

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Enfermería



Una Institución Adventista

TESIS

**Factores relacionados al abandono del tratamiento de la Estrategia Sanitaria
Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis en el Hospital de Huaycán,
Lima, 2015.**

Tesis presentada para optar el título profesional de Licenciadas en Enfermería

Autores

Lisbeth Vanessa Apolinario Benito
Karina Lizeth Molina Reymundo

Asesora

Lic. Nira Cutipa Gonzales

Lima, 2016

Agradecimientos

Agradecemos a Dios nuestro creador y salvador, por sobre todas las cosas, quien nos llena de gracia, amor e ilumina en nuestro día a día.

A nuestros padres por ser nuestra razón y motivo de lucha y esfuerzo para alcanzar nuestras metas.

A la Lic. Nira Cutipa Gonzales, nuestra asesora, por guiarnos y alentarnos para lograr la culminación de nuestro trabajo con mucho éxito. De igual modo, queremos agradecer al Mg. David Javier Aliaga, docente del Programa de Capacitación de Tesis de la facultad de Ciencias de la Salud, por haber compartido sus conocimientos y destrezas para la culminación en este trabajo de tesis.

Al hospital de Huaycán por abrirnos las puertas para ejecutar nuestro trabajo, asimismo al personal de la Unidad de Docencia e Investigación y a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de tuberculosis, por facilitarnos la información necesaria.

Dedicatoria

Quiero dedicar este trabajo de tesis a mi madre Teodora Reymundo Nuñez (el regalo maravilloso que Dios me ha dado) por haberle dado razón a mi vida, por sus consejos, su apoyo incondicional y su paciencia; todo lo que hoy soy, es gracias a ella.

Karina Lizeth Molina Reymundo

Este trabajo se lo dedico a mis padres: Pablo Apolinario Campos y Hermelinda Benito Taype, por su gran apoyo a lo largo de mi vida y mi carrera. Valoro su constante esfuerzo y sacrificio además he recibido como regalo una carrera profesional. Asimismo, a mis hermanos por su ayuda generosa, sus palabras de aliento y por brindarme su apoyo constante.

Lisbeth Vanessa Apolinario Benito

Resumen

Objetivo: Describir los factores relacionados al abandono del tratamiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis en el hospital de Huaycán.

Metodología: Fue de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de corte transversal y de tipo descriptivo. La muestra estuvo conformada por 55 pacientes, entre ellos 19 mujeres y 36 hombres, los cuales fueron seleccionados por un muestreo no probabilístico de tipo intencional. Los instrumentos que se usaron fueron: una encuesta y una escala (calidad de atención). **Resultado y conclusiones:** Se encontró, respecto al factor sociodemográfico, que el 92.7 % están en el rango de 20 – 59 años, que el 78.2% contaban con nivel secundario y el 40.0% eran solteros. En relación al factor económico, el 54.5% poseían casa propia. En el factor ambiental, el 87.3 % vivían con su familia y le ofrecían fuerza emocional (92.7 %). Referente al tratamiento, se obtuvo que el 94.5% pertenecían al esquema sensible, del mismo modo, el 94.6% consideraron “mucho” o “excesivo” la cantidad de medicamentos que recibía y, por último, el 45.5% consideraron la calidad de atención como regular.

Palabras claves: Tuberculosis, calidad de atención, personal de enfermería, abandono del tratamiento.

Abstract

Objective: Describe the factors related to the discontinuation of treatment of the National Health strategy for Prevention and Control of Tuberculosis in the hospital of Huaycán.

Methodology: It was quantitative approach, non-experimental design, cross-sectional and descriptive kind. The sample was composed of 55 patients, including 19 women and 36 men, who were selected by sampling non-probability of intentional kind. The instruments used were: a survey and a scale (quality of care). **Results and conclusions:** It was found, according with the socio-demographic factor, the 92.7% are in the range of 20 - 59 years, 78.2% had secondary level and the 40.0% were single. In relation to the economic factor, 54.5% owned their own house. In the environmental factor, 87.3% lived with his family and they offered emotional support (92.7%). Concerning to the treatment, it was obtained 94.5% belonged to the sensitive scheme, in the same way, 94.6% were considered "much" or "over" the quantity of medicine that they received and finally the 45.5% considered the quality of care as a regular.

Key words: Tuberculosis, quality of care, nurse staff, discontinuation of treatment.

Tabla de contenido

Agradecimientos	ii
Dedicatoria.....	iii
Resumen.....	iv
Abstract.....	v
Tabla de contenido.....	vi
Índice de tablas	x
Introducción	xi
Capítulo I	1
El problema.....	1
1. Planteamiento del problema.....	1
2. Formulación del problema.....	9
3. Justificación	9
Aporte práctico.	10
Aporte social.	10
Aporte metodológico.	10
Aporte teórico.	11
4. Objetivos de la Investigación.....	11
4.1. Objetivo general.....	11
4.2. Objetivos específicos	11
Capitulo II.....	13
Marco Teórico.....	13
1. Marco bíblico filosófico.....	13

2.	Antecedentes de la investigación.....	14
3.	Marco teórico.....	30
3.1.	Tuberculosis.....	30
3.1.1.	Definición.....	30
3.1.2.	Causas.....	31
3.1.3.	Fisiopatología.....	31
3.1.4.	Tipos.....	32
3.1.5.	Clasificación.....	33
3.1.6.	Factores de riesgo.....	34
3.1.7.	Transmisión.....	35
3.1.8.	Signos y síntomas.....	35
3.1.9.	Diagnóstico.....	37
3.1.10.	Tratamiento.....	39
3.1.11.	Prevención.....	45
3.1.12.	Rol de la Enfermera en el Componente de Control de la TBC.....	46
3.1.13.	Definiciones Operacionales.....	47
3.2.	Factores relacionados al abandono del tratamiento antituberculoso.....	48
3.2.1.	Factores de riesgo del abandono al tratamiento.....	48
3.2.2.	Consecuencias del abandono del tratamiento.....	57
3.2.3.	Modelos teóricos.....	57

3.3.	Marco teórico referente a la población de estudio.....	59
3.3.1.	Adolescente.....	59
3.3.2.	Adulto joven.....	60
3.3.3.	Adulto mayor.....	60
4.	Definición de términos.....	61
	Capítulo III.....	63
	Materiales y métodos.....	63
1.	Diseño y tipo de investigación.....	63
2.	Variables de la investigación.....	64
2.1.	Operacionalización de las variables.....	65
3.	Delimitación geográfica y temporal.....	72
4.	Población y muestra.....	73
4.1.	Población.....	73
4.2.	Muestra.....	73
4.2.1.	Criterios de inclusión y exclusión.....	74
5.	Técnica e instrumento de recolección de datos.....	75
5.1.	Detalles del instrumento.....	75
6.	Proceso de recolección de datos.....	76
7.	Procesamiento y análisis de datos.....	77
8.	Consideraciones éticas.....	78
	Capítulo IV.....	79
	Resultados y Discusión.....	79

1. Resultados.....	79
2. Discusión	85
Capítulo V.....	96
Conclusiones y recomendaciones	96
1. Conclusiones.....	96
2. Recomendaciones	97
Referencias Bibliográficas	99
Apéndices.....	110
Apéndice 1. Cuestionario.....	111
Apéndice 2. Consentimiento informado	116
Apéndice 3. Carta de autorización del comité de ética de investigación- carta de autorización del área de estudio.....	118
Apéndice 4. Datos de la prueba de confiabilidad/ Validación del instrumento.....	119
Apéndice 5. Resultados descriptivos	124
Apéndice 6. Mapa de ubicación del Hospital de Huaycán.	125

Índice de tablas

Tabla 1 Dosis de medicamentos antituberculosis de primera línea para personas de 15 años a más	41
Tabla 2	80
Factor sociodemográfico relacionado al abandono del tratamiento antituberculoso.....	80
Tabla 3 Factor económico relacionado al abandono del tratamiento antituberculoso.....	81
Tabla 4 Factor ambiental relacionado al abandono del tratamiento.	82
Tabla 5 Factor psicosocial relacionado al abandono del tratamiento.	83
Tabla 6 Factor referente al tratamiento relacionado al abandono del tratamiento.....	84
Tabla 7 Nivel de la calidad de atención.....	85
Tabla 8 Confiabilidad de la escala de la calidad de atención según Alfa de Crombach.	119
Tabla 9 Descripción de los ítems del factor relacionado a la calidad de atención	124

Introducción

La tuberculosis es una enfermedad infecto contagiosa que es considerada a nivel mundial entre una de las principales causas de mortalidad.

