



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

FACULTAD DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES

**TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**PROPUESTA PRÁCTICA DEL EXAMEN DE GRADO O DE FIN DE
CARRERA (DE CARÁCTER COMPLEXIVO)**

INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

**TEMA: TUBERCULOSIS RESISTENTE POR INCUMPLIMIENTO O
ABANDONO DE TRATAMIENTO ANTIFÍMICO**

Autora:

Vania Alejandra Carreño Carpio

Neyda Lisette Colt Coello

Acompañante:

Dr. Lizan Grennady Ayol Pérez

Milagro, Febrero 2021

ECUADOR

DERECHOS DE AUTOR

Ingeniero.

Fabricio Guevara Viejó, PhD.

RECTOR

Universidad Estatal de Milagro

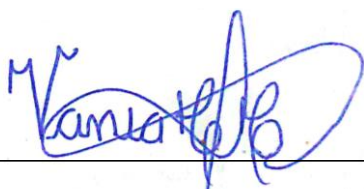
Presente.

Yo, **CARREÑO CARPIO VANIA ALEJANDRA** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de la propuesta práctica 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 propuesta práctica 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 digitalización y publicación de esta propuesta práctica 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 de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 10 de junio de 2021



Firma del Estudiante

CARREÑO CARPIO VANIA ALEJANDRA

CI: 0954955191

DERECHOS DE AUTOR

Ingeniero.

Fabricio Guevara Viejó, PhD.

RECTOR

Universidad Estatal de Milagro

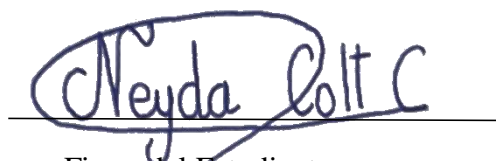
Presente.

Yo, **COLT COELLO NEYDA LISSETH** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de la propuesta práctica de la alternativa de Titulación – Examen Complejivo: Investigación Documental, modalidad presencial, mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor de la propuesta práctica realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Grado, como aporte a la Línea de Investigación **SALUD PÚBLICA 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 digitalización y publicación de esta propuesta práctica 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 de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 10 de junio de 2021

A handwritten signature in blue ink, reading "Neyda Colt C", is written over a horizontal line.

Firma del Estudiante

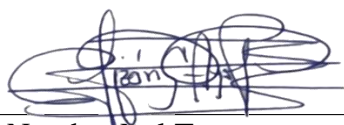
COLT COELLO NEYDA LISSETH

CI: 0942089079

APROBACIÓN DEL TUTOR DE LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

Yo, **AYOL PÉREZ LIZAN GRENNADY** en mi calidad de tutor de la Investigación Documental como Propuesta práctica del Examen de grado o de fin de carrera (de carácter complejo), elaborado por las estudiantes **CARREÑO CARPIO VANIA ALEJANDRA Y COLT COELLO NEYDA LISSETH** cuyo tema de trabajo de Titulación es **TUBERCULOSIS RESISTENTE POR INCUMPLIMIENTO O ABANDONO DE TRATAMIENTO ANTIFÍMICO** , que aporta a la Línea de Investigación **SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR HUMANO INTEGRAL** previo a la obtención del Grado **LICENCIADA EN ENFERMERIA**; trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria 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 del Examen de grado o de fin de carrera (de carácter complejo) de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, 10 de junio de 2021



Nombre Del Tutor
LIZAN GRENNADY AYOL PEREZ
CI: 0601290331

PROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR

El tribunal calificador constituido por:

Dr. AYOL PEREZ LIZAN GRENNADY

Mgtr. GUERRERO LAPO GILMA ESPERANZA

Mgtr. ECHEVERRIA CAICEDO KATHIUSCA PAOLA

Luego de realizar la revisión de la Investigación Documental como propuesta práctica, previo a la obtención del título (o grado académico) de LICENCIADA EN ENFERMERIA Presentado por la estudiante COLT COELLO NEYDA LISSETH

Con el tema de trabajo de Titulación: Haga clic aquí para escribir el tema del Trabajo de titulación.

Otorga a la presente Investigación Documental como propuesta práctica, las siguientes calificaciones:

Investigación documental []

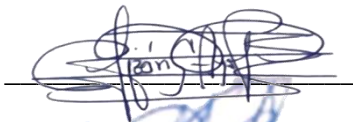

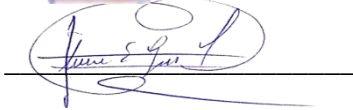
Defensa oral []

Total []

Emite el siguiente veredicto: (aprobado/reprobado) _____

Fecha: 10 de junio de 2021

Para constancia de lo actuado firman:

	Apellidos y Nombres	Firma
Presidente	AYOL PEREZ LIZAN GRENNADY	
Secretario (a)	ECHEVERRIA CAICEDO KATHIUSCA PAOLA	
Integrante	GUERRERO LAPO GILMA ESPERANZA	

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR

El tribunal calificador constituido por:

Dr. AYOL PEREZ LIZAN GRENNADY

Mgtr. GUERRERO LAPO GILMA ESPERANZA

Mgtr. ECHEVERRIA CAICEDO KATHIUSCA PAOLA

Luego de realizar la revisión de la Investigación Documental como propuesta práctica, previo a la obtención del título (o grado académico) de LICENCIADA EN ENFERMERIA presentado por la estudiante CARREÑO CARPIO VANIA ALEJANDRA

Con el tema de trabajo de Titulación: Haga clic aquí para escribir el tema del Trabajo de titulación.

Otorga a la presente Investigación Documental como propuesta práctica, las siguientes calificaciones:

Investigación documental []

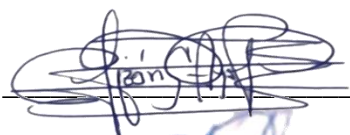
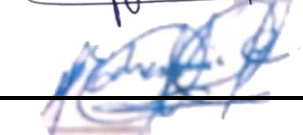
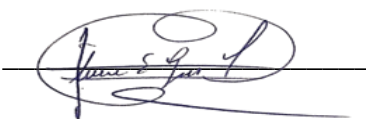
Defensa oral []

Total []

Emite el siguiente veredicto: (aprobado/reprobado) _____

Fecha: 10 de junio de 2021

Para constancia de lo actuado firman:

	Apellidos y Nombres	Firma
Presidente	AYOL PEREZ LIZAN GRENNADY	
Secretario (a)	ECHEVERRIA CAICEDO KATHIUSCA PAOLA	
Integrante	GUERRERO LAPO GILMA ESPERANZA	

DEDICATORIA

Mira que te mando que te esfuerces y seas valiente; no temas ni desmayes, porque Jehová tu Dios estará contigo en donde quiera que vayas.” Josué 1:9

Le dedico este siguiente trabajo y logro a DIOS que fue el que me daba las fuerza la sabiduría e inteligencia para seguir dando esos pasos y llegar a cumplir mi sueño a mi familia que siempre estuvieron apoyándome en cada semestre a mis hijas que fueron la inspiración para seguir adelante mi esposo que estuvo de inicio a fin junto a mí aplaudiendo cada paso que daba llegar a la meta.

También le agradezco a la UNEMI por ser parte de mí que me formo como persona y profesional no me queda más que agradecer a las amistades que se convirtieron en amigas y que también estuvieron ayudando todo por cumplir sus sueños.

No temas ni te desalientes, porque el propio Señor irá delante de ti. Él estará contigo; no te fallará ni te abandonará. *Deuteronomio 31:8*

Vania Carreño Carpio

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios en primer lugar.

Gratificación enorme a mis padres el Sr. Antonio José Colt Alvarado y Sra. Mariana Coello S. Por educarme, motivarme en cada ciclo de la vida que una caída y tropiezo son fuentes de experiencias, también agradezco e apoyo brindado a mis Hermanos.

A mi amiga, compañera del trabajo investigativo, Vania Carreño por sus conocimientos brindados, constancia y sacrificios de aquellas madrugadas que nos costó, noche de sueños de nuestros familiares, no se olvidaran son fuentes que al final tendremos nuestras recompensas.

Me felicito, me admiro, me respeto por aquel motivo que estuvo firme, por aquella carrera que desconocía, me demostró que vale mucho más.

También los Master, Licenciados, Doctores que fueron fuentes del saber infinitas Gracias.

“Lo importante no es lo que nos hace el Destino, sino lo que nosotros hacemos de él”
(*Florence Nightingale*)

Neyda Colt Coello

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a DIOS por haberme acompañado durante toda esta etapa que estuvo
hay cuidándome cada día que salía a seguir mi sueño y hoy estoy a punto de cumplirlo le doy
la honra y la gloria a el por qué sin él no podría haberlo hecho. “TODO LO PUEDO EN
CRISTO QUE ME FORTALEC” Filipenses 4:13

También le agradezco a cada una de las personas que estuvieron conmigo mis padres,
mi esposo, mis hijas que sin su apoyo esto no hubiera sido posible, mi compañera del trabajo
y de todos los semestres por siempre estar hay en cada momento y no podía ser este el más
importante que llegar a cumplir nuestro sueño de ser ENFERMERAS. Ya estamos cerca y no
me queda decir más que gracias y que este triunfo no es solo mío sino de todos los que
estuvieron conmigo.

Vania Carreño Carpio

ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTOR	i
DERECHOS DE AUTOR	ii
APROBACIÓN DEL TUTOR DE LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL.....	iii
PROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR.....	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
AGRADECIMIENTO	viii
ÍNDICE GENERAL	ix
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xii
ÍNDICE DE TABLAS	xiii
RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 1.....	5
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	5
1.1. Planteamiento del problema.....	5
Formulación del problema	19
Sistematización del problema	19
1.2. Objetivos.....	19
Objetivo General	19
Objetivos Específicos.....	20
1.3. Justificación	21
CAPÍTULO 2.....	22

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	22
2.1. Tuberculosis.....	22
2.2. Etiología de la Tuberculosis.....	23
2.3. Signos y Síntomas.....	24
2.4. Medios de Diagnostico	24
2.4.1. Baciloscopia de esputo	24
2.4.2. Prueba rápida Xpert MTB/RIF®.....	24
2.5. Transmisión.....	25
2.6. Tratamiento	25
2.6.1. Isoniacida (H), Pirazinamida (Z), Rifampicina (R).....	26
2.6.2. Estreptomicina (S).....	27
2.6.3. Etambutol (E)	27
2.7. Esquemas de tratamiento	28
2.8 Retratamiento.....	28
2.8. Adherencia al tratamiento	29
2.9. No adherencia	29
2.10. Abandono de tratamiento	30
2.11. Factores que predisponen al abandono de tratamiento antituberculoso	31
2.11.1. Factores o determinantes proximales	32
2.11.1.1. Factores Biológicos del paciente	33
2.11.2. Factor estilo de vida.....	34
2.11.3. Factores o determinantes distales	36
2.11.3.1. Factores Ambientales	36
2.11.4. Factores de servicio de salud	37
2.11.5. Consecuencia del abandono.....	38
2.12. Tuberculosis resistente	39

2.12.1. Control y tratamiento.....	39
CAPÍTULO 3.....	41
METODOLOGIA	41
CAPÍTULO 4.....	42
DESARROLLO DEL TEMA	42
CAPÍTULO 5.....	47
CONCLUSIONES	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Descenso de mortalidad por TB en Inglaterra. 1860-1960.	6
---	---

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Tratamiento antituberculoso en Ecuador	28
Tabla 2: Cumplimiento y abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis	42
Tabla 3: Factores biológico de paciente asociados al abandono del tratamiento antifímico ...	43
Tabla 4: Factores ambientales de paciente asociados al abandono del tratamiento antifímico	44
Tabla 5: Factores de los servicios de salud asociados al abandono del tratamiento antifímico	45
Tabla 6: Factores del estilo de vida asociado al abandono del tratamiento antifímico.....	46

TUBERCULOSIS RESIDENTE POR INCUMPLIMIENTO O ABANDONO DE TRATAMIENTO ANTIFÍMICO

RESUMEN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa bacteriana crónica transmisible, producida generalmente por *M. tuberculosis* que puede llegar a ser una tuberculosis MDR por la resistencia a medicamentos fundamentales como la rifampicina y isoniazida utilizados para tratar dicha patología. **Objetivo:** Analizar los factores que influyen en la tuberculosis MDR por el incumplimiento o abandono de tratamiento antifímico. **Metodología:** Es una investigación documental y analítica con revisión de artículos científicos de donde se realiza un análisis sobre los factores predominante ante la tuberculosis MDR por incumplimiento al tratamiento, se identificó y estableció la relación entre las variables de investigación definidas. **Resultados:** se obtuvo que los factores que predominan en el abandono del tratamiento antifímico son: edad 89,50% seguido por el sexo masculino en 78.40%; la falta de escolaridad con 77,9%; el alcoholismo 30%, drogadicción más el consumo de tabaco predominan un 20% respectivamente; la difícil situación al acceso del centro de salud con un 84%, comorbilidades tanto Diabetes tiene un índice de 47,90% seguido del VIH incide el 27.3% **Conclusión:** Se concluyó que el incumplimiento o abandono Del tratamiento afecta de manera proporcional y genera nuevos casos con tuberculosis resistente, que conlleva a una problemática de salud pública, no solo a escala nacional sino también a nivel latinoamericano debido a los efectos que podría tener en la población en general.

PALABRAS CLAVE: Tuberculosis, resistente, incumplimiento, abandono, tratamiento antifímico

RESIDENT TUBERCULOSIS DUE TO NON-COMPLIANCE OR ABANDONMENT OF ANTIPHYMATIC TREATMENT

ABSTRACT

Tuberculosis is a chronic transmissible bacterial infectious disease, generally produced by *M. tuberculosis* that can become MDR tuberculosis due to resistance to fundamental drugs such as rifampicin and isoniazid used to treat this pathology. **Objective:** To analyze the factors that influence MDR tuberculosis due to non-compliance or abandonment of anti-drug treatment. **Methodology:** It is a documentary and analytical research with review of scientific articles where an analysis of the predominant factors in MDR tuberculosis due to noncompliance with treatment was carried out, and the relationship between the defined research variables was identified and established. **Results:** it was obtained that the predominant factors in the abandonment of the antichemical treatment are: age 89.50% followed by male sex in 78.40%; lack of schooling with 77.9%; alcoholism 30%, drug addiction plus tobacco consumption predominate 20% respectively; the difficult situation to access the health center with 84%, comorbidities such as Diabetes has an index of 47.90% followed by HIV with 27.3%. 3% **Conclusion:** It was concluded that non-compliance or abandonment of treatment affects proportionally and generates new cases of resistant tuberculosis, which leads to a public health problem, not only on a national scale but also at a Latin American level due to the effects it could have on the population in general.

