



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA

**“FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE TRATAMIENTO EN  
LOS PACIENTES NUEVOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR BK+  
EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL DURANTE EL AÑO 2012”.**

**AUTORAS:**

MONTUFAR SANDOVALIN MARÍA DELFINA  
NOBOA VITERI ERIKA JUANA

**DIRECTORA:**

LCDA. ROCÍO VERDUGA Msc.

**AÑO LECTIVO**

2012 - 2013

Guayaquil, 24 Junio del 2013

## **CERTIFICACION DEL TUTOR**

En calidad de tutor de la tesis sobre el tema “**FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES NUEVOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR BK+ EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL DURANTE EL AÑO 2012**” Realizado por **Montufar Sandoval María Delfina y Noboa Viteri Erika Juana**, previo a la obtención del título en la carrera de Lcda. En Enfermería de la Facultad de Ciencias Médica, Escuela de Enfermería, certifico que luego de haber revisado la apruebo en todas sus parte.

Atentamente

---

Lcda. Rocío Verduga Monar **MSC.**  
**DIRECTORA DE TESIS**

## AGRADECIMIENTO

*Agradecemos a **Dios todo Poderoso**, quien nos ilumina en nuestro día a día, ya que él es el único que con su divina sabiduría nos guio en nuestra formación Profesional. A nuestros docentes quienes con sus buenos consejos nos han guiado en nuestra educación y valores morales para ser profesionales de bien y poder brindar atención de calidad con calidez a la comunidad.*

***Erika Noboa** A mi esposo Víctor e hijos que han estado en toda mi formación apoyándome incondicionalmente, nunca me olvidare de tu apoyo esposo mío te amo.*

***María Delfina Montufar** agradezco a mi madre, que me han guiado en este largo trayecto de mi vida, a mi padre en especial que desde el cielo me ha guiado en este camino, a mis hijas pilar fundamental de mi vida que me han dado su apoyo incondicional para culminar esta etapa de mi vida profesional.*

*A nuestra tutora **Lcda. Roció Verduga** por guía y entrega en este trabajo de tesis, que el divino creador la llene de bendiciones.*

## DEDICATORIA

*Mi tesis de grado se la dedico a Dios, mis padres, a mis hijas por la comprensión y paciencia que me demostraron en cada momento, a mi padre Miguel Ángel, que desde el cielo me ilumino en cada momento de mi formación en cada decisión tomada.*

**Ma. Delfina Montufar**

*Dedico mi proyecto de grado a Dios, a mi esposo Víctor, e hijos Amy e Israel quienes estuvieron en cada momento de mi formación profesional, a mi esposo en especial que me a apoyado incondicionalmente a lo largo de mi carrera como licenciada en enfermería.*

**Erika Noboa Viteri**

# INDICE DE CONTENIDOS

<b>CONTENIDOS</b>	<b>PÁGINAS</b>
Certificación del tutor.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Índice de contenido.....	v
Índice de Gráficos y Cuadros.....	viii
Resumen- Abstract.....	x
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
Planteamiento del problema.....	3
Justificación.....	6
Objetivos.....	7
<b>CAPITULO II</b>	
Marco teórico.....	8
Definición.....	10
Descripción Clínica.....	11
La Tuberculosis Pulmonar.....	12
Prevención de la Tuberculosis.....	13
Las Medidas preventivas son.....	13
Control de Contacto.....	13
Nivel de Adherencia.....	13
Factores Condicionantes.....	14
Factores del Servicio.....	14
Falta de Confidencialidad.....	15
Ambiente Inadecuado.....	15
Falta de personal y Servicios.....	15
Accesibilidad al Servicio de Salud.....	16
Falta de Trabajo en Equipo.....	16
Factores de la Persona Con TB.....	16

Falta de Conocimiento y Comprensión.....	16
Falta de Capacidad Física y Mental.....	17
El abuso de Drogas y Alcohol.....	17
Falta de Motivación.....	18
Modelos y teorías de enfermería aplicada en pacientes que abandonaron el tratamiento anti-tuberculosis.....	18
Teoría de Déficit de Auto Cuidado.....	19
Modelo de Promoción de la Salud.....	19
Teoría de Hidegarde Peplau.....	20
Marco Legal dando origen al programa nacional de control de tuberculosis.....	22
Glosario.....	24
Variables.....	27
Definición de las Variables.....	27
Operacionalización de Variables.....	28

### **CAPITULO III**

Metodología.....	33
Diseño de la Investigación.....	33
Modalidad de la Investigación.....	33
Estudio Exploratorio.....	33
Estudio Descriptivo.....	34
Estudio Correlacional.....	34
Estudio Explicativo.....	34
Instrumentos de la Investigación.....	34
Técnicas de la Investigación.....	35
Universo.....	35
Tamaño de Muestra.....	35
Criterios de Inclusión: .....	35
Criterio de Exclusión: .....	36

### **CAPÍTULO IV**

Análisis e Interpretación de Resultados.....	37
----------------------------------------------	----

Conclusiones.....	46
Recomendaciones.....	47
Bibliografía.....	48
<b>ANEXOS.....</b>	<b>50</b>
Permisos para obtener datos	
Consentimiento informado	
Instrumento de obtención de datos	
Guía de datos para llenar folleto de encuesta	
Cronograma	
Presupuesto	
Cuadros y gráficos estadísticos	
Evidencias fotográficas.	

## ÍNDICE DE GRÁFICOS Y CUADROS

<b>CONTENIDOS</b>	<b>PÁGINAS</b>
Gráfico N° 1 Abandono de Tratamiento Antifímico Esquema 1 Vs. Calidad Servicio de Salud Establecimientos MSP Guayaquil 2012.....	37
Gráfico N° 2 Abandono del tratamiento antifímico esquema 1 Vs. visitas domiciliarias a pacientes que abandonan tratamiento en establecimientos de salud durante 2012.....	38
Gráfico N° 3 Porcentaje de casos que abandonaron tratamiento Esquema 1 Vs. Factores Sociales, Establecimiento de Salud MSP Guayaquil 2012.....	39
Gráfico N° 4 Abandono de Tratamiento Antifímico Esquema 1 Vs. RAM Establecimientos de Salud MSP Guayaquil 2012.....	39
Gráfico N° 5 Abandono de Tratamiento Antifímico Esquema 1 Vs. Género Establecimientos de Salud MSP Guayaquil 2012.....	40
Gráfico N° 6 Abandono de Tratamiento Antifímico Esquema 1 Vs. grado de Escolaridad Establecimientos de Salud MSP Guayaquil 2012.....	41
Gráfico N° 7 Abandono de Tratamiento Antifímico Esquema 1 Vs. Edad de Escolaridad Establecimientos de salud MSP Guayaquil 2012.....	42

Gráfico N° 8	
Abandono de tratamiento antifímico Esquema 1 Vs. Grupo Étnico establecimientos de salud MSP Guayaquil 2012.....	43
Gráfico N° 9	
Abandono de tratamiento antifímico Esquema 1 Vs. tipo de Vivienda establecimientos de Salud MSP Guayaquil 2012.....	44
Gráfico N° 10	
Abandono de Tratamiento Antifímico Esquema 1 Vs. Religión Establecimientos de salud MSP Guayaquil 2012.....	45

# **“FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES NUEVOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR BK+ EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL DURANTE EL AÑO 2012”**

**Autoras:** Montúfar Sandovalin María Delfina  
Noboa Viteri Erika Juana

**Tutora:** Lcda. Rocío Verduga MSc.

**Fecha:** Junio 2013

## **RESUMEN**

El abandono de tratamiento como un agravante de los Programas de Control de la Tuberculosis en los Establecimientos de Salud, constituye una amenaza a la Salud Pública, por el riesgo de incrementar la resistencia bacteriana, esto motivó llevar a efecto el estudio de los “Factores Relacionados con el Abandono al Tratamiento Anti tuberculosis en los Pacientes Diagnosticados como Casos Nuevos”, con el objetivo de documentar los factores que Inciden en el abandono de tratamiento en los establecimientos de salud de la Ciudad de Guayaquil. El método utilizado en este estudio es Epidemiológico de Campo, de tipo Exploratorio, Descriptivo, Explicativo, Correlacional, aplicada a una muestra de 115 pacientes que iniciaron tratamiento E-1, y luego abandonaron. El proceso y análisis de datos generales del paciente, muestra que de 115 encuestados 87% son de sexo masculino en edades comprendidas entre 20 a 40 años (44%), instrucción secundaria incompleta el 45% y primaria completa el 34%. Entre los factores relacionado con el abandono de tratamientos están los relacionados con aspectos sociales como el consumo de drogas (57%), alcohol (18%), delincuencia (4%), seguido de factores vinculados con los Servicios de Salud: mala atención (66%), falta de visitas domiciliarias dentro de las 48 horas de haber abandonado el tratamiento (67%) y los factores relacionados con el tratamiento como las RAM con el 38%. Concluimos que el principal factor de abandono de tratamiento está relacionado con los servicios de salud, por lo tanto recomendamos la importancia del manejo humano ajustado a los tiempos y adecuado a las necesidades de los pacientes, el cumplimiento normativo de las visitas domiciliarias para la reinserción del paciente al tratamiento y el manejo interprogramático para la solución oportuna de los problemas motivo de abandono.

## **"ASSOCIATED FACTORS FOR CLOSING NEW TREATMENT IN PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS IN BK + GUAYAQUIL CITY DURING THE YEAR 2012"**

**Authors:** María Delfina Sandovalin Montúfar  
Erika Noboa Joan Viteri

**Tutor:** Atty. Rocío Verduga MSc.

**Date:** June 2013

## **ABSTRACT**

The abandonment of treatment as an aggravating Programs Tuberculosis Control in Health Facilities, constitutes a threat to public health, increasing the risk of bacterial resistance, this motivated to carry out the study "Factors Related Abandonment to Treatment with Anti tuberculosis in Patients Diagnosed as New Cases ", with the aim of documenting the factors that Affect the abandonment of treatment in health facilities in the city of Guayaquil. The method used in this study is Epidemiological Field, type Exploratory, Descriptive, Explanatory, correlational, applied to a sample of 115 patients who started treatment E-1, and then abandoned. The data analysis process and general patient shows that of 115 respondents 87% were male aged between 20-40 years (44%), incomplete secondary education, 45% primary and 34% complete. Among the factors associated with the abandonment of treatments are those related to social issues such as drug use (57%), alcohol (18%), crime (4%), followed by factors related to the health services: poor attention ( 66%), lack of home visit within 48 hours of leaving the treatment (67%) and treatment-related factors such as RAM with 38%. We conclude that the main factor treatment dropout is related to health services, therefore we recommend the importance of human management adjusted to the times and adapted to the needs of patients, compliance, home visits for the reintegration of patient treatment and management interprogrammatic for timely resolution of problems because of neglect.

## INTRODUCCION

La Tuberculosis, reconocida por la Organización Panamericana de la Salud como una perpetua amenaza de muerte y sufrimiento para los países pobres, es de hecho una enfermedad muy antigua. Producida por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis*, también conocida como bacilo de Koch, en referencia a su descubridor, Robert Koch (1843-1910).

El presente estudio surge del interés de las pasantías realizadas en las rotaciones del internado, en los diferentes establecimientos de salud de la Ciudad de Guayaquil de Enero a Diciembre del año 2012 en donde se pudo observar que la tuberculosis (TB) continúa siendo un problema de salud pública, con gran incidencia de morbilidad y mortalidad a nivel mundial.

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

En este contexto ocurrió la idea de realizar la presente tesis, dirigida a determinar los factores relacionados con el abandono de tratamiento en pacientes nuevos que realizaron su tratamiento Esquema Uno en los establecimientos de la ciudad de Guayaquil durante el año 2012.

El presente trabajo consta de 3 capítulos los mismos se evidencian en el índice. Los resultados relevantes de esta tesis se concluyen una vez aplicada la encuesta a 115 pacientes con abandono de tratamiento. La relevancia de los hallazgos muestran

que el mayor porcentaje de factores están relacionados con los servicios de salud, por una mala atención brindada al paciente seguido de las visitas domiciliarias no realizadas dentro de las 48 horas del abandono como lo indica las normativas nacionales e internacionales, entre los factores sociales tenemos: drogadicción, alcoholismo, delincuencia, y relacionados con el tratamiento tenemos las Reacciones Adversas al Medicamento (RAM).

## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa considerada hoy en día como una pandemia, ya que un tercio de la población mundial está infectada por esta bacteria llamada Bacilo de Koch, cada segundo se produce en el mundo una nueva infección por TB. Según la OMS nueve millones de personas en el mundo se enferman de tuberculosis y dos millones aproximadamente mueren, de estos doscientos cincuenta mil son niños, lo que obliga a realizar una profunda reflexión de lo que realmente está fallando en el control de esta enfermedad curable desde hace ya varias décadas.

El Plan Estratégico Multisectorial de la OMS/OPS “**alto a la tuberculosis**” 2010-2015”, tiene como objetivo fundamental alinear los esfuerzos de los países para hacer efectivo la consecución de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, para que hasta el 2015 se logre reducir al 50% la prevalencia y la mortalidad por tuberculosis, en comparación con los niveles de 1990. En este contexto Ecuador viene trabajando desde el 2001 con el proyecto de Fortalecimiento del Programa de Control de la Tuberculosis con Estrategia **DOTS/TAES** Tratamiento corto Estrictamente supervisado apoyado por la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional ACDI y la agencia Canadiense del Pulmón ACP, a partir del 2005 la expansión de este proyecto se realiza al resto del país y a las Alianzas Publico Privado (IESS- Guayas) por el **FONDO MUNDIAL**.

El problema de la salud pública a nivel mundial se ve agravado por la asociación de la TB/VIH y la aparición de la tuberculosis drogo resistentes (DR), esta última a consecuencia de tratamientos incorrectos, esquemas incompletos e irregulares (abandonos).

El abandono del tratamiento se considera uno de los principales obstáculos para el control de la tuberculosis, porque disminuye la eficacia de los Programas Nacionales

al incrementar el riesgo de transmisión del bacilo y aumentar la probabilidad de resistencia bacteriana a los antifímicos.

Es de gran preocupación el incremento del porcentaje de abandono al tratamiento de los nuevos casos de tuberculosis pulmonar BK+ formas contagiantes Esquema 1. En los últimos 5 años en la provincia del Guayas.

La OMS considera que cuando el porcentaje de abandono supera el 5% este problema es atribuible a deficiencias en la calidad de atención de los servicios, en cambio si las causas de abandono son menores al 5% estos son atribuibles a factores dependientes del paciente por lo que se deben realizar intervenciones individualizadas, para identificar el problema de salud es así que nace la siguiente interrogante.

**¿Cuáles son los Factores asociados para el abandono de tratamiento en los pacientes nuevos con Tuberculosis Pulmonar BK+ en la ciudad de Guayaquil durante el año 2012?**

La identificación de estos factores permitirá emprender y recomendar estrategias de Intervención para la reducción del mismo y garantizar la curación de la enfermedad en nuestro país.

Las Jefaturas seleccionadas para llevar a efecto el estudio, han sido los establecimientos de salud urbanos y rurales de la ciudad de Guayaquil que muestran mayores incidencias de abandono por diferentes circunstancias. A continuación detallamos los establecimientos seleccionados para el estudio:

Área # 1 maternidad Matilde Hidalgo de Procel, Sub Centros de Salud: Mariuxi Febres cordero, Cotopaxi, Reina de Quinche, Cóndor, Proletarios sin Tierra, Florida, Guasmo sur, Guasmo Central, Unión de Bananeros, Guasmo norte, Casitas del Guasmo, 25 de Enero, La Floresta.

Área # 2 Centro de Salud Trinitaria, Camino del sol, Trinitaria 1, Trinitaria 2, Trinitaria 3, Fertisa, Guasmo Oeste Manglar, Rumiñahui.

Área # 3 centro de salud 3, 10, 2, 5, 14, Guangala.

Área # 4 Maternidad Mariana de Jesús, CS 11, Indio Guayas, Cisne II, Colmena, Huerfanitos, CS 8.

Área # 6 centro de Salud 13, 6, 12, Barrio lindo.

Área # 7 Centro de salud 4,1, 9, 15.

Área # 8 Centro de salud Sauces 3, Los Vergeles, Las Orquídeas, Francisco Orellana.

