

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**NIVEL DE ADHERENCIA Y AUTOCUIDADO DEL
PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE LA
MICRORED APARICIO POMARES. HUÁNUCO. 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA
EN ENFERMERIA**

BACHILLER: JOSEFINA MORALES UBALDO

LIMA- PERÚ

2017

**NIVEL DE ADHERENCIA Y AUTOCUIDADO DEL
PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR, DE LA
MICRORED APARICIO POMARES. HUÁNUCO, 2016**

AGRADECIMIENTO

A mi gran familia por cuidar y apoyar en que se cumplan mis deseos. Gracias por estar a mi lado

DEDICATORIA

A mi familia por su incondicional apoyo

A mi alma mater y a toda la plana docentes

de la universidad Alas Peruanas

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar el nivel de adherencia y autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar de la Microred Aparicio Pomares de Huánuco, 2016. Fue un estudio de tipo no experimental de nivel descriptivo y de corte transversal. Cuya muestra fue 40 pacientes con tuberculosis. Entre sus conclusiones están: El mayor porcentaje tienen de 30 a 40 años, seguido de aquellos que tienen de 20 a 29 años, respecto al grado de instrucción tiene secundaria y primaria completa, solamente un 15% tiene educación superior. Asimismo el 50% son convivientes y el 25% son casados y solteros. El nivel de adherencia al tratamiento en el 50%(20) pacientes con tuberculosis es alta, seguida del 40%(16) con un nivel medio y un 10%(6) con un nivel bajo. El autocuidado que tienen los pacientes que asisten a los centros de salud pertenecientes a la micro red en su mayoría tiene medidas de autocuidado adecuadas en cuanto a su alimentación, descanso sueño y hábitos nocivos contribuyendo con ello al tratamiento de la enfermedad. Existe un mínimo pero importante porcentaje de pacientes a considerar con adherencia baja hacia el tratamiento y un inadecuado autocuidado.

Palabras claves: adherencia y Autocuidado

ABSTRACT

The objective of the investigation was to determine the level of adherence and self-care of the patient with pulmonary tuberculosis of Microred Aparicio Pomares de Huánuco, 2016. It was a non-experimental study of descriptive and cross-sectional level. Whose sample was 40 patients with tuberculosis. Among their conclusions are: The highest percentage are between 30 and 40 years, followed by those who are between 20 and 29 years old, regarding the degree of education has complete secondary and primary, only 15% have higher education. Also 50% are cohabiting and 25% are married and single. The level of adherence to treatment in 50% (20) patients with tuberculosis is high, followed by 40% (16) with a mean level and 10% (6) with a low level. The self-care of patients attending the health centers belonging to the micro-network in their majority has adequate self-care measures regarding their diet, sleep and harmful habits contributing to the treatment of the disease. There is a minimal but significant percentage of patients to consider with low adherence to treatment and inadequate self-care.

Keywords: adherence and self-care

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESÚMEN

i

ABSTRAC

ii

ÍNDICE

iii

INTRODUCCIÓN

v

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	7
1.3. Objetivos de la investigación	8
1.3.1. Objetivo general	8
1.3.2. Objetivos específicos	8
1.4. Justificación del estudios	9
1.5. Limitaciones	11

CAPITULOII: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio	12
2.2. Base teórica	21
2.3. Definición de términos	28
2.4. Hipótesis	33
2.5. Variables	34
2.5.1. Definición conceptual de las variables	34
2.5.2. Definición operacional de las variables	34
2.5.3. Operacionalización de la variable	36

CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	37
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	37
3.3. Población y muestra	38
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	39
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	40
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	40
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	43
CAPÍTULO V: DISCUSION	54
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

INTRODUCCIÓN

Aunque la tuberculosis es una enfermedad infecciosa controlable y curable de forma individual, en el ámbito comunitario, dista mucho de estar erradicada. En la actualidad se considera, que al menos un tercio de la población mundial, están infectados por el bacilo de la tuberculosis (TBC) y que cada año continúan apareciendo cerca de 10 millones de nuevos casos de esta enfermedad y mueren más de 30 millones de personas cada año por TBC. La OMS ha calculado que, tanto por el crecimiento de las poblaciones como por la aplicación insuficiente de los medios disponibles para el control de esta enfermedad, a finales del presente siglo habrá más enfermos tuberculosos que los que había cuando se descubrieron los primeros fármacos antituberculosos.

La tuberculosis es una enfermedad contagiosa por proximidad de persona a persona, o contagio inmediato. Desde esta perspectiva se explica el temor de muchas personas de ser contagiadas y de allí la actitud o acción de poner distancia, con diferentes grados de sutileza y maltrato.

En términos emocionales, el tratamiento para la TBC es para muchos pacientes una carga pesada ya que tienen que adaptarse al cambio que dará su vida al tener que aceptar consumir todos los días una combinación de medicamentos. Felizmente también aprenden a cuidar su tratamiento ya que entienden por un lado, que el tratamiento representa la “esperanza de curarse”, lo cual requiere un conjunto de esfuerzos terapéuticos y tomar las medicinas también requiere que el paciente tolere una variedad de molestias físicas y efectos colaterales de los medicamentos.

El tratamiento también implica cambios en las relaciones sociales y afectivas, debido a cambios en los roles e interacciones.

El trabajo está constituido de los siguientes capítulos:

El proyecto de investigación consta de 4 capítulos. El Capítulo I: El problema, consta de: La determinación del problema, la formulación del problema, los objetivos de la investigación, la justificación y las limitaciones y alcances de la investigación. El Capítulo II que es el marco teórico consta de: Los antecedentes del estudio, la base teórica del estudio y el marco conceptual.

En el Capítulo III: Material y métodos se considera: El tipo, nivel y diseño de investigación, la población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, las variables, la operacionalización de las mismas, la validez, confiabilidad de los instrumentos, el plan de recolección y procesamiento de datos. En el Capítulo IV: Resultados, finalmente se presenta las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes donde se consigna la matriz de consistencia y el instrumento.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Tuberculosis es una de las enfermedades más antiguas que afecta al ser humano, siendo la segunda causa mundial de mortalidad después del SIDA; en la actualidad es considerado un problema de salud pública en todo el mundo, el cual se evidencia por las altas tasas de morbilidad y mortalidad.¹ OMS/OPS en el año 2011 señala que cada año 8.7 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1.4 millones murieron por esta causa. El 80% está en los países en vías de desarrollo y el 75% de los enfermos se encuentran en el rango de edad más productiva (15 a 44 años). Se estima que un tercio de la población mundial ha sido infectada y está en riesgo de enfermar en algún momento de su vida; nueve millones de personas enferman anualmente y cada enfermo transmite la enfermedad a 10 ó 15 personas si no ha recibido tratamiento.⁽¹⁾

El riesgo de contraer tuberculosis MDR es más común en las personas que: No toman sus medicamentos para la tuberculosis en forma regular y no siguen las indicaciones de su médico o enfermera.

Proviene de regiones del mundo donde la tuberculosis resistente a los medicamentos es frecuente. Han estado con alguien que padece de

tuberculosis resistente a los medicamentos ⁽⁶⁾. Y además toda persona puede adquirir la enfermedad de TBC Y TBC MDR:

El riesgo de infección de una persona aumenta, si es que esta se encuentra en un ambiente cerrado y está en contacto con personas que ya tienen TBC pulmonar, como en los establecimientos penitenciarios, los asilos, los albergues, los colegios, etc.

La tuberculosis, considerada un problema mundial de salud pública reemergente, que desata la preocupación de toda la población, debido a las altas tasas de mortalidad, prevalencia e incidencia ⁽²⁾ De tal manera, la tuberculosis se concentra en los sectores socialmente más vulnerables, con bajos índices de desarrollo, en hacinamiento o desnutrición, debido a que esta última llega a producir numerosas alteraciones metabólicas, afectando su mecanismo inmunológico y como consecuencia, se vuelven más susceptibles de adquirir la enfermedad de la tuberculosis sensible y resistente.

En tanto, la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis pulmonar, continúa siendo un importante problema, el cual aporta anualmente un número elevado de casos nuevos y fallecidos, según Suárez ⁽³⁾. Por ello cuando se da el tratamiento autoadministrado (no observado por el personal de salud), las personas con tuberculosis al no cumplir estrictamente con el tratamiento de todos los medicamentos, incrementan el riesgo de transmisión de TB resistente, lo que conlleva a lo antes dicho, afectando a la población ^(1, 4).

Por otro lado, Huaynates citado por Girón ⁽⁵⁾, resalta que el autocuidado en los pacientes con tuberculosis pulmonar, también se torna en una situación preocupante el cual se ve afectado por la vulnerabilidad del paciente, generando el abandono al tratamiento por consiguiente la resistencia al tratamiento, siendo susceptible de complicaciones o la muerte.

Girón ⁽⁵⁾, argumenta que las personas con tuberculosis pulmonar, sea resistente o no a fármacos, sólo se contagian por vía aérea, estos microorganismos ingresan al organismo por inhalación la cual se produce cuando el enfermo bacilífero tose, conversa, estornuda o se ríe, es decir, lanza al exterior aerosoles que contienen al bacilo penetrando hasta los bronquios y alvéolos donde pueden ocasionar la enfermedad dependiendo de las defensas del huésped. Por ende Gonzalez ⁽⁶⁾, resalta que la tuberculosis es una enfermedad innecesaria, debido a que en la actualidad existe un tratamiento oportuno, adecuado, y técnicas que han demostrado ser útiles en diversos países del mundo.

Así mismo Arriola, Castillo, Quispe, Torres ⁽⁷⁾, refieren que el incumplimiento del tratamiento de la tuberculosis, es la asistencia discontinua para recibir dicho tratamiento, lo que es considerado un obstáculo para el control de la tuberculosis, que predispone a una mayor frecuencia de recaídas, fracasos o resistencia.

En tanto los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar actúan frente a su cuidado de forma inherente, donde se encuentran estrechamente relacionados con el tratamiento de su enfermedad hasta llegar a sanarse, lo cual es de suma relevancia ya que, la manera en que sean ejercidas las prácticas de autocuidado, impacta poderosamente sobre los indicadores de salud y seguridad de una sociedad ⁽⁵⁾.

Respecto a la magnitud del problema que se viene estudiando a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽⁸⁾, indicó que la tuberculosis mató a 1,5 millones de personas en el 2014; la cifra comprendía 890000 hombres, 480000 mujeres y 140000 niños. Así mismo 9,6 millones fueron diagnosticados con tuberculosis: 5,4 millones de hombres, 3,2 millones de mujeres y 1.0 millones de niños ⁽⁹⁾. Según Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades ⁽¹⁰⁾, reportaron 9421 casos de tuberculosis (una tasa de 3,0 casos por cada 100 000 personas) en los Estados Unidos.

Según referencias de la OMS ⁽¹¹⁾, en el 2013, África tuvo la mayor tasa de incidencia en tuberculosis: más de 280 casos por 100 000 habitantes. En Colombia, 2012-2013 Dueñas, Cardona ⁽¹²⁾, hallaron que la adherencia en pacientes con tuberculosis pulmonar fue del 94,8%, y la no adherencia fue de 5,2%. En el 2010, se distribuye principalmente en Asia 59%, África 26%, Europa 4,3%, y 3% la región de las Américas ⁽¹³⁾.

A nivel del Perú, Aduvire (14), indicó que durante el 2015 detectaron 203 casos de tuberculosis, 126 de varones y otros 77 de mujeres que adquirieron la enfermedad; 12 casos menos que en el año 2014. Según Sausa (15), la estadística del Ministerio de Salud en el 2013, registraron 31 mil casos de tuberculosis sensible, 1260 casos de tuberculosis multidrogo resistente y apenas 66 casos de tuberculosis extremadamente drogo resistente (XDR). Las regiones con más incidencia de tuberculosis fueron Madre de Dios, Callao, Ucayali, Tacna, Loreto y Lima.

En el 2012 en Lima Aliaga, Alvarado, Alva, Velásquez ⁽¹⁾, evidenciaron que los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, el 43,3% tuvo un conocimiento medio con respecto a las prácticas de autocuidado, mientras que 26,7% de los pacientes presentó un nivel de conocimientos bajo. Del mismo modo Ccoicca (4), halló que el 62,5% realizó medidas de autocuidado adecuadas y 37,5% tuvo medidas de autocuidado inadecuadas. Respecto a control y tratamiento de la enfermedad, el 85% asistió al tratamiento; 60% refirió que acude a la consulta con el médico.

