

Artículo original

Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar

Family Factors that Favor Adherence to Treatment of Pulmonary Tuberculosis Cases
Fatores familiares que promovem a adesão ao tratamento em casos de tuberculose pulmonar

Yaneth Odalis Martínez-Hernández,* Felipe Guzmán-López,** Juan José Flores-Pulido,*** Víctor Hugo Vázquez-Martínez****

Resumen

Objetivo: identificar los factores familiares que favorecen el apego al tratamiento de la tuberculosis pulmonar (TBP). **Material y métodos:** estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, realizado en la unidad de medicina familiar (UMF) no. 33 de Reynosa, Tamaulipas. México. Se incluyó al total de pacientes con diagnóstico de TBP de primera vez seleccionados mediante censo nominal. **Resultados:** se identificó a 57 pacientes con TBP. Fue determinada una prevalencia de 0.02%, con predominio del sexo masculino (56%). La edad mínima fue de 18 años y la máxima de 83, con una media de 39 ± 12 años, moda de 26 y mediana de 50.5; 85% de los pacientes inició con un tratamiento acordado estrictamente supervisado (TAES), 66.6% logró la curación al final del tratamiento, 19.2% continuó en retratamiento y 12% abandonó el tratamiento; 92.2% refirió afectación en su vida personal después del diagnóstico de TBP. De los pacientes con abandono al tratamiento, 75% presentaba algún grado de disfunción familiar. **Conclusiones:** la prevalencia de TBP en la UMF fue de 0.02%, cifra notoriamente inferior a la media nacional, que es de 15 por cada 100 000 habitantes. Se observaron niveles más altos de disfunción familiar y rechazo social en los pacientes con abandono al tratamiento que en aquellos con diagnóstico de curación, quienes presentaron mayor funcionalidad familiar.

Summary

Objective: identify the family factors that favor adherence to treatment of Pulmonary

Tuberculosis (PTB). **Material and methods:** observational, descriptive, cross-sectional and prospective study made at the Family Medicine Unit (FMU) no. 33 in Reynosa, Tamaulipas, Mexico. All patients diagnosed with PTB, as first time, were included and selected through a nominal census. **Results:** there were identified 57 patients with PTB. A prevalence of 0.02%, with a predominance of males (56%) of the patients was determined. The minimum age was 18 years and the maximum of 83, with an average of 39 ± 12 years, trend to 26 years and medium of 50.5 years; 85% of the patients began with a shortened treatment strictly supervised (STSS), 66.6% of them cured by the end of the treatment, 19.2% continued in retreat and 12% abandoned treatment; 92.2% referred affectation in his personal life after being diagnosed of PTB. Patients with neglect treatment 75% presented some level of family dysfunction. **Conclusions:** prevalence of PTB at the FMU was of 0.02%, figure remarkably lower than the national average, which is 15 per 100 000 inhabitants. There were high levels of family dysfunction and social rejection in patients with abandon to the treatment than in those with a diagnosis of cure, who presented more familiar functionality.

Resumo

Objetivo: identificar os fatores familiares que promovem a adesão ao tratamento em casos de tuberculose pulmonar (TB). **Material e métodos:** estudo descritivo transversal observacional prospectivo, realizado na unidade de medicina familiar (UMF) n. 33 de Reynosa, Tamaulipas. México. Foram incluídos todos os pacientes com o diagnóstico de TB primeira vez selecionado pelo censo nominal. **Resultados:** foram identificados 57 pacientes com TB. Foi determinada uma prevalência de 0.02%, com predominância do sexo masculino (56%) pacientes. A idade mínima foi de 18 anos e a máxima de 83, com média de 39 ± 12 anos, 26 anos de moda e mediana de 50.5 anos, 85% dos pacientes começou com um tratamento observado curso de curta duração (DOTS), 66.6% evoluíram para cura no final do tratamento, 19.2% continuaram a retratamento e 12% abandonaram o tratamento, 92.2% que sua vida pessoal foi afetada após o diagnóstico de TB. Dos pacientes que aban-

Este artículo debe citarse: Martínez-Hernández YO, Guzmán-López F, Flores-Pulido JJ, Vázquez-Martínez VH. Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar. Aten Fam. 2014;21(2):47-49.