Área # 9 Martha de Roldós, Mapasingue Este, Justicia Social, Juan Montalvo, Estrella de Belén, Ficoa de Montalvo, Luchadores del Norte.

Área # 10 Centro de Salud 7, 9 de Enero, 29 de Abril, 12 de Octubre, Chongón, Cerecita, Consuelo, Puerto Hondo, El Cerro.

Área # 11 Maternidad francisco Jácome, Flor de Bastión 2

Área # 12 centro de salud Pascuales

## JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto investigativo tiene como finalidad dar a conocer los factores que más inciden al Abandono del Tratamiento Anti tuberculosis en los Pacientes Nuevos con Tuberculosis Pulmonar con BK+ en los Establecimientos de Salud de la Ciudad de Guayaquil.

El abandono del tratamiento agrava el Problema de Salud Pública por el riesgo de constituirse en fuentes de infección en la comunidad, disminuye la eficacia de los Programas Nacionales de Control; un paciente que abandona el tratamiento tiene posibilidad de infectar de 10 a 15 personas, aumenta la probabilidad de Resistencia bacteriana a los antifimicos y predispone a una mayor frecuencia de fracasos, es así que la **OMS considera como abandono el incumplimiento por el paciente del régimen fármaco terapéutico por un periodo mayor de un mes.**

Las estadísticas 2011 reportadas por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis Guayaquil indican un 9% de abandono, cifra que rebasa los parámetro permitidos por OMS que es del 5%, situación que motivo realizar la presente investigación en los pacientes que abandonaron el tratamiento en las unidades de salud de la Ciudad de Guayaquil de Enero a Diciembre del año 2012 y poder identificar los posibles factores que más inciden en el abandono de tratamiento.

La OMS considera que cuando el porcentaje de abandono supera el 5% este problema es atribuible a deficiencias en la calidad de atención del servicio.

Los resultados alcanzados al término del presente trabajo servirán de guía para re direccionar las intervenciones del Control de la tuberculosis en los establecimientos de salud de la ciudad de Guayaquil y como ayuda a futuros estudiantes que incursionen en el tema.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Documentar los Factores Asociados que Inciden en el Abandono del Tratamiento Anti tuberculosis en los Pacientes Nuevos con Tuberculosis BK+ en la Ciudad de Guayaquil de Enero a Diciembre durante el año 2012.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ❖ Registrar Bibliografías para conocer y sustentar teorías sobre los posibles factores asociados que inciden en el abandono del tratamiento Anti tuberculosis en pacientes nuevos con tuberculosis BK+ con esquema uno y establecer guías de recolección de datos.
- ❖ Revisión de libro de casos, tarjeta de medicación, historia clínica, en los establecimientos de salud, con la finalidad de contabilizar y recolectar los datos de identificación de los pacientes que han abandonado el tratamiento en el año 2012.
- ❖ Planificación de visitas domiciliarias a realizarse a los pacientes que han abandonado el tratamiento por diversos factores.
- ❖ Identificar qué factores relacionados con el paciente, con los servicios de salud y tratamiento

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

La tuberculosis no es aún una enfermedad derrotada, porque hay actualmente más de 10 millones de enfermos en el mundo, cada año se diagnostican más de 9 millones de casos nuevos, 1 a 2 millones de ellos mueren por esta enfermedad y, lo que es aún más importante, alrededor de un tercio de la población mundial, es decir alrededor de 2 mil millones de los habitantes de este planeta, están infectados por el *Mycobacterium tuberculosis*. Este enorme reservorio de portadores sanos de bacilos de Koch vivos, en fase latente, que pueden reactivarse en cualquier momento del futuro si disminuyen sus condiciones inmunitarias, permite asegurar que la tuberculosis acompañará a la especie humana, como un problema de salud pública. Durante los últimos decenios el mundo médico ha tomado conciencia de este precario escenario y ha estimulado toda clase de investigaciones y programas de control para erradicar esta enfermedad.

La OMS ha propuesto la estrategia **stop TB** (detenga la tuberculosis), que en esencia ha planteado las siguientes metas a nivel mundial:

- ❖ Detectar por lo menos el 70% de los casos bacilífero y curar por lo menos el 85% de ellos para el año 2005. (Esta meta ya no se alcanzó ni en 2005, ni en 2010).
- ❖ Reducir las muertes por tuberculosis en un 50% en el año 2015 respecto a las ocurridas el año 1990.
- ❖ Eliminar la tuberculosis como problema de salud para el año 2050.

La Organización Mundial de la Salud y la OMS declaró en abril de 1993 que la Tuberculosis había adquirido carácter de urgencia mundial, debido principalmente al vínculo entre la Tuberculosis y la infección con el VIH.

En el año 1995 se reportaron más de nueve millones de casos nuevos de Tuberculosis con más de tres millones de muertes. El Mycobacterium Tuberculosis causa mayor mortalidad que cualquier otro agente infeccioso en desarrollo.

El abandono del tratamiento anti tuberculosis, se inicia cuando el paciente; **"No concurrir a recibir el tratamiento por más de treinta días consecutivos"** es la principal limitación para lograr la cura de esta enfermedad. Además de que impide la curación, el abandono guarda una relación estrecha con una pronta recaída y, no obstante ser una causa reversible, constituye el mayor factor determinante del fracaso terapéutico. Es también un antecedente común en pacientes que mueren de tuberculosis en el país.

En América Latina la tuberculosis es un grave problema de salud pública. Ecuador se encuentra entre los nueve (9) países con mayor número de pacientes con tuberculosis el mismo que reporta el 75% de casos al año.

Para el año 2012 Ecuador reportó un total de 5.760 casos de todas las formas de tuberculosis y la ciudad del Guayaquil es la más afectada con un total de 3.104 constituyéndose una de las provincias con la mayor carga de TB en el país con un (53.88%) del total Nacional.

La OMS considera que el Tratamiento Antituberculoso es un proceso complejo que requiere un régimen terapéutico prolongado de meses. Durante ese proceso, diversos factores pueden influir en la decisión de continuarlo o abandonarlo; estos factores pueden estar relacionados con el paciente en el ambiente familiar o social, con los servicios de salud, y con el tratamiento.

La Ciudad de Guayaquil es la ciudad más afectada por la enfermedad. Presenta una de las mayores tasas de incidencia en el país; reúne una elevada proporción de abandonos del tratamiento anti-tuberculoso. En los años 2010-2011, la incidencia de abandono alcanzó 10 y 9%, respectivamente cifra que rebasa el valor que establece como límite el programa de control de la tuberculosis (PCT) (5% de abandonos).

## DEFINICIÓN

La Tuberculosis, reconocida por la Organización Panamericana de la Salud como una perpetua amenaza de muerte y sufrimiento para los países pobres, es de hecho una enfermedad muy antigua. Los primeros escritos que evidencian su existencia datan del Mundo Antiguo.

El abandono de tratamiento antituberculoso, se define **como el no concurrir a recibir su tratamiento por más de treinta días consecutivos**, es la principal limitación en el alcance de los objetivos del tratamiento, en los pacientes con tuberculosis.

El abandono del tratamiento impide alcanzar la curación del paciente, tiene una fuerte asociación con recaída precoz y constituye la causa más importante y reversible del fracaso terapéutico, agravando su estado clínico.

Para determinar los posibles factores de riesgos que inciden para el Abandono al Tratamiento nos hemos orientado en el Modelo Epidemiológico realizado por Alan Dever en el año de 1.976, este modelo estudia el análisis de políticas sanitarias, que permiten elevar el nivel de vida de los pacientes, su medio ambiente y la biología humana a un nivel de importancia como la atención médica, además permite la profundización en las causas de las enfermedades, son todas estas ventajas que permiten realizar un análisis de la situación, según sus factores determinantes y la prioridad de los mismo.

Estos factores pueden estar relacionados con la persona, en lo cultural, económico o el ámbito familiar, con los servicios de salud y el tratamiento.

Entre los posibles Factores Relacionados con los Servicios de Salud, están las esporádicas visitas domiciliarias que tiene que realizarla el personal de salud dentro de las 48 horas del abandono, una inadecuada información de la enfermedad y del tratamiento por parte de los servicios sanitario. Estos podrían ser indicios para un futuro abandono. Por otra parte, el bajo nivel de educación, la incertidumbre de lograr una mejoría en el tratamiento, la falta de apoyo familiar, el desempleo, horario

inadecuado, la imposibilidad de costear el transporte hasta el lugar de administración de la terapia, la estigmatización de la enfermedad, la intolerancia a los medicamentos o el desarrollo de reacciones adversas, así como el consumo de alcohol, drogas, delincuencia, podrán ser factores que inciden la probabilidad del abandono, la tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa que afecta principalmente a los pulmones, pero que también puede atacar a otras partes del cuerpo, puede ser muy grave, si no es tratada a tiempo.

Es producida por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis*, también conocida como bacilo de Koch, en referencia a su descubridor, Robert Koch (1843-1910).

La tuberculosis es causada por un bacilo Gram positivo se caracteriza por ser aerobio estricto, en medio con tensiones fisiológicas altas de O<sub>2</sub> y PH 6.5 a 7 inmóvil no esporulado ni escapulado, no produce toxinas o sustancias químicas nocivas para el organismo, mide 1 a 5 micras, cuya principal característica es ser ácido alcohol resistente (AAR).

## **DESCRIPCIÓN CLÍNICA**

Los pulmones son los órganos más comúnmente afectados. La enfermedad puede comprometer también los riñones, huesos, ganglios linfáticos, sistema nervioso central, órganos genitales, pericardio, peritoneo, articulaciones o diseminarse por todo el organismo.

La transmisión se efectúa por vía aérea al inhalar la persona sana las partículas de esputo que exhala el enfermo al toser, hablar o estornudar, la tos es la forma más efectiva de transmisión del bacilo, es el síntoma más precoz, la tuberculosis pulmonar, tiene una incidencia del 90% que la extra pulmonar.

## **LA TUBERCULOSIS PULMONAR**

Es una enfermedad infecciosa que afecta principalmente al parénquima del pulmón. La cual puede ser transmitida a otras partes del cuerpo, incluyendo las meninges, los riñones, los huesos y los ánodos linfáticos.

Es una infección bacteriana crónica que se caracteriza por la formación de granulomas en los tejidos infectados y una hipersensibilidad mediada por células regularmente se localiza en los pulmones.

Es una infección comunicable, curable usualmente crónica, de presentación clínica variable. Esta puede comprometer prácticamente todos los órganos, pero los pulmones son los más comúnmente afectados.

Es una infección bacteriana necrotizante que afecta a múltiples órganos del cuerpo, se trata mayormente de un proceso traqueó bronquial, son afecciones también del parénquima caracterizado por su evolución clínica en forma de brotes, alternando fases de progresión aguda o lenta con otra reacción o incluso estabilización y que puede evolucionar paralelamente con afectación de uno o más órganos.

El contagio se presenta mientras el enfermo elimina bacilos, al iniciar el tratamiento rápidamente se suprime la población bacteriana por lo tanto desaparece el riesgo. El aislamiento del paciente no tiene justificación, por cuanto una vez iniciado el tratamiento, la población en riesgo que puede contagiarse disminuye progresivamente. Sin embargo, se deben tomar todas las medidas de protección para evitar el contagio de las personas que interactúen con el enfermo.

La forma de contagio de la tuberculosis es de persona a persona el periodo de incubación varía entre 2 a 12 semanas. Ocurrida la infección, alrededor del 10% desarrollará la enfermedad en alguna época de la vida. Si el infectado de Tuberculosis adquiere el VIH, el riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa es del 50%. En nuestro país una proporción importante de las Tuberculosis secundarias se deben a reinfección. La tuberculosis extra pulmonar es menos frecuente que la pulmonar.

## **PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS**

La prevención es el conjunto de intervenciones que realiza el PNCT con la finalidad de evitar la infección por TB, y en caso de que está se produzca, evitar el paso de infección a enfermedad. La prevención está dirigida a evitar la diseminación del bacilo de koch en la comunidad.

### **LAS MEDIDAS PREVENTIVAS SON:**

- ❖ Evitar el contagio.
  
- ❖ Eliminar las fuentes de infección presente en la comunidad a través de la detección.
  
- ❖ Diagnostico precoz y tratamiento "supervisado en boca", de los casos de TBP Bk (+); cuando se diagnostica y trata oportunamente a un enfermo con tuberculosis pulmonar BK (+), se evita que diez a veinte personas entre la familia y la comunidad se infectan anualmente.

## **CONTROL DE CONTACTO**

Contactos son las personas que conviven o mantienen una estrecha relación (labor, escolar, etc.) con el enfermo de tuberculosis pulmonar. El control de contactos tiene por objetivo detectar casos de tuberculosis entre los contactos y prevenir el riesgo de enfermar.

## **NIVEL DE ADHERENCIA**

La adherencia al tratamiento significa que el paciente está siguiendo el curso recomendado de tratamiento, tomando todos los medicamentos prescritos durante todo el tiempo que sea necesario, realizándose los exámenes y pruebas de control; así mismo, que está cumpliendo las medidas de control de la TB y ejerciendo sus derechos y deberes como persona con TB. La adherencia es importante porque la TB es casi siempre curable si los pacientes cumplen con su tratamiento.

La **NO ADHERENCIA** es la incapacidad o la oposición del paciente a cumplir con todos los componentes del tratamiento descritos anteriormente. Cuando un tratamiento se complica o dura un largo periodo, como en el caso de la TB, a menudo los pacientes se cansan o se desaniman de continuar con el tratamiento. Esta conducta es uno de los más grandes problemas en el control de la TB y puede provocar serias consecuencias. Un paciente no adherente a todo el proceso de Tratamiento puede: Permanecer enfermo por más tiempo o agravar su enfermedad.

Continuar transmitiendo la TB a otros.

Desarrollar y transmitir la TB drogo resistente.

Fallecer como resultado de un tratamiento interrumpido.

## **FACTORES CONDICIONANTES**

Hay muchas razones por las que una persona podría tener problemas para cumplir con el tratamiento para la TB. En muchos casos, tanto las condiciones del establecimiento de salud como las de su personal pueden presentar barreras a la adherencia del paciente. Sin embargo, durante la entrevista de enfermería se pueden detectar en el paciente factores de riesgo para la no adherencia con el consecuente abandono de la persona al tratamiento. Aquí tenemos algunos factores:

## **FACTORES DEL SERVICIO**

**Mala relación con el personal de salud** Algunas personas con TB tienen una mala relación con el equipo de salud. Cuando los pacientes y trabajadores de salud no establecen una relación basada en respeto y confianza, esta relación inadecuada puede influenciar en la adherencia de las personas con TB. Si un paciente cree y confía en el personal de salud, es más probable que dicha persona siga las instrucciones y los consejos para cooperar con su trabajador de salud.

También es más probable que los pacientes hagan preguntas y muestren sus inquietudes con respecto al tratamiento. **Personal no entrenado** Para una atención adecuada de TB se requiere de personal sensibilizado, motivado y entrenado en todo el manejo de la TB, lo cual incluye la prevención, detección, tratamiento,

seguimiento y educación. Si la persona con TB siente que el personal de salud no sabe manejar su tratamiento, pierde confianza y respeto al servicio brindado, lo cual puede dificultar su adherencia.

### **FALTA DE CONFIDENCIALIDAD**

La TB es una enfermedad muy estigmatizada por lo que es necesario respetar siempre la confidencialidad de las personas con TB, e incluso de aquellas con sospecha de tener TB. El no guardar confidencialidad puede resentir al paciente y provocar el abandono del tratamiento para no ser identificado. No deberíamos, por ejemplo, poner el nombre del paciente en su caja de medicamentos. No es necesario ni correcto hacerlo; un número de caso o el código son suficientes. Ésta es una falta de confidencialidad porque cualquier persona puede leer los nombres en el área de tratamiento.

### **AMBIENTE INADECUADO**

Los ambientes sucios, oscuros, poco ventilados y desordenados no permiten ofrecer un servicio adecuado, donde el paciente pueda sentirse cómodo y bien atendido. Además, la presencia de estas condiciones contradice a la educación que se brinda a la persona con TB sobre medidas de prevención y de higiene. Se debe hacer el mayor esfuerzo por mantener ambientes limpios y ordenados, con adecuado flujo de aire para la atención a la persona con TB.

