



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA DEL
TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO MATERNO INFANTIL
“JOSE GALVEZ” DEL DISTRITO DE VILLA MARIA DEL
TRIUNFO, LIMA - 2014”**

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

BACHILLER: VILCA ESCUDERO, IRACEMA NAIR

LIMA - PERÚ

2016

**“FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA DEL
TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO MATERNO INFANTIL
“JOSE GALVEZ” DEL DISTRITO DE VILLA MARIA DEL
TRIUNFO, LIMA - 2014”**

DEDICATORIA

Dedico a Dios, a mis padres y mis profesores por el apoyo brindado durante el tiempo de mis estudios, por la dedicación que nos brindan y el entusiasmo que me transmiten.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y a mis padres por brindarme su apoyo, cariño y esfuerzo para poder realizar esta investigación.

RESUMEN

La tuberculosis es una tragedia innecesaria porque existen medicamentos y técnicas que han demostrado ser útiles en diversos países del mundo. Aun de que la curación y la prevención es el objetivo principal de la salud pública. El contagio ocurre con mayor frecuencia en el ámbito intradomiciliario y le favorece el hacinamiento, los grados de escolaridad básica no concluidos, la atención médica no oportuna, la falta de apoyo familiar, provocando la no adherencia al tratamiento, complicando más la situación del paciente y favoreciendo la drogoresistencia y por consecuencia la prevalencia de la infección.

El objetivo de este estudio de investigación fue identificar cuáles son los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar.

El tipo y nivel de estudio es descriptivo y de corte transversal, en el que se estudiaron 40 casos con Tuberculosis Pulmonar, en pacientes del Programa de Control de Tuberculosis (PCT) del Centro Materno Infantil “José Gálvez”, del distrito de Villa María del Triunfo 2014.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa de MINITAB, para captura y análisis de datos estadísticos básicos. Los datos obtenidos de los pacientes estudiados del programa de PCT fueron mediante la aplicación de un instrumento, el cual se aplicó a cada paciente en el Centro de Salud.

Palabras claves: Tuberculosis Pulmonar, adherencia, tratamiento.

ABSTRAC

Tuberculosis is an unnecessary tragedy because there are medications and techniques that have proven useful in various countries. Even that healing and prevention is the primary goal of public health. The infection occurs most often in the field and loves intradomiciliary overcrowding grades not completed primary school, no timely medical care, lack of family support, causing non-adherence to treatment, further complicating the situation of the patient and drogoresistencia encouraging and therefore the prevalence of infection.

The objective of this research was to identify the factors associated with non-adherence to treatment of pulmonary tuberculosis are.

The type and level of study is descriptive and cross-sectional, in which 40 cases were studied with pulmonary tuberculosis in patients of Tuberculosis Control Program (TCP) of the Maternal Child Center "José Gálvez," Villa Maria del Triunfo in the May time ranging - June 2014.

For the data processing program MINITAB for capture and analysis of basic data was used. The data of the patients studied were PCT program by applying an instrument, which was applied to each patient in the Health Center.

Keywords: Pulmonary Tuberculosis, adherence, treatment.

INDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

i

ABSTRAC

ii

ÍNDICE

iii

INTRODUCCIÓN

v

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

1

1.2. Formulación del problema

4

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

5

1.3.2. Objetivos específicos

5

1.4. Justificación del estudio

5

1.5. Limitaciones de la Investigación

7

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

8

2.2. Base teórica

11

2.3. Definición de términos

29

2.4. Hipótesis

29

2.5. Variables

30

2.5.1. Definición conceptual de la variable

30

2.5.2. Definición operacional de la variable

30

2.5.3. Operacionalización de la variable

30

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. Tipo y nivel de investigación

31

3.2. Descripción del ámbito de la investigación

32

3.3. Población y muestra	32
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	33
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	33
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	33
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	34
CAPÍTULO V: DISCUSION DE RESULTADOS	39
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad considerada como uno de los principales problemas de la salud pública en nuestro país., La TB es una enfermedad infecciosa causada por una bacteria llamada micobacterium tuberculosis (bacilo de Koch), que se transmite por el aire. Cuando la persona enferma de TB tose estornuda, habla o escupe, lanza al aire microorganismos conocidos como bacilos de la TB

La tuberculosis no solo constituye un grave problema de salud pública y social en el mundo sino que es la principal causa de muerte de origen infeccioso. Además

es la segunda causa mundial de mortalidad, después del SIDA, causada por un agente infeccioso. En 2011, 8 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 2 millones murieron por esta causa. Más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, y esta enfermedad es una de las tres causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y 44 años.

Se estima que cerca de 9 millones de personas se enferman de tuberculosis anualmente y que cada enfermo sin tratamiento transmitirá la infección a diez personas más por año. Los enfermos con tuberculosis pulmonar BK+ no son solamente los más contagiosos sino los más enfermos y con mayor mortalidad. El Programa de Control de Tuberculosis (PCT) del Ministerio de Salud Pública basa su terapéutica contra la tuberculosis en esquemas de tratamientos acortados, estandarizados y observados; con una combinación de 4 – 5 potentes fármacos, debido al beneficio que otorga el tratamiento al enfermo y a la sociedad el estado garantiza el acceso gratuito al mismo.

La tasa de mortalidad por tuberculosis disminuyó un 41% entre 1990 y 2011.

Aunque lentamente, está disminuyendo el número anual estimado de personas que enferman de tuberculosis; ello quiere decir que el mundo está en camino

de cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio consistente en detener la propagación de esta enfermedad de aquí al año 2015.

El abandono del tratamiento se considera uno de los principales obstáculos para el control de la tuberculosis, porque disminuye la eficacia de los programas nacionales, incrementa el riesgo de transmisión del bacilo y aumentar la probabilidad de resistencia bacteriana a las drogas antituberculosas; también predispone a una mayor frecuencia de fracasos.

La presente investigación para fines de estudio contiene:

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad social por excelencia, multifactorial y está vinculada estrechamente a la pobreza, hacinamiento, desnutrición, demográficos, ambientales. Además es una enfermedad infecciosa prevenible y curable que se transmite por el aire. (1)

En el año 2008, 9 millones de personas contrajeron la enfermedad, y 2 millones fallecieron. Es una enfermedad que afecta principalmente a los adultos jóvenes, es decir, en la edad más productiva. Pero todos los grupos están en riesgo. En el mundo, se calcula que más del 20% de los casos de tuberculosis son atribuibles al hábito de fumar, el mayor número de casos ocurrió en el continente de Asia, a la que correspondió el 60% de los casos nuevos en el mundo. En algunos países se está produciendo una disminución considerable de los casos, pero en otros el descenso está

sucediendo más lentamente. Por ejemplo, en Brasil y China, se encuentran entre los 22 países donde se observó un descenso sostenido de los casos de tuberculosis en los últimos 20 años.

En América, el Perú es uno de los países con mayor proporción de tuberculosis en su población. Con solo el 5% de la población de América Latina y el Caribe, aporta con 25% de los enfermos de TB de la región.

Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el Perú cada hora cuatro a seis personas se enferman de TBC. De todos los pacientes con TBC, el 10% contrae la tuberculosis multidrogorresistente

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe anual, reporta una proporción general de abandono del tratamiento para América Latina del 6%, siendo en el Perú de 5,6%. Dada la magnitud, dicho abandono constituye un problema para el programa de control de tuberculosis.

Al ser la enfermera la integrante del equipo de salud responsable de la administración farmacológica y cuidado integral del paciente, es necesario que identifique los factores asociados al abandono del tratamiento, de tal forma que puede implementar acciones concretas para prevenir y controlar esta problemática pública, en los 10 últimos años se han registrado 35,000 casos nuevos, concentrándose en Lima y Callao el 58% de los casos Multidrogoresistente y 90% de los casos extremadamente drogo resistente principalmente en los conos de Lima y Callao siendo un total de 17 mil personas con TBC. Solo 18 de 43 distritos de Lima Metropolitana notifican los casos de pacientes con TBC, en los cuales existen condiciones sociales que colocan a las personas en mayor vulnerabilidad de ser afectadas por tuberculosis, tales como el hacinamiento, la desnutrición, baja cobertura de

salud, empleo informal, desempleo y condiciones de vida ligadas a la pobreza y pobreza extrema. (2)

La adherencia o cumplimiento al tratamiento hace referencia a una gran diversidad de conductas entre ellas se incluyen desde tomar parte en el programa de tratamiento y continuar, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas médicas, tomar correctamente la medicación y realizar adecuadamente el régimen terapéutico. (3)

Alrededor de mil pacientes con tuberculosis abandonan su tratamiento cada año en el Perú debido a múltiples factores, entre ellos la falta de apoyo familiar, los efectos adversos de los fármacos y problemas de drogadicción. Otras causas que llevan a los pacientes con tuberculosis a abandonar el tratamiento son la responsabilidad de los pacientes de pensar que se sienten “mejor”, o el desabastecimiento de medicamentos o insumos de laboratorio.

