

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION EN ENFERMERIA

TUBERCULOSIS

Autores: DIAZ ALICIA
SANDBAL DOELIA
TEJERO DALINDA



MENDOZA, MARZO 2006

Esta investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo y del Ministerio de Desarrollo Social y Salud, y la misma no podrá ser publicada en toda o en parte o resumirse, sin el consentimiento escrito de la dirección de la escuela y / o autor / es del trabajo.

Investigación aprobada:

Integrantes del Tribunal Examinador:

Lic. Reyes María Rosa

Lic. Andreda Ana Magdalena

Lic. Casalvieri Franco



Handwritten signature of María R. Reyes, with the name 'María R. Reyes' written in cursive above the signature.

.....
fecha 06/03/06

AGRADECIMIENTOS:

Agradecemos a Dios , nuestras familias , seres queridos y a todos que de una u otra manera nos apoyaron a lo largo de nuestra carrera.

INDICE GENERAL

| | |
|--|-----|
| Carátula | I |
| Título de propiedad | II |
| Mesa Examinadora | III |
| Agradecimiento | IV |
| Índice General | V |
| Índice de tablas y gráficos | VI |
| Capítulo I | |
| Introducción | 1 |
| Enunciado del problema | 2 |
| Marco teórico | 4 |
| Diseño metodológico | 13 |
| Operalización de variables | 14 |
| Capítulo II (Presentación y análisis de datos) | |
| Tablas y gráficos | 16 |
| Conclusión | 25 |
| Recomendaciones | 26 |
| Bibliografía | 27 |
| Capítulo III | |
| Anexos | 28 |

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Tabla y gráfico N°1: Por Sexo | 16 |
| Tabla y gráfico N°2: Nivel de Instrucción | 17 |
| Tabla y gráfico N°3: Por Edad | 18 |
| Tabla y gráfico N°4: Conocimientos antes la Internación | 19 |
| Tabla y gráfico N°5: Conocimientos Después de la Internación | 20 |
| Tabla y gráfico N°6: Pacientes con Antecedentes de Tuberculosis | 21 |
| Tabla y gráfico N°7: Conocimiento Sobre Consecuencia de Abandono de Tratamiento | 22 |
| Tabla y gráfico N°8: Conocimiento Sobre Duración del Tratamiento | 23 |
| Tabla y gráfico N°9: Número de Personas que Conviven con el Paciente | 24 |

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN:

Al observar los factores de riesgo que llevan a las personas a padecer enfermedades pulmonares, específicamente tuberculosis nos motivaron el interés de conocer la causa que llevan al abandono del tratamiento y aparición de nuevos casos, decidimos continuar una investigación que a la vez de ayudarnos a adquirir nuevos conocimientos con bases científicas que pueda ser de utilidad, tanto a pacientes , objeto de estudio, como a toda persona que le interese cuidar su salud, desde una óptica mas preventiva de la patología mencionada, o correctiva si ya padeciera la misma.

El tiempo de permanencia de estos pacientes en servicios cerrados, incrementa sus necesidades de dialogo y su incertidumbre aumenta la ansiedad de saber algo sobre la evolución de su estado de salud.

La satisfacción de esta necesidad debe ser aprovechada por el equipo interdisciplinario, para realizar una verdadera tarea de grupo, armonizando la evolución científica con cuidados más humanizados que puedan dar como resultado una mayor contención integral, que promueva no tan solo el bienestar sino una solución a esta enfermedad.

Este estudio se realizara en la totalidad de los pacientes infectados por el bacilo mycobacterium tuberculosis, internados en el hospital JOSE N. LENCINAS, en el mes de diciembre del 2005.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

¿Existe abandono del tratamiento en pacientes con Tuberculosis, internados en el hospital José Néstor Lencinas en el mes de diciembre de 2005, y cual es el grado de información que el mismo posee sobre su enfermedad?

JUSTIFICACIÓN:

Hemos observado que los pacientes con tuberculosis tienen dificultades de terminar su tratamiento, relacionamos que éste es muy prolongado, como mínimo seis meses.

Frecuentemente, una vez que desaparece la tos y otros síntomas los enfermos pierden el incentivo de continuar con su tratamiento. Desgraciadamente no es simple asegurarse que cada paciente tome sus medicinas. Ya que muchos enfermos son de condiciones sociales marginales, viven lejos o tienen otros factores de riesgo, tales como, situación económica, culturales, enfermedades como diabetes y VIH, que los hace más vulnerables a esta patología.

Cuando el tratamiento se interrumpe o no es completado, el bacilo puede sobrevivir, multiplicarse o adoptar una forma muy peligrosa conocida como tuberculosis resistente, posiblemente continúe enfermo y siga infectando a sus contactos.

El abandono como complicación, llevaría al paciente a reinternarse, con lógicas consecuencias, la resistencia a los medicamentos, o la muerte.

OBJETIVOS

Objetivos generales

Determinar el grado de abandono de tratamiento de pacientes con Tuberculosis y la información que poseen sobre su enfermedad con la finalidad de:

- ✓ Educación, dirigida a paciente – familia y comunidad.
- ✓ Participación, paciente – familia y comunidad.
- ✓ Seguimiento, a cargo del equipo de salud hasta el final del tratamiento.

Logrando así, cortar la cadena de transmisión.

Objetivos específicos.

Identificar si existe abandono de tratamiento y las diferentes causas.

Determinar el grado de información que posee el paciente sobre su enfermedad.

Propósito

Establecer estrategias tendientes a mejorar la referencia y contra referencia, a fin de optimizar el tratamiento a través de una red sanitaria capaz de contener al paciente con Tuberculosis.

MARCO TEORICO:

La tuberculosis es una infección granulomatosa crónica producida por un bacilo ácido resistente, *Mycobacterium tuberculosis*, que se trasmite a través de gotitas de saliva y afecta a los pulmones, si bien pueden darse otras vías de contagio y lugares de infección. Los síntomas iniciales son cansancio, dolor torácico vago, pleuresía, anorexia, fiebre, pérdida de peso. Conforme progresa la enfermedad, aparece sudoración nocturna, expectoración purulenta, hemoptisis, y disnea.

El tejido pulmonar reacciona produciendo células anti bacilo que dan lugar a la formación de tubérculos, si no se tratan aumentan de tamaño y confluyen formando otros más grandes que se instalan en el interior de los pulmones.

La hemoptisis es el resultado de la diseminación cavitaria.

El examen físico pone de manifiesto estertores apicales, soplo bronquial, disminución de los movimientos respiratorios y en casos avanzados cianosis.

El examen de laboratorio muestra leucocitosis y velocidad de sedimentación aumentada. Tiene valor diagnóstico el estudio microscópico del esputo teñido con carbol fucsina.

El cultivo es lento y requiere oscuridad, control de temperatura e inoculación en medios especiales.

El microorganismo causal no produce endotoxinas o hemolisinas, pero si hay liberación de tuberculina, sustancia tóxica, cuando los bacilos se desintegran. La tuberculina no produce ningún efecto en personas que no han sufrido infección previa tuberculosa, pero inyectadas en la piel en personas que tienen o han tenido tuberculosis, produce una erupción papular característica es lo que constituye la prueba de la tuberculina, en la cual se emplea un derivado proteínico purificado (PPD).