A nivel de Huánuco, 2014, Beraún ⁽¹⁶⁾, indicó que hubo 351 casos de tuberculosis, 14 de ellos fueron atendidos en el hospital Hermilio Valdizán, que carece de espacios para el aislamiento y atención. Según Cabrera (17), en el Hospital Carlos Showing Ferrari, 2013, el conocimiento que tuvieron los pacientes sobre su enfermedad fue de nivel medio, además existió un 85% de pacientes con tuberculosis pulmonar.

En cuanto a las causas de la no adherencia al tratamiento y el deficiente autocuidado de los pacientes Dalens ⁽¹⁸⁾, argumenta en relación a la tuberculosis que es causada principalmente por la pobreza. Por otro lado

Huaynates citado por Girón (5), refiere que el autocuidado puede verse afectado debido a las alteraciones en el estilo de vida, la depresión, hostilidad, ansiedad, aislamiento social y estrés que provoca la enfermedad. En el mismo sentido el rol de enfermería es un factor predeterminante ya que, es el principal medio de suscitar, guiar y encauzar, los sentimientos, ideas y reacciones del paciente hacia su propio autocuidado en base al modelo que ha de ir configurado ⁽¹⁹⁾.

Según Rodríguez, Humberto ⁽²⁰⁾, el incumplimiento de los pacientes al esquema terapéutico, están relacionados con los servicios de salud, por una mala atención brindada al paciente, visitas domiciliarias no realizadas dentro de las 48 horas de la adherencia y/o abandono como lo indica las normativas nacionales e internacionales, entre los factores sociales tenemos: drogadicción, alcoholismo, delincuencia, y relacionados con el tratamiento tenemos las Reacciones Adversas Medicamentosa (RAM).

Por su parte, Cruz, Floréz, Muñoz ⁽²¹⁾, denotan que en la adherencia confluyen diversos factores, que se derivan de la persona misma y su entorno (sociocultural, familiar, económico), de los factores de su enfermedad (esquema de tratamientos, coinfección, resistencia, etc.), de los factores relacionados con la prestación de servicios de salud (la efectividad de los programas para el control, en la búsqueda de sintomáticos respiratorios, diagnóstico oportuno, tratamiento, etc.) y en la relación que se establece entre los trabajadores de la salud y pacientes (buen trato, flexibilidad, comunicación, los conocimientos y creencias), en torno a la enfermedad.

En relación a los consecuencia del problema que se viene estudiando, Arriola, Castillo, Quispe y Torres ⁽⁷⁾, sostienen que el problema del incumplimiento y/o abandono del tratamiento antituberculoso tiene consecuencias graves, como son: el deterioro físico del paciente por la enfermedad; la propagación de la infección, y la perpetuación de su existencia en la humanidad, complicando más la situación del paciente y favoreciendo la drogo resistencia y por consecuencia la prevalencia de la

infección, genera un aumento de mortalidad y de las tasa de resistencia ^(6, 7). También se da la tuberculosis miliar (resulta de la invasión del torrente sanguíneo por bacilos de la tuberculosis), donde los microorganismos emigran desde focos hacia el torrente sanguíneo, recorren todo el cuerpo y se propagan en todos los tejidos, provocando el desarrollo de tubérculos miliares minúsculos en pulmones, bazo, hígado, riñones, meninges y otros órganos ⁽⁴⁾.

Según Huaynates citado por Girón ⁽⁵⁾, debido a la deficiencia en el autocuidado de los pacientes se puede dar el abandono al tratamiento por consiguiente la resistencia al tratamiento, por lo que es necesario el desplegar un autocuidado adquirido para conservar, cuidar y proteger su salud. Por su lado, Cáceres ⁽²²⁾, señala que la consecuencia más grave del abandono es que la cadena de infección por tuberculosis sigue perjudicando al individuo, su familia y la comunidad donde vive y trabaja. Al dar continuidad a la cadena de transmisión se está llevando la enfermedad de generación en generación.

Por otra parte Pérez, Miranda ⁽²³⁾, explicaron que frente a esta problemática la organización mundial de salud, inicia una campaña bien al que tiene como objetivo inspirar la innovación en materia de investigación y atención de la tuberculosis. La campaña se inspira en los nuevos y ambiciosos objetivos y metas del Plan Mundial para Detener la Tuberculosis. Este nuevo plan señala por vez primera las lagunas de investigación que deberán colmarse para sacar al mercado pruebas de diagnóstico rápido de la enfermedad, regímenes terapéuticos más cortos y una vacuna plenamente eficaz.

Así mismo Muñoz, Cruz, Rubiano ⁽²⁴⁾, señalan que es de relevancia el conocimiento sobre la enfermedad y los cuidados que se deben de tener, y más aún acerca del tratamiento. Las acciones intersectoriales e interinstitucionales, las redes familiares, la atención humanizada y con calidad de los profesionales de enfermería, y el contar con un sistema de seguimiento y comunicación permanente ayuda en gran proporción al

paciente, ello fue una motivación para la realización del presente estudio; en aras de proponer estrategias de intervención orientados a nuestro contextos locales.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. - Problema general

¿Cuál es el nivel de adherencia y autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar de la Microred Aparicio Pomares de Huánuco, 2016?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar, de la Microred Aparicio Pomares de Huánuco, 2016?
- ¿Cuál es el tipo de autocuidado en la dimensión alimentación del paciente con tuberculosis pulmonar, de la Microred Aparicio Pomares de Huánuco, 2016?
- ¿Cuál es el tipo de autocuidado en la dimensión descanso y sueño del paciente con tuberculosis pulmonar, de la Microred Aparicio Pomares de Huánuco, 2016?
- ¿Cuál es el tipo de autocuidado en la dimensión medidas higiénicas del paciente con tuberculosis pulmonar, de la Microred Aparicio Pomares de Huánuco, 2016?
- ¿Cuál es el tipo de autocuidado en la dimensión hábitos nocivos del paciente con tuberculosis pulmonar, de la Microred Aparicio Pomares de Huánuco, 2016?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Determinar el nivel de adherencia y autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar de la Microred Aparicio Pomares de Huánuco, 2016

1.3.2.- Objetivos específicos

- Reconocer el nivel de adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar de la Microred Aparicio Pomares de Huánuco, 2016.
- Identificar el tipo de autocuidado en la dimensión alimentación del paciente con tuberculosis pulmonar de la Microred Aparicio Pomares de Huánuco, 2016
- Identificar es el tipo de autocuidado en la dimensión descanso y sueño del paciente con tuberculosis pulmonar de la Microred Aparicio Pomares de Huánuco, 2016
- Reconocer el tipo de autocuidado en la dimensión medidas higiénicas del paciente con tuberculosis pulmonar de la Microred Aparicio Pomares de Huánuco, 2016
- Identificar el tipo de autocuidado en la dimensión hábitos nocivos del paciente con tuberculosis pulmonar de la Microred Aparicio Pomares de Huánuco, 2016

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La Tuberculosis Pulmonar en la población en estos últimos tiempos su incidencia ha incrementado y se ha convertido en un serio problema de Salud Pública Global, no siendo esta una enfermedad cualquiera, ya que sobre su base biológica y la de su largo y penoso tratamiento, se va a construir la enfermedad con elementos sociales y morales, que van a incidir en el proceso de tratamiento, además sobre estos pacientes también va recaer el estigma social se los ve como “objeto indeseable” quien como fuente de contagio debe ser “rehuido”. Teniendo en cuenta que la tuberculosis es considerada como una enfermedad social con alta prevalencia a nivel mundial sobre todo en países pobres, considerada como una pandemia. La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica. La OMS

considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios.

Actualmente nuestro país, y en el contexto de Huánuco enfrenta graves problemas de la droga resistencia, adherencia o apego del tratamiento, el elevado índice de pobreza y la desnutrición. Por ello, esta investigación aportará conocimiento científico, específicamente a la teoría del autocuidado, orientado al autocuidado de los pacientes con tuberculosis; ello permitirá intervenir en el cumplimiento de la adherencia al tratamiento de la tuberculosis, a través de un buen seguimiento y permitirá promover un autocuidado saludable en el paciente. También, se podrá diseñar estrategias de promoción y educación al paciente fomentando estilos de vida saludable, lo que permitirá asegurar la adherencia del paciente y su recuperación ⁽²⁵⁾.

En relación al rol del profesional de enfermería en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, el profesional de enfermería es responsable de la atención de los pacientes con tuberculosis,

la cual debe ser integral e individualizada dirigida al paciente, su familia y la comunidad con énfasis en la educación, control y seguimiento del enfermo con tuberculosis y sus contactos, con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbimortalidad por tuberculosis.

El rol del profesional de enfermería en la promoción del autocuidado y la adherencia al tratamiento es indispensable, de acuerdo con la OMS (26), la adherencia es necesaria para la planificación de tratamientos efectivos y eficientes, y para lograr que los cambios en los resultados de salud; para ello se tiene que lograr un compromiso y participación del paciente, siendo necesario conductas permanentes de autocuidado que faciliten el conocimiento, empoderamiento del individuo y el desarrollo de la capacidad en la toma de decisiones sobre su salud ⁽²⁷⁾.

Por tanto, cabe resaltar que los profesionales de enfermería, deben de cumplir con la operacionalización de la DOTS, lo cual significa mantener la atención ante el enfermo para que no abandone el tratamiento, estrategia eficaz para la adhesión, y que posibilita la creación de vínculo entre el profesional de enfermería y el paciente. El vínculo permite que este se sienta acogido, encontrando espacio para solucionar dudas y para hablar sobre su proceso terapéutico, por ello es importante el compromiso de los profesionales de enfermería ⁽²⁸⁾.

Asimismo, el estudio permitirá al profesional de Enfermería, dinamizar los procesos de atención enmarcados en la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis, orientado a brindar una atención integral e individualizada dirigida al paciente, familia y comunidad ⁽²⁵⁾.

Según el Ministerio de Salud ⁽²⁹⁾, la persona afectada por tuberculosis, asume la responsabilidad de cumplir con las normas para el control de infecciones y bioseguridad, por tanto garantizará que cumplirá con el tratamiento supervisado; con lo expuesto el presente estudio se justifica ya que, el paciente al cumplir con sus deberes será capaz de cuidarse a sí

mismo y mejore su calidad de vida, con lo cual se va a prevenir complicaciones y evitara el contagio de su entorno ⁽⁴⁾.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio, no presenta limitación alguna, muy por el contrario es viable; en cuanto a la disponibilidad de los recursos financieros, esto será solventado por la encargada de la investigación en términos de precios y cantidades reales de acuerdo con los rubros establecidos espero contar con el apoyo de las autoridades de la universidad

Respecto a los recursos humanos, se dispone del apoyo requerido en las diferentes etapas del proceso: investigadora, asesor, encuestadores para la recolección de datos, procesamiento y análisis de datos, para guiarnos en todo el proceso de la investigación. En relación los recursos materiales, se gestionará la dichos recursos para concretar el trabajo de investigación, equipos, materiales como tableros para la recolección de tabulaciones y análisis de datos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1.- ANTECEDENTES INTERNACIONALES

GONZÁLEZ ESTÉVEZ E. Factores asociados al abandono y adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes detectados en las unidades operativas del área de salud N° 1 de la Ciudad de Tulcán en el periodo d enero a junio del 2012. Tesis para optar al título Licenciado en Enfermería. Imbabura: Universidad Técnica del Norte. Facultad Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería; 2012.”, Cuyo objetivo fue identificar qué factores se relacionan con la adherencia y abandono al tratamiento antituberculosos por parte de los pacientes. La muestra fueron 31 casos de pacientes tuberculosos, entre los que se adhirieron al tratamiento y los que lo abandonaron. Los datos obtenidos de los pacientes lo obtuvieron a través de la técnica de la entrevista al paciente, y sus familiares. Los resultados del estudio evidenciaron que los bajos niveles socioeconómicos, el aumento de la pobreza en la población, los hábitos alimenticios inadecuados, y la falta de recursos para cumplir correctamente las estrategias de control de la tuberculosis,

son los principales factores que inciden directamente en el agravamiento y abandono de la tuberculosis.⁶

