

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

E.P. de Enfermería



TESIS

Factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes que asisten al Hospital Huaycán, febrero - marzo del 2015.

Tesis presentada para optar el título profesional en enfermería

Autor

Víctor Jordan Peña Grosso

Asesora

Lic. María Díaz Orihuela

Lima, Noviembre 2015

Dedicatoria

A mi madre Victoria Adelina Grosso por su amor, ánimos, cariños e incondicional apoyo en todo momento.

A mi padre Nicolás Rosendo Peña, por su paciencia y su dedicación.

A mis hermanos Nicolás, Omar y Franklin por su cariño, enseñanzas y apoyo completo en todo esta etapa estudiantil.

Gracias por todo ese amor y apoyo que me brindaron para poder llegar hasta aquí.

Agradecimiento

En primer lugar agradecer a nuestro Dios, por haberme acompañado en todo este tiempo en la universidad y haberme permitido terminar el presente trabajo de investigación y lograr obtener el título profesional de enfermería.

A mi asesora la Lic. María Díaz Orihuela por su tiempo brindado hacia mi persona, ayudándome en la elaboración del presente trabajo de investigación.

A mis profesores de la universidad que siempre me apoyaron y me brindaron el aliento para seguir adelante y nunca darme por vencido para lograr mis metas.

A la Universidad Peruana Unión por alojarme desde el primer día de mis estudios y brindándome las facilidades necesarias para poder lograr mis metas.

Lista de contenido

Introducción	x
Capítulo I	1
El Problema.....	1
1. Planteamiento del problema.....	1
1.1. Formulación del problema	3
2. Justificación.....	3
3. Objetivos de la Investigación	5
3.1. Objetivo general	5
3.2. Objetivos específicos:	5
Capítulo II.....	6
Marco Teórico.....	6
1. Antecedentes de la Investigación	6
1.1. En el ámbito internacional	6
1.2. En el ambito nacional.....	11
2. Marco bíblico filosófico.....	15
3. Marco Teórico.....	16
3.1. Tuberculosis (TB)	16
3.1.1. Tuberculosis Pulmonar	17
3.1.2. Tuberculosis Extra pulmonar.....	17
3.2. Tuberculosis Multidrogo resistente (TB MDR).....	17
3.3. Tuberculosis extremadamente resistente (TB XDR)	18
3.4. Signos y Síntomas.....	18
3.5. Transmisión de tuberculosis.....	18
3.6. Diagnóstico de Tuberculosis.....	19
3.7. Tratamiento de la tuberculosis	19
3.7.1. Tratamiento Tuberculoso: Esquema I.....	19
3.7.2. Tratamiento para Multidrogo Resistente (TB MDR).....	22
3.7.3. Tratamiento para Tuberculosis Extremadamente Resistente (TB XDR).....	25

3.8. No adherencia al tratamiento de la tuberculosis	26
3.9 Epidemiología para la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis	27
3.10 . Consecuencias para la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis.....	28
3.11 . Factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis	29
3.11.1. Factor de riesgo relacionado con el paciente	31
3.11.2. Factores de riesgo relacionado al ambiente	32
3.11.3. Factor de riesgo relacionado al servicio de salud	33
3.11.4. Factor de riesgo relacionado al estilo de vida.....	34
3.12.Marco Teórico referente a la población de estudio.....	34
3.13.Teorías de enfermería- Dorotea Orem	36
4. Definición de Términos.....	37
Capitulo III.....	39
Material y Métodos	39
1. Método de Investigación	39
2. Identificación de la variable	39
2.1. Factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento antituberculoso.....	39
2.2. Operacionalización de Variables.....	40
3. Delimitación geográfica y temporal.....	48
4. Participantes	49
5. Criterios de inclusión y exclusión	49
5.1. Criterio de inclusión:.....	49
5.2. Criterio de exclusión:	49
5.3. Característica de la muestra	50
6. Técnica e instrumento de recolección de datos.....	51
7. Proceso de recolección de datos.....	52
8. Análisis de datos	53
Capítulo IV.....	54
Resultados y discusión.....	54
1. Resultados	54
2. Discusión.....	60
Capítulo V.....	67

Conclusiones y recomendaciones	67
1. Conclusiones	67
2. Recomendaciones.....	68
3. Limitaciones	69
Referencias bibliográficas.....	70
Anexos	73

Listado de tablas

Tabla 1. <i>Tratamiento Esquema I</i>	21
Tabla 2. <i>Tratamiento Empírico</i>	24
Tabla 3. <i>Tratamiento Individualizado</i>	25
Tabla 4. <i>Datos generales de los pacientes que asisten al Hospital Huaycán</i>	50
Tabla 5. <i>Adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes que asisten al Hospital Huaycán</i>	51
Tabla 6. <i>Factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento antituberculoso en el Hospital de Huaycán</i>	54
Tabla 7. <i>Factores de riesgo con valor OR, relacionados a las características del paciente para la no adherencia al tratamiento antituberculoso en el Hospital Huaycán</i>	55
Tabla 8. <i>Factores de riesgo con valor OR, relacionado con el servicio de salud para la no adherencia al tratamiento antituberculoso del Hospital Huaycán</i>	57
Tabla 9. <i>Factores de riesgo con valor OR, relacionado con el ambiente para la no adherencia al tratamiento antituberculoso del Hospital Huaycán</i>	58
Tabla 10. <i>Factores de riesgo con valor OR, relacionado al estilo de vida para la no adherencia al tratamiento antituberculoso del Hospital Huaycán</i>	59
Tabla 11. <i>Factor de riesgo relacionado al paciente para la no adherencia al tratamiento antituberculoso</i>	83
Tabla 12. <i>Factor de riesgo relacionado al sistema de salud para la no adherencia al tratamiento antituberculoso</i>	85
Tabla 13. <i>Factor de riesgo relacionado al ambiente para la no adherencia al tratamiento antituberculoso</i>	87
Tabla 14. <i>Factor de riesgo relacionado al estilo de vida para la no adherencia al tratamiento antituberculoso</i>	88

Listado de figuras

Ilustración 1. Hospital de Huaycán.....	48
---	----

Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes que asisten al Centro Hospitalario de Huaycán. El diseño fue no experimental, prospectivo, de enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo transversal. El tipo de muestreo utilizado es no probabilístico por conveniencia, los participantes fueron 50 pacientes adultos. Se utilizó una versión adaptada por Lalonde, validada por 5 expertos. Los resultados señalan que el 72% de los pacientes tienen entre 15 a 35 años de edad, mientras que el 26% tiene 36 a 59 años de edad, y solo el 2% son mayores de 60 años; del total de encuestados el 74% son de género masculino y solo un 26% de género femenino. Asimismo se encontró que para la no adherencia al tratamiento antituberculoso fue 34% pacientes abandonaron el tratamiento antituberculoso y 66% mostraron adherencia al tratamiento. Los factores de riesgo del paciente para la no adherencia al tratamiento antituberculoso fueron: género del paciente (OR: 3,750), problemas judiciales (OR: 2,143), abandonó del tratamiento anteriormente (OR: 1,567) y las veces que no asistió a recibir su tratamiento (OR: 36,800); son factores de riesgo predisponentes para la no adherencia al tratamiento considerando $OR > 1$ factor de riesgo. Los factores de riesgo de servicio de salud para la no adherencia al tratamiento antituberculoso fue: abandonaría su tratamiento (OR: 4,267). Los factores de riesgo relacionados con el ambiente para la no adherencia al tratamiento antituberculoso no se encontraron, sino más bien existen factores protectores. Factores de riesgo relacionados con el estilo de vida para la no adherencia al tratamiento antituberculoso: consume usted cigarrillo (OR: 5,306) y consume usted alcohol (OR: 7,500).

Palabras claves: factores de riesgo; tuberculosis; abandono de tratamiento.

Abstract

This research aimed to identify risk factors for non-adherence to TB treatment of patients attending the Hospital Center Huaycán. The design was not experimental, prospective, quantitative approach, cross descriptive scope. The type of sample used is not probabilistic for convenience, participants were 50 adult patients. An adapted by Lalonde, validated by five experts used version. The results show that the prevalence of TB treatment abandonment was 34% (17) patients dropped out of tuberculosis treatment and 66% (33) showed adherence. It was also observed that 72% of patients are 15 to 35 years of age, while 26% are 36-59 years old, and only 2% are over 60; of all respondents 74% are male and only 26% of female gender. The patient risk factors for non-adherence to TB treatment were: patient gender (OR: 3.750), legal problems (OR: 2.143), previously abandoned treatment (OR: 1.567) and often not attended to receive his treatment (OR: 36,800); are predisposing risk factors for nonadherence considering all treatment OR > 1 risk factor. Risk factors of health service for non-adherence to TB treatment was: abandon their treatment (OR: 4,267). Risk factors related to the environment for non-adherence to TB treatment were not found, but rather there are protective factors. Risk factors related to lifestyle to non-adherence to TB treatment: you consume cigarette (OR: 5,306) and you consume alcohol (OR: 7,500).

Keywords: *risk factors; tuberculosis; abandonment of treatment.*

Introducción

En América Latina se presentaron aproximadamente 500 000 casos nuevos de tuberculosis, logrando así estimarse en Latinoamérica y el Caribe un total de 645 00 casos. La tuberculosis es un enfermedad altamente contagiosa, muy fácil de adquirir, difícil de curar y que está en todo el mundo, asimismo una tercera parte de la población mundial tiene tuberculosis latente; es decir, están infectadas por el bacilo pero que aún no ha desencadenado la enfermedad (OMS, 2014).

Perú es uno de los países con más alto índice de tuberculosis de América Latina, esta situación es alarmante, en cada hora, cuatro a seis personas son infectados y que al año se contagian entre 35 000 a 50 000 personas; de todos ellos, el 10% contrae la tuberculosis multidrogo-resistente (Del Castillos, et al., 2009).

De tal manera, la prevalencia de tuberculosis está asociado a diversos factores (Manrique 2004). Frente a esta realidad se planteó la necesidad de realizar el presente trabajo de investigación con el objetivo de identificar cuáles son los factores de riesgo para la no adherencia del tratamiento antituberculoso de los pacientes que asisten al Centro Hospitalario de Huaycán, 2015.

En el capítulo I se presenta la situación problemática, la formulación del problema, la justificación de la tesis y los objetivos, general y específicos.

En el capítulo II se presenta los antecedentes de estudios realizados hasta la fecha en referente a nuestro tema, seguido por el marco bíblico filosófico, el marco teórico correspondiente a la variable de estudio y la definición de términos.

En el capítulo III se aprecia la metodología de trabajo, las variables de estudio, la operacionalización de variables, la delimitación geográfica y temporal, las características de los

participantes, los criterios de inclusión y exclusión, los instrumentos utilizados y el proceso de recolección y análisis de datos.

En el capítulo IV se presentan los resultados obtenidos y la discusión. Finalmente, en el capítulo V, se plantea las conclusiones de la investigación y las recomendaciones.

Capítulo I

El Problema

1. Planteamiento del problema

La tuberculosis (TBC) es un enfermedad altamente contagiosa, la tercera parte de la población mundial tiene tuberculosis latente; es decir, están infectadas por el bacilo pero aún no han desencadenado la enfermedad ni pueden transmitir la infección, así lo informa la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2014). Cada año se registran 220 000 nuevos casos de tuberculosis en la Región de las Américas y mueren más de 50 000 personas a consecuencia de esta enfermedad, sin embargo se ha convertido en la infección trasmisible más importante en los seres humanos (Bonilla (2008). Se calcula que en los últimos 15 años, el número de casos se ha incrementado en un 20%, pasando así, 3 millones de casos anuales en el periodo 1984 – 1986, un poco más de 3 600 000 casos en el 1995. En 1997 el número fue cercano a los 8 millones de personas y en el 2012, 8,6 millones de personas enfermaron de tuberculosis y el 1,3 millones murieron por esta causa; ésta enfermedad es la segunda causa mundial de mortalidad, después del SIDA; más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos. Esta problemática genera pobreza, ya que el 80% de los casos corresponde a la población económicamente activa, siendo los grupos de edad de 15 a 54 años los más afectados.

Por su parte, El MINSA (Ministerio de Salud, 2008) informa que la tuberculosis es causado por una bacteria denominada *Mycobacterium tuberculosis*, la cual puede atacar cualquier parte del cuerpo, como el cerebro, la columna vertebral, al hígado, que generalmente afecta a los pulmones.

En el plano nacional, el Perú no está excepto de esta enfermedad, es un país con unas de las más altas tasas de tuberculosis desde el año 1999, está entre los 23 países con mayor carga de tuberculosis, (Culqui et al., 2008). Cada hora, cuatro a seis personas se enferman de tuberculosis, esto hace que al año se vean afectados entre 35 000 a 50 000 personas; de todos ellos el 10% contrae la tuberculosis multidrogo-resistente (Del Castillos, Mendoza y Saravia, 2009).

En el 2013 se registraron 31 mil casos de TB en la forma sensible, 1,260 casos de TB multidrogo resistente (MDR) y apenas 66 casos de TB extremadamente drogo resistente (XDR). Las regiones con más incidencia fueron Madre de Dios, Callao, Ucayali, Tacna, Loreto y Lima.

Huaycán es una de las áreas con mayor incidencia de tuberculosis, la mayoría de la población provienen de la sierra, viven en hacinamiento, no presentan servicios básicos, salario mensual bajo, consumen alimentos pobre en nutrientes siendo propensos a adquirir con facilidad la enfermedad, es considerada bolsón de tuberculosis, no solo con afluencia de pacientes que viven en su misma jurisdicción, sino también de otras localidades como Ate y Santa Anita. Sin embargo en el 2011, se reportaron en el Hospital Huaycán, 61 casos de TB-MDR, uno de TB-XDR y 7 mono resistentes; 38 fueron varones (55%) y 31 mujeres (45%); el grupo de edad más afectado fue de 15-34 años con 55 casos (79,6%) (Crispín, Roque y Salazar, 2011).

En los años noventa, el incremento del abandono al tratamiento antituberculoso fue de 50%, asimismo, la prevalencia de abandono en los últimos cinco años no supera el 5%, este promedio no evidencia el porcentaje de las provincias y departamentos. De tal manera que, la frecuencia de

la no-adherencia al tratamiento aumenta con el número de factores de riesgo, esto se observa en la mayoría de las enfermedades crónicas y por lo general están propensos a abandonar el tratamiento por el tiempo prolongado de la terapia. Así como lo menciona Cáceres y Orozco (2007) que refiere que el abandono del tratamiento antituberculoso se define como la no asistencia a tomar tratamiento por más de 30 días consecutivos. Es un impedimento para el seguimiento en el control de la tuberculosis, esto conlleva al desarrollo de fármacos resistentes, con diseminación de la infección, e incrementos en los costos de tratamiento, finalmente con la muerte de los pacientes.

En la actualidad, existen 100 casos sensibles de tuberculosis en el hospital de Huaycán, de los cuales 4 son multidrogo resistentes y 1 extremadamente multidrogo resistentes. Asimismo informaron que existe el 60% de los casos que han abandonado el tratamiento. Frente a esta problemática nos formulamos la siguiente pregunta ¿Cuáles son los factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes que asisten al Centro Hospitalario de Huaycán? porque a través de la identificación de estos se dará el primer paso para implementar medidas y recomendaciones para la no adherencia y lograr que los pacientes terminen de manera exitosa el tratamiento de la tuberculosis.

1.1. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes que asisten al Hospital Huaycán, 2015?

2. Justificación

Teórico: La investigación contribuirá al conocimiento científico de la disciplina a través de un marco teórico estructurado y sistemático que mencione los factores de riesgo para la no adherencia

al tratamiento antituberculoso en los pacientes que asisten al Hospital Huaycán, este será adaptado a la realidad y a la población de estudio. De tal manera aportará como fuente de referencia confiable y veraz para futuras investigaciones.

Metodológico: El instrumento “Factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento antituberculoso” pretende ser de referencia fiable para futuras investigaciones, en la obtención de nuevas estrategias para la identificación de los factores de riesgo más comunes y generar conocimientos confiables y fortaleciendo la disciplina dentro del campo científico. Asimismo beneficiará a los administrativos del Hospital de Huaycán en difundir, organizar y gestionar para capacitar al personal de salud en el análisis de seguimiento, en la identificación de los factores de riesgo que presenta el paciente para llegar al abandono de su tratamiento; al servicio del Programa de Control de la Tuberculosis, en la elaboración de programas educativos de prevención, donde incluya a la familia siendo un factor protector para ellos; a la población en la identificación de los factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento antituberculoso con el fin de ser modificadas.

Práctico y Social: El presente estudio irá en la búsqueda de información referente a la población vulnerable como son los jóvenes, adultos y adultos mayores que asisten al hospital en la identificación de los factores, tanto relacionado con el paciente, con el servicio de salud y con el ambiente que predisponen a la no adherencia del tratamiento antituberculoso. Llegando a concientizar a la población en general en la modificación de estos factores con el fin de prevenir la tuberculosis.

3. Objetivos de la Investigación

3.1. Objetivo general

Determinar los factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes que asisten al Hospital Huaycán.

3.2. Objetivos específicos:

- Identificar el factor de riesgo del paciente para la no adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes que asisten al Hospital Huaycán.
- Identificar el factor de riesgo servicio de salud para la no adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes que asisten al Hospital Huaycán.
- Identificar el factor de riesgo ambiente para la no adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes que asisten al Hospital Huaycán.
- Identificar el factor de riesgo estilo de vida para la no adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes que asisten al Hospital Huaycán.