En la actualidad, el abandono del tratamiento antituberculoso sigue siendo uno de los problemas principales de salud pública, pues obstaculiza al éxito del tratamiento. Detrás de esta realidad se encuentran vinculados diferentes factores, tanto externos como internos, que afectan directamente a la salud del paciente, retrasando su recuperación y en la mayoría de casos conllevándoles a la muerte.

El presente estudio titulado “Factores relacionados al abandono del tratamiento en pacientes que no asistieron por más de 30 días a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis en el Hospital de Huaycán, 2015”, describe los factores sociodemográficos, económicos, ambientales, psicosociales, referentes al tratamiento y calidad de atención por el personal de enfermería que presentaron los pacientes que realizaron el abandono entre el 2013 – 2015.

El estudio es de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de corte transversal y de tipo descriptivo. Tiene como propósito identificar a los pacientes que realizan el abandono del tratamiento antituberculoso mediante visitas domiciliarias y simultáneamente concientizándolos al retorno del programa de Prevención y Control de Tuberculosis.

Esta investigación está organizada en 5 capítulos:

En el capítulo I: se presenta la situación problemática, formulación del problema, justificación y objetivos.

En el capítulo II: se enriquece el trabajo mediante el marco bíblico filosófico, antecedentes de la investigación, marco teórico y definición de términos.

En el capítulo III: se menciona el diseño y tipo de investigación, variables de la investigación, delimitación geográfica y temporal, población y muestra, técnica e instrumento de recolección de datos, proceso de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos y consideraciones éticas.

En el capítulo IV: se presenta los resultados y discusión con base en los resultados obtenidos.

Y finalmente en el capítulo V: se muestran las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento del problema

Aproximadamente un tercio de la población mundial está infectada por el bacilo de la tuberculosis. No obstante, solo una pequeña proporción de ellos enfermará de tuberculosis (OMS, 2015).

A nivel mundial, en el 2014, 9.6 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,5 millones murieron por esta enfermedad. Más del 9,5 % de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países bajos y medianos, y esta enfermedad es una de las causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años. Se calcula que 480 mil personas desarrollaron tuberculosis multirresistente a nivel mundial en 2014 (OMS, 2015).

Asimismo, en la página web de una radio local, se menciona que a nivel mundial el 37% no recibieron diagnóstico o al menos no fueron reportados a la Organización Mundial de la Salud (OMS), por lo que se desconoce si recibieron el tratamiento adecuado (Méndez, 2015).

Del mismo modo, en el 2013 a nivel mundial, contrajeron la enfermedad de la tuberculosis 9 millones de personas. La tuberculosis está presente en todas las regiones del mundo, y el informe mundial sobre la tuberculosis de 2014 contiene datos procedentes de 202 países. En el informe se muestra mayores cifras mundiales totales de nuevos casos de TB y de muertes por esta causa en 2013 que en años anteriores (OMS, 2014).

Moreno (2013) señala que la calidad y seguridad es hoy en día una prioridad a nivel mundial y en todos los niveles asistenciales. Garantizar que la atención que se proporciona a los usuarios cumple con los estándares internacionales de calidad y los protege de riesgos inherentes al sistema de salud; es un reto que requiere el compromiso de todos los involucrados en el área de la salud.

Musayón *et al.* (2010), mencionan que en muchos países el desempeño enfermero es entendido, casi exclusivamente al aspecto asistencial; de hecho que gran parte de la responsabilidad para tal apreciación involucra al propio enfermero, pero esta realidad puede ser modificada.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que cuando el porcentaje de abandono supera el 5% este problema es atribuible a deficiencias en la calidad de atención de los servicios, en cambio si las causas de abandono son menores al 5% estos son atribuibles a factores dependientes del paciente. Por lo tanto, el abandono del tratamiento considera 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 antifímicos (Montufar & Noboa, 2013).

Según el estudio realizado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y el Ministerio de Salud (MINSA), la tuberculosis suele generar tanto en el paciente como en la familia (padres, hermanos, pareja, hijos) alteraciones negativas con mayor o menor impacto. La USAID señala además, que el cumplimiento o el abandono del tratamiento contra la tuberculosis dependen de una suma de factores como el conocimiento y las creencias del enfermo en torno a la tuberculosis (Cruz, 2010).

En los Estados Unidos, durante el 2014 se reportaron más de 9000 casos de tuberculosis. Sin el tratamiento adecuado, la tuberculosis puede ser mortal. En el pasado solía ser la causa principal de muerte en los Estados Unidos. La tuberculosis presenta un reto enorme para los departamentos locales de salud pública porque la enfermedad es muy contagiosa y requiere unos niveles de atención y gestión extraordinarios. Las enfermeras de Salud Pública proporcionan información para el paciente y la familia, ayuda al paciente con el fin de tener éxito en el tratamiento. Esto no es algo insignificante ya que una persona con TB activa necesita al menos 2 semanas de aislamiento y por lo general no puede ir al trabajo (Golden, 2015).

En América Latina se presentan aproximadamente 5000 000 casos de tuberculosis (TB) cada año, estimándose en Latinoamérica y el Caribe un total de 645 000 casos (Ríos, Suarez, Muñoz & Gómez, 2002). Para América Latina la tuberculosis es un problema de difícil erradicación; asimismo en Brasil, Perú y México existe una mayor carga de casos activos (Pinedo, 2008).

Torres & Herrera (2013) en Chile, señalan que el abandono del tratamiento de la tuberculosis es uno de los factores más importantes que disminuye la eficiencia de la terapia. Dentro de sus causas se observa factores relacionados con el paciente, con los

fármacos y con el sistema de salud. En Chile, el porcentaje de abandono se ha mantenido en torno al 7%, a pesar de las distintas estrategias implementadas para su prevención.

Por otro lado, en Bolivia, Sumi (2014) describe que a nivel nacional en el 2013 fueron notificados 8.327 casos nuevos de tuberculosis. En el mismo año se tiene una tasa de incidencia de 54 %, esto quiere decir que 54 personas son positivas con tuberculosis por cien mil habitantes.

México, ha alcanzado un 85.3 % de éxito en materia de tratamiento para esta enfermedad. No obstante mantiene una tendencia ascendente en la incidencia de mortalidad por tuberculosis. Cada año se detecta alrededor de 15 mil nuevos casos de tuberculosis pulmonar y cerca de 2 mil defunciones por esta causa. En México, como en el mundo la tuberculosis afecta principalmente a los hombres de manera que el 60% de los casos corresponde a este género. En cuanto a la edad el mayor número de casos se presentó en personas de 65 años a más (Cacho, 2015).

El Ministerio de Salud Pública (2014) detalla que Ecuador, en el año 2012, reportó 5,108 nuevos casos de tuberculosis y el éxito del tratamiento fue de 78,24%; en el 2013, reportó 4.976 casos y el éxito del tratamiento para los casos nuevos fue del 81.90%. En el 2014 hubo 4.897 casos nuevos de TB que actualmente se encuentran en tratamiento bajo DOTS (tratamiento aportado directamente observado).

