

11226
201.140

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL DE ZONA II No. 1
MEXICALI, B. C.**

**CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA II No. 1**

**"CAUSAS DE ABANDONO DE TRATAMIENTO
EN EL PACIENTE TUBERCULOSO"**

TESIS DE POSTGRADO

Dra. Yolanda Rojas Fragozo

MEXICALI, B. C.

FEBRERO DE 1987



FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	3
MARCO TEORICO. TUBERCULOSIS PULMONAR.....	4
DEFINICION.....	4
ETIOLOGIA.....	4
EPIDEMIOLOGIA.....	4
PATOGENESIS Y ANATOMIA PATOLOGICA....	5
SINTOMATOLOGIA.....	6
EXPLORACION FISICA Y RADIOLOGIA.....	6
COMPLICACIONES.....	6
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....	7
DIAGNOSTICO.....	7
TRATAMIENTO.....	8
ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO.....	13
QUIMIOPROFILAXIS.....	14
DISEÑO EXPERIMENTAL.....	15
HIPOTESIS.....	15
OBJETIVOS.....	15
UNIVERSO DE ESTUDIO.....	16
METODOLOGIA, TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS.....	17
RESULTADOS Y ANALISIS.....	19
CONCLUSIONES.....	23
SUGERENCIAS.....	25
BIBLIOGRAFIA.....	26
APENDICE.....	27
ANEXO 1.....	27
CUADROS.....	31
GRAFICAS.....	35

I N T R O D U C C I O N

La frecuencia de la TBP en Latinoamérica y en México ha disminuido en las últimas décadas, sin embargo constituye un gran problema de Salud Pública por su incidencia elevada, por el número de fallecimientos, así como por la invalidez parcial o total que ocasiona.

Datos referidos por la OMS indican que la tuberculosis es la causa de 2 a 3 millones de defunciones anuales en el mundo. La tasa de morbilidad por 100,000 habitantes en México disminuyó de 31.7 en 1969 a 17.5 en 1976 según datos de la Secretaría de Salud y de 127 en 1969 a 56 en 1982 en el IMSS; a pesar de ello, en 1975 ocupó el 16o lugar como causa de morbilidad y el 11o en 1976 como causa de muerte (3).

En teoría es una enfermedad que puede ser controlada eficazmente gracias a los progresos logrados en los últimos años, como vacunación con BCG, mejores métodos de diagnóstico y esquemas de tratamiento de gran eficacia, sin embargo el problema fundamental estriba en la manera de aplicar los conocimientos disponibles en la actualidad

Las principales causas de fracaso terapéutico en la TBP son el abandono y la ingestión irregular de los medicamentos. Esto sucede en el 15 al 30% de los casos en México (6). A este respecto debemos señalar que en el año de 1986 en el HGZ II No. I c/MF y la UMF No.16 tuvieron 94 casos nuevos de TBP de los cuales 37 abandonaron el tratamiento, lo que representa el 39.36% (observación directa).

Las causas que se han esgrimido para explicar por qué un enfermo abandona el tratamiento, tanto las atribuibles al enfermo mismo como al ámbito familiar o a la unidad de atención médica, son múltiples (7).

La causa mencionada con mayor frecuencia guarda relación con un nivel socioeconómico y de escolaridad bajo (7), sin embargo, existen muchos pacientes con tuberculosis - con ese nivel de vida que terminan en forma adecuada su tratamiento.

Nosotros consideramos que un factor primordial para que el enfermo tuberculoso abandone su tratamiento es el desconocimiento de su enfermedad, sin menospreciar desde luego, los factores ya señalados previamente.

Lo dichos anteriormente, motivó la realización de esta investigación con el objeto de valorar los factores o causas que influyen en el abandono del tratamiento del paciente tuberculoso.

J U S T I F I C A C I O N

La incidencia de la TBP en México sigue siendo un problema de Salud Pública; en las entidades fronterizas del norte de México tiene una incidencia mayor al observado en otros estados, constituyendo áreas de alta prevalencia(8).

La TBP se encuentra incluida dentro de los programas prioritarios de la Institución, siendo su objetivo principal el disminuir la morbimortalidad por este padecimiento, así pues, los siguientes puntos justifican nuestro estudio (1):

a. 12,000 casos nuevos notificados por año y cuarto lugar en mortalidad en las áreas marginadas rurales.

b. El padecimiento tiene repercusiones graves, sociales y económicas.

c. Produce mayor número de defunciones en los menores de 4 años e incapacita a la población económicamente activa.

d. La vacunación puede disminuir en 80% la tuberculosis en el niño.

e. El tratamiento controlado es capaz de disminuir en 90% la letalidad actual y rompe la cadena de transmisión.

f. La tuberculosis es evitable, de fácil diagnóstico y curable.

Actualmente uno de los factores de la prevalencia de la TBP es precisamente el abandono del tratamiento por el paciente tuberculoso, aumentando con ello su infectividad, las recrudescencias y la aparición de fracasos terapéuticos. Es por ello de gran importancia el conocer cuales son los factores que influyen para que el paciente tuberculoso abandone su tratamiento y así poder actuar para disminuir la prevalencia de dicha enfermedad.

MARCO TEORICO

TUBERCULOSIS PULMONAR.

DEFINICION: La tuberculosis es una infección bacteriana, ne crosante, contagiosa e inoculable, con sintomatología muy - variada y de distribución mundial.

ETIOLOGIA: La mayoría de los casos en el hombre son produci dos por *M. tuberculosis* variedad *hominis* (95%), los cuales_ son bacilos inmóviles, no esporulados, aerobios y ácido-re- sistentes; se cultivan en medio de Lowenstein-Jensen y se - identifica por la tinción de Ziehl-Neelsen. Menos frecuente mente la tuberculosis es causada por *M. bovis* y *M. avium*. - También se han observado cuadros muy similares con lesiones primarias en pulmón y en ganglios linfáticos causadas por - las llamadas *mycobacterias atípicas*.

EPIDEMIOLOGIA: Ha disminuido mucho la prevalencia de la TBP en los EUA desde 1900. La declinación de la frecuencia de - la infección es más notable entre los niños y los adultos - jóvenes y se debe a una reducción en la cantidad de casos - con infección abierta, lo cual a su vez, se atribuye a la - mejoría en las condiciones de vida, al escaso riesgo de un progreso tardío de la infección, y al adecuado diagnóstico_ y tratamiento de los casos contagiosos(1).

La mayoría de personas que albergan bacilos tuberculo sos tienen tuberculosis inactiva o "latente" (curada). Las_ cicatrices apicales que contienen microorganismos viables_ pueden permanecer latentes durante muchos años y después - reactivarse y producir tuberculosis clínica (1).

En 1980 hubo- aproximadamente 28,000 nuevos casos de - tuberculosis clínica en los EUA. Esta cifra representa un - incremento de 80 casos a partir de 1979. Hay datos que des- de 1979 la tendencia a la disminución se ha ido atenuando;- en 1980 el número de casos nuevos aumentó en 0,3%. La tasa_ total de morbilidad en personas infectadas con *M. tuber- culosis* es de 8 a 20% (1).

En México los estados más afectados son los de la frontera norte, litoral del golfo, partiendo del norte hasta Tabasco, y los del litoral del pacífico sur, especialmente Chiapas. (3).

La transmisión es por contacto directo, al inhalar las secreciones respiratorias de enfermos tuberculosos. El período de contagiosidad es variable, dependiendo de las lesiones y de la cronicidad de la enfermedad.

PATOGENESIS Y ANATOMIA PATOLOGICA:

a. Infección inicial. (tuberculosis primaria). En el sujeto inmune los bacilos tuberculosos pueden entrar al organismo por diversas vías, siendo la principal la pulmonar(2). La mayoría de las lesiones en la fase inicial de la infección se localizan en los dos tercios inferiores de los pulmones, se efectúa fagocitosis y los bacilos pueden permanecer viables o multiplicarse dentro de los macrófagos. Los microorganismos llegan a los ganglios y a la sangre antes de que su progreso se vea inhibido por la adquisición gradual de inmunidad específica. Se desarrolla la característica reacción tisular con granuloma y necrosis con caseificación en la lesión primaria. Después la lesión en el sitio primario sana casi siempre por una combinación de resolución, fibrosis y calcificación (2).

b. Diseminación silenciosa. Al iniciarse el curso de una nueva infección, los bacilos tuberculosos llegan a la circulación general, produciendo lesiones únicamente en sitios con una elevada tensión tisular de oxígeno formando focos metastásicos de infección, llamados focos de Simon (2).

c. Infección inactiva (latente). Siempre que una lesión tuberculosa sana, la infección entra en una fase

latente en la cual persiste infección sin producir enfermedad. La infección latente puede permanecer inactiva toda la vida o transformarse en enfermedad activa si los microorganismos que persisten intracelularmente comienzan a multiplicarse con rapidez.

d. Tuberculosis clínica. La tuberculosis fibrocaseosa puede desarrollarse a partir de la progresión directa de la infección inicial o por recrudecimiento de una lesión latente. La tuberculosis se caracteriza por infiltraciones nodulares localizadas, fibrosis y cavitación.

