



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Previo a la obtención del título de

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TEMA:

EVALUACIÓN DE FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS, DISTRITO DE SALUD N° 2 MANTA.

AUTORA

Coello Mera María José

TUTORA

Mgs, Carmen Guaranguay Chaves

Manta – Manabí – Ecuador

2017



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Previo a la obtención del título de

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TEMA:

EVALUACIÓN DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DEL DISTRITO DE SALUD # 2 MANTA.

AUTORA

Coello Mera María José

TUTORA

Mgs, Carmen Guaranguay

Manta – Manabí – Ecuador

2017



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI

Creada Ley N°10, Registro Oficial N°313 de 13 de noviembre/1985

FACULTAD DE ENFERMERIA

Dirección: Cda. Universitaria Vía a San Mateo, Teléfono 2628825 - 2623740 Ext.196
MANTA – ECUADOR



CERTIFICADO DEL TUTOR

Mgs Carmen Guaranguay claves del proyecto de investigación “evaluación de los factores que influyen en el abandono al tratamiento de los pacientes con tuberculosis del distrito de salud # 2

CERTIFICO

Que de conformidad a lo establecido en el Reglamento de Régimen Académico desde el 19 de junio 2017 hasta 21 de agosto de 2017 he orientado de acuerdo con las directrices y protocolos institucionales del trabajo de titulación de COELLO MERA MARIA JOSE durante el periodo establecido, mismo que cumple con los requerimientos de fondo y forma para su presentación y defensa.

Con este antecedente, solicito a la Lcda. Estelia García Mgs decana de la facultad de enfermería poner en conocimiento del Consejo de Facultad para la designación de los miembros del tribunal de Evaluación del presente trabajo académico de acuerdo al Reglamento de Régimen Académico Interno y demás normas y resoluciones que orientan el proceso.

Manta, 21 Agosto 2017

Mgs Carmen Guaranguay
Tutor de proyecto de investigación



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI

Creada Ley N°10, Registro Oficial N°313 de 13 de noviembre/1985

FACULTAD DE ENFERMERIA

Dirección: Cda. Universitaria Vía a San Mateo, Teléfono 2628825 - 2623740 Ext.196
MANTA – ECUADOR



DECLARACION DE AUTORIA

Yo, COELLO MERA MARÍA JOSÉ, con cedula de ciudadanía número 131374047-2, estudiante de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Facultad de enfermería, con el tema “EVALUACIÓN DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DEL DISTRITO DE SALUD # 2 MANTA, 2016”, por medio de la presente declaro que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente proyecto de investigación es de mi exclusiva responsabilidad, siendo un trabajo que no ha sido calificado en ningún trabajo de grado.

Manifiesto además que las referencias bibliográficas, que se incluyen en el proceso de investigación están citadas bajo las normas APA y las normas académicas de la ULEAM, por tanto, los resultados y conclusiones obtenidos son de mi responsabilidad.

De acuerdo a esta declaratoria, doy credibilidad a mi trabajo de grado.

Manta, agosto de 2017

Coello Mera María José

C.C. 131374047-2



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI

Creada Ley N°10, Registro Oficial N°313 de 13 de noviembre/1985

FACULTAD DE ENFERMERIA

Dirección: Cdla. Universitaria Vía a San Mateo, Teléfono 2628825 - 2623740 Ext.196
MANTA – ECUADOR



AGRADECIMIENTO

“El propósito general de la educación es convertir espejos en ventanas”

Sydney J. Harris

Mis sinceros agradecimientos en primera instancia a:

DIOS, Padre Celestial, que me ha dado una familia maravillosa, que me ha permitido estar con mis seres queridos, él que ilumina mis pasos para poco a poco alcanzar mis propósitos.

A mi madre por el apoyo constante, dedicación y apoyo incondicional.

A mi familia que han sido participes de momentos inmemorables.

A mi tutora, quien me ha guiado en el desarrollo de mi trabajo de grado, ella que demostró ser un eje fundamental en la realización de dicho informe.

Agradezco de manera especial a todas las personas que formaron parte de este trabajo, ellos que me dieron la confianza para ingresar al Centro de Salud e investigar los fenómenos del caso.

Gracias a mi universidad, por haberme permitido formarme en ella ULEAM.



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI

Creada Ley N°10, Registro Oficial N°313 de 13 de noviembre/1985

FACULTAD DE ENFERMERIA

Dirección: Cdla. Universitaria Vía a San Mateo, Teléfono 2628825 - 2623740 Ext.196
MANTA – ECUADOR



DEDICATORIA

Desde lo profundo de mi alma, dedico mi esfuerzo, mi lucha constante, mi trabajo de grado a un ser maravilloso que ha estado conmigo toda mi vida, brindándome ese apoyo, sus consejos y todo su amor, a ti madre, que ha sido mi fuente de inspiración para cumplir mis metas propuestas y una de ellas mi carrera profesional.

Ana y Ada a ustedes por ser esos ángeles y bendición en mi vida

Dedico de manera especial a toda mi familia que han sido ejes primordiales para el desarrollo de mis conocimientos.

Con esfuerzo y dedicación.



INDICE

CERTIFICADO DEL TUTOR	iii
DEDICATORIA	vi
RESUMEN	ix
INTRODUCCION	1
I. TEMA.....	4
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
III. OBJETIVOS.....	5
IV. HIPOTESIS	5
1. CAPITULO I.- MARCO TEORICO.....	6
1.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.1.1. Tipo de tuberculosis.....	8
1.2. FUNDAMENTACIÓN EPIDEMIOLOGICA.....	9
CAPITULO II.- METODOLOGIA.....	21
3.1. Diseño de la investigación	21
2.1.1. Métodos de investigación.....	21
2.2 OPERACIONALIZACION DE CATEGORIAS Y VARIABLES	22
2.3. POBLACION Y/O MUESTRA.....	23
Recursos humanos	23
7. Resultados.....	24



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI

Creada Ley N°10, Registro Oficial N°313 de 13 de noviembre/1985

FACULTAD DE ENFERMERIA

Dirección: Cda. Universitaria Vía a San Mateo, Teléfono 2628825 - 2623740 Ext.196

MANTA – ECUADOR



8. 2.5. DESCRIPCION DE RESULTADOS.....	24
CAPITULO III DISEÑO DE LA PROPUESTA	45
3.1. Propuesta.....	45
Diseñar un folleto sobre la automedicación para pacientes que abandonan el tratamiento.....	45
3.2. Objetivos.....	45
General.....	45
Específicos	45
3.3. Justificación de la propuesta.....	47
CONCLUSION	48
RECOMENDACIONES	49
Bibliografía.....	50
ANEXOS	54



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI

Creada Ley N°10, Registro Oficial N°313 de 13 de noviembre/1985

FACULTAD DE ENFERMERIA

Dirección: Cda. Universitaria Vía a San Mateo, Teléfono 2628825 - 2623740 Ext.196

MANTA – ECUADOR



RESUMEN

El abandono al tratamiento de la tuberculosis es un problema de salud pública de primera magnitud en el mundo; En América del sur entre los países más afectados esta Perú, Bolivia, Venezuela y Ecuador con cinco mil novecientas cincuenta y dos personas contagiadas,

Entre los propósitos de la investigación es determinar los factores que influyen al abandono del tratamiento de tuberculosis en el Distrito de Salud N° 2, de Manta.

El estudio será estadístico con fines epidemiológicos, descriptivo, retrospectivo observacional, tasas preponderantes, la media por edad, con el método de SPSS 20.

Afectando al nivel económico, la edad de 31-40 años, Y en el género masculino con mayor incidencia y sería importante trabajar con los pacientes tuberculosos con un Diseñar un folleto sobre la automedicación para pacientes que abandonan el tratamiento

palabras claves: tuberculosis, abandono, epidemiología, contagio, SPSS 20



INTRODUCCION

La tuberculosis es un problema de salud pública que sigue afectando a la población; en el mundo se encuentran infecto-contagiados dos millones de personas. En América del sur entre los países más afectados esta Perú, Bolivia, Venezuela y Ecuador en este último con cinco mil novecientos cincuenta y dos persona contagiadas, con una incidencia de 20.49% con relación al año 2010 ósea, de cuatro pacientes por cada diez mil habitantes, de estos cuatrocientos mil casos son multi drogo resistentes que han ido aumentando hasta el año 2011, y causando la muerte a seiscientas personas al año.

El ecuador en el contexto de la Región de las Américas se encuentra entre los nueve países con la mayor carga de tuberculosis, los mismos reportan el 75% del total de casos anuales. En el último año 2.012 nuestro país reportó 5.760 casos de todas las formas de TB y la Provincia del Guayas es la más afectada con 3.104, constituyéndose en el 53.88% de la carga de TB del país, con mayor afectación la ciudad de Guayaquil donde se encuentra el 82% de la carga de TB del Guayas. Agrava esta situación epidemiológica las tasas de abandono del tratamiento anti tuberculosis cuyas cifras reportadas para los dos últimos años 2010-2012 es de 10 y 9% respectivamente muy por encima de lo expresado por OMS/OPS en programas exitosos (5%).

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, producida por el bacilo de la tuberculosis, que ataca con frecuencia a los pulmones y se trasmite por el aire. Los pacientes que presentan esta enfermedad, tiende a abandonar el tratamiento, afectando radicalmente a la salud. Dada esta perspectiva, y tomando en cuenta que en la actualidad se viene dando casos más frecuentes en el Ecuador, se tomó la iniciativa de indagar los factores importantes que influye en esta enfermedad, la prevención y la necesidad de implementar estrategias de salud para un adecuado tratamiento, por tal razón este trabajo investigativo es de gran importancia.



Para esto es de gran interés recalcar que el proyecto de investigación con el tema “EVALUACIÓN DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DEL DISTRITO DE SALUD # 2 MANTA

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad la tuberculosis se considera un problema de salud pública de primera magnitud, constituyéndose la cuarta causa de mortalidad en los países vías de desarrollo como el Ecuador.

Recordemos que el Art. 32 de la Constitución de la República, trata sobre el derecho a la salud, al manifestar lo siguiente: “Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

En Ecuador en el último año los casos de tuberculosis aumentaron en un 20.48% siendo estos los factores de abandono que más sobresalen como posibles tópicos, la pobreza, la desnutrición, el hacinamiento, ventilación deficiente de la vivienda, abuso de alcohol y otras drogas, tratamiento prolongado con corticoides esteroides, falta de acceso a los servicios de salud.

Este problema de salud pública representa una gran inversión económica al estado, conjuntamente con la creación de nuevas políticas de salud, para un adecuado y oportuno seguimiento de pacientes con esta patología, siendo un riesgo potencial entre las personas que viven o trabajan con enfermos tuberculosos, a personas que viven agrupadas en lugares residenciales, ya que son una fuente potencial de contagio directo, agravándose con el consumo y abuso del alcohol o drogas, personas inmunodeprimidas, trabajadores para el cuidado de la salud que están al cuidado de personas de alto riesgo, asociación con VIH/SIDA, aumento de la pobreza, y mal cumplimiento en el esquema de tratamiento adecuado



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

Creada Ley N°10, Registro Oficial N°313 de 13 de noviembre/1985

FACULTAD DE ENFERMERIA

Dirección: Cda. Universitaria Vía a San Mateo, Teléfono 2628825 - 2623740 Ext.196
MANTA – ECUADOR



Con este estudio contribuiremos a Diseñar un folleto sobre la automedicación para pacientes que abandonan el tratamiento.



I. TEMA

EVALUACION DE LOS FACTORES QUE INFLUYE EN EL ABANDONO AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DEL DISTRITO DE SALUD #2 MANTA

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tuberculosis (TB), es una infección bacteriana causada por un germen llamado *Mycobacterium tuberculosis*, que suele atacar a los pulmones y en muchas ocasiones hasta causar daño a otras partes del cuerpo, la TB se disemina a través del aire, cuando una persona con TB pulmonar, habla, tose o destornuda, lo que hace que exista posibilidades de contagio a una persona sana, más aún si esta tiene el sistema inmune débil.