Capítulo II

Marco Teórico

1. Antecedentes de la Investigación

1.1. En el ámbito internacional

En México, Morales et al. (1993) en su investigación titulada “Principales causas de abandono del tratamiento contra la tuberculosis pulmonar”, tiene el objetivo estudiar las principales causas de abandono del tratamiento antituberculoso, con un estudio metodológico cuantitativo, de casos y testigos en los cuales se estudiaron 100 pacientes con tuberculosis pulmonar en el medio rural y 74 en el medio urbano, con un resultado de incidencia de abandono global fue del 42 por ciento (73/174): los factores con mayor fuerza de asociación para abandono, independientemente de la asociación con otros factores, fueron el vivir en un medio rural, el no tener escolaridad alguna (analfabeta) y el tomar más de una hora en trasladarse a la unidad de atención médica. Los resultados a los llegaron fue que no se encontró asociación con las variables socioeconómicas interrogadas, ni con el conocimiento de la enfermedad por el paciente. Identificar los factores que condicionan el abandono del tratamiento contra la tuberculosis es de primordial importancia, sobre todo si se considera que la mayoría de los abandonos ocurren en los primeros días del tratamiento, donde estrategias como el tratamiento acortado de menor número de dosis tienen poca influencia. El mejorar el control del tratamiento seguramente contribuirá a lograr el control deseado de esta enfermedad.

En Argentina, Arrossi, Herrero, Greco y Ramos (2012), en su investigación titulada “Factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en municipios del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina”, tiene por objetivo identificar las características sociodemográficas de los pacientes y las características del tratamiento que influyen en la no adherencia al tratamiento antituberculoso, con un estudio metodológico de corte transversal, en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Se encuestaron 38 pacientes que no adhirieron al tratamiento y 85 pacientes que adhirieron al tratamiento, diagnosticados durante el año 2007, residentes y atendidos en hospitales de municipios seleccionados. El análisis de los factores se llevó a cabo mediante regresión logística. Los resultados indican que los pacientes con viviendas sin agua, tuvieron 3 veces más probabilidad de no adherencia (OR=2,8; IC95% 1,1-6,9). Asimismo, los pacientes que realizaban los controles en un hospital tuvieron 3 veces más riesgo de no adherir que los que los realizaban en centros de atención primaria (OR=3,2; IC95% 1,1-8,9). En conclusión, nuestros resultados sugieren que la descentralización del tratamiento al primer nivel de atención contribuiría a aumentar la capacidad de adherencia de los pacientes, probablemente al reducir las barreras de acceso a los servicios de salud donde se llevan a cabo el tratamiento y los controles.

En Colombia, Cáceres y Orozco (2007) realizaron un estudio sobre “Incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso”, tienen por objetivo determinar la incidencia y los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso, se utilizó el diseño de seguimiento a una cohorte de adultos con tuberculosis, residentes en área urbana. Los pacientes fueron entrevistados al ingreso y seguidos hasta el abandono, la muerte o el egreso del programa. La variable de salida fue tiempo al abandono. Se calcularon las tasas de abandono, las curvas de supervivencia y se elaboró un modelo de regresión de Cox para ajustar las variables asociadas. El seguimiento se realizó a 261 personas, quienes presentaron factores protectores: tener apoyo

familiar y recibir tratamiento donde se le hizo el diagnóstico. Los factores de riesgo fueron los siguientes: efectos secundarios, estrato socioeconómico bajo, tener entre 21 y 30 años, haber estado detenido, tener más de dos faltas al tratamiento y tener VIH/sida. En conclusión el abandono es mayor que en los reportes anteriores y que en otros lugares. Se recomienda hacer diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, fomentar el apoyo familiar, realizar intervenciones ante faltas al tratamiento, especialmente en personas con VIH/sida, de estratos bajos y con antecedentes carcelarios

En México, Reyes, et al., (2008) realizaron una investigación titulada: “Abandono del tratamiento antituberculoso. Un análisis de percepciones e interacciones en Chiapas, México”, el objetivo fue analizar percepciones e interacciones entre actores involucrados en el tratamiento antituberculoso y su influencia en el abandono del tratamiento en los Altos de Chiapas, México, usando en el diseño metodológico cualitativo, en una entrevista desde noviembre 2002 a agosto 2003, a pacientes con TBC, familiares, médicos institucionales, coordinadores comunitarios de salud y médicos tradicionales. Los resultados obtenidos fueron el contagio por trastes, el trabajo excesivo, la alimentación, el frío y otras sin relación con la transmisión de persona a persona. La incapacidad para el trabajo se reflejó en crisis económica del paciente y su familia. El estigma social impactó emocionalmente en la vida personal, familiar, laboral y de comunidad. Se llegó a las conclusiones que el desconocimiento sobre la enfermedad propició la elección de diferentes alternativas para su atención. Los servicios de salud y la inadecuada relación médico paciente influyeron en el retardo en el diagnóstico y falta de adherencia al tratamiento.

En Nicaragua, Pineda y Pereira (2005) en su investigación titulada “Abandono del Tratamiento Antituberculoso en Nicaragua: Resultados de un estudio comparativo”, tienen por objetivo identificar factores relacionados con el abandono del tratamiento de la tuberculosis en centros de

salud de los departamentos de Managua y Matagalpa. Se utilizó el diseño metodológico un estudio de casos y testigos pareados por edad y por municipio de tratamiento. Los resultados obtenidos son factores de riesgo de abandono de la farmacoterapia antituberculosa: sexo masculino (OR: 2,51; IC 95%: 1,63 a 3,94), residencia inestable o en la calle (OR: 3,08; IC95%: 1,57 a 6,49), cambio de domicilio durante el tratamiento (OR: 4,22; IC95%: 2,06 a 9,93), consumo de bebidas alcohólicas (OR: 5,25; IC95%: 2,43 a 12,94), uso de drogas ilícitas (OR: 5,25; IC95%: 2,43 a 12,94), dificultad de acceso a los servicios de salud (OR: 2,64; IC95%: 1,39 a 5,29) y un concepto negativo de la atención recibida (OR: 5,33; IC95%: 1,52 a 28,56).

En Argentina, Arrossi, Herrero, Greco y Ramos (2011) en su investigación titulada: “Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento de la tuberculosis: revisión de la literatura” tiene por objetivo identificar cuáles han sido los factores predominantemente analizados y determinar cuáles han presentado una mayor asociación con la no-adherencia al tratamiento anti-tuberculoso, con un estudio metodológico de corte transversal, en el Área Metropolitana de Buenos Aires. El proceso de revisión de evidencias se realizó por medio de una búsqueda de estudios publicados entre 1997 y 2007 que analizaron factores asociados a la no adherencia al tratamiento antituberculoso, a través de las bases de datos PubMed - MEDLINE y LILACS. Se complementó con una revisión manual publicaciones seleccionadas. Se incluyeron estudios cuantitativos con análisis multifactorial. Se excluyeron revisiones, estudios cualitativos, e investigaciones realizadas únicamente en población pediátrica, carcelaria y en grupos de refugiados, las referidas a tuberculosis latente, a tratamientos antituberculosos preventivos y a tuberculosis multirresistente exclusivamente. Los resultados refieren que quedaron incluidos 43 estudios de países de ingresos altos, medios y bajos. Los resultados indican que la tendencia a abandonar el tratamiento se incrementa fuertemente conforme aumenta la condición de indigencia, precariedad y marginalidad social, como en el caso

de quienes están desempleados o tienen empleos muy precarios, los analfabetos, las personas que viven en situación de calle o en residencias temporarias, los pacientes alcohólicos y los adictos a las drogas ilegales (sobre todo por vía endovenosa). Como resultado de esta revisión es posible trazar un perfil de la no-adherencia, marcado por la desigualdad socio-económica, la vulnerabilidad psico-afectiva, la exclusión social y la inequidad en el acceso a la atención de la salud. Se concluyó que la adherencia al tratamiento es un proceso complejo y dinámico, en el que intervienen múltiples factores que indican que se trata de un proceso multidimensional. Estos resultados refuerzan la necesidad de desarrollar políticas de protección social al paciente, con el objetivo de reducir las condiciones de vulnerabilidad social y económica a las que están expuestas. Finalmente, es necesario evaluar qué obstáculos inherentes a la organización del sistema de salud actúan como barreras para la adherencia al tratamiento.

En Chile, Galiano y Montesinos (2005), en la investigación titulada “Modelo predictivo de abandono del tratamiento antituberculoso para la Región Metropolitana de Chile”, tienen por objetivo identificar las variables asociadas al abandono, determinar el perfil del paciente que abandona y construir un modelo predictivo de riesgo de abandono del tratamiento antituberculoso. Usando en el diseño metodológico, una encuesta al ingresar en el programa y en el domicilio a los abandonos, a pacientes ingresados en el Programa Nacional de Control de Tuberculosis entre octubre de 2005 y marzo de 2006, Región Metropolitana de Chile, seguimiento hasta octubre de 2006. Revisión de fichas clínicas, tarjeta de tratamiento, hoja informe mensual de cada paciente, formulario de notificación obligatoria. Los resultados fueron los siguientes, el paciente con un 95,1% de probabilidades de abandonar el tratamiento corresponde al perfil de paciente sin previsión, alcohólico, drogadicto, que vive solo y con antecedentes de abandonos anteriores.

1.2. En el ámbito nacional

En Lima, Lengua (1998), en su investigación titulada “Factores socio-demográficos culturales que influyen en el abandono al tratamiento de tuberculosis de los pacientes en el Centro de Salud El Progreso Lima 1995-1996”, su objetivo fue identificar los factores socio-demográficos-culturales influyentes en el abandono al tratamiento de tuberculosis en pacientes del programa de tuberculosis en el Centro de Salud "El Progreso", Área Hospitalaria N°16, durante los años 1995 y 1996. El método utilizado fue descriptivo, comparativo, contándose con un grupo de 09 pacientes en el año 1995 y de 05 pacientes en el año 1996, que representan el 100 por ciento de abandono al tratamiento respectivamente. Los resultados fueron tabulados encontrándose que: El abandono en su mayoría es de los varones con un porcentaje de 22.23 por ciento en el año 1995 y de 40 por ciento en el año 1996, siendo el mayor abandonador el jefe de familia. Los pacientes que abandonaron el tratamiento desconocen la importancia de la medicina que administra el Centro de Salud. En otras de las causas su abandono al tratamiento de tuberculosis, según refieren los pacientes es el maltrato que reciben por parte del personal técnico del Programa de Tuberculosis. Otra causa es el horario de atención en el programa, siendo en 1995 de 08:00 a 14.00 horas y en 1996 se amplió a 12 horas de 08:00 a 20:00 horas.

Asimismo, Ríos et al., (2002), en su estudio de investigación sobre “Factores asociados a recaídas por tuberculosis en Lima este - Perú”, tiene por objetivo determinar los factores de riesgo asociados a recaídas por tuberculosis en Lima Este - Perú, entre marzo y diciembre del 2000. Fue un estudio de caso-control, en que se definió a los casos (184) como los pacientes que recibieron tratamiento con el esquema I alguna vez, egresaron como curados y volvieron a presentar otro episodio de tuberculosis BK positivo durante 1999. Los controles (368) fueron los pacientes nuevos con tuberculosis BK positivo tratados en 1998 que no recayeron. Los resultados se

asociaron significativamente a las recaídas el sexo masculino, la edad mayor de 50 años, el consumo de drogas, la residencia en un área urbana, el hacinamiento, la percepción errada de la enfermedad (PEE) y la desocupación, no así el contacto con un paciente tuberculoso. Luego del análisis multivariado, sólo se asociaron el área urbana, el hacinamiento, la PEE y el tratamiento irregular. Se logró concluir que la residencia en un área urbana, el hacinamiento, la PEE y la irregularidad en el tratamiento son factores asociados significativamente a recaídas en pacientes con TBC pulmonar BK (+) de Lima Este, Perú.

En Ica, Culqui et al., (2005) realizó una investigación titulada “Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú”. Tiene el objetivo identificar factores de pronóstico del abandono del tratamiento antituberculoso en la provincia de Ica, Perú. Entre 1998 y 2000 se llevó a cabo un estudio de casos y testigos (razón numérica de 1:1) en la provincia de Ica. Se identificaron 55 casos de abandono del tratamiento antituberculoso. Los factores evaluados se seleccionaron a partir del modelo del campo de la salud de Lalonde. Las respectivas razones de posibilidades se calcularon por medio de análisis unifactorial y multifactorial. Se identificaron como factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso los siguientes: considerar insuficiente la información proporcionada por el personal de salud sobre el tratamiento (razón de posibilidades [odds ratio, OR]: 4,20; intervalo de confianza de 95% [IC95%]: 1,77 a 10,02), considerar inadecuados los horarios para recibir el tratamiento (OR: 9,95; IC95%: 1,97 a 50,21) y consumir drogas ilícitas (OR: 7,15; IC95%: 1,69 a 30,23).

El mismo autor, Culqui et al., (2010), en su investigación sobre “Tuberculosis en la población indígena del Perú 2008”, tiene por objetivo identificar a los pobladores indígenas afectados por tuberculosis (TB) en el Perú durante el año 2008. Realizó un estudio observacional, descriptivo, realizado de agosto a diciembre de 2009, que incluyó a los pacientes indígenas afectados por

tuberculosis que ingresaron al programa durante el año 2008, de las 25 regiones del Perú. Se identificó a 702 indígenas con tuberculosis. El grupo étnico que presenta la mayor cantidad de pacientes con TB son los quechuas (417/702; 59,4%), los indígenas amazónicos (201/702; 28,6%) de los cuales los grupos étnicos que presenta más del 60% de indígenas con TB, son los Ashaninka (Campas), Shipibo y Matsigenka. En tercer lugar se encuentran los indígenas Aymaras quienes presentaron (84/702; 11,97% de todos los pacientes diagnosticados con TB). Es importante mencionar que la distribución de los casos de tuberculosis multidrogo resistente involucra a cinco departamentos (nueve casos con TB MDR), siendo mayor el número de casos de TB MDR antes tratado 6/9, encontrándose sólo tres casos de TB MDR nuevos, pertenecientes al grupo indígena quechua.

De igual manera, Arriola, Castillo, Quispe y Torres (2011) realizaron un estudio titulado: “Factores asociados a la asistencia del paciente al tratamiento antituberculoso” tiene por 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. Los resultados mostraron que 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). Las conclusiones fueron que los factores asociados a la asistencia discontinua con mayor significancia

fueron: hacinamiento, tipo de trabajo independiente y eventual, no tener apoyo familiar, y no tener información básica sobre la enfermedad.

De esta manera, Culqui et al., (2012), realizó otra investigación para reforzar lo antes mencionado sobre “Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú”, tiene por objetivo identificar los factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en los cuatro departamentos de mayor incidencia del Perú. La metodología utilizada fue de estudio de casos y controles no pareado en pacientes diagnosticados de tuberculosis durante 2004-2005 y que finalizaron tratamiento hasta septiembre de 2006. Se definieron como casos los pacientes que abandonaron el tratamiento por ≥ 30 días consecutivos, y como controles los que completaron el tratamiento sin interrupción. Los factores se identificaron mediante regresión logística, calculándose las odds ratios (OR) y los intervalos de confianza al 95% (IC). Con un resultado que el abandono del tratamiento antituberculoso se asoció a factores no modificables (sexo masculino, abandono previo) y a otros cuyo control mejoraría el cumplimiento (malestar durante el tratamiento, consumo de drogas recreativas y pobreza). Así mismo, es prioritario facilitar el acceso al sistema sanitario y mejorar la información recibida sobre tuberculosis.

En tanto, Onofre (2012), realizó un estudio también en Lima sobre “Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, en el distrito La Victoria periodo 2003 - 2007”, tiene por objetivo determinar los factores de riesgo que están asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento del Distrito La Victoria en el periodo 2003-2007. Metodológicamente es un estudio retrospectivo de casos y controles. Por lo tanto 126 pacientes abandonaron el retratamiento (grupo de casos) y 246 pacientes egresaron del retratamiento como curados (grupo de control). Al resto de los pacientes no se logró

realizar la encuesta por no ubicarlos en su domicilio, no aceptaron participar en el estudio, cambiaron de domicilio y en algunos casos el paciente había fallecido. Los resultados obtenidos en el presente estudio fueron los siguientes: Los factores que tienen relación con un alto riesgo de abandono al retratamiento son: El paciente que consume alcohol tiene 4 veces más riesgo de abandonar el tratamiento que aquellas que no consumen alcohol OR: 4.575 (1.757-11.907), el que consume drogas tiene 29 veces más riesgo de abandonar el retratamiento que aquellas que no consumen drogas OR: 29.263 (3.549-241.280), la sensación de falta de eficacia durante el tratamiento representa 11 veces más riesgo de abandonar el retratamiento que aquellas que no experimentan esta sensación OR: 11.188 (5.097-24.558), el paciente que siente temor al señalamiento y rechazo cuando presentó la enfermedad, tienen 13 veces más riesgo de abandonar el retratamiento que aquellas que no experimentan esta sensación OR:13.210 (4.493-38.838).

2. Marco bíblico filosófico

La Biblia es un libro de vida, ningún otro texto o colección literaria tiene una aplicación tan amplia a tantos aspectos de la vida. La buena salud se relaciona con la vida, así que no debería sorprendernos que la Biblia contenga principios referidos precisamente a la salud.

¿Quién puede sentirse hoy inmune al cáncer, tuberculosis, el infarto cardiaco, la depresión u otras enfermedades potencialmente mortales? Mucho antes de que la ciencia demostrara que la salud depende fundamentalmente de nuestra alimentación, Elena G. de White ya había señalado la relación que existe entre lo que comemos y nuestro bienestar físico, mental y espiritual. Dios ya había mencionado que una buena alimentación traería mayor vida, y que un cuerpo sano es templo del espíritu santo. Si bien es cierto, lo insalubre que comemos, no nos afecta al momento, pero a largo plazo nos matara. Aquel que no cuida su cuerpo es como matarse a sí mismo ya que no da un valor a su propia vida, esto es lo que menciona Dios en la biblia.

