



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**“DETERMINANTES DEL ABANDONO DEL TRATAMIENTO
INDIVIDUALIZADO DE PACIENTES CON
TUBERCULOSIS CENTRO DE SALUD
DE PARCONA 2012 - 2015”**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:

QUISPE ATAHUA, FIORELA YANINA

ICA – PERÚ

2016

DEDICATORIA

A Dios por regalarme la vida, porque es el ser quien siempre está a mi lado.

A mi familia quienes desinteresadamente me brindaron su apoyo tanto económico, como moral, para así lograr mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y por el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final.

A la Universidad Alas Peruanas filial Ica, y en especial a la Facultad de Ciencias de la Salud que me dieron la oportunidad de formar parte de ella.

A mis docentes, quienes con sus enseñanzas y experiencias forjaron mi formación como profesional.

AGRADECIMIENTO

A MIS PADRES: Que con su esfuerzo, sacrificio, y su ayuda incondicional me apoyaron durante la investigación y me impulsaron para llegar hasta este lugar.

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, señalan que cada año 8,8 millones de personas se enferman de tuberculosis en todo el mundo. En América Latina, más de 400 000 personas se enferman de tuberculosis cada año, siendo Haití el país que tiene la mayor población afectada de tuberculosis y el Perú ocupa el segundo lugar, presentando cada año aproximadamente 34 mil nuevos casos.

Objetivo: Precisar los determinantes del abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis que se atendieron en el Centro de Salud de Parcona entre el 2012 al 2015.

Material y métodos: Se diseñó un estudio descriptivo, transversal, no experimental y retrospectivo, en los pacientes que abandonaron el tratamiento anti tuberculoso.

Conclusiones: La prevalencia de abandono del tratamiento individualizado de los pacientes que estuvieron en tratamiento individualizado anti tuberculoso es de 8.5%. La edad que más frecuencia presentan los pacientes que abandonaron el tratamiento individualizado de tuberculosis son los comprendidos entre los 30 a 59 años (44.4%), entre los 15 a 29 años (38.9%), y los de 60 años a más (16.7%). El estado nutricional es de 27.8% normo peso y 72.2% bajo peso. El nivel de información sobre tuberculosis fue inadecuado en el 55.6% de los casos y adecuado en el 44%. El nivel de educación fueron primaria el 44.4%, secundaria el 38.9% y superior el 16.7%. El 50% fueron desempleados y el 50% son empleados, al momento que abandonaron el tratamiento. Los efectos colaterales por el tratamiento medicamentoso se presentaron en el 22.2%. Las enfermedades concomitantes se presentaron en el 27.8%. Los hábitos nocivos se presentaron en el 33.3%

Palabras clave: **Abandono tratamiento individualizado tuberculosis**

ABSTRACT

The World Health Organization and the Pan American Health Organization, said that each year 8.8 million people become ill with tuberculosis worldwide. In Latin America, more than 400 000 people sick with tuberculosis each year, making Haiti the country that has the largest population affected by tuberculosis and Peru ranks second, each year about 30,000 new cases. Ica is the third region or department, after Lima and Callao, located in a continuous geographical space in incidence of tuberculosis sensitive.

Objective: Specify the determinants of abandonment of individualized treatment of patients with tuberculosis who were treated at the Health Center Parcona from 2012 to 2015.

Material and Methods: A descriptive, cross-sectional, not experimental and retrospective study was designed in patients who discontinued treatment anti tuberculosis.

Conclusions: The prevalence of neglect of individualized treatment of patients who were in individualized anti tuberculous treatment is 8.5%. Age more often have patients who left the individualized treatment of tuberculosis are those between 30-59 years (44.4%), between 15 to 29 years (38.9%), and 60 years later (16.7%). Nutritional status is 27.8% and 72.2% normo weight low weight or malnourished. The level of information about tuberculosis was poor or inadequate in 55.6% of cases and 44% adequate. The primary level of education were 44.4%, 38.9% secondary and higher 16.7%. 50% were unemployed and 50% are employed, when they left treatment. The side effects from the drug treatment occurred in 22.2%. Concomitant illness occurred in 27.8%. Harmful habits occurred in 33.3%

Keywords: **Individualized tuberculosis treatment abandonment**

ÌNDICE	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÌNDICE	vi
ÌNDICE DE TABLAS GRÀFICOS	viii
INTRODUCCIÒN	x
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE LA INVESTIGACION	
1.1 Planteamiento del problema	12
1.2 Limitaciones de la investigación	13
1.3. Formulaci3n del problema	14
1.3.1. Problema general	14
1.3.2 Problemas específcos	14
1.4. Objetivos de la investigación	15
1.4.1. Objetivo general	15
1.4.2 Objetivos específcos	15
1.5. Justificaci3n del estudio	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÒRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	18
2.2. Bases te3ricas	24
2.3. Defini3n de t3rminos	39
2.4. Hip3tesis	39
2.5. Variables	39
2.5.1. Defini3n conceptual de la variable.	40

2.5.2 Definición operacional de la variable.	41
2.5.3 Operacionalización de la variable.	42
CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO	
3.1. Tipo y nivel de investigación	44
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	44
3.3. Población y muestra	44
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	45
3.5. Plan de recolección y procesamiento de datos	45
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	48
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	58
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS (MATRIZ E INSTRUMENTO)	66

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Nº		pág.
1	ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTI TBC	48
2	EDAD DE LOS PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO ANTI TBC	49
3	ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO ANTI TBC	50
4	NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE TBC DE LOS PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO ANTI TBC	51
5	NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO ANTI TBC	52
6	CONDICIÓN LABORAL DE LOS PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO ANTI TBC	53

7	EFFECTOS COLATERALES MEDICAMENTOSOS PERCIBIDOS EN LOS PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO ANTI TBC	54
8	ENFERMEDADES CONCOMITANTES EN LOS PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO ANTI TBC	55
9	HÁBITOS NOCIVOS DE LOS PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO DE TUBERCULOSIS	56

INTRODUCCIÓN

En el Perú la tuberculosis pulmonar es considerada una de las principales enfermedades de Salud Pública. Es una enfermedad infectocontagiosa de gran impacto en la salud de las personas. Según la estadística del Ministerio de Salud, durante el 2013 se registraron 31 mil casos de tuberculosis en la forma sensible, 1,260 casos de tuberculosis multidrogoresistente (TB-MDR) y 66 casos de tuberculosis extremadamente multiresistente (TB-XDR). El 75% de las infecciones y muertes por tuberculosis ocurren entre los 15 y los 54 años de edad, siendo este grupo etáreo económicamente más productivo.

La Tuberculosis (TB) es uno de los principales problemas de salud pública que enfrentan los países en vías de desarrollo, debido a que es una enfermedad que afecta preferentemente a los sectores más pobres de la sociedad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Perú es el segundo país con mayor número de personas afectadas de tuberculosis en América Latina después de Brasil, y cada año enferman 34 mil personas, siendo los más afectados la población que se encuentra en la etapa más productiva de sus vidas, población económicamente activa, lo cual genera graves consecuencias en el ámbito económico, social y cultural, destacando entre las más graves el ausentismo, pérdida de aptitudes, caída de la producción, entre otras, debido a los factores de riesgo más saltantes como el hacinamiento, la pobreza, los estilos de vida (alcoholismo, drogadicción; precariedad) y nutrición deficiente, entre otros.¹

La Tuberculosis enfrenta un obstáculo muy importante para su control: el abandono del tratamiento, condiciones que tienen implicaciones graves tanto para el enfermo, como para la familia y comunidad, debido a que el paciente no se cura y continúa la cadena de transmisión de enfermedad. Adicionalmente, la bacteria puede desarrollar resistencia a los medicamentos, lo cual predispone el abandono del tratamiento, aumentando costos del mismo y la morbimortalidad de los pacientes.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, señalan que cada año 8,8 millones de personas se enferman de tuberculosis en todo el mundo. A nivel mundial, es la segunda causa principal de muerte en adultos, con dos millones de muertes cada año, así mismo cada día se presentan 28 mil casos nuevos. En América Latina, más de 400 000 personas se enferman de tuberculosis cada año, siendo Haití el país que tiene la mayor población afectada de tuberculosis y el Perú ocupa el segundo lugar, presentando cada año aproximadamente 34 mil nuevos casos.²

En la actualidad la tuberculosis es reconocida como amenaza global por el incremento de la multidrogoresistencia, y su conexión con otras epidemias con las que se relaciona, como la del VIH/SIDA, que permite el aumento dramático de las notificaciones de casos de tuberculosis, sobre todo en áreas de pobreza y en aquellos lugares donde la transmisión de la Tuberculosis no es atendida con un criterio de estrategia sanitaria de control.

En el interior del país los departamentos registrados con mayor tasa de incidencia en Tuberculosis son: Loreto, La Libertad, Madre de Dios, Tacna, Ica, Arequipa y Junín. Aproximadamente el 58% de todos los casos de Tuberculosis y el 82% de Tuberculosis multidrogoresistente se concentran en Lima y Callao.³

Frente a esta problemática de tendencia creciente, el Sector Salud enfrenta la tuberculosis con un enfoque multisectorial e interinstitucional, que permite un abordaje integral y multifactorial, en un contexto de alianzas estratégicas.

La situación de los casos de Tuberculosis multidrogoresistente (TB-MDR) en la Región Ica en el 2015 es diferente a la tuberculosis sensible, ya que desde el año 1998 (primer paciente tratado)

muestran una tendencia creciente siendo Nazca, Palpa e Ica las provincias con mayores tasas de incidencia y en los últimos años post- terremoto, se observa un aumento de casos en Pisco, los que nos coloca como la Región que ocupa el segundo lugar a nivel nacional.⁴

Ica constituye la tercera región o departamento, después de Lima y Callao, que se ubica en un espacio geográfico continuo en cuanto a incidencia de tuberculosis sensible, con presencia de casos de tuberculosis multidrogoresistente durante el año 2011; ocupa el 4° lugar de tuberculosis Sensible y 2° lugar de multidrogoresistente a nivel nacional. La Región Ica logró reducir en 15 por ciento la incidencia de casos de tuberculosis (TB) en cuatro años, destacó el viceministro de Salud Pública del Ministerio de Salud (Minsa), Dr. José Del Carmen Sara. (Noticias OPS/OMS Perú).⁵

Parcona es un distrito de Ica que aporta con un número considerable al aumento de la prevalencia de tuberculosis que en promedio es de 53 casos por año y conociendo que el abandono del tratamiento es un factor importante en la generación de pacientes resistentes a los medicamentos anti Tuberculoso es que motiva a conocer los determinantes del abandono del tratamiento pues las realidades son diferentes en los diversos contextos.

1.2. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Al ser este un trabajo de tipo descriptivo y que se basa en la búsqueda de información a través de una entrevista con cada una de los usuarios que abandonaron el tratamiento antituberculoso. Se podría tener el inconveniente de que la información brindada no sea del todo fidedigna.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los determinantes del abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis que se atendieron en el Centro de Salud de Parcona entre el 2012 al 2015?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

1. ¿En qué medida se produce el abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis?
2. ¿En qué medida influye la edad como determinante del abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis?
3. ¿En qué medida influye el estado nutricional como determinante del abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis?
4. ¿En qué medida influye el nivel de información sobre la tuberculosis en el abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis?
5. ¿En qué medida el nivel educativo es un determinante del abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis?
6. ¿En qué medida la condición laboral es un determinante del abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis?
7. ¿En qué medida los efectos colaterales del tratamiento antituberculoso es un determinante del abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis?
8. ¿En qué medida las enfermedades concomitantes son un determinante del abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis?

9. ¿En qué medida los hábitos nocivos de los pacientes son un determinante del abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Precisar los determinantes del abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis que se atendieron en el Centro de Salud de Parcona entre el 2012 al 2015.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Precisar en qué medida se produce el abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis.
2. Precisar en qué medida influye la edad como determinante del abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis.
3. Precisar en qué medida influye el estado nutricional como determinante del abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis.
4. Evaluar en qué medida influye el nivel de información sobre la tuberculosis en el abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis.
5. Indicar en qué medida el nivel educativo es un determinante del abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis.
6. Investigar en qué medida la condición laboral es un determinante del abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis.
7. Analizar en qué medida los efectos colaterales del tratamiento antituberculoso es un determinante del abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis.

8. Precisar en qué medida las enfermedades concomitantes son un determinante del abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis.
9. Conocer en qué medida los hábitos nocivos de los pacientes son un determinante del abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis.

1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La tuberculosis enfrenta un obstáculo muy importante para su control: el abandono del tratamiento, ello implica graves consecuencias tanto para el enfermo, como para la familia y comunidad, debido a que el paciente no se cura y continua la cadena de transmisión de enfermedad.

