



Recepción: 01 / 03/ 2018

Aceptación: 15 / 05 / 2018

Publicación: 07 / 09 / 2018



Ciencias de la salud

Artículo Científico

Tuberculosis: como mejorar la adherencia al tratamiento

Tuberculosis: How to improve/ameliorate adherence to treatment

Tuberculose: como melhorar a adesão ao tratamento

Javier I. Haro-Alvarado ^I
Javierharo-12@yahoo.com

Gabriela L. Manrique-Regalado ^{IV}
Gabriel-1@hotmail.com

Mariela G. Macías-Intriago ^{II}
marielama-cias46@gmail.com

Celinda I. Rivas-Vera ^V
celindar-12@hotmail.com

Rosa del Rocío Pinargote-Chancay ^{III}
rosadelrocio-25@gmail.com

Glenda M. Guerra-Pin ^{VI}
glendagu-@hotmail.com

- ^{I.} Dr. en Medicina y Cirugía, Especialista en Auditoria Médica, Diplomado en Ciencias de la Educación para la Salud, Magister en Medicina Tropical , Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud, UTM, Portoviejo, Ecuador.
- ^{II.} Dr. en Medicina y Cirugía, Mg en Epidemiología; Directora Distrital de Salud 13D01 Portoviejo Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud, UTM, Portoviejo, Ecuador.
- ^{III.} Lic. Enfermería, Mg. Epidemiología, Docente - Carrera de Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, Docente de la Universidad Estatal del Sur de Manabí, Jipijapa, Manabí, Ecuador.
- ^{IV.} Lic. Enfermería “Centro de Salud Jipijapa” Distrito 13D03 Jipijapa, Puerto López, Ecuador.
- ^{V.} Lic. Enfermería, Centro de Salud San Antonio Distrito de Salud 17D03, Quito, Ecuador.
- ^{VI.} Lic. Enfermería, Enfermera Rural, Distrito de Salud 09D19, Unidad Operativa El Naranjo, Responsable de ENI, Quito, Ecuador.

Resumen

La tuberculosis (TB) es una amenaza de salud pública como una de las principales causas de morbi-mortalidad. El objetivo del presente artículo es ampliar los conocimientos sobre la falta de adhesión al tratamiento de TB. La no adherencia al tratamiento es consecuencia de múltiples factores: psicosociales, económicos, socio demográficos, culturales y servicios de salud. Así, podemos separarlos en relacionados al paciente, al sistema de salud y al ambiente. Hacia esos puntos debe dirigirse la atención y trabajar en la educación comunitaria, buscando apoyo de los líderes naturales, educación sanitaria al paciente y su familia. Sin olvidar, que el personal de salud debe hacer el diagnóstico diferencial y en consecuencia lograr diagnóstico temprano, tratamiento precoz y el respeto que debe a estos enfermos. Como siempre gran parte de la solución se resume en educación y más educación.

Palabras claves: Tuberculosis, adherencia, tratamiento, DOTS, TAES, educación.

Abstract

Tuberculosis is a public health threat and is considered one of the main causes of morbidity and mortality. The aim of this article is to expand knowledge about the lack of adherence treatment of TB. Non-adherence to treatment is a consequence of multiple factors: psychosocial, economic, socio-demographic, cultural, and health services. So we can separate them in relation to the patient, the health system, and the environment. Towards those points attention should be directed and work in community education, seeking support from natural leaders, health education to the patient and his family. Never forget, that the health personnel must make the differential diagnosis and consequently achieve early diagnosis, early treatment and the respect that they owe to these patients. As always much of the solution is summarized in education and more education.

Keys words: Tuberculosis, adherence, treatment, DOTS, TAES, education.

Introducción.

La tuberculosis (TB) es una enfermedad que responde al tratamiento en la mayoría de los casos y sigue siendo una amenaza de salud pública como una de las principales causas de morbi-mortalidad. La OMS estima que cada año hay 9.4 millones de casos nuevos y medio millón serán de gérmenes multirresistentes. Los problemas acerca del tratamiento, dificultad para acceder a los fármacos y abandono del tratamiento, son un problema a controlar y a su vez son la causa de las recaídas y resistencia, contribuyendo al incremento de la prevalencia de la infección. (Carvajal, Tovar, Aristizábal, & Varela, 2017) (Guix, Forcé, Rozas, & Noguera, 2015) En los países en desarrollo se presentan más del 95% de los casos y muertes por TB, con respecto a los países desarrollados. (Garnica, Paz, Zurita, & Prado, 2014)

