



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

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

**PROPUESTA PRACTICA DEL EXAMEN DE GRADO O DE FIN DE
CARRERA (DE CARACTER COMPLEXIVO)
INVESTIGACION DOCUMENTAL**

TEMA:

**FACTORES DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN
TUBERCULOSIS PULMONAR, RELACION ECUADOR Y PAISES
SUDAMERICANOS, 2013-2017**

Autores:

Huasco Batalla Nataly

Orozco López Rafaela

Acompañante:

Dr. Ayol Pérez Lizan

Milagro, Septiembre 2018

ECUADOR

DERECHOS DE AUTOR

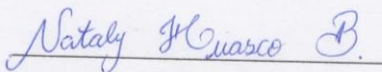
Ingeniero.
Fabricio Guevara Viejó, PhD.
RECTOR
Universidad Estatal de Milagro
Presente.

Yo, Huasco Batalla Nataly Roxana 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” 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, a los 24 días del mes de Septiembre de 2018



Firma del Estudiante
Huasco Batalla Nataly
CI: 0950686097

DERECHOS DE AUTOR

Ingeniero.

Fabrizio Guevara Viejó, PhD.

RECTOR

Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, Orozco López Rafaela Nathaly 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” 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, a los 24 días del mes de Septiembre de 2018

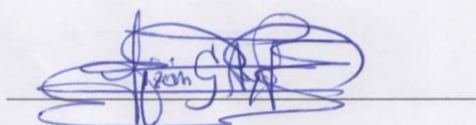
Rafaela Orozco.

Firma del Estudiante
Orozco López Rafaela
CI: 0928264647

APROBACIÓN DEL TUTOR DE LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

Yo, **LIZAN GRENNADY AYOL PEREZ** 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 **HUASCO BATALLA NATALY ROXANA** y **OROZCO LOPEZ RAFAELA NATHALY** cuyo tema de trabajo de Titulación es **FACTORES DEL ABANDONO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS PULMONAR, RELACION ECUADOR Y PAISES SUDAMERICANOS, 2013-2017**, que aporta a la Línea de Investigación **SALUD PUBLICA** previo a la obtención del **TITULO DE LICENCIATURA 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.

En la ciudad de Milagro, a los 12 días del mes de Septiembre del 2018.



Nombre del Tutor
LIZAN GRENNADY AYOL PEREZ
C.I.: 0601290331

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR

El tribunal calificador constituido por:

GUADALUPE VARGAS MARIANA ESPERANZA

ARIAS MONTERO IMELDA GUMERCINDA

TERÁN PUENTE CARLOS FERNANDO

Luego de realizar la revisión de la Investigación Documental como propuesta práctica, previo a la obtención del título (o grado académico) de Licenciada en Enfermería presentado por la señorita Huasco Batalla Nataly Roxana

Con el tema de trabajo de Titulación: "FACTORES DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN TUBERCULOSIS PULMONAR, RELACION ECUADOR Y PAISES SUDAMERICANOS, 2013-2017"

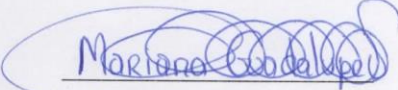
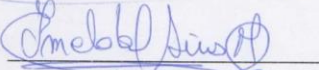
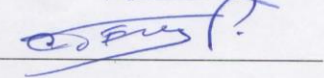
Otorga al presente Investigación Documental como propuesta práctica, las siguientes calificaciones:

Estructura	[77]
Defensa oral	[20]
Total	[97]

Emite el siguiente veredicto: (aprobado/reprobado) APROBADO

Fecha: 24 de septiembre del 2018.

Para constancia de lo actuado firman:

	Nombres y Apellidos	Firma
Presidente	Mariana Guadalupe Vargas	
Secretario /a	Imelda Arias Montero	
Integrante	Carlos Teran Puente	

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR

El tribunal calificador constituido por:

GUADALUPE VARGAS MARIANA ESPERANZA

ARIAS MONTERO IMELDA GUMERCINDA

TERÁN PUENTE CARLOS FERNANDO

Luego de realizar la revisión de la Investigación Documental como propuesta práctica, previo a la obtención del título (o grado académico) de Licenciada en Enfermería presentado por la señorita Orozco López Rafaela Nathaly

Con el tema de trabajo de Titulación: "FACTORES DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN TUBERCULOSIS PULMONAR, RELACION ECUADOR Y PAISES SUDAMERICANOS, 2013-2017"

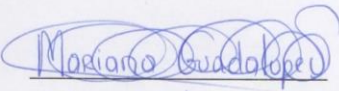

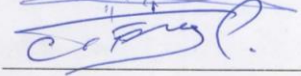
Otorga al presente Investigación Documental como propuesta práctica, las siguientes calificaciones:

Estructura	[77]
Defensa oral	[20]
Total	[96]

Emite el siguiente veredicto: (aprobado/reprobado) APROBADO

Fecha: 24 de septiembre del 2018.

Para constancia de lo actuado firman:

	Nombres y Apellidos	Firma
Presidente	Mariana Guadalupe Vargas	
Secretario /a	Imelda Arias Montero	
Integrante	Carlos Teran Puento	

INDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTOR.....	II
DERECHOS DE AUTOR.....	III
APROBACIÓN DEL TUTOR DE LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL.....	IV
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR.....	V
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR.....	VI
INDICE GENERAL.....	VII
INDICE DE TABLAS.....	VIII
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	4
OBJETIVOS.....	6
Objetivo General:.....	6
Objetivos Específicos:.....	6
JUSTIFICACIÓN.....	7
MARCO TEÓRICO.....	8
Tuberculosis.....	8
Signos y Síntomas.....	8
Medios de Diagnostico.....	8
Transmisión.....	9
Tratamiento.....	9
Esquemas de tratamiento.....	10
Esquemas para casos de TB sensible.....	10
Esquemas para casos de TB resistente.....	11
Reacciones adversas a los medicamentos (RAM).....	13
Abandono de tratamiento.....	14
Factores que predisponen al abandono de tratamiento antituberculoso.....	15
Factores o determinantes proximales.....	15
Factores o determinantes distales.....	17
Consecuencia del abandono.....	18
METODOLOGÍA.....	19
DESARROLLO DE LA TEMÁTICA.....	20
CONCLUSIONES.....	23
BIBLIOGRAFIA.....	24