El abandono del tratamiento contribuye que los casos de tuberculosis simple evolucionen a TBC MDR (multidrogoresistente) y a TBC XDR (extremadamente drogoresistente), cuadros muy resistentes a los medicamentos y que requieren terapias más prolongadas y costosas. Además conlleva el riesgo de una mayor propagación de este mal. (4)

Con los datos expuestos anteriormente, surge la necesidad de buscar información en el Centro de Salud Materno Infantil “José Gálvez” , del distrito de Villa María del Triunfo, acerca de las estadísticas del abandono o la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis pulmonar. El profesional de enfermería responsable del programa PCT nos refiere que el año pasado (2013) hubo un porcentaje de 25% de pacientes que abandonaron el tratamiento por diversos factores como el cambio de domicilio, la falta de

tiempo, por motivos de trabajo, la falta de apoyo de la familia, la discriminación del temor que lo vean entrando al programa de PCT, entre otros. Es por ello que se interactuó con un paciente que desde hace 3 meses se reincorporó al tratamiento y refiere que abandonó el tratamiento por que se sentía mejor y no sentía la necesidad de volver, además el horario para la toma de los medicamentos era a las 8:00 a.m. y él entraba a trabajar a las 7:00a.m. , no tenía tolerancia y le descontaban lo cual afectaba su ingreso mensual, además sentía vergüenza y temor que se enteren en su trabajo de su enfermedad , pero regresó al programa porque sentía que ya no podía más con el malestar que le ocasionaba la enfermedad pero esta vez regresa como paciente multidrogoresistente como consecuencia de no culminar su tratamiento.

Asimismo se dio cuenta lo importante que es terminar el tratamiento y prevenir las complicaciones que se pueden generar es ahí que se propone terminar el tratamiento y no descuidar su alimentación siempre con el apoyo de la familia.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados a la no adherencia del tratamiento de la tuberculosis pulmonar de los pacientes que acuden al Centro Materno Infantil de “José Gálvez” del distrito de Villa María del Triunfo, Lima - 2014?

1.3 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo General

Determinar los factores asociados a la no adherencia del tratamiento de la tuberculosis pulmonar en los pacientes que acuden al Centro Materno Infantil de “José Gálvez” del distrito de Villa María del Triunfo, Lima - 2014.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar los factores intrínsecos de la no adherencia del tratamiento de la tuberculosis pulmonar en los pacientes que acuden al Centro Materno Infantil de “José Gálvez” del distrito de Villa María del Triunfo, Lima - 2014.
- Identificar los factores extrínsecos de la no adherencia del tratamiento de la tuberculosis pulmonar en los pacientes que acuden al Centro Materno Infantil de “José Gálvez” del distrito de Villa María del Triunfo, Lima - 2014.

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad que va evolucionando y si la persona no lleva un tratamiento adecuado esta enfermedad puede llegar a causarle la muerte. La no adherencia al tratamiento contribuye a que los casos de tuberculosis evolucionen a TBC MDR (multidrogoresistente) y a TBC XDR (extremadamente drogaresistente), los cuales son cuadros muy resistentes a los medicamentos.

El abandono del tratamiento es uno de los principales problemas para el control de la tuberculosis y la principal causa de recaídas y de surgimiento

de cepas resistentes. La tuberculosis actualmente en nuestro país enfrenta los graves problemas de la droga resistencia, la asociación VIH/SIDA-TBC, el elevado índice de pobreza y la desnutrición a nivel nacional; problemas que van a promover la propagación de esta enfermedad que ataca a las personas independientemente de su condición social, económica y cultural.¹¹

Por otro, lado en la práctica se observa déficit de recursos humanos (profesional de Enfermería) en la estrategia de control de tuberculosis que afecta considerablemente la atención al paciente, considerando la información, educación, seguimiento adecuado y oportuno en el tratamiento antituberculoso, detección temprana de las RAFAS y las inasistencias. La enfermera, por la multifuncionalidad que cumple en los establecimientos de salud, muchas veces delega funciones al personal técnico de enfermería para cumplir sus responsabilidades; sin embargo, no siempre este personal consigue brindar un cuidado completo y adecuado a los pacientes; hecho que puede dificultar la continuidad del tratamiento y que puede bloquear la buena comunicación enfermera-paciente.

Frente a lo expuesto, consideramos importante realizar este estudio, cuyos resultados permitirán conocer cuáles son los factores que podrían estar influyendo en los pacientes a abandonar el tratamiento antituberculoso, impidiéndoles cumplir con el esquema terapéutico. Además de mostrar posibles caminos y estrategias que la enfermera debe implementar en el cuidado al paciente, fomentando de esta manera la calidad en la atención, a fin de favorecer la adherencia al tratamiento antituberculoso, que en sí misma implica muchos cambios.

El estudio también servirá de subsidio a nivel de las instituciones de salud, para estudios posteriores a nivel local, nacional e internacional dentro o fuera del ámbito de enfermería

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Las limitaciones que se presentaron para la realización de la investigación fueron:

- Los pacientes contaban con muy poco tiempo para realizar la encuesta, ya que tenían que ir a trabajar.
- Demora en la entrega del documento para solicitar el permiso para realizar las encuestas.
- Muchos de los pacientes no mostraron interés en participar en la investigación no colaborando con la encuesta.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

- **Antecedentes Internacionales**

SOZA PINEDA, Norma, **PEREIRA** Susan, **BARRETO** Mauricio, “**Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua**”. 2005. Nicaragua.

Objetivos: Identificar factores relacionados con el abandono (deserción) del tratamiento de la tuberculosis en centros de salud de los departamentos de Managua y Matagalpa, en Nicaragua.

Arrossi Silvana, Herrero María Belén, Greco Adriana, Ramos Silvana. “**Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento de la tuberculosis**”. 2011. Buenos Aires – Argentina.

Objetivos. Identificar cuáles han sido los factores predominantemente analizados y determinar cuáles han presentado una mayor asociación con la no-adherencia al tratamiento anti-tuberculoso.

- **Antecedentes Nacionales**

DALENS REMIGIO, Evelyn Isabel, **FACTORES QUE INDUCEN AL ABANDONO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS. RED DE SALUD LIMA NORTE V RÍMAC-SAN MARTIN-LOS OLIVOS 2012**, para optar el título de Licenciada en Enfermería,

Objetivo: Identificar los factores que pueden inducir al abandono del tratamiento de la tuberculosis esquema I, en la Red de Salud Lima Norte V Rímac-San Martín-Los Olivos. **Material y Métodos:** Estudio de tipo cuantitativo, método observacional, diseño descriptivo realizado en la Red de Salud Rímac-San Martín-Los Olivos. La población estuvo conformada por todas las personas en situación de abandono al I esquema de tratamiento en el primer semestre 2010, considerando una muestra no probabilística intencional constituida por 70 pacientes afectados por tuberculosis. En la recolección de datos, inicialmente se identificó los casos en la HC y después, mediante visita domiciliaria se aplicó un cuestionario estructurado. En el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva mediante Programa Excel 2007. **Resultados:** Se estudiaron 258 casos. El abandono de tratamiento fue predominantemente masculino (94,6%), siendo que el 45% tenía edad entre 21-40 años y el 60,9% estaba en condición de soltero, caracterizados por tener bajos ingresos económicos (67,8%), reportar consumo de alcohol (58,1%), cigarrillo (39,9%) y drogas (32,9%), haber presentado efectos secundarios al tratamiento (45,3%) y utilizar movilidad para trasladarse al centro de salud a recibir terapia medicamentosa (65,1%); el 89,5%

recibió visitas domiciliarias por faltas al tratamiento y 69,8% consideró que las pastillas que recibía eran demasiadas, siendo que el 30,2% había presentado náuseas, vómitos, entre otros problemas digestivos.

CULQUI, Dante R, **MUNAYCO** César V. E., **GRIJALVA** Carlos G., Joan A. Cayla, **CAMPOS**, Olivia Horna, **ALVA CH**, Kenedy., **SUAREZ O**, Luis A.” **Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso en Perú”**.

Objetivo: Identificar factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso convencional en Perú.

ARRIOLA-HUERTA PATRICIA, CASTILLO-CAHUANA TANIA, QUISPE-FABIÁN GLADYS, TORRES-DEZA CLARA : Factores asociados a la asistencia del paciente al tratamiento Antituberculoso en pacientes del Programa de Control de Tuberculosis (PCT) en el Hospital de Puente Piedra y en Centro Materno Infantil Zapallal de Puente Piedra – 2008

Objetivo: determinar algunos factores asociados a la asistencia al tratamiento antituberculoso en pacientes del Programa de Control de Tuberculosis (PCT) en el Hospital de Puente Piedra y en Centro Materno Infantil Zapallal de Puente Piedra - 2008. **Material y métodos:** diseño descriptivo transversal. La población estuvo conformada por 77 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar de 18 - 60 años inscritos en el PCT. La recolección de datos se realizó a través de dos instrumentos: la ficha de revisión documental y un cuestionario estructurado. El análisis de los datos fue realizado con el programa SPSS. **Resultados:** del total de pacientes, el 39% presenta asistencia discontinua al PCT, los factores asociados a la asistencia discontinua son: hacinamiento (OR: 7,11); tipo de trabajo independiente (OR: 7,27); condición de trabajo eventual (OR:

9,60); ingreso económico bajo (OR: 4,04); falta de apoyo familiar (OR: 2,83), y falta de información básica sobre la enfermedad (OR: 7,00).