La radiografía pone de manifiesto infiltrados pulmonares, linfadenopatías mediastínicas,

Calificación, efusión pleural y calcificación. La tuberculosis puede diseminarse desde los pulmones por vía linfática y sanguínea produciendo la denominada infección miliar caracterizada por la presencia de pequeños tubérculos en hígado, bazo u otros órganos.

FORMAS CLINICAS:

Tuberculosis primaria:

La primera infección tuberculosa se localiza en los pulmones y se produce muchas veces sin dar signos o síntomas de enfermedad o en una forma más rápida que pasa inadvertida. En una proporción reducida y según los factores de riesgos que pueden estar presente como por ejemplo:

desnutrición, diabetes, SIDA, etc.; se presentan manifestaciones clínica radiológicas de la infección primaria con su típico componente bipolar.

- ✓ Parenquimatoso.
- ✓ Ganglionar.

El complejo primario se observa sobre todo en niños. El aspecto radiológico típico consiste en una infiltración periférica con adenopatías, acompañado de fiebre adelgazamiento, tos y sudoración. El componente ganglionar hilar o traqueo bronquial puede ser el único visible, donde además de comprimir el bronquio, puede vaciarse en el, o extenderse en forma contra lateral. Por lo general la curación es el resultado de la reabsorción y/o calcificación.

En algunos casos, sobre todo en los niños más pequeños, la evolución de la tuberculosis es progresiva y determina condensaciones segmentarias o lobulares más extensas. Esto suele deberse a la obstrucción de los bronquios como los ganglios inflamados y frecuente fistulización con la luz bronquial.

Tuberculosis pulmonar de tipo adulto:

Es la forma más común de la tuberculosis. Se debe a una reacción hematogena producida en el periodo primario se localiza sobre todo en los segmentos posteriores de los lóbulos superiores (en los inmunodeprimidos puede ser basal. Tiene gran tendencia a la ulceración pulmonar y se manifiesta por tos, expectoración, fiebre y hemoptisis).

La imagen radiológica es típica: infiltrado intra clavicular más o menos extenso con bronco grama aéreo y tendencia a la ulceración del pulmón.

La baciloscopia y el cultivo de esputo, del aspirado bronquial o gástrico en ayunas son, casi siempre positivos.

La tendencia de la tuberculosis de reactivación del adulto es hacia la fibrosis como forma de limitación y curación de la infección. Los hallazgos radiológicos consisten en fibrosis con imágenes lineales, a veces calcificadas, que se dirigen hacia los hilios.

Tuberculosis miliar:

Diseminación extensa por el torrente sanguíneo de los bacilos tuberculosos.

En los niños se asocia con fiebre alta, sudoración nocturna, y con frecuencia, meningitis, derrame pleural o peritonitis.

Los adultos pueden sufrir un cuadro similar pero de comienzo menos súbito y precedido a veces por semanas o meses con síntomas inespecíficos, como pérdida de peso, debilidad y febrícula.

La radiografía de tórax puede descubrir múltiples opacidades pequeñas similares a grano de mijo. se afecta con frecuencia el hígado, el bazo la medula ósea y las meninges.

La prueba tuberculínica puede ser negativa y el diagnóstico se establece por biopsia del tejido u órgano afectado. la coexistencia de meningitis tuberculosa hace el pronóstico menos favorable.

La imagen típica de tuberculosis miliar consiste en una fina granulación distribuida por todo el parénquima pulmonar con predominio basal.

Pleuritis tuberculosa:

La pleuritis tuberculosa primaria puede presentarse de forma muy aguda, con dolor punzante intenso, disnea y fiebre, donde se pueden auscultar roces pleurales, que desaparecen cuando aumenta el derrame.

La toracocentesis es la exploración fundamental a realizar, cuyas características son:

- ✓ Color rojizo.
- ✓ Casi nunca hemorrágico.
- ✓ BAAR (bacilo ácido acetil resistente) si no se encuentra en el líquido pleural debe practicarse biopsia pleural.

OTRAS FORMAS:

Tuberculosis osteoarticular, genitourinaria, pericárdica.

Meningitis tuberculosa.

Adenitis tuberculosa⁽¹⁾.

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS:

El tratamiento tiene como objetivo destruir todos los bacilos existentes en el cuerpo y conseguir la curación de la enfermedad para toda la vida del paciente.

El mayor riesgo del tratamiento es provocar una resistencia adquirida a los fármacos que se están administrando. Si se quiere cumplir con los objetivos, es necesario cumplir con éxito los principios rectores de la quimioterapia antituberculosa.

El bacilo suele ser sensible a la isoniazida, ácido paraaminosacilico estreptomycin, rifampicina, dihidroestreptomycin, radiaciones ultravioleta y calor.

Se utiliza la combinación medicamentosa bajo estricto control de las funciones: renal, hepático, de los oídos y ojos, el objeto es detectar signos precoces de toxicidad, lo cual es de especial importancia ya que el tratamiento suele prolongarse más de un año.

El paciente es hospitalizado durante las primeras semanas de tratamiento para impedir en lo posible la diseminación de la enfermedad, proporcionando descanso y alimentación adecuada además del tratamiento farmacológico y la existencia o no de efectos tóxicos.

Una vez que el bacilo desaparece del esputo, la enfermedad deja de ser contaminante y el paciente sigue el tratamiento domiciliario.

Uso simultaneo de diversos fármacos:

En la fase inicial o intensiva del tratamiento se han de usar 3 o 4 fármacos, para evitar resistencia. Hay tres tipos:

1. Resistencia natural: Es la que se presenta sin que la cepa bacteriana haya estado expuesta a un fármaco, se debe a una mutación genética.

2. Resistencia adquirida o secundaria: Se debe a la incorrecta administración de los fármacos. Es cromosómica, definitiva e irreversible, cuando se indica un solo fármaco o dos a un paciente que tiene resistencia a uno de ellos, se seleccionan los bacilos resistentes por mutación espontánea y pasan a constituir una nueva población bacilar, ahora resistente a los dos fármacos administrados.
3. Resistencia primaria: Se presenta en pacientes que se han contagiado a partir de enfermos que tenían bacilos con resistencias adquiridas.

Una vez conseguida la reducción del mayor número de bacilos posible, con la asociación de 3 o 4 fármacos, se puede continuar con solo dos fármacos (fase de consolidación) hasta concebir erradicar los bacilos que han sobrevivido a la fase inicial.

DURACIÓN SUFICIENTE DEL TRATAMIENTO:

Debe mantenerse durante un tiempo prolongado para eliminar los bacilos que existen en el cuerpo en situaciones metabólicas especiales (durmientes) y así evitar recidivas.

Hay una primera subpoblación bacilar, muy numerosa, de localización extracelular y en fase de multiplicación intensa. Esta por la cantidad determina la gravedad de la enfermedad y el contagio. Sobre estas actúan los fármacos bactericidas, cuya acción es máxima en los primeros días del tratamiento.

La isoniazida es la más bactericida, seguida de la rifampicina y estreptomycinina.