### **FALTA DE PERSONAL Y SERVICIOS**

La escasez de personal contribuye a demoras en la atención, la disminución del tiempo de atención por paciente y que éste sienta rechazo por el servicio brindado. También se debe considerar que para el caso de personas con TB con esquemas más complejos, se requiere el apoyo de servicios y especialistas que, tal vez, algunos establecimientos de salud no tengan. La persona con TB tiene que movilizarse a muchos lugares diferentes para sus controles y exámenes solicitados; puede cansarse y, consecuentemente, no cumplir con los mismos.

## **ACCESIBILIDAD AL SERVICIO DE SALUD**

La falta de acceso a la atención de salud puede, también, ser un obstáculo significativo para completar un esquema de TB. Se deben hacer esfuerzos especiales para lograr y proporcionar atención para pacientes sin un domicilio permanente o sin medios de transporte. Las personas con TB que trabajan pueden tener horarios de trabajo que interfieren con el horario del establecimiento de salud. También, en algunos casos

(Especialmente en las personas con TB MDR), no pueden pagar el costo de transporte, exámenes de control y medicamentos para tratar las RAM, todo lo cual puede dificultar el cumplimiento del esquema.

## **FALTA DE TRABAJO EN EQUIPO**

Si el equipo de TB no trabaja junto, será más probable que se cometan errores o no se cumplan los deberes oportunamente. Esto hará que el servicio se vea perjudicado.

## **FACTORES DE LA PERSONA CON TB**

El paciente se siente mejor una vez que las personas con TB ya no se sienten enfermas, pueden creer que está bien dejar de tomar sus medicamentos Anti tuberculosis. Los síntomas de TB pueden disminuir drásticamente durante la primera fase del tratamiento. Sin embargo, a menos que las personas con TB continúen con su tratamiento durante el tiempo indicado, algunos bacilos tuberculosos pueden sobrevivir, poniendo a los pacientes en riesgo de una recaída en la enfermedad de TB y, además, del desarrollo de organismos drogo resistentes.

## **FALTA DE CONOCIMIENTO Y COMPRENSIÓN**

Algunas veces hay ciertos temas que las personas con TB no entienden del todo: el proceso de la enfermedad y su tratamiento, la prevención, el cómo tomar sus

fármacos, los exámenes de control y las razones por las que la duración del tratamiento de TB es tan prolongada.

Por eso no sólo es importante orientar a la persona con TB, sino hacerlo con palabras sencillas y otros métodos. Esta falta de conocimiento y comprensión puede llevar a una incapacidad o a una falta de motivación para terminar el tratamiento. Creencias culturales o personales.

Algunas personas con TB tienen fuertes creencias culturales o personales respecto de la enfermedad de la TB, de cómo se debe tratar y a quién pueden acudir para pedir ayuda. Cuando el tratamiento de TB entra en conflicto con estas creencias, las personas con TB se pueden volver temerosas, ansiosas o, en última instancia, se pueden distanciar del personal de salud.

### **FALTA DE CAPACIDAD FÍSICA Y MENTAL**

Ciertas personas con TB no tienen la capacidad necesaria para seguir las instrucciones de un trabajador de atención de salud y adherirse a un esquema prescrito. Los grupos que están particularmente en riesgo de problemas de adherencia son: los pacientes ancianos con movilidad o destreza manual limitada, las personas con TB con problemas mentales y los niños pequeños

### **EL ABUSO DE DROGAS Y ALCOHOL**

Las personas con TB que abusan de las drogas y el alcohol pueden no dar prioridad al tratamiento de la TB porque se encuentran sumergidos en su adicción. Además, estas personas pueden tener malas relaciones con su familia y amigos, lo que perjudica el apoyo que puedan recibir de ellos. Además, los medicamentos les pueden ocasionar reacciones adversas con mayor frecuencia.

## **FALTA DE MOTIVACIÓN**

Algunas personas pueden tener una falta de motivación para adherirse al tratamiento de TB. Las personas con TB pueden sentir que se les cortan sus expectativas de vida por el largo y difícil proceso del tratamiento, o se sienten estigmatizadas (marcadas y/o rechazadas).

También, si las personas con TB tienen muchas prioridades con las que lidiar en sus vidas, tales como: falta de trabajo o trabajo mal reenumerado, falta de vivienda, falta de alimentación, problemas de salud ocasionados por otras enfermedades (por ejemplo: VIH/SIDA), o el abuso de drogas, alcohol; es posible que no consideren como prioridad el seguir todo el tratamiento para la TB. Tanto las personas con TB como los trabajadores de salud son responsables de asegurar que las personas con TB cumplan con el tratamiento. Todos los días o semanas, deben decidir entre tomar o no tomar sus medicamentos. Lo que decidan los pacientes depende, a menudo, de la calidad de atención que reciban de los trabajadores de salud.

## **MODELOS Y TEORIAS DE ENFERMERIA APLICADA EN PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO ANTI- TUBERCULOSIS**

Las teorías de enfermería son una serie de conceptualizaciones relacionadas entre sí, que orientan a visualizar el grado de relación que existe entre la enfermedad y la persona aquejada por la situación, son verificadas y validadas a través de la exploración.

Es importante saber que cada teoría estudia un aspecto limitado de la realidad del estudio, nuestra tesis se ha apoyado en conjeturas relacionadas a nuestra exploración como son los factores asociados al abandono de tratamiento anti-tuberculosis.

## TEORÍA DE DÉFICIT DE AUTO CUIDADO

### DOROTEA OREM

Dorotea Orem define el auto cuidado como una contribución constante del ser humano a su propia existencia, a su salud y a su bienestar continuo. El auto cuidado es la práctica de actividades que los individuos realizan a favor de si mismo para mantener la vida, la salud y el bienestar.

Orem define que el ser humano tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales y que cuenta con un potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para auto conocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de auto cuidado.

Su aplicación en el estudio es fomentar el auto cuidado enseñándoles los cuidados que se debe aplicar frente a la enfermedad.

## MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD

### NOLA PENDER

El modelo de promoción de Nola Pender identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable su filosofía dice.

**“Hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”**

**NOLAR PENDER define a la Salud:** Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

**Persona:** Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

**Entorno:** No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

**Enfermería:** El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud, **su aplicabilidad** en los pacientes que han abandonado el tratamiento es reintegrarlos al tratamiento mediante conversatorios educativos y sociales, entre el personal a cargo del mismo y del personal de programa de control de la tuberculosis para fomentar en ellos, la adherencia al tratamiento farmacológico, e impulsar en ellos cambios de estilos de vida.

## **TEORÍA DE HIDEGARDE PEPLAU**

Esta teoría permite que el profesional de enfermería deje de centrarse, en la atención biofísica de la enfermedad y permite acercarse a los sentimientos y los comportamientos frente a la enfermedad de los pacientes, estos comportamientos pueden ser explorados e incorporados a las intervenciones de enfermería. Mediante la aplicación de esta filosofía conseguiremos que surja una relación entre la

enfermera- paciente que permita afrontar los problemas que padezcan de manera conjunta.

**HIDEGARDE PEPLAU** integro en su modelo las teorías psicoanalítica, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad, al mismo tiempo que el crecimiento de la teoría enfermera era algo relativamente novedoso y describe 4 fases en su teoría psicoanalítica.

Describe cuatro fases:

- 1) **Orientación:** El paciente intenta identificar cuáles son sus problemas delimitando sus necesidades y busca al profesional. La enfermera ayuda al paciente tanto a reconocer y comprender su problema como a determinar su necesidad de ayuda.
- 2) **Identificación:** El paciente, junto a la enfermera, identifica su situación, responde con las personas que pueden ayudarlo y se relaciona con ellas. La enfermera diagnóstica los problemas y formula un plan de cuidado
- 3) **Aprovechamiento o explotación:** El paciente hace uso de los cuidados de enfermería y saca el máximo beneficio de la relación, por lo tanto la enfermera aplica el plan de cuidado establecido hasta alcanzar lograr la maduración y la independencia.
- 4) **Resolución:** El paciente se libera de la participación de la enfermera, (se ha hecho autosuficiente) Se abandonan viejos objetivos y se adoptan otros nuevos.
- 5) La incorporación de este modelo permitirá en los pacientes que dejaron de asistir a la terapia farmacológica por diversas causas, a reintegrarse al tratamiento mediante la relación interpersonal enfermera - paciente o viceversa paciente - enfermera, realizando participaciones sociales, en conversatorios con otros pacientes de tratamiento para experimentar vivencias relacionadas al tratamiento, asíéndolos sentir que la asistencia a la unidad de salud es importante, para que la terapia antifimica haga su efecto, mostrando siempre empatía por su situación.

## **MARCO LEGAL DANDO ORIGEN AL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE TUBERCULOSIS**

- ❖ Decreto N° 1364 del 11 de diciembre de 1973, en que los hospitales y dispensarios de LEA se integran a los Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, dando origen al PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE TUBERCULOSIS.
- ❖ Acuerdo Ministerial N° 0371, publicado en el Registro Oficial N° 631 del 1 de agosto del 2002, mediante la cual se declara a la Tuberculosis una enfermedad de riesgo altamente contagiosa y de prioridad para la salud pública.
- ❖ Que el artículo 42 de la Carta Magna, consagra como más alto deber del Estado Ecuatoriano, garantizar el derecho a la salud, su promoción y protección;
- ❖ Que el artículo 63 del Código de la Salud señala que la autoridad de salud dictará las normas, ejecutará las acciones. ordenará las prácticas y el empleo de medios que defiendan la salud de los individuos o de la comunidad, por su parte al artículo 96 del mismo cuerpo legal manda que el Estado fomentará y promoverá la salud individual y colectiva;
- ❖ Que la Dirección Nacional de Epidemiología, a través del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, ha formulado y actualizado los conceptos técnicos relacionados con la localización del sintomático respiratorio, diagnóstico de casos de TB, tratamiento, seguimiento de casos de TB, vigilancia epidemiológica, sistemas de información y procedimientos técnicos para la red de laboratorios en TB, con base a la aplicación de la estrategia DOTS en todo el país:
- ❖ Que es indispensable en la ejecución de toda actividad en materia de salud, contar con seguimiento y apoyo técnico para mejorar la cobertura y calidad de la atención en salud;
- ❖ Que mediante memorando N° SEP-T 143 de 6 de mayo del 2002, en el que consta el visto bueno del Director Nacional de Epidemiología, el Jefe Nacional del Programa de Tuberculosis, solicita la elaboración del presente acuerdo ministerial;

- ❖ Que mediante Acuerdo Ministerial N° 495, publicado en el Registro Oficial N° 210 de 23 de noviembre del 2000, se acuerda "Crear las unidades antituberculosas dependientes del Ministerio de Salud Pública, con sede en las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca", disposición que el Programa de Control de Tuberculosis, considera que su contenido no es viable, no son aplicables a la estructura del Ministerio de Salud Pública e introduce problemas técnicos, administrativos, económicos y laborales: y.
- ❖ En ejercicio de las atribuciones concedidas por el artículo 176 de la Constitución Política de la República y artículo 16 del Estatuto del Régimen Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva,

**Acuerda:**

- ❖ Art. 1.- Aprobar la actualización de las "NORMAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS. EN EL ECUADOR -2002".
- ❖ Art. 2.- Dejase sin efecto los acuerdos ministeriales Nos. 1605 de 14 de marzo de 1989 y 0495, publicado en el Registro Oficial N° 210 de 23 de noviembre del 2000.
- ❖ Art. 3.- De la ejecución del presente acuerdo ministerial que entrará en vigencia a partir de la fecha de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguense a la Dirección General de Salud, a la Dirección Nacional de Epidemiología a través del Programa Nacional de la Tuberculosis.
- ❖ Dado en Quito. Distrito Metropolitano, a 24 de junio del 2002.
- ❖ Es fiel copia del documento que consta en el archivo del Departamento de Documentación y Archivo al que me remito en caso necesario. Lo certifico en Quito. A 27 de Junio del 2002.

## GLOSARIO

**Abandono de Tratamiento:** se define como el no concurrir a recibir su tratamiento por más de treinta días consecutivos

**Convicción:** Seguridad que tiene una persona de la verdad o certeza de lo que piensa o siente.

**Variable:** característica que al ser medida en diferentes individuos es susceptible de adoptar diferentes valores

**Característica:** es una cualidad que determina los rasgos de una persona o cosa y que muy claramente la distingue del resto

**Elucidar:** Poner en claro analizar una situación

**Bacilífero:** Portador de bacilos

**Epidemiología:** estudia la frecuencia de las enfermedades y los trastornos de la salud, así como sus causas y factores de riesgos en grupos de población.

**BK+:** baciloscopia positiva

**BK- :** baciloscopia negativa

**DOST:** Directly observed treatment-course/estrategia de tratamiento acordado directamente observado. Operacionalmente consiste en que una persona entrenada y supervisada observe al paciente con tuberculosis deglutir los medicamentos.

**OMS:** Organización mundial de la salud

**PCT:** programa del control de la tuberculosis

**SR:** sintomático respiratorio

**TB:** tuberculosis

**TBPBK+:** Tuberculosis pulmonar BK+

**TBPBK-C- :** tuberculosis pulmonar BK- Cultivo -

**TBPBK-C+:** tuberculosis pulmonar - cultivo +

**TBDR:** tuberculosis drogo resistente

**TBEP:** tuberculosis extra pulmonar

**URM:** unidad recolectora de muestra

**RAFA:** reacción adversas a los medicamentos antifimicos

**BAAR:** bacilo alcohol acido resistente.

**Elucidar:** Poner en claro, explicar:

**Estigma:** es una condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que su portador sea incluido en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como culturalmente inaceptable e inferior.

**RAM:** Reacciones Adversas a los medicamentos.

**Vs:** Versus

**E- 1:** Esquema 1

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud

**Factor:** Elemento o circunstancia que contribuye, junto con otras cosas, a producir un resultado: el ejercicio físico es un factor decisivo en la calidad de vida.

**Adherencia:** Unión de una cosa a otra mediante una sustancia que las aglutina.

**Sustancias psicotrópicas:** es un agente químico que actúa sobre el sistema nervioso central, lo cual trae como consecuencia cambios temporales en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento.

**Exhorta:** Incitar con palabras, razones o ruegos a actuar de cierta manera, especialmente una persona que tiene autoridad material o moral para ello: el general exhortó a sus soldados para que lucharan con valor.

**Modelo:** Representación que se sigue como pauta en la realización de algo: toma a su padre como modelo y le copia en todo lo que puede.

**STOP TB:** Detenga la Tuberculosis

## VARIABLES

### VARIABLE DEPENDIENTE

Abandono al Tratamiento

### VARIABLES INDEPENDIENTE

Factores Asociados al Abandono del Tratamiento

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

**Variable Dependiente.-** es el incumplimiento del régimen terapéutico por parte del paciente.

**Variable Independiente.-** es toda condición de riesgo asociada a la mayor frecuencia del daño o problema.



VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
		<b>Escolaridad</b>  <b>Grupo Étnico</b>  <b>Cree que la medicina alternativa va a curar su tratamiento?</b>  <b>En que medicina confía?</b>  <b>Su religión es?</b>  <b>Le permitía tomar el tratamiento?</b>	Primaria Incompleta Primaria Completa Secundara Incompleta Secundaria Completa Superior Incompleta Superior Completa Analfabeto  Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena  Si No  alternativa Natural Ancestral chamanismo  Católica Evangélica Mormón Testigo de Jehová  Si No

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
		<p><b>Ud. cuenta con un salario como ingreso?</b></p> <p><b>Como es su remuneración?</b></p> <p><b>Ud. labora como</b></p> <p><b>Enfermedades Concomitante</b></p> <p><b>Consume alguna sustancia psicotrópica?</b></p> <p><b>Cómo cuál?</b></p> <p><b>Tipo de vivienda</b></p>	<p>Si No</p> <p>Diario menor de \$ 10,00 Semanal hasta \$ 20,00 Mensual hasta \$ 260,00</p> <p>Desempleado Empleado Publico Empleado Privado Comerciante Formal Comerciante Informal Quehaceres domésticos</p> <p>VIH Diabetes</p> <p>Si No</p> <p>Tabaco Drogas Alcohol</p> <p>Caña Mixta Cemento</p>

<b>VARIABLES</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>
		<b>Cuando supo de su enfermedad, Ud. recibió apoyo?</b>	Familiar o Personal de salud encargado de su tratamiento
	<b>Factores relacionados con el servicio de salud</b>	<b>La atención que Ud. recibió en la unidad de salud fue?</b>  <b>Ud. Fue visitado por el personal de salud en su domicilio dentro de las 48 horas de haber abandonado el tratamiento?</b>	Buena Mala  Si No
	<b>Factores Relacionados con el tratamiento</b>	<b>Tuvo algún tipo de reacción a los medicamentos mientras tomaba la?</b>	Si No

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
		<p><b>Cómo cuáles?</b></p> <p><b>A Ud. le habían comunicado de su tratamiento?</b></p> <p><b>Le informaron el tiempo que iba a durar en el tratamiento?</b></p>	<p>Nauseas Mareo Ardor estomacal</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p>

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **DISEÑO DE LA INVESTIGACION**

El presente estudio realizado está enfocado en una Investigación Epidemiológica de Campo, de tipo Exploratorio, Descriptivo, Explicativo, Correlacionar, mediante los cuales se sustentaran y detallaran los posibles Factores de Riesgos que más Inciden al Abandono del Tratamiento de la Tuberculosis en los pacientes atendidos en los Establecimientos de Salud de la Ciudad del Guayaquil de Enero a Diciembre del año 2012. Este tipo de Investigación implica considerablemente más esfuerzo que cualquiera otra investigación, está enfocada en el tiempo, lugar y persona que ocurren los hechos de estudios Además de la recolección, tabulación y análisis de datos necesarios, deben también enfocarse numerosos y a veces abrumadores asuntos operativos.

