

**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

**“Prevalencia y factores de riesgo en pacientes con tuberculosis pulmonar, en el hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en el periodo de enero 2015 a junio del 2016”**

**AUTORES:**

**Chicaiza Vera Byron Antonio  
Paz Illescas Carlos Emilio**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:  
MÉDICOS**

**TUTORA:**

**Dra. Elizabeth Benites Estupiñan.**

**Guayaquil, Ecuador  
2016**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Chicaiza Vera Byron Antonio y Paz Illescas Carlos Emilio**, como requerimiento para la obtención del Título de **Médicos**.

**TUTORA**

f. \_\_\_\_\_

**Dra. Elizabeth Benites Estupiñan**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Luis Aguirre**

**Guayaquil, 22 de Septiembre del año 2016**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Chicaiza Vera Byron Antonio**.

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia y factores de riesgo en pacientes con tuberculosis pulmonar, en el hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en el periodo de enero 2015 a junio del 2016** previo a la obtención del Título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, 22 de Septiembre del año 2016**

**EL AUTOR**

f. \_\_\_\_\_

**Chicaiza Vera Byron Antonio**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Paz Illescas Carlos Emilio**.

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia y factores de riesgo en pacientes con tuberculosis pulmonar, en el hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en el periodo de enero 2015 a junio del 2016** previo a la obtención del Título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, 22 de Septiembre del año 2016**

**EL AUTOR**

f. \_\_\_\_\_

**Paz Illescas Carlos Emilio**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **Chicaiza Vera Byron Antonio**.

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia y factores de riesgo en pacientes con tuberculosis pulmonar, en el hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en el periodo de enero 2015 a junio del 2016**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, 22 de Septiembre del año 2016**

**EL AUTOR**

f. \_\_\_\_\_

**Chicaiza Vera Byron Antonio**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **Paz Illescas Carlos Emilio**.

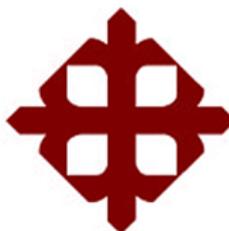
Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia y factores de riesgo en pacientes con tuberculosis pulmonar, en el hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en el periodo de enero 2015 a junio del 2016**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, 22 de Septiembre del año 2016**

**EL AUTOR**

f. \_\_\_\_\_

**Paz Illescas Carlos Emilio**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**Dra. Elizabeth Benites Estupiñan  
TUTORA**

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Cley Viteri Mosquera  
TUTOR OPONENTE**

f. \_\_\_\_\_

**Dra. Luz Abarca Coloma  
TUTORA OPONENTE**

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Diego Vásquez Cedeño  
COORDINADOR DEL AREA O DOCENTE DE LA CARRERA**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco infinitamente a Dios, primeramente por darme la vida y porque ha sabido guiarme por el camino del bien, dándome sabiduría, inteligencia para culminar con éxito una etapa más de mi vida y poder servir a la sociedad con mis conocimientos, para el bienestar de mí país, el de mi familia y el mío en particular.

A mis padres y hermana, que con su apoyo incondicional, nos han enseñado que nunca se debe dejar de luchar por lo que se desea alcanzar.

A mi tutora de tesis la Dra. Elizabeth Benites, por los consejos brindados. Y a mis amigos quienes me han ofrecido su amistad sincera y demás personas que colaboraron para este trabajo.

**Byron Antonio Chicaiza Vera**

## **AGRADECIMIENTO**

Al finalizar mis estudios superiores, considero que todo ser humano debe meditar sobre el camino a seguir, camino que debe estar dirigido por la brújula de nuestras metas y los anhelos de servir a mis semejantes a través de una profesión que nos acerca al ser humano, para revertir en ellos, nuestra solidaridad, respeto y amor por el prójimo.

Un agradecimiento especial a nuestro Dios y a la Madre Dolorosa, por haberme dado cada día de mi vida, sus bendiciones y su amor, su cuidado y la capacidad de seguir las amorosas enseñanzas que nos dejó Jesucristo en su redentora presencia.

A mis padres Dr. Carlos Emilio Paz Sánchez y Dra. Glenda María Illescas Enríquez de Paz, por ser pilares fundamentales en mi formación integral y ser un ejemplo a seguir.

A mis abuelitos: Dr. Jorge y Dra. Zoila, por estar siempre presente en todos los momentos significativos de mi vida, por su amor sin barreras, su ternura y consejos que me acompañarán por siempre y serán mis escudos y fortalezas.

A mis hermanos por ser ejemplo a seguir y por su afectuoso cariño.

A mi tía Mirna Illescas Enríquez, por su amor y apoyo otorgado en todo momento de mi vida.

A mis amigos de aula, por ser elementos fundamentales en el trabajo de equipo y compartir el camino para alcanzar nuestras metas.

A mis amigos de Sauces VIII por compartir vivencias que me otorgaron la fe de lograr lo propuesto.

A quienes de una u otra forma, colaboraron conmigo para la presentación de este trabajo de titulación.

**Carlos Emilio Paz Illescas**

## **DEDICATORIA**

Quiero dedicar este trabajo principalmente a Dios, por iluminarme y bendecirme cada momento de mi vida, en este camino

A mis Amados Padres el Lcdo. Nelson Chicaiza y Mónica Vera, quienes estuvieron siempre apoyándome para alcanzar mis objetivos, porque es a ellos que les debo todo lo que soy y todo lo que he logrado.

A mí Querida Hermana la Econ. Johanna Chicaiza Vera, que con sus consejos oportunos, me permitió demostrarle, que con esfuerzo y sacrificio se pueden alcanzar las metas.

**Byron Antonio Chicaiza Vera**

**G**

## **DEDICATORIA**

Dedico la culminación de mi carrera a Dios en primer lugar y a nuestra Madre Dolorosa, por su protección diaria y por ser la guía que alumbrará mi camino a seguir. A mi padre Dr. Carlos Emilio Paz Sánchez por ser mi ejemplo de superación y de humildad, atributos que llevan al ser humano a ser un eficiente servidor de sus semejantes, con el fin de ser más para servir mejor.

A mi madre Dra. Glenda María Illescas de Paz, que me cuidó, me dio su ternura, su amor y su ejemplo de profesional humana y responsable.

A mis abuelitos, fuente de ternura y amor para con sus nietos.