Tabla No.1 Número de muertes Notificadas por TB

| <i>País</i> | <i>Muertes</i> |
|---------------------------------|----------------|
| <i>Brasil</i> | 6.202 |
| <i>México</i> | 2.496 |
| <i>Perú</i> | 1.482 |
| <i>Colombia</i> | 1.246 |
| <i>Argentina</i> | 691 |
| <i>Ecuador</i> | 570 |
| <i>Estado Unidos de América</i> | 496 |
| <i>Guatemala</i> | 349 |
| <i>Chile</i> | 279 |
| <i>Panamá</i> | 279 |
| <i>Nicaragua</i> | 152 |
| <i>Uruguay</i> | 86 |

| | |
|-------------------------------------|--------|
| Cuba | 49 |
| Belice | 13 |
| Puerto Rico | 7 |
| Aruba | 2 |
| Granada | 2 |
| San Vicente y las Granadinas | 1 |
| Total | 14.402 |

Fuente: (OMS, 2015)

Se considera que cerca de un tercio de la población mundial está infectada por el *Mycobacterium tuberculosis*, infectado, pero sin enfermedad activa, no es contagioso, pero es un riesgo potencial de enfermar en cualquier momento. (Guix, Forcé, Rozas, & Noguera, 2015)

El objetivo del presente artículo es ampliar los conocimientos sobre la falta de adhesión al tratamiento de TB y cuales son los factores sensibles a modificación para lograr el éxito en el manejo de la enfermedad.

La no adherencia al tratamiento es consecuencia de múltiples factores: psicosociales, económicos, sociodemográficos, culturales y servicios de salud. (Carvajal, Tovar, Aristizábal, & Varela, 2017) (Muñoz, Rubiano, & Laza, 2011)

La pobreza mundial, aumento de los casos de HIV emporan la situación de la TB, la mayor incidencia es en zonas pobres, personas sin hogar, o en condición de hacinamiento y desempleados. Además, de la estigmatización de la enfermedad que conlleva a ocultarla, no buscar tratamiento y por ende, mayor riesgo de transmisión de la TB, complicaciones y muerte. (Murcia, 2014) Cuando no se cumple el tratamiento, el paciente permanece enfermo o se agrava, continua

transmitiendo la TB, se desarrolla resistencia a la droga, con el peor desenlace esperado el fallecimiento del paciente. (Pinedo, 2007)

La OMS diseñó una estrategia que se compone de 6 puntos: proseguir la expansión del DOTS/TAES con calidad y mejorado; hacer frente a la Tuberculosis en virus de inmunodeficiencia humana (TB-VIH), a la TB multirresistente y otros problemas; contribuir a fortalecer los sistemas de salud; involucrar a todo el personal de salud a través de acciones entre la empresa privada y pública; empoderar a los afectados por TB y a la comunidad; posibilitar y promover la realización de investigaciones. (Murcia, 2014)

Hablemos del DOTS, en inglés Directly Observed Treatment Short y en español Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES), abarca cinco componentes: compromiso político, diagnóstico mediante examen de baciloscopia, suministro regular de medicamentos antituberculosos de primera línea, quimioterapia de corta duración y sistema estándar para registrar e informar el número de casos detectados por los programas nacionales de control de TB (PNCT) y los resultados de tratamiento. El TAES dio buenos resultados, con detección casos pulmonares por baciloscopia (70% del estimado), éxito de tratamiento (85%). Luego de esto, al desarrollar dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), se incluyó la TB con la estrategia STOP TB cuyo objetivo es reducir la prevalencia por TB y la mortalidad por la misma en un 50% con respecto al año 1990 y para el 2050 eliminar la tuberculosis como problema de salud pública (Murcia, 2014) En Senegal, se evaluó el DOTS demostrando su utilidad. (Thiam, 2007)

Para evaluar la adherencia al tratamiento hay distintos métodos: Directos como TAES, medición de concentración de fármaco en sangre. Indirectos como cuestionarios, auto informes,

terapia psicológica, seguimiento telefónico, información escrita, registros de farmacia, contaje de pastillas. (Guix, Forcé, Rozas, & Noguera, 2015)

Según revisiones, los tratamientos a corto plazo son más sencillos de cumplir, en cambio, los tratamientos a largo plazo, entre ellos antituberculosos, HIV, hipertensión, diabetes, etc. son de más difícil manejo y la supervisión es con información escrita, dispositivos, cuestionarios, etc. debiendo individualizar el método acorde al tipo de paciente. (Guix, Forcé, Rozas, & Noguera, 2015)

En la adherencia al tratamiento el rol de la enferma es muy importante, por lo cual se deben realizar más estudios para conocer los factores sobre qué actuar según el paciente y optimizar la adherencia al tratamiento. (Guix, Forcé, Rozas, & Noguera, 2015)

Materiales y métodos.