#### **MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN**

Este proceso investigativo está elaborado bajo la modalidad de una Investigación Epidemiológica de Campo o también conocida como Directa que se efectúa en la persona, lugar y tiempo en que ocurren los fenómenos de hecho.

#### **ESTUDIO EXPLORATORIO**

Permiten aproximarnos a los factores de riesgo desconocidos, que han incidido al abandono, método que implican y requieren de paciencia, serenidad y receptividad por parte del investigador. El estudio exploratorio se centra en descubrir, las posibles causas que inciden para que el paciente abandone el tratamiento agravando su estado de salud y poniendo en riesgo el entorno que circula y a la comunidad.

## **ESTUDIO DESCRIPTIVO**

Mediante este estudio se tratara de exhibir los posibles factores relacionados con el paciente, ámbito familiar y social, los servicios de salud y el tratamiento.

En esta etapa se enfoca las realidades de hecho y las características fundamentales de las ciencias biológicas y sociales apoyado del el método cualitativo, cuantitativo y el análisis estadístico.

## **ESTUDIO CORRELACIONAL**

Nos permitirá medir el grado de relación y la manera cómo interactúan dos o más variables entre sí una vez realizada la operacionalización de las mismas. Estas aproximaciones se establecen dentro de un mismo contexto, y a partir de los mismos sujetos en la mayoría de los casos.

## **ESTUDIO EXPLICATIVO**

Pretenden conducir a un sentido de comprensión o entendimiento del fenómeno (abandono de tratamiento). Apuntando a las causas del mismo como eventos físicos o sociales. Pretende responder a preguntas como: ¿por qué ocurre? ¿En qué condiciones ocurre? Son los más estructurados y en la mayoría de los casos requieren del control y manipulación de las variables en un mayor o menor grado.

## **INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACION**

Los instrumentos Utilizados: formularios de recolección de datos elaborados por los investigadores para este fin, libro de registros de casos de tuberculosis instituida en los establecimientos de salud, los mismos permitieran cumplir con el fin de la investigación.

## **TÉCNICAS DE LA INVESTIGACION**

Entre las técnicas a utilizar para la recolección de la información son las entrevistas a los responsables de las Estrategias de Control de la Tuberculosis en los Establecimientos de Salud, la observación directa y entrevistas a los pacientes, para la aplicación del formulario de recolección de datos, análisis de datos de los libros de casos de pacientes y cohorte de tratamiento.

El análisis, interpretación y presentación de datos se basara en un estudio comparativo entre el marco teórico referencial y la realidad encontrada, mediante tablas y gráficos del programa Microsoft de Excel.

## **UNIVERSO**

Población total de afectados, con diagnóstico de Tuberculosis que iniciaron tratamiento con esquema 1, durante el año 2012 en la Ciudad de Guayaquil y que abandonaron su tratamiento.

## **TAMAÑO DE MUESTRA**

115 pacientes diagnosticado con tuberculosis que abandonaron el tratamiento en la ciudad de Guayaquil.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Pacientes nuevos con tuberculosis pulmonar BK+ (CN TBPBK+)

Pacientes nuevos con tuberculosis pulmonar BK- C+ (CN TBP BK-C+)

Pacientes nuevos con tuberculosis pulmonar BK- C- (CN TBPBK-C-)

Pacientes nuevos diagnosticados con tuberculosis Extra pulmonar

Pacientes nuevos con diagnóstico de meningitis tuberculosa

Pacientes nuevos con diagnóstico de tuberculosis y con infección VIH

Pacientes nuevos con diagnóstico de tuberculosis con infección diabetes

**CRITERIO DE EXCLUSIÓN:**

Pacientes con retratamiento que recibe esquema 2

Pacientes con drogo Resistencia.

## CAPITULO IV

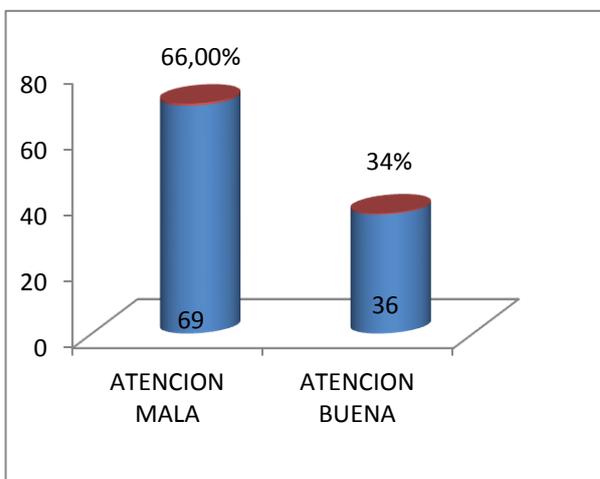
### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los abandonos de tratamientos antifímicos agravan el problema de la salud pública en la provincia del Guayas, constituyen el 10% y 9% en los años 2010 y 2011 respectivamente. La OMS considera que cuando el porcentaje de abandono supera el 5% este problema es atribuible a deficiencias en la calidad de Atención en los servicios de salud, y cuando son menores al 5% estos son atribuibles a factores dependientes del paciente.

El presente estudio realizado en una muestra de 105 pacientes que habían abandonado su tratamiento durante el año 2012 en los establecimientos de salud del MSP de la ciudad de Guayaquil, se encontró que el principal factor relacionado al abandono de tratamiento antifímicos estaba vinculado efectivamente a los **servicios de salud** especialmente a la mala calidad de atención y el incumplimiento de visitas domiciliarias por parte del personal sanitario, la misma que según normas nacionales e internacionales debe realizarse dentro de las 48 horas de inasistencia al tratamiento, ver gráficos 1 y 2

#### GRAFICO N° 1

#### ABANDONO DE TRATAMIENTO ANTIFÍMICO ESQUEMA 1 Vs. CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTABLECIMIENTOS MSP GUAYAQUIL 2012



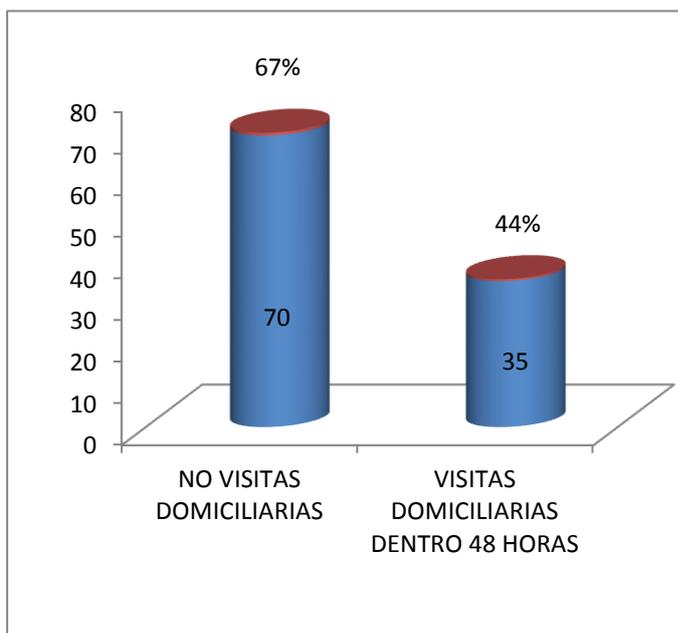
El gráfico muestra que el 66% de pacientes que abandonaron el tratamiento recibieron una mala atención en especial refieren demoras y largas esperas para recibir su tratamiento y también la falta de calidez del personal.

**FUENTE:** Estudio de los Factores que Inciden en el Abandono del Tratamiento en los Pacientes nuevos con BK+ en la ciudad de Guayaquil en el año 2012

**ELABORADO POR:** Erika Noboa –Ma. Delfina Montufar

## GRAFICOS N° 2

### ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIFÍMICO ESQUEMA 1 Vs. VISITAS DOMICILIARIAS A PACIENTES QUE ABANDONAN TRATAMIENTO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DURANTE 2012



En este gráfico se observa que el 67% de los pacientes que habían abandonado tratamiento no habían sido visitados dentro de las 48 que establece las normas nacionales e internacionales para adherencia al tratamiento.

FUENTE: Estudio de los Factores que Inciden en el Abandono del Tratamiento en los Pacientes nuevos con BK+ en la ciudad de Guayaquil año 2012

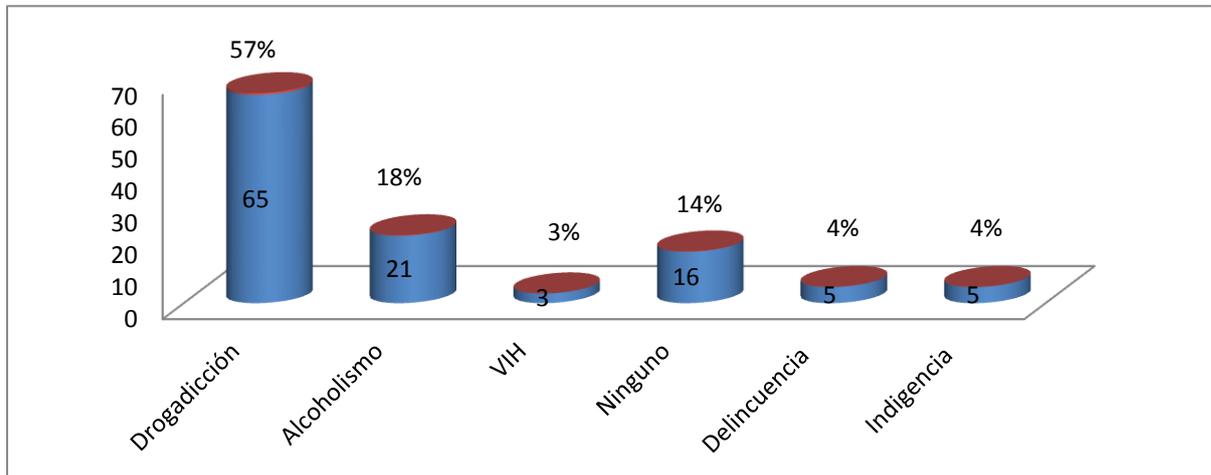
ELABORADO POR: Erika Noboa –Ma. Delfina Montufar

Entre otros factores relacionados con el abandono demostrado en el presente estudio están:

- ❖ Los relacionados con el Paciente especialmente como: **drogadicción** con 57% seguido de **alcoholismo** 18%, **delincuencia** 4% e **indigencia** 4% y **VIH** 3%.
- ❖ En Los Relacionados con el tratamiento están las reacciones adversas a los medicamentos RAM, específicamente y en primer lugar el ardor estomacal luego el conjunto de asociaciones entre ardor estomacal, mareos náuseas. Ver gráfico No 3 y 4

### GRAFICOS N° 3

#### PORCENTAJE DE CASOS QUE ABANDONARON TRATAMIENTO ESQUEMA 1 Vs. FACTORES SOCIALES, ESTABLECIMIENTO DE SALUD MSP GUAYAQUIL 2012.

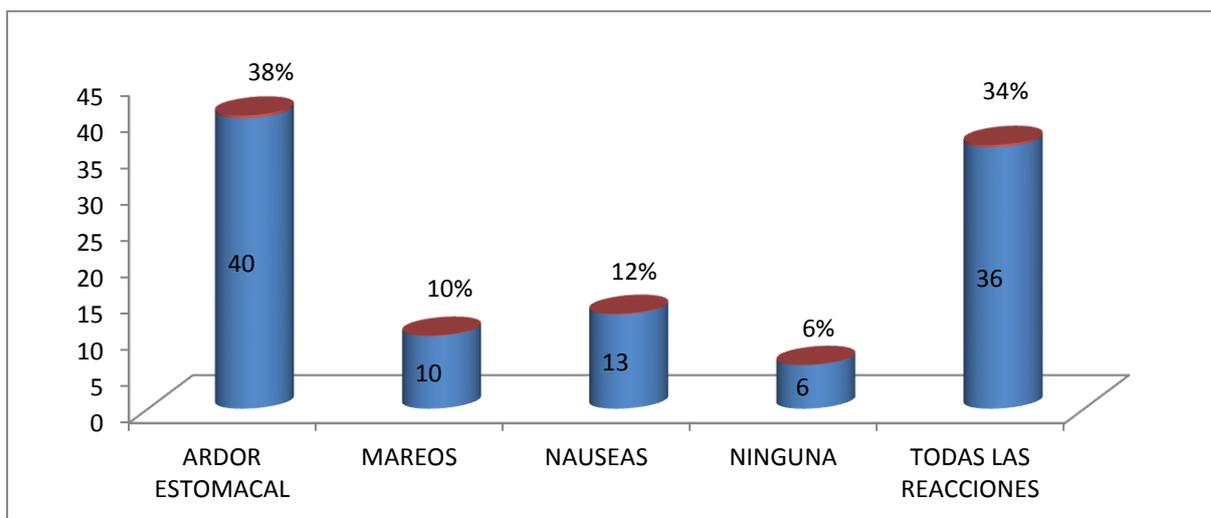


FUENTE: Estudio de los Factores que Inciden en el Abandono del Tratamiento en los Pacientes nuevos con BK+ en la ciudad de Guayaquil año 2012

ELABORADO POR: Erika Noboa –Ma. Delfina Montufar

### GRÁFICO N° 4

#### ABANDONO DE TRATAMIENTO ANTIFÍMICO ESQUEMA 1 Vs. RAM ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MSP GUAYAQUIL 2012



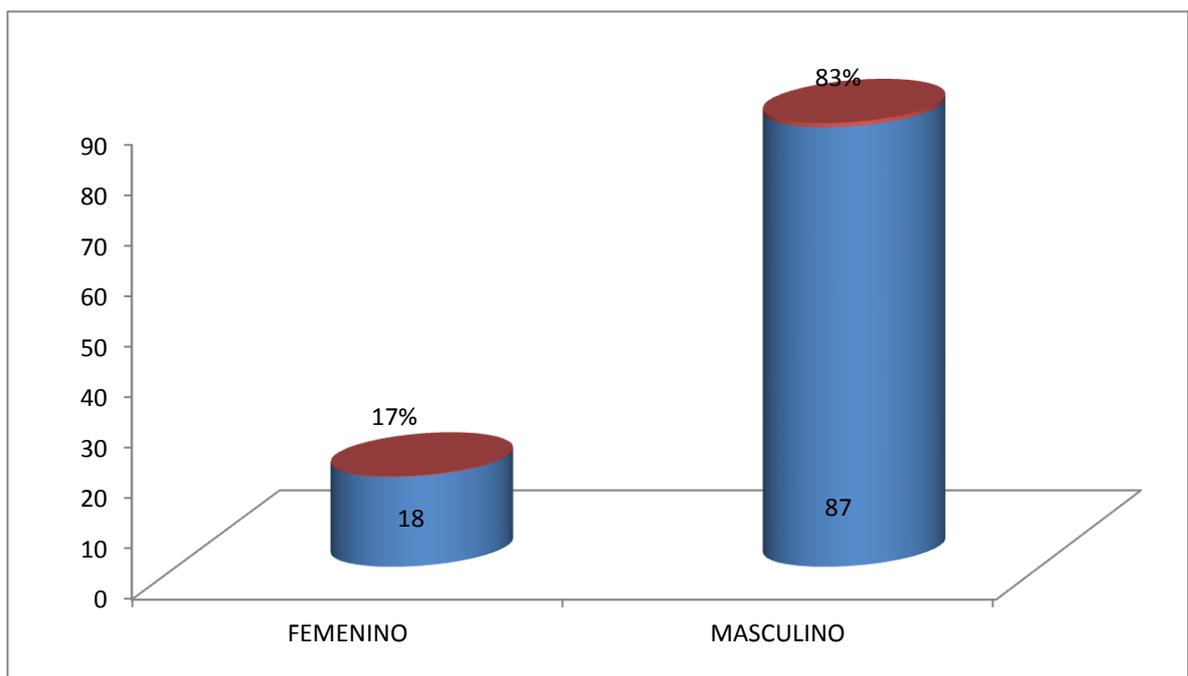
FUENTE: Estudio de los Factores que Inciden en el Abandono del Tratamiento en los Pacientes nuevos con BK+ en la ciudad de Guayaquil en el año 2012