DUEÑES M, CARDONA D. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis. Pereira, Colombia 2012-2013. *Biomédica*. 2016;36(3).”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre adherencia al tratamiento anti tuberculosis y factores sociodemográficos, económicos, clínicos, medicamentosos, objetivos y subjetivos en pacientes mayores de 18 años. La muestra estuvo constituido por 174 registros de pacientes del Programa de Control de Tuberculosis y de 15 entrevistas semiestructuradas, realizadas a los pacientes que no se adhirieron al tratamiento durante el periodo. Concluyeron que el régimen de afiliación al sistema de salud y la tolerancia medicamentosa, fueron factores objetivos relacionados con la adherencia al tratamiento. La carga social y económica de la enfermedad, fueron factores subjetivos relacionados con la decisión de no cumplir con el tratamiento.¹²

MUÑOZ SÁNCHEZ AI, CRUZ MARTÍNEZ ÓA, RUBIANO MESA YL. Trabajadores de la salud y sus significados en torno a la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. *Enfermería Global*. 2013;12(31):86-108s”, cuyo objetivo fue identificar el concepto de adherencia al tratamiento de la tuberculosis, las causas que la limitan o que la fortalecen, a través del análisis de los significados de los trabajadores de la salud en una localidad de Bogotá. La muestra estuvo constituida por 18 trabajadores de la salud, a quienes les aplicaron una encuesta. En conclusión evidenciaron que para la comprensión y el estudio del proceso adherencia a la tuberculosis, desarrollaron múltiples estudios, no solo diagnósticos, sino de intervenciones desde diversas ópticas (academia, población civil,

instituciones de salud y entes gubernamentales, entre otros actores).²⁴

2.1.2.- ANTECEDENTES NACIONALES

TACURI TAPE MARTHA EMILIA, Lima – Perú, en el año 2009, realizó un estudio sobre “Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Primavera

El Agustino, con el título de “Relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis multidrogo resistentes en el Centro de Salud Primavera El Agustino, 2009”, Tuvo como objetivo “Determinar la relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con

tuberculosis”. Se utilizó el método Descriptivo Correlacional, de corte Transversal. La muestra estuvo constituida por 38 pacientes con diagnóstico de

Tuberculosis Pulmonar, registrados en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Primavera Establecimiento de Salud del Primer nivel de Atención, ubicado en el distrito del Agustino de Lima Metropolitana. Las técnicas que se utilizaron fueron la Entrevista y el Análisis Documental, y los instrumentos fueron la Encuesta y Ficha de Registro respectivamente.

Concluyendo entre otros:

“La mayoría de los pacientes con Tuberculosis tienen un nivel medio de conocimientos sobre el tratamiento de esta enfermedad, coincidentemente el nivel de conocimientos sobre el tratamiento farmacológico así como el conocimiento de las indicaciones de seguimiento se ubica en la mayoría de los pacientes en el nivel medio”.

“La mayoría de los pacientes no mostraron adherencia al tratamiento de la tuberculosis en general, condición similar aconteció respecto a las indicaciones de seguimiento y al tratamiento farmacológico propiamente dicho. “Existe relación directa entre adherencia y nivel de conocimientos de los pacientes con tuberculosis es decir que la no adherencia está presente en los pacientes que tienen nivel de conocimiento medio a bajo y quienes son adherentes al tratamiento tienen un nivel alto de conocimientos resultado obtenido mediante la prueba estadística del Ji cuadrado con un nivel de significancia del 95% de confianza y un grado de libertad”.¹⁹

SUÁREZ PONCE C. Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un centro de salud. 2014. [Tesis para optar al título Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Escuela Académico Profesional de Enfermería; 2015.”, cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre el nivel de adherencia al tratamiento y la participación de la familia en el tratamiento de pacientes con tuberculosis, en el Centro de Salud Max Arias Schreiber. La población estuvo constituida por 70 pacientes, usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis del centro de salud. Las conclusiones evidenciaron que el nivel de adherencia al tratamiento estuvo en un nivel “medio” lo que indicó que el paciente estuvo cumpliendo con el tratamiento farmacológico, indicaciones médicas, exámenes y pruebas de control de forma parcial.²⁰

CCOICCA ALMIDON F. Medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la Estrategia Nacional de Prevención y

control de la Tuberculosis del centro de salud Conde de la Vega Baja. [Tesis de grado Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. E.A.P de enfermería; 2013.”, cuyo objetivo fue determinar las medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde de la Vega Baja. La población de estudio estuvo conformada por 30 pacientes con diagnóstico de tuberculosis que recibieron el tratamiento de Esquema I y 10 pacientes en tratamiento Multidrogoresistente (MDR) que asistieron al Centro de Salud , a quienes les aplicaron una entrevista, y un cuestionario. En conclusión evidenciaron que la mayoría de los pacientes con tuberculosis realizaron medidas de autocuidado adecuadas respecto a descanso y sueño, control y tratamiento de la enfermedad, hábitos nocivos, cuidado emocional, social, sin embargo un porcentaje significativo tuvo medidas de autocuidado inadecuadas respecto a alimentación, medidas higiénicas, ejercicio y recreación, cuidado espiritual.²¹

ALIAGA ROJAS G, ALVARADO HERRERA M, ALVA VERA Á, Velásquez Carranza D. Conocimientos sobre prácticas de autocuidado y su asociación con las características sociodemográficas de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, CLAS San Martín de Porres-Los Olivos-2012. Revista Enfermería Herediana. 2014;6(1):2.”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos sobre prácticas de autocuidado y su relación con las variables sociodemográficas en pacientes con tuberculosis pulmonar registrados en la estrategia nacional de prevención y control de tuberculosis pulmonar. La población estuvo conformada por 30 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar pertenecientes al esquema

de tratamiento I, que estuvieron registrados en la ESN-PCT del Centro de Salud CLAS «San Martín de Porres», a quienes les aplicaron una encuesta. En conclusión hallaron que la mayoría de los pacientes con tuberculosis presentaron un nivel de conocimiento medio bajo sobre autocuidado, así mismo existió asociación significativa entre el nivel de conocimientos de prácticas de autocuidado con el grado de instrucción y ocupación.^{1,2.}

DALENS REMIGIO E. Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis, Red de Salud Lima Norte V Rimac-San Martín-Los Olivos. [Tesis para optar al título Licenciada en Enfermería]. Lima: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza: Afiliada a la Universidad Ricardo Palma; 2012. Abordó un estudio cuantitativo método observacional, titulado “Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis. Red de salud Lima Norte V Rímac-san Martín-los olivos” cuyo objetivo fue identificar los factores que pueden inducir al abandono del tratamiento de la tuberculosis esquema I. La muestra estuvo conformada por 258 casos afectados por tuberculosis, quienes respondieron un cuestionario estructurado conteniendo preguntas cerradas con enfoque multidimensional de alternativas múltiples, lo cual permitió recoger información sobre aspectos sociodemográficos, económicos, ambientales, psicosociales, relacionados al tratamiento e institucionales. La prueba estadística que utilizaron en el análisis de datos fue la prueba de la estadística descriptiva mediante Programa Excel 2007. Los resultados evidenciaron que el abandono de tratamiento fue predominantemente masculino (94,6%), donde el 60,9% fueron solteros, caracterizados por tener bajos ingresos económicos (67,8%), reportaron consumo de alcohol (58,1%),

cigarrillo (39,9%) y drogas (32,9%), haber presentado efectos secundarios al tratamiento (45,3%). En conclusión entre los factores 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.¹⁸

PÉREZ VILLACORTA R, MIRANDA LOZANO A. Relación entre nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y actitud hacia el tratamiento - usuario Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II-1 Moyobamba. Julio - Diciembre 2011. [Tesis para optar al título Licenciado en Enfermería]. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académica Profesional de Enfermería; 2012. desarrollaron un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, prospectivo titulado “Relación entre el nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y actitud hacia el tratamiento - usuario estrategia sanitaria control tuberculosis - hospital II-1 Moyobamba”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y actitud hacia el tratamiento - usuario estrategia sanitaria control tuberculosis (ESC-TBC). La muestra estuvo constituida por 60 usuarios de la ESC-TBC, a quienes les aplicaron un cuestionario acerca del conocimiento en las dimensiones de medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis; y un test cuestionario para medir la actitud del usuario de la ESC-TBC hacia el tratamiento.

La prueba estadística que usaron fue las pruebas paramétricas chi cuadrado y t de student con un nivel de significancia < 0,05. Los resultados demostraron que la mayoría de los pacientes con tuberculosis pulmonar presentó 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%), en tanto encontraron actitud de rechazo en ninguno de ellos. La prueba de correlación de PEARSON demostraron una relación directamente significativa ($p=0,684$).²³

GÓMEZ CASTRO S. Factores de riesgo en la tuberculosis pulmonar, Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, Huánuco. [Tesis para optar al título Licenciada en Enfermería]. Huánuco: Universidad de Huánuco. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académica Profesional de Enfermería; 2013. La muestra estuvo conformada por 20 pacientes inscritos en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ESNP y CTB), a quienes les aplicaron una guía de entrevista para la recolección de datos. La prueba estadística que usaron fue mediante prueba binomial. Los resultados de la muestra fueron respecto a los factores de riesgo biológico como la edad (15 – 54 años) y el género (masculino) conllevaron a dicha enfermedad (70%), con una prueba binomial de ($p: 2,6 > 0,002$); en el factor de riesgo sociales el estado civil (soltero, viudo y divorciado) y la ocupación (ama de casa y estudiante) influyeron en la tuberculosis pulmonar (40%), con una prueba binomial de ($p: 2,6 > 0,059$) y en el factor de riesgo a los hábitos nocivos como el tabaco, también conllevaron a dicha enfermedad (65%), con una prueba binomial de ($p: 2,6 > 0,328$).³⁰

CABRERA JULCA E. Nivel de conocimiento en tuberculosis pulmonar en pacientes que acuden al programa de control de tuberculosis en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, Huánuco. [Tesis para optar al título de Licenciada en Enfermería].

Huánuco: Universidad de Huánuco. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académica Profesional de Enfermería; 2013.”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar. La muestra estuvo conformada por 20 pacientes inscritos en la estrategia sanitaria de prevención y control de tuberculosis (ESNP y CTB) de ambos sexo, donde aplicaron un cuestionario. La prueba estadística utilizada fue mediante prueba binomial, apoyándose en el SPSS V18. Los resultados evidenciaron que el 85% presentaron conocimiento regular en generalidades de las manifestaciones clínicas de la tuberculosis pulmonar, el 75% tuvieron conocimiento regular de las complicaciones que causa la tuberculosis, 75% presentaron conocimiento regular de la prevención de la tuberculosis.¹⁷

GIRON GALVEZ M, ENCISO ALVARADO C, GOMEZ EVARISTO

La tuberculosis pulmonar y calidad de vida de los pacientes que reciben tratamiento en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano y el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2012. [Tesis para optar al título Licenciada en enfermería]. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Facultad de Enfermería; 2012.

”Cuyo propósito fue determinar la calidad de vida de pacientes que reciben tratamiento para la tuberculosis pulmonar en el hospital y el centro de salud. Trabajaron con dos muestra comparativas de 20 pacientes para cada establecimiento, a quienes les aplicaron una encuesta. En conclusión evidenciaron que un promedio del 60% de pacientes que recibieron tratamiento en el hospital presentó inadecuada calidad de vida, en

comparación al centro de salud que presentaron una adecuada calidad de vida.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1.- Definición de términos: adherencia del tratamiento del paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar

Tuberculosis pulmonar

Según la OMS ⁽³³⁾ y el Ministerio de Salud ⁽³⁴⁾, la tuberculosis es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch, la cual se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio de los pacientes con enfermedad pulmonar activa. La infección por *M. tuberculosis*, suele ser asintomática en personas sanas, dado que su sistema inmunitario actúa formando una barrera alrededor de la bacteria.

Cabe resaltar que, no todos los sujetos infectados por el bacilo de la tuberculosis necesariamente desarrollan la enfermedad. El sistema inmunológico recluye los gérmenes que, aislados por una gruesa envoltura cética, pueden permanecer en estado latente durante años, por ello el riesgo de enfermar aumenta cuando el sistema inmunológico de la persona está debilitado ⁽⁶⁾.

2.2.2.- Diagnóstico de tuberculosis pulmonar

La OMS ⁽³³⁾, resalta que para el diagnóstico de la tuberculosis se toman en cuenta diversos síntomas como son tos, a veces con esputo que puede ser sanguinolento, dolor torácico, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna.

