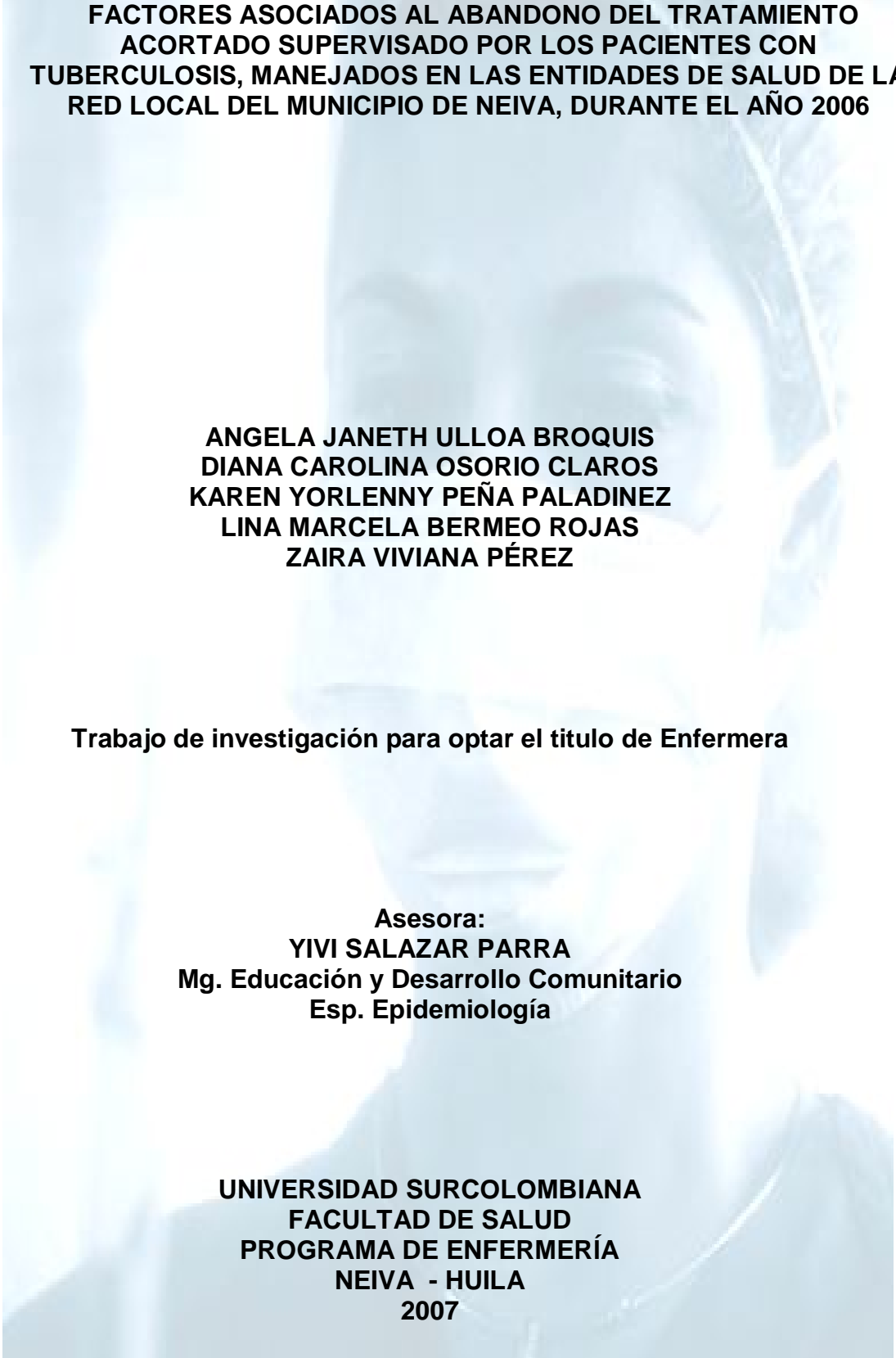


**FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO
ACORTADO SUPERVISADO POR LOS PACIENTES CON
TUBERCULOSIS, MANEJADOS EN LAS ENTIDADES DE SALUD DE LA
RED LOCAL DEL MUNICIPIO DE NEIVA, DURANTE EL AÑO 2006**

**ANGELA JANETH ULLOA BROQUIS
DIANA CAROLINA OSORIO CLAROS
KAREN YORLENNY PEÑA PALADINEZ
LINA MARCELA BERMEO ROJAS
ZAIRA VIVIANA PÉREZ**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA - HUILA
2007**



**FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO
ACORTADO SUPERVISADO POR LOS PACIENTES CON
TUBERCULOSIS, MANEJADOS EN LAS ENTIDADES DE SALUD DE LA
RED LOCAL DEL MUNICIPIO DE NEIVA, DURANTE EL AÑO 2006**

**ANGELA JANETH ULLOA BROQUIS
DIANA CAROLINA OSORIO CLAROS
KAREN YORLENNY PEÑA PALADINEZ
LINA MARCELA BERMEO ROJAS
ZAIRA VIVIANA PÉREZ**

Trabajo de investigación para optar el título de Enfermera

**Asesora:
YIVI SALAZAR PARRA
Mg. Educación y Desarrollo Comunitario
Esp. Epidemiología**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA - HUILA
2007**

Nota de aceptación

Firma presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Noviembre 2007

DEDICATORIA

A mi Padre celestial; que es el motivo e inspiración en cada uno de los peldaños alcanzados, que con esfuerzo y apoyo de mis seres queridos se hace realidad.

Angela Janeth

A Dios por darme fortaleza y sabiduría en los momentos de angustia y desesperanza. A mi familia por ser ejemplo de esfuerzo y superación, por brindarme comprensión y acompañamiento durante todo este proceso y ser mi guía en la búsqueda de la felicidad. A mis compañeras de investigación por la dedicación y tolerancia mutua, a la espera de éxitos futuros en la vida profesional.

Diana Carolina

Doy gracias a Dios por la sabiduría y perseverancia en el desarrollo de esta investigación, la cual se la dedico a mis padres cuyo ejemplo, apoyo y cariño llenan mi vida de inspiración y guían mis pasos hacia la realización de mis sueños. A mis hermanos que me impulsan a seguir adelante y a mis compañeras de investigación con las cuales compartí la elaboración y ejecución de la misma.

KarenYorlenny

A Dios quien nos concede el privilegio de la vida y la fortaleza para superar las adversidades. A mis padres y hermanos por su cariño, paciencia, consejos y apoyo incondicional para el logro de mis metas profesionales; y a una personita que desde hace 7 meses llegó a nuestras vidas para iluminarla... Isabela.

Lina Marcela

Con amor le dedico este trabajo a mi familia materna, que gracias a sus esfuerzos y sacrificios he podido culminar mis estudios de pregrado y con ello cumplir con las expectativas de todos mis allegados, incluyendo las mías de realizarme a nivel profesional.

Zaira Viviana

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresamos nuestro agradecimiento:

A nuestras familias por brindarnos el apoyo incondicional.

A nuestra asesora, Enfermera **YIVY SALAZAR PARRA**, por su orientación, conocimientos y experiencia profesional, aportado a lo largo del desarrollo de la investigación.

A las personas objeto del estudio, a nuestros compañeros de clases y a las docentes de investigación, quienes aportaron sus ideas para hacer realidad el presente proyecto.

CONTENIDO

	Pág.
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
2. JUSTIFICACIÓN	18
3. OBJETIVOS	22
3.1 OBJETIVO GENERAL	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4. REFERENTE CONCEPTUAL	23
4.1 DEFINICIÓN	23
4.1.1 Factores de Riesgo	23
4.1.2 Factores de Protección	23
4.2 DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS	24
4.2.1 Bacteriología	24
4.2.2 Histopatología	25
4.2.3 Clínica del paciente	25

	Pág.
4.2.4 Epidemiología	25
4.2.5 Radiología	25
4.2.6 Tuberculina	26
4.3 DETECCIÓN: BÚSQUEDA Y LOCALIZACIÓN DE CASOS	26
4.4 TRATAMIENTO	26
4.4.1 Esquema de Tratamiento	26
4.4.2 Resultados posibles del tratamiento	28
4.4.2.1 Curación	28
4.4.2.2 Terminado	28
4.4.2.3 Fracaso	28
4.4.2.4 Abandono	28
4.4.2.5 Transferido	28
4.4.2.6 Fallecido	28
4.5 SEGUIMIENTO	28

	Pág.
4.5.1 Consulta Médica	28
4.5.2 Control Enfermería Profesional	28
4.5.3 Control por auxiliar de Enfermería	29
4.5.4 Control Bacteriológico	29
4.5.5 Administración del Tratamiento	29
4.5.6 Visita Familiar	29
4.5.7 Educación	29
4.5.8 Promoción	30
4.5.9 Tarjeta Individual	30
4.6 VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	31
4.7 ADHERENCIA Y ABANDONO AL TRATAMIENTO	31
5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	34
6. DISEÑO METODOLÓGICO	41
6.1 ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO	41

	Pág.
6.2 POBLACIÓN	41
6.3 MÉTODO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	42
6.3.1 Técnica	42
6.3.2 Instrumentos	42
7. PLAN DE PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	43
8. ASPECTOS ÉTICOS	44
9. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	45
10. DISCUSIÓN	53
11. CONCLUSIONES	55
BIBLIOGRAFÍA	57

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Distribución demográfica de los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva.	45
Tabla 2. Nivel socioeconómico, ocupación e ingreso mensual de los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva.	45
Tabla 3. Antecedentes psico - patológicos y condición nutricional de los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva.	46
Tabla 4. Conocimiento y aceptación de la enfermedad por parte de los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva.	46
Tabla 5. Tolerancia a los medicamentos V.O., I.M, RAM de los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva.	48
Tabla 6. Características sociales relacionadas con el entorno de vida de los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva	49
Tabla 7. Características ambientales y condiciones sanitarias de los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva.	50
Tabla 8. Adherencia al programa de TB, por los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva relacionado con seguimiento y manejo del paciente por el personal de salud.	51
Tabla 9. Accesibilidad y distancia en tiempo al centro de salud de atención de los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva.	52

LISTA DE GRAFICOS

	Pág.
Grafico 1. Distribución Demográfica de los pacientes que abandonaron el TAS, en la ciudad de Neiva año 2006.	45
Gráfico 2. Conocimiento y aceptación de la enfermedad asociada a antecedentes psico- patológicos de los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva.	47
Gráfico 3. Tolerancia a los medicamentos V.O, I.M, RAM de los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva.	48
Gráfico 4. Características sociales relacionadas con el entorno de vida de los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva.	49
Grafico 5. Características ambientales y condiciones sanitarias de los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva.	50
Grafico 6. Adherencia al programa de TB, por los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva relacionado con seguimiento y manejo del paciente por el personal de salud.	51
Gráfico 7. Accesibilidad y distancia en tiempo al centro de salud de atención de los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva.	52

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Consentimiento Informado	60
Anexo B. Instrumento de Campo	62
Anexo C. Instrumento Institucional	69
Anexo D. Propuesta de Intervención sobre “El cuidado de Enfermería en pacientes con Tuberculosis Pulmonar”	75

RESUMEN

La Tuberculosis (TB) es una enfermedad infecto-contagiosa producida por el *Mycobacterium Tuberculosis*. Es considerada un evento en salud pública por sus condiciones de transmisibilidad y en todo campo su ocurrencia se reconoce como un riesgo para la salud individual y colectiva, esta es perfectamente curable, por lo que se hace necesario una Detección Temprana, Protección Específica, logrando tener un diagnóstico temprano, para el suministro de medicamentos y controlar la enfermedad..

A nivel mundial se estima que 8.4 millones de personas desarrollan la enfermedad cada año y entre 2 y 3 millones mueren en ese periodo. Existen ahora 20 millones de enfermos de TB los cuales 95% viven en países en desarrollo, donde ocurren 98% de las muertes por esta causa. Aunque se han implementado medidas preventivas para cortar la cadena de transmisión mediante información brindada por diversas entidades de salud, aún existen muchos factores que influyen en el fracaso del tratamiento y que obligan a que el paciente lo abandone.

Por tal motivo el objetivo del presente estudio, fue identificar los factores que influyeron en el abandono del TAS por los pacientes de Tuberculosis manejados por la red local de salud del Municipio de Neiva durante el año 2006. El diseño del estudio fue cuantitativo de tipo descriptivo con enfoque retrospectivo, transversal.

La población del estudio se identificó a través de la información suministrada por la Secretaría de Salud Municipal de Neiva, según los informes de cohortes y fichas de notificación manejadas dentro del programa, obteniendo un total de 5 personas, las cuales abandonaron el Tratamiento Acortado Supervisado (TAS) durante el 2006. Para la recolección de la información del estudio, se realizaron entrevistas personalizadas a estos pacientes, aplicando cuestionarios directamente diligenciados por las investigadoras y la visita institucional en la respectiva institución donde ellos recibían atención en salud.

En este estudio, se revisan los factores asociados al abandono del TAS, relacionado con la persona, el ambiente, el tratamiento y los servicios de salud, en los pacientes con tuberculosis manejados en la red local de salud, durante el 2006 en Neiva; encontrando que, el consumo de sustancias psicoactivas, problemas económicos, aparición de reacciones adversas tanto por vía oral como intramuscular, influyeron en los usuarios al abandono del tratamiento

Palabras claves: TAS Tratamiento Acortado Supervisado, TB Tuberculosis, Factores asociados al abandono.

ABSTRACT

The Tuberculosis (TB) is a infected-contagious disease produced by the Mycobacterium Tuberculosis. An event in public health by its conditions of transferability is considered and in all field its occurrence is recognized like a risk for the individual health and collective, this is perfectly curable, reason why it becomes an Early Detection, Protection necessary Specifies, managing to have an early diagnosis, for the medicine provision and to control the disease.

At world-wide level esteem that 8,4 million people develop to the disease every year and between 2 and 3 million dies in that period. 20 million patients of TB exist now which 95% live in countries developing, where 98% of the deaths by this cause happen. Although they have been implemented preventive measure to cut the chain of transmission by means of information offered by diverse organizations of health, still they exist many factors that influence in the failure of the treatment and which they force to that the patient leaves it.

By such reason the objective for the present study, was to identify the factors that influenced in the abandonment of the ANVIL by the patients of Tuberculosis handled by the local network of health of the Municipality of Neiva during year 2006. The design of the study was quantitative of descriptive type with retrospective, cross-sectional approach.

The population of the study identified itself through the information provided by the Secretariat of Municipal Health of Neiva, according to the information of cohorts and cards of notification handled within the program, obtaining a total of 5 people, who left the Treatment Shortened Supervised (TAS) during the 2006. For the harvesting of the information of the study, customized interviews to these patients were made directly, applying questionnaires hastened by the investigators and the institutional visit in the respective institution where they received attention in health.

In this study, the factors associated to the abandonment of the ANVIL, related to the person, the atmosphere, the treatment and the services of health are reviewed, in the patients with tuberculoses handled in the local network of health, during the 2006 in Neiva; finding that, the economic consumption of psychoactive substances, problems, appearance of adverse reactions as much by oral route as intramuscular, influenced in the users to the abandonment of the treatment.

Key words: TAS Shortened Treatment Supervised, TB Tuberculosis, Factors associated to the abandonment.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente la tuberculosis constituye un problema de salud pública importante y un gran reto para los programas de control, puesto que después de muchos años de lucha esta sigue siendo una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo. La tuberculosis es considerada un evento en salud pública por sus condiciones de transmisibilidad, y en todo campo su ocurrencia se reconoce como un riesgo para la salud colectiva; además su presencia se relaciona con una fuente común de exposición: el bacilo tuberculoso que se encuentra en las micro – gotas de saliva en forma de aerosoles, suspendidas en el aire, expulsadas por personas con tuberculosis pulmonar, durante los esfuerzos espiratorios como toser, hablar, cantar o estornudar. Esta enfermedad causa un alto impacto negativo en la comunidad. La posibilidad de desarrollar la enfermedad es universal afectando a todas las personas de distintas edades, razas y sexos tampoco discrimina grupos sociales ya que aparece tanto en las clases socioeconómicas deficientes como en la de grandes ingresos económicos.