La TB es considerada una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo, en el 2015 10,4 millones de personas se enfermaron de tuberculosis y 1,8 millones fallecieron a causa de esta enfermedad, se estima que el 35% de las muertes a causa de tuberculosis estuvieron asociadas al VIH, personas con una inmunidad baja o débil. (OMS, Tuberculosis, 2017)

Para el año 2012 Ecuador reportó un total de 5.760 casos de todas las formas de tuberculosis y la ciudad del Guayaquil es la más afectada con un total de 3.104 constituyéndose una de las provincias con la mayor carga de TB en el país con un (53.88%) del total Nacional En los años 2010-2011, la incidencia de abandono alcanzó 10 y 9%, respectivamente cifra que rebasa el valor que establece como límite el programa de control de la tuberculosis (PCT) (5% de abandonos el abandono del mismo y la detención tardía, son factores que contribuyen a un incremento de la tuberculosis resistente. (MONTUFAR.M, 2012-2013)

En el Distrito de Salud # 2, unidades de vigilancia de salud y promoción, junto al Consejo de Protección de Derechos de Montecristi agilizaron medidas preventivas el tratamiento de los pacientes con TB, sin embargo, pocos



pacientes que culminaron el tratamiento de Tuberculosis BK+. En el año 2016 en este distrito se diagnosticó 88 personas con tuberculosis sensible, de ellas el 50% presenta VIH, y 4 casos determinados con multidrogos resistente es decir son resistente al tratamiento normal. (Prensa, 2016)

Formulación del problema

¿Cómo reducir el abandono del tratamiento en los pacientes con tuberculosis en el Distrito de Salud Manta 2016-2017?

III. OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar los factores que influyen en el abandono del tratamiento en los pacientes con tuberculosis en el Distrito de salud #2 Manta junio del 2016 a junio del 2017

Objetivos Específicos

- Revisión de Bibliografías para conocer teorías sobre los factores que influyen en el abandono del tratamiento
- Identificar qué factores influyen al abandono al tratamiento de tuberculosis
- Contribuir en el fortalecimiento del modelo de atención de salud del distrito n° 2 de Manta.
- Diseñar un folleto sobre la automedicación los pacientes que abandonan el tratamiento

IV. HIPOTESIS

Al identificar los factores que influyen en el tratamiento de los pacientes tuberculosos permitirá contribuir en la disminución en el abandono del tratamiento



CAPITULO I.- MARCO TEORICO

1.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

La tuberculosis no es aún una enfermedad derrotada, porque hay actualmente más de 10 millones de enfermos en el mundo, cada año se diagnostican más de 9 millones de casos nuevos, 1 a 2 millones de ellos mueren por esta enfermedad y, lo que es aún más importante, alrededor de un tercio de la población mundial, es decir alrededor de 2 mil millones de los habitantes de este planeta, están infectados por el *Mycobacterium tuberculosis*. (Montufar.M & Novoa.E, 2012-2013)

El año pasado, la OMS señaló que 10,4 millones de personas enfermaron de TB y 1,8 millones murieron a causa de la enfermedad en 2015, lo que convierte a la TB en la enfermedad infecciosa más letal a nivel mundial. Esta enfermedad está profundamente arraigada en poblaciones en las que el respeto de la dignidad y los derechos humanos es escaso. Aunque cualquier persona puede contraer TB, la enfermedad se ceba con las personas pobres, las comunidades y grupos marginados y otras poblaciones vulnerables. (OMS, Tuberculosis, 2017)

Las Naciones Unidas adoptaron en 2015 los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030; una de sus metas es poner fin a la epidemia mundial de tuberculosis (TB). En la estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Fin a la Tuberculosis, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2014, se pide una reducción del 90% de las muertes por TB y una reducción del 80% en su tasa de incidencia para el año 2030, en comparación con 2015. (SALUD, 2016)

Los países pobres con alta tasa de incidencia presentan un mayor número de casos entre la población más joven, con una elevada proporción de tuberculosis pulmonar primaria; por otro lado, los más avanzados desde el punto de vista socio sanitario y económico y con menor incidencia de TB, ésta afecta predominantemente a las personas de mayor edad, existiendo una mayor



proporción de tuberculosis post-primaria y bajas tasas de enfermedad e infección tuberculosa latente en niños. (Gonzalez.E, 2012)

A través de las investigaciones que se han realizado de manera exhaustiva se considera que la tuberculosis es una enfermedad peligrosa y con alto riesgo de contagio la tuberculosis se disemina a través del aire, cuando una persona con TB, habla, tose o destornuda, lo que hace que exista posibilidades de contagio a una persona sana, más aún si esta tiene el sistema inmune débil Robert Koch, el médico alemán que en 1882 descubrió el bacilo de la tuberculosis y se convirtió con ello en el padre de la bacteriología y la microbiología moderna. (Koch, 2010)

Según Whiny Eviling Tolentino Barzola & Marleny Edenece Aliaga Suarez, de la Universidad Peruana del Centro UPECEN, Escuela de Enfermería, Huancayo – Perú, con el tema “Prácticas de medidas preventivas de familiares de los pacientes con tuberculosis pulmonar en comparación nacional e internacional”, menciona que “La tuberculosis además de ser un problema de salud pública a nivel mundial, nacional y local, debido al número de pacientes que se produce años, tras año, afecta la salud y deteriora la calidad de vida del paciente con tuberculosis y el entorno familiar” (Tolentino & Aliaga, 2016).

Para Freddy Heriberto Llerana, de la Universidad Central del Ecuador, Facultad Ciencias Médicas, Quito – Ecuador, con el tema “Prevalencia percibida de tuberculosis pulmonar en comunidades de la frontera suroriental del Ecuador” acota que la tuberculosis ha estado presente en el Ecuador y el continente desde antes de la llegada de los españoles, pero era poco conocido y difundido por los medios de comunicación. Este desconocimiento de la población contribuyó a la erradas ideas y comportamiento de las familias y entorno, rechazando al enfermo por el padecimiento, esto fue un problema fundamental asoció a médicos a crear programas de prevención y control de la tuberculosis. (Llerana, 2015)

La tuberculosis es una de las enfermedades más antigua a nivel mundial. es causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* y afecta radicalmente a los



pulmones, sin embargo, otros órganos pueden resultar afectados. Estas bacterias pueden sobrevivir durante semanas o meses, posee una relevante resistencia a los ácidos, álcalis y desinfectantes químicos, sin embargo, mueren con facilidad si se supera los 65°C de 30 minutos de luz ultravioleta del sol, cabe destacar que el frío o la desecación no son eficaces para destruir el bacilo.

De acuerdo a la OMS, la tuberculosis 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 que quede infectada. (OMS, 2016).

La tuberculosis es una enfermedad curable y prevenible, quienes están infectadas con el bacilo tuberculoso tiene un riesgo de enfermar en un 10% a lo largo de la vida, las personas que padecen de VIH, diabetes, malnutrición o quienes consumen tabaco tienen mayor riesgo de tuberculosis, puesto a que ellos tienen el sistema inmunitario dañado. Cuando esta enfermedad está activa el paciente tiene síntomas de tos, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso. Se debe considerar que el enfermo de tuberculosis puede infectar de 10 a 15 personas por contacto estrecho, un paciente con esta enfermedad puede curarse siempre y cuando cumpla con las condiciones médicas y adecuada administración de la medicina adquirida prescrita. Fuente: (Endi, 2015)

1.1.1. Tipo de tuberculosis

La comunidad médica a través de estudios científicos ha trabajado continuamente en busca de medidas preventivas que ayuden a la población que la padecen, con el fin de disminuir el número de morbilidad y mortalidad. A más de esto para descubrir nuevos medicamentos que ayude a la efectividad de la salud del paciente a base de tratamientos adecuados. En la actualidad se conocen dos tipos de tuberculosis que afectan la salud humana las mismas que son: Tuberculosis pulmonar y extra pulmonar

Tuberculosis pulmonar. - Es una enfermedad infecciosa, aguda o crónica producida por el bacilo mycobacterium tuberculosis, que suele localizarse en los



pulmones para atacar al cuerpo humano cuando este tenga las defensas bajas. Los síntomas son cansancio constante, pérdida de peso, tos persistente durante varias semanas, fiebre, sudoración nocturna y pérdida de apetito. (SURA, 2017).

Tuberculosis extra-pulmonar. – A esta tuberculosis se la denomina tisis o peste blanca, es una enfermedad infecciosa crónica, que se encuentra localizada en cualquier parte del organismo, es decir fuera de los conductos respiratorios inferiores y es causada por diferente Mycobacterium, llamados bacilos tuberculosos, se manifiesta por medio de fatiga, malestar, debilidad, fiebre, pérdida de peso, y esta también puede atacar a ganado vacuno, porcino y aves. Esta tuberculosis es más común en las personas de raza negra y orientales exclusiva para mujeres y niños.

1.2. FUNDAMENTACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La tuberculosis es considerada como la segunda causa de mortalidad a nivel mundial, después del sida, la tasa de incidencia varía entre los países con economía más bajas. La situación en el Ecuador aún continúa siendo un caso complejo para la salud pública y mantiene una tendencia estable en los últimos 5 años en cuanto a prevalencia e incidencia se refiera. Se estima alrededor de 30 incidencia y 40 prevalencia brechas relevantes del control de tuberculosis en el País. La tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar es la más frecuente desde el punto de vista epidemiológico puesto a que son casos en la que incrementan la trasmisión de la enfermedad.

Etiopatología: Es un término médico que se refiere al origen de una enfermedad y sus mecanismos, es decir, la combinación de etiología y patogénesis. De esta manera, una enfermedad tiene tres aspectos: una etiopatogenia, unos síntomas y un tratamiento. Como es lógico, los síntomas médicos y el tratamiento dependen del origen de la enfermedad, es decir, de su etiopatogenia. Esto quiere decir que la curación de las enfermedades tiene que abordarse desde sus causas, ya que al no conocer las causas no es posible curar sus efectos. Ilustrando esta idea con un ejemplo, en el caso de un proceso gripal común su



etiopatogenia sería, por una parte, el virus que lo provoca y, por otra, los factores que influyen, como la falta de defensas, así como problemas pulmonares o infecciosos. (ABC, 2013)

Fisiopatología. – La Fisiopatología es una rama de la medicina que se dedica al estudio de los mecanismos por los cuales se originan las distintas enfermedades, lo que permite explicar porque ocurren los síntomas y las diversas manifestaciones que la acompañan. Se encuentra directamente relacionada con la Fisiología que es la ciencia que estudia y describe la forma como se llevan a cabo los distintos procesos en los seres vivos de forma normal, pero a diferencia de esta, la fisiopatología describe la forma como estos procesos cambian en el organismo enfermo.

La fisiopatología es de gran importancia para el ejercicio de la medicina ya que permite la comprensión de los mecanismos que originan las enfermedades de lo cual se desprende la forma específica de tratarlas, el desconocimiento de estos mecanismos lleva a que los síntomas sean tratados de forma empírica limitándose solo al control de los síntomas sin hacer nada por la causa que los está originando. (Definicionabc, 2017)

Trasmisión. - El Mycobacterium tuberculosis se transmite de persona a persona por las secreciones respiratorias, en las cuales los bacilos tuberculosos forman los núcleos de las gotitas expulsadas al toser, estornudar o hablar. Las gotitas se evaporan a poca distancia de la boca y los bacilos desecados persisten en el aire por largo tiempo. La infección de algún huésped se produce cuando algunos de estos bacilos son inhalados. (Miranda.B & Puente.M, 2001)

Patogenia. – La patogenia es el conjunto de mecanismos biológicos, físicos y/o químicos que llevan a la producción de una enfermedad. La diferencia es que la fisiopatología es el estudio de la patogenia, es decir que la patogenia es la acción de cómo se produce la enfermedad y la fisiopatología es la que estudia las causas de la misma. (Castillo, 2017)



Manifestaciones clínicas. –

las manifestaciones clínicas de la tuberculosis (TB) son variadas, pero también específicas, no existiendo ningún signo o síntoma clínico exclusivo de la enfermedad. Asimismo, son dependientes de una serie de factores en relación tanto con el huésped como con el agente infeccioso y la interacción entre ambos. Antes de la aparición del VIH, el 85% de los casos de tuberculosis estaban limitados al pulmón, afectando el 15% restante a órganos extra pulmonares.

Diagnostico. – La infección tuberculosa es el resultado del contacto de *Mycobacterium tuberculosis* (MT) con un determinado individuo, dando lugar en su organismo a una respuesta inmune tipo hipersensibilidad celular retardada. Este estado de sensibilización se diagnostica mediante la prueba de la tuberculina. Las personas infectadas no presentan ni síntomas, ni signos ni hallazgos radiológicos que sugieran enfermedad activa. Un 10-15% de estos individuos tienen riesgo de desarrollar enfermedad a lo largo de su vida (infección tuberculosa latente, Tema 42 de este manual). La enfermedad tuberculosa se caracteriza por la presencia de síntomas, signos y hallazgos radiológicos que sugieren enfermedad activa. Los síntomas, signos y hallazgos radiológicos dependerán de la localización de la enfermedad. Nos vamos a referir en el presente capítulo exclusivamente a la localización pulmonar (Calvo & Bernal Rosique, 2010).

clasificación de tipo de caso de tuberculosis

Caso Nuevo: Paciente que nunca ha recibido tratamiento antituberculoso, o quien recibió el tratamiento por menos de un mes. Incluye los pacientes que tenían PSF al inicio de un tratamiento en Categoría I y que luego se reclasifican a Categoría IV, teniendo en cuenta el perfil de resistencia.