Una segunda subpoblación bacilar se halla, la mayor parte del tiempo, en bacteriostasis en el interior de las lesiones caseosas con una muy baja tensión de oxígeno; solo tiene fases muy cortas de actividad metabólica; sobre esta población actúa con rapidez la rifampicina y, más lentamente la isoniazida.

Una tercera población, sobre todo intra celular y de zonas con inflamación activa, se encuentra sometida a un pH ácido y sobre ella mejor la pirazinamida. Estas dos últimas poblaciones son las que causan las recidivas.

El etambutol es bacteriostático para bacilos extracelulares en fase de multiplicación activa y menos para bacterias intracelulares.

PAUTAS RECOMENDADAS:

Las pautas terapéuticas cortas de 6 y 9 meses se consideran actualmente de elección.

Desde 1986 se recomienda el tratamiento, de 6 meses para la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar en los casos iniciales, tanto en niños como en adultos.

El cálculo de la dosis debe realizarse de acuerdo al peso y la edad; se ha de administrar en ayunas y no se debe ingerir alimento hasta que no hayan pasado 15 a 30 minutos.

Los regímenes intermitentes se basan en el hecho de que la dosis única de los fármacos alcanza picos séricos elevados y activos que consiguen frenar el crecimiento del bacilo durante periodos prolongados; esto posibilita diferir la frecuencia de administración.

El principal inconveniente de la asociación de Isoniazida y Rifampicina es su hepatotoxicidad; se realizan pruebas hepáticas cada 8 - 20 días durante las primeras meses del tratamiento, suspender si la alteración es intensa (aumento de la transaminasas 3-5 veces).

El principal inconveniente de la Estreptomina es su ototoxicidad, la del Etambutol es la neuritis óptica. La Pirazinamida es hepatotóxica.

PAUTAS TERAPEUTICAS⁽²⁾:

| <u>Pautas recomendables</u> | <u>Fase inicial</u> | <u>Fase de mantenimiento</u> |
|-------------------------------|--|--|
| Pauta de 6 meses | 2 primeros meses: Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol | 4 meses restantes Isoniazida y Rifampicina |
| Pauta de 9 meses | 2 primeros meses: Isoniazida, Rifampicina y Etambutol o Estreptomina | 7 meses restantes Isoniazida y Rifampicina |
| Pauta intermitente de 6 meses | 2 primeros meses: Isoniazida, Rifampicina y Pirazinamida diarios | 4 meses restantes Isoniazida y Rifampicina dos veces a la semana |
| Pauta intermitente de 9 meses | 1 mes: Isoniazida, Rifampicina y Etambutol o Estreptomina a diario. | 8 meses restantes Isoniazida y Rifampicina dos veces a la semana |

Acciones de enfermería de paciente internados.

- ✓ Educación de normas de bioseguridad.
- ✓ Control de peso.
- ✓ Control de signos vitales.
- ✓ Control de ingreso y egreso de alimentos y líquidos.
- ✓ Control a la tolerancia de medicamentos.
- ✓ Control de adhesión del tratamiento.
- ✓ Control y supervisión de la toma de medicamentos.
- ✓ Entrevistas con el paciente y familiares.
- ✓ Control de contacto.

Atención del paciente extrahospitalario

Consiste en la continuidad del tratamiento farmacológico, por lo general, de seis a ocho meses y hasta un año en algunos casos.

La evaluación de los posibles efectos tóxicos, los análisis periódicos de esputo y la insistencia en la necesidad de perseverar en el tratamiento siendo responsabilidad del equipo de salud.

Periódicamente se realizan pruebas de PPD (Prueba tuberculínica) a personas que se hallan en contacto con el paciente. Las personas con elevado riesgo de infección deben ser tratadas con dosis profilácticas.

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA

Antes de dejar el hospital, debe informarse en forma personalizada al paciente de lo siguiente:

- ✓ Medidas de prevenir la diseminación de la enfermedad.
- ✓ Características de una dieta equilibrada.
- ✓ Nombre, dosis, acción y efectos secundarios de los medicamentos.
- ✓ Conveniencia de tomar en forma regular e ininterrumpida así como, cuando obtener la nueva medicación.
- ✓ Educación haciendo hincapié en signos precoces que deben ser puesto rápidamente en conocimiento del médico: tos, pérdida de peso, sudoración nocturna y hemoptisis.
- ✓ Referenciar al paciente bajo supervisión a cargo de enfermería, existente en el lugar más próximo a su domicilio.
- ✓ Informar al efector derivante, periódicamente, sobre abandonos, fracasos y finalización de tratamiento.

SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS

En la Republica Argentina, más de 10.000 personas enferman anualmente de tuberculosis y más de 1.000 personas mueren a causa de esta enfermedad.

Existe una larga tradición en las actividades de control de la tuberculosis en la República Argentina, que se traduce a partir de las distintas políticas de apoyo del Ministerio de Salud mediante: El Programa de Tuberculosis con la dirección del Ministerio de Salud de la Nación desde 1957 y la constitución del Concejo Federal del Control de Tuberculosis, integrado por todas las

Provincias, por medio del cual se han consensuado las normas técnicas y operacionales que se han adoptado y renovado en los últimos cuarenta años.

La colaboración creada por la OPS/OMS y la UNICEF, en 1.961, del Centro Nacional de Enfermedades Respiratorias de Santa Fe (INER), que ha realizado en forma ininterrumpida actividades de capacitación a nivel nacional e internacional, asesora a las provincias en planificación y evaluación de programas, centralización y análisis de la información; constitución de la Comisión Nacional de Bacteriología, la expansión de una efectiva red de bacteriología para detectar la tuberculosis, la organización del sistema de control de calidad de baciloscopias y cultivos, y la realización de encuestas periódicas de resistencia micro bacteriana a los medicamentos.

La provisión de medicamentos en forma gratuita a todos los pacientes con los trastornos del país.

A pesar del progreso alcanzado, han aparecido en años recientes nuevas circunstancias adversas. La infección por el virus del SIDA, la migración de poblaciones procedentes de lugares de altas prevalencia de tuberculosis que se han asentado en áreas urbanas indigente y la aparición de brotes nosocomiales de infección con multirresistentes a los medicamentos, pacientes VIH+ han influido negativamente en el programa de control. Simultáneamente con la aparición de los nuevos factores de riesgo, se han detectado importantes deficiencias operativas, en un alto porcentaje de pacientes que no cumplen con las prescripciones del tratamiento quimioterapéutico supervisado.

La reducción del problema de la tuberculosis en la República Argentina fue importante durante la década de los 70 y 80 con una gran disminución en las incidencias notificadas.

La mortalidad descendió graduadamente desde que se la comenzó a documentar en el decenio de 1.920, y se aceleró después de la introducción de la quimioterapia en 1.947, llegando a su más bajo nivel histórico de 2,9 por 100.000 habitantes en 1.992.

Resultado del tratamiento

Entre 1994 y 1998, la proporción de pacientes que finalizó el tratamiento de tuberculosis (tasa de éxito) se incrementó de 62,5% a 72%, un aumento del 15% (anexo 7). El resultado anterior es aun más significativo si se tiene en cuenta que el resultado del tratamiento para 1998 corresponde a casi el 60% del total de casos notificados en el año con residencia en la República Argentina, mientras que en 1994 sólo se había evaluado el 13% de los casos notificados.