Desde la relevancia científica, este trabajo constituye una línea de base para generar otros proyectos de investigación en salud pública, con enfoque analítico. Desde la relevancia social, la presente investigación proporcionará herramientas para facilitar la comunicación sobre la enfermedad a la población. Dado que, un buen nivel de información es necesario si se quiere minimizar el retraso en los pacientes en recibir atención de enfermería y reducir el estigma asociado a la Tuberculosis, así como la presencia de nuevos casos.⁶

La investigación es importante, pues al proporcionar información válida y significativa sobre los determinantes del abandono del tratamiento antituberculoso permitirán desarrollar estrategias para fortalecer condiciones desde los servicios, para conseguir mayor adherencia al tratamiento.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

INTERNACIONALES

Herrero M, Arrosi S, Ramos S, Veleres J. (2015) **Análisis espacial del abandono del tratamiento de tuberculosis, Buenos Aires, Argentina.**

Objetivo: Identificar patrones de distribución espacial de la proporción de la no-adherencia al tratamiento de la tuberculosis y sus factores asociados. Métodos: Estudio ecológico con datos secundarios y primarios en municipios seleccionados del Área Metropolitana de Buenos Aires. Se realizó un análisis exploratorio de las características del área y de las distribuciones de los casos incluidos en la muestra (proporción de no-adherencia) y un análisis de múltiples factores por regresión lineal. Se analizaron variables referidas a las características de la población, las viviendas y los hogares. Resultados: Las áreas con mayor proporción de población que no realizaba aportes jubilatorios ($p = 0,007$) y con mayor proporción de hogares con necesidades básicas insatisfechas según capacidad de subsistencia presentaron mayor riesgo de no-adherencia ($p = 0,032$). La proporción de no-adherencia fue más elevada en las áreas con mayor proporción de viviendas sin servicio de transporte público ($p = 0,070$).⁷

Gallardo C. Velázquez M. Requena J. (2013). **Factores asociados a la adherencia en el tratamiento de la infección tuberculosa Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant (Alicante). España.** Objetivo: Analizar la adherencia al tratamiento de la infección tuberculosa e identificar los factores de riesgo para su cumplimiento. Método: Estudio observacional de cohortes históricas. Resultados: Se incluyeron en el análisis 764 contactos. De los 566 pacientes que terminaron el estudio de contactos presentaron infección tuberculosa (IT). De los pacientes con infección tuberculosa, el 45,6% no iniciaron tratamiento y los factores asociados fueron: edad (36-65 años; y > 65 años), relación social con el caso índice

de tuberculosis e induración de la prueba de tuberculina. La tasa de cumplimiento fue del 80,4% entre los que comenzaron el tratamiento de la infección tuberculosa. Conclusión: La tasa de cumplimiento del tratamiento de la infección tuberculosa fue elevada entre los que iniciaron tratamiento. Casi la mitad de los contactos con infección tuberculosa no iniciaron tratamiento y los factores asociados fueron: edad, relación social e induración de la prueba de tuberculina. La pauta de tratamiento se asoció con mayor cumplimiento. Debemos conocer con precisión los factores asociados a la adherencia al tratamiento de la infección tuberculosa en cada área de salud y actuar sobre los grupos de riesgo, y de esta manera aproximar el control global de la tuberculosis.⁸

Navarro Quintero C.(2013) **Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con Tuberculosis. Colombia.** Objetivo: Determinar los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso, en pacientes de tuberculosis en los municipios de Cúcuta, Villa del Rosario y el Zulia. Materiales y Métodos: estudio cuantitativo de tipo descriptivo retrospectivo transversal de corte con dos muestras, donde se analizó una muestra de abandono al tratamiento (n=34) y otra que terminó el tratamiento antituberculoso (n=34). Se adoptó el instrumento “factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. Resultados: Los factores perceptivos cognitivos se establecieron como los principales determinantes directos de abandono al tratamiento antituberculoso, entre estos en primer lugar el desconocimiento de la importancia de adherencia al tratamiento (95.8%), seguido de mejoría del estado de salud (82.7%), desconocimiento de la duración del tratamiento (75%). En segundo lugar los factores fisiológicos y por último los factores de seguridad. Conclusiones: el estudio permitió identificar las variables asociadas al abandono del tratamiento antituberculoso, clasificar los factores de riesgo y construir un instrumento que al implementarse en los servicios de salud de la región, permitiría al personal de salud detectar oportunamente a los pacientes con un posible riesgo.⁹

Molina M, Fernández A, Rodríguez M, López B. (2012) Realizaron un estudio de Cohorte retrospectiva con el objetivo de identificar **Los factores asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis (TBC) España**. Se calculó la incidencia en la población nacional y extranjera. Se realizó un análisis univariante para describir las características en ambos colectivos y se creó un modelo de regresión logística para identificar los factores asociados al abandono terapéutico. Resultados: La edad media de los pacientes extranjeros fue menor que la de los enfermos nacionales (30,8 años vs 46,0 años; $p < 0,001$). Los primeros residían de forma predominante en el distrito Granada, mientras que los nacionales habitaban en el distrito Metropolitano. El porcentaje de pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso fue del 12,2% y fue algo superior en los enfermos extranjeros que entre los nacionales. ¹⁰

Montufar M, Noboa E. (2012) “**Factores asociados al abandono de tratamiento en los pacientes nuevos con tuberculosis pulmonar BK+ en la ciudad de Guayaquil**”. Objetivo: Documentar los factores que Inciden en el abandono de tratamiento en los establecimientos de salud de la Ciudad de Guayaquil. El método utilizado en este estudio es epidemiológico de campo, de tipo exploratorio, descriptivo, explicativo, correlacional, aplicada a una muestra de 115 pacientes que iniciaron tratamiento esquema uno, y luego abandonaron. El proceso y análisis de datos generales del paciente, muestra que de 115 encuestados 87% son de sexo masculino en edades comprendidas entre 20 a 40 años (44%), instrucción secundaria incompleta el 45% y primaria completa el 34%. Entre los factores relacionados con el abandono de tratamiento están los relacionados con aspectos sociales como el consumo de drogas (57%), alcohol (18%), delincuencia (4%), seguido de factores vinculados con los servicios de salud: mala atención (66%), falta de visitas domiciliarias dentro de las 48 horas de haber abandonado el tratamiento (67%) y los factores relacionados con el tratamiento como las reacciones adversas medicamentosas con el 38%. Conclusión: El principal factor de abandono de tratamiento está relacionado con los servicios de salud, por lo tanto

recomendamos la importancia del manejo humano ajustado a los tiempos y adecuado a las necesidades de los pacientes, el cumplimiento normativo de las visitas domiciliarias para la reinserción del paciente al tratamiento y el manejo interprogramático para la solución oportuna de los problemas motivo de abandono.¹¹

NACIONALES

Vargas Onofre W. (2012) **Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, en el distrito La Victoria-Lima.** Material y métodos: Estudio de tipo retrospectivo de casos y controles. Aproximadamente 126 pacientes abandonaron el retratamiento (grupo de casos) y 246 pacientes egresaron del retratamiento como curados (grupo de control). De los 126 pacientes que abandonaron el retratamiento se encuestó a 46 pacientes, de los 246 pacientes que curaron se encuestó a 140 pacientes, es decir en total de los 372 pacientes previsto para el estudio se entrevistaron a 186 pacientes. Al resto de los pacientes no se logró realizar la encuesta por no ubicarlos en su domicilio, no aceptaron participar en el estudio, cambiaron de domicilio y en algunos casos el paciente había fallecido. Los resultados obtenidos en el presente estudio fueron los siguientes: Los factores que tienen relación con un alto riesgo de abandono al retratamiento son: El paciente que consume alcohol tiene 4 veces más riesgo de abandonar el tratamiento que aquellas que no consumen alcohol, el que consume drogas tiene 29 veces más riesgo de abandonar el retratamiento que aquellas que no consumen drogas, la sensación de falta de eficacia durante el tratamiento representa 11 veces más riesgo de abandonar el retratamiento que aquellas que no experimentan esta sensación, el paciente que siente temor al señalamiento y rechazo cuando presentó la enfermedad, tienen 13 veces más riesgo de abandonar el retratamiento que aquellas que no experimentan esta sensación.¹²

Dalens Remigio, E. (2012) **Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con Tuberculosis. Red de Salud Lima Norte y Rímac-San Martín-Los Olivos.** Objetivo: Identificar los factores que pueden inducir al abandono del tratamiento de la tuberculosis esquema I, en la Red de Salud Lima Norte V Rímac-San Martín-Los Olivos. Material y Métodos: Estudio de tipo cuantitativo, método observacional, diseño descriptivo realizado en la Red de Salud Rímac-San Martín-Los Olivos. Muestra no probabilística intencional constituida 70 pacientes afectados por tuberculosis. Resultados: Se estudiaron 258 casos. El abandono de tratamiento fue predominantemente masculino (94,6%), siendo que el 45% tenía edad entre 21-40 años y el 60,9% estaba en condición de soltero, caracterizados por tener bajos ingresos económicos (67,8%), reportar consumo de alcohol (58,1%), cigarrillo (39,9%) y drogas (32,9%), haber presentado efectos secundarios al tratamiento (45,3%) y utilizar movilidad para trasladarse al centro de salud a recibir terapia medicamentosa (65,1%); el 89,5% recibió visitas domiciliarias por faltas al tratamiento y 69,8% consideró que las pastillas que recibía eran demasiadas, siendo que el 30,2% había presentado náuseas, vómitos, entre otros problemas digestivos. Conclusiones: Entre los factores se destacaron el pertenecer al sexo masculino, bajo ingreso económico, consumo de alcohol, cigarrillos y drogas, la necesidad de utilizar transporte para llegar al establecimiento de salud y presentar efectos secundarios a los medicamentos.¹³

Pérez Villacorta R. (2011) **Relación entre nivel de conocimiento sobre Tuberculosis Pulmonar y actitud hacia el tratamiento – usuario Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II - 1 Moyobamba.** Objetivo: Determinar la relación entre nivel de conocimiento sobre Tuberculosis Pulmonar y la actitud hacia el tratamiento del usuario. El diseño del estudio es descriptivo correlacional de corte transversal, prospectivo. Resultados: Demuestran que la mayoría de los pacientes con tuberculosis pulmonar presentan un nivel de conocimientos alto (76.3%) y medio (23.3%) sobre el tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y

medidas preventivas, y una actitud de aprobación (88.3%) y una actitud indiferencia (11.7%) no encontrándose actitud de rechazo en ninguno de ellos. La prueba de correlación de Pearson demuestran una relación directamente significativa ($p=0.684$) que acepta nuestra hipótesis de estudio. Conclusiones: El nivel de conocimientos sobre medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento de la TBC (alto y medio) tiene una relación *vi* significativa ($p < 0.05$) con la actitud (de aceptación e indiferencia) hacia el tratamiento por el usuario de la Estrategia Sanitaria de TBC, por lo que se recomienda mantener y mejorar los módulos educativos para el usuario que ingresa a la Estrategia Sanitaria Control de Tuberculosis, a fin de mejorar la actitud hacia ella.¹⁴

Culqui D, Munayco C, Grijalva C. (2011) **Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú.** Objetivo: Fue identificar factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso convencional en Perú. Material y Métodos: se realizó un estudio de casos y controles. Se definieron como casos los pacientes que abandonaron el tratamiento por ≥ 30 días consecutivos, y como controles los que completaron el tratamiento sin interrupción. Resultados: Se estudiaron 265 casos y 605 controles. El abandono del tratamiento en nuestro estudio se asoció al sexo masculino, al hecho de sentir malestar durante el tratamiento, al antecedente de abandono previo y al consumo de drogas. Así mismo, si tenemos en cuenta la interacción antecedente de abandono previo y pobreza, el riesgo de abandono aumenta. Por el contrario, recibir buena información sobre la enfermedad (OR=0,25; IC: 0,07-0,94) y poder acceder al sistema sanitario en los horarios ofertados se asociaron a un mejor cumplimiento. Conclusiones: El abandono del tratamiento antituberculoso se asoció a factores no modificables (sexo masculino, abandono previo) y a otros cuyo control mejoraría el cumplimiento (malestar durante el tratamiento, consumo de drogas recreativas y pobreza). Así mismo, es prioritario facilitar el acceso al sistema sanitario y mejorar la información recibida sobre tuberculosis.¹⁵

LOCALES

No se encontraron antecedentes relevantes.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La adherencia a un tratamiento se define como la coincidencia entre la conducta del paciente y la orden del médico. Los términos abandono, no adherencia o irregularidad en el tratamiento se han usado como sinónimos de incumplimiento del régimen terapéutico por parte del paciente. La adherencia a los regímenes de tratamiento ha sido estudiada ampliamente; sobre todo en lo que tienen que ver con el comportamiento de las personas. Se considera abandono del tratamiento contra la Tuberculosis cuando un paciente no asiste a recibir los medicamentos durante un mes o más, en cualquier fase del tratamiento. Es una barrera importante para el control de la Tuberculosis, porque se relaciona con fracaso del tratamiento, con desarrollo de farmacorresistencia, con diseminación de la infección y con incrementos en los costos de tratamiento.

Epidemiología del abandono al tratamiento

La no adherencia está presente en todo el mundo y se distribuye en todos los grupos sociales, étnicos y raciales.

Las proporciones de abandono son muy variadas dependiendo, al parecer, del desarrollo de los países, la epidemiología de la tuberculosis en cada uno de ellos, la dinámica de los programas de vigilancia y control, y el interés de los gobiernos en la tuberculosis como problema de salud pública. Para 1995, la OMS reportó una proporción general de abandono para América del 6%, con rangos que van desde 1.6% en Cuba y el 27.6% en Belice. En Perú la tasa es de 5.6%.

Consecuencias del abandono al tratamiento

El problema del abandono del tratamiento antituberculoso tiene connotaciones graves, como son el deterioro físico de la salud del

paciente por la enfermedad, la posibilidad de estimular los mecanismos de resistencia bacteriana, la continuación de la propagación de la infección y la perpetuación de su existencia en la humanidad. En esta patología el paciente no puede alegar su autodeterminación a rehusar el tratamiento porque está exponiendo a las demás personas a contraer el bacilo, pero tampoco se puede forzar al paciente a cumplir sin tener en cuenta y respetar los principios éticos.¹⁶

Factores de riesgo asociados al abandono o no-adherencia

Factores relacionados con el paciente: La mayoría de los factores de riesgo por abandono del individuo, con las siguientes características:

Edad. No hay unificación respecto a la edad de mayor riesgo para abandono. Galván y Santiuste encontraron que pacientes con edades extremas (menores de 15 años y mayores de 54 años) tenían mejores tasas de adherencia que los de edad intermedia (84% frente a 63%). Esta divergencia de hallazgos sustenta la necesidad de mayor investigación y estandarización de los rangos de edad para conocer la situación en cada comunidad y para poder comparar los resultados de los estudios.

Estado nutricional. La asociación entre la tuberculosis y la desnutrición es conocida; en desnutrición se afecta la inmunidad celular incrementándose el riesgo de que la tuberculosis latente se convierta en activa. Es muy difícil determinar el estado nutricional de las personas con tuberculosis antes de la enfermedad, por lo que es imposible determinar si la malnutrición llevó al avance de la enfermedad o si la tuberculosis activa condujo a la desnutrición .

El tratamiento de tuberculosis mejora el estado nutricional, pero no es suficiente en pacientes con inseguridad alimentaria. La mejora se evidencia en un incremento de masa grasa antes que muscular y puede deberse a la mejora del apetito, la ingesta de alimentos, la poca demanda de energía/nutrientes o la mejora de la eficiencia metabólica.

La evidencia sugiere que la ingesta nutricional adecuada, durante el tratamiento de la tuberculosis y la recuperación, es necesaria para

restaurar completamente el estado nutricional durante y después del tratamiento y la cura microbiológica.