2.2 BASE TEÓRICA

2.2.1 Historia de la Tuberculosis

La tuberculosis es una de las enfermedades más antiguas que afectan a los seres humanos. Aunque se estima una antigüedad entre 15.000 a 22.000 años, se acepta más que esta especie evolucionó de otros microorganismos más primitivos dentro del propio género *Mycobacterium*. Se puede pensar que en algún momento de la evolución, alguna especie de micobacterias traspasara la barrera biológica, por presión selectiva, y pasará a tener un reservorio en animales. Esto, posiblemente, dio lugar a un ancestro progenitor del *Mycobacterium bovis*, que es la aceptada por muchos como la más antigua de las especies que actualmente integran el denominado complejo *Mycobacterium tuberculosis*, que incluye *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum* y *M. microti*. El "escalón" siguiente sería el paso del *M. bovis* a la especie humana, coincidiendo con la domesticación de los animales por parte del hombre. Así, posiblemente, pudo surgir como patógeno para el perro. (9)

2.2.2 Tuberculosis pulmonar

La tuberculosis es una infección bacteriana crónica causada por *Mycobacterium tuberculosis* que histológicamente se caracteriza por la formación de granulomas. Habitualmente, la enfermedad se localiza en los pulmones (Tuberculosis Pulmonar), pero puede afectar prácticamente a cualquier órgano del cuerpo humano (Tuberculosis extrapulmonar). (10)

2.2.3 Epidemiología

La tuberculosis supone un auténtico problema de salud pública, tanto a nivel nacional como mundial, por lo que quizá merezca la pena detenerse a analizar su situación epidemiológica actual, tan importante para comprender correctamente esta enfermedad en su globalidad.

No por repetidas, dejan de sorprender las cifras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica en relación a la situación de la tuberculosis en el mundo. Este es el párrafo con el que esta organización comienza todas sus publicaciones: "Aproximadamente un tercio de la población mundial está infectado por M. tuberculosis. Según las estimaciones disponibles, en 1995 se registraron mundialmente unos nueve millones de casos nuevos de tuberculosis y tres millones de defunciones por esa causa. La tuberculosis causa la muerte de más personas que cualquier otro agente infeccioso. Las defunciones por tuberculosis representan el 25% de toda la mortalidad evitable en los países en desarrollo, donde se registra el 95% de los casos y el 98% de los fallecimientos causados por esta enfermedad; el 75% de los casos se sitúa en el grupo de edad económicamente productivo (15-50 años). En consecuencia, a medida que se acerca el siglo XXI, nos encontramos con una situación mucho más grave que la que existía a mediados de los años cincuenta".

Los últimos datos facilitados por esta Organización, pertenecientes al año 1997, son impresionantes: se estima que la prevalencia de infección en el mundo era del 32 por ciento de la población (1.860 millones de personas). Alrededor de 1.870.000

personas murieron de tuberculosis, con una mortalidad global del 23 por ciento, aunque sobrepasaba el 50 por ciento en algunos países africanos donde la coinfección por VIH es muy alta.

En un mundo en el que los movimientos de población son cada vez más frecuentes rápidos y masivos, debemos ser conscientes de que lo que ocurra en cualquier parte del planeta repercutirá en nuestro entorno. Aunque sólo sea por esta visión egoísta (que no debería ser necesaria), hace de la tuberculosis un tema prioritario también para el mundo occidental.

A nivel nacional se estima que alrededor del 30 por ciento de la población se encuentra infectada por *Mycobacterium tuberculosis*, es decir, tiene un PPD positivo. En un estudio publicado en 1998 en el que se recogían los datos de 13 comunidades autónomas que comprendían el 67 por ciento de la población española, la tasa de incidencia en España era de 38,4 casos/100.000 habitantes, variando entre las distintas comunidades autónomas (de 70,7/100.000 h en Galicia hasta 16,2/100.000 h en Castilla-La Mancha). La incidencia de enfermos bacilíferos oscila entre 8,8/100.000 h en Navarra y 28,8/100.000 h en Galicia.

Se estima que cada año se producen en nuestro país entre 15.600 y 17.500 nuevos casos de tuberculosis, lo que arroja unas tasas de 40-45/100.000 habitantes, aunque sólo se registran la mitad de ellos por los todavía importantes defectos de los programas de control de tuberculosis de las distintas CC.AA.

Este hecho se vio reflejado en una evaluación que de ellos se llevó a cabo, publicado en Medicina Clínica en 1999, con las siguientes cifras: en toda España habría 3,8 trabajadores de

salud pública por cada 100.000 casos de tuberculosis. De los 19 programas evaluados (17 CC.AA., y las ciudades de Ceuta y Melilla), el 70 por ciento no cumplían los objetivos básicos recomendables. En cualquier caso nuestro país tiene el dudoso honor de estar a la cabeza de los países de su entorno geográfico y económico, con tasas que son entre 4 y 8 veces superiores a las de otros países del mundo desarrollado.

Si a esto unimos el hecho de que España es el país de Europa con mayores tasas de sida, el binomio VIH-TB se ha convertido en un problema de primera magnitud en este país. La infección por VIH es el principal factor de riesgo para el desarrollo de tuberculosis, siendo 100 veces mayor el riesgo en los coinfectados por ambos microorganismos que en las personas infectadas por TB que son VIH negativas. A la inversa, también es importante la repercusión que la tuberculosis tiene sobre la evolución de la enfermedad por VIH: observaciones clínicas sustentadas por estudios en el laboratorio han identificado a la tuberculosis como un factor que acelera el curso de la infección por VIH, de tal modo que los pacientes VIH-positivos que padecen tuberculosis tienen una progresión más rápida a sida y se mueren más precozmente que los que no padecen tuberculosis, aun a pesar del tratamiento adecuado. El número de casos de tuberculosis entre los pacientes infectados por el VIH o con sida es muy variable de unos países a otros, reflejando la prevalencia de la infección en la población general. En España, aproximadamente, la mitad de los pacientes con infección por el VIH padecen tuberculosis a lo largo de su vida.

La situación es parecida cuando se trata de documentar la prevalencia de infección por VIH entre los casos de tuberculosis.

Mientras que en Australia, por ejemplo, dicha prevalencia se estimó en 2,5 por ciento, entre los pacientes atendidos en los hospitales madrileños la proporción de pacientes infectados por VIH entre todos los diagnosticados de tuberculosis mediante cultivo ascienden a más de un 30 por ciento. España tiene actualmente la tasa de coinfección VIH-M. tuberculosis más elevada del mundo occidental. Por ello, a lo largo de los distintos apartados de todo el tema, dedicaremos especial atención a lo que en ocasiones se ha denominado "la doble epidemia".

2.2.4 Transmisión

La tuberculosis es transmitida de persona a persona principalmente por vía respiratoria, a través de las gotitas de agua. Los bacilos tuberculosos (en número de 1 a 3) forman los núcleos de estas pequeñas gotitas, lo suficientemente pequeñas (1-5 micras de diámetro) como para evaporarse, y permanecer suspendidas en el aire varias horas. Las partículas de mayor tamaño, aunque tengan mayor número de bacilos, son menos contagiosas, pues caen por gravedad, o en el caso de ser inhaladas, son eliminadas por el sistema mucociliar y la tos. Cuando una persona con tuberculosis pulmonar o laríngea tose, estornuda, habla o canta, emite estas pequeñas partículas.

La posibilidad de que la enfermedad se transmita depende de cuatro factores:

- Las características del enfermo.
- El entorno en que tiene lugar la exposición.
- La duración de la exposición.
- La susceptibilidad del receptor.

La capacidad de infectar de un enfermo determinado va a depender de la cantidad de bacilos que expulse con sus secreciones respiratorias, estando ésta en relación directa con la frecuencia de la tos, la existencia de lesiones cavitadas y con las formas de diseminación broncógena. (10)

2.2.5 Tipos de tuberculosis

2.2.5.1 Tuberculosis Pulmonar

Generalmente surge por reactivación de un foco latente que quedó de la infección inicial. Sin tratamiento sigue un curso variable, con exacerbaciones; con la quimioterapia apropiada casi siempre se cura. El estado clínico depende más bien de la presencia o ausencia de báculos de los bacilos tuberculosos en el esputo, y también de la naturaleza de los cambios en la radiografía de tórax.

2.2.5.2 Tuberculosis Extrapulmonar

Es menos común que la pulmonar, incluye meningitis tuberculosa, tuberculoso hematógena aguda (miliar), que afecta los ganglios linfáticos, pleura, pericardio, riñones, huesos, y articulaciones, laringe, piel, intestinos, peritoneo u ojos. (11)

2.2.6 Factores asociados a la no adherencia del tratamiento de tuberculosis pulmonar.

Diversos estudios consideran que el abandono del tratamiento antituberculoso se da por una compleja interrelación de factores entre los que se encuentran:

2.2.6.1 Factores socioeconómicos y relacionados con el paciente

Género: los hombres tienden a abandonar más que las mujeres; Estrato socioeconómico: vivir en un estrato bajo suele ser descrito como factor de riesgo para abandono; Nivel educativo: a menos nivel educativo mayor probabilidad de abandono, debido a que la comunicación tanto con el personal de salud como con la familia es más difícil; Ingresos: la tuberculosis, desde la antigüedad, ha sido asociada a la desnutrición, la pobreza, el hacinamiento, la falta de servicios básicos y la inadecuada vivienda e higiene de la misma; Abuso de alcohol, migración: así como las tasas de morbilidad y mortalidad son mayores entre otras personas inmigrantes, también hay dificultades para el cumplimiento del tratamiento en una población con altos niveles de migración.

2.2.6.2 Factores relacionados con la enfermedad

La coinfección con VIH, tener antecedentes de trastornos psiquiátricos, diabetes, hepatopatía, neoplasias, desnutrición, gastrectomía o tratamiento esteroideo prolongado, disminuyen la adherencia terapéutica.

