

RESUMEN EN EXTENSO DE ABANDONO A TRATAMIENTO ANTIFIMICO EN LA ZONA URBANA DE ENSENADA BC. JUNIO 2009

El objetivo de este trabajo fue conocer los factores de abandono a tratamiento antifimico y su influencia en la conducta de abandono por parte de los pacientes, también nos permitió conocer la estructura de reflexión y pensamiento así como la interpretación de la realidad social que tienen estos acerca de la enfermedad y el tratamiento, los diferentes entes sociales que interactúan con ellos durante el proceso de control y tratamiento. La investigación se llevó a cabo utilizando el enfoque metodológico cualitativo buscando los porque del abandono a tratamiento, donde el investigador formó parte activa en la misma.

El estudio nos permitió aproximarnos a la perspectiva que tienen los enfermos de tuberculosis pulmonar sobre las principales razones que conduce al abandono del tratamiento. El uso de la entrevista cualitativa favoreció la reflexión del enfermo e hizo posible ahondar en la subjetividad del enfermo y en su comportamiento pasado y presente que conducen conscientemente a la conducta de abandono, así mismo se corroboró que para cada factor causal o conducta de abandono existió un propósito, una intencionalidad del sujeto enfermo lo cual es relevante para la ciencia médica, también encontramos que los enfermos tienen prioridades en su vida cotidiana para algunos es o tiene mayor importancia las sensaciones placenteras que producen las sustancias adictivas y dejan en segundo término los aspectos relacionados con la salud, lo mismo sucede con los pacientes que dan preferencia a aspectos económicos que a su salud.

Causa básica de abandono Son las razones que explican la acción de los pacientes por las cuales abandonaron el tratamiento. La acción es entonces la conducta de abandono de manera autoconsciente con un propósito. En este estudio se encontraron las siguientes causas de abandono: Pacientes con duda en el diagnóstico de la enfermedad (el propósito del paciente es no continuar el tratamiento puesto que no le hicieron un diagnóstico adecuado, dado su acervo de conocimiento de la enfermedad este requiere estudios confirmatorios).

En pacientes con adicción a drogas ilícitas, la conducta de abandono es autoconsciente y el propósito es continuar con el estilo de vida anterior al diagnóstico de la enfermedad y que es el consumo habitual de estas drogas. Respecto a la movilidad laboral como

conducta autoconsciente de abandono el propósito era incrementar el ingreso económico con lo cual se generaba mayor certidumbre en el gasto familiar.

En cuanto a la disminución de ingreso económico por incapacidad, igual la conducta de abandono autoconsciente el propósito era continuar trabajando para no disminuir el ingreso económico ya que el estar incapacitada disminuye el ingreso económico en un 30 % del salario devengado semanalmente, En los pacientes con mejoría clínica como motivo de abandono autoconsciente el significado subjetivo de la mejoría clínica evidente por el enfermo y de acuerdo a la referencia cultural y al acervo de conocimiento que se tiene de la enfermedad, la interpretación del enfermo fue que su enfermedad no era tan grave ya que se “sintió aliviado en dos a tres meses de tomar el tratamiento” por lo que consideró que no era necesario continuar con el tratamiento; y finalmente el paciente que abandono conscientemente el tratamiento por efectos secundarios a los medicamentos, el propósito fue no sentir los efectos que le producía la ingesta de los medicamentos, incluso “ prefería morirse a tener que tomar nuevamente dichos medicamentos”. En esto vale la pena subrayar que en algunos pacientes había otros factores asociados que pudieran estar condicionando el abandono al tratamiento, es decir había más de 2 o 3 motivos.

En esa intersubjetividad, los pacientes definen su realidad y sus significados, que en el caso que nos ocupó la elección conductual consciente fue el abandono de tratamiento. Más allá de consideraciones éticas, con respecto a la responsabilidad social que implica en el enfermo el hecho de no tratarse y sabedor que al no curarse puede infectar otras personas este método permitió explorar y reconstruir situaciones así como conocer el sentido de las acción y razón de abandono de tratamiento por los pacientes.