SINTOMATOLOGIA.

a. Infección reciente. La tuberculosis inicial frecuentemente no produce enfermedad clínica de importancia. Puede manifestarse con fiebre y malestar hacia la cuarta semana después de la inoculación, pero por lo general cesa por sí sola. En los niños puede progresar a tuberculosis clínica en 5 a 10% de los casos (2).

b. Tuberculosis pulmonar, ésta puede seguir a la infección inicial directamente o después de un período corto de latencia. La sintomatología al principio es insidiosa e inespecífica, los enumerados más frecuentemente son hipertermia vespertina, malestar general, fatiga al final del día, sudor nocturno, anorexia, pérdida de peso, toproductiva, hemoptisis.(2).

EXPLORACION FISICA Y RADIOLOGICA. Las infiltraciones asintomáticas no proporcionan datos a la exploración física sistemática, pero pueden descubrirse intensas infiltraciones con el exámen radiológico de los pulmones. En los casos avanzados pueden observarse gran variedad de signos físicos como matidez, respiración bronquial, estertores ruidos, disminución del ruido respiratorio, signos de derrame pleural, etc..

COMPLICACIONES DE LA TBP (2).

a. Cavitación, licuefacción del tejido pulmonar formando una cavidad donde abundan los bacilos tuberculosos, haciendo que la enfermedad sea muy infecciosa.

b. Hemoptisis, secundaria a ulceración de la mucosa bronquial, se manifiesta como estrias de sangre en el esputo; puede ser masiva y poner en peligro la vida.

c. Pleuresia con derrame. Erosión de la pleura visceral con reacción inflamatoria, y formación de exudado pleural, manifestado por dolor pleurítico localizado a la inspiración profunda.

d. Diseminación masiva (tuberculosis miliar). Se produce cuando un foco caseoso líquido vacía su contenido en una vena, produciendo diseminación masiva de bacilos tuberculosos por todo el organismo. Las lesiones comúnmente se localizan en el hígado, bazo, médula ósea y meninges. La sintomatología es inespecífica con ataque al estado general, sintomatología gastrointestinal, fiebre, disnea. El diagnóstico definitivo se hace con biopsia de los órganos afectados.

e. Otras complicaciones son: neumonía tuberculosa, fístula vncopleural, empiema, etc.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: El cuadro clínico que presenta la infección con bacilos tuberculosos puede variar mucho y simular muchas otras enfermedades, tales como: carcinoma del pulmón, abscesos pulmonares, neumoconiosis, infecciones micóticas, bronquiectasia, etc.

DIAGNOSTICO.

a. Baciloscopia de la expectoración. En todo enfermo clínicamente sospechoso de padecer tuberculosis pulmonar debe practicarse estudio microscópico de la expectoración.

Es el método absoluto y más barato, el más fácil de efectuar y el más rápido. Permite establecer el diagnóstico -- hasta en el 90% de los enfermos tuberculosos.

b. Baciloscopia en otros productos. Cuando el enfermo no es capaz de expectorar, puede provocarse la expectoración mediante nebulizaciones o bien practicar la aspiración del contenido gástrico en el que se encuentran secreciones bronquiales que han sido deglutidas. En los casos de coexistencia con tuberculosis extrapulmonar se realizará baciloscopia en los productos patológicos correspondientes: derrames, biopsias.

c. Cultivo para BAAR. Si por medio de las baciloscopias no se observan bacilos en 3 muestras consecutivas de expectoración, se procederá al cultivo.

d. Tipificación de diferentes especies de mycobacterias con propósitos clínicos-epidemiológicos.

e. Estudio inmunoalérgico. La prueba tuberculínica conserva su valor diagnóstico en grupos que no hayan recibido la vacuna BCG y en hiperreactores previamente vacunados.

TRATAMIENTO.

La tuberculosis es una enfermedad curable; desde el advenimiento de la quimioterapia se recuperan totalmente el 95% omás de los enfermos tratados correctamente (1); -- sin embargo, en la práctica aún se pueden observar que muchos pacientes se convierten en diseminadores crónicos de bacilos, la causa fundamental de este hecho es el abandono del tratamiento, la falta de cooperación del paciente y a una información deficiente del personal de salud, que no convence plenamente al enfermo de no interrumpir su tratamiento.

El tratamiento con medicamentos antituberculosos se aplicará en general, cuando el diagnóstico se haya confirmado bacteriológicamente (11). El tratamiento de los casos de tuberculosis consiste en la administración ininterrumpida y por el tiempo indicado, de los medicamentos antituberculosos (3).

Los factores esenciales que garantizan el éxito del tratamiento quimioterápico de la tuberculosis pulmonar hasta en el 100% de los casos son: régimen quimioterápico adecuado y cooperación del enfermo (1).

Régimen quimioterápico adecuado:

--El tratamiento debe mantenerse en forma ininterrumpida durante 12 meses (según el caso). Se inicia el tratamiento con la asociación de 3 o más drogas para lograr el máximo efecto bactericida que impida la reproducción masiva del germen y/o su resistencia a los medicamentos; posteriormente continuar con un número menor de drogas a fin de alcanzar la esterilización de las lesiones.

--Emplear la dosificación adecuada para obtener el efecto bactericida y esterilizante a fin de impedir la aparición de efectos colaterales indeseables.

--Administrar el número de dosis indicadas a fin de obtener resultados óptimos y evitar recrudescencias.

--Supervisar el tratamiento para tener la seguridad de que el enfermo ha recibido el número de dosis indicadas.

--Estar pendiente de la aparición de efectos indeseables a fin de establecer su control inmediato.

--Disponer la organización y capacitación necesaria para que de preferencia el tratamiento se administre en forma ambulatoria supervisada.

Cooperación del enfermo.

___Puede lograrse la toma regular de los medicamentos explicando al paciente en el momento del diagnóstico y en ocasiones sucesivas, la naturaleza de la quimioterapia, la duración del ciclo terapéutico y la necesidad de seguirlo con regularidad.

Para este fin conviene conseguir el apoyo de familiares, voluntarios y desde luego cada centro de tratamiento debe contar con un sistema localizador de los enfermos insistentes para obtener el máximo beneficio del tratamiento autoadministrado.

Si se cumple con un tratamiento médico bien indicado y se cuenta con la cooperación del enfermo, puede garantizarse la curación(1).

El tratamiento exitoso del paciente trae como consecuencia inmediata (2 a 3 meses) su negativización y la interrupción de la cadena de trasmisión, en tanto que, la administración irregular de los medicamentos y su abandono, repercuten gravemente en la epidemiología del padecimiento ya que aún cuando reduce el número de defunciones, favorece la persistencia de casos crónicos, fuentes de infección y el desarrollo de mycobacterias resistentes a los medicamentos(3).

Se ha observado que en el paciente individual el uso de antibióticos modifica completamente los parámetros de la historia natural de la enfermedad; a más de evitarse la muerte, el paciente se cura, se evitan las recídas, y se elimina el carácter crónico(10).

En la colectividad el impacto de los antibióticos se refleja en una duplicación o triplicación de la velocidad de reducción del riesgo de la infección(10).

TIPO DE TRATAMIENTO.

a. Tratamiento primario, se administra al siguiente tipo de enfermos tuberculosos: (3)

- Los que nunca han recibido tratamiento
- Los que han recaído de un tratamiento primario
- Los que han abandonado el tratamiento y presentan baciloscopía positiva
- Los que han recibido tratamiento primario de manera irregular y presentan baciloscopía positiva.

Los tres últimos tipos de enfermos deberán recibir siempre tratamiento supervisado.

El tratamiento primario puede ser de corta duración o estandar, el primero es el más recomendable (3).

b. Retratamiento. El retratamiento únicamente se indica ante el fracaso del tratamiento inicial y fundamentalmente por drogorresistencia, debe ser prescrito por el médico especialista, siempre será controlado, ya sea administrando los medicamentos el personal de salud o mediante la vigilancia por un familiar adiestrado convenientemente; generalmente se emplean drogas que no han sido aplicadas con anterioridad.

ESQUEMAS DE TRATAMIENTO. Los medicamentos antibacilares constituyen la base de la quimioterapia, la cual se administra según esquemas basados en las guías diagnóstico-terapéuticas del IMSS.

Los esquemas de tratamiento primario y de retratamiento se emplean en cualquier localización de la tuberculosis.