Caso sospechoso de TB: Paciente con TB confirmada o con sospecha de TB que tenga factores de riesgo alto para MDR TB. Estos casos deben considerarse para un esquema de categoría IV, pero la ratificación de esta decisión debe ser



hecha por un Grupo o Profesional entrenado en manejo de TB **farmacorresistente**.

Caso confirmado de TB: Paciente con TB causada por M. tuberculosis cuyas PSF muestran un patrón de resistencia in vitro que cumple los criterios de definición de MDR TB. Caso sospechoso de XDR TB: Paciente que ha fracasado con esquemas de tratamiento de categoría IV y ha recibido esquemas que incluyen medicamentos de segunda línea prescritos de manera inapropiada o administrada irregularmente (OPS. instituto nacional de salud. , 2013)

Contacto estrecho: Persona con exposición significativa a un caso de tuberculosis comprobada bacteriológicamente, con una convivencia diaria mayor o igual a 6 horas.

El Abandono Sospechoso (riesgo de abandono): Paciente que no asiste por sus medicamentos por más de 2 días consecutivos, se considera irregular si se repiten periódicamente. El paciente que ha tenido irregularidad en la toma de sus medicamentos tiene mayor riesgo de adquirir resistencia que el que abandona habiendo mantenido regularidad antes de su abandono.

Sospechoso de fracaso: Paciente en categoría I con baciloscopia positiva al segundo mes de tratamiento, siempre se debe solicitar cultivo y PSF. (OPS. instituto nacional de salud. , 2013)

Medidas farmacológicas. -

Resistencia natural: Característica del M. tuberculosis desde su origen. Se presenta resistencia en cepas silvestres, como fruto de su multiplicación continua, por mutaciones espontáneas (al azar). Esta mutación es independiente para cada uno de los fármacos.

Resistencia en casos nuevos (casos no tratados): Es la presencia de resistencia en cepas de M. tuberculosis en casos nuevos que nunca han recibido



medicamentos antituberculosos o han recibido el tratamiento por menos de un mes.

Resistencia en casos previamente tratados: Es la presencia de resistencia en cepas de *M. tuberculosis* en pacientes que han recibido medicamentos antituberculosos por más de un mes. Esta resistencia es ocasionada por la poca adherencia al tratamiento, prescripción médica inapropiada, abastecimiento irregular, mal absorción y mala calidad de los medicamentos.

Definiciones de resistencia según número y tipo de fármacos:

Monorresistencia: Cepa de *M. tuberculosis* resistente in vitro a un fármaco antituberculoso.

Polirresistencia: Cepa de *M. tuberculosis* resistente in vitro a más de un fármaco antituberculoso diferente de isoniazida (H) y rifampicina (R) simultáneamente.

Multirresistencia (MDR TB): Cepa de *M. tuberculosis* resistente in vitro a R e H, simultáneamente o combinado con otros fármacos antituberculosos.

Tuberculosis extensivamente resistente a fármacos (XDR TB): Casos MDR, resistentes in vitro a una fluoroquinolona y al menos uno de los medicamentos inyectables de segunda línea (amikacina, kanamicina o capreomicina).
Resistencia global. Prevalencia de la resistencia a cualquier medicamento en una población. Puede determinarse en casos no tratados y en casos previamente tratados.

Los medicamentos antituberculosos poseen estas propiedades en grados diferentes. La isoniacida, rifampicina y pirazinamida son los medicamentos bactericidas más potentes, activos contra todas las poblaciones de bacilos tuberculosos.

La isoniacida (H) actúa sobre poblaciones de multiplicación continua; la rifampicina (R) interfiere duplicación del material genético del *Mycobacterium tuberculosis*; la pirazinamida (Z) es activa en medio ácido contra los bacilos que



se encuentran en el interior de los macrófagos. Debido al hecho de que estos tres medicamentos (isoniacida, rifampicina y pirazinamida) pueden eliminar al bacilo en cualquier localización extra o intracelular, se les conoce como el núcleo básico del tratamiento antituberculoso. La estreptomycinina (S) tiene también propiedades bactericidas contra ciertas poblaciones de bacilos tuberculosos, es activa contra los que se encuentran en fase de multiplicación extracelular rápida. El etambutol (E) es un fármaco bacteriostático que se asocia a medicamentos bactericidas más potentes para evitar la emergencia de bacilos resistentes. (Varga.W, 2012)

Isoniacida

La isoniacida posee una rápida absorción oral y aproximadamente a las 3 h consigue una concentración plasmática eficaz que se sitúa entre los 1 y 2 microgramos/ml. Debido a su bajo peso molecular se distribuye rápidamente en los líquidos cerebrospinal, pleural y ascítico así como en los órganos y tejidos. Cruza con facilidad la barrera placentaria y la concentración en la leche materna es parecida a la plasmática. El 95% de la dosis de isoniacida se elimina por orina en la primera 24 h y una pequeña cantidad por heces.

Los principales efectos adversos son hepáticos. Se pueden manifestar como una elevación de las enzimas hepáticas autolimitada en cualquier momento del tratamiento y principalmente durante los cuatro primeros meses (10% a 20% de los casos). La neuropatía periférica se relaciona con la dosis y afecta principalmente a pacientes con cierta predisposición (malnutrición, alcoholismo, diabetes, infección por el VIH, insuficiencia renal) (2%). Por lo tanto se recomienda combinar con la vitamina B6.

Rifampicina

La rifampicina bloquea la proliferación de muchas bacterias gram-positivas y gram-negativas, además posee actividad bactericida para los microorganismos en rápida división, Su principal mecanismo de acción es sobre la enzima RNA polimerasa de las bacterias. Actúa sobre las bacterias intracelulares y



extracelulares. presenta una rápida absorción por vía oral que se reduce considerablemente (hasta un 30%) si se administra junto con la comida. Se distribuye ampliamente en órganos y tejidos y atraviesa la barrera hematoencefálica. La concentración en el líquido cefalorraquídeo alcanza hasta un 20% de la concentración plasmática, pudiendo aumentar en caso de inflamación meníngea. El metabolismo es principalmente hepático, mediante desacetilación, dando lugar a su metabolito activo. La eliminación principal es por la bilis, y hasta un 30% se elimina por vía renal.

Las reacciones cutáneas pruriginosas con o sin rash asociado se producen hasta en un 6%, son generalmente autolimitadas y pocas veces son reacciones graves de hipersensibilidad. Las reacciones gastrointestinales consisten en náuseas, anorexia y dolor abdominal que en raras ocasiones son severas. Puede causar elevaciones transitorias de la bilirrubina y en combinación con isoniacida la hepatotoxicidad es más frecuente.

Pirazinamida

La pirazinamida es un fármaco de primera línea para todas las formas de tuberculosis. Actúa principalmente sobre los microorganismos de división lenta y en medio ácido y por tanto sobre los bacilos residentes en los macrófagos.

Presenta una rápida absorción oral y amplia distribución por los órganos y tejidos, así como por el líquido cefalorraquídeo, donde alcanza concentraciones parecidas a las plasmáticas. El metabolismo es hepático, mediante los procesos de hidrólisis (produciendo un metabolito activo) e hidroxilación. El tiempo de semivida es de 9 a 10 h, pudiendo ser superior en pacientes con insuficiencia renal. En las primeras 24 h el 70% del producto se elimina por la orina, en forma de metabolitos o como principio activo inalterado.

El principal efecto adverso de la pirazinamida es la hepatotoxicidad, que se relaciona con la dosis. Con el uso de dosis habituales (25 mg/kg) la frecuencia de hepatotoxicidad es inferior al 1%. Otros efectos adversos son las náuseas, anorexia o rash cutáneo.



Etambutol

El etambutol se considera un fármaco de primera línea para todas las formas de tuberculosis y es incluido en las fases iniciales de muchas pautas dado que suprime la proliferación de los bacilos resistentes a isoniacida. Las resistencias al etambutol se desarrollan con mucha lentitud. Su mecanismo de acción radica en la alteración de la biosíntesis de la pared celular de los bacilos.

presenta una rápida absorción por vía oral, presentando concentraciones terapéuticas en las primeras 2 a 4 h de su administración. Un 75% del producto se elimina de forma inalterada por la orina en las primeras 24 h. El tiempo de semivida es de unas 2 a 4 h.

El principal efecto adverso del etambutol es la neuritis óptica con una disminución de la agudeza visual o una reducida discriminación de los colores que puede afectar a uno o los dos ojos. Se trata de un efecto relacionado con dosis diarias superiores a 15 mg/kg.. Raramente el etambutol puede producir reacciones cutáneas. En los niños, durante los dos primeros meses se pueden administrar dosis de etambutol de 15 a 25 mg/kg al presentar niveles plasmáticos inferiores del fármaco.

Estreptomina

Fue el primer fármaco activo que se empleó para el tratamiento de la tuberculosis. La aparición de otros fármacos eficaces por vía oral y el tratamiento combinado permitieron reducir su utilización.

El ácido para aminosalicílico (PAS) tiene una acción bacteriostática específica sobre el M. tuberculosis. La aparición de cepas muy resistentes a este fármaco y la incorporación de nuevos agentes eficaces en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar han reducido prácticamente su uso. (OMS, 2011)

Tratamiento empírico: Esquema diseñado de acuerdo con la historia detallada de los medicamentos antituberculosos recibidos en tratamientos previos, los



datos nacionales o locales de vigilancia de resistencia a medicamentos y en ausencia de resultados de PSF. Este esquema puede ajustarse una vez se tienen los resultados de las PSF, adquiriendo un carácter de tratamiento individualizado.

Tratamiento estandarizado: Esquema establecido con base en los datos nacionales o locales de vigilancia de resistencia a medicamentos para ser utilizado, en ausencia de PSF, en grupos o categorías de pacientes que tienen algunas características en común. Deben solicitarse PSF y, en algunos casos, podrá requerirse un ajuste del esquema de acuerdo con éstas.

Tratamiento individualizado: Esquema diseñado con base en la historia detallada de los medicamentos antituberculosos recibidos en tratamientos previos y los resultados de las PSF disponibles.

Tabla del tratamiento. –

Grupo	Fármaco (abreviatura)
Grupo 1. Antituberculosos ORALES de primera línea	Isoniacida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z), etambutol (E)
Grupo 2. Antituberculosos INYECTABLES	Estreptomina (S), kanamicina (Km), amikacina (Am), capreomicina (Cm)
Grupo 3. Fluoroquinolonas	Moxifloxacino (Mfx), gatifloxacino (Gfx), levofloxacino (Lfx)
Grupo 4. Antituberculosos orales	Protionamida (Pto), etionamida (Eto), cicloserina (Cs), ácido p-aminosalicílico (PAS)



bacteriostáticos de segunda línea	
Grupo 5. Otros fármacos (potencialmente útiles de eficacia no demostrada)	Clofamicina (Cfz), linezolid (Lzd), claritromicina (Clr), tiazetazona (Th), amoxicilina-clavulánico (Amx/Clv)

Pautas recomendadas para pacientes con tuberculosis no tratada previamente.

	Fase inicial	Fase consolidación
Preferente	Isoniaria, rifampicina, pirazinamida, etambutol (*, **) diarios, 2 meses	Isoniacida, rifampicina diarios, meses
Opcional	Isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol (**) diarios, 2 meses	Isoniacida, rifampicina diarios, meses

En todos los regímenes hay una fase inicial de dos meses seguida por una fase de consolidación de cuatro a siete meses, con pautas diversas.

Dosis recomendadas para los agentes antituberculosos de primera hora

FÁRMACO	Dosis	Dosis máxima
Isoniacida	5-10 mg/kg (en niños)	300 mg
Rifampicina	10 mg/kg (8 a 12) (en niños)	600 mg
Pirazinamida	25 mg/kg (20 a 30)	2 g
Etambutol	25 mg/kg (15 a 25) en niños: Inducción 20 mg/kg Mantenimiento 15 mg/kg	2 g
Estreptomina	15 mg/kg (12 a 18)	1 g

En los niños se inicia el tratamiento con las dosis ponderadas por kilogramo de peso corporal para posteriormente ajustar la dosis a la presentación existente en



adultos. La dosis recomendada de isoniacida varía entre los distintos organismos internacionales. Esta es de 5 mg/kg/día según la UICTER, OMS, BTS y ERS Task Force. La AAP y la SEPAR recomiendan dosis de 10 a 15 mg/kg/día. La SEIP recomienda 10 mg/kg/día. Estudios de farmacocinética muestran que dosis de 5 mg/kg/día alcanzaron niveles muy superiores a la concentración mínima inhibitoria (150).