**Carlos Emilio Paz Illescas**

## INDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I.....	2
1. MARCO TEÓRICO .....	2
1.1 Antecedentes de la tuberculosis .....	2
1.2 Tuberculosis pulmonar.....	3
1.2.1 Definición .....	3
1.2.2 Etimología.....	3
1.2.3 Anatomía patológica.....	3
1.2.4 Fisiopatología.....	5
1.2.5 Cuadro Clínico.....	6
1.4.1 Sexo.....	7
1.4.2 Edad.....	8
1.4.3 Malnutrición.....	8
1.4.4 El contacto íntimo y prolongado.....	8
1.4.5 Exposición ocupacional.....	9
1.4.6 Mal estado de la vivienda.....	9
1.4.7 Hacinamiento.....	9
1.4.8 Consumo de alcohol y cigarrillo.....	9
1.4.9 Enfermedades crónicas.....	10
1.4.10 Pobreza.....	10
1.5 Diagnóstico .....	11
CAPITULO II.....	14
<b>2. MATERIALES Y MÉTODOS .....</b>	<b>14</b>
2.1 Diseño .....	14
2.2 Población.....	14
2.3 Variables.....	14
2.4 Instrumentos .....	15
2.5 Gestión de datos.....	15

CAPITULO III.....	16
<b>3. ANALISIS Y RESULTADOS .....</b>	<b>16</b>
CAPITULO IV .....	23
<b>4. DISCUSIÓN.....</b>	<b>23</b>
<b>CONCLUSIÓN .....</b>	<b>25</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>26</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>27</b>

## RESUMEN

**Objetivo:** determinar la prevalencia y factores de riesgo en pacientes con tuberculosis pulmonar, con datos obtenidos del expediente clínico de pacientes con este diagnóstico en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en el periodo de enero 2015 a junio del 2016. **Diseño:** estudio de prevalencia, estudios de cohorte y comparativo retrospectivo. **Métodos:** se evaluaron 4328, de los cuales 34 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. El mecanismo de recolección de datos fue mediante consulta externa realizada en el área de neumología del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, en el cual se pudo conocer las manifestaciones clínicas más frecuentes y exámenes de laboratorio, y según esto confirmar la enfermedad de tuberculosis pulmonar. **Resultados:** la prevalencia durante el año 2015 hasta junio del 2016 en el Hospital Abel Gilbert Pontón fue de 0.78%, la edad promedio de los pacientes con tuberculosis es de 37 años, predomina el sexo masculino con un 55,9% en relación al sexo femenino con un 44,1%, estos pacientes residen en zonas urbanas y urbano-marginales con un 44 +/- 3 % y en zonas rurales 14%, mientras el síntoma clínico más frecuente en este tipo de pacientes fue las tos y expectoración con un 35%. **Conclusión:** la tuberculosis pulmonar es una patología que incide con mayor frecuencia en los pacientes de sexo masculino en una etapa reproductiva dando como resultado una media de 37 años de edad, es evidente encontrar esta enfermedad en mayor proporción en zonas urbanas y urbanas marginales en relación que en zonas rurales.

**Palabras Claves:** tuberculosis pulmonar, prevalencia, factores de riesgos.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the prevalence and risk factors in patients with pulmonary tuberculosis, with data obtained from clinical records of patients with this diagnosis Specialty Hospital Dr. Abel Gilbert pontoon in the period from January 2015 to June 2016. **Design:** study prevalence, comparative cohort studies and retrospective. **Methods:** 4328 were evaluated, of whom 34 patients met the inclusion and exclusion criteria. The data collection mechanism was through external consultation in the area of pulmonology Specialty Hospital Dr. Abel Gilbert Ponton, in which it was known the most frequent clinical and laboratory tests, and accordingly confirm tuberculosis disease pulmonary. **Results:** The prevalence during 2015 until June 2016 in the Abel Gilbert Hospital pontoon was 0.78%, the average age of patients with tuberculosis is 37 years old, predominantly male with 55.9% in relation to sex female 44.1%, these patients reside in urban and marginal urban areas with 44 +/- 3% and 14% in rural areas, while the most frequent in these patients the clinical symptom was cough and expectoration 35%. **Conclusion:** Pulmonary tuberculosis is a disease that affects more frequently in male patients at a reproductive stage resulting in an average of 37 years old, clearly find this disease in greater proportion in marginal urban and urban areas in relation than in rural areas.

**Key words:** pulmonary tuberculosis, prevalence, risk factors.

## INTRODUCCIÓN

La tuberculosis pulmonar es considerada una patología infecciosa y transmisible originada por el microorganismo *Mycobacterium tuberculosis*, un bacilo Gram Positivo, posee un gran protagonismo, ya que es una de las principales causas de muerte a nivel mundial sobre todo en América Latina por sus diversos factores de riesgo que presenta dicha enfermedad, entre las cuales tenemos, el incremento del índice de pobreza, la condición sanitaria y de salubridad, nivel de educación, falta de apoyo por parte de los gobiernos para campañas de información y prevención con aporte de vacunas contra la tuberculosis para la edad adulta.

El principal problema consiste en que la mayoría de los pacientes que presentan la enfermedad, es porque carecen de unos buenos hábitos alimenticios, desnutrición, mala higiene, malas condiciones de sus viviendas, nivel socioeconómico bajo y lugares de trabajo con hacinamiento, siendo estos los factores predisponentes para la tuberculosis pulmonar.

En la tuberculosis pulmonar la edad para infectarse de esta patología oscilan entre los 20 y 65 años de edad, siendo más frecuente en el sexo masculino que en el sexo femenino, debido a que los hombres poseen una actividad laboral en las calles y de esta manera están mucho más expuestos a los microorganismos patógenos volátiles para contraer la enfermedad.

## **CAPÍTULO I**

### **1. MARCO TEÓRICO**

#### **1.1 Antecedentes de la tuberculosis**

Se conoce que la tuberculosis es una de las enfermedades más letales que existe desde hace mucho tiempo atrás, se cree que surgió entre aproximadamente 15.000 a 20.000 años. Fue el médico, Robert Koch, que en 1882, observó por primera vez el bacilo causante de la enfermedad. (Koch H. H., 2011) .

Con las bases científicas sobre el agente causal y el mecanismo de transmisión aparecieron sanatorios que tenían la finalidad de aislar a los afectados por la enfermedad y con eso impedir la transmisión de la misma, de esta manera ayudando a la recuperación de los pacientes.