La tuberculosis es una de las enfermedades más antiguas que afectan a la especie humana. Desde los tiempos de Hipócrates hasta mediados del siglo XIX ni siquiera se admitía su naturaleza infecciosa ni contagiosa (se consideraba hereditaria y diatésica). Los regímenes dietéticos de Hipócrates y Galeno permanecieron como tratamiento hasta los médicos del Renacimiento. A partir del siglo XVII comienzan a utilizarse las nuevas sustancias medicamentosas que llegaban a Europa: quina, café, té, cacao y tabaco. En el siglo XVIII se instaura tratamientos con traslado de los enfermos al campo con ejercicio y dieta. En la fase inicial *antiinflamatoria* se instauraba un tratamiento *antiflogístico* con sangrías, vomitivo, purgante, mientras que en la fase *ulcerativa* se daban bálsamos, expectorantes u opio. Hasta la mitad del siglo XIX no se empieza a hablar de la naturaleza infecciosa de la enfermedad. Con los trabajos iniciales de Villemin, y sobre todo a raíz de la publicación en 1882 de los trabajos de Robert Koch (1843-1910), que ya demuestra que la tuberculosis es infecciosa y transmisible. De estos conocimientos de transmisibilidad nace el tratamiento de la tuberculosis. Llamado Tratamiento Acortado Supervisado (TAS O DOTS siglas en ingles) se realiza con combinaciones de fármacos antituberculosos, siendo eficaces las pautas de 6 meses de éste.

La tuberculosis es perfectamente curable, pero es necesario un diagnóstico temprano (acudir inmediatamente al médico), pues es una enfermedad grave si no se sigue el tratamiento adecuado. En seguida, es indispensable NO ABANDONAR el tratamiento dado por el médico pues, al suspenderlo, esta enfermedad se empeora rápidamente y causa que el bacilo se haga resistente a los medicamentos.

El tratamiento TAS O DOTS del enfermo tuberculoso debe hacerse de manera ambulatoria, la hospitalización se realiza sólo en casos especiales según el criterio médico y/o la condición del paciente en relación con su enfermedad. Previo al inicio del tratamiento, todo paciente debe ser evaluado por el médico general quien diligenciará la tarjeta individual del paciente en sus partes correspondientes y ordenará el inicio del mismo. La administración del tratamiento debe ser supervisada: el paciente toma los medicamentos bajo estricta observación. Los medicamentos se administran simultáneamente y toda la dosis diaria a la misma hora. No se debe fraccionar la toma.

Aunque se han implementado medidas para prevenir, curar y cortar la cadena de transmisión mediante información clara, oportuna y confiable brindada por distintas entidades de salud aun existen muchos factores socioculturales que influyen en el fracaso del régimen terapéutico y que obligan por diferentes motivos a que el paciente abandone el tratamiento acordado supervisado (TAS).

Las cifras de abandono en el mundo están reportadas entre 0 y 85%; para 1995, la OMS reportó una proporción general de abandono para América del 6%: en Colombia se registró un 24% de abandono entre 1982-83 y 10% entre 1988-89. Estas cifras están por encima de las expectativas de la OMS (5%). En este artículo se revisan los factores de riesgo relacionados con el paciente, el tratamiento, el ambiente y los servicios de salud.

En el estudio realizado por la Enfermera FLOR MARÍA CÁCERES¹, de la Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander en Bucaramanga; se registra que: La tuberculosis (TB), declarada una urgencia mundial, enfrenta un obstáculo muy importante para su control: el abandono del tratamiento, también llamado no adherencia, incumplimiento o falta de apego del paciente a la medicación, implica graves consecuencias tanto para el enfermo, como para la comunidad, debido a que el paciente no se cura y continúa la cadena de transmisión de la enfermedad. Adicionalmente, la bacteria puede desarrollar resistencia a los medicamentos disponibles para el tratamiento, aumentando costos del mismo y la morbimortalidad de los pacientes.

En la investigación realizada por la Dra. JULIANA MARÍA CUERVO ROJAS², Consultora Secretaría Distrital de Salud de Bogotá en 1999 se concluyó que: los efectos secundarios de la medicación, problemas con la atención, dificultades para conseguir el tratamiento, problemas económicos, sociales, olvido, mejoría sintomática, hospitalización por enfermedad intercurrente, calidad de la atención y el seguimiento, problemas en aspectos relacionados con el programa, tiempo de espera prolongado para la atención, no indicaciones acerca del tratamiento al momento de egreso de una hospitalización, tramitología; fueron las causales que

¹ Cáceres FM. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. Bucaramanga, 2004.

² Aproximación cualitativa al abandono del tratamiento antituberculoso en casos nuevos tratados en Bogotá, 1999

indujeron a los pacientes a abandonar el tratamiento acortado supervisado de tuberculosis.

A pesar de ser sólo el 3% de la población con TB que abandona el Tratamiento Acortado Supervisado; es preocupante la situación, debido a la transmisibilidad y farmacorresistencia del bacilo tuberculoso, lo que aumenta el número de expuestos, demostrando la importancia que tiene el seguimiento a los pacientes durante el tratamiento. Lo cual motiva el siguiente interrogante:

¿CUÁLES SON LOS FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ACORTADO SUPERVISADO POR LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS, MANEJADOS EN LAS ENTIDADES DE SALUD DE LA RED LOCAL DEL MUNICIPIO DE NEIVA, DURANTE EL AÑO 2006?

Una vez obtenida la información se van a definir estrategias que conduzcan a disminuir la presencia de estos casos y formular una propuesta de intervención, que pretende contribuir al mejoramiento del programa al nivel de cuidado hacia el paciente.

2. JUSTIFICACIÓN

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa producida por el *Mycobacterium tuberculosis*, la cual es transmitida al ser humano por medio de la inhalación de gotas de saliva que contienen el bacilo. Estas gotas son expedidas por individuos infectados y dada su pequeñez (1 a 10 micras) quedan flotando en el aire por largo tiempo. La infección también es consecuencia de la ingestión del bacilo o raras veces por la penetración por la piel.

La susceptibilidad es universal, para todas las edades y sexos. Sin embargo, la desnutrición, el hacinamiento, las malas condiciones higiénicas, la infección por el VIH, los inmunosupresores, la diabetes, el estrés, la silicosis, el alcoholismo, la drogadicción y la indigencia entre otros, aumentan la susceptibilidad de las personas a la enfermedad.

La tuberculosis sigue siendo uno de los problemas de salud pública de mayor gravedad en el mundo. Se estima que 8,4 millones de personas desarrollan la enfermedad cada año y entre 2 y 3 millones mueren en ese período. Existen ahora 20 millones de enfermos, de los cuales 95% viven en países en desarrollo, donde ocurren 98% de las muertes por esta causa.³

Estadísticamente la OMS ha calculado que en el año 2004 en el mundo se presentaron 8.9 millones de casos nuevos de TB, de los cuales 3.9 millones fueron bacilíferos y 741000 estaban infectados con el VIH. En cuanto a la prevalencia se presentaron 14.6 millones de casos.

En Colombia la tasa de incidencia desde 1970 ha sufrido un aparente descenso. Entre 1994 y 1998 se presentó una incidencia variable y a partir de 1999 la tendencia es estable. Este comportamiento más que denotar el control en la presentación de la enfermedad evidencia una pobre captación de casos o subregistro de los mismos.

En el año 2005, el porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios fue del 28% respecto a la programación (10%). En el año 2005 fueron reportados al SIVIGILA en total 9118 casos nuevos de TB. La tasa total de incidencia de TB en Colombia para el año 2005 fue de 24 casos por 100000 habitantes según información reportada por los entes territoriales al programa nacional de control. La tendencia al incremento durante los últimos años puede ser el producto de la disminución de la prioridad en las acciones de vigilancia y control en relación con la demás enfermedades de importancia en salud pública, además de la reducción de recursos para el desarrollo del programa. El incremento en la incidencia a partir

³ REVISTA PANAMERICANA DE SALUD PUBLICA 2001

de 1997, cuando se expidió la resolución 4288 en la cual se reglamenta el plan de Atención Básica PAB y las acciones de obligatorio cumplimiento para las enfermedades de importancia en salud pública, incluida la TB.

En Colombia el Programa Nacional de control de TB se maneja desde la dirección de salud pública del Ministerio de la Protección Social en colaboración con la subdirección de epidemiología, Laboratorio Nacional de referencia del Instituto Nacional de Salud y la Red Prestadora de Servicios de Salud, la cual es necesaria para que estos se desarrollen y ejecuten. Las diferentes acciones son desarrolladas en el territorio nacional por las direcciones territoriales de salud, enmarcadas dentro de la normatividad vigente para el país, es decir, la resolución 412/2000 que reglamenta las guías de atención de TB y que involucra a todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.⁴

El cumplimiento y terminación del tratamiento antituberculoso debe ser prioridad en cualquier programa, de hecho, algunos autores indican que si no es posible asegurar que el paciente tuberculoso complete el tratamiento es preferible no iniciarlo dadas las graves consecuencias del no cumplimiento (abandono o irregularidad) tanto a nivel individual como colectivo. A nivel del individuo se considera que este es responsable del aumento del riesgo de desenlaces desfavorables (muerte, fracaso, recaída, cronicidad) de resistencia bacteriana a fármacos y es quizá la mayor causa de fracaso del tratamiento. A nivel de la comunidad aumenta la diseminación de la enfermedad por infecciosidad prolongada, incrementa las formas resistentes y su diseminación y es causa de fracaso de los programas de control.

La situación económica imperante ha incrementado las condiciones de pobreza lo que se ha traducido en inequidades y dificultades de acceso a los servicios de salud, así como el crecimiento de poblaciones marginales y migraciones en busca de calidad de vida, en este contexto existe un marcado debilitamiento de acciones, lo cual ha determinado un problema que se está incrementando, como lo es el abandono del tratamiento antituberculoso, este a su vez constituye un importante problema de salud pública, dada su magnitud y efecto desfavorable en el logro de las metas de control de la TB.

Priorizando a pacientes que abandonan el tratamiento, siendo estos el objeto de esta investigación; definiendo como abandono al paciente que suspende el tratamiento durante un mes o más. Según el protocolo de las guías de vigilancia en salud pública para TB, se considera como sospechoso de abandono al paciente que no va por su medicamento durante ocho días consecutivos; en el centro de información de salud pública, que es el ente en donde se agrupa la información referente a las fichas de notificación en salud pública.

⁴ SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN COLOMBIA, 2002. Pablo Enrique Chaparro

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 antibióticos, la cual predispone a una mayor frecuencia de recidivas y fracasos.

Según información obtenida en la secretaria de salud municipal de Neiva durante el año 2003 se presentaron 194 casos de TB, de los cuales 6 pacientes abandonaron el TAS, con un promedio de 3%; durante el año 2004 se presentaron 153 casos, de los cuales 7 abandonaron, con un promedio de 4.57%; en el año 2005 se presentaron 158 casos, de los cuales 5 abandonaron, con un promedio de 3.16%; en el año 2006 hubo 152 de los cuales 19 abandonaron, con un promedio de 12.5%. El promedio de abandono del TAS en Neiva durante el periodo comprendido entre el 2003-2006 fue de 3.66% por año.

El conocimiento de las razones que motivan la suspensión del tratamiento antiTB se hace prioritario para definir estrategias efectivas de intervención. Son múltiples las razones para la pobre adherencia a un tratamiento y en especial para las de la difícil adherencia al tratamiento antituberculoso, el cual usualmente requiere cursos prolongados, aún con la terapia “acortada” que requiere como mínimo 6 meses. En general, las razones para la pobre adherencia no son sólo multifacéticas y complejas sino que van desde las características particulares de los pacientes hasta las propias del ambiente económico y social que influye sobre todas las actividades de prevención y control de la Tuberculosis⁵

En un estudio realizado por la Secretaria de Salud Distrital de Bogotá se evidencia que dentro de las causas asociadas al abandono del tratamiento antituberculoso están; los efectos secundarios de la medicación, problemas con la atención, dificultades para conseguir el tratamiento, problemas económicos, problemas sociales, problemas con la información, problemas relacionados con el abuso de sustancias, decisión / olvido, mejoría sintomática y hospitalización por enfermedad intercurrente. Con respecto a los efectos secundarios de la medicación, las respuestas sugieren que un factor adicional al efecto adverso en si mismo (sus características, intensidad ó duración), la calidad de la atención y el seguimiento, juegan un papel importante en la decisión de suspender el tratamiento. También fueron identificados problemas en aspectos relacionados con el programa, con la institución donde se recibió tratamiento, con el personal de salud, con el personal administrativo de la institución de tratamiento, con el personal administrativo de la entidad de afiliación, con la información, con el inicio del tratamiento y con el régimen de aseguramiento en salud.

⁵ APROXIMACIÓN CUALITATIVA AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN CASOS NUEVOS TRATADOS EN BOGOTÁ. Juliana María Cuervo Rojas. MD. MSc. Consultora Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.

Según los consolidados del año 1996 y primer semestre de 1997, el 16 y 22%, respectivamente, de los egresos del programa de tuberculosis correspondieron a abandonos del tratamiento (sin estar discriminado este porcentaje entre los pacientes nuevos BK + y BK - y los pacientes de re-tratamiento). Para el primer semestre de 1998 la proporción de pacientes que egresó del programa por abandono aumentó a 23.7% aunque para el año completo la proporción fue menor (17.8 %). Para los casos nuevos que iniciaron tratamiento en instituciones de salud de Bogotá durante 1999 el porcentaje de abandono fue de 10.76% globalmente y de 13.5% para los casos pulmonares bacilíferos.

Neiva, por su ubicación geográfica es afluente de un gran número de desplazados, de desmovilizados e indigentes; además, por contar con el mayor centro hospitalario a nivel surcolombiano; tiene un alto porcentaje de población en condiciones de hacinamiento, lo que conlleva a una alta tasa de incidencia de casos de TB, esto es un motivo de preocupación para el sector de la salud, motivo por el cual nosotros como futuros profesionales en este sector, vemos la necesidad de desarrollar este proyecto de investigación, esperando con sus resultados aportar conocimiento, contribuir al mejoramiento del servicio prestado a los pacientes en la Red Prestadora de Servicios de Salud, llegar a brindar cuidado integral, en nuestro afán de disminuir las consecuencias de este problema de interés en salud pública, identificar los factores causales que llevan a los pacientes a abandonar el tratamiento, brindar asesoría a los pacientes que siguen el tratamiento, a aquellos cuya intención es abandonarlo y definitivamente la prioridad a aquellos que han abandonado el tratamiento sea cual fuere el motivo.

Por ser la tuberculosis un evento de vigilancia en salud pública, es el estado el responsable del suministro del tratamiento a toda la Red Prestadora de Servicios de Salud (EPS, ARS, IPS, ESE) del país. Para lo cual, estas se comprometen y responsabilizan por cada uno de sus usuarios afectados por esta enfermedad a que cumplan con el oportuno diagnóstico, administración de medicamentos, educación a cerca de la misma y el debido seguimiento que se debe llevar como medio de control.

La factibilidad y viabilidad para el desarrollo de este proyecto se ve reflejada en el hecho de que no existen estudios realizados en el Huila, ni en Neiva, sobre factores causales que llevan a los pacientes al abandono del tratamiento antituberculoso, en relación a los supuestos sobre el aumento del porcentaje de abandonos y sus causas, no existen cifras concretas sobre estos datos, y son primordiales para la implementar estrategias que aseguren el cumplimiento del régimen terapéutico para el control y erradicación de la TB, además el hecho de que en el Huila y en Neiva los entes de control están trabajando en priorizar este evento como de importancia en salud pública.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores que influyen en el abandono del Tratamiento Acortado Supervisado por los pacientes de tuberculosis, manejados en las entidades de salud que conforman la red local de la ciudad de Neiva durante el año 2006.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer las características demográficas de los pacientes que abandonaron el TAS durante el periodo 2006.
- Identificar las causales que incidieron en el abandono del TAS de los pacientes inscritos en el programa de Tuberculosis durante el año 2006.
- Determinar el seguimiento del manejo por parte de la familia e institución de salud, hacia el paciente durante el TAS.
- Diseñar y presentar a la dirección local de salud una Propuesta de intervención en el cuidado de la salud del paciente con TB.

4. REFERENTE CONCEPTUAL

4.1 DEFINICIÓN

La Tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa bacteriana producida por una micobacteria del complejo Mycobacterium: ***M. Tuberculosis***, *M. bovis* o *M. africanum*. (Bacilo de Koch). El órgano más comúnmente afectado son los pulmones, además puede comprometer los riñones, huesos, ganglios linfáticos, sistema nervioso central, órganos genitales, pericardio, peritoneo, articulaciones o diseminarse por todo el organismo y como resultado del proceso patológico y de acuerdo con la historia natural de la enfermedad se puede producir la curación espontánea o bajo tratamiento, la cronificación del paciente o la muerte.⁶

Actualmente, esta enfermedad se ha convertido en un problema de interés en salud pública de importancia y gran reto para los programas de Tuberculosis que existen, donde el abandono al Tratamiento Acortado Supervisado; se constituye en una amenaza para la efectividad del Programa y el control de la enfermedad.