En Colombia, en los últimos 43 años se ha notificado cerca de 500 mil casos de tuberculosis con un promedio anual de 11,571. Aunque la tasa de incidencia ha disminuido pasando de 58,62 casos por cada 100.000 habitantes en 1970 a 24,91 casos por cada cien mil habitantes en el 2013, el número de casos detectados anualmente ha permanecido estable (Vera, 2015).

Brasil, en los últimos 10 años, redujo en 22,8% la incidencia de casos nuevos de tuberculosis y en 20,7% la tasa de mortalidad de la enfermedad. En el 2014, la incidencia de TB en Brasil fue de 33,5 casos por cien mil habitantes, contra 43,4/100 mil en el 2004. La tasa de mortalidad en el 2013 fue de 2,3 defunciones por 100 mil habitantes. El número de nuevos casos se redujo en un 12,5% , pasando de 77.694 en el 2004 a 67.966 nuevos casos reportados en el 2014 (Americo & Bogaz, 2015).

Brasil está en la lista de los 22 países que concentran el 80% de los casos de tuberculosis del mundo. Ocupa la 17° de posición con 68.467 enfermos en el 2014, una tasa de incidencia de 33,8 casos por 100.000 habitantes (Moriyama, 2015). Anualmente el 11% abandonan el tratamiento de la tuberculosis (Canela, 2012).

Venezuela desde el año 2004 está clasificada en el grupo de países de América con mediana carga de tuberculosis. Según el boletín Epidemiológico del Ministerio del Poder Popular para la Salud el número de nuevos casos en el 2012 fue de 3449 y en el año 2013 se ha registrado 570, 5,31% menos en comparación con el mismo periodo del año anterior (MPPS, 2013).

El Ministerio de Salud (2013) señala que el Perú es el segundo país en América del Sur con la mayor tasa de tuberculosis (TBC), siendo la primera Bolivia. La incidencia de esta enfermedad a nivel nacional es de 106 casos por cada 100 mil habitantes.

La cifra de tuberculosis en el Perú no se detiene. Pese a que las estrategias puestas en marcha, el año pasado lograron reducir la tasa de mortalidad de 105.2 a 101.3 casos por cada 100 mil habitantes (Sausa, 2014).

Alrededor de mil pacientes con tuberculosis abandonan su tratamiento cada año en el Perú, debido a múltiples factores, entre ellos la falta de apoyo familiar, los efectos adversos de los fármacos y los problemas de drogadicción. Otras causas que llevan a los pacientes con tuberculosis a abandonar el tratamiento son, la irresponsabilidad de los pacientes de pensar que se sienten “Mejor”, o el desabastecimiento de medicamentos o insumos de laboratorio. El abandono del tratamiento contribuye a que los casos de tuberculosis simple evolucionen a TBC MDR (multirresistente) y a TBC XDR (extremadamente resistente), cuadros muy resistentes a los medicamentos y que requieren terapias más prolongadas y costosas. Además, conlleva el riesgo de una mayor propagación de este mal (Villena, 2013).

En el Perú anualmente se notifican alrededor de 27 mil casos de enfermedad activa y 17 mil casos nuevos de tuberculosis pulmonar frotis positivo, somos uno de los países con mayor cantidad de casos de tuberculosis en las Américas (Ministerio de Salud, 2016).

Por otro lado el Ministerio de Salud (2015), sostiene que en el Perú en el 2013 se logró reducir la tasa de morbilidad de 105.2 a 101.3 casos por cada 100 mil habitantes. Sin embargo, seguimos siendo el segundo país en América en registrar más casos de TB y los primeros con más casos de TB multidrogorresistente, es decir, aquella variedad que no responde al tratamiento con medicinas convencionales.

Asimismo, Arróspide (2015) detalla que la tuberculosis puede curarse en seis meses si es que el paciente sigue el tratamiento adecuado y no lo abandona. De los tres tipos de tuberculosis, la más fácil de curar y la más común en nuestro país es la del tipo sensible, con más de un 90% de casos reportados. La tuberculosis sensible, con un adecuado tratamiento medicinal, puede ser completamente curada en medio año si el paciente no lo abandona. Los otros tipos de tuberculosis, de un bacilo más resistente, requieren de un mayor tiempo

para ser curados. En esos casos se espera que el paciente este recuperado en un lapso de 18 a 24 meses si es que no abandona el tratamiento.

Por otra parte, Solari, Suárez & Jave (2011) señalan que el abandono al tratamiento antituberculoso es un obstáculo importante para el control de la tuberculosis en el Perú y ha sido identificado como una de las áreas prioritarias de trabajo por los representantes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.

Asimismo en el Perú, el abandono del tratamiento antituberculoso es un problema que la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis de los diferentes centros de salud y hospitales del Perú deben afrontar. El abandono del tratamiento antituberculoso continúa siendo el principal responsable de la disminución de la eficiencia de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (Culqui, 2010).

En Lima, la tuberculosis actualmente es declarada como una urgencia mundial que enfrenta un obstáculo muy importante para su control: el abandono del tratamiento, incumpliendo o falta de apego del paciente a la medicación. En el 2006, la proporción del abandono al tratamiento se ubica en 3,8% lo que significa que alrededor de 600 personas dejan de recibir su tratamiento y por tanto, existe el riesgo que contagien a otros que están sanos a que transmitiendo gérmenes que son resistentes al tratamiento (Granados, 2009).

En la capital del Perú, la mayor cantidad de casos de tuberculosis se concentran en el distrito de San Juan de Lurigancho, precisamente el que alberga la mayor cantidad de población de Lima. Le siguen en la estadística el Agustino, Santa Anita, Ate Vitarte y el Rímac (Sausa, 2014).

La enfermera tiene como base fundamental de su formación brindar elementos esenciales para planear cuidado profesional de enfermería en base a las necesidades del paciente, familia y comunidad, que juega un rol determinante en la salud de las personas, familias y comunidades en los enfermos con tuberculosis, es por ello que la enfermera debe realizar esta actividad con la participación activa de la familia teniendo en cuenta el entorno donde se desenvuelve, sin olvidar la naturaleza de su profesión (Pajuelo, 2013).

En Cusco, más de 590 de casos de Tuberculosis se registraron. Según precisó la funcionaria el 90% de los casos están referidos a las afecciones pulmonares, y los más afectados son jóvenes de 18 a 29 años de edad. Entre los factores que motivan la aparición y la propagación de la tuberculosis en las familias, se mencionan el hacinamiento en viviendas, buses y la falta de una adecuada alimentación (Sarmiento, 2015).

La red de salud de Moyobamba, informó que de enero a la fecha los casos de tuberculosis se han incrementado, elevados a 35, en comparación al 2014 en el que se registraron 26 casos. El incremento se debe a la alta migración y la alimentación inadecuada, así como hacinamiento de la población rural en las viviendas y la automedicación que realizan los pobladores. A través de la municipalidad los pacientes reciben atención gratuita, la misma que incluye una canasta de alimentos y una evaluación por el personal de salud hasta que culmine el tratamiento (Sandoval, 2015).

El hospital Huaycán considerado el bolsón de la tuberculosis y con afluencia de pacientes provenientes en su mayor parte de la misma jurisdicción, así como de otras localidades de los distritos de Ate y Santa Anita, es una de las áreas en Lima con mayor incidencia de Tuberculosis, no solo son sensible sino tuberculosis Multidrogoresistente (MDR) y Extremadamente drogo resistente (XDR) así lo demuestran los datos con una tasa de

incidencia de 2010.5 x 100000 hab. y una tasa de incidencia de TB frotis positivo de 122.9 por 100,000 hab. El número de pacientes con TB en el año 2007 registrados en el hospital fue de 254 pacientes (Gallardo, Sanchez, & Condor, 2009).