Revisión de bibliografía, artículos médicos originales, de investigación, reportes de OMS, tesis o trabajos de grado, realizados en la última década.

Resultados.

Un estudio realizado con 310 personas (128 ex pacientes no adherentes y 182 controles ex pacientes que terminaron su tratamiento en seis meses). Encontraron los siguientes factores:

1. Las características de la población en riesgo: haber recibido tratamiento para otra enfermedad por más de dos semanas, buenas relaciones familiares, no vivir con la familia, no asistir a grupos religiosos, consumo de drogas.
2. Satisfacción de necesidades del consumidor: conocimiento de la duración del tratamiento.
3. Características del prestador de servicio de salud: falta de los fármacos.

4. Otros: estado civil, consumo de tabaco, ocupación, afiliación a sistema de salud, falta de recursos para el transporte, antecedentes de complicaciones con tratamiento para TB, haber tenido contacto con enfermos por TB y creencias sobre efectividad del tratamiento. (Carvajal, Tovar, Aristizábal, & Varela, 2017)

En Ecuador, una tesis de grado, evaluó la estrategia TAES en la adherencia al tratamiento, en la misma se planteó que entre las causas de abandono están:

1. El escaso involucramiento y empoderamiento del personal de salud en los procesos de atención al usuario de salud: en vista de que no se realizan las charlas educativas a los familiares, la vigilancia de la toma del medicamento los fines de semana, la escasa cantidad de personal que permita el cumplimiento de dichas funciones.
2. La escasa aplicación de procesos de valoración al usuario de salud con diagnóstico de TB establecida mediante la visita domiciliaria en la cual se evalúan aspectos como medidas higiénicas del paciente y familiares, ventilación de la vivienda, entrada de luz solar, el uso de materiales de bioseguridad para evitar contagios de familiares, estrategias establecidas dentro del control domiciliario del paciente, y que no son cumplidas por alegar poco personal para lograr su cumplimiento.
3. La inexistencia de práctica en la utilización de materiales de bioseguridad en el ejercicio de sus funciones, lo que puede conllevar al contagio de personal de enfermería y demás trabajadores activos del área de atención.
4. La inexistencia de infraestructura adecuada que permita tomar las muestras de pacientes con diagnóstico de TB de forma aséptica. Los pacientes alegan que en algunos centros no cuentan con las áreas dispuestas para la toma de muestras, lo cual los cohibe por la falta de privacidad,

obligándolos a tomarlos en baños y áreas públicas lo que puede incidir en el aumento del contagio de dicha patología. (Santana, 2012)

En Perú, varias tesis de grado para licenciatura en enfermería, tomaron el tema. Así en 2007, Pinedo reporta que 33,3% abandonó el tratamiento, las causas: falta de apoyo familiar, resistencia a fármacos, consumo de drogas y alcohol, desconocimiento de la enfermedad y tratamiento, no conocer a la enfermera encargada del tratamiento y demora en entrega de resultados. (Pinedo, 2007) Y en 2009, Tacuri concluye que hay relación directa entre adherencia y nivel de conocimiento de la enfermedad. (Tacuri, 2009) Otra, concluye que edad y lugar de procedencia influye en la adherencia al tratamiento. (Araujo, Arevalo, & Torres, 2015)

En México, el trabajo realizado por López, determinando los factores que inciden en la adherencia al tratamiento, demostró en el grupo estudiado, que la edad si tiene efecto significativo sobre el apego al tratamiento, menor edad junto con mayor escolaridad y que sea su primer tratamiento, influyen en su cumplimiento. Con respecto a factores socioculturales (estado civil, escolaridad, ocupación e ingreso económico) solo la escolaridad demostró efecto positivo. En la percepción de salud, no hubo mayor adherencia, plantean que quizás se deba a la baja escolaridad. Y con el apoyo social, emocional y tangible, si influye en el apego al tratamiento. (Lopez, 2001)