En el curso del tratamiento antituberculoso, puede ser necesario el empleo de otros medicamentos, tales como antihistamínicos, antiácidos, antieméticos, vitamina B6 y otros que permitan disminuir los efectos indeseables de los antifímicos y hacer posible continuar con el tratamiento antituberculoso. Si apareciera vértigo deberá suspenderse definitivamente la estreptomycin, en caso de aparecer otras molestias deberá aplicarse el criterio clínico para su control.

Ejemplos de esquemas de tratamiento son:

TRATAMIENTO PRIMARIO:

De corta duración supervisado. Hasta siete meses de duración. Administración en una toma.

MEDICAMENTO	FASE INTENSIVA; 60 dosis, diario .	FASE SOSTEN: 50 dosis, intermitente, hasta 4 meses
ISONIACIDA	300 mg	600 mg

RIFAMPICINA	600 mg	600 mg
ESTREPTOMICINA	1 gr	---
PIRAZINAMIDA	1 gr	---

TRATAMIENTO PRIMARIO.

Estandar autoadministrado. Doce meses de duración. Administración en una toma.

MEDICAMENTO	FASE INTENSIVA: 60 dosis, diario, 2 meses.	FASE DE SOSTEN: 300 dosis, diario, 10 meses.
-------------	--	--

ISONIACIDA	300 mg	300 mg
ETAMBUTOL	1200 mg	1200 mg
ESTREPTOMICINA	1 gr	---

RETRATAMIENTO SUPERVISADO.

Doce meses de duración. Administración en una toma.

MEDICAMENTO	FASE INTENSIVA: 80 dosis, diario de lunes a sábado, 3 meses.	FASE SOSTEN: 120 dosis intermitente, 3 veces a la semana, 9 meses.
-------------	--	--

RIFAMPICINA	600 mg	600 mg
PROTIONAMIDA	750 mg	750 mg
PIRAZINAMIDA	2 gr	---

CONTROL DEL TRATAMIENTO. El control clínico del enfermo deberá realizarse en forma mensual o cuando la evolución del caso lo requiera, comprende la verificación del cumplimiento de la aplicación del tratamiento, la evolución bacteriológica, el conocimiento del estado general del enfermo y tolerancia a los medicamentos. El control baciloscópico de la expectoración deberá efectuarse cada mes.

En unidades médicas en que se cuenta con servicio de radiología se puede utilizar este recurso al iniciar y al terminar el tratamiento para valorar la extensión de las lesiones, el grado de involución y las secuelas del padecimiento.

El egreso del tratamiento por curación se dará al paciente que haya cumplido satisfactoriamente con el trata---

miento primario o retratamiento. La única indicación será la de solicitar atención médica si presenta nuevamente tos y espectoración y deberá hacer mención a su antecedente de enfermo tuberculoso.

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO. EXAMEN DE CONTACTOS.

El estudio epidemiológico en tuberculosis es el examen sistematizado de los convivientes de los casos nuevos de tuberculosis. Tiene como fin conocer la situación de salud de los convivientes expuestos al riesgo, descubrir otros casos secundarios o identificar el caso que dió origen al caso pista y aplicar las medidas de protección y control adecuadas a cada contacto.

El examen de contactos, para que sea útil, debe realizarse dentro de los 30 días posteriores a la fecha del registro del caso pista (3).

A los contactos sintomáticos de cualquier edad se les ordena baciloscopia en serie de 3, radiografía de tórax y se les aplica PPD(3). Con los resultados de estos exámenes se les envía al Médico Familiar para que establezca el diagnóstico y prescriba el tratamiento que corresponda.

A los contactos asintomáticos menores de 15 años se les aplica PPD y se citan a su lectura a las 72 horas. A los no reactivos sin cicatriz previa de BCG se les prescribe quimioprofilaxis y posteriormente vacuna con BCG. A los no reactivos con cicatriz previa por BCG, se les revacuna nuevamente. Los reactivos con 10 mm y más se derivan al médico familiar para su estudio clínico completo y se procede según diagnóstico. A los tuberculosos se les prescribe tratamiento y a los no tuberculosos quimioprofilaxis

QUIMIOPROFILAXIS. LA QUIMIOPROFILAXIS EN TUBERCULOSIS, consiste en la administración de isoniácida para evitar la infección (quimioprofilaxis primaria) o para evitar la enfermedad en niños ya infectados (quimioprofilaxis secundaria).

La quimioprofilaxis primaria se indica en contactos de casos bacilíferos de tuberculosis, menores de 15 años, negativos a la prueba tuberculínica.

La quimioprofilaxis secundaria se indica a contactos - menores de 15 años con reacción al PPD de 10 mm omás, previo exámen médico para descartar tuberculosis activa.

Se prescriben 10 mg en niños y 5 mg en adultos de isoniácida por Kg de peso corporal en una sola toma diariamente durante seis meses. La razón de mayor dosis en niños se debe a la diferencia de velocidad de acetilación de la isoniácida.

DISEÑO EXPERIMENTAL

HIPOTESIS:

- Ho El abandono del tratamiento en el paciente con tuberculosis pulmonar se da de igual manera en quienes conocen y los que no conocen su enfermedad.
- H₁ El abandono del tratamiento antifímico es mayor en -- los pacientes que desconocen su enfermedad.

OBJETIVOS.

Determinar el grado de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar en el paciente tuberculoso y su relación con el abandono del tratamiento.

UNIVERSO DE ESTUDIO.

CRITERIOS DE INCLUSION UTILIZADOS:

1. Pacientes con tuberculosis pulmonar diagnosticada clínicamente y bacteriológicamente.
2. Población de ambos sexos de 15 años y más
3. Pacientes con mismo esquema de tratamiento antituberculoso
4. Pacientes que abandonaron su tratamiento
5. Pacientes que no abandonaron su tratamiento

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

1. Casos no confirmados de tuberculosis

CRITERIOS DE EXCLUSION:

1. Pacientes que se negaron a cooperar al estudio
2. Pacientes que no fueron localizados para el estudio

METODOLOGIA, TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS.

1. Se llevó a cabo un estudio de casos y controles. Para determinar el universo de trabajo se efectuó una revisión de las tarjetas del registro nacional de casos de tuberculosis pulmonar y de las tarjetas de tratamiento controlado de los servicios de Medicina Preventiva del HGZ II No 1 c/MF y de la UMF No.16.
2. Ingresaron al estudio 60 pacientes con tuberculosis pulmonar diagnosticada clínica y bacteriológicamente, los cuales fueron seleccionados al azar, tomando solo en cuenta el área geográfica (domicilio) para facilitar la localización de los pacientes.
3. Se dividieron en dos grupos:
GRUPO I (CONTROL) integrado por 30 pacientes de los cuales nueve fueron dados de alta por curación* y el resto actualmente con más de nueve meses de tratamiento antifélico en forma regular, sin abandono de tratamiento.

GRUPO II (ESTUDIO) integrado por 30 pacientes que abandonaron** su tratamiento.
4. Se revisaron los expedientes clínicos de todos los pacientes, y así mismo, se realizó una visita domiciliaria a cada uno de ellos.

* CURACION es el caso de tuberculosis que ha terminado el tratamiento primario de manera regular y tiene baciloscopia negativa.

**ABANDONO de tratamiento es la falta de asistencia a la unidad de salud para control, aplicación o entrega de las drogas después de 30 días de la fecha de la última cita(3).

5. Se elaboró en forma previa un cuestionario (ANEXO 1) que constó de 37 reactivos de opción múltiple, el cual fue aplicado a todos los pacientes de ambos grupos en forma de entrevista estructurada, dicha entrevista se llevó a cabo en los domicilios de los pacientes por un Médico Residente de Medicina Familiar de 11 año, obteniéndose la siguiente información:
 - 5.1 Identificación del paciente
 - 5.2 Condiciones socioeconómicas y escolaridad
 - 5.3 Causas según el paciente motivaron el abandono del tratamiento
 - 5.4 Información del paciente sobre su enfermedad y su tratamiento
 - 5.5 Identificación del paciente y sus familiares con el equipo médico
 - 5.6 Alteraciones en dinámica familiar y/o laboral secundarias a la enfermedad en sí.
6. Las diferencias encontradas entre ambos grupos se evaluaron mediante comparación de tasas.

RESULTADOS Y ANALISIS.

1. De la totalidad de los pacientes estudiados se encontró que el sexo predominante fué el masculino, con 36 casos que corresponde a un 60% del total de la población (gráfica 1).

En los pacientes del grupo I, no se encontró gran diferencia en cuanto al sexo, encontrándose 16 casos del sexo masculino contra 14 femeninos. En el grupo II encontramos gran predominio del sexo masculino sobre el femenino con relación 2:1 (gráfica No.3).