KEY WORDS: Tuberculosis, resistant, non-compliance, abandonment, antitubercular treatment.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una patología infecciosa generada por el bacilo de koch, la misma que afecta a países en crecimiento, siendo una de las enfermedades con alto índice de letalidad al igual que el VIH. A nivel global la repercusión de la tuberculosis se consigue minimizar un 2% todos los años teniendo en cuenta que se considera un problema de salud de mayor intensidad. Se estima que una cuarta parte de la población está infectada por el bacilo koch; pero sin muestras de desarrollado de la enfermedad; ni condiciones para transmitir la infección. (OMS, 2020)

De acuerdo con Dávila (2016); “La tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR) es una manera específica de tuberculosis drogorresistente; se identifica cuando por prueba de sensibilidad convencional la bacteria responsable de la enfermedad es resistente por lo menos a la isoniazida y la rifampicina” (pág. 12); considerados como los fármacos pilares más eficaces y más potentes contra la tuberculosis. Según la OMS registro 600.000 nuevos casos de TB resistente a la rifampicina a nivel mundial durante año 2016 de los cuales 490.000 eran MDR, la mitad de casos de TB se encuentran en países desarrollados como India, China y Rusia. En Latinoamérica se estima que 2.300 casos son multiresistente a la rifampicina donde se considera que un 52% no sería la tasa del éxito al finalizar el tratamiento por motivo al abandono. (Dávila, 2016)

El abandono del tratamiento de tuberculosis resistente se da por factores tan sencillos como falta de instrucción para conocer sobre la enfermedad, no tener apoyo social, horarios de atención inadecuados ni conocer sus propios resultados de laboratorio, así se logró entender la necesidad de que los servicios de salud, deben evidenciar grandes esfuerzos para la determinación precoz de aquellas condiciones que pueden convertirse en factores de

riesgos; y así implementar planes preventivos e intervenciones efectivas de forma ágil; así como de gran impacto. Para ello, el estudio elaborado por dichos autores requirió del análisis de casos y controles de una muestra de 80 casos y 180 controles dentro del periodo del 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2012, y aplicando métodos estadísticos como regresión lineal para determinar la existencia de relación entre variables (O.Rivera, J.Mendigure, & C.Bonilla, 2019).

En la presente investigación bibliográfica se identifica la incidencia de la tuberculosis MDR por el incumplimiento o abandono del tratamiento antifímico en los cuales se identifican diversos factores sociodemográficos.

CAPÍTULO 1

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

A nivel mundial, la tuberculosis como cualquier otra manifestación clínica que se deriva de un bacilo cuya propagación es silenciosa dado que no presente signos en personas sanas, pero es tan geométrica que se ha convertido en una de las causas de morbilidad y mortalidad del mundo, incluso por encima del VIH/SIDA. Se le asocia constantemente al pulmón, pero puede afectar fácilmente a otros órganos. La gravedad de la enfermedad es que ha podido contagiar a más de una cuarta parte de la población mundial. A pesar que existe tratamiento y control, no ha sido posible su erradicación por completo.(Organización Mundial de la Salud, 2019a).

“La tuberculosis farmacorresistente sigue siendo una amenaza de salud pública. En 2018, se manifestaron aproximadamente medio millón de nuevos casos de tuberculosis resistente a la rifampicina (de los que un 78% tenían tuberculosis multirresistente). Los tres países con 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 (TB-MR/TB-RR). Las proporciones más altas (>50% en casos tratados previamente) se dan en países de la antigua Unión Soviética”(Organización Mundial de la Salud, 2019a).

Una muestra de lo anterior se encuentra en mucha evidencia histórica donde la epidemia de la tuberculosis tuvo su mayor declive en Europa cuando comenzó la revolución industrial que incluyó cambios sociales, educativo y de salud que buscaron la mejora de la

calidad de vida, modificación en los hábitos de consumos y alimenticios y la potenciación de las condiciones de higiene y limpieza, todo ello contribuyeron a que las grandes urbes como las zonas rurales reduzcan considerablemente la incidencia, mortalidad y morbilidad de la enfermedad (Monedero, 2016).

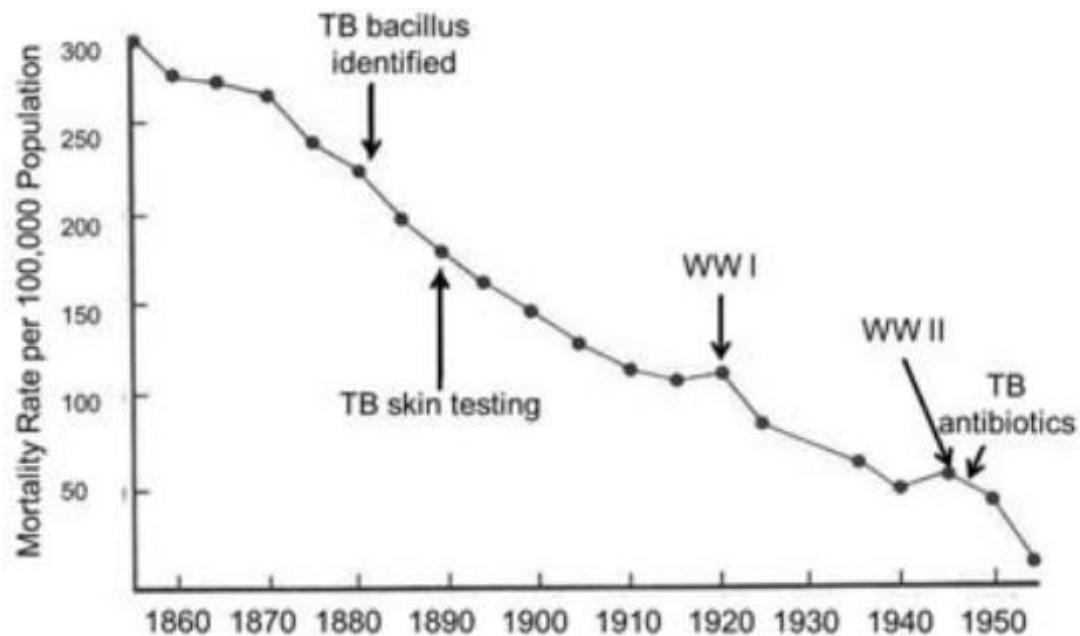


Figura 1: Descenso de mortalidad por TB en Inglaterra. 1860-1960. **Fuente:** (Monedero, 2016).

La pobreza, la malnutrición y la exclusión social son factores de gran incidencia hasta el siglo pasado, pero lamentablemente sigue presente en países en desarrollo que por diversos motivos no han podido reducir sus efectos negativos lo que conlleva a observar la presencia del TB sin que se pueda limitar aún su accionar, en muchos casos se evidenció que dicha patología logró obtener resistencia. De ahí que a mediano o largo plazo, los países europeos pudieron controlar pandemias que se generaron en dicho continente cuya población actual es de aproximadamente 750 millones de personas que representan el 10% de la población mundial (Naciones Unidas, 2019).

Los Estados Unidos han tenido una considerable reducción de las tasas de infección y fallecimientos originados por TB, sorprendentemente desde el año 1950 hasta 1980, donde comenzó a incrementarse, coincidentalmente en un periodo donde la economía del país del norte comenzó a caer en una recesión de consideración lo que aumentó su tasa de pobreza que fue de la mano con el desempleo. Una vez más, la evidencia literaria demuestra que la pobreza es un factor incidental para la presencia de TB en USA (Correa Pontón & Farez Tapia, 2017).

En América del Sur y el Caribe se evidencia muchas falencias que han contribuido especialmente a que la TB llegué a ser uno de los agentes infecciosos cuya pandemia se ha intentado acabar, la ineficacia de los programas de salud en cuanto a control ha incidido enormemente lo que ha conllevado a que la enfermedad sea mucho más resistente y agresiva, aumentando su mortalidad y comortalidad, así como también su coinfección con otros virus como el VIH. Las TB más importantes y que se ha identificado a partir de este “descontrol” son: la TB multifármacoresistente o multidrogo-resistente (TB-MFR/TB-MDR) y la TB extremadamente resistente (TB-XDR) (Muñoz del Carpio-Toia et al., 2018).

La TB en América Latina representa a la segunda causa de mortalidad después del VIH. Esto se puede evidenciar que durante el año 2013 se reportaron 231.330 casos de Tuberculosis, pero para el año 2015 hubo una disminución del 50% en la incidencia y del 70% en la mortalidad si se compara con el año 1990. Lamentablemente se ha reducido los procesos de diagnóstico y tratamiento en al menos 60 mil casos, de los cuales el 20% podrían tener TB Multidrogoresistente (MDR) (Correa Pontón & Farez Tapia, 2017).

La tuberculosis resistente y multi-resistente constituye un peligro eminente para la humanidad porque al no existir fármacos o medicamentos que le puedan ser eficaces en su tratamiento puede llevar a la presentación de manifestaciones clínicas muy agresivas, lo que confirma la preocupación de los galenos y demás personal médico cuando se comienza a identificar un aumento considerable de casos con recaídas, incumplimiento o abandono de los tratamientos antifímicos por parte de los pacientes. Se estima que a nivel mundial aproximadamente 2 billones de personas se encuentran infectadas por *Mycobacterium tuberculosis* (infección tuberculosa), pero sólo más de 15 millones de personas llegan a desarrollar una tuberculosis “activa” y mueren aproximadamente 2 millones de personas cada año (Gómez-Ayerbe et al., 2016).

Se evidenció que América del Sur y el Caribe, Brasil tiene la mayor cantidad con un aproximado de 32% del total de casos de TB estimados y convirtiéndose en el primer país sudamericano. Mientras que sorpresivamente, Ecuador, se encuentra en el puesto número 10 con apenas del 3% del total de casos de TB estimados. Los casos de TB notificados (nuevos y recaídas) en el año 2017 fueron “228.943 en el continente, un 82% del total de casos estimados. La brecha en el diagnóstico no ha disminuido en los últimos años, alrededor de 50.000 casos, con un leve aumento entre 2016 y 2017 de 3.000 casos” (Organización Panamericana de la Salud, 2018, p. 58).

En Ecuador, el Gobierno Nacional estableció la estrategia de “Prevención y Control de Tuberculosis”; con el objetivo de certificar la detección, diagnóstico y tratamiento del padecimiento con el propósito de reducir los indicadores de morbilidad y de mortalidad; para de esta manera impedir, el desarrollo de la resistencia a los fármacos antituberculosis. La “Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica” brinda su apoyo al proceso a través de la

vigilancia de casos positivos detectados. De acuerdo Ministerio de Salud Publica (2018); las provincias que tienen mayor número de contagios son: “en segundo lugar, El Oro con 444 casos de Tuberculosis que constituye el 7.28% y en tercer lugar Los Ríos con 367 casos que representa el 6.02% del total de casos de Tuberculosis sensible” (p. 3).

A nivel micro, la provincia con mayor incidencia de Tuberculosis es la provincia del Guayas; de acuerdo con los casos en zonas urbano y rural se registran con 3.354 pacientes positivos que corresponde al 55.03%; las razones pueden derivarse de una mayor densidad poblacional; además, de la existencia de grupos vulnerables conformada por personas de escasos recursos económicos; así como, individuos con enfermedades como el “Virus de la Inmunodeficiencia Humana” (VIH), diabetes, etc. (Ministerio de Salud Publica, 2018)

En un estudio realizado por Correa y Farez (2017); en una Casa de Salud, ubicada en la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas se identificaron que la mayor parte de pacientes con TB son del género masculino, quienes reciben y participan de los programas de tuberculosis de manera mensual. Pero, también se observó con preocupación la presencia de usuarios que abandonaron el tratamiento y su patología cambio a Tuberculosis Multi Drogo Resistente conocido también como MDR. Para ello, se hizo un estudio tanto descriptivo como transversal tomando una muestra de usuario de dicho centro y aplicando una encuesta para la obtención de datos que permitan identificar cuál es la población con mayor presencia de TB. Se concluyó que son personas de condiciones socioeconómicas baja o media baja, es decir personas que no disponen de recursos fijos o son pobres.

Según Monedero (2016) en su trabajo titulado “Hacia un mejor control de la tuberculosis multidrogorresistente en países en desarrollo” identificó que dicha patología ha

incrementado su prevalencia debido principalmente al relajamiento de los controles que conlleva a un mal manejo de los casos identificados, esto también incluye el hecho que los procesos de diagnóstico no se efectúen de forma apropiada y más aún: de forma oportuna. La investigación buscó mejorar las estrategias de prevención y curación de los casos para que tengan un impacto significativo. Para ello, realizó estudios y revisiones de tratamientos para estandarizarlos, así como determinar los medicamentos sueltos más efectivos, pero también observó el precio que sabe incidir enormemente y contempló la reducción de las resistencias. Se concluyó con la elaboración de políticas sanitarias para el uso apropiado de medicamentos, así como estrategias para lograr tratamientos unificados para Tuberculosis Multi Drogo Resistente y la capacitación del personal clínico para que pueda mejorar los cuidados y se logre una mayor recuperación de los pacientes que tienen dicha patología.

De acuerdo a un estudio descriptivo y retrospectivo realizado por López y Rodríguez (2016) para caracterizar epidemiológica de pacientes con TB-MDR determinó que hay una gran presencia de la patología con mucha frecuencia. Lo que se observó en el estudio fue que el fallo terapéutico que incide es el uso de medicamento antituberculosis con anterioridad y luego tener una recaída, la otra que es más importante es la resistencia secundaria como también la resistencia a los medicamentos rifampicina e isoniazida. Para ello, se tomó una muestra usuarios con TB a los cuales se les hizo un análisis de su historia clínica durante 10 años. Se concluyó que la Tuberculosis Multi Drogo Resistente se origina principalmente por el mal consumo o incorrecta toma de medicamentos de primera línea.

En el estudio efectuado por Araya (2016) sobre la descripción de la tuberculosis multidrogorresistente en Chile analizó más de 5.000 casos de pacientes con TB y más de 30 con TB multi drogo resistente donde se encontró una relación importante entre los casos que

tienen recaídas o porque abandonan. De ahí, la importancia de esta investigación que puede aportar considerablemente y brindar una guía en el presente estudio. Se concluyó con dichos resultados que la patología analizada comenzó a tener un aumento lo cual debe de ser el enfoque de los programas de vigilancia, diagnóstico y de control, por lo cual resulta importante mantener un equipo de Atención Comunitaria que es lo que se aplica en el Ecuador y en Sudamérica.