2.2.6.3 Factores relacionados con el régimen terapéutico

La adherencia terapéutica disminuye cuando aumentan el número de fármacos y la frecuencia de administración, con la aparición de efectos adversos y cuando el tratamiento es prolongado en el tiempo.

2.2.6.4 Factores relacionados con el equipo asistencial

La relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia. La confianza, continuidad, accesibilidad y confidencialidad son factores que influyen favorablemente en la adherencia terapéutica.

2.2.7 Manifestaciones clínicas

En el comienzo de la enfermedad, las personas con tuberculosis pueden tener síntomas comunes a otras enfermedades como lo son la fiebre, el cansancio, la falta de apetito, pérdida de peso, depresión, sudor nocturno y disnea en casos avanzados; más cuando se agregan las aflicciones de tos y expectoración purulenta por más de quince días debe estudiarse pues se considera un síntoma respiratorio.

En un 25% de los casos activos, la infección se traslada de los pulmones, causando otras formas de tuberculosis. Ello ocurre con más frecuencia en aquellos pacientes inmunosuprimidos y en niños. Las infecciones Extra pulmonares incluyen la pleura, el sistema nervioso central causando meningitis, el sistema linfático causando escrófula del cuello, el sistema genitourinario causando tuberculosis urogenital y los huesos o articulaciones en el caso de la enfermedad de Pott. Una forma especialmente seria de tuberculosis diseminada lleva el nombre de tuberculosis miliar. A pesar de que la tuberculosis Extrapulmonar no es contagiosa, puede coexistir con la contagiosa tuberculosis pulmonar. La tuberculosis pulmonar suele presentarse habitualmente con tos productiva de larga evolución, (generalmente el enfermo consulta cuando lleva más de tres semanas tosiendo). Éste es el principal

síntoma respiratorio. El esputo suele ser escaso y no purulento.
(10)

2.2.8 Diagnóstico

El diagnóstico de tuberculosis descansa sobre cuatro pilares fundamentales: la sospecha clínica, la prueba de la tuberculina, la radiología, y la bacteriología. Dentro del diagnóstico cabe distinguir un "diagnóstico pasivo", que es el que realizamos en aquellos pacientes que acuden a nuestra consulta, y un "diagnóstico activo", tan importante como el anterior.

2.2.8.1 Historia clínica

La posibilidad de tuberculosis pulmonar debe considerarse en aquellos pacientes que presenten un cuadro de tos prolongado (más de tres semanas), que puede acompañarse de dolor torácico y hemoptisis. Con más énfasis ante la presencia de síntomas sistémicos como fiebre, escalofríos, sudoración nocturna, pérdida de apetito, astenia y pérdida de peso.

2.2.8.2 Exploración física

La exploración física es esencial para la valoración de cualquier paciente. No va a servir para confirmar o descartar la tuberculosis, pero sí para obtener información del estado general del paciente. En algunos enfermos es totalmente normal, en otros se pueden auscultar estertores en la zona afectada, que se acentúan después de la tos. En caso de cavitación se puede escuchar un soplo tubárico. En otras, se auscultan

sibilancias como consecuencia de la estenosis de algún bronquio.

2.2.8.3 Exámenes auxiliares

- **Hemograma:** En la enfermedad de larga evolución se observa con frecuencia una anemia con las características de los trastornos crónicos. La cifra de leucocitos suele ser normal o ligeramente elevada. La monocitosis, que clásicamente se ha descrito como asociada a la tuberculosis, sólo se observa en menos de un 10 por ciento de los casos. Alteraciones hematológicas graves se pueden observar en el seno de una tuberculosis miliar como se ha explicado: leucopenia, trombopenia, anemia refractaria, reacciones leucemoides etc., pero no es lo esperable.
- **Radiología:** Radiografía de tórax: En la primo infección tuberculosa, es típica la aparición de un infiltrado en las regiones medias del pulmón, por ser éstas las mejor ventiladas. Es posible ver un ensanchamiento hilar y mediastínico por agrandamiento de los ganglios. Las lesiones primarias curadas pueden dejar un nódulo periférico calcificado, que, junto con un ganglio hilar calcificado es lo que se conoce clásicamente como Complejo de Ghon.
En la tuberculosis de reactivación, la imagen radiológica más frecuente es la aparición de un

infiltrado en los segmentos apicales de los lóbulos superiores, y en los segmentos superiores de los lóbulos inferiores. Además del infiltrado, puede aparecer cavitación. En la diseminación hematógena es característica la afectación pulmonar, cuya imagen en la radiografía de tórax se denomina patrón miliar (por la similitud con las semillas de mijo). Este patrón se caracteriza por la imagen de pequeños nódulos de unos 2 mm, repartidos de forma difusa y homogénea por ambos campos pulmonares. Es mejor observada en la radiografía lateral.

- **Ecografía abdominal:** Puede ayudar al diagnóstico cuando pone de manifiesto hepatoesplenomegalia, la existencia de adenopatías, o la presencia de abscesos hepáticos o esplénicos, más frecuentes como se ha comentado en el VIH.
- **TAC RMN:** Son más sensibles para hallar lesiones cavitadas en el parénquima pulmonar, que no son visibles aún en la radiología simple. La tomografía axial computadorizada de alta resolución del tórax es más sensible para tuberculosis miliar que la radiografía simple. Se pueden observar numerosos nódulos de 2 a 3 mm distribuidos por todo el pulmón.

La RMN del sistema nervioso central puede ayudar al diagnóstico de meningitis tuberculosa, donde se observa con frecuencia una captación de contraste en la base del cráneo. También puede poner de manifiesto la existencia de infartos cerebrales, así como la existencia de tuberculomas (más frecuentes en VIH). Igualmente la RMN tiene una mayor resolución para hallar y determinar el alcance de las lesiones en la columna vertebral, así como de los abscesos paravertebrales. (10)

2.2.8.4 Microbiología

Es el único método que permite la confirmación de tuberculosis activa. El estudio bacteriológico debe realizarse en todas las personas con sospecha de tuberculosis activa. Para ello deben recogerse tres muestras de esputo, especialmente por la mañana (aunque en su defecto pueden utilizarse las del día anterior, conservadas en frigorífico, y protegidas de la luz) y, si es posible, antes de iniciar el tratamiento anti-tuberculoso.

En general, los grupos en los que se debería realizar esta búsqueda activa son:

- ✓ Personas infectadas por el virus del VIH.
- ✓ Contactos estrechos de una persona con tuberculosis.
- ✓ Adictos a drogas por vía parenteral.
- ✓ Indigentes y otras personas con déficit socioeconómicos.
- ✓ Inmigrantes de zonas con alta prevalencia de enfermedad.
- ✓ Residentes en instituciones cerradas: prisiones, asilos, psiquiátricos, cuarteles, etc.

- ✓ Personas con determinadas condiciones médicas, ya expuestas en la patogenia, que favorecen el desarrollo de la enfermedad.

Los trabajadores sanitarios deberían ser incluidos en un programa de búsqueda activa y prevención. Se les debería realiza una prueba del Mantoux al principio de la actividad laboral, y en caso de ser negativa, repetirla anualmente.

Esta búsqueda debe hacerse por dos razones:

- ✓ Supondría un riesgo importante para un número significativo de personas susceptibles si desarrollas en la enfermedad.
 - ✓ En los últimos años se han descrito numerosas microepidemias en centros sanitarios, tanto por cepas sensibles como resistentes, que afectaron tanto a personas inmunocompetentes como a enfermos y personal sanitario con inmunodeficiencias.
- **Prueba de tuberculina:** La prueba de tuberculina se realiza mediante la técnica de Mantoux. Aunque en la práctica el término Mantoux se utiliza indistintamente con el de prueba de la tuberculina o PPD, en sentido estricto Mantoux es una técnica de administración.

Esta prueba se lleva a cabo con la inyección intradérmica de 0,1 ml del derivado purificado del antígeno proteico tuberculínico (PPD) que contiene dos unidades internacionales (UI) de PPD RT 23 con Tween-80 (o un bioequivalente contrastado). Se debe realizar con una jeringa

desechable tipo insulina, con aguja de acero de calibre 27 con el bisel corto. Se hará en la cara ventral del antebrazo, en la unión del tercio superior y medio en una zona de piel sin lesiones y lejos de venas superficiales. Con el bisel hacia arriba, inyectando de abajo arriba, se debe producir un pequeño habón.

La lectura del resultado se realizará a las 72 horas de la inoculación, aunque también puede ser aceptable entre las 24 y las 96 horas. Se mide el diámetro de la induración (no del eritema) transversal al eje mayor del brazo. Para ello se puede utilizar una regla transparente. Es muy importante registrar siempre el resultado en milímetros, no como positivo o negativo. Así, si no se encuentra induración, el resultado será "0 mm". La realización y lectura por personal experto son muy importantes, pues ésta es la causa más frecuente de falsos negativos.

- **Interpretación de la prueba:** La reactividad al PPD es similar entre pacientes infectados y con enfermedad, es decir, no distingue entre infección y enfermedad. Los mm de induración hay que considerarlos como una medida de la probabilidad de tener infección tuberculosa, más que como un dato absoluto del todo o nada (positivo-negativo).

2.2.9 Tratamiento

En los casos de enfermedad grave, afectación del sistema nervioso central, intolerancia digestiva que impida la absorción de los fármacos, la posible existencia de interacciones medicamentosas, riesgo alto de toxicidad, patología asociada grave como pudiera ser la cirrosis

hepática, o sospecha de tuberculosis resistente, está indicado el ingreso hospitalario.