La Tuberculosis es una causa importante de morbilidad en países en desarrollo en los cuáles ocurre 95% del total de casos; No discrimina edad, sexo ni género; se favorece por la infección por VIH, diabetes, silicosis, uso de inmunosupresores y alcoholismo.⁷

4.1.1 Factores de riesgo. Existe un factor específico para que se transmita y contagie la enfermedad en todas las edades y sexos, como lo es la susceptibilidad. No obstante, otros como desnutrición, hacinamiento, deficientes e inadecuadas condiciones higiénicas, la infección por el VIH, enfermedades debilitantes y desgastadoras, las personas inmunodeprimidas, la diabetes, el estrés, la silicosis, el alcoholismo, la drogadicción y la indigencia entre otros, aumentan la susceptibilidad de las personas a la enfermedad.

4.1.2 Factores de protección. La búsqueda, localización temprana de las fuentes de infección y el tratamiento efectivo logrando la curación, son las mejores formas de prevenir esta enfermedad; cortando la cadena transmisión de enfermo a sano. Para lo cual es necesario diagnosticarlas oportunamente las fuentes de infección, de tal modo que a la hora de iniciar el tratamiento se hayan infectado el menor número posible de contactos.

⁶ MINISTERIO DE SALUD, dirección general de promoción y prevención. Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. 1999.

⁷ INS, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública. Informe del VI periodo epidemiológico. 2006

Otro factor muy importante y con el cual se pretende dar la mayor cobertura de protección a esta enfermedad es la vacunación BCG a menores de un (1) año, con mayor importancia en el recién nacido, ya que impide que se presenten formas progresivas, diseminadas y graves de la enfermedad en el niño. Es importante aclarar que mientras dure el periodo de transmisibilidad (Hasta 2-3 semanas de iniciado el tratamiento), el paciente debe cubrirse la boca con un pañuelo al toser.

4.2 DIAGNOSTICO DE LA TUBERCULOSIS⁸

El diagnóstico de la tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar es eminentemente bacteriológico. La demostración bacteriológica del bacilo tuberculoso es criterio suficiente para confirmar el diagnóstico. Todo paciente con diagnóstico de tuberculosis debe ser valorado por el médico general quien diligenciará la tarjeta individual del paciente y prescribirá el tratamiento.

4.2.1 Bacteriología. Es fundamental para el ingreso y manejo de los pacientes al programa de prevención y control de tuberculosis. No se debe iniciar tratamiento sin haber realizado una comprobación bacteriológica de la enfermedad mediante baciloscopia o cultivo.

A todo Sintomático Respiratorio debe practicársele la baciloscopia seriada de esputo así:

- Primera muestra: En el momento de detectarlo como Sintomático Respiratorio.
- Segunda muestra: El día siguiente, el primer esputo de la mañana.
- Tercera muestra: En el momento de entregar la segunda muestra.

A los pacientes que viven en áreas de difícil acceso, se les debe recoger las tres muestras el mismo día. En el laboratorio no debe haber horario de recepción para estas muestras. Deben recibirse a cualquier hora. No se debe solicitar baciloscopia de esputo como requisito de ingreso al estudio o trabajo, pues este examen sólo está indicado en las personas que son sintomáticos respiratorios. En niños se debe obtener estas muestras por aspirado gástrico. Si la primera muestra es positiva, no se hace necesario procesar las otras dos y con este criterio positivo debe iniciarse el tratamiento acortado supervisado. En caso de que las tres baciloscopias iniciales sean negativas y persista la sospecha clínica de Tuberculosis debe cultivarse la tercera muestra de esputo para *cultivo* de Micobacterias, por lo tanto el laboratorio debe conservar esa muestra de esputo en condiciones adecuadas para poder cultivarla.

⁸ *Ibid.*, p.15

4.2.2 Histopatología. La biopsia de cualquier tejido que demuestre granulomas con necrosis de caseificación y Ziehl-Neelsen positiva es diagnóstico de Tuberculosis, excepto en adenitis post-vacunal. No se ha aprobado aún el uso de pruebas serológicas para diagnóstico rutinario de la tuberculosis. En aquellos casos en los cuales no se puede demostrar bacteriológica o histopatológicamente la tuberculosis se debe utilizar métodos diagnósticos complementarios.

4.2.3 Clínica del paciente. Los signos y síntomas sugestivos se presentan de acuerdo con el o los órgano(s) afectado(s). Se debe sospechar tuberculosis Pulmonar en todo paciente que tenga tos con expectoración de más de 15 días de evolución. Para tomarle una muestra de esputo a un Sintomático Respiratorio no es necesaria la presencia de otros síntomas. Para el caso de las formas extrapulmonares hay que tener en cuenta los signos y síntomas de otros órganos como: hematuria, diarrea persistente, úlcera crónica en piel, signos meníngeos, cambios en el comportamiento, esterilidad, mal de Pott y artritis crónica, adenopatías y hepatoesplenomegalia, etc.

4.2.4 Epidemiología. El ser contacto de un caso bacilífero hace positivo este criterio (Signo de Combe positivo). La Tuberculosis en cualquiera de sus formas es una enfermedad de notificación obligatoria inmediata en todo el territorio nacional. Se considera **caso confirmado** de tuberculosis, en cualquiera de sus formas, aquel al cual se le decide iniciar tratamiento acortado supervisado. Éste, debe ser notificado por la Institución Prestadora de Salud que lo conozca a la dirección local de salud de manera obligatoria y diariamente. Sólo se notificarán los casos nuevos confirmados de Tuberculosis. Una vez que el caso sea notificado a la Dirección Local de Salud, es necesario que a través del P.A.B. se realice la investigación epidemiológica de campo (Visita domiciliaria inicial), para completar la caracterización clínico-epidemiológica del mismo, educar e identificar todos los contactos que sean Sintomáticos Respiratorios, para orientarlos a los servicios de atención que les corresponda.

Se especula que no es el número de casos confirmados lo que se haya acabado, sino que ya no se está realizando efectivamente la búsqueda de los sintomáticos respiratorios y no se hace el debido seguimiento a aquellos pacientes que ingresan al programa; por lo que se ven cada vez más los casos por abandono del Tratamiento Acortado Supervisado (TAS).

4.2.5 Radiología. Es un apoyo diagnóstico de tuberculosis pulmonar en los casos de bacteriología negativa. El estudio radiológico anormal de tórax no hace diagnóstico de tuberculosis. La correlación clínico-radiológica es de mayor valor. La radiología puede hacer sospechar la tuberculosis. No debe ser la estrategia inicial de diagnóstico en un caso sospechoso pulmonar. Sin embargo, puede ser utilizada para evaluar y caracterizar mejor los casos confirmados según el criterio del médico y/o la condición del paciente. En los casos sospechosos o probables

de tuberculosis extrapulmonar está indicada, simultánea o previamente al estudio bacteriológico.

4.2.6 Tuberculina. Este criterio diferencia a la persona que ha presentado infección tuberculosa de aquella que no la ha tenido. No puede determinar enfermedad tuberculosa. Si es igual o mayor a 10 mm., se considera positiva. En pacientes VIH positivos, con SIDA considerar como de valor tuberculínico la induración por encima de 5 mm

4.3 DETECCIÓN: BÚSQUEDA Y LOCALIZACIÓN DE CASOS (FUENTES DE INFECCIÓN)⁹

Se basa en la búsqueda de Sintomáticos Respiratorios, el cual se define como toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días. Se considera sospechoso de Tuberculosis y debe practicársele la baciloscopia seriada de esputo (3 muestras), independiente de su causa de consulta principal.

4.4 TRATAMIENTO

El tratamiento del enfermo tuberculoso debe hacerse de manera ambulatoria, la hospitalización se realiza sólo en casos especiales según el criterio médico y/o la condición del paciente en relación con su enfermedad. Previo al inicio del tratamiento, todo paciente debe ser evaluado por el médico general quien diligenciará la tarjeta individual del paciente en sus partes correspondientes y ordenará el inicio del mismo.

La administración del tratamiento debe ser supervisada; es decir, que el paciente toma los medicamentos bajo estricta observación. Los medicamentos se administran simultáneamente y toda la dosis diaria a la misma hora. No se debe fraccionar la toma.

4.4.1 ESQUEMA DE TRATAMIENTO¹⁰

Casos Nuevos

Para mayores de 15 años se debe usar el Tratamiento Acortado Supervisado (TAS ó DOTS):

⁹ MINISTERIO DE SALUD. Op. Cit., p.15

¹⁰ MINISTERIO DE SALUD. Op. Cit., p.15

TRATAMIENTO ACORTADO SUPERVISADO (TAS)

FASE	DURACIÓN	Nº DOSIS	MEDICAMENTO	DOSIS
PRIMERA	8 SEMANAS Lunes a Sábado	48	Estreptomina (S)	1 Amp. x 1 gr. IM*
			Pirazinamida (Z)	3 Tab. x 500 mg.
			Asociación (R + H) Rifampicina + Isoniazida	2 Cáps. x 300 mg. de R 150 mg. de H
SEGUNDA	18 SEMANAS Dos veces por semana	36	Isoniazida (H)	5 Tab. x 100 mg.
			Asociación (R + H) Rifampicina + Isoniazida	2 Cáps. x 300 mg. de R 150 mg. de H

*500 mg para mayores de 50 años y peso menor de 50 kg. Máximo se debe administrar 1 gr/día.

En caso de que el paciente pese menos de 50 Kg., debe ajustarse la dosis de acuerdo con su peso así:

- Rifampicina: 10 mg/Kg./día.
- Isoniazida: 5 mg/Kg./día en la primera fase y 15 mg/Kg./día en la segunda fase.
- Pirazinamida: 25 mg/Kg./día

Experimentos con visión futurista se están llevado a cabo en la terapia antimicrobiana, en el ámbito de inmunoterapia, de anticuerpos monoclonales, nuevas vacunas y depósito de fármacos en liposomas, que facilitarían la administración de medicamentos y la adhesión al tratamiento.

Combinación de tabletas dosis fijas: es de considerar en los pacientes a tratar que se tiene también tabletas combinadas con dosis fijas de los principales medicamentos antituberculosos y que ofrecen algunas ventajas como son la disminución en los errores de prescripción con adecuado ajuste de las dosis, un menor número de tabletas lo cual asegura una mayor adherencia al tratamiento por parte del paciente y, si no se logra tener un tratamiento supervisado, el paciente no podrá tener selectividad en la suspensión de un medicamento. Sin embargo, se deberá cuidar no tener una sobre o subdosificación del paciente adicionándose los riesgos de toxicidad o aparición de resistencias a los medicamentos.

En la combinación de dosis fijas, como *rifaniazida*, *Rimactazid (H+R)*, cada tableta trae 150 mg de H y 300 de R a dosis de dos cápsulas diarias; la triple combinación *Rifater (H+R+Z)*, en cada preparación lleva 50, 120 y 300 mg, respectivamente, y a dosis de 4 a 5 tabletas diarias. Lamentablemente, después de la aparición de la rifampicina, no ha surgido ningún nuevo fármaco 100% efectivo contra la tuberculosis, y la mayoría que mencionaremos a continuación se encuentran en etapa de investigación o en uso limitado.

4.4.2 Resultados posibles del tratamiento:

4.4.2.1 Curación: Caso con baciloscopia inicial positiva que terminó el tratamiento y tuvo baciloscopias de esputo negativas en por lo menos dos ocasiones, una de ellas al concluir el tratamiento. El tratamiento concluye al cumplir el número de dosis establecido.

4.4.2.2 Tratamiento terminado: Caso con baciloscopia inicial positiva que concluyó el tratamiento, pero que no se le realizó baciloscopia de control al final del tratamiento. O bien, el paciente con baciloscopia negativa inicial, como formas infantiles, pleuresía, miliars y otras extrapulmonares, que recibió un ciclo completo de tratamiento. Concluye al completar las dosis a condición de mejoría clínica.

4.4.2.3 Fracaso: Se considera sospechoso de fracaso el caso con baciloscopia inicial positiva que siguió siendo, o volvió a ser, positivo al cuarto mes de haber comenzado el tratamiento; En estos casos debe solicitarse un baciloscopia de control al quinto mes de tratamiento. Si ésta resulta positiva se considera como fracaso y debe solicitarse cultivo y pruebas de sensibilidad. Los resultados de las pruebas de sensibilidad darán una orientación al clínico quien se apoyará en estos, pero ante todo se guiará por la evolución clínica del paciente, antes de sugerir cambios en el esquema de manejo.

4.4.2.4 Abandono: Paciente que suspende el tratamiento durante un mes o mas. Es de suma importancia la búsqueda del paciente antes de sacarlo por pérdida. Frente al paciente que abandona es preciso analizar cual es la causa del mismo, reforzando la atención con la intervención de los profesionales como Psicólogo, Trabajador Social y otros. Considerar sospechoso de abandono al inasistente (paciente que deja de venir por su medicamento durante 2 días consecutivos).

4.4.2.5 Transferido: paciente que ha sido remitido a otra institución y cuyos resultados del tratamiento no se conocen.

4.4.2.6 Fallecido: Paciente que falleció durante el tratamiento, independiente de la causa.

4.5 SEGUIMIENTO¹¹

4.5.1 Consulta Médica: Se requiere un control médico al 2º, 4º, 6º mes ó finalización del tratamiento, o cuando el estado del paciente lo requiera.

4.5.2 Control de Enfermería Profesional: Se realiza cada dos meses al 1º, 3º y 5º mes de tratamiento. En caso de encontrar problemas de intolerancia

¹¹ MINISTERIO DE SALUD. Op. Cit., p.15

medicamentosa, toxicidad, enfermedad intercurrente u otra situación que justifique el control médico, el paciente debe ser remitido a consulta.

4.5.3 Control por Auxiliar de Enfermería: Se realiza cada vez que el enfermo asiste a recibir la dosis correspondiente de medicamentos al organismo de salud. Se debe insistir al máximo en la importancia de la toma regular de los medicamentos y en la gravedad que ocasiona el abandono de los mismos y se debe identificar efectos adversos del tratamiento, intensificando la consulta a aquellos pacientes con riesgo de deserción del tratamiento.

4.5.4 Control Bacteriológico: Se hace control bacteriológico de la muestra de esputo de cada paciente al 2º, 4º y 6º mes de tratamiento. Si la baciloscopia del cuarto mes es positiva debe solicitarse una baciloscopia de control adicional al 5º mes de tratamiento. Si ésta baciloscopia adicional del 5º mes resulta negativa se continua el tratamiento hasta completar las dosis corrientes del esquema. Si la baciloscopia del 5º mes es positiva se considera como fracaso. No es necesaria la baciloscopia de vigilancia luego del egreso por curación.

4.5.5 Administración del Tratamiento: Esta actividad se realiza supervisando estrictamente la toma de medicamentos y está a cargo del personal de enfermería, promotoras y agentes comunitarios capacitados; asegurando la capacitación del personal y la dotación de medicamentos. La respectiva Administradora (EPS ó ARS), debe facilitar el mecanismo para que el paciente reciba su Tratamiento Acortado Supervisado cerca a su casa o a su sitio de trabajo, con lo cual se disminuye el riesgo de pérdida o abandono.

4.5.6 Visita Familiar: Esta actividad debe realizarse a través del P.O.S. al paciente inasistente al tratamiento o control, a la mayor brevedad posible, con el fin de evitar tratamientos irregulares que conduzcan a la aparición de resistencia bacteriana. La visita domiciliaria inicial para realizar la investigación epidemiológica de campo corresponde al P.A.B.

4.5.7 Educación: Todo el personal de salud está en la obligación de impartir educación en tuberculosis. La educación debe programarse dentro de las actividades normales de cada funcionario. Las actividades educativas en tuberculosis se encausan hacia el personal de salud, el paciente, la familia y la comunidad.

Se debe hacer énfasis en los siguientes aspectos:

- Toda persona con tos de más de 15 días debe realizarse una baciloscopia seriada de esputo.
- Los exámenes para el diagnóstico de la tuberculosis y su tratamiento no le cuestan al paciente (Exentos de copagos y cuotas moderadoras).

- La tuberculosis es curable. Durante el tratamiento el paciente puede llevar una vida completamente normal: convivir con la familia, trabajar, mantener una vida sexual activa, etc.

4.5.8 Promoción: Cada organismo debe promover las acciones educativas buscando los mejores recursos tanto humanos como físicos. Se harán de preferencia charlas de información en las consultas externas a los grupos de consultantes. Debe promocionarse la captación de sintomáticos respiratorios aprovechando todas las oportunidades.