Del grupo de pacientes que participaron en el estudio emergieron categorías que no se habían reportado en estudios anteriores similares a este, sobretodo en esta ciudad, como lo son: los cambios de trabajo, la disminución del ingreso por incapacidad, el deseo de procreación, la actitud estoica de los enfermos, la duda del diagnostico por parte del enfermo y los sentimientos de culpa. Entre los factores encontrados sobre la causa de abandono del tratamiento ya mencionado en la literatura se distinguen la enfermedad adictiva a sustancias ilícitas.

La participación de familiares durante la entrevista favoreció la confianza y el rapport entre el investigador y el enfermo, con ello se hizo más fluida la entrevista y las respuestas fueron mejor centradas.

Se obtuvo un perfil de los pacientes entrevistados el cual podrá ayudar a identificar a los enfermos de tuberculosis pulmonar propensos a dejar el tratamiento antifímico. A través de estos factores fue posible caracterizar o tener un perfil de los enfermos entrevistados de tuberculosis pulmonar que abandonaron el tratamiento. Este perfil contiene las siguientes características:

- Pacientes en edad productiva.
- Con antecedentes de abuso sustancias adictivas.
- Con elección consciente de lo que significa dejar el tratamiento.
- Sin carencias de vivienda, afecto, alimentación.
- Con trastornos en la esfera psicológica (sentimientos de culpa), depresión.
- Con un nivel cognitivo que permite la duda diagnóstica, las repercusiones orgánicas en caso de la suspensión del tratamiento y los posibles efectos del tratamiento en la procreación.

Aportaciones y sugerencias con respecto al manejo de estos pacientes que pudiera beneficiar a estos y futuros pacientes.

Medidas preventivas destinadas a evitar las interrupciones del tratamiento

Dentro de las medidas preventivas es conveniente desarrollar un modelo de atención que contemple el sentir de los enfermos como el principal recurso para la curación del enfermo y evitar el abandono.

El “Efecto del tratamiento acortado estrictamente supervisado” (TAES) adaptado a las necesidades del paciente y a las condiciones de trabajo del personal local de salud constituye el mejor método de evitar interrupciones del tratamiento. Así que es preciso que cumplir el TAES tal y como describe la NOM y la OMS independientemente de la institución de salud que se trate.

En el registro inicial y durante la entrevista se requiere tiempo suficiente para conversar con el paciente (y de preferencia también con sus familiares). En esta entrevista se deben registrar los datos del paciente, su domicilio y varias otras direcciones (de sus amigos, parientes, lugar de trabajo o de estudio, etc.) para multiplicar las oportunidades de seguir en contacto con el paciente. También conviene identificar los problemas que el paciente puede encontrar en la fase inicial del tratamiento.

Es recomendable no iniciar el tratamiento a pacientes con diagnóstico nuevo de tuberculosis pulmonar si el paciente está bajo influjo de drogas o alcohol. Preferible dar prioridad a la desintoxicación y deshabitación de sustancias adictivas, posteriormente iniciar tratamiento antifímico.

Al final de la fase inicial del tratamiento, una nueva entrevista permitirá confirmar o modificar las direcciones de contacto. El trabajador sanitario recabará información sobre los planes (trabajo, familia, mudanza) del paciente para los meses venideros durante la fase de continuación del tratamiento. En algunos países, una visita al domicilio del paciente durante los dos meses de la fase inicial del tratamiento permitirá verificar con un croquis de localización la dirección exacta y organizar, además, visitas de control de las personas que conviven con el paciente, en especial de los menores de cinco años. Refrendar fuertemente al paciente y familiar que la curación de la enfermedad se consigue hasta terminar el tratamiento de seis meses y corroborar bioquímicamente la ausencia del bacilo.

Se considera importante recuperar la participación social mediante la capacitación y el compromiso de los agentes comunitarios, grupos religiosos y organizaciones civiles que puedan apoyar las actividades pertinentes de salud pública en la comunidad.

En caso que el enfermo de tuberculosis pulmonar esté laborando y tenga seguridad social, proponer al empleador y a las instituciones de seguridad social otorgar un bono para el paciente con el fin de que no vea mermado su ingreso dado que tiene que estar incapacitado cuando menos dos meses a partir del diagnóstico. Es obvio decir que esto sería temporal y sólo por dos meses que es el tiempo en que el bacilo se negativiza en el enfermo.