Examen de esputo: la tos y expectoración por más de 15 días es el síntoma más frecuente e importante de la tuberculosis pulmonar. Cuando una persona tiene este síntoma se le denomina sintomático respiratorio. Para descartar la enfermedad se debe acudir a un Establecimiento de Salud para que se le tome al paciente una Muestra de Esputo (este examen se realiza de manera totalmente gratuita) el cual consiste en: pedir al paciente que deposite la "flema" o esputo en el envase de plástico descartable que se le entrega y taparlo bien. Debe ser rotulado con su nombre (etiqueta); entregar un segundo envase con tapa y rotulado con su nombre, para que traiga al día siguiente una segunda muestra de esputo apenas se despierte (35).

Según el Ministerio de Salud (36), distingue diferentes tipos de diagnóstico

Diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis Baciloscopía

directa: la baciloscopía directa de la muestra de esputo y de otras muestras extrapulmonares debe ser procesada por el método de Ziehl - Neelsen. El informe de resultados de la baciloscopía debe seguir los criterios detallados; toda muestra de esputo con baciloscopía positiva debe ser conservada refrigerada en el laboratorio para ser remitida al Laboratorio Regional para realizar pruebas de sensibilidad rápidas. El Instituto Nacional de Salud (INS), es el responsable de organizar, monitorear y evaluar el control de calidad de la baciloscopías de acuerdo a sus disposiciones vigentes (36).

Cultivo de micobacterias: los métodos de cultivo para el aislamiento de micobacterias aceptados en el país son: los cultivos en medios sólidos Löwenstein — Jensen, Ogawa y agar 7H10; los sistemas automatizados en medio líquido MGIT (del inglés Mycobacteria Growth Indicator Tube) y la prueba MODS (del inglés Microscopic Observation Drug Susceptibility),

disponibles en los laboratorios de la red de salud pública según nivel de capacidad resolutoria. Las indicaciones para el cultivo de *M. tuberculosis* son las siguientes: a. Para diagnóstico: - Muestras de SR con baciloscopía negativa y radiografía de tórax anormal. - Muestras paucibacilares - Muestras clínicas consideradas valiosas: biopsias, tejidos y fluidos (pleural, pericárdico, peritoneal, líquido cefalorraquídeo, orina, otros) de casos con sospecha de tuberculosis extra-pulmonar. b. Para control de tratamiento: - Muestras de pacientes con persistencia de baciloscopía positiva después del segundo mes de tratamiento con medicamentos de primera línea. - Muestras mensuales de todos los pacientes en tratamiento por TB resistente a medicamentos (MDR, XDR y otras TB resistencias). c. Para realizar pruebas de sensibilidad indirecta: a partir de muestras pulmonares o extra-pulmonares (36).

Diagnóstico clínico-radiológico de la tuberculosis: el diagnóstico clínico de la TB pulmonar debe centrarse en el estudio de los pacientes con síntomas respiratorios (tos, expectoración, dolor torácico, disnea) asociados a síntomas generales. Los síntomas de tuberculosis extra-pulmonar dependen del órgano afectado. Solicitar una radiografía de tórax en todo caso probable de tuberculosis pulmonar y en aquellas personas que están en seguimiento diagnóstico (36).

Diagnóstico de TB extra-pulmonar: se basa en las manifestaciones clínicas dependientes del órgano(s) afectado(s) y debe complementarse con exámenes auxiliares de bacteriología, histopatología, inmunología, estudio cito-químico, estudio de imágenes, entre otros. Realizar el diagnóstico diferencial considerando las enfermedades endémicas según la zona de procedencia del paciente. En cada muestra de tejido o fluido extrapulmonar, obtenidos a través de cirugía u otros

procedimientos, deberá realizarse baciloscopía, cultivo en medios líquidos (MODS, MGIT) o sólidos, prueba de sensibilidad (a partir de cultivos positivos) y según disponibilidad, pruebas moleculares y tipificación. La muestra obtenida del sitio de infección debe enviarse en suero fisiológico para los estudios bacteriológicos y una segunda muestra en formol al 10%, para los estudios histopatológicos correspondientes ⁽³⁶⁾.

Diagnóstico de la tuberculosis latente: la prueba de la tuberculina es el método de diagnóstico de tuberculosis latente en personas sin enfermedad activa. Se considera un resultado positivo si la induración es 10 mm o más para la población en general. En pacientes con inmunodeficiencias (VIH/SIDA, desnutridos, corticoterapia prolongada, tratamiento antineoplásico, entre otros), este valor es de 5 mm o más. El profesional de enfermería es responsable de la aplicación y lectura de la prueba de tuberculina, para lo cual debe estar capacitado ⁽³⁶⁾.

2.2.1.1. Síntomas de tuberculosis pulmonar

Los síntomas de la tuberculosis pulmonar inicialmente consiste en tos, seca e irritativa, pronto productora de expectoración mucosa o mucopurulenta. Así mismo la expectoración puede estar manchada con sangre o el enfermo puede presentar verdaderas hemoptisis de sangre líquida, roja, espumosa lo cual evidencia un signo importante de tuberculosis pulmonar que aparece a medida que la enfermedad progresa, la disnea aparece en fases avanzadas de la enfermedad o cuando existe derrame pleural o pericárdico ⁽⁴⁾.

2.2.1.2. Tratamiento de la tuberculosis pulmonar

La OMS ⁽³³⁾, indica que la tuberculosis es una enfermedad que se puede tratar y curar. La forma activa que es sensible a los antibióticos se trata con una combinación estándar de cuatro de estos medicamentos administrada durante seis meses junto con información, supervisión y apoyo del paciente por un agente sanitario o un voluntario capacitado. Sin este apoyo, el cumplimiento terapéutico puede ser difícil.

En tanto el MINSA ⁽³⁴⁾, es el responsable de distribuir los medicamentos antituberculosis de forma gratuita a través de todos los programas de control de la tuberculosis de todos los establecimientos de salud. La medicina debe ser tomada en presencia del personal del establecimiento de salud para asegurar su cumplimiento. El tratamiento se basa en diversos regímenes de terapia combinada (varios medicamentos) de corta duración, teniendo en cuenta tres propiedades fundamentales de los medicamentos antituberculosis: capacidad bactericida, capacidad esterilizante y capacidad de prevenir la resistencia. Dentro del tratamiento antituberculosis: la Isoniazida y la Rifampicina son consideradas como el Núcleo Básico del tratamiento antituberculoso a la que se agregó posteriormente la Pirazinamida; todas ellas pueden eliminar el bacilo de la TB (*Mycobacterium tuberculosis*) en cualquier localización, a nivel intracelular y extracelular. En todas las personas con tuberculosis es obligatorio observar la toma de medicamentos, con la finalidad de asegurar la posibilidad de curación y menos riesgo de resistencia y fracaso al tratamiento ⁽⁴⁾.

Las distintas pautas de tratamiento de TB inicial no multirresistente presentan una fase inicial "intensiva" de dos meses con al menos 3 fármacos con una administración diaria,

seguida de una fase mantenimiento con dos fármacos en la que la administración puede ser diaria o 2 veces a la semana (tratamiento intermitente). Esta última opción es igual de efectiva que la diaria, pero siempre debe de realizarse bajo estricta observación ⁽³⁷⁾.

2.2.3.- Adherencias del tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar

Según la OMS ⁽²⁶⁾, la adherencia es “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas”. La adherencia es concebida como un fenómeno complejo, desde la perspectiva de los trabajadores de la salud. En este sentido, la adherencia significa el cumplimiento y la asistencia permanente del paciente a la toma del medicamento (21).

La adherencia al tratamiento significa que el paciente está siguiendo el curso recomendado de tratamiento, tomando todos los medicamentos prescritos durante todo el tiempo que sea necesario, realizándose los exámenes y pruebas de control; asimismo, indica que está cumpliendo las medidas de control de la TB y ejerciendo sus derechos y deberes como persona con TB. Es así, que la adherencia es importante porque la TB es casi siempre curable si los pacientes cumplen con su tratamiento (35). Así mismo Muñoz, Rubiano, Laza (38), resalta que la adherencia al tratamiento antituberculoso refleja un proceso complejo que va más allá del momento puntual de recibir información y los medicamentos para llevar a cabo la terapéutica. Tanto para los profesionales de enfermería y portadores, existe una mutua preocupación por la adherencia al tratamiento y la curación de la enfermedad. Sin embargo, ésta asume diferentes condiciones: para los primeros, desde el conocimiento científico y con las

ventajas que brinda la tecnología, se adjudica al tratamiento el camino válido para el control de la enfermedad. Para los portadores, el tratamiento representa la anhelada "curación", pero a la vez implica un cambio drástico en sus vidas que muchas veces no les permiten elegir y lo llevan al abandono. Lo anterior, en medio de la discriminación social e institucional que implica el estigma de las personas "marcados" como tuberculosos.

De acuerdo con lo anterior, la adherencia a un tratamiento incorpora el comportamiento del individuo, teniendo en cuenta procesos individuales, sociales y culturales que circunscriben el realizar esta actividad. De igual forma, reconoce la responsabilidad del personal de salud en el proceso de atención, dado que debe permitir instaurar una relación empática con el individuo afectado y ofrecer con claridad toda la información que este pueda necesitar ⁽²⁴⁾.

2.2.5.- TEÓRICAS QUE DAN SUSTENTO A LA INVESTIGACIÓN

Dorotea Orem. Teoría del Autocuidado

Las profesionales de enfermería debemos fomentar el autocuidado entre nuestros pacientes en la medida que puedan hacer y también se debe considerar a la familia brindándole la información necesaria.

Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza

La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.

Los seres humanos maduros experimenta privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás haciendo de la sostenibilidad debía los estímulos reguladores de las funciones.

La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y para otros.

Madeleine Leninger. La teoría de la Transculturalidad aporte realizado por la enfermería transcultural nos dice que un área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado está basada en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlos a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades. En este caso el trabajo de investigación tiene en cuenta la teoría fundamentada en que debemos considerar el nivel cultural de los usuarios y con ello también tener en cuenta el nivel de instrucción, sus creencias, costumbres y que estas pueden ser adecuadas y/o erróneas, entorno a su enfermedad-

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

autocuidado del paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar

Definición de autocuidado

Según el MINSA (39), el autocuidado es asumir voluntariamente el cuidado de la propia salud, donde se requiere que las personas asuman la responsabilidad en el cuidado de su salud y por las consecuencias de las acciones que realizan; esta categoría promueve prácticas que

conlleven el bienestar físico, mental y espiritual. Asimismo, el autocuidado se considera como parte del estilo de vida de la persona, entendido como patrones de conducta que reflejan la forma de interactuar de las personas con su medio social.

En tanto la OMS citado por Coicca (4), definió el autocuidado como las actividades de salud no organizadas y a las decisiones de la salud tomadas por individuos, familia, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo, etc.; comprende la automedicación, el auto tratamiento, el respaldo social en la enfermedad, los primeros auxilios en un “entorno natural”, es decir, en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas. El autocuidado es, definitivamente, el recurso sanitario fundamental del sistema de atención de salud.

Dimensiones de autocuidado de la tuberculosis

Coppard citado por Ccoicca (4), plantea que el autocuidado comprende todas las acciones y decisiones que toma el paciente con diagnóstico de tuberculosis para prevenir y tratar su enfermedad, todas las actividades individuales dirigidas a mantener y mejorar la salud, y las decisiones de utilizar tanto los sistemas de apoyo formales de salud como los informales en tal sentido, que los profesionales de enfermería, en razón de su preparación y responsabilidad profesional, están llamados a convertirse en agentes facilitadores de ese proceso.

Para el profesional de la salud, el autocuidado es un reto, pues es quien lo debe promover, bajo un enfoque humanista, por lo tanto, es necesario partir del concepto de persona como ser integral, y del concepto de salud como “el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás; de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud (4).

Por ello Vásquez (41), resalta que el autocuidado es necesario para la búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana y el desarrollo

humano. Por lo tanto, el autocuidado para el manejo de la tuberculosis pulmonar es una práctica que involucra líneas de crecimiento en las que toda persona debe trabajar cotidianamente para tener un desarrollo armónico y equilibrado en el control de su enfermedad. Con el fin de lograr esto, es importante conocer los aspectos sociales, culturales y socio demográficas de la población en la que se aplican para lograr pertinencia, cambio y empoderamiento de sus prácticas saludables y mejorar su estilo de vida.

Por último, se considera al autocuidado en una doble dimensión: la primera, relacionada con la necesidad de la institución para cuidar y proteger a sus recursos humanos y la segunda, asociada con la capacidad de autocuidado personal y colectiva desarrollada por profesionales de enfermería. Por ello el autocuidado puede evitar o reducir la irregularidad al tratamiento, inasistencia y abandono del mismo ⁽⁵⁾.