4.5.9 Tarjeta Individual: Es el registro dinámico y funcional que permite identificar al enfermo y sus contactos, su estado bacteriológico, evolución e intolerancia a los medicamentos entre otras. Permite conocer al organismo responsable del control, los siguientes aspectos: Número de enfermos en tratamiento, cumplimiento de la asistencia, pérdida de control y otros aspectos técnico-administrativos como los resultados del tratamiento de la cohorte.

Debe diligenciarse a toda persona diagnosticada como enfermo de tuberculosis y que ingrese al tratamiento; permanecerá en un tarjetero fuera de la historia clínica, hasta que no se realice el análisis de cohorte correspondiente al trimestre en que ingresó el paciente; esta acción es responsabilidad de enfermería, la de llevar el control del TAS.

La norma establece que el TAS, debe ser como su propio nombre lo dice, Acortado (ósea suministrado en forma proporcionada) y Supervisado (que debe ser administrado bajo vigilancia de personal de salud), con el fin de dar mayor efectividad y cumplimiento al programa, también dice que se debe realizar seguimiento a los pacientes del programa por medio de visitas domiciliarias en donde se ejerce control sobre los contactos del paciente y él mismo para evitar que se presenten situaciones irregulares, incumplimientos y factores que puedan llevar en un alto grado el abandono al TAS.

En la realidad se observa y especula (ya que no se han encontrado estudios específicos de ello) que no se cumple en totalidad con lo reglamentado por la norma, se ha dejado de lado la búsqueda de sintomáticos respiratorios y el seguimiento con vistas domiciliarias, por lo que se ve en aumento cada vez más los casos por abandono del TAS, aspecto que debería ser considerado y reevaluado para encontrar actividades que de solución a este problema.

La importancia de contar con una información clara, oportuna y confiable frente a la presentación y comportamiento de enfermedad, al igual que se cumpla con el seguimiento propuesto en la guía; constituye una necesidad y prioridad ineludible para el efectivo desarrollo y cumplimiento del programa, que lleve a lograr una reducción los casos de fracaso del mismo, especialmente por abandono, que influye en los niveles de morbimortalidad y recidiva de la enfermedad

4.6 VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

La TB es de notificación inmediata a través del SIVIGILA que permite una vía rápida de vigilancia epidemiológica por parte del Ministerio de Protección social. Esta notificación se inicia por las Instituciones prestadoras de Salud (IPS) públicas o privadas, diario a la Dirección Local de Salud y éstas a su vez envían la información pertinente semanalmente a la Dirección Seccional o Distrital, y por ultimo estas realizan los reportes a la oficina de Epidemiología del Ministerio de Protección Social semanalmente.

A nivel de los programas de TB se ejerce control de la gestión, a través de un informe trimestral de **Casos y Actividades** y el **Análisis de Cohorte**, que se hace desde la IPS hasta las Direcciones Seccionales o Distritales y de estas últimas al Programa de Patologías Infecciosas del Ministerio de Protección Social. Además trimestralmente se procesa indicadores de evaluación del control de la TB como, Indicadores de Captación, Indicadores de Seguimiento que incluye el **Porcentaje de Abandono que es igual a N. de pacientes que abandonaron / Total de pacientes nuevos BK positivos que ingresaron a la cohorte**, y por ultimo Indicadores Epidemiológicos, de interés para el control de gestión de las Administradoras más no importante para el Sistema de Fortalecimiento de la Gestión. Por tal motivo, se decidió realizar el estudio con la población que abandonó el TAS durante el periodo año 2006 e incluir a los pacientes del primer trimestre del 2007.

4.7 ADHERENCIA Y ABANDONO AL TRATAMIENTO

“La adherencia a un tratamiento se define como la coincidencia entre la conducta del paciente y la orden del médico”¹². El médico se centra en hacer énfasis en la importancia de reducir el contagio y conseguir la curación de la enfermedad por medio del cumplimiento del tratamiento, en ocasiones el médico se interesa en presionar al paciente para que tome su medicación diariamente, señalándole los riesgos de contagio para su familia y amigos; sin tener en cuenta las experiencias y dificultades cotidianas que involucra dicho tratamiento para el paciente; tal vez esto se deba a que el encuentro es principalmente unidireccional, y no se le da importancia a las costumbres, cultura y hábitos del paciente, lo que lleva a no desarrollar algunas veces una atención médica comprensiva y realista en el tratamiento de la TB.

Este proceder generalmente no permite al paciente conseguir un aprendizaje significativo para su vida diaria, al expresarle sólo la naturaleza de la enfermedad por la cual el tratamiento es prescrito, o en ocasiones, al insistirle al paciente sobre

¹² CÁCERES Flor de María. Factores de Riesgo para Abandono (no adherencia) al tratamiento antituberculoso. Facultad de Salud. Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia 2004.

lo que está equivocado; la preparación y capacitación de los miembros del equipo de salud, para lograr una relación más humana podría ser un paso hacia el mejoramiento de este aspecto.

El término abandono, tomado también como no adherencia en el tratamiento, es considerado por la guía de atención de TBC (citada anteriormente) como: “Paciente que suspende el tratamiento durante un mes o mas. Es de suma importancia la búsqueda del paciente antes de sacarlo por pérdida. Frente al paciente que abandona es preciso analizar cual es la causa del mismo, reforzando la atención con la intervención de los profesionales como Psicólogo, Trabajador Social y otros. Considerar sospechoso de abandono al inasistente (paciente que deja de venir por su medicamento durante 2 días consecutivos)”¹³. “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”¹⁴

La no adherencia al tratamiento, no es posible predecirla, ya que se determina por diversos factores que se combinan con los estilos de vida de cada grupo social. Un factor influyente en pacientes que reciben el TAS, es la calidad del servicio de salud, primordialmente en lo relacionado a establecer una adecuada relación personal de salud-paciente, tomando en cuenta factores socioculturales. Los efectos adversos de los medicamentos que se le administran al paciente; éstas reacciones, se deben en su mayoría a: la Intolerancia (relacionada con la vía y forma de administración); la Toxicidad (generalmente dosis dependiente) y la Hipersensibilidad (mediada por mecanismos inmunológicos), como lo decían informes anteriores podría ser una barrera mayor para el control de la tuberculosis.

El abandono del TAS tiene consecuencias graves, entre ellas el deterioro físico de la salud por la enfermedad, la probabilidad de estimular mecanismos de resistencia bacteriana, una mayor propagación de la infección y la prolongación de su existencia en el medio ambiente. El paciente no debe tomar autonomía para alejarse del TAS; porque estaría aumentando el grado de exposición de las demás personas (su familia, amigos y compañeros de trabajo) a contraer el bacilo y con ello a desarrollar la enfermedad, pero también es cierto que no es correcto obligar o forzar al paciente a cumplir con el TAS y dejar de lado e irrespetar los principios éticos y derechos del paciente en cuanto al libre albedrío.

Al contar con la existencia de mecanismos de resistencia bacteriana se ve más complicado el manejo de la enfermedad; ya que se aumenta el costo del tratamiento, por paciente. La farmacoresistencia del bacilo, es otra consecuencia importante a tener en cuenta; “el bacilo de tuberculosis se encuentra continuamente bajo mutación espontánea que crea resistencia a medicamentos

¹³ MINISTERIO DE SALUD. *Op. Cit.*, p.15

¹⁴ www.journal.paho.org/index

antituberculosos individuales. Como sea, la frecuencia de estas mutaciones simples es suficientemente baja para que con una apropiada combinación de quimioterapia que sea administrada confiablemente, esta resistencia no tenga consecuencias clínicamente significativas”.¹⁵

La OMS considera que esta situación, aumenta el costo y a también los efectos tóxicos de los medicamentos y por si fuera poco, aumenta mucho más la mortalidad de las personas que la desarrollan. En síntesis al abandonar el tratamiento se presenta un descenso en las tasas de curación, aumento de recaídas, recidivas y en la susceptibilidad del paciente a que representen otras enfermedades e infecciones.

El TAS, es un asunto complejo que consiste en un régimen terapéutico extenso (de meses). A medida que se desarrolla ese proceso, diferentes factores influyen en la decisión del paciente: seguir tomándolo o simplemente abandonarlo; entre los factores que llevan a incurrir en el abandono se tienen los relacionados con el servicio y personal de salud, sin dejar de lado los factores propios de cada paciente y el ambiente que lo rodea.

Es esencial que se ofrezcan de forma gratuita los medicamentos, se realice seguimiento y control a través de visitas domiciliarias periódicas, en donde se brinde información adecuada y suficiente al paciente sobre la enfermedad y el tratamiento que está recibiendo.

Además, el nivel de escolaridad, la inseguridad de si logrará sanarse al final del tratamiento y la falla en el apoyo familiar, sumadas al impedimento que puede surgir de faltar al trabajo para acudir a recibir el tratamiento, de cumplir con el horario impuesto por el centro de salud y de pagar el transporte necesario, son factores que pueden mediar negativamente en la continuidad del TAS. Otros factores que pueden aumentar la posibilidad de abandono son el estigma social de la enfermedad, las reacciones adversas y/o intolerancia a los medicamentos y la adicción al alcohol o a las drogas que tenga el paciente.

Según el estudio de la Enfermera FLOR MARÍA CÁCERES¹⁶, la no adherencia al abandono se asocia a factores de riesgo derivados de diferentes aspectos que giran en torno a la situación del individuo, la enfermedad y el personal de salud. En éste se describen lo factores, clasificándolos de la siguiente manera:

✓ FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE: edad, género, estrato socioeconómico, estado civil, ingresos, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, estados de co-morbilidad, creencia de bienestar, falta de incentivos.

¹⁵ www.google.com

¹⁶ CÁCERES Flor de María. *Op. Cit.*, p.25

- ✓ FACTORES RELACIONADOS CON EL TAS: duración, número de fármacos, incomodidad por las inyecciones y efectos adversos de los medicamentos.
- ✓ FACTORES RELACIONADOS Y DERIVADOS DEL MEDIO AMBIENTE: ambiente familiar, laboral y social.
- ✓ FACTORES DERIVADOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD: la distancia al centro de salud y la relación entre el paciente y el personal de salud.

Lo que da a entender que el abandono o la no adherencia al TAS es multicausal y de gran importancia en el control de la tuberculosis como enfermedad de interés en salud pública.

Teniendo en cuenta las características del estudio y aplicándolo a la razón de ser de la profesión, asociándolo a las Teoristas de enfermería, se encuentra que FLORENCE NIGHTINGALE¹⁷ (1820-1910) en su teoría, se centra en el medio ambiente y expone cinco puntos para asegurar la salubridad del entorno: el aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz., factores que son importantes a tener en cuenta para la prevención de TB. Por otro lado fue innovadora en la recolección, tabulación e interpretación y presentación gráfica de las estadísticas descriptivas que se son de interés para este estudio de investigación.

Por su parte, DOROTEA OREM¹⁸ (1930), su teoría se basa en el autocuidado, cuya finalidad es fomentar y promover la salud, prevenir las distintas enfermedades, así como recuperar o rehabilitar la salud integral de la persona y como en este estudio, en conclusión las propias personas adquieran un mayor conocimiento para mejorar su propia salud y disminuir posibles factores asociados al abandono del TAS para la TB.

¹⁷ Marrier, Tomey, *MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA*, 3ª ed., Editorial Mosby y Dayma libros. España, 1994.

¹⁸ Jean, Jenny, *LA TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO Y LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, UNA PRUEBA DE SU ADECUACIÓN CONCEPTUAL*, *Journal of Nursing Education* May, Vol 30 N° 5. 1991.

5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Demográficas	Conjunto de atributos que permiten caracterizar la población a tener en cuenta en el estudio.	Edad	Años cumplidos	Ordinal
		Género	Masculino Femenino	Nominal
		Nivel socioeconómico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estrato 1 ▪ Estrato 2 ▪ Estrato 3 	Ordinal
		Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Soltero (a) ✓ Casado (a) ✓ Unión libre ✓ Separado (a) ✓ Viudo (a) 	Nominal
		Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabajador: ✓ Independiente_____ Dependiente ____ ✓ Otro _____ ✓ Cual _____ ✓ No aplica _____ ✓ 	Nominal
		Ingreso económico mensual	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Menos de 1 SMLMV. ✓ Cuánto? _____ ✓ Entre 1 - 2 SMLMV ✓ Sin ingreso _____ 	Ordinal
		Sistema de seguridad social en salud	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contributivo ✓ Subsidiado ✓ Vinculado ✓ No tiene 	Nominal

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Persona	Conjunto de atributos que permiten caracterizar la población a tener en cuenta en el estudio	Consumo de cigarrillo	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fuma <ul style="list-style-type: none"> • Frecuentemente • A veces • Nunca 	Nominal
		Consumo sustancias Psicoactivas	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuentemente • A veces • Nunca Cual _____	Nominal
		Antecedentes patológicos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Presencia de enfermedades durante el tratamiento de TB Si _____ No _____ Cual(es) _____ ❖ Recibió tratamiento Si _____ No _____ ❖ Tipo de tratamiento que recibió _____ ❖ Influyó en el abandono Si _____ No _____ Por qué _____ 	Nominal
		Conocimiento de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocimiento sobre la enfermedad Mucho _____ Poco _____ Nada _____ 	Nominal
		Aceptación de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> Por el paciente B ___ R ___ M ___ Por la familia B ___ R ___ M ___ Por los amigos B ___ R ___ M ___ Por compañeros de trabajo B ___ R ___ M ___ ➤ Rechazo experimentado Si ___ No ___ ➤ Tipo de Rechazo _____ 	Nominal

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
		Condición Nutricional	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comidas diarias <ul style="list-style-type: none"> • Desayuno Si ____ No ____ • Almuerzo Si ____ No ____ • Cena Si ____ No ____ Tipo de alimentos _____ ➤ Alimentos entre comidas Si __ No __ Cual(es) _____ 	Nominal
TAS Tratamiento Acortado Supervisado	Características relacionadas con el tratamiento.	Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fecha de inicio de tratamiento _____ ▪ Fecha de abandono de tratamiento _____ ▪ Fecha de reingreso al tratamiento _____ ▪ Frecuencia de asistencia al tratamiento ____ 	Nominal
		Prescripciones médicas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tolerancia a los medicamentos Vía Oral: B ____ R ____ M ____ Por qué _____ Vía Intramuscular: B __ R __ M __ Por qué _____ ▪ Presencia de efectos adversos Si __ No __ Cuáles _____ Medicamento causante _____ Frecuencia: _____ 	Nominal
Características Sociales	Aspectos relacionados con entorno-vida del paciente	Familiar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actitud de la familia * Apoyo ____ Tipo _____ Por quien _____ * Aislamiento _____ Por quien _____ * Indiferencia _____ Por quien _____ * No saben _____ 	Nominal

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
		Laboral	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actitud de los compañeros de trabajo B ___ R ___ M ___ Por qué _____ No saben _____ 	Nominal
		Social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actitud de sus amigos y vecinos B ___ R ___ M ___ Por qué _____ ▪ No saben _____ 	Nominal
Características Ambientales	Factores asociados al hábitat del paciente y sus condiciones sanitarias	Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Condiciones sanitarias <ul style="list-style-type: none"> • N° personas en la vivienda _____ • N° habitaciones _____ • N° personas por habitación _____ • Es individual para el paciente Si ___ No ___ ➤ Condición Aseo: Frecuencia _____ Favorable _____ Desfavorable _____ ✓ Iluminación solar: Favorable _____ Desfavorable _____ ✓ Ventilación: Favorable _____ Desfavorable _____ ✓ Presencia de humedad: Si ___ No ___ ✓ Alcantarillado: Si ___ No ___ ✓ Protección del sol y agua en la habitación del paciente: Si _____ No _____ ✓ Exposición a gases, químicos, olores, humos, polvo, ruido. Si ___ No ___ Cuáles _____ 	Nominal

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Servicios de salud	Calidad y oportunidad de la atención relacionada con adherencia al programa.	Relación paciente - personal de salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El médico: B __ R __ M __ Por qué _____ ▪ Enfermera (o): B __ R __ M __ Por qué _____ ▪ Auxiliar de enfermería: B __ R __ M __ Por qué _____ ▪ Promotor de Salud: B __ R __ M __ Por qué _____ Otra _____ Cuál _____ 	Nominal
		Suministros de medicamentos por la IPS.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cumplimiento en los medicamentos: ▪ Completa _____ ▪ Incompleta _____ ▪ A tiempo _____ ▪ No a tiempo _____ ▪ No se administró _____ Por qué: _____ 	Nominal
		Accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dirección de residencia: _____ ▪ Dirección del Centro de Salud: _____ ▪ Distancia en tiempo entre residencia y centro de salud: * Menos 5 min. _____ * 5 a 15 min. _____ * 15 a 30 min. _____ ▪ Medio de transporte: <ul style="list-style-type: none"> • Caminando _____ • Carro _____ • Moto _____ 	Nominal

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Servicios de salud	Calidad y oportunidad de la atención relacionada con adherencia al programa.	Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N° Visitas domiciliarias recibidas por parte del personal de salud, durante el TAS: ____ ▪ Persona que realizó la visita : <ul style="list-style-type: none"> * Médico ____ * Enfermera (o) ____ * Auxiliar enfermería ____ * Promotor Salud ____ ▪ Calidad de la visita: Buena ____ Regular ____ Mala ____ Por qué _____ 	Nominal

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO

Estudio cuantitativo de tipo descriptivo con enfoque retrospectivo, transversal.

