfermedad, que día tras día va aumentando el riesgo de padecerla debido a la crítica situación por la que atraviesa el país.
- Se recomienda a los maestros de la unidad educativa el Sena enfatizar en el área preventiva sobre la problemática de la enfermedad de tuberculosis, en la formación educativa a los estudiantes.
- Se recomienda al personal de salud realizar educación domiciliaria sobre la enfermedad de la tuberculosis en el municipio el Sena para la prevención de la enfermedad durante sus salidas fuera de servicio.

## **BIBLIOGRAFIA.**

Manual de Normas Técnicas de Tuberculosis 2008-2009

Diccionario de Medicina Oceano Mosby

GODERICH Roca Reinaldo, ( 2002 )Temas de Medicina Interna Edit. Ciências Médicas Habana-Cuba pag. 405

Oceano centrum ENCICLOPEDIA DE ENFERMERIA Pag. 1019 "tuberculostaticos"

## **FUENTES ELECTRONICAS**

[www.lostiempos.com](http://www.lostiempos.com) /Ed. ES EL SEGUNDO PAÍS DE LA REGIÓN

[tuberculosis@sns.gob.bo](mailto:tuberculosis@sns.gob.bo)-[www.sns.gob.bo/tuberculosis](http://www.sns.gob.bo/tuberculosis)

[www.tuberculosis.com](http://www.tuberculosis.com)

[www.wikipedia.tuberculosis.com](http://www.wikipedia.tuberculosis.com).

[HTTP://WWW.OCEANO.COM](http://WWW.OCEANO.COM)

WWW.monografias./Tuberculosis.com D:\TUBERCULOSIS\TB.htm

**CAPITULO VI**

**ANEXOS**

ANEXO No 1



**COMENTARIO:** Paciente con tratamiento de tuberculosis recibiendo charla educativa en domicilio



ANEXO N 2



COMENTARIO: Actividad educativa para niños que viven en áreas alejadas de la comunidad





ANEXO N 3





COMENTARIO: Charla educativa a niños de la comunidad El Sena





*Gracias. Int. Melina flores Beltrán*

ENCUESTA DIRIGIDA A TODOS LOS PACIENTES NOTIFICADOS CON TUBERCULOSIS

Nombre del paciente:.....fecha.....lugar.....

1.¿Sabe que es la tuberculosis? SI NO

Si la Respuesta es afirmativa que entiende?

R.-.....

2.- Cree que es importante tomar los medicamentos? SI NO

Si la Respuesta es afirmativa porque?

R.-.....

3.-De quien recibe mayor apoyo para continuar con su tratamiento?

Amigos familia personal de salud De nadie

4.- Como califica la atención que recibe en el centro de salud?

Muy buena Buena Regular Mala

5.-Sabe que cambios le puede producir en su organismo los medicamentos que utiliza en su tratamiento? SI NO

Si la respuesta es afirmativa mencione.....

6.- Tiene alguna dificultad para realizar su tratamiento? SI NO

Indique cuales son.....

7.-Conoce las consecuencias del abandono al tratamiento? SI NO

Indique cuales son.....

**PREGUNTAS DIRIGIDAS SOLO A PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS**

8. ¿Cuál fue la causa de su abandono al tratamiento de la tuberculosis?

R.-.....

9.- ¿Qué tipo de reacciones ha experimentado?

R.....

10.-siente que su salud está mejor sin hacer tratamiento SI NO

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDADES	SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Selección del tema para la monografía												
Inicio del perfil para la monografía												
Recolección de datos de historias clínicas y registros de Tb												
Elaborar y validar instrumentos : encuestas												
Aplicar instrumentos a pacientes con tratamiento de tuberculosis												
Tabulación de datos												
Procesamiento y análisis de los datos recolectados												
Ejecución de monografía												
Planificación de recursos disponible para desarrollar actividades												
Sesiones educativas en domicilio												
Realización de permanentes visitas domiciliarias												
Búsqueda activa de sintomáticos respiratorios												
Presentación de documento y publicación de resultados												