2.2.9.1 Medidas de aislamiento

En el hospital, todo paciente que presente o sea sospechoso de padecer tuberculosis debería ser ingresado, si tiene criterios de ingreso, en una habitación individual con presión negativa respecto al resto de las instalaciones. Las puertas de estas habitaciones deben mantenerse cerradas, salvo para las tareas imprescindibles.

2.2.9.2 Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis

Se realizaron diversas técnicas, todas ellas basadas en la colapsoterapia, que consistía en hacer colapsar el pulmón para que permaneciera en reposo y así curara la enfermedad.

Procedimientos:

- Condrotomía de primera costilla.
- Toracoplastias (amputación de un número de costillas para conseguir el colapso).
- Resecciones pulmonares.
- Frenectomía (sección del nervio frénico para paralizar el diafragma).
- Escalenotomía (sección de los músculos escalenos).
- Pneumolisis extra pleural.
- Neumotórax terapéutico: quizá el procedimiento quirúrgico más frecuentemente realizado.

2.2.9.3 Medidas farmacológicas

Los medicamentos esenciales más utilizados por el PNCT son:

- **Isoniacida:** Es bactericida, se tolera bien en una única dosis vía oral, es barato, y tiene pocos efectos secundarios. Se absorbe rápidamente y difunde con facilidad a todos los órganos y tejidos. Los efectos adversos más frecuentes son gastrointestinales: disminución del apetito, náuseas, vómitos y molestias abdominales. En menos de un 1% de los casos puede aparecer fiebre, crisis convulsivas, depresión, psicosis, exantema y artralgias.
- **Rifampicina:** Es también bactericida. La mayoría de los pacientes toleran bien el fármaco a las dosis habituales, pero algunos casos la intolerancia gastrointestinal (dolor epigástrico, anorexia, náuseas, vómitos, diarrea) obligan a la retirada del fármaco. Es frecuente al inicio del tratamiento una elevación moderada de la bilirrubina y de las transaminasas, pero suele ser transitoria y no tiene importancia clínica.
- **Pirazinamida:** Es bactericida en el PH ácido intracelular y en las zonas de inflamación aguda. La toxicidad más frecuente es la hepática. Es posible la aparición de artralgias, principalmente en los hombros.
- **Etambutol:** A las dosis habituales es principalmente bacteriostático. Se utiliza en dosis diaria única, y suele ser bien tolerado. El principal efecto secundario es la neuritis óptica, poco frecuente a dosis de 15 mg/Kg. Se

debe avisar al enfermo que consulte si observan trastornos de la visión o de la percepción del color. Por este motivo, pacientes que por ser demasiado jóvenes o que por otra circunstancia no pudieran comprender esta situación, no deberían recibir Etambutol. Las primeras alteraciones pueden ser reversibles, pero es posible la ceguera si no se suspende el tratamiento.

- **Estreptomicina:** Está contraindicada en el embarazo, pues atraviesa la placenta. La ototoxicidad (auditiva y vestibular) es el efecto secundario más preocupante, más frecuente en el anciano y en el feto de la mujer embarazada en tratamiento con estreptomicina. Las inyecciones son dolorosas, y pueden provocar abscesos estériles en el lugar de la inyección. Otros posibles efectos adversos son la anemia hemolítica y aplásica, agranulocitosis, y la trombopenia.

Comparada con otras enfermedades infecciosas, la tuberculosis requiere un tratamiento mucho más prolongado. Si la terapia no se realiza de forma correcta durante un período suficientemente, una pequeña cantidad de bacilos pueden sobrevivir, con la consiguiente recidiva para el enfermo y reaparición del riesgo de transmisión. Esta transmisión tiene la circunstancia agravante de poder ser a través de cepas con resistencias secundarias adquiridas.

Los esquemas de tratamiento de la tuberculosis son:

TRATAMIENTO ESQUEMA – UNO				
Duración 6 meses (82 dosis)				
Fases	Duración	Frecuencia	Medicamento y dosis	Total por enfermo
1ra.	2 meses (50 dosis)	Diario, excepto domingos y feriados	Rifampicina x 300 mg. 2 capsulas Isoniacida x 100 mg. 3 tabletas Pirazinamida x 500 mg. 3 tabletas Etambutol x 400 mg. 3 tabletas	R x 300 mg. = 164 cap. H x 100 mg. = 1306 tab. Z x 500 mg. = 150 tab. E x 400 mg. = 150 tab.
2da	4 meses (32 dosis)	Dos veces por semana	Rifampicina x 300 mg. 2 capsulas Isoniacida x 100 mg. 8 tabletas	

En enfermos con de 50 kg. De peso, tanto adultos como niños, la dosis de medicamentos se administra en relación al peso del paciente. No usar Etambutol en menores de 7 años por el riesgo de producir neuritis óptica. Utilizar estreptomycin como medicamento alternativo al Etambutol en menores de 7 años con diagnóstico de meningoencefalitis TB o tuberculosis generalizada.

2.2.10 Prevención

- ✓ La persona infectada debe protegerse siempre que tosa con pañuelos desechables. Evitando así, el efecto aerosol.
- ✓ Lavado de manos después de toser.
- ✓ Ventilación adecuada del lugar de residencia.
- ✓ Limpiar el domicilio con paños húmedos.

- ✓ Utilizar mascarilla en zonas comunes.
- ✓ Restringir visitas a personas no expuestas a la enfermedad.
- ✓ Garantizar adherencia al tratamiento.

2.2.11. Teorías que dan sustento a la investigación

- **DOROTHEA OREM (Teoría del Autocuidado)**

La he considerado por lo importante que es que la persona empiece a cuidarse por sí mismo más aún si ya tiene un tratamiento a seguir donde debe seguirlo y evitando consecuencias posteriores.

- **DOROTHY JHONSON (Teoría conductual)**

Asociándola a mi investigación podría decir que asumir una conducta responsable es asumir el cumplimiento.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Tuberculosis:** La tuberculosis es una enfermedad infecciosa producida por el bacilo de Koch y caracterizada por la aparición de un pequeño nódulo denominado tubérculo.
- **Tratamiento**
- **Adherencia:** Unión física que resulta de haberse pegado una cosa con
- **Factores:** Elemento, condicionante que contribuye a lograr un resultado.

2.4 HIPÓTESIS

H₀: No Existe asociación significativa entre factores intrínsecos e extrínsecos a la no adherencia del tratamiento pulmonar.

H_a: Existe asociación significativa factores intrínsecos e extrínsecos a la no adherencia del tratamiento Tuberculosis Pulmonar

2.5. VARIABLES

Univariable

Factores asociados a la no adherencia del tratamiento de la tuberculosis pulmonar.

2.5.1 Definición conceptual de la variable tratamiento.

Entendemos por factores a aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose la causa del abandono del tratamiento.

2.5.2 Definición operacional de la variable

Son elementos que están relacionados o que influyen el incumplimiento al tratamiento de la tuberculosis pulmonar.

2.5.3 Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENCIONES	INDICADORES
Factores asociados a la no adherencia del tratamiento de la tuberculosis pulmonar.	Factor intrínseco Factor extrínseco	Actitud Social Ambiental Economía Laboral Familiar

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo no experimental, de nivel descriptivo y de corte transversal.

Tipo de la Investigación

Porque no se busca manipular a la muestra, sino solo se va a analizar situaciones ya existentes.

Nivel de la Investigación

Ya que describirá una solución y/o un hecho.

Corte de la Investigación

Porque se dará en un tiempo y espacio determinado

3.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se realizará en el Centro Materno Infantil de José Gálvez, perteneciente al distrito de Villa María del Triunfo, en la jurisdicción del Hospital María Auxiliadora de la sede DISA SUR Lima.

El Centro Materno Infantil de José Gálvez se creó hace aproximadamente 35 años, y cuenta con las áreas de PCT (Programa de Control de Tuberculosis), Psicología, Nutrición, Pediatría, Farmacia, CRED, Tópico, Ginecología, Obstetricia, Laboratorio, Inmunización.

El área de PCT cuenta con medicamentos para cada paciente de acuerdo al tratamiento que está llevando, por cada turno en el área de PCT rotan una enfermera y una técnica en enfermería.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población en estudio estuvo conformada por los pacientes del programa de PCT del Centro Materno Infantil “José Gálvez”, contando con un total de 50 personas, considerando entre ellos varones y mujeres mayores de edad,.

Para la muestra se trabajó con 40 pacientes aplicando el criterio de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión y exclusión considerando en el estudio fueron:

- **Criterio de inclusión:**
 - Pacientes que acepten voluntariamente ser parte del estudio.
 - Pacientes que firmaron el consentimiento informado.
 - Pacientes que iniciaron y abandonaron el tratamiento.

- **Criterio de exclusión:**

- Pacientes que acepten voluntariamente ser parte del estudio.
- Pacientes que firmaron el consentimiento informado.
- Pacientes que iniciaron y abandonaron el tratamiento.

3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica aplicada para la recolección de datos es un instrumento llamado cuestionario el cual es un documento formado por un conjunto de preguntas redactadas de forma coherente y organizadas, secuenciales y estructuradas. Con el fin de ofrecer toda la información que precisamos.