Notificación de casos de tuberculosis

En 1999 se notificaron 207 casos de tuberculosis en la provincia de Mendoza, lo que presentó una tasa de 13,0 casos por 100.000 habitantes. El 83,6% de los casos notificados fue de localización de edad y entre los casos de esta localización de 15 años y más, el 72,0% fue confirmado por laboratorio, todos ellos por examen directo. Los casos edad fueron 34, cuatro de ellos menores de 15 años, y uno menor de 5 años, pero no de localización meníngea.

La magnitud del problema en los distintos departamentos en que se divide la provincia fue diferente (anexo 8). En el departamento de la capital, la tasa fue tres veces más baja que el promedio provincial: 4,1 por 100.000 habitantes; y el departamento de Las Heras, fue la mitad de ese promedio. En cambio el departamento Lavalle, la tasa de notificación fue nueve veces superior al promedio provincial: 118,3 por 100.000 habitantes. También los departamentos de Junín y Tupungato registraron tasa de notificación tres veces más elevadas que el promedio provincial.

Analizando el problema por grupo de edad, se observa que la tasa de notificación más elevada se registró en el grupo de 75 años y más, pero el segundo grupo con tasa más elevada fue el de 25 a 29 años (anexo 9). También los jóvenes de 15 a 24 años tuvieron tasa de notificación de casos superiores a los grupos comprendidos entre los 30 y 64 años de edad. Las tasas más bajas correspondieron, en contraste, a los menores de 15 años, especialmente al grupo de 5 a 9 y a los menores de 5 años.

Con excepción del grupo de 75 años y más, las tasas de notificación de tuberculosis por edad en 1999 fueron inferiores a las de 1993. El mayor descenso se observó entre los menores de 10 años y en los grupos comprendidos entre los 30 y los 74 años. Entre los 10 y los 29 años de edad, el descenso de la tasa de notificación de los casos de tuberculosis fue menor. Y en algunos de estos grupos, por ejemplo en el de 25 a 29 años de edad, la tasa de notificación de casos de 1999 fue muy similar a la de 1993.

Programa Nacional:

- ✓ Programa nacional del control de la tuberculosis Instituto Nacional de Epidemiología "Emilio Coni" Santa Fe
- ✓ Programa Nacional de tuberculosis ANLIS " Carlos Malbran.

Estos programas han implementados en toda la nación el programa llamado "TAES" tratamiento abreviado estrictamente supervisado; En el servicio de salud ayuda a garantizar el control estricto del tratamiento de la tuberculosis. Actualmente TAES es la estrategia más importante para controlar la tuberculosis, cualquiera sea la magnitud de la enfermedad; Consiste en la supervisión estricta u observación directa de la dosis de medicamentos y el seguimiento del paciente.

Este programa también permite que toda la sociedad llegue a poder adquirir la medicación ya que es gratuita.

Tratamiento:

Conjunto de médicos de toda clase, higiénico, farmacológicos y quirúrgicos, que se ponen en práctica para la curación o alivio de las enfermedades. Terapia o terapeuta. Método especial de sanar.

Abandono:

Acción de dejar algo o a alguien "cosa o persona". Toda situación que afloja o rompe lazos afectivos entre individuos que puede ser sentido como un abandono. La partida, la muerte, una enfermedad grave suele ser acompañados de un sentimiento penoso el quedarse sin amparo.

Consecuencia del abandono de tratamiento:

Incremento el número de enfermos con tuberculosis, las secuelas de enfermedad y/o posible muerte.

Aumentos de las frecuencias de casos resistentes.

Mayor costo en el tratamiento, sobre todo si son multirresistentes.

Un impacto negativo sobre las fuerzas y de producción y de crecimiento económico.

Aumento del número de personas expuestas a adquirir el contagio.

Cuando el tratamiento se interrumpe o no es completado, el bacilo puede sobrevivir, multiplicarse o adoptar una forma muy peligrosa conocida como la tuberculosis resistente, posiblemente continúe enfermo y siga infectando a sus familiares u amigos.

El abandono de tratamiento antibacilar de tuberculosis, llevaría al paciente a reinternarse, con lógicas consecuencias a la resistencia a los medicamentos, o la muerte⁽³⁾.

HIPOTESIS:

Hay dificultades en la red sanitaria con la implementación del TAES (tratamiento abreviado estrictamente supervisado).

Acompañada por la falta de educación que ha producido el aumento de casos en tuberculosis.

VARIABLES:

- ✓ Paciente con antecedentes de tuberculosis.
- ✓ Grado de información.

CAPÍTULO II

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO:

Tipo de investigación: cuantitativa, descriptiva, transversal.

AREA DESTUDIO:

Hospital JOSE NESTOR LENCINAS, ubicado en calle Talcahuano 2194, del departamento del Godoy Cruz en la provincia de Mendoza, Argentina.

Es una institución dependiente de la provincia, centralizado, público.

Históricamente comenzó siendo un hospital de enfermedades del pulmón, especialmente Tuberculosis; luego pasó a ser un hospital de enfermedades infectocontagiosas y en la actualidad es un hospital polivalente de baja complejidad.

UNIVERSO Y MUESTRA:

Todos los pacientes internados en el hospital JOSE NESTOR LENCINAS, con tuberculosis en diciembre del 2005, siendo la totalidad 26 pacientes.

METODO DE TECNICAS E INSTRUMENTOS:

La técnica que se utilizará, será la entrevista personal, programada, mediante el uso de un instrumento representado por una encuesta estructurada.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS:

Las entrevistas realizadas se volcarán a una matriz de datos que luego se volcaran en tablas univariadas, bivariadas, y se graficaran en forma de barras y torta para su mejor interpretación.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| | INDICADORES |
|------------------------------|---|
| EDAD | { 15 A 25 26 A 45 46 A 65 66 A + 70 |
| SEXO | { MASCULINO FEMENINO |
| ESCOLARIDAD | { PRIMARIO INCOMPLETO PRIMARIO COMPLETO SECUNDARIO INCOMPLETO SECUNDARIO COMPLETO TERCIARIO INCOMPLETO TERCIARIO COMPLETO |
| Nº DE PERSONA EN CONVIVENCIA | { SOLO 2 A 3 4 A 5 + DE 5 |
| TRABAJA | { SI NO |
| ESTABILIDAD LABORAL | { SI NO |

Tabla N°1

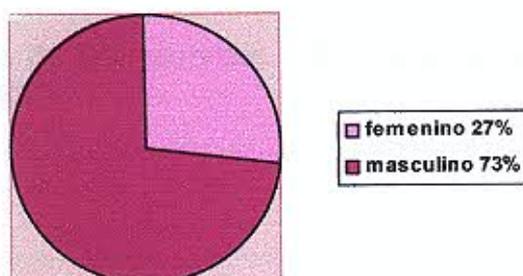
Pacientes ingresados en el hospital José Néstor Lencinas con diagnóstico de tuberculosis en el mes de Diciembre 2005, "según sexo".

| SEXO | Número de Pacientes internados | |
|-----------|--------------------------------|------|
| | F.A | F.R |
| Femenino | 7 | 27% |
| Masculino | 19 | 73% |
| Total | 26 | 100% |

Fuente: elaboración propia sobre datos obtenidos de encuestas en pacientes internados con tuberculosis en el hospital José Néstor Lencinas en el mes de Diciembre del 2005.