La coinfección del VIH y la tuberculosis representan una carga metabólica física y nutricional, que incrementa el gasto energético, la mal absorción y la deficiencia de micronutrientes, por lo que constituyen un grupo en alto riesgo de malnutrición, fracaso en el tratamiento y muerte.

Género. La literatura apoya la premisa que los hombres tienden a abandonar más que las mujeres. En Argentina el 70% de quienes abandonaron el tratamiento eran hombres.

Estrato socioeconómico. Vivir en un estrato bajo suele ser descrito como factor de riesgo para abandono. Un estudio encontró que el 79% de los pacientes que abandonaron el tratamiento procedían de los estratos bajos. Otro informó que quienes vivían en área rural y suburbana abandonaban dos veces más que quienes vivían en el área urbana.

Nivel educativo. A menor nivel educativo mayor probabilidad de abandono, esto explicado principalmente porque a menor nivel educativo se hace más difícil la comunicación tanto con el personal de salud como con la familia.

Estado civil. En un reporte se encontró que los pacientes solteros tenían la mitad del riesgo de abandono (6.1%), comparado con los casados (12.6%), mientras que los viudos, separados o divorciados tenían un 14.3%.

En otros estudios se menciona al estado civil casado y la convivencia con su familia como un componente del apoyo familiar que se brinda al paciente y un factor que conlleva mejor adherencia al tratamiento. Es el caso de un estudio chileno donde las proporciones de abandono en los individuos casados fueron de 4.2% comparadas con 12.5% para viudos y 16.9% para solteros.

Ingresos. La tuberculosis, desde la antigüedad, ha sido asociado a la desnutrición, la pobreza, el desempleo, el hacinamiento, la falta de servicios básicos, y la inadecuada vivienda e higiene de la misma. La

probabilidad de desarrollar a enfermedad está entre el 2 y el 5% en las regiones empobrecidas del mundo, es decir 50 veces mayor que en las áreas desarrolladas. Tanto el desempleo como los ingresos bajos son considerados factores de riesgo para abandono del tratamiento.

Consumo de alcohol. Tanto la vagancia como el alcoholismo fueron asociados al abandono del tratamiento con 4 veces mayor riesgo de abandono frente a quienes no consumen alcohol.

Consumo de sustancias psicoactivas. Al parecer los medicamentos interfieren con la euforia que el paciente siente mientras está bajo los efectos de los psicoactivos y a veces, las prioridades se invierten. En un estudio en Nueva York se encontró que el 10% de quienes usan drogas endovenosas y el 29% de quienes consumen cocaína abandonaron el tratamiento, frente al 2% entre quienes no usan drogas.

Migración. Así como las tasas de morbilidad y mortalidad son mayores entre personas desplazadas e inmigrantes, también hay dificultades para el cumplimiento del tratamiento en una población con altos niveles de migración.

Problemas con la justicia. El antecedente de haber estado en prisión estuvo presente en un 38% de quienes abandonaron el tratamiento. Adicionalmente, la situación del recluso complica el manejo del paciente con TBC ya que, en las cárceles, además de presentarse altos índices de hacinamiento, coexisten factores sociales y de convivencia que aumentan la posibilidad de transmisión e interfieren con el tratamiento. Están descritas las situaciones en las cuales los compañeros de celda atacan a los enfermos y los marginan. El nivel de conocimiento y cultura de los prisioneros, las características propias de su personalidad, influyen en la adherencia al tratamiento.

Comorbilidad. Son varias las patologías que asociadas a la tuberculosis se reconocen como factores de riesgo para abandono.

La combinación de VIH-SIDA y Tuberculosis, y la estigmatización por falta de entendimiento de la primacía de la Tuberculosis, llevan a demorar el inicio del tratamiento y a una pobre adherencia. Además de las

enfermedades mentales incapacitantes, la renuencia del enfermo a ingerir los medicamentos es una de las razones para abandonar. La incapacidad del paciente para caminar o movilizarse es un factor que ha sido hallado como causa de abandono, también lo es la dependencia total.

Conocimiento de la enfermedad. La falta de conocimiento sobre la enfermedad lleva a los pacientes a tomar alternativas, entre ellas a abandonar el tratamiento.

Creencia de bienestar y sensación de mejoría. Cuando se empieza el tratamiento y la remisión de los síntomas se hace evidente, el paciente tiene una sensación de bienestar y considera que ya no es importante continuar con el tratamiento, por lo tanto, abandona si no sabe o no ha percibido la importancia de terminar el tratamiento y las consecuencias de no hacerlo.¹⁷

Factores relacionados con el tratamiento.

Se han descrito cuatro factores, así:

Duración: Aunque la estrategia DOTS (Tratamiento directamente observado o supervisado) fue diseñada para que el tratamiento sea lo más corto posible, éste continúa siendo prolongado e implica 84 dosis de medicamento e igual número de desplazamientos del paciente hacia la Institución Prestadora de Salud. La duración del tratamiento se encontró asociada a pobre adherencia y fue relacionada como el obstáculo más difícil a vencer para lograr la adherencia. La investigación farmacológica apunta a encontrar medicamentos más eficaces que permitan curación en menor tiempo para propiciar adherencia.

Número de fármacos. El esquema recomendado como efectivo en TBC es la poli terapia; está comprobado que la cantidad de medicamentos que el paciente tiene que tomar es inversamente proporcional a la adherencia al tratamiento. Sin embargo, una de las ventajas del tratamiento antituberculoso es que los medicamentos se suministran en una toma diariamente.

Incomodidad por inyecciones. El dolor en el sitio de aplicación de la inyección, dado por el número de dosis, ha sido señalado como factor asociado al abandono.

Efectos adversos de los medicamentos. Los efectos adversos como náuseas, vómitos, diarrea, cólicos, reacciones de hipersensibilidad, sobrecarga de volumen, leucopenia, trombocitopenia, hepatopatía, ictericia, nefrotoxicidad y ototoxicidad se presentan con frecuencia y en algunos casos están asociados al abandono.

Factores derivados del ambiente.

Se han descrito tres factores, así:

Ambiente familiar: Si el paciente se siente aislado de su familia y sus amigos, está más propenso a abandonar el tratamiento. En un estudio se reportó que el 11% de quienes abandonaron tenían problemas de lazos y relaciones familiares que obstaculizaban el cumplimiento del tratamiento.

Ambiente laboral. Las personas que trabajan por días, o quienes tienen que pedir permiso para asistir a recibir los medicamentos, corren el riesgo de perder el empleo por faltas o por incompatibilidad del horario de trabajo con el de atención en los servicios de salud. De otro lado, el desempleo es considerado factor de riesgo para abandono.¹⁸

Factores derivados de los servicios de salud.

Organización de los servicios de salud. La falta de organización en los servicios de salud es señalada como factor generador de incumplimiento por las esperas prolongadas, costos de las consultas, dificultad para consecución de citas y demora en la atención. La flexibilidad en los horarios y el confort en el sitio de atención del paciente han demostrado mejorar la adherencia.

Distancia al centro de salud. Algunos estudios señalan la distancia de la residencia del paciente a los servicios de salud como un factor de riesgo para el abandono del tratamiento.^{19,20}

2.2.2. MODALIDAD DEL TRATAMIENTO

Tratamiento directamente observado o supervisado: En este caso el paciente toma los medicamentos bajo la observación de otra persona que lo supervisa, ya sea en el centro de salud al que concurre en forma diaria para ingerir las drogas frente al personal sanitario, o en su domicilio o su trabajo, si alguna persona concurre a ver al paciente y controla la toma de los medicamentos.

Esta estrategia de tratamiento llamada TAES (tratamiento estrictamente supervisado) o TDO (tratamiento directamente observado), es el esquema promovido por la OPS/OMS desde 1995, ya que se mejora la adherencia al tratamiento y baja el riesgo de aparición de multirresistencia debida a la toma irregular de los medicamentos y el abandono.

Tratamiento auto administrado: En este caso el paciente toma los medicamentos sin supervisión, y es el único responsable de su correcta ingestión. Este régimen terapéutico genera una falta de cumplimiento elevada con el consecuente aumento de la resistencia.

Para esto se debe coordinar con el paciente para que concorra al servicio de salud a recibir los medicamentos, o que reciba la medicación en su domicilio o trabajo, siendo administrado por un referente comunitario (líder comunitario).²¹

En relación a los medicamentos, se cuenta con medicamentos de primera línea y de segunda línea:

- **Los medicamentos de primera línea, principales, o esenciales son:** Isoniacida (H), Rifampicina(R), Pirazinamida (Z), Estreptomina (S) y Etambutol (E). Estos fármacos son efectivos en la mayoría de los casos y logran la curación de los pacientes en un periodo de seis meses o más de acuerdo a la categoría de la enfermedad.
- **Los medicamentos de segunda línea o subsidiarios:** se utilizan en caso de reacciones adversas y resistencia a fármacos tradicionales. Los tratamientos con estos fármacos deben ser indicados por un especialista.

Tratamiento de la Tuberculosis Multidrogoresistente (TB MDR)

La mejor opción de manejo para la TB multidrogoresistente es el retratamiento individualizado, pero las personas con tuberculosis no siempre cuentan con resultados de prueba de sensibilidad en el momento de la decisión terapéutica, lo cual condiciona la necesidad de esquemas de tratamientos intermedios empíricos, en el país denominado esquema estandarizado de retratamiento o esquema empírico de retratamiento.^{22,23}

• Retratamiento Individualizado para TB MDR

Esquema aprobado por el comité de evaluación de retratamiento intermedio (CERI) en base a los resultados de la prueba de sensibilidad.

Dicho esquema deberá ser propuesto por el médico consultor y puesto a consideración del comité de evaluación de retratamiento intermedio y/o comité de evaluación de retratamiento nacional para su decisión final.

Indicado en:

Pacientes que cuenten con resultados de pruebas de sensibilidad para fármacos antituberculosos de primera y/o segunda línea del instituto nacional de salud (INS) o de laboratorios acreditados por el INS para este fin.

Duración

Aproximadamente 24 meses. Todo expediente de paciente en tratamiento individualizado debe ser reevaluado al menos cada 6 meses en el CERI.

• Retratamiento Empírico para TB MDR

Es un esquema de tratamiento transitorio, que el paciente recibirá hasta que cuente con una Prueba de Sensibilidad.

Dicho esquema deberá ser propuesto por el médico consultor y puesto a consideración del CERI y/o CERN para su decisión final.

Indicado en:

- . Fracaso a retratamiento estandarizado, que no cuenta con resultados de prueba de sensibilidad.
- . Abandono recuperado de retratamiento estandarizado que no cuenta con resultado de prueba de sensibilidad.

Duración

Este es un esquema de tratamiento transitorio, hasta tener la Prueba de Sensibilidad, de no contar con ella la duración del tratamiento será determinado por el CERI y CERN, debiendo ser entre 18 y 24 meses.

• Esquema de Retratamiento Estandarizado para TB MDR

Es un esquema de tratamiento transitorio, normatizado, que el paciente recibirá hasta que cuente con una Prueba de Sensibilidad.

Indicaciones

- Paciente que fracasa al esquema Uno o Dos y que no cuenta con prueba de sensibilidad al momento de decidir la terapia.
- Paciente con diagnóstico de TB activa y antecedente de dos tratamientos previos y que no cuenta con Prueba de Sensibilidad al momento de decidir la terapia.

Duración

Este es un esquema de tratamiento transitorio, hasta tener la Prueba de Sensibilidad, de no contar con ella durará 18 meses.^{24,25}

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA PERSONA CON TUBERCULOSIS

La organización de la atención integral e individualizada de la persona con tuberculosis y tuberculosis resistente, su familia y la comunidad, es responsabilidad del profesional de enfermería de la Estrategia en el establecimiento de salud.

La atención de enfermería enfatiza la educación, control del tratamiento y seguimiento de la persona con tuberculosis y sus contactos, con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbimortalidad por tuberculosis.

Entrevista de Enfermería

La entrevista de enfermería debe realizarse al inicio, al cambio de fase y al término de tratamiento.

Esta actividad debe ser registrada en el formato respectivo y en la tarjeta de tratamiento, con firma y sello del profesional que lo ejecuta.

Objetivos:

- Educar a la persona con tuberculosis y familia, sobre su enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento supervisado, baciloscopía y cultivos de control mensual.
- Establecer canales de comunicación y responsabilidad compartida con la persona con tuberculosis y la familia, con el fin de garantizar la adherencia al tratamiento, el seguimiento de casos y el estudio de contactos a través de la aplicación de la Estrategia DOTS.
- Valorar factores de riesgo para TB MDR con la finalidad de planificar intervenciones.
- Detectar precozmente reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFAS) y colaborar en el manejo oportuno de éstas para evitar irregularidad y abandonos al tratamiento.
- Contribuir a un adecuado seguimiento de casos y estudio de contactos.
- Identificar en el paciente conductas de riesgo, a fin de realizar un trabajo de consejería.

Primera Entrevista:

Se realiza cuando la persona con tuberculosis ingresa al tratamiento y utilizando palabras sencillas con ayuda de material audiovisual, se le informa sobre su enfermedad y formas de contagio, importancia del tratamiento supervisado.

- Establecer un ambiente de cordialidad y privacidad.
- Identificarse con la persona con tuberculosis y demostrarle apoyo para su curación.
- Identificar antecedentes de tratamiento y factores de riesgo para TB-MDR.
- Informar a la persona con tuberculosis que en caso de ser hospitalizado deberá comunicar su diagnóstico para asegurar la continuidad del tratamiento.

- Orientar a la mujer en edad fértil sobre la importancia del uso de métodos anticonceptivos seguros y no hormonales para evitar el embarazo durante el tratamiento.
- Brindar orientación nutricional.
- Realizar el censo de contactos y citarlos para el primer control, indagar si alguno de los contactos presenta síntomas respiratorios, si la respuesta es afirmativa seguir el procedimiento de diagnóstico.
- Informar a la persona con tuberculosis sobre la visita domiciliaria, explicándole en forma clara y sencilla ésta actividad.

Segunda Entrevista.

Se realiza al terminar la primera fase de tratamiento, con la finalidad de controlar y constatar la evolución de la persona con TB, revisar y analizar de la tarjeta de tratamiento.