A continuación se distinguen las dimensiones con respecto al autocuidado de la tuberculosis, según Ccoicca ⁽⁴⁾.

Alimentación: es el acto de consumir alimentos y ésta debe ser completa (tener todos los nutrientes), porque los nutrientes son sustancias que el organismo no sintetiza en cantidades suficientes por lo que han de ser aportados por la alimentación. La adecuada nutrición ayuda al cuerpo a combatir enfermedades y lo ayuda a sentirse mejor. Para tener una buena salud, el ser humano necesita nutrientes que le proporcionen energía (proteínas, grasas e hidratos de carbono), vitaminas, minerales y agua, en cantidad suficiente según las necesidades de la persona; debe ser equilibrada (solo lo necesario), variada y apetitosa, adecuada para cada tipo de persona, accesible, económica, ordenada (con horario y no comer a cada rato), lo que asegurará una buena salud y calidad de vida (4).

De acuerdo con Suárez (25), el estado nutricional de los pacientes con tuberculosis es importante para el tratamiento de su enfermedad, por ello

que la complementación alimentaria tiene que ser adecuada, completa, variada y equilibrada, insistiendo en abundantes líquidos y respetando como mínimo las cuatro comidas al día. Procurar asegurar una nutrición adecuada del paciente con la finalidad de lograr un incremento de peso significativo. Esta debe ser rica en proteínas de alto valor biológico. En pacientes crónicos con tendencia a retener CO₂, deben recibir dieta baja en carbohidratos. Se debe medir el índice de masa corporal en forma periódica.

El MINSA ⁽⁴⁰⁾, indica que el paciente con tuberculosis debe alimentarse con una dieta balanceada rica en proteínas (carne de res, pollo, pescado), y leguminosas que deben ser consumidas de 2 a 3 porciones diarias; carbohidratos que se encuentran en los tubérculos (papa, camote, yuca), arroz, cereales (trigo, quinua y kiwicha), y menestras a las que se agregará grasas no saturadas (aceite de maíz o soya), vitaminas A, B y minerales.

Descanso sueño: el descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin sueño y descanso la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad (4). La vigilia prolongada va acompañada de un trastorno progresivo de la mente y comportamiento anormal del sistema nervioso, lentitud de pensamientos, irritabilidad y psicosis. El sueño restaura tanto los niveles normales de actividad como el equilibrio entre las diferentes partes del sistema nervioso central, es decir, restaura el equilibrio natural entre los centros neuronales. Por ello los pacientes con tuberculosis pueden tener problemas para conciliar el sueño debido a los signos y síntomas de su enfermedad como: dolor, tos persistente y temperaturas elevadas acompañadas de sudoración nocturna, lo cual impide la satisfacción de la necesidad de sueño del paciente con esta enfermedad ⁽¹⁹⁾.

Medidas higiénicas: para que la recuperación sea efectiva es necesario considerar la educación en salud que debe estar basado en el

entendimiento exacto de las prácticas adecuadas de autocuidado en el hogar. Cualquiera es susceptible de contraer la tuberculosis si inspira los bacilos que exhalan un enfermo o portador al hablar, estornudar, toser, expectorar; estas bacterias pueden permanecer suspendidas en el aire durante horas incluso años, por tanto las medidas higiénicas van a controlar la enfermedad (4).

Hábitos nocivos: son aquellos hábitos que provocan un daño constante a corto o largo plazo al paciente y en situaciones de riesgo de contraer una enfermedad grave. Los hábitos tóxicos son los producidos por el consumo de una sustancia nociva que provocan un incremento de morbilidad y de mortalidad evitable y con gran repercusión social y económica. Entre tales hábitos se encuentran los relacionados con el consumo de todo tipo de drogas, siendo el tabaco y el alcohol, sustancias que por su gran extensión en la sociedad, los que más preocupan a las autoridades sanitarias (4).

Control y tratamiento: el tratamiento farmacológico constituye la base para la curación de la tuberculosis, por ello el personal de salud tiene la obligación de observar la toma de medicamentos, con la finalidad de asegurar la curación y menos riesgo de resistencia y fracaso al tratamiento. El paciente debe tomar los medicamentos antituberculosos de acuerdo con la prescripción, los medicamentos deben tomarse siempre en combinaciones de dos o tres, y de manera ininterrumpida (4).

La eficacia terapéutica se establece mediante el control mensual de muestra de esputo, hasta que se hacen negativas para lo cual es necesario instruir a los pacientes para obtener una buena muestra para evitar secreciones nasofaríngeas o saliva; la expectoración se recoge en un frasco limpio y seco en donde se coloca la fecha y nombre del paciente y la eficacia del estudio bacteriológico depende de una buena muestra (19).

Ejercicio y recreación: es la realización o práctica de actividades durante el tiempo libre. El uso del tiempo libre es usado por muchas personas en actividades como la práctica de deportes que proporcionan descanso,

diversión que favorece luchar contra la fatiga y la depresión, mejorar la resistencia, aumentar el estado cardiovascular, ayudar a reducir el estrés y estimular la fortaleza muscular (4). También favorece que el sistema inmunológico funcione mejor, también el tiempo libre es usado en mirar la televisión que nos enseña a ser pasivos y no activos, en lugar de estimular nuestra creatividad y nuestro deseo por hacer cosas de provecho tiene un efecto contrario y nos produce un letargo intelectual, y físico en cambio el deporte nos produce lo contrario. Por ello es importante que el individuo encuentre espacios en su comunidad para la práctica de deportes que lo alejen de la drogadicción y alcoholismo.

Cuidado emocional, social y espiritual: la enfermedad genera un gran impacto en la persona que la padece puede alterar las relaciones interpersonales, donde las creencias y valores individuales pierden la importancia que tiene para el enfermo. El profesional de enfermería debe brindar cuidado emocional para conseguir una existencia más cómoda, eficaz y satisfactoria, en la que la autonomía y la dignidad humana estén presentes y lograr el equilibrio emocional, social y espiritual para enfrentar las exigencias de la enfermedad ⁽⁴⁾.

2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

H^a.- La adherencia y auto cuidado del paciente con tuberculosis pulmonar de la Microred Aparicio Pomares de Huánuco, es de nivel media y adecuada.

H^o.-La adherencia y autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar de la Microred Aparicio Pomares de Huánuco, es de nivel baja e inadecuada.

2.5. VARIABLES

Variable principal

Adherencia del tratamiento

Variable secundaria

Autocuidado del paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar

2.5.1. Definición conceptual de la variable

Adherencia del tratamiento. Hace referencia a una gran diversidad de conductas. Entre ellas se incluyen desde tomar parte en el programa de tratamiento y continuar con el mismo, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas con los programas de salud, tomar correctamente la medicación y realizar adecuadamente el régimen terapéutico.

Autocuidado del paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. Es una forma propia de cuidarse a sí mismo por supuesto literalmente, el autocuidado es una forma de cuidado a sí mismo, en este caso con los cuidados básicos que se toman frente a la tuberculosis pulmonar.

2.5.2. Definición operacional de la variable

Adherencia del tratamiento. Esta referido a la toma los medicamentos según las indicaciones médicas, a las asistencia a las consultas indicadas o programadas, a la colecta las muestras de flemas para el examen de baciloscopias cuando se lo piden, a si el paciente pregunta o se informa sobre los resultados de las baciloscopias, cuando presenta molestias o síntomas por causa de su enfermedad acude a la clínica, busca información para cuidarse

mejor de su enfermedad en revistas, libros, folletos, consejos con el personal de salud y otros, vigila y mide su peso, consume una buena alimentación que le ayude a recuperarse, tiene mayor cuidado al toser, expectorar o escupir, cuida que sus artículos personales solo los utilice únicamente usted, tiene mayor cuidado con su higiene personal y mantiene su habitación en buenas condiciones higiénicas.

Autocuidado del paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. Son las respuestas expresadas por los pacientes que acuden a la ESN PCT. En el presente estudio se considera el autocuidado en las siguientes dimensiones: alimentación, descanso sueño, medidas higiénicas, hábitos nocivos, control y tratamiento, ejercicio y recreación, y cuidado emocional, social y espiritual.

2.5.3. Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE PRINCIPAL				
Adherencia del tratamiento	Nivel de adherencia	Catagórica	Alta Media Baja	Ordinal politómica
VARIABLE SECUNDARIA				
Auto cuidado del paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar	Nivel de autocuidado Alimentación Descanso sueño Medidas higiénicas Hábitos nocivos Control y tratamiento	Catagórica	Adecuada Inadecuada	Nominal dicotómica
VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN				
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	Edad	Numérico	En años	De razón continua
	Genero	Catagórico	Femenino Masculino	Nominal dicotómica
	Nivel de escolaridad		Primaria completa Secundaria completa Superior. Completa	Ordinal politómica
	Estado civil		Soltero Conviviente Casado Divorciado	Nominal politomica
	Ocupación Ingreso		Si No	Nominal dicotómica

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1.- TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de la Investigación: Es de tipo no experimental porque no se busca manipular a la muestra, sino solo se va a analizar situaciones ya existentes.

Nivel de la Investigación: Es de Nivel descriptivo, ya que describió una solución y/o un hecho en este caso la adherencia y autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar.

Es de corte Transversal porque se dio en un tiempo y espacio determinado.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se llevo a cabo en la Microred Aparicio Pomares, el mismo que representa al conjunto de establecimientos de salud del primer nivel de atención cuya articulación funcional, según criterios de accesibilidad, ámbito geográfico y epidemiológico, facilita la organización de la prestación de servicios de salud.

Constituye la unidad básica de gestión y organización de la prestación de servicios. En este caso la Microred Aparicio Pomares, está constituido por los centros de salud de Aparicio Pomares y Moras.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN estará constituida por los siguientes:

Centro de salud	N° de pacientes con tuberculosis
Moras	21
Aparicio Pomares	19
Total	40

MUESTRA

Por ser una población pequeña se trabajó con los 40 pacientes que conforman la de la muestra en estudio, por ello en adelante se le denominará población muestral.

Tipo de muestreo

Se trabajó con el muestreo no probabilístico, teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión: se incluyó a los pacientes que:

- Acepten el consentimiento informado
- Pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar y en tratamiento.
- Sean usuarios permanentes de los establecimientos de salud en estudio
- Sean mayores de edad.

Criterios de exclusión: se excluirá a los pacientes que:

- No acepten el consentimiento informado
- Tuvieran tuberculosis multidrogoresistentes
- Pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar y en tratamiento.
- Fueron derivados a otros centros de salud de mayor complejidad.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Como técnica de recolección de datos se utilizó la encuesta individualizada y como instrumentos se aplicaron cuestionarios teniendo en cuenta las siguientes:

Guía de entrevista de las características generales de la muestra en estudio (anexo 1). Este instrumento fue auto elaborado, con 5 dimensiones y 14 reactivos, los cuales buscar identificar las características generales de la muestra en estudio.

Cuestionario de la adherencia al tratamiento antituberculoso (anexo 2). Este instrumento, contiene 12 reactivos, con los cuales se identificarán el nivel de adherencia alto, medio o bajo del paciente frente a su tratamiento antituberculosis. Fue elaborado de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana de Prevención y Control de la Tuberculosis NOM -168-SSA1-1998 consta de 12 reactivos con patrón que valoran una escala de cuatro opciones que son : 1= nunca(N), 2= algunas veces (A), 3= frecuentemente(F), 4= rutinariamente (R). El cuestionario tiene valor máximo de 48 puntos y un mínimo de 12 puntos lo que indica que a mayor puntaje mayor adherencia al tratamiento de la TBP.

Guía de entrevista del autocuidado frente a la tuberculosis pulmonar (anexo 3). Este instrumento fue elaborado por Flor Ccoicca Almidon, contiene 30 reactivos y 06 dimensiones (Alimentación, descanso sueño, medidas higiénicas, hábitos nocivos, control y tratamiento), con los cuales se identificarán las prácticas de autocuidado del paciente frente a su enfermedad. Dichas prácticas serán medidas como adecuadas e inadecuadas.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La validez del instrumento, se hizo mediante el juicio de 3 expertos, participando profesionales que laboran en el área de PCT, cuyas opiniones y recomendaciones servirán para mejorar los instrumentos de recolección de datos. Cada experto recibirá suficiente información escrita, plasmadas en una matriz de consistencia, el oficio y el instrumento correspondiente. Del mismo modo cada juez recibirá un instrumento de validación en el cual se recogerá la información. Finalmente, se recogerá dichos instrumentos para su respectiva corrección.