6.2 POBLACIÓN

Universo: Usuarios del programa de TB del municipio de Neiva, año 2006.

Como población a estudio se define a los pacientes que abandonaron el tratamiento acortado supervisado; atendidos por las entidades de la red local de salud, durante el año 2006.

La recolección de la información se realizó en primera instancia a través de la Secretaría de Salud Municipal de Neiva, en donde se tuvo acceso a los informes de cohorte trimestrales del año 2006 y a la base de datos del programa de TB; encontrándose un total de 19 pacientes reportados como abandono, a quienes se les hizo seguimiento mediante visitas domiciliarias y/o revisión de historia clínica, encontrando:

- ✓ 2 fallecieron por causas asociadas a VIH-SIDA según datos de estadística vital municipal.
- ✓ 5 son indigentes.
- ✓ 5 no residen en Neiva según información obtenida por conocidos de los pacientes.
- ✓ 2 se tomaron como sospecha de abandono por incoherencias entre la tarjeta individual, el informe de cohorte y la base de datos, se confirmó que nunca abandonaron el tratamiento, actualmente están curados.
- ✓ 5 se encontraron en abandono de los cuales 2 no han reiniciado tratamiento a la fecha, 1 reingresó al programa y actualmente está en tratamiento, 2 reingresaron al programa y actualmente están curados.

Se trabajó con el total de la población obtenida por conveniencia, ya que sólo 5 personas cumplieron con los criterios de inclusión. se eligió según criterios definidos por la investigación, determinando el grupo poblacional.

6.3 MÉTODO PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN

6.3.1 Técnica

Para el desarrollo del proceso de recolección de información, se utilizó:

Entrevista Personalizada: Que se desarrolló, aplicando un cuestionario, en el cual se encontraban aspectos como condiciones económicas, demográficas, estilos de vida y entorno en el cual, interacciona el paciente.

Visitas Institucional y de Campo (Búsqueda Activa): En las cuales se recolectó la información; mediante la aplicación de instrumentos y la observación, tanto para las instituciones como para los pacientes.

6.3.2 Instrumentos:

Para el registro de la información recolectada, se utilizaron los siguientes instrumentos:

- a. Instrumento de Campo
- b. Instrumento Institucional

7. PLAN DE PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el procesamiento y análisis estadístico de la información se tuvo en cuenta la validación de la información mediante la revisión del instrumento para asegurar que todos los datos estuvieran correctos y totalmente diligenciados.

La interpretación de los resultados se basó en el análisis estadístico de la información, el cual para su presentación se utilizaron las gráficas respectivas, lo cual permitió validar el referente conceptual y el afrontamiento de la normatividad vigente; concluyendo en estrategias de intervención las cuales formarán parte de la propuesta contemplada en el proyecto.

8. ASPECTOS ÉTICOS

El estudio se realizó de acuerdo a las normas éticas propias de la profesión, expresadas en el código de ética de enfermería (Capítulo V, Art. 24 del Código de Ética de Enfermería). Se ajusta a las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la investigación en salud, establecidas por la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y la Ley 23 de 1981 que rige el manejo y revisión de Historias Clínicas. Siguiendo además con los aspectos éticos de: respeto por la vida y la dignidad humana, derecho de información, intimidad y autodeterminación; asegurando derechos a libertad de participación, confidencialidad, conocimiento de los objetivos y fines del estudio, además se contó con el consentimiento informado, el cual se aplicó a los pacientes objetos del estudio; se resaltó que la información recolectada es confidencial y conocida sólo por las investigadoras a cargo.

9. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

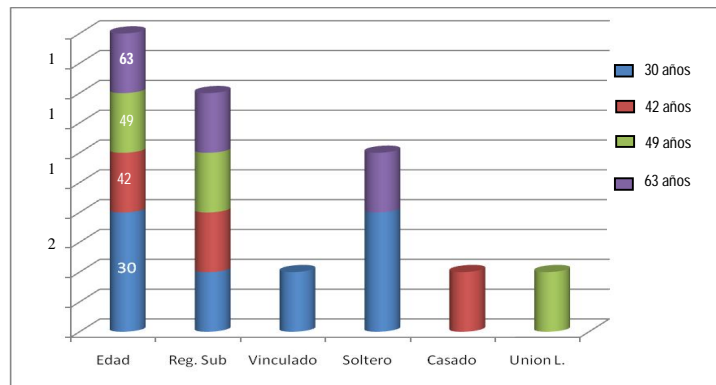
Tabla 1. Distribución demográfica de los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva.

EDAD/ GÉNERO	ESTADO CIVIL	FCIA	%	SEGURIDAD SOCIAL			
				Vinculado	Caprecom	CajaCopi	Comfamiliar
30	Soltero	2	40	1	1		
42	Casado	1	20			1	
49	Unión libre	1	20				1
63	Soltero	1	20		1		
Femenino		0	0				
Masculino		5	100				
%				20	40	20	20

Tabla 2. Nivel socioeconómico, ocupación e ingreso mensual de los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva.

NIVEL SOCIOECONÓMICO / OCUPACIÓN	INGRESO MENSUAL	FRECUENCIA	%
1	< 1 SMLMV	3	60
2	Entre 1 y 2 SMLMV	1	20
4	Entre 1 y 2 SMLMV	1	20
Dependiente		0	0
Independiente		5	100

Grafico 1. Distribución Demográfica de los pacientes que abandonaron el TAS, en la ciudad de Neiva año 2006.



En el año 2006 en la ciudad de Neiva, según cohorte del programa de Detección y Protección de TB se identificó del abandono del tratamiento acortado supervisado un total de 5 pacientes, de los cuales el 100% fueron hombres, con estado civil: 60% solteros, 20% casado y el resto unión libre. La edad de mayor predominio es altamente productiva; se encuentra entre 30 y 49 años, quienes ejercen acciones económicas independientes con ejecución de actividades como panadero, vendedor ambulante, obrero, comerciante, oficios varios; devengando el 60% 1 SMLMV y el restante entre 1 y 2 SMLMV.

Con respecto a vinculación a un sistema de seguridad social en salud se identificó que todos estaban cubiertos con un sistema de salud, entre ellos 80% con régimen subsidiado y el resto vinculado.

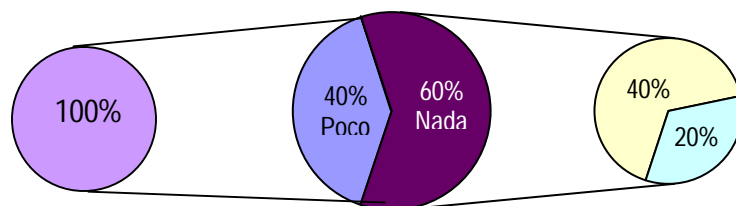
Tabla 3. Antecedentes psico - patológicos y condición nutricional de los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva.

CONSUMO DE CIGARRILLO	FCIA	%	CONSUMO DE SPA			ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	CONDICIÓN NUTRICIONAL	
			Fcia	A veces	Nunca		Adecuada	Buena
Frecuentemente	3	60	1	1	1	No	2	1
A veces	1	20			1	Si	1	
Nunca	1	20			1	No	1	
%			20	20	60		80	20

Tabla 4. Conocimiento y aceptación de la enfermedad por parte de los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva.

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	FCIA	%	ACEPTACION ENFERMEDAD			FACTORES	
			B	R	M	RIESGO	PROTECTORES
Mucho	0	0					
Poco	2	40	2			2	
Nada	3	60	2	1		2	1
%			80	20		80	20

Gráfico 2. Conocimiento y aceptación de la enfermedad asociada a antecedentes psico- patológicos de los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva.



A nivel del conocimiento el 60% de los pacientes no poseis conocimiento de la enfermedad: de ellos 2 aceptaban convivir con ella y 1 no. El 40% restante tenían poco conocimiento de la enfermedad pero su aceptación fue buena. Relacionando, conocimientos con estilos de vida se identificó que a menor conocimiento regular aceptación, presentándose un caso durante el estudio.

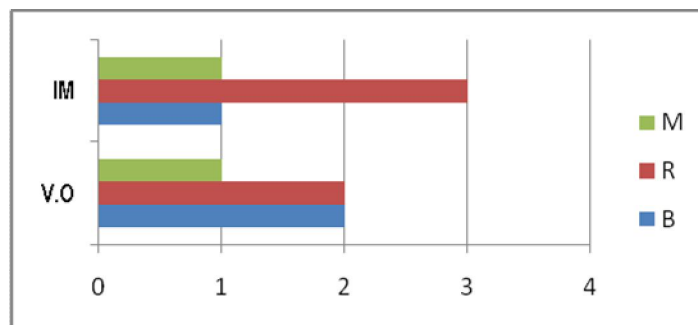
Al igual se observa que los estilos de vida como el fumar frecuentemente, el consumo de sustancias psicoactivas inciden en la patología, es así como del 80% que tuvo buena aceptación, 2 de ellos tenían poco conocimiento acerca de la enfermedad y tenían factores de riesgo como consumo de cigarrillo y sustancias psicoactivas, 1 de ellos además con antecedente patológico de diabetes. Los 2 restantes no tenían conocimiento acerca de la enfermedad, uno (1) de ellos presentaba factores de riesgo como consumo de cigarrillo y sustancias psicoactivas y el otro no refirió tener factores de riesgo asociados.

Con referencia al estado nutricional se identifico que el 80% de los pacientes que abandonaron el TAS en el año 2006 del municipio de Neiva, se encontraban en apropiadas condiciones nutricionales, relacionando en el estudio como adecuado el tipo de alimento que necesita el paciente tuberculoso como: arroz, carne, legumbres, huevo, jugos naturales, etc. con una frecuencia de tres veces al día de acuerdo a su capacidad económica y el 20% restante se identifico en buenas condiciones nutricionales, a pesar que el número de comidas era dos veces al día el tipo de alimentos era igual al referido anteriormente.

Tabla 5. Tolerancia a los medicamentos V.O, I.M, RAM de los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva.

TOLERANCIA	V.O.				I.M.			
	B	R	M	%	B	R	M	%
SI		2	1	60		2	1	60
NO	2			40	1	1		40
%	40	40	20		20	60	20	

Gráfico 3. Tolerancia a los medicamentos V.O, I.M, RAM de los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva.



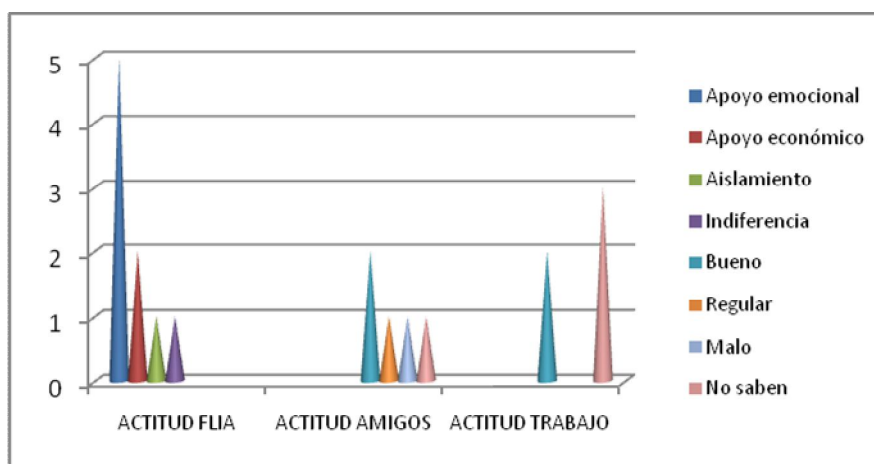
Basados en las características relacionadas con el tratamiento acordado supervisado en los pacientes que lo abandonaron reportados en el año 2006 en el municipio de Neiva, se identificó que 3 de ellos (60%) presentaron reacciones adversas al medicamento tanto por vía oral como intramuscular, de los cuales 2 tuvieron regular tolerancia y 1 mala. Las principales reacciones adversas referidas fueron: mareo, vértigo, dolor estomacal, brotes, rasquiña, vómito y sueño.

Los 2 restantes (40%), refirió no presentar reacciones adversas a los medicamentos, pero según tolerancia para 2 fue buena a nivel de medicamento por vía oral; y por vía intramuscular para 1 la tolerancia fue buena y el otro fue regular. Determinándose como factor de riesgo en el abandono de los pacientes al tratamiento acordado supervisado, la tolerancia y reacciones adversas.

Tabla 6. Características sociales relacionadas con el entorno de vida de los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva

	ACTITUD DE LA FAMILIA						ACTITUD COMPAÑEROS DE TRABAJO					ACTITUD DE AMIGOS Y VECINOS				
	Apoyo emocional	%	Aislamiento	%	Indiferencia	%	B	R	M	NO SABE	%	B	R	M	NO SABE	%
SI	5	100	1	20	1	20	2				40	2	1	1		80
NO			4	80	4	80										
NO SABE										3	60				1	20

Gráfico 4. Características sociales relacionadas con el entorno de vida de los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva

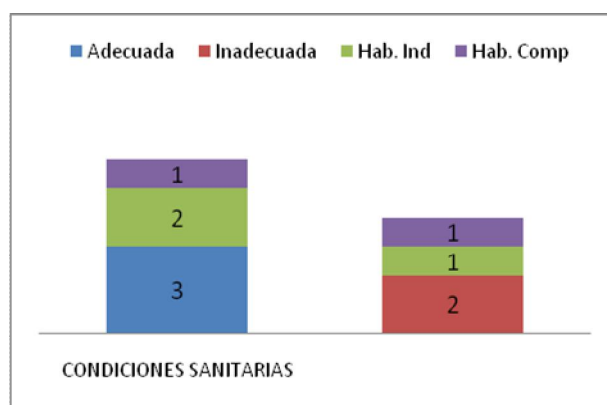


A nivel de las características sociales relacionadas con el entorno de vida de los pacientes que abandonaron el TAS durante el año 2006 en la ciudad de Neiva, se determinó que todos recibieron apoyo emocional por parte de su familia, además dos de ellos recibieron apoyo económico; sin embargo 1 percibió indiferencia por parte de una hermana, la cual no convive actualmente con él. 1 experimentó aislamiento por parte de su hermano, por miedo al contagio. En relación con amigos y vecinos se encontró que 2 percibieron buena actitud por parte de ellos, 1 regular, 1 malo y es restante prefirió mantener en secreto su enfermedad por lo que no tenían conocimiento de su estado de salud. Con respecto a la actitud de los compañeros de trabajo 2 refirieron buena actitud y 3 decidieron no dar a conocer su estado de salud.

Tabla 7. Características ambientales y condiciones sanitarias de los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva.

# HABITACIONES	COND. SANITARIAS		%	HABITACIÓN INDV PTE	
	Adecuado	Inadecuado		SI	NO
1		2	40	1	1
3	2		40	1	1
4	1		20	1	
%	60	40		60	40

Grafico 5. Características ambientales y condiciones sanitarias de los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva.