- Reforzar la importancia del cumplimiento del tratamiento en la fase intermitente y de las baciloscopías de seguimiento.
- Reforzar la educación sanitaria y aclarar posibles dudas. Es importante conocer algunos aspectos de su vida familiar y social, (relación con la familia y amigos, situación de salud de los miembros de la familia, opinión sobre la atención que recibe en el establecimiento de salud, entre otros), con la finalidad de identificar factores de soporte o riesgos para la adherencia al tratamiento.
- Explicar la importancia de continuar su tratamiento hasta su curación.
- Coordinar el segundo control a los contactos.
- Orientar sobre la posibilidad de reacciones adversas a fármaco antituberculoso (prurito, dermatitis, ictericia, entre otros).
- Coordinar y verificar la consulta médica de evaluación.

Tercera Entrevista.

Se realiza al término del tratamiento y se debe:

- Verificar el cumplimiento y resultado del último control baciloscopico.
- Coordinar y verificar la consulta médica de alta.

- Coordinar el tercer control de contactos.
- Registrar la condición de egreso, en el libro de registro de seguimiento y la tarjeta de tratamiento.
- Reforzar la autoestima de la persona que culmina el tratamiento satisfactoriamente y recomendarle que en caso de presentar sintomatología respiratoria él o sus familiares acudan al establecimiento de salud.²⁶

VISITA DOMICILIARIA

Esta actividad es fundamental en la ESN-PCT (Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis), que consiste en acudir al domicilio de la persona con Tuberculosis con la finalidad de educar al paciente y familia. Debe efectuarse dentro de las primeras 48 horas de realizado el diagnóstico.

Para cada visita domiciliaria utilizar la ficha de visita domiciliaria al paciente con tuberculosis.

Objetivos:

- Educar a la persona con tuberculosis y familia incorporándolos activamente en la recuperación de la persona con tuberculosis.
- Identificar problemas de salud y factores condicionantes, para brindar apoyo educativo en busca de alternativas de solución.
- Verificar el censo y optimizar el control de contactos.
- Contribuir al éxito del tratamiento antituberculoso recuperando a la persona inasistente.

Motivos de la Visita:

- Obtención de la segunda muestra del sintomático respiratorio que no retorna al establecimiento de salud.
- Ubicación del sintomático respiratorio BK (+) que no acude al establecimiento de salud.

- Ubicación y verificación del domicilio de las personas con tuberculosis para su ingreso al tratamiento.
- Educación sanitaria al grupo familiar sobre: Importancia del tratamiento supervisado, medidas preventivas y solicitar su participación en el cuidado de la persona con tuberculosis.
- Verificar el número de contactos censados a fin de facilitar su control y detectar nuevos casos de tuberculosis.
- Recolección de muestras de esputo en caso de encontrar sintomáticos respiratorios entre los contactos.
- Recuperar a la persona con tuberculosis que no asiste al tratamiento (dentro de las 24 horas).²⁷

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS.

- Brindar un cuidado de enfermería holístico a las personas enfermas de tuberculosis y a su grupo familiar, basado en principios y valores morales.
- Aplicación de la estrategia tratamiento estrictamente supervisado(TAES)
- Registro y monitoreo de sintomáticos respiratorios en el (PCT) prevención y control de la tuberculosis.
- Registro oportuno de casos en Libro de Registro General de casos y su actualización.
- Impartir consejería al paciente.
- Hacer visita domiciliar en todo caso de tuberculosis para estudio de contactos y cuando el paciente no asista a recibir una dosis de medicamentos, u otros motivos que hagan la visita necesaria.
- Registrar y monitorear oportunamente la ficha de tratamiento.
- Actualizar conocimientos del programa de tuberculosis
- Hacer uso adecuado de materiales e insumos del programa

Además la enfermera participará juntamente con el equipo multidisciplinario local en:

- Operativización de las normas del PCT (prevención y control de la tuberculosis).
- Ejecutar las actividades de prevención, localización de casos, contactos, diagnóstico y tratamiento
- Realizar actividades educativas sobre tuberculosis y coinfección VIH/SIDA, al enfermo y a su grupo familiar.
- Realizar actividades educativas y de promoción sobre tuberculosis y coinfección TB/VIH-SIDA en la comunidad.
- Desarrollar capacidad de gestión local definiendo limitaciones y buscando aplicar alternativas de solución.
- Ejecutar actividades de capacitación en servicio a todo el equipo multidisciplinario.
- Registrar, revisar y analizar los diferentes instrumentos de información mensualmente (PCT, Informe Estadístico y Reporte Epidemiológico)
- Desarrollar reuniones mensuales con todo el equipo multidisciplinario encargado del programa para analizar la información y tomar decisiones.
- Vigilar la fecha de vencimiento, mantener buen almacenamiento y transporte adecuado de los medicamentos.
- Realizar evaluaciones mensuales para analizar la información y tomar decisiones oportunas.
- Participar en evaluaciones que realiza el Sistema básico de salud integral (SIBASI).²⁸

TEORÍAS DE ENFERMERÍA DE NOLA PENDER Y HILDEGARDE PEPLAUQUE APORTAN EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Para Nola Pender: El modelo de promoción de la salud sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la

realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud, su aplicabilidad en los pacientes que han abandonado el tratamiento es reintegrarlos al tratamiento mediante conversatorios educativos y sociales, entre el personal a cargo del mismo y del personal de programa de control de la tuberculosis para fomentar en ellos, la adherencia al tratamiento farmacológico, e impulsar en ellos cambios de estilos de vida.

Para Hildegarde Peplau: Esta teoría permite que el profesional de enfermería deje de centrarse, en la atención biofísica de la enfermedad y permite acercarse a los sentimientos y los comportamientos frente a la enfermedad de los pacientes, estos comportamientos pueden ser explorados e incorporados a las intervenciones de enfermería. Mediante la aplicación de esta filosofía conseguiremos que surja una relación entre la enfermera- paciente que permita afrontar los problemas que padezcan de manera conjunta.²⁹

NORMA TECNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS N°041 /Minsa/DGSP- V.01(20/04/2006)

Se aprobó la norma técnica de salud, con la finalidad de disminuir en forma progresiva y sostenida la incidencia de tuberculosis. Brindando una atención integral de calidad mediante la detección y diagnóstico precoz, al igual que el suministro de un tratamiento oportuno, gratuito y supervisado a las personas afectadas en todo el territorio nacional; y así contribuir a la disminución de la morbilidad y sus repercusiones socio-económicas.

BASE LEGAL

- Ley 26842 – Ley General de Salud.
- Ley 27657 – Ley del Ministerio de salud NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS.
- Decreto Supremo N° 013-2002-SA, que aprobó el Reglamento de la Ley N° 27657

- Decreto Supremo N° 022-2005-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 729-2003-SA que aprobó el Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS.
- Resolución Ministerial N° 771-2004-SA, que creó la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.³⁰

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

Factores condicionantes

Son hechos o fenómenos presentes que favorecen o limitan el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso del paciente.

Epidemiología: estudia la frecuencia de las enfermedades y los trastornos de la salud, así como sus causas y factores de riesgos en grupos de población.

Abandono del tratamiento anti-tuberculoso: Según el Ministerio de Salud del Perú define como “No concurrir a recibir el tratamiento por más de treinta días consecutivos”

Caso de tuberculosis multidrogoresistente (TB MDR): Caso con resistencia simultánea a isoniacida y rifampicina por pruebas convencionales.

Sospechoso de abandono (riesgo de abandono): Paciente que no asiste por sus medicamentos por más de 2 días consecutivos, se considera irregular si se repiten periódicamente.

2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1. HIPÓTESIS

El diseño del estudio es descriptivo por lo que no se considerará hipótesis.

2.5. VARIABLES

2.5.1. Variable de estudio

- Abandono del tratamiento antituberculoso individualizado

2.5.2. Variable de caracterización

- Edad
- Estado nutricional
- Nivel de información sobre la tuberculosis
- Nivel educativo
- Condición laboral
- Efectos colaterales del tratamiento antituberculoso
- Enfermedades concomitantes
- Hábitos nocivos de los pacientes

Definición conceptual

Abandono del tratamiento individualizado de pacientes con Tuberculosis.-

No concurrir a recibir el tratamiento por más de treinta días consecutivos.

Edad.- Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.

Estado nutricional.- Situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.

Nivel de información sobre la tuberculosis.- Es el conjunto de información que tienen los pacientes sobre el tratamiento de la tuberculosis.

Nivel educativo.-Etapas que forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad determinada.

Condición laboral.-Estado laboral en que se encuentra una persona, referida a si se encuentra en trabajo activo.

Efectos colaterales del tratamiento antituberculoso.-Cualquier respuesta del medicamento antituberculoso que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano.

Enfermedades concomitantes.-Enfermedades asociadas que cursan simultáneamente con la tuberculosis.

Hábitos nocivos de los pacientes.- Son hábitos considerados dañinos para la salud.

Definición operacional

Abandono del tratamiento individualizado de pacientes con Tuberculosis.- Variable categórica medida en escala nominal, y se valoró en abandonó, no abandonó.

Edad.- variable numérica que será categorizada en intervalos de edad.

Estado nutricional.- Es una variable cuantitativa que será categorizada en eutrófico, bajo peso y sobre peso.

Nivel de información sobre la tuberculosis.- Variable categórica medida en escala nominal, y se valoró en inadecuada, adecuada.

Nivel educativo.-Variable categórica que será medida en la escala ordinal, primaria, secundaria y superior.

Condición laboral.- Variable categórica que será medida en la escala nominal, empleado o desempleado.

Efectos colaterales del tratamiento antituberculoso.-Variable categórica medida en escala nominal, presente y ausente.

Enfermedades concomitantes.- Variable categórica que será medida en la escala nominal dicotómica, con o sin enfermedades concomitantes.

Hábitos nocivos de los pacientes.-Variable categórica que será medida en escala nominal dicotómica, presente, ausente.

2.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO
V. ESTUDIO Abandono del tratamiento antituberculoso individualizado.	No concurrir a recibir el tratamiento por más de treinta días consecutivos.	Variable categórica medida en escala nominal, y se valoró en abandonó, no abandonó	Condición de cumplimiento del tratamiento	Abandono No abandono	Categórico
V. CARACTERIZACIÓN -Edad -Estado nutricional -Nivel de información sobre la tuberculosis -Nivel educativo -Condición laboral -Efectos colaterales del tratamiento antituberculoso -Enfermedades concomitantes -Hábitos nocivos	-Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento. -Condición nutricional de una persona. -Información que tienen los pacientes sobre el tratamiento de la tuberculosis. -Etapas que forman la educación. -Estado laboral en que se encuentra una persona. -Cualquier respuesta del medicamento antituberculoso que sea nociva y no intencionada. -Enfermedades asociadas que cursan simultáneamente con la tuberculosis. -Hábitos considerados dañinos para la salud.	-Variable numérica medida en intervalos de edad. -Variable cuantitativa, eutrófico, bajo peso y sobre peso. -Variable categórica nominal, valorada en inadecuada, Adecuada. -Variable categórica ordinal, primaria, secundaria y superior. -Variable categórica nominal, empleado o desempleado. -Variable categórica nominal, presente y ausente. -Variable categórica nominal, con o sin enfermedades. -Variable categórica nominal dicotómica, presente, ausente.	-Años cumplidos -Peso, talla -Conocimiento sobre tuberculosis -Grado cultural -Trabajo -Efectos colaterales -Enfermedades asociadas -Hábitos	Años de edad Eutrófico, Bajo de peso Adecuado, inadecuado Primaria, Secundaria, Superior Desempleado, Empleado Si, No Si, No Si, No	Numérico Categórico Categórico Categórico Categórico Categórico Categórico Categórico

CAPÍTULO III

MATERIAL Y MÈTODO

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÒN

3.1.1. Tipo de investigación

Estudio observacional pues se estudia las variables tal como se manifiestan, transversal porque solo se medirá la variable en una sola vez, descriptivo porque solo hay una variable de interés y retrospectivo pues parte de pacientes que son catalogados como abandono del tratamiento antituberculoso.

3.1.2. Nivel de Investigación

Descriptivo, pues se describieron las variables relacionadas con el fracaso del tratamiento antituberculoso.

3.1.3. Método

Inductivo

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN.

El estudio se desarrolló en el Centro de Salud de Parcona.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.

Población

El estudio es sobre todo los casos de pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso entre los años 2012 al 2015 que son 18 pacientes. 5 pacientes que pertenecen al 2012, 5 pacientes que pertenecen al 2013, 4 pacientes que corresponde al 2014 y 4 pacientes que corresponden al 2015.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Paciente que se encontró en tratamiento de tuberculosis y abandonó dicho tratamiento que pertenezca al distrito de Parcona.
- Paciente de ambos sexos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Paciente que se encuentra en otro distrito
- Pacientes que no deseen participar de la investigación.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Técnica

Para el proceso de recolección de datos se realizó los trámites administrativos en las instancias correspondientes, así como las coordinaciones previas para la aplicación del instrumento.

Para realizar el análisis documental en las fichas de registro, se levantó la información directa de la tarjeta de control e Historia Clínica previo a la entrevista de cada paciente. Los datos que no estuvieron consignados en la historia clínica se procedió a realizarle una visita domiciliaria para obtener la información de interés, incluyendo el nivel de información. Se tomó en consideración los aspectos éticos de la investigación, considerando el respeto, privacidad, confidencialidad, la beneficencia y la libre voluntad del investigado de responder la entrevista.

Las técnicas que se utilizaron en la investigación son: la encuesta y el análisis documental. Para el efecto se elaboró un cuestionario y una ficha de registro respectivamente.

3.4.2. Instrumento

- a) Datos generales del entrevistado
- b) Cuerpo de la encuesta, que contiene preguntas dicotómicas y cerradas.

La ficha de registro está diseñada para un registro ágil de los datos contenidos en la “Tarjeta de control de asistencia y administración de medicamentos” así como en la Historia Clínica del paciente.

3.5. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez recolectado los datos, se realizó un análisis univariado utilizando el programa estadístico SPSS v23, ya que este programa proporciona herramientas y funciones eficaces para procesar los datos obtenidos con mayor facilidad. Con los resultados obtenidos para cada

una de las variables se realizó la categorización. Posteriormente estos fueron procesados haciendo uso del programa Microsoft Excel; a través del cuestionario permitió categorizar el nivel de conocimientos adecuado e inadecuado.