La confiabilidad, se determinará aplicando una prueba piloto a 10 pacientes con tuberculosis, ajenos a la muestra en estudio (pacientes con tuberculosis que se atienden en el Centro de Salud Perú Korea), pero con características similares a la muestra en estudio. Con dichos datos se realizará una base de datos en Excel para proceder al cálculo de la confiabilidad a través de la prueba alfa de Crombach o Kuder - Richardson, según como corresponda; siendo las características del instrumentos el factor determinantes.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

En el proceso de recolección de datos se realizaron los trámites administrativos necesarios en las instancias correspondientes, a fin de obtener las facilidades y autorización para ejecutar la recolección de

datos. Luego de ello, se realizará las coordinaciones; previa autorización; con el profesional de enfermería a cargo de la ESN –PCT.

Previa aprobación del Comité de Ética y de Investigación de la EAP de Enfermería, se tramitará la autorización de las instituciones de salud involucradas en el estudio, de esta manera se solicitará los listados de los pacientes diagnosticados (marco muestral) y en tratamiento antituberculoso durante el período del estudio. De igual manera se considerará los principios éticos como beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, entre otros principios bioéticos.

La entrevista se realizará a través de visita domiciliaría o en la misma institución hospitalaria, donde acuda el paciente. Al inicio de la entrevista se les explicará el propósito del estudio y se solicitará autorización verbal y por escrito, para incluirlos como sujetos de estudio, se realizará visita domiciliaría hasta tres ocasiones, a los pacientes que no se localice su domicilio.

En los casos en que se realizará la visita en el domicilio del paciente se cuidó la privacidad dado que algunos pacientes viven en un cuarto compartido con varios familiares. Las preguntas se formularan de manera pausada para que fueran escuchadas y comprendidas, en todos los casos se mostraran ilustraciones gráficas que facilitaran las opciones de las respuestas para los instrumentos, se esperó la respuesta del entrevistado y se registró en los casos que el paciente solicitó se repitió la pregunta. El tiempo utilizado para la entrevista en promedio, será de 25 minutos. Al finalizar la entrevista se le proporcionará orientación sobre la importancia del tratamiento, cuidados personales y en el hogar, se verificará que los instrumentos estuvieran completos así mismo se les agradecerá su participación.

Análisis e Interpretación de datos

Luego de la recolección de datos, estos serán procesados mediante el programa de Excel previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz. Los resultados serán presentados en tablas y/o gráficos para proceder al análisis e interpretación de la información recolectada.

En el análisis de los datos se utilizará la estadística descriptiva a través de la frecuencia absoluta y porcentaje, así como el promedio aritmético. Para demostrar la relación de las dimensiones del presente estudio, se realizará un análisis bivariado a través de la prueba no paramétrica de Chi-cuadrado para contrastar las hipótesis. En la significancia estadística de las pruebas se considerará el valor $p \leq$ de 0,05. Y para el procesamiento de los datos se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 19.0 para Windows.

RESULTADOS

TABLA: 1

PERFIL SOCIAL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE LA MICRORED APARICIO POMARES. HUÁNUCO, 2016”

Perfil	F	F%
Edad		
20 a 29 años	10	25
30 a 40 años	21	53
41 a 51 años	9	22
Total	40	100
Grado de Inst.		
Primaria completa	10	25
Secundaria completa	24	60
Superior	6	15
Total	40	100
Estado Civil		
Casado	10	25
Soltero	10	25
Conviviente	20	50
Total	40	100,0

FUENTE: Elaboración propia

Interpretación: Las características sociodemográficas de los pacientes con TBC es que el 53% tienen entre 30 a 40 años, seguido por el 25% que tienen entre 20 a 29 años, respecto al grado de instrucción el 60% tiene secundaria completa, el 25% tiene primaria completa y el 15% educación superior. Asimismo el 50% son convivientes y el 25% son casados y solteros.

TABLA: 2

- **NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE LA MICRORED APARICIO POMARES DE HUÁNUCO, 2016.**

Adherencia	f	h_i
➤ Alta	20	50
➤ Media	16	40
➤ Baja	4	10
Total	40	100

Interpretación: El nivel de adherencia al tratamiento en el 50%(20) pacientes con tuberculosis es alta, seguida del 40%(16) con un nivel media y un 10%(6) con un nivel bajo

GRAFICO: 2

NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE LA MICRORED APARICIO POMARES DE HUÁNUCO, 2016.

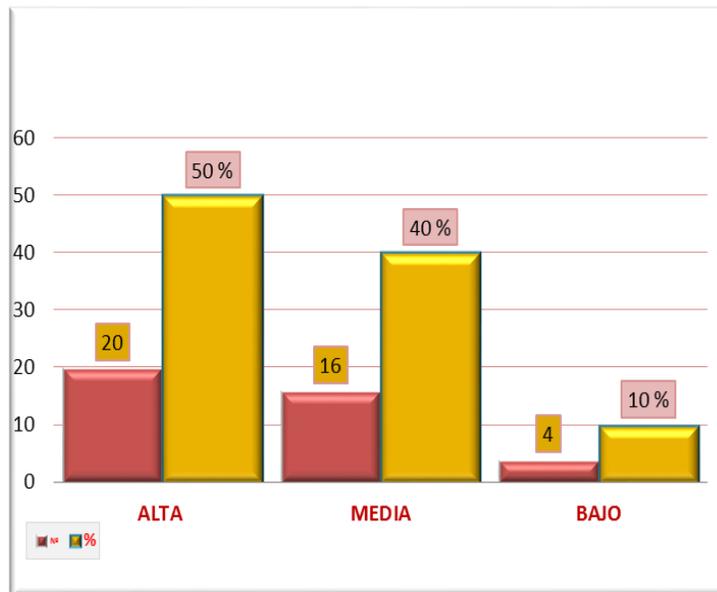


TABLA: 3

TIPO DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE LA MICRORED APARICIO POMARES DE HUÁNUCO, 2016

Autocuidado	f	h_i
➤ Inadecuada	10	25
➤ Adecuada	30	75
Total	40	100

Interpretación: El nivel de autocuidado en la dimensión alimentación en el 75%(30) pacientes con tuberculosis es inadecuada, seguida del 25%(10) con autocuidado inadecuada.

GRAFICO: 3

TIPO DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE LA MICRORED APARICIO POMARES DE HUÁNUCO, 2016

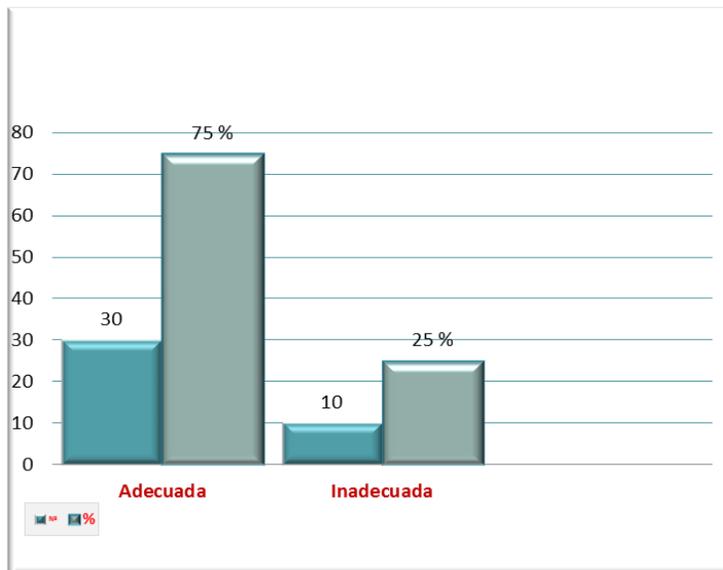


TABLA: 4

TIPO DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN DESCANSO Y SUEÑO DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE LA MICRORED APARICIO POMARES DE HUÁNUCO- 2016

Autocuidado	f	h_i
➤ Inadecuada	9	22
➤ Adecuada	31	78
Total	40	100

Interpretación: El autocuidado en la dimensión descanso y sueño en el 78%(31) pacientes con tuberculosis es de nivel adecuada, seguida del 22%(9) con inadecuado autocuidado

GRAFICO: 4

TIPO DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN DESCANSO Y SUEÑO DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE LA MICRORED APARICIO POMARES DE HUÁNUCO- 2016

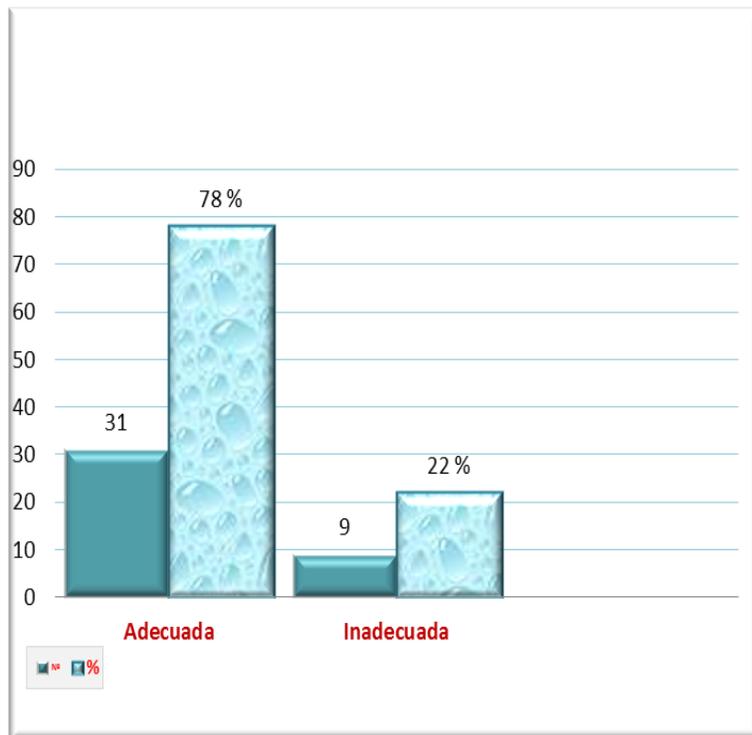


TABLA: 5

**TIPO DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN MEDIDAS
HIGIENICAS DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR
DE LA MICRORED APARICIO POMARES DE HUÁNUCO- 2016**

Autocuidado	f	h_i
➤ Inadecuada	8	20
➤ Adecuada	32	80
Total	40	100

Interpretación: El autocuidado en la dimensión medidas higiénicas en el 80%(32) pacientes con tuberculosis es de nivel adecuada y en el 20%(8) es inadecuada el autocuidado.