Grafico N° 1

Sexo de los pacientes con tuberculosis internados en el hospital José Néstor Lencinas



Fuente:

Elaboración propia sobre base de datos obtenidos de encuestas en estudio a paciente con tuberculosis internados en el hospital José Néstor Lencinas en el mes Diciembre del 2005.

Comentario:

Se observa una tendencia a padecer la enfermedad mayor en sexo masculino, aunque hoy la mujer tenga actividades fuera del hogar igualando al hombre. Lo que hace el factor de riesgo sea igual para ambos.

Tabla N° 2

Pacientes internados en el hospital José Néstor Lencinas diagnosticados con tuberculosis en el mes de diciembre 2005, según nivel de instrucción

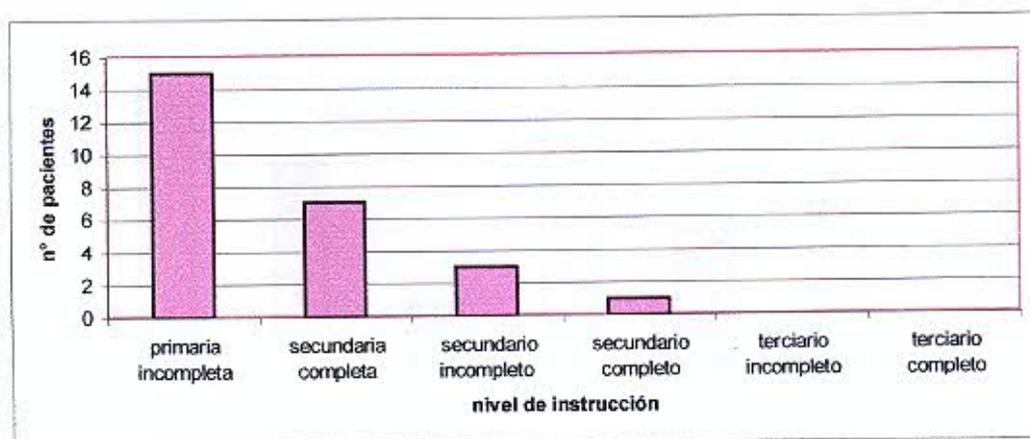
| NIVEL DE INSTRUCCION | Número de pacientes | |
|-----------------------|---------------------|------|
| | F.A | F:R |
| Primaria incompleta | 15 | 58% |
| Primaria completa | 7 | 27% |
| Secundario incompleto | 3 | 11% |
| Secundario completo | 1 | 4% |
| Terciario incompleto | -- | -- |
| Terciario completo | -- | -- |
| total | 26 | 100% |

Fuente:

Elaboración propia sobre datos obtenidos de encuestas en pacientes internados con tuberculosis en el hospital José Néstor Lencinas en el mes de diciembre del 2005.

Grafico N°2

Nivel de instrucción de los pacientes internados con tuberculosis en el hospital José N. Lencinas.



Comentario:

Observamos que de un total de 26 pacientes, 15 pacientes no poseen nivel primario completo, 10 pacientes poseen primaria completa y secundario incompleto, y solo 1 paciente con secundaria completa. Siendo un 58% con estudios primarios incompletos hace el riesgo por poseer bajo nivel cultural y educacional.

Tabla N° 3

Pacientes internados en el hospital José Néstor Lencinas diagnosticados con tuberculosis en el mes de diciembre del 2005, por edad.

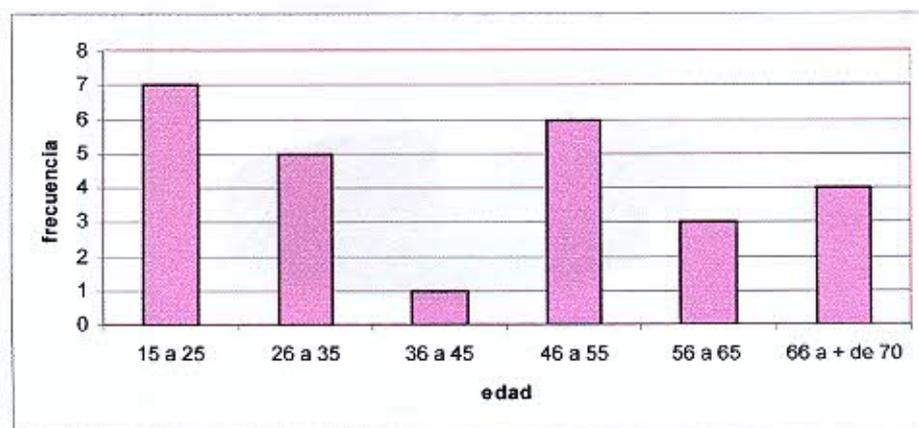
| EDAD | Número de pacientes | |
|--------------------|---------------------|------|
| | F.A | F.R |
| 15 a 25 | 7 | 27% |
| 26 a 35 | 5 | 19% |
| 36 a 45 | 1 | 4% |
| 46 a 55 | 6 | 23% |
| 56 a 65 | 3 | 12% |
| 66 a + de 70 | 4 | 15% |
| Total de pacientes | 26 | 100% |

Fuente

Elaboración propia sobre datos obtenidos de encuestas en pacientes internados con tuberculosis en el hospital José Néstor Lencinas en el mes diciembre del 2005, según edad.

Gráfico N° 3

Edad de los pacientes internados con tuberculosis en el hospital José Néstor Lencinas en el mes de diciembre 2005



Comentario:

La tendencia por edad en un total de 26 pacientes internados es del 27 % en la adolescencia y de un 23% en el adulto joven.

No se había dado en el hospital internación de menores de 18 años hasta ahora, con un porcentaje elevado de casos.

Tabla N° 4

Pacientes internados en el hospital José Néstor Lencinas diagnosticados con tuberculosis en el mes de diciembre del 2005, según conocimiento de tuberculosis antes de internarse.

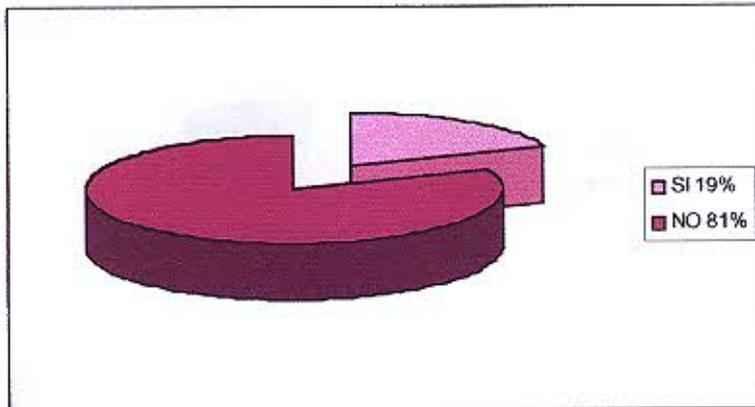
| CONOCIEMTO ANTES DE INTERNARSE | Numero de pacientes | |
|--------------------------------|---------------------|------|
| | F.A | F.R |
| SI | 5 | 19% |
| NO | 21 | 81% |
| TOTAL | 26 | 100% |

Fuente:

Elaboración propia sobre datos obtenidos de encuestas en pacientes internados con tuberculosis en el hospital José Néstor Lencinas al mes de diciembre del 2005, según el conocimiento de tuberculosis antes de ingresarse.