Durante las prácticas comunitarias que las investigadoras realizaron en el hospital de Huaycán, específicamente cuando rotaron por la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis identificaron que en el periodo del 2013 – 2015 (Agosto), 105 pacientes abandonaron el tratamiento antituberculoso, que equivale al 18 % de los pacientes atendidos durante el periodo mencionado. Ante esta problemática se decide realizar la investigación presente, relacionados al abandono del tratamiento.

2. Formulación del problema

Por lo expuesto anteriormente se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores relacionados al abandono del tratamiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis en el hospital de Huaycán, 2015?

3. Justificación

Esta investigación se justifica por las siguientes razones

Aporte práctico.

Aportará al área de prevención específica de la estrategia de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del hospital de Huaycán, mediante el desarrollo de capacitaciones dirigido al personal de enfermería con el propósito de mejorar la calidad de atención que permita al personal reforzar competencias con respecto al trato humanizado. Asimismo establecer un programa educativo preventivo que permita al paciente a adherirse al tratamiento.

Aporte social.

Este trabajo permitirá a la adherencia del tratamiento de los pacientes a fin de garantizar su recuperación. De igual modo servirá para sensibilizar a la comunidad de Huaycán sobre la transmisión de la enfermedad, y de esta manera mejorar la relación familiar y social.

Aporte metodológico.

Este trabajo será de gran utilidad porque pondrá a disposición un instrumento válido y confiable para evaluar la calidad de la atención en pacientes que han abandonado el tratamiento. Asimismo se pondrá a disposición de la comunidad científica un cuestionario para evaluar los factores relacionados al abandono del tratamiento de la Tuberculosis. El estudio servirá también como antecedente para estudios posteriores, dentro del ámbito de enfermería.

Aporte teórico.

Este estudio permitirá conocer los posibles factores relacionados al abandono del tratamiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de tuberculosis. Asimismo, permitirá ordenar y sistematizar información referente a Tuberculosis, factores asociados al abandono y el tratamiento antituberculoso.

4. Objetivos de la Investigación

4.1. Objetivo general

Describir los factores relacionados al abandono del tratamiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis en el hospital de Huaycán.

4.2. Objetivos específicos

- Describir el factor sociodemográfico relacionado al abandono del tratamiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis en el hospital de Huaycán.
- Describir el factor económico relacionado al abandono del tratamiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis en el hospital de Huaycán.

- Describir el factor ambiental relacionado al abandono del tratamiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis en el hospital de Huaycán.
- Describir el factor psicosocial relacionado al abandono del tratamiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis en el hospital de Huaycán.
- Describir el factor referente al tratamiento relacionado al abandono del tratamiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis en el hospital de Huaycán.
- Describir el factor de la calidad de atención relacionado al abandono del tratamiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis en el hospital de Huaycán.

Capítulo II

Marco Teórico

1. Marco bíblico filosófico

En la actualidad las personas dejan de lado su salud, ya sea por desinterés en mantenerse con vigor o por priorizar otras actividades que para su perspectiva es primordial. Con respecto a la variable de estudio se ha considerado importante tomar en cuenta citas que indican la importancia del cuidado de la salud desde la filosofía de la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

El Señor ayuda a los que tratan de ayudarse a sí mismos, pero cuando los hombres no ponen especial empeño en obrar según la mente y la voluntad de Dios, ¿Cómo puede el obrar por medio de ellos? Hagamos nuestra parte, obrando nuestra salvación con temor y temblor, no sea que cometamos errores en la forma de tratar nuestro cuerpo, el cual estamos, delante de Dios, en la obligación. Con respecto a nuestra responsabilidad e influencia, somos responsables ante Dios porque derivamos nuestra vida de él (White, 1989).

Tournier (2003), menciona que en 1 Juan 5: 1 -11, el hombre en cuestión estaba realmente enfermo, pero se nos conduce a preguntarnos si esta enfermedad no conlleva una parte de negligencia por parte de este hombre, como una especie de pereza hacia el mismo, como un dejarse llevar, digamos incluso de abandono, contra el que, Jesús precisamente, se subleva, denuncia y de la que libra a este desventurado.

Desde la filosofía cristiana, el cuidado del cuerpo es la obediencia a las reglas del Creador, consideran que el cuerpo es el templo de Dios, pues la mente espíritu y el cuerpo están relacionados entre sí. Se daña esta relación, no se manifiesta finalmente una enfermedad, no solo en el ámbito físico.

“La mayor enfermedad hoy en día no es la lepra ni la tuberculosis sino más bien el sentirse no querido, no cuidado y abandonado por todos, el mayor mal es la falta de amor y caridad” (Pedrozo, 2008).

2. Antecedentes de la investigación

Jakubowiak, Bogorodskaya, Borisov, Danilova, & Kourbatova (2007), en Rusia, realizaron un estudio de investigación con el objetivo de identificar los factores de riesgo de incumplimiento y para evaluar el posible impacto de la ayuda social. El estudio fue de casos y controles, retrospectivo en pacientes con baciloscopía positiva pulmonar y baciloscopía negativa registradas durante el segundo y tercer trimestre del 2013. Los datos fueron analizados en un estudio de casos y controles, utilizando un modelo de regresión logística multivariante. Los resultados mostraron que de un total de 1805 casos, las tasas de incumplimiento en las regiones fueron 2.3 a 6.3%, mientras en el análisis multivariado los

factores de riesgo asociados: desempleo, el abuso de alcohol y la falta de vivienda, por otro lado, el apoyo social reduce el resultado predeterminado, controlado por edad, sexo, región, residencia y bacilos ácido – alcohol. En conclusión, el desempleo, el abuso de alcohol y la falta de vivienda se asociaron con aumento de resultado predeterminado entre nuevos pacientes de tuberculosis, mientras que el apoyo social a los pacientes con tuberculosis reduce de forma predeterminada.

Gelmanova et al. (2007), en Rusia, realizaron una investigación con la finalidad de identificar barreras para el éxito del tratamiento y programáticos de la falta de adherencia, por defecto y la adquisición de multirresistencia. Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de forma consecutiva. La población estudio fueron pacientes adultos con cultivo positivo que inician la terapia en un programa DOTS en Tomsk entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2001. El abuso de sustancias se asoció fuertemente con la no adherencia. Se concluyó que los pacientes con tuberculosis, el abuso de sustancias es un fuerte predictor de la no adherencia y por defecto.

Samina, Qadri, Tabish, Samiya, & Riyaz (2008), en la India, ejecutaron una investigación con el objetivo de conocer la percepción de los pacientes de la calidad de atención de enfermería proporcionada en un hospital de tercer nivel. Fue un estudio prospectivo, transversal, conformado por una muestra de 2600 pacientes, se utilizó un cuestionario auto administrado pre-probado. Los resultados del estudio revelaron un porcentaje relativamente alto de pacientes con una mala percepción sobre la explicación y la información y los aspectos concernientes en la actitud del cuidado de los cuidados de enfermería (31.6% y 11.5% respectivamente). Sin embargo más del 95% de los pacientes tenían una buena percepción de la respuesta, disponibilidad y la capacidad de organización

de barrio de la enfermera. En conclusión, el estudio revela que un porcentaje muy elevado de los pacientes tienen una buena percepción de las capacidades de la “organización de barrio”, “disponibilidad” y “capacidad de respuesta” de la enfermera tranquila un buen porcentaje de los pacientes perciben la explicación y la información y actitud de cuidado, cualidades de la enfermera como pobres.