GRAFICO: 5

TIPO DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN MEDIDAS HIGIENICAS DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE LA MICRORRED APARICIO POMARES DE HUÁNUCO- 2016

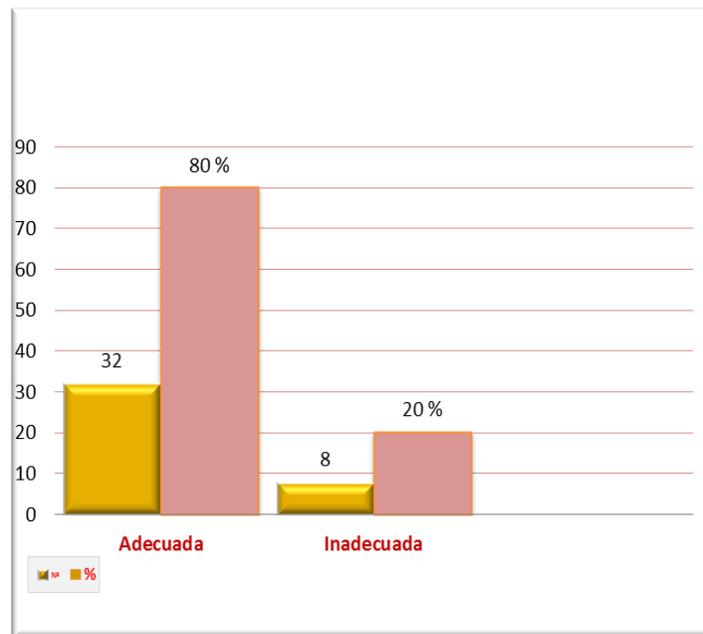


TABLA: 6

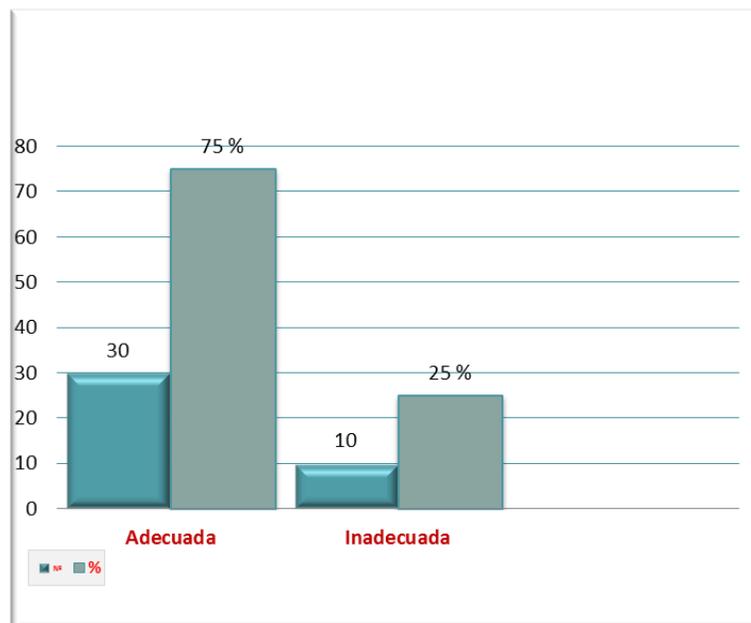
TIPO DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN HABITOS NOCIVOS DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE LA MICRORED APARICIO POMARES DE HUÁNUCO - 2016

Autocuidado	f	h_i
➤ Inadecuada	10	25
➤ Adecuada	30	75
Total	40	100

Interpretación: El nivel de autocuidado en la dimensión hábitos nocivos en el 75%(30) pacientes con tuberculosis es adecuada, seguida del 25%(10) con inadecuado autocuidado

GRAFICO: 6

TIPO DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE LA MICRORED APARICIO POMARES DE HUÁNUCO, 2016



DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La edad de los pacientes que asisten en este caso la Microred Aparicio Pomares, está constituido por los centros de salud de Aparicio Pomares y Moras habiendo un total de 40 pacientes (100%) donde el 53% tienen entre 30 a 40 años, seguido por el 25% que tienen entre 20 a 29 años, respecto al grado de instrucción el 60% tiene secundaria completa, el 25% tiene primaria completa y el 15% educación superior. Asimismo el 50% son convivientes y el 25% son casados y solteros.

En el gráfico N° 01, sobre la adherencia al tratamiento de la tuberculosis encontramos que en el 50%(20) pacientes con tuberculosis que el nivel de adherencia es alta, seguida del 40%(16) con un nivel media y un 10%(6) con un nivel bajo esto nos muestra que se adaptaron a seguir con un largo tratamiento medicamentoso que muchas veces les agota y fastidia quizás por los efectos colaterales que provocan los fármacos pero lo aceptan mostrando con ello estar conscientes del riesgo de vida al que están expuestos.

En los gráficos que nos muestran el autocuidado que tienen los pacientes entorno a su alimentación, descanso, medidas higiénicas y hábitos y sueños se encontraron porcentajes que oscilaban entre 75 a 80% de pacientes que tienen adecuado autocuidado, aunque también hay un mínimo pero importante de considerar porcentaje de pacientes que tienen inadecuado autocuidado. El autocuidado son destrezas aprendidas a través de toda la vida, el cuidado de sí mismo es inculcado en un inicio en el núcleo familiar, y consiste en cuidar nuestro cuerpo y su relación con nosotros mismos; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece también es influenciada mediante un proceso educativo de reflexión-acción para lograr una vida saludable.

CONCLUSIONES

Los pacientes con TBC en su mayor porcentaje tienen de 30 a 40 años, seguido de aquellos que tienen de 20 a 29 años, respecto al grado de instrucción tiene secundaria y primaria completa, solamente un 15% tiene educación superior. Asimismo el 50% son convivientes y el 25% son casados y solteros.

El nivel de adherencia al tratamiento en el 50%(20) pacientes con tuberculosis es alta, seguida del 40%(16) con un nivel medio y un 10%(6) con un nivel bajo

El autocuidado que tienen los pacientes que asisten a los centros de salud pertenecientes a la micro red en su mayoría tiene medidas de autocuidado adecuadas en cuanto a su alimentación, descanso sueño y hábitos nocivos contribuyendo con ello al tratamiento de la enfermedad.

Existe un mínimo pero importante porcentaje de pacientes a considerar con adherencia baja hacia el tratamiento y un inadecuado autocuidado.

RECOMENDACIONES

Se recomienda continuar con la educación y poner énfasis en las visitas domiciliarias al paciente con tuberculosis ya que siempre se debe reforzar a través de las orientaciones oportunas y la demostración de prácticas adecuadas sobre lo importante de aceptar su tratamiento y de las forma de cuidarse por sí mismo.

Realizar un monitoreo y motivación por parte del personal de enfermería a los pacientes de forma regular y con ello garantizar que no abandonen el tratamiento y con ello también observar sus estilos de vida en el hogar.

Realizar estudios orientados a diferenciar el autocuidado entre los pacientes en tratamiento por esquema y los pacientes que han regresado al tratamiento después de haber abandonado y ser multidrogo resistentes ya que con ello se fundamenta lo importante que es reconocer el nivel de adherencia y el autocuidado de los pacientes.

Realizar estudios similares en poblaciones más grandes orientados a verificar si los resultados son similares al estudio planteado y por tener suficiente sustento que la enfermedad de la tuberculosis aún registran estadísticas preocupantes entorno a la afección en nuestra población.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aliaga Rojas G, Alvarado Herrera M, Alva Vera Á, Velásquez Carranza D. Conocimientos sobre prácticas de autocuidado y su asociación con las características sociodemográficas de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, CLAS San Martín de Porres-Los Olivos-2012. Revista Enfermería Herediana. 2014;6(1):2.
2. Calderón R, Asencios L, Quispe N, Custodio W, Montoya Y. Detección rápida de resistencia a drogas en Mycobacterium tuberculosis mediante PCR-SSCP y PCR-Heteroduplex. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2003;20(2):65-71.
3. Suárez Álvarez R. Resultado del levantamiento de la línea de base de la iniciativa de control de la tuberculosis en grandes ciudades que se implementa en Lima, Perú [Internet]. [Consultado 2016 may 16]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/sct/052366.pdf>
4. Ccoicca Almidon F. Medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la Estrategia Nacional de Prevención y control de la Tuberculosis del centro de salud Conde de la Vega Baja. [Tesis de grado Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. E.A.P de enfermería; 2013.
5. Girón Luciano SA. Autocuidado en el adulto multidrogo resistente en tuberculosis pulmonar y actitud del cuidador familiar. In Crescendo Ciencias de la salud. 2014;1(2):229-35.
6. González Estévez E. Factores asociados al abandono y adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes detectados en las unidades operativas del área de salud N° 1 de la Ciudad de Tulcán en el periodo d enero a junio del 2012. [Tesis para optar al título Licenciado en Enfermería]. Imbabura: Universidad Técnica del Norte. Facultad Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería; 2012.

7. Arriola Huerta P, Castillo Cahuana T, Quispe Fabián G, Torres Deza C. Factores asociados a la asistencia del paciente al tratamiento antituberculoso. Rev Enferm Herediana. 2008;4(2):86-92.
8. Organización Mundial de la Salud. Global Tuberculosis Report [Internet]. [Consultado 2016 may 01]. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2015_executive_summary.pdf?ua=1
9. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis. Datos y cifras [Internet]. [Consultado 2016 may 11]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
10. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Tuberculosis [Internet]. [Consultado 2016 may 16]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/tb/esp/statistics/default.htm>
11. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis [Internet]. [Consultado 2016 may 16]. Disponible en: <http://www.rslc.gob.pe/Descargas/Epidemiologia/Boletin/2013/Boletin-N-03-2013.pdf>
12. Dueñas M, Cardona D. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis. Pereira, Colombia 2012-2013. Biomédica. 2016;36(3).
13. Secretaria de Salud. Colombia. Programas territorios saludables [Internet]. [Consultado 2016 may 01]. Disponible en: http://www.saludpublicabogota.com/wiki/images/7/7f/12._ANEXO_TECNICO_TRANSMISIBLES.pdf
14. Aduvire J. Riesgos en dejar la cura de tuberculosis [Internet]. [Consultado 2016 may 20]. Disponible en: <http://larepublica.pe/impresasociedad/748884-riesgos-en-dejar-la-cura-de-tbc>
15. Sausa M. Tuberculosis en Perú: Cifra baja, pero seguimos liderando ranking [Internet]. [Consultado 2016 may 16]. Disponible en: <http://peru21.pe/actualidad/tuberculosis-peru-cifra-baja-seguimos-liderando-ranking-2175444>

16. Beraún C. La tuberculosis no disminuye en Huánuco y hay un sólo neumólogo [Internet]. [Consultado 2016 may 19]. Disponible en: <http://diariocorreo.pe/edicion/huanuco/la-tbc-no-disminuye-en-huanuco-y-hay-un-solo-neumologo-574799/>
17. Cabrera Julca E. Nivel de conocimiento en tuberculosis pulmonar en pacientes que acuden al programa de control de tuberculosis en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, Huánuco. [Tesis para optar al título de Licenciada en Enfermería]. Huánuco: Universidad de Huánuco. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académica Profesional de Enfermería; 2013.
18. Dalens Remigio E. Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis, Red de Salud Lima Norte V Rimac-San Martín-Los Olivos. [Tesis para optar al título Licenciada en Enfermería]. Lima: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza: Afiliada a la Universidad Ricardo Palma; 2012.
19. Larico Cruz C. Conocimientos de las medidas preventivas y actitudes en el autocuidado de pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud Los Libertadores en Noviembre - Diciembre 2008. [Tesis para optar al título Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; 2008.
20. Rodríguez Alviz E, Humberto Mondragón C. Adherencia a la terapia farmacológica y sus factores determinantes en pacientes con tuberculosis de un centro de salud de Santiago de Cali. Revista Colombiana de Ciencias Químico Farmacéuticas. 2014;43(1):104-19.
21. Cruz Martínez Ó, Floréz Suancha É, Muñoz Sánchez A. Conocimientos sobre tuberculosis en trabajadores de la salud en una localidad de Bogotá D.C. av enferm. 2011;29(1):143-51.
22. Cáceres Manrique F. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento anti-tuberculoso. [Tesis para optar al título Licenciado en Enfermería]. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander; 2005.
23. Pérez Villacorta R, Miranda Lozano A. Relación entre nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y actitud hacia el tratamiento - usuario Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II-1 Moyobamba. Julio - Diciembre

2011. [Tesis para optar al título Licenciado en Enfermería]. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académica Profesional de Enfermería; 2012.
24. Muñoz Sánchez AI, Cruz Martínez ÓA, Rubiano Mesa YL. Trabajadores de la salud y sus significados en torno a la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. *Enfermería Global*. 2013;12(31):86-108.
25. Suárez Ponce C. Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un centro de salud. 2014. [Tesis para optar al título Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Escuela Académico Profesional de Enfermería; 2015.
26. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo [Internet]. [Consultado 2016 may 01]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&id=18722&Itemid
27. Suarez Rodríguez R, Zapata Silva I. Relación entre autoestima y capacidad de agencia de autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital Huaycán, Lima, 2015. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*. 2016;8(2):44-9.
28. Terra M, Bertolozzi M. ¿El tratamiento con supervisión directa ("DOTS") contribuye para la adhesión al tratamiento de la tuberculosis? *Rev Latino-Am Enfermagem* (online). 2008;16(4):659-64.
29. El Peruano. Normas Legales [Internet]. [Consultado 2016 may 16]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/1380433-1.pdf>
30. Gómez Castro S. Factores de riesgo en la tuberculosis pulmonar, Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, Huánuco. [Tesis para optar al título Licenciada en Enfermería]. Huánuco: Universidad de Huánuco. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académica Profesional de Enfermería; 2013.
31. Giron Galvez M, Enciso Alvarado C, Gomez Evaristo L. La tuberculosis pulmonar y calidad de vida de los pacientes que reciben tratamiento en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano y el Centro de Salud Carlos