En Colombia se han hecho distintos trabajos sobre el tema. Así, uno de estos en la región amazónica, concluye con las recomendaciones de fortalecimiento de la estrategia STOP TB, tomar en cuenta el tipo de población (en este caso, indígena), nivel de escolaridad, condición socioeconómica, inestabilidad laboral, para desarrollar programas de inversión social para reducir la no adherencia al tratamiento. También hacer diagnóstico temprano de co-infección de TB-HIV. (Murcia, 2014)

Otra investigación, separa los factores que inciden en el abandono del tratamiento en factores perceptivos cognitivos: desconocimiento de la importancia de cumplir tratamiento (95,8%), mejoría del estado de salud durante el tratamiento (82,7%), desconocer cuanto tiempo es el tratamiento (75%), mala atención del personal de salud (5,9%). Factores fisiológicos: reacciones adversas a la droga (34,6%), consumo de alcohol (50%). Factores de seguridad: desempleo (37,5%) e inaccesibilidad al plan de salud (2,94%). (Navarro, Rueda, & Mendoza, 2013)

Un trabajo realizado en Cali, con 44 pacientes, el incumplimiento del tratamiento fue de 81,8%, en su mayoría hombres y con bajo nivel de escolaridad. También se determinó como factor, la información aportada por el personal de salud. (Rodriguez & Mondragón, 2014)

En los trabajos o investigaciones sobre la adherencia al tratamiento para TB; coinciden en los factores que inciden, bajo nivel de ingresos económicos y de nivel educativo, desconocimiento de la enfermedad, creencias, acceso a servicios de salud. (Murcia, 2014)

En la búsqueda de literatura, encontramos un artículo realizado por una trabajadora social quien toca el tema, empezando por no culpabilizar al paciente, como único responsable del tratamiento, que debe ser compartida con el equipo de salud y la importancia de una buena relación paciente y profesionales de salud. Considerando el trabajo social como un actor importante para mediar en esa relación, para establecer un plan que permita el cumplimiento del tratamiento. (Dominguez, 2012)

Conclusiones.

Reuniendo la información brindada por los distintos autores, donde la mayoría coinciden en los factores que ocasionan el abandono o no adherencia al tratamiento de TB, los cuales podemos separar en:

1. Factores relacionados con el paciente: edad, sexo, nivel educativo, trabajo, conocimiento de la enfermedad, comorbilidades.
2. Factores relacionados con el sistema de salud: conocimiento de la enfermedad, desde el diagnóstico hasta el tratamiento con sus complicaciones, por médico y enfermeras; actitud del personal de salud hacia el enfermo.
3. Factores relacionados con el ambiente: apoyo de la familia, educación comunitaria del tema, estigmatización de la enfermedad, hacinamiento.

Se concluye que la falta de adherencia es multifactorial, pero son muy similares en los distintos países de América Latina.

Recomendaciones.

Para lograr la meta de erradicar la enfermedad, debemos optimizar la adherencia al tratamiento.

Debemos trabajar en la prevención, diagnóstico temprano y por ende en cumplimiento o adherencia al tratamiento.

Empezando por mejorar las condiciones sanitarias de nuestros pueblos, tanto en comunidad, ambiental como en el ámbito familia; hay que educar y esa educación debe ser impartida acorde al

nivel educativo o cultura de cada pueblo, por eso líderes naturales de la comunidad que expliquen en su lenguaje.

El personal de salud debe pensar en ese diagnóstico diferencial y manejar con conocimiento científicos y humanos, el plan diagnóstico y el tratamiento. Involucrar a los médicos de atención primaria, tanto en hacer el diagnóstico diferencial, como en la explicación al paciente de la enfermedad.

Por la estigmatización de estos enfermos a lo largo de la historia, el apoyo a nivel sanitario y el familiar son vitales para lograr el éxito, que es la curación y evitar la resistencia a fármacos.

Bibliografía.

- Araujo, V., Arevalo, S., & Torres, R. (2015). Factores Biosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento por Tuberculosis Pilmonar en dos establecimiento de Saludíquitos. .
- Carvajal, R., Tovar, L., Aristizábal, J., & Varela, M. (2017). Barreras asociadas a la adherencia al tratamiento de tuberculosis en Cali y Buenaventura, Colombia, 2012. *Rev Gerenc Polít Salud, 16*(32).
- Cesar Garcia Madrid, J. O. (2011). Nuevos avances el el tratamiento de las varices:radiofrecuencia endovenosa VNUS Closure. *cirugia española, 420-426*.
- Ciccioli, H. B. (2015). Examen Doppler de la insuficiencia venosa de miembros inferiores: consenso entre especialistas. *Revista argentina de radiología*.
- Dominguez, C. (2012). Construcción de la Adherencia. Estrategias de intervención desde el Trabajo Social con personas en tratamiento para tuberculosis. *Margen, 67*.
- F. Lozano, J. J. (2001). CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY IN SPAIN.AN EPIDEMIOLOGICAL STUDY (RELIEF). *ANGIOLOGÍA, 5-16*.
- Gabriel Botella, L. G. (2004). Nuevos criterios para el diagnostico y tratamiento de la trombosis venosa profunda de los miembros inferiores. *An Med Interna, 400-407*.
- García, A. A. (2013). *Cirugia 2*. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A.