Durante la II guerra mundial, en el año 1944, se alcanzó un gran avance en cuanto a la terapéutica y hubo una esperanza para contrarrestar la enfermedad, mejorando la calidad de vida del paciente. En dicho año, se demostró la eficacia de la estreptomina, medicamento que cambió el curso de la enfermedad. Aquello fue el inicio de la edad moderna de la tuberculosis abriendo las puertas para que fármacos de mayor eficacia fueran creados posteriormente. Ocho años más tarde se desarrolló un medicamento llamado izoniacida, que hizo que la tuberculosis se convirtiera en una enfermedad curable. En la década de los 60 aparece la rifampicina que de igual manera aportó de forma significativa a los actuales regímenes terapéuticos<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/V.3784-2004.pdf>

## 1.2 Tuberculosis pulmonar

### 1.2.1 Definición

Es una enfermedad infecciosa caracterizada por la formación de tubérculos; pudiendo afectar a diferentes órganos principalmente a los pulmones, producida por el bacilo, *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch, en honor a su descubridor.

### 1.2.2 Etimología.

*Mycobacterium tuberculosis* es un bacilo de 1-4 por 0,3-0,6 micras (um), es una bacteria alcohol ácido resistente, aerobia estricta y frecuentemente incolora e inmóvil, no formadora de esporas. Es muy resistente a las condiciones de frío, congelación y desecación. Por el contrario, es muy sensible al calor, luz solar y luz ultravioleta. Su crecimiento está subordinado a presencia de oxígeno y al valor del pH circundante. El desarrollo óptimo de este microorganismo es de 35 – 37°C y comparado a otras bacterias su crecimiento es mucho más lento.

### 1.2.3 Anatomía patológica.

Los pacientes con lesiones tuberculosas son de dos tipos específicos: exudativas y productivas.

- **La lesión exudativa:** es una manifestación de hipersensibilidad, la cual se presenta en sujetos que por primera vez son infectados por el bacilo o en aquellos con inmunodepresión. Es una lesión extensa, que llena los alveolos de exudado, los vasos sanguíneos de los septum intraalveolares se encuentran ingurgitados, evoluciona hacia la reabsorción completa como sucede en la primo infección tuberculosa o hacia la formación de necrosis caseosa, ésta a su vez evoluciona hacia la solidificación y encapsulación como sucede en el nódulo tuberculoso,

o bien cursa hacia la licuefacción y expulsión como ocurre en la formación de la caverna; ambas contingencias se presentan en la tuberculosis pulmonar del adulto o de reinfección<sup>2</sup>.

- **Lesión productiva:** se identifica por la formación de células nuevas; donde encontramos el folículo de Koster que está constituido por una célula central grande, conocida por el nombre de célula gigante de Langhans, multinucleadas, rodeada de células epitelioides y en la periferia de un halo de células linfoides con una gran masa citoplasmática central. En la tuberculosis, estos macrófagos gigantes se denominan células de Langhans. Posteriormente aparece alrededor del folículo de Koster fibras colágenas que van a invadir los alveolos y ocasionan retracción. Toda lesión tuberculosa hace participar a los alveolos, al tejido intersticial y a los vasos sanguíneos a través de la pleura visceral, invade también la pleura parietal. (Castillo, 2014)
- **Caverna tuberculosa:** es la consecuencia del reblandecimiento del caseum, material necrótico de los granulomas tuberculosos. Se forma la licuefacción y vaciamiento de la necrosis caseosa hacia el exterior a través de los bronquios. Es el punto de partida de diseminación broncogena a otras áreas del pulmón y la responsable de la hemoptisis en el paciente. En la actualidad, con un tratamiento apropiado existen grandes posibilidades de que esta caverna aguda cure ya sea con bronquio abierto o con bronquio ocluído. Por el contrario, cuando la evolución es desfavorable, estas lesiones se cronifican y pueden dar lugar a la formación de varias cavernas confluentes rodeadas por un denso tejido fibrovascular.

---

<sup>2</sup> [http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol38\\_1\\_01/est05101.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol38_1_01/est05101.htm)

### 1.2.4 Fisiopatología.

En el momento en el que las gotitas infecciosas de los pacientes contagiados son inhaladas o se introducen en el organismo de la persona sana, es cuando inicia la interacción entre el hospedador, el ser humano, y la bacteria causante de la enfermedad; el *Mycobacterium tuberculosis*<sup>3</sup>.

La mayoría de los bacilos quedan retenidos en las vías respiratorias superiores, posteriormente estos bacilos son expulsados por el barrido ciliar de las células de la mucosa, pero solo menos del 10 % de estos llegan a los alvéolos, lo que da a significar que se requiere entre 5 a 200 bacilos para que se genere la infección.

- **Estadio I:** Los bacilos, una vez dentro de los alvéolos; estos van a ser inmediatamente fagocitados por macrófagos alveolares no activados, lugar en el cual se van a multiplicar y a su vez producir la liberación de citoquinas que conllevará a la liberación de más monocitos y macrófagos que terminarán fagocitando más bacilos.
- **Estadio II:** Se produce un crecimiento exponencial del número de bacilos, esta acumulación de monocitos y bacilos intracelulares aparece entre los días 7 y 21. La mayoría de veces los bacilos escapan hasta el conducto linfático y entran en la circulación pulmonar, accediendo al pudiendo llegar a todos los órganos de la economía.
- **Estadio III:** la consecuencia desde el punto de vista bacteriológico es que en este estadio cesa abruptamente la curva del crecimiento bacteriano, tanto en sujetos susceptibles como en sujetos resistentes. Este control inmunológico de la infección es debido a la inmunidad mediada por células y a la reacción de hipersensibilidad retardada. La necrosis tisular hace que se cree un medio desfavorable para la

---

<sup>3</sup>[https://www.google.com.ec/?gfe\\_rd=cr&ei=J1X8V6WgJ7Kw8weR-YDYBg#q=Mycobacterium+tuberculosis](https://www.google.com.ec/?gfe_rd=cr&ei=J1X8V6WgJ7Kw8weR-YDYBg#q=Mycobacterium+tuberculosis)

multiplicación de los bacilos, lo cual coincide con la positivización del (PPD)<sup>4</sup>.

- **Estadio IV:** El fenómeno que dará como resultado la formación de los granulomas, aquellos que histológicamente caracterizan a esta enfermedad se produce con la sensibilización de linfocitos CD4, una reacción inmunológica de células T ayudantes tipo 1 (TH1) con la liberación de linfoquinas que activan los macrófagos, que destruyen los bacilos.
- **Estadio V:** Si la progresión en la patogenia continúa y se genera la licuefacción del material, éste va a drenarse a la vía aérea y produciéndose consecuentemente la cavitación. En estas condiciones los macrófagos activados se vuelven ineficaces, por lo que se crean unas condiciones idóneas para la que los bacilos se multipliquen extracelularmente. Este foco primario suele ser siempre pleural y está localizado en la región media del pulmón, lugar en donde el flujo aéreo es mayor y facilita que se depositen los bacilos inhalados. Esta infección puede progresar a generar enfermedad rápidamente, años después, o quizás nunca.