2. En cuanto a los grupos de edad investigados no encontramos diferencia significativa; en el grupo I se detectaron pacientes con edades comprendidas entre 15 y 83 años con una mediana de 31.5; en el grupo II las edades oscilaban entre los 15 y 74 años con una mediana de 36 (cuadro No.1).
3. El estado civil en ambos grupos mostraron similitud, pero es importante señalar que en el grupo II hubo un caso de divorcio motivado por la enfermedad del paciente (cuadro No.2)
4. La escolaridad de los pacientes estudiados no presentó gran diferencia entre ambos grupos, tal como se observa en el Cuadro No.3.
5. En cuanto a la ocupación e ingreso económico en el grupo I el 46.66% de la población es económicamente activa y de éstos el 35% se dedica a labores generales ganando el salario mínimo y el 65% se dedica a labores técnicas (plomera, soldador, etc) ganando un salario superior al mínimo. En el grupo II el 50% de la población es económicamente activa y de éstos el 66.66% gana el salario mínimo y el 33.33% ganan un salario superior al mínimo (cuadro No.4).

6. En cuanto a la aceptación de la enfermedad, en el grupo 1 encontramos que el 100% de los casos aceptaron su enfermedad, nueve de estos pacientes fueron dados de alta por curación (gráfica No. 4).

En el grupo 11 el 66.66% aceptaron tener actualmente tuberculosis pulmonar, el 23.33% refieren haber tenido TBP (no fueron dados de alta) y en un 10% nunca han aceptado tener TBP (gráfica No. 5).

7. Los pacientes del grupo 11 presentaron abandono del tratamiento dentro de los tres primeros meses del mismo. Al investigar las causas de abandono de tratamiento antifímico referidas por los pacientes encontramos que el 40% lo abandonó por sentirse curados, el 26.66% por ser un tratamiento prolongado, el 20% por presentar efectos secundarios a la ingesta del medicamento, el 10% por no aceptar tener TBP y el 3.33% por tomar hierbas (Gráfica No.6).

Se hace la observación de que a los pacientes que no abandonaron su tratamiento (grupo 1) se les interrogó sobre las causas que motivaron el abandono de tratamiento en los pacientes del grupo 11, obteniéndose la siguiente información: el 60% refirió sentirse curado después de los primeros tres meses de tratamiento, el 46% presentó efectos secundarios al medicamento y un 50% refirió que el tratamiento era prolongado, pese a esto, los pacientes del grupo 1 continuaron con la ingesta regular de los medicamentos antifímicos.

8. Sobresale la diferencia importante entre los dos grupos en cuanto a la información obtenida sobre el conocimiento de la enfermedad por el paciente tuberculoso.

La identificación de la etiología en el grupo 1 fue de un 90% y en el grupo 11 del 53% (gráfica No.7).

En el grupo 1 el 30% identificó a la enfermedad como infectocontagiosa, mientras que en el grupo 11, solo el 63% la identificó como tal (gráfica No. 8).

El conocimiento de medidas higiénicas, tales como protección de la boca al toser, utilizar pañuelo desecha-

ble, la ventilación adecuada, el no hacinamiento, fueron identificados en el 93.33% de los casos del grupo 1 y en un 53.33% en el grupo 11 (gráfica 9).

En cuanto al conocimiento del cuadro clínico no hubo diferencia, esto se explica en que los pacientes de ambos grupos son pacientes tuberculosos que en un momento dado experimentaron la sintomatología de dicha enfermedad (gráfica No. 10).

Sin embargo en cuanto al conocimiento de las complicaciones de la enfermedad en el grupo 1 el 100% de los casos las identificaron y en el grupo 11 solo el 33.33% (gráfica No. 11).

En el grupo 1 conocen el tratamiento antifímico (número de drogas, tiempo y forma de administración, efectos secundarios del medicamento, etc) el 96.66%, mientras que en el grupo 11 solo el 40% lo identifica (gráfica No. 12).

9. En cuanto a la relación paciente-familia-equipo multidisciplinario, encontramos que en el grupo 1 hay mayor identificación del paciente con la familia y de éstos con su Médico Familiar, con la derivación adecuada al Servicio de Medicina Preventiva para su control y el estudio de contactos. (gráfica No. 13).

En el grupo 11 encontramos un gran distanciamiento del paciente y su familia del equipo multidisciplinario; -- así tenemos que de los 30 pacientes estudiados que abandonaron su tratamiento, solo el 46.66% fueron canalizados por su Médico Familiar al servicio de Medicina Preventiva para su captación y estudio de contactos.

10. En las familias de los pacientes tuberculosos tanto del grupo 1 como del grupo 11, se presentaron al inicio de la enfermedad alteraciones en la dinámica familiar. En el grupo 1, el 23% refirió presentar rechazo de su familia al enterarse de su enfermedad, así mismo el 5% presentó problemas laborales por incapacidad prolongada. En el grupo 11 el 56.66% presentaron rechazo de la familia y no recibieron apoyo adecuado para continuar con -

su tratamiento. En este grupo hubo un caso de divorcio motivado por la enfermedad del paciente.

CONCLUSIONES

Las similitudes de los dos grupos estudiados en cuanto al número total de enfermos, edad de los mismos, escolaridad, la indicación del mismo esquema terapéutico, nos permite analizar en forma clara los factores que influyeron para que un grupo no abandonara su tratamiento y otro lo abandonara.

Aunque los datos obtenidos para cada grupo se recabaron por interrogatorio, el método se aplicó en la misma forma mediante un cuestionario diseñado exprofeso y por una misma persona, lo que permite que los resultados sean comparables entre sí.

Encontramos que el principal factor que influye para que un enfermo tuberculoso abandone el tratamiento es la falta de información sobre la enfermedad.

Tanto los pacientes del grupo I como los del grupo II refirieron: sentirse curados, manifestaron efectos secundarios del medicamento, un tratamiento antifímico prolongado, sin embargo, los pacientes del grupo I NO abandonaron su tratamiento ya que tenían bases sólidas sobre el conocimiento de su enfermedad, hecho que no ocurrió en el grupo II, el cual manifestó un total desconocimiento de su enfermedad lo cual motivó abandonar el tratamiento.

Así mismo no debemos menospreciar factores que influyen en el abandono del tratamiento como lo es el factor socioeconómico, educación y la dinámica familiar.

En el grupo de pacientes que abandonaron el tratamiento encontramos que más del 50% no encontró apoyo familiar para continuar con su tratamiento. No debemos olvidar que la familia actualmente es considerada como un factor de cau

sa, predisposición y contribución en la etiología, la atención y el tratamiento de la enfermedad.

La falta de control adecuado de este tipo de pacientes, tanto por el médico familiar como por el servicio de medicina preventiva contribuyen a que el paciente abandone su tratamiento, al no encontrar el apoyo adecuado en el equipo de salud, la orientación necesaria, y por lo tanto no convencen plenamente al enfermo de no abandonar su tratamiento.

SUGERENCIAS.

1. Elaboración de un programa de Vigilancia Familiar de tuberculosis que logre proporcionar la información adecuada de la enfermedad tanto al paciente como a su familia y la identificación con el equipo médico.
2. Crear actitudes y conductas positivas en la lucha -- contra la tuberculosis mediante la educación para la salud.
3. Cursos de capacitación continua al equipo multidisciplinario.
4. Organización y control de las tarjetas de registro - nacional de casos de TBP, del tratamiento controlado y de los estudios epidemiológicos.
5. Formar un puente de comunicación positiva entre el - servicio de Medicina Preventiva y el Departamento de Medicina Familiar para evitar fugas de los pacientes.

BIBLIOGRAFIA.

1. IMSS. Instrumentos normativos. Síntesis de los programas Médico-preventivos. México, D.F., 1986:57-108
2. HARRISON. Principios de Medicina Interna. Décima edición Tomo 1, 1986:1419-1434
3. Instructivo del Programa Institucional de control de tuberculosis. 1984.
4. Marcus A. Krupp. Diagnóstico clínico y terapéutico. 18a. Ed. 1983:132-140
5. Solominos Palencia Juan. Sal. Pub. Mex. XXIV, No.3, Mayo Junio, 1982.
6. Martínez G. Carmen. Factores que influyen en el abandono del tratamiento antituberculoso y valoración de un programa de Vigilancia Familiar. Rev. Med. IMSS, 1982;20: -667-675
7. Saucedo G. Juan. La exploración de la familia. Aspectos médicos, psicológicos y sociales. Rev. Med. IMSS, 1981;19 155
8. Cano Pérez G. Tuberculosis en las fronteras norte del país. Sal. Pub. Mex. XXXIII;1981:93-208.
9. Pacheco C.R.; Olvera R.: Panorama epidemiológico y control de la TBP en la República Mexicana. XXII;1980:251--259.
10. Rovillon A., Perdrizet S. La trasmisión del bacilo tuberculoso, el efecto de la quimioterapia. Revista Tuberculosis, París, Francia. 1976;57:275-299
11. Jefatura del Servicio de Medicina Preventiva. Pesquisa, diagnóstico y tratamiento de casos de tuberculosis pulmonar. IMSS. 1975.