Para Montufar y Noboa (2013); en su trabajo sobre factores de abandono de tratamiento de pacientes nuevos con tuberculosis identificaron y establecieron que la aparición de la tuberculosis multi drogo resistente tiene como origen los malos tratamientos o tratamientos incorrectos, esquemas incompletos o el abandono como tal de los controles. Para ello, tomaron una muestra de usuarios de los establecimientos de salud tanto pública como privado de la ciudad de Guayaquil donde se revisó su hoja clínica y se observaron si tomaron el tratamiento para luego abandonarlo. Se concluyó que el principal factor de abandono de tratamiento está relacionado con los servicios de salud, siendo de gran importancia el manejo humano; es decir, la atención al servicio del cliente/usuario adaptando “los tiempos y adecuando a las necesidades de los pacientes, el cumplimiento normativo de las visitas domiciliarias para la reinserción apropiada del paciente al tratamiento y el manejo interprogramático para la solución oportuna de los problemas motivo de abandono” (Montúfar & Noboa, 2013, p.10). Algo de rescatar en el documento analizado fue que se sugirió realizar intervenciones educativas para concientizar a los usuarios y familiares de tal manera que conozcas y recuerden las consecuencias que por abandono puede ocasionar al paciente.

Según Jiménez y Águila (2015); quienes identificaron los factores que influyen en el abandono del tratamiento antifímico en un hospital del cantón Daule establecieron que existe un aumento en el costo de los tratamiento y de la morbilidad y mortalidad cuando la tuberculosis llega a desarrollar resistencia a los fármacos y medicinas que le combaten. De igual manera, describen que se ha estimado un abandono del tratamiento a nivel mundial hasta un 90% y para América es del 10%. Para realizar sus análisis consideraron una muestra de 30 casos a los cuales el paciente tenía relacionado algunos factores seleccionados por los investigadores como eran consumo de droga, alcohol, si se encontraba con empleo o no, y sobre el tratamiento y su tiempo. Se concluyó que son los factores que se encuentran inherentes en las personas las que limitan la continuidad de los tratamientos.

Para Anduaga et al. (2016); observaron mediante la revisión bibliográfica que desde hace algunos años, se han identificado cepas mucho más resistentes a los medicamentos contra la tuberculosis, determinándose cinco patrones de sensibilidad farmacológica que son: “sensibilidad a Isoniacida y Rifampicina; resistente a Isoniacida y Rifampicina o multidrogo resistente (MDR); resistente a Isoniacida, Rifampicina, cualquier fluoroquinolona y cualquier droga inyectable de segunda línea o extensivamente resistente (XDR) a todas las drogas de primera y segunda línea” (p.22). También se constató una condición extremadamente resistente; así como la condición totalmente resistente. En referencia a las formas resistentes a fármacos se estima que: “3,3% de los nuevos casos diagnosticados de TB a nivel mundial son TB MDR, y el 9,7% de la forma XDR; en nuestro país, se han reportado 1500 casos de TB MDR y 80 casos de TB XDR por año” (Anduaga et al., 2016, p. 23); siendo la mayoría de estos casos identificados y notificados por Lima y Callao.

De acuerdo a Hernández (2018) concluyó a través de su estudio titulado “Relación de los factores de riesgo con el abandono al tratamiento contra la tuberculosis resistente entre los años 2009 – 2012, Perú” que es de suma importancia tomar acciones para disminuir el abandono al tratamiento en los pacientes con TB MDR, con el objetivo de controlar y disminuir la transmisión de tuberculosis, como problema de salud pública. Para ello, se consideró la utilidad de una muestra con pacientes que tuvieran dicha patología dentro del periodo 2009-2012, la cual a dichos datos se volvió a aplicar métodos estadísticos que permitieron establecer la relación entre el abandono y los factores de riesgo que fueron identificados entre los que más destacaron el esquema del tratamiento. De esta manera Hernández (2018) concluyó que: “el abandono del tratamiento antituberculoso se asoció principalmente a factores no modificables como: sexo, abandono previo, edad, tipo de resistencia y a dos factores modificables como índice de masa corporal y esquema de tratamiento”(p.2).

En el estudio efectuado por Apaza, Huaranga y Huarca (2020) lograron establecer qué; la resistencia medicamentos que se presenta dentro de la tuberculosis genera la aparición de tuberculosis multidrogorresistente o extremadamente resistente lo que incide en un aumento de la morbilidad, donde se ha estimado que aproximadamente a nivel mundial existen 580.000 casos de TBM. “Esto significa que además de aumentar los casos, se tiene que el TB multirresistente (TBM) y la farmacorresistente (TBF) requieren un tratamiento más prolongado con al menos cinco medicamentos y tienen una tasa de mortalidad más alta” (p. 14). Para ello, se procedió a la elaboración de un estudio descriptivo con un enfoque cuantitativo, lo que requirió a su vez de la toma de una muestra constituida por 50 pacientes que abandonaron el tratamiento con los cuales a partir de sus datos se procedió a realizar un tratamiento estadístico de datos. El estudio determinó que los factores de riesgo personales

se encuentran de acuerdo a características específicas de orden social y familiar; considerando aspectos que influyen la conducta del paciente permitiéndole cumplir con la terapia indicada por el medico; además existen factores de riesgos institucionales presentes en la carencia de espacios de atención para este tipo de patología donde pueda desempeñarse el personal con los elementos indispensables y el espacio físico adecuado.

En el estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (2019) sobre “Informe Mundial de la Tuberculosis”, determinó que la tuberculosis farmacorresistente es una amenaza global a convertirse en una potencial pandemia como hace tan sólo dos siglos atrás. En el año 2018, se consideró más de medio millón de nuevos casos de tuberculosis resistente a la rifampicina (cerca de un 80% de los casos tenían tuberculosis multirresistente). Los países con mayor incidencia en este aspecto fueron: “India (27%), China (14%) y la Federación de Rusia (9%). En el ámbito mundial, 5% de los nuevos casos de tuberculosis y el 20% de casos previamente tratados tenían tuberculosis multirresistente o resistente a la rifampicina (TB-MR/TB-RR)” (Organización Mundial de la Salud, 2019, p. 2). Las proporciones más altas, mayores al 50% en casos tratados previamente se dan en países de la antigua Unión Soviética.

Según Rivera, Benites, Mendigure, Bonilla (2019) establecieron y concluyeron que el abandono del tratamiento de tuberculosis resistente se dan por factores tan sencillos como falta de instrucción para conocer sobre la enfermedad, no tener apoyo social, horarios de atención inadecuados ni conocer sus propios resultados de laboratorio, así se logró entender la necesidad de que los servicios de salud enfatizar la detección precoz de las situaciones que podrían ser factores de riesgos, para que de esta manera se implementen acciones preventivas. Para ello, el estudio elaborado por dichos autores requirió del análisis de casos y

controles de una muestra de 80 casos y 180 controles dentro del periodo del 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2012, y aplicando métodos estadísticos como regresión lineal para determinar la existencia de relación entre variables.

De acuerdo a Arreaga y Laines en su estudio sobre “Factores socioculturales al abandono del tratamiento antifímico en pacientes adultos”; identificaron que la deserción es uno de los grandes problemas que no permiten la conclusión óptima de los tratamientos y que es mucho más evidente en pacientes de edad adulto mayor. La investigación revisada hace uso del mismo tipo de investigación que se utilizará en el presente proyecto como es la investigación documental-bibliográfica con un enfoque de análisis literario, esto es la consideración de documentos y artículos científicos y médicos, cuyo tema o problemática sean similares o equivalente al que se está tratando actualmente. Se concluyó que existen diferentes factores socioculturales relacionados con el abandono del tratamiento antifímico, en los cuales se incluye; la edad, condiciones de temor por rechazo o señalamiento generadas por la sociedad, provocando que el paciente tome decisiones que influirán en su salud.

Según Torres y Herrera (2016) en su estudio titulado “Perfil del paciente con tuberculosis que abandona el tratamiento en Chile” identificó como principales causas es la asociación con riesgos como el alcoholismo y el uso de drogas, mientras que la pobreza sigue siendo un factor incidental donde se traduce en el hecho de que muchos pacientes viven en situación de la calle, lo cual se asocia o también se convierte en una causa la inestabilidad laboral lo que no les permite obtener los recursos necesarios para seguir con el tratamiento o la adquisición de medicamento necesario para su curación. Se observó dentro del estudio que se revisó que una gran cantidad de pacientes abandonaban el tratamiento por que llegan a tener una percepción de mejora. La investigación analizada hizo uso de una muestra a partir

de la información obtenida de documentos de las auditorías que se realizan respecto al abandono identificado, los cuales consideró el periodo 2009 al 2013 dando un total de 134 documentos médico-legales sobre abandono. Se concluyó sobre la importancia de aplicar el “score de riesgo de abandono” en los pacientes que ingresan a tratamiento para establecer estrategias que permitan prevenirlo y mitigar su tasa que es cada vez mayor cada año.

En el trabajo titulado sobre “Prevalencia y factores de riesgo para tuberculosis pulmonar” de Brito y Castillo (2018), establecieron y expresaron que el abandono del tratamiento antifímico tiene una incidencia peligrosa; además, factores como la pobreza, exclusión social, son resultado de la presencia de los primeros malestares detectados por los familiares del paciente, quienes presentan demostraciones de temor ante el contagio; sumándose los compañeros de trabajo que excluyen a la persona enferma de tuberculosos, lo que provoca el incremento de la tasa de abandono del trabajo, separándose del ambiente familiar, laboral y social. Por lo que Brito y Castillo (2018) manifestaron que los estados de depresión y baja autoestima, influyen en aquellos pacientes que no se acercan a recibir el tratamiento en el centro de salud más cercano a su domicilio. En otras ocasiones lo inician, pero no lo culminan, lo que fortalece la fuerza del bacilo de Koch, complicando el tratamiento y la recuperación, impactando los costos que debe cubrir el estado en este tipo de enfermedades.

Para Alcívar et al., (2018) en su estudio enfocado sobre el abandono del tratamiento por parte del paciente; demuestran como el problema que complica el control de la TB y obstaculiza la eliminación de la enfermedad, y coinciden en que la pobreza viene asociada con la exclusión social donde muchos pacientes son separados de su lugar de trabajo, agravando la condición de pobreza. Además Alcívar et al., (2018) mencionan existen

sentimientos de vulnerabilidad; “al sentirse vulneradas en su humanidad y ciudadanía, debido a la discriminación a la que se ven expuestos en el transito cotidiano del establecimiento de salud a su domicilio” (p.88). Dentro del mismo documento se hizo un análisis sobre la incidencia de la migración explicando que debido a esto, la patología estudia tiene una presencia omnipresente en todo el planeta y cada nación de ella, reproducción la misma condición endémica que tienen en sus países de procedencia e incluso reproduciendo sus mismas condiciones de vida.

Los factores que influyen en el abandono y adherencia al tratamiento por parte de los pacientes que padecen TB son los efectos negativos, adversos o muy fuertes que generan el consumo de los medicamentos que conforman el tratamiento, lo que causa en muchos pacientes el abandono del mismo; a pesar, de los ánimos y que puedan brindar familiares y amigos. E incluso, se estableció que el Estado hace la entrega de 240 dólares para incentivar a los pacientes a continuar con la toma de los medicamentos. Así lo determinó Zapata (2018) en su estudio titulado “Factores de riesgo y su influencia en la adherencia de los pacientes al tratamiento antituberculosos. Hospital ‘Jaime Roldós’, cantón Ventanas, Los Ríos. Septiembre 2017 - Febrero 2018” determinando la influencia que los factores de riesgo tienen en la adherencia de los pacientes en el tratamiento antituberculosos, con lo cual se concluyó con un plan de actividades a realizarse que contiene una temática para la enseñanza en busca de acrecentar el conocimiento sobre la enfermedad y sus consecuencias.

Mientras que para Huasco y Orozco (2018) en su estudio sobre la identificación de los factores de abandono de tratamiento de pacientes con TB, llegaron a identificar que la ausencia de apoyo familiar y social; así como, la atención inadecuada otorgada en los centros de salud; son factores externos a la personas que influyen en gran manera respecto a continuidad y adherencia a los tratamientos para combatir la TB. Se concluyó que los factores

asociados internamente a las personas como es la escolaridad y el consumo o no de alcohol como de sustancias psicotrópicas prohibidas tienen una gran consecuencia en muchos países en vías de desarrollo, como lo es Ecuador. Dicha investigación fue muy documentada y utilizó la investigación documental como base para realizar un análisis para identificar los factores.

Para Álvarez y Ángulo (2018) establecieron que los “Factores socioeconómicos inciden en el abandono del tratamiento de la tuberculosis” a pesar que el Estado Ecuatoriano entrega un incentivo para que no deserten los pacientes. A pesar que la pobreza es uno de los factores más comunes que existen y se evidencia en la mayoría de los estudios, en el documento analizado se observó otros factores como el hacinamiento y el acceso a servicios básico, lo cual se complementa para que la presencia del TB se mantenga dentro del hogar del paciente y en muchos casos le vuelva resistente o multidrogoresistente. Para ello, se procedió a realizar estudios bibliográficos para el respectivo levantamiento de información derivada de otros autores, con el propósito de esclarecer dudas e identificar datos epidemiológicos.

En Ecuador, las experiencias sobre la necesidades perspectivas para ampliar plataformas de protección social en Tuberculosis Sensible o Específica elaborado por Cazares (2013) presentó y determinó que los cohortes antes tratados y que se encuentran en estado de abandono se ha reducido no en gran consideración, pero sí de manera sustancial gracias a la entrega de un bono de adherencia que influyó considerablemente dentro del porcentaje de abandonos.

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2018); en su informe sobre “Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis” clasificó al paciente que abandona el tratamiento pero regresa al mismo como “abandono recuperado” y lo definen cataloga como: “afectado con tratamiento después de pérdida en el seguimiento” (p. 2). Lo anterior, permite obtener una Clasificación de caso basadas en la historia de tratamiento de TB previo (condición de ingreso).

Por lo anteriormente expuesto, el presente estudio permitirá analizar el aumento de casos que presentan tuberculosis resistentes ante el incumplimiento o abandono de tratamiento antifímico. Así, se podrá establecer clínica y estadísticamente la relación entre ambas variables de investigación que han sido definidas y determinadas para dicho efecto.

Formulación del problema

¿Cuáles son los factores que influyen la tuberculosis MDR por el incumplimiento o abandono del tratamiento antifímico?

Sistematización del problema

- ¿Cuáles son los factores que inciden en el abandono de los tratamientos antifímicos para tuberculosis?
- ¿Existe una relación entre el incumplimiento o abandono del tratamiento antifímico de los pacientes y la aparición de casos de tuberculosis resistente?