Palabras clave: características familiares, tuberculosis pulmonar, adherencia al tratamiento

Key Words: Family Characteristics, Pulmonary Tuberculosis, Medication Adherence

Palavras chave: Características da Família, Tuberculose Pulmonar, Aderência a tratamento

Recibido: 30/1/13

Aceptado: 19/10/13

*Médico adscrito a la unidad de medicina familiar (UMF) no. 33, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Reynosa, Tamaulipas, México. **Médico epidemiólogo de la UMF no. 33, IMSS, Reynosa, Tamaulipas, México. ***Médico de la UMF no. 1 Roma Norte, delegación Cuauhtémoc, Distrito Federal, México. ****Coordinador auxiliar médico de investigación en salud, IMSS, Tamaulipas, México

Correspondencia:

Víctor Hugo Vázquez-Martínez
frommvictor2000@gmail.com

donaram o tratamento 75% tinham algum grau de disfunção familiar. **Conclusões:** a prevalência de TB na UMF foi de 0.02%, bem abaixo da média nacional, que é de 15 por 100 000 pessoas. Níveis mais altos de disfunção familiar e rejeição social foram observados em pacientes que abandonam o tratamento do que naqueles com diagnóstico de cura, que apresentaram melhor funcionalidade familiar.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que un tercio de la población mundial está infectada por *Mycobacterium tuberculosis*; cada año se estima una ocurrencia cercana a ocho millones de casos nuevos y 1.5 millones de defunciones por tuberculosis pulmonar (TBP). En México, en 2003 se diagnosticaron alrededor de 17 000 casos nuevos y casi 2 500 defunciones. Al igual que en otros países, las epidemias de VIH/SIDA, diabetes, desnutrición, adicciones y resistencia a fármacos antituberculosos agravan el panorama epidemiológico de TBP en México. Aunque en nuestro país la tuberculosis farmacorresistente representa una pequeña proporción del total de los enfermos, no deja de ser un problema de salud permanente, por lo que se debe tener en cuenta debido a los múltiples factores que la condicionan y al problema terapéutico que constituye. Un régimen eficaz de quimioterapia acortado, estrictamente supervisado, es la principal estrategia que garantiza la curación y previene la aparición de casos de resistencia bacteriana.¹⁻¹²

Los criterios de lucha contra la tuberculosis son:¹³ *abandono*: a la interrupción del tratamiento contra la TBP durante 30 días o más. *Farmacorresistencia*: al concepto microbiológico en el cual un microorganismo del complejo *M. tuberculosis*, aislado en un enfermo, no es susceptible a la acción de uno o varios fármacos antituberculosos. *Fracaso de tratamiento*: a la persistencia de bacilos en la expectoración, o en otros especímenes al término de tratamiento confirmada por cultivo, o a quien después de un periodo de negativización durante el tratamiento, tiene baciloscopia positiva confirmada por cultivo. *Participación social*: al proceso que permite involucrar a la población, a las autoridades locales, a las instituciones

públicas y a los sectores social y privado en la planeación, programación, ejecución y evaluación de los programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.¹⁴ *Recáida*: a la presencia de signos o síntomas con reaparición de bacilos en la expectoración, o en otros especímenes, después de haber egresado del tratamiento por curación. *Tratamiento estrictamente supervisado*: al que administra el personal de salud o personal comunitario capacitado por personal de salud, quien debe confirmar la ingesta y deglución del fármaco para garantizar el cumplimiento del tratamiento. Asimismo, desarrollar acciones que promuevan actitudes y aptitudes que mejoren la salud individual, familiar y colectiva tendiente a prevenir la TBP en la población; proporcionar información respecto a qué es la TBP, reconocer los factores de riesgo que facilitan su aparición, el modo de transmisión, las acciones para prevenirla y tratarla, así como su impacto social y económico en la salud individual, familiar y comunitaria; y sensibilizar al enfermo de TBP de la importancia del estudio de todas aquellas personas con quienes convive de manera cotidiana.

Respecto a sus familiares, la mayoría de los pacientes manifiesta que se preocupan, son comprensivos, les brinda el apoyo necesario durante su tratamiento –sólo en casos aislados se ha referido alejamiento de la familia por causa de la enfermedad– y se realizan los exámenes necesarios para descartar si están enfermos. Por otro lado, se aprecia poca disposición por parte del personal médico y de salud para informar y educar a la población, lo cual se refleja en que todos los pacientes son diagnosticados en la consulta médica con sintomatología.¹⁵

Material y métodos

Estudio exploratorio de tipo observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Se incluyó el total de pacientes con diagnóstico de primera vez para TBP (57), mayores de 18 años, que se encontraran registrados en el censo nominal del 1° de enero al 31 de diciembre de 2011 del programa de tratamiento para la tuberculosis de la unidad de medicina fami-

liar (UMF) no. 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la ciudad de Reynosa, Tamaulipas, México. Se solicitó la evaluación y autorización del protocolo de estudio por el Comité Local de Investigación en Salud. Se realizó la agenda de los pacientes para invitarlos a participar en el estudio, y todos aceptaron; se les aplicó un instrumento de cribado para conocer su percepción sobre la funcionalidad familiar y uno para recolectar datos sociodemográficos así como algunos aspectos familiares que pudiesen influir en la adherencia al tratamiento antifímico.