IDENTIFICACION

Nombre:

Cédula:

Sexo:

Edad:

Escolaridad:

Ocupación-Salario:

Estado Civil:

CUESTIONARIO: subraye la respuesta correcta..

1. Está usted enfermo de tuberculosis pulmonar?
-sí -No -estuve enfermo
2. Sabe cual es la causa de la tuberculosis?
-Por un microbio
-Por comer alimentos descompuestos
-Enfermedad provocada por fumar
-Lo ignora
3. La tuberculosis pulmonar es una enfermedad contagiosa?
-Sí -No -Lo ignora
4. El contagio de la enfermedad es mediante:
-Gotas de saliva y flema que arroja al toser el paciente enfermo
-Por alimentos contaminados
-Por excrementos
-Lo ignora
5. El microbio entra al organismo por:
-Nariz-pulmones
-Boca-estómago
-Venas-corazón
-Por la piel
-Lo ignora
6. Al toser usa usted protección sobre su boca para evitar el contagio de la enfermedad a otras personas?
-Sí -No -A veces
7. Qué protección usa?
-Pañuelo desechable
-Pañuelo de tela

- Con la mano
 - Nada
8. Acostumbra poner la flema en:
 - El suelo
 - Pañuelo desechable
 - En pañuelo de tela
 - Nada
 9. La tuberculosis pulmonar es más frecuente en adultos que en niños?
 - sí -no -lo ignora
 10. La tuberculosis puede afectar también al cerebro y riñones?
 - Sí -No -Lo ignora
 11. Actualmente los casos de tuberculosis en nuestra localidad van:
 - Aumentando -disminuyendo -lo ignora
 12. La tuberculosis es más frecuente en personas:
 - Enfermas del corazón
 - Con presión arterial alta
 - En fumadores, desnutridos, alcoholicos
 - Lo ignora
 13. Una persona con tos de 3 semanas de evolución o más, es sospechosa de tuberculosis?
 - Sí -No -Lo ignora
 14. Las principales molestias de TBP son:
 - Tos, fiebre, baja de peso
 - Diarrea, dolor abdominal
 - Dolor de cabeza, aumento de apetito
 - Lo ignora
 15. Si un paciente suspnede su tratamiento presenta complicaciones de la enfermedad?
 - sí -no -lo ignora
 16. Las complicaciones de la tuberculosis son:
 - Agua en los pulmones, dificultad para respirar, tos con sangre.
 - Diarrea y deshidratación
 - Embolia y ataques
 - No hay complicaciones

17. Ha sido hospitalizado alguna vez por su enfermedad?

-sí.....por qué

-No

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

18. La tuberculosis pulmonar es curable?

-Sí

-No

-Lo ignora

19. Sabe usted si después de curado puede volver a recaer en la enfermedad?

-Sí

-No

-Lo ignora

20. Para un tratamiento adecuado usted debe de tomar?

-Un medicamento

-Dos medicamentos diferentes

-Tres medicamentos diferentes

-Lo ignora

21. El medicamento debe de tomarlo durante:

-tres meses

-seis meses

-un año

-tres años

22. El medicamento puede suspenderse antes de 12 meses de tratamiento?

-sí

-no

-lo ignora

23. Entre mas temprano se descubra la enfermedad es mejor el pronóstico?

-sí

-no

-por qué

24. Ha suspendido alguna vez su medicamento?

-sí

-no

25. Por cuánto tiempo tomó su medicamento?

26. Por qué suspendió su medicamento?

-por sentirse curado

-las medicinas le hacen daño

-por que no tiene tuberculosis

-porque está recibiendo otro medicamento

-otros

27. Los medicamentos le han causado alguna molestia?

-sí.....cuales

-NO

28. Sabe como supieron que usted tenía TBP?

-Por sus molestias

-Le tomaron radiografía del pecho

-Estudiaron la flema

-Le hicieron todo lo anterior

29. La tuberculosis pulmonar puede prevenirse con la aplicación de vacuna BCG en la niñez?
-sí -no -lo ignora
30. Sus familiares deben ser estudiados para descartar la enfermedad en ellos?
-Sí -no -lo ignora
31. Cree usted que alguno de sus familiares cercanos deben recibir tratamiento aunque no estén enfermos para prevenir la enfermedad?
-sí -no -lo ignora
32. Quién le ha explicado que es la TBP?
-Médico Familiar o especialista
-Familiares y amigos
-Servicio de Medicina Preventiva
-Lo ha leído
33. Su médico familiar lo ha enviado al servicio de medicina preventiva para el control de su enfermedad y estudiar a sus familiares?
-sí -no
34. Ha recibido orientación sobre el manejo de sus medicamentos y las molestias que provocan?
-sí -no
35. Cuando no acude con su médico familiar o al servicio de medicina preventiva por su medicamento, se le ha buscado en su domicilio para conocer la causa?
-sí -no
36. Tiene problemas familiares o laborales por su enfermedad?
-sícuales
-No
37. Recibe apoyo de su familia para llevar a cabo su tratamiento adecuado?
-sí -no

PACIENTES CON TBP

EDAD	CON ABANDONO DE TRATAMIENTO		SIN ABANDONO DE TRATAMIENTO	
	No.	%	No.	%
15 - 24	7	23.33	9	30.00
25 - 34	7	23.33	7	23.33
35 - 44	5	16.66	5	16.66
45 - 54	5	16.66	4	13.33
55 o MAS	6	20.00	5	16.66
TOTAL	30	100.00	30	100.00

PACIENTES CON TBP

	CON ABANDONO DE TRATAMIENTO		SIN ABANDONO DE TRATAMIENTO	
E. CIVIL	No.	%	No.	%
SOLTERO	9	30.00	7	23.33
CASADO	18	60.00	20	66.66
DIVORCIADO	1	3.33	0	00.00
VIUDO	2	6.66	3	10.00
TOTAL	30	100.00	30	100.00

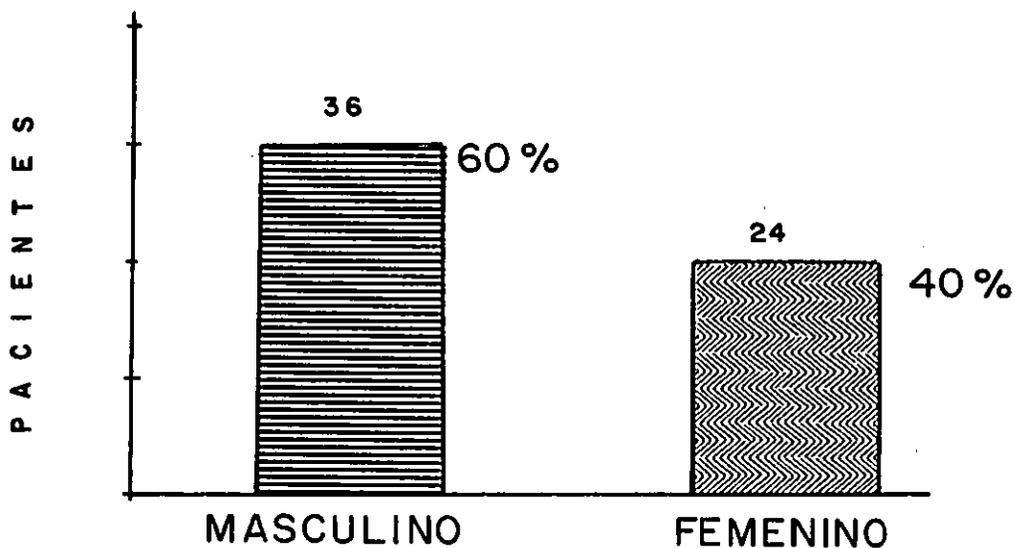
PACIENTES CON TBP

ESCOLARIDAD	CON ABANDONO DE TRATAMIENTO		SIN ABANDONO DE TRATAMIENTO	
	No.	%	No.	%
ANALFABETAS	1	3.33	1	3.33
PRIMARIA INC.	12	40.00	9	30.00
PRIMARIA COMP.	3	10.00	3	10.00
SECUNDARIA	11	36.66	12	40.00
PREPARATORIA	2	6.66	3	10.00
UNIV. INCOMP.	1	3.33	2	6.66
TOTAL	30	100.00	30	100.00