1.2.Objetivos

Objetivo General

Analizar los factores que influyen en la tuberculosis MDR por el incumplimiento o abandono de tratamiento antifímico de paciente con tuberculosis.

Objetivos Específicos

- Fundamentar mediante la revisión bibliográfica de otros estudios que ayudarán a conocer los factores que inciden en el abandono de los tratamientos antifímicos para tuberculosis.
- Establecer la relación entre el incumplimiento o abandono del tratamiento antifímico de los pacientes y la aparición de casos de tuberculosis resistente.

1.3.Justificación

La razón del presente estudio es aportar con conocimiento clínico y estadístico sobre la aparición de nuevos casos con tuberculosis resistente, en este caso particular, generada por el incumplimiento o abandono del tratamiento antifímico de los pacientes. Debido a que la tuberculosis es una de las enfermedades crónicas que afecta no sólo a más de un órgano y su propagación es aeróbica con altos índices de contagio.

Los diversos factores y causas que hacen que un paciente abandone o incumpla con el tratamiento ha sido revisado en múltiples estudios que servirán dentro del presente proyecto, pero el aporte significativo que brindará el este documento es demostrar estadística y clínicamente la relación entre la apatía de los pacientes y la presencia de nuevos casos de tuberculosis resistente, lo que convierte a esta investigación Al identificar la relación entre ambas variables de estudio.

Se justifica metodológicamente debido al uso de enfoque Cuantitativo. El enfoque cuantitativo permite utilizar dos tipos de investigaciones como son: descriptiva y exploratoria. La investigación descriptiva facilita múltiples mecanismos para la recolección de datos efectivas y que, para este caso en particular, se realizará haciendo uso de datos públicos sobre la tuberculosis resistente y la presencia de nuevos casos. Mientras que la investigación exploratoria ayuda al entendimiento de la manifestación clínica objeto de estudio y que permite el análisis, revisión y consideración de otras investigaciones equivalentes.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Tuberculosis

En el informe realizado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2018), define a la tuberculosis como: “una enfermedad infecciosa bacteriana crónica transmisible, producida generalmente por *M. tuberculosis*, aunque en ocasiones puede producirse por otras micobacterias, la más frecuente es *M. bovis*. *M. tuberculosis* es un bacilo delgado, ligeramente curvo, de 1 a 4 micrones de longitud, motivo por el cual puede permanecer hasta 8 horas suspendido en el ambiente luego de ser expulsado por una persona infectada.” (p. 28).

La tuberculosis es una manifestación clínica cuyos signos son visibles en órganos del ser humano que ataca y se caracterizan por tos, esputo con sangre, dolores torácicos, debilidad, pérdida de peso y fiebre. La tuberculosis suele afectar directamente a los pulmones. Su transmisión se da de una persona a otra mediante las gotículas que se genera al hablar o exhalar por parte del paciente o enfermo (Correa Pontón & Farez Tapia, 2017).

La tuberculosis al ser transmisibles por gotículas emitidas por una persona que padece la enfermedad pulmonar de forma activa hace que se vuelva crónica porque se puede adaptar rápidamente al sistema inmunológico de las personas, las cuales varía mucho por la gran cantidad que existe actualmente en el mundo, así como también por el poco seguimiento en los tratamientos que muchos pacientes no siguen, entre otros factores que se analizarán a continuación como parte de este capítulo y que servirán de base teórica para la elaboración de la propuesta formulada en esta investigación.

La tuberculosis a nivel mundial se encuentra entre las principales causas de mortalidad cuyo crecimiento anual preocupa de manera considerable a la comunidad médica y científica porque puede ser erradicada con apropiado plan de prevención e intervención para los pacientes identificados, cuyos tratamientos pueden ser cubierto por los Gobiernos de los países. En el año 2015 se determinó más de 10 millones de personas con la enfermedad y de las cuales falleció el 2% por dicha manifestación clínica. Se estableció que más del 50% de las muertes se encuentra en países de bajos recursos como Pakistán o Nigeria, y en algunas naciones con recursos medianos como Sudáfrica, India o Indonesia (Correa Pontón & Farez Tapia, 2017).

Para el año 2019, la Organización Mundial de la Salud estimó que aproximadamente 1,5 millones de personas murieron por la tuberculosis, así como también se sigue manteniendo la cantidad de pacientes con dicha patología (10 millones de personas enfermas). Siendo lo más llamativo que dentro de ese rubro se encuentran aproximadamente 2 millones de niños, 6 millones del género masculino y 2 millones del género femenino (Organización Mundial de la Salud, 2019a).

2.2. Etiología de la Tuberculosis

De acuerdo a Tierney y Nardell (2018) en su trabajo titulado: “Tuberculosis” establecieron etiológicamente a la tuberculosis como: “La tuberculosis es causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, cuyo principal reservorio es el ser humano. En ocasiones puede encontrarse una enfermedad similar debido a una infección por micobacterias estrechamente relacionadas, como el *M. bovis*, el *M. africanum* y el *M. microti*, que se conocen en conjunto con *M. tuberculosis* como complejo *Mycobacterium tuberculosis*”.

2.3.Signos y Síntomas

De acuerdo a una investigación realizada por Morán y Lazo (2017) describieron como sintomatología de la tuberculosis más significativos a: “Tos productiva por más de 15 días (con o sin expectoración y sangre en el esputo); Diaforesis y dolores nocturnos; Astenia; Fiebres vespertinas; Dolores torácicos adjunto a hipertermias; Debilidad; Pérdida de peso notoria y Anorexia” (p. 17).

2.4.Medios de Diagnostico

2.4.1. Baciloscopia de esputo

Es una prueba de laboratorio que requiere contar con una muestra de esputo del paciente para ejecutar procedimientos de evaluación microscópica que permiten identificar y detectar la presencia o no de bacilos, y que es muy utilizada por sus ventajas de rapidez y bajo costo. La prueba no detecta si existe resistencia farmacológica. Esto se debe a que se utiliza una tinción para ello, entre las más utilizadas se tienen la de Zhiel-Neelsen que es muy eficaz y la de Auramina que es muy expeditiva de realizar. Finalmente, es una prueba que tiene una sensibilidad baja, aunque se han presentado variación dependiendo de la infección y el estadio de la patología (Merchán & Placencio, 2019).

2.4.2. Prueba rápida Xpert MTB/RIF®

Es una prueba automatizada molecular de amplificación genética para identificar el complejo que genera la tuberculosis. También sirve para “establecer la resistencia a la Rifampicina, que es el fármaco más relevante para el control y curación de esta patología” (Sanabria, 2018, 12). Así, dicho ensayo se convierte en una prueba de PCR que se ejecuta en tiempo real utilizando sondas fluorescentes balizas moleculares. Así,

fue recomendada por la OMS por primera vez en el 2010 por la rapidez en la entrega de sus resultados (dos horas) respecto al diagnóstico positivo de tuberculosis

2.5. Transmisión

“El *Mycobacterium TB* se transmite por inhalación de gotitas infecciosas, eliminadas en el aire por el estornudo de un paciente con TB. Puede ser la transmisión indirecta, ya que la *Micobacterias* es tan resistente a la desecación y también puede estar por muchos meses más en el polvo o en los demás objetos de uso diario” (Correa Pontón & Farez Tapia, 2017, p. 27).

El *Mycobacterium tuberculosis* debido a que es un bacilo resistente y puede permanecer buen tiempo en el medio ambiente como el polvo, le permite ingresar fácilmente por el sistema respiratorio, el tejido linfoide de la orofaringe, el aparato gastrointestinal y la piel. Respecto al aparato gastrointestinal se ingresa cuando se ingiere leche de vacas enfermas, esto hace que se ocasionen lesiones intestinales.

Las gotículas de los pacientes con TB contiene una gran cantidad de bacilos de la enfermedad, esto se debe al proceso de proliferación bacilar que provoca cavitaciones pulmonares; es decir, “un esputo que llega a poseer de 1 a 10 millones de bacilos por ml, así como una tos repetitiva y productiva” (Huasco & Orozco, 2018, p.9).

2.6. Tratamiento

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad que puede ser tratada, lo que indica que existe una cura y el tratamiento consta de la ingesta de fármacos en dos fases muy

establecidas, lo que le da una duración de entre seis a ocho meses. Para ello, se hace uso de dos esquemas con una combinación de 4 a 5 medicamentos.

Según Correa y Farez (2017) describieron las fases que intervienen dentro del tratamiento de la tuberculosis consistentes en:

- “Fase principal con duración de 2 o 3 meses (50 a 75 dosis) por 5 días en la semana se administran los medicamentos dentro del centro de salud, para poder reducir de manera más ágil la carga bacilar.
- Segunda fase o también llamada fase de consolidación se administra 3 días a la semana, por 4 o 5 meses (50 a 60 dosis) para que haya eliminación de los bacilos y esterilización de las lesiones” (p. 34).
-

2.6.1. Isoniacida (H), Pirazinamida (Z), Rifampicina (R)

“La isoniácida, rifampicina y pirazinamida son los medicamentos bactericidas más potentes, activos contra todas las poblaciones de bacilos tuberculosos. Se tienen en cuenta tres propiedades fundamentales de los medicamentos antituberculosos: Capacidad bactericida, capacidad esterilizante y capacidad de prevenir la resistencia” (Zapata, 2018).

Para Zapata (2018); “Los medicamentos de isoniácida busca detener la multiplicación continua, la rifampicina interfiere en la duplicación del material genético del bacilo y la pirazinamida participa de forma directa contra los bacilos que se alojan en el interior de los macrófagos” (p. 12). Así los tres medicamentos permiten eliminar de forma completa al bacilo. De ahí la importancia de que el tratamiento se mantenga y

se suministren las dosis tal como se ha establecido para el paciente con la finalidad de evitar que se vuelva resistente a la medicina.

2.6.2. Estreptomicina (S)

“En el tratamiento con medicamentos de primera línea esenciales para el proceso de control de la Tuberculosis se encuentra la estreptomicina. La estreptomicina tiene también propiedades bactericidas contra ciertas poblaciones de bacilos tuberculosos, es activa contra los que se encuentran en fase de multiplicación extracelular rápida” (Zapata, 2018).

La estreptomicina es un medicamento que se caracteriza por ser una solución inyectable enfocada al tratamiento de las infecciones que provocan gérmenes sensibles como *Mycobacterium tuberculosis*, *Salmonellas*, enterococos, estreptococos, neumococos y algunos gramnegativos como *Haemophilus influenzae*. Para el presente estudio es de interés conocer sobre dicho tratamiento debido a su eficacia contra infecciones del tracto respiratorio como es la tuberculosis.

2.6.3. Etambutol (E)

“Es un medicamento bacteriostático, pero se asocia con medicamentos bactericidas más potentes para evitar la resistencia de los bacilos” (Zapata, 2018).

El etambutol es un medicamento en tableta de 400 mg que contiene como base el clorhidrato de etambutol y es exclusivo para el tratamiento de tuberculosis pulmonar. Si bien requiere de la combinación de otras medicinas es importante destacar que se requiere de información especializada como experiencia clínica, seguridad comparativa y estudios de susceptibilidad *in vitro* apropiados.

2.7. Esquemas de tratamiento

Los esquemas de tratamiento tienen su base al peso corporal de la persona, en el suministro farmacológico del paciente, así como el registro e historia de los medicamentos y el tiempo de los tratamientos recibidos. De acuerdo con el Ministerio de Salud (2018); “Se dividen en dos grupos: TB sensible y TB resistente” (p. 1).

Para facilitar el entendimiento respecto a las categorías de tratamiento que se realizan en Ecuador, se presenta a continuación la siguiente tabla:

Tabla 1: Tratamiento antituberculoso en Ecuador

Categoría	Pacientes con Tuberculosis	Regímenes terapéuticos	
		Fase Inicial	Fase de Continuación
Esquema 1	Casos nuevos: TBPBK + TBPBK – C + TB extrapulmonar Comorbilidad TB/VIH	2 HRZE	4 H3R3
Esquema 2	Casos con tratamiento previo: Recaídas Abandono recuperado Otros	2 HRZES – 1 HRZE	5H2R2E2
	Casos de TB infantil < 7 años	2 HRZ	4H2R2
		En caso de resistencia a drogas de primera línea y/o segunda línea	Regímenes estandarizado e individualizado para TB MDR

2.8 Retratamiento

Según Zapata (2018) en su estudio sobre “Factores de riesgo y su influencia en la adherencia de los pacientes”; definió al retratamiento como: “a la instauración de una pauta terapéutica en un enfermo que ya ha sido tratado, con anterioridad, con fármacos antituberculosos. Siendo dicho tratamiento la única opción que tendrá tanto el galeno como el paciente para poder curar al paciente” (p. 13).

Los retratamientos tienen como iniciativa incentivar al paciente a retomar su tratamiento, el cual, para garantizar su terminación y lograr recuperar la salud de la persona con TB, adapta de mejor manera los esquemas de tratamientos inicial considerando el perfil de sensibilidad que tenga la persona complementado por una supervisión y seguimiento mucho más estricto y precautelando una adecuada adherencia por parte del paciente.

2.8.Adherencia al tratamiento

Según Zapata (2018) en su estudio sobre “Factores de riesgo y su influencia en la adherencia de los pacientes”; definió a la adherencia como: “el cumplimiento estricto del tratamiento, que comprende el tratamiento farmacológico, las indicaciones de seguimiento y la consejería de enfermería” (p. 14).

La adherencia es medible y se obtiene mediante documentación técnica como la ficha de registro lo permite valorar como adherencia o no adherencia. Para el presente estudio se procederá a través de la aplicación de una encuesta que medirá la percepción respecto al tratamiento por tuberculosis y se evaluará la actitud positiva o negativa resultante; esto es debida a que no se cuenta con acceso de datos clínicos sino a datos que proveen las instituciones públicas de salud.

2.9.No adherencia

Según Zapata (2018) en su estudio sobre “Factores de riesgo y su influencia en la adherencia de los pacientes”; definió a la no adherencia como: “la incapacidad o la

oposición del paciente a cumplir con todos los componentes del tratamiento descritos anteriormente” (p. 19).

La no adherencia se origina, generalmente, cuando los tratamientos o fármacos provocan efectos negativos: son muy extensos en tiempos o no son compatibles con la sensibilidad de las personas. Esto hace que muchos pacientes sientan ansiedad o no deseen proseguir, lo cual es una de las principales causas teniendo grandes consecuencias como es acrecentar la resistencia de la patología y, en muchos casos, extender el tiempo de su enfermedad más de lo debido o esperado por el personal médico que le supervisa.