- Garnica Camacho, B., Paz Zabala, A., Zurita Canaviri, M., Prado Sejas, G., & Romero Jaldin, B. (2014). Adherencia al Tratamiento de Tuberculosis en el Centro de Salud Temporal. *Rev Cient Cienc Méd*, 17(1).
- Garnica, B., Paz, A., Zurita, M., & Prado, G. (2014). Adherencia al Tratamiento de Tuberculosis en el Centro de Salud Temporal. *Rev Cient Cienc Med*, 17(1).
- Guimarães Barbosa, J. C. (2010). DIRECTRICES PARA EL TRATAMIENTO DE ÚLCERA VENOSA. *Enfermería Global*, 1-13.
- Guix, E., Forcé, E., Rozas, L., & Noguera, A. (2015). La importancia de una adinerencia correcta al tratamiento antituberculoso. *Rev ROL Enferm*, 38(1).
- I.Vázquez-Hernández, M.-P. (2016). Prevalencia de insuficiencia venosa periférica en el personal de enfermería. *Enfermería universitaria*, 166-170.
- Kursat Bozkurt, E. R. (2017). INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA: MANEJO Y TRATAMIENTO. *EMJ Dermatol*. 2017, 2-14.
- L.J. Álvarez-Fernández, F. L.-R.-M. (2008). Encuesta epidemiológica sobre la insuficiencia venosa crónica en España: estudio DETECT-IVC 2006. *ANGIOLOGÍA*, 27-36.
- Lopez, A. (2001). *Apego al Tratamiento en Pacientes con Tuberculosis Pulmonar*.
- Muñoz Sánchez, A., Rubiano Mesa, Y., & Laza Vásquez, C. (jun de 2011). Adherencia al tratamiento antituberculoso: Voces de los implicados. *Index de enfermería*, 20(1-2).
- Muñoz, A., Rubiano, Y., & Laza, C. (ene/jun de 2011). Adherencia al tratamiento antituberculoso: Voces de los implicados. *Index Enferm*, 20(1-2).
- Murcia, L. (2014). *Evaluación de la adherencia al tratamiento para Tuberculosis en el Departamento del Amazonas 2009-2012*.
- Navarro, C., Rueda, J., & Mendoza, J. (junio de 2013). Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con TB. *Ciencia y Cuidado*, 10(1).
- OMS. (2015). Estrategia fin de la TB: principales indicadores de las Americas.
- Pinedo, C. (2007). Factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes de la E.S.N. de prevención y control de la tuberculosis en el C.S. "Fortaleza".
- Raquel Gayarre Aguado, N. P. (s.f.). *Insuficiencia venosa crónica*.
- Rodriguez Alviz, E., & Mondragón, C. (2014). Adherencia a la terapia farmacológica y sus factores determinantes en pacientes con tuberculosis de un centro de salud de Santiago de Cali. *Rev. Colomb. Cienc. Quím. Farm.*, 43(1).

- S. Bellmunt, C. M. (2013). La insuficiencia venosa crónica en el Sistema Nacional de Salud. Diagnóstico, indicaciones quirúrgicas y priorización de listas de espera. Documento de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV) y del Capítulo de Flebología y Linfología. *Angiología*, 61-71.
- Santana, R. (2012). Calidad de atención que brinda el personal de enfermería a los usuarios con diagnóstico de Tuberculosis (Tb). En el Centro de Salud N° 2 del cantón Esmeraldas.
- T. Moumneh, A. P. (2018). Trombosis venosa profunda. *EMC - Tratado de medicina*, 1-6.
- Tacuri, M. (2009). Relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Primavera El Agustino, 2009.
- Thiam, S. (2007). Tuberculosis: efectividad de una estrategia para mejorar la adherencia al tratamiento. *JAMA*, 297.