ELABORADO POR: Erika Noboa –Ma. Delfina Montufar

Los siguientes gráficos muestran las variables género, edad, escolaridad, tipo de vivienda, religión, etnia, los mismos que se los considero en el estudio para obtener una mayor objetividad del problema. Ver gráfico 5-6-7-8

### GRAFICO N° 5

#### ABANDONO DE TRATAMIENTO ANTIFÍMICO ESQUEMA 1 Vs. GÉNERO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MSP GUAYAQUIL 2012



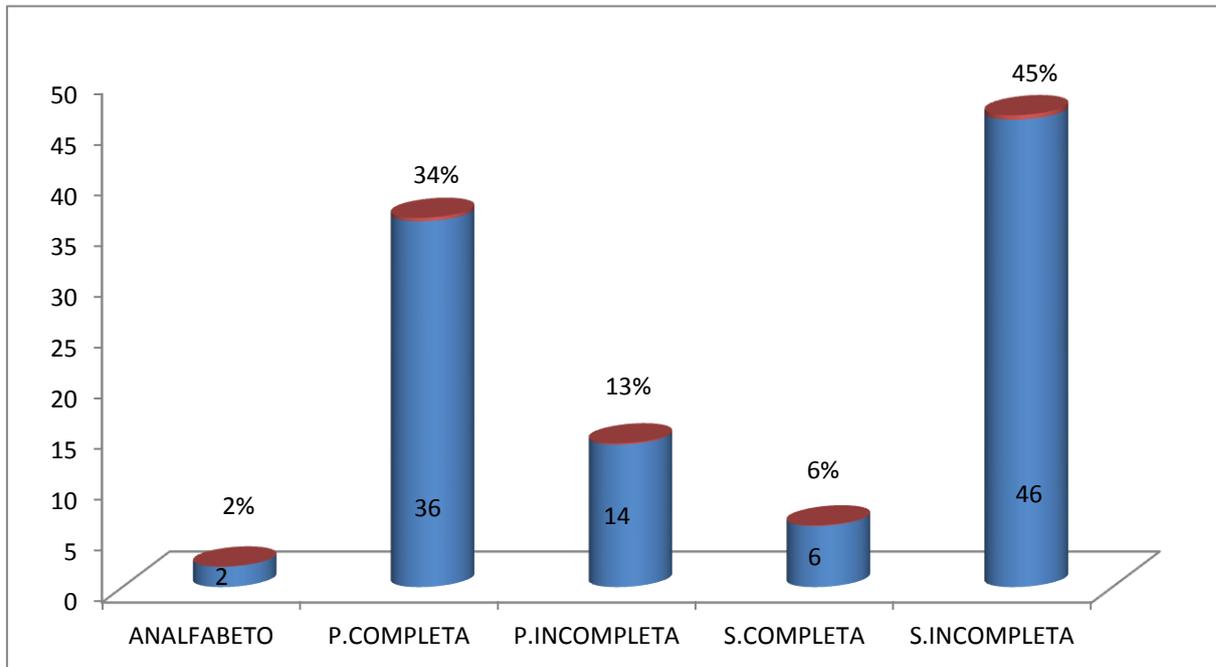
FUENTE: Estudio de los Factores que Inciden en el Abandono del Tratamiento en los Pacientes nuevos con BK+ en la ciudad de Guayaquil en el año 2012

ELABORADO POR: Erika Noboa –Ma. Delfina Montufar

El Gráfico ilustra que el 83% de los abandonadores al tratamiento antifímicos pertenecen al género Masculino y en menor proporción el Femenino con un 17%, como lo observamos en el gráfico.

## GRAFICOS N° 6

### ABANDONO DE TRATAMIENTO ANTIFÍMICO ESQUEMA 1 Vs. GRADO DE ESCOLARIDAD ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MSP GUAYAQUIL 2012



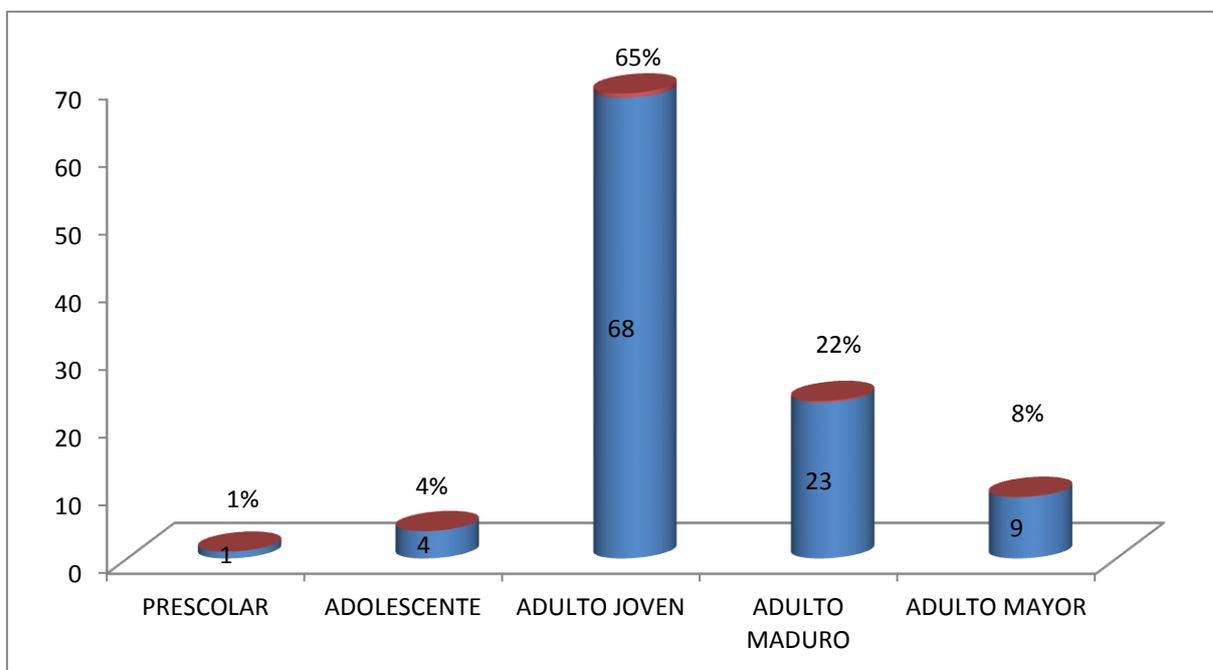
FUENTE: Estudio de los Factores que Inciden en el Abandono del Tratamiento en los Pacientes nuevos con BK+ en la ciudad de Guayaquil en el año 2012

ELABORADO POR: Erika Noboa –Ma. Delfina Montufar

El 45% de los encuestados en el estudio, tiene un grado de instrucción media que corresponde a la secundaria incompleta el 34% y primaria completa en pequeño porcentaje están los analfabetos con el 2% esta realidad muestra que con este grupo si se puede trabajar en talleres de adherencia e involucrarlos en la consejería de pares.

## GRAFICOS N° 7

### ABANDONO DE TRATAMIENTO ANTIFÍMICO ESQUEMA 1 Vs. EDAD EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MSP GUAYAQUIL 2012



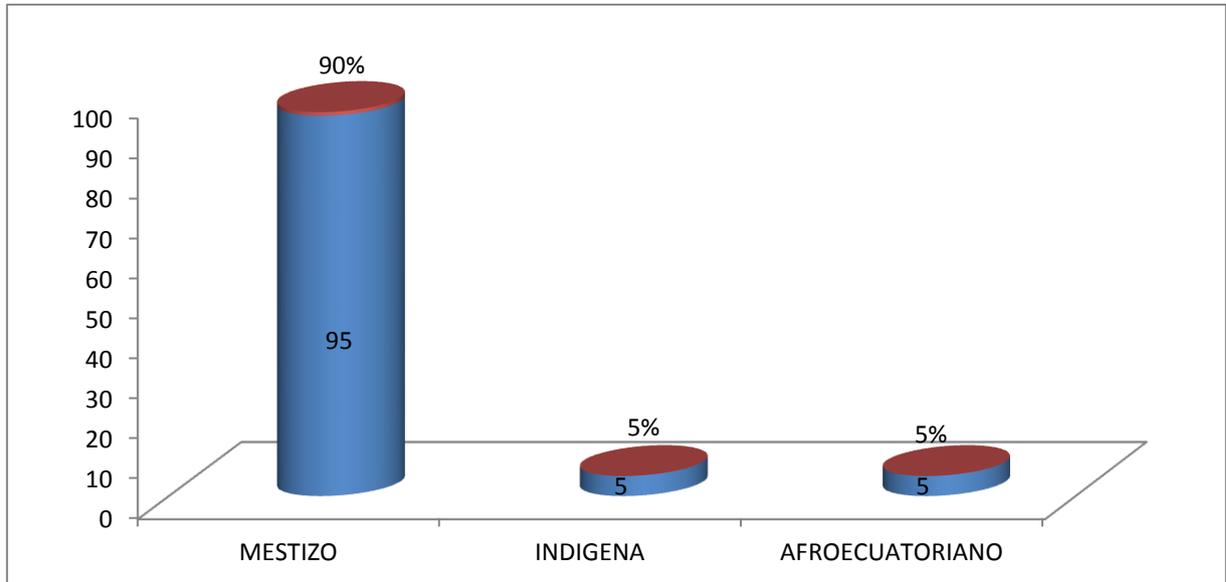
FUENTE: Estudio de los Factores que Inciden en el Abandono del Tratamiento en los Pacientes nuevos con BK+ en la ciudad de Guayaquil en el año 2012

ELABORADO POR: Erika Noboa –Ma. Delfina Montufar

En este gráfico puede observarse que el grupo etario mayormente afectado por el abandono de tratamiento es el comprendido entre 20 y 40 años de edad, es decir el adulto joven, en la edad más productiva con un 65%, seguido del adulto maduro comprendido entre los 41 a 60 años de edad 22%.

## GRAFICOS N° 8

### ABANDONO DE TRATAMIENTO ANTIFÍMICO ESQUEMA 1 Vs. GRUPO ÉTNICO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MSP GUAYAQUIL 2012



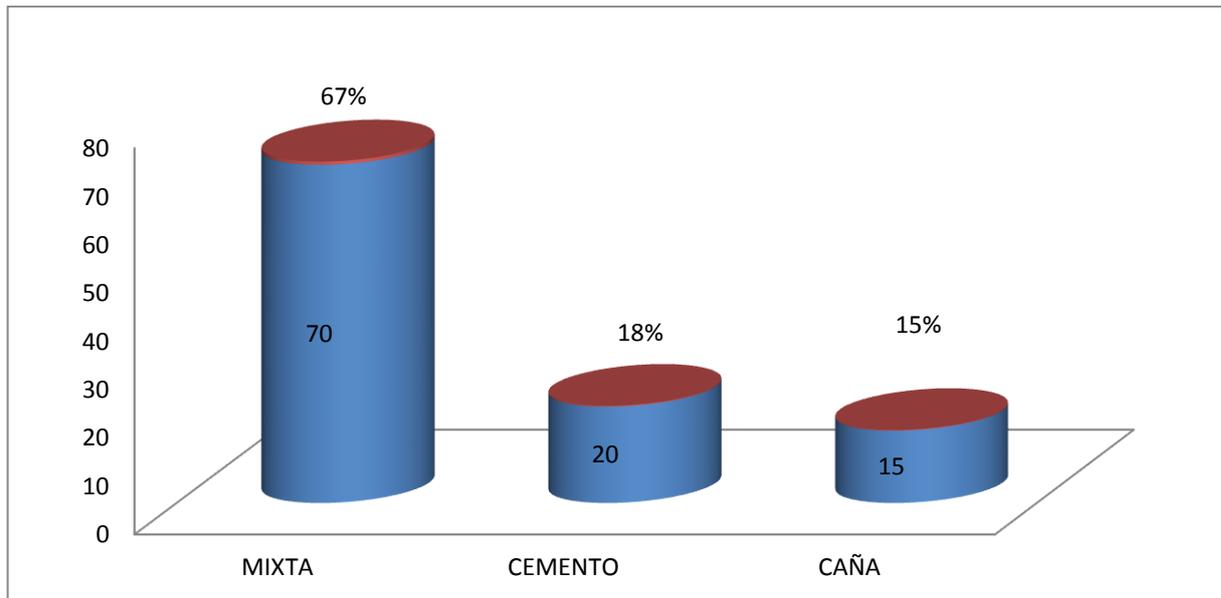
FUENTE: Estudio de los Factores que Inciden en el Abandono del Tratamiento en los Pacientes nuevos con BK+ en la ciudad de Guayaquil en el año 2012

ELABORADO POR: Erika Noboa –Ma. Delfina Montufar

En este gráfico se muestra que el 90% de los pacientes que abandonaron el tratamiento son mestizos 90%, que hablan y entienden bien el idioma, por lo que este no es un factor de abandono, seguido con el grupo indígena y afro ecuatoriano con un 5%.

## GRAFICO N° 9

### ABANDONO DE TRATAMIENTO ANTIFÍMICO ESQUEMA 1 Vs. TIPO DE VIVIENDA 2012



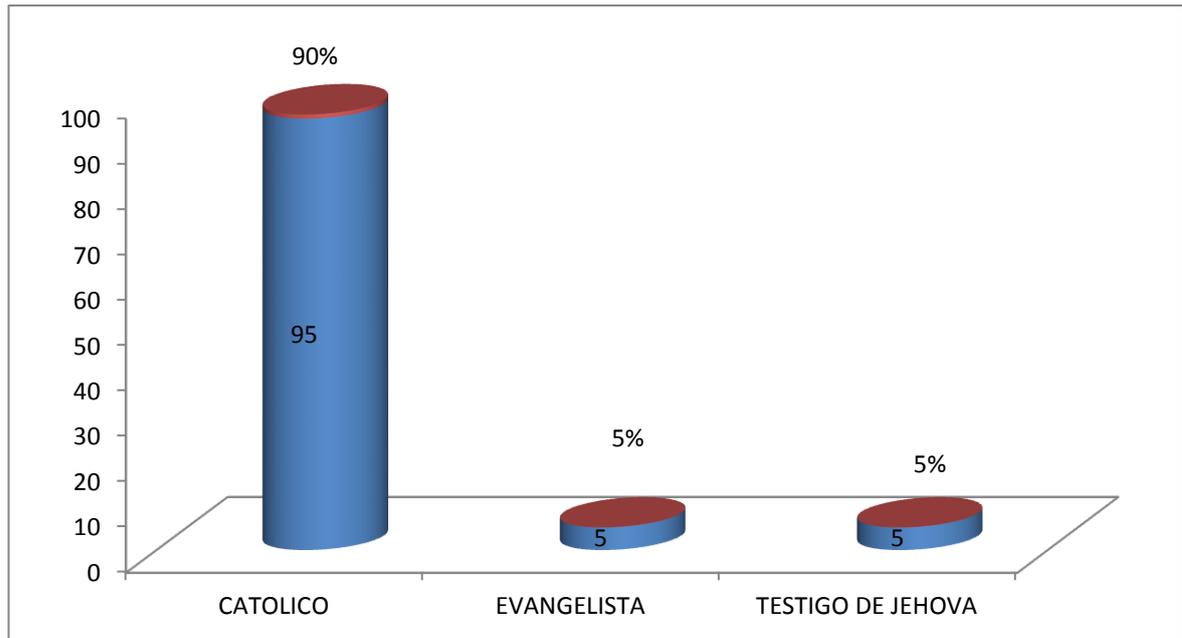
FUENTE: Estudio de los Factores que Inciden en el Abandono del Tratamiento en los Pacientes nuevos con BK+ en la ciudad de Guayaquil en el año 2012

ELABORADO POR: Erika Noboa –Ma. Delfina Montufar

En este gráfico puede observarse que el mayor porcentaje de pacientes que han abandonado el tratamiento habitan en casa de construcción mixta, y que no cuentan con los servicios de alcantarillado, seguidos por las construcciones de cemento 18%, considerándose en el estudio que el tipo de vivienda no es un factor de riesgo para abandonar el tratamiento.