Grafico N° 4

Conocimiento sobre la tuberculosis de los pacientes antes de internarse en el hospital José Néstor Lencinas.



comentario:

En la mayoría un 81% de los casos no poseían información de prevención en tuberculosis. Lo que indica una falla en la educación en atención primaria de la salud.

Tabla N° 5

Pacientes internados en el hospital José Néstor Lencinas diagnosticados con Tuberculosis en el mes de diciembre del 2005 según el conocimiento de la Tuberculosis después de internarse.

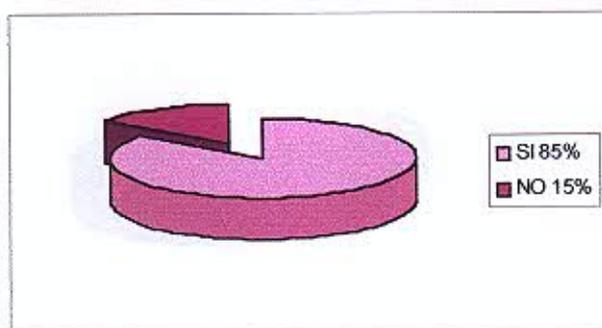
| Conocimiento después de la internación | Numero de pacientes | |
|--|---------------------|------|
| | F.a | f.r |
| Si | 22 | 85% |
| No | 4 | 15% |
| total | 26 | 100% |

Fuente:

Elaboración propia sobre datos obtenidos de encuestas en pacientes internados con Tuberculosis en el hospital José Néstor Lencinas en el mes de diciembre del 2005.

Grafico N° 5

Conocimiento sobre la Tuberculosis de los pacientes después de internarse en el hospital José Néstor Lencinas.



Comentario

De los pacientes internados por tuberculosis en el hospital José Néstor Lencinas en diciembre del 2005 el 85% de los pacientes conocen la enfermedad y solo un 15% poseen desconocimiento. La educación que recibe en su internación baja notablemente el riesgo de abandonos y contagios posinternación.

Tabla N° 6

Pacientes internados en el hospital José Néstor Lencinas diagnosticados con Tuberculosis en el mes de diciembre del 2005, según antecedentes con Tuberculosis.

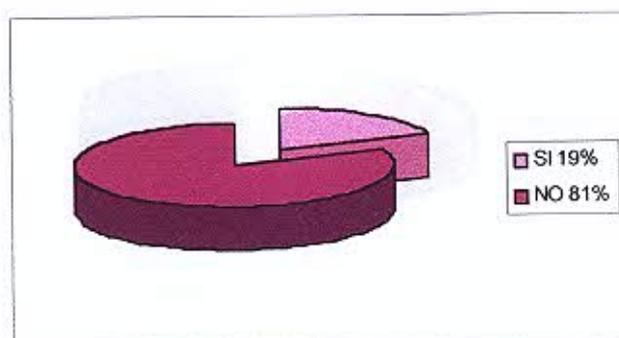
| Pacientes con antecedentes de tuberculosis | Numero de pacientes | |
|--|---------------------|------|
| | F.A | F.R |
| Si | 5 | 19% |
| No | 21 | 81% |
| Total | 26 | 100% |

Fuente:

Elaboración propia sobre datos obtenidos de encuestas en pacientes internados con Tuberculosis en el hospital José Néstor Lencinas.

Grafico N° 6

Antecedentes de pacientes con Tuberculosis internados en el hospital José Néstor Lencinas.



Comentario

De un total de 26 pacientes internados en el hospital José Néstor Lencinas en el mes de diciembre del 2005 tienen antecedentes de haber padecido la enfermedad el 19% y 21 pacientes, el 81 son casos nuevos.

Es elevado el porcentaje de abandono y los casos nuevos nos habla de la importancia de cortar la cadena de transmisión.

Tabla N° 7

Pacientes internados en el hospital José Néstor Lencinas diagnosticados con Tuberculosis al mes de diciembre del 2005, según el conocimiento del abandono de tratamiento.

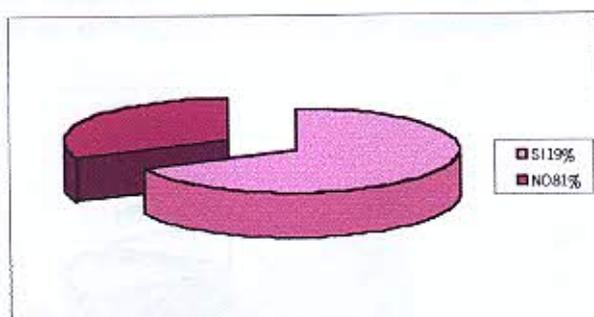
| Conocimiento de abandono de tratamiento | Numero de pacientes | |
|---|---------------------|------|
| | F.A | F.R |
| Si | 18 | 69% |
| No | 8 | 31% |
| Total | 26 | 100% |

Fuente

Elaboración propia sobre datos obtenidos de encuestas en pacientes internados con Tuberculosis en el hospital José Néstor Lencinas al mes de diciembre del 2005.

Grafico N°7

Conocimiento sobre el abandono de tratamiento de los pacientes internados con Tuberculosis.



Comentario

El porcentaje de conocimiento de las consecuencias del abandono es aun de alto riesgo para la proliferación de multiresistencia en la población.

Tabla N° 8

Pacientes internados en el hospital José Néstor Lencinas diagnosticados con Tuberculosis al mes de diciembre del 2005, según conocimiento de duración del tratamiento.

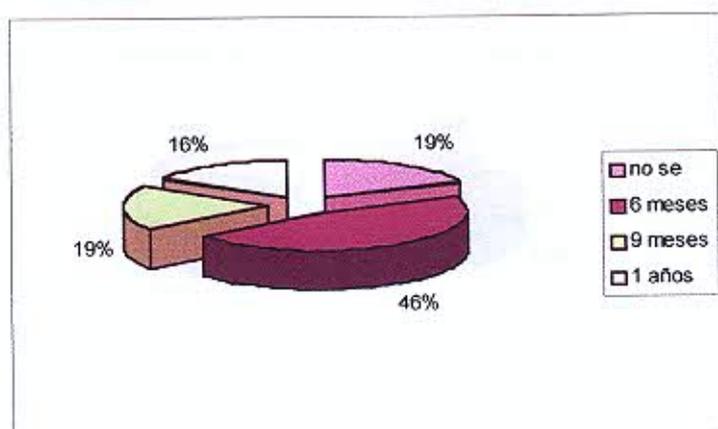
| Duración del tratamiento | Numero de pacientes | |
|--------------------------|---------------------|------|
| | F.A | F.R |
| No sé | 5 | 19% |
| 6 meses | 12 | 46% |
| 9 meses | 5 | 19% |
| 1 año | 4 | 16% |
| total | 26 | 100% |

Fuente

Elaboración propia sobre datos obtenidos en encuestas en pacientes internados con Tuberculosis en el hospital José Néstor Lencinas al mes diciembre del 2005.