PACIENTES CON TBP

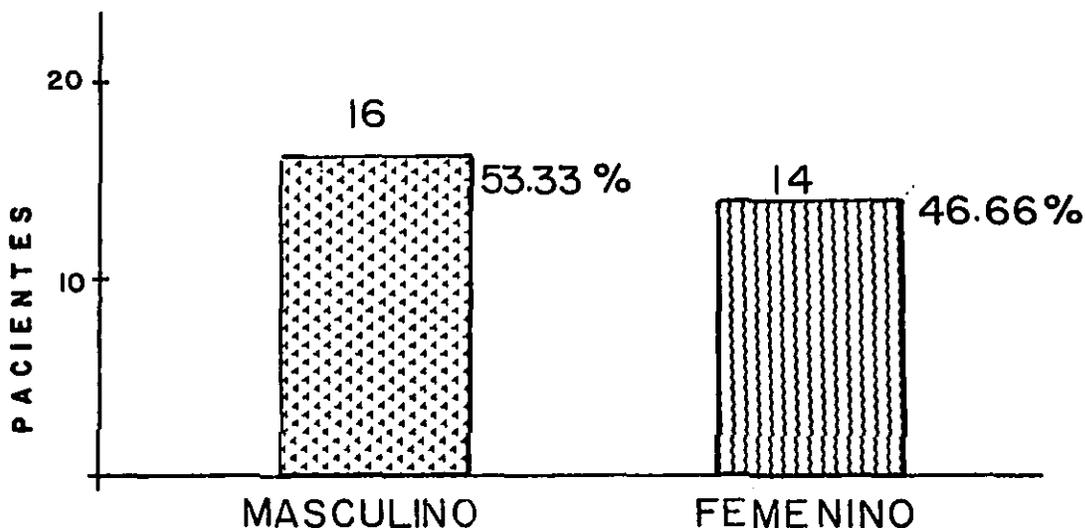
	CON ABANDONO DE TRATAMIENTO		SIN ABANDONO DE TRATAMIENTO	
Ocupacion	No.	%	No.	%
AMAS DE CASA	9	30.00	10	33.33
ESTUDIANTES	3	10.00	5	16.66
LABORES GRALES	10	33.33	5	16.66
LABORES TECNIC.	5	16.66	9	30.00
PENSIONADO	3	10.00	1	3.33
TOTAL	30	100.00	30	100.00

PACIENTES CON TBP. DISTRIBUCION POR SEXO



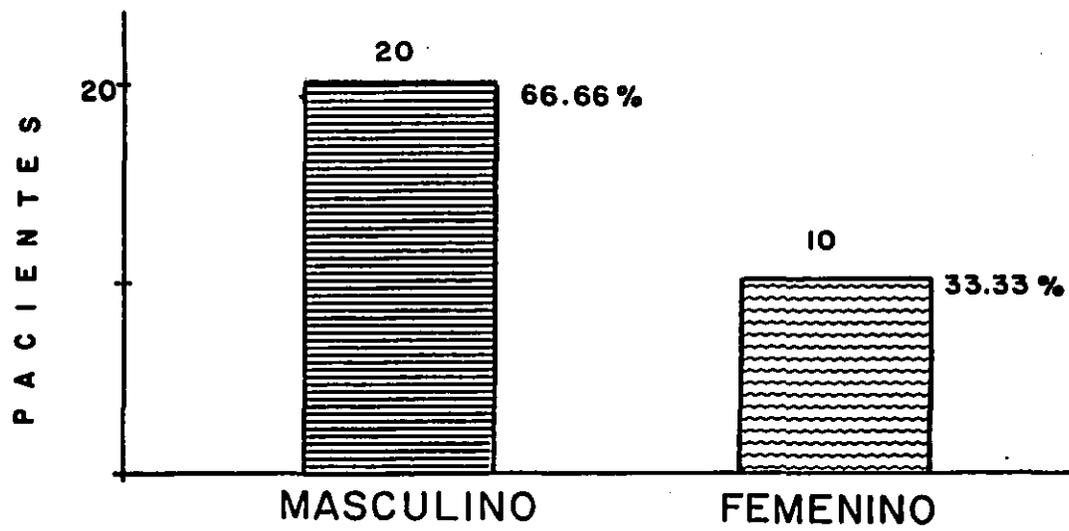
I GRAF.

DISTRIBUCION POR SEXO DE PACIENTES QUE NO ABANDONARON EL TRATAMIENTO ANTIFIMICO



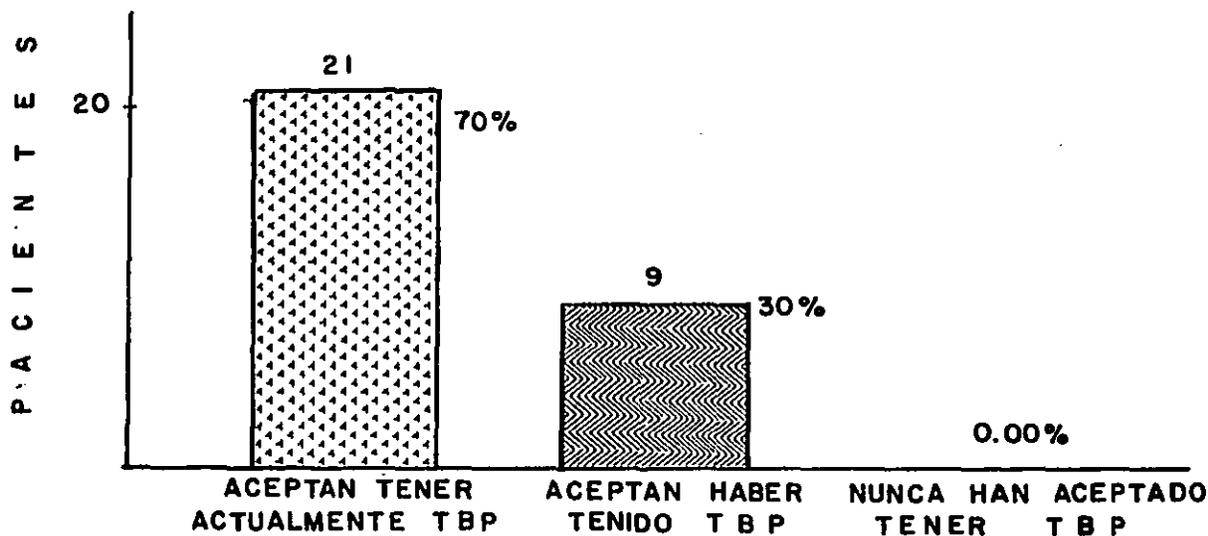
GRAF. 2

DISTRIBUCION POR SEXO DE PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO ANTIFIMICO



GRAF. 3

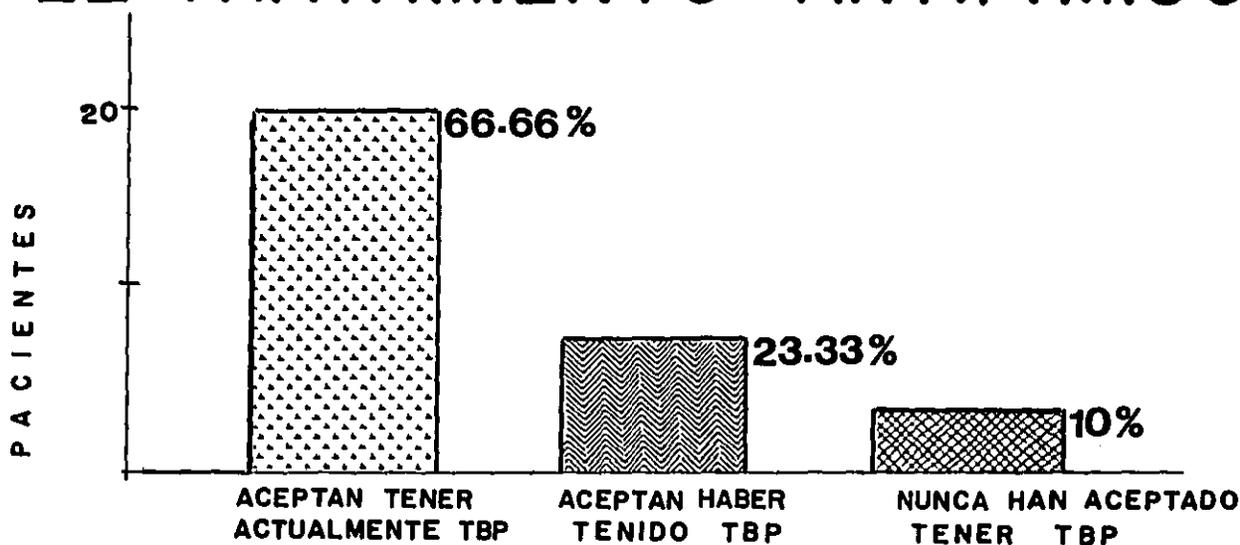
ACEPTACION DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES QUE NO ABANDONARON EL TRATAMIENTO ANTIFIMICO