Considerando:

Cada pregunta equivale (1) punto

- Nivel de conocimiento adecuado 8 – 16 puntos
- Nivel de conocimiento inadecuado < 8 puntos

ASPECTOS ÉTICOS

Los datos obtenidos son utilizados exclusivamente para la investigación, y toda entrevista fue anónima.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

TABLA 01

PREVALENCIA DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS - CENTRO DE SALUD DE PARCONA 2012 - 2015

ABANDONÓ EL TRATAMIENTO	Frecuencia	Porcentaje
SI	18	8.5%
NO	193	91.5%
Total	211	100.0%

Fuente: C. de S. de Parcona

La prevalencia de abandono del tratamiento individualizado de los pacientes que estuvieron en tratamiento individualizado anti tuberculoso fue de 8.5%.

GRÁFICO N° 01

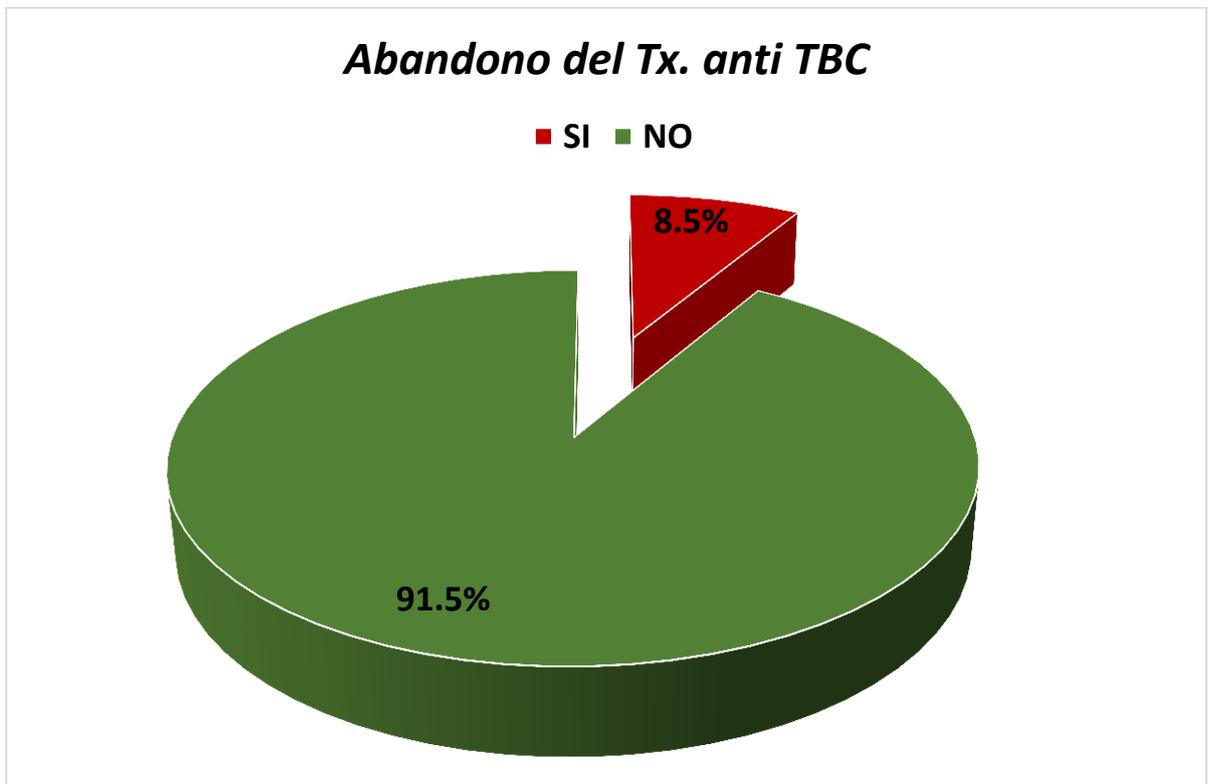


TABLA 02
EDAD DE LOS PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO
INDIVIDUALIZADO DE TUBERCULOSIS - CENTRO DE SALUD
DE PARCONA 2012-2015

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
De 15 a 29 años	7	38.9%
De 30 a 59 años	8	44.4%
De 60 a más años	3	16.7%
Total	18	100.0%

Fuente: C. de S. de Parcona

La edad que más frecuencia presentan los pacientes que abandonaron el tratamiento individualizado de tuberculosis es el que está comprendido entre los 30 a 59 años (44.4%), seguido de los que están entre los 15 a 29 años (38.9%), y finalmente los de 60 años a más (16.7%).

GRÁFICO N° 02

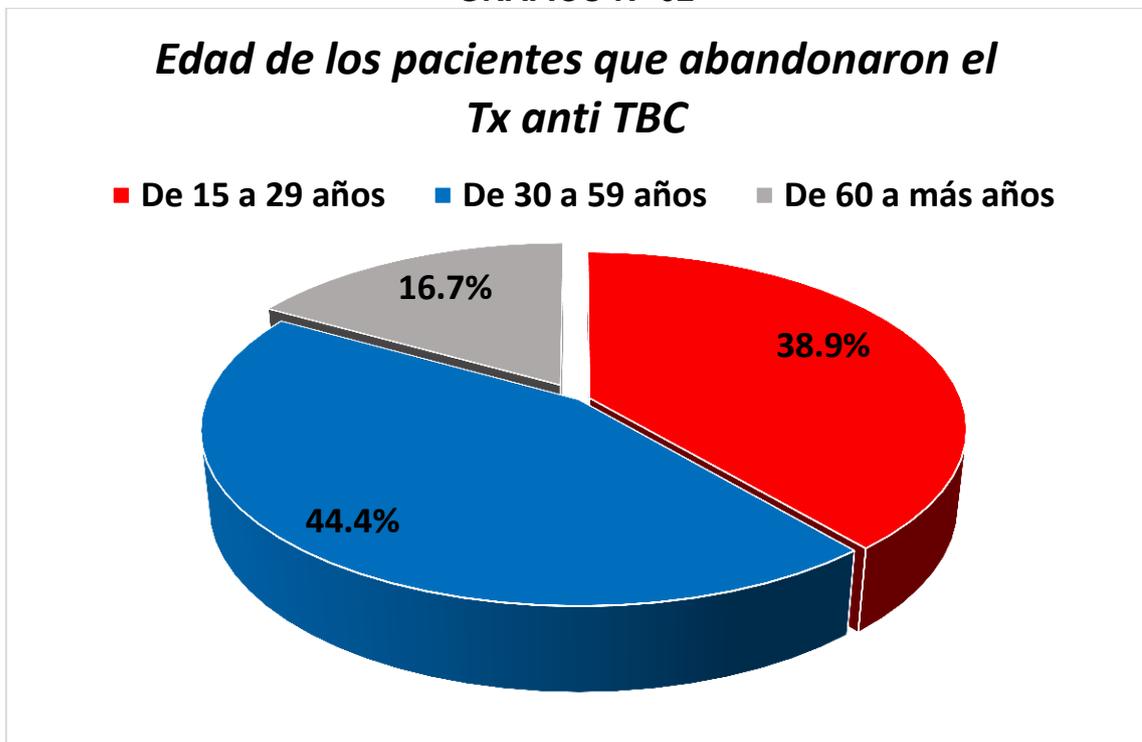


TABLA 03
ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES QUE ABANDONARON EL
TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO DE TUBERCULOSIS
CENTRO DE SALUD DE PARCONA 2012-2015

ESTADO NUTRICIONAL	Frecuencia	Porcentaje
BAJO PESO	13	72.2%
NORMOPESO	5	27.8%
Total	18	100.0%

Fuente: C. de S. de Parcona

El estado nutricional de los pacientes que abandonaron el tratamiento individualizado de la tuberculosis es 27.8% normo peso y 72.2% bajo peso

GRÁFICO N° 03

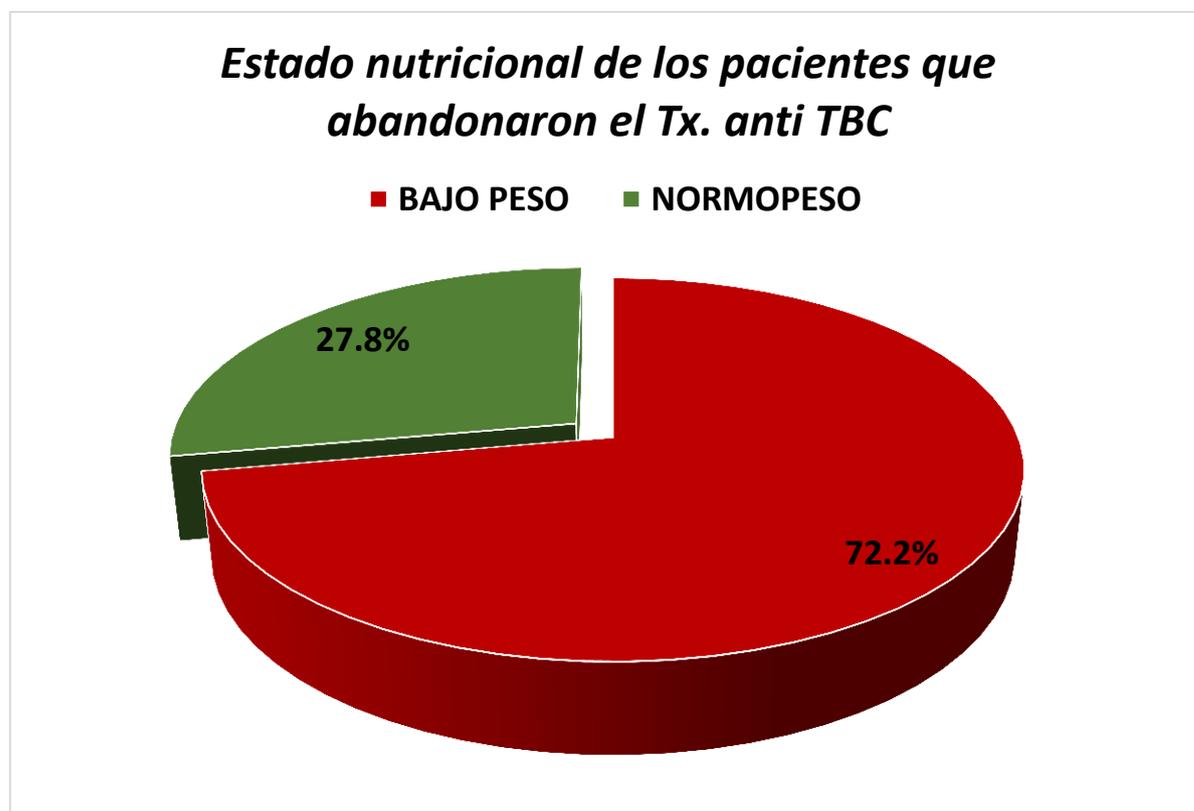


TABLA 04
NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE TUBERCULOSIS PULMONAR EN
PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO
INDIVIDUALIZADO DE TUBERCULOSIS – CENTRO
DE SALUD DE PARCONA 2012 - 2015

NIVEL DE INFORMACIÓN	Frecuencia	Porcentaje
INADECUADO < 8 PUNTOS	10	55.6%
ADECUADO 8 – 16 PUNTOS	8	44.4%
Total	18	100.0%

Fuente: C. de S. de Parcona

La tabla muestra que el nivel de información sobre tuberculosis en los pacientes que abandonaron el tratamiento individualizado anti tuberculoso fue inadecuado en el 55.6% de los casos y adecuado en el 44.4%.

GRÁFICO N° 04

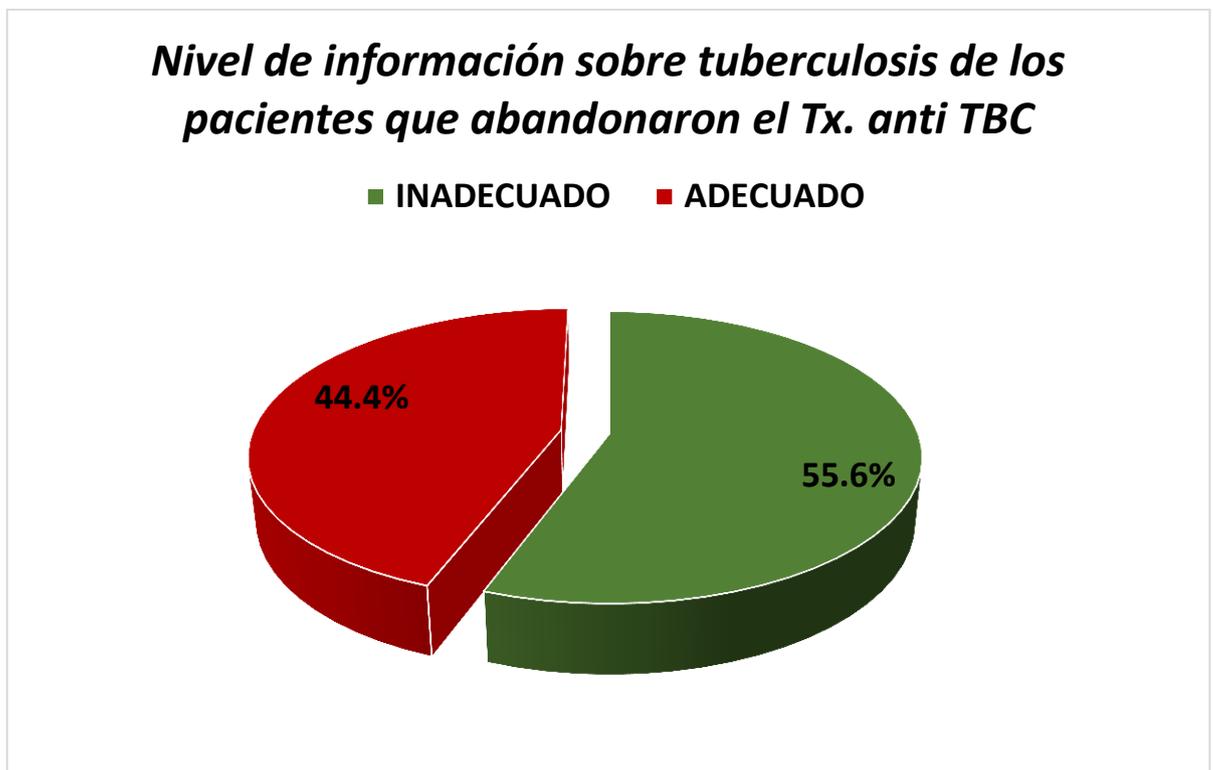


TABLA 05
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS PACIENTES QUE ABANDONARON EL
TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO DE TUBERCULOSIS
CENTRO DE SALUD DE PARCONA 2012 - 2015