Presentaciones con combinaciones a dosis fijas aprobadas en España.

Fármaco	Rifampicina	Isoniacida	Pirazinamida	Etambutol
Presentación				
RIFINAH (60 ó 500 comprimidos)	300 mg	150 mg		
RIMACTAZID (60 grageas)	300/150 mg	150/75 mg		
TISOBRIF- Vitamina B12 (30 sobres)	600 mg	300 mg		
RIFATER (100 ó 500 comprimidos)	120 mg	50 mg	300 mg	
RIMICURE (60 comprimidos)	150 mg	75 mg	400 mg	
RIMSTAR (60 comprimidos)	150 mg	75 mg	400 mg	275 mg

(OMS, 2011)



Prevención

La tuberculosis se puede prevenir. En todos los países se están realizando esfuerzos para identificar y tratar precozmente con medicamentos a las personas infectadas. Generalmente, a las personas que conviven con los pacientes infectados se las trata con el fármaco isoniazida durante 6 a 12 meses. El tratamiento preventivo está recomendado en todas aquellas personas con evidencia de infección que tienen riesgo elevado de desarrollar una tuberculosis activa, como por ejemplo, los que están en estrecho contacto con personas recientemente diagnosticadas de tuberculosis, personas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y personas de países en los que la tuberculosis es frecuente. Factores y estudios. Síntomas de Riesgos

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.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Se calcula que una tercera parte de la población mundial tiene tuberculosis latente, término este aplicado a las personas infectadas por el bacilo pero que aún no han enfermado ni pueden transmitir la infección.

Las personas infectadas con el bacilo tuberculoso tienen un riesgo a lo largo de la vida de enfermar de tuberculosis de un 10%. 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, etc.) pueden ser leves durante muchos meses. Esto puede hacer que la persona afectada tarde en buscar atención médica, con en consiguiente riesgo de que la bacteria se transmita a otros sujetos. Una persona con tuberculosis activa puede infectar a lo largo de un año a entre 10 y 15 personas por contacto directo. Sin no se proporciona un tratamiento adecuado, morirán sobre el 45% de las personas VIH-negativas con tuberculosis y la práctica totalidad de las personas con coinfección tuberculosis/VIH (OMS, Organización Mundial de Salud , 2017)

CAPITULO II.- METODOLOGIA

1.3. Diseño de la investigación

La investigación se desarrolló del 19 de junio del 2017, hasta el 18 de agosto de 2017 donde participaron todos los pacientes con tuberculosis del Distrito #2 Manta La muestra la conformaron todos los pacientes diagnosticados con BK+, de los centros de salud

Con la revisión de documentos existentes de todas las unidades de salud de primer nivel a quienes se le hizo seguimiento en sus domicilios para verificar sus condiciones de vida.

2.1.1. Métodos de investigación

El diseño de investigación es observacional analítico, descriptivo es de cohorte retrospectiva en sujetos diagnosticados con TB+, para evaluar los factores que influyen en el abandono del tratamiento en los pacientes con tuberculosis como evidencia que aportan estos factores sirvió para diseñar un folleto sobre la automedicación los pacientes que abandonan el tratamiento



Técnicas de investigación.

Instrumento recogida datos. A través de encuesta original y específica (anexos)
Análisis estadístico-epidemiológico: Cohortes: cálculo de la incidencia, medida de la asociación causal y se calcularán los límites de confianza para el 95% (IC 95%) de los principales estimadores del estudio.

Se ha empleará el programa estadístico SPSS v. 22

2.2 OPERACIONALIZACION DE CATEGORIAS Y VARIABLES

Variable dependiente: abandono del tratamiento de tuberculosis

Variable independiente: factores relacionados con el tratamiento farmacológico y social, cultural y económico.

VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR
Socioeconómico	Posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas	Nivel económico	Ingresos tipo de vivienda
factores farmacológicos	Es el estudio de los efectos bioquímico y fisiológicos de los fármacos y de sus mecanismos de acción y la relación entre la concentración del fármaco y el efecto de éste sobre un organismo		Intolerancia a los fármacos Problemas a tomar los medicamentos
Cultural	La cultura es la base de la investigación y las teorías antropológicas.	Nivel cultural	Nivel de educación Creencias y costumbres



2.3. POBLACION Y/O MUESTRA

Población. Está conformado por todos los usuarios con diagnóstico de tuberculosis BK+, que acuden a los diferentes centros de salud del distrito#2 de Manta.

Muestra. La conforma todos los usuarios que fueron atendidos en los diferentes centros de salud del distrito #2 de Manta, de junio del 2016 a junio 2017

- Recursos humanos

Investigador principal: María Coello

Coinvestigador: Mgs Carmen Guaranguay

- Colaboradores: pacientes de tuberculosis del distrito#2
- Recursos físicos

1 hp mini Windows 10	\$850,00
Computador de escritorio	250
Encuesta	5
Hojas de papel bond	3,50
Bolígrafos	4
Internet	30
Copias	40
Impresiones	100
Logística	80

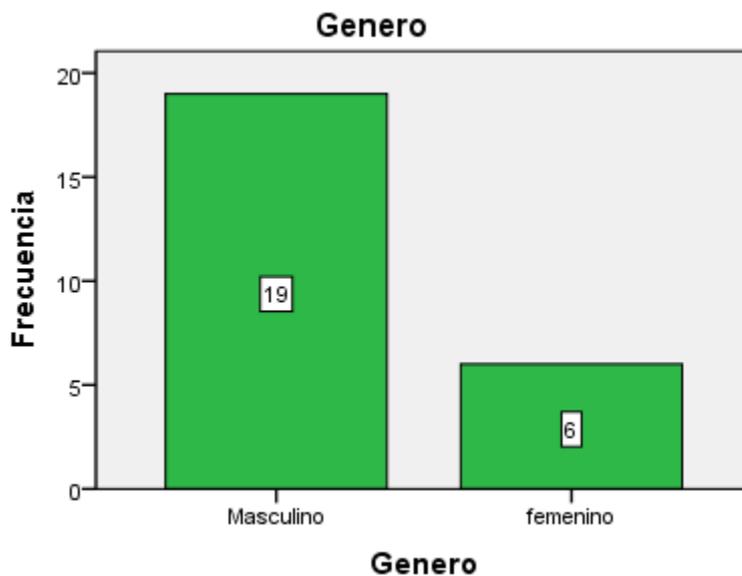


Resultados

2.5. DESCRIPCION DE RESULTADOS

tabla y grafico n°1 pacientes genero

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	19	76,0
Femenino	6	24,0
Total	25	100,0



Fuente: Distrito de salud #2 Pacientes Tuberculosos

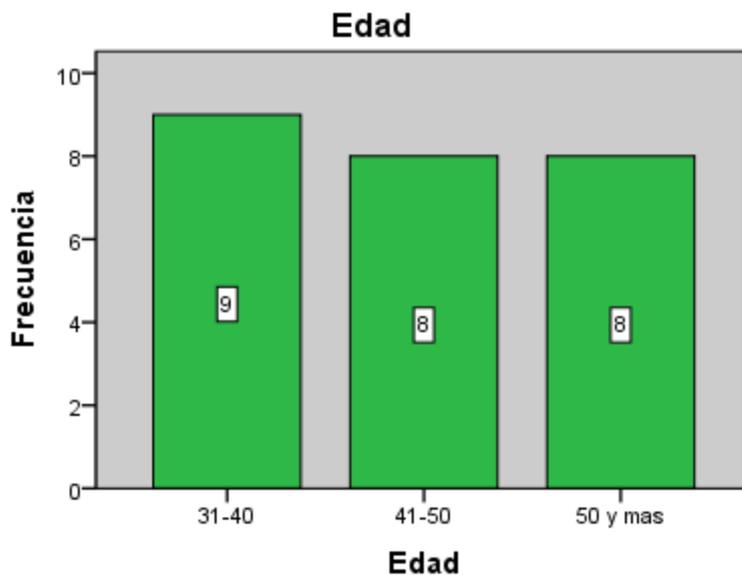
Elaboración: María Coello Mera

Se observa que el 76% de los pacientes que tienen tuberculosis pertenecen al género masculino y en menor proporción el femenino con un 24%.



tabla y grafico n°2 pacientes por edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
31-40	9	36,0
41-50	8	32,0
50 y mas	8	32,0
Total	25	100,0



Fuente: Distrito de salud #2 Pacientes Tuberculosos

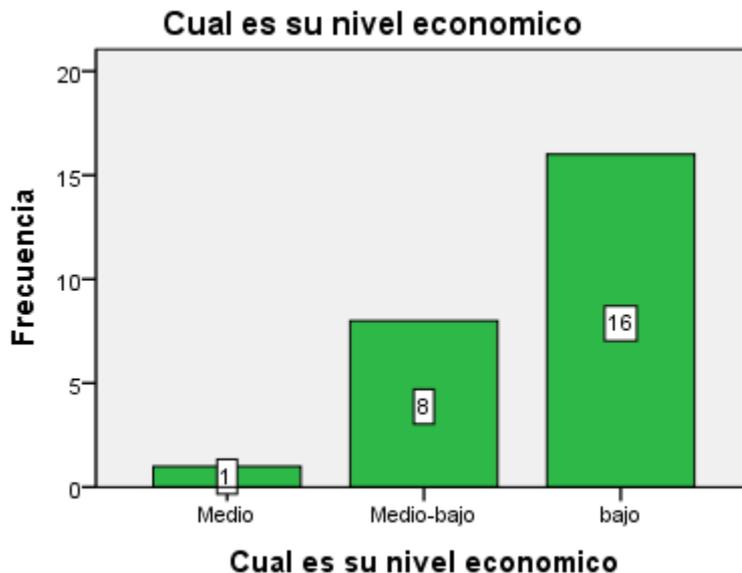
Elaboración: María Coello Mera

Al observarse que el grupo etario mayormente afectado por la tuberculosis es el comprendido entre 31-41 años de edad es decir el adulto, en un 36% seguido del adulto maduro de 41-50 años en un 32%.



tabla y grafico n°3 pacientes nivel económico

Nivel-económico	Frecuencia	Porcentaje
Medio	1	4,0
Medio-bajo	8	32,0
Bajo	16	64,0
Total	25	100,0



Fuente: Distrito de salud #2 Pacientes Tuberculosos

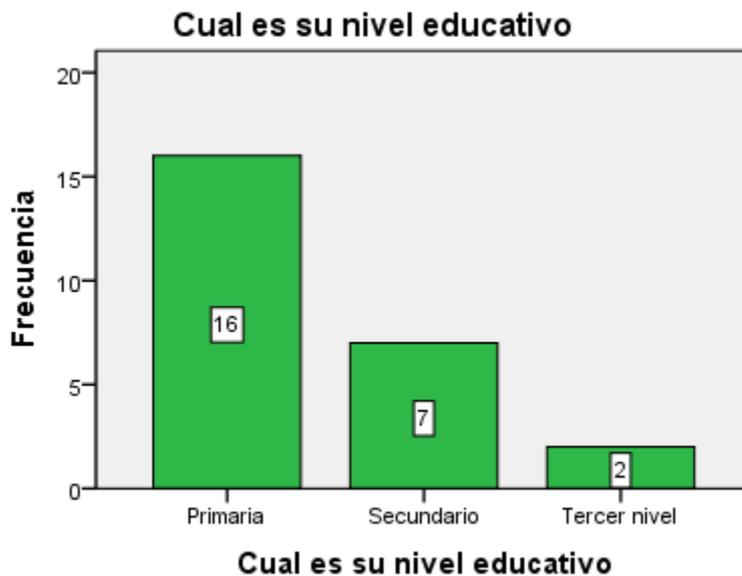
Elaboración: María Coello Mera

Se observar en la encuesta realizada a los pacientes que padecen de tuberculosis que su nivel económico es bajo por lo tanto ellos están propensos a adquirir enfermedades ya que su índice de pobreza repercute en la calidad de vida de los pacientes.



tabla y grafico n°4 pacientes nivel educativo

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	16	64,0
Secundario	7	28,0
Tercer nivel	2	8,0
Total	25	100,0