Biru & Bernt (2007), en Etiopia, realizaron un trabajo de investigación teniendo como objetivo determinar los factores que predicen la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva. Los autores realizaron un estudio de cohorte. Como resultado de los 404 pacientes registrados para el tratamiento, 81 (20%) incumplieron el tratamiento. Un total de 91% (74 de 81) de las interrupciones del tratamiento se produjo durante la fase de continuación del tratamiento. En un modelo de regresión de Cox, la distancia desde su casa al centro de tratamiento (hazard ratio HR=2,97; $p<0,001$), edad >25 años (HR=1,71; $p<0,02$) y la necesidad de utilizar el transporte público para llegar a un centro de tratamiento (HR=1,59; $p<0,06$) se encontró que se asocia de forma independiente con el impago de tratamiento. En conclusión, el incumplimiento fue debido a no completar el tratamiento en este ámbito del estudio es alta, y los principales determinantes parecen ser los factores relacionados con el acceso físico a un centro de tratamiento.

Kliiman & Altraja (2010), en Estonia, realizaron un estudio con el objetivo de identificar los factores de riesgo de abandono en el tratamiento pulmonar de tuberculosis (TB) y para evaluar la mortalidad asociada con defecto. Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo. La población estuvo conformada por pacientes con tuberculosis pulmonar, que iniciaron tratamiento durante el periodo 2003 – 2005. Los resultados indicaron que 1107 pacientes

elegibles, la tasa de éxito del tratamiento fue de 81.5% y la tasa de morosidad del 9,4%. Los predictores independientes de abandono del tratamiento fueron el abuso de alcohol (OR 3,22; IC DEL 95%), el desempleo (OR 3.05, IC 95%), MDR-TB (OR 2.17, IC 95%), la residencia urbana (OR 1.85; IC 95%) y el encarcelamiento previo (OR 1.78, IC 95%). De los morosos, 29.4% murió durante el seguimiento. En conclusión, los principales factores de riesgo de abandono del tratamiento pueden ser influenciados. Las intervenciones puede reducir, por tanto, por defecto debería concentrarse en los pacientes en desventaja social y la prevención del abuso de alcohol, con especial atención a los pacientes con TB-MDR.

Mutare et al. (2011) en Kenia, desarrollaron una investigación con el propósito de determinar la duración de pacientes con tuberculosis que permanecen en tratamiento antes de morosos y los factores asociados con el defecto en Nairobi. El estudio fue de casos y controles, retrospectivos, utilizando datos primarios y secundarios. La muestra estuvo conformada por todos los morosos (945) y 1033 controles seleccionados al azar de entre 5659 pacientes. Los resultados fueron de 945 morosos, el 22,7% (215) y el 20,4% (193) abandonaron el tratamiento en el primer y segundo mes del tratamiento respectivamente. En conclusión, la tasa de incumplimiento fue más alta durante los dos meses iniciales.

Holtz *et al.* (2006), en Sudáfrica, realizaron una investigación con la finalidad de estimar la mortalidad y evaluar los factores de riesgo asociados con el incumplimiento del tratamiento en TB-MDR. Se realizó un estudio de caso y controles en pacientes diagnosticados y tratados por TB-MDR entre el 1 de octubre de 1999 y el 30 de septiembre de 2001, haciendo uso de un cuestionario estandarizado. Los resultados fueron que el 27% casos y 10% controles habían muerto, por otro lado en un modelo multivariado, los factores de riesgo individuales más fuertes fueron fumar marihuana o mandrax durante el

tratamiento, y que tiene opinión insatisfactoria sobre la actitud de los trabajadores de la salud. En conclusión, la mortalidad de pacientes TB-MDR fue alta, el cual debe concentrarse en el tratamiento de abuso de sustancias, la educación del paciente y el apoyo y la mejora en la relación proveedor-paciente.

Dooley et al. (2011), en Marruecos realizaron un trabajo de investigación con el objetivo de identificar los factores de riesgos de fracaso inicial del tratamiento de la tuberculosis, por defecto, recaída temprana a la necesidad de retratamiento de la tuberculosis. Fue un estudio de cohorte retrospectivo, la población en estudio fueron pacientes marroquíes con TB pulmonar con baciloscopia o confirmada por cultivo, fueron identificados en los registros de la clínica. Los resultados fueron que de 291 pacientes que se presentaron para el retratamiento fueron incluidos, 93% recibió un régimen estándar de categoría II. El retratamiento tuvo éxito en el 74% de los pacientes de recaída, 41% de los pacientes por defecto, 25% de los pacientes de retratamiento de pagar, superior a las estimaciones previas. El fracaso de retratamiento era más común entre los pacientes que habían fracasado el tratamiento inicial (24%), y el incumplimiento con el abandono del tratamiento inicial (57%). En conclusión, los resultados del retratamiento con un régimen de categoría II son óptimos y varían según el grupo. Por defecto, entre los pacientes que recibieron el retratamiento de la tuberculosis es inaceptablemente alta en las zonas urbanas en Marruecos, y los pacientes que no logran el tratamiento inicial de la tuberculosis son especialmente alto riesgo de fracaso retratamiento.

Hill et al. (2005), en Gambia, realizaron un estudio de investigación, teniendo como objetivo identificar las características del paciente asociados con mayores tasas del incumplimiento de tratamiento, específicamente de conocimiento y de costos factores

susceptibles de intervención. Fue un estudio prospectivo de cohorte, se aplicó una entrevista por un cuestionario semi-estructurado y seguido de la asistencia a 3 veces por semana de tratamiento bajo observación directa. Teniendo como resultados, que de 301 pacientes 76 (25,2%) de pagar de tratamiento y 25 no regreso para el tratamiento. La tasa de incumplimiento fue mayor entre los que dijeron que no estaban seguros de que su tratamiento podría funcionar y entre los que incurre un tiempo significativo o costos de dinero que viajan para recibir tratamiento. Existían diferentes efectos con respecto al tiempo: la incertidumbre sobre el éxito del tratamiento fue importante en los primeros 90 días de tratamiento, mientras que el aumento de costo de viajar a la clínica era importante después de 90 días. En conclusión, los grupos de riesgos de impago pueden ser reconocidos en el inicio del tratamiento y se encuentra en mayor riesgo en diferentes momentos.

Puebla, Ramirez, Ramos, & Moreno (2009), en México, realizaron un estudio con el objetivo de conocer la percepción de la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tijuana, Baja California, de la atención recibida por el personal de enfermería. La muestra fue de 92 usuarios. Fue un estudio descriptivo. Los resultados fueron 60.87 % de los encuestados manifestó recibir atención regulador por el personal de enfermería, 51.90% considero no ser tratado dignamente, 46.7% no se les trata con respeto y 46.41% visualizaron al personal de enfermería poco profesional. El cual se concluye que la percepción que tienen los usuarios de la atención que brinda el personal de enfermería es mala.

Garrido *et al.* (2012), en Brasil, ejecutaron un trabajo de investigación, con el objetivo de analizar los determinantes predeterminados al tratamiento de la tuberculosis en el estado de Amazonas para contribuir en la planificación de las intervenciones de control apropiadas. El

estudio fue cohorte retrospectiva y observacional, se utilizó un diseño de estudio de casos y controles anidado, a partir de datos del sistema de notificación de enfermedades de Brasil entre 2005 y 2010. Los pacientes morosos fueron considerados como casos y los que terminaron el tratamiento como controles. Los resultados fueron que se observó por defecto del tratamiento de estar asociado a los valores anteriores (ORa 3,20; $p < 0,0001$), la posibilidad del VIH (ORa 1,62; $p < 0,0001$), alcoholismo (ORa 1,51; $p < 0,0001$), bajo nivel educativo (ORa 1,35; $p < 0,0001$) y otras comorbilidades (ORa 1,31; $p < 0,0001$). Los pacientes mayores (ORa 0,98; $p < 0,0001$) y el Departamento de transporte (ORa 0,72; $p < 0,0001$) fueron considerados como factor protector para el defecto. En conclusión, los factores asociados deben ser considerados en el tratamiento de las acciones de atención y de política para el control de la tuberculosis.