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Recomendaciones de dosis por Kg de peso para el tratamiento de TB sensible en adultos con drogas de primera línea.	10
Tabla 2. Esquema de tratamiento para casos de TB sensible.	11
Tabla 3. Esquema convencional en pacientes con TB-MDR.	12
Tabla 4. Efectos adversos de las drogas antituberculosis de primera y segunda línea, medidas de manejo.	13
Tabla 5. Porcentajes del cumplimiento y abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar entre el año 2013-2017.	20
Tabla 6. Factores o determinantes proximales que inciden en el abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis entre el año 2013 – 2017.	21
Tabla 7. Factores o determinantes distales que inciden en el abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis entre el año 2013 – 2017.	22

TITULO: FACTORES DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN TUBERCULOSIS PULMONAR, RELACION ECUADOR Y PAISES SUDAMERICANOS, 2013-2017

RESUMEN

La no adherencia o abandono del tratamiento de tuberculosis representa un gran obstáculo que impide el control de la incidencia de la tuberculosis, se identifican como la principal causa de recaída de los pacientes, el aumento de prevalencia a la infección y la disminución de la tasa de curación. **Objetivo:** Identificar los factores de abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar, determinar los factores proximales y distales que inciden en el abandono de tratamiento. **Metodología:** Es una investigación documental con revisiones objetivas científicas, un meta-análisis de donde se obtuvo ideas principales, palabras claves, datos estadísticos, conceptos e información necesaria que permita identificar los factores proximales y distales que predisponen al abandono de tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar. **Resultados:** Los factores más predominantes en la incidencia del abandono del tratamiento de tuberculosis son los factores proximales en los cuales se identifica el sexo masculino, consumo de alcohol, drogas y tabaco; dentro de los factores distales se encuentra: la falta de soporte familiar y social, atención inadecuada del centro de salud, y el difícil acceso a los centros de salud. **Conclusión:** Los factores proximales más predominantes en el abandono del tratamiento de tuberculosis son: el sexo masculino, la escolaridad incompleta y consumo de alcohol los que alcanzan un alto porcentaje en los países analizados.

Palabras claves: Factores, abandono, tratamiento, tuberculosis.

TITLE: FACTORS OF ABANDONMENT OF TREATMENT IN PULMONARY TUBERCULOSIS, RELATION ECUADOR AND SOUTH AMERICAN COUNTRIES, 2013-2017

ABSTRACT

Non-adherence to or abandonment of tuberculosis treatment is a major obstacle preventing the control of the incidence of tuberculosis, they are identified as the main cause of relapse of the patients, the increase of prevalence to the infection and the decrease of the cure rate. **Objective:** To identify the factors of abandonment of the treatment of pulmonary tuberculosis, to determine the proximal and distal factors that affect the abandonment of treatment. **Methodology:** It is a documentary investigation with objective scientific revisions, a meta-analysis of where we obtained main ideas, key words, statistical data, concepts and necessary information that allows to identify the proximate factors and Distal to the cessation of treatment of patients with pulmonary tuberculosis. **Results:** The most prevalent factors in the incidence of treatment dropout are the proximal factors in which male sex, alcohol, drug and tobacco use are identified; Among the distal factors is: the lack of family and social support, inadequate care of the health centre, and the difficult access to health centres. **Conclusion:** The most predominant proximal factors in the abandonment of the treatment of tuberculosis are: The male sex, the incomplete schooling and consumption of alcohol those that reach a high percentage in the analyzed countries.

Key words: Factors, abandonment, treatment, tuberculosis.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad infecciosa causada por el *Mycobacterium tuberculosis* el cual afecta al 95% de los países en vía de desarrollo, siendo una de las patologías con mayor índice de mortalidad al igual que el VIH. Cada año se logra reducir el 2 % de su incidencia, considerándose a la tuberculosis como un problema de salud pública de gran magnitud.(Comas & Gil, 2016)

Mediante un diagnóstico precoz y tratamiento apropiado se puede evitar la mayoría de muertes a causa de la tuberculosis pulmonar, aproximadamente 53 millones entre el año 2000-2016. Datos actualizados reflejan un porcentaje mundial del 54% del éxito del tratamiento, considerándose muy bajo debido a que existen factores que influyen en la incidencia de casos nuevos de tuberculosis y en el abandono del tratamiento como la pobreza, la infección por VIH, la desnutrición, consumo de alcohol, tabaco y drogas. (OMS, 2017)

La no adherencia o el abandono de tratamiento representan un gran obstáculo que impide el control de la incidencia de la tuberculosis pulmonar, se identifican como la principal causa de recaída de los pacientes, generan complicaciones de la patología como la drogorresistencia que aumenta la prevalencia de la infección, incrementan la morbilidad y mortalidad de los pacientes, disminuye la tasa de curación, elevan la transmisión poblacional, aumentan el número de pacientes crónicos debido a esta patología y aumentan el costo de tratamiento en las entidades de salud. (Carvajal-Barona, Tovar-Cuevas, Aristizábal-Grisales, & Varela-Arévalo, 2017).

En la presente investigación documental se identifica los factores proximales y distales que se asocian al abandono de tratamiento de tuberculosis, en los cuales se diferencia los factores predominantes que son: el sexo masculino, el consumo de alcohol y difícil acceso al centro de salud.

