



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
FACULTAD DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES**

**TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA
PROPUESTA PRÁCTICA DEL EXAMEN DE GRADO O DE FIN DE
CARRERA (DE CARÁCTER COMPLEXIVO)
INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL**

**TEMA: FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS AL
ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIFIMICO EN PACIENTES
ADULTOS**

Autores:

Srta. ARREAGA GONZALEZ JAMEL GEORGINA

Srta. LAINES CARPIO ERIKA JAMILET

Acompañante:

Mgr. POSLIGUA FERNANDEZ JULIO ANTONIO

**Milagro, Mayo 2020
ECUADOR**

CONTENIDO

DERECHOS DEL AUTOR	iv
DERECHOS DEL AUTOR	v
APROBACIÓN DEL TUTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	vi
DEDICATORIA	vii
AGRADECIMIENTO.....	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN	xi
CAPITULO 1	xii
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	xii
JUSTIFICACIÓN	xv
OBJETIVO GENERAL	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
CAPITULO 2.....	17
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	17
2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICO.....	17
2.2. TUBERCULOSIS	17
2.3. EPIDEMIOLOGIA	18
2.4. ETIOLOGÍA	18
2.5. TIPOS DE TUBERCULOSIS	19
TB Pulmonar (TBP)	19
TB Extrapulmonar (TBEP).....	19
2.6. CUADRO CLÍNICO	19
2.7. FACTORES DE RIESGO.....	19
2.8. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	20
2.8.1. Baciloscopía de esputo	20
2.8.2. PRUEBA RÁPIDA XPERT MTB/RIF	21
2.8.3. CULTIVO	21
2.8.4. RADIOGRAFÍA DE TÓRAX.....	22
2.8.5. PRUEBA TUBERCULÍNICA	22
2.8.6. ORINA	22
2.9. TRATAMIENTO ANTIFIMICO QUE OFERTA EL MSP	22
Tabla 1. Esquema para pacientes con tuberculosis sensible	23

Tabla 2. Dosis por kilogramo de peso para pacientes con TB sensible en adultos con fármacos de primera línea	23
2.10. TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON TUBERCULOSIS RESISTENTES.....	24
2.11. SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO ANTIFIMICO.....	24
Tabla 3. Efectos adversos del tratamiento antifimico	25
2.12. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR CONTAGIO	26
2.13. ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS	26
2.13.1. Actividad preventiva promocional.....	26
2.13.2. Actividad asistencial.....	27
2.13.3. Actividad Administrativa	27
2.13.4. Actividad Educativa	27
2.14. TEORÍA DE ENFERMERÍA.....	27
2.15. CONSECUENCIAS DEL ABANDONO DEL TRATAMIENTO.....	28
2.16. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIFIMICO.....	28
2.17. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	29
CAPITULO 3.....	31
METODOLOGÍA	31
CAPITULO 4.....	32
DESARROLLO DEL TEMA	32
Tabla 4. Porcentaje de la incidencia de tuberculosis pulmonar en el año 2018	32
Tabla 5. Factores socioculturales del abandono del tratamiento antifímico.....	33
CAPÍTULO 5.....	38
CONCLUSIONES	38
BIBLIOGRAFÍAS	40

DERECHOS DEL AUTOR

Ingeniero.

Fabrizio Guevara Viejà, PhD.

RECTOR

Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, JAMEL GEORGINA ARREAGA GONZALEZ en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de la alternativa de Titulación – Examen Complexivo: Investigación Documental, modalidad presencial, mediante el presente documento libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor de la Investigación Documental realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Grado, como aporte a la Línea de Investigación SALUD PUBLICA Y BIENESTAR HUMANO INTEGRAL de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitación y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho del autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por una causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 4 de mayo del 2020

Jamel Arreaga

Firma del Estudiante

Jamel Georgina Arreaga Gonzalez

CI: 0954391629

DERECHOS DEL AUTOR

Ingeniero.

Fabricio Guevara Viejo, PhD.

RECTOR

Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, ERIKA JAMILET LAINES CARPIO en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de la alternativa de Titulación – Examen Complexivo: Investigación Documental, modalidad presencial, mediante el presente documento libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor de la Investigación Documental realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Grado, como aporte a la Línea de Investigación SALUD PUBLICA Y BIENESTAR HUMANO INTEGRAL de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitación y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho del autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por una causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 4 de mayo del 2020

Erika Laines

Firma del Estudiante

Erika Jamilet Laines Carpio

CI: 0706409182

APROBACIÓN DEL TUTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Yo, **Msc, POSLIGUA FERNANDEZ JULIO ANTONIO** en mi calidad de tutor de la Investigación Documental Propuesta Práctica Del Examen de Grado o de Fin de Carrera (de Carácter Complexivo), elaborado por el estudiante **ARREAGA GONZALEZ JAMEL GEORGINA e LAINES CARPIO ERIKA JAMILET** cuyo tema de trabajo de titulación es **FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIFIMICO EN PACIENTES ADULTOS**, que aporta a la línea de investigación **SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR HUMANO INTEGRAL** previo a la obtención del grado de **LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**; trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación explorativa y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Investigación Documental de la Universidad Estatal de Milagro

Milagro, 18 de abril del 2020

Msc. POSLIGUA FERNANDEZ JULIO ANTONIO

Tutor

C.I: 1201909650

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación realizado con mucho esfuerzo y dedicación durante el proceso de estudio, preparación y titulación se lo dedicamos en primer lugar a nuestros padres porque son nuestro ejemplo de inspiración para nosotros, por sus sacrificios y amor incondicional que nos brindan cada día de nuestras vidas dándonos su apoyo para salir adelante con sus esfuerzos.

En segundo lugar, se lo dedicamos a nuestra querida Facultad Ciencias de la Salud y Servicios Sociales, por haber sido nuestro hogar de preparación durante nuestros periodos de estudio, y a los docentes que compartieron con nosotros clases para obtener conocimiento científico lo largo de nuestra preparación como profesionales de enfermería.

AGRADECIMIENTO

En primero lugar le agradecemos a Dios porque nos dio la sabiduría e inteligencia de llegar a este momento y porque cada día derrama lluvia de bendiciones en cada una de nosotras.

También se lo agradecemos a nuestros padres por ser el motor de nuestras vidas, por confiar y creer en nosotras de que hemos podido llegar hasta donde estamos en la actualidad.

Por ultimo le damos las gracias al Msc. Posligua Fernandez Julio Antonio **por** su paciencia, ya que es el docente quien estuvo dirigiéndonos durante el transcurso de realizar este proyecto de titulación.

FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIFIMICO EN PACIENTES ADULTOS

RESUMEN

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad altamente contagiosa y de gran expansión global ocasionada por una bacteria llamada bacilo de Koch que se transmite por gotas expulsadas cuando el paciente positivo tose o estornuda, provocando alteraciones fisiológicas, un adecuado cumplimiento del tratamiento antifímico que oferta el Ministerio de Salud Pública ayuda a reducir el esparcimiento a nivel mundial así como la tasa de mortalidad, por ello se llegó al objetivo de Determinar los factores socioculturales asociados al abandono del tratamiento antifímico en pacientes adultos donde la deserción del tratamiento se ha convertido en un problema social llevando al paciente adulto a contraer graves consecuencias incluso a un estado de multidro resistencia al medicamento.

Este tema de investigación documental bibliográfica tiene un enfoque de análisis literario basándose en la recopilación de información a través de varios artículos científicos, revistas médicas, libros y archivos de navegador internet relacionados con el problema de investigación, llegando a la conclusión que existen varios factores socioculturales que se asocian al abandono del tratamiento antifímico que van desde la edad, sexo donde el género masculino tiene mayor prevalencia, así mismo el nivel de conocimiento y percepción que tiene el paciente ante la enfermedad, el abuso de sustancias como droga y alcohol, el nivel económico, la atención de salud y sobre todo el temor ante el rechazo y señalamiento de la sociedad al paciente con la patología, factores que influirán a que el paciente desarrolle consecuencias para su salud.

PALABRAS CLAVES: tuberculosis pulmonar, abandono, antifímico, factores socioculturales

SOCIOCULTURAL FACTORS ASSOCIATED WITH THE ABANDONMENT OF ANTIFIMIC TREATMENT IN ADULT PATIENTS

ABSTRACT

Pulmonary tuberculosis is a highly contagious disease of great global expansion caused by a bacteria called koch bacillus that is transmitted by droplets expelled when the positive patient coughs or sneezes, causing physiological alterations, an adequate compliance with the antifungal treatment offered by the Ministry of Public Health helps to reduce the spread worldwide as well as the mortality rate, therefore the objective of Determining the sociocultural factors associated with the abandonment of antifimic treatment in adult patients where the desertion of treatment has become a social problem leading to the adult patient to contract serious consequences even to a state of multidro drug resistance.