Un claro ejemplo de una buena alimentación saludable para prevenir las enfermedades fue el caso de Daniel y sus amigos: “Y Daniel propuso en su corazón no contaminarse con la porción de la comida del rey, ni con el vino que él bebía; pidió, por tanto, al jefe de los eunucos que no se le obligase a contaminarse.” (Daniel 1:8). Daniel no quería “contaminarse” con comidas mundanas, ya que él sabía que eso no era bueno para su salud.

White(1926) en su libro del Ministerio de Curación menciona que “los que comen carne y sus derivados no saben lo que ingieren. Muchas veces si hubieran visto los animales vivos y conocieran la calidad de su carne, la rechazarían con repugnancia. La gente está continuamente comiendo carne que está saturada de gérmenes por lo que produce un déficit en su organismo y esto conlleva a poder obtener enfermedades, así como la tuberculosis, ya que esta y otras enfermedades fatales resultan así contagiadas.

3. Marco Teórico

3.1. Tuberculosis (TB)

Según el MINSA (2014) menciona que la tuberculosis es una enfermedad contagiosa que afecta principalmente a los pulmones, pero que puede atacar otras partes del cuerpo, llegando a ser muy grave. Lo causa una bacteria conocida como "bacilo de Koch" que se contagia por el aire. Si no se trata oportunamente, puede causar daño permanente en los pulmones.

Bermejo et al., (2007) menciona que es una Bacteria Alcohol-Ácido resistente frecuentemente incolora, aeróbica estricta. Su crecimiento está subordinado a la presencia de oxígeno y al valor del pH circundante. Es muy resistente al frío, la congelación y la desecación; por el contrario muy sensible al calor, la luz solar y la luz ultravioleta. Su multiplicación es muy lenta (se divide cada

16 a 20 horas) y ante circunstancias adversas puede entrar en estado latente, pudiendo retrasar su multiplicación desde algunos días hasta varios años.

3.1.1. Tuberculosis Pulmonar

Según la OMS (2014) refiere que es la más frecuente y la más contagiosa de las formas de tuberculosis, representa alrededor del 80 al 85% del total de los casos. Se presenta con signos respiratorios como tos seca o productiva, expectoración con o sin hemoptisis, dolor torácico y síntomas generales: anorexia, astenia, adinamia, sudoración nocturna, pérdida de peso y a veces fiebre prolongada.

3.1.2. Tuberculosis Extra pulmonar

Según Fanlo y Tiberio (2007) refieren que “a pesar de que el pulmón es el órgano diana por excelencia de la tuberculosis, cualquier otro órgano y sistema puede verse afectado.” Se sabe que es una enfermedad infecciosa crónica, localizada en cualquier parte del organismo, fuera de los conductos respiratorios inferiores y del parénquima pulmonar, causado por diferentes especies de *Mycobacterium*, denominadas colectivamente bacilos tuberculosos. Refiere también que entre el 15 al 20% de todos los casos de tuberculosis, afectará a otros órganos fuera del pulmón. Las formas más frecuentes de tuberculosis extra pulmonar son la pleural y la ganglionar, seguidas por la genitourinaria. Los síntomas de la tuberculosis extra pulmonar, dependerán del órgano afectado.

3.2. Tuberculosis Multidrogo resistente (TB MDR)

Según el MINSA (2013) refiere que la tuberculosis puede ser tratada con cuatro medicamentos antituberculosos efectivos (de primera línea). Si el paciente abandona el tratamiento o lo toma de forma irregular, puede presentarse la tuberculosis multidrogo resistentes (TB-MDR). La TB-MDR

se manifiesta cuando las bacterias causantes de la tuberculosis son resistentes por lo menos a la isoniazida y a la rifampicina, los dos medicamentos antituberculosos más potentes. El tratamiento de la TB-MDR es con medicamentos de segunda línea, que son más costosos y tienen más efectos colaterales, y es más prolongado. Para saber si tiene esta enfermedad TB MDR, existe una prueba denominada Prueba de Sensibilidad, la cual determinará si soy MDR o no.

3.3. Tuberculosis extremadamente resistente (TB XDR)

Según la OMS (2014) refiere que la tuberculosis extremadamente resistente (TB-XDR) es producido por bacilos mucho más agresivos que han mutado, lo que hace más difícil la curación. La TB-XR se define como la tuberculosis resistente al menos a la isoniazida y la rifampicina, y a algún tipo de fluoroquinolona, así como a alguno de los tres fármacos inyectables de segunda línea (amikacina, capreomicina y kanamicina).

3.4. Signos y Síntomas

Según Bossio et al., (2009) refiere que tener tos y posiblemente mente fiebre persistentes por más de 15 días son los signos de mayor valor para sospechar tuberculosis. Menciona también que otros síntomas que deben hacer pensar en tuberculosis son la expectoración con sangre (hemoptisis), con o sin dolor torácico, y dificultad para respirar, la pérdida de peso y de apetito, fatiga, sudoración nocturna, fiebre, cansancio. Y refiere que alrededor del 10% de los pacientes que consultan a servicios de salud, lo hacen por síntomas respiratorios.

3.5. Transmisión de tuberculosis

Según Bossio et al. (2009) mencionan que el reservorio de la tuberculosis es el hombre enfermo. Cuando la tuberculosis se localiza en el pulmón, los individuos enfermos podrán diseminar el

bacilo, ya que al toser, hablar o expectorar eliminarán pequeñas gotas de saliva (gotas de Flugge) que contienen bacilos, que podrán ser aspirados por individuos susceptibles.

Mencionan también que los factores determinantes del contagio incluyen la localización de la tuberculosis (pulmonar o no), características de la enfermedad (mayor o menor cantidad de bacilos en el esputo), la duración y frecuencia del contacto entre la persona sana y la enferma, las características del ambiente en que ocurre (inadecuada ventilación) y las condiciones del individuo expuesto (nutrición, enfermedades concomitantes): el 50% de los contactos cercanos de casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopías positivas (pacientes bacilíferos) podrían infectarse, mientras que solo se infectarían el 6% de los contactos cercanos de los enfermos con baciloscopías negativas.

3.6. Diagnóstico de Tuberculosis

Según Bossio, Morales, Arias y Barrera (2009) refiere que el examen baciloscópico directo (baciloscopía) es la técnica de confirmación más práctica, sencilla y rápida, y puede confirmar entre el 65% y el 80% de los casos de tuberculosis. El diagnóstico de certeza de tuberculosis implica la identificación del agente causal en muestras de secreciones orgánicas o en muestras de tejidos. Las técnicas disponibles para el diagnóstico de tuberculosis son: la bacteriología, la radiología, la reacción de PPD (Derivado Proteico Purificado) y otras técnicas de laboratorio.

3.7. Tratamiento de la tuberculosis

3.7.1. Tratamiento Tuberculoso: Esquema I

Según Bossio et al., (2009) menciona que el tratamiento de primera línea, principales, o esenciales son: Isoniazida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z), y Etambutol (E). Estos

fármacos son efectivos en la mayoría de los casos y logran la curación de los pacientes en un periodo de seis meses o más de acuerdo a la categoría de la enfermedad.

Por otra parte, Aidar et al. (2009) menciona que la isoniazida, rifampicina y pirazinamida son los medicamentos bactericidas más potentes, activas contra todas las poblaciones de bacilos tuberculosos.

La isoniazida (H) actúa sobre poblaciones de multiplicación continua; la rifampicina (R) interfiere con duplicación de material genético del *Mycobacterium tuberculosis*; la pirazinamida (Z) es activa en medio ácido contra los bacilos que se encuentren en el interior de los macrófagos. Debido al hecho de que estos tres medicamentos (isoniazida, rifampicina y pirazinamida) pueden eliminar al bacilo en cualquier localización extra o intracelular, se les conoce como el núcleo básico del tratamiento antituberculoso. El etambutol (E) es un fármaco bacteriostático que se asocia a medicamentos bactericidas más potentes para evitar la emergencia de bacilos resistentes. Menciona también que actualmente y localmente se lleva a cabo esquemas de tratamiento antituberculoso. Para todo caso de tuberculosis, antes de iniciar el tratamiento deberá definirse lo siguiente: Condición bacteriológica inicial por baciloscopías o cultivo, antecedentes de tratamiento previo, localización de la enfermedad: pulmonar o extra pulmonar, gravedad y pronóstico de la enfermedad.

Según el MINSA (2013) en la Estrategia Nacional refiere que los medicamentos antituberculosos de primera línea, se utilizan en personas con tuberculosis en condición de: nuevos, recaídas y abandonos, son altamente eficaces y de buena tolerancia.

Tabla 1. *Tratamiento Esquema I*

Primera Fase : 2 meses (HREZ) diario (50 dosis)
Segunda Fase:4 meses (H3R3) tres veces por semana (54 dosis)

Nota 1: Marco extraído de la Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. Resolución Ministerial No 715-2013/MINSA.

Nota 2: Las letras mayúsculas, son siglas de los medicamentos ya mencionados anteriormente. El número al costado de ella son la cantidad de Pastillas que ha de recibir el paciente.

En la tabla 1 se observa el esquema I que garantiza el cumplimiento total de las dosis programadas. Si por cualquier circunstancia se ha dejado de tomar algunas dosis, éstas deben administrarse al final de la fase correspondiente hasta alcanzar las dosis de tratamiento completo (50 dosis en la primera fase y 54 dosis en la segunda fase).

No se recomienda prolongar ni primera ni segunda fase, más allá del número de dosis programadas para cada fase, con el fin de prevenir el enmascaramiento del fracaso de tratamiento en curso. Las indicaciones son para todo paciente nuevo con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y/o extra pulmonar con BK positivo o BK negativo (incluyendo a aquellos con cultivo BK positivo o negativo). Todo paciente NUEVO con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y/o extra pulmonar con BK positivo o BK negativo (incluyendo a aquellos con cultivo BK positivo o negativo) asociado a infección VIH /SIDA.

Los medicamentos de segunda línea se utilizan generalmente en personas con tuberculosis resistente a antibióticos. Son menos eficaces y de menor tolerancia, excepto las quinolonas. Todo paciente antes tratado con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y/o extra pulmonar con BK positivo o BK negativo (incluyendo a aquellos con cultivo BK positivo o negativo). Todo paciente antes tratado con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y/o extra pulmonar con BK positivo o BK negativo (incluyendo a aquellos con cultivo BK positivo o negativo) asociado a infección VIH /SIDA.

3.7.2. Tratamiento para Multidrogo Resistente (TB MDR)

Según el MINSA (2013) refiere que la mejor opción de manejo para la TB MDR es el retratamiento individualizado, pero las personas con tuberculosis no siempre cuentan con resultados de prueba de sensibilidad en el momento de la decisión terapéutica, lo cual condiciona la necesidad de esquemas de tratamientos intermedios empíricos, en el país denominado esquema estandarizado de retratamiento o esquema empírico de retratamiento.

Retratamiento Individualizado para TB MDR Esquema aprobado por el CERI (Comité de Evaluación de Retratamiento Intermedio) en base a los resultados de la prueba de sensibilidad.

Dicho esquema deberá ser propuesto por el médico consultor y puesto a consideración del CERI y/o CERN (Comité de Evaluación de Retratamiento Nacional) para su decisión final. Indicado en: Personas con tuberculosis que cuenten con resultados de pruebas de sensibilidad para fármacos antituberculosos de primera y/o segunda línea del INS (Instituto Nacional de Salud) o de laboratorios acreditados por el INS para este fin. En la elaboración de los esquemas individualizados debe considerarse la elección de los fármacos en el siguiente orden:

Grupo 1: Fármacos orales de primera línea (H, R, E, Z), de ser posible se deben utilizar los fármacos de este primer grupo, ya que son más eficaces y son mejor tolerados que los medicamentos de segunda línea.

Grupo 2: Inyectables (Aminoglicósidos, capreomicina (Cm)), si el paciente es sensible se recomienda estreptomicina como primera opción. Si es resistente a estreptomicina, la segunda opción es kanamicina (Km). Si la cepa es resistente tanto a estreptomicina como a kanamicina, entonces la elección es capreomicina.

Grupo 3: Quinolonas (ciprofloxacino (Cpx), moxifloxacino) son fármacos de segunda línea orales y bactericidas contra el Mycobacterium tuberculosis, se debe incluir una quinolonas en cada régimen.

Grupo 4: Este grupo incluye a Etionamida, Cicloserina (Cs), PAS. Son menos tolerados que los medicamentos de los otros grupos. Todos ellos pueden ser incluidos en el esquema de retratamiento.

Grupo 5: Otros: Amoxicilina/Acido Clavulánico, Claritromicina.

En algunos casos que no se puedan utilizar los inyectables del grupo 2 por resistencia a esos medicamentos, se podría considerar la utilización de Amikacina y cada seis meses deberá ser presentado nuevamente el caso al CERN a través del CERI, según corresponda.

Otro factor importante que menciona el MINSA (2013) los esquemas a seguir dentro del tratamiento antituberculoso:

- Tratamiento Estandarizado:

Paciente con factores de riesgo para TB MDR y en quien por la severidad de su estado, no se puede esperar el resultado de una prueba de sensibilidad (PS) rápida o convencional para iniciar tratamiento. Es indicado por el médico consultor.

- Primera Fase: 6-8 meses (EZLfxKmEtoCs) diario
- Segunda Fase: 12-16 meses (EZLfxEtoCs) diario

- Tratamiento Empírico

De acuerdo al resultado de las pruebas rápidas a la isoniazida y rifampicina se establecen los esquemas empíricos.

Tabla 2. *Tratamiento Empírico*

Resultado PS rápida	Esquema Empírico	Duración	Comentario
TB H resistente	2 (REZLfx)/7 (RELfx)	Terapia diaria excepto domingos por 9 meses	Ajustar estos esquemas según resultado de PS convencional a medicamentos de 1 y 2 línea
TB R resistente	6 - 8 (HEZLficKmEtoCs) / 12 (HEZLfxEtoCs)	Terapia diaria excepto domingos 12 a 18 meses	
TB H y R resistente (TB MDR)	6 - 8 (EZLfxKmEtoCs) / 12 - 16 (EZLfxEtoCs)	Terapia diaria excepto domingos meses	

Nota: Marco extraído de la Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. Resolución Ministerial No 715-2013/MINSA.

- Tratamiento Individualizado

Paciente con diagnóstico de TB resistente con resultados de una PS convencional para medicamentos de primera y segunda línea.

Casos de TB mono o poli resistente:

En casos de TB mono o poli resistente a medicamentos de primera línea, los esquemas individualizados deben darse de manera diaria de lunes a sábado.

Tabla 3. *Tratamiento Individualizado*

Perfil de resistencia	Esquema de tratamiento diario	Duración (meses)
H	2RZELfx / 7RELfx	9
H + S	2RZELfx / 7RELfx	9 meses
H+E	2RZLfxS / 7RZLfx	9 meses
H+E+S	2RZLfxKm / 7RZLfx	9 a 12 meses
H+Z	2RELfxS / 7RELfx	9 a 12 meses
H + E + Z	3RLfxEtoS / 15 RLfxEto	18 meses
Z	2RHE / 7RH	9 meses
E	2RHZ / 4RH	6 meses
R	3HEZLfxKm / 9HEZLfx	12 a 18 meses
Otras combinaciones	Según evaluación del médico y el CERI O CERN	

Nota: Marco extraído de la Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. Resolución Ministerial No 715-2013/MINSA.

3.7.3. Tratamiento para Tuberculosis Extremadamente Resistente (TB XDR)

Según el MINSA (2013) menciona que el esquema individualizado para el paciente con TB MDR/XDR debe elaborarse considerando los siguientes principios:

- Incluir por lo menos 4 medicamentos anti tuberculoso de segunda línea a los que son sensibles o nunca fueron administrados en el paciente. Dentro de ellos debe indicarse una fluoroquinolona y un inyectable de segunda línea.
- Debe incluir pirazinamida por su potencial beneficio clínico. Usar etambutol cuando se demuestre que la cepa es sensible.

- La historia de exposición a medicamentos antituberculoso: Evaluación detallada de los medicamentos utilizados, dosificaciones recibidas, historial de adherencia, uso de terapia directamente observada en boca, otros.
- Los resultados de las PS a medicamentos de primera y segunda línea disponibles.
- El historial de contactos y sus perfiles de sensibilidad a medicamentos. Los antecedentes de abandono o tratamiento irregular.
- Utilizar medicamentos del quinto grupo solamente en los casos de TB XDR en los que no se puede elaborar un régimen efectivo con medicamentos de los grupos 1 al 4.

3.8. No adherencia al tratamiento de la tuberculosis

Según Silva et al., (2005), define como “no-adherencia” la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida; un ejemplo de ello son los problemas relacionados con los medicamentos. La falla en seguir los esquemas de tratamiento indicados por el médico o por el personal de salud es, en esencia, una decisión personal de causa multifactorial. Muchos pacientes hacen un análisis propio de riesgo-beneficio de la necesidad versus conveniencia de tomar el o los medicamentos. A menudo la decisión del paciente si toma o no la medicación se basa en la evaluación de la importancia de cuatro factores: que tan alta es la prioridad de tomar la medicación, la percepción de gravedad de la enfermedad, la credibilidad en la eficacia de la medicación y aceptación personal de los cambios recomendados. Menciona también que la “no-adherencia” a los esquemas de tratamiento prescritos es la mayor causa de falla terapéutica, generalmente atribuida al paciente. Sin embargo, la complejidad del fenómeno de no-adherencia a la terapia, requiere un abordaje multidimensional, que integre la perspectiva paciente-

médico-sistema de salud. La frecuencia de la no-adherencia al tratamiento puede variar, inclusive un mismo individuo que cumpla con el esquema de una medicación, pero no con la otra o las otras. Además, el comportamiento adherente puede cambiar en el tiempo debido a la percepción del individuo, de la eficacia de la medicación, factores económicos, socioculturales, ambientales, etcétera.