NIVEL DE EDUCACIÓN	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA	8	44.4%
SECUNDARIA	7	38.9%
SUPERIOR	3	16.7%
Total	18	100.0%

Fuente: C. de S. de Parcona

En relación al nivel de educación que tienen los pacientes que abandonaron el tratamiento individualizado anti tuberculoso es; primaria el 44.4%, secundaria el 38.9% y superior el 16.7%

GRÁFICO N° 05

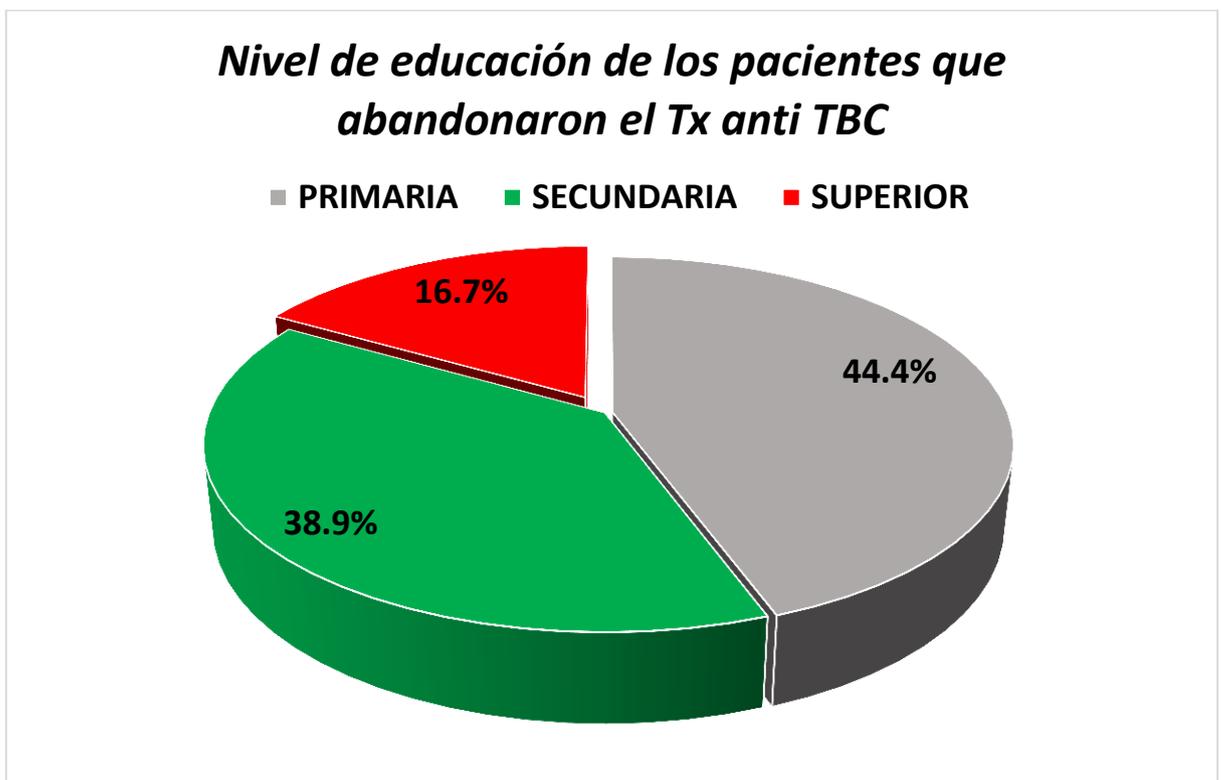


TABLA 06
CONDICIÓN LABORAL DEL PACIENTE QUE ABANDONÓ EL
TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO DE TUBERCULOSIS –
CENTRO DE SALUD DE PARCONA 2012 - 2015

CONDICIÓN LABORAL	Frecuencia	Porcentaje
DESEMPLEADO	9	50.0%
EMPLEADO	9	50.0%
Total	18	100.0%

Fuente: C. de S. de Parcona

En la tabla se observa que el 50% de los pacientes que abandonaron el tratamiento individualizado anti tuberculoso son desempleados y el otro 50% son empleados, en el momento que abandonaron el tratamiento.

GRÁFICO N° 06

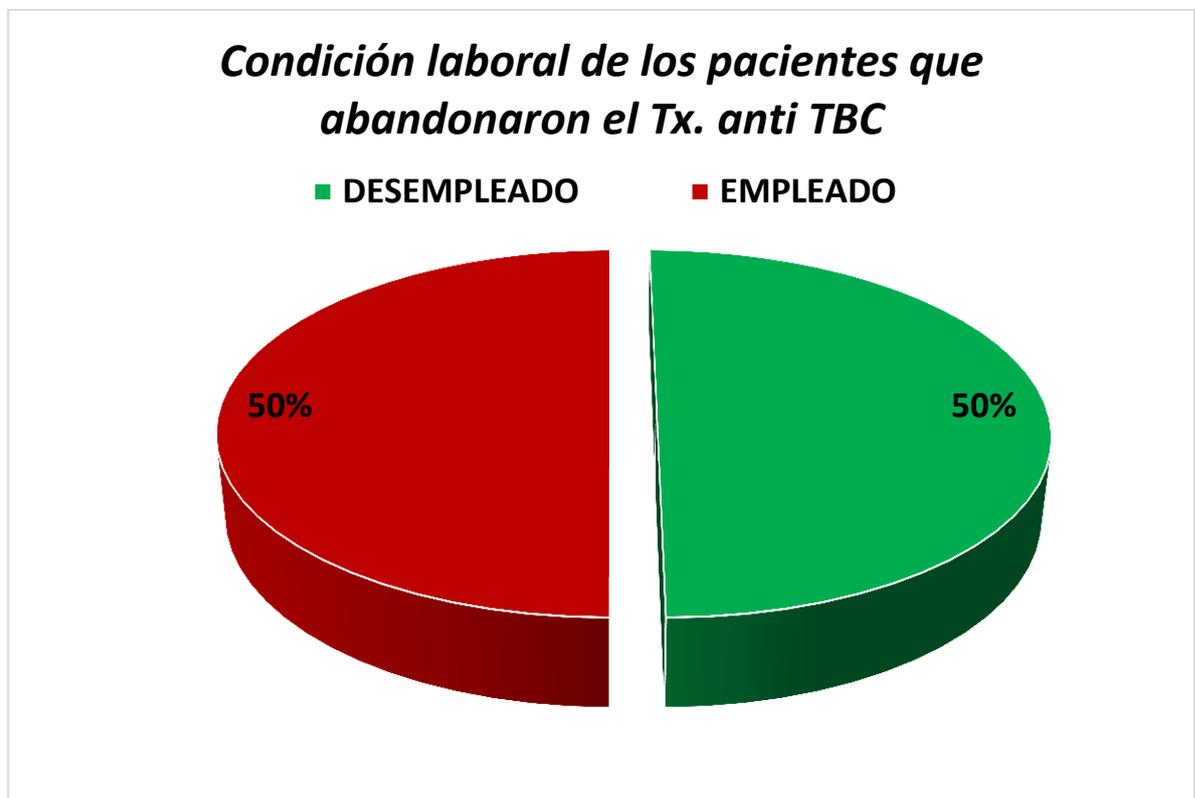


TABLA 07
EFFECTOS COLATERALES MEDICAMENTOSOS PERCIBIDOS POR EL
PACIENTE QUE ABANDONÓ EL TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO
DE TUBERCULOSIS - CENTRO DE SALUD DE PARCONA
2012 - 2015

EFFECTOS COLATERALES	Frecuencia	Porcentaje
SI	4	22.2%
NO	14	77.8%
Total	18	100.0%

Fuente: C. de S. de Parcona

Los efectos colaterales por el tratamiento medicamentoso se presentaron en el 22.2% de los que abandonaron el tratamiento individualizado anti tuberculoso.

GRÁFICO N° 07

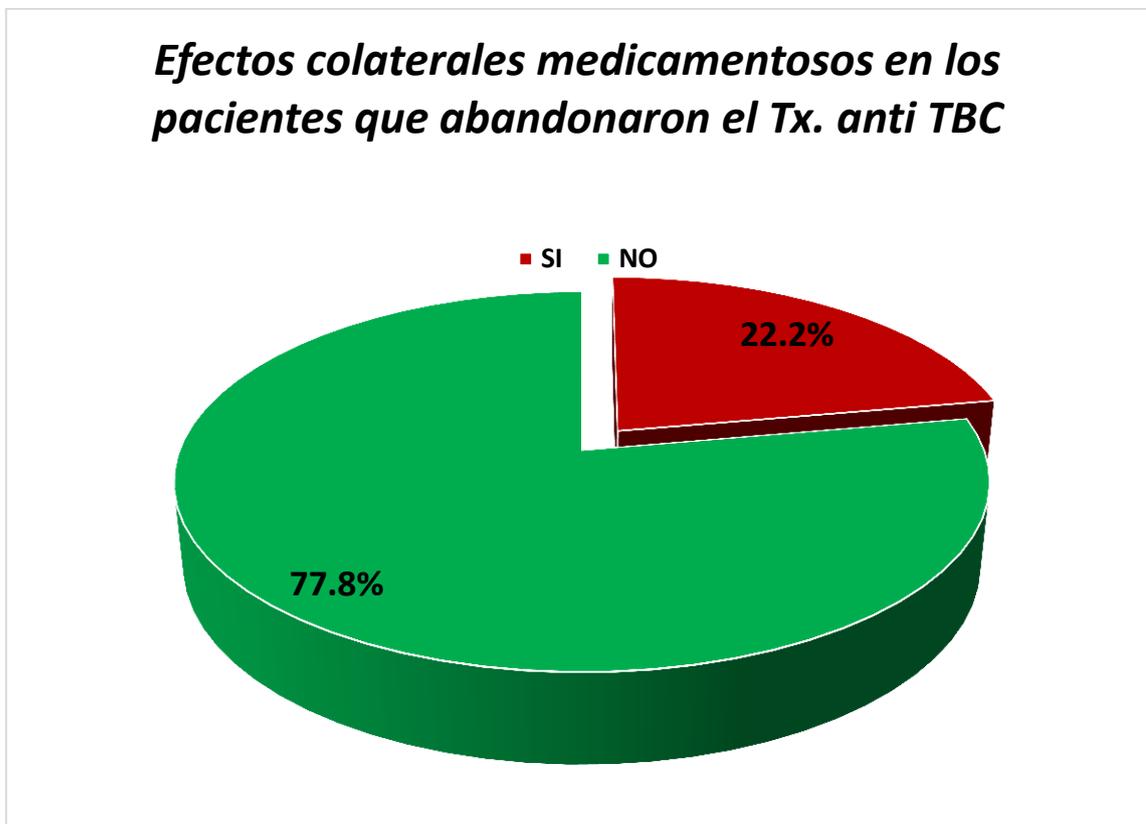


TABLA 08
ENFERMEDADES CONCOMITANTES EN LOS PACIENTES QUE
ABANDONARON EL TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO DE
TUBERCULOSIS - CENTRO DE SALUD DE PARCONA
2012 - 2015

ENFERMEDADES CONCOMITANTES	Frecuencia	Porcentaje
SI	5	27.8%
NO	13	72.2%
Total	18	100.0%

Fuente: C. de S. de Parcona

Enfermedades concomitantes se presentaron en el 27.8% de los pacientes que abandonaron el tratamiento individualizado anti tuberculoso.