3.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

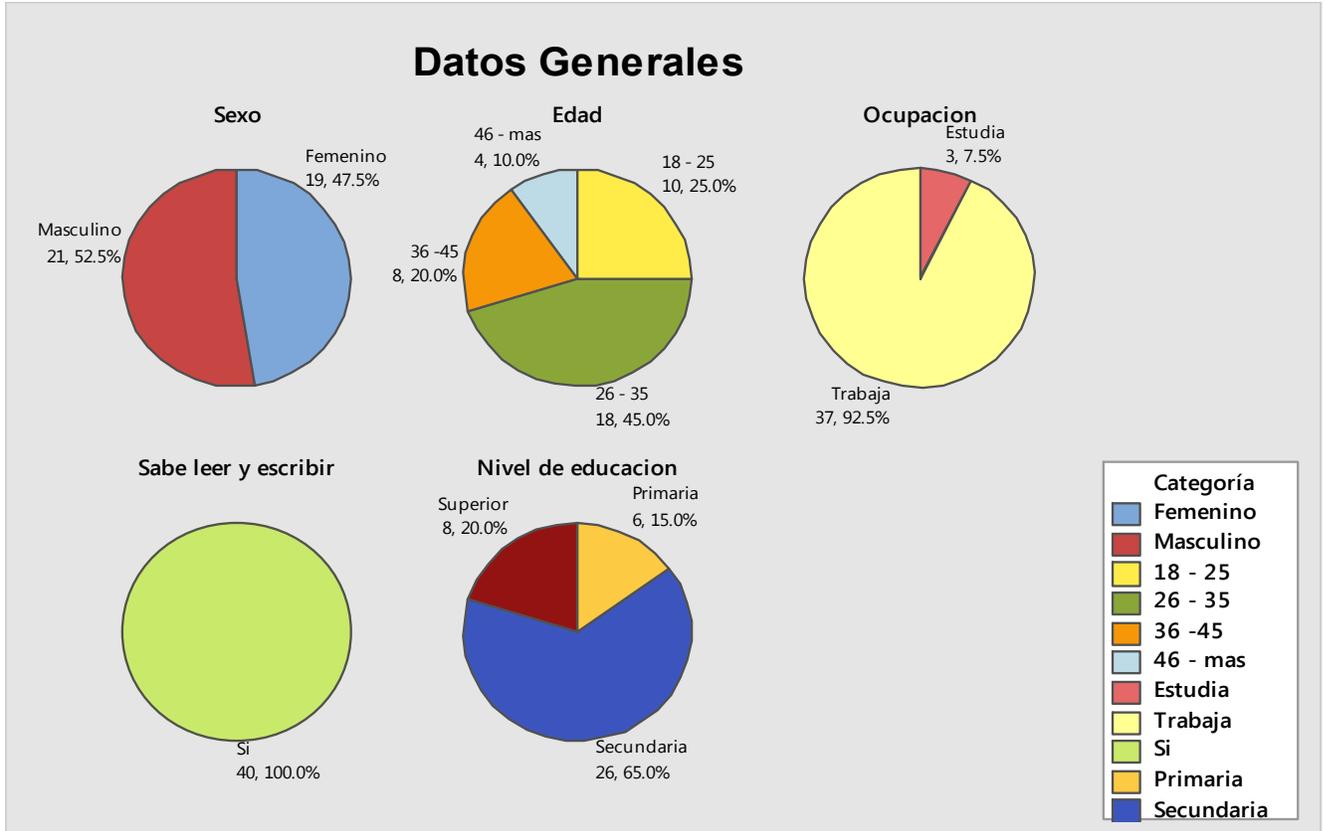
El instrumento se obtuvo de una tesis del Dr. Benito Miranda Méndez; Dr. Mario Alberto Puente López, el cual se encuentra validado. La confiabilidad del instrumento se dio a través de la prueba piloto que se les realizó a los pacientes del programa de PCT del Centro Materno Infantil “José Gálvez” en Villa María del Triunfo.

3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

La presente investigación se realizó tres días de la semana en el cual se acudió al centro de salud y se aplicó el cuestionario ya establecido, y se les informó a los pacientes qué consistía la investigación, indicándoles que se les tomara una encuesta el cual tiene preguntas cerradas y una duración de 20 minutos.