### 1.2.5 Cuadro Clínico.

Con frecuencia, durante la primo infección pueden no presentarse síntomas claros o evidentes de la enfermedad, pudiendo llegar a confundirse con un cuadro de gripe común. Aproximadamente el 95% de los pacientes entran en fase de latencia. Al desarrollarse la enfermedad pulmonar, los síntomas pueden ser ligeros o tornarse severos, alguno de ellos pueden ser generales, como la fatiga, pérdida de peso, astenia, sudoración nocturna, anorexia. Entre los síntomas capitales están la tos, expectoración, disnea y hemoptisis. La tos

---

<sup>4</sup> Derivado Proteico Purificado

puede ser moderada o severa, no productiva al principio, que luego puede volverse húmeda o productiva de más de 15 días de evolución.

### **1.3 Transmisión**

La tuberculosis es una enfermedad altamente transmisible, su contagio se produce a través de las partículas expelidas por el paciente con tuberculosis activa, por medio de las gotas de flush cuando el paciente habla, estornuda, tose o escupe<sup>5</sup>.

Las gotas tienen un diámetro entre 1 a 5 micras ( $\mu\text{m}$ ), pudiéndose producir alrededor de 400.000 en un solo estornudo. Cada una de esas gotitas provenientes de un enfermo activo tiene el poder de transmitir altamente el microorganismo. De modo que la inhalación de una sola de las bacterias puede causar una infección. Un paciente con Tuberculosis pulmonar activa sin tratamiento puede infectar entre 10-15 personas por año.

La tuberculosis extra pulmonar rara vez es contagiosa. Sin embargo, se han notificado ciertos casos de transmisión al momento de realizar técnicas que producen aerosoles, como pudiera durante autopsias.

### **1.4 Factores de riesgo**

Para que la tuberculosis se desarrolle, existe la presencia de una variedad de factores de riesgo que predisponen a la enfermedad; entre ellos encontramos:

#### **1.4.1 Sexo.**

Algunos estudios indican que las mujeres pueden presentar mayores tasas de letalidad y de progresión de la infección de la enfermedad al entrar en la edad fecunda. La tuberculosis es una de las enfermedades infecciosas que más mortalidad femenina acarrea.

---

<sup>5</sup> <http://www.ratser.com/nombres-de-diferentes-enfermedades-transmisibles/>

Los índices de notificación de tuberculosis elevados en los hombres obedecen en gran parte a diferencias epidemiológicas; tanto a exposición, riesgo de infección y progresión de la enfermedad. Así también factores de riesgo en los que intervienen la profesión, el estilo de vida, el consumo de tabaco o alcohol también está relacionado.

#### **1.4.2 Edad.**

La tuberculosis afecta principalmente a los adultos en la edad más productiva pero todos los grupos de edad están en riesgo. Afecta más frecuentemente en edades comprendidas entre los 20-64 años. Más del 95% de casos y la mortalidad se registran en países en vías de desarrollo, razón por la cual da lugar a dramáticas consecuencias sociales y económicas que producen una significativa pérdida económica para el país constituyendo afectación laboral de gran medida. El riesgo de infección puede ser mayor en los ancianos posiblemente debido al deterioro de la inmunidad y a la coexistencia de otras enfermedades.

#### **1.4.3 Malnutrición.**

Los malos hábitos alimenticios frecuentemente ligados a factores económicos y socio culturales predisponen la entrada del microorganismo cuando el sistema inmunológico está suprimido, por lo cual la persona se vuelve más vulnerable a adquirir cualquier infección incluyendo la tuberculosis. La insuficiente protección de anticuerpos deja que la bacteria cause daño más fácilmente. Una buena nutrición disminuye el riesgo de padecer esta enfermedad.

#### **1.4.4 El contacto íntimo y prolongado.**

El contagio de la enfermedad está directamente proporcional ligado al contacto íntimo y prolongado con un paciente infectado; es decir; que cuanto más duradero sea el contacto mayor probabilidades existen de infección.

#### **1.4.5 Exposición ocupacional.**

La inadecuación del lugar de trabajo, con espacios pequeños, poco ventilados, aglomeración de personas, jornadas extenuantes y prolongadas de trabajo, tipos de trabajo, hacinamiento, casas donde se encuentran gran cantidad de personas en un espacio reducido que conviven con un paciente no identificado inicialmente, de sospecha de tuberculosis y que posteriormente se confirma la enfermedad, presentan un elevadísimo riesgo de contaminación.

#### **1.4.6 Mal estado de la vivienda.**

Viviendas en malas condiciones, es decir, casas que no tienen una infraestructura de acuerdo al número de habitantes residentes, falta de ventilación e iluminación, la falta de servicios básicos e insalubridad genera el espacio propicio para la propagación de ésta enfermedad.

#### **1.4.7 Hacinamiento.**

El hacinamiento constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad. Residentes en instituciones públicas en las que hay gran confluencia de personas como en los reclusorios o domicilios en donde la infraestructura de la vivienda es muy pequeña y no adecuada en relación al número de habitantes existentes dentro de la misma, contribuye a la diseminación más fácilmente de la tuberculosis.

#### **1.4.8 Consumo de alcohol y cigarrillo.**

Una de las complicaciones médicas apreciadas en el abuso del alcohol, es la alteración en la regulación inmune que conlleva inmunodeficiencia, posiblemente por alteración en el equilibrio de las citoquinas. Como consecuencia aumenta la susceptibilidad a la neumonía bacteriana y a la tuberculosis.

Uno de los hábitos de mayor prevalencia a nivel mundial es el abuso del alcohol, que a su vez genera un gran daño en cuanto a que produce alteración en el equilibrio de las citoquinas, esto da como consecuencia una mayor susceptibilidad.

#### **1.4.9 Enfermedades crónicas.**

Es importante recordar que ciertas enfermedades crónicas tales como: diabetes, insuficiencia renal, cáncer, uso de corticoides e inmunosupresores, implican a su vez un debilitamiento del sistema inmunológico, sistema que es nuestro aliado en la defensa del organismo, disminuyendo así el nivel de protección contra las diversas infecciones entre ellas la tuberculosis pulmonar<sup>6</sup>.

#### **1.4.10 Pobreza**

La Tuberculosis en nuestro país lamentablemente tiene una incidencia alta debido a las condiciones, hábitat y pobreza donde se desarrollan diariamente. La economía de estos seres humanos es muy caótica, no tienen lo suficientes recursos económicos para que ellos tengan puedan vivir de una manera digna, la estructura familiar lo impiden para que puedan vivir en una ciudad donde cuentan con todos los servicios básicos, peor aún adquirir alimentos necesarios como para llevar una alimentación adecuada ricas en proteínas, en muchas ocasiones no tienen accesibilidad a la salud pública ni tampoco a la privada. (Hernandez, 2009).