2.10. Abandono de tratamiento

De acuerdo al estudio realizado por Huasco y Orozco (2018) donde definieron al abandono de tratamiento como: “la inasistencia continua a la terapia por un mes o más. Representa uno de los factores que influyen en la disminución de la eficiencia de la terapia, se asocia los fracasos del tratamiento, mayor índice de mortalidad, desarrollo de resistencia bacteriana y un periodo de contagiosidad más prolongado” (p. 14).

Los pacientes que padecen de tuberculosis pulmonar diagnosticado por cualquiera de los métodos de diagnósticos que han sido descritos anteriormente han expresado de forma directa al personal médico o de manera indirecta dejando de ir a los tratamientos y optar por el abandono del mismo entonces el centro de salud al que asistía o donde recibía atención procederá a ejecutar auditorías mediante visita al

domicilio de la persona para establecer las motivaciones del abandono, tal como está definido en el programa de control de tuberculosis del Ecuador.

Las motivaciones que incitan al abandono de los pacientes de los tratamientos que deben de recibir tiene múltiples aristas que requieren de un estudio multidisciplinario para poder entenderlos, comprenderlos y mitigar sus efectos, los mismos se generan por la misma persona y su medio ambiente, que llegan en muchos casos a manipular y contraponer ideas erróneas a las personas tratada.

Los tratamientos de tuberculosis requieren de una supervisión que implica un compromiso y responsabilidad por parte del paciente para concurrir en los días asignados de la semana al centro de salud para recibir los fármacos que le hayan sido recetados y de acuerdo las manifestaciones clínicas identificadas. Debido a la desigualdad económica y social, muchos pacientes no cuentan con los recursos o medios necesarios que se requiere para realizar la movilización correspondiente. El abandono de los tratamientos ocasionan altos costos a los servicios de salud pública; sin embargo para Huasco & Orozco (2018); lo más preocupante es el “aumento de la posibilidad de la transmisión de los bacilos y la resistencia hacia los fármacos, siendo la multidrogorresistencia una de las mayores amenazas ante el éxito y control del tratamiento debido al incumplimiento de las tomas diarias del medicamento” (p. 14).

2.11. Factores que predisponen al abandono de tratamiento antituberculoso

La soledad para afrontar una enfermedad llega a menoscabar el coraje que se necesita para adaptarse y aceptar algunos efectos secundarios que generan algunos medicamentos en los pacientes con TB. En este sentido, la familia de los pacientes se

convierte en un apoyo y soporte físico, psicológico, emocional y hasta económico que debidamente combinados pueden incentivar de manera positiva a que los pacientes cumplan con la totalidad del tratamiento; tomando sus medicamentos a tiempo y en el orden prescrito.

“El apoyo afectivo es sumamente vital porque permite al paciente afrontar las diversas situaciones de la enfermedad, reduce los pensamientos negativos, refuerza la autoestima, minimiza las ideas de abandono del tratamiento, mitiga los efectos secundarios de los fármacos. Como toda enfermedad y de acuerdo a los signos identificados, la tuberculosis pulmonar provoca debilidad general en todo el cuerpo, así como también impide la ejecución de actividades físicas y cotidianas. Lamentablemente, en Ecuador, existe una estigmatización que conlleva a una distorsión de la percepción social que genera rechazo y discriminación de gran impacto en el paciente, lo que conlleva a sentimientos de r rechazo y exclusión” (Álvarez & Angulo, 2018).

2.11.1. Factores o determinantes proximales

“Son aquellos que se relacionan directamente con las variables de nivel individual de cada paciente, entre estos factores tenemos los biológicos y estilo de vida” (Huasco & Orozco, 2018).

Los factores proximales son aquellos que tienen una incidencia directa en la actitud y comportamiento de los pacientes siendo éstos internos (biológicos) o externos (estilos de vida). Los efectos de estos pueden manipular, cambiar o modificar las

razones para mantener el tratamiento. De ahí, la importancia de identificarlos como parte del presente estudio, aunque la propuesta no les mide porque existe suficiente documentación e investigaciones sobre eso, pero aportan un componente importante para lograr determinar si existe una verdadera relación matemática entre dicho abandono y la tuberculosis resistente.

2.11.1.1. Factores Biológicos del paciente

Los factores biológicos tienen que ver con características inherentes del mismo individuo que no son posible controlar o modificar lo que hace que tengan o se encuentran predispuestos a ciertas circunstancias que se genera por la afectación de la enfermedad dentro del organismo del paciente. Muchas investigaciones hacen menciones respecto al aumento del riesgo de adquirir TB y el abandono del tratamiento por los factores biológicos que se citarán a continuación y que comprometen la competencia del sistema inmunológico para llegar a desarrollar patologías como la estudiada (Alcívar et al., 2018). Así se tiene:

Edad: Es la cantidad de años cronológicos de una persona y, tiene una gran incidencia por en muchos casos condiciona el estado de salud del paciente lo que puede conllevar a un deterioro y el acrecentamiento de los efectos nocivos de los fármacos utilizados, así como una mayor agresividad del bacilo lo que ocasiona un daño en el estado general del enfermo (Alcívar et al., 2018).

Sexo: Denominado ahora como Género de la persona, tiene una gran incidencia donde muchos estudio ha establecido que los hombres tienden a abandonar el

tratamiento más que las mujeres, generalmente por factores culturales como machismo, vergüenza, entre otros (Alcívar et al., 2018)

Escolaridad: es el nivel de instrucción o formación que tiene el paciente. El contar con niveles de escolaridad muy bajo, la probabilidad de abandono aumenta porque no existen mecanismos claros en la persona que le permitan afrontar y adaptarse ante situaciones que le son perjudiciales o desventajosas. Una muestra clara de esto es que cuando una persona se autocuida se requiere de tomar decisiones y controlar su propia vida a través de la disciplina y responsabilidad necesaria (Brito & Castillo, 2018).

Enfermedad asociada: Es una de las características más importantes y uno de los factores que pueden influir en el abandono del tratamiento; debido a la existencia patologías o impedimentos físicos que anteceden o que se origina por el TB y que merman la voluntad de mantener y concluir el tratamiento, lo que predisponen el retraso del inicio de tratamiento o manifiesta una poca adherencia al mismo. (Correa Pontón & Farez Tapia, 2017)

2.11.2. Factor estilo de vida

“Son aquellos factores que involucran la toma de decisiones en los hábitos personales, conductas ante la terapia farmacológica y la utilización de los servicios de salud. Las decisiones que se toma en cuanto a cómo vivir la vida conlleva al mejoramiento de salud, enfrentando la enfermedad o a la muerte” (Apaza et al., 2020).

Los factores de estilo de vida son más bien características externas al individuo porque se ven moldeadas por las creencias y valores de la sociedad como también del mismo individuo, pero que pueden ser modificadas o cambiadas por entes y causas exógenas al paciente. Así pues, entre los componentes que inciden en el estilo de vida, se tiene:

Consumo de alcohol y drogas: La ingesta de productos nocivos para la salud como es el consumo de alcohol y drogas se debe más a presiones sociales y externas que influyen directamente en la actitud y comportamiento de los pacientes. Lo que más incide es que muchos de ellos decide consumir, aun estando en pleno tratamiento, reduciendo considerablemente la eficacia y eficiencia de los medicamentos prescritos (Apaza et al., 2020).

Cantidad de dosis del tratamiento: para los pacientes que por primera vez reciben el tratamiento, su duración y cantidad de dosis la consideran sumamente larga, por lo que en algunas ocasiones demuestra poca predisposición para iniciar el tratamiento; sobre todo, si por ello deben trasladarse a un centro de salud. (Apaza et al., 2020).

Efectos de medicación: Toda medicación tiene una contraindicación o efectos secundarios que para el caso de los pacientes con TB tampoco no es excepcional. Así, la cantidad de dosis que un paciente consume le puede generar la presencia de signos que van desde náuseas hasta nefrotoxicidad. Todos esos efectos negativos que padece la persona llegan a influir en su psique provocando el abandono o negatividad para tomar la dosis prescrita (Apaza et al., 2020).

2.11.3. Factores o determinantes distales

Son aquellos factores relacionados directamente con la sociedad y los niveles de grupo; es decir, son componentes con capas de influencia donde afectan a la salud de los individuos y que no son modificables o cambiables. “Se distinguen los factores ambientales (condiciones de vida, socioeconómicas y culturales) y factores de sistema sanitario (acceso a servicios de salud)” (Hilal, 2016, p. 21).

2.11.3.1. Factores Ambientales

Son factores relacionados con el entorno familiar, la condición social y del centro de salud del paciente que interactúan mientras se realiza el tratamiento a la persona, lo cual puede incidir positiva o negativamente en la continuidad del tratamiento para la tuberculosis pulmonar. (Hilal, 2016)

Apoyo Familiar: “La familia representa un papel fundamental en el cumplimiento del tratamiento del paciente, a su vez si el paciente presenta mejoría disminuye la carga de bacilos y el riesgo de contagio a familiares con los que tiene contacto directo. A su vez son los primeros que ayudan al paciente a la aceptación de la enfermedad” (Alcívar et al., 2018).

Apoyo en el trabajo: “El apoyo social o de ambiente laboral es de gran importancia ya que debe haber una aceptación por parte de compañeros de trabajo, de manera que, el paciente no se sienta apartado o ignorado por su enfermedad y esto sea

una causa de abandono del tratamiento o que limite la adherencia del mismo” (Alcívar et al., 2018)

Apoyo del centro de salud: “Mediante el programa de control de tuberculosis (PCT) el responsable del centro de salud, se encarga de llevar a cabo la estrategia DOTS en la cual se observa directamente la toma de las dosis en los días correspondiente. El personal también debe capacitar y alentar al paciente sobre su enfermedad, para que este cumple en su totalidad el tratamiento y se evite el contagio a más personas” (Alcívar et al., 2018)

2.11.4. Factores de servicio de salud

“Son aquellos en lo que interviene la atención de los servicios de salud dirigidos a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Además, se mide la calidad y el financiamiento hacia estos, garantizando el cubrimiento de las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad” (Huasco & Orozco, 2018).

Distancia al centro de salud: El centro de asistencia médica, debe de permitir el traslado inmediato y urgente de los pacientes que se encuentren con tratamiento, así como brindar el medicamento para dicho efecto. “La importancia de ello es que facilita el acceso al mismo y el cumplimiento del tratamiento” (Huasco & Orozco, 2018, p. 18).

Visita domiciliaria: El personal de salud ejecuta visitas domiciliarias como parte del protocolo y programa médico establecido en el Ecuador para el tratamiento de TB. Las visitas a domicilio tienen la finalidad de conocer su entorno, a las personas y

las motivaciones por la cuales “un paciente deja de asistir a la toma de las dosis y realizar un seguimiento del mismo” (Huasco & Orozco, 2018, p. 18).

Atención del personal de salud: “El programa de control de tuberculosis ha definido al personal de salud que realiza la visita domiciliaria con un médico, la licenciada/o en enfermería y la técnica en atención primaria de salud, los mismos que cumplen una función en la atención del paciente, en la cual crean una buena relación con el mismo, donde se muestra interés en el paciente y su enfermedad y se esperar el éxito del tratamiento” (Huasco & Orozco, 2018).

Organización de los servicios de salud: “La falta de organización de los servicios de salud es considerado como un factor para el incumplimiento del tratamiento debido a las esperas prolongadas para la medicación, las consultas de control, la falta de interés hacia el paciente, falta de personal encargado del PCT. La flexibilidad en los horarios y el confort hacia el paciente por parte del centro de salud permite una mejor adherencia al tratamiento” (Huasco & Orozco, 2018).

2.11.5. Consecuencia del abandono

El abandono de tratamiento permite al bacilo lograr una resistencia o multiresistencia a los diversos fármacos utilizados para el tratamiento de la patología, en este caso de TB, es por ello que se complica y provoca la ineficiencia de la cura; además, incentiva a los pacientes a recaídas, generando consecuencias más graves que aumentan la posibilidad de transmisión entre el individuo, la familia y la comunidad. Lamentablemente, la tuberculosis no le da la opción al paciente de rehusar el

tratamiento porque de esta manera expondría a más personas a contraer la enfermedad, lo que prácticamente se traduce en la pérdida de un derecho (Correa Pontón & Farez Tapia, 2017).

2.12. Tuberculosis resistente

Según Zapata (2018) en su estudio sobre “Factores de riesgo y su influencia en la adherencia de los pacientes”, definió a la tuberculosis resistente como: “la resistencia natural que presenta la tuberculosis a los fármacos antituberculosos es una característica que ha acompañado a este microorganismo desde sus orígenes” (pag. 24).

2.12.1. Control y tratamiento

De acuerdo al “Manual de Procesos para la Gestión de Suministro de Medicamento” definido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2015) que se encuentra en vigencia desde el año 2009, establece que: “la supervisión en el 100 % de los casos por el personal médico y enfermería, así como demás profesionales de la salud pública” (p. 78). Los recursos utilizados se dispondrán como ambulatorio -sobre todo para el perfil epidemiológico- y hospitalarios, así como integrado a los servicios generales de salud. El tratamiento farmacológico se basa en la experiencia de los prescriptores que conocen de mejor manera dicho aspecto de los medicamentos recomendados o solicitados, para ello, se ha procedido a dar seguimiento mediante indicadores de gestión como el Porcentaje de reporte de RAM (Reacciones Adversas a Medicamentos) que permite la mejora de los fármacos durante el transcurso de los años

Para Zapata (2018) en su estudio sobre “Factores de riesgo y su influencia en la adherencia de los pacientes”, estableció tres propiedades fundamentales de los

medicamentos antituberculosos que se deben de considerar como parte del control y tratamiento de forma apropiada y efectiva como es: capacidad bacteriana, capacidad esterilizante y capacidad de prevenir la resistencia.

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA

El presente estudio es una investigación documental y analítica donde se revisó diferentes artículos científicos, tesis e informes que tenían conexión sobre la tuberculosis MDR por incumplimiento o abandono de tratamiento antifímico.

La recolección de información se hizo por fuentes secundarias confiables de revistas científicas como: Scielo, Redalyc y Elsevier, repositorios de diferentes universidades, paginas oficiales de la “Organización Mundial de la Salud” y “Organización Panamericana de la Salud”, Guía práctica clínica de tuberculosis del ministerio de Salud Pública de los cuales se obtuvo datos relevantes dando sustento teórico y respondiendo a los objetivos planteado.

Para ello, se efectuaron las siguientes etapas:

- Revisión bibliográfica,
- Valoración y análisis de la información
- Evaluación de fuentes bibliográficas
- Presentación de resultados.