GRAF. 4

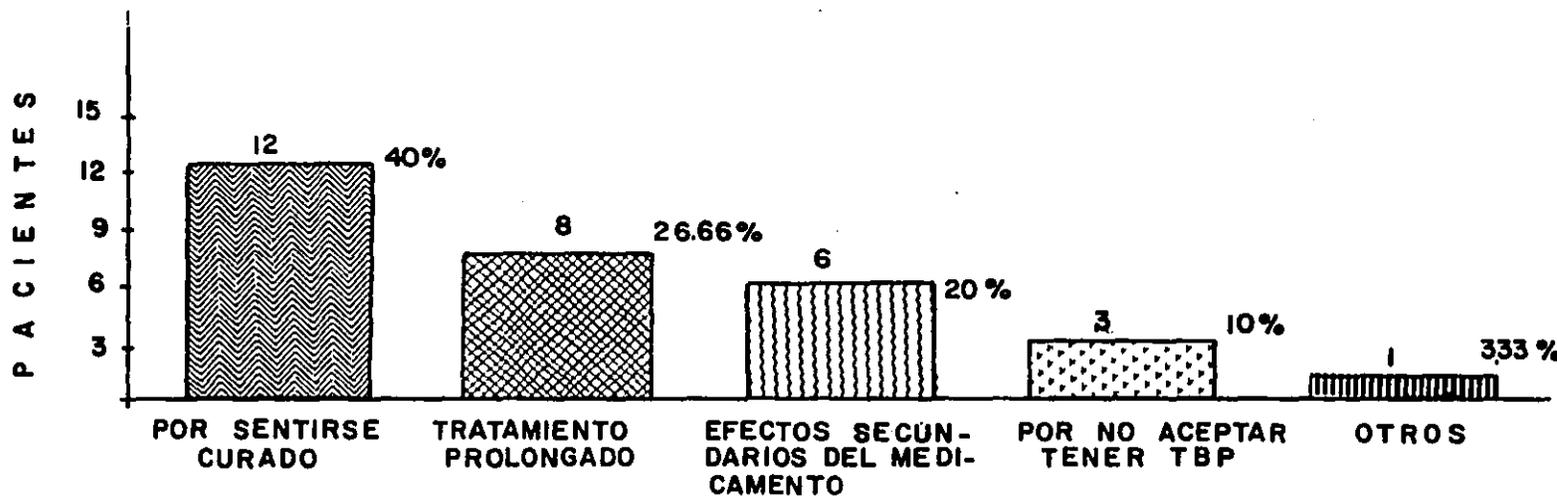
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ACEPTACION DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO ANTIFIMICO



GRAF. 5

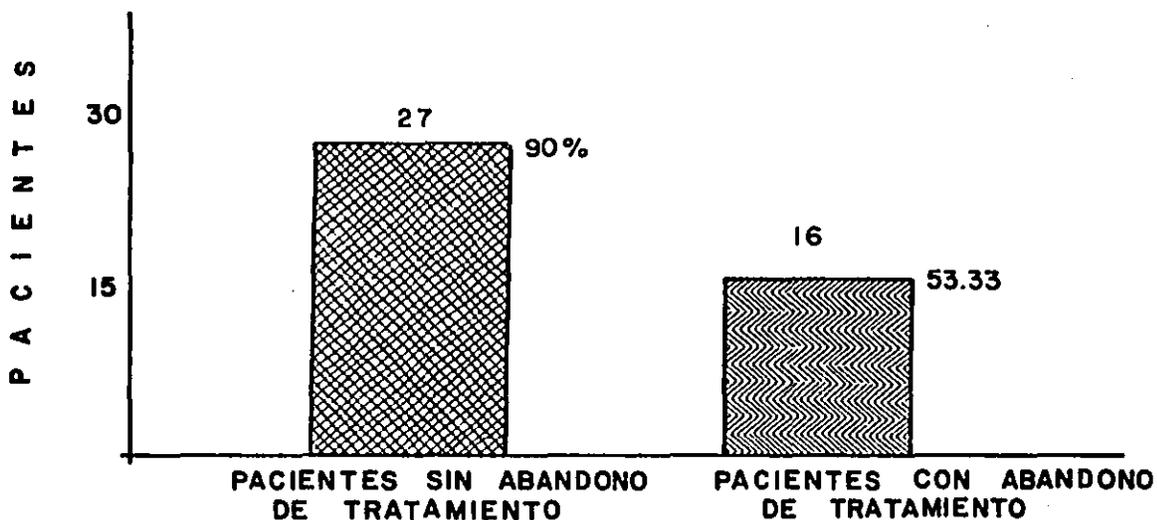
CAUSAS DE ABANDONO DE TRATAMIENTO ANTIFIMICO