This bibliographic documentary research topic has a literary analysis approach based on the compilation of information through various scientific articles, medical journals, books and internet browser files related to the research problem, concluding that there are several sociocultural factors that they are associated with the abandonment of the antiphysis treatment ranging from age, sex where the male gender has the highest prevalence, likewise the level of knowledge and perception that the patient has about the disease, the abuse of substances such as drugs and alcohol, the economic level , health care and above all the fear of society's rejection and signaling to the patient with pathology, factors that influence the patient to develop consequences for their health

KEY WORDS: pulmonary tuberculosis, abandonment, antifimic, sociocultural factors

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación documental bibliográfico está dirigido a los factores socioculturales asociados al abandono del tratamiento antifímico en pacientes adultos, ya que hoy en día la tuberculosis es uno de los problemas de salud pública, afectando a la persona, familia y comunidad a nivel nacional e internacional, porque es una enfermedad infectocontagiosa causada por el bacilo de Koch, que afecta principalmente a los pulmones.

Estas bacterias se liberan en el aire cuando una persona enferma de tuberculosis habla, tose o estornuda y las personas que se encuentren sanas a su alrededor inhalen estas bacterias. La sintomatología de la enfermedad se basa en tos producida por más de 15 días acompañados en ciertas ocasiones de esputo sanguinolento, hipertermia, diaforesis nocturna y pérdida de peso notorio.

Para dar con el diagnóstico de la enfermedad y que sea confirmatorio, se debe realizar una baciloscopia de esputo, cultivo, prueba rápida Xpert y radiografía de tórax para después aplicar el esquema del tratamiento indicado para el paciente que oferta el Ministerio de Salud Pública.

Los factores sociales asociados al abandono del tratamiento antifímico son: temor, rechazo y señalamiento de la sociedad por su enfermedad, el abuso del alcohol y drogas, y la relación que tiene el personal de salud con el paciente. Mientras que los factores culturales son: la edad, sexo, situación económica, hábitos de alimentación e higiene.

Este trabajo de investigación se llevó a cabo de facilitar información actual como datos estadísticos de diferentes artículos científicos realizados por diferentes autores, para así dar a conocer la patología tratada de manera general sobre su prevalencia e incidencia que se presenta en la actualidad. La elaboración de este proyecto de titulación plantea la problemática sobre el tema, lo que permite la redacción del marco teórico, metodología utilizada y desarrollo del tema por medio del análisis documental y así llegar a las conclusiones correspondientes en base al trabajo investigativo.

CAPITULO 1

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Según (Correa Pontón & Farez Tapia, 2017) La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa que afecta principalmente a los pulmones y es causada por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis* o conocida como el bacilo de Koch, esta enfermedad es la principal causa de muerte en los adultos y se disemina por medio del aire, cuando una persona con tuberculosis pulmonar tose, estornuda o habla va expulsando bacilos.

Según (Zevallos, 2017) Esta enfermedad es de gran impacto, y no solo en la salud de las personas sino también en el ámbito sociocultural y económico, porque implica tanto al paciente, a la familia y al estado, por ocasionar pérdida de estilos de vida saludable por enfermedad, pérdida de años por muerte prematura por la enfermedad y por los años vividos con discapacidad a causa de la enfermedad.

La Organización Mundial de la salud (OMS) indica un informe sobre la tuberculosis por medio de una sinopsis en el año 2019, donde se estima que, en el año 2018, 10 millones de personas obtienen tuberculosis y 1,2 millones de personas mueren a causa de esta enfermedad, mientras que 251.000 muertes son de personas con VIH-positivas. Desde el punto de vista geográfico, en el año 2018 la mayor parte de los casos de tuberculosis se registraron en las Regiones de Asia Sudoriental con un 44%, África 24%, y el Pacífico Occidental 18%. Mientras que en porcentajes bajos tenemos el Mediterráneo Oriental 8%, las Américas 3% y Europa 3%. Ocho países representaban dos tercios del total mundial: India 27%, China 9%, Indonesia 8%, Filipinas 6%, Pakistán 6%, Nigeria 4%, Bangladesh 4% y Sudáfrica 3%.

La tuberculosis farmacorresistente es una de las primeras amenazas de salud pública. En el año 2018 se presentaron aproximadamente medio millón de casos de tuberculosis resistente a la medicación rifampicina, y un 78% de las personas eran multirresistente. Los tres países que tienen mayor proporción de carga mundial fueron la India 27%, China 14% y la federación de Rusia 9%. En el ámbito mundial, 3,4% de los nuevos casos de tuberculosis y el 18% de casos previamente tratados tenían tuberculosis multirresistente o resistente a la rifampicina.

En Colombia un estudio nacional sobre incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento tuberculoso evidencia que, de 261 adultos con tuberculosis, 32 (14,9%)

Perú es uno de los países latinoamericanos con mayor cantidad de casos de tuberculosis resistente a la rifampicina o multirresistente; en ese mismo año, 2016, se estimaron en 2.300 los casos, 1.645 de los cuales iniciaron el tratamiento en el periodo considerado. Los resultados preliminares de la cohorte de tratamiento, indicaron abandonaron el tratamiento antifímico, donde el principal factor de abandono fue vivir en estrato bajo, seguido de tener VIH-SIDA y por consiguiente presentar efectos secundarios al tratamiento.

que la tasa de éxito al finalizar el estudio no sería mayor del 52 % (1,2) debido, principalmente, al abandono del tratamiento que, históricamente, es de alrededor del 30 %. (Cáceres & Orozco, 2017)

La organización Panamericana de la salud (OPS) indica que en el año 2017 América Latina y el Caribe presentaron 35.800 casos de tuberculosis y Ecuador representa el 3% de estos casos de TB, porque el país paso del puesto séptimo al décimo lugar entre las naciones con más pacientes contagiados de dicha enfermedad, con un total de 7.200 personas infectados. EL Ministerio de Salud Pública (MSP) estima que 1 millón de dólares se da cada año para afrontar la enfermedad y que 600.000 dólares para medicamentos y adquisidor de equipos nuevos.

Según (Ministerio de salud pública, 2014) indica que el programa de control de tuberculosis tiene como objetivo reducir el abandono del tratamiento. En la actualidad el éxito del tratamiento llega al 80%, donde el 20% restante incluye muchos factores socioculturales que anteceden para el abandono. Es importante que los pacientes no interrumpan o abandonen el tratamiento porque las bacterias se hacen resistentes y cada vez requieren medicamentos más fuertes.

Mientras que el autor (Álvarez Martínez, 2018) anuncia que para la OMS el problema con los tratamientos antituberculosos es que son largos y muy costoso, por ellos muchos de los pacientes lo interrumpen cuando empiezan a sentir una mejoría leve, lo que favorece a que las cepas bacterianas se vuelvan resistentes con el tiempo a los antibióticos.

El (Telegrafo, 2016) anuncio que “En el año 2015 la provincia de las guayas albergó el mayor porcentaje de casos con tuberculosis multidrogo resistente 80% y el 60% de casos sensible en el país. En comparación la zona 8 principalmente Guayaquil, Duran y Samborondon diagnostico 2.386 casos de TB sensible, mientras que en zona 5 (Guayas, Santa Elena, Los Ríos, Bolívar y Galápagos) hubo 919” (p. 1)

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores socioculturales asociados al abandono del tratamiento antifímico en pacientes adultos?

JUSTIFICACIÓN

El presente tema de investigación documental tiene la finalidad de aportar conocimientos básicos sobre los factores socioculturales asociados al abandono del tratamiento antifímico en pacientes adultos, la misma que aportara datos actuales de dicha patología dentro de la población ecuatoriana, por medio de la recopilación de datos desde la observación, práctico, metodológico y marco teórico, y así obtener conocimientos sobre la problemática en cuestión, debido a las altas cifras de abandono en la terminación del tratamiento antifímico, lo que limita el éxito del mismo.

La deserción del tratamiento antifímico se incrementó debido a diversos factores socioculturales de riesgo siendo un problema social llevando al paciente adulto con tuberculosis a un estado de multidrogo resistencia.

La importancia de realizar el presente trabajo es establecer la gravedad de la enfermedad, por la inadecuada adherencia terapéutica y su esparcimiento a nivel mundial, además de su mortalidad, lo cual aportara estrategias al personal de salud de reforzamiento constante para motivar al paciente a continuar con su esquema de tratamiento.

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores socioculturales asociados al abandono del tratamiento antifímico en pacientes adultos

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores sociales asociadas al abandono del tratamiento antifímico
- Identificar los factores culturales asociadas al abandono del tratamiento antifímico
- Describir el tratamiento antifímico que oferta el Ministerio de Salud Pública
- Diseñar un plan de intervención de enfermería para prevenir el abandono del tratamiento antifímico

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICO

Según el Centro para el Control de Enfermedades (CDC, 2016) relata que comenzando en las épocas antiguas la tuberculosis fue conocida con el nombre Tisis verbo griego “Phthinein” (consumirse), en el Siglo XIX y principios del XX se le llamó Consunción. En el Siglo XVII la palabra tubérculo se usó por primera vez por el anatomopatólogo francés Sylvius pero fue Johann Schölein en 1839 el primero en utilizar el nombre de tuberculosis.