#### **1.4.11. Emigración**

La tuberculosis está latente en zonas de mucho congestionamiento de personas que viaja a otros lugares del país o del mundo, ya sea por diferentes razones, que por lo general es por placer o trabajo, llevan consigo esta enfermedad, a zonas donde la presencia de esta enfermedad es baja. Puede

---

<sup>6</sup> [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)

infectarse por VIH: esta infección quita completamente todas las defensas que el organismo tiene en el sistema inmunológico, razones más que suficientes para el organismo adquiera cualquier infección incluyendo la tuberculosis. Estas personas tiene un riesgo mucho mayor (70 veces más) de ser infectados por la *Mycobacterium tuberculosis* y un riesgo hasta 100 veces mayor a propagarse una tuberculosis en las personas con VIH que no están contagiados (Arthur, 2009).

## 1.5 Diagnóstico

Para diagnosticar una tuberculosis pulmonar es necesario la obtención de muestras adecuadas como cultivos que muestren el crecimiento de colonias de *Mycobacterium Tuberculosis*. La evaluación de un paciente con síntomas o sospechas de tuberculosis pulmonar incluye los siguientes pasos:

- a. **Historia Clínica General:** Dentro de la historia clínica global debe incluir datos sobre la exposición a la tuberculosis, diagnósticos y valoraciones realizadas anteriormente antes de esta enfermedad, la tuberculosis y sus tratamientos. Se debe considerar específicamente los fármacos que el paciente está tomando y evaluar la posibilidad que se realizara una Monoterapia durante 10 y máximo 15 días. Dentro de la historia clínica también se debe examinar si existen factores predisponentes para la enfermedad como son: VIH o Tratamiento Inmunosupresor, debe tener como referencia el cuadro clínico correspondiente a esta enfermedad. (Gómez, 2009).
  
- b. **Exploración física detallada:** Nos va a servir para confirmar o descartar la tuberculosis pero si del estado general del individuo. En algunos pacientes es totalmente normal, en otros se pueden auscultar estertores en la zona afectada, que se acentúan después de la tos. En el caso de cavitación se puede escuchar un soplo tubárico. Otros casos se auscultan **sibilancias** como consecuencia de la estenosis de algún

bronquio. Si existe sospecha de tuberculosis deben poner en marcha los métodos disponibles para excluir o confirmar el diagnóstico. Los métodos frecuentes utilizados son la prueba de la **tuberculina, la radiología y bacteriología**. (David Rodríguez Gómez, 2009).

- c. Prueba de tuberculina (Mantoux):** La prueba de Tuberculina o Mantoux, pone de manifiesto un estado de hipersensibilidad del organismo frente a las proteínas del bacilo tuberculoso, que se adquiere después de una infección producida “Mycobacterium Tuberculosis. (Roberto Secades-Villa, 2007).
  
- d. Radiografía de tórax:** al realizarse una radiografía del tórax, la Tuberculosis Pulmonar, las alteraciones radiológicas más frecuentes se localizan en los segmentos posteriores y apicales de los lóbulos superiores e inferiores, aunque hay que recordar que las lesiones tuberculosas pueden aparecer en cualquier lugar del pulmón. Las radiografías del pulmón pueden ser sugestivas pero nunca son diagnosticadas de Tuberculosis. (Martín Granados García, 2012).
  
- e. Estudio microbiológico:** al realizar el estudio microbiológico se deben obtener al menos dos muestras de esputos seriados de buena calidad (primer esputo de la mañana de dos días consecutivos), misma que debe recogerse en ayunas y sin cepillarse, para baciloscopía (demostración de bacilos ácido alcohol resistentes-BAAR- en preparaciones teñidas mediante la técnica de Ziehl-Neelsen) y cultivo del Bacilo de Koch (BK). Deben recogerse en un sitio aislado y bien ventilado. Se deben enviar el mismo día de la recogida para su procesamiento<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> <http://salud.ccm.net/faq/21410-tincion-de-ziehl-neelsen-definicion>

## **1.6 Tratamiento**

Todo tratamiento de la Tuberculosis debe hacerse de manera ambulatoria, en casos específicos se haría la hospitalización del individuo, según el criterio médico y/o la condición del individuo con relación a su enfermedad. Antes del inicio del tratamiento, todo paciente debe ser evaluado por el médico general, quien diligenciara la tarjeta individual del paciente en sus partes correspondientes y ordenara el inicio inmediato del mismo. La secuencia como la administración del tratamiento debe ser supervisada. El paciente tomara los los medicamentos bajo estricta observación. Los medicamentos se administran simultáneamente como toda la dosis diaria a la misma hora. No se debe fraccionar la forma.

### **1.6.1 Esquema de tratamiento.**

**Nuevos casos:** mayores de 15 años se debe usar el tratamiento Estrictamente Supervisado.

#### **Tratamiento Acortado Supervisado**

- 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.
- Isoniacida: 5 mg/kg/día en la primera fase y 15 mg/kg/día en la segunda fase.
- Pirazinamida: 25 mg/kg/día

En varios casos que haya contraindicaciones para el uso de la estreptomina, debe utilizarse Etambutol a dosis de 20mg/kg/día (3 tabletas x 400mg).

## **CAPITULO II**

### **2. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **2.1 Diseño**

El presente estudio es de tipo de prevalencia, cohorte y retrospectivo.

#### **2.2 Población**

El total de pacientes fue 4.328 que asistieron al servicio de neumología en el hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en el periodo de enero del 2015 a junio del 2016, de los cuales 34 cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión propuestos.

##### **Criterios de inclusión**

- Hombres y mujeres de 18 a 90 años de edad.
- Pacientes que se atienden en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.
- Hombres y mujeres de todas la razas
- Manifestaciones clínicas de tuberculosis pulmonar.
- Pacientes con prueba de BDK positivo.

##### **Criterios de exclusión**

- Hombres y mujeres menores de 17 años y mayores de 91 años.
- Pacientes que no se atienden en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.
- Pacientes sin manifestaciones clínicas de tuberculosis pulmonar.
- Pacientes con prueba de BDK negativo.

#### **2.3 Variables**

Analizamos las siguientes variables que son edad, sexo, procedencia, hematocrito, hemoglobina, peso, antecedentes patológicos personales, antecedentes patológicos familiares, ocupación, cultivo de BDK, cuadro clínico y examen radiológico.