Mediante la clasificación y comparación de factores biológicos, ambientales, servicios de salud y estilos de vida de las fuentes utilizadas, según sus autores, se realizó cuadros estadísticos que se llevó a cabo gracias a la ayuda de la herramienta Microsoft Excel, por el cual observamos la estadística tanto a nivel Internacional y Nacional.

CAPÍTULO 4

DESARROLLO DEL TEMA

Mediante análisis documental realizado en artículos científicos de diferentes países y autores relacionado a la tuberculosis pulmonar MDR por incumpliendo o abandono del tratamiento antifímico, se elaboraron tablas con datos relevante para identificar que factor predomina en el abandono del tratamiento.

Tabla 2: Cumplimiento y abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis

Países	Cumplimiento			Abandono		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Colombia	9,20%	8,99%	8,70%	8,30%	8,14%	7,89%
Ecuador	4,71%	4,05%	3,91%	4,26%	3,66%	3,55%
Perú	21,27%	20,79%	21,20%	19,21%	18,81%	19,24%
Bolivia	6,90%	6,74%	6,52%	6,23%	6,10%	5,92%
Brasil	50,01%	51,13%	51,64%	45,16%	46,27%	46,87%
Argentina	6,32%	6,74%	6,52%	5,71%	6,10%	5,92%

Fuente: Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.

Análisis: Los porcentajes de cumplimiento y abandono del tratamiento antituberculoso en los diferentes países, muestran que Brasil y Perú tienen una gran cantidad de pacientes que cumplen con el tratamiento llegando a ser exitoso, seguido de Colombia y Bolivia por su considerable rubro de pacientes. Finalmente, Argentina y Ecuador que tienen las menores cantidades comparadas a las demás naciones observada en el presente estudio.

En cuanto al abandono, que para los estados estudiados se evidencia un porcentaje promedio de 10% de los casos detectados de Tuberculosis tienen una pérdida del seguimiento. A pesar de que las cifras son muy bajas, se debe de recordar que la enfermedad es altamente contagiosa, además que la misma puede presentar resistencia a los medicamentos lo que podría ocasionar problemas sanitarios a futuro; por lo tanto, es indispensable que el cumplimiento llegue a un 95% de los casos y no el 72,2% que presenta la región como promedio.

Tabla 3: Factores biológico de paciente asociados al abandono del tratamiento antifímico

AUTORES	Genero			Escolaridad incompleta	Enfermedades Asociadas	
	Edad	Masculino	Femenino		Diabetes	VIH
(Dávila Asenjo, 2016)	58,50%	71,90%	28,10%	6.7%	6,70%	3,40%
(Bonilla Asalde, 2016)	89,50%	66,30%	33,70%	77.9%	47,90%	20,80%
(Cabrera Cruzado, 2017)	69,40%	69,40%	30,60%	-	19,40%	15,30%
(Monsalve Serna, 2019)	78,40%	78,40%	21,60%	-	20.0%	27.3%
(Huapaya Romero, 2018)	33,33%	71,30%	28,70%	-	2%	16,25%
(Franco Flores, 2018)	50%	50%	30%	40%	-	-
(Jima Sánchez, 2018)	13,33%	0%	0%	38.33%	18,33%	3,33%

Fuente:Revision Bibliografica

Realizado por : Vania Carreño y Neyda Colt

Análisis:

De acuerdo a los datos analizados a partir de las fuentes consideradas, se evidenció que la edad incide con un 89,50% seguido por el sexo masculino con un 78,40% mientras que la escolaridad incompleta tiene un 77,9% que muestran incidencia en el incumplimiento del tratamiento antifímico uniéndose como factor de riesgo de enfermedades asociadas de mayor influencia es la diabetes con un 47.90% que es una enfermedad crónica e inmunodeficiente que tiene una gran presencia, pero en mucho menor grado comparado con el VIH que lo sigue con un 27,3% en muchos casos debilita el sistema inmunológico lo que le hace vulnerable a la presencia de tuberculosis y el desarrollo de la enfermedad lo que impide que se pueda combatir, afectando a los pacientes a largo plazo

Tabla 4: Factores ambientales de paciente asociados al abandono del tratamiento antifímico

AUTORES	Apoyo Familiar	Apoyo Social	Trato del Personal de Salud
(Bonilla Asalde, 2016)	51.2%	51.2%	55.8%
(Muñoa Gallegos, 2016)	-	-	81.3%
(Segovia Mora & Santillan Hidalgo, 2020)	-	-	33%
(Franco Flores, 2018)	-	-	30%

Fuente: Revision Bibliografica

Realizado por : Vania Carreño y Neyda Colt

Análisis:

En la presente tabla se puede observar porcentajes sobre los diferentes factores ambientales relacionados al abandono de tratamiento antifímico según Muñoa Gallegos dice el 81.3 % abandona el tratamiento por el trato que le da en personal de salud al paciente; en cuanto Bonilla Asalde comenta que el 51.2% deja el tratamiento por no tener una apoyo familiar y social

Tabla 5: Factores de los servicios de salud asociados al abandono del tratamiento antifímico

AUTORES	Distancia del CS	Falta de Medicamentos
(Bonilla Asalde, 2016)	48.8%	82.6%
(Cabrera Cruzado, 2017)	-	84,70%
(Muñoa Gallegos, 2016)	25%	-
(Izaguirre Ravines, 2017)	-	68%

Fuente: Revisión Bibliográfica

Realizado por: Vania Carreño y Neyda Colt

Análisis:

En la siguiente tabla se puede observar porcentajes sobre los diferentes factores de los servicios de salud relacionados al abandono de tratamiento antifímico donde se evidencia 84.7 % incumple su tratamiento por la falta de medicamento mientras un 48,8% lo renuncia a su tratamiento por la distancia en la que se encuentra el centro de salud

Tabla 6: Factores del estilo de vida asociado al abandono del tratamiento antifímico

AUTORES	TABACO	ALCOHOLISMO	DROGADICION
(Dávila Asenjo, 2016)	3,40%	3,40%	-
(Izaguirre Ravines, 2017)	-	-	13.6%
(Huapaya Romero, 2018)	5%	17%	9%
(Franco Flores, 2018)	20%	30%	20%

Fuente: Revisión Bibliográfica

Realizado por: Vania Carreño y Neyda Colt

Análisis:

De los siguientes datos interpretados de los diferentes autores podemos decir que el alcoholismo es un factor predominante en el abandono del tratamiento antifímico con un 30%, seguido por la drogadicción y el consumo del tabaco con un 20%. Lo que podemos decir que los factores del estilo de vida si intervienen en el incumplimiento del tratamiento antifímico como se muestra en cuadro descrito.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

Del presente estudio se concluye que:

- Se elaboró el marco teórico que facilitó la fundamentación y argumentación tanto de la problemática como de la propuesta que se ha expuesto como solución al tema de investigación presentado. Para ello, se procedió a la revisión bibliográfica de otros estudios que aportaron conocimiento respecto a los factores que inciden en el abandono de los tratamientos antifímicos para tuberculosis MDR, los cuales permitió su diferenciación, así como su entendimiento. En este sentido, los factores que se consideraron fueron: Factores Biológicos del paciente, Factor estilo de vida, Factores de sistema sanitario y Factores de servicio de salud.

- Para establecer la situación actual sobre la tuberculosis, su tasa de incidencia, se elaboró tablas que expusieron conocimiento tanto de los factores de riesgos y factores de abandono como son: Edad, Género, Escolaridad y Enfermedad asociada, Consumo de alcohol y drogas, Acceso a servicios de salud. Los factores predominantes en el abandono del tratamiento de tuberculosis son: Diabetes representando un 47,9%, VIH con el 27,3%, alcanzando un alto porcentaje en las investigaciones analizadas, a causa de la cultura Latinoamérica. Las edades con mayor incidencia en hombres es el rango entre 18 a 47 años con un 89,5%. Por lo tanto, se evidencia que la prevalencia de otras enfermedades agrava y ahondan mucho más el problema de tuberculosis en los países. El género masculino se ve más afectado con 78,4 % de esta patología, a diferencia

del lado femenino 33,7% como otro factor influyente el nivel de escolaridad en un 100%. Sumados a estilos de vidas poco saludables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcívar, L., Arteaga, M., Cando, M., Vincés, T., Macías, E., & Cevallos, W. (2018). Factores que inciden para la presencia de tuberculosis. *Dominio de Las Ciencias*, 4(4), 69. <https://doi.org/10.23857/dc.v4i4.824>
- Álvarez, G. D., & Angulo, C. R. (2018). *Factores socioeconómicos que inciden en el abandono del tratamiento de la tuberculosis*. 53.
- Anduaga-Beramendi, A., Maticorena-Quevedo, J., Beas, R., Chanamé-Baca, D. M., Veramendi, M., Wiegering-Rospigliosi, A., Zevallos, E., Cabrera, R., & Suárez-Ognio, L. (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>
- Anduaga, A., Maticorena, J., Beas, R., Chanamé, D., Veramendi, M., Wiegering, A., Zevallos, E., Cabrera, R., & Suárez, L. (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>
- Apaza, H., Huaranga, L., & Huarca, R. (2020). *Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes atendidos en el centro de salud primavera, 2019*.
- Araya Kutscher, F. A. (2015). *Descripción de la tuberculosis multidrogoresistente en Chile, período 2008-2011*. mapas.
- Bonilla Asalde, C. A. (2016). *Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento en pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente en la Región Callao, Perú, Años 2010-2012*.
- Brito, J., & Castillo, A. (2018). Prevalencia y factores de riesgo para tuberculosis pulmonar. *Universidad Estatal de Milagro*, 121.
- C Chang Campos, R Cañizares, M Aguilar, D. M. S. (2015). Manual de procesos para la Gestión del Suministro de Medicamentos. In *Msp* (Vol. 1, Issue 3).
- Cabrera Cruzado, C. E. (2017). *Factores asociados a Riesgo de Multidrogorresistencia en pacientes con Tuberculosis Pulmonar No Adherentes al tratamiento*.
- Cazares, J. (2013). TB enfermedad de alta prioridad Política Económica y social Inversión – protección social en Tuberculosis. *Necesidades Y Perspectivas Para Ampliar Plataformas De Proteccion Social En Tuberculosis Sensible O Especifica*

- 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*, 75.
- Dávila Asenjo, D. (2016). Factores asociados a Multidrogoresistencia en pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2014. *Universidad de San Martín de Porres*, 1–80. https://repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2585/DAVILA_D.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Franco Flores, J. J. (2018). *Factores psicosociales influyentes para abandonar el tratamiento en pacientes Multidrogoresistentes hospitalizados durante segundo cuatrimestre 2017*.
- Gómez-Ayerbe, C., Vivancos, M. J., & Moreno, S. (2016). Multidrug-resistant tuberculosis: current epidemiology, therapeutic regimens, new drugs. In *Revista española de quimioterapia: publicación oficial de la Sociedad Española de Quimioterapia* (Vol. 29, pp. 35–38).
- Hernández, K. (2018). *Relación de los factores de riesgo con el abandono al tratamiento contra la tuberculosis resistente entre los años 2009-2012, Perú*.
- Hilal, F. A. (2016). *Determinantes sociales de incidencia de tuberculosis pulmonar en la Republica Argentina*. 41. <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=4368>
- Huapaya Romero, R. M. (2018). *Factores de Riesgo Asociados a Tuberculosis Multidrogoresistente en pacientes del Centro de Salud San Cosme - La Victoria. 2016 Y 2017*. 1–64.
- Huasco, N., & Orozco, R. (2018). Factores de abono del tratamiento de tuberculosis pulmonar, relación Ecuador y países sudamericanos, 2013-2017. *Universidad Estatal de Milagro*, 121.
- Izaguirre Ravines, F. V. (2017). *Factores de riesgo para tuberculosis multidrogo resistente en pacientes de la ESN-PCT de una micro red de Lima. 2016*.
- Jima Sánchez, M. J. (2018). *“Epidemiología y caracterización clínica de pacientes con diagnóstico de tuberculosis drogoresistente (TB - DR), atendidos en el hospital provincial general Pablo Arturo Suárez durante el periodo 2013 - 2016.”*
- Jiménez, E., & Agila, R. (2015). *Factores que influyen en el abandono del tratamiento antifímico en pacientes atendidos en el PCT del Hospital de Daule “Dr. Vicente*

- Pino Morán” desde septiembre del 2014 hasta agosto del 2015. 151, 10–17.
- López, D., & Rodríguez, R. (2016). “Caracterización Epidemiológica De Pacientes Con Tuberculosis Multidrogo Resistente.” *Biblioteca.Usac.Edu.Gt*, 2015.
- Merchán, J., & Placencio, V. (2019). *Baciloscopia Negativa en Pacientes con GENE XPERT positivo*.
- Ministerio de Salud Publica. (2018). *Boletín Anual Tuberculosis 2018 Introducción Tuberculosis sensible Gráfico 1 . Tasa de incidencia estimada vs notificada de casos de tuberculosis , año 2005-2017 . Fuente : Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control . Los casos de tuberculo. 2017(Gráfico 1), 1–6*.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). Prevención, diagnóstico y tratamiento y control de la tuberculosis. In *Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud*.
- Monedero, I. (2016). *Hacia un mejor control de la tuberculosis multidrogorresistente en países en desarrollo*.
- Monsalve Serna, L. (2019). *Factores de Riesgo Asociados a Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente en Pacientes Atendidos en el Hospital General Jaén 2014-2018*.
- Montúfar, M. D., & Noboa, E. J. (2013). Factores asociados al abandono de tratamiento en los pacientes nuevos con tuberculosis pulmonar BK+ en la ciudad de Guayaquil durante el año 2012. In *Repositorio Universidad de Guayaquil*. : Universidad de Guayaquil. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/3719>
- Muñoz Gallegos, J. F. (2016). *Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de los pacientes con Tuberculosis Multidrogo Resistente en la Estrategia de Control de la Tuberculosis de la micro Red Santa Luzmila - 2014*.
- Muñoz del Carpio-Toia, A., Sánchez, H., Vergès de López, C., Sotomayor, M. A., López Dávila, L., & Sorokin, P. (2018). Tuberculosis en América Latina y el Caribe: reflexiones desde la bioética. *Persona y Bioética*, 22(2), 331–357. <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.10>
- Naciones Unidas. (2019). *Población / Naciones Unidas*. Perspectivas de La Población Mundial 2019.
- Organización Mundial de la Salud. (2019a). Informe Mundial Sobre Tuberculosis. *OMS*, 9.