GRÁFICO N° 08

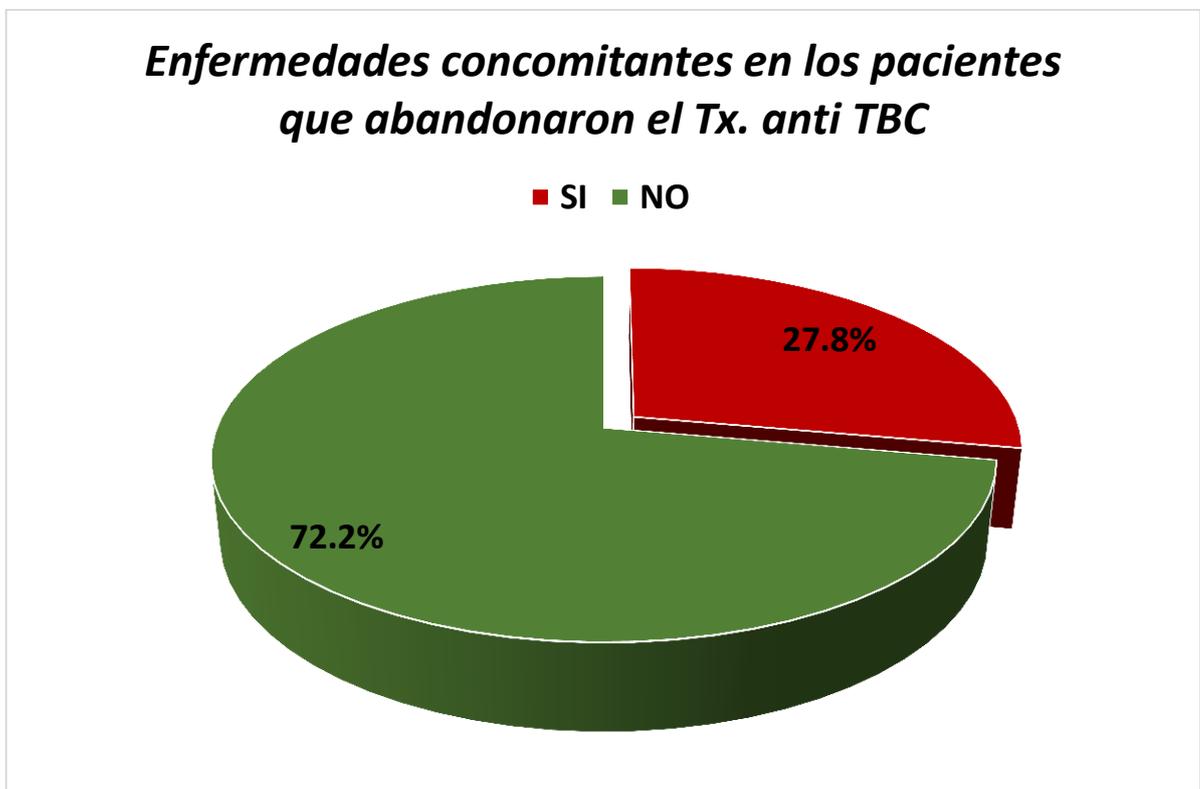


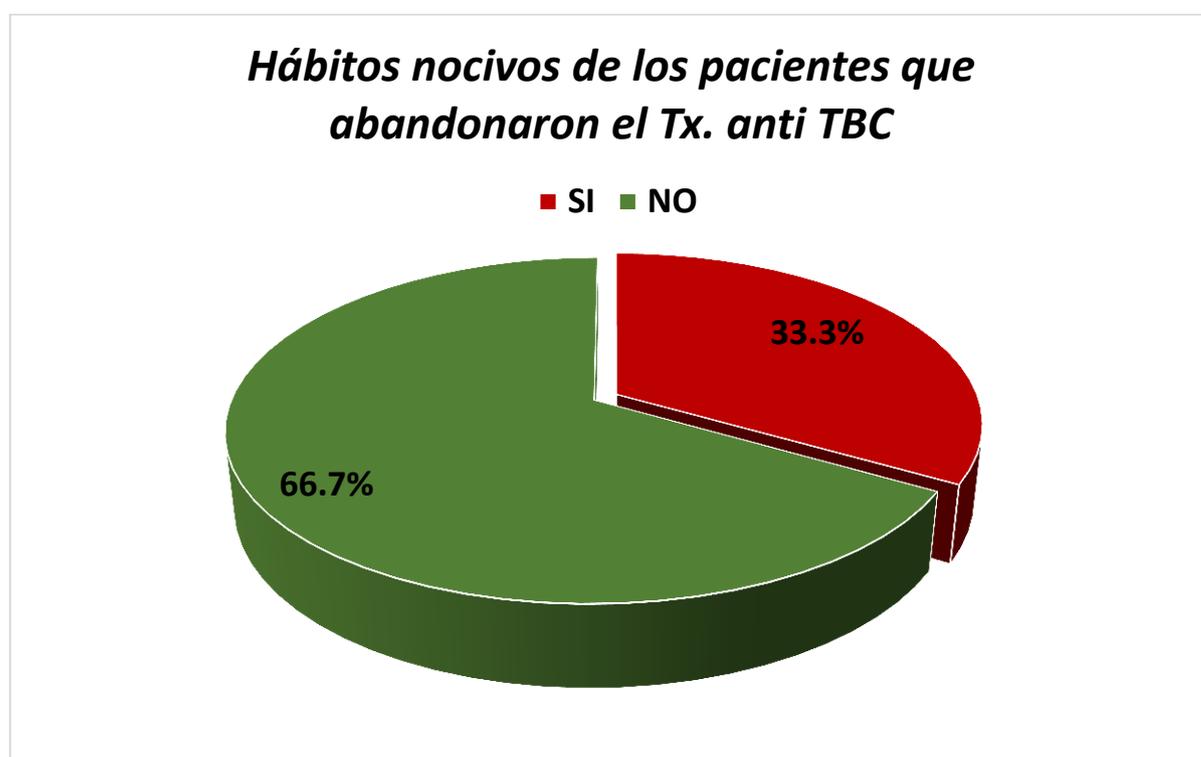
TABLA 09
HÁBITOS NOCIVOS DE LOS PACIENTES QUE ABANDONARON EL
TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO DE TUBERCULOSIS
CENTRO DE SALUD DE PARCONA 2012 - 2015

HÁBITOS NOCIVOS	Frecuencia	Porcentaje
SI	6	33.3%
NO	12	66.7%
Total	18	100.0%

Fuente: C. de S. de Parcona

Los hábitos nocivos se presentaron en el 33.3% de los pacientes que abandonaron el tratamiento individualizado anti tuberculoso.

GRÁFICO N° 09



CAPÍTULO V

DISCUSIÒN

El estudio trata de investigar la prevalencia de abandono del tratamiento individualizado de la tuberculosis en los pacientes que se atendieron en el Centro de Salud de Parcona durante los años del 2012 al 2015, y conocer las principales características determinantes de esta conducta, así:

Gráfico 1: Se encontró una prevalencia de abandono de 8.5%, ésta prevalencia muestra una disminución sostenida en el tiempo pues esta prevalencia era mayor en los años anteriores y menor en los años próximos, que comparando con resultados de investigaciones antes realizadas éstos oscilan entre 12.2% como lo demostró Molina Rueda M.⁸ en su estudio factores asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis en la provincia de Granada. España, 2012. También Gallardo C.¹⁰ encuentra una prevalencia de abandono del orden del 19.6%, muy elevada en relación a nuestro estudio lo que indica que el abandono del tratamiento en el distrito de Parcona es un evento controlado.

Gráfico 2: El grupo etáreo de los que abandonaron el tratamiento pertenecían en su mayoría de 30 a 59 años (44.4%) seguido de 15 a 29 años (38.9%) ello debido a que en éstas edades la frecuencia de tuberculosis es mayor, probablemente a la mayor exposición a que están sometidos estos grupos etáreos relacionados con el trabajo, donde el medio de transporte es de carácter hacinado y viaje por varios minutos lo que expone aún más a las personas, amistades, reuniones sociales donde se acostumbra a relacionarse mucho tiempo y por ende mayor riesgo de contagio de trabajadores que pueden tener tuberculosis, aumentando la posibilidad de abandonar el tratamiento. Este grupo etáreo es el que económicamente está activo por lo tanto el abandonar el tratamiento expone a los demás de su categoría a contraer esta enfermedad, así como presentar resistencia a los medicamentos anti tuberculoso del que disponemos. Al respecto Dalens Remigio, E.¹⁵ Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con Tuberculosis. Red de Salud Lima Norte y Rímac-San Martín-Los Olivos 2012.

Gráfico 3: La gran mayoría se trataba de pacientes con bajo peso o desnutridos encontrándose el 72.2% de ellos en el grupo que abandonaron, por frecuencia se conoce que esta enfermedad está fuertemente relacionada con el estado nutricional adelgazado o desnutrido, por lo tanto, el abandono se llevará a cabo sobre todo en ellos, siendo un determinante del abandono del tratamiento por factores que se asocian a esta condición muchos de ellos abandonados, estigmatizados.

Gráfico 4: El nivel de información sobre tuberculosis también se evaluó en estos pacientes que abandonaron el tratamiento, y el 55.6% de ellos no tuvo una información adecuada por lo que es posible que sea un determinante del abandono pues una persona poco concientizada sobre su enfermedad y los cuidados que debe tener, así como la importancia de terminar su tratamiento es una persona propensa a abandonar su tratamiento por el hecho de no dar importancia a su condición. Ésta actividad se relaciona con la atención brindada por la enfermera quien debe impartir información al paciente cada vez que se le presente la oportunidad, muchas veces las enfermeras solo se dedican a laborar en sus horas de trabajo en el mismo Centro de Salud siendo de vital importancia las visitas domiciliarias y el seguimiento de los pacientes en tratamiento, así lo demuestra Herrero M.⁷ Quien concluye que la organización y prestación de los servicios de salud está asociada con el no cumplimiento al tratamiento.

Gráfico 5: Al evaluar el nivel educativo que presentan se encontró una alta frecuencia en niveles inferiores como es la primaria con 44.4%, seguido de los que tienen secundaria 38.9%, lo que indicaría que un factor importante que determinaría el abandono del tratamiento, de allí la importancia de insistir sobre todo en este grupo de pacientes pues están en condición de vulnerables para el abandono de su tratamiento. Estos pacientes con bajo nivel educativo están más propensos a dejarse influenciar por costumbres infundadas.

Gráfico 6: Los pacientes con tuberculosis que abandonaron el tratamiento están proporcionalmente iguales con respecto a su condición laboral, así el

50% son desempleados y el 50% son empleados, por lo que esta condición se asociaría a sus ingresos económicos, la que sería el factor determinante de su abandono del tratamiento. Al respecto Herrero M. Demuestra que los factores asociados al abandono del tratamiento fueron, en primer lugar, el desempleo y luego el empleo inestable o de menor nivel.⁷ También Culqui D.¹⁴ Demuestra que si tenemos en cuenta la interacción antecedente de abandono previo y pobreza, el riesgo de abandono aumenta (OR = 11,24; IC: 4-31,62)

Gráfico 7: Los efectos colaterales del tratamiento son diversos algunos graves y otros leves, el 22.2% de los pacientes refiere haber presentado efectos colaterales, lo que podría haber sido el determinante de su abandono del tratamiento, por lo que es importante una orientación sobre los posibles efectos colaterales que podrían tener y como minimizarlas. Dalens Remigio, E.¹⁵ Encontró que el abandono de tratamiento fue predominantemente por tener bajos ingresos económicos (67,8%), reportar consumo de alcohol (58,1%), cigarrillo (39,9%) y drogas (32,9%)

Gráfico 8: Las enfermedades concomitantes es una condición que determina el abandono del tratamiento pues en su mayoría estaban asociadas al VIH/SIDA, sobre todo en el grupo etáreo de menores de 60 años, mientras que en grupo de 60 a más años la enfermedad era insuficiencia renal. Es conocido la asociación del VIH/SIDA con la tuberculosis, pues el primero pone en condición de vulnerable al paciente con tuberculosis le condiciona una baja en su inmunidad favoreciendo la proliferación de los gérmenes responsables de la tuberculosis.

Gráfico 9: Se evaluó además los hábitos nocivos que en su mayoría eran drogas menores, como el alcohol y tabaco y solo en 2 casos eran drogas mayores como cocaína, haciendo un 33.3% de pacientes que tienen estos hábitos nocivos que determinarían el abandono del tratamiento anti tuberculoso. Así lo encontró Culqui D.¹⁴ En su estudio Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional, concluyó que el abandono del tratamiento antituberculoso se asoció a consumo de drogas.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de abandono del tratamiento individualizado de los pacientes que estuvieron en tratamiento individualizado anti tuberculoso es de 8.5%.
2. La edad que más frecuencia presentan los pacientes que abandonaron el tratamiento individualizado de tuberculosis son los comprendidos entre los 30 a 59 años (44.4%), entre los 15 a 29 años (38.9%), y los de 60 años a más (16.7%).
3. El estado nutricional de los pacientes que abandonaron el tratamiento individualizado de la tuberculosis es de 27.8% normo peso y 72.2% bajo peso.
4. El nivel de información sobre tuberculosis en los pacientes que abandonaron el tratamiento individualizado anti tuberculoso fue inadecuado en el 55.6% de los casos y adecuado en el 44,4%.
5. El nivel de educación que tienen los pacientes que abandonaron el tratamiento individualizado anti tuberculoso son, primaria el 44.4%, secundaria el 38.9% y superior el 16.7%.
6. El 50% de los pacientes que abandonaron el tratamiento individualizado anti tuberculoso son desempleados y el 50% son empleados, al momento que abandonaron el tratamiento.
7. Los efectos colaterales por el tratamiento medicamentoso se presentaron en el 22.2% de los que abandonaron el tratamiento individualizado anti tuberculoso.
8. Las enfermedades concomitantes se presentaron en el 27.8% de los pacientes que abandonaron el tratamiento individualizado anti tuberculoso.
9. Los hábitos nocivos se presentaron en el 33.3% de los pacientes que abandonaron el tratamiento individualizado anti tuberculoso.

RECOMENDACIONES

1. Conocer el perfil del paciente en tratamiento antituberculoso que está en riesgo de abandono de tratamiento, como son los tratados en este estudio a fin de monitorizar muy de cerca a estos pacientes.
2. Difundir formas de prevención del contagio de tuberculosis en los centros laborales donde se encuentran sobre todo los menores de 60 años, informando sobre la importancia de tener un tratamiento completo e ininterrumpido.
3. Fomentar concomitantemente con el tratamiento formas adecuadas de alimentación con una base equilibrada a sus necesidades de los alimentos que les son donados por el programa de alimentación y nutrición al paciente ambulatorio con tuberculosis.
4. Protocolizar normas de información a los pacientes que acuden a su tratamiento sobre la importancia de un tratamiento completo y los riesgos de su abandono.
5. Insistir en la información sobre todo en los pacientes con menor nivel educativo, utilizando palabras simples que puedan ser entendidas por los pacientes.
6. Difundir que la tuberculosis tiene tratamiento y deja de ser contagiosa cuando están en tratamiento a fin de que se puedan incorporar a sus labores evitando la estigmatización.
7. Brindar orientación y tratamiento oportuno de los efectos colaterales producto del tratamiento anti tuberculoso, para evitar motivos de abandono del tratamiento.
8. Realizar difusión por todos los medios al alcance sobre la combinación muchas veces mortal entre tuberculosis y VIH/SIDA, evitando el contagio de ambas enfermedades.
9. Promover estilos de vida saludables para los pacientes en tratamiento a fin de evitar que presentes hábitos nocivos, promover el deporte, la música, la buena alimentación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo Perú. Guía metodológica ¿Cómo contribuir al control de la Tuberculosis en el lugar de trabajo? 1era. Edición, Setiembre 2010
2. MINSA. Norma técnica de salud para el control de la tuberculosis / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis - Lima: Ministerio de Salud; 2013.
www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/.../RM715-2013_MINSA_TB.pdf
3. Cáceres Manrique F. de M. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. MED. UNAB. 2010.
4. Huamán M. Evolución de la Tuberculosis en el Perú. Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma 2007.
5. OMS-OPS Región Ica disminuyó en 15% casos de tuberculosis. Vol. 24 semana epidemiológica N° 11
6. Ansures A, González N. Emergencia mundial de tuberculosis MDR y XDR. Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría. 2009; 22(85):
7. Herrero M, Arrosi S, Ramos S, Veleres J. (2015) Análisis espacial del abandono del tratamiento de tuberculosis, Buenos Aires, Argentina.
8. Gallardo C. Velázquez M. Requena J. (2013). Factores asociados a la adherencia en el tratamiento de la infección tuberculosa Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant (Alicante). España.
9. Navarro Quintero C. (2013) Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con Tuberculosis
10. Molina M, Fernández A, Rodríguez M, López B. (2012) Realizaron un estudio de Cohorte retrospectiva con el objetivo de identificar Los factores asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis (TBC).
11. Montufar M, Noboa E. (2012) "Factores asociados al abandono de tratamiento en los pacientes nuevos con tuberculosis pulmonar BK+ en la ciudad de Guayaquil".
12. Vargas Onofre W. (2012) Factores de riesgo asociados al abandono del

tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, en el distrito La Victoria-Lima.