Paixão & Gontijo (2007), en Brasil, realizaron un trabajo e investigación, con el objetivo de describir el perfil de los casos de tuberculosis notificados y analizar los factores asociados con el abandono del tratamiento. Realizaron un estudio de casos y controles no apareado. La tasa de incidencia fue de 56,6/100.000 habitantes. Hubo un predominio de hombres, 30-49 años de la forma pulmonar (76,4%) y el 72,5% de los frotis positivo. Entre los notificados que era de 65,2% de curaciones, el 12,4% se retiró y el 9,6% murió sin influencia de la zona de tratamiento. Sobre estudio de casos y controles, no hubo diferencias en cuanto a género, el color, la escolarización, ingresos, ocupación, apoyo a la familia, la asociación con el sida y el consumo de alcohol. El uso de las drogas, el interés en el tratamiento y la información acerca de la enfermedad pueden ser asociación independiente con la deserción escolar. En conclusión, la adherencia al tratamiento es un reto en el control de la tuberculosis. Los factores de protección, interés en el tratamiento y el nivel de

información sobre la enfermedad, y el reconocimiento de que el consumo de drogas como un factor de riesgo debe integrar estrategias de atención al paciente, tratando de reducir las tasas de deserción y restaurar la salud.

Soza, Perreira, & Barreto (2005), en Nicaragua, elaboraron un trabajo de investigación con el objetivo de identificar los factores relacionados con el abandono (deserción) del tratamiento de la tuberculosis en centros de salud de los departamentos de Managua y Matagalpa, mediante un estudio de casos y testigos, comparados por edad y por municipios de tratamiento; se seleccionaron como casos 251 pacientes mayores de 15 años que abandonaron el tratamiento antituberculoso y como testigos pacientes que concluyeron la farmacoterapia durante el periodo de enero de 1998 a diciembre del 2001. En el cual se realizó un análisis de regresión logística condicional, se estimó la razón de posibilidades, con un intervalo de confianza de 95% (IC 95%), dando como resultado los factores de riesgo de abandono de la farmacoterapia antituberculosa: sexo masculino, residencia inestable o en la calle, cambio de domicilio durante tratamiento, consumo de bebidas alcohólicas, uso de drogas ilícitas, dificultad de acceso a los servicios de salud y un concepto negativo de la atención recibida. Donde se concluyó que es indispensable establecer en los servicios de salud medidas que contribuyan a abatir el riesgo de abandono.

Ribeiro, Amado, Camelier, Fernandez, & Schenkman (2000), en Brasil, realizó un estudio con el objetivo de comparar las características de los pacientes que abandonaron el tratamiento en el periodo 1995 – 1997. El estudio fue retrospectivo con grupo control. Con una muestra de 100 pacientes. Los resultados fueron, la mayoría de las variables relacionadas con el abandono fueron de sexo masculino, el tabaquismo, el alcoholismo, el consumo de drogas, la presencia de factores de riesgo de VIH y hospitalización anterior.

Concluyeron de haber sido medios ampliamente disponibles para el diagnóstico y seguimiento de pacientes con tuberculosis, todos los esfuerzos deben concentrarse para evitar el abandono, sobre todo en pacientes de riesgo, que debe tener a su disposición los grupos educativos sobre la enfermedad.

Lenis & Manrique (2015), en Colombia, ejecutaron un trabajo de investigación con el objetivo de determinar la calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una clínica privada de Barranquilla. El estudio fue descriptivo, transversal, cuantitativo. El tamaño de la muestra fue de 147 pacientes que tenían orden de egreso, donde se utilizó el cuestionario de calidad del cuidado de Enfermería (CUCACE), versión en castellano. La satisfacción y las experiencias de los pacientes con el cuidado de enfermería están por encima del 70%, lo que indica resultados altamente positivos según la escala del CUCACE. Los resultados de asociación solo mostraron relación entre dichas variables y el sexo, mas no se encontró asociación significativa con el resto de las variables sociodemográficas. El 58.5% fueron mujeres y el 41,5% hombres. El 96.6% de los pacientes con que el cuidado de enfermería no requiere mejoría. En conclusión, los pacientes tienen una percepción positiva sobre el cuidado de enfermería recibido en la institución, con una puntuación de 93.22 para la dimensión de experiencia con el cuidado y de 78,12 en la dimensión de satisfacción, lo cual indica que la calidad percibida del cuidado de enfermería percibida por los pacientes en la institución es buena.

Navarro, Rueda, & Mendoza (2013), en Colombia, realizaron una investigación con el objetivo de determinar los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso, en pacientes de tuberculosis en los municipios de Cúcuta, Villa del Rosario y el Zulia. El estudio fue de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo retrospectivo transversal, con dos

muestras, donde se analizó una muestra de abandono al tratamiento ($n = 34$) y otra que terminó el tratamiento antituberculoso; obteniendo como resultados que los factores perceptivos cognitivos se establecieron como los principales determinantes directos de abandono al tratamiento antituberculoso, entre estos en primer lugar el desconocimiento de la importancia de adherencia al tratamiento (95.8 %), seguido de mejoría del estado de salud (82.7%), desconocimiento de la duración del tratamiento (75%); en segundo lugar los factores fisiológicos y por último los factores de seguridad. En conclusión, el estudio permitió identificar las variables asociadas al abandono del tratamiento antituberculoso, clasificar los factores de riesgo y construir un instrumento donde permitirá al personal de salud detectar oportunamente a los pacientes con un posible riesgo.

Borré (2013), en Colombia, realizó un trabajo de investigación con el objetivo de determinar la calidad percibida de la atención de Enfermería por pacientes hospitalizados en la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de Barraquilla, de agosto a octubre de 2011. Fue un estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, en el que encuestaron 158 pacientes a través del cuestionario SERVQHOS-E. La calidad percibida de la atención de Enfermería por los pacientes hospitalizados es “peor y mucho peor de lo que esperaba” en un 4%, “como me lo esperaba” en un 17%, y “mejor y mucho mejor de lo que me esperaba” en un 78%, el 48.7% estuvo “muy satisfecho”, el 48,1% “satisfecho”, y el 3% “poco y nada satisfecho”. El 56% son mujeres y el 44% son hombres, con una media de 48.5 años (DE: 18.5). En conclusión, el 78% de los pacientes evidencio altos niveles de calidad percibida de la atención de Enfermería, el 17% modestos niveles de calidad percibida y el 4% bajos niveles de calidad percibida.

Torres (2010), Colombia, realizó un estudio con el objetivo de describir la relación entre la percepción de la calidad del cuidado de enfermería y las variables sociodemográficas de los pacientes. El estudio fue descriptivo. La muestra estuvo conformada por 450 pacientes. En los resultados se encontró la relación entre la experiencia con los cuidados y el nivel educativo; además, se halló la relación entre la satisfacción con los cuidados. Se concluyó que los pacientes de la Clínica Chicamocha tienen en general una percepción positiva en cuanto al cuidado de enfermería recibido. Existe relación entre la percepción del cuidado de enfermería y el nivel educativo de los pacientes.

Cáceres & Orozco (2007), en Colombia, realizaron un estudio de investigación, teniendo como objetivo determinar la incidencia y los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso, lo cual correspondió a un estudio de seguimiento a una cohorte de adultos con tuberculosis, residentes en área urbana. Desde junio del 2002 hasta mayo del 2003 se incluyeron consecutivamente 261 personas mayores de 12 años, residentes en Bucaramanga. Lo cual los resultados fueron los factores protectores: tener apoyo familiar, efectos secundarios y recibir tratamiento donde se le hizo el diagnóstico. Los factores de riesgo fueron los siguientes: inicio de síntomas mayor de dos meses, 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.