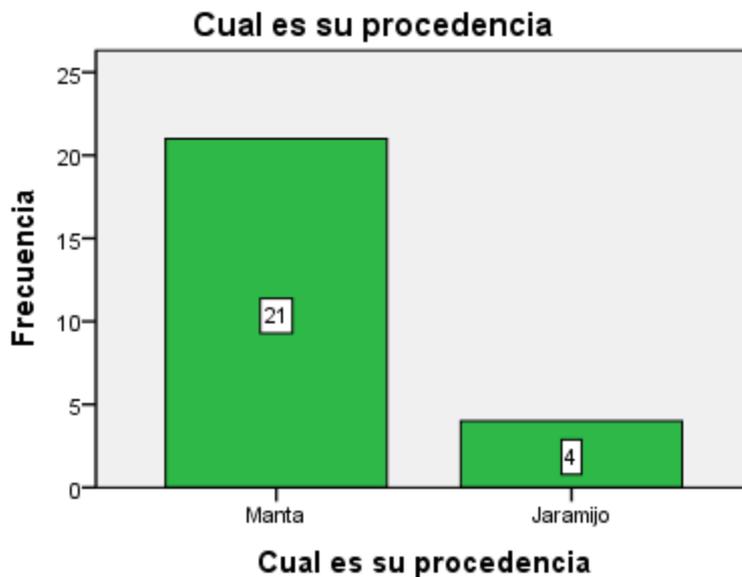


Fuente: Distrito de salud #2 Pacientes Tuberculosos
Elaboración: María Coello Mera

El 64% de los encuestados en el estudio, tiene un grado de instrucción básica que corresponde a la primaria y el 28% la secundaria completa, el 8% tercer nivel esta realidad muestra que este grupo por factores económico no continuaron sus estudios.

tabla y grafico n°5 procedencia

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Manta	21	84,0
Jaramijo	4	16,0
Total	25	100,0



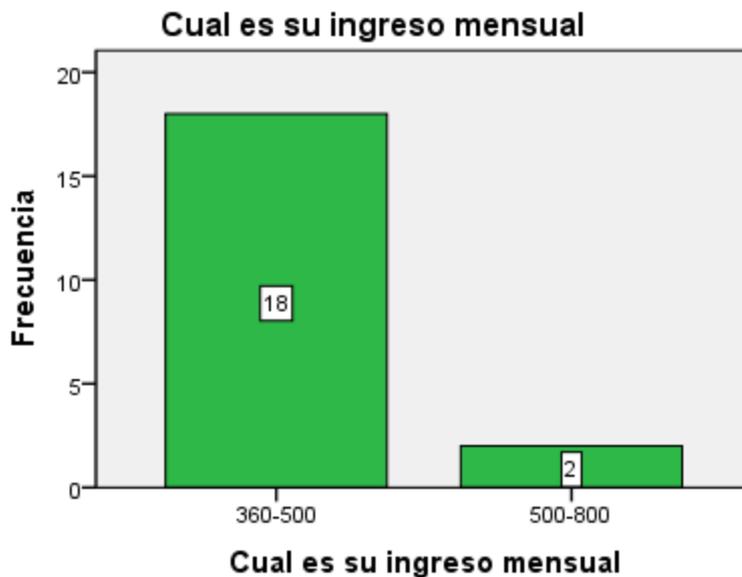
Fuente: Distrito de salud #2 Pacientes Tuberculosos

Elaboración: María Coello Mera

Al identificar el lugar de procedencia de los pacientes con BK+, que acuden al distrito de salud#2 podemos verificar que un gran porcentaje está comprendido en Manta con un porcentaje de 84% por lo tanto se considera que es la ciudad con más casos de tuberculosis.

TABLA Y GRAFICON°6 PACIENTE NIVEL MENSUAL

Nivel mensual	Frecuencia	Porcentaje
360-500	18	72,0
500-800	2	8,0
Total	20	80,0
Sistema	5	20,0
Total	25	100,0



Fuente: Distrito de salud #2 Pacientes Tuberculosos

Elaboración: María Coello Mera

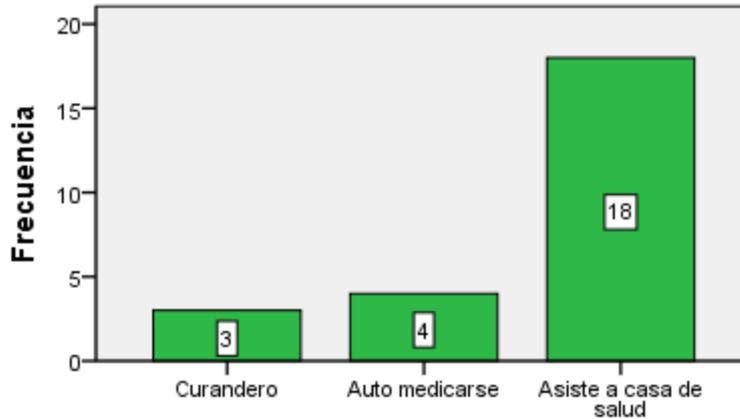
En el grafico que mostraremos a continuación se puede constatar que el 72% de los pacientes de los factores que influyen al abandono al tratamiento tienen ingresos a un salario básico mientras tanto el 8% de los pacientes cuentan con un salario mayor al sueldo básico.

tabla y grafico n°7 paciente toma de medicación

Medicación	Frecuencia	Porcentaje
Curandero	3	12,0
Auto medicarse	4	16,0
Asiste a casa de salud	18	72,0
Total	25	100,0



Que actitud toma cuando presentan primeros síntomas



Que actitud toma cuando presentan primeros síntomas

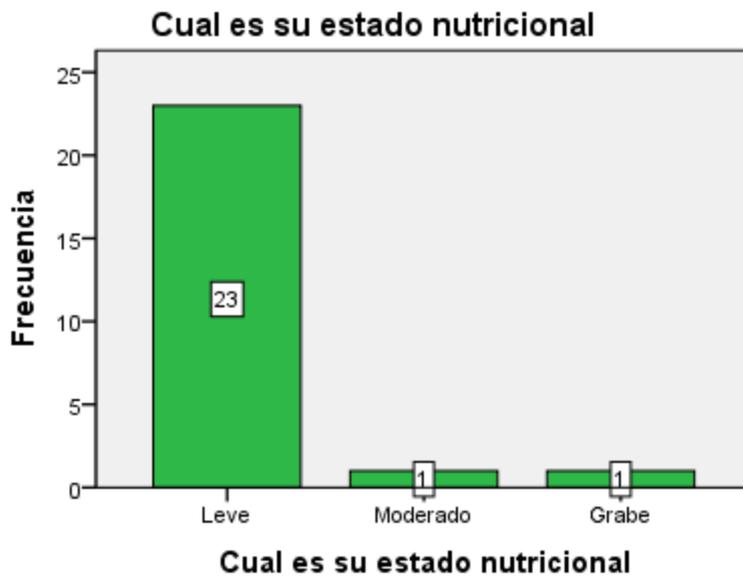
Fuente: Distrito de salud #2 Pacientes Tuberculosos

Elaboración: María Coello Mera

Los pacientes refieren que cuando presentan signos y síntomas de tos ellos acuden al centro de salud en un 72% más cerca de su domicilio, mientras otros usuarios deciden auto medicarse 16%.

tabla y grafico n°8 pacientes estado nutricional

Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Leve	23	92,0
Moderado	1	4,0
4	1	4,0
Total	25	100,0



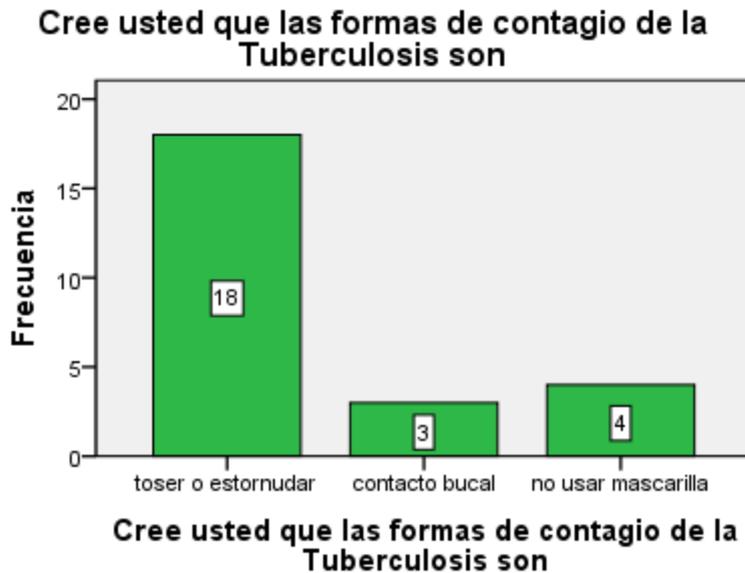
Fuente: Distrito de salud #2 Pacientes Tuberculosos

Elaboración: María Coello Mera

Se logró observar que ciertos pacientes se encuentran en un estado de salud leve es decir que no están en estado de desnutrición ni en obesidad.

tabla y grafico n°9 pacientes formas de contagio de la tuberculosis

Contagio	Frecuencia	Porcentaje
toser o estornudar	18	72,0
contacto bucal	3	12,0
no usar mascarilla	4	16,0
Total	25	100,0



Fuente: Distrito de salud #2 Pacientes Tuberculosos

Elaboración: María Coello Mera

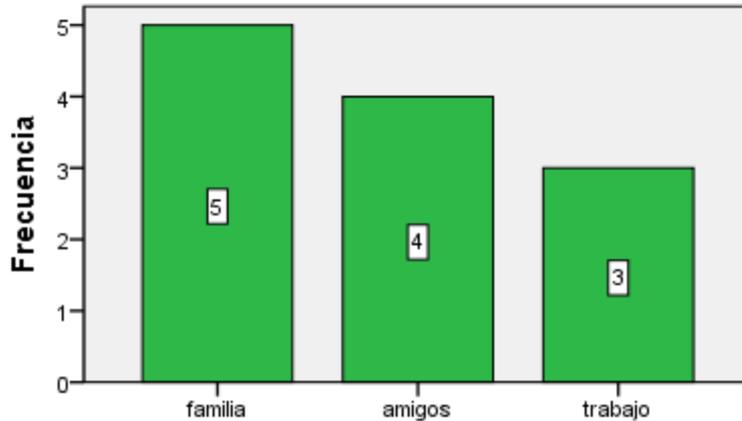
Los pacientes con diagnóstico de BK+, respondieron a la encuesta que ellos creen que la mayor forma de contagio de la tuberculosis es toser o estornudar porque no se tiene las debidas medidas de prevención adecuadas.

tabla y grafico n°10 como afecta la tuberculosis en la relación

Tuberculosis-afectado	Frecuencia	Porcentaje
familia	5	20,0
amigos	4	16,0
trabajo	3	12,0
Total	12	48,0
Sistema	13	52,0
Total	25	100,0



Cree usted que la tuberculosis ha afectado en su relacion con



Cree usted que la tuberculosis ha afectado en su relacion con

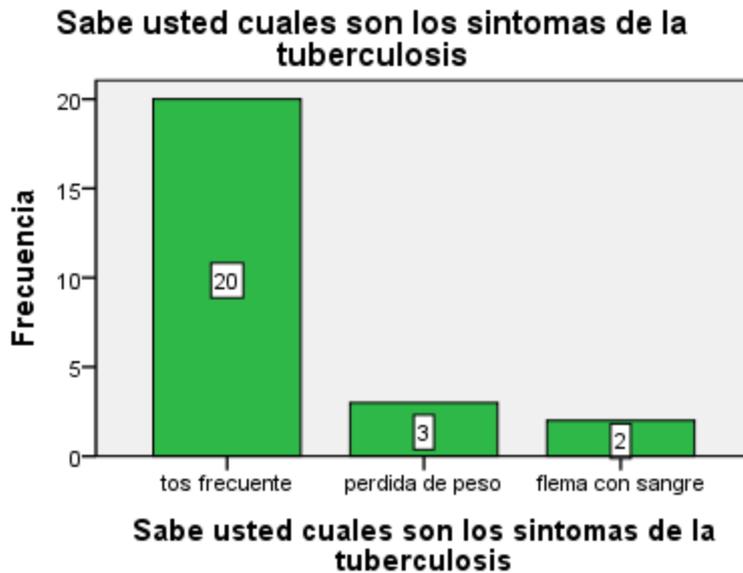
Fuente: Distrito de salud #2 Pacientes Tuberculosos

Elaboración: María Coello Mera

La tuberculosis si ha afectado en relación a la familia en un 20% ya que hubo rechazo por falta de conocimiento sobre la enfermedad y falta de apoyo, amigos en un 16%, trabajo 12% ya que no recibió ningún tipo de apoyo.

tabla y grafico n°11 síntomas tuberculosis

Síntomas TB	Frecuencia	Porcentaje
tos frecuente	20	80,0
pérdida de peso	3	12,0
flema con sangre	2	8,0
Total	25	100,0