Los hallazgos más antiguos de la tuberculosis fueron descubiertos en esqueletos de la época Neolítica en Alemania por medio del Ácido Desoxirribonucleico (ADN) (4500 a.C). En Momias Egipcias para la época del 3400 a.C., se encontró asimismo en el ADN evidencia del Mycobacterium.

El 24 de marzo de 1882, el Dr. Robert Koch anunció el hallazgo de Mycobacterium tuberculosis, bacilo que dio origen a la tuberculosis (TB). En esa época, la tuberculosis causaba la muerte a una de cada siete personas que vivían en los Estados Unidos y Europa. La revelación del Dr. Koch fue el paso más importante que se haya dado para la vigilancia y la eliminación de esta mortal enfermedad.

2.2. TUBERCULOSIS

Según (OPS, 2015) la tuberculosis es una infección contagiosa de gran expansión producida por bacteria anaerobia llamada Mycobacterium tuberculosis, que se propaga principalmente a los pulmones, pero puede afectar a diversos órganos del cuerpo humano. De una persona a otra puede transmitirse a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio al toser de un paciente que presente la enfermedad pulmonar activa.

En general la infección suele ser asintomática en personas consideradas sanas, por lo que el sistema inmunitario forma una barrera alrededor de la bacteria. La sintomatología en la que la tuberculosis pulmonar se basa es tos productiva por más de 15 días que suele incluir esputo sanguinolento, el paciente presenta debilidad, pérdida de peso, hipertermia, sudoración nocturna, indicadores para acudir a los servicios de salud, se puede prevenir y tratar con antibióticos de primera línea durante seis meses.

2.3. EPIDEMIOLOGIA

Por medio de un dictamen la (OMS, 2019) afirma que la tuberculosis representa una importante causa de morbimortalidad, una de las 10 primeras a nivel mundial y la principal debida a un solo agente infeccioso. A nivel mundial se estima que, en 2018, 10 millones de personas enfermaron de tuberculosis, variando de un país a otro.

La OMS estima que 1,2 millones de muertes por tuberculosis se da en personas VIH negativas, y en menor cantidad 251 000 personas con VIH positivo La tuberculosis afecta tanto a mujeres como a hombres, de todos los grupos etarios, pero la carga bacteriana más elevada se registra en hombres mayores de 15 años representando el 57 % de todos los casos de tuberculosis en el 2018, las mujeres constituían el 32% y niños el 11% menor de 15 años.

La tuberculosis representa un mayor número de casos en regiones de la OMS, de Asia Sudoriental (44%), África (24%) y el Pacífico Occidental con un (18%), en porcentaje menores se tiene al Mediterráneo Oriental (8%), las Américas y Europa con un (3%)

Según (Aldas & Rosero, 2018) mencionaron que el Ministerio de Salud pública del Ecuador señala 5.887 casos de tuberculosis en el año 2018. Con mayor incidencia de la enfermedad el grupo etario es de 25 a 34 años con 1.442 casos predominando el sexo masculino. Ecuador se encuentra en el octavo puesto de los países con más altos casos de tuberculosis en la región de las Américas

2.4. ETIOLOGÍA

La tuberculosis es transmitida en su mayor porcentaje a través de las vías aéreas por la inhalación de partículas transmitidas por el aire llamados aerosoles que son las que contienen *M. tuberculosis*, y se diseminan cuando la persona tose, habla, canta o cualquier otra maniobra respiratoria que la realiza con esfuerzo el individuo con TB pulmonar o laríngea activa y con esputo con alta carga de microorganismos. Pacientes con algún tipo de lesión pulmonar cavitaria conlleva el mayor número de contagio, por el alto número de bacterias encontradas dentro de la lesión.

Los factores ambientales también son responsables ya que la transmisión aumenta ante la exposición frecuente o prolongada a pacientes no tratados que dispersan gran cantidad de bacilos tuberculosos en espacios cerrados superpoblados y poco ventilados, consecuencia de esto los individuos que viven hacinados o en instituciones presentan mayor riesgo. Los

profesionales sanitarios que entran en contacto estrecho con casos activos también tienen un riesgo más alto de contagiarse. (Tierney & Nardell, 2018)

2.5. TIPOS DE TUBERCULOSIS

TB Pulmonar (TBP)

Mediante la Guía de Práctica Clínica el (Amsif et al., 2011a) indica que la Tb pulmonar es la persona con afectación del parénquima pulmonar o árbol traqueo-bronquial, que ha sido confirmada bacteriológicamente o diagnosticada clínicamente. La TB miliar también se considera como TBP porque hay lesiones en los pulmones. Las linfadenopatías, TB intratorácicas (mediastínicas y/o hiliares) o derrame pleural TB, sin que exista alteración pulmonar no se consideran casos de TBP. Si un caso de TB presenta localización pulmonar y extrapulmonar simultáneamente, debe clasificarse como TBP.

TB Extrapulmonar (TBEP)

Persona que presenta afectación en otros órganos que no son los pulmones (ej. pleura, ganglios linfáticos, abdomen, tracto genitourinario, piel, articulaciones, huesos y meninges), que ha sido TB bacteriológicamente confirmada o clínicamente diagnosticada.

2.6. CUADRO CLÍNICO

Según la Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis 2018 del Ministerio de Salud Pública, indica que los signos y síntomas de la tuberculosis conllevan fiebre, tos productiva por más de 15 días, pérdida de peso, diaforesis nocturna, además de otros síntomas como adenomegalia, malestar general, fatiga.

La TBC extrapulmonar provoca diversas manifestaciones sistémicas y localizadas, según los órganos afectados.

2.7. FACTORES DE RIESGO

La tuberculosis afecta con mayor frecuencia principalmente a adultos en los años más productivos, lo que no significa que no afectara a los demás grupos de edad, los mayores casos de muerte para esta patología se concentran en países en desarrollo.

Personas coinfectadas con VIH tienen de 20 a 30 más probabilidades de desarrollar tuberculosis, de igual forma el riesgo se eleva en personas que padezcan otros trastornos que dañen sistema inmunitario. El consumo de tabaco es otro factor de riesgo. Se calcula que a nivel mundial el 7,9% de los casos de tuberculosis son atribuibles al tabaquismo.

Según (Morán & Lazo, 2016)El mecanismo de transmisión del bacilo tuberculoso se da mediante la inhalación de gotículas infecciosas, expulsadas al aire cuando el paciente con tuberculosis estornuda, de igual manera a través de las heces y mediante la orina.

Esta transmisión también puede darse de forma indirecta, ya que la micobacteria es muy resistente a la desecación y puede estar por muchos meses en el polvo o en los objetos de uso diario.

Existen otros mecanismos de transmisión como los aerosoles generados por intermedio de la desbridación o al cambiar las curas de los abscesos cutáneos o de los tejidos blandos infectados por *Mycobacterium tuberculosis*, que son altamente infecciosos. Igualmente, las maniobras inadecuadas en la manipulación de los tejidos durante las necropsias y la inoculación directa en los tejidos blandos a través de instrumentos contaminados o fragmentos óseos, asimismo transmiten la enfermedad.

Esta enfermedad se diagnostica mediante las manifestaciones clínicas que presenta el paciente, estos síntomas son: fiebre, diaforesis nocturna, tos productiva por más de 15 días, hemoptisis, pérdida de peso notorio, astenia, pérdida de apetito y dolor torácico.

2.8. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

2.8.1. Baciloscopia de esputo

Es el examen microscópico directo de una muestra de expectoración que ha sido extendida sobre una lámina de vidrio y teñida mediante el método Ziehl – Neelsen.

Con este método se detectan microorganismos calificados como bacilos alcohol resistentes BAAR de ahí la denominación del bacilo de Koch, la detección de casos con baciloscopia positiva BAAR (+) es determinante ya que son los más contagiosos y presentan una mortalidad elevada, el registro y notificación de estos casos nos permite realizar una vigilancia bacteriológica hasta la condición de curado del paciente.

La tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva (BAAR +) es cuando se evidencia la presencia del bacilo en 100 campos observados, pero la tuberculosis pulmonar con baciloscopia negativa (BAAR -) es cuando se tienen pacientes con 2 baciloscopia seriadas negativas y cultivo (+) positivo o Baciloscopia seriadas de esputo negativas, pero con

imagen radiológica compatible de TB pulmonar activa (diagnosticada por médico especialista) clínica altamente sospechosa y/o contacto bacilífera. Todos los enfermos TB pulmonar con baciloscopia negativa y cultivo positivo representan una forma menos contagiosa que la bacilífera.