3.9 Epidemiología para la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis

La no adherencia está presente en todo el mundo y se distribuye en todos los grupos sociales, étnicos y raciales. Pinedo (2008) menciona que Desde 1991 en el Perú se decide implementar la estrategia DOTS (Terapia directamente observada de corta duración) como recomendación de la OMS para el control de la TBC, la cual se está llevando a cabo en todos los servicios de la red sanitaria del MINSA.

Pese a ello durante el año 2006 se han diagnosticado 31,166 casos nuevos de personas enfermas de TBC pulmonar y extra pulmonar, incrementándose este número en comparación al año 2005 dado que el total de casos nuevos fue de 30,226 personas, además que el número de recaídas en el 2006 fue de 3145 personas y los fracasos al esquema primario 642 personas.

Años atrás, la principal causa de las recaídas fueron los esquemas de tratamiento inadecuados, pero en la actualidad las principales causas son la baja adherencia al tratamiento y la aparición de cepas resistentes. El tratamiento y la curación de las recaídas presentan serios problemas en relación al paciente que acude a tratamiento por primera vez entre las cuales están: mayor costo de tratamiento, presencia RAFAS y ser infectado por cepas MDR además del riesgo de mayor contagio a miembros de la comunidad en la cual viven.

3.10. Consecuencias para la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis

Arriola et al., (2011) menciona que, la asistencia al tratamiento es considerado como el cumplimiento del tratamiento antituberculoso de manera continua o discontinua. Esta última es causa para el abandono del proceso e implica una persistencia de la fuente de infección, un aumento de mortalidad y de las tasa de resistencia; además, facilita el desenvolvimiento de cepas de bacilos resistentes. También se considera la asistencia discontinua como uno de los principales obstáculos para el control de la tuberculosis, porque disminuye la eficacia de los programas nacionales al incrementar el riesgo de transmisión del bacilo y aumentar la probabilidad de resistencia bacteriana a los antibióticos. Asimismo, predispone a una mayor frecuencia de recaídas, fracasos o resistencia.

A largo plazo la no adherencia llevara al abandono absoluto y que esto puede causar mayor daño al paciente como a la sociedad, así como lo menciona Manrique (2004) menciona que el problema del abandono del tratamiento anti-TBC tiene connotaciones graves, como son el deterioro físico de la salud del paciente por la enfermedad, la posibilidad de estimular los mecanismos de resistencia bacteriana, la continuación de la propagación de la infección y la perpetuación de su existencia en la humanidad. En esta patología el paciente no puede alegar su autodeterminación a rehusar el tratamiento porque está exponiendo a las demás personas a contraer el bacilo, pero tampoco se puede forzar al paciente a cumplir sin tener en cuenta y respetar los principios éticos. Al estimular los mecanismos de resistencia bacteriana se complica el panorama de manejo ya que se aumenta el costo del tratamiento.

Al abandonar el tratamiento hay reducción en las tasas de curación, aumento de recaídas, recidivas y aumento de la susceptibilidad del paciente a otras infecciones. En resumen, la terapia

inadecuada facilita la aparición de resistencia bacteriana que, sumada a la co-infección con el virus del VIH, puede incrementar la diseminación de la TBC multi-resistente, aumentando la morbilidad y la mortalidad; lo cual la cataloga como una emergencia mundial de grandes dimensiones.

3.11. Factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis

La población de Huaycán es una de las más pobres en el distrito de Ate, por lo tanto también una de las zonas con mayor cantidad de tuberculosis. Según Gallardo y Sánchez, (2009) refieren que el número de casos de Tuberculosis positivo diagnosticados el año 2006 en este hospital de Huaycán fue de 164 casos detectados principalmente en los consultorios externo: 95 de los caso (60%) fueron detectados en el servicio de Neumología; 32 de los casos (20%) en el servicio de medicina. 29 de los casos (15%) fueron detectados en los servicios de Hospitalización; solo 8 casos (5%) fueron detectados fuera de estos servicios.

Menciona también que existen actualmente 100 casos sensibles de tuberculosis, de los cuales 4 son multidrogo resistentes y 1 extremadamente multidrogo resistentes. Por grupo etario mayormente son varones y por edades hay desde los 15 hasta los 75 años de edad, predominando jóvenes especialmente.

Chirinos y Meirelles (2011) menciona que "consideramos importante que los legisladores, médicos y grupos de apoyo a los pacientes reconozcan la autonomía en el proceso de tratamiento; la importancia de intervenciones que animen a tomar decisiones compartidas sobre el tratamiento; el papel de sistemas de apoyo diseñados para las necesidades del paciente; el papel de estructuras informales y sociales que refuercen la adherencia apoyando al paciente; y el papel de la pobreza y el género en el cumplimiento, las nuevas intervenciones para promover la adherencia podrían diseñarse con estos factores en mente"

Asimismo Gallardo, Sánchez, (2009) mencionan que en la Comunidad Urbana Autogestionaria de Huaycán (CUAH) del Distrito de Ate, es evidente la alta tasa de incidencia de tuberculosis debido al elevado riesgo de infecciones intrahospitalarias por transmisión de tuberculosis, predisponiendo a enfermar a la población en general incluyendo al personal de salud que labora en el Hospital de Huaycán. En la actualidad la tasa de incidencia de Tuberculosis es de 122.9 por 1,000 habitantes.

Por lo tanto, hablar de Huaycán es hablar de una zona altamente poblada, de bajos recursos económicos y con índices de tuberculosis alarmantes. Entonces una de las preocupaciones es el saber del porqué del paciente de abandonar su tratamiento. Si bien es cierto Huaycán ha venido trabajando duramente estos años, no ha logrado cubrir la meta que se necesitaba, el ministerio pide que solo en toda tu población exista un 5% de abandono y Huaycán al momento tiene el 13%, vemos que la tasa de abandono aún es muy grande. El abandono del tratamiento impide alcanzar la curación del paciente, tiene una fuerte asociación con recaída precoz y constituye la causa más importante y reversible del fracaso terapéutico; además constituye también un antecedente importante en pacientes fallecidos por TBC.

Para poder saber cuáles son los motivos del porqué del abandono, tenemos que hacernos la pregunta de cuáles son estos factores que influyen para que el paciente no se adhiera a su tratamiento.

El canadiense Marc Lalonde propuso hace casi cuatro décadas que nuestra salud está condicionada por cuatro determinantes: la herencia biológica, el sistema sanitario, el medio ambiente y los estilos de vida. En este estudio he considerado cuatro factores de riesgo importantes y que abarcan en su amplitud del porqué del abandono; factor ambiental, de servicios de salud, el estilo de vida y relacionados al paciente.

Primero tenemos que conocer que es un factor de riesgo; que según la OMS (2013) la define como “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.” Y en este caso la enfermedad de la tuberculosis. Todos los pacientes que asisten al centro de Huaycán están propensos a aumentar la probabilidad de seguir sufriendo esta enfermedad por desertar.

3.11.1. Factor de riesgo relacionado con el paciente

La mayoría de los factores de riesgo para la no adherencia se han enfocado al individuo, como las siguientes características que prevalecen para el abandono de su tratamiento, así como la edad, género, estrato socioeconómico, etc. Este determinante se refiere a la herencia genética especialmente que no suele ser modificable actualmente con la tecnología médica disponible ,estudia factores como la genética y el envejecimiento, esta sería una variable no modificable, sin embargo estudios más recientes y posteriores ediciones del mismo, indican que, considerando aspectos como la manipulación genética, la inseminación artificial y al evolución tecnología, esta variable se ha tornado poco a poco en modificable y de gran ayuda por ejemplo para la prevención de enfermedades hereditarias.

Abarca también y de forma muy importante el paciente se encuentra en su vida cotidiana y como este hace frente a sus necesidades, este factor es un todo del paciente hacia como se va a desempeñar dentro de su tratamiento.

Culqui (2010) menciona que en su estudio, que más del 90 % de las personas sienten un malestar durante el tratamiento, la exploración de esta variable en relación a la sensación de bienestar, o malestar durante el tratamiento, pues podría pensarse que el grupo con mayor malestar estaría en los casos que abandonaron, al observar los resultados; por otro lado menciona que el grupo de edad con mayor predominio de abandonar es el de 21 a 30 años, así mismo menciona que

el sexo masculino es predominante para obtención de esta enfermedad. Todo esto relacionado al paciente.

3.11.2. Factores de riesgo relacionado al ambiente

Es una variable modificable, por factores biológicos como virus, bacterias, parásitos u hongos, factores físicos como ruidos, radiaciones y desechos, factores químicos y factores psico-socio-culturales como dependencia, violencia o promiscuidad, estrés. Según el Instituto Nacional de Salud (2012) refiere que la población requiere de los recursos disponibles en el medio ambiente para su supervivencia, salud y bienestar. La persona en el proceso de satisfacer sus necesidades, además de lograr mejorar las condiciones económicas y de vida, ha creado también riesgos para la salud y la supervivencia humana. Esto se ve el hacinamiento de la población de Huaycán, ya que son familias numerosas, muchos sin grado de instrucción completa, que habitan en viviendas muy pequeñas y que no todos cuentan con los servicios básicos adecuados.

Según Culqui (2010) se ha explorado el medio ambiente desde el punto de vista de medio ambiente físico, medio ambiente social, y medio ambiente psicológico, así en el medio ambiente físico se exploró el medio ambiente ecológico y otros factores; el medio ambiente social, en este grupo se incluyen las costumbres, las relaciones que establece el individuo con otros individuos, como el matrimonio, la relación marital, el ser soltero, relaciones con su familia (apoyo familiar), con su círculo social como relación de estudio o de trabajo, se incluye también el análisis de la pobreza como parte del ambiente socioeconómico. Entre otros factores; también se exploró el medio ambiente psicológico aquí se incluyen las creencias del individuo, así como los temores respecto al tratamiento, acciones ante el tratamiento, etc.

3.11.3. Factor de riesgo relacionado al servicio de salud

Es el determinante de salud que quizá menos influya en la salud y sin embargo es el determinante de salud que más recursos económicos recibe para cuidar la salud de la población, al menos en los países desarrollados. Sistema de asistencia sanitaria que incluye la calidad, cobertura, acceso y gratuidad del sistema. Es todo aquello que abarca y rodea al servicio de salud que brindara la atención al paciente; muchos de estos servicios se encuentran no habilitados para los pacientes o la infraestructura es mala, el trato del personal es inadecuado y esto no es visto correctamente por los pacientes.

La situación en el hospital de Huaycán no es la excepción, este hospital cuenta con un área exclusivamente para la atención de pacientes con tuberculosis que ha sido remodelada en los últimos años. Pero el lugar y la atención hacia los pacientes tal vez sean factores que influyen en la no adherencia al del tratamiento. La atención del paciente tiene que ser de buena calidad, individualizada, exclusiva, muy aparte de brindar charlas, educación, etc. Así como lo menciona Culqui et al., (2005) que refiere que “es fundamental que los servicios de salud ofrezcan gratuitamente los medicamentos, realicen un seguimiento por medio de visitas domiciliarias periódicas y brinden al paciente información adecuada y suficiente acerca de la enfermedad y el tratamiento”.

De esta manera, Culqui (2010) menciona que es importante mencionar que se debe explorar el conocimiento del riesgo mismo, a fin de saber si la persona ha sido informada acerca del riesgo de abandono, así se observó que muchas personas conocen el riesgo de abandonar el tratamiento. Se ha identificado que aquellos que manifiestan tener una mala relación con el personal, han presentado tres veces el riesgo de abandonar el tratamiento antituberculoso, también la satisfacción

del usuario con la información recibida y se observó que el alcanzar un nivel de satisfacción aceptable, condiciona riesgo para el abandono.

3.11.4. Factor de riesgo relacionado al estilo de vida

Es el determinante que más influye en la salud y el más modificable mediante actividades de promoción de la salud o prevención primaria, relacionado directamente con las conductas de salud, como el consumo de drogas, la falta de ejercicio, situaciones de estrés, consumo excesivo de grasas, promiscuidad, conducción peligrosa, hábitos insanos o no cumplir las recomendaciones terapéuticas.

El factor de riesgo en el estilo vida abarca el cuidado propio del paciente hacia su salud y su cuerpo, los cambios en los estilos de vida pueden tener una influencia mucho más profunda en el bienestar y la calidad de vida de las personas. Las decisiones que adoptamos día a día sobre cómo actuar y relacionarnos con nuestro entorno físico y social están influyendo directamente en nuestro estado de salud. Cuando un estilo de vida se convierte en un elemento perjudicial para nuestra salud estamos ante un factor de riesgo. Y la población de Huaycán es susceptible a esto, la mayoría de personas son personas adultas y la otra gran parte jóvenes que estudian y no dedican tiempo suficiente al cuidado de su salud. El presentar hábitos nocivos como el consumo de alcohol, incrementa el riesgo de abandono, así mismo el consumo de otras sustancias nocivas adictivas o recreativas se relaciona con el riesgo de abandono de tratamiento.

3.12. Marco Teórico referente a la población de estudio

La Organización Mundial de la Salud (2006) lanza una estrategia con la finalidad de reducir sustancialmente la carga mundial de tuberculosis, en consonancia con los objetivos de desarrollo del milenio y las metas de la alianza: Alto a la Tuberculosis, con el objetivo de reducir radicalmente

la carga mundial de Tuberculosis para el 2015, garantizando que todos los pacientes, entre ellos los coinfectados por el VIH y los que padecen TB resistente, se beneficien del acceso universal a un diagnóstico de gran calidad y a un tratamiento centrado en el paciente.

Según la OMS (2013) refiere que un con las facilidades que se les brinda a la población infectada, cada año mueren 1,4 millones de personas por esta infección. Reyes et al., (2008) plantea que en áreas de alta resistencia primaria hacen falta nuevas estrategias para el manejo de la tuberculosis, ya que un programa de terapia supervisada no es suficiente. Menciona también que la tuberculosis afecta principalmente a los adultos jóvenes, es decir, en la edad más productiva. Pero todos los grupos de edad están en riesgo. Más del 95% de los casos y las muertes se registran en los países en desarrollo. Las personas infectadas por el VIH tienen entre 26 y 31 veces más probabilidades de enfermar de tuberculosis. El riesgo de desarrollar tuberculosis activa también es mayor en las personas aquejadas de otros trastornos que deterioran el sistema inmunitario.

En 2013, aproximadamente medio millón de niños (de 0 a 14 años) enfermaron de tuberculosis, y una media de 80 000 niños seronegativos murieron por esta causa.

El consumo de tabaco aumenta mucho el riesgo de enfermar de tuberculosis y morir como consecuencia de esta. En el mundo, se calcula que más del 20% de los casos de tuberculosis son atribuibles al hábito de fumar.

Por otra parte, Hipólito et al. (2011) refiere que en el Perú el tratamiento y la curación de las recaídas plantean problemas más difíciles que el de los enfermos tratados por primera vez: el costo del tratamiento es mayor, los pacientes están expuestos a mayor frecuencia de reacciones adversas a drogas, y presentan mayor riesgo de estar infectados con cepas de Tuberculosis multidrogo resistentes. Refiere también que toda la población es susceptible a poder contraer esta enfermedad, ya que no distingue edad, raza ni sexo.

García y Abarca (2005) mencionan que la probabilidad de enfermar en los grupos de personas menores de 24 años se ha comportado históricamente baja y estable a través de los años. Los grupos mayores de 25 años son los que presentan las mayores variaciones históricas del riesgo de enfermar, sobretodo el grupo de mayores de 55 años. Mencionan también que el exceso de riesgo masculino se ha manifestado históricamente, esta tendencia es más clara en los grupos de personas mayores de 24 años de edad, especialmente en el grupo de 35 a 44 años de edad. Se podría explicar por las características de la persona masculina de mayor desgaste físico laboral dentro de los grupos de personas vulnerables socioeconómicamente ante la tuberculosis.

3.13. Teorías de enfermería- Dorotea Orem

El autocuidado es el conjunto de actividades a realizar, con el objeto de asumir la responsabilidad que le corresponde para conservar y mejorar al máximo su potencial de salud y prevenir el riesgo de enfermedad según refiere Cabrera (2004). La teórica Dorotea Orem según Fernández y Manrique (2009) define a la agencia de autocuidado como "...la capacidad que poseen las personas a cuidar de sí mismos con el fin de mantener la buena salud y bienestar".

Según Sierra (2008) menciona que la teoría de Orem es un análisis detallado de los cuidados enfermeros, que nos permite definir el espacio que ocupa el profesional de enfermería en relación con la persona, donde todos los individuos sanos adultos tienen capacidad de autocuidado, en mayor o menor grado, en función de determinados factores (edad, sexo, estado de salud, situación sociocultural, predisposición). Es muy importante que los profesionales de la enfermería dominen una premisa fundamental de la teoría, en la que se plantea que las personas adultas tienen el derecho y la responsabilidad de cuidarse a sí mismas, así como cuidar a aquellas personas dependientes que están a su cargo. En caso de que no puedan, han de buscar ayuda en los familiares o profesionales de la salud. Fundamentalmente son la teoría del autocuidado, la del déficit del

autocuidado y de los sistemas de enfermería. Orem también tiene en cuenta la posibilidad de que la persona no quiera asumir la responsabilidad de cuidarse, por varios motivos como trastornos psíquicos u otras prioridades. La teoría general de Orem expresa la práctica de actividades que los individuos realizan por sí y para sí mismos, para mantener la vida, la salud y el bienestar; por tanto, es necesario dar respuesta a una serie de requisitos de autocuidado que pueden ser universales (satisfacen necesidades de agua, aire, alimentos, eliminación/excreción, actividad y reposo, soledad e interacción social, prevención de peligros y promoción del funcionamiento y desarrollo humano; requisitos de desarrollo (garantizan el crecimiento y desarrollo normal, desde la concepción hasta la senectud y el enfrentar situaciones que pueden afectarlo; y los requisitos ante alteraciones o desvíos en el estado de salud llevan a la persona a buscar asistencia médica segura, a atender los resultados molestos de una enfermedad; a seguir una terapia medicamentosa; a atender los efectos molestos de la alteración en el estado de salud; a aceptar una nueva imagen corporal y los cuidados necesarios para fortalecer el auto concepto o a aprender a vivir con la patología.