Montufar & Noboa (2013), en Ecuador, ejecutaron un trabajo de investigación con el objetivo de documentar los factores que inciden en el abandono de tratamiento, mediante un estudio epidemiológico de campo, de tipo exploratorio, descriptivo, explicativo, correlacional, aplicada a una muestra de 115 pacientes que iniciaron tratamiento, y luego

abandonaron. Donde los resultados fueron que entre los factores relacionados con el abandono de tratamientos están asociados con aspectos sociales como el consumo de drogas (57%), alcohol (18%), delincuencia (4%), seguido de factores vinculados con los servicios de salud: mala atención (66%), falta de visitas domiciliarias dentro de las 48 horas de haber abandonado el tratamiento (67%) y los factores relacionados con el tratamiento como las RAM con el 38%. En conclusión, el principal factor de abandono de tratamiento está relacionado con los servicios de salud.

Torres & Herrera (2013), en Chile, ejecutaron una investigación, con el objetivo de analizar las auditorías que se realizaron en los casos de abandono y buscar definir el perfil del paciente “abandonador” y determinar las causas que mayormente influyen en este. El estudio fue descriptivo de la información contenida en las auditorías de abandono enviadas entre los años 2009 y 2013. Se analizaron 134 auditorías de abandono, se observó un cumplimiento de la actividad de un 35,9% y en su mayoría de los casos el registro fue incompleto. La mayoría de los pacientes fueron de sexo masculino entre 15 y 45 años de edad y en el 91% es su primer episodio de tuberculosis. El 62.7% presenta algún factor de riesgo asociado al abandono, especialmente alcoholismo y drogadicción y el 16,5% correspondió a personas en situación de calle. La mayoría de los casos de abandono durante la fase intermitente del tratamiento y la causa del abandono estuvo fundamentalmente asociada a factores del paciente, como abuso de sustancias, sensación de mejoría e inestabilidad laboral. En conclusión, los hallazgos refuerzan la importancia de aplicar el “score de riesgo de abandono” en los pacientes que ingresaron a tratamiento para establecer estrategias que permitan prevenirlo.

Pajuelo (2013), en Perú, ejecutó un estudio de investigación con el objetivo de determinar la percepción del paciente con tuberculosis sobre la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería en el Hospital de Barranca. El estudio fue cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal; la población estuvo conformada por 41 personas con tuberculosis, la técnica fue la entrevista y un instrumento de escala modificada tipo Likert. Del 100% respecto a la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería 63% tiene una percepción medianamente favorable, 20% tienen una percepción favorable y un 17% desfavorable; en la dimensión interpersonal 78% tienen una percepción medianamente favorable, 22% desfavorable; en la dimensión técnica 66% tienen una percepción medianamente favorable, 22% es favorable y 12% (5) desfavorable; en la dimensión de entorno 80% (33) tienen una percepción medianamente favorable, 15% es favorable y 5% desfavorable. En conclusión, la mayoría de los pacientes con tuberculosis tienen una percepción medianamente favorable a favorable sobre la calidad de atención del profesional de Enfermería.

Dalens (2012), en Perú, realizó un estudio de investigación con el objetivo de identificar los factores que pueden inducir al abandono del tratamiento de la tuberculosis esquema I. Fue un estudio cuantitativo, método observacional, diseño descriptivo. La población estuvo conformada por todas las personas en situación de abandono al esquema I del tratamiento en el primer semestre del 2010, considerando una muestra no probabilística intencional constituida por 70 pacientes afectados por tuberculosis. Se estudiaron 258 casos, dando como resultado que el abandono de tratamiento fue predominante en el sexo masculino (94.6%), donde el 45% tenían entre 21 – 40 años de edad y el 60.9% eran solteros, caracterizados por tener bajos ingresos económicos (67.8%), reporte de consumo de alcohol

(58.1%), cigarrillo (39.9%) y drogas (32.9%), haber presentado efectos secundario al tratamiento (45.3%) y utilizaron movilidad para trasladarse al centro de salud a recibir terapia medicamentosa (65.1%); el 89.5% recibió visitas domiciliarias por faltas al tratamiento y 69.8% consideró que las pastillas que recibían eran demasiados, siendo el 30.2% había presentado nauseas, vómitos, entre otros problemas digestivos. Los factores destacados en las conclusiones fueron: pertenecer al sexo masculino, bajo ingreso económico, consumo de alcohol, cigarros y drogas, la necesidad de utilizar transporte y presentar efectos secundarios a los medicamentos.

Culqui et al. (2012), realizaron una investigación, teniendo como objetivo identificar factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso convencional en Perú. El tipo de estudio fue casos y controles no pareados en pacientes diagnosticados de tuberculosis durante el 2004 – 2005 y que finalizaron tratamiento hasta septiembre de 2006. Se estudiaron 265 casos y 605 controles, dando como resultado que el abandono del tratamiento se asocia al sexo masculino, al hecho de sentir malestar durante el tratamiento, al antecedente de abandono previo y al consumo de drogas recreativas. En conclusión, 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).

Quispe (2011), en Perú, ejecutó un trabajo de investigación con el objetivo de determinar la percepción que tiene el paciente acerca del cuidado brindado por el personal de enfermería en el programa de control de la tuberculosis. El estudio fue cuantitativo, descriptivo corte transversal, la muestra fue de 40 pacientes entre 19 a 60 años, se utilizó una encuesta en escala de Likert modificada de 40 enunciados, con 3 alternativas de

respuesta. Acerca de los cuidados que brinda el personal de enfermería, en la dimensión física, es de tendencia medianamente favorable (47.5%) a favorable (30%); en la dimensión educativa, presenta una tendencia medianamente favorable con un porcentaje significativo de una percepción desfavorable; en la dimensión psicoemocional, es de tendencia medianamente favorable (47.5%) a desfavorable (35%) y en la dimensión social, es de tendencia medianamente favorable (50%) a desfavorable (35%). En conclusión, acerca de los cuidados que brinda el personal de enfermería tiene una tendencia de medianamente favorable, y un porcentaje significativo de una percepción desfavorable.

Culqui (2010), Perú, ejecutó una investigación teniendo como objetivo identificar los factores de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculosos en el Perú. Fue un estudio de casos y controles. Se seleccionaron 259 casos y 590 controles y la relación de casos a controles fue de 1: 2 los factores relacionados al abandono del tratamiento; se evaluaron mediante un análisis de riesgo. En los resultados se identificó como factores de riesgo para el abandono el presentar una edad entre 15 y 20 años o mayor de 40 años, nivel de educación inferior: secundaria y primaria, así como presentar al menos una necesidad básica insatisfecha, personal capacitado a medias, así como el antecedente de abandono anterior, disconformidad con la información recibida por el personal: considerar elemental (regular) la información recibida, mostrarse insatisfecho o muy insatisfecho con la información recibida. En conclusión, solamente nueve son los factores que podrían considerarse factores pronósticos de abandono de tratamiento.

Culqui, Grijalva, Reategui, Cajo, & Suárez (2005), Perú, ejecutaron una investigación con la finalidad de identificar los factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en la provincia de Ica. Se llevó a cabo un estudio de casos y testigos (razón

numérica de 1:1). 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. Dando los siguientes resultados: 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, considerar inadecuados los horarios para recibir el tratamiento y consumir drogas ilícitas. Se concluyó que para mejorar el cumplimiento del régimen antituberculoso es necesario brindar a los pacientes información personalizado sobre la enfermedad y su tratamiento, además de ofrecerles horarios flexibles y apropiados para recibirlos; el consumo de drogas es el factor de riesgo más alto de abandono, por lo que resultan cruciales su identificación y seguimiento.