2.8.2. PRUEBA RÁPIDA XPERT MTB/RIF

Esta prueba detecta la presencia de un gen particular del bacilo de Koch. Evidencia simultáneamente la presencia de *Mycobacterium tuberculosis* y la resistencia a Rifampicina. (Dr. Tania Herrera Martínez, TM. Fabiola Arias Muñoz, 2017)

2.8.3. CULTIVO

Según los doctores (Arévalo et al., 2016) El Cultivo es el único método que asegura un diagnóstico de certeza de tuberculosis y ofrece una mayor capacidad diagnóstica que la baciloscopia pero tiene sus limitaciones por el costo y la demora en los resultados (aproximadamente 6 a 8 semanas) Este tipo de estudio está indicado para:

- 1) Pacientes con resultados de baciloscopia de baja carga bacilar, o 2 baciloscopías seriadas negativas, tratado y sin mejora clínica.
- 2) Sintomático respiratorio con 2 baciloscopías seriadas negativas y Rx de tórax sugestiva de patología tuberculosa.
- 3) Muestras obtenidas de Aspirados gástricos
- 4) En el seguimiento de tratamientos específicos de pacientes TB MDR
- 5) Pacientes con co-infección TB/VIH
- 6) En casos de sospecha de MDR.
- 7) En casos de Sospecha de TB extra pulmonar.

Todas las muestras extra pulmonares deben cultivarse: en algunos casos porque la escasa cantidad de bacilos de la tuberculosis presente sólo podrá ser detectada por cultivo, en otros para confirmar o descartar que la muestra contenga micro bacterias ambientales saprofitas (como en el caso de la orina que resulta con baciloscopia positiva) o, excepcionalmente patógenas. La baciloscopia de los líquidos con volumen mayor a 1 ml debe ser realizada luego de centrifugarlos 15 minutos a 3000 g, y la de tejidos después de disgregar el material. Por esta razón es altamente recomendable que la baciloscopia de estas muestras sea realizada en el mismo laboratorio que cultivará la muestra.

2.8.4. RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

Examen médico no invasivo que ayuda a diagnosticar la enfermedad, ya que sirve para evaluar la localización, extensión y la severidad de la enfermedad

2.8.5. PRUEBA TUBERCULÍNICA

El centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC, 2016) describe que es un método estándar para determinar si una persona está infectada por tuberculosis, esto se realiza inyectando en el tejido intradérmico del brazo una pequeña cantidad de líquido denominado tuberculina (2 unidades de tuberculina) y a las 48 o 72 horas se debe evaluar el resultado por el personal de salud, en la cual mide la pápula con una regla, si el eritema midió más de 10 mm el paciente este infectado de tuberculosis.

2.8.6. ORINA

- Número de muestras: mínimo tres y máximo seis.
- Cantidad y momento de recolección: previa higiene externa con agua, el paciente debe recoger no menos de 50 ml del segundo chorro de la primera micción de la mañana. Se desecha la primera parte para disminuir la carga de gérmenes contaminantes.
- Envase: de 300-500 ml, limpio y de boca suficientemente ancha para posibilitar la recolección directa.
- Conservación: la muestra debe ser procesada inmediatamente porque el pH ácido afecta la viabilidad del bacilo. Si se debe transportar hasta otro
 - laboratorio, se recomienda enviar el sedimento de toda la orina centrifugada durante 15 minutos a 3.000 g, neutralizado con 1 mg de bicarbonato de sodio o fosfato trisódico anhidro y, si es necesario, conservado entre 4 y 9° C por no más de 12 horas hasta el momento del envío.

Debe recordarse que la baciloscopía positiva del sedimento de orina no necesariamente es diagnóstico concluyente de tuberculosis, por cuanto existen micro bacterias saprófitas en el tracto urinario que pueden producir resultados falsos positivos. El diagnóstico debe ser completado con cultivo e identificación del bacilo observado.

2.9. TRATAMIENTO ANTIFIMICO QUE OFERTA EL MSP

El esquema del tratamiento de la tuberculosis según el ministerio de salud pública se basa de acuerdo a la enfermedad, ya sea tuberculosis sensible y tuberculosis resistente. La

utilización de estos diferentes esquemas de tratamiento estandarizados depende de la gravedad de la enfermedad en los pacientes, se debe de tener en cuenta el peso corporal de cada paciente y esto debe de ser mensual para la administración del fármaco según el tratamiento requerido.

Tabla 1. Esquema para pacientes con tuberculosis sensible

Tratamiento	Duración	Clasificación del caso de TB sensible
(2 H, R, Z, E/ 4 H, R) Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol / Isoniacida, Rifampicina	6 meses	Para pacientes que comienzan el tratamiento, sin ser TB resistente
(H, R, Z, E) Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol	9 meses	Para pacientes que recaen, fracasan o abandonan el tratamiento, con sensibilidad confirmada a rifampicina

Fuente: (Amsif et al., 2018)

Elaborado por: Arreaga Gonzalez Jamel y Lainez Carpio Erika

Tabla 2. Dosis por kilogramo de peso para pacientes con TB sensible en adultos con fármacos de primera línea

Fármacos	Dosis diaria	Dosis máxima	Presentación	Acción
Isoniacida	5-15 mg/kg de peso	300 mg	Compimidos de 100 y 300 mg	Bactericida
Rifampicina	10-20 mg/kg de peso	600 mg	Capsula 300 mg	Bactericida
Pirazinamida	20-30 mg/kg de peso	2.000 mg	Comprimidos 250 y 500 mg	Bactericida
Etambutol	15-20 mg/kg de peso	1200 mg	Comprimidos 400 mg	Bacteriostático

Fuente: (Amsif et al., 2018)

Elaborado por: Arreaga Gonzalez Jamel y Lainez Carpio Erika

Primera fase del tratamiento se basa a pacientes con tuberculosis sensible en la cual se empieza en dos meses con cuatro drogas en forma diaria: 50 dosis Isoniacida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z), Etambutol (E). si el resultado de la baciloscopía de esputo al final del segundo mes es positivo, se debe realizar cultivo y prueba de sensibilidad. Con estos resultados se tomará la determinación de reformular o no el esquema de tratamiento.

Segunda fase del tratamiento está indicado a pacientes que han tenido una recaída después de finalizar el tratamiento, esta fase consta de cuatro meses, 100 dosis con dos drogas que son la Isoniacida (H) y Rifampicina(R) y se realiza en forma diaria o en forma intermitente (3 veces por semana en días no consecutivos).

En esta fase del tratamiento se puede extender a 7 meses con Isoniacida (H) y Rifampicina(R) diario para los casos afectados por TB meníngea, miliar, osteoarticular y la TB asociada a inmunodepresión (VIH/Sida, diabetes). En pacientes embarazadas, VIH positivos, alcohólicos, desnutridos, con enfermedad hepática crónica y/o falla renal, se aconseja prescribir piridoxina 25 mg/día para prevenir la neuropatía periférica inducida por H. Para tratar una polineuritis ya constituida, se aconsejan 100 a 200 mg/ día de piridoxina

2.10. TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON TUBERCULOSIS RESISTENTES

Según la Organización Mundial de la salud OMS en año 2016 indica que los pacientes con multidrogaresistente a la rifampicina el esquema del tratamiento dura de 9 a 12 meses, en la cual consta de las siguientes fases:

La fase intensiva: En esta fase es lograr de manera rápida la reducción de la propagación de bacilos activos y así disminuir la severidad de la enfermedad. Consiste en drogas de alta dosis, y la administración se diaria durante 4 meses, los medicamentos son: kanamicina (km), Moxifloxacina (MFX), Etionamida (Eto), Isoniacida (H), Clofazimina (Cfz), Prirazinamida (Z), Etambutol (E). En esta fase durara 6 meses para los pacientes con baciloscopia positiva hasta el cuarto mes. Si al final del sexto mes la baciloscopia sigue dando positiva, el esquema del tratamiento es considerado como fracaso y se debe iniciar el tratamiento de segunda línea.

La fase de continuación: el objetivo es hallarse a toda la población de bacilos existente en el organismo, para lograr la curación y evitar la recaída de la enfermedad. Consiste que durante 5 meses en forma diaria se debe administrar las siguientes drogas, Moxifloxacina (MFX), Clofazimina (Cfz), Etambutol (E) Prirazinamida (Z)

2.11. SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO ANTIFIMICO

Mediante el monitoreo de los pacientes con tuberculosis diagnosticado es recomendable realizar visitas domiciliarias cada mes y tener control médico mensualmente, en lo cual se debe registrar el peso del paciente para ajustar la dosificación del tratamiento antifimico,

interrogar por medio de la entrevista directa al paciente sobre los síntomas y efectos adversos de los fármacos.

El control bacteriológico en los pacientes con tuberculosis pulmonar, permite identificar la eficacia del tratamiento establecido. Esto se debe realizar mediante una baciloscopia en el comienzo antes de ser diagnosticado con TB, y si el examen sale positivo, se realiza la baciloscopia mensualmente. Otro examen es el cultivo de esputo, que se lo realiza al comienzo de la enfermedad luego es realizado cada mes. Adicional se realiza Rayos x de tórax al iniciar el tratamiento, después de alta del tratamiento y luego de cada seis meses.

Se recomienda el seguimiento de exámenes de laboratorio como: la urea y creatinina por función renal al inicio del tratamiento si recibe aminoglucósido, luego cada Mz, +es si hay alteración de la función renal. También se realiza seguimiento de la función hepática sobre TGO: transaminasa glutámica oxalacetica, TGP: transaminasa pirúvica, GGT: gamma glutamil traspeptidas, Ttp: Tiempo de protrombina al primer mes del tratamiento y luego mensualmente si existe complicaciones hepáticas.