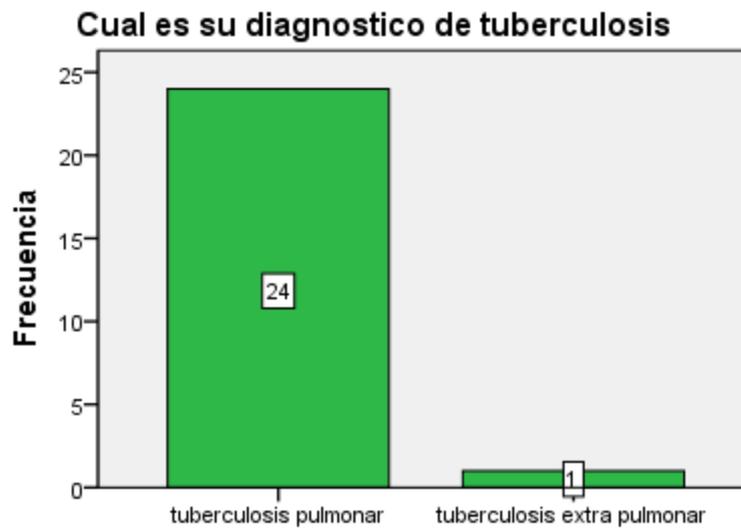
Fuente: Distrito de salud #2 Pacientes Tuberculosos

Elaboración: María Coello Mera

Como podemos constatar el 80% de los pacientes consideran que uno de los síntomas es la tos frecuente ya que este es el signo que se les presento para su diagnóstico de su enfermedad y el 12% considera que es la pérdida de peso, también presentándose flema con sangre en un 8%.

tabla y grafico n°12 tipo de tuberculosis

Diagnostico tuberculosis	Frecuencia	Porcentaje
tuberculosis pulmonar	24	96,0
tuberculosis extra pulmonar	1	4,0
Total	25	100,0



Cual es su diagnostico de tuberculosis

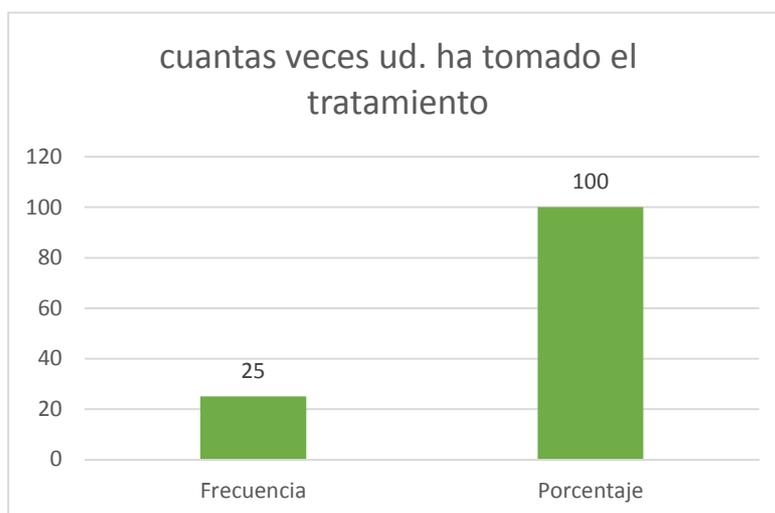
Fuente: Distrito de salud #2 Pacientes Tuberculosos

Elaboración: María Coello Mera

Al preguntar a los pacientes se pudo evidenciar que el 96% de los pacientes con BK+ tienen tuberculosis pulmonar la cual se asocia en los pulmones y el 4% tienen tuberculosis extra pulmonar ya que esta se asocia en otros órganos.

tabla y grafico n° 13 cuantas veces Ud. ha tomado el tratamiento

Toma medicamento	Frecuencia	Porcentaje
primera vez	25	100,0



Fuente: Distrito de salud #2 Pacientes Tuberculosos

Elaboración: María Coello Mera

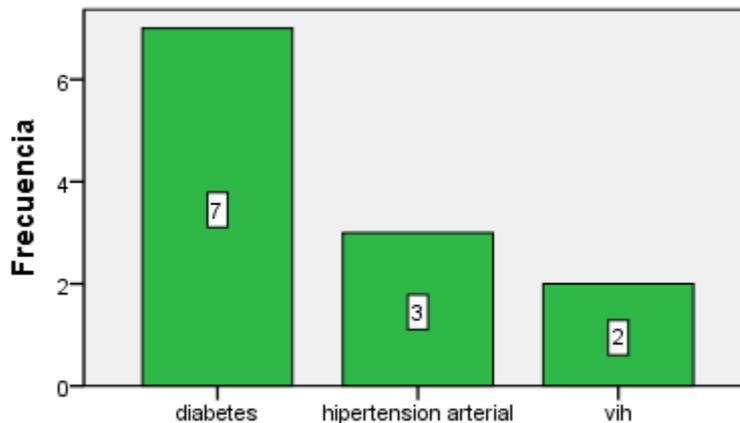


Los pacientes respondieron a la encuesta realizada que recién padecen de la enfermedad y es la primera vez que toman el tratamiento en un 100%.

tabla y grafico n°14 otras enfermedades relacionadas

Enfermedades relacionadas	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes	7	28,0
Hipertensión arterial	3	12,0
VIH	2	8,0
Total	12	48,0
Total	25	100,0

Cuales son otras enfermedades que presenta usted



Cuales son otras enfermedades que presenta usted

Fuente: Distrito de salud #2 Pacientes Tuberculosos
Elaboración: María Coello Mera

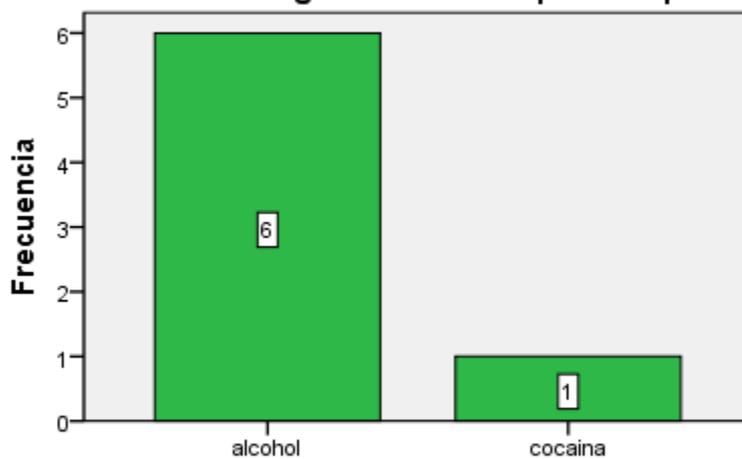
Podemos observar que el 8% de los pacientes padecen una enfermedad asociada a parte de la tuberculosis que es el HIV y el 28% de los pacientes no presentan ninguna patología asociada solamente padece a la tuberculosis.

tabla y grafico n° 15 consume sustancia psicotrópica



Sustancia psicotrópica	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol	6	24,0
Cocaína	1	4,0
Total	7	28,0
No contestan	18	72,0
Total	25	100,0

Consume usted alguna sustancia psicotropica



Consume usted alguna sustancia psicotropica

Fuente: Distrito de salud #2 Pacientes Tuberculosos
Elaboración: María Coello Mera

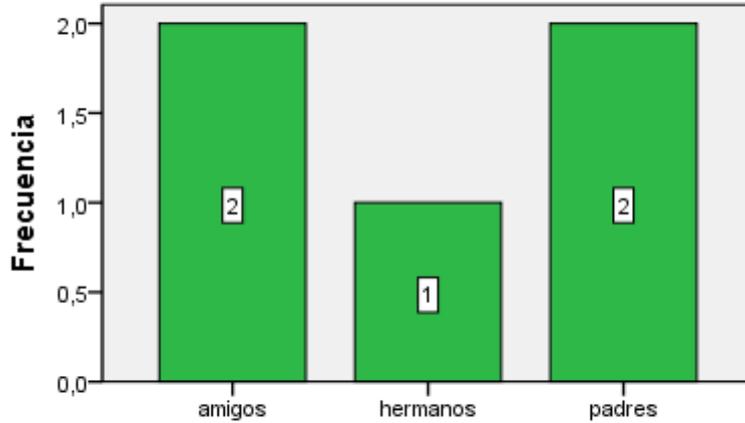
Se puede observar que el 24% de los pacientes ingieren alcohol el 4% cocaína en lo relacionado al tratamiento el paciente no puede consumir estas sustancias por la reacción adversar a los medicamentos (RAM)

tabla y grafico n°16 personas que padecen del ámbito social la tuberculosis

Padecen TB	Frecuencia	Porcentaje
Amigos	2	8,0
hermanos	1	4,0
Padres	2	8,0
Total	5	20,0
Sistema	20	80,0
Total	25	100,0



Conoce usted a otras personas de su ambito social que padesca tuberculosis



Conoce usted a otras personas de su ambito social que padesca tuberculosis

Fuente: Distrito de salud #2 Pacientes Tuberculosos

Elaboración: María Coello Mera

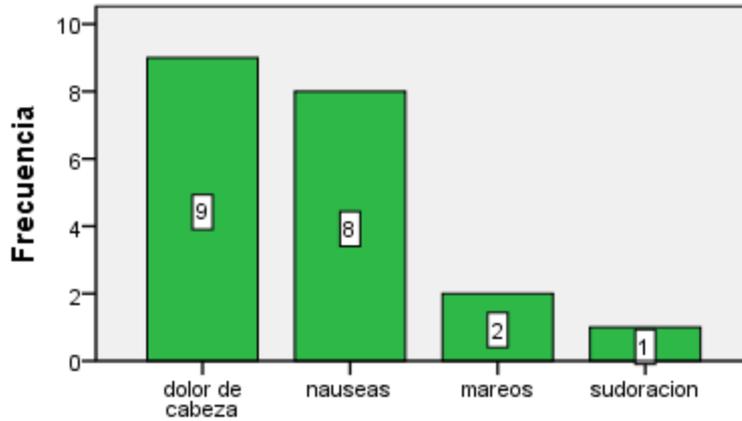
En las encuestas realizadas podemos observar que amigos y padres son dos de los factores del grupo de personas que padecen de la enfermedad quizás puede ser que no tengan un autocuidado.

tabla y grafico n° 17 síntomas que refiere al tomar la medicación

Síntomas	Frecuencia	Porcentaje
dolor de cabeza	9	36,0
Nauseas	8	32,0
Mareos	2	8,0
sudoración	1	4,0
Total	20	80,0
	25	100,0



Que síntomas refiere usted al momento de tomar la medicación



Que síntomas refiere usted al momento de tomar la medicación

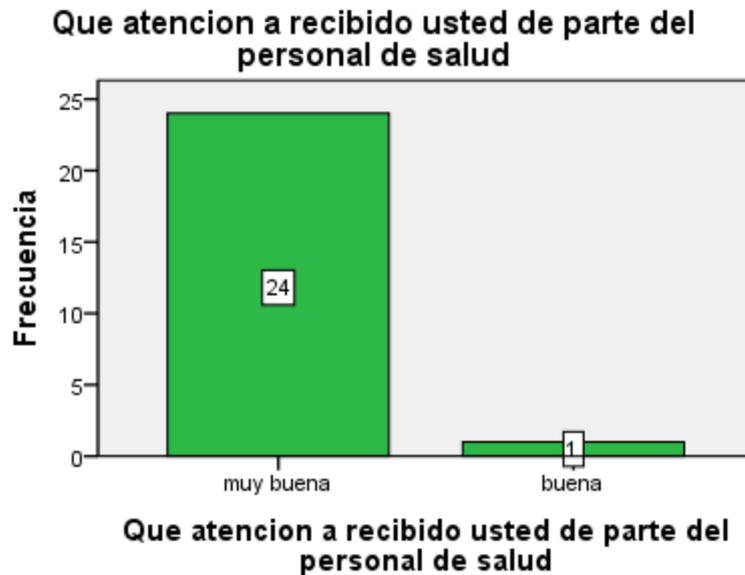
Fuente: Distrito de salud #2 Pacientes Tuberculosos

Elaboración: María Coello Mera

La grafica nos indica que el 36% de los pacientes con tuberculosis tuvieron como reacción adversa al tomar la medicación como cefalea, el 32% presento náuseas y el 8% mareos.

tabla y grafico n° 18 atención recibida por el personal de salud

Atención personal de salud	Frecuencia	Porcentaje
muy buena	24	96,0
buena	1	4,0
Total	25	100,0