## GRAFICO N° 10

### ABANDONO DE TRATAMIENTO ANTIFÍMICO ESQUEMA 1 Vs. RELIGIÓN GUAYAQUIL 2012



FUENTE: Estudio de los Factores que Inciden en el Abandono del Tratamiento en los Pacientes nuevos con BK+ en la ciudad de Guayaquil en el año 2012

ELABORADO POR: Erika Noboa –Ma. Delfina Montufar

En el análisis del gráfico puede observarse que el grupo de encuestados ejercitan el culto católico 90%, seguida por la religión evangelista y testigo de Jehová 5%, considerándose que este factor no es un impedimento para continuar con el tratamiento farmacológico.

## CONCLUSIONES

- ❖ De 105 encuestados se determinó que los factores relacionados con el abandono de tratamiento antimicobacteriano Esquema 1 en los Establecimiento de Salud de la Ciudad de Guayaquil durante el año 2012; en primer lugar están los relacionados con:
- ❖ **Los servicios de salud:** con la mala atención brindada a los pacientes por parte del personal de salud, 66%.
- ❖ **seguimiento de las visitas domiciliarias no realizadas** dentro de las 48 horas de haber abandonado el tratamiento como o indican las normas nacionales e internacionales del programa de control de la tuberculosis con un 67%.
- ❖ **Los factores sociales:** tenemos la drogadicción con un 57%, el alcoholismo con un 18%, la delincuencia con el 4%, la indigencia con el 4% el VIH con un 3%.
- ❖ **Los relacionados con el tratamiento:** las reacciones adversas a los medicamentos (RAM) con un 38% entre esta el ardor estomacal.
- ❖ **La edad del grupo más afectado esta los adultos jóvenes** comprendido entre los 20 y 40 años de edad, de sexo masculino (83%), baja escolaridad y bajos ingresos económicos.

## RECOMENDACIONES

- ❖ Se impulsa a **enfaticar las normativas y técnicas del Programa de Control de la Tuberculosis** en los Servicios de Salud del país, para reducir significativamente el riesgo de infección, la morbilidad y mortalidad por tuberculosis en ECUADOR, por el abandono hasta obtener su eliminación como **problema de salud pública**.
  
- ❖ El éxito del programa de control de la Tuberculosis dependerá de la convicción que demuestren las personas encargadas del tratamiento, en los establecimientos de salud donde ellos acuden a recibir la medicación, se exhorta al personal de salud a **realizar Intervenciones Educativas, de la Enfermedad y las consecuencias de abandonar el tratamiento**, en el momento que asisten a la unidades de salud, ya que no puede ser posible que en pleno siglo 21, el paciente por falta de conocimiento desconozca que la tuberculosis es una enfermedad tratable, curable sin ningún tipo de discriminación social y que no tiene costo alguno.
  
- ❖ Se sugiere capacitar al personal sanitario en seminarios de Relaciones Humanas, para el manejo del paciente ajustado a los tiempos y adecuándolo a las necesidades de ellos, ya que 67% de abandono se da por percibir una deficiente calidad en los establecimientos de salud de MSP.
  
- ❖ Así mismo se invita a realizar terapias psicológicas en centros de rehabilitación, con personal especializados, en conjunto con el Ministerio de Bienestar Social para tratar en los pacientes cambios de conductas que padecen, un 57% tienen problema de drogadicción, 18% con el alcoholismo, no nos olvidemos que la drogadicción y el alcoholismo son enfermedades que vuelve a la persona dependiente de estas sustancias psicotrópicas, que afecta el estado de salud físico y psíquico del ser humano.

## BIBLIOGRAFÍA

CROFTON, J.: Enfermedades respiratorias. Tratamiento de la TBC pulmonar. Cap. 14:215.

Investigación Internacional de Quimioterapia de Tuberculosis. Boletín Chileno de Neumotisiología 36, enero-marzo, 1971. 3.- FARGA, V.: Normas de tratamiento de la tuberculosis. Boletín Chileno de Neumotisiología N9 39, marzo 1974.

Programa Nacional de Control de la Tuberculosis: Manual de procedimientos

World Health Organization. Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO Report 2002. Ginebra: WHO; 2002. (WHO/CDS/TB/2002.295).

Sbarbaro JA. Public health aspects of tuberculosis: supervision of therapy. Clin Chest Med. 1980; 1 : 253 – 63.

Wallace Fox. Compliance of patients and physicians: experience and lessons from tuberculosis— II. Br Med J. 1993; 287:101–5.

Ferrer S, Galvano XK. Caracterización del paciente tuberculoso que abandona el tratamiento. [Tesis para obtener el grado de Bachiller en Medicina.] Concepción (Chile): Universidad de Concepción; 1997.

Pablos-Méndez A, Knirsch CA, Graham Barr R, Lerner BH, Frieden TR. Nonadherence in tuberculosis treatment: predictors and consequences in New York City. Am J Med. 1997; 102:164–70.

Guía de Atención de la Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar - VIRGILIO GALVIS RAMÍREZ Ministro de Salud - MAURICIO ALBERTO BUSTAMANTE GARCÍA - Viceministro de Salud - CARLOS ARTURO SARMIENTO LIMAS - Director General de Promoción y Prevención

McShane H, Co-infection with HIV and TB: double trouble. International Journal of STD & AIDS 2005; 16: 95–101

Corbett EL, De Cock KM. Tuberculosis in the HIV-positive patient. Br J Hosp Med 1996; 56:200–4

Flynn JL, Chan J. Immunology of tuberculosis. Annu Rev Immunol 2001;19:93–129

Fitzgerald D, Desvarieux M, Severe P, Joseph P, Johnson W, Pape J. Effect of post-treatment isoniazid on prevention of recurrent tuberculosis in HIV-1-infected individuals: a randomized trial. Lancet 2000; 356: 1470–1474.

Guía de práctica clínica GPC - Prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en pacientes mayores de 18 años, en el primer nivel de atención- .1er Nivel de atención – SSA-107-08 – Consejo de Salubridad General.

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Dr. Emilio Coni”. Blas Parera 8260. (CP 3000). Santa Fe. - Argentina. Te: (0342)4896850/4892827/4892830. Fax: (0342)4896851. e-mail: fernanhg@satlink.com

“Dr. Carlos G. Malbrán” Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud INER

Dever, Alan GE. Epidemiología y administración de servicios de salud. OPS. OMS. 1991.

Sackett DL, y otros. Epidemiología clínica. 2 ed. Ed. Panamericana. 1994.

Donnangelo. MC. Salud y sociedad. Univ. De Guadalajara, México. 1994.

Informe epidemiológico. Enfermedades de denuncia. Municipalidad de Bahía Blanca. 1997.

Enfermería comunitaria. Disertante Rosa Villalba. Tres Arroyos. 1998.

# ANEXOS



Universidad de Guayaquil  
Facultad de Ciencias Médicas  
Escuela de Enfermería

Oficio # 259-EE

Guayaquil, 9 de abril del 2013

## A QUIEN INTERESE

Cordiales saludos:

Mucho agradeceré a usted se sirva autorizar a quien corresponda que las Internas de Enfermería Señoritas: María Delfina Montufar y Ericka Noboa Viteri, quienes se encuentran desarrollando el tema: **FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES NUEVOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR BK+ EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL DURANTE EL AÑO 2012**, previo su Incorporación como Licenciadas en Enfermería.

De contar con su aceptación las mencionadas estudiantes realizarán esta actividad a partir de la fecha, salvo mejor criterio de su autoridad.

Segura de una favorable respuesta a esta petición, me suscribo de usted,

Atentamente

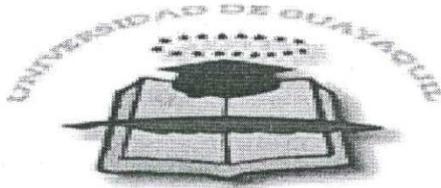
  
Lic. Rosa Riofrío de Sánchez, Msc.  
DIRECTORA



C: Archivo

Elaborado por: Lic. Ofelia García A.

Revisado y Autorizado por: Lic. Fátima Morán Sánchez, Msc.



Facultad de Ciencias Médicas  
Escuela de Enfermería

Guayaquil, 08 de Enero del 2013

Sra.  
Lcda.  
Rocío Verduga  
Docente y tutora de la Escuela de Enfermería

Ciudad:

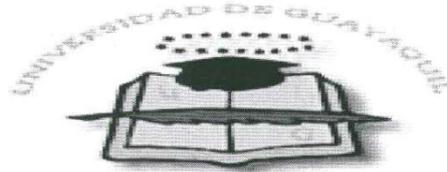
Reciba un cordial saludo de las internas de enfermería que nos prestamos a recibir las tutorías del trabajo investigativo a su cargo. Previo a la obtención del título de licenciada en enfermería, con un horario de 17:00 a 19:00 pm todos los miércoles de cada semana. Ajuntamos cronograma de actividades a realizarse en el trabajo investigativo. Nos despedimos de Ud. no sin antes agradecerle de ante mano por la atención favorable que se nos dé. Nos suscribimos de Ud. muy atentamente.

Montufar María Delfina I/E

Noboa Viteri Erika I/E

Recibo: 8/01/2013.

H. 12.20=



Facultad de Ciencias Médicas  
Escuela de Enfermería

*Arbuzo  
de Alvarado  
Dr. Esteban  
Javier  
Dominguez*

Guayaquil, 9 de Enero del 2013

Sr.  
Dr.  
Mauro García  
Líder del Programa Provincial del Control de la "Tuberculosis"

Ciudad:

Por medio de la presente, reciba un cordial saludo de las internas de Enfermería que nos prestamos a realizar nuestro proyecto de investigación. Previo a la obtención del título de licenciada en enfermería, solicitamos a Ud. muy comedidamente autorice y delegue a quien corresponda, que se nos proporcione la información de estadística relacionada con el tema a investigar: **FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES NUEVOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR BK+ EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL DURANTE EL AÑO 2012.**

Nuestro objetivo en este estudio, es conocer si existen factores en común ante las diversas situaciones que impiden la curación de esta patología, que incrementan las estadísticas de morbilidad y mortalidad en nuestro país, de tal forma que conociéndolos se pueda implementar estrategias que mejoren los resultados.

Nos despedimos de Ud. no sin antes agradecerle de ante mano por la atención favorable a la presente

Atentamente

  
Montufar María Delfina I/E

  
Noboa Viteri Erika I/E

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con cedula  
de identidad # \_\_\_\_\_ Domiciliado(a) en \_\_\_\_\_

A través del presente documento de constancia que se me ha explicado acerca del estudio que se encuentran realizando las internas de Enfermería previo a obtener el título de Lcda. En Enfermería relacionado sobre los factores asociados al abandono de tratamiento en los pacientes nuevos con tuberculosis KB+ en la ciudad de Guayaquil durante el año 2012.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que da su consentimiento

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES NUEVOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR BK+ EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL DURANTE EL AÑO 2012.**

AREA \_\_\_\_\_

CS \_\_\_\_\_

SCS \_\_\_\_\_

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Apellidos Nombres

\_\_\_\_\_

Edad ( )

Sexo Masculino ( ) Femenino ( )

Procedencia \_\_\_\_\_

Residencia \_\_\_\_\_

**2. FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE**

**CULTURALES**

**2.1. ESCOLARIDAD**

Primaria ( ) completa ( ) Incompleta ( )

Secundaria ( ) completa ( ) Incompleta ( )

Superior ( ) completa ( ) Incompleta ( )

Analfabeto ( )

## 2.2. GRUPO ÉTNICO

Mestizo ( )

Blanco ( )

Afro ecuatoriano ( )

Indígena ( )

## 2.3. ¿Cree usted que la medicina alternativa puede solucionar el problema de la TB?

Si ( )

No ( )

## 2.4. ¿Ud. Confía en otra medicina para sanarse?

Medicina natural ( )

Medicina ancestral ( )

Chamanismo ( )

## 2.5. ¿Su religión le permite tomar el tratamiento?

Si ( )

No ( )

## 2.6. ¿Su religión es?

Católica ( )

Evangelista ( )

Mormón ( )

Testigo de Jehová ( )

## 2.7. ¿Ud. Cuenta con un salario como ingresos?

Si ( )

No ( )

**2.8. Su salario como ingreso son?**

Diario <\$10 ( ) >\$10 ( )

Semanal <\$20 ( ) >\$20 ( )

Mensuales <\$260 ( ) >\$260 ( )

**2.9. OCUPACIÓN**

Desempleado ( )

Empleado público ( )

Empleado Privado ( )

Comerciante Formal ( )

Comerciante Informal ( )

QQ.DD ( )

**2.10. ENFERMEDADES CONCOMITANTES**

VIH ( )

Diabetes ( )

**2.11. HÁBITOS Y COSTUMBRES**

**¿UD. CONSUME ALGUNA SUSTANCIA PSICOTRÓPICAS?**

SI ( )

NO ( )

**COMO CUAL?**

Alcohol ( )

Tabaco ( )

Drogas ( )

**3. FACTORES RELACIONADOS CON EL ÁMBITO FAMILIAR Y ESTILO DE VIDA.**

**3.1. TIPO DE VIVIENDA**

Cemento ( )

Caña ( )

Mixta ( )

Otros

#### **4. FACTORES RELACIONADOS CON EL SERVICIOS DE SALUD**

**4.1. ¿LA ATENCIÓN QUE RECIBÍÓ UD. EN LA UNIDAD DE SALUD CUANDO IBA A TOMAR LA MEDICACIÓN FUE?**

Buena ( )

Mala ( )

**4.2. ¿UD. FUE VISITADO EN SU DOMICILIO DENTRO DE LAS 24 HORAS DE HABER ABANDONADO EL TRATAMIENTO?**

Si ( )

No ( )

#### **5. FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO**

**5.1. ¿TUVO ALGÚN TIPO DE REACCIÓN POR LOS MEDICAMENTOS QUE TOMABA?**

Si ( )

No ( )

**5.2. ¿COMO CUALES?**

Nauseas ( )

Vomito ( )

Ardor estomacal ( )

Todas ( )

**5.3. ¿A UD. LE HABÍAN COMUNICADO DE SU TRATAMIENTO?**

Si ( )

No ( )

**5.4. ¿LE INFORMARON EL TIEMPO QUE DURABA SU TRATAMIENTO EQ 1?**

**FIRMA DEL ENCUESTADO**

---

**FIRMA DE LA PERSONA QUE REALIZA LA ENCUESTA**

## **GUIA DE DATOS PARA LLENAR FOLLETO DE ENCUESTA**

### **Datos de identificación de la institución:**

**CODIGO DE IDENTIFICACION:** Código destinado para cada paciente encuestado con su respectivo consentimiento informado ej.: FORMATO DE ENCUESTA 001  
CONSENTIMIENTO INFORMADO 001

**JEFATURA O UNIDAD DONDE SE ENCUENTRA EL ABANDONO:** Anotar el nombre de la jefatura, Centro de Salud, o sub centro, donde se encuentra la información del paciente que abandono el tratamiento.

### **DATOS GENERALES DEL PACIENTE:**

- ❖ **APELLIDOS:** Escribir, claramente, los dos (2) apellidos.
- ❖ **NOMBRE:** Escribir el nombre completo de acuerdo con el documento de identidad.
- ❖ **SEXO:** Marcar con una X si se trata de hombre o mujer.
- ❖ **EDAD:** Anotar la edad en años cumplidos. Si es menor de un año indicar el número de meses.
- ❖ **PROCEDENCIA:** Se refieren al lugar de donde viene el paciente urbana o rural.
- ❖ **DIRECCIÓN CASA, BARRIO:** Escribir la dirección completa con el máximo de datos que permitan localizar al enfermo.