La información se capturó en el paquete estadístico Epi Info versión 3.5.3, con el cual se realizaron las mediciones de estadística descriptiva y un análisis univariado de las principales variables de interés para el estudio. Posteriormente se efectuó un análisis bivariado mediante tablas de contingencia y medidas de correlación, y en una última etapa se realizaron comparaciones entre las variables de interés mediante pruebas de diferencias con medición de cada factor de riesgo.

Se aplicó un instrumento de evaluación de la funcionalidad familiar denominado Apgar familiar¹⁶ –que consta de cinco ítems–, el cual se validó en la población blanco mediante la prueba de fiabilidad alfa de Cronbach con un resultado de 0.87; además se estructuró una ficha de recolección de datos sociodemográficos y familiares.

Resultados

Se recolectaron los registros de todos los pacientes con diagnóstico de TBP de primera vez que acudieron al servicio de medicina preventiva del 1° de enero al 31 de diciembre de 2011, dando un total de 57 pacientes con edad mínima de 18 años y máxima de 83, media de 39±12, moda de 26 y mediana de 50.5. Se observó un predominio del sexo masculino (56%; 32 casos) sobre el femenino (44%; 25 casos).

En cuanto al esquema de tratamiento, se encontró que 48.8% de los pacientes inició con el tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES), 6.11% se manejó con otro esquema no especificado, 1.2% requirió tratamiento individualizado y 1.2%, retrata-

miento primario. De los pacientes a quienes se les inició manejo con algún esquema de tratamiento antituberculoso, 66.6% logró la curación con baciloscopias negativas de control durante el esquema acortado, 19.2% continuó en retratamiento al final de 2011 por presentar farmacoresistencia a alguna de las drogas de primera o segunda línea y 14% abandonó el tratamiento durante el esquema del TAES.

Respecto a la percepción del apoyo familiar y social por parte de los pacientes con diagnóstico de TBP, puede observarse que a 92.9% de ellos le afectó en su vida personal tal diagnóstico, sin embargo, 92.2% negó abandono por parte de su familia, recibiendo 87.7% apoyo económico de ella; 73% de los pacientes refirió mantener una buena relación de pareja posterior al diagnóstico de su enfermedad; por su parte, 42% de los pacientes experimentó rechazo social y 15.7% percibió rechazo de su familia.

Se realizó un cribado en los pacientes que se curaron, en los que abandonaron el tratamiento y en los que seguían su manejo, para conocer su percepción de la funcionalidad familiar mediante el test Apgar familiar, y se encontró que, de los pacientes que lograron la curación, 71% tenía una familia funcional, 31.5% presentaba disfunción familiar leve, 5.2% disfunción moderada y 2.6% disfunción severa; sin embargo, de los pacientes que abandonaron el tratamiento, 37.5% presentaba disfunción familiar leve, 25% disfunción moderada y 12.5% disfunción severa, esto es, que 75% de los pacientes que abandonaron el tratamiento refirió algún grado de disfunción familiar, lo cual puede estar asociado a la falta de adherencia terapéutica.

En relación con su ocupación, 22% de los pacientes era operador, 11% ama de casa, 7% empleado, 7% jubilado y 2% trabajador de la salud; de 22% se ignoraba su profesión. En tanto, 21% de los pacientes tenía un nivel socioeconómico muy bajo, 37% bajo, 25% medio bajo, 14% medio alto y 3% alto, lo que evidencia que la mayoría de los pacientes tiene un nivel socioeconómico por debajo de la media nacional.

La endemidad de los casos se observó al final del año, en octubre, noviembre y

diciembre, con 35% de la detección de los casos positivos totales de primera vez de TBP, lo cual quizá se deba al periodo invernal, cuando se agudizan los cuadros respiratorios en la población. El apego al tratamiento se dio en 82% de los pacientes, y 12% abandonó el tratamiento en alguna etapa de su manejo. Respecto a las comorbilidades para TBP, sólo la diabetes se encontró como una enfermedad concomitante de manera representativa, 19.2%, seguida del alcoholismo, 3.5%, y el VIH/SIDA, 1.7%.