13. Dalens Remigio, E. (2012) Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con Tuberculosis. Red de Salud Lima Norte y Rímac-San Martín-Los Olivos.
14. Pérez Villacorta R. (2011) Relación entre nivel de conocimiento sobre Tuberculosis Pulmonar y actitud hacia el Tratamiento – Usuario Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II - 1 Moyobamba.
15. Culqui D, Munayco C, Grijalva C. (2011) Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú.
16. Dirección de Epidemiología - Ministerio de la Nación. Enfermedades infecciosas tuberculosis. Diagnóstico de Tuberculosis. Guía para el equipo de salud. Segunda Edición Argentina 2014. Disponible en: www.msal.gov.ar/.../0000000049cnt-guia_de_diagnostico_tratamiento_
17. Martínez-Pulgarín D. Comorbilidad de tuberculosis y diabetes en un Hospital de Colombia. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014; 31(2):393-401
18. Secretaría de Salud Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Manual de Procedimientos en Tuberculosis para Personal de Enfermería. Dirección General Adjunta de Programas Preventivos. Dirección de Micobacteriosis. Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis. www.cenaprece.salud.gob.mx/.../manual_procedimientos_enf_tb.pdf
19. Manejo de Tuberculosis pulmonar en Atención de la Primaria: Protocolo 6 - Asunción: OPS, 2013. - 32 p. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Representación en Paraguay. 2013 Disponible en: <http://www.paho.org/par>
20. Alarcón Guizado. A. Situación de la Tuberculosis en el Perú y política nacional para su control. Perú 2015. Disponible en: 190.223.45.115/newtb/Archivos/.../20140630174703.pdf
21. Organización Panamericana de la Salud. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis Ministerio de Salud Pública. Tuberculosis. Plan Regional de Tuberculosis. 2015

22. Balcells E. Tuberculosis en el paciente con infección por virus de inmunodeficiencia humana Rev. chil. infectol. Santiago 2009. 26(2)
23. Alarcón Guizado. A. Situación de la Tuberculosis en el Perú y política nacional para su control. Perú 2015. Disponible en:
190.223.45.115/newtb/Archivos/.../20140630174703.pdf
24. Kurt T. Tuberculosis: Detección de casos, Tratamiento y Vigilancia. 2ª Edic. Washington DC: OPS; 2006
25. CROI 2015: La tuberculosis extremadamente resistente no derivaría siempre de fracasos en el tratamiento. Disponible en:
gtt-vih.org/actualizate/la_noticia_del_dia/05-03-15
26. Lineamientos para el manejo programático de pacientes con tuberculosis farmacoresistente. Instituto Nacional de Salud. Colombia 2013.
27. MINSA. Enfermedades infecciosas / tuberculosis 3era edición 2009. Disponible en:
<http://www.ms.gba.gov.ar/wp-content/uploads/2013/03/guia-tuberculosis.pdf>
28. Guía técnica de enfermería para la prevención y control de la tuberculosis – 2010 disponible en:
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_t%C3%A9cnica_de_enfermeria_tb.pdf.
29. Fernández Fernández M. 2014. Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería. Universidad de la Canabía. Modelos y Teorías en Enfermería (III). Disponible en:
[ocw.unican.es/ciencias-de-la...y.../Enfermeria-Tema11\(III\).pdf](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la...y.../Enfermeria-Tema11(III).pdf)
30. MINSA. Norma Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis. ESN-PCT. DGSP. 2006

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTO
¿Cuáles son los determinantes del abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis que se atendieron en el Centro de Salud de Parcona entre el 2012 al 2015?	Precisar los determinantes del abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis que se atendieron en el Centro de Salud de Parcona entre el 2012 al 2015	<ul style="list-style-type: none"> -Determinar en qué medida influye el estado nutricional como determinante del abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis. -Evaluar en qué medida influye el nivel de información sobre la tuberculosis en el abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis. -Indicar en qué medida el nivel educativo es un determinante del abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis. -Investigar en qué medida la condición laboral es un determinante del abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis. -Analizar en qué medida los efectos colaterales del tratamiento antituberculoso es un determinante del abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis. -Determinar en qué medida las enfermedades concomitantes son un determinante del abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis. -Conocer en qué medida los hábitos nocivos de los pacientes son un determinante del abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis. 	No aplica	<p>ESTUDIO</p> <p>Abandono del tratamiento individualizado de pacientes con tuberculosis.</p> <p>CARACTERIZACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> -Edad -Estado nutricional -Nivel de información sobre la tuberculosis -Nivel educativo -Condición laboral -Efectos colaterales del tto antituberculoso -Enfermedades concomitantes -Hábitos nocivos 	<p>Abandono</p> <p>No abandono</p> <p>-Años cumplidos</p> <p>-Eutrófico, Bajo de peso</p> <p>-Adecuado, inadecuado</p> <p>-Primaria, Secundaria, Superior</p> <p>-</p> <p>Desempleado, Empleado</p> <p>-Si, No</p> <p>-Si, No</p> <p>-Si, No</p>	<p>Ficha de tratamiento</p> <p>Historia Clínica</p> <p>Cuestionario</p> <p>Ficha de datos</p>



INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

1. **Edad** (años cumplidos):

2. **Sexo:** Masculino () Femenino ()

3. Nivel de educación alcanzado:

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

4.- Estado Nutricional

IMC.....

Eutrófico ()

Bajo peso ()

5.- Condición laboral al momento del abandono del tratamiento

Desempleado ()

Empleado ()

6.- Efectos colaterales del tratamiento

(No lo presenta) (Presente)

Cuales?.....

7.- Enfermedades concomitantes

(SI) (NO)

(VIH/SIDA) (DIABETES) (INSUFICIENCIA RENAL) (HIPERTENSION
ARTERIAL)

(OTROS).....

8.- Hábitos nocivos

(SI) (NO)

Tipo

(Drogas mayores) como Cocaína, LSD, Alucinógenos

(Drogas menores) como alcohol, tabaquismo

CUESTIONARIO

1. ¿Qué tipo de enfermedad es la tuberculosis?

a) Contagiosa

b) Hereditaria

c) Viral

d) No sabe

2. ¿Cómo se contagia la tuberculosis?

a) Por el agua con microbios que bebemos

b) Por el aire con microbios que respiramos

c) Por las relaciones sexuales con pacientes con tuberculosis

d) No sabe

3. ¿Cómo debe mantenerse la vivienda del paciente con tuberculosis para disminuir el contagio?

a) Con poca iluminación y poca ventilación

b) Con poca iluminación y ventilada

c) Iluminada y ventilada

d) No sabe

4. ¿Qué personas son las que se contagian de tuberculosis?

a) Personas con defensas bajas

b) Personas que no se alimentan bien

c) Personas que viven con algún familiar enfermo de Tuberculosis

d) Todas las anteriores son ciertas

5. ¿Cuál de las siguientes acciones es necesaria para curarse de la tuberculosis?

a) Realizar ejercicios físicos

b) No dejar de tomar las pastillas anti TBC

c) No ir a trabajar

d) No sabe

6. ¿Qué ocurre con la tuberculosis si el paciente no inicia tratamiento oportuno?

- a) Se mantiene igual
- b) Desaparece
- c) Se extiende**
- d) No sabe

7. ¿Qué ocurre con los microbios de la tuberculosis si no se cumple o se abandona el tratamiento?

- a) Se vuelven débiles a los medicamentos
- b) Se vuelven resistentes a los medicamentos**
- c) Desaparecen
- d) No sabe

8. ¿Cuáles son las molestias más frecuentes que se presentan cuando se toman los medicamentos?

- a) No hay ninguna molestia
- b) Convulsiones, muerte
- c) Náuseas, dolor de estómago y vómitos**
- d) No sabe

9. ¿Cuál es la principal consecuencia que se presenta cuando se suspende el tratamiento?

- a) La resistencia bacteriana a los medicamentos**
- b) Baja de peso
- c) Ya no nos recibirán en el programa de tuberculosis
- d) No sabe

10. ¿Cuándo se realiza el control del peso corporal?

- a) Cada Mes**
- b) Al final del tratamiento
- c) Todos los días
- d) No sabe.

11. ¿Cuál debe ser la tendencia del peso corporal en cada control?

- a) Bajar de peso
- b) Subir de peso exageradamente
- c) Incrementar o mantener el peso inicial.**
- d) No sabe.

12. ¿Cuál es el Esquema de Tratamiento contra la Tuberculosis que recibe?

- a) Esquema de retratamiento
- b) Esquema I
- c) Esquema II
- d) No sabe.

13. ¿Qué alimentos no deben incluirse en la dieta durante el tratamiento?

- a) Menestras y cereales
- b) Carnes y lácteos
- c) Gaseosas y alcohol**
- d) Frutas y verduras

14. ¿Marque la forma correcta de evitar el contagio de TBC a otras personas?

- a) Toser tapándose la boca con el brazo
- b) Andar con mascarillas de buena calidad
- c) Evitar toser donde existen personas
- d) Todas las anteriores.**

15. ¿Los medicamentos pueden ser cambiados en el transcurso del tratamiento según la sensibilidad antibiótica?

- a) No
- b) Si**
- c) A veces
- d) No sabe

16. ¿Por qué se prohíbe el tratamiento auto administrado? (No observado por el personal de salud)

a) Es una falta grave a la salud pública

b) Los pacientes no cumplen estrictamente la toma de todos los medicamentos

c) Potencial creación de resistencia al medicamento

d) No sabe.

Considerando:

Cada pregunta equivale (1) punto

- Nivel de conocimiento adecuado 8 – 16 puntos
- Nivel de conocimientos inadecuado < 8 puntos

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

1. Pertinencia de las preguntas con los objetivos:

Suficiente: Medianamente Suficiente: Insuficiente:

Observaciones:

2. Pertinencia de las preguntas con la(s) Variable(s):

Suficiente: Medianamente Suficiente: Insuficiente:

Observaciones:

3. Pertinencia de las preguntas con las dimensiones:

Suficiente: Medianamente Suficiente: Insuficiente:

Observaciones:

4. Pertinencia de las preguntas con los indicadores:

Suficiente: Medianamente Suficiente: Insuficiente:

Observaciones:

5. Redacción de las preguntas:

Adecuada: Regular: Inadecuada:

Observaciones:

Nombre y Apellidos del Juez: CARRERA ANCHANTE Luis A.

DNI: 21402571

Validez 93.3%

GOREA
HOSPITAL REGIONAL DE ICA

Lic. Eng. LUIS ROBERTO CARRERA ANCHANTE
C.E.P. N° 29797

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

1. Pertinencia de las preguntas con los objetivos:

Suficiente: Medianamente Suficiente: Insuficiente:

Observaciones:

2. Pertinencia de las preguntas con la(s) Variable(s):

Suficiente: Medianamente Suficiente: Insuficiente:

Observaciones:

3. Pertinencia de las preguntas con las dimensiones:

Suficiente: Medianamente Suficiente: Insuficiente:

Observaciones:

4. Pertinencia de las preguntas con los indicadores:

Suficiente: Medianamente Suficiente: Insuficiente:

Observaciones:

5. Redacción de las preguntas:

Adecuada: Regular: Inadecuada:

Observaciones:

Nombre y Apellidos del Juez: Yareth Marisol Aguilar Ballón

DNI: 31038226

Valido 93.3%

MINISTERIO DE SALUD
RED NACIONAL DE
Y. MARISOL AGUILAR BALLÓN
LIC. EN FARMACIA
C.E.P. 23458

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

1. Pertinencia de las preguntas con los objetivos:

Suficiente: ____ Medianamente Suficiente: Insuficiente: ____

Observaciones:

2. Pertinencia de las preguntas con la(s) Variable(s):

Suficiente: Medianamente Suficiente: ____ Insuficiente: ____

Observaciones:

3. Pertinencia de las preguntas con las dimensiones:

Suficiente: ____ Medianamente Suficiente: Insuficiente: ____

Observaciones:

4. Pertinencia de las preguntas con los indicadores:

Suficiente: Medianamente Suficiente: ____ Insuficiente: ____

Observaciones:

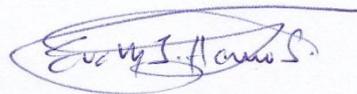
5. Redacción de las preguntas:

Adecuada: Regular: ____ Inadecuada: ____

Observaciones:

Nombre y Apellidos del Juez: Eva Herrera Saucedo

DNI: 21464103



Valido 86.7%

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

1. Pertinencia de las preguntas con los objetivos:

Suficiente: Medianamente Suficiente: Insuficiente:

Observaciones:

2. Pertinencia de las preguntas con la(s) Variable(s):

Suficiente: Medianamente Suficiente: Insuficiente:

Observaciones:

3. Pertinencia de las preguntas con las dimensiones:

Suficiente: Medianamente Suficiente: Insuficiente:

Observaciones:

4. Pertinencia de las preguntas con los indicadores:

Suficiente: Medianamente Suficiente: Insuficiente:

Observaciones:

5. Redacción de las preguntas:

Adecuada: Regular: Inadecuada:

Observaciones:

Nombre y Apellidos del Juez:

Vladimiro Pavel Vazquez Morales

DNI: 21524877

Valido 93.3%

HOSPITAL "SANTA MARÍA DEL SOCORRO" - ICA
Servicio de Medicina Subacuática
DR. VLADIMIRO VAZQUEZ MORALES
MÉDICO CIRUJANO C.M.F. 28955
DOCTOR EN SALUD PÚBLICA
MAGISTER EN MEDICINA HUMANA
DIPLOMADO EN ECOGRAFÍA
MEDICINA HIPERTARDA