## **2. FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE**

### **CULTURALES:**

**2.1. ESCOLARIDAD:** Anotar el grado de preparación que tiene el individuo: primaria completa e Incompleta. Secundaria completa e incompleta, superior, analfabeto.

**2.2. ETNIA:** Tipo racial al que pertenece el paciente

**2.3. UD. CONFÍA EN LA MEDICINA ALTERNATIVA PARA MEJORAR SU SALUD:**

(Si la respuesta es SI marcar en la opción A.- si a respuesta es NO preguntar con qué medicina piensa el que se sanaría. Marca en la opción B.-)

A.- SI

NO

B.- Natural

Ancestral

Chamanismo

**2.4. RELIGION:** preguntar y marcar el culto con el que se identifica:

Católico

Evangelista

Testigo de Jehová

**2.5. SU RELIGIÓN LE PERMITE TOMAR EL TRATAMIENTO:** marcar si su culto no le impide seguir con el tratamiento.

SI

NO

**2.8. INGRESOS:** Marcar si el paciente cuenta con un ingreso: (si a respuesta es SI o NO marcar en la opción A. Si la respuesta es SI, marcar una las opciones B. Si a respuesta es o NO preguntar a qué se dedica y marcar en las opciones C)

A.- SI

NO

B.- Diario

Semanal

Mensual

C.- Empleado

Desempleado

Empleado forma

Empleado informa

**2.9. ENFERMEDADES CONCOMITANTES:** marcar si presenta alguna patología adicional a la tuberculosis.

VIH

Diabetes

**2.10. HABITOS Y COSTUMBRES:**

**2.11. CONSUME ALGUNA SUSTANCIA PSICOTRÓPICA:** marca en la opción que responda. (Si la respuesta es SI o NO marcar en la opción A. Si la respuesta es SI, marcar las opciones B.

A.- SI

NO

B.- Droga

Tabaco

Alcohol

**3. FACTORES RELACIONADOS CON EL ÁMBITO FAMILIAR Y ESTILO DE VIDA.**

**3.1. TIPO DE VIENDA:** Marcar como está construida el domicilio donde habita:

Caña

Mixta

Cemento

#### **4. FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD**

4.1. Ud. Qué tipo de atención recibió en la unidad de salud, donde le administraban el tratamiento: preguntar y Marcar como percibió la atención brindada a la hora de la farmacoterapia.

BUENA

MALA

4.2. Ud. fue visitado por el personal sanitario dentro de las 48 horas de haber abandonado el tratamiento: Preguntar al paciente y Marcar la respuesta: SI o NO.

SI

NO

#### **5. FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO**

**5.1. TUVO ALGUNA REACCIÓN POR LA MEDICACIÓN TOMADA:** Marcar SI o NO en la opción A.- Si la respuesta es SI responda cual y marcar en la opción B.- si la respuesta son todas marca en la opción B.-

**A.- SI**

NO

**B.- Ardor Estomacal**

Mareo

Nauseas

**C.-Ardor Estomacal**

Mareo

Nauseas

**5.3. LE COMUNICARON DE SU TRATAMIENTO Y EL TIEMPO QUE IBA A DURAR ESTE:** marcar SI o NO

**A.- SI**

NO

**FIRMA DEL ENCUESTADO:** la persona que contesta la encuesta tiene que firmar o poner su huella.

**FIRMA DE LA PERSONA QUE REALIZA LA ENCUESTA:** la persona que realiza la encuesta tiene que firmar o poner su huella.



## MATERIALES Y METODOS

### Recursos Humanos

Investigadores: Montufar Sandoval María Delfina

Noboa Viteri Ericka Juana

**Tutor:** Lcda. Roció Verduga

### Recursos Materiales

Laptop, papel, esferos, lápiz bicolor, impresiones, libros de consultas, pendrive, cd,

## PRESUPUESTO

<b>RUBROS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>COSTO UNITARIO</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Resma	2,00		6,50	13,00
Impresiones	1000,00		0,05	50,00
Transporte en taxi	20,00	4 horas	5,00	400,00
Bolígrafo	5,00		0,30	1,50
Lapices Bicolor	2,00		0,50	1,00
Pilas de Camara	1,00		4,60	4,60
Internet	30,00		0,50	15,00
GPS	1,00		53,00	53,00
Revisión Gramatical	1,00		100,00	100,00
CD con Carátula	3,00		5,00	15,00
Empastado de Tesis	3,00		40,00	120,00
<b>TOTAL</b>				<b>773,10</b>



**DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DEL GUAYAS**  
**DIRECTORIO DE ESTABLECIMIENTOS POR TIPO, DOTACION NORMAL DE CAMAS,**  
**ÁREAS Y UBICACION GEOGRAFICA, SEGUN INSTITUCIONES**  
**PROVINCIA DEL GUAYAS.- ZONA DE SALUD 8. AÑO-2012.**

NOMBRE	ZONA DE SALUD	DISTRITO	CIRCUITO	TIPO	INSTA- TUION	NUMERO DE CAMAS				AREA	UBICACION GEOGRAFICA				
						DOTACION NORMAL	RECOMENDADA	USO	RESERVADAS		CANTON	PARROQUIA	LOCALIDAD	DIRECCION	
<b>MINISTERIO DE SALUD PUBLICA</b>	<b>ZONA 8</b>	<b>DISTRITO 8</b>	<b>CIRCUITO 8</b>	<b>TIPO 8</b>	<b>INST 8</b>	<b>254</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>Área Especial</b>	<b>CANTON</b>	<b>PARROQUIA</b>	<b>LOCALIDAD</b>	<b>DIRECCION</b>
U OPERATIVA	8	8	8	HG	MSP	381	50	11	20	15	Guayaquil	Febras Cordero	Guayaquil	Guayaquil	Galápagos y la 29 Ave.
Abel Gilbert Pomón (Guayaquil)	8	8	8	HE	MSP	340	6	30	4	4	Guayaquil	Ayacucho	Guayaquil	Guayaquil	Cuño y Gómez Rendón
Francisco de Icaza Bustamante (Del Niño)	8	8	8	HE	MSP	135	13	13	6	5	Guayaquil	Tarqui	Guayaquil	Guayaquil	Cairo del Carmen
Alfredo J. Valenzuela	8	8	8	HE	MSP	81	18	3	6	5	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Juán Coronel y José Mascote
José Rodríguez Maridueña (Infectología)	8	8	8	HE	MSP	99D01C01	99D01C01	99D01C01	99D01C01	99D01C01	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Ofi de Bucaram y 29 de Mayo
Martide Hidalgo de Procel	8	8	8	SCU	MSP	99D01C03	99D01C03	99D01C03	99D01C03	99D01C03	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Precoop. M. Febras-Cordero
Mariuz Febras-Cordero	8	8	8	SCU	MSP	99D01C01	99D01C01	99D01C01	99D01C01	99D01C01	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Coop. 9 de Abril
Cotopaxi	8	8	8	SCU	MSP	99D01C01	99D01C01	99D01C01	99D01C01	99D01C01	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Precoop. Reina del Quinche
Reina del Quinche	8	8	8	SCU	MSP	99D01C01	99D01C01	99D01C01	99D01C01	99D01C01	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Coop. Chital
Cóndor	8	8	8	SCU	MSP	99D01C01	99D01C01	99D01C01	99D01C01	99D01C01	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Precoop. Prolet. sin Tierra
Proletarios sin Tierra	8	8	8	SCU	MSP	99D01C01	99D01C01	99D01C01	99D01C01	99D01C01	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Florida
Florida	8	8	8	CS	MSP	99D01C02	99D01C02	99D01C02	99D01C02	99D01C02	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Unión de Bananeros, Bloque 2
Guasmo Central	8	8	8	CS	MSP	99D01C01	99D01C01	99D01C01	99D01C01	99D01C01	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Coop. Guayas y Otil
Guasmo Sur	8	8	8	CS	MSP	99D01C02	99D01C02	99D01C02	99D01C02	99D01C02	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Unión de Bananeros
Unión de Bananeros	8	8	8	CS	MSP	99D01C03	99D01C03	99D01C03	99D01C03	99D01C03	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Unión de Bananeros
Guasmo Norte	8	8	8	CS	MSP	99D01C04	99D01C04	99D01C04	99D01C04	99D01C04	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Coop. Nueva Granada
Casitas del Guasmo	8	8	8	SCU	MSP	99D01C03	99D01C03	99D01C03	99D01C03	99D01C03	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Coop. Nueva Granada
25 de Enero	8	8	8	SCU	MSP	99D01C03	99D01C03	99D01C03	99D01C03	99D01C03	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Guasmo Norte
La Floresta	8	8	8	SCU	MSP	99D01C02	99D01C02	99D01C02	99D01C02	99D01C02	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Guasmo Norte
Pablo Neruda	8	8	8	SCU	MSP	99D01C01	99D01C01	99D01C01	99D01C01	99D01C01	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Cedla. La Floresta
Quevedo Álvarez	8	8	8	RCS	MSP	99D01C01	99D01C01	99D01C01	99D01C01	99D01C01	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Guasmo central: Coop. Pablo Neruda
Clinica Aldaz	8	8	8	RCS	MSP	99D01C01	99D01C01	99D01C01	99D01C01	99D01C01	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Guasmo Sur
Trinitaria	8	8	8	CS	MSP	99D02C05	99D02C05	99D02C05	99D02C05	99D02C05	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Guasmo Norte. Coop. Río Guayas, Sector 18 Solar 50
Camino al Sol - 24 HD	8	8	8	CS	MSP	99D02C05	99D02C05	99D02C05	99D02C05	99D02C05	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Coop. Polo Sur, Mz. 19 S. 1
Trinitaria 1	8	8	8	SCU	MSP	99D02C05	99D02C05	99D02C05	99D02C05	99D02C05	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Coop. Camino del Sol, Mz. 2 S. 11
Trinitaria 2	8	8	8	SCU	MSP	99D04C02	99D04C02	99D04C02	99D04C02	99D04C02	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Coop. San Cristóbal, Mz. 2 S. 2
Trinitaria 3	8	8	8	SCU	MSP	99D02C04	99D02C04	99D02C04	99D02C04	99D02C04	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Coop. Independencia, Mz. 48 S. 1
Feritza	8	8	8	SCU	MSP	99D02C01	99D02C01	99D02C01	99D02C01	99D02C01	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Coop. Angel Duarte, Mz. 1 S. 21
Guasmo Oeste Manglar	8	8	8	CS	MSP	99D02C01	99D02C01	99D02C01	99D02C01	99D02C01	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Coop. Guasmo Oeste, Coop. Feritza
Rumifaluh	8	8	8	SCU	MSP	99D02C01	99D02C01	99D02C01	99D02C01	99D02C01	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Coop. Santiguillo Roldós
Guasmo Oeste	8	8	8	SCU	MSP	99D02C01	99D02C01	99D02C01	99D02C01	99D02C01	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Coop. San Miguel Roldós
Centro Médico San Vicente	8	8	8	RCS	MSP	99D01C01	99D01C01	99D01C01	99D01C01	99D01C01	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	G. Oeste, Precoop. Rumifaluh, Mz. 2
Centro de Salud # 3	8	8	8	CS	MSP	99D03C07	99D03C07	99D03C07	99D03C07	99D03C07	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Ciudadela COVEM, Ave. Pio Jaramillo y Calle Jijipaga
Centro de Salud N° 10	8	8	8	CS	MSP	99D03C05	99D03C05	99D03C05	99D03C05	99D03C05	Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guayaquil	Quiloy Francisco Saegua
Guayalá	8	8	8	SCU	MSP	99D02C03	99D02C03	99D02C03	99D02C03	99D02C03	Guayaquil	Febras Cordero	Guayaquil	Guayaquil	Machala y Camilo Destrogo
Centro de Salud N° 2	8	8	8	CS	MSP	99D03C05	99D03C05	99D03C05	99D03C05	99D03C05	Guayaquil	Febras Cordero	Guayaquil	Guayaquil	Cedla. Guayalá. Coop. Jaime Roldós Aguilera
Centro de Salud N° 5	8	8	8	CS	MSP	99D03C07	99D03C07	99D03C07	99D03C07	99D03C07	Guayaquil	Febras Cordero	Guayaquil	Guayaquil	Venezuela Y Lizardo García
Centro de Salud N° 14	8	8	8	CS	MSP	99D03C07	99D03C07	99D03C07	99D03C07	99D03C07	Guayaquil	Febras Cordero	Guayaquil	Guayaquil	Callejón Pira y Leonidas Plaza
Mariana de Jesús - 24 HD	8	8	8	HE	MSP	99D04C06	99D04C06	99D04C06	99D04C06	99D04C06	Guayaquil	Febras Cordero	Guayaquil	Guayaquil	Leonidas Plaza # 3401 y Cristóbal Colón
Centro de Salud N° 11	8	8	8	CS	MSP	99D04C04	99D04C04	99D04C04	99D04C04	99D04C04	Guayaquil	Febras Cordero	Guayaquil	Guayaquil	La 27 Ave. y Rosendo Avilés
Indio Guayas	8	8	8	SCU	MSP	99D04C01	99D04C01	99D04C01	99D04C01	99D04C01	Guayaquil	Febras Cordero	Guayaquil	Guayaquil	La 46 Ave. y Rosendo Avilés
Ciame II	8	8	8	CS	MSP	99D04C01	99D04C01	99D04C01	99D04C01	99D04C01	Guayaquil	Febras Cordero	Guayaquil	Guayaquil	La 26 Ave. y la E
Colmena	8	8	8	SCU	MSP	99D04C01	99D04C01	99D04C01	99D04C01	99D04C01	Guayaquil	Febras Cordero	Guayaquil	Guayaquil	La 11 Ave. y la D
Huafantlos	8	8	8	SCU	MSP	99D04C01	99D04C01	99D04C01	99D04C01	99D04C01	Guayaquil	Febras Cordero	Guayaquil	Guayaquil	La 17 Ave. y la P
Centro de Salud N° 8	8	8	8	SCU	MSP	99D04C04	99D04C04	99D04C04	99D04C04	99D04C04	Guayaquil	Febras Cordero	Guayaquil	Guayaquil	La I. entre la 16 y 17 Ave
San Eduardo	8	8	8	RCS	MSP	99D02C05	99D02C05	99D02C05	99D02C05	99D02C05	Guayaquil	Febras Cordero	Guayaquil	Guayaquil	La 30 Ave. y Maldonado
Santiago de Guayaquil	8	8	8	CS	MSP	99D04C06	99D04C06	99D04C06	99D04C06	99D04C06	Guayaquil	Febras Cordero	Guayaquil	Guayaquil	La 29 Ave. Entre Vacas Galindo y Bolivia
28 de Febrero	8	8	8	SCU	MSP	99D04C06	99D04C06	99D04C06	99D04C06	99D04C06	Guayaquil	Febras Cordero	Guayaquil	Guayaquil	La 43 Ave. y la M
Héroes del 41	8	8	8	SCU	MSP	99D04C06	99D04C06	99D04C06	99D04C06	99D04C06	Guayaquil	Febras Cordero	Guayaquil	Guayaquil	3er. Callejón P. y la 23 Ave.
											Guayaquil	Febras Cordero	Guayaquil	Guayaquil	La 19 Ave. y la Q

**DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DEL GUAYAS**  
**DIRECTORIO DE ESTABLECIMIENTOS POR TIPO, DOTACION NORMAL DE CAMAS,**  
**AREAS Y UBICACION GEOGRAFICA, SEGUN INSTITUCIONES**  
**PROVINCIA DEL GUAYAS.- ZONA DE SALUD 8. AÑO 2012**