4. Definición de Términos

Tuberculosis: Es una enfermedad infecciosa, causada por diversas especies del género *Mycobacterium*, todas ellas pertenecientes al Complejo *Mycobacterium tuberculosis*. La especie más importante y representativa, causante de tuberculosis es el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch. La TBC es posiblemente la enfermedad infecciosa más prevalente en el mundo.

Tratamiento: Es el conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas. Son sinónimos terapia, terapéutico, cura, método curativo.

Factor de riesgo: Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

No adherencia: La no adherencia se refiere a cuánto usted no cumple con el régimen terapéutico prescrito. También se conoce como incumplimiento terapéutico. Incluye su mala disposición para empezar el tratamiento y su incapacidad para tomar los medicamentos tal como se los recetaron.

Irregularidad al tratamiento: No ingesta de 3 dosis programadas continuas o alternadas durante la primera fase del tratamiento o de 5 dosis continuas o alternas durante todo el tratamiento de esquemas para TB sensible.

Riesgo: El término hace referencia a la proximidad o contingencia de un posible daño ya que el paciente, dejara el tratamiento, y tendrá complicaciones en su organismo.

Ambiente: El concepto puede utilizarse para nombrar al aire o la atmósfera. Por eso el medio ambiente es el entorno que afecta a los seres vivos y que condiciona sus circunstancias vitales.

Estilo de vida: El concepto hace referencia a la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Con un conjunto de comportamientos o actitudes cotidianos que realizan las personas, algunos de los cuales pueden ser no saludables.

Servicio de salud: El concepto hace referencia a la actividad que consiste en realizar una cierta acción para satisfacer una necesidad. Por lo general, los servicios implican brindar algo que no es material, a diferencia de los productos que son bienes materiales.

Capítulo III

Material y Métodos

1. Método de Investigación

El presente estudio es de diseño no experimental, porque no se realiza manipulación deliberada de variables, es decir, se observan los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para luego analizarlos, es de tipo prospectivo por la ocurrencia de los hechos; de un enfoque cuantitativo ya que permite medir y analizar estadísticamente las variables de estudio, asimismo, es de alcance descriptivo explicativo porque describe y explica los factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes del Hospital Huaycán, es de corte transversal porque se recolectó la información precisa sobre las variables a investigar tal como se encuentra en la realidad en un determinado tiempo y espacio (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

2. Identificación de la variable

2.1. Factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento antituberculoso.

Son los factores enfocados específicamente en el individuo, que puedan beneficiar o no para la no adherencia al tratamiento antituberculoso.

2.2. Operacionalización de Variables

Operacionalización de la variable: Factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento antituberculoso

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Escala / ITEM
Factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento antituberculoso	Son los factores de riesgo que guardan una compleja interrelación entre los cuales se encuentran algunos derivados del paciente, servicios de salud, estilo de vida y ambiente (Manrique, 2004). Con la “no-adherencia” que es la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida. (Silva et al., 2005).	Son los factores de riesgo que guardan una compleja interrelación entre los cuales se encuentran algunos Derivados del paciente, servicios de salud, estilo de vida y ambiente que causan la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida que presentan los pacientes que reciben tratamiento antituberculoso del Centro de Salud de Huaycán.	Relacionados con el paciente	1. Edad 2. Género 3. Lugar de procedencia 4. Estado civil 5. Religión	De 15 a 35 años De 36 a 59 años De 60 años a más a) Masculino b) Femenino a) Costa b) Sierra c) Selva d) Extranjero e) Otros a) Soltero (a) b) Casado(a) c) Viudo(a) d) Divorciado(a) e) Otros a) Católica b) Evangélica c) Adventista d) Otros

				<p>6. ¿Con quién vive?</p> <p>7. El esquema de tratamiento que recibe es</p> <p>8. Padeció otra enfermedad anteriormente</p> <p>9. Conoce usted sobre su enfermedad</p> <p>10. ¿Considera usted que su tratamiento lo está curando?</p> <p>11. ¿Cuál es su grado de instrucción?</p>	<p>a) Solo b) Padres y hermanos c) Tíos y primos d) Otros</p> <p>a) Esquema I b) MDR c) XDR</p> <p>a) Diabetes b) HTA c) Neumonía d) Otros e) Ninguna</p> <p>a) Si b) No</p> <p>a) Si b) No</p> <p>a) Primaria b) Secundaria c) Técnico d) Superior e) Otros</p>
--	--	--	--	--	--

				<p>12. ¿Cuánto gana o cuál es su salario en un mes?</p> <p>a) Menos de S/. 200 b) S/. 201 – S/. 500 c) S/. 501 – S/. 800 d) Más de S/. 1000</p>
				<p>13. ¿Considera que su economía es estable?</p> <p>a) Si b) No</p>
				<p>14. ¿Ha tenido problemas judiciales?</p> <p>a) Si b) No</p>
				<p>15. ¿Usted ha terminado su tratamiento?</p> <p>a) Si b) No</p>
				<p>16. ¿Usted ha abandonado su tratamiento en algún momento?</p> <p>a) Si b) No</p>
				<p>17. ¿Cuántas veces faltó a recibir su tratamiento a PCT?</p> <p>a) Ninguna b) Más de 2 veces</p>
				<p>18. ¿Cuántos hijos tiene?</p> <p>a) No tengo b) 1 – 2 hijos c) 3 – 4 hijos d) 5 – 6 hijos e) Más de 7</p>

		Es el conjunto de actividades que presta el servicio para los usuarios, relacionado al trato humanizado que se les brinda, la educación sobre su tratamiento y la concientización sobre el riesgo del abandono.	Servicios de Salud	<p>19. ¿Qué molestias presenta después de tomar sus medicamentos?</p> <p>20. ¿Qué hace usted cuando se presentan estas molestias?</p> <p>21. ¿Cómo considera usted la ubicación del servicio de salud?</p> <p>22. ¿Qué opina usted del trato que le brinda el personal de salud hacia su persona?</p> <p>23. ¿Usted recibió algún tipo de información</p>	<p>a) Dolor de cabeza b) Dolor de estómago c) Pérdida de peso d) Otros</p> <p>a) No le brindo importancia b) Acudo a la farmacia c) Acudo al hospital d) Dejo de tomar mis medicamentos e) Otros</p> <p>a) Inaccesible b) Accesible c) Muy accesible</p> <p>a) Mala b) Regular c) Buena d) Excelente</p> <p>a) Si b) No</p>
--	--	---	--------------------	---	---

				<p>sobre la tuberculosis?</p> <p>24. ¿Usted recibió información sobre los cuidados que debe aplicar para su recuperación y evitar el contagio?</p> <p>25. ¿Qué personal de salud le brindó información?</p> <p>26. ¿Cómo es el tipo de información que le brinda el personal de salud sobre su enfermedad y los cuidados que debe aplicar?</p> <p>27. ¿Qué recursos utiliza el personal de salud para proporcionarle</p>	<p>a) Si b) No</p> <p>a) Técnico de enfermería b) Enfermera (o) c) Médico d) Otros</p> <p>a) No entendible b) Entendible c) Entendible y entretenido</p> <p>a) Explica y usa rota folio b) Explica y usa video c) Solo explica</p>
--	--	--	--	--	--

				<p>las charlas educativas?</p> <p>28. ¿Cuántas veces a la semana recibe educación sobre su enfermedad y los cuidados?</p> <p>29. ¿Abandonaría usted su tratamiento?</p> <p>30. ¿Cuánto tiempo espera para ser atendido en el servicio de PCT?</p> <p>31. ¿Cuánto gasta usted para ir al Hospital?</p> <p>32. ¿Cuenta con el apoyo de sus familiares y amigos frente a su enfermedad?</p>	<p>a) Ninguna b) 1 – 2 veces c) 3 -4 veces d) 5-6 veces e) Todos los días</p> <p>a) Si b) No</p> <p>a) 5 – 10 min. b) 11 – 15 min. c) 16 – 20 min. d) Más de 30 min.</p> <p>a) No hay gasto b) S/. 0.50 – S/3.00 c) S/. 3.50 - S/. 5.00 d) De S/. 5.00 a mas</p> <p>a) Si b) No</p>
		<p>Son dificultades que el individuo puede presentar en su área de vivienda y traslado al hospital, tiene como objetivo el estudio de las poblaciones humanas y trata de su</p>	<p>Ambiente</p>		

		<p>dimensión, estructura, evolución y características generales.</p>		<p>33. ¿Cuenta con el apoyo de su jefe y compañeros de trabajo?</p> <p>34. ¿Cuántas personas viven en casa?</p> <p>35. ¿Cuántas habitaciones tiene su vivienda?</p> <p>36. ¿De qué material es su vivienda?</p> <p>37. ¿Cuenta con los servicios básicos?</p>	<p>a) Si b) No</p> <p>a) 1 – 3 b) 4– 6 c) 7 - 9 d) Más de 10</p> <p>a) 1 – 2 b) 3– 4 c) 5 - 6 d) Más de 7</p> <p>a) Noble b) Adobe c) Madera d) Esteras e) Otros</p> <p>a) Si b) No</p>
		<p>El estilo de vida comprende actitudes y valores, que se expresan en el comportamiento del individuo en diferentes áreas de la</p>	<p>Estilo de vida</p>	<p>38. ¿Consume usted cigarrillos?</p> <p>39. ¿Consume usted alcohol?</p>	<p>a) Si b) No</p> <p>a) Si b) No</p>

		vida, especialmente en el cuidado de su salud.		40. ¿Consume usted alguna otra droga?	a) Si b) No
--	--	--	--	---------------------------------------	----------------

3. Delimitación geográfica y temporal

La investigación se realizó en el Hospital de Huaycán, está en una quebrada ubicada en el extremo este del distrito de Ate, en las faldas de los cerros Fisgón y Huaycán, al este de las ruinas incaicas que llevan el mismo nombre, que fue ocupada a partir del 15 de Julio de 1984 por poblaciones de inmigrantes organizados. Hoy en día, cuenta con una población de aproximadamente 104,942 habitantes, en una área de 576 696 hectáreas.

Huaycán se encuentra ubicado en el Distrito de Ate, entre las primeras estribaciones de la cordillera occidental de los Andes, en la provincia de Lima, departamento de Lima a $12^{\circ}01'18''$ de latitud sur y $76^{\circ}54'57''$ de longitud oeste. Las ciudades de referencia son Vitarte a 30 minutos,

Los límites son que por el Norte: río Rímac, por el Sur: Cieneguilla, por el Este: Chaclacayo y por el Oeste: Santa Clara, este es un hospital que mediante Resolución Ministerial N° 0868-2003-SA/DM fuera elevado a la categoría de Hospital de Baja Complejidad I.



Ilustración 1. Centro de salud Hospital de Huaycán

4. Participantes

La población elegida fueron todos los pacientes que reciban tratamiento en el servicio de PCT del Hospital de Huaycán, actualmente (Marzo 2015) existen 100 casos sensibles de tuberculosis, de los cuales 4 son MDR y 1es XMDR.

El tamaño de la muestra obtenida es de 50 pacientes pertenecientes al servicio de PCT. Se utilizó el muestreo no probabilístico y el sub tipo por conveniencia. La razón por la cual se eligió este tipo de muestreo es porque nos permite poner criterio específicos en cuanto a la inclusión y exclusión de los pacientes que serán nuestra muestra para llevar a cabo el presente proyecto de investigación.

5. Criterios de inclusión y exclusión

5.1. Criterio de inclusión:

- Pacientes con tratamiento antituberculoso que asisten puntualmente
- Pacientes que iniciaron su tratamiento de enero a marzo del 2015
- Pacientes registrados al Hospital Huaycán
- Pacientes con tratamiento registrado en el servicio de PCT
- Pacientes que aceptan de participar voluntariamente en el estudio (consentimiento informado)

5.2. Criterio de exclusión:

- Pacientes sin tratamiento anti tuberculoso
- Pacientes que no iniciaron su tratamiento de enero a marzo del 2015

- Pacientes que no registran en el Hospital Huaycán.
- Pacientes con baciloscopía sin diagnóstico médico
- Pacientes que no hayan iniciado su tratamiento.
- Pacientes que no acepten participar voluntariamente en el estudio.

5.3. Característica de la muestra

El tipo de muestreo utilizado es no probabilístico por conveniencia, los participantes fueron 50 pacientes que reciben el tratamiento en el servicio de PCT del Hospital de Huaycán. Por grupo etario, la mayoría son varones y por edades de 15 hasta los 75 años de edad, predominando la población joven.

Tabla 4. *Datos generales de los pacientes que asisten al Hospital Huaycán*

		Sexo				Total	
		Masculino		Femenino			
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Edad	De 15 a 35 años	29	58,0%	7	14,0%	36	72,0%
	De 36 a 59 años	8	16,0%	5	10,0%	13	26,0%
	De 60 años a más	0	0,0%	1	2,0%	1	2,0%
Total		7	74,0%	13	26,0%	50	100,0%

En la tabla 4 se observa que el 72,0% de los pacientes encuestados se encuentran entre los 15 a 35 años de edad, mientras que el 26,0% se encuentran entre los 36 a 59 años de edad, y solo el 2,0% son mayores de 60 años. También se observa que existe un 74,0% de los pacientes encuestados que son de sexo masculino, y un 26,0% de los encuestados que son de sexo femenino.

Tabla 5. *Adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes que asisten al Hospital Huaycán*

Esquema de tratamiento	Adherencia al tratamiento					
	No		Si		Total	
	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%
Esquema I	2	11,8%	27	81,8%	29	58,0%
MDR	15	88,2%	6	18,2%	21	42,0%
Total	17	100%	33	100%	50	100%

En la tabla 5 se observa del total 100% (50) de pacientes evaluados 34% (17) pacientes no se adhirieron al tratamiento antituberculoso y 66% (33) mostraron adherencia al tratamiento. De los 34% que abandonaron el 11.8% (2) pacientes estuvieron recibiendo el tratamiento de esquema I y el 88.2% (15) pacientes recibían el tratamiento de MDR.

6. Técnica e instrumento de recolección de datos

El instrumento fue elaborado por el investigador que tomó como referencia el estudio realizado por Manrique (2004), la cual fue adaptada, según el informe de Lalonde. El proceso de validación del instrumento fue a través de expertos, especialistas en el área, dos licenciadas jefas encargadas del servicio de PCT, una licenciada especialista en comunidad y una doctora en salud pública. Para la confiabilidad del instrumento se aplicó una muestra piloto a 20 pacientes inscritos en el programa de tuberculosis del Centro Asistencial Materno de Salud Miguel Grau. La confiabilidad del instrumento fue dada por el estadístico alfa de cronbach cuyo puntaje alcanzado fue de 0.716, que indica que es confiable.

Consta de 40 preguntas con respuestas dicotómicas, de selección múltiple, y para escribir, con las siguientes partes: objetivo, instrucciones, preguntas sobre factores de riesgo relacionado con el

paciente 20 ítems (datos generales, esquema de tratamiento que recibe, antecedentes de la enfermedad, salario, problemas judiciales, cumplimiento y abandono del tratamiento, efectos adversos tras tomar el medicamento); relacionados con el servicio de salud 11 ítems (ubicación del centro de salud, el trato que brinda el personal de salud, información sobre los cuidados para su recuperación, personal que le atendió, tipo de información que recibió, recursos utiliza el personal para las charlas educativas, número de veces a la semana que recibe información, tiempo de espera para la atención); relacionados con el ambiente 6 ítems. (Apoyo de familiares, amigos y compañeros del trabajo, número de habitaciones que tiene la vivienda y números de personas que viven en casa, material de la vivienda, si cuenta con servicios básicos); y relacionado con el estilo de vida 3 ítems (consumo de cigarrillos, alcohol y droga).

7. Proceso de recolección de datos

Para la recolección de datos se realizó las coordinaciones respectivas y trámites administrativos con la dirección general del Hospital Huaycán. Una vez obtenida la aprobación se envió una solicitud otorgada por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión para la ejecución del proyecto. Asimismo se coordinó con la enfermera de la estrategia de PCT para iniciar. La aplicación del instrumento se realizó mediante la técnica de encuesta, desde el día 12 de marzo hasta el 20 de marzo en los horarios de 9am a 3pm. En la sala de espera del servicio de PCT, una vez identificado al paciente se le invitó a participar del estudio, informándole verbalmente el objetivo, las instrucciones de la encuesta, la confiabilidad de los resultados y solicitando firmar el consentimiento informado. De tal manera, se aseguró que la participación en el estudio sea voluntaria. El tiempo aproximado del llenado fue de 10 minutos por cada paciente.

8. Análisis de datos

Para el análisis estadístico de los datos, se emplearon los estadígrafos y pruebas estadísticas (estadística descriptiva, gráficos, medida de tendencia central, tabla bidimensional y tablas con porcentajes totales), se utilizó el programa estadístico versión SPSS 21.0.