En caso del que paciente es diabético se debe tener control de la glucosa y ácido úrico. Se recuerda realizar prueba de embarazo a las mujeres de edad fértil y realizar el tamizaje de VIH a los pacientes que van a iniciar el tratamiento antifímico.

Tabla 3. Efectos adversos del tratamiento antifímico

Fármacos	Mecanismo de acción	Efectos adversos
Isoniazida (H)	Inhibe la biosíntesis de ácidos micólico de la membrana micobacteriana	Visión borrosa, náuseas, emesis, dolor epigástrico, anorexia, convulsiones, mialgia y anemia
Rifampicina (R)	Es un antibiótico sistémico e Inhibe la síntesis de ARN bacteriano	Nauseas, emesis, acidez estomacal, diarrea, cefalea, somnolencia, trastornos menstruales
Pirazinamida (Z)	Micobactericida frente a Mycobacterium. tuberculosis	Fiebre, hepatotoxicidad, náuseas, emesis fotosensibilidad, ictericia anorexia y hepatomegalia
Etambutol (E)	Bacteriostático. Es inhibidor de la síntesis de la pared celular, y es el fármaco que actua como protector al desarrollo de la farmacorresistencia	Disminución de la agudeza visual debido a la neuritis óptica y trombocitopenia

Fuente: (Amsif et al., 2011)

Elaborado por: Arreaga Gonzalez Jamel y Lainez Carpio Erika

2.12. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR CONTAGIO

Si el paciente con tuberculosis se encuentra en aislamiento domiciliario debe ser educado sobre el mecanismo de transmisión de la enfermedad para evitar contagio, propagación y sobre todo lograr la colaboración máxima de las medidas higiénicas que debe adoptar.

De igual manera si se encuentra en la unidad Hospitalaria la manera más sencilla de prevención de la propagación bacilar se basa cubrirse la boca con un pañuelo de un solo uso al toser o estornudar.

Al igual se logrará que el paciente se mantenga en una habitación aislada, soleada y bien ventilada, al momento del paciente salir al exterior utilizará una mascarilla quirúrgica, hasta la negatividad de la prueba de esputo.

Los pacientes con tuberculosis, en los que se sospeche capacidad contagiante, deben usar una mascarilla quirúrgica mientras estén en zonas comunes de los centros sanitarios.

2.13. ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS

La disposición en el cuidado de enfermería es dinámica y fluye con énfasis en el seguimiento de la experiencia de la persona enferma con tuberculosis y el significado que ésta tiene para cada uno, la familia y su grupo.

2.13.1. Actividad preventiva promocional

La licenciada (Salud & Social, 2007) manifiesta que las acciones que el personal de salud realiza las cuales estarán dirigidas al desarrollo y fortalecimiento de habilidad y destrezas ante la tuberculosis, que tienen el propósito de fomentar y cambiar hábitos de autocuidado a la salud de la persona, familia y comunidad, con la participación activa de instituciones públicas y privadas.

- Se brindará información a la población sobre la existencia de promoción prevención, mecanismo de transmisión los medios de diagnósticos existentes y tratamiento que conlleva la tuberculosis, de igual manera concientizar y sensibilizar la importancia de la colocación de la vacuna BCG

- Informar sobre actividades de salubridad en los hogares de la población con el propósito de mejorar la calidad de vida y así mismo orientar sobre hábitos nutricionales saludables de acuerdo a las condiciones de cada vivienda.
- Prevenir a la población sobre riesgos laborales y evitar contacto con animales que puedan asociarse al contagio de la enfermedad

Asegurar que el paciente comprenda la importancia de la adherencia al tratamiento hasta completarlo según la prescripción médica, a fin de disminuir el riesgo de abandono y la aparición de farmacorresistencia

2.13.2. Actividad asistencial

Organización de detención de casos

- Identificación y captación de SR
- Recolección de muestras de BK (esputo, aspirado gástrico)
- Búsqueda de antecedentes epidemiológicos
- Aplicación del reactivo PPD (prueba cutánea de la tuberculina)

2.13.3. Actividad Administrativa

Los profesionales de enfermería se encargarán de diseñar, desarrollar y evaluar estrategias que enfoquen a la promoción y prevención de tuberculosis, comprobando el llenado correcto de instrumentos de registro del sistema de información, de igual manera elaborar programación anual para insumos y medicamentos que se requieren y su distribución mensual

2.13.4. Actividad Educativa

Rol del personal de enfermería destinado a educar al paciente familia y comunidad sobre temas de salud través de los medios informativos y mensajes sanitarios con diversos recursos técnicos (charlas educativas, Paleógrafo, rota folios, trípticos, etc.) con el fin de brindar información veraz confiable y oportuna para lograr una prevención y control de la tuberculosis a la población en general

2.14. TEORÍA DE ENFERMERÍA

Según (Naranjo et al., 2017) la teoría de déficit de autocuidado de Dorothea Oren, un paciente con Tuberculosis pulmonar, es un ser que necesita de la asistencia de una persona en algunas de las actividades que emprenda realizar, ya que es indispensable alcanzar salud

e independencia, regulando los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, asimilando el progreso de su enfermedad y cumplir con el régimen de tratamiento para lograr alcanzar el máximo nivel de bienestar y cuidado posible, así como de autorrealización, en donde a pesar de las dificultades que se ha presentes, la paciente tiene un autoestima elevado ya que su familia está presente en todo momento, apoyándola y eso le hace sentir segura de sí mismo y teniendo mayor interés en su tratamiento que es ahora lo más importante en su vida, luchar día a día con su enfermedad es asombroso el entusiasmo que presenta.

2.15. CONSECUENCIAS DEL ABANDONO DEL TRATAMIENTO

Cuando el paciente adulto abandona el tratamiento antifímico se convierte en un problema grave de salud pública, empezando por el deterioro físico de la salud del paciente por la patología, seguido puede presentarse la posibilidad de activar mecanismos de resistencia a la bacteria, habrá difusión de la infección y la pervivencia de su existencia en la población. Al abandonar el tratamiento se elevan las tasas de disminución de curación, incrementan las recaídas, aumentan los costos por tratamiento resistente, el paciente queda susceptible para adquirir nuevas infecciones lo que lleva a aumentar la morbimortalidad.

2.16. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIFÍMICO

Según la autora (López, 2018) la conducta de cumplir con el tratamiento antifímico es el determinante principal para la efectividad del mismo. Solventar esta complicación implica que los profesionales de la salud deben adquirir estrategias dirigidas a prevenir o disminuir el abandono del tratamiento. Los pacientes deben estar educadamente informados, y sentirse satisfechos con la atención sanitaria recibida. A su vez los profesionales deben estar adecuadamente adiestrados para establecer relaciones empáticas de confianza y respeto con el paciente.

El profesional de enfermería debe obtener del paciente la confianza, la accesibilidad, la confidencialidad y la continuidad de cuidados deben ser los pilares sobre los que se sustente la relación terapéutica.

La comunicación enfermera paciente debe ser el punto clave principal para trabajar con el cumplimiento del tratamiento, educando al paciente sobre su patología, diagnóstico, tratamiento para que este se empodere del mismo llevándolos a que puedan tomar decisiones sobre su enfermedad, favoreciendo así su autonomía y autocuidado, así mismo se debe aclararles dudas, temores y angustia, prepararlos incluso ante las posibles

complicaciones que pueden presentarse y resaltar sobretodo la importante de cumplir con el tratamiento para así lograr la efectividad del mismo, logrando que el paciente acuda al centro de salud a tomar su medicación.

Fortalecer la estrategia Tratamiento directamente observado (DOTS) para garantizar que el paciente tome su medicación antifímico. Crear una relación con los familiares de los pacientes, con el fin de incluirles en el plan de cuidados, y sienta el paciente el apoyo emocional.

Otras de las estrategias que el profesional de enfermería debe emplear para reducir el abandono del tratamiento es el uso de la tecnología a través de teléfonos móviles ya que son medios de expansión global, realizando llamadas a los pacientes para conocer su estado de salud, motivos de la no toma de medicación, de igual forma fortalecer en las visitas domiciliarias para conocer la situación actual del paciente, factores que pueden estar interviniendo en el posible abandono del tratamiento

2.17. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Factores socioculturales: son aquellos elementos que pueden condicionar una situación, haciendo referencia a un proceso de aspecto social y cultural de una persona o comunidad

Caso de TB: paciente diagnosticado de tuberculosis, con o sin confirmación bacteriológica

Caso de TB bacteriológicamente confirmado: paciente que obtenga la muestra biológica positiva a *Mycobacterium tuberculosis*, dada por una baciloscopia o cultivo de esputo

Caso de TB clínicamente diagnosticado: paciente que no es diagnosticado bacteriológicamente, ya que es diagnosticado por las manifestaciones clínicas, ya sea por signos y síntomas, y por rayos X o histología sugestiva

Tratamiento Antifímico: son fármacos antituberculosos de primera y segunda línea como indican el esquema del tratamiento por el Ministerio de Salud Pública.