Existe un rezago interinstitucional de cooperación y de reticencia, si se puede llamar de esta manera, para llevar a cabo investigación en esta área de la salud, por lo cual convendría que las universidades y el sector salud en su conjunto estrechen lazos y firmen acuerdos de cooperación para evitar estas situaciones y demoras en proyectos científicos que pueden ser valiosos para la comunidad donde vivimos.

Medidas correctivas destinadas a evitar las interrupciones del tratamiento

Cuando el paciente no viene a una cita concertada para recibir tratamiento es necesario buscarlo en las direcciones de contacto registradas, utilizando los medios apropiados al contexto local. Para que se puedan tomar las medidas oportunas, en la semana que sigue a la ausencia se debe descubrir su causa (fallecimiento, accidente, enfermedad intercurrente, cambio de domicilio por razones familiares o laborales, etc.)

En caso de coincidir dos o más enfermedades como la enfermedad adictiva a drogas o alcohol, es recomendable tratar primero la adicción y posteriormente iniciar el tratamiento antifímico.

Es deseable diseñar un modelo de intervención para establecer un equipo multidisciplinario a cargo de los servicios médicos municipales que sea responsable de aplicar el TAES a todos los pacientes enfermos de tuberculosis pulmonar de este municipio y se asegure de su cumplimiento independiente de la institución de donde provenga el enfermo. En el mismo tenor se propone que sea el municipio quien se responsabilice del manejo de estos pacientes exclusivamente en la aplicación del TAES.

Limitaciones del estudio

Este tipo de estudio contextualiza el fenómeno del abandono del tratamiento de un grupo de pacientes con tuberculosis pulmonar los cuales fueron entrevistados. Cabe mencionar que la interpretación de la información otorgada por ellos no pretende generalizar los resultados. Por lo tanto, lo encontrado en esta investigación sólo se circunscribe a este grupo de entrevistados.

Se incluyeron pacientes sólo del área urbana de la ciudad de Ensenada, Baja California, quedando fuera los pacientes que radican en áreas rurales.

La base de datos en la Jurisdicción Sanitaria no está actualizada, por lo que varios domicilios no fueron localizables y algunos fueron inaccesibles para el ingreso de vehículos automotores.

Recomendaciones para futuras investigaciones.

Las entrevistas a los pacientes deben de realizarse en compañía de un familiar ya que forman parte del problema y su participación en el proceso de la enfermedad es proactivo, de apoyo para los enfermos y para las instituciones de salud.

Se debe evitar realizar visitas o entrevistas a pacientes que estén bajo efecto de sustancias adictivas.

Tener o estar capacitado para manejar tecnología de información que hace más fluido algunos procesos de la investigación como la transcripción, la formación de códigos y categorías.

La presencia de una persona del género femenino uniformada de enfermera y con el distintivo de la institución de salud, en la actividad de campo, favorece la confianza de los enfermos y familiares, permite más fácilmente la interacción y la apertura del paciente y familiar durante la entrevista, se siente mayor confort por parte de los entrevistados y por supuesto por parte del entrevistador. Por lo que se propone que en las visitas que se hagan a los enfermos acuda un médico acompañado de personal de enfermería de preferencia del género femenino.

Desarrollar investigación con metodología cualitativa en este campo de la tuberculosis pulmonar tanto en área urbana como rural.

Para evitar sobreexposición a adquirir la enfermedad por parte del investigador es necesario que las entrevistas entre este último y el paciente enfermo se realicen al aire libre con el fin de minimizar la posibilidad de ser infectado.