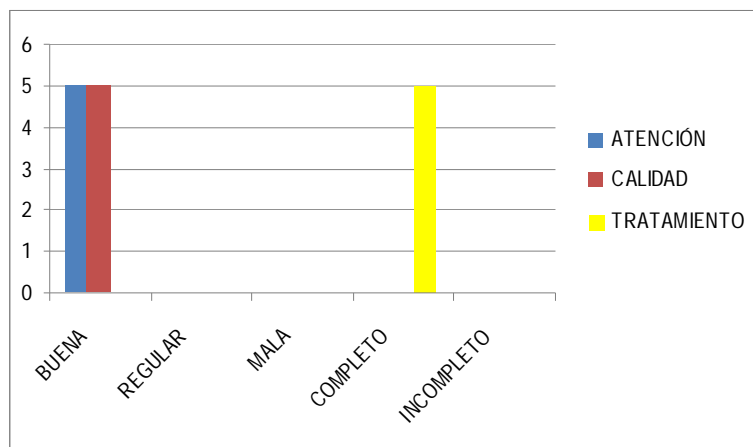


Según condiciones ambientales de las viviendas donde residían los pacientes que abandonaron el tratamiento acortado supervisado de TB; el 60% tenían condiciones inadecuadas por encontrarse aseo, ventilación, iluminación, humedad, alcantarillado, protección al sol y agua desfavorables, exposición a olores desagradables; de estos, 1 con una habitación en su vivienda e individual, 1 con una habitación en el hogar compartida con otras dos personas, y el otro paciente contaba con vivienda de 4 habitaciones en la cual conviven con 10 personas, y evidencia que existe hacinamiento, identificado junto a las condiciones sanitarias inadecuadas como factores de riesgo importantes en la diseminación de la enfermedad favoreciendo la condición del bacilo y por tanto la presentación de complicaciones futuras y una pobre evolución del estado de salud del paciente. El 40% de los pacientes presentaron condiciones ambientales adecuadas en la vivienda por encontrarse aseo, ventilación, iluminación, humedad, alcantarillado, protección al sol y agua favorables; al igual las viviendas contaban con tres habitaciones, 1 con habitación individual y el otro lo compartía con su esposa.

Tabla 8. Adherencia al programa de TB, por los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva relacionado con seguimiento y manejo del paciente por el personal de salud.

	ATENCIÓN				%VISITAS	CALIDAD			TRATAMIENTO	
	B	R	M	NA		B	R	M	Completo	Incompleto
Médico	5									
Enfermer@				5						
Aux. enferm.	5				3	5			5	0
Promotor				5						

Grafico 6. Adherencia al programa de TB, por los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva relacionado con seguimiento y manejo del paciente por el personal de salud.



El 100% de los pacientes fueron inscritos al programa de TB y recibieron atención por parte del personal médico y auxiliar de enfermería respectivamente en el centro de salud Candido Leguizamo; asistieron a los controles inicialmente pero a pesar del seguimiento y visitas recibidas por el personal de salud abandonaron el tratamiento acortado supervisado, pacientes que calificaron la atención por parte del personal de salud buena y haber recibido las dosis completas del tratamiento por parte de la auxiliar de enfermería durante su asistencia al programa de TB; quien a su vez realizó las visitas de seguimiento correspondientes, con un promedio de 3 visitas a cada uno, al haber inasistencia de 30 días o más por parte de los pacientes, éstos refirieron que las visitas recibidas fueron de buena calidad, como a la vez refirieron desconocer intervenciones realizadas por las EPS a donde pertenecían.

Tabla 9. Accesibilidad y distancia en tiempo al centro de salud de atención de los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva.

DISTANCIA / MEDIO DE TRANSPORTE	CAMINANDO	CARRO	MOTO	BICICLETA	%
< 5 min					0
5 a 15 min	1	2			60
15 a 30 min		1			20
35 a 45 min	1				20
> 45 min					0

Gráfico 7. Accesibilidad y distancia en tiempo al centro de salud de atención de los pacientes que abandonaron el TAS durante periodo año 2006 en la ciudad de Neiva.



Según el medio de transporte utilizado y distancia de desplazamiento para adquirir la atención en salud. Se identificó que el 60% de los pacientes tardaban de 5 a 15 minutos para llegar al centro de salud de atención, de los cuales 2 se transportaban en automóvil, 1 utilizando el servicio público, 1 en carro propio, el otro se transportaba a pie. Un 20% se demoraba de 15 a 30 minutos utilizando medio de transporte público, el 20% caminando y tardaba de 30 a 45 minutos.

10. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio cuantitativo de tipo descriptivo, muestra un panorama interesante de los factores asociados al abandono del TAS del paciente con tuberculosis, pese a que se encontraron limitaciones de incluir al estudio a pacientes indigentes que ha sido una de las condiciones asociadas al abandono.

La población de estudio fueron 5 personas de género masculino, en su mayoría solteros con un 60%, edad de mayor predominio entre 30 y 49 años (80%), que representa la población altamente productiva y ejercen actividades laborales independientes como panadería, vendedor ambulante, comerciante, obrero y oficios varios, devengando entre 1 y 2 SMLMV; respecto a esto, la norma 412/2000 indica que el contagio de la enfermedad es específico para todas las edades y sexos. Asociado a la investigación de la Dra. Juliana Maria Cuervo en el estudio “Abandono del tratamiento antituberculoso en casos nuevos tratados en Bogotá 1991”, encontró que los problemas económicos fueron uno de los principales motivos para el abandono al TAS y en el estudio realizado por la Enfermera Flor de Maria Cáceres sobre “Factores de riesgo para abandono del tratamiento antituberculoso, 2004” en la ciudad de Bucaramanga, éste factor fue también motivo de abandono.

Los factores asociados al abandono del TAS en la ciudad de Neiva, durante el 2006 identificados en el presente estudio fueron: bajo conocimiento de la enfermedad con un 60% (3), consumo de sustancias psicoactivas en la mayoría de los pacientes, reacciones adversas a los medicamentos tanto por vía oral como intramuscular en el 60% (3) (mareo, vértigo, dolor estomacal, brotes, rasquiña, vómito y sueño) de los pacientes e intolerancia a la misma; según investigaciones realizadas por la Dra. Cuervo y la Enf. Cáceres, coinciden en factores relacionados con el paciente en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, en relación con el Tratamiento Acortado Supervisado con las reacciones adversas, además de que la falta de información al paciente acerca de la enfermedad los lleva a tomar alternativas, entre ellas, a abandonar el tratamiento. Factor relacionado y descrito en la Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar del 2007, donde registra que el consumo de sustancias psicoactivas y la aparición de efectos colaterales son un factor de riesgo, que aumenta la susceptibilidad de las personas a la enfermedad.

El 60%(3) de los pacientes tenían condiciones ambientales inadecuadas en su vivienda por encontrarse aseo, ventilación, iluminación, humedad, alcantarillado, protección al sol y agua desfavorables; un 20% (1) presentaba hacinamiento lo

que contribuye a la propagación del bacilo de Koch, sin embargo esta situación no influyó en el paciente para el abandono del TAS. En la Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar del 2007, el hacinamiento y las inadecuadas condiciones higiénicas son factores de riesgo para el abandono del TAS; por otro lado, la Enfermera Cáceres en sus estudios ha evidenciado la asociación entre la falta de vivienda y el abandono del tratamiento contra TBC, pero no las condiciones sanitarias; a diferencia de ésta, en la investigación de la Dra. Cuervo, esto no representó un factor de riesgo para el abandono.

Con respecto a las características sociales, se encontró que el 100 % de los pacientes recibieron apoyo emocional por parte de su familia, pese a que 2 de ellos refirieron aislamiento e indiferencia por otros familiares. En lo relacionado con amigos, vecinos y compañeros de trabajo, se encontró que la mayoría prefirió mantener su estado de salud en secreto, por temor al rechazo. Según el estudio de Enfermera Cáceres, cuando el paciente se siente aislado por su familia y amigos, está más propenso a abandonar el tratamiento, lo que coincide con lo encontrado en esta investigación.

A nivel del seguimiento y manejo institucional, el 100% de los pacientes refirieron haber recibido atención sólo por parte del personal médico y auxiliar de enfermería en el centro de salud Cándido Leguizamón, calificándola como buena, además de haber recibido las dosis completas del tratamiento por parte de la auxiliar de enfermería, mientras asistió al programa de TB. Por el contrario en los estudios de Cáceres y Cuervo, los problemas en la atención en salud al paciente se convirtieron en factor predisponente para el abandono del TAS. Dando aplicabilidad a la norma 412 del 2007, el programa de TB debe ser liderado por personal capacitado de forma continua; al contextualizarlo, se evidencia que es manejado por personal médico y auxiliar de enfermería, éste último es cambiado periódicamente, dando como resultado que se vea afectada la continuidad del programa y por ende la adherencia de los pacientes al mismo.

El 100 % de los usuarios que abandonan el TAS, se refieren haber recibido visita domiciliar por la auxiliar de enfermería, con un promedio de 3 visitas a cada uno, las cuales fueron de buena calidad según lo referido por los usuarios; sin embargo, se evidencia que éstas no fueron efectivas, puesto que no se logró que los pacientes regresaran y terminaran el tratamiento; factor que no cuenta con referencia de estudio en las investigaciones de la enfermera Cáceres y la Dra. Cuervo.

11. CONCLUSIONES

- La totalidad de la población del estudio fueron de sexo masculino, trabajadores independientes con ingresos económicos que oscila entre 1 y 2 SMLM, además están cubiertos por un sistema de seguridad social en salud. Entre ellos el régimen subsidiado y pobres no asegurados.
- El conocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes fue poca o nula, pese a que este tipo de pacientes tienen un contacto permanente con el personal de salud; se identificó que a menor conocimiento de la enfermedad, regular aceptación de la misma.
- Los estilos de vida como: el consumo de cigarrillo y sustancias psicoactivas es un factor importante en el abandono que deteriora el estado de salud y retrasa la evolución satisfactoria del estado de salud de la paciente.
- La mayoría de los pacientes presentaron reacciones adversas a los medicamentos tanto por vía oral como intramuscular, obteniendo regular tolerancia de los mismos.
- Las condiciones ambientales y sanitarias más relevantes encontradas fueron: La falta de habitación individual del paciente y el hacinamiento evidenciado en el hogar de 1 paciente, lo que contribuye a la propagación del bacilo.
- Todos los pacientes refirieron contar con apoyo emocional por parte de su familia; además, la mayoría de ellos optaron por mantener en secreto su enfermedad, ante sus vecinos, amigos y compañeros de trabajo para evitar su.
- A pesar de que recibieron un promedio de 3 visitas durante el tratamiento, estas no fueron efectivas porque no se logró canalizar a todos los pacientes a continuar el TAS y lo abandonaron.
- Dar continuidad a próximas investigaciones en cuanto al seguimiento del paciente con TB, introduciendo especialmente a los que abandonaron el TAS para verificar la resistencia y/o potencialidad de la enfermedad; permitiendo la formación de nuevos aportes para el mejoramiento del programa y por ende de la calidad de vida del paciente y sus familias.
- Para conocimiento de operatividad del sistema de información de los usuarios del programa TB, se dificulta la consecución de la misma toda vez que no existe una base de datos validada que concuerde la que se registra en la Secretaría de

salud y el centro de atención Centro de Salud Cándido y a nivel de EPS desconocen el usuario. Al igual no se registra historia clínica.

- El programa de TB existe en el municipio de Neiva bajo la administración de Enfermera y auxiliares de enfermería, pero la prestación de servicios esta centralizado en la IPS Centro de Salud Cándido Leguizamo, cuenta con personal médico y una auxiliar de enfermería la cual es rotada periódicamente lo que hace que la gerencia, administración, continuidad y adherencia al programa sea débil.
- A nivel de las EPS donde es afiliado los usuarios que abandonaron el tratamiento, entre los identificados régimen subsidiado el 90% de ellas desconocen que sus afiliados son pacientes de TB, puesto que han asignado su responsabilidad a las IPS.

BIBLIOGRAFÍA

Manual de Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis en Atención Primaria. Dirección General de Salud Pública. Xunta de Galicia. España, 1993.

NORMA I. SOZA PINEDA*; SUSAN M. PEREIRA; MAURICIO L. BARRETO. Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: resultados de un estudio comparativo. Instituto de Salud Colectiva, Universidad Federal de Bahía. 2005.

Ministerio de Salud. Manual de Normas de Prevención y Control de Tuberculosis. 1995.

OMS. Directrices para el tratamiento de la Tuberculosis Farmacorresistente. GTB 1997.

OMS. Programa de la OMS contra la Tuberculosis: Marco para el control eficaz de la tuberculosis. Documento OPS/OMS, 1994.

OPS. Manual para el control de las enfermedades transmisibles. 2005.

REVISTA PANAMERICANA DE SALUD PUBLICA. 2001

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA. Manual del Programa de Control de Tuberculosis. Managua, Nicaragua: Ministerio de Salud; 2002.

MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Situación de salud en Colombia. Plegable de Indicadores básicos de Salud. Bogotá: Minsalud, 2002.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Dirección general de promoción y prevención. Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. BOGOTÁ DC: Ministerio de Salud, Dirección General de salud; 2007.

INS, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública. Informe del VI periodo epidemiológico. 2006.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ DC. Protocolos de Vigilancia de la Salud Pública: Tuberculosis. Bogotá: Dirección de Salud pública. 2001.

SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN COLOMBIA, 2002. Pablo Enrique Chaparro.

JULIANA MARÍA CUERVO ROJAS. Aproximación cualitativa al abandono del tratamiento antituberculoso en casos nuevos tratados en Bogotá. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. 1999.

CÁCERES FLOR DE MARÍA. Factores de Riesgo para Abandono (no adherencia) al tratamiento antituberculoso. Facultad de Salud. Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia 2004.

MARRIER, TOMEY, Modelos Y Teorías De Enfermería, 3ª ed., Editorial Mosby y Dayma libros. España, 1994.

JEAN, JENNY, La Teoría del Déficit del Autocuidado y los Diagnósticos de Enfermería, una prueba de su adecuación conceptual, Journal of Nursing Education May, Vol 30 N° 5. 1991.

BRUNNER Y SUDDARTH, Enfermería Medicoquirúrgica, Vol. I novena edición, editorial Interamericana McGraw-hill.

www.journal.paho.org/index.php?a_ID=415.

www.medicinabuenosaires.com/vol60supl1/tuberculosis.htm.

www.editorial.unab.edu.co/revistas/medunab/pdfs/r721_rt_c2.pdf.

www.scielo.org.co/scielo.php.

ANEXOS

Anexo A. Consentimiento Informado



**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE SALUD**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificad@ con Cédula de Ciudadanía número _____ de _____, en uso de mis facultades mentales y psicológicas, certifico que he recibido información sobre el proyecto de investigación **“Factores asociados al abandono del TAS por los pacientes con Tuberculosis, manejados en las entidades de salud de la Red Local del Municipio de Neiva durante el año 2006 y primer trimestre del año 2007”**, de los objetivos, la justificación y los métodos a utilizar como la revisión de historias clínicas y entrevistas las cuales serán grabadas en medios electrónicos, las molestias, riesgos esperados y beneficios a obtener.

También he sido informad@ que tengo derecho a:

- Recibir información y obtener respuesta a cualquier duda a cerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.
- Retirar mi consentimiento en el momento que lo desee sin que se creen perjuicios en mi cuidado o tratamiento.
- La información recolectada se utilizará únicamente para los fines investigativos ya descritos.
- La seguridad de que no se me identificará por mi nombre y el compromiso de proporcionarme la información obtenida durante el estudio, respetándose el derecho a la intimidad.

Doy mi aprobación para participar en dicha investigación.

Firma _____
Ciudad _____ Fecha _____

TESTIGO

Nombre _____
Firma _____
C.C _____
Dirección _____
Teléfono _____

Anexo B. Instrumento de Campo



INSTRUMENTO DE CAMPO
PROYECTO “FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TÁS DE LOS
PACIENTES DE TB ATENDIDOS POR LA RED LOCAL DE SALUD DE LA
CIUDAD DE NEIVA, DURANTE EL AÑO 2006

Fecha: _____ **Ciudad:** _____

Objetivo: Recolección de información a nivel del usuario, mediante visita domiciliaria.

1. IDENTIFICACIÓN (DEMOGRAFÍA)

• Nombre: _____

• Edad: _____

• Género: F M

• Nivel socioeconómico:

- Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Nivel 4 Otro

Cual _____

• Dirección: _____

• Comuna _____

• Zona: Urbana Rural

• Estado civil:

- Soltero (a)

- Casado (a)

- Unión libre

- Separado (a)

- Viudo (a)

• ¿A que seguridad social está afiliado?

- Contributivo

- Subsidiado

- Vinculado

- No tiene

- Entidad _____

• ¿Cuál es su ocupación?