- Organización Mundial de la Salud. (2019b). Informe Mundial Sobre Tuberculosis. *OMS*, 9. https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2019_ExecutiveSummary_s p.pdf?ua=1
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). Tuberculosis en las Américas. *OPS*, 4(3), 57–71.
- Rivera, O., Benites, S., Mendigure, J., & Bonilla, C. A. (2019). Abandono del tratamiento en tuberculosis multirresistente: factores asociados en una región con alta carga de la enfermedad en Perú. *Biomedica : Revista Del Instituto Nacional de Salud*, 39(2), 44–57. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v39i3.4564>
- Sanabria, E. (2018). Evaluación del desempeño de la prueba XPERT MTBD7RIF para la detección de Tuberculosis en un hospital público de Bucaramanga. *第24回大学教育研究フォーラム予稿集*, 121.
- Segovia Mora, I. J., & Santillan Hidalgo, V. Y. (2020). *Factores que inciden al abandono del tratamiento de Tuberculosis en pacientes Drogo Resistentes del Centro de Salud Enrique Ponce Luque Ubicado en el cantón Babahoyo durante octubre 2019 – marzo 2020*. 1–92.
- Tierney, D., & Nardell, E. (2018). *Bacteriemia - Enfermedades infecciosas - Manual MSD versión para profesionales*. Manual MSD.
- Torres, Z., & Herrera, T. (2016). Perfil del paciente con tuberculosis que abandona el tratamiento en Chile. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 31(1), 52–57.
- Zapata, J. (2018). Factores de riesgo y su influencia en la adherencia de los pacientes al tratamiento antituberculosos. Hospital Jaime Roldós. Cantón Ventanas, Los Ríos. Septiembre 2017 - Febrero 2018. *第24回大学教育研究フォーラム予稿集*, 121.

ANEXOS

Anexo1:

N°	AUTORES (AÑO)	PAIS	TEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICOS	TIPO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN	MUESTRA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
1	Correa Pontón, Viviana Lucrecia Farez Tapiá, María Isabel (2017)	ECUADOR	Caracterización epidemiológica de los usuarios con tuberculosis que acuden a un centro de salud de la ciudad de Guayaquil.	Determinar las características epidemiológicas en usuarios con tuberculosis en un Centro de Salud de la ciudad de Guayaquil.	1. Determinar características sociodemográficas y estado nutricional a través del IMC de los usuarios con tuberculosis. 2. Identificar las pruebas de diagnósticos de los usuarios con tuberculosis pulmonar. 3. Determinar la base de tratamiento en que se encuentran los usuarios del centro de salud. 4. Determinar las patologías asociadas en los usuarios con tuberculosis en el centro de salud de la ciudad de Guayaquil.	Descriptivo, transversal.	53 usuarios que asisten al Centro de Salud Saucos 3	53 usuarios que asisten al Centro de Salud Saucos 3	En el siguiente gráfico podemos observar que el 36% corresponden a mayores de 40 años, seguido 34%, su edad comprendida de 25-40 años, con un 23% usuarios de 18 a 25 años, y un 7% menor de 18 años.	mayor porcentaje son de 40 años; el estado civil la mayor parte son de unión libre, el nivel de estudio tiene secundaria, y un mínimo de ellos tiene un empleo, seguido de una población representativa sin un empleo fijo. 2. Los medios de diagnósticos con el que fue la baciloscopia, acompañados de una radiografía. 3. El tratamiento que reciben los usuarios con mayor porcentaje corresponde a la segunda fase, seguido de la primera y con una representación de MDR. 4. Las patologías que se asocian en un mayor porcentaje fueron el VIH seguido de la Diabetes Mellitus y con un mínimo porcentaje la Hipertensión Arterial.
2	Enna, Tabares Jiménez Roxana, Agila Ballón (2015)	Ecuador	Factores que influyen en el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el PCT del Hospital de Daule Dr. Vicente Proa Méndez desde septiembre del 2014 hasta agosto del 2015	Determinar los factores que influyen al abandono del tratamiento antituberculoso en los pacientes atendidos en el área del PCT del Hospital de Daule	Identificar los factores relacionados con el paciente que contribuyen al abandono del tratamiento antituberculoso. Definir los factores relacionados con el tratamiento que influyen en el abandono del tratamiento antituberculoso. Describir los factores derivados de los servicios de salud que influyen en el abandono del tratamiento antituberculoso.	Estudio descriptivo	30	30	50% de los pacientes que abandonan el tratamiento antituberculoso su edad está comprendida entre 41 a 60 años de edad, siendo el 33% aquellos que están entre 20 a 40 años de edad y el 17% corresponden a aquellos cuya edad está comprendida entre 61 y más edad.	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. Entre los factores relacionados al tratamiento la duración del mismo y las reacciones adversas son los que impiden que el paciente siga la secuencia y abandone el tratamiento. 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 antituberculoso.
3	Alexander Anduaga Beramendi, Jesus Matizorena Cueva, Renato Baza Diego M. Chanamé-Baza Mary Veramendi Andrés Wiegman@siglogica Enia Zavala Rufino Cabana Luis Quiroz-Ospina(2016)	Perú	Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes atendidos en un centro de salud de atención primaria del distrito de Chofvico, Lima, Perú	Identificar los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en un centro de salud de atención primaria del distrito de Chofvico, Lima, Perú		Estudio observacional	136	136	Se identificaron 136 historias clínicas (34 casos y 102 controles) entre el año 2004 y 2013. Del total de participantes, 85 (62.5%) fueron de sexo masculino. La media de la edad fue 29.8 con valor mínimo de 18 y máximo de 80 años, con una desviación estándar de 12.9. La media de la edad para los casos fue 30.9 y para controles 29.4 años. De los participantes, 78 (57.4%) eran solteros y 100 (73.6%) habían completado la educación secundaria. En cuanto a la ocupación, 30 (22.1%) eran ama de casa y 21 (15.4%) estudiantes. Por otro lado, se encontró un 3.7% con antecedentes de abandono al tratamiento antituberculoso, 27.2% presentaba alguna comorbilidad y 5.2% con positividad para VIH.	En conclusión, el estudio muestra que el paciente con mayor probabilidad de abandonar el tratamiento de la TB pulmonar Tabla 3. Análisis multivariado TB pulmonar sensible, pertenece al grupo poblacional de personas con menos de 8 años de estudios. Asimismo, se nota la asociación entre haber obtenido un puntaje > 22 en la evaluación psicológica de riesgo de abandono establecida por la DSEA II Lima Sur del MINSA y el abandono del tratamiento de la TB. Este estudio ofrece nuevas posibilidades de investigación relacionadas a la utilización de la Evaluación Psicológica del PCT con el propósito de validar su importancia para predecir e identificar oportunamente a pacientes con alto riesgo de abandonar el tratamiento. Lo anterior, permitirá la aplicación más amplia, y no solo por parte de la Red Barranco - Chorrillos - Surco de la DSEA II Lima Sur, del instrumento mencionado para mejorar el seguimiento de los pacientes, así como disminuir la tasa de abandono.
4	APAIZA VALDEZ, HILDA HUARANGA ANGULO, LUCERO HUARCA LIVAS, RUTH (NOEMI)(2020)	Perú	Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes atendidos en el Centro de Salud Primavera, 2019	Determinar los factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes atendidos en el Centro de Salud Primavera, 2019.	Identificar los factores de riesgo personales para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes atendidos en el Centro de Salud Primavera.	Enfoque cuantitativo, de nivel de investigación descriptivo, y de diseño de corte transversal	50	50	18 a 29 años 32 64% 30 a 39 años 8 16% 40 a 49 años 3 6% 50 a 59 años 4 8% 60 a más años 3 6%	Los factores de riesgo personales para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes atendidos en el Centro de Salud Primavera, están presentes, debido a que ciertas características de carácter social y familiar podrían tomarse en cuenta como aspectos influyentes en la conducta del paciente orientado al cumplimiento de la terapia prescrita. Los factores de riesgo institucionales para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes atendidos en el Centro de Salud Primavera, están presentes debido a ciertas carencias percibidas en el espacio de atención, tanto por el personal como elementos propios del ambiente físico.
5	Karen Gabriela HERNÁNDEZ ALARCÓN (2019)	Perú	Relación de los factores de riesgo con el abandono al tratamiento contra la tuberculosis resistente entre los años 2009 – 2012, Perú	el objetivo de controlar y disminuir la transmisión de tuberculosis, como problema de salud pública.			1707	499	grupo de edad entre los 15 a 54 años (93,18%)	El abandono del tratamiento antituberculoso se asoció principalmente a factores no modificables (sexo masculino, abandono previo, edad, tipo de resistencia) y a dos factores modificables (índice de masa corporal y esquema de tratamiento). Es de suma importancia tomar acciones para disminuir el abandono al tratamiento en los pacientes con TB MDR, con la edad, el sexo, la ocupación (empleados) y al antecedente de tratamiento previo por tuberculosis son factores asociados al desarrollo de tuberculosis multidrogorresistente en pacientes atendidos en la red asistencial Guillermo Almenara Irgoyen durante el periodo 2014. La edad, con rango entre [19 – 38] años, está asociada al desarrollo de Tuberculosis Multidrogorresistente en pacientes atendidos en la red asistencial Guillermo Almenara Irgoyen. El sexo es otro factor asociado al desarrollo de tuberculosis Multidrogorresistente en pacientes atendidos en la red asistencial Guillermo Almenara Irgoyen. Esta es más frecuente en los pacientes varones. La ocupación de los pacientes es un factor asociado al desarrollo de Tuberculosis Multidrogorresistente en pacientes atendidos en la red asistencial Guillermo Almenara Irgoyen. La mayoría de pacientes que según están registrados en las historias clínicas corresponden a la ocupación de empleados. La comorbilidad no es un factor asociado al desarrollo de Tuberculosis Multidrogorresistente en pacientes atendidos en la red asistencial Guillermo Almenara Irgoyen. La mayoría de pacientes no presentó comorbilidad alguna. El tratamiento previo es otro factor asociado al desarrollo de Tuberculosis Multidrogorresistente en pacientes atendidos en la red asistencial Guillermo Almenara Irgoyen. La TB-MDR se desarrolla más en pacientes que recibieron tratamiento previo por TB.
6	DELBER DAVILA ASEÑO (2016)	PERU	FACTORES ASOCIADOS A MULTIDROGORRESISTENCIA EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENAIRA IRGOYEN durante el periodo 2014	Identificar los factores asociados a la tuberculosis multidrogorresistente en pacientes atendidos en la red asistencial Guillermo Almenara Irgoyen durante el periodo 2014		Es un estudio cuantitativo, retrospectivo, analítico, epidemiológico, observacional, y no experimental transversal.	297	89	la mayor cantidad de pacientes con tuberculosis multidrogorresistente se hallaba en los rangos de edad [19-28] con 32.7% y [29 – 38] 25.8%. Ambos grupos concentran al 58.5% de pacientes. Les sigue el 15.7% de pacientes con [39-48] años y el 10.1% de pacientes que tienen entre [49 – 58] años de edad.	
7	César Antonio Bonilla Asalde (2016)	PERU	FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE EN LA REGIÓN CALLAO, PERÚ, AÑOS 2010-2012	Identificar cuáles son los factores de riesgo de los pacientes con tuberculosis multidrogorresistente.	Determinar cuáles son los factores de riesgo en los servicios de salud asociados al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente.	Enfoque cuantitativo de alcance descriptivo	408	114	18 a 27 29 (33.7) 28 a 37 33 (38.4) 38 a 47 15 (17.4) 48 a más 9 (10.5)	En la dimensión biología humana, se identificó los factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR) en la región Callao: (i) la edad de 28-37 años OR 2.2 (p<0.004); (ii) el estar hospitalizado de 1-3 meses al inicio del tratamiento OR 5.2 (p<0.000); (iii) el no haber sentido mejoría en el estado de salud durante el tratamiento OR 5.5 (p<0.000); (iv) el presentar diabetes mellitus OR 6.2 (p<0.000). La toma de dosis incompletas es un factor asociado para el desarrollo de tuberculosis multidrogorresistente que presenta significancia estadística (p<0.05) y con un OR de 3.74 en pacientes con tuberculosis pulmonar no adherentes al tratamiento atendidos en el Hospital Belén de Trujillo durante 2012-2016. 2. La diabetes mellitus no es un factor de riesgo ya que no presentó significancia estadística (p>0.05) con un OR de 1.67. 3. La infección por VIH es un factor asociado a riesgo de tuberculosis MDR con un OR de 3.01, siendo estadísticamente significativa. 4. La destrucción es el factor de riesgo independiente de mayor significancia estadística y de mayor magnitud con un OR de 7.277 en paciente con tuberculosis atendidos en el Hospital Belén de Trujillo durante 2012-2016. 5. La adicción a drogas constituye un factor que no presentó significancia estadística por lo que no se le encuentra asociación con la tuberculosis MDR.
8	CHRISTIAN EDMUNDO CABRERA CRUZADO(2017)	PERU	FACTORES ASOCIADOS A RIESGO DE MULTIDROGORRESISTENCIA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR NO ADHERENTES AL TRATAMIENTO	Determinar los factores que están asociada a riesgo de multidrogorresistencia en pacientes con tuberculosis pulmonar no adherentes al tratamiento en el Hospital Belén de Trujillo 2012-2016.	Identificar si la toma de dosis incompleta es o no un factor asociado a riesgo de multidrogorresistencia. Determinar si la diabetes mellitus es o no un factor asociado a riesgo de multidrogorresistencia. Establecer si la infección por VIH es o no un factor asociado a riesgo de multidrogorresistencia. Determinar si la destrucción es o no un factor asociado a riesgo de multidrogorresistencia. Identificar si la adicción a drogas es o no un factor asociado a riesgo de multidrogorresistencia.	es analítico, observacional, respectivo de casos y controles,	216	72	Edad en años (promedio) 40.69 Mediana 37 Rango de edad 1- MDR	Los factores de riesgo en relación con las enfermedades asociadas fueron VIH-SIDA, drogadicción, alcoholismo y diabetes si se asocian al abandono del tratamiento de pacientes con tuberculosis multidrogo resistente. Los factores de riesgo en relación con las reacciones adversas como náuseas, vómitos, dolor de articulación, malestar general y dolor en zona de inyección si se asocian al abandono del tratamiento de pacientes con tuberculosis multidrogo resistente.
9	JOSELYN FIORELLA MUÑOCA (CALLEGOS)(2016)	PERU	FACTORES DE RIESGO PARA EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGO RESISTENTE EN LA ESTRATEGIA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRO RED SANTA LUCMILA, 2014	Identificar los factores de riesgo para el abandono del tratamiento de los pacientes con Tuberculosis Multidrogo Resistente de la Estrategia Sanitaria de Control de la Tuberculosis de la Micro Red Santa Lucmila 2014.		enfoque Cuantitativo, de tipo Descriptiva, de diseño casos - controles, de corte transversal y prospectivo.	48	Casos: 16	Adolescente 2 (12.5%) Adulto Joven 5 (31.3%) Edad Adulto Intermedio 9 (56.3%) Adulto Mayor 0 (0%)	