CAPITULO 1

PROBLEMA DE INVESTIGACION

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad infecciosa que representa un problema de salud a nivel mundial. Es causada por la bacteria *mycobacterium tuberculosis* que en la mayoría de los casos afecta a los pulmones, se transmite por vía respiratoria mediante la inhalación de gotas de flugger. Los signos y síntomas que se presentan son tos productiva, dolores torácicos, pérdida de peso, sudores nocturnos y fiebre, pueden desarrollarse entre 2 a 3 semanas. (OMS, 2018)

La (OMS, 2018) refiere que en el año 2016, a nivel mundial, se reportaron 10,4 millones de personas diagnosticadas con tuberculosis y 1.7 millones murieron por esta enfermedad, entre ellos 0.4 millones de personas con VIH. Los datos estadísticos mencionados reflejan una alta incidencia de casos nuevos, debido a que la tuberculosis es una de las principales causas de mortalidad, que se presenta en un 95% en países en vías de desarrollo.

Por otra parte (Rodríguez-Valín, Villarrubia Enseñat, Díaz García, & Martínez, 2015) menciona que en países desarrollados como España las tasas de incidencia de tuberculosis son bajas teniendo en el 2013 un número de casos de 11.9/100.000 habitantes, de igual manera, las tasas de curación son altas representando al 89% siendo el mayor problema en el cumplimiento de su meta, la estancia de extranjeros en el país, los cuales son casos no reportados por problemas de legalidad.

El abandono de tratamiento de tuberculosis pulmonar disminuye la eficiencia de la terapia, aumenta la morbimortalidad, el riesgo de contagio y favorece la resistencia de las cepas bacterianas. A nivel de Sudamérica, en Chile se mantiene un porcentaje del 7% de abandono antifimico en tanto que en Argentina es el 12 %, en Colombia se reporta un porcentaje de abandono entre el 9 y 14% y en Nicaragua se reporta el 9% de abandono del tratamiento, siendo la población que vive en zonas marginadas las más vulnerables en estos países mencionados. Cuando existe un porcentaje mayor del 5% de abandono se atribuye a

una deficiencia de la atención de los servicios de salud, mientras que si el porcentaje es menor del 5 % se relaciona con el paciente. (Torres & Herrera, 2015)

En Ecuador se registraron 5.366 casos nuevos de tuberculosis con mayor incidencia en la provincia del Guayas y una tasa de curación del 86%. El Ministerio de Salud Pública con el actual Programa de control de tuberculosis ha logrado minimizar el índice de abandono con la estrategia de observación directa de la toma de dosis del tratamiento, sin embargo, se registraron en el año 2010 un porcentaje entre 23-26% de pacientes que abandonaron el tratamiento. (Telegrafo, 2016)

De acuerdo a lo que se ha mencionado, en vista que el abandono del tratamiento antituberculoso continúa siendo un obstáculo para el incremento de las tasas de curación y la disminución de la incidencia de los casos, conociendo sobre el problema, se hace la pregunta de: ¿Cuáles son los factores del abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar?, por esta razón se opta presentar el tema: FACTORES DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS PULMONAR, RELACION ECUADOR Y PAISES SUDAMERICANOS, 2013-2017.

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Identificar los factores del abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar.

Objetivos Específicos:

- Establecer los factores o determinantes proximales que inciden en el abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar.
- Establecer los factores o determinantes distales que inciden en el abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar
- Determinar los factores que se asocia con mayor frecuencia al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar.

JUSTIFICACIÓN

La tuberculosis pulmonar continúa siendo un problema de salud a nivel nacional y mundial a pesar de las múltiples estrategias implementadas por el Ministerio de Salud Pública para el cumplimiento del tratamiento de tuberculosis y reducción de casos nuevos, aún existe un porcentaje significativo de pacientes que no culminan el esquema, es por ello que se ha seleccionado el presente tema de investigación, con el propósito de identificar los factores que predisponen el abandono de tratamiento.(Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018)

El personal de enfermería quien lleva el liderazgo frente a este programa de salud, el cual mediante actividades de vigilancia y seguimiento asegure el cumplimiento del tratamiento, a su vez actúa de manera inmediata en pacientes que por algún motivo deciden retirarse del programa de control de tuberculosis. La no adherencia conlleva a que el paciente desarrolle multidrogorresistencia, una tardía recuperación y complicaciones de la enfermedad. (Jiménez & Agila, 2015)

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

Tuberculosis

(Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018) menciona que: “La tuberculosis es 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.” (pg.28).

La incidencia de los casos de tuberculosis se ha planteado de 1.5% por año, desde el 2000, por tanto, se considera como una causa principal de mortalidad en el mundo, al igual que el VIH. Se estima que la cuarta parte de la población mundial posee tuberculosis de manera latente, es decir que poseen el bacilo en su organismo, pero no desarrollan la enfermedad ni tampoco representan un riesgo de contagio, ya que no es posible la transmisión de persona a persona. Este tipo de pacientes que están infectadas con el bacilo tienen porcentaje del 5-15% de enfermar de tuberculosis a diferencia de las personas inmunodeprimidas que tienen un riesgo mayor. (Anduaga et al., 2016)

Signos y Síntomas

La sintomatología de la tuberculosis se presenta dependiendo el lugar de su aparición. Entre los síntomas más significativos tenemos:

- Tos productiva por más de 15 días (con o sin expectoración y sangre en el esputo).
- Diaforesis y dolores nocturnos.
- Dolores torácicos adjunto a hipertermias.
- Debilidad
- Pérdida de peso notoria.