Discusión

En el presente estudio puede observarse que la TBP es una enfermedad de baja prevalencia en la UMF no. 33 de Reynosa, Tamaulipas, México, con 0.02% por debajo de la media nacional que refiere 15 casos por cada 100 000 habitantes. La literatura reporta altas tasas de abandono en los pacientes con TBP¹⁻⁵ y se han identificado múltiples factores asociados a la falta de adherencia terapéutica. En este estudio se encontró que 12% de los pacientes presentaba abandono al tratamiento, quizá debido a la falta de ingresos económicos –83% pertenecía a un nivel socioeconómico bajo–, pero también al tipo de ocupación –31% laboraba en áreas de hacinamiento y riesgo para contagio de tuberculosis– o a la disfuncionalidad familiar –que se observó en 75% de los pacientes con abandono al tratamiento–. Está documentado¹ que los aspectos familiares negativos favorecen la falta de adherencia al tratamiento, así como el rechazo social –en este estudio fue de 24%– y la falta de información sobre la enfermedad en los pacientes que padecen TBP. Así pues, el nivel socioeconómico bajo, la baja escolaridad, el rechazo social y la falta de conocimiento sobre la enfermedad contribuyen a la falta de adherencia al tratamiento, incrementando día a día los casos de tuberculosis multidrogorresistente (MDR) y extradrogorresistente (XDR), abriendo un nuevo panorama epidemiológico en la lucha contra la TBP.

Referencias

1. Alvarez-Gordillo GC, Alvarez-Gordillo JF, Dorantes-Jiménez JE, Halperin-Frisch D. Percepciones

- y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. Salud Pública Méx. 2000;42(6):520-8.
2. Mariscal A, Ramírez-Palacios C, Fuentes-Domínguez J. Conocimiento de tuberculosis pulmonar en pacientes y sus contactos en Veracruz, México. Salud de la comunidad. 2007;3(6):22-32.
3. García de Alba-García JE, Rubel AJ, Moore CC, Márquez-Amezcu M, Casasola S, Von Glascoe C. Algunos aspectos antropológicos del encuentro médico-paciente con tuberculosis pulmonar en el occidente de México. Gac Méd Méx. 2002;138(2):211-6.
4. Martínez-Medina MA. Efecto del tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES) sobre la adherencia y la tasa de curación de la tuberculosis pulmonar. Gac Méd Méx. 2004;140(1):1-6.
5. Carrada-Bravo T. Perspectivas en tuberculosis: Sugereencias para su eliminación en la República Mexicana. Rev Inst Nal Enf Resp Mex. 2002;15(2):102-25.
6. Olvera Castillo R, Ramos Espinosa J, García Cruz AE. Tratamiento antituberculoso ultracorto (2HRZ/2H3R3) versus tratamiento estándar (2HRZ/4H3R3) en combinación fija bajo la estrategia TAES. Rev Inst Nal Enf Resp Mex. 2002;15(4):214-9.
7. Cáceres-Manrique FM. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. MedUNAB. 2004;7(21):172-80.
8. Secretaría de Salud. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud [Internet]. Disponible en: <http://www.aemep.mex.tl/imagesnew/6/5/6/9/0/Norma%20Oficial%20Mexicana%20NOM-006-SSA2-1993,%20tuberculosis.pdf>
9. Martínez Mendoza D, López Segundo E, Torres Cruz A. Consideraciones a los resultados de tratamiento en pacientes con tuberculosis resistente múltiples fármacos (TB MDR). Una revisión de la literatura. Neumología y Cirugía de Tórax. 2008;67(1):34-43.
10. Marco A, Caylá JA, Serra M, Pedro R, Sanrama C, Guerrero R, et al. Predictors of adherence to tuberculosis treatment in a supervised therapy programme for prisoners before and after release. Study Group of Adherence to Tuberculosis Treatment of Prisoners. Eur Respir J. 1998;12(4):967-71.
11. Murray JF. Tuberculosis and HIV infection. Global perspectives. Respirology. 1997;2:209-13.
12. World Health Organization TB program. TB, a global emergency: WHO report on the TB epidemic. Ginebra: WHO/TB; 1994. p. 94-117.
13. Global tuberculosis control: Surveillance, planning, financing. Geneva: WHO; 2007.
14. Alvarez-Gordillo GC, Halperin-Frisch D, Blancarte-Melendres L, Vázquez Castellanos JL. Factores de riesgo para resistencia a drogas antituberculosas en Chiapas, México. Salud Pública Méx. 1995;37:408-16.
15. EuroTB and the National coordinators for tuberculosis surveillance in the WHO European Region. Surveillance of tuberculosis in Europe. Report in tuberculosis cases notified in 2005. Saint-Maurice: Institut de Veille sanitaire; March 2007.
16. Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER. Una nueva propuesta para la interpretación de Family Apgar (versión en español). Aten Fam. 2010;17(4):102-6.