Sintomático respiratorio (SR): paciente que presenta tos con expectoración por más de 15 días. (Rodríguez & Gregorio, 2015)

Sintomático respiratorio esperado (SRE): 4% de los pacientes mayores de 15 años de edad que el personal de salud espera detectar en las consultas médicas según como indica el programa de la tuberculosis. (Ramos, 2014)

Tuberculosis Multi-resistente: paciente que no responde a las drogas como la la isoniazida ni a la rifampicina, que son los fármacos más potentes.

Curado: paciente con diagnóstico de tuberculosis confirmado inicia el tratamiento completo y mensualmente tiene baciloscopia o cultivo de esputo negativo

Recaída: son pacientes que han sido tratados de acuerdo al esquema que oferta el ministerio de salud pública, pero que al final del tratamiento son diagnosticados con un episodio recurrente de tuberculosis

Fracaso: paciente que a lo último fracasan en el tratamiento o no se le realiza el seguimiento correspondido. También cuando la baciloscopía o cultivo de esputo es positivo en quinto mes durante el tratamiento

Abandono: paciente que inicia el tratamiento y luego lo discontinua por más de 30 días

Perdida en el seguimiento: paciente que no inicio el tratamiento antifímico o fue interrumpido durante 2 meses o más

Fallecido: paciente que muere antes o durante del tratamiento. (José Galiana, 2017)

CAPITULO 3

METODOLOGÍA

La presente investigación está enmarcada en un estudio con enfoque de análisis literario ya que se revisan y analizan varios artículos científicos relacionados con el problema de investigación, varias revistas médicas como Scielo- Scopus, además de libros y archivos del navegador internet entre ellos google académico- medline plus.

La investigación que se realizó en este trabajo es documental bibliográfico basándose en documentos bibliográficos y digitales ya publicados con anterioridad sobre los factores socioculturales asociados al abandono del tratamiento antifímico en pacientes adultos para cumplir con los objetivos planteados.

Se utilizó el método de selección de información con bases científicas para poder diferenciar y establecer similitudes entre indicadores o factores asociados o diferencias entre estadísticas realizadas a nivel internacional y nacional.

CAPITULO 4

DESARROLLO DEL TEMA

Mediante análisis de diferentes artículos científicos de varios países se detallan sobre los factores socioculturales que intervienen en el tratamiento antifímico y cuáles son las causas al abandono.

Tabla 4. Porcentaje de la incidencia de tuberculosis pulmonar en el año 2018

Continentes	Porcentaje de tuberculosis	Países	Porcentaje de tuberculosis
Asia	44%	India	27%
África	24%	China	9%
Pacifico occidental	18%	Indonesia	8%
Mediterráneo oriental	8%	Filipinas y Pakistán	6%
Europa	3%	Sudáfrica	3%

Fuente: (Huasco & Orozco, 2018)

Elaborado por: Arreaga Gonzalez Jamel y Iainés Carpio Erika

Análisis: Se puede observar que la incidencia de tuberculosis es alta en los continentes, mientras que en los países es bajo. Asia es uno de los continentes con mayor porcentaje de pacientes tuberculosis, seguido África con el 24% mientras que el 3% se encuentra en Europa. E India es uno de los países en el mundo con mayor prevalencia de pacientes con tuberculosis, luego tenemos a China con el 9% y Sudáfrica es que que menos presenta tuberculosis pulmonar a nivel mundial.

Tabla 5. Factores socioculturales del abandono del tratamiento antifímico

Factores socioculturales	Porcentaje	
	Sexo Masculino	Sexo Femenino
Edad	70%	30%
Sexo	68%	32%
Escolaridad	50%	50%
Vivienda	65%	65%
Comorbilidad	10%	5%
Rechazo y señalamiento familiar y social	80%	8%
Abuso de alcohol y drogas	25%	10%

Fuente: (Huasco & Orozco, 2018)

Elaborado por: Arreaga Gonzalez Jamel y Laines Carpio Erika

Análisis: como se puede observar en la gráfica el mayor porcentaje de los factores socioculturales asociados al abandono del tratamiento antifímico afecta a los hombres. En la comorbilidad se debe a que hay pacientes que además de obtener tuberculosis padecen de otras enfermedades como el VIH-SIDA, llevan a demorar el inicio del tratamiento por la baja adherencia terapéutica.

Según (OMS, 2017) indico que Rusia se realizó una investigación por IY Gelmanova, S Keshavjee, VT Golubchikova, entre otros titulada: Obstáculos al éxito del tratamiento de la tuberculosis en Tomsk (Federación de Rusia): incumplimiento y abandono del tratamiento, y adquisición de multirresistencia, fue una investigación en donde se realizado un estudio de cohortes retrospectivo de pacientes adultos consecutivos con TB recién detectada (baciloscopia y/o cultivo positivo) en los que se inició un tratamiento con la estrategia DOTS, los resultados que se obtuvieron dieron que el abuso de sustancia se asoció estrechamente al incumplimiento del tratamiento y a su abandono, así mismo el incumplimiento se asoció a malos resultados terapéuticos.

Mediante el estudio realizado el autor menciona los pacientes sienten temor al rechazo de familia al obtener la enfermedad por la poca estimación y la falta de apoyo emocional de las personas que le rodean, ya sea por no quererse contagiar de la enfermedad por falta de conocimiento de la patología. En cuanto al abuso del alcohol y drogas los pacientes abandonan el tratamiento porque se encuentran sumergidos en su adicción

Según (Sanz Barbero et al., 2015) en la ciudad de Madrid España realizaron un estudio titulado: Abandono del tratamiento antituberculoso en la población inmigrante: la movilidad y la falta de apoyo familiar, tuvo como objetivo general conocer los resultados del tratamiento antituberculoso entre la población inmigrante e identificar las variables asociadas a su abandono, la muestra a estudio estuvo constituida por 296 casos, de los cuales los resultados dieron que el 75,0% tuvo un resultado del tratamiento satisfactorio; abandono 8,4%; muerte 2%; fracaso 0,7%; traslados 7,1% y pérdidas de información 6,8%. Las variables que se asociaron al abandono del tratamiento de forma independiente fueron el sexo (ref. varón), la convivencia con familiares (ref. no) y desplazarse a otra comunidad autónoma frente a no desplazarse.

La revista Avances en Salud publicó una investigación realizada en Colombia por los autores (Tejada Vergara et al., 2018) titulada: Efectividad del Programa de Control de Tuberculosis en las entidades estatales. Departamento de Córdoba -Colombia 2015, la cual tuvo como objetivo general medir la efectividad del programa de control de tuberculosis en las diferentes entidades estatales del departamento de Córdoba, fue un estudio descriptivo, retrospectivo en donde utilizaron datos de fuentes secundarias, el estudio dio como resultados que de la muestra el 79.2% de los casos fueron incidentes, el 18.8% recaídas y el 2.1% abandono del tratamiento.

En Chile realizaron una investigación titulada Perfil del paciente con tuberculosis que abandona el tratamiento en Chile, por los autores Zulema Torres y Tania Herrera, el cual fue un estudio descriptivo de información que obtuvieron contenida en las auditorías de abandono entre los años 2009 y 2013, se obtuvieron como resultado de las 134 auditorías de abandono, que la mayoría de los pacientes es de sexo masculino, de los cuales el 62,7% presenta algún factor de riesgo asociado al abandono, especialmente alcoholismo y drogadicción y el 16,5% corresponde a personas en situaciones de la calle.

La mayoría de los casos abandonó durante la fase intermitente del tratamiento y la causa del abandono estuvo fundamentalmente asociada a factores del paciente, como abuso de sustancias, sensación de mejoría e inestabilidad laboral. (Torres g & Herrera M, 2015)

Según (Vigo & Arabie, 2016) en la revista de Acta Medica peruana realiza un estudio sobre los factores de riesgo que se dan en el abandono del tratamiento de la tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria en la ciudad de Lima. Este estudio se basó a 102 casos y 34 controles de usuarios que abandonaron el tratamiento, donde se encontró que los pacientes de sexo masculino que tienen menos de seis años de educación son los que abandonaron el tratamiento antituberculoso representando un 91.1%, y un 3,7% de los usuarios que abandona el tratamiento es porque presentaba alguna comorbilidad, mientras que el 5,2% era VIH positivo.

La autora Inca Virgo y Zaida Arabie perteneciente de la Universidad Nacional de Trujillo-Perú de la facultad de farmacia y bioquímica realizan un trabajo de investigación de tipo descriptivo, transversal y prospectivo en el Hospital 2 Cajamarca donde determinan los factores asociados al abandono del tratamiento antifímico en pacientes ambulatorios del hospital mencionado donde se aplicó una encuesta a 70 pacientes en estudio que pertenecen al programa de tuberculosis.