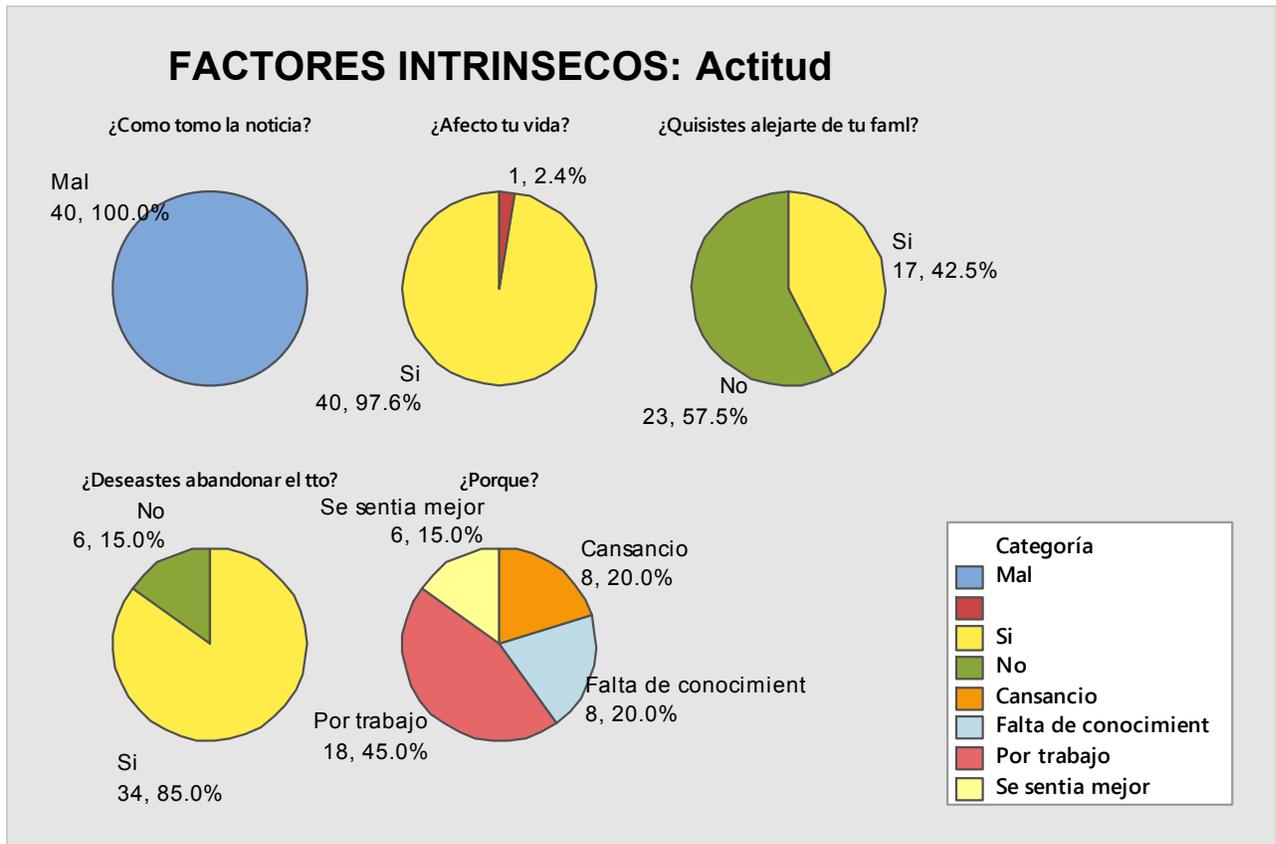
CAPÍTULO IV: RESULTADOS

GRAFICA N°1



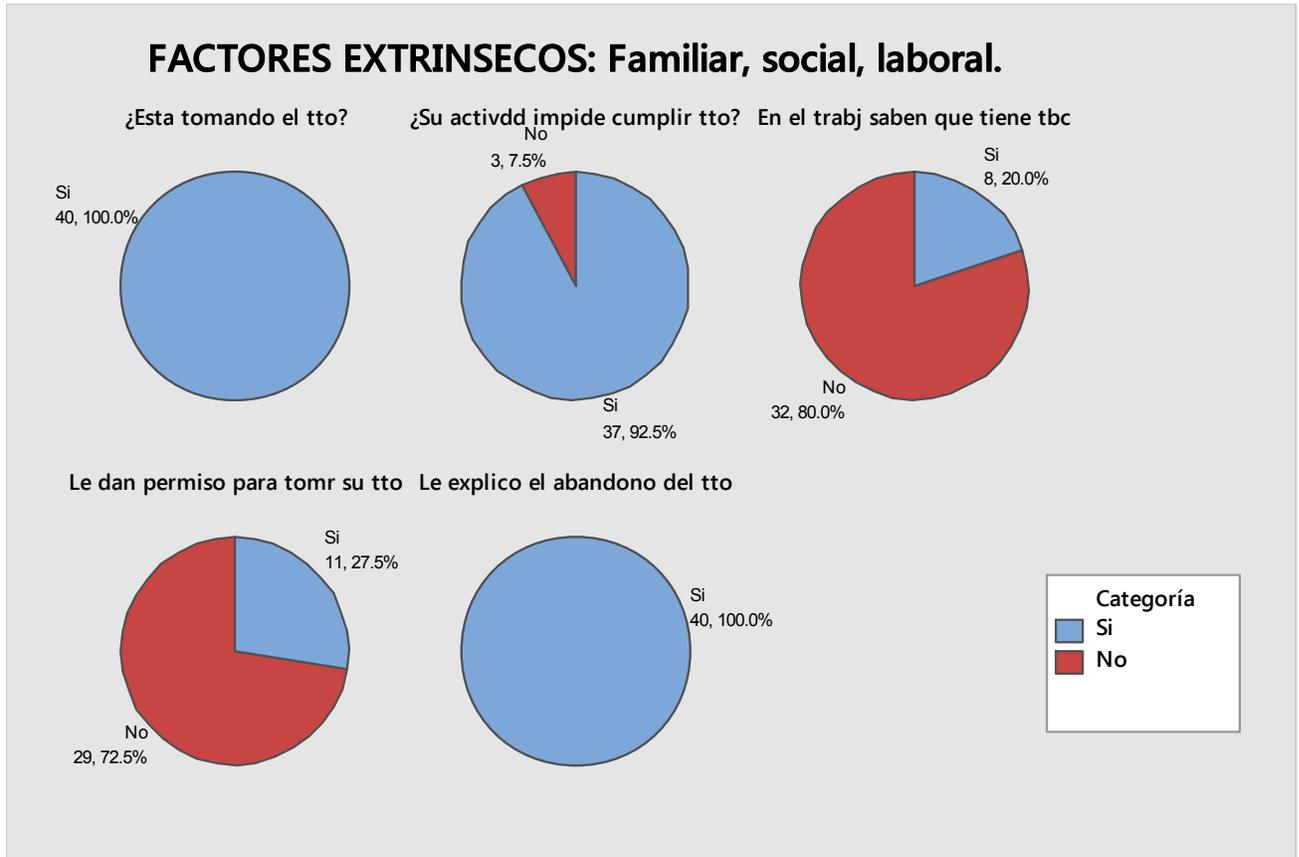
En el Grafico N° 1 observamos que el sexo masculino prevalece con un 52.5% (21), y solo el 47.5% del sexo femenino. Siendo la edad entre 26 – 35 años con un 45% podemos decir que es una edad productiva de mayor cantidad y de menor cantidad son los pacientes de una edad de 46 a más años. La mayoría de los pacientes con un 92.5% trabajan y solo un 7.5% estudian. Todos los pacientes saben leer y escribir con un 100%. La mayoría de los pacientes 65.0% tiene un nivel educativo de secundaria y solo un 15.0% tiene un nivel de primaria.

GRAFICA N° 2



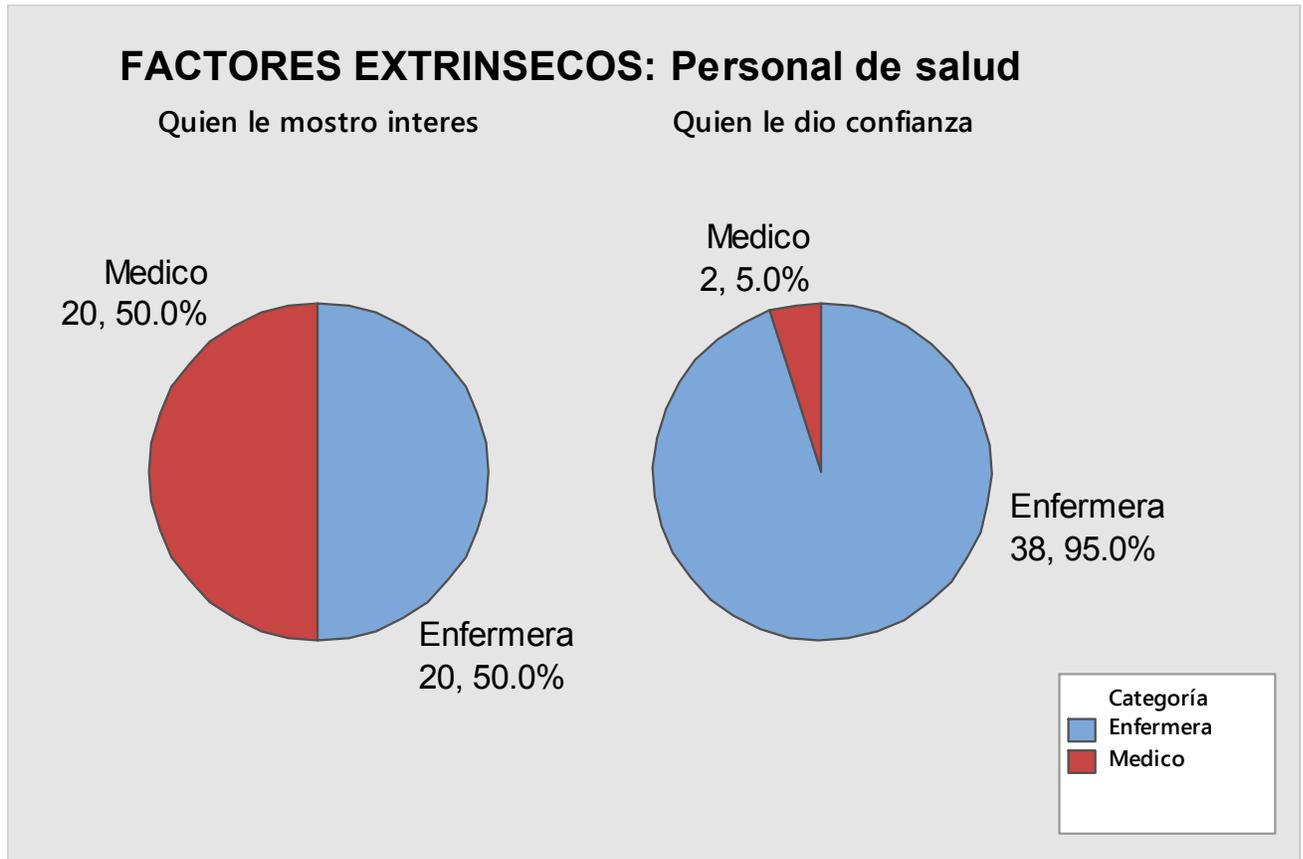
En el Grafico N° 2 El 100% de los pacientes tomaron mal la noticia de su enfermedad. Un 97.6% de los pacientes les afecto su vida. Un 57.5% no quiso alejarse de su familia a pesar que estaban con la enfermedad y el 42.5% siendo el menor número si decidió alejarse de su familia para evitar contagiarlos. Con un 85% (34) pacientes desearon abandonar mientras un 15% decidieron seguir, esto se da por diversos factores uno de ellos es el trabajo siendo el mayor numero 85% (34), y siendo el menor número un 15% (6) pacientes que se sentían mejor ya no necesitaban seguir el tratamiento.

GRAFICA N° 3



En el Gráfico N° 3 podemos observar que de los 40 pacientes cumplen con el tratamiento. Pero la actividad principal de los pacientes hacen que un 92.5% (37) tengan una dificultad para la toma del tratamiento y una menor cantidad 7.5% (7) tienen un tratamiento excelente. El 80% (32) pacientes no han comunicado en su trabajo sobre su enfermedad, y solo el 20% comunico en su centro laboral. El 72.5% (29) su jefe no le da el permiso de tardar un poco por la toma del medicamento y solo el 27.5% (11) sus jefes los apoya. Un 100% (40) de los pacientes saben cuáles son los riesgos de no tener un adecuado tratamiento ya que fue explicado por el médico.

GRAFICO N° 4



En la Grafica N° 4 podemos observar que tanto el Medico como la enfermera mostraron interés en la enfermedad del paciente con un porcentaje de 50% los Médicos y 50% las Enfermeras.

Pero el paciente se sintió con mayor confianza con la enfermera alcanzando un total de 95% y solo un 5% tuvieron confianza con el Médico.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

H_0 : No Existe asociación significativa entre factores intrínsecos e extrínsecos a la no adherencia del tratamiento pulmonar

H_a : Existe asociación significativa factores intrínsecos e extrínsecos a la no adherencia del tratamiento Tuberculosis Pulmonar

No adherencia tratamiento pulmonar		Factores intrínseco	Factores Extrínsecos
Factores intrínseco	Correlación de Pearson	1	,623**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	50	50
Factores Extrínsecos	Correlación de Pearson	,623**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	50	50

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Prueba estadística: Coeficiente de correlación de Pearson

Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0 .

Interpretación de resultados:

En el cuadro se tiene una significancia de 0.000, menor a 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula, entonces: existe una asociación entre factores intrínsecos e extrínsecos a la no adherencia del tratamiento de la Tuberculosis pulmonar. Esta relación es moderada (está en el rango de 0.05 a 0.79) y es proporcional (tiene signo positivo).

Aun cuando se tiene una significancia de 0.000, menor a 0.01, se sigue rechazando la hipótesis nula.

CAPITULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las gráficas 1, 2, 3, y 4 nos muestran las características socio demográficas de nuestra población de estudio; en la gráfica N° 01, vemos que predomina el sexo masculino ya que este es el que mayormente busca el sustento de su familia busca un trabajo con el cual satisfacer sus necesidades, es ahí el problema porque si no trabaja, con el sueldo de la esposa no alcanzaría para mantener a la familia es por ello el conflicto el de seguir el tratamiento o no. De igual manera la edad predominante de nuestra población es de una población joven: 26 a 35 años (45%) deduciendo que son las poblaciones de mayor riesgo de no adherirse al tratamiento, ya que los jóvenes están en una edad productiva, y como también son personas que la mayoría solo tiene un nivel de estudios hasta secundaria y la mayoría se dedica a trabajar. En la gráfica N° 2 lo más resaltante es que la mayor parte de la población vio afectada su vida debido a la enfermedad, la cual por motivos de trabajo desearon dejar el tratamiento por mantener a su familia y otros por falta de conocimiento. En la gráfica N° 3 en la actualidad todos los pacientes se encuentran tomando los fármacos pero tuvieron y tienen dificultades para tomar los medicamentos correctamente y estar en descanso debido a su enfermedad, los pacientes que laboran no comunicaron a su centro de trabajo su

enfermedad debido a vergüenza o que sea despedido y se sumaría una preocupación más para estos pacientes, los pacientes que comunicaron su enfermedad en su centro laboral hubo un porcentaje de apoyo de sus jefes para que sigan con el tratamiento, y también hay otros pacientes que refieren que no les permiten y son despedidos para evitar el contagio al resto de los trabajadores. Manifestaron que el medico les informo cuales son los riesgos si no llevan un tratamiento adecuado o si abandonan el tratamiento, ya que la curación de esta enfermedad sería más compleja y con una duración más prolongada y exponiendo a que otras personas sean contagiadas por esta enfermedad o también aproximarlos a la muerte. En la gráfica N° 4 observamos que el paciente tiene mayor confianza con el personal de enfermería ya que nosotros somos los que más interactuamos con el paciente, estamos detrás de ellos para que cumplan el tratamiento y si lo abandonan ir a buscarlos para que lo reinicie, es por esto que los pacientes señalan que les tienen más confianza y se sienten con más libertad y seguridad para expresar su manera de pensar sobre el tratamiento que recibe o alguna dificultad o problema que pueda tener ante un incumplimiento.

CONCLUSIONES

- Queda demostrado que existe una asociación moderada de factores extrínsecos e intrínsecos con la no adherencia del tratamiento de la tuberculosis Pulmonar en los pacientes que acuden al Centro Materno Infantil de “José Gálvez” de Villa María del Triunfo según la prueba estadística. Asimismo, podemos definir que los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar se debe a la actitud del paciente, la responsabilidad, el compromiso que tiene con el tratamiento para su enfermedad, porque es el mismo paciente quien toma las decisiones para la mejoría de su salud.
- Se identifica la actitud como un favor intrínseco ya que el mayor porcentaje de pacientes mencionaron que afectaron su vida. Un 57.5% de los pacientes no quiso alejarse de su familia y un 42.5% siendo el menor número si decidió alejarse de su familia para evitar contagiarlos. Un 85% (34) desearon abandonar el tratamiento mientras un 15% decidieron seguirlo, esto se da por diversos factores siendo uno de ellos el trabajo siendo el mayor numero 85% (34), y siendo el menor número un 15% (6) de pacientes se sentían mejor y ya no necesitaban seguir el tratamiento.
- Los factores extrínsecos que predispone en no adherirse al tratamiento es el trabajo ya que estos pacientes tiene familia a quien deben mantener y a veces por vergüenza o por temor a ser despedidos no comunican a sus centros laborales. Asimismo encontramos que los 40 pacientes la mayor cantidad tengan una dificultad para la toma del tratamiento y una menor cantidad 7.5% (7) puedan tener un tratamiento excelente.

RECOMENDACIONES

De los resultados obtenidos en el presente estudio se derivan las siguientes recomendaciones:

- ✓ Realizar réplica del estudio de tal forma que permita establecer comparaciones entre diferentes grupos poblacionales.
- ✓ Motivar a los pacientes a que no abandonen el tratamiento y así evitar la resistencia de las bacterias pasando a un multidrogo resistente o a un extremadamente resistente y así no poner su vida ni el de su familia en riesgo.
- ✓ A los profesionales de la salud, mejorar y actualizar permanentemente los módulos educativos para los pacientes del programa PCT, usando diversas metodologías que permitan sensibilizar al usuario y familia.
- ✓ A la dirección de salud que mantengan la estrategia sanitaria provisión de los recursos mínimos para el tratamiento y se evite el abandono por reacciones adversas, asimismo los planes de promoción y prevención ya que la TBC es una enfermedad que no está erradicada por completo dado sus factores de riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)**
2. **TUBERCULOSIS PULMONAR MULTIDROGORESISTENTE (TBC Mdr)**
3. **MINISTERIO DE SALUD.**-Tuberculosis Pulmonar, datos Estadísticos en el Perú y América Latina.
4. **MINISTERIO DE SALUD** Nivel de Incidencia de casos de TBC MDR en Lima y Callao en Comparación con los países de América del Sur
5. **MINSA Y OMS** Tuberculosis Pulmonar
6. **LA FAMILIA Y SUS ACTITUDES** Scielo
7. **Serrín Keredert** - “Relación entre conocimiento y actitudes que tienen los pacientes del esquema dos del programa de Tuberculosis hacia enfermedad en el centro de Salud Materno Infantil “Tablada de Lurín”
8. **AVENDAÑO, María Cecilia.** “Actitudes de paciente del Programa de Control de Tuberculosis y de población aparentemente sana, frente a la TBC en relación a la prevalencia, gravedad y estigma social percibidos”. En: Tuberculosis en el Perú, Informe 1996,
9. **ARÉSTEGUI, Jaime, MARTÍNEZ Gilbertoy YAMUNAQUÉ Ana.** Retratamiento de la Tuberculosis Pulmonar. Seminario taller nacional, Perú, 1991.
10. **MINISTERIO DE SALUD.** “Actualización en la Atención de pacientes con Tuberculosis”, Lima. 2007.
11. **RED – S-BCO-CHO-SCO-ODI-ESPETBC** “Resolución ministerial N° 579-210 MINSA

12. **KRECH, David.** Psicología Social. México: Ed. Interamericana, S.A. 2da. p. 152.
13. **WHITTAKER, James.** Psicología. 4ta. México: Ed. Interamericana, S.A. 1989. p.394
14. **PROYECTO SALUD Y NUTRICION BASICA.** Estudio Sociomédico sobre la Tuberculosis. Cuzco. Informes de Investigación 12, Lima, 1998.
15. **SABATE, E.** (2004): Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. OMS/OPS

ANEXOS

¿Afecto tu vida?

SI () NO ()

¿Quisiste alejarte de tu familia para evitar contagiarlos?

SI () NO ()

¿Deseaste abandonar el tratamiento?

SI () NO ()

¿Por qué?

- Falta de conocimiento ()
- Cansancio ()
- Se sentía mejor ()
- Por trabajo ()
- Por vergüenza ()
- Por maltrato ()
- Por depresión ()

FACTORES EXTRINSECOS

¿Sabe usted, como se transmite la enfermedad?

SI () NO ()

¿Sabe usted, que la enfermedad es curable?

SI () NO ()

¿Sabe usted, cuánto dura el tratamiento?

SI () NO ()

¿Tuvo síntomas secundarios al tomar el tratamiento?

SI () NO ()

¿Está tomando el tratamiento desde entonces?

SI () NO ()

¿Su actividad principal le impide cumplir con el tratamiento?

SI () NO ()

- **Factores derivados del ambiente (familiar, social y laboral)**

¿Cuándo le comunico a su familia de su enfermedad fue rechazado?

SI () NO ()

¿Su familia lo apoya económicamente?

SI () NO ()

¿Su familia lo anima para que no abandone el tratamiento?

SI () NO ()

¿En su trabajo saben que usted padece de Tuberculosis Pulmonar?

SI () NO ()

¿Su jefe le da facilidades para que asista a su tratamiento?

SI () NO ()

¿Su enfermedad ha puesto en riesgo su permanencia su actividad laboral?

SI () NO ()

¿Su médico le dijo que su enfermedad es curable?

SI () NO ()

¿Su médico le explico cuánto dura el tratamiento?

SI () NO ()

¿El médico le explicó que al abandonar el tratamiento, su curación sería más difícil?

SI () NO ()

¿El médico le informo de su enfermedad a su familia?

SI () NO ()

¿El medico estudio a su familia para detectar otros enfermos?

SI () NO ()

¿Quién del personal de salud mostro más interés en su enfermedad?

- a) Medico
- b) Epidemiólogo
- c) Neumólogo
- d) Enfermera
- e) Trabajador social

¿Con que personal de salud sintió más confianza?

- a) Medico
- b) Epidemiólogo
- c) Neumólogo
- d) Enfermera
- e) Trabajador social

Anexo 2

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO MATERNO INFANTIL “JOSE GALVEZ” DEL DISTRITO DE VILLA MARIA DEL TRIUNFO, LIMA - 2014”

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	DIMENSIONES
¿Cuáles son los factores asociados a la no adherencia del tratamiento de la tuberculosis pulmonar en pacientes que acuden al Centro Materno Infantil de “José Gálvez” del distrito de Villa María del Triunfo, Lima - 2014?	Objetivo General: Determinar los factores asociados a la no adherencia del tratamiento de la tuberculosis pulmonar en pacientes que acuden al Centro Materno Infantil de “José Gálvez” del distrito de Villa María del Triunfo, Lima - 2014.	Factores asociados a la no adherencia del tratamiento de la tuberculosis pulmonar.	Factor intrínseco
	Objetivos Específicos: Identificar los factores intrínsecos asociados a la no adherencia del tratamiento de la tuberculosis pulmonar en pacientes que acuden al Centro Materno Infantil de “José Gálvez” del distrito de Villa María del Triunfo, Lima - 2014.		Factor extrínseco

	Identificar los factores extrínsecos asociados a la no adherencia del tratamiento de la tuberculosis pulmonar en pacientes que acuden al Centro Materno Infantil de “José Gálvez” del distrito de Villa María del Triunfo, Lima – 2014.		
--	---	--	--