Fuente: Distrito de salud #2 Pacientes Tuberculosos

Elaboración: María Coello Mera

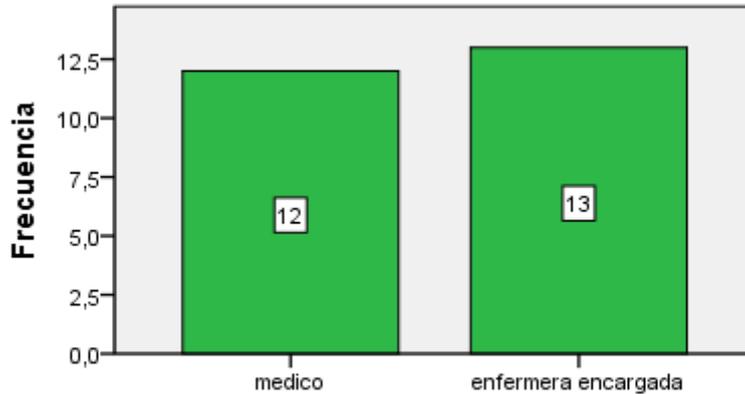
Como se puede observar en el gráfico y tabla el 96% de los pacientes con tuberculosis manifiestan haber recibido una muy buena atención del personal de salud y el 4% manifiesta que es buena.

tabla y grafico n° 19 es visitado por el personal de salud en su domicilio

Visita domicilio	Frecuencia	Porcentaje
Medico	12	48,0
enfermera encargada	13	52,0
Total	25	100,0



Es visitado en su domicilio por el personal de salud motivandolo al tratamiento



Es visitado en su domicilio por el personal de salud motivandolo al tratamiento

Fuente: Distrito de salud #2 Pacientes Tuberculosos

Elaboración: María Coello Mera

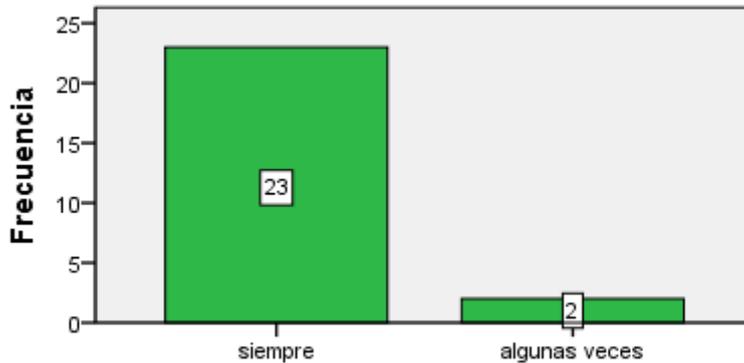
Los pacientes refieren que si es motivado por parte del equipo de salud por la enfermera encargada en un 52% y por parte del médico en un 48% ya que cuando no acude al centro de salud el personal siempre está pendiente del Paciente.

tabla y grafico n° 20 cuando no acude a tomar su medicación el personal de salud lo visita

Visitado por el personal	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	23	92,0
algunas veces	2	8,0
Total	25	100,0



Cuando usted no acude al centro de salud a tomar el tratamiento es motivado por su promotor de salud



Cuando usted no acude al centro de salud a tomar el tratamiento es motivado por su promotor de salud

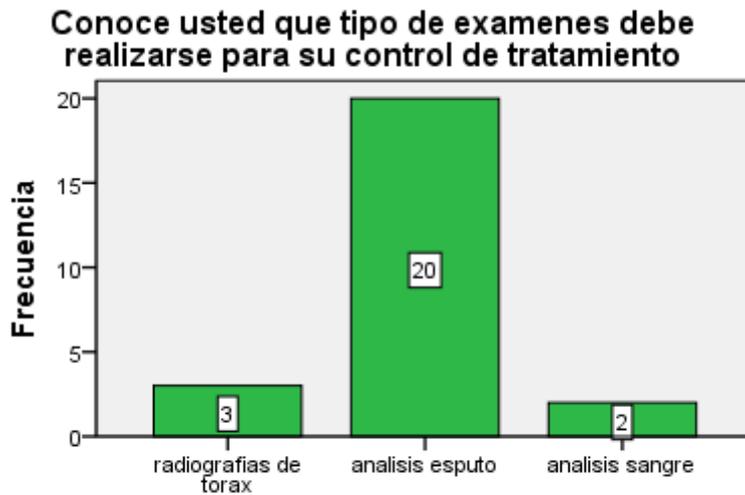
Fuente: Distrito de salud #2 Pacientes Tuberculosos

Elaboración: María Coello Mera

La grafica nos indica que el 92% de los pacientes si es motivado por el personal de salud ya siendo esta el médico o la enfermera encargada el 8% nos manifiesta que en algunas veces es motivado.

tabla y grafico n° 21 tipos de exámenes

Tipos de exámenes	Frecuencia	Porcentaje
radiografías de tórax	3	12,0
análisis esputo	20	80,0
análisis sangre	2	8,0
Total	25	100,0



Conoce usted que tipo de exámenes debe realizarse para su control de tratamiento

Fuente: Distrito de salud #2 Pacientes Tuberculosos

Elaboración: María Coello Mera

Los pacientes respondieron a las encuestas que el primer examen que les envía el medico a realizarse es el examen de esputo cuando ellos presentan los signos y síntomas de la patología para así llegar a su diagnóstico.

tabla y grafico n° 22 control de peso

Control de peso	Frecuencia	Porcentaje
Mensualmente	14	56,0
no sabe	11	44,0
Total	25	100,0



Cada cuanto tiempo debe controlar su peso el paciente con tuberculosis



Cada cuanto tiempo debe controlar su peso el paciente con tuberculosis

Fuente: Distrito de salud #2 Pacientes Tuberculosos

Elaboración: María Coello Mera

Los pacientes contestaron a la encuesta que se realizó que ellos si tienen conocimiento sobre su control de peso ya siendo este mensualmente ya que el personal de salud le ha informado sobre la enfermedad y sus acciones.



CAPITULO III DISEÑO DE LA PROPUESTA

3.1. Propuesta

- Diseñar un folleto sobre la automedicación para pacientes que abandonan el tratamiento

3.2. Objetivos

General

- Determinar la relación entre el cumplimiento del tratamiento contra la tuberculosis y la automedicación los factores sociodemográficos, económicos y clínicos, y los relacionados con los medicamentos

Específicos

- Motivar para el control médico periódico tratamiento oportuno y eficaz y no abandonar el tratamiento
- Promover la importancia del tratamiento y aplicación de los 10 correctos
- Orientar sobre los factores perceptivos cognitivos asociados al abandono del tratamiento antituberculoso.
- Enseñar los riesgos de la automedicación y abandono del tratamiento

Automedicación de los pacientes que abandonan el tratamiento

La automedicación es la utilización de medicamentos por iniciativa propia sin ninguna intervención por parte del médico (ni en el diagnóstico de la enfermedad, ni en la prescripción o supervisión del tratamiento).

La tuberculosis es la segunda enfermedad en orden de importancia entre las enfermedades infecciosas responsables de la mortalidad de adultos en el mundo. Cerca de la tercera parte de la población mundial está infectada con el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, agente patógeno que causa más mortalidad que cualquier otro agente infeccioso. El programa de tratamiento acortado estrictamente supervisado. se estableció para tratar la enfermedad de manera



ambulatoria y emplea un esquema farmacológico de cuatro medicamentos (bacteriostáticos-bactericidas) tomados simultáneamente en una sola dosis, a la misma hora del día, durante un periodo de seis meses divididos en dos fases

La automedicación, es decir, la administración por cuenta propia de un medicamento es un hecho cotidiano y habitual en nuestra sociedad que se da en la mayoría de los hogares.

Se define clásicamente como la utilización de medicamentos, hierbas y remedios caseros por iniciativa propia o por consejo de otra persona sin ninguna intervención por parte del médico. A la vista del desarrollo del sistema sanitario actual, en los países del primer mundo, la automedicación puede considerarse más como “la voluntad y capacidad de las personas o pacientes para participar de manera inteligente y autónoma en las decisiones y en la gestión de las actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas

En los factores perceptivos-cognitivos se consideraron: la mejoría del estado de salud, desconocimiento de la duración del tratamiento, desconocimiento de la importancia de adherirse al tratamiento y por último percepción de la atención por parte del personal de salud.

Los peligros más frecuentes de la automedicación se resumen en:

- Aparición de toxicidad en forma de efectos secundarios, reacciones adversas e intoxicación.
- Dependencia o adicción.
- Interacciones con otros medicamentos. La asociación de medicamentos puede ser peligrosa.
- Falta de efectividad por no estar indicados en esa enfermedad, dosis inadecuada o tiempo de administración incorrecto. Esto es especialmente preocupante con los antibióticos de los que se tiende a abusar en casos



no indicados (por ejemplo, una gripe), creándose mecanismos de resistencia del organismo frente a bacterias habitualmente sensibles.

- Pueden enmascarar o alterar otra enfermedad dificultando el diagnóstico o facilitando un diagnóstico erróneo. Por ejemplo, el uso habitual de corticoides tópicos en problemas cutáneos en los que no está indicado.
- Otro dato relevante a señalar es que el consumo de fármacos por cuenta propia aumenta con la edad, con los peligros que entraña la mayor interacción y la sobredosis ya de por sí más frecuente en pacientes ancianos.
- Existe un grupo de fármacos como son los antibióticos, los antiinflamatorios y los analgésicos donde existe un consumo importante y en muchas ocasiones sin una indicación adecuada.

3.3. Justificación de la propuesta

La automedicación es la utilización de medicamentos por iniciativa propia sin ninguna intervención por parte del médico ni en el diagnóstico de la enfermedad, ni en la prescripción o supervisión del tratamiento.

Auto medicarse puede acarrear serios problemas para la salud del individuo. Y es que, la automedicación y el abandono de un tratamiento antes de lo indicado por el médico aumenta el grado de resistencia de las bacterias que causan algunas infecciones como la tuberculosis.

la automedicación tiene pocas posibilidades de funcionar, Además, acarrea consecuencias muy negativas, puesto que cuando el paciente acude al médico, presenta una sintomatología alterada que dificulta el diagnóstico, así como el tratamiento.



CONCLUSION

- El factor principal que influye en el abandono del tratamiento corresponde a aquellos factores relacionados al paciente siendo los hábitos nocivos los que alcanzan un alto porcentaje, el desempleo, educación básica incompleta, el no contar con un apoyo familiar y el sentirse rechazados socialmente como las principales causas que provocan abandono del tratamiento.
- El 64% de los encuestados en el estudio, tiene un grado de instrucción básica que corresponde a la primaria y el 28% la secundaria completa, el 8% tercer nivel esta realidad muestra que este grupo por factores **CONTRIBUYE A NO DIMENCIONAR LA PROBLEMÁTICA DE SALUD**
- se pudo observar que se puede constatar que el 72% de los pacientes de los factores que influyen al abandono al tratamiento tienen ingresos a un salario básico mientras tanto el 8% de los pacientes cuentan con un salario mayor al sueldo básico.
- Se puede observar que el 24% de los pacientes ingieren alcohol el 4% cocaína en lo relacionado al tratamiento el paciente no puede consumir estas sustancias por la reacción adversar a los medicamentos (RAM)
- Se pudo constatar que el personal de enfermería ha brindado una atención de calidad, con horarios adecuados y con fácil acceso al centro de salud, por lo que los servicios de salud ocupan el último lugar de incidencia en el abandono del tratamiento.