Inicialmente se realizó la limpieza de datos, para el análisis descriptivo de la investigación se utilizaron las tablas de distribución de frecuencias y tablas de contingencia con su respectivo análisis descriptivo.

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

Tabla 6. Factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento antituberculoso en el Hospital de Huaycán

Factores de riesgo según dimensiones	Factores de riesgo identificados	Razón de las ventajas/ Valor OR	Intervalo de confianza al 95%	
			Inferior	Superior
Relacionados al paciente	Género	3,750	,725	19,397
	Pacientes con problemas judiciales	2,143	,383	11,984
	Abandono del tratamiento anteriormente	3,750	1,263	1,943
	Inasistencia al tratamiento.	36,800	4,276	316,674
Relacionados al servicio de salud	Actitud negativa del abandono del tratamiento	4,267	,358	50,826
Relacionados al ambiente	No se evidencia	Factores protectores		
Relacionados al estilo de vida	Consumo de cigarrillo	5,306	1,480	19,018
	Consumo de alcohol	7,500	2,019	27,862

En esta tabla 6 se observan los factores riesgo para la no adherencia al tratamiento antituberculoso, considerando los valores normales para la medición de riesgo *donde OR > 1 indica factor de riesgo (el IC no debe contener al 1) y el OR < 1 indica factor protector (el IC no debe contener al 1)*. Se observa que en la dimensión factores relacionados al paciente los factores

identificados en la no adherencia son: el factor género (OR: 3,750; IC: ,725-19,397), pacientes con problemas judiciales (OR: 2,143; IC: ,383-11,984), abandono del tratamiento anteriormente (OR: 3,750 IC: 1,263-1,943) e inasistencia al tratamiento (OR: 36,800 IC: 4,276-316,674).

Asimismo en la dimensión Relacionados al servicio de salud los factores identificados en la no adherencia al tratamiento es el factor pensamiento de abandono del tratamiento (OR: 4,267; IC: ,358-50,826).

Seguido de la dimensión relacionado al ambiente que no se evidencia factores de riesgo solo factores protectores ($OR < 1$) y en la dimensión relacionados al estilo de vida los factores identificados son: consumo de cigarrillo (OR: 5,306; IC: 1,480-19,018), consumo de alcohol (OR: 7,500; IC: 2,019-27,862).

Tabla 7. Factores de riesgo con valor OR, relacionados a las características del paciente para la no adherencia al tratamiento antituberculoso en el Hospital Huaycán

Factores relacionados con el paciente	N° de casos válidos	Razón de las ventajas/ Valor OR	Intervalo de confianza al 95%		% del N total de los que NO se han adherido	% del N total de los que SI se han adherido
			Inferior	Superior		
Edad (de 15 a 35 años/ de 35 años a más)	50	,900	,247	3,284	15-35: 70,6% 35 a más: 29,4%	15-35: 72,7% 35 a más: 27,3%
Sexo (Masc. / Fem.)	50	3,750	,725	19,397	Masc.: 88,2% Fem.: 11,8%	Masc.: 66,7% Fem.: 33,3 %
Conoce la enfermedad (Sí/ No)	50	,125	,032	,485	Si: 41,2% No: 58,8%	Si: 84,8% No: 15,2%
Tratamiento lo está curando (Sí / No)	50	,234	,020	2,792	Si: 88,2% No: 11,8%	Si: 97,0% No: 3,0%
Economía es estable (Sí / No)	50	,495	,091	2,698	Si: 11,8% No: 88,2%	Si: 21,2% No: 78,8%
Problemas judiciales (Sí / No)	50	2,143	,383	11,984	Si: 17,6% No: 82,4%	Si: 9,1% No: 90,9%
Abandono su tratamiento antes (Sí / No)	50	1,567	1,263	1,943	Si: 0,0% No: 100,0%	Si: 9,1%

Veces que no asistió a recibir su tratamiento (de 2 a más veces /0 veces)	50	36,800	4,276	316,674	2 a más: 94,1% 0 veces: 5,9%	2 a más: 30,3% 0 veces: 69,7%
---	----	--------	-------	---------	---------------------------------	----------------------------------

En esta tabla 7 se aprecian los factores relacionados al paciente, teniendo en cuenta que la medición es: $OR > 1$ factor de riesgo (el IC no debe contener al 1) y el $OR < 1$ factor protector (el IC no debe contener al 1). Por lo tanto el 72,7% de los pacientes que se adhirieron son aquellos que tienen entre 15 a 35 años de edad (OR: ,900; IC: ,247-3,284), asimismo, el sexo masculino es el 88,2% de los pacientes que no se adhirieron y 3 veces más propensos a dejar el tratamiento (OR: 3,750; IC: ,725-19,397). En el tercer ítem si bien el conocer la enfermedad es un factor protector hacia los pacientes con un 84,8%, existe un 58,8% de los pacientes encuestados que no tienen conocimiento (OR: ,125; IC: ,032-,485). El cuarto ítem refiere que el 88,2% de los pacientes que si creen que su tratamiento lo está curando se vuelve un factor protector a abandonar su tratamiento a diferencia de aquellos pacientes con un 11,8% que no lo creen y aumenta la probabilidad de la no adherencia (OR: ,234; IC: ,020-2,792). En el quinto ítem existe el factor protector de los pacientes encuestados, ya que hay 21,2% de pacientes que considera su economía estable de los si adheridos y un 11,8% de los no adheridos, pero al mismo tiempo existe un 88,2% de pacientes que consideran que su economía no es estable por lo tanto se vuelve un factor de riesgo propenso a la no adherencia (OR: ,495; IC: ,091-2,698). En el sexto ítem el 82,4% de los pacientes que no presentan problemas judiciales, pero se observa que el 17,6% de los pacientes encuestados con problemas judiciales son un factor de riesgo, los cuales presentan 2 veces más riesgo de no adherencia (OR: 2,143; IC: ,383-11,984). En el séptimo ítem se muestra que hay un 9,1% de los pacientes que si son adheridos, pero que no han terminado su tratamiento anteriormente; por lo tanto tienen más riesgo a la no adherencia (OR: 1,567; IC: 1,263-1,943). En el octavo ítem se

muestra que el 94,1% de los pacientes que no se han adherido más de dos veces en el tratamiento son aquellos pacientes que presentan mayor riesgo de abandono hasta llegar al abandono absoluto, estos pacientes tienen 36 veces más riesgo de no adherirse al tratamiento (OR: 36,800; IC: 4,276-316,674).

Tabla 8. Factores de riesgo con valor OR, relacionado con el servicio de salud para la no adherencia al tratamiento antituberculoso del Hospital Huaycán

Factores relacionados con el servicio de salud	N° de casos válidos	Razón de las ventajas/ Valor OR	Intervalo de confianza al 95%		% del N total de los que NO se han adherido	% del N total de los que SI se han adherido
			Inferior	Superior		
Trato que brinda el personal de salud (Adecuado / Inadecuado)	50	,325	,064	1,663	adecuado: 76,5% inadecuado: 23,5%	adecuado: 90,9% inadecuado: 9,1%
Información sobre la TBC (Sí / No)	50	,197	,047	,818	Si: 58,8% No: 41,2%	Si: 87,9% No: 12,1%
Información sobre cuidados para su recuperación y evitar el contagio(Sí / No)	50	,155	,038	,638	Si: 52,9% No: 47,1%	Si: 87,9% No: 12,1%
Abandona el tratamiento (Sí / No)	50	4,267	,358	50,826	Si: 11,8% No: 88,2%	Si: 3,0% No: 97,0%

En esta tabla 8 se observa los ítems dentro de los factores relacionados con el servicio de salud, teniendo en cuenta que la medición es: $OR > 1$ factor de riesgo (el IC no debe contener al 1) y el $OR < 1$ factor protector (el IC no debe contener al 1). Por lo tanto se observa que en el primer ítem el 76,5% de los pacientes que no se adhieren consideran que el trato es adecuado, a diferencia del 23,5% de los que no se adhieren, que consideran que el trato es inadecuado; (OR: ,325; IC: ,064-1,663). En el segundo ítem, si bien es cierto que el 58,8% de los que no se adhieren refieren que si han recibido información sobre la tuberculosis, por otra parte el 41,2% de los pacientes que no se adhieren (OR: ,197; IC: ,047-,818). En el tercer ítem encontramos que el 52,9% de los pacientes

que no se adhieren recibieron la información sobre los cuidados para la recuperación y el evitar contagio, lo cual hace que sea un factor protector, a diferencia del 47,1% de los pacientes que no se adhieren pero refieren que no recibieron ninguna información; (OR: ,155; IC: ,038-,638). En el cuarto ítem se observa un 88,2% de los que no se adhieren y un 97,0% de los que si se adhieren que consideran no abandonar su tratamiento, lo cual favorece para evitar la no adherencia; pero existe el 11,8% de los pacientes que no se adhieren piensan abandonar su tratamiento, por lo cual se vuelve un factor de riesgo, con 4 veces más riesgo (OR: 4,267; IC: ,358-50,826).

Tabla 9. Factores de riesgo con valor OR, relacionado con el ambiente para la no adherencia al tratamiento antituberculoso del Hospital Huaycán

Factores relacionados con el ambiente	Nº de casos válidos	Razón de las ventajas/ Valor OR	Intervalo de confianza al 95%		% del N total de los que NO se han adherido	% del N total de los que SI se han adherido
			Inferior	Superior		
Apoyo de sus familiares (Sí / No)	50	,075	,018	,319	Si: 35,3% No: 64,7%	Si: 87,9% No: 12,1%
Apoyo de su jefe y compañeros de trabajo (Sí / No)	50	,058	,013	,259	Si: 17,6% No: 82,4%	Si: 78,8% No: 21,2%
Tiene agua y desagüe (Sí / No)	50	,500	,029	8,524	Si: 94,1% No: 5,9%	Si: 97,0% No: 3,0%

En esta tabla 9 se observa los ítems dentro de los factores relacionados con el servicio de salud, teniendo en cuenta que la medición es: $OR > 1$ factor de riesgo (el IC no debe contener al 1) y el $OR < 1$ factor protector (el IC no debe contener al 1). Por lo tanto se observa que en el primer ítem, el 87,9% de los pacientes que si se adhieren han recibido el apoyo de los familiares lo cual favorece y es un factor protector para evitar la no adherencia; a diferencia del 64,7% de los pacientes que no se adhieren y que no reciben apoyo de su familia lo cual los puede llevar a abandonar su

tratamiento (OR: ,075; IC: ,018-,319). En el segundo ítem se observa que el 78,8% de los que si se adhieren han recibido el apoyo de los jefes y compañeros de trabajo también hacen que se vuelva un factor protector frente a los pacientes que quieren abandonar el tratamiento, a diferencia del 82,4% de los pacientes que no se adhieren y que no reciben ayuda por parte de sus compañeros de trabajo y jefes (OR: ,058; IC: ,013-,259). En el tercer ítem se observa que el 94,1% de los pacientes que no se adhieren y el 97,0% de los pacientes que si se adhieren son aquellos pacientes que si cuentan con las necesidades básicas, por lo cual se vuelve un factor protector para el abandono del tratamiento (OR: ,500; IC: ,029-8,524).

Tabla 10. *Factores de riesgo con valor OR, relacionado al estilo de vida para la no adherencia al tratamiento antituberculoso del Hospital Huaycán*

Factores relacionado con el estilo de vida	Nº de casos válidos	Razón de las ventajas/ Valor OR	Intervalo de confianza al 95%		% del N total de los que NO se han adherido	% del N total de los que SI se han adherido
			Inferior	Superior		
Consume usted cigarrillo (Sí / No)	50	5,306	1,480	19,018	Si: 58,8% No: 41,2%	Si: 21,2% No: 78,8%
Consume usted alcohol (Sí / No)	50	7,500	2,019	27,862	Si: 70,6% No: 29,4%	Si: 24,2% No: 75,8%

En esta tabla 10 se observa los ítems dentro de los factores relacionados con el servicio de salud, teniendo en cuenta que la medición es: $OR > 1$ factor de riesgo (el IC no debe contener al 1) y el $OR < 1$ factor protector (el IC no debe contener al 1). Por lo tanto se observa que en el primer ítem, el 41,2% de los pacientes que no se adhiere pero no fuman, lo cual ayuda a evitar el la no adherencia, por otra parte el 58,8% de los pacientes encuestados si fuman cigarrillo por lo cual existe un factor de riesgo, siendo estos más propensos a no adherirse a su tratamiento en cualquier momento y llegar al abandono, estos pacientes tienen 5 veces más riesgo de la no adherencia (OR: 5,306; IC: 1,480-19,018). En el segundo ítem se puede observar que existe también un factor de

riesgo en el 70,6% de los pacientes que no se adhieren y consumen alcohol, estos pacientes tiene 7 veces más riesgo de la no adherencia (OR: 7,500; IC: 2,019-27,862).

2. Discusión

Un tercio de la población mundial presenta actualmente infección tuberculosa latente, en el 2005 más de 8.800.000 casos nuevos de tuberculosis, con una prevalencia de más de 14 millones de personas y casi 1,6 millones de muertes, siendo una letalidad del 18% de los casos (Bermejo et al., 2007). Durante el año 2006 se han diagnosticado 31,166 casos nuevos de personas con TBC pulmonar y extra pulmonar, incrementándose en comparación al año 2005, dado que el total de casos nuevos fue de 30,226 personas, además el número de recaídas en el 2006 fue de 3145 personas y los fracasos al esquema primario fue de 642 personas.

En los últimos 2 años, en el Perú se han reportado más de 1500 pacientes con tuberculosis multidrogo resistente (MDR) por año y alrededor de 80 casos de tuberculosis extensamente resistente (XDR) por año. Huaycán no es la excepción, el total de pacientes evaluados es el 11% de los pacientes no están adheridos al tratamiento, de los cuales 2 pacientes recibieron el tratamiento del esquema I y 82% de los pacientes con tratamiento de MDR.

Más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, y esta enfermedad es una de las cinco causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años.

La principal causa de las recaídas fueron los esquemas de tratamiento inadecuados, pero en la actualidad las principales causas son la baja adherencia al tratamiento y la aparición de cepas resistentes. El tratamiento y la curación de las recaídas presentan serios problemas en relación al paciente que acude a tratamiento por primera vez entre las cuales están: mayor costo de

tratamiento, presencia RAFAS y ser infectado por cepas MDR, además del riesgo de mayor contagio a miembros de la comunidad en la cual viven.

Los casos de abandonos de tuberculosis son alarmantes, aumentando la morbimortalidad, el contagio y generando resistencia bacteriana (Cáceres y Orozco, 2007), que han venido complicando las actividades de prevención y control (MINSA, 2013).

La no-adherencia es la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida; un ejemplo de ello son los problemas relacionados con los medicamentos, la falla en seguir los esquemas de tratamiento indicados por el médico o por el personal de salud es, en esencia, una decisión personal de causa multifactorial (Silva et al., 2005). La tasa de no adherencia es alta y está presente en todo el mundo, distribuyéndose en todos los grupos sociales, étnicos y raciales.

El factor de riesgo es cualquier característica de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. A continuación se presentan los datos respecto a los factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes.

Se encontró que la edad es considerado un factor importante, el 72,7% de los pacientes no se adherieron el tratamiento están entre los 15 a 35 años de edad, siendo un factor protector. Este es un factor protector que por lo contrario es un factor de riesgo el ser mayor de los 35 años de edad con un 29,4% de los que si abandonaron porque favorece al abandono. Así como lo menciona

Si bien es cierto en nuestra población estudiada los jóvenes son más responsables a tomar sus medicamentos, la realidad puede ser otra así como refiere Cáceres y Orozco (2007) refiere que los factores encontrados fueron: efectos secundarios, estrato socioeconómico bajo (HR=3,90, IC95% 2,11-9,26), tener entre 21 y 30 años (HR=20,61, IC95% 2,43-175,4). Esto demuestra que los jóvenes de Huaycán cumplen en su mayoría con su tratamiento.

Respecto a los factores de riesgo del paciente, el 88.2% del sexo masculino (OR: 3,750) presenta más riesgo de abandonar el tratamiento que las mujeres. A esto agrega Culqui (2010), Pineda y Pereira (2005) refiere que el sexo masculino, el hecho de vivir solo, o ser jefes de hogares que pasan mayor parte del tiempo en el trabajo y los grupos de mayor edad, son factores relacionados al abandono del tratamiento. Asimismo, Lengua (1998), menciona que en su mayoría son varones con un porcentaje de 22.23 % en el año 1995 y de 40 % en el año 1996, siendo el mayor abandonado el jefe de familia. Y esto se repite continuamente en varios lugares del Perú.

Por otra parte, el 17,6% de los pacientes que presentaron problemas judiciales y no se adherieron al tratamiento presentan un factor de riesgo (OR: 2,143), así como lo menciona Cáceres y Orozco (2007) que refieren que uno de los factores de riesgo fue el haber estado detenido, por lo cual fomenta a la no adherencia al tratamiento. Así mismo Pineda y Pereira (2005), mencionan que la causa por lo que presentan problemas judiciales algunos jóvenes es el consumo de bebidas alcohólicas (OR: 5,25; IC95%: 2,43 a 12,94), uso de drogas ilícitas (OR: 5,25; IC95%: 2,43 a 12,94). Esto demuestra que es sumamente importante realizar los trabajos con los jóvenes para evitar que estos ingresen a un primer nivel a las adicciones y a largo a los problemas judiciales.