Según los autores (Vigo & Arabie, 2016) mencionan resultados que indica que el abandono del tratamiento antifímico se da con más prevalencia en los pacientes adultos de sexo masculino con un 89,7%. Y el 64,10% obtienen un bajo ingreso económico al mes. Otros factores asociados al abandono del tratamiento antifímico se da un 84,6% por falta de apoyo familiar, falta de apoyo laboral 66,7%, discriminación social 43,6%, y desconocen los beneficios del tratamiento y si la dosis es adecuada de acuerdo a su peso 69,2%, además los pacientes mencionaron que la cantidad de medicamentos y el consumo diario les causan molestias gastrointestinales lo que les obligo a no seguir con el tratamiento.

En la ciudad de Guayaquil los autores (Quito et al., 2019) realizaron un estudios descriptivo, retrospectivo y de corte transversal sobre la frecuencia del abandono al tratamiento de tuberculosis, la población en estudio fueron 16 usuarios atendidos en el Centro de Salud en el área de tuberculosis, demuestran que el abandono de tratamiento antifímico se da un 12%. Con respecto a la edad un 69% se da en adultos mayores de sexo masculino y un 21% en sexo femenino, según el criterio de los autores que realizan el estudio indican que el 69% de

los pacientes abandonan el tratamiento debido a los efectos adversos que le provoca los medicamentos, y 25% abandonan por no tener hábitos alimenticios saludables y 19% se da por el consumo de alcohol y drogas.

Según (Zerna & Huaraca, 2018) En el centro de salud Guasmo Sur realizaron un estudio cuantitativo de corte transversal y descriptivo donde el objetivo planteado es determinar los factores que influyen en el abandono del tratamiento antifímico en pacientes con tuberculosis pulmonar, 12 pacientes adultos se eligió para proceder al estudio, los mismo que tenían una educación a nivel primario y bajos ingresos económicos en la cual dieron como resultado que el tiempo que han abandonado el tratamiento antifímico en un 50% es de 3 a 6 meses, el 42% de 6 a 1 año y un 8% menos de un año. Teniendo en cuenta que los factores psicosociales asociados al abandono del tratamiento antifímico se da un 17% en el consumo de drogas ilícitas, 67% por la percepción de los usuarios con respecto a los efectos adversos de los medicamentos, mientras que el 58% se da por la falta de información sobre la patología y la información sobre el tratamiento.

La presente investigación documental se encuentra encaminada en analizar los factores socioeconómicos que inciden en el abandono del tratamiento de la tuberculosis, tanto a nivel mundial como en nuestra población ecuatoriana. La tuberculosis en la actualidad se ha ubicado en la novena causa de muertes y de enfermedades infecciosas como por ejemplo el VIH/sida se encuentra por encima de ella ocupando el primer puesto en la actualidad, por datos estadístico obtenidos por la OMS. Objetivo General: Determinar los factores socioeconómicos que inciden en el abandono del tratamiento de la tuberculosis mediante revisión bibliográfico científica para disminuir la morbimortalidad en el Ecuador.

Metodología: Tiene un enfoque de tipo cualitativo, porque el presente trabajo se determinará las características y cualidades de los factores socioeconómicos que inciden en el abandono del tratamiento de la tuberculosis, mediante la recaudación de información documental-bibliográfico científica y es de tipo documental debido a la agrupación y recolección de datos estadísticos de diferentes fuentes bibliográficos como folletos, revistas científicas, manuales, guías, libros, documentos webs y otros lugares que nos facilite información actualizada.

La Organización Mundial de la Salud declara que aumenta: El costo de la atención médica, los insumos y se puede añadir a otras enfermedades venideras. Esto no ocurrirá si la persona con TB siguiera el régimen terapéutico dado, por lo que ocasiona significativamente una

carga social, es decir que se necesita realizar contribuciones del organismo empleador al estado por lo que existe un aumento del desempleo, alza de cuotas sindicales, mayor costo de los medicamentos, numerosos ingresos a centros médicos y hospitalarios, y pruebas diagnósticas. En la literatura se menciona que la tuberculosis tiene más auge en países en vías de desarrollo debido al hacinamiento, drogadicción, tabaquismo, alcoholismo, deserción de la escolaridad, personas que viven con un familiar en contacto con la enfermedad TB

En la Ciudad de Milagro realizaron una investigación de revisión bibliográfica sobre los factores socioeconómicos que inciden en el abandono del tratamiento de la tuberculosis a nivel mundial como a nivel nacional ecuatoriana. Donde el objetivo de la investigación es determinar los factores socioeconómicos que inciden en el abandono del tratamiento de la tuberculosis mediante revisión documental científica para disminuir la morbimortalidad en el Ecuador.

Esta investigación es de tipo cualitativo, ya que se basa a las características, percepción y cualidades de los factores socioeconómicos que inciden en el abandono del tratamiento de la tuberculosis, mediante la recaudación de información documental-bibliográfica científica y es de tipo documental debido a la agrupación y recolección de datos estadísticos de diferentes fuentes bibliográficas como folletos, revistas científicas, manuales, guías, libros, documentos webs y otros lugares que nos facilite información actualizada. Como conclusiones del trabajo de investigación se concluye que el abandono del tratamiento antituberculosos se da dentro de los factores de la pobreza, hacinamiento, nivel bajo de escolaridad, accesibilidad a servicios básicos de salud y adicciones.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

Las presentes conclusiones están detalladas en base a los resultados de la investigación bibliográfica realizada y a los objetivos planteados.

Los factores sociales que se asocian al abandono del tratamiento antifímico son el temor del paciente ante el rechazo y señalamiento de la sociedad por su patología, el abuso de ciertas sustancias como alcohol y drogas, los factores derivados de los servicios de salud es decir la interacción que tendrá enfermero-paciente son determinante que se asocian a que el paciente con dicha enfermedad abandone su tratamiento conllevando consecuencias que incluso pueden poner en riesgo su vida.

Los factores culturales que se asocian al abandono del tratamiento antifímico incluye varios según estudios influyentes que van desde la edad, sexo donde el género masculino tiene más relevancia al abandono, así mismo la situación económica es otro factor determinante ya que no apertura un buen estado de salud, una buena alimentación, cuidado, higiene y protección de los factores de riesgo que se pueden evitar muchas infecciones y enfermedades que muchas personas con un estatus económico bajo adoptan con mucha facilidad según textos revisados.

De igual forma se constata que la comorbilidad, desconocimiento de la enfermedad, percepción del paciente hacia la enfermedad y los efectos adversos de los medicamentos.

El Tratamiento antifímico que oferta el MSP actualmente se basa en la gravedad de la enfermedad y si en el paciente se presenta una tuberculosis sensible o resistente, teniendo en cuanto el peso corporal de cada persona para conocer la dosis de fármaco requerido. El tratamiento conlleva medicamentos como (2HRZE) isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol durante 6 meses y si se trata de pacientes con abandono del mismo se amplía durante 9 meses.

El plan de intervención de enfermería en la prevención del tratamiento antifímico requiere que el profesional considere a la comunicación como la estrategia principal para trabajar en el cumplimiento del tratamiento antifímico logrando la confianza del paciente para que este tome decisión sobre su conducta de salud, así mismo debe fortalecer la estrategia DOTS para garantizar la toma correcta del medicamento, debe crear la relación paciente- familia con el

fin de incluirlos en el plan de cuidado para que sobre todo el paciente siena el apoyo emocional.

BIBLIOGRAFIAS

- Aldas, D., & Rosero, C. (2018). *Tuberculosis: la debilidad del país es la adherencia al tratamiento*. 23 de Marzo. <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/tuberculosis-la-debilidad-del-pa-s-es-la-adherencia-al-tratamiento-91933>
- Álvarez Martínez, M. (2018). *Ecuador pasó del puesto 7 al 10 entre las naciones con más casos de tuberculosis*. <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-paso-del-puesto-7-al-10-entre-las-naciones-con-mas-casos-de-tuberculosis-92950>
- Amsif, M., Marrero-Lopez, D., Ruiz-Morales, J. C., Savvin, S. N., Gabás, M., & Nunez, P. (2011a). Influence of rare-earth doping on the microstructure and conductivity of BaCe_{0.9}Ln_{0.1}O_{3-δ} proton conductors. *Journal of Power Sources*, 196(7), 3461–3469. <https://doi.org/10.1016/j.jpowsour.2010.11.120>
- Amsif, M., Marrero-Lopez, D., Ruiz-Morales, J. C., Savvin, S. N., Gabás, M., & Nunez, P. (2011b). Influence of rare-earth doping on the microstructure and conductivity of BaCe_{0.9}Ln_{0.1}O_{3-δ} proton conductors. *Journal of Power Sources*, 196(7), 3461–3469. <https://doi.org/10.1016/j.jpowsour.2010.11.120>
- Arévalo, R., Alarcón, H., & Arévalo, D. (2016). Métodos Diagnósticos en Tuberculosis: Lo Convencional y los Avances Tecnológicos en el Siglo XXI. *Rev Med Hondur*, 74(2), 78. http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v21n1/v21n1_a11.pdf
- Cáceres, F. de M., & Orozco, L. C. (2017). Incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. *Biomedica*, 27(4), 498–504. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v27i4.170>
- CDC. (2016a). CDC _ TB _ Día Mundial de la Tuberculosis - Historia del Día Mundial de la Tuberculosis. In *04 de Abril* (pp. 1–2). https://www.cdc.gov/tb/esp/worldtbdays/history_es.htm
- CDC. (2016b). *CDC | TB | Pruebas y Diagnóstico*. 23/06/2016. <https://www.cdc.gov/tb/esp/topic/testing/default.htm>
- Correa Pontón, V. L., & Farez Tapia, M. I. (2017). *Caracterización epidemiológica de los usuarios con tuberculosis que acuden a un centro de salud de la ciudad de*