Ministerio de Salud Pública

NOMBRE	ZONA DE SALUD	DISTRITO	CIRCUITO	TIPO	INSTI- TUCION	NÚMERO DE CAMAS				AREA	UBICACION GEOGRAFICA			
						DOTACIÓN NORMAL	NEONATOLOGIA	UCI	EMERG.		CANTON	PARROQUIA	LOCALIDAD	DIRECCION
La Laguna	8	09D04	09D04C06	SCU	MSP					5	Guayaquil	Febres Cordero	Guayaquil	La 29.Ava. y 2do. Callejón Q.
Maniscal Sucre	8	09D04	09D04C06	SCU	MSP					5	Guayaquil	Febres Cordero	Guayaquil	Callejón 23 y la V
San Fco. de Asís	8	09D04	09D04C06	SCU	MSP					5	Guayaquil	Febres Cordero	Guayaquil	La J. entre la 23 y 24.Ava
San José	8	09D04	09D04C05	SCU	MSP					5	Guayaquil	Febres Cordero	Guayaquil	La 40.Ava. y la E.
Centro de Salud N° 13	8	09D04	09D04C03	CS	MSP					6	Guayaquil	Febres Cordero	Guayaquil	La 16.Ava. y Francisco de Marcos
Centro de Salud N° 6	8	09D04	09D04C02	CS	MSP					6	Guayaquil	Febres Cordero	Guayaquil	Portete y la 18.Ava.
Centro de Salud N° 12	8	09D03	09D03C06	CS	MSP					6	Guayaquil	Urdaneta	Guayaquil	Cuenca y la 11.Ava.
Barro Lindo	8	09D03	09D03C06	SCU	MSP					6	Guayaquil	Febres Cordero	Guayaquil	4 de Noviembre y la 13.Ava.
Clinica Lamdas	8	09D03	09D03C07	RCS	MSP	6				6	Guayaquil	Lelamendi	Guayaquil	La 11.Ava y 4. de Noviembre
Centro de Salud N° 4	8	09D03	09D03C01	CS	MSP					7	Guayaquil	Olmedo (San Ale)	Guayaquil	CUENCA 800 Y CACIQUE ALVAREZ ( CALLE 16 S.E. Y AVENI
Centro de Salud N° 1	8	09D03	09D03C03	CS	MSP					7	Guayaquil	Carbo (Concepción)	Guayaquil	AV. JULIAN CORONEL OYARVIDE 508 Y XIMENA
Centro de Salud N° 9	8	09D03	09D03C04	CS	MSP					7	Guayaquil	Urdaneta	Guayaquil	SUCRE 403 Y VICTORO HUGO BRIONES ( CALLE 7. S.O. Y AV.
Centro de Salud N° 15	8	09D06	09D06C01	CS	MSP					7	Guayaquil	Tarqui	Guayaquil	Ciudadela Ferroviaria: COOPERATIVA SANTA MARIA DE LAS LON
San Eduardo	8	09D06	09D06C01	SCU	MSP					7	Guayaquil	Tarqui	Guayaquil	COOP. 25 DE JULIO MZ 14 CASA COMUNAL
Puná	8	09D01	09D01C06	SCR	MSP					7	Guayaquil	Puná	Puná	Isla Puná (CASA COMUNAL)
Cont.de Enf. Transm. Sexual 1	8	09D03	09D03C01	CS	MSP					7	Guayaquil	Olmedo (San Ale)	Guayaquil	CUENCA 813 Y LORENZO DE GARAICOA
Cont.de Enf. Transm. Sexual 2	8	09D05	09D05C06	CS	MSP					7	Guayaquil	Tarqui	Guayaquil	JOSE MASCOTE 100 Y JULIAN CORONEL
Dermatológico	8	09D03	09D03C01	CS	MSP					7	Guayaquil	Tarqui	Guayaquil	JOSE MASCOTE 900 Y ESMERALDAS
Campo Alegre	8	09D01	09D01C06	SCR	MSP					7	Guayaquil	Puná	Puná	Campo Alegre
Cerrito Los Morreños	8	09D01	09D01C06	SCR	MSP					7	Guayaquil	Guayaquil (Perifer)	Puná	Cerrito Los Morreños
Puerto Salinas	8	09D01	09D01C06	SCR	MSP					7	Guayaquil	Guayaquil (Perifer)	Puná	Puerto Salinas
Puerto Roma	8	09D01	09D01C06	SCR	MSP					7	Guayaquil	Guayaquil (Perifer)	Puná	Puerto Roma
Puerto Las Cruces	8	09D01	09D01C06	SCR	MSP					7	Guayaquil	Guayaquil (Perifer)	Puná	Puerto Las Cruces

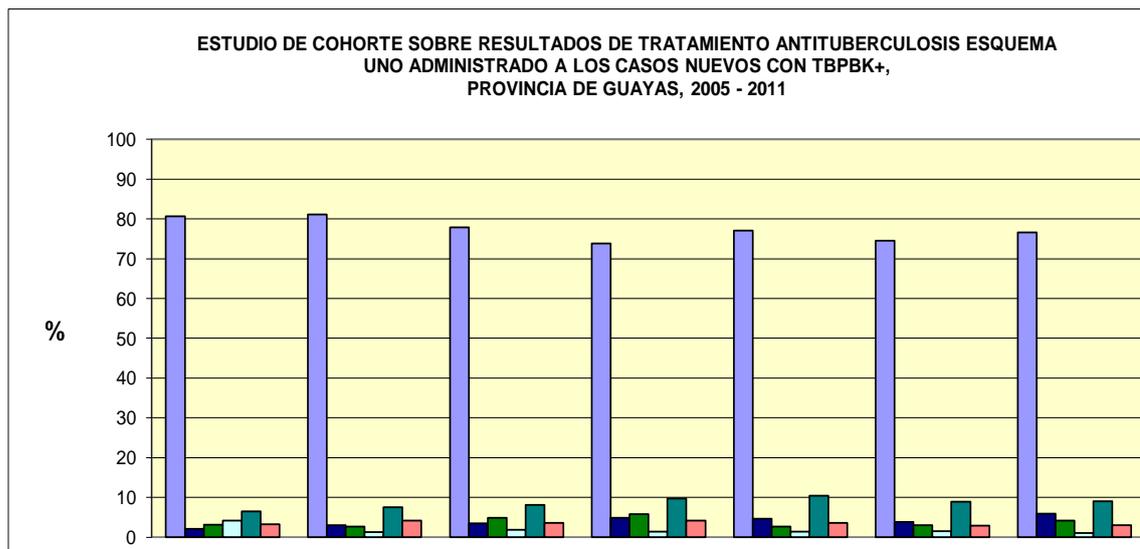


**DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DEL GUAYAS**  
**DIRECTORIO DE ESTABLECIMIENTOS POR TIPO, DOTACION NORMAL DE CAMAS,**  
**ÁREAS Y UBICACION GEOGRAFICA, SEGUN INSTITUCIONES**  
**PROVINCIA DEL GUAYAS.- ZONIA DE SALUD 8.- AÑO 2012**

NOMBRE	ZONA DE SALUD	DISTRITO	CIRCUITO	TIPO	INSTI- TUCION	NUMERO DE CAMAS				AREA	UBICACION GEOGRAFICA						
						DOTACION NORMAL	REMATOLOGIA	UCI	EMER		CANTON	PARROQUIA	LOCALIDAD	DIRECCION			
<b>MINISTERIO DE SALUD PUBLICA</b>																	
<b>U OPERATIVA</b>																	
Abel Gilbert Pontón (Guayaquil)	8	09D04	09D04C06	HG	MSP	254	20	8	10	3	Área Especial	CANTON	PARROQUIA	LOCALIDAD	DIRECCION		
Francisco de Icaza Bustamante (Del Niño)	8	09D03	09D03C05	HE	MSP	381	50	11	20	1		Guayaquil	Febres Cordero	Guayaquil	Galápagos y la 29 Ave.		
Alfredo J. Valenzuela	8	09D03	09D03C05	HE	MSP	340	8	30	5	1		Guayaquil	Tarqui	Guayaquil	Quito y Gómez Rendón		
José Rodríguez Mandueta (Infectología)	8	09D05	09D05C06	HE	MSP	135	13	13	13	5		Guayaquil	Tarqui	Guayaquil	Carro del Carmen		
Meléndez Hidalgo de Procel	8	09D01	09D01C01	HE	MSP	81	18	3	13	5		Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Julián Coronel y José Mascotte		
Manuel Febres-Cordero	8	09D01	09D01C01	SCU	MSP							Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Olla de Bucaram y 29 de Mayo		
Cotopaxi	8	09D01	09D01C03	SCU	MSP							Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Coop. 9 de Abril		
Reina del Quinche	8	09D01	09D01C01	SCU	MSP							Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Coop. Reina del Quinche		
Cóndor	8	09D01	09D01C01	SCU	MSP							Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Coop. Cristal		
Proletarios sin Tierra	8	09D01	09D01C01	SCU	MSP							Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Coop. Prolet. sin Tierra		
Florida	8	09D01	09D01C01	SCU	MSP							Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Florida		
Guasmo Central	8	09D01	09D01C02	CS	MSP							Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Unión de Bananeros, Bloque 2		
Guasmo Sur	8	09D01	09D01C01	CS	MSP							Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Coop. Guayas y Cuit		
Unión de Bananeros	8	09D01	09D01C02	SCU	MSP							Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Unión de Bananeros		
Guasmo Norte	8	09D01	09D01C03	CS	MSP							Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Coop. Nueva Granada		
Castas del Guasmo	8	09D01	09D01C04	SCU	MSP							Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Coop. Nueva Granada		
28 de Enero	8	09D01	09D01C03	SCU	MSP							Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guasmo Norte		
La Floresta	8	09D01	09D01C03	SCU	MSP							Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guasmo Norte		
Pablo Neruda	8	09D01	09D01C02	SCU	MSP							Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Cde. La Floresta		
Quvedo Álvarez	8	09D01	09D01C01	RCS	MSP							Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guasmo central: Coop. Pablo Neruda		
Clinica Aláez	8	09D01	09D01C01	RCS	MSP							Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guasmo Sur		
Trinitaria	8	09D02	09D02C05	CS	MSP							Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Guasmo Norte, Coop. Río Guayas, Sector 18 Solar 50		
Camino al Sol - 24 HD	8	09D02	09D02C05	CS	MSP							Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Coop. Polo Sur, Mz. 19 S. 1		
Trinitaria 1	8	09D02	09D02C05	SCU	MSP					0		Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Coop. Camino del Sol, Mz. 2 S. 11		
Trinitaria 2	8	09D02	09D02C05	SCU	MSP							Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Coop. San Cristóbal, Mz. 2 S. 2		
Trinitaria 3	8	09D04	09D04C02	SCU	MSP							Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Coop. Independencia, Mz. 46 S. 1		
Fertisa	8	09D02	09D02C04	SCU	MSP							Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Coop. Angel Duarte, Mz. 1 S. 21		
Guasmo Oeste Manglar	8	09D02	09D02C01	CS	MSP							Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Coop. Guasmo Oeste, Coop. Fertisa		
Rumifahuí	8	09D02	09D02C01	SCU	MSP							Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Coop. Santisapulo Roldós		
Centro Médico San Vicente	8	09D01	09D01C01	RCS	MSP							Guayaquil	Ximena	Guayaquil	G. Oeste, Precoop. Rumifahuí, Mz. 2		
Centro de Salud N° 3	8	09D03	09D03C07	CS	MSP							Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Ciudadela COVEM: Ave. Pío Jaramillo y Calle Jijilapa		
Centro de Salud N° 10	8	09D03	09D03C06	CS	MSP							Guayaquil	Ximena	Guayaquil	Quito y Francisco Segura		
Guangala	8	09D02	09D02C03	SCU	MSP							Guayaquil	Febres Cordero	Guayaquil	Machala y Camilo Destruge		
Centro de Salud N° 2	8	09D03	09D03C05	CS	MSP							Guayaquil	Febres Cordero	Guayaquil	Cde. Guangala: Coop- Jaime Roldós Aguilera		
Centro de Salud N° 5	8	09D03	09D03C07	CS	MSP							Guayaquil	García Moreno	Guayaquil	Venezuela y Lizardo García		
Centro de Salud N° 14	8	09D03	09D03C07	CS	MSP							Guayaquil	Letamendi	Guayaquil	Callejón Parra y Leonidas Plaza		
Mariana de Jesús - 24 HD	8	09D04	09D04C06	HE	MSP	64	7	8	3	7		Guayaquil	Febres Cordero	Guayaquil	Leonidas Plaza, # 3401 y Cristóbal Colón		
Centro de Salud N° 11	8	09D04	09D04C04	CS	MSP							Guayaquil	Febres Cordero	Guayaquil	La 27 Ave. y Rosendo Avilés		
Indio Guayas	8	09D04	09D04C01	SCU	MSP							Guayaquil	Febres Cordero	Guayaquil	La 46 Ave. y Rosendo Avilés		
Cuare II	8	09D04	09D04C01	CS	MSP							Guayaquil	Febres Cordero	Guayaquil	La 26 Ave. y la E		
Colmena	8	09D04	09D04C01	SCU	MSP							Guayaquil	Febres Cordero	Guayaquil	La 11 Ave. y la D		
Huerfinitos	8	09D04	09D04C01	SCU	MSP							Guayaquil	Febres Cordero	Guayaquil	La 17 Ave. y la P		
Centro de Salud N° 8	8	09D04	09D04C04	CS	MSP							Guayaquil	Febres Cordero	Guayaquil	La 1, entre la 16 y 17 Ave		
San Eduardo	8	09D04	09D04C04	RCS	MSP							Guayaquil	Febres Cordero	Guayaquil	La 30 Ave. y Maldonado		
Santiago de Guayaquil	8	09D04	09D04C05	CS	MSP							Guayaquil	Febres Cordero	Guayaquil	La 29 Ave. Entre Vacas Galindo y Bolivia		
28 de Febrero	8	09D04	09D04C06	SCU	MSP							Guayaquil	Febres Cordero	Guayaquil	La 43 Ave. y la M.		
Héroes del 41	8	09D04	09D04C06	SCU	MSP							Guayaquil	Febres Cordero	Guayaquil	3er. Callejón P. y la 23 Ave.		
	8	09D04	09D04C06	SCU	MSP							Guayaquil	Febres Cordero	Guayaquil	La 19 Ave. y la Q.		



**Estudio cohorte sobre resultados de tratamiento antituberculosis esquema 1 administrado a los casos nuevos con TBPk+, Provincia del Guayas, 2005 - 2011**



	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011	
Registrados	2180	%	1472	%	1535	%	1710	%	1665	%	1704	%	1.845	%
Curados	1.211	80,7	1.184	81,1	1.167	77,9	1.195	73,8	1266	77,1	1266	78,5	1.303	76,6
Ttos terminados	31	2,1	44	3,0	53	3,5	80	4,9	77	4,7	66	4,1	101	5,9
Fracasos	48	3,2	40	2,7	73	4,9	95	5,9	44	2,7	51	3,2	72	4,2
Transf. sin confirmar	63	4,2	19	1,3	28	1,9	23	1,4	23	1,4	27	1,7	19	1,1
Abandonos	98	6,5	111	7,6	122	8,1	158	9,8	172	10,5	152	9,4	154	9,1
Fallecidos	50	3,3	62	4,2	55	3,7	68	4,2	60	3,7	50	3,1	51	3,0
Evaluados	1.501	99,2	1.460	99,2	1.498	97,6	1.619	97,7	1.642	97,4	1612	94,8	1.700	92,8

Fuente: SI PCT-G

Elaborado: Rocío Verduga

**EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS  
DE LAS DIFERENTES UNIDADES  
OPERATIVAS DE SALUD  
VISITADAS PARA LA  
REALIZACIÓN DE ESTE  
ESTUDIO**

**EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

**CENTRO DE SALUD # 15 FERROVIARIA**



## EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

### CENTRO DE SALUD # 9



# EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

## CENTRO DE SALUD # 12



# EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

## CENTRO DE SALUD # 12



## EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

### CENTRO DE SALUD # 6



**EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**SUBCENTRO DE SALUD BARRIO LINDO**



## EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

### CENTRO DE SALUD # 2 XIMENA



**EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**CENTRO DE SALUD CLARA BRUNO DE PIANA**



**EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**CENTRO DE SALUD # 4**



**EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**CENTRO DE SALUD # 3**



**EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**CENTRO MATERNO INFANTIL CAMINO AL SOL**



**EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**CENTRO DE SALUD # 1 ISLA TRINITARIA**



**EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**SUBCENTRO DE SALUD RUMIÑAHUI**



**EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**SUBCENTRO DE SALUD FERTISA**



**EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS  
DE LAS DIFERENTES  
ENTREVISTAS REALIZADAS A  
LOS PACIENTES**

## EVIDENCIAS DE LAS ENTREVISTAS