## **2.4 Instrumentos**

La adquisición de datos se ejecutó a partir de la base de datos de estadística del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.

## **2.5 Gestión de datos**

Los datos fueron tabulados y realizados en el programa SPSS23 (Statistical Product and Service Solutions versión 23).

## CAPITULO III

### 3. ANALISIS Y RESULTADOS

#### 1.- Tabla 1. Prevalencia en pacientes con tuberculosis en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.

**34 pacientes con Tuberculosis.**

Prevalencia = \_\_\_\_\_ = 0.0078 x 100 = **0,78 %**

4.328 pacientes ingresados con Pre-diagnóstico Tb

**Análisis.-** La prevalencia durante el año 2015 hasta junio del 2016 en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón fue de 0.78%. La tuberculosis es la causa de muerte de una de cada tres personas con sida en el mundo. La tercera parte del incremento en los casos de tuberculosis a nivel mundial se debe al incremento de la propagación del VIH. En las Américas, se estima que el 9.5% de las muertes por TB están asociadas al VIH. (PAHO-2014).

**2.- Tabla 2 y Gráfico 1. Frecuencia por edad de los pacientes con Tuberculosis.**

**Edad**

N	Válido	34	
	Perdidos	0	
	Media	41	
	Mediana	<b>37</b>	
	Moda	20	
	Desviación estándar	18,7	
	Varianza	350	
	Rango	69	
Percentiles	20	23	
	25	24	
	40	32	
	50	<b>37</b>	
	60	46	
	75	56	
	80	58	

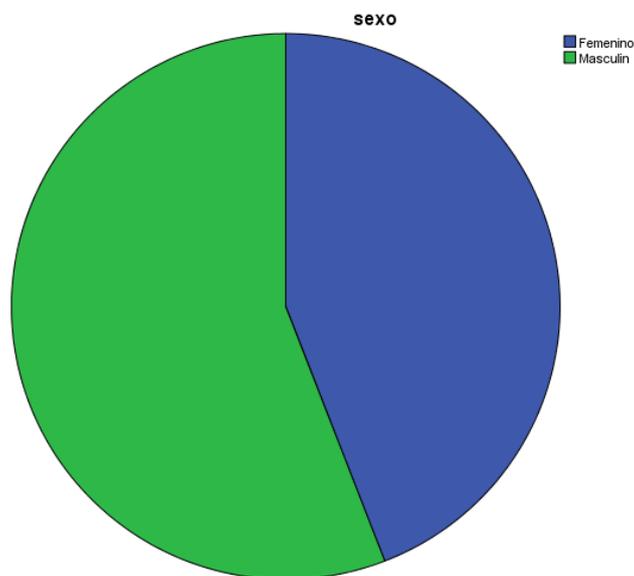
Media = 41,56  
 Desviación estándar = 18,731  
 34

**Análisis.-** La edad promedio de los pacientes con Tuberculosis es de 37 años que corresponde al 50 percentil, lo cual corresponde a los jóvenes adultos en etapa reproductiva.

**3. Tabla 3 y Gráfico 2.- Frecuencia por grupo de género en pacientes con Tuberculosis.**

**Sexo**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Femenino	15	44,1	44,1	44,1
Masculino	19	55,9	55,9	100,0
Total	34	100,0	100,0	

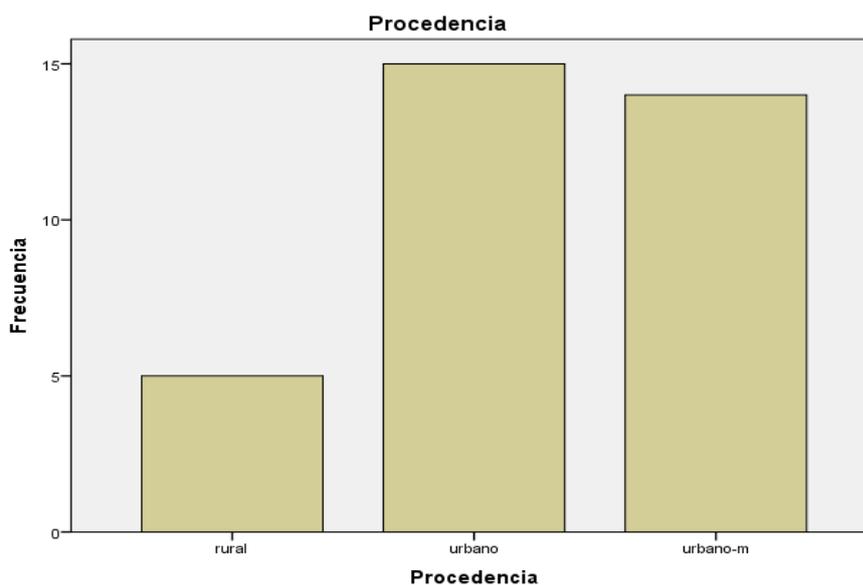


**Análisis.-** Es poca la diferencia entre los grupos por sexo, predomina el masculino con un 55,9% en relación al femenino con un 44.1%

**4.- Tabla 4 y Gráfico 3.- Porcentaje de pacientes con tuberculosis de acuerdo a su procedencia.**

**Procedencia**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
V á l i d o	Rural	5	14,7	14,7	14,7
	Urbano	15	44,1	44,1	58,8
	Urbano-Marginal	14	41,2	41,2	100
	Total	34	100	100	

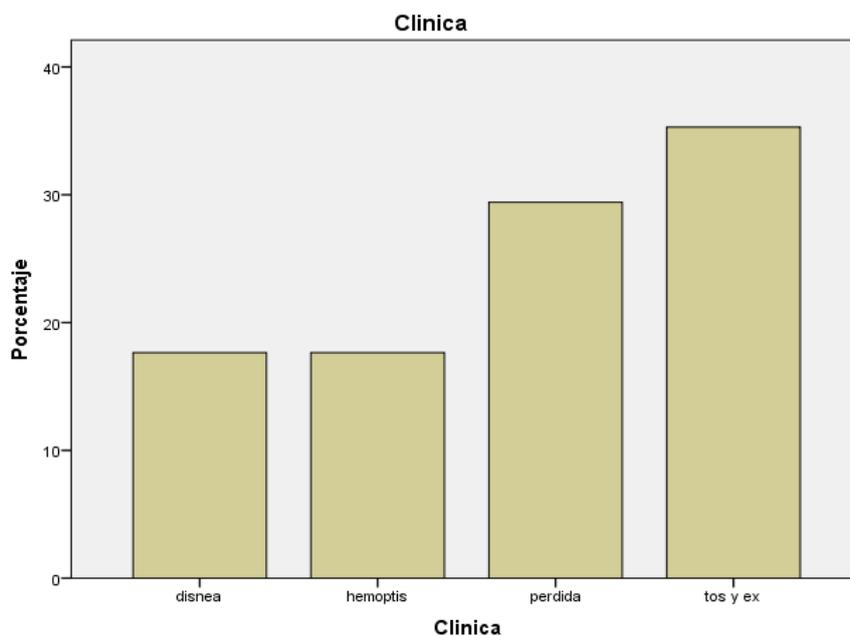


**Análisis.-** Los pacientes con tuberculosis residen en zonas urbanas y urbanas marginales con un 44 +/- 3 por ciento, no así los que viven en zonas rurales que solo son un 14%.