- Guayaquil*. [Universidad Católica de Santiago de Guayaquil].
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7588/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-364.pdf>
- Dr. Tania Herrera Martinez, TM. Fabiola Arias Muñoz, E. . N. R. L. (2017). *Manual Operativo: Implementación del GeneXpert MTB / RIF en el Programa de Tuberculosis Programa de Control y Eliminación de la Tuberculosis*.
https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/02/2018.01.23_MANUAL-XPERT.pdf
- Huasco, N., & Orozco, R. (2018). *Factores de Abandono del tratamiento en Tuberculosis Pulmonar*. [Universidsd Estatal de Milagro].
<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4196/1/FACTORES DE ABANDONO DE TRATAMIENTO EN TUBERCULOSIS PULMONAR%252c RELACION ECUADOR Y PAISES SUDAMER.pdf>
- José Galiana. (2017). *Los factores socioculturales: clave de internacionalización de la empresa occidental en el mercado chino* [Universidad Católica de murcia].
<http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/2520/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- López, C. (2018). *Adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis TRABAJO FIN DE GRADO* [Universidad Autonoma].
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684901/lopez_fuente_cristinatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ministerio de salud pública, 2014. (2014). *Tuberculosis: diagnóstico y tratamiento para todos - Somos Salud*.
<http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/index.php/enterate/516-en-ecuador-han-disminuido-los-casos-de-muerte-por-tuberculosis>
- Morán, E., & Lazo, Y. (2016). *Tuberculosis / Morán López / Rev Cubana Estomatol.* 38(1). <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/2314/0>
- Naranjo, Y., Concepción, J. y, & Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. In *Gaceta Médica Espirituana* (Vol. 19, Issue 3, pp. 89–100). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-

89212017000300009

- OMS. (2017). *Obstáculos al éxito del tratamiento de la tuberculosis en Tomsk (Federación de Rusia): incumplimiento y abandono del tratamiento, y adquisición de multirresistencia*. WHO; World Health Organization.
<https://www.who.int/bulletin/volumes/85/9/06-038331-ab/es/>
- OMS. (2019). OMS | Informe mundial sobre la tuberculosis. WHO.
https://www.who.int/tb/publications/global_report/es/
- OPS. (2015). PAHO/WHO | Tuberculosis - Datos Generales.
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12128:datos-generales-tuberculosis&Itemid=40721&lang=en
- Quito, C., Martillo, N., & Mérida, C. (2019). *Frecuencia del abandono al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes atendidos en un Centro de Salud en la ciudad de Guayaquil*. [Universidad Católica de Santiago de Guayaquil].
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/12464>
- Ramos, M. (2014). *Sintomático Respiratorio - RELACSYS*. 19 de Julio.
<https://www.paho.org/relacsis/index.php/es/areas-de-trabajo/desigualdades/item/1039-sintomatico-respiratorio>
- Rodríguez, C., & Gregorio, T. (2015). *Antifímicos o antituberculosos | Fichero farmacológico | AccessMedicina | McGraw-Hill Medical*. Access-Medicine.
<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1510§ionid=98010600>
- Salud, D. E. L. A., & Social, Y. T. (2007). “*cuidados de enfermería a pacientes con tuberculosis pulmonar*.” 56.
http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2514/SEG.ESPEC._LEY KARINA HUANSI PANDURO.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Sanz Barbero, B., Blasco Hernández, T., & Galindo Carretero, S. (2015). Abandono del tratamiento antituberculoso en la población inmigrante: la movilidad y la falta de apoyo familiar. *Gaceta Sanitaria*, 23(SUPPL. 1), 80–85.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.07.003>
- Tejada Vergara, B., Villadiego Chamorro, M., & Amador Ahumada, C. (2018).

- Efectividad del Programa de Control de Tuberculosis en las entidades estatales. Departamento de Córdoba -Colombia 2015. *Revista Avances En Salud*, 29–38. <https://doi.org/10.21897/25394622.1455>
- Telegrafo. (2016). El Telégrafo - Guayas tiene mayor incidencia de tuberculosis. *El Telegrafo*, 1. <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/salud/1/guayas-tiene-mayor-incidencia-de-tuberculosis>
- Tierney, D., & Nardell, E. (2018). Tuberculosis (TBC) - Enfermedades infecciosas - Manual MSD versión para profesionales. In *Manual MSD Versión para profesionales*. <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/enfermedades-infecciosas/micobacterias/tuberculosis-tbc>
- TORRES G, Z., & HERRERA M, T. (2015). Perfil del paciente con tuberculosis que abandona el tratamiento en Chile: profile of patients in Chile. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 31(1), 52–57. <https://doi.org/10.4067/s0717-73482015000100008>
- Vigo, I., & Arabie, Z. (2016). Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú. *ACTA MEDICA PERUANA*, 33(1), 21. <https://doi.org/10.35663/amp.2016.331.14>
- Zerna, G., & Huaraca, A. (2018). *Factores que Influyen en el Abandono del Tratamiento Antifímico en Pacientes con Tuberculosis Pulmonar del Centro de Salud Guasmo Sur* [Universidad de Guayaquil - Ciencias Médicas-Carrera de Enfermería]. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30858/1/1218-GILER Y HUARACA.pdf>
- Zevallos, M. (2017). Factores Asociados Al Abandono Del Tratamiento Antituberculoso Esquema I En La Red De Salud San Juan De Lurigancho, Lima, Perú [Universidad Peruana Cayetano Heredia]. In *Universidad peruana Cayetano Heredia*. <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/1030>

ANEXOS

FOTO DE ACOMPAÑAMIENTO DE TUTORÍA





REGISTRO DE ACOMPAÑAMIENTOS

Inicio: 01-11-2019 Fin 30-06-2020

FACULTAD SALUD Y SERVICIOS SOCIALES

CARRERA: LICENCIATURA EN ENFERMERIA

Línea de investigación: SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR HUMANO INTEGRAL - COMPONENTE 3. CUIDADOS DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR

TEMA: FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIFÍMICOS EN PACIENTES ADULTOS

ACOMPAÑANTE: POSLIGUA FERNANDEZ JULIO ANTONIO

DATOS DEL ESTUDIANTE			
Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	CÉDULA	CARRERA
1	ARREAGA GONZALEZ JAMEL GEORGINA	0954391629	LICENCIATURA EN ENFERMERIA
2	LAINES CARPIO ERIKA JAMILET	0706409182	LICENCIATURA EN ENFERMERIA

Nº	FECHA	HORA		Nº HORAS	DETALLE
1	10-01-2020	Inicio: 14:48 p.m.	Fin: 16:48 p.m.	2	TEMA, DE PROYECTO DE TITULACIÓN: FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIFÍMICOS EN PACIENTES ADULTOS
2	16-01-2020	Inicio: 14:25 p.m.	Fin: 16:25 p.m.	2	REVISIÓN DE PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, FORMULACIÓN DEL PROBLEMA JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS
3	24-01-2020	Inicio: 14:38 p.m.	Fin: 16:38 p.m.	2	REVISIÓN DE MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL
4	28-01-2020	Inicio: 11:14 a.m.	Fin: 13:14 p.m.	2	REVISIÓN DE MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL
5	10-02-2020	Inicio: 11:01 a.m.	Fin: 13:01 p.m.	2	REVISIÓN DE MARCO TEÓRICO ,CONCEPTUAL, DESARROLLO DEL TEMA
6	17-02-2020	Inicio: 14:15 p.m.	Fin: 16:15 p.m.	2	REVISIÓN DEL DESARROLLO DEL TEMA Y METODOLÓGICA DE LA INVESTIGACION
7	13-03-2020	Inicio: 06:25 a.m.	Fin: 08:25 a.m.	2	REVISIÓN DE CONCLUSIONES
8	03-04-2020	Inicio: 09:04 a.m.	Fin: 11:04 a.m.	2	REVISIÓN DE METODOLOGIA, DESARROOLLO DEL TEMA,CONCLUSIONES
9	14-04-2020	Inicio: 21:03 p.m.	Fin: 23:03 p.m.	2	REVISIÓN DE CONCLUSIONES ,BIBLIOGRAFIA
10	19-04-2020	Inicio: 10:03 a.m.	Fin: 12:03 p.m.	2	REVISIÓN DE INTRODUCCIÓN , RESUMEN,