- Showing Ferrari, Huánuco 2012. [Tesis para optar al título Licenciada en enfermería]. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Facultad de Enfermería; 2012.
32. Salazar Maya A, Martínez de Acosta C. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. *avenferm*. 2008;26(2):107-15.
 33. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis [Internet]. [Consultado 2016 may 11]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/tuberculosis/es/>
 34. Ministerio de Salud. Perú. La tuberculosis se cura si terminas el tratamiento [Internet]. [Consultado 2016 may 11]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/luchacontratbc/index.html>
 35. Pinedo Chuquizuta C. Factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes de la Estrategia Nacional de Prevención y control de la Tuberculosis en el centro de salud "Fortaleza". [Tesis de grado Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. E.A.P de Enfermería; 2007.
 36. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis [Internet]. [Consultado 2016 may 16]. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM715_2013_MINSA.pdf
 37. García Ramos R, Lado Lado F, Túnez Bastida V, Pérez del Molino Bernal M, Cabarcos Ortiz de Barrón A. Tratamiento actual de la tuberculosis. *Anales de medicina interna*. 2003;20(2):43-52.
 38. Muñoz Sánchez AI, Rubiano Mesa YL, Laza Vásquez C. Adherencia al tratamiento antituberculoso: Voces de los implicados. *Index de Enfermería*. 2011;20(1-2):66-70.
 39. Ministerio de Salud. Perú. Yo cuido mi salud [Internet]. [Consultado 2016 may 11]. Disponible en: <https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiC47H7->

tvMAhXEph4KHUcSAKcQFgghMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.minsa.gob.pe
%2Fportada%2FEspeciales%2F2008%2Fadulto_mayor%2Farchivos%2FRROT
AFOLIO_AUTOUIDADO.doc&usg=AFQjCNGJtVsu7ekRRHhfDmLcxYq9yWo
z-g&sig2=Ue_USTSw4UURDaEsaEJ1tw

40. Ministerio de Salud. Dieta sana para pacientes con TBC [Internet]. [Consultado 2016 may 16]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/campyesp/tbc_archivos/recortes/25-03-08TBC.pdf
41. Vásquez P. Autocuidado para el manejo de tuberculosis pulmonar en el Programa de Departamento de Medicina Preventiva [Tesis]. Lima: Universidad Nacional San Marcos; 2008.

ANEXOS

Código

fecha----/-----/-----

ANEXO 01

GUÍA DE ENTREVISTA DE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA EN ESTUDIO

TÍTULO DEL ESTUDIO: Adherencia del tratamiento y autocuidado del paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, usuarios de la Microred Aparicio Pomares. Huánuco, 2016.

INSTRUCCIONES. Estimado(a) señor, señora, señorita, sírvase responder a las siguientes preguntas referidos a sus características generales, con un aspa (x) en el paréntesis correspondiente. Recuerde que esta entrevista es anónima.

Gracias por su poyo

I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRAFICAS

1. ¿Cuál es su edad?

2. ¿Cuál es su género?

Masculino ()

Femenino ()

II. CARACTERÍSTICAS SOCIALES

3. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria completa (...)

Secundaria completa (...)

Superior. Completa (...)

4. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero(a) ()

Conviviente ()

Casado(a) ()

Divorciado(a) ()

5. ¿Tiene alguna ocupación?

Si (...)

No (...)

III. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

6. ¿Cuál es el rol que cumple usted en su familia?

Hijo(a) (...)

Esposo(a) (...)

Otros especifiquen (...)

7. ¿Con quién vive actualmente?

Solo (...)

Con un hijo(a) (...)

Con sus nietos (...)
Con su esposo(a) (...)
Otros especifiquen (...)

8. ¿Tiene hijos?

Si (...)
No (...)

IV. CARACTERISTICAS DEL ESTADO DE SALUD

9. ¿Cómo percibes tu estado de salud?

Bueno (...)
Regular (...)
Malo (...)

10. ¿Tiene alguna Enfermedad paralelo a la tuberculosis?

Si (...)
No (...)

12.1. ¿En caso de ser afirmativa que enfermedad tiene?

V. DATOS INFORMATIVOS

11. ¿Tiene hábitos nocivos?

Si ()
No ()

13.1 De ser afirmativa su respuesta especifique ¿qué hábitos nocivos tiene?

Fuma (...)
Toma bebidas alcohólicas (...)
Otros especifiquen

12. ¿Alguien en su familia tuvo tuberculosis alguna vez?

Si (...)
No (...)

ANEXO 02

CUESTIONARIO DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
TÍTULO DEL ESTUDIO. Adherencia del tratamiento y autocuidado del paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, usuarios de la Microred Aparicio Pomares. Huánuco, 2016.

INSTRUCCIONES. Leer cuidadosamente cada reactivo y marcar la opción más cercana a su situación actual y sin dejar de contestar ningún reactivo.

N°	Reactivo	(N) Nunca	(A) Algunas veces	(F) Frecuentem	(R) Siempre
1	¿Toma los medicamentos según las indicaciones médicas?				
2	¿Asiste a las consultas indicadas o programadas?				
3	¿Colecta las muestras de flemas para el examen de baciloscopias cuando se lo piden?				
4	¿Pregunta o se informa sobre los resultados de las baciloscopias?				
5	¿Cuando presenta molestias o síntomas por causa de su enfermedad acude a la clínica?				
6	¿Busca información para cuidarse mejor de su enfermedad en revistas, libros, folletos, consejos con el personal de salud y otros?.				
7	¿Vigila y mide su peso?				
8	Consumo una buena alimentación que le ayude a recuperarse				
9	Tiene mayor cuidado al toser, expectorar o escupir				
10	¿Cuida que sus artículos personales solo los utilice únicamente usted?				
11	¿Tiene mayor cuidado con su higiene personal				
12	¿Mantiene su habitación en buenas condiciones higiénicas?				

ANEXO 03
**GUÍA DE ENTREVISTA DEL AUTOCUIDADO FRENTE A LA TUBERCULOSIS
PULMONAR**

TÍTULO DEL ESTUDIO. Adherencia del tratamiento y autocuidado del paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, usuarios de la Microred Aparicio Pomares. Huánuco, 2016.

INSTRUCCIONES. Estimado señor, señora, señorita, joven la presente guía de entrevista tiene el objetivo de obtener información acerca de las medidas de autocuidado (cuidado de sí mismo) que tienen los pacientes que asisten al programa de tuberculosis. Para lo cual solicito su colaboración a través de sus respuestas sinceras y veraces; expresándoles que es de carácter anónimo y confidencial.

Agradezco anticipadamente su colaboración.

I. ALIMENTACIÓN

1. Marque usted con una X todas las comidas que consume durante el día	
1	Desayuno, almuerzo
2	Desayuno, almuerzo y Cena
3	Desayuno, almuerzo, Cena más dos refrigerios
4	Desayuno, almuerzo, Cena más un refrigerio

2. Sus comidas principales, con mayor frecuencia las consume en:	
1	El mercado
2	Comedor popular
3	Casa
4	Otros especificar:

3. ¿Cuántos vasos de agua consume al día?	
1	1-2 vasos
2	3-4 vasos
3	5-7 vasos
4	8 vasos a más

4. Señale con una x con qué frecuencia consume los siguientes tipos de alimentos: carnes, frutas, verduras, lácteos y menestras	Diario	Interdiario	Semanal	Nunca
Carnes				
Frutas				
Verduras				
Lácteos				
Menestras				

II. DESCANSO Y SUEÑO

5. ¿Cuántas horas duerme durante la noche?	
1	Menos de 5 horas
2	Entre 6-8 horas
3	Más de 10 horas
4	No lo tomo en cuenta

6. ¿Usted trabaja?	
Sí	
No	

7. Si su respuesta es sí, ¿Cuántas horas al día trabaja?	
1	6 horas al día
2	8 horas al día
3	10 horas al día
4	12 horas al día
5	Más de 12 horas

III. MEDIDAS HIGIÉNICAS

8. El lavado de manos, Usted lo realiza:	
1	Antes de comer
2	Después de estornudar y toser
3	Antes de tomar las pastillas
4	Antes y después de cocinar
5	Todas las anteriores

9. La higiene personal (baño) lo realiza:	
1	Diariamente
2	Interdiario
3	Una vez por semana
4	Cada 15 días

10. La habitación donde usted duerme es compartida con otros familiares	
Sí	
No	

11. Con que frecuencia abre las ventanas de su dormitorio	
1	Todos los días
2	Cada semana
3	Cada vez en el mes
4	No abro las ventanas

12. ¿En su hogar cuenta con ventanas que permite una ventilación e iluminación natural durante el día?	
--	--

Sí	
No	

13. Marque con una X lo que hace usted cuando tose o estornuda	
1	Escupe la flema al piso
2	Se cubre con un pañuelo de tela
3	Cubre la boca y nariz con papel higiénico y luego lo desecha
4	No se cubre al toser y estornudar

IV. HÁBITOS NOCIVOS

14. Señale usted con una X la frecuencia con que consume las siguientes sustancias:	Diario	Interdia	rio	seman	mensua	Solo en fiestas	nunca
Alcohol							
Cigarrillos							
Drogas							

15. Usted asiste a reuniones sociales, fiestas o eventos sociales	
Sí	
No	

16. En caso de que su respuesta sea afirmativa, marque con una X lo que usualmente hace

1	Se retira temprano
2	Consume alcohol en cantidad
3	Permanece hasta la amanecida
4	Fuma y consume drogas

V. CONTROL Y TRATAMIENTO

17. La frecuencia en que asiste a sus controles (peso, esputo) es:	
1	Mensual
2	Cada 6 meses
3	Quincenal
4	Diariamente

18. Acude al centro de salud a recibir su tratamiento:	
Sí	
No	

19. Si su respuesta es sí, porque lo hace

1	Por voluntad propia
2	Por influencia de mi familia
3	Por influencia del personal de salud
4	Por influencia de mis amigos

20. ¿Qué hace usted cuando se le presenta alguna molestia como

náuseas, vómitos, diarreas luego de tomar los medicamentos para la tuberculosis?		
1	Toma hierbas curativas del mercado	
2	Va a la farmacia cerca a su casa	
3	Comunica al personal de salud	
4	Espera que pase el malestar	

ANEXO 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO. Adherencia del tratamiento y autocuidado del paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, usuarios de la Microred Aparicio Pomares. Huánuco, 2016.

Yo:.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con la investigadora

Comprendo que la participación de mi menor hijo es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en la atención integral de salud de mi niño.

Presto libremente mi conformidad para que mi menor hijo participar en el estudio.

Fecha ----/----/-----

Firma de la muestra



Acrónimos

OMS	Organización Mundial de la Salud
TB	Tuberculosis
MINSA	Ministerio de Salud
XDR	Extremadamente Drogo Resistente
ESN-PCT	Estrategia Nacional de Prevención y control de la Tuberculosis
ESC-TBC	Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis (ESC-TBC)
MPS	Modelo de la Promoción de la Salud
RAM	Reacciones adversas al medicamento
INS	Instituto Nacional de Salud

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “ADHERENCIA Y AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE LA MICRORED APARICIO POMARES. HUÁNUCO, 2016”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es el nivel de adherencia y autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar de la Microred Aparicio Pomares de Huánuco, 2016??</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Determinar el nivel de adherencia y auto cuidado del paciente con tuberculosis pulmonar de la Microred Aparicio Pomares de Huánuco, 2016</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Reconocer el nivel de adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar, de la Microred Aparicio Pomares de Huánuco, 2016.</p> <p>Identificar el tipo de autocuidado en la dimensión alimentación del paciente con tuberculosis pulmonar, de la Microred Aparicio Pomares de</p>	<p>H^a.- La adherencia y auto cuidado del paciente con tuberculosis pulmonar de la Microred Aparicio Pomares de Huánuco, es de nivel media y adecuada.</p> <p>H^o.-La adherencia y autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar</p>	<p>Variables</p> <p>La adherencia y auto cuidado del paciente con tuberculosis pulmonar</p>

	<p>Huánuco, 2016</p> <p>Identificar es el tipo de autocuidado en la dimensión descanso y sueño del paciente con tuberculosis pulmonar, de la Microred Aparicio Pomares de Huánuco, 2016</p> <p>Reconocer el tipo de autocuidado en la dimensión medidas higiénicas del paciente con tuberculosis pulmonar, de la Microred Aparicio Pomares de Huánuco, 2016</p> <p>Identificar el tipo de autocuidado en la dimensión hábitos nocivos del paciente con tuberculosis pulmonar, de la Microred Aparicio Pomares de Huánuco, 2016</p>	<p>de la Microred Aparicio Pomares de Huánuco, es de nivel baja e inadecuada.</p>	
--	--	---	--