Grafico N°8

Conocimiento del tratamiento de Tuberculosis de pacientes internados al mes de diciembre en el hospital José Néstor Lencinas.



Comentario

El paciente demuestra saber que el tratamiento es prolongado, mas de 6 meses, haciendo que la concientización sea de gran ayuda para su recuperación llegando así a la finalización del tratamiento.

Tabla N° 9

Pacientes internados en el hospital José Néstor Lencinas diagnosticados con Tuberculosis al mes de diciembre del 2005 según la convivencia de éstas.

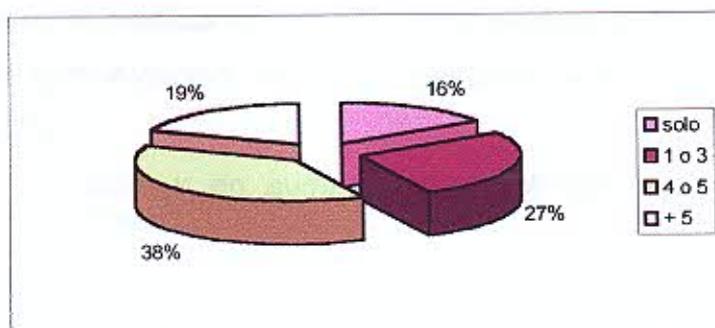
| Convivencia con pacientes de Tuberculosis | Numero de pacientes | |
|---|---------------------|------|
| | F.A | F.R |
| Solo | 4 | 16% |
| 1 o 3 | 7 | 27% |
| 4 o 5 | 10 | 38% |
| +5 | 5 | 19% |
| total | 26 | 100% |

Fuente

Elaboración propia sobre datos obtenidos de encuestas realizadas en pacientes internados con Tuberculosis en el hospital José Néstor Lencinas al mes de diciembre del 2005.

Grafico N° 9

Convivencia de pacientes con Tuberculosis de pacientes internados al mes de diciembre del 2005.



Comentario

Es elevado el numero de personas expuestas al contagio ya que en su mayoría los pacientes conviven con varios familiares llevando a elevar el riesgo de contagio si no es controlada la enfermedad.

Conclusiones

De nuestros estudios estadísticos realizados podemos decir, que la edad promedio va descendiendo siendo el factor de riesgo entre los 15 a 45 años de edad siendo el 50% de los casos.

Los niveles de estudios de los pacientes son bajos siendo un 58% con primaria incompleta hace mayor el problema de entendimiento de la importancia de terminar con la cadena de transmisión.

Prevalece los trabajos temporarios un 50% de los casos. La mitad de ellos son sostén de familia, complicando la integridad familiar aun sabiendo las complicaciones de la enfermedad, son propensos a abandonar el tratamiento por:

- ✓ Fallas en el acceso a los servicios de salud.
- ✓ Problemas económicos.
- ✓ Fallas en seguimiento del tratamiento.
- ✓ Falta de compañías preventivas.
- ✓ Desconocimiento de la enfermedad en la comunidad.
- ✓ No se cumplen las pautas del TAES (tratamiento abreviado estrictamente supervisado).
- ✓ Incumplimiento por duración prolongada del tratamiento, efectos adversos de la medicación y la tolerancia medicamentosa.
- ✓ Falta de comunicación entre los efectores ante un abandono de tratamiento.

Esta enfermedad puede ir en aumento si no se cumple con el control completo y de contactos.

Recomendaciones

- ✓ Implementar campañas publicitarias en los distintos medios: Televisivos, gráficos y radial. A cargo del Ministerio de Salud y Sección Social de la provincia
- ✓ Fomentar la educación en: Escuelas en EGB 2 y 1 y 2 año del polimodal, Municipios, Comedores Comunitarios, Uniones Vecinales.
- ✓ Formar una verdadera red comunitaria que contenga hasta el final del tratamiento al enfermo y núcleo familiar del mismo en cada municipio.
- ✓ Curso de actualización del personal: médicos, enfermeros, agentes comunitarios, docentes y trabajadores sociales de la provincia a cargo del programa Provincial de Tuberculosis.

CAPÍTULO III

ANEXOS

Bibliografía

- ✓ 1-(paginas 4,5,6) Diccionario de Medicina – Mosby Edición 2003 – España. Recopilaciones:
 - Enfermedades Infecciosas – Serie Mosby de Enfermería Clínica – Edición 1994 – España.
 - Manual de Enfermería – Lexus – Edición 2003 – España.
 - Manual de Enfermería – Cultural S.A – Madrid – España.
- ✓ 2-(paginas 6,7,8) Programa Nacional de Tuberculosis.
- ✓ 3-(paginas 9,10,11) Programas Preventivos de la Provincia de Mendoza.

Cuestionario

fecha:

Edad:

sexo:

✓ Escolaridad:

○ Primaria:

▪ Incompleta

▪ Completa

○ Secundario:

▪ Incompleta

▪ Completa

○ Terciario:

▪ Incompleta

▪ Completa

Sabe Usted. ¿Qué enfermedad tiene? Si No

¿Cuál es?. ¿Es contagiosa? Si No

¿Tubo antes TBC? Si No

¿Alguien de su familia tuvo TBC? Si No

¿Es contagiosa? Si No

¿Sabe como se contagia? Si No

¿Su enfermedad se cura? Si No

¿Cuánto cree usted que dura su tratamiento?

Si abandona el tratamiento sabe usted que complicaciones le traerían. Si No

¿Cuántas personas conviven con usted?