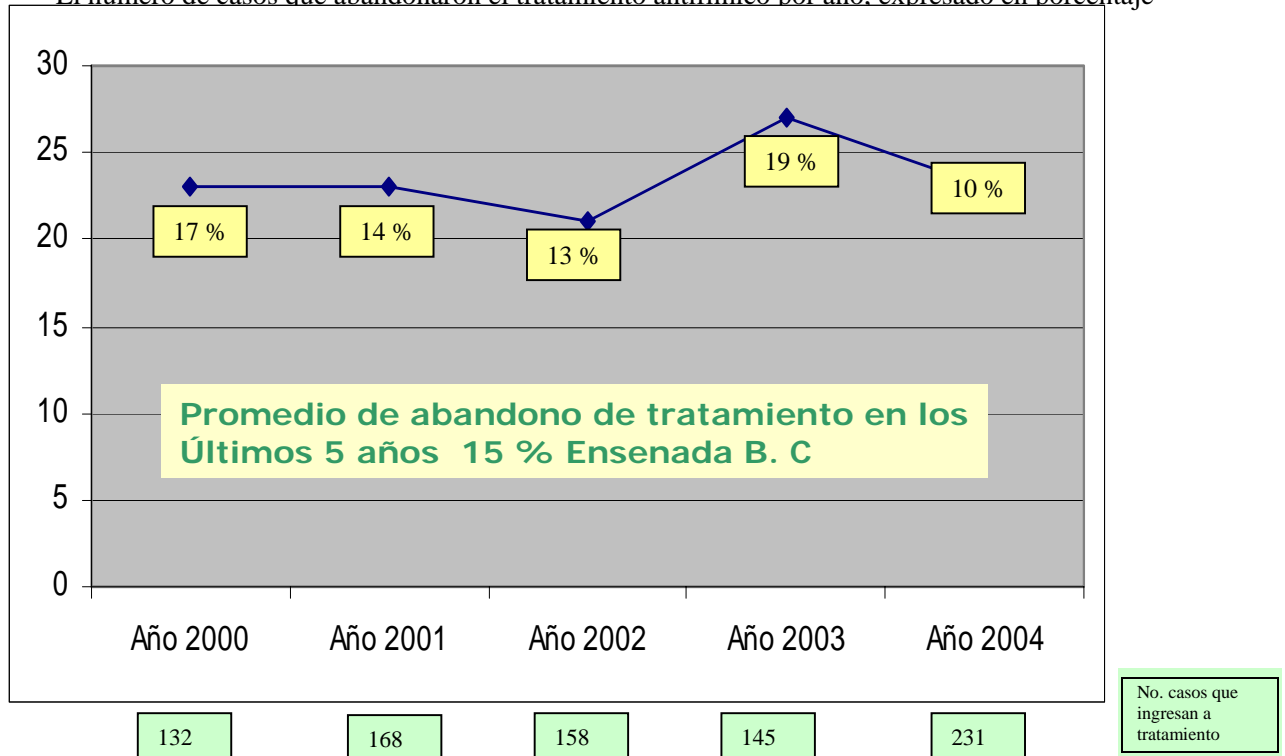
Propuestas de estrategias para reincorporar a los enfermos y reiniciar la terapéutica.

Establecer un tiempo razonable entre el personal de salud y el paciente para que cuando se presente el abandono a tratamiento éste último pueda reconsiderar la continuidad sin que afecte la eficacia y eficiencia del tratamiento. Proponer ante autoridades políticas y

legislativas locales, estatales y federales iniciativas de ley para modificar la Ley General de Salud para incorporar modelos o esquemas de tratamiento y control para los enfermos de tuberculosis pulmonar independientemente de su afiliación o no al régimen de seguridad social. Estas reformas facilitarían y permitirían que el paciente recibiera el tratamiento y coadyuvaría al apego de los tratamientos. Es preciso que las instituciones de salud a través de su personal acudan al domicilio de los enfermos para evitar el abandono al tratamiento.

GRAFICAS Y TABLAS RELEVANTES DEL ESTUDIO LLEVADO A CABO

El número de casos que abandonaron el tratamiento antifímico por año, expresado en porcentaje



La OMS tiene una referencia o indicador para todos los países respecto al abandono de tratamiento y es del 5 %. Es decir que el número de casos que abandonan el tratamiento no debe pasar de este indicador. Como vemos en el municipio tenemos un 15 %, dos veces por arriba de la meta.

Categorías encontradas en este estudio de investigación vs categorías citadas en la literatura y la interacción que existe entre algunas, así como la no relación en otras, con respecto a causas de abandono a tratamiento.