Así mismo se pudo observar de aquellos que faltaron a recibir su tratamiento en PCT, más de 2 veces tienen 36.80 veces más riesgo de abandonar el tratamiento que los que no faltan a recibir su tratamiento. Se observa que el 94,1% de aquellos que han abandonado, han faltado más de dos veces a su tratamiento lo cual es peligroso para la toma de sus medicamentos. Por otra parte el 30,3 % de los que no han abandonado ya presentan 2 o más faltas a la actualidad. Culqui et al., (2012), refiere que el abandono del tratamiento antituberculoso se asoció a factores no modificables (sexo masculino, abandono previo). Esto indica que el dejar de tomar solo por unos días el tratamiento puede conllevar a graves consecuencias. Del mismo modo, Galiano y

Montesinos (2005), demuestra que el 95,1% de probabilidades de abandonar el tratamiento corresponde al perfil de paciente mayormente con antecedentes de abandonos anteriores. Significa que los resultados hallados favorecen para el conocimiento del hospital a mejorar y fortalecer para evitar la falta continua de los pacientes en su toma de medicamentos.

Por otra parte, el 100% de los pacientes no han terminado su tratamiento, por lo cual es un factor de riesgo (OR: 1,567). Así como lo menciona Morales et al. (1993) refiere que identificar los factores que condicionan el abandono del tratamiento contra la tuberculosis es de primordial importancia, sobre todo si se considera que la mayoría de los abandonos ocurren en los primeros días del tratamiento, esto favorece a que el paciente no se adhiera al tratamiento, por lo cual no terminan su tratamiento y a largo plazo llevaría al abandono. Es de primordial importancia ayudar a los pacientes a concientizar y que puedan terminar su tratamiento.

Por otra parte en los factores asociados al estilo de vida podemos encontrar que los pacientes que consumen cigarrillo tienen 5.306 veces más riesgo de abandonar el tratamiento que los que no consumen. De los encuestados los pacientes que si consumen cigarrillos es el 58,8%, teniendo esto como un factor predisponente para el abandono y no adherencia al tratamiento. Autores mencionan que las drogas son un factor predisponente para el abandono del tratamiento, siempre se ha mencionado que los pacientes que consumen en su mayoría drogas ilícitas como el cigarro hacen que su tratamiento sea más corto, así como lo menciona Culqui et al., (2005) quien refiere que uno de los factores pronósticos del abandono del tratamiento anti-tuberculoso es el consumo de drogas ilícitas. Esto favorece al poder abandonar el tratamiento rápidamente. Es prescindible el poder enseñar a los pacientes que el consumo de estas drogas no ayuda en nada para poder sanarse más rápidamente, es por ello que se incentiva a realizar compromisos con los pacientes para evitar fumar, si solo fuera por el plazo de terminar su tratamiento.

Otra variable es el consumo de alcohol por parte de los pacientes en la que se puede observar existe también un factor de riesgo en el 70,6% de los pacientes que si abandonan y consumen alcohol, lo cual conlleva al abandono del paciente sobre su tratamiento a diferencia de los pacientes que no consumen alcohol. Así como lo menciona Pineda y Pereira (2005) encontró que el alcoholismo mostró relación relevante con el abandono de la estrategia DOTS. Los resultados fueron compatibles con los de otros estudios descriptivos que demostraron una alta proporción de pacientes alcohólicos entre los que abandonaron el tratamiento. Esto demuestra que en cualquier parte del mundo aquel paciente que consume alcohol es propenso al abandono más rápido

En relación a los factores relacionados al servicio de salud, el 11,8% de los pacientes consideran que si podrían abandonar su tratamiento, por lo cual ese pensamiento se vuelve un factor de riesgo (OR: 4,267), es de primordial importancia que este ítem esta de la mano con las veces que el personal brinda la información al paciente. Según un informe de la OMS (2014) refiere que la buena educación continua favorece a la disminución de riesgo de contagio de cualquier enfermedad. Pero la realidad de Huaycán, es que la información brindada es insuficiente, lo que lleva al pensamiento de querer abandonar a largo plazo el tratamiento, lo cual no le brindan importancia a la adherencia al tratamiento. Así como se demuestra en la tabla 7 que el 58.8% de los que abandonan el tratamiento son aquellos que no reciben ninguna información a la semana sobre su enfermedad y sobre los cuidados. Y el 41.2% aquellos que reciben de 1 a 2 veces son aquellos que también abandonan su tratamiento. Como se puede observar los pacientes no se encuentran completamente informados por la falta de veces que el personal les pueda enseñar. Esto demuestra que los pacientes se encuentran susceptibles a poder abandonar el tratamiento rápidamente. Es por parte del personal el poder enseñar más veces a la semana para capacitar a los

pacientes y ayudar a aumentar el conocimiento para volverlos consientes. El abandono por falta de enseñanzas es muy probable por temor al desconocimiento por parte del paciente así como lo demuestra Culqui et al., (2005) en su investigación titulada “Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú”, que refiere en sus conclusiones que la insuficiente información proporcionada por el personal de salud sobre el tratamiento (razón de posibilidades [odds ratio, OR]: 4,20; intervalo de confianza de 95% [IC95%]: 1,77 a 10,02), es un factor importante de riesgo que aumenta la probabilidad de abandono por parte de los pacientes.

Por otro lado, los factores relacionados al ambiente se observa que observa que, el 87,9% de los pacientes que no han abandonado han recibido el apoyo de los familiares lo cual favorece y es un factor protector para evitar el abandono; a diferencia del 64,7% de los pacientes que si abandonan y no reciben apoyo de su familia, puede llevar al abandono del tratamiento. Asimismo se ve que el 78,8% que no abandonaron, recibieron el apoyo de sus jefes y compañeros de trabajo, también permite que sean un factor protector frente a los pacientes que quieren abandonar el tratamiento, a diferencia del 82,4% de los pacientes que si abandonan y que no reciben ayuda por parte de sus compañeros de trabajo y jefes. Esto demuestra que ante una enfermedad tan devastadora se puede ayudar a la gente, y que mejor manera que las personas que lo rodean. La familia, amigos y compañeros de trabajo juegan un papel importante para los pacientes en la curación contra la tuberculosis, así como refiere Cáceres y Orozco (2007) quienes refieren que son factores protectores: tener apoyo familiar (HR, hazard ratio =0,36, IC95% 0,15-0,90).

Pinedo (2008) menciona que Desde 1991 en el Perú se decide implementar la estrategia DOTS (Terapia directamente observada de corta duración) como recomendación de la OMS para el control de la TBC, la cual se está llevando a cabo en todos los servicios de la red sanitaria del MINSA.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

Se concluye que la no adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes que asisten al hospital de Huaycán es el 34%, del género masculino.

Por lo tanto, la mayoría de factores de riesgo relacionados con el paciente, el estilo de vida, el ambiente y los servicios de salud se encuentran asociados significativamente a la no adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes que asisten al Hospital Huaycán. A su vez existen factores protectores que fortalecen al paciente para evitar la no adherencia tratamiento al tratamiento.

Los factores de riesgo del paciente para la no adherencia al tratamiento antituberculoso fueron el sexo masculino 88,2%, presentaron problemas judiciales 17,6%, aquellos que no se adherieron fue el 100% no terminaron su tratamiento y las veces que no asistió a recibir su tratamiento de 2 a más fue el 94,1%.

Los factores de riesgo de servicio de salud aquellos que abandonarían el tratamiento y no se han adherido fueron de 88%.

Los factores de riesgo del ambiente no se presentaron en esta investigación.

Factores de riesgo relacionados con el estilo de vida, el 58,8% no se han adherido pero que si consumen cigarrillos y el 70,6% consumen alcohol, pero no se han adherido al tratamiento.

Los factores protectores para evitar la no adherencia al tratamiento antituberculoso son: La edad entre 15 a 35 años, el estar en el Esquema I del tratamiento, conocer la enfermedad, considerar que el tratamiento si lo está curando, el tener una economía es estable, el Trato adecuado que brinda el personal de salud, el sí estar informado sobre la TBC, presentar una buena explicación a los pacientes, contar con el apoyo de sus familiares, apoyo de su jefe, compañeros de trabajo y tener agua y desagüe

2. Recomendaciones

Al Director del hospital:

- Fomentar la elaboración de trabajos de investigación sobre la adherencia al tratamiento de la tuberculosis, en la organización de brigadas para las visitas domiciliarias de aquellos que abandonaron el tratamiento, de tal manera facilite el seguimiento oportuno.
- Implementar un programa de seguimiento y monitoreo, considerando los factores de riesgo más predisponente para el no adherencia al tratamiento.

Al profesional de salud:

- Brindar una atención integral y humanista con cada paciente y ser solidarios con aquellos que son de bajos recursos.
- Continuar con las sesiones de capacitaciones al paciente durante el ingreso, el tiempo que dure el tratamiento y al finalizar la terapia programada, dichas sesiones deben ser didácticas y fáciles de entender por los pacientes.
- Brindar apoyo emocional y concientización sobre el proceso de la enfermedad, el tratamiento y el proceso de recuperación a los pacientes.

- Fortalecer el plan de seguimiento disciplinado para captar y ayudar a los pacientes según las necesidades requeridas para evitar el abandono.

A la familia:

- Involucrar a los familiares a los programas ya que son de apoyo social de los pacientes, para tener un acercamiento efectivo hacia los pacientes y evitar el abandono de su tratamiento antituberculoso.

3. Limitaciones

- El tiempo prolongado en el proceso de gestión de documentos para la elaboración del trabajo de investigación.
- La falta de compromiso en el desarrollo de trabajos de investigación en el centro de salud y la poca accesibilidad para el desarrollo de ello.
- Las direcciones inexactas de los pacientes que abandonaron el tratamiento durante el año 2014 y enero a febrero del 2015.
- Las pocas colaboraciones de los pacientes que abandonaron el tratamiento en llenar el cuestionario de factores de riesgo.

Referencias bibliográficas

- Aidar, Ambroggi, Jave, Canedo, Cufre, Curras, G. (2009). Guías de diagnóstico , tratamiento y prevención de la tuberculosis.
- Alejandra Galiano, M., & Montesinos, N. (n.d.). Modelo predictivo de abandono del tratamiento antituberculoso para la Región Metropolitana de Chile. *TITLEREVISTA*, 24(05), 192–198. Extraído de <http://zl.elsevier.es/es/revista/enfermeria-clinica-35/modelo-predictivo-abandono-tratamiento-antituberculoso-region-metropolitana-13078672-originales-2005>
- Arriola, P., Castillo, T., Quispe, G., & Torres, C. (2011). Factores asociados a la asistencia del paciente al tratamiento antituberculoso. *Rev Enferm Herediana*, 4(2), 86–92. Extraído de <http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/Revistas/2011/febrero/07 Antituberculoso.pdf>
- Arrossi, Herrero, Greco, & Ramos. (2011). Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento de la tuberculosis : revisión de la literatura, 1–37.
- Arrossi, S., Herrero, M. B., Greco, A., & Ramos, S. (2012). Factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en municipios del Área Metropolitana de Buenos Aires , Argentina Predictive factors of non-adherence to tuberculosis treatment in the metropolitan area of Buenos Aires ,. *Salud Colectiva*, 8(1), 565–576.
- Bermejo, M. C., Clavera, I., Rosa, F. J. M. De, & Marín, B. (2007). Epidemiología de la tuberculosis Epidemiology of tuberculosis, 30, 7–20.
- Bonilla. (2008). Artículo de revisión: Situación de la Tuberculosis en el Perú, 25(3), 163–170.
- Bossio, Morales, Arias, Barrera, I. (2009). Enfermedades Infecciosas: guía para el equipo de salud, tuberculosis.
- Cáceres, F. de M., & Orozco, L. C. (2007). Incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. *Biomédica*, 27(4), 498–504. Extraído de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572007000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Chamizo García, H. A., & Salas Abarca, P. (n.d.). Estudio del contexto de riesgo de la tuberculosis: una perspectiva ecológica. *Revistas de Ciencias Administrativas Y Financieras de La Seguridad Social*, 13(1), 83–98. Extraído de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592005000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Chirinos, N. E. C., & Meirelles, B. H. S. (2011). Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(3), 399–406. Extraído de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=71421157023>

- Crispín, V. P., & , Mirtha Roque A. , María E Salazar S, J. R. R. Q. (2011). Tuberculosis multidrogorresistente en un hospital urbano marginal de lima 2006-2008, *14*(1), 38–40.
- Crispín, V. P., Roque, M. A., Salazar, M. E., & Ruiz, J. R. (2011). Tuberculosis multidrogorresistente en un hospital urbano marginal de lima 2006-2008, *14*(1), 35–38.
- Culqui, D. R. (2010). Factores de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso esquema I y II Perú 2004.
- Culqui, D. R., Grijalva, C. G., Reategui, S. del R., Cajo, J. M., & Suárez, L. A. (2005). Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *18*(1), 14–20. <http://doi.org/10.1590/S1020-49892005000600003>
- Culqui, D. R., Munayco E., C. V., Grijalva, C. G., Cayla, J. A., Horna-Campos, O., Alva Ch., K., & Suarez O., L. A. (2012). Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú. *Archivos de Bronconeumologia*, *48*(5), 150–155.
- Culqui, D. R., Trujillo, O. V., Cueva, N., Aylas, R., Salaverry, O., & Bonilla, C. (n.d.). Tuberculosis en la población indígena del Perú 2008. *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Publica*, *27*(1), 8–15. Extraído de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
- Del Castillos, Mendoza, Saravia, S. (2009). Epidemia de tuberculosis multidrogo resistente y extensivamente resistente a drogas (tb mdr / xdr) en el Perú : situación y propuestas para su control multidrug and extensively-drug resistant tuberculosis (mdr / xdr tb) epidemic in peru : situation an, *26*(3), 380–386.
- Estrategia Nacional, M. de S. (2006). Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis.
- Fanlo, P., & Tiberio, G. (2007). Tuberculosis extrapulmonar Extrapulmonary tuberculosis, *30*.
- Gallardo R., Sánchez A., C. C. (2009). “ Plan de control de infecciones intrahospitalarias por tuberculosis en hospital de baja complejidad huaycan ” Lima - Peru, 1–40.
- Hernández, Fernández y Baptista, 2006. (2006). Metodología de la Investigación, (1986).
- Lalonde, M. (2009). Editorial de la Ministra de Salud Hacia una nueva Salud Pública : Determinantes de la Salud, 71–73.
- Manjarrez Morales, E. M., Serrano Montes, V., Cano Pérez, G., Verduzco Guerrero, E., Escandón Romero, C., & Escobedo de la Peña, J. (n.d.). *Principales causas de abandono del tratamiento contra la tuberculosis pulmonar. Gac. méd. Méx.* Extraído de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&n>

extAction=lnk&exprSearch=177090&indexSearch=ID

- Manrique, F. de M. C. (2004). Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso.
- MINSA. (2013). Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis.
- Pineda, N. I. S., & Pereira, S. M. (2005). Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua : resultados de un estudio comparativo. *Rev. Panam Salud Publica*, 17(6), 271–278.
- Pinedo, C. (2008). Factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes de la E . S . N . de prevención y control de la tuberculosis en el C . S . “ Fortaleza ”:
- Reyes-guillén, I., Sánchez-pérez, H. J., Cruz-burguete, J., & Juan, M. I. (2008). Anti-tuberculosis treatment defaulting . An analysis of perceptions and interactions in Chiapas , Mexico, 50(3), 251–257.
- Ríos Hipólito, M., Suárez Nole, C., Muñoz Cope, D., & Gómez, M. (n.d.). Factores asociados a recaídas por tuberculosis en Lima este - Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Publica*, 19(1), 35–38. Extraído de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342002000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- SIERRA, M. A. P. (2008). Aplicación de la teoría de dorotea orem en el cuidado del paciente oncológico.
- Silva, G., Galeano, E., & Correa, J. (2005). Adherencia al tratamiento: Implicaciones de la no-adherencia.
- Vargas, C. M., Peruana, A. M., & Médico, C. (2008). *Redalyc.Tuberculosis*, 25, 126–127.
- Vargas Onofre, W. (n.d.). Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, en el distrito La Victoria periodo 2003 - 2007. Extraído de <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/lil-668621>
- White, E. G. (n.d.). *Las Leyes Que Gobiernan*.

Anexos

Anexo I

CUESTIONARIO “FACTORES DE RIESGO PARA LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO”

Objetivo: El objetivo del presente trabajo es determinar los factores de riesgo en la no adherencia del tratamiento antituberculoso de los pacientes que asisten al Centro Hospitalario de Huaycán.

Instrucciones: Lee detenidamente las preguntas y responder llenando los espacios en blanco o marcando con una X la respuesta que crea conveniente.

FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE

1. Edad: años

Abandono Parcial

Abandono Total

2. Género:

a) Masculino ⁽¹⁾ b) Femenino ⁽²⁾

3. Lugar de procedencia:

a) Costa ⁽¹⁾ b) Sierra ⁽²⁾ c) Selva ⁽³⁾ d) Extranjero ⁽⁴⁾ e) Otro ⁽⁵⁾ _____

4. Estado civil:

a) Soltero(a) ⁽¹⁾ b) Casado(a) ⁽²⁾ c) Viudo(a) ⁽³⁾ d) Divorciado(a) ⁽⁴⁾ e) Otro ⁽⁵⁾ _____

5. Religión:

a) Católica ⁽¹⁾ b) Evangélica ⁽²⁾ c) Adventista ⁽³⁾ d) Otros ⁽⁴⁾ _____

6. ¿Con quienes vive?

a) Solo ⁽¹⁾ b) Padres y hermanos ⁽²⁾ c) Tíos y primos ⁽³⁾ d) Otros ⁽⁴⁾ _____

7. El esquema de tratamiento que recibe es:

a) Esquema I ⁽¹⁾ b) MDR ⁽²⁾ c) XDR ⁽³⁾

8. Padeció otra enfermedad anteriormente

- a) Diabetes (1) b) HTA (2) c) VIH - SIDA (3) d)Otros (4) e) Ninguna(5)
9. ¿Conoce usted su enfermedad?
a) Si (1) b) No (2)
10. ¿Considera usted que su tratamiento lo está curando?
a) Si (1) b) No (2)
11. ¿Cuál es su grado de instrucción?
a) Primaria (1) b) Secundaria (2) c) Técnico (3) d) Superior (4) e) Otros (5)
12. ¿Cuánto gana o cuál es su salario en un mes?
a) Menos de S/.200 (1) b) S/.201 – S/.500 (2) c) S/.501 – S/.800 (3) d) Mas de S/.1000
13. ¿Considera que su economía es estable?
a) Si (1) b) No (2)
14. ¿Ha tenido problemas judiciales?
a) Si (1) b) No (2)
15. ¿Usted ha terminado su tratamiento?
a) Si (1) b) No (2)
16. ¿Usted ha abandonado su tratamiento en algún momento?
a) Si (1) b) No (2)
17. ¿Cuántas veces faltó a recibir su tratamiento a PCT?
-
18. ¿Cuántos hijos tiene?
a) No tengo (1) b) 1 -2 hijos (2) c) 3 – 4 hijos (3) d) 5 – 6 hijos (4) e) Más de 7 (5)
19. ¿Qué molestias presenta después de tomar sus medicamentos?
a) Dolor de cabeza (1) b) Dolor de estómago (2) c) Pérdida de peso (3) d) Otros (4)
20. ¿Qué hace usted cuando se presentan estas molestias?
a) No le brindo importancia (1) b) Acudo a la farmacia (2) c) Acudo al Hospital (3)
d) Dejo de tomar mis medicamentos (4) e) Otros (5)

FACTORES RELACIONADOS CON EL SERVICIO DE SALUD

21. ¿Cómo considera usted la ubicación del centro de salud?
a) Inaccesible (1) b) Accesible (2) c) Muy accesible (3)
22. ¿Cómo es el trato que le brinda el personal de salud hacia su persona?

- a) Mala (1) b) Regular (2) c) Buena (3) d) Muy buena (4)
23. ¿Usted recibió algún tipo de información sobre la tuberculosis?
a) Si (1) b) No (2)
24. ¿Usted recibió información sobre los cuidados que debe aplicar para su recuperación y evitar el contagio?
a) Si (1) b) No (2)
25. ¿Qué personal de salud le brindó la información?
a) Técnico de enfermería (2) c) Enfermera (3) d) Médico (4) e) Otros (5)
26. ¿Cómo es la información que le brinda el personal de salud sobre su enfermedad y los cuidados que debe tener?
a) No entendible (1) b) Entendible (2) c) Entendible y entretenido (3)
27. ¿Qué recursos utiliza el personal de salud para proporcionarle las charlas educativas?
a) Explica y usa rota folio (1) b) Explica y usa video (2) c) Solo explica (3)
28. ¿Cuántas veces a la semana recibe información sobre su enfermedad y los cuidados?
a) Ninguna (1) b) 1–2 veces (2) c) 3–4 veces (3) d) 5–6 veces (4) e) Todos los días(5)
29. ¿Usted abandonaría el tratamiento?
a) Si (1) b) No (2)
30. ¿Cuánto tiempo espera para ser atendido en el servicio de PCT?
a) 5 – 10min. (1) b) 11 – 15min. (2) c) 16 – 20min. (3) d) Más de 30 min. (4)
31. ¿Cómo considera usted el gasto que utiliza en pasajes para ir al Hospital?
a) No hay gasto (1) b) S/. 0.50 – 3.00 (2) c) S/. 3.00 – 5.00 (3) d) Mas de S/. 5.00(4)

FACTORES RELACIONADOS CON EL AMBIENTE

32. ¿Cuenta con el apoyo de sus familiares y amigos frente a su enfermedad?
a) Si (1) b) No (2)
33. ¿Cuenta con el apoyo de su jefe y compañeros de trabajo?
a) Si (1) b) No (2)
34. ¿Cuántas personas viven en su vivienda?
a) 1 – 3 (1) b) 4 – 6 (2) c) 7 - 9 (3) d) Mas de 10(4)

35. ¿Cuántas habitaciones tiene en su vivienda?

- a) 1 – 2 (1) b) 3 – 4 (2) c) 5 - 6 (3) d) Mas de 7(4)

36. ¿De qué material es su vivienda?

- a) Noble (1) b) Adobe (2) c) Madera (3) d) Estera (4) e) Esteras (5)

37. ¿Cuenta con los servicios básicos de agua, desagüe y energía eléctrica?

- a) Si (1) b) No (2)

FACTORES RELACIONADO CON EL ESTILO DE VIDA

38. ¿Consume usted cigarrillo?

- a) Si (1) b) No (2)

39. ¿Consume usted alcohol?

- a) Si (1) b) No (2)

40. ¿Consume usted alguna otra droga?

- a) Si (1) b) No (2)

Muchas gracias por su colaboración

Anexo 2

Consentimiento informado breve

Tema de investigación: “*Factores de riesgo para la no adherencia del tratamiento antituberculoso de los pacientes que asistan al Centro Hospitalario de Huaycán, febrero - marzo del 2015*”

Hola, mi nombre es Víctor Jordan Peña Grosso, estudiante de Enfermería de la Universidad Peruana Unión. Este cuestionario tiene como propósito es determinar los factores de riesgo en el abandono del tratamiento antituberculoso de los pacientes que asisten al Centro Hospitalario de Huaycán, febrero - marzo del 2015.

Dicha información será importante para mejorar el programa de PCT en la institución, fortalecer y preparar a los pacientes para que puedan mejorar su calidad de vida. Su participación es totalmente voluntaria y no será obligatoria llenar dicha encuesta si es que no lo desea. Si decide participar en este estudio, por favor responda el cuestionario, así mismo puede dejar de llenar el cuestionario en cualquier momento, si así lo decide.

Cualquier duda o consulta que usted tenga posteriormente puede escribirme a *grosso_364@hotmail.com* o llamar a **RCP: 968216651**.

He leído los párrafos anteriores y reconozco que al llenar y entregar este cuestionario estoy dando mi consentimiento para participar en este estudio.

Firma: _____

DNI: _____

Cartas firmada por expertos – Validación

INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO
(JUICIO DE EXPERTOS)

El presente instrumento tiene como finalidad identificar los factores de riesgo del abandono del tratamiento antituberculoso de los pacientes que asistan al Centro Hospitalario de Huaycan, Julio – Diciembre del 2014

Instrucciones

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido**. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

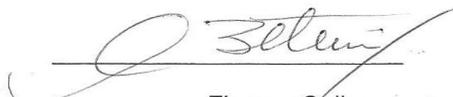
Juez N°: 1

Fecha actual: 21/10/2014

Nombres y Apellidos de Juez: Maria Angélica Paredes de Bethian

Institución donde labora: UPCH

Años de experiencia profesional o científica: 34 años


Firma y Sello

INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO

(JUICIO DE EXPERTOS)

El presente instrumento tiene como finalidad identificar los factores de riesgo del abandono del tratamiento antituberculoso de los pacientes que asistan al Centro Hospitalario de Huaycan, Julio – Diciembre del 2014

Instrucciones

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido**. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez N°: 02

Fecha actual: 23/10/14

Nombres y Apellidos de Juez: Lic. Neviluz Rojas Mateo

Institución donde labora: C.M.I Miguel Grau

Años de experiencia profesional o científica: 12 años

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE SALUD IV LIMA ESTE
MIGRO RED CHACLACAYO
LIC. NEVILUZ ROJAS MATEO
C.E.P. 22744
ENFERMERA

Firma y Sello

**INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO
(JUICIO DE EXPERTOS)**

El presente instrumento tiene como finalidad identificar los factores de riesgo del abandono del tratamiento antituberculoso de los pacientes que asistan al Centro Hospitalario de Huaycan, Julio – Diciembre del 2014

Instrucciones

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido**. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez N°: _____

Fecha actual: 23 octubre 2014

Nombres y Apellidos de Juez: Esther Valencia Orrillo

Institución donde labora: Upcu

Años de experiencia profesional o científica: 13

EVO

Firma y Sello

Mg. Esther Valencia Orrillo
Enfermera - Docente
C.E.P. 23541

Anexo 4

Confiabilidad – Alpha de Cronbach

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	20	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,716	20

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
2	29,35	25,082	,377	,698
4	31,40	29,411	,582	,703
5	30,25	27,671	,498	,690
6	31,75	28,934	,311	,704
7	31,75	30,829	-,038	,726
9	31,55	28,682	,460	,698
10	29,45	30,155	,105	,717
11	30,50	28,684	,372	,701
15	30,35	26,976	,192	,727
16	31,10	29,358	,203	,711
17	29,45	25,734	,465	,685
18	30,75	30,303	-,012	,735
19	29,75	27,039	,181	,729
20	31,95	27,418	,608	,685
21	31,20	29,116	,410	,702
22	30,65	26,661	,431	,690
23	28,90	23,463	,770	,647
24	31,60	27,200	,750	,680
25	31,45	31,313	-,156	,726
26	31,50	31,526	-,192	,729

Tablas descriptivas

Tabla 11. Factor de riesgo relacionado al paciente para la no adherencia al tratamiento antituberculoso

Factores relacionados con el paciente		Usted se adhirió su tratamiento anteriormente			
		No		Si	
		<i>F</i>	%	<i>f</i>	%
Sexo	Masculino	15	88,2%	22	66,7%
	Femenino	2	11,8%	11	33,3%
Edad	De 15 a 35 años	12	70,6%	24	72,7%
	De 36 a 59 años	5	29,4%	8	24,2%
	De 60 años a más	0	0,0%	1	3,0%
Procedencia	Costa	5	29,4%	12	36,4%
	Sierra	11	64,7%	16	48,5%
	Selva	0	0,0%	5	15,2%
	Extranjero(a)	1	5,9%	0	0,0%
Estado civil	Soltero(a)	12	70,6%	21	63,6%
	Casado(a)	1	5,9%	5	15,2%
	Viudo(a)	0	0,0%	2	6,1%
	Divorciado(a)	2	11,8%	5	15,2%
	Otros	2	11,8%	0	0,0%
Religión	Católico(a)	14	82,4%	27	81,8%
	Evangélico(a)	1	5,9%	5	15,2%
	Adventista	0	0,0%	0	0,0%
	Otros	2	11,8%	1	3,0%
Número de hijos	Ninguno	4	23,5%	19	57,6%
	1 a 2 hijos	9	52,9%	9	27,3%
	3 a 4 hijos	3	17,6%	3	9,1%
	5 a 6 hijos	1	5,9%	1	3,0%
	Más de 7 hijos	0	0,0%	1	3,0%
Molestias que presenta al tomar los medicamentos	Dolor de cabeza	6	35,3%	13	39,4%
	Dolor de estómago	8	47,1%	13	39,4%
	Pérdida de peso	1	5,9%	0	0,0%
	Otros	2	11,8%	7	21,2%

Acción frente a las molestias del medicamento	No le brinda importancia	17	100,0%	20	60,6%
	Acudo a la farmacia	0	0,0%	6	18,2%
	Acudo al Hospital	0	0,0%	3	9,1%
	Dejo de tomar los medicamentos	0	0,0%	1	3,0%
	Otros	0	0,0%	3	9,1%
Situación familiar	Vive solo(a)	10	58,8%	10	30,3%
	Padres y hermanos	5	29,4%	13	39,4%
	Tíos y primos	0	0,0%	0	0,0%
	Otros	2	11,8%	10	30,3%
Esquema del tratamiento	Esquema 1	2	11,8%	27	81,8%
	MDR	15	88,2%	6	18,2%
	XDR	0	0,0%	0	0,0%
Antecedentes de otra enfermedad	Diabetes mellitus	3	17,6%	5	15,2%
	Hipertensión arterial	4	23,5%	0	0,0%
	VIH/SIDA	0	0,0%	0	0,0%
	Otros	1	5,9%	1	3,0%
	Ninguno	9	52,9%	27	81,8%
Cono usted su enfermedad Su tratamiento lo está curando	Si	7	41,2%	28	84,8%
	No	10	58,8%	5	15,2%
	Sí	15	88,2%	32	97,0%
	No	2	11,8%	1	3,0%
Grado de instrucción	Primaria	10	58,8%	7	21,2%
	Secundaria	6	35,3%	13	39,4%
	Técnico	1	5,9%	9	27,3%
	Superior	0	0,0%	1	3,0%
	Otros	0	0,0%	3	9,1%
Cuánto gana al mes	Menos de s/.200	12	70,6%	22	66,7%
	S/. 201 - S/. 500	3	17,6%	5	15,2%
	S/. 501 - S/. 800	2	11,8%	2	6,1%
	Más de s/. 1000	0	0,0%	4	12,1%
Su economía es estable	Sí	2	11,8%	7	21,2%
	No	15	88,2%	26	78,8%
Tuvo problemas judiciales	Sí	3	17,6%	3	9,1%
	No	14	82,4%	30	90,9%
	Sí	0	0,0%	3	9,1%

Usted terminó su tratamiento	No	17	100,0%	30	90,9%
Veces que no asistió a recibir su tratamiento	De 2 a más veces	16	94,1%	10	30,3%
	Cero veces	1	5,9%	23	69,7%

Tabla 12. *Factor de riesgo relacionado al sistema de salud para la no adherencia al tratamiento antituberculoso*

Factores relacionado con el sistema de salud		Usted se adhirió su tratamiento anteriormente			
		No		Si	
		F	%	F	%
Ubicación del centro de salud	Inaccesible	0	0,0%	1	3,0%
	Accesible	16	94,1%	27	81,8%
	Muy accesible	1	5,9%	5	15,2%
Trato que brinda el personal de salud	Mala	0	0,0%	0	0,0%
	Regular	4	23,5%	3	9,1%
	Buena	12	70,6%	26	78,8%
	Muy buena	1	5,9%	4	12,1%
Información sobre la TBC	Sí	10	58,8%	29	87,9%
	No	7	41,2%	4	12,1%
Información sobre cuidados de su salud	Sí	9	52,9%	29	87,9%
	No	8	47,1%	4	12,1%
Personal que brindó información	Técnico de enfermería	3	17,6%	2	6,1%
	Enfermera	13	76,5%	28	84,8%
	Médico	1	5,9%	2	6,1%
	Otros	0	0,0%	1	3,0%
Brindó información el personal de salud sobre su enfermedad y sobre los cuidados que debe tener	No entendible	0	0,0%	2	6,1%
	Entendible	17	100,0%	24	72,7%
	Entendible y entretenido	0	0,0%	7	21,2%
Recursos que utiliza el personal de salud para las Sesiones educativas	Explica y usa rota folio	1	5,9%	3	9,1%
	Explica y usa video	0	0,0%	0	0,0%
	Solo explica	16	94,1%	30	90,9%
Veces a la semana que recibe información	Ninguno	10	58,8%	8	24,2%
	1 a 2 veces	7	41,2%	23	69,7%
	3 a 4 veces	0	0,0%	2	6,1%

sobre su enfermedad y sobre los cuidados	5 a 6 veces	0	0,0%	0	0,0%
	Todos los días	0	0,0%	0	0,0%
Usted abandonaría el tratamiento	Sí	2	11,8%	1	3,0%
	No	15	88,2%	32	97,0%
Tiempo para ser atendido en el servicio de PCT	5 a 10 minutos	14	82,4%	30	90,9%
	11 a 15 minutos	3	17,6%	0	0,0%
	16 a 20 minutos	0	0,0%	1	3,0%
	Más de 30 min	0	0,0%	2	6,1%
Gasto en pasajes para ir al hospital	No hay gasto	4	23,5%	11	33,3%
	s/. 0.50 - s/. 3.00	9	52,9%	19	57,6%
	s/. 3.00 - s/. 5.00	4	23,5%	2	6,1%
	Más de s/. 5.00	0	0,0%	1	3,0%
	Total	17	100,0%	33	100,0%

Tabla 13. *Factor de riesgo relacionado al ambiente para la no adherencia al tratamiento antituberculoso*

Factores relacionados con el ambiente		Usted se adhirió su tratamiento anteriormente			
		No		Si	
		<i>F</i>	%	<i>F</i>	%
Apoyo de su jefe y compañeros de trabajo	Sí	3	17,6%	26	78,8%
	No	14	82,4%	7	21,2%
Cuántas personas que viven en su casa	1 a 3 personas	8	47,1%	14	42,4%
	4 a 6 personas	6	35,3%	17	51,5%
	7 a 9 personas	3	17,6%	2	6,1%
	Más de 10 personas	0	0,0%	0	0,0%
Número de habitaciones	1 a 2 habitaciones	4	23,5%	10	30,3%
	3 a 4 habitaciones	11	64,7%	16	48,5%
	5 a 6 habitaciones	1	5,9%	7	21,2%
	Más de 7 habitaciones	1	5,9%	0	0,0%
Material de su vivienda	Noble	13	76,5%	32	97,0%
	Adobe	2	11,8%	0	0,0%
	Madera	2	11,8%	1	3,0%
	Estera	0	0,0%	0	0,0%
Tiene agua y desagüe	Sí	16	94,1%	32	97,0%
	No	1	5,9%	1	3,0%
Total		17	100,0%	33	100,0%

Tabla 14. *Factor de riesgo relacionado al estilo de vida para la no adherencia al tratamiento antituberculoso*

Factores relacionados al estilo de vida		Usted se adhirió su tratamiento anteriormente			
		No		Si	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Consume usted cigarrillo	Sí	10	58,8%	7	21,2%
	No	7	41,2%	26	78,8%
Consume usted alcohol	Sí	12	70,6%	8	24,2%
	No	5	29,4%	25	75,8%
Consume usted otra droga	Sí	0	0,0%	0	0,0%
	No	17	100,0%	33	100,0%
Total		17	100,0%	33	100,0%