**5.- Tabla 5 y Gráfico 4.- Frecuencia de sintomatología clínica de los pacientes con Tuberculosis.**

**Clínica**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Disnea	6	17,6	17,6	17,6
Hemoptisis	6	17,6	17,6	35,3
Pérdida de peso	10	29,4	29,4	64,7
Tos y expectoración	12	35,3	35,3	100,0
Total	34	100,0	100,0	



**Análisis.-** El 35% presentan tos y expectoración, el 29% acompañado de pérdida de peso. Solo el 17% refieren hemoptisis y disnea.

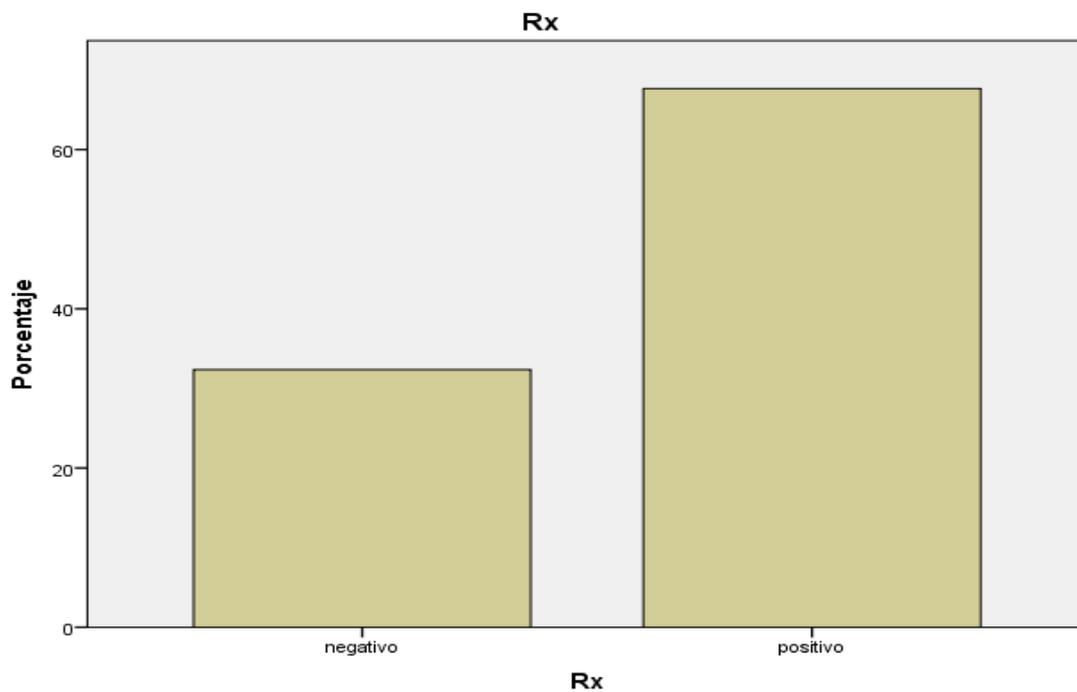
**6.- Tabla 6.- Frecuencia de ocupación de los pacientes con tuberculosis.**

**Ocupación**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Ama de casa	8	23,5	23,5	23,5
Comerciante	12	35,3	35,3	58,8
Desempleada	4	11,8	11,8	70,6
Empleada domestica	4	11,8	11,8	82,4
Estudiante	5	14,7	14,7	97,1
Trabajadora sexual	1	2,9	2,9	100,0
Total	34	100,0	100,0	

**Análisis.-** El 35% de los pacientes son comerciantes, cuya relación laboral es en las calles, seguidas con un 23% por las amas de casa. El 14.7% son estudiantes. Todos presentan Baciloscopía positiva. No tienen familiares con enfermedad de Tuberculosis, algunos refieren que sus padres son diabéticos e Hipertensos.

## 7.- Gráfico 5.- Frecuencia de examen radiológico en pacientes con Tuberculosis.



**Análisis.-** La mayoría de los pacientes presentan un 67,6% de lesiones pulmonares diagnosticados por examen radiológico, solo un 32,2 % están negativos.

## CAPITULO IV

### 4. DISCUSIÓN

En nuestro país la tuberculosis pulmonar no cuenta con una cifra exacta de las personas que padecen esta enfermedad, sin embargo en este estudio se realizó con la finalidad de buscar el porcentaje de personas involucradas con dicha patología.

Con dicho estudio se conoce que la edad promedio con tuberculosis pulmonar tanto para hombres como para mujeres es de 37 años de edad.

Se analizó que el sexo masculino posee ligeramente una mayor predisposición en relación del sexo femenino, es así que en los hombres se presenta la tuberculosis pulmonar en un 55,9% y en las mujeres un 44,1%.

En este mismo estudio se pudo conocer que de los 34 pacientes con tuberculosis pulmonar el 14,7% habitan en zonas rurales, siendo así con mayor porcentaje las personas que residen tanto en zonas urbanas y urbanas marginales con un 44 +/- 3 %.

Las personas con bajo peso tienen un promedio de hematocrito de 30+/- %, el cual corresponde a la historia natural de la enfermedad altamente contagiosa y vulnerables a cualquier microorganismo oportunista que se les presenten en relación de personas con peso normal u obesidad.

En cuanto a la sintomatología clínica tenemos que solo el 17% de los pacientes con dicha patología presentaron hemoptisis y dificultad respiratoria, seguido por pérdida de peso en un 29%, mientras un 35% manifestaron tos y expectoración siendo estos los síntomas más relevantes en aquellos pacientes con tuberculosis pulmonar.

La actividad laboral también se demostró que influye en el curso de la enfermedad, dado que los comerciantes ambulatorios están más expuestos a los microorganismos volátiles cuya relación laboral son en las calles, siendo ellos los más propensos de adquirir dicha enfermedad con un 35%, seguido de las amas de casa con un 23%, el 14% son estudiantes, todos los pacientes refirieron no tener familiares con antecedentes de tuberculosis pulmonar y algunos refieren tener padres diabéticos o hipertensos.