¿Estas personas se realizaron analítica de contacto con TBC?
Si No

Quien es el sostén económico de su casa usted o Papa
Mama Hijos Hermanos otros

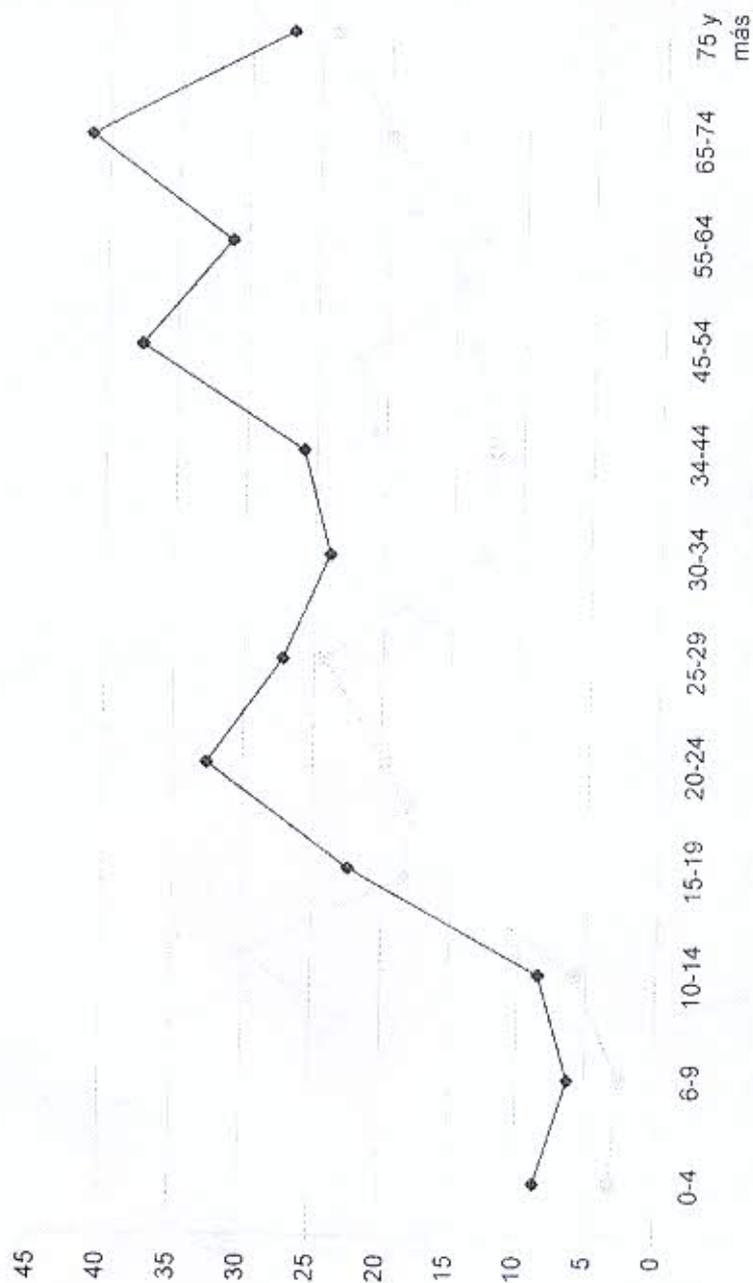
¿El trabajo es?

Estable temporario

¿Le gustaría saber de su enfermedad?

Si No

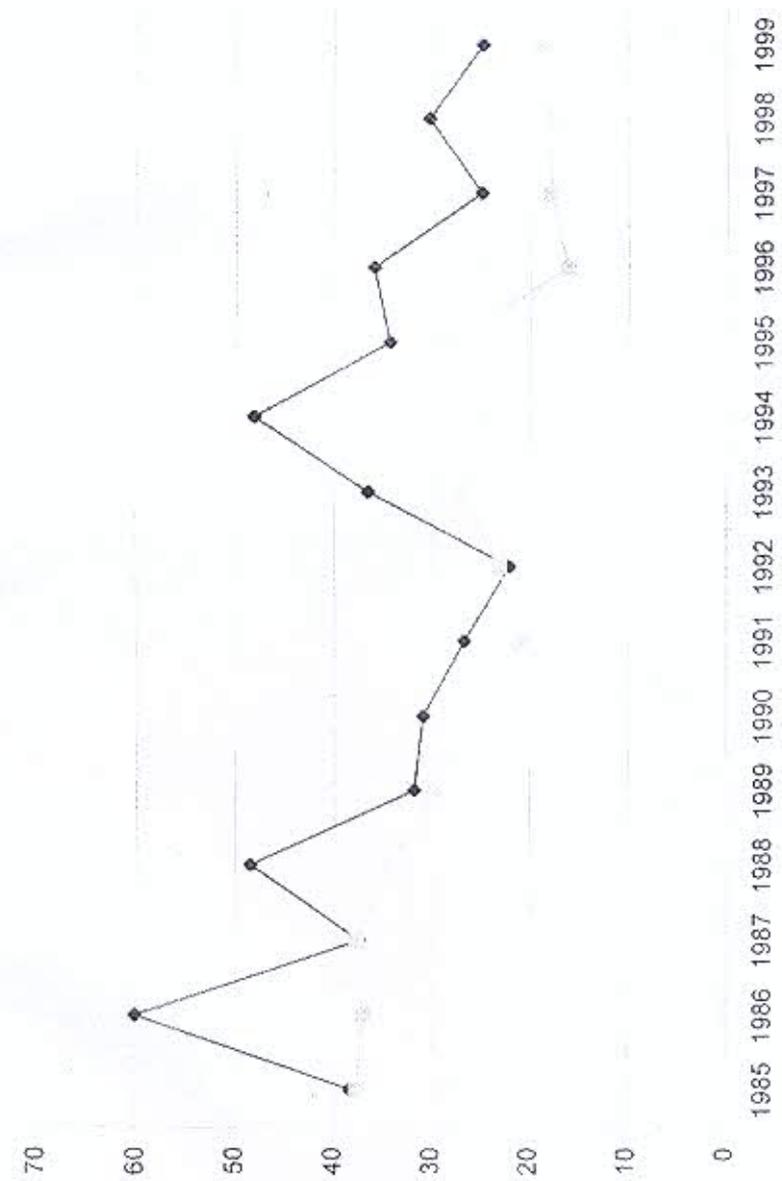
Notificación de casos de tuberculosis por grupos de edad.
Tasa por 100,000 habitantes. Provincia de Mendoza, 1993 y 1999



◆ Tasa 1993 □ Tasa 1999

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Número 1993 | 14 | 8 | 13 | 30 | 38 | 27 | 23 | 58 | 53 | 36 | 31 | 10 |
| Tasa 1993 | 8,7 | 6,3 | 8,5 | 22,4 | 32,6 | 27,2 | 23,9 | 25,9 | 37,5 | 31,2 | 41,3 | 27 |
| Número 1999 | 6 | 4 | 9 | 24 | 28 | 29 | 13 | 22 | 22 | 16 | 18 | 17 |
| Tasa 1999 | 3,2 | 2,6 | 5,9 | 16,4 | 19,7 | 24,2 | 12,7 | 12 | 13,4 | 13 | 19,9 | 23,8 |

Tendencia de la notificación del total de casos de tuberculosis en personas de 15 a 29 años y de 65 años y más. Números y Tasas por 100.000 habitantes. Provincia de Mendoza, 1985-1999



◆ Tasa 65 y más ▲ Tasa 15-20

| | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Número | 114 | 114 | 118 | 110 | 97 | 89 | 70 | 77 | 83 | 83 | 109 | 61 | 72 | 70 | 81 |
| Tasa 15-29 | 37,6 | 37 | 37,7 | 34,5 | 29,9 | 27,1 | 21,1 | 23,2 | 27,1 | 24,2 | 28,7 | 16,1 | 18 | 17,7 | 18,8 |
| Número | 35 | 57 | 37 | 47 | 34 | 35 | 29 | 24 | 41 | 54 | 44 | 46 | 32 | 41 | 35 |
| Tasa 65 y más | 38,3 | 60 | 37,4 | 48,5 | 31,8 | 30,9 | 26,7 | 22,1 | 36,6 | 48,2 | 34,4 | 36 | 25 | 30,4 | 24,9 |