Medios de Diagnostico

Baciloscopia de esputo: Consiste en un examen microscópico que se realiza con muestras de esputo de pacientes sintomáticos, el cual realiza personal de laboratorio capacitado,

donde se detecta la presencia de bacilos tuberculosos. Pero esta prueba solo detecta un porcentaje de casos positivos y no detecta si existe resistencia farmacológica. (OMS, 2018)

Prueba rápida Xpert MTB/RIF®: Fue recomendada por la OMS por primera vez en el 2010, esta prueba permite obtener en el plazo de dos horas el diagnóstico positivo de tuberculosis, además, si hay resistencia a la rifampicina, que es el fármaco más relevante para el control y curación de esta patología. Se utiliza como prueba de diagnóstico inicial en toda persona que sea sintomático respiratorio. Alrededor de 100 países han empleado su uso y a nivel mundial se han adquirido un total de 6.9 millones de cartuchos en 2016. (OMS, 2018)

Transmisión

El *Mycobacterium tuberculosis* se transmite mediante la inhalación de gotitas flugger infecciosas que son expulsadas al aire por la persona infectada, también son eliminadas a través de las heces y la orina. Debido a que el bacilo es resistente a la desecación puede permanecer durante meses en el medio ambiente, entre el polvo. La principal vía de entrada y la más común es el sistema respiratorio, el tejido linfoide de la orofaringe, el aparato gastrointestinal y la piel. Cuando los bacilos se encuentren en los alveolos, donde penetran a los macrófagos, inician el proceso de proliferación bacilar provocando en el paciente cavitaciones pulmonares, siendo este más infeccioso aun, debido a que su esputo posee de 1 a 10 millones de bacilos por ml y tienen tos productiva. (Jimenez & Agila, 2015)

Tratamiento

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad que se puede tratar y tiene cura. El tratamiento tiene una duración de seis meses mediante dos esquemas, con una combinación de 4 a 5 medicamentos. El éxito del tratamiento requiere supervisión y atención al paciente estrictamente donde se debe brindar toda la información necesaria debido a que sin el apoyo del personal de salud será difícil el cumplimiento terapéutico en su totalidad. En la mayoría de los casos se puede lograr la cura, siempre y cuando haya los medicamentos necesarios y sean tomados correctamente. Entre el año 2000 y 2016 se salvaron 53 millones de vidas gracias al diagnóstico y tratamiento oportuno de la tuberculosis. (OMS & OPS, 2013)

Isoniacida (H), Pirazinamida (Z), Rifampicina (R): Se considera el núcleo básico del tratamiento, debido a que estos eliminan el bacilo independientemente de la localización del mismo, ya se intracelular o extracelular. (Jimenez & Agila, 2015)

Estreptomina (S): Tiene propiedades bactericidas contra poblaciones de bacilos tuberculosos. Se activa contra bacilos que se encuentra en fase de multiplicación extracelular rápida. (Jimenez & Agila, 2015)

Etambutol (E): Es un medicamento bacteriostático, pero se asocia con medicamentos bactericidas más potentes para evitar la resistencia de los bacilos. (Jimenez & Agila, 2015)

Esquemas de tratamiento

Los esquemas de tratamiento no se basan en la localización anatómica de la enfermedad ya sea pulmonar o extrapulmonar sino en el historial farmacológico del paciente y del tiempo del tratamiento previo que este haya recibió, si fuera el caso. Además, la administración debe ser acuerdo al peso corporal de paciente. Se dividen en dos grupos: TB sensible y TB resistente. Es imprescindible que el tratamiento sea observado, que la toma y dosis sea completa en el 100% de los casos. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018)

Esquemas para casos de TB sensible

Esquema 1: Consta de dos fases y tiene una duración de 6 meses, en la cual se utilizan una combinación de cuatro fármacos de primera línea en casos nuevos de pacientes con tuberculosis y pacientes sin evidencia de presentar TB resistente. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018)

Tabla 1. Recomendaciones de dosis por Kg de peso para el tratamiento de TB sensible en adultos con drogas de primera línea.

Peso	Fase Inicial (RHZE)	Fase continua (RH)
30-37	2	1
38-49	3	1.5
50-70	4	2
71 y mayor	5	2.5

Fuente: (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018)

Tabla 2. Esquema de tratamiento para casos de TB sensible.

Fase	Duración	Frecuencia	Medicamento/dosis
Inicial (1)	2 meses (HRZE)	Diario: 5 días por semana en casos ambulatorios y 7 días por semana en caso de hospitalización y PPL.	Tableta combinada con: <ul style="list-style-type: none"> • Rifampicina 150mg • Isoniacida 75 mg • Etambutol 275mg • Pirazinamida 400 mg Dosis: 50 dosis Numero de tabletas de acuerdo al peso
Continua (2)	4 meses (HR)	Diario: 5 días por semana en casos ambulatorios y 7 días por semana en caso de hospitalización y PPL.	Tableta combinada con: <ul style="list-style-type: none"> • Isoniacida 150 mg • Rifampicina 300 mg Dosis: 100 dosis Numero de tabletas de acuerdo al peso.

Fuente: (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018)

Esquema 2: Este esquema tiene una duración de 9 meses con una combinación de isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol (HRZE) el cual se aplica en pacientes con pérdida del seguimiento recuperado, recaídas o fracasos y con sensibilidad confirmada a la rifampicina. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018)

Esquemas para casos de TB resistente

Consiste en un esquema acortado de 9-12 meses, para casos de pacientes con tuberculosis resistente a rifampicina (TB-RR) o tuberculosis multidrogoresistente (TB-MDR). Estos esquemas de tratamientos deben ser prescritos únicamente por el Comité Técnico Asesor Nacional de TB. Consta de dos fases. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018)

Fase intensiva: Se administrará en forma diaria por cuatro meses, se prolongará hasta los 6 meses en casos en lo que la baciloscopia continúe positiva al final de los cuatro meses de tratamiento, se considerará el fracaso del esquema cuando al finalizar los 6 meses la baciloscopia continúa siendo positiva. Consiste en medicamentos como Kanamicina (KM)- Moxifloxacina (MFX) en altas dosis- Etionamida (ETO)- Isoniacida (H) en altas dosis-

Clofazimina (CFZ)- Pirazinamida (Z)- Etambutol (E). (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018)

Fase de continuación: La administración se realizará en forma diaria por cinco meses en la cual se utilizará medicación como: Moxifloxacina (MFX)- Clofazimina (CFZ)- Etambutol (E) - Pirazinamida (Z). (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018)

En casos de tuberculosis TB-RR o TB-MDR que no se pueda aplicar el esquema acordado previamente mencionado, confirmado por un método molecular o convencional y previo análisis del Comité Técnico Asesor de TB. Se recomienda el esquema convencional, el cual se realizará en dos fases en casos de TB-MDR. Para el inicio de este tratamiento, en la primera fase el paciente debe ser hospitalizado hasta mejorar sus condiciones clínicas, el cálculo de las dosis se determina según el peso corporal del paciente (mg/kg/día) y se utilizaran dosis máximas de cada medicamento. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018)

Tabla 3. Esquema convencional en pacientes con TB-MDR.