GRAF. 6

GRADO DE CONOCIMIENTOS SOBRE TBP

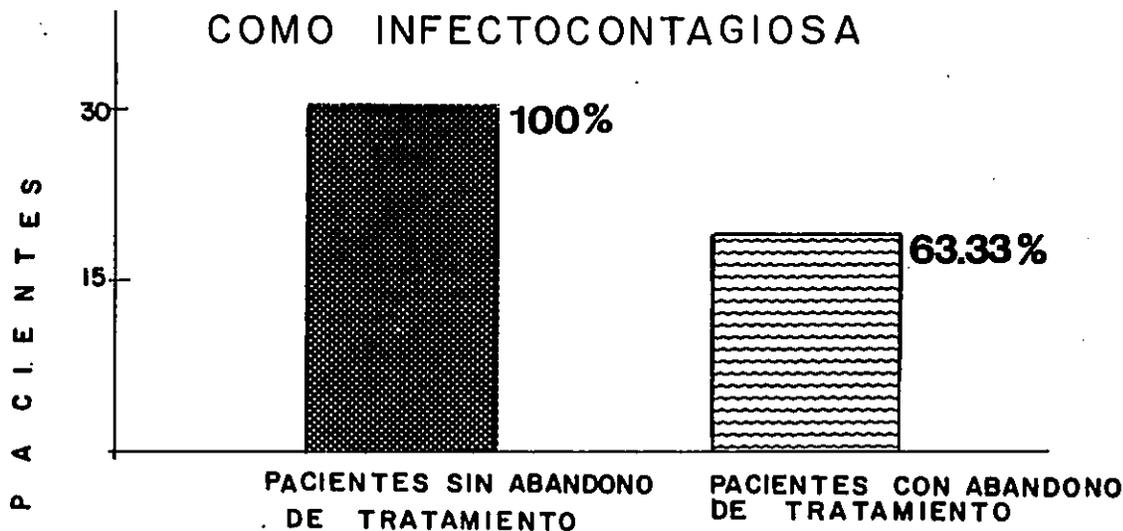
IDENTIFICAN ETIOLOGIA



GRAF 7

GRADO DE CONOCIMIENTOS SOBRE TBP

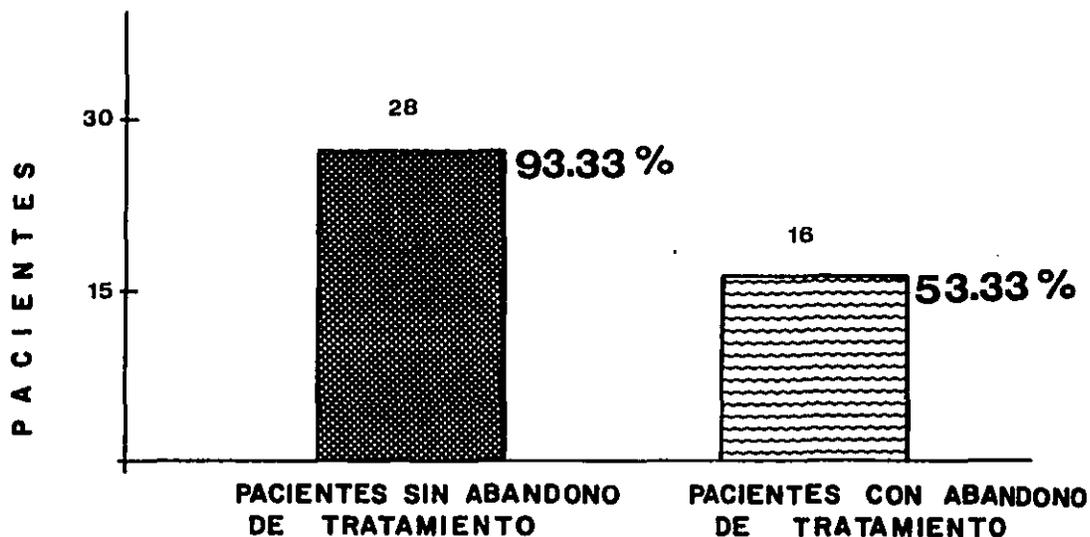
IDENTIFICAN LA ENFERMEDAD
COMO INFECTOCONTAGIOSA



GRAF. 8

GRADO DE CONOCIMIENTOS SOBRE TBP

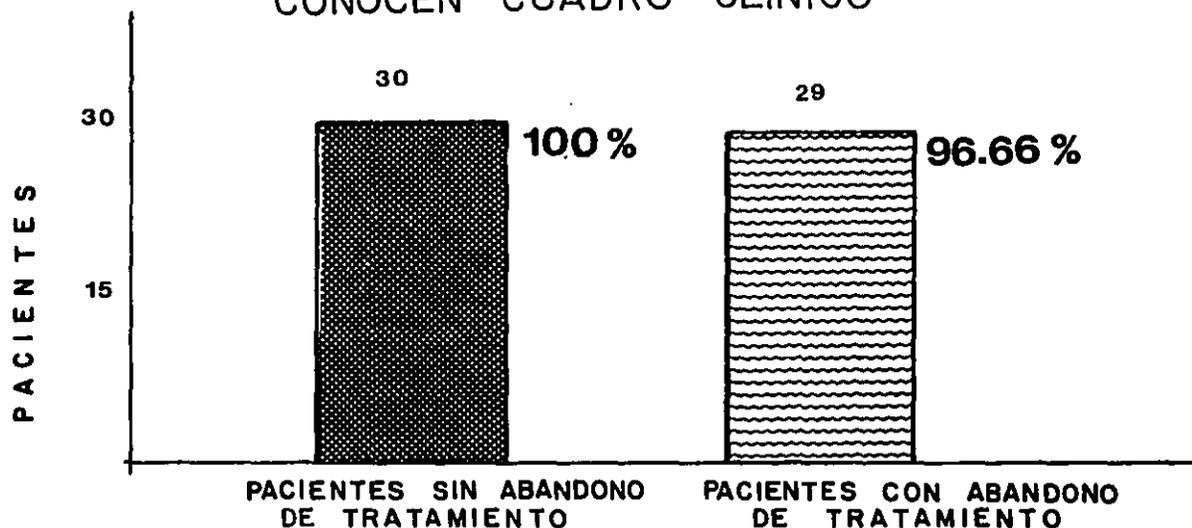
CONOCEN MEDIDAS HIGIENICAS



GRAF. 9

GRADO DE CONOCIMIENTOS SOBRE TBP

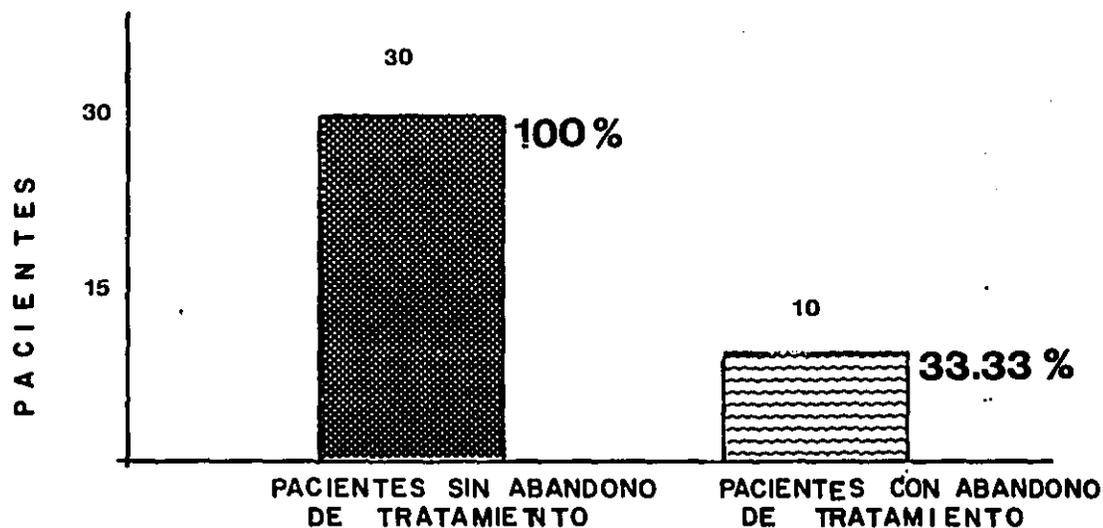
CONOCEN CUADRO CLINICO



GRAF 10

GRADO DE CONOCIMIENTOS SOBRE TBP

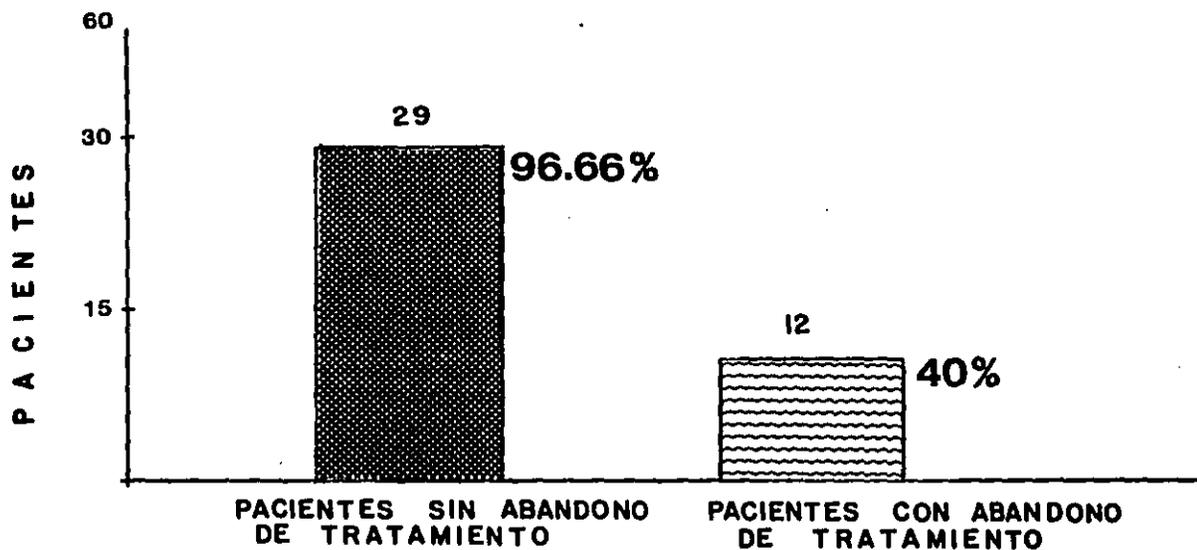
CONOCEN COMPLICACIONES



GRAF II

GRADO DE CONOCIMIENTOS SOBRE TBP

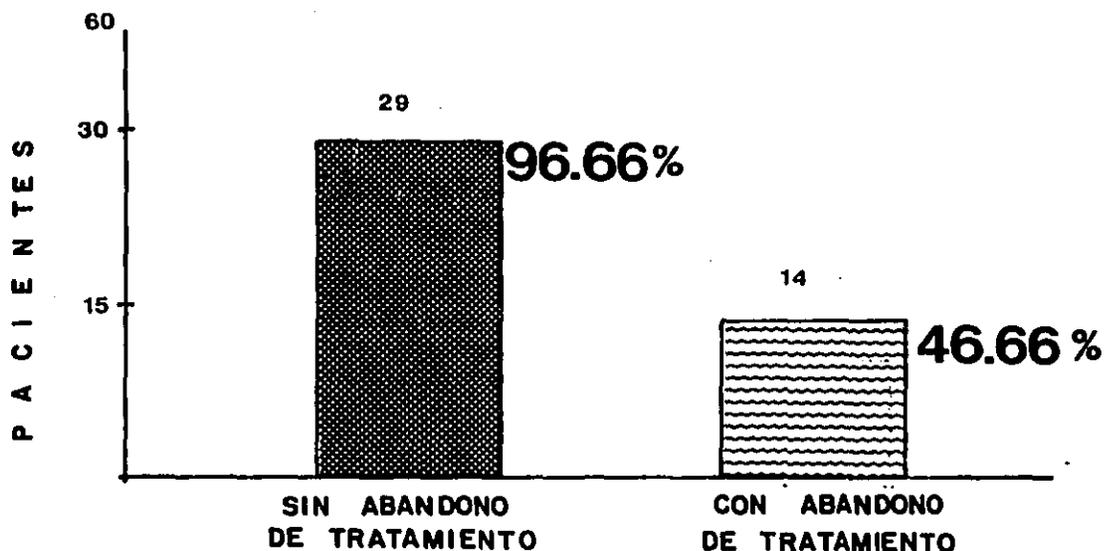
CONOCEN TRATAMIENTO ANTIFIMICO



GRAF 12

GRADO DE CONOCIMIENTOS SOBRE T B P

ACEPTAN ESTUDIO DE CONTACTOS Y QUIMIOPROFILAXIS



GRAF 13