RECOMENDACIONES

- El factor principal que influye en el abandono del tratamiento corresponde a aquellos factores relacionados al paciente siendo los hábitos nocivos los que alcanzan un alto porcentaje, el desempleo, educación básica incompleta
- El grupo que registra mayor incidencia de BK, son personas que tienen un grado de instrucción básica, la secundaria incompleta lo que quiere decir que las autoridades de las instituciones de salud preventivas deben trabajar en educación y prevención.
- El grupo más afectado es el clasificado que atiende a un salario básico siendo uno de los factores que influyen al abandono al tratamiento se recomendaría el empoderamiento de los DOTS.
- Se puede detectar que los pacientes ingieren sustancias psicotrópicas más el tratamiento antituberculoso influye en las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), por lo tanto, enseñar al usuario sobre la importancia del autocuidado



Bibliografía

- ABC. (2013). definicion. *salud*, <https://definicionabc.com>.
- Calvo, J., & Bernal Rosique, M. (2010). Tuberculosis diagnostico y tratamiento. 487-497.
- Castillo, S. D. (2017). *ETIOLOGIA Y PATOGENIA*. Obtenido de <http://dianacastillopatologia.weebly.com/etiologia-y-patogenia.html>
- Definicionabc. (2017). *Definición de Fisiopatología*. Obtenido de <https://www.definicionabc.com/salud/fisiopatologia.php>
- Endi. (11 de diciembre de 2015). *Confirman el origen de la tuberculosis*. Obtenido de <https://www.elnuevodia.com/ciencia/ciencia/nota/confirmanelorigendelaturberculosis-2137737/>
- Gonzalez.E. (enero de 2012). Obtenido de FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2056/2/06%20ENF%200514%20INFORME%20FINAL%20DE%20TESIS.pdf>
- Koch, R. (2010). Obtenido de Koch, descubridor del bacilo de la tuberculosis : <http://www.vanguardia.com.mx/kochdescubridordelbacilodelatuberculosismoriahace100anos-503614.html>
- Llerana, F. (2015). *Prevalencia percibida de tuberculosis pulmonar en comunidades de la frontera suroriental del Ecuador* . Obtenido de (Disertacion tesis de postgrado publicada), Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas, Quito - Ecuador: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4642/1/T-UCE-0006-123.pdf>



Miranda.B, & Puente.M. (junio de 2001). *factores asociados al apego y abandono del tratamiento de la tuberculosis pulmonar*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/ceciliahuapaya1/tesis-mexico-factores-asociados-al-apego-y-abandono-de-tratamiento-de-la-tuberculosis-pulmonar>

MONTUFAR.M. (24 de 2012-2013). *FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE TRATAMIENTO EN* . Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/3719/1/tesis%20revisada%20lcda%20verduga%20Modificado.pdf>

Montufar.M, & Novoa.E. (2012-2013). *FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES NUEVOS CON TUBERCULOSIS*. Obtenido de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2056/2/06%20ENF%200514%20INFORME%20FINAL%20DE%20TESIS.pdf>

OMS. (febrero de 2011). Obtenido de <http://www.guiasalud.es/egpc/tuberculosis/completa/apartado05/tratamiento.html#b107>

OMS. (febrero de 2011). Obtenido de <http://www.guiasalud.es/egpc/tuberculosis/completa/apartado05/tratamiento.html#b107>

OMS. (febrero de 2011). Obtenido de <http://www.guiasalud.es/egpc/tuberculosis/completa/apartado05/tratamiento.html#b107>

OMS. (2016). *¿Qué es la tuberculosis y cómo se trata?*, Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <http://www.who.int/features/qa/08/es/>

OMS. (01 de marzo de 2017). *Organizacion Mundial de Salud* . Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>



OMS. (Marzo de 2017). *Tuberculosis*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>

OPS. instituto nacional de salud. . (2013). Obtenido de lineamientos para el manejo programatico de pacientes con tuberculosis farmaco resistente: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi5qMOU5anVAhUKJiYKHcOnAxsQFgg4MAM&url=http%3A%2F%2Fwww.ins.gov.co%2Flineas-de-accion%2FSubdireccion-Vigilancia%2Fmicobacterias%2FLineamientos%2520manejo%2520de%2520T>

Prensa. (27 de Marzo de 2016). *Distrito de Salud conmemoró Día Mundial de Prevención de la Tuberculosis, Diario "El Manaba"*. Obtenido de <http://www.diarioelmanaba.com.ec/distrito-de-salud-conmemoro-dia-mundial-de-prevencion-de-la-tuberculosis/>

SALUD, O. M. (2016). Obtenido de http://www.who.int/tb/publications/global_report/es/

SURA. (2017). *Clases de tuberculosis*. Obtenido de <https://www.epssura.com/planes-adicionales-y-complementarios/mediplan-menuplandesalud-70/servicios-exclusivos-menuplandesalud-75/85-documentacion-de-salud/639-clases-de-tuberculosis>

Tolentino & Aliaga. (2016). *Prácticas de medidas preventivas de familiares de los pacientes con tuberculosis pulmonar en comparación nacional e internacional*. Obtenido de (Disertación de la Escuela de Enfermería - Tesis Publicada), HUancayo - Perú: http://repositorio.upecen.edu.pe/bitstream/UPECEN/66/1/T102_46972829_T.pdf



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

Creada Ley N°10, Registro Oficial N°313 de 13 de noviembre/1985

FACULTAD DE ENFERMERIA

Dirección: Cda. Universitaria Vía a San Mateo, Teléfono 2628825 - 2623740 Ext.196
MANTA – ECUADOR



Vance Mafla, C. (2013). *Cuadro Nacional de medicamentos básicos*. Obtenido de <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21672es/s21672es.pdf>

Varga.W. (2012). *Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento*. Obtenido de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiCuf6FhKjVAhXI0iYKHWpWD3oQFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fcybertesis.unmsm.edu.pe%2Fbitstream%2Fcybertesis%2F2090%2F1%2FVargas_ow.pdf&usg=AFQjCNH8zrUVn9z0gR8MrdPk9E07SmnDvw



ANEXOS

OBJETIVO: Evaluar los factores que influyen en el abandono al tratamiento de tuberculosis de los pacientes del distrito#2 de Manta de junio de 2016 a junio 2017”

Encuesta anónima a pacientes con tuberculosis pulmonar en el distrito#2

Masculino

Femenino

1. Sexo
2. ¿Cuál es la edad más frecuente en que se presenta esta enfermedad?
20-30 31-40 41-50 50 o mas
3. ¿Cuál es su nivel económico?
Alto Medio Medio-bajo Bajo
4. ¿Cuál es su nivel educativo?
Analfabeto primaria secundario tercer nivel
5. ¿Cuál es su procedencia?
Manta Montecristi Jaramijo San mateo
6. ¿Cuál es su nivel ingreso mensual?
360-500 500-800 800-1000 1000-1200
7. ¿Qué actitud toman cuando presentan primeros síntomas?
Curandero Auto medicarse asiste a casa de salud
8. ¿Cuál es su estado nutricional?
Leve Moderado grabe
9. ¿Cree usted que las formas de contagio de la tuberculosis son?
Toser o estornudar contacto bucal no usar mascarilla
10. ¿Cree usted que la tuberculosis ha afectado en su relación con:
Familia amigos trabajo
11. ¿Sabe usted cuales son los síntomas de la tuberculosis?
Tos frecuente pérdida de peso flema con sangre
12. ¿Cuál es su Diagnóstico de tuberculosis?
Tuberculosis pulmonar tuberculosis extra pulmonar



13. ¿Cuántas veces Ud. ha tomado el tratamiento?

Primera vez segunda vez multirresistente

14. ¿Cuáles son otras enfermedades que presenta Ud.?

Diabetes hipertensión arterial VIH Problema hepáticos

15. ¿Consumes usted alguna sustancia psicotrópica?

Alcohol cocaína tabaco otra

16. ¿Conoce usted a otras personas de su ámbito social que padezcan tuberculosis?

Amigos hijos hermanos padres

17. ¿Qué síntomas refiere usted al momento de tomar la medicación?

Dolor de cabeza náuseas mareos sudoración

18. ¿Qué atención ha recibido Ud. de parte del personal de salud?

Muy buena buena regular mala

19. ¿Es visitado en su domicilio por el personal de salud motivándolo al tratamiento?

Médico Nutricionista Enfermera encargada

Otro personal de salud

20. ¿Cuándo usted no acude al centro de salud a tomar el tratamiento es motivado por su promotor de salud?

Siempre algunas veces nunca

21. ¿Conoce usted qué tipo de exámenes debe realizarse para su control de tratamiento?

Radiografías de tórax Análisis de esputo

Análisis de sangre examen de orina

22. ¿Cada cuánto tiempo debe controlar su peso el paciente con tuberculosis?

Mensualmente quincenalmente semanalmente

Diariamente no sabe



Pacientes encuestados





UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

Creada Ley N°10, Registro Oficial N°313 de 13 de noviembre/1985

FACULTAD DE ENFERMERIA

Dirección: Cda. Universitaria Vía a San Mateo, Teléfono 2628825 - 2623740 Ext.196
MANTA – ECUADOR



Tutorías





UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

Creada Ley N°10, Registro Oficial N°313 de 13 de noviembre/1985

FACULTAD DE ENFERMERIA

Dirección: Cda. Universitaria Vía a San Mateo, Teléfono 2628825 - 2623740 Ext.196
MANTA – ECUADOR



 **UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE MANABÍ**
FACULTAD DE ENFERMERÍA
Creada en Resolución del H. Consejo Universitario
No. 0641-2002-SG-CSC del 26 de diciembre de 2002
Cda. Universitaria Vía San Mateo Telf. 2623740 Ext 196

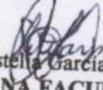
Manta, 27 Junio del 2017
Oficio N°.172-DEC-FAC-ENF-EGADE-2017

Doctor
Nakín Véliz Mero, Mg.
DIRECTOR DEL DISTRITO 13D02
Ciudad

De mi consideración:

Con un atento saludo, solicito a usted comedidamente facilitar la apertura para que realice trabajos de su proyecto de investigación con el tema:
"Factores condicionantes del abandono al tratamiento de tuberculosis en Centro Ambulatorio ", a la Srta. Coello Mera María José con C.I. N° 131374047-2, estudiante de IX nivel de la Facultad de Enfermería, bajo la tutoría directa de la Lic. Carmen Guaranguay Cháves, docente de esta Unidad Académica.

Segura de contar con su aprobación y colaboración me suscribo de usted, reiterando mi consideración y estima.

Atentamente,

Mg. Estrella García Delgado
DECANA FACULTAD DE ENFERMERIA



C.C: Facultad de Enfermería

Alexandra Hernández de Santos


MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Teléfono(s): 3814400

Documento No. : MSP-CZ4-13D02-VJAU-2017-0591-E
Fecha : 2017-06-27 15:02:34 GMT -05
Recibido por : Iliana Monserrate Menendez Vivas

Correo electrónico: facultad_enfermeria@huanuni.edu.ec



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

Creada Ley N°10, Registro Oficial N°313 de 13 de noviembre/1985

FACULTAD DE ENFERMERIA

Dirección: Cdla. Universitaria Vía a San Mateo, Teléfono 2628825 - 2623740 Ext.196
MANTA – ECUADOR



Dirección Distrital 13D02 Jaramijó Manta Montecristi, Salud



Oficio Nro. MSP-CZ4-13D02-DDS-2017-0315-OF

Manta, 29 de junio de 2017

Asunto: RESPUESTA A SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA QUE ALUMNA REALICE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN CENTRO DE SALUD MANTA

Señora Magíster
Estelia Laurentina García Delgado
Decana de la Facultad de Enfermería
UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. 172-DEC-FAC-ENF-EGADE-2017, el mismo que hace referencia al oficio Nro. 172-DEC-FAC-ENF-EGADE-2017, de fecha 27 de junio de 2017, en el cual solicita autorización para que la estudiante, Srta. María José Coello Mera, pueda realizar trabajo de investigación con el tema: "Factores Condicionantes del abandono al tratamiento de Tuberculosis en Centro Ambulatorio", en el Centro de Salud de Manta.

Tengo a bien manifestarle que su requerimiento es aceptado, por lo que la responsable de la Unidad arriba detallada, deberá brindar las facilidades para que la estudiante pueda realizar su trabajo de investigación.

Cabe indicar que las historias clínicas siendo un documento médico-legal que surge del contacto entre el profesional de la salud (médico, veterinario, fisioterapeuta, odontólogo, psicólogo, enfermero, podólogo, etc.) y el paciente, donde se recoge la información necesaria para la correcta atención de los pacientes, no puede ser expuesta a toda persona, y para tener acceso a ella se deberá firmar un acuerdo de confidencialidad.

Acuerdo que será elaborado por la Asesora Jurídica y firmado con ella, mismo acuerdo que será presentado en la Unidad.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Calle 6 entre Avenida 17 y 17
Código Postal: 130802 Teléfono: 593 (5) 2629500 – 2629475
d2manta@d2mspmanta.gob.ec

* Documento generado por Quijux

1/2



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

Creada Ley N°10, Registro Oficial N°313 de 13 de noviembre/1985

FACULTAD DE ENFERMERIA

Dirección: Cda. Universitaria Vía a San Mateo, Teléfono 2628825 - 2623740 Ext.196
MANTA – ECUADOR



Dirección Distrital 13D02 Jaramijó Manta Montecristi, Salud



Oficio Nro. MSP-CZ4-13D02-DDS-2017-0315-OF

Manta, 29 de junio de 2017

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Nakin Alberto Veliz Mero

DIRECTOR DEL DISTRITO 13D02 JARAMIJO - MANTA - MONTECRISTI

Referencias:

- MSP-CZ4-13D02-VUAU-2017-0591-E

Anexos:

- solicitud_de_autorizacion_para_que_alumna_realice_proyecto_de_investigacion_en_cs_manta.pdf

Copia:

Señora Doctora
Johanna Vanessa Cevallos Pinargote
Responsable Centro de Salud Manta

Señora Abogada
María Elena Carrillo Bowen
Analista Distrital de Asesoría Jurídica

fm