PRINCIPALES MOTIVOS ABANDONO TRATAMIENTO (Literatura)

PRINCIPALES MOTIVOS ABANDONO TRATAMIENTO (estudio)

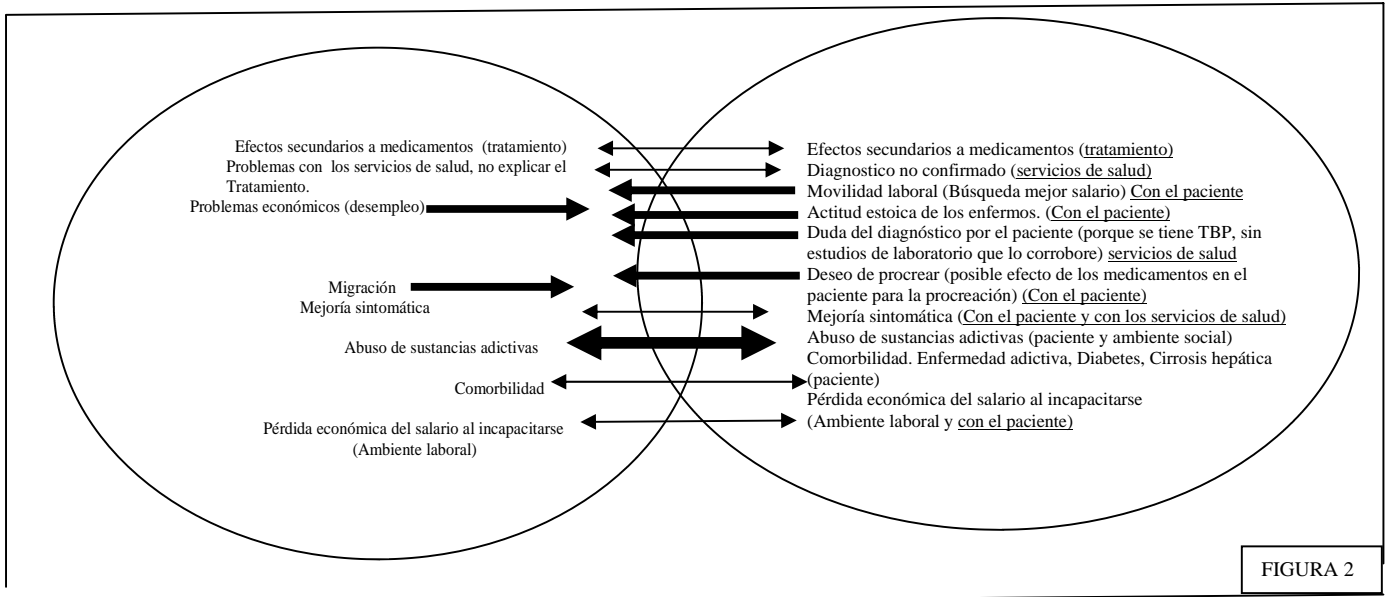


FIGURA 2

Simbología (Descripción de las flechas)

	Interrelación que existe entre los resultados de estudios anteriores descritos en la literatura v los resultados del presente estudio respecto del abandono a tratamiento
	Categorías emergentes en el presente estudio no descritas como tal en estudios anteriores.
	Principal motivo de abandono a tratamiento antifimico encontrados en el presente estudio v en estudios de investiaación anteriores.
	Categorías no encontradas en el estudio realizado con referencia a estudios anteriores donde están presentes

FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE TRATAMIENTO ANTIFIMICO EN EL ESTUDIO REALIZADO.

No. Pacientes					Total de Factores
	PACIENTE	TRATAMIENTO	SERVICIOS MEDICOS	AMBIENTE SOCIAL	
1	Adicción Ilícita		Información insuficiente de tratamiento		2
2	Adicción Ilícita	Reacciones Secundarias	Diagnóstico No confirmatorio de TBP		3
3	Adicción Ilícita		Trato Inadecuado del servidor público		2
4	Adicción Ilícita				1
5	Deseo Procreación		Diagnóstico No confirmatorio de TBP		2
6	Mejoría		Desconocimiento tiempo de tratamiento por Personal sanitario		2
7			Diagnóstico No confirmatorio de TBP		1
8	Incremento salarial			Movilidad Laboral	2
9	Disminución Ingreso		Otorgamiento Incapacidad para laborar	Disminución del ingreso	3
10		Reacciones Secundarias			1

Se hace notar que la mayoría tienen más de un factor como causa de abandono.