10	JONATHAN ALFONSO CARRANZA ORTEGA, BRENDA EDELINI VERA CALDERON (2018)	ECUADOR	"Prevalencia de Tuberculosis multigroresistente en paciente diagnosticados de Tuberculosis Pulmonar por baciloscoopia"	Determinar cuáles son los factores que producen la aparición de resistencia al tratamiento antituberculoso convencional, mediante un estudio observacional, en pacientes atendidos en los Subcentros de Salud de Milagro (CAI 3, Vergeles, Las Piñas, Pinos) en el periodo Enero 2016 – Enero 2018	Identificar a los pacientes con Tuberculosis que presentaron Tuberculosis Multigroresistente atendidos en los Subcentros de Salud de Milagro. □ Establecer la prevalencia e incidencia de la Tuberculosis Multigroresistente. □ Establecer si el nivel cultural del paciente influye en la aparición de resistencia.	enfoque Cualitativo y Cuantitativo.		35	35	
11	Luzmila Monsalve Sema(2019)	PERU	FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A TUBERCULOSIS PULMONAR MULTIGRORESISTENTE EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL JAÉN 2014-2018	Determinar los factores de riesgo asociados a la Tuberculosis Pulmonar Multigroresistente en pacientes atendidos en el Hospital General Jaén 2014-2018.	Determinar el tipo de sexo más afectado por la Tuberculosis Pulmonar Multigroresistente en pacientes atendidos en el Hospital General Jaén 2014-2018. • Determinar el grupo etario más afectado por la Tuberculosis Pulmonar Multigroresistente en pacientes atendidos en el Hospital General Jaén 2014-2018. • Establecer el tipo de comorbilidades como factor de riesgo asociados a la Tuberculosis Pulmonar Multigroresistente en pacientes atendidos en el Hospital General Jaén 2014-2018.	El presente estudio es de tipo descriptivo, correlacional, transversal y de diseño no experimental.		102	102	<31años 35personas representa 34.3%
12	Fabiola Viviana Izaguirre Ravines (2017)	PERU	Factores de riesgo para tuberculosis multigro resistente en pacientes de la ESN-PCT de una micro red de Lima. 2016	Determinar los factores de riesgo a presentar tuberculosis multigroresistente en pacientes de una Micro red de Lima	- Identificar los factores de riesgo personales (antecedentes de salud, condiciones biológicas y tratamiento) asociados a presentar tuberculosis multigroresistente en pacientes de la ESN-PCT de una Micro red de Lima - Identificar los factores de riesgo ambientales asociados a presentar tuberculosis multigroresistente en pacientes de la ESN-PCT de una Micro red de Lima - Identificar los factores de riesgo institucionales (enfermera, medico, centro de salud) asociados a presentar tuberculosis multigroresistente en pacientes de la ESN-PCT de una Micro red de Lima	tipo cuantitativo		40	34	
13	HUAPAYA ROMERO (2018)	PERU	FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A TUBERCULOSIS MULTIGRORESISTENTE EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD SAN COSME - LA VICTORIA. 2016 Y 2017	Determinar los factores de riesgo asociados a tuberculosis multigroresistente en pacientes del Centro de Salud San Cosme - La Victoria 2016 y 2017.	Determinar los factores de riesgo sociodemográficos asociados con tuberculosis pulmonar multigroresistente. □ Determinar los factores personales asociados a tuberculosis pulmonar multigroresistente. □ Estudiar los factores ambientales asociados con tuberculosis pulmonar multigroresistente	El estudio es observacional	240 pacientes: 80 casos	240 pacientes: 80 casos	80 (33,33%) casos de TB MDR años. Mínimo 19 Máximo 68 años	Media 41,43
14	Bazan Flores, Anderson Joel, Gordillo Robles, Juan Valerio. (2019)	PERU	Aspectos sociodemográficos asociados a tuberculosis pulmonar resistente y no resistente, Hospital La Caleta enero – julio 2018	Determinar la relación entre los aspectos sociodemográficos con tuberculosis pulmonar resistente y no resistente, Hospital La Caleta enero – julio 2018	Determinar si la edad tiene relación con Tuberculosis pulmonar resistente y no resistente. • Determinar si el sexo tiene relación con tuberculosis pulmonar resistente y no resistente. • Determinar si el hacinamiento tiene relación con Tuberculosis pulmonar resistente y no resistente. • Determinar si la desocupación tiene relación con Tuberculosis pulmonar resistente y no resistente. • Determinar si la provisión de libertad condicional al desarrollo de Tuberculosis pulmonar resistente y no resistente.	Tipo de investigación: Investigación aplicada • Diseño de investigación: Observacional, retrospectivo y correlacional.			edad 15-30 13.39.4% 31-45 9.27.3% 46-60 4 12.1% 61-75 7 21.2%	
15	ANDREA DENNIS HEREDIA GAINZA ANITA FERNANDA PINCAY LUCAS (2019)	ECUADOR	FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MULTIGRORESISTENCIA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR	Establecer cuáles son los factores de riesgo asociados a la multigroresistencia en pacientes con tuberculosis pulmonar.	Describir las características sociodemográficas de los pacientes con Multigroresistencia. □ Identificar los factores de riesgo que contribuyen a la Multigroresistencia. □ Definir las agravantes en el tratamiento de elección de las drogas que producen efectos secundarios. Determinar la complicación más frecuente que se presentan en el paciente con tuberculosis pulmonar multigroresistente. □ Proponer una estrategia guiada a la prevención de la Multigroresistencia en pacientes con Tuberculosis pulmonar.	tipo descriptivo, transversal no experimental			EDADES MDR (CASOS)18 A 26 7 15,60% 27 A 56 34 75,60% 60 O MÁS 4 8,90%	Con toda la información obtenida se llegó a la conclusión que los factores asociado a la multigroresistencia son: □ El género masculino y edad igual o mayor de 40 años. □ Fracaso al esquema de tratamiento de primera línea. □ Contacto con casos confirmados de TB-MDR. □ Recaida dentro de los siguientes 6 meses de haber dado de alta de un esquema con medicamentos de primera y segunda línea.
16	Susy Bazán-Ruiz 1, 2*, Edgar J. Ancajima-More3 , Amaldo Lachira Albán2 , Christian R. Mejía (2017)	PERU	Factores asociados al desarrollo de tuberculosis pulmonar multigroresistente en el departamento de Piura, Perú 2009–2014	Conocer los factores socio-económicos asociados para el desarrollo de tuberculosis pulmonar (TB) multigro resistente (MDR) en la población piurana durante los años 2009-2014.		tipo observacional analítico.		96	32	DE 20 A 29 años 46,88%
17	FRANISCA ALEJANDRA ARAYA KUTSCHER (2016)	Chile	DESCRIPCIÓN DE LA TUBERCULOSIS MULTIGRORESISTENTE EN CHILE, PERÍODO 2008 - 2011.*	Describir los factores de riesgo asociados a TB MDR para el periodo 2008 – 2011 en Chile, a partir de los registros de notificación obligatoria de TB que dispone el Programa Nacional de Tuberculosis del MINSAL.	1. Caracterizar socio-demográficamente los casos de TB y TB MDR en el país 2. Caracterizar socio-demográficamente los casos de TB y TB MDR, según región y servicio de salud. 3. Describir las principales diferencias socio-demográficas entre casos de TB y TB MDR a nivel país y región. 4. En base a los resultados obtenidos y la literatura internacional, plantear una hipótesis sobre los factores de riesgo más relevantes en el desarrollo de la TB MDR y proponer una nueva investigación. 5. Formular recomendaciones para la investigación, control y vigilancia de la TB MDR, sobre la base de los resultados del estudio.	Estudio descriptivo			15 a 24 2 el 5% 25 a 34 11 el 27% 35 a 44 9 el 22% 45 a 54 13 el 32% 55 a 64 5 el 12% 65 y mas 1 el 2% Total 41	La TB MDR predomina en el sexo masculino, en un grupo etario de adulto joven – adulto. . Se puede establecer como hipótesis que los principales factores de riesgo en la TB MDR son: la co-infección VIH, la condición de inmigrante y el "abandono al tratamiento".
18	SEGOVIA MORA IVAN JACINTO SANTILLAN HIDALGO VIVIANA YADIRA (2020)	ECUADOR	FACTORES QUE INCIDEN AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS EN PACIENTES DROGO RESISTENTES DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE UBICADO EN EL CANTÓN BABAHYO DURANTE OCTUBRE 2019 – Marzo 2020	Identificar cuáles son los factores que inciden al abandono del tratamiento de tuberculosis en pacientes drogo resistentes del Centro de Salud Enrique Ponce Luque ubicado en el cantón Babahoyo durante Octubre 2019 - Marzo 2020	Determinar los factores que influyen en el abandono del tratamiento de pacientes de tuberculosis drogo resistentes que acuden Centro de Salud Enrique Ponce Luque ubicado en el cantón Babahoyo durante Octubre 2019 – Marzo 2020. • Brindar talleres educativos con la finalidad de ayudar a los pacientes drogo resistentes y a sus familiares para que tengan conocimientos básicos sobre la tuberculosis. • Proponer acciones de enfermería que ayuden a reducir el abandono del tratamiento antituberculoso.	Investigación Descriptiva. Investigación Bibliográfica Investigación de Campo		12	12	

19	JENNIFFER JANETH FLORES FRANCO (2018)	ECUADOR	FACTORES PSICOSOCIALES INFLUYENTES PARA ABANDONAR EL TRATAMIENTO EN PACIENTES MULTIDROGORESISTENTES HOSPITALIZADOS DURANTE SEGUNDO CUATRIMESTRE 2017	Identificar los Factores Psicosociales que Inducen al Abandono de Tratamiento en los Pacientes Hospitalizados	Determinar los factores psicosociales que influyen en el abandono del tratamiento a pacientes con Tuberculosis Pulmonar activa. □ Analizar factores relacionados con la continuidad del tratamiento antituberculoso	tipo cuantitativo, de método observacional y de diseño descriptivo,	58	10	18-28 3 30% 29-39 2 20% 40 O MAS 5 50%	
20	JIMA SÁNCHEZ MARÍA JOHANNA (2018)	ECUADOR	"EPIDEMIOLOGÍA Y CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS DROGORESISTENTE (TB - DR), ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL PABLO ARTURO SUÁREZ DURANTE EL PERIODO 2013 - 2016"	Determinar la epidemiología y caracterizar clínicamente a los pacientes con diagnóstico de tuberculosis drogaresistente, atendidos en el Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez, en el periodo 2013-2016.	Definir el perfil epidemiológico del paciente con diagnóstico de TB-DR atendidos en el HPAS. □ Caracterizar clínicamente al paciente con diagnóstico de TB-DR, según esquema de tratamiento □ Describir las características de laboratorio e imagen de los pacientes con diagnóstico de TB-DR. □ Identificar los factores asociados para el desarrollo de los casos de TB-DR en pacientes atendidos en el HPAS.	tipo descriptivo,	60	60	HOMBRES N 45 -54 13,33% 25-34 11,67% MUJERES DE 25-34 15% 18-24 11,67%	

REGISTRO DE ACOMPAÑAMIENTOS

SEGUNDO SEMESTRE 2020

FACULTAD SALUD Y SERVICIOS SOCIALES**CARRERA:** LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**Línea de investigación:** SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR HUMANO INTEGRAL 2S2020 FACS ENFERMERÍA- EXAMEN DE GRADO O DE FIN DE CARRERA (DE CARÁCTER COMPLEXIVO)**TEMA:** TUBERCULOSIS RESISTENTE POR INCUMPLIMIENTO O ABANDONO DE TRATAMIENTO ANTIFIMICO**ACOMPAÑANTE:** AYOL PEREZ LIZAN GRENNADY

DATOS DEL ESTUDIANTE			
Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	CÉDULA	CARRERA
1	CARREÑO CARPIO VANIA ALEJANDRA	0954955191	LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
2	COLT COELLO NEYDA LISSETH	0942089079	LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Nº	FECHA	HORA		Nº HORAS	DETALLE
1	11-02-2021	Inicio: 15:55 p.m.	Fin: 17:55 p.m.	2	TEMA DEL PROYECTO. USAR EL MENDELEY CON PDF DE PUBLICACIONES, PDF DE LIBROS.
ENLACE:					
2	20-03-2021	Inicio: 17:03 p.m.	Fin: 19:03 p.m.	2	PROBLEMATIZACION, OBEJETIVOS, MARCO TEORICO
ENLACE: https://drive.google.com/drive/folders/1Yz79Voa-AVxQNomVCw26rGVcEAPWoi3?usp=sharing					
3	29-03-2021	Inicio: 10:00 a.m.	Fin: 12:00 p.m.	2	OBJETIVOS, BUSQUEDA DE INFORMACION Y CUADROS
ENLACE: https://drive.google.com/drive/folders/1VJHWmsPtG0dQIG_qqkZzORp2dSgOfmaB?usp=sharing					
4	19-05-2021	Inicio: 10:19 a.m.	Fin: 12:19 p.m.	2	RESULTADOS DE INVESTIGACIONES
ENLACE: https://drive.google.com/drive/folders/1d2gEq8g8VEbVsMMzFZ-Ld93j-tOIURjf?usp=sharing					
5	19-05-2021	Inicio: 10:01 a.m.	Fin: 12:01 p.m.	2	RESULTADOS DEL PROYECTO. REVISION GENERAL. ACOMODAR BIEN LAS TABLAS, PONER LAS CITAS ADECUADAMENTE, ANALISIS DE LAS TABLAS.
ENLACE: https://drive.google.com/drive/folders/1MOXiBXWp3MLv0WiekN5cLXmH1nyDjBya?usp=sharing					



AYOL PEREZ LIZAN GRENNADY
PROFESOR(A)



VASQUEZ ESPINOZA GABRIELA DE JESUS
DIRECTOR(A)



CARREÑO CARPIO VANIA ALEJANDRA
ESTUDIANTE



COLT COELLO NEYDA LISSETH
ESTUDIANTE



Dirección: Cda. Universitaria Km. 1 1/2 vía km. 26
Conmutador: (04) 2715081 - 2715079 Ext. 3107
Telefax: (04) 2715187
Milagro • Guayas • Ecuador

VISIÓN

Ser una universidad de docencia e investigación.

MISIÓN

La UNEMI forma profesionales competentes con actitud proactiva y valores éticos, desarrolla investigación relevante y oferta servicios que demanda el sector externo, contribuyendo al desarrollo de la sociedad.