- Trabajador independiente Dependiente

- Otro
- Cual _____
- No aplica
- ¿Cuántos SMLMV gana?
 - Menos de 1 SMLMV
- Cuánto: _____
- Entre 1 - 2 SMLMV
- Entre 2 – 4 SMLMV
- Más de 4 SMLMV
- Sin ingreso

2. PERSONA

- ¿Fuma?
 - Frecuentemente
 - A veces
 - Nunca
- ¿Consume sustancias Psicoactivas?
 - Frecuentemente
 - A veces
 - Nunca
 - Cual(es) _____
- ¿Durante el TAS de TB durante el año 2006 padeció de algunas enfermedades?
 - Si No
 - Cuales: _____
 - ¿Recibió tratamiento para dicha enfermedad? Si No
 - ¿Qué tipo de tratamiento recibió?
 - Medico
 - Casero
 - Otro Cual _____
 - ¿La enfermedad influyó en el abandono del tratamiento de TB? Si No
 - ¿Por qué? _____
- ¿Conocimiento sobre la Tuberculosis?
 - ❖ Definición
 - ❖ Causas
 - ❖ Síntomas
 - ❖ Tratamiento
 - ❖ Prevención

Calificación:

- De 0 a 1 aspecto = **Nada**
- De 2 a 3 aspectos = **Poco**
- De 4 a 5 aspectos = **Mucho**

- Como fue la aceptación de la enfermedad por parte:

- Paciente: Buena Regular Mala

¿Por qué? _____

- ¿Alguna vez experimentó rechazo a causa de su enfermedad? Si No

Que tipo de rechazo: _____

- En relación con las comidas diarias:

- Desayuna: Si No

- Almuerza: Si No

- Cena: Si No

Tipo de alimentos: _____

Observaciones: _____

- ¿Come entre comidas? Si No

Qué alimentos: _____

3. TAS

- ¿En que fecha inició el tratamiento?

- ¿En que fecha abandonó el tratamiento?

- ¿Si reingresó al tratamiento en que fecha lo hizo?

- Con que frecuencia asistía al tratamiento:

- Diario

- Semanal

- Mensual

- Otro Cual _____

- La tolerancia a los medicamentos fue:

- Por V.O. B R M

Por qué _____

- Por vía I.M. B R M

Por qué _____

- ¿Presentó efectos adversos a los medicamentos? Si No

Cuales: _____

Medicamentos causantes: _____

Con que frecuencia: _____

4. SOCIALES

- ¿Cuál fue la actitud de su familia ante su estado de salud?

- Apoyo de tipo: Económico Emocional

Por quien _____

- Aislamiento

Por quien _____

- Indiferencia

Por quien _____

- No saben

• ¿Cómo fue la actitud de sus compañeros de trabajo ante su estado de salud?

- B R M

Por qué _____

- No saben

• ¿Cómo fue la actitud de sus amigos y vecinos ante su estado de salud?

- B R M

Por qué _____

- No saben

5. CARACTERISTICAS AMBIENTALES

• ¿Número de personas con las que convive? _____

Quienes: _____

• ¿Número de habitaciones de la vivienda? _____

- ¿Su habitación es individual? Si No

- ¿Con quien la comparte? _____

• ¿Con qué frecuencia realizan aseo en la vivienda? _____

Favorable Desfavorable

• ¿Condición de la iluminación en la vivienda?

Favorable Desfavorable

• ¿Condición de la ventilación en la vivienda?

Favorable Desfavorable

• ¿En la vivienda hay presencia de humedad? Si No

• ¿La vivienda cuenta con alcantarillado? Si No

• ¿Su habitación está protegida del sol y el agua? Si No

• ¿La vivienda está expuesta a condiciones tales como: gases, químicos, olores, humos, polvo, ruido, entre otras? Si No

Cuales: _____

6. SERVICIOS DE SALUD

- Durante el tratamiento de TB la asistencia recibida por parte del:

- Medico fue: B R M

Por qué: _____

- Por la enfermera (o): B R M

Por qué _____

- Por Auxiliar de enfermería: B R M

Por qué _____

- Por Promotor de Salud: B R M

Por qué _____

- Otro Cual _____

- Durante el tratamiento de TB el suministro de medicamentos fue:

- Completo

- Incompleto

- A tiempo

- No a tiempo

- No se administró

Por qué: _____

- Dirección de la vivienda en la que vive: _____

- Centro de salud en el que recibía el tratamiento para la TB: _____

- ¿Cuál es la distancia en tiempo desde su residencia hasta el centro de salud?

- Menos 5 min.

- 5 a 15 min.

- 15 a 30 min.

- 30 a 45 min.

- 45 a 60 min.

- Más de 1 hora Cuánto _____

- ¿Qué medio de transporte utilizaba cuando asistía a recibir el tratamiento para la TB?

- Caminando

- Carro

- Moto

- Bicicleta

- Otro Cual _____

Por qué _____

- ¿Recibió visitas domiciliarias por parte del personal de salud durante el tratamiento de la TB?

Si No Cuantas visitas: _____

• ¿De quién recibió las visitas?

Médico

Enfermera (o)

Auxiliar enfermería

Promotor Salud

¿Cómo considera la calidad de la visita? B R M

Por qué: _____

Responsable del diligenciamiento: _____

Anexo C. Instrumento Institucional



INSTRUMENTO INSTITUCIONAL
PROYECTO “FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TAS DE LOS
PACIENTES DE TB ATENDIDOS POR LA RED LOCAL DE SALUD DE LA
CIUDAD DE NEIVA, DURANTE EL AÑO 2006

FECHA: _____

MUNICIPIO: _____

ENTIDAD DE SALUD: _____

OBJETIVO: Recolección de información mediante visita institucional donde fue atendido el usuario, para la revisión de historia clínica.

I. ADMINISTRACIÓN DEL PROGRAMA

Responsable del programa

*Profesión: _____

*Horarios de atención: _____

Tarjeta individual

*¿Las tarjetas individuales corresponden a personas diagnosticadas como enfermos de Tuberculosis?

Si No Porqué? _____

* ¿Las tarjetas se conservan en el fichero de cuatro compartimentos c/u para cada trimestre?

Si No

- si su respuesta es si, ¿Éstas están al alcance del personal de salud?

Si No Quién? _____

* ¿En la consulta medica pasan la tarjeta individual al medico junto con la historia clínica?

Si No Porqué? _____

Su diligenciamiento es	CARA A			CARA B		
	SI	NO	OBSERVACIONES	SI	NO	OBSERVACIONES
CLARO / LEGIBLE						
COMPLETO						
ACTUALIZADO						

* ¿Los pacientes que abandonaron el TAS, tuvieron ficha individual?
 Si No Porqué? _____

Registro de pacientes con TB

* ¿Cuentan con el libro de registro de pacientes con TB?
 Si No Porqué? _____

SU DILIGENCIAMIENTO ES			
	SI	NO	OBSERVACIONES
CLARO / LEGIBLE			
COMPLETO			
ACTUALIZADO			

* ¿Registra resultados de BK?
 Si No Porqué? _____

* ¿Se registra el egreso del paciente?
 Si No Porqué? _____

Libro del laboratorio de Tuberculosis

* ¿Usan el informe del libro de laboratorio de Tuberculosis?
 Si No Porqué? _____

SU DILIGENCIAMIENTO ES			
	SI	NO	OBSERVACIONES
CLARO / LEGIBLE			
COMPLETO			
ACTUALIZADO			

Registro de informe trimestral de casos y actividades

* ¿Cuentan con el registro trimestral de casos y actividades?

Si No Porqué? _____

SU DILIGENCIAMIENTO ES			
	SI	NO	OBSERVACIONES
CLARO / LEGIBLE			
COMPLETO			
ACTUALIZADO			

Análisis de Cohorte

* ¿En el año 2006 se realizó análisis de la cohorte?

Si No Porqué? _____

*¿Qué resultados obtuvo?

II. VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

* ¿Los usuarios que abandonaron el TAS en el 2006, fueron visitados posteriormente?

Si No Porqué? _____

* ¿Qué clase de seguimiento se realizó?

- visita domiciliaria

- llamada

- otro cuál? _____

* Frecuencia:

- Cada mes

- Cada 2 meses

- Cada 3 meses

- Otra Cuál _____

* ¿Actualmente conoce el estado de salud del usuario que abandonó el tratamiento?

Si No Porqué? _____

* ¿Se realizó estudios a los contactos del usuario que abandonó el TAS?

Si No A quién (es)? _____

* ¿Están actualmente en tratamiento?

Si No Porqué? _____

Registro de historia clínica

ÍTEMS A EVALUAR	ENFERMERÍA			MEDICINA		
	COMPLETO	INCOMPLETO	NO APLICA	COMPLETO	INCOMPLETO	NO APLICA
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
REGISTRO EVOLUCIÓN (valoración física, laboratorio, tratamiento)						
FIRMA DEL PROFESIONAL						

Anexo D.

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN
“CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS
PULMONAR”**

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN “CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR”

INTRODUCCIÓN

La siguiente propuesta está basada en un estudio investigativo realizado por los estudiantes de Enfermería de VIII semestre, de la Universidad Surcolombiana de la ciudad Neiva sobre “Factores asociados al abandono del TAS por los pacientes con Tuberculosis manejados en las entidades de salud de la red local del municipio de Neiva, durante el año 2006”.

El paciente con Tuberculosis tiene derecho a que se le garantice, detección, diagnóstico y tratamiento oportuno, gratuito y supervisado de la enfermedad, brindando así, una atención integral, con personal capacitado, fomentando el autocuidado en la población, para disminuir la morbimortalidad por tuberculosis y las repercusiones sociales y económicas que conlleva.

La propuesta está dirigida al cuidado de Enfermería en aquellos pacientes que padecen Tuberculosis, asociando como integrador principal sus familiares, quienes son su principal contacto; el cuidado de Enfermería es fundamental para la pronta recuperación del paciente y su respectiva educación fomentando la prevención y contribuyendo así a mejorar las condiciones de salud de la población.

Es importante que la atención sea integral e individualizada, con calidad y calidez dirigida al paciente y su familia con fines educativos, de control y de seguimiento para contribuir a la adherencia al programa y lograr la curación del paciente, con la contribución de la calidad y oportunidad de la atención proporcionada y establecida entre el paciente, el personal de enfermería y la entidad de salud (IPS – EPS c-s).

JUSTIFICACIÓN

La tuberculosis es una enfermedad de interés en salud pública que referencia la pobreza de una población o descuido de un ente territorial para el mantenimiento y control del estado de salud de su población, estableciéndose en Colombia normatividad por el Ministerio de la protección Social sobre el manejo y control de la tuberculosis, registrado en normas técnico administrativas y guías de atención en el sector de la salud y a pesar de estos insumos se continua la existencia de la enfermedad. Entre los múltiples servicios se encuentra definir y garantiza el suministro de medicamentos a pacientes positivos, pero desafortunadamente uno de los principales causales de la incidencia de la patología es el abandono del Tratamiento acortado supervisado, considerándose uno de los principales obstáculos para el control de la enfermedad conllevando al aumento de casos con multirresistencia al bacilo, convirtiéndose así en un problema agudo de interés para salud pública a nivel municipal, regional y nacional.

Según el estudio realizado por estudiantes del programa de Enfermería de VIII semestre de la Universidad Surcolombiana; **“FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ACORTADO SUPERVISADO POR LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MANEJADOS EN LAS ENTIDADES DE SALUD DE LA RED LOCAL DEL MUNICIPIO DE NEIVA DURANTE EL AÑO 2006”**, se encontró que dentro de los causales de abandono al TAS de los pacientes en el municipio de Neiva durante el año 2006 están relacionadas con:

Reacciones adversas por los medicamentos en un 60%, - Bajos ingresos económicos en un 80%, bajo nivel de conocimiento a cerca de la enfermedad 100%; La mayoría de los pacientes se encuentran en un rango de edades altamente productiva; el 60% devengaba menos de 1 SMLMV. - Inadecuadas condiciones ambientales en su entorno.

Por todo lo anterior, comparándolo con la Guía de atención de la Tuberculosis pulmonar se recomienda una propuesta basada en el Cuidado Integral de Enfermería, que contribuya a la adherencia de los pacientes al TAS, brindando atención integral al paciente y a su familia; promoviendo en las aseguradoras el compromiso del trabajo interdisciplinario en el conocimiento y seguimiento a las IPS en el mantener la salud de la población afiliada, entre ellos los usuarios del programa TB para garantizar el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación específica de los usuarios, desencadenando control y disminución de la incidencia de la enfermedad en la población.

OBJETIVOS

GENERAL

Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del paciente TB, proporcionando cuidado de la salud por profesional de Enfermería, Favoreciendo accesibilidad al TAS, Disminuir los casos de abandono y Fortalecer la adherencia al programa; en el municipio de Neiva y el Huila.

ESPECÍFICOS

- Garantizar el TAS completo y oportuno a los pacientes con Tuberculosis, haciendo seguimiento, búsqueda y control domiciliario del usuario, por parte de las IPS.
- Fomentar la búsqueda de sintomáticos respiratorios para Diagnostico precoz, manejo y control de patología.
- Aumentar cobertura en educación a la población sobre la Tuberculosis, realizar tomas de baciloscopia por concentración comunitaria a través de campañas dirigidas a los contactos de los pacientes.
- Diseñar, validar y mantener actualizada una base de datos confiable de los pacientes, corroborando la información, para garantizar la ubicación, seguimiento y control de pacientes que hayan abandonado el TAS.
- Ejecutar capacitaciones y sensibilización a nivel de las EPS C – S para que rediseñen estrategias de sensibilización, demanda inducida, seguimiento y control de pacientes usuarios del programa TB.

CONTENIDO DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN, “CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR”

Dentro de la profesión de enfermería, el CUIDADO es identificado como la base fundamental y del cual nace el quehacer y la razón de ser de la misma. Así mismo, el proceso de *cuidar* resulta de una construcción propia de cada situación; el cual es llevado a cabo a través de una identificación de los problemas de salud y las necesidades reales o potenciales de las personas, familias o colectivos que demandan el cuidado; lo cual puede crear autonomía o dependencia como consecuencia de las actitudes que asume el cuidador.

Esta propuesta establece la importancia de la intervención del estado de salud; haciendo énfasis fundamental en el CUIDADO DE LA SALUD que se debe brindar a los pacientes con tuberculosis pulmonar, la cual se basa en aspectos que surgen de los resultados encontrados en el estudio realizado por estudiantes de enfermería VIII semestre Universidad Surcolombiana “ factores asociados al abandonar el TAS durante el año 2006 en la ciudad de Neiva; con lo cual se pretende lograr una disminución en la incidencia de abandono de tratamiento, incremento en la adherencia al programa y dar cumplimiento por las EPS e IPS a los objetivos de la guía de atención, normalizados por el Ministerio de la Protección Social en la Resolución 412 del 2000..

Se establece las siguientes intervenciones:

✓ ADMINISTRACIÓN DEL PROGRAMA

Liderado y Realizado por profesional de Enfermería

El profesional de Enfermería es un recurso humano capacitado y competente para liderar procesos de CUIDADO DE LA SALUD, como a su vez establece cordialidad y trabajo integral con personal de apoyo en salud, según lo establece la normatividad vigente por el Ministerio de la Protección Social “Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar”, el programa de TB puede estar a cargo de personal de enfermería capacitado.

En el estudio se evidencio que actualmente el programa esta siendo administrado por un profesional de enfermería y personal de apoyo tres (3) auxiliares de enfermería a nivel de la Secretaria de Salud, a nivel de las EPS en el 90% desconocen la existencia de usuarios de TB afiliados; toda vez que le asigna esta responsabilidad a las IPS de su red prestadora, y a nivel de la IPS, se encontró que en el Centro de Salud Cándido, el cual presta el servicio a afiliados del

régimen subsidiado, vinculados y/o no asegurados del municipio de Neiva; el programa TB está siendo manejado por personal auxiliar de enfermería, que cuenta con capacitación moderada y periódicamente está siendo rotada, desencadenando en el programa falta de cuidado, seguimiento y oportunidad de los usuarios, como a la vez seguimiento y oportunidad del archivo histórico del manejo de paciente.

Por lo tanto se considera que el profesional de enfermería que cuenta con la formación académica necesaria para liderar el manejo integral del estado de salud del paciente, caracterizándose con gran capacidad intelectual para desempeñar actividades dirigidas a brindar información, educación a la comunidad mediante la promoción de estilos de vida saludables y prevención de factores de riesgo que afectan la salud, siendo conocedores de que el primer objetivo de los cuidados de enfermería es la promoción de la salud a través del mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la salud, de la familia y de sus miembros, por medio de los procesos de aprendizaje en el cuidado de los pacientes, teniendo como base del cuidado los modelos de las Teoristas **Virginia Henderson**: la cual se afirma que “los cuidados de enfermería se centran en la ayuda a las personas enfermas o sanas, en la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades, para alcanzar independencia”. **Dorotea Orem**: quien basa su teoría en “el cuidado personal o auto cuidado”, y **Hildegarde Peplau**: “reconoce la ciencia de enfermería como una ciencia humana, visualizando el cuidado en la relación interpersonal.