Y la mayoría de los pacientes presento un 67,6% de lesiones pulmonares diagnosticados por examen radiológico.

## **CONCLUSIÓN**

Mediante este estudio concluimos que la tuberculosis pulmonar es una patología que incide con mayor frecuencia en los pacientes de sexo masculino en una etapa reproductiva dando como resultado una media de 37 años de edad, es evidente encontrar esta enfermedad en mayor proporción en zonas urbanas y urbanas marginales en relación que en zonas rurales.

Las manifestaciones clínicas más común en dicha patología fue la tos y expectoración, seguido por pérdida de peso y finalmente por hemoptisis y dificultad respiratoria.

La ocupación de estos pacientes mostro en su mayoría que son comerciantes, cuya relación laboral es en las calles, continuando con las amas de casa y estudiantes.

## **RECOMENDACIONES**

En los últimos años se ha dado un incremento de tuberculosis pulmonar en nuestro país, ya sea por condiciones socioeconómica, estilo de vida, nivel de educación o pacientes multiresistentes al medicamento. Por lo cual recomendamos a las autoridades competentes realizar campañas de fortalecimiento sobre el conocimiento de la tuberculosis y sus factores de riesgos. Dar charlas de las principales manifestaciones clínicas para que esta enfermedad sea detectada oportunamente por los profesionales de la salud. Dar a conocer que es una enfermedad curable y que los pacientes con tuberculosis pulmonar reciben la medicación gratuita. Implementar acciones de educación a la población en general acerca de los cuidados higiénicos tanto personales como familiares además de una correcta manipulación de los alimentos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Arthur, M. (2009). Reporte anual. *National Sleep Foundation*.

Castillo, D. V. (2014). Cirugía Ortopédica y Traumatología II. *biblivirtual*, i-4.

Rodríguez Gómez, J. V. (2009). Metodología de la Investigación. *UOC*.

Foundation. (2009). Tuberculosis. *TB*.

Gómez, D. R. (2009). Metodología de la Investigación. *FUOC*.

Hernandez, M. (2009). Tuberculosis. *Mo*.

Koch, H. H. (2011). Robert Koch y la tuberculosis. referido de <https://laboralfq.files.wordpress.com/2011/10/robert-koch-y-la-tuberculosis>, 1/4.

Koch, R. (2010). Tuberculosis. *TB*.

Granados García, M. A. (2012). Se practica radiografía de tórax posteroanterior. *Medical*.

Roberto Secades, O. G.-R.-H. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles de Psicología*, Enero , número 1 VOL-28 .

Rodríguez, G. (2007). Tuberculosis. *TB*.

Rodríguez, G. (2007). Tuberculosis Pulmonar principios y fundamentos.

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Chicaiza Vera Byron Antonio**, con C.C: # 1207111434 y autor del trabajo de titulación: **Prevalencia y factores de riesgo en pacientes con tuberculosis pulmonar, en el hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en el periodo de enero 2015 a junio del 2016**, previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 22 de Septiembre del 2016.

f. \_\_\_\_\_

**Chicaiza Vera Byron Antonio**

**C.C: 1207111434**



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Paz Illescas Carlos Emilio**, con C.C: # 0927534701 autor del trabajo de titulación: **Prevalencia y factores de riesgo en pacientes con tuberculosis pulmonar, en el hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en el periodo de enero 2015 a junio del 2016**, previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 22 de Septiembre del 2016.

f. \_\_\_\_\_

**Paz Illescas Carlos Emilio**

**C.C: 0927534701**



<b>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA</b>			
<b>FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN</b>			
<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	Prevalencia y factores de riesgo en pacientes con tuberculosis pulmonar, en el hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en el periodo de enero 2015 a junio del 2016.		
<b>AUTOR(ES)</b>	Chicaiza Vera Byron Antonio Paz Illescas Carlos Emilio		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Dra. Elizabeth Benites Estupiñan		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Ciencias Medicas		
<b>CARRERA:</b>	Medicina		
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	Médico		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	22 de Septiembre del 2016	<b>No. PÁGINAS:</b>	<b>DE</b> 48 páginas
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Determinar la prevalencia de tuberculosis y determinar los factores de riesgo de tuberculosis.		
<b>PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:</b>	Tuberculosis pulmonar, prevalencia y factores de riesgo.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):</b>			
<p><b>Objetivo:</b> determinar la prevalencia y factores de riesgo en pacientes con tuberculosis pulmonar, con datos obtenidos del expediente clínico de pacientes con este diagnóstico en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert pontón en el periodo de enero 2015 a junio del 2016. <b>Diseño:</b> estudio de prevalencia, estudios de cohorte y comparativo retrospectivo. <b>Métodos:</b> se evaluaron 4328, de los cuales 34 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. El mecanismo de recolección de datos fue mediante consulta externa realizada en el área de neumología del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, en el cual se pudo conocer las manifestaciones clínicas más frecuentes y exámenes de laboratorio, y según esto confirmar la enfermedad de tuberculosis pulmonar. <b>Resultados:</b> la prevalencia durante el año 2015 hasta junio del 2016 en el Hospital Abel Gilbert pontón fue de 0.78%, la edad promedio de los pacientes con tuberculosis es de 37 años, predomina el sexo masculino con un 55,9% en relación al sexo femenino con un 44,1%, estos pacientes residen en zonas urbanas y urbano-marginales con un 44 +/- 3 % y en zonas rurales 14%, mientras el síntoma clínico más frecuente en este tipo de pacientes fue las tos y expectoración con un 35%. <b>Conclusión:</b> la tuberculosis pulmonar es una patología que incide con mayor frecuencia en los pacientes de sexo masculino en una etapa reproductiva dando como resultado una media de 37 años de edad, es evidente encontrar esta enfermedad en mayor proporción en zonas urbanas y urbanas marginales en relación que en zonas rurales.</p>			
<b>Palabras Claves:</b> tuberculosis pulmonar, prevalencia, factores de riesgos.			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0996959945 0999482498	<b>E-mail:</b> byron_chv@hotmail.com carlos_emiliopaz@hotmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN</b>	<b>Nombre:</b> Vásquez Cedeño , Diego Antonio		
	<b>Teléfono:</b> 0982742221		
	<b>E-mail:</b> diegoavasquez@gmail.com		



**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**



**SENESCYT**

Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

<b>(COORDINADOR DEL PROCESO UTE):</b>	
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>	
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>	
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>	
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>	