Fase	Duración	Frecuencia	Medicamentos
Intensiva	6 meses Para el cálculo de solicitud de medicación se tomará en cuenta 26 tomas por mes.	Diaria: 5 a 6 días a la semana en pacientes ambulatorios. De acuerdo al establecimiento de salud.	Orales: <ul style="list-style-type: none"> • Cycloserine (Cs) • Levofloxacina (Lfx) • Etambutol (Eto) • Pirazinamida (Z) • Etionamida (Eto) Inyectable: <ul style="list-style-type: none"> • Kanamicina (Km)
Continua	12 meses	Diaria: 5 a 6 días a la semana en pacientes ambulatorios.	Orales: <ul style="list-style-type: none"> • Cycloserine (Cs) • Levofloxacina (Lfx) • Etambutol (Eto) • Pirazinamida (Z) • Etionamida (Eto)

Fuente: (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018)

Reacciones adversas a los medicamentos (RAM)

Los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en la mayoría de los casos terminan el tratamiento sin presentar reacciones adversas a medicamentos. Es importante un monitoreo estricto durante todo el tratamiento para identificar a tiempo la aparición de efectos adversos a los medicamentos de primera y segunda línea, para esto se requiere controles mensuales de exámenes de laboratorio, consultas médicas y tratamiento para las reacciones adversas que pueden ser severas e incluso comprometen la vida del paciente. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018)

Tabla 4. Efectos adversos de las drogas antituberculosis de primera y segunda línea, medidas de manejo.

Efectos Adversos	Medicamentos responsables	Medidas de manejo
Anorexia, náuseas, vomito, dolor abdominal, molestias gastrointestinales	Isoniacida, Pirazinamida o Rifampicina	Administrar después de comidas (desayuno y almuerzo)
Dolores articulares	Pirazinamida	Ácido acetilsalicílico
Sensación de ardor o insensibilidad en los pies	Isoniacida	Piridoxina 100 mg por día
Prurito	Todos los medicamentos antituberculosis	Informar al afectado que es un efecto de la medicación
Convulsiones o crisis convulsivas, síntomas Psicóticos, depresión	Cycloserine, Isoniazida	<ul style="list-style-type: none">• Suspender el fármaco mientras se resuelve la convulsión.• Iniciar terapia anticonvulsivante.• Recomenzar el fármaco en dosis bajas.
Neuropatía periférica	Cycloserine, Isoniazida, Estreptomina, Kanamicina, Ethionamida	<ul style="list-style-type: none">• Incrementar la piridoxina a la dosis máxima (200mg/día)• Bajar la dosis de fármacos sin comprometer el régimen terapéutico.
Perdida de la	Estreptomina, Kanamicina	Documentar la pérdida de la

audición		audición y comparara con una audiometría basal
Ictericia	Pirazinamida, Isoniacida, Rifampicina	Suspender
Perdida de la visión	Etambutol	Suspender
Erupción cutánea	Todos los medicamentos antituberculosos	Suspender medicación
Vómitos persistentes y confusión	La mayoría de los medicamentos antituberculosos	Suspender y realizar pruebas de la funcionalidad hepática

Fuente: (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018)

Abandono de tratamiento

Se considera abandono de tratamiento a 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. Cuando un paciente con tuberculosis pulmonar diagnosticado con baciloscopia positiva ha abandonado el tratamiento, el centro de salud al que pertenece el mismo, mediante el programa de control de tuberculosis debe realizar auditorías a través de una visita domiciliaria, en la cual se identifica las causas del abandono. (Garnica, Paz, Canaviri, Prado, & Romero, 2014)

La no adherencia de los pacientes se asocia a múltiples factores, los mismos que se derivan de una misma persona y su entorno. Por ello se implementa la estrategia de tratamiento supervisado, el cual implica que el paciente debe asistir casi todos los días de la semana al centro de salud más cercano de su domicilio, lo cual implica gastos de movilización para el paciente y la disponibilidad de tiempo que este tenga. Además, la no adherencia ocasiona altos costos a los servicios de salud, pérdida de años de vida en personas jóvenes, sobre todo en personas que tienen coinfección de VIH, 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. (Sánchez, Martínez, &

Mesa, 2013) La no adherencia es la negación del paciente a cumplir con la dosificación completa debido a que esta es muy prolongada y a su vez presenta diversos efectos secundarios por lo cual los pacientes se desaniman a continuar con el tratamiento.(Montufar & Noboa, 2013)

Factores que predisponen al abandono de tratamiento antituberculoso

Los familiares de los pacientes representan el eje principal que motivan a los pacientes al cumplimiento total de las tomas de la medicación. El apoyo afectivo es esencial, esto ayuda al paciente a afrontar el curso de su enfermedad, evitando pensamientos negativos, bajo autoestima, abandono del tratamiento, sobrellevar efectos secundarios de los fármacos, ya que la tuberculosis pulmonar provoca una debilitación general del cuerpo y disminución de las capacidades físicas para realizar las actividades cotidianas. La percepción social también provoca un gran impacto en el paciente, ya que este se puede sentir rechazado y excluido por la sociedad, incrementando el riesgo del incumplimiento terapéutico. (Quevedo et al., 2015)

Los determinantes de la salud engloban desde los factores ambientales, biológicos, sociales, culturales y servicios sanitarios los cuales ayudan a prevenir enfermedades y restaurar la salud. (Acevedo, Martinez, & Utz, 2013)

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. (Gomes, 2005)