Por lo anterior se considera prioritario que para el desarrollo de las distintas actividades integrales en salud, el programa TB debe estar liderado por profesional de Enfermería contando con personal de apoyo capacitado por ellos mismos y de continuo manejo; en lo que establece al manejo del programa de pacientes con TB como: administración de medicamentos, visitas de control a los pacientes que asisten puntual al tratamiento para reforzar la importancia de la adherencia al mismo. Además el profesional tendrá la responsabilidad de la actualización de la base de datos de los pacientes inscritos al programa, realizar controles de enfermería al 1, 3 y 5 mes de tratamiento y realizar visitas de seguimiento a los pacientes con factores de riesgo de abandono; con el fin de brindar y/o reforzar los conocimientos del paciente y su familia sobre la enfermedad, el tratamiento, direccionar y ejecutar campañas de búsqueda activa comunitaria e institucional, contribuyendo y evaluando la disminución de la incidencia de abandono y fortalecer la adherencia al programa en el municipio de Neiva.

✓ **ACTUALIZACIÓN BASE DE DATOS DE USUARIOS DEL PROGRAMA**

El sistema de información es vital importancia en los procesos y programas que se adelantan en salud, ya que este es base fundamental para la operatividad del mismo, el cual permite mantener identificada la población y hacer seguimiento en las intervenciones necesarias. El sistema de información en el programa TB debe contar con los siguientes módulos:

- Identificación
- Antecedentes familiares y personales
- Enfermedad actual
- Laboratorios y Medios de diagnóstico
- Evolución médica y de enfermería (signos y síntomas, reacciones al tratamiento)
- Tratamiento (suministro, oportunidad y efectividad)
- Seguimiento domiciliario (condiciones de la vivienda, ambientales, ocupacionales, manejo y convivencia con la enfermedad a nivel del paciente y la familia).
- Educación (a nivel individual, familiar y comunitario)
- Estudio de contactos
- Observaciones

Se considera de vital importancia que este sistema de información sea centralizado en la secretaría de salud municipal, con área de influencia de generación y retroalimentación del manejo del programa por parte de las EPS c-s e IPS de la red local de salud del municipio de Neiva.

✓ **IMPLEMENTACIÓN DE UN HOGAR DE PASO**

Los paciente de TB por su condición de enfermedad, son poco aceptados por su familia, experimentando aislamiento e indiferencia en el convivir diario; lo cual desencadena problemas psicológicos, detrimento del estado de salud, mal nutrición, entre otros. Por consiguiente se establece la necesidad que los pacientes diagnosticados con TB aislados de su familia y de la sociedad cuenten con un hogar de paso que les brinde atención en salud, entre ellos el suministro supervisado del tratamiento hasta la curación, siendo esto uno de los factores que se evidenció en el estudio como abandono.

Además, la guía de atención de la tuberculosis del Ministerio de la Protección Social en la Resolución 412 del 2007, reglamenta que: “se debe colocar en aislamiento a todo paciente sospechoso o confirmado de TB pulmonar o laríngea,

hasta que no sea contagioso”; por tanto en estos paciente sería de gran utilidad la implementación de un lugar con ambiente adecuado, puesto que se tendría un mayor control sobre el aislamiento y se garantizaría no solo contar con el servicio de salud, sino también la parte de recreación, lúdica, nutrición y productividad.

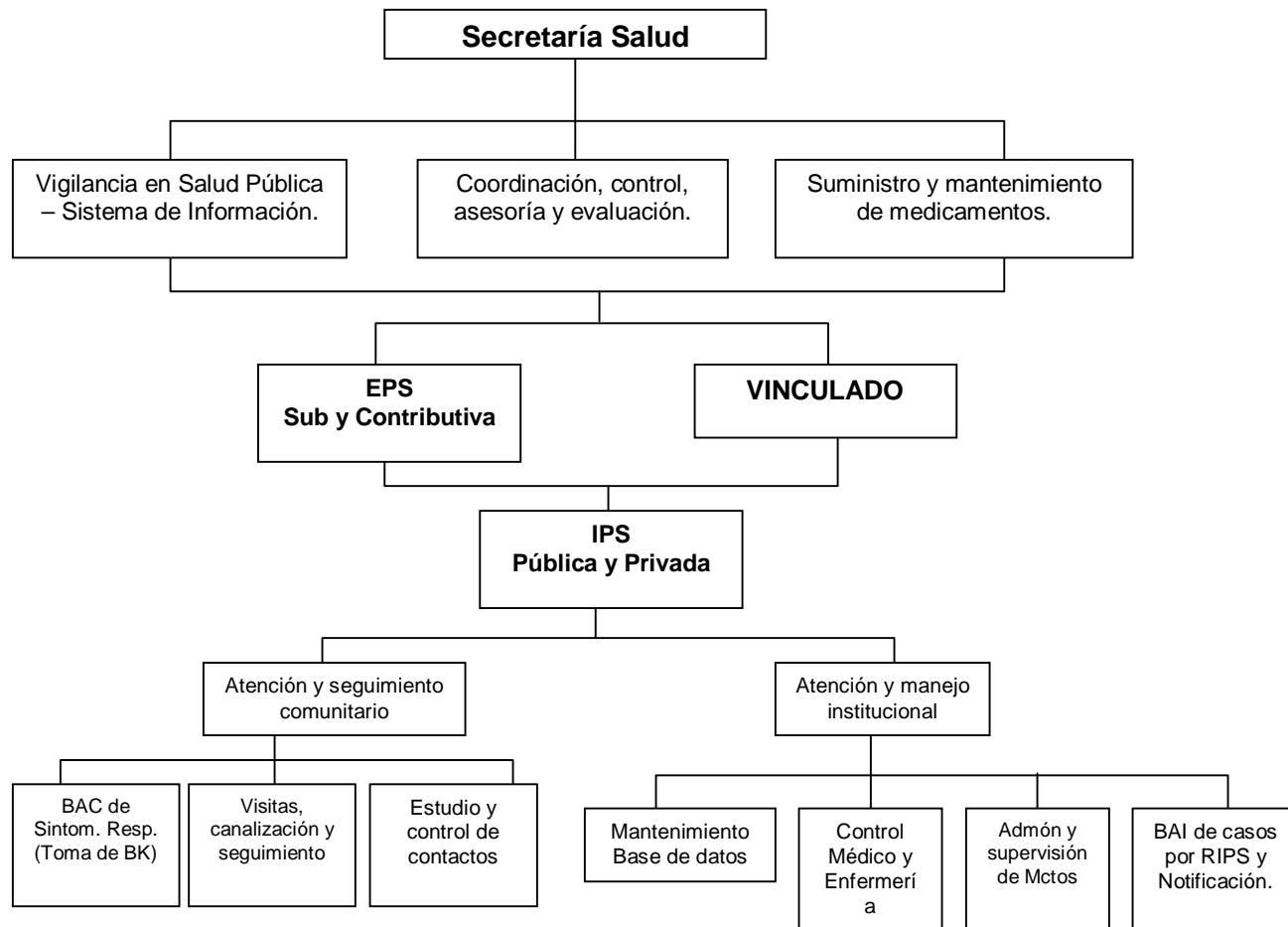
El hogar contaría con el apoyo de profesionales que conformarán un grupo interdisciplinario, encargado de la prestación integral del cuidado de la salud al usuario y así contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de cada uno de ellos, su familia y comunidad.

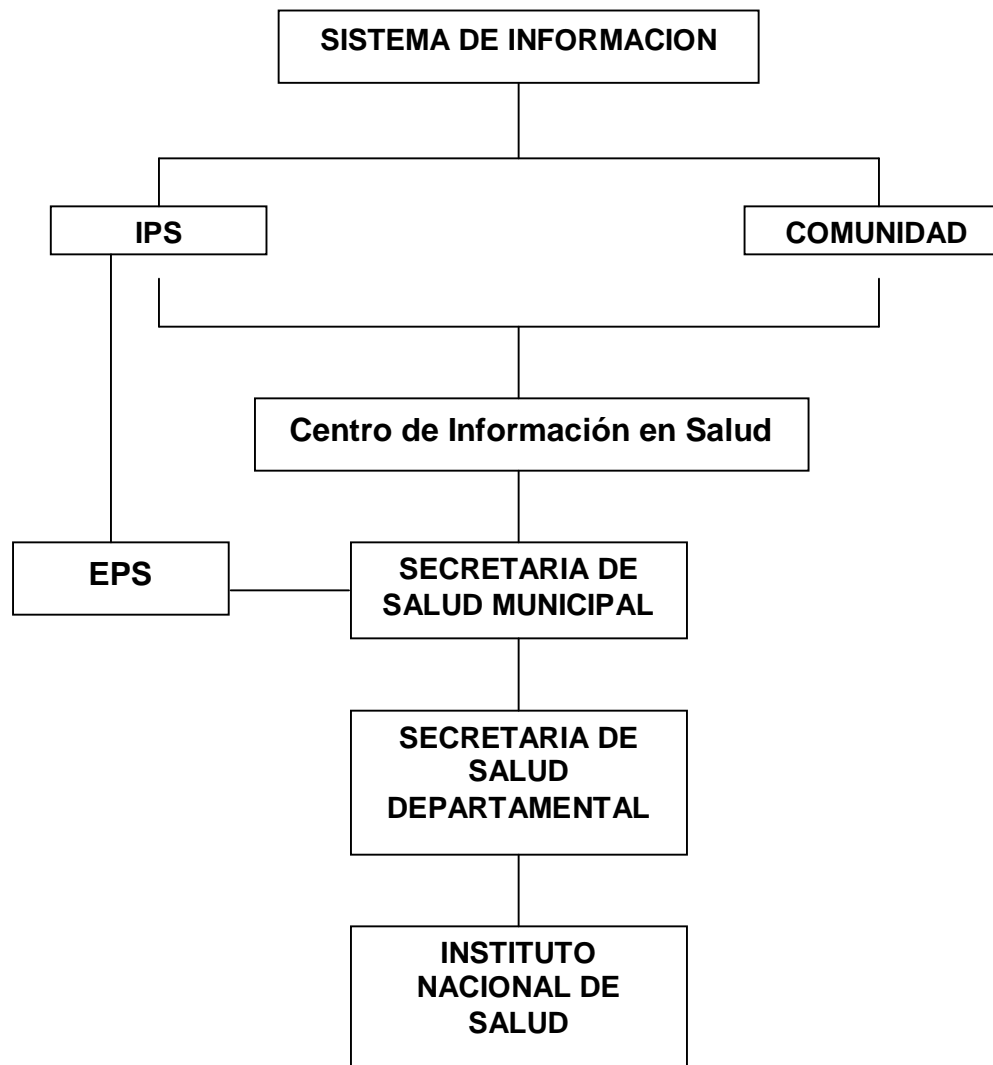
✓ **DISEÑAR, PLANTEAR Y ESTRUCTURAR EL FLUJOGRAMA INSTITUCIONAL E INTERINSTITUCIONAL Y COMUNITARIO PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES**

El manejo del paciente con TB debe ser bajo la estructura administrativa y operativa del sistema de salud, el cual está basado en las competencias y responsabilidades de las EPS c-s y las IPS, con la dirección, vigilancia y control de la Secretaría de Salud Municipal y Departamental; integrado a nivel interinstitucional y comunitario.

La presente propuesta plantea la necesidad de diseñar y estructurar el flujograma para la atención y conocimiento de la operatividad del programa de TB, como a su vez, la competencia de la notificación y validación de la información de este evento de interés en salud pública; por lo anterior, se desarrollarán mesas de trabajo con entidades de salud, entidades sociales, ONG y la comunidad para el cuidado de la salud integral del paciente y su familia; coadyuvando al direccionamiento de estrategias de búsqueda activa institucional y comunitaria para la detección temprana y control oportuno de los nuevos casos de TB y así, contribuir a la reducción del número de casos la enfermedad. Uno de los flujogramas que se plantea es el siguiente:

FLUJOGRAMA DE ATENCION





✓ **BRINDAR ATENCIÓN INTEGRAL, MEDIANTE EL CUIDADO DE LA SALUD A LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE TB**

El cuidado de la salud integra la atención social, psicológica, física, nutricional y recreacional de una persona y en especial al paciente de TB; en consideración se debe establecer procesos de atención que permitan la adherencia al programa hasta logra la curación, control de contactos y restablecimiento de la calidad de vida de la población.

Entre los cuidados se establece:

- Atención psicológica (el escuchar y manejar las necesidades del usuario, enfrentado al reconocimiento y cuidado de su estado de salud, integrando la familia).
- Atención médica (valoración de la evolución de la enfermedad, mediante la aplicabilidad de la norma, seguimiento de la curación)
- Atención enfermería (administración del programa, valoración de la evolución de la enfermedad, mantenimiento y suministro de medicamentos, seguimiento de contactos y educación permanente.
- Atención de nutricionista (valoración del estado nutricional del paciente, visitas domiciliarias, educación y manejo de hábitos alimenticios).
- Atención de trabajo (atención de necesidades sociales, mediante visita y seguimiento domiciliario).
- Atención de terapia ocupacional (desarrollo de capacidades y habilidades de los pacientes y su familia, conduciéndolos a la producción y consecución de recursos, uso de espacios libres para lúdica y recreación).
- Atención de auxiliares de enfermería (búsqueda activa de sintomáticos respiratorios, administración de medicamentos y visitas de seguimiento).

La propuesta establece la capacitación del personal necesario en el cuidado integral, bajo la competencia de cada uno de los profesionales con que cuente la secretaría de salud municipal.

METODOLOGÍA

PRIMERA ETAPA

- **Socialización de la propuesta y establecimiento del cronograma de actividades**
- **Sensibilización en el manejo del paciente TB, en la red local de salud (aseguradoras y prestadoras).** Una vez aprobada la propuesta ante la Secretaría de Salud Municipal, se dará a conocer ante los representantes que conforman la red local de salud asimismo los resultados arrojados por la investigación enunciada anteriormente; con el propósito de retroalimentar dicha propuesta en miras del mejoramiento en la calidad de atención en salud de los pacientes con TB pulmonar del municipio de Neiva.
- **Coordinación y capacitación a la red local y personal de la Secretaría de Salud Municipal** mediante mesas de trabajo con instituciones, y asesoría al personal que trabajará en el programa de TB.
 - * **Coordinación.** Coordinar con los programas ya establecidos en el municipio de Neiva “Detección y Protección de TB” y “Neiva sana” y del departamento del Huila “puerta a puerta” la designación del grupo que llevará a cabo la dirección y ejecución de las actividades descritas en la propuesta; a través de mesas de trabajo conformadas por un equipo interdisciplinario. (Médico, enfermera, auxiliar de enfermería, nutricionista, psicólogo, recreacionista, trabajadora social, etc.).
 - * **Capacitación.** Convocar al personal profesional y auxiliar de enfermería y promotores de salud a capacitaciones de intervención sobre la adecuada atención, manejo y seguimiento integral al paciente con TB.

SEGUNDA ETAPA

- **Seguimiento al personal coordinado y recapacitación al personal de enfermería.**
 - * **Seguimiento.** Se verificara la ejecución apropiada de la propuesta mediante seguimiento al equipo interdisciplinario cada mes a través de la indagación al profesional de enfermería en cargo de la dirección del programa y a las auxiliares de enfermería ya capacitadas; además se tendrá en cuenta los registros de las historias clínicas y el manejo de la base de datos como también la opinión del usuario;

* **Recapitación.** A los tres meses de haber iniciado la ejecución de la propuesta se hará la recapitación de acuerdo a los hallazgos encontrados durante el seguimiento.

TERCERA ETAPA

▪ **Evaluación del proceso administrativo**

A los seis meses de haber iniciado la ejecución de la propuesta, se evaluará el equipo interdisciplinario a través de los resultados de: identificación y canalización de sintomáticos respiratorios, búsqueda, estudio y notificación de contactos, adherencia de los pacientes con TB al programa; evidenciado en la disminución de la incidencia en los casos de abandono del TAS.

Tiempo De Ejecución: Siete (7) meses.

PRESUPUESTO

RECURSOS	VALOR
PERSONAL: -1 Enfermera especialista en epidemiología -5 enfermeras	\$10'000.000
MATERIAL E INSUMOS	
LOGÍSTICA	

Forma de Pago: Como lo establezca la Secretaria de Salud Municipal.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

MARRIER, TOMEY, Modelos Y Teorías De Enfermería, 3ª ed., Editorial Mosby y Dayma libros. España, 1994.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Dirección general de promoción y prevención. Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. BOGOTÁ DC: Ministerio de Salud, Dirección General de salud; 2007.

Módulos de Capacitación en la Aplicación de la Estrategia DOTS/TAES en República Dominicana. SESPAS - USAID – OPS/OMS