Factores Biológicos del paciente

Se relaciona con las características del individuo, la mayoría de los factores de riesgo para el abandono de tratamiento está enfocado al individuo como actor principal. Algunos estudios mencionan a la tuberculosis pulmonar como una enfermedad que se asocia a los lugares marginales, que tienen poco acceso a la educación, empleo, vivienda, servicios básicos, por tanto, esto aumenta el riesgo de adquirir TB y el abandono del tratamiento. (Jimenez & Agila, 2015)

Edad: se define como el número de años cronológicos de una persona. Se identifico que pacientes en edades extremas (menores de 15 y mayores 54 años) en un 84% tienen mayor incidencia en la adherencia del tratamiento en comparación al 63% de pacientes en edades mayores a 35 años que tienden al abandono de tratamiento. (Jimenez & Agila, 2015)

Sexo: Se menciona con mayor incidencia en la literatura que los hombres tienden a abandonar el tratamiento más que las mujeres. En estudios realizados, en la mayoría de los casos, los pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso fueron de sexo masculino en un 64.7 % predominando en edades en rango de 45-54. (Navarro, Rueda, & Mendoza, 2013)

Escolaridad: Nivel educativo que tiene el paciente con tuberculosis pulmonar. Se considera que, a menor escolaridad, mayor es el riesgo de abandono, proyectando que se hace más difícil la comunicación entre paciente, familia y personal de salud. (Jimenez & Agila, 2015)

Enfermedad asociada: Es una de los factores que predisponen al abandono de tratamiento debido a que en algunos casos existe una coinfección de VIH, que limita al paciente a querer recibir más dosis de medicamentos, casos de incapacidad física que impida al paciente a caminar o moverse, patologías como Alzheimer, incapacidad para tragar, cuadriplejía o problemas musculares, también predisponen al atraso en el inicio de tratamiento o existe una poca adherencia al mismo. (Jimenez & Agila, 2015)

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. (Rivera, 2017)

Consumo de alcohol y drogas: Representan uno de los mayores riesgos para el fracaso del tratamiento antituberculosos, debido a que algunos pacientes consumen alcohol o sustancias psicoactivas durante el periodo de tratamiento. (Rivera, 2017)

Cantidad de dosis del tratamiento: En pacientes que reciben tratamiento por primera vez, el tiempo de duración de tratamiento y la cantidad de dosis les parece muy extenso, por tanto, en algunos casos los pacientes se limitan a iniciar el tratamiento. Sobre todo, porque deben moverse al centro de salud a la que pertenecen 5 días a la semana. (Rivera, 2017).

Efectos de medicación: debido a la cantidad de dosis que el paciente consume diariamente por 5 días, se presentan signos y síntomas como náuseas, diarreas, cólicos, reacciones de

hipersensibilidad, hepatopatía, nefrotoxicidad y sobrecarga de volumen, que provocan que el paciente deja la toma de dosis. En casos de pacientes MDR, estos presentan molestias por la aplicación de inyecciones que deben recibir diario. En argentina se reportó mediante un estudio realizado un 30% de casos de pacientes que abandonaron el tratamiento debido a los efectos secundarios de los medicamentos. (Jimenez & Agila, 2015)

Factores o determinantes distales

Son aquellos factores que se relación con variables de la sociedad y niveles de grupo. Se distinguen los factores ambientales (condiciones de vida, socioeconómicas y culturales) y factores de sistema sanitario (acceso a servicios de salud). (Gomes, 2005)

Factores Ambientales

Son factores que están relacionados con el entorno familiar, social y centro de salud.

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. (Rivera, 2017)

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. (Rivera, 2017)

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. (Rivera, 2017)

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.

Distancia al centro de salud: El centro de salud o entidad hospitalaria donde el paciente lleve a cabo la toma del medicamento debe estar lo más cerca posible de su domicilio, de esta manera se le facilitara el acceso al mismo y el cumplimiento del tratamiento, algunos estudios señalan que la distancia no es un factor de riesgo en el abandono del tratamiento, ya que si esta n se encuentra cerca del domicilio del paciente, el personal de salud está en la obligación asistir al domicilio del paciente para asegurar la toma de las dosis correspondientes. (Jimenez & Agila, 2015)

Visita domiciliaria: El personal de salud debe realizar visitas domiciliarias cuando el paciente es captada como positivo, para conocer su entorno, las personas que están en riesgo de contagio. Cuando el paciente deja de asistir a la toma de las dosis, también se debe hacer una visita domiciliaria para conocer las razones del abandono y realizar un seguimiento del mismo. (Rivera, 2017)

Atención del personal de salud: el programa de control de tuberculosis está conformado por 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. (Rivera, 2017)

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. (Jimenez & Agila, 2015)

Consecuencia del abandono

El abandono de tratamiento contribuye a la resistencia, es por ello que se complica el manejo farmacológico, además provoca la reducción de la curación, las recaídas, el aumento en la susceptibilidad a otras infecciones y como consecuencia más grave tenía el aumento de la cadena de transmisión en el individuo, familia y comunidad. En otras patologías el paciente puede alegar a su autodeterminación para seguir el tratamiento, pero en el caso de tuberculosis, el paciente no tiene derecho a rehusar el tratamiento porque está exponiendo a mas personas a contraer la enfermedad. (Jimenez & Agila, 2015)

CAPITULO 3

METODOLOGÍA

Tipo de Investigación

Es una investigación documental y analítica en la cual se realizó la revisión de diversos artículos científicos relacionados a factores de abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar, se efectuaron las siguientes etapas para el desarrollo del mismo: revisión bibliográfica, valoración y análisis de la información, evaluación de fuentes bibliográficas y presentación de resultados.

Métodos de recolección de datos

La recolección de la información se la realizó por medios de fuentes confiables, mediante base de datos, revistas científicas como: Scielo, Redalyc y Elsevier, buscadores como: Google académico y Pubmed, página oficial de la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, Guía práctica clínica de prevención, diagnóstico, tratamiento y control de tuberculosis del MSP, repositorio de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, repositorio de Universidad estatal de Guayaquil de los cuales se obtuvo información sobre el abandono del tratamiento de tuberculosis, la adherencia y no adherencia al tratamiento, factores que predisponen a que un paciente abandone el programa y barreras asociadas a la adherencia del tratamiento.

Presentación y Análisis de datos

De cada una de las bases de datos mencionadas anteriormente se realizó una recopilación y preselección de artículos relevantes sobre el tema a tratar. Una vez seleccionado los artículos, se realizó revisiones objetivas y científicas mediante un meta-análisis de la investigación donde se obtuvo ideas principales, palabras claves, datos estadísticos, conceptos e información necesaria que permita identificar los factores proximales y distales que predisponen al abandono de tratamiento de pacientes con tuberculosis.

CAPITULO 4

DESARROLLO DE LA TEMATICA

Mediante análisis de artículos científicos en diversos países sobre los factores del abandono de tratamiento de tuberculosis pulmonar entre el año 2013-2017, se identifica el cumplimiento y abandono del tratamiento, los factores proximales y distales que intervienen; donde se diferencie el factor más predominante.

Tabla 5. Porcentajes del cumplimiento y abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar entre el año 2013-2017

PAISES	CUMPLIMIENTO	ABANDONO
COLOMBIA	18.2%	81.8%
BOLIVIA	54%	46%
ARGENTINA	75%	25%
PERU	24,40%	75.6%
ECUADOR	74%	26%
CHILE	35.9%	64.1%

Elaborado por: (Huasco & Orozco, 2018)

Fuente: (Dueñas, Cardona, & Cardona, 2016)

Análisis: Los porcentajes de cumplimiento y abandono del tratamiento antituberculoso en los diferentes países, muestran que Colombia es el país con mayor incidencia de abandono con un 81.8% seguido de Perú con 75.6% y Argentina con un índice de tan solo 25% debido a que posee un alto porcentaje de cumplimiento en un 75%; mientras que Colombia obtiene el 18.2% de cumplimiento de tratamiento de tuberculosis.

Tabla 6. Factores o determinantes proximales que inciden en el abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis entre el año 2013 – 2017.

FACTORES		COLOMBIA	ECUADOR	PERU	BOLIVIA	CHILE	ARGENTINA
SEXO	MASCULINO	62.2%	80%	64.7%	54%	81.3%	63.5%
	FEMENINO	35.3%	20%	35.3%	46%	18.7%	35,3%
CONSUMO DE ALCOHOL		38%	33%	29,4%	26%	48.5%	25%
CONSUMO DE DROGAS		8.7%	50%	11,8%	13%	29.8%	-
ESCOLARIDAD INCOMPLETA		46,8%	40%	26,5%	-	-	65%
CONSUMO DE TABACO		62%	17%	19,1%	14%	-	-
COINFECCION VIH		28,4%	67%	5,2%	-	8,2%	10%
EFECTOS DE LA MEDICACION		26,1%	77%	8%	-	68%	-

Elaborado por: (Huasco & Orozco, 2018)

Fuente: (Rodríguez Alviz & Mondragón, 2014) (Abreu, Fortunato, Habckost, & Marin, 2014)

Análisis: En Chile el sexo masculino tiene un porcentaje de abandono de 81.3% seguido Ecuador con un 80% mientras que Colombia es el país con menor porcentaje de este factor con un 62.2%. En cuanto al consumo de alcohol con mayor incidencia se encuentra Chile con un 48.5% y en Argentina se refleja un 25%, pero el consumo de drogas n este país no es un factor para el abandono del tratamiento a diferencia de Ecuador que maneja un 50%. La escolaridad incompleta no es un factor predominante en todos los países de estudio, pero se resalta que en Argentina el 65% de las personas cumplen con dicho factor; por otra parte, en Colombia se resalta el 62% de consumo de tabaco mientras que

en Chile y Argentina no se presenta este factor. La coinfección por VIH es más elevada en Ecuador a diferencia de Perú que tiene un índice pequeño del 5.2%. A su vez en Ecuador se resalta un porcentaje alto de abandono debido a los efectos de medicación con 77% a diferencia de Perú que solo se manifiesta un 8%, por otra parte, en Bolivia y Argentina no se presenta este factor. Se ha reflejado que el sexo masculino y el consumo de alcohol son factores proximales más predominante en todos los países analizados.

Tabla 7. Factores o determinantes distales que inciden en el abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis entre el año 2013 – 2017.

FACTORES	CHILE	COLOMBIA	ECUADOR	PERU	BOLIVIA	ARGENTINA
FALTA DE SOPORTE FAMILIAR Y SOCIAL	51,9%	12,9%	50%	15%	47%	-
MALA ATENCIÓN POR EL PERSONAL DE SALUD	6%	27,6%	66%	-	38%	37%
DIFICULTAD DE ACCESO AL CENTRO DE SALUD	13,2%	5,9%	23%	11,6%	8%	6%

Elaborado por: (Huasco & Orozco, 2018)

Fuente: (Herrero, Arrosi, Ramos, & Ueleres, 2015)

Análisis: La falta de soporte familiar y social en Chile se encuentra dentro del 51.9% y en un 15% en Perú, mientras que Argentina no lo reconoce como un factor que influya en el abandono del tratamiento de tuberculosis; Por otra parte se encuentra Ecuador con un porcentaje de 66% correspondiente a la mala atención que brinda el profesional de salud a los usuarios a diferencia de Chile que maneja un índice del 6% lo cual refleja que calidad de atención que brinda el equipo de salud. La dificultad al acceso al centro de salud es un factor que influye en todos los países analizados siendo Ecuador el país con mayor porcentaje con un 23% y Colombia con menor porcentaje del 5.9%. Los factores distales con mayor incidencia del abandono del tratamiento son: la falta de soporte familiar y social y la dificultad al acceso a los centros de salud.

CAPITULO 5

CONCLUSIONES

Los factores que intervienen en el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar son los proximales y distales donde se puede diferenciar que estos factores influyen en gran porcentaje en el incumplimiento del tratamiento lo que no permite una curación efectiva y conlleva a complicaciones de la patología como la multidrogorresistencia y la multiplicación de cepas bacterianas que aumentan el contagio poblacional.

Los factores proximales más predominantes en el abandono del tratamiento de tuberculosis son: el sexo masculino, la escolaridad incompleta y consumo de alcohol los cuales alcanzan un alto porcentaje en los países analizados debido al estilo de vida que lleva cada paciente, por lo tanto, aunque se cumpla la toma de dosis de manera estricta la efectividad del fármaco se reducirá debido al consumo de bebidas alcohólicas.

En cuanto a los factores distales que se presentan con mayor frecuencia se encuentra: el soporte familiar, la atención sanitaria que recibe el paciente durante su tratamiento, la dificultad en el acceso al centro de salud para la toma de dosis. Se debe tener en cuenta que, para aumentar los índices de curación, y reducir los de abandono del tratamiento de la tuberculosis, es necesario que se complemente la disciplina del paciente en la toma de las dosis, el soporte familiar y social y la calidad de atención de los servicios de salud.

Los factores que se asocian con mayor frecuencia al abandono del tratamiento antituberculoso son: difícil acceso a los servicios de salud, sexo masculino y consumo de alcohol.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, A., Fortunato, D., Habckost, C., & Marin, C. (2014). *Baja adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes coinfectados con VIH/SIDA y TB en la ciudad de Porto Alegre. Brasil* .
- Acevedo, G., Martinez, D., & Utz, L. (2013). Unidad 1. La Salud y sus Determinantes. La Salud Publica y la Medicina Preventiva.
- Anduaga, A., Maticorena-Quevedo, J., Beas, R., Chanamé-Baca, D. M., Veramendi, M., Wiegering-Rospigliosi, A., ... 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 Médica Peruana*, 33(1), 21–28.
- Carvajal-Barona, R., Tovar-Cuevas, L. M., Aristizábal-Grisales, J. C., & Varela-Arévalo, M. T. (2017). Barreras asociadas a la adherencia al tratamiento de tuberculosis en Cali y Buenaventura, Colombia, 2012. *Gerencia y Políticas de Salud*, 16(32), 68–84. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.baat>
- Comas, I., & Gil, A. (2016). Secuenciación masiva para el diagnóstico y la epidemiología de tuberculosis. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 34, 32–39. [https://doi.org/10.1016/S0213-005X\(16\)30217-8](https://doi.org/10.1016/S0213-005X(16)30217-8)
- Dueñas, M., Cardona, D., & Cardona, D. (2016). Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis. Pereira, Colombia 2012-2013. *Biomédica*, 36(3), 423–431. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v36i3.2904>
- Garnica, B., Paz, A., Canaviri, M., Prado, G., & Romero, B. (2014). Adherencia al Tratamiento de Tuberculosis en el Centro de Salud Temporal. *Revista Científica Ciencia Medica*, 7(1), 11–14.
- Gomes, A. (2005). *Monitoreo y analisis de los procesos del cambio de los sistemas de salud*. Puerto Rico.
- Herrero, M. B., Arrosi, S., Ramos, S., & Ueleres, J. (2015). Análisis espacial del abandono del tratamiento de tuberculosis. *Rev Saúde Pública*, 49, 49. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005391>
- Jimenez, E., & Agila, R. (2015). *Factores que influyen en el abandono del tratamiento antifimico en pacientes atendidos en el PCT del hospital de Daule Dr. VicentePino Moran desde septiembre del 2014 hasta agosto del 2015*. Guayaquil.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). *Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis*. Quito.

- Montufar, M., & Noboa, E. (2013). “Factores asociados al abandono de tratamiento en los pacientes nuevos con tuberculosis pulmonar BK+ en la Ciudad de Guayaquil en el año 2012. Guayaquil - Ecuador.
- Navarro, C., Rueda, J. L., & Mendoza, J. L. (2013). Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculosos en pacientes con TB. *Ciencia y Cuidado*, 10(1), 19–27.
- OMS. (2017). *Informe mundial sobre la tuberculosis 2017*.
- OMS. (2018). Tuberculosis. Retrieved September 1, 2018, from <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
- OMS, & OPS. (2013). *La tuberculosis en la Región de las Américas*. Whashington.
- Quevedo, C., Luz, N. del P., Sanchez, R., Ruth, L., Villalba, P., Fiorella, K., & Velasquez, D. (2015). Relación del Soporte Familiar y Social en el Cumplimiento del Tratamiento de Pacientes con Tuberculosis Pulmonar en Centros de Salud. *Rev Enferm Herediana*, 8(1), 49–54.
- Rivera, J. (2017). *Factores de riesgo y abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento*, Micro Red. Lima.
- Rodríguez-Valín, E., Villarrubia Enseñat, S., Díaz García, O., & Martínez, V. (2015). Factores de riesgo asociados a los resultados potencialmente insatisfactorios y a la mortalidad durante el tratamiento antituberculoso en España. *Rev Esp Salud Pública*, 89, 459–470. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272015000500004>
- Rodríguez Alviz, E., & Mondragón, C. H. (2014). Adherencia a la terapia farmacológica y sus factores determinantes en pacientes con tuberculosis de un centro de salud de Santiago de Cali. *Rev. Colomb. Cienc. Quím. Farm*, 43(1), 104–119. <https://doi.org/10.15446/rcciquifa.v43n1.45467>
- Sánchez, A. I. M., Martínez, O. A. C., & Mesa, Y. L. R. (2013). Trabajadores de la salud y sus significados en torno a la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. *Enfermería Global*, 12(3), 86–108.
- Telegrafo. (2016, March 25). El Telégrafo - Guayas tiene mayor incidencia de tuberculosis. *El Telegrafo*, p. 1. Retrieved from <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/salud/1/guayas-tiene-mayor-incidencia-de-tuberculosis>
- Torres, Z., & Herrera, T. (2015). Perfil del paciente con tuberculosis que abandona el tratamiento en Chile: profile of patients in Chile. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 31(1), 52–57. <https://doi.org/10.4067/S0717-73482015000100008>