Vargas (2012), en Lima, realizó un estudio cuyo objetivo fue 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. El estudio fue retrospectivo de casos y controles. Los resultados obtenidos fueron: que los paciente que consume alcohol tiene 4 veces más riesgo de abandonar el tratamiento que aquellas que no consumen alcohol (OR: 4.575), el que consume drogas tiene 29 veces más riesgo de abandonar el retratamiento (OR: 29.263), la sensación de falta de eficiencia durante el tratamiento representa 11 veces más de riesgo (OR: 11.188), el paciente que siente temor al señalamiento y rechazo cuando presentó la enfermedad, tienen 13 veces más riesgo de abandonar (OR 12.210). En conclusión, los factores relacionados son, el consumo de drogas, alcoholismo, sensación de falta de eficacia del tratamiento, temor al señalamiento y

rechazo cuando presento la enfermedad. Los factores que promueven la adherencia y evitan el abandono son los conocimientos sobre la enfermedad y la sensación de bienestar al momento del retratamiento.

3. Marco teórico

3.1. Tuberculosis.

3.1.1. Definición.

Martin & Cano (2008) definen que la tuberculosis es una enfermedad infecciosa crónica, aguda o subaguda, causada por el bacilo de Koch. Asimismo LeMone & Burke (2009) añade a la definición anterior que la tuberculosis recidivante suele afectar a los pulmones, aunque cualquier órgano se puede afectar.

Asimismo Tavares & Carneiro (2009) sostienen que la tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa con amplio espectro clínico debido a variaciones graduales del proceso infeccioso influenciado por eventos inmuno alérgicas. Donde el curso de la enfermedad depende de la cantidad de microorganismos y de su virulencia, así como de la capacidad del huésped de desarrollar una respuesta inmune eficaz o reacciones de hipersensibilidad.

Por otro lado, Tacuri (2009) considera, que la tuberculosis es una problema salud pública a nivel mundial por lo que requiere un alto nivel de adherencia para lograr el éxito en el tratamiento. Asimismo, Brunner y Suddarth (2004) notifican que la tuberculosis es un problema de salud pública en todo el mundo.

3.1.2. Causas.

LeMone & Burke (2009) manifiesta el principal agente infeccioso y la principal causa de esta enfermedad es el *Mycobacterium Tuberculosis*, un germen en forma de bastón delgado, de crecimiento lento cuya característica particular es el ácido-alcohol resistente. Además tienen una cápsula externa cérica, que aumenta su resistencia a la destrucción. Por otro lado, Hurst (2013) afirma que la única causa conocida de la tuberculosis es la infección causada por la microbacteria.

El *Mycobacterium Tuberculosis*, también llamado Bacilo de Koch, es un bastoncito de 2 a 4 micras de espesor Huayantes (2006). De igual modo López (2012) añade que en ocasiones se ha relacionado con otras causas como el *Mycobacterium bovis* y *Mycobacterium avium*.

3.1.3. Fisiopatología.

LeMone y Burke (2009) refieren que los núcleos de las gotículas son pequeñas gotas de secreciones respiratorias, que se extienden por la tos, los estornudos o la conversación. La mayor parte de los bacilos inhalados quedan atrapados en las vías áreas altas, los que llegan a las vías aéreas distales se implantan en los bronquiolos respiratorios y los alveolos.

Los bacilos tuberculosos se multiplican de forma incontrolada produciendo una tuberculosis primaria. En la mayor parte de los casos, los macrófagos alveolares activados ingieren estos bacilos, que puede ser destruido, sin embargo las características propias del bacilo determinan que resista a la destrucción por el macrófago; luego el bacilo se multiplica dentro de estas células, a las finalmente destruye (Baldeon, 2015).

Los macrófagos muertos se lisan, liberando diversos factores químicamente tóxicos a la corriente sanguínea. Los neutrófilos y los macrófagos no activados son atraídos hacia el lugar. Estas células fagocitarias ingieren los bacilos tuberculosos liberados por los macrófagos lisados. Los bacilos y los macrófagos destruidos se rodean de una masa de macrófagos vivos activados y linfocitos. Se forma un tejido cicatricial (granulomatoso) que rodea a la lesión primaria en capsulándola Galindo (2009). Estas lesiones pueden permanecer quiescentes durante un año o más (en algunos casos, muchos años) antes de reactivarse para dar lugar a la tuberculosis secundaria o reactivada (Bravo, 2008).

3.1.4. Tipos.

Según Baldeon, (citado por OMS, 2011) refiere que hay tres tipos de TB: tuberculosis sensible, la multidrogorresistente (MDR) y la extradrogorresistente (XDR).

TB sensible: La infección por *M. tuberculosis* suele ser asintomática en personas sanas, dado que su sistema inmunitario actúa formando una barrera alrededor de la bacteria (OMS, 2015).

TB MDR: Es una forma específica de tuberculosis drogo resistente. 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 (OMS, 2015).

Shifren (2014) menciona que las cepas aisladas resistentes a la isoniazida y a la rifampicina se definen como multirresistentes. El tratamiento necesario es complejo tiene que individualizarse basándose en los antecedentes farmacológicos y los antibiogramas del paciente.

TB XDR: La tuberculosis extremadamente resistente es producido por bacilos mucho más agresivos que han mutado, lo que hace más difícil la curación. La TB XDR presenta resistencia a los medicamentos que combaten la TB MDR, es decir a una fluoroquinolona (Ciprofloxacino, Moxifloxacino) y a por lo menos uno de los medicamentos inyectables de segunda línea (Capreomicina, Kanamicina y Amikacina) (OMS, 2010).

3.1.5. Clasificación.

TB pulmonar.

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad infecciosa que afecta principalmente al parénquima pulmonar (Brunner y Suddarth, 2004). La tuberculosis pulmonar es una infección bacteriana causada por el mycobacterium tuberculosis también llamado Bacilo de Koch (Galindo, 2009).

TB Extra pulmonar.

Smith, Duell y Martin (2009) refieren que la tuberculosis extra pulmonar constituye alrededor del 20% de todos los casos de esta afección, son algo más frecuente en los niños. Esta proporción tiende a aumentar a medida que disminuye la incidencia de la localización pulmonar. Aunque la regla es que evolucionen con menor cantidad de bacilos que la tuberculosis pulmonar, el daño que determinan, al asentar en tejidos especialmente vulnerables, puede ser considerable.

Cuando una enfermedad primaria o reactivación permite la entrada de bacilos vivos en los bronquios, la enfermedad se puede diseminar por la sangre y el sistema linfático hacia otros órganos. Estas metástasis a distancia de la enfermedad pueden provocar una lesión

activa o pueden quedar durmientes y reactivarse más tarde. Además la tuberculosis extra pulmonar resulta especialmente prevalente en pacientes con VIH (LeMone y Burke, 2009).

3.1.6. Factores de riesgo.

Según Baldeon (2015) menciona los siguientes factores:

Factores biológicos: como la virulencia de los bacilos, cantidad de bacilos, condiciones del huésped.

Factores sociales: como son la edad y sexo, factores genéticos, desnutrición proteica, alcoholismo (habito nocivo), infecciones virales (SIDA), tratamientos inmunosupresores, y en asociación con otras enfermedades.

Factores ambientales: que favorecen la transmisión de la infección tuberculosa. Contacto prolongado con un enfermo bacilitero, hacinamiento familiar, ventilación inadecuada,

Paralelamente LeMone y Burke (2009) arguyen que los principales factores de riesgo son: la intensidad de contaminación del aire, la duración de la exposición y la susceptibilidad del huésped. El número de gérmenes en el esputo, la frecuencia y la fuerza de la tos y algunos comportamientos, como taparse la mano al toser, influyen sobre la producción de los núcleos de las gotículas que se concentran más y esto aumenta el riesgo de exposición. Una función inmunitaria deficiente que se encuentra en los grupos de menor nivel socioeconómico, adictos a drogas por vía parental, personas sin techo, alcohólicos e infectados por VIH, aumenta la susceptibilidad del huésped (Galindo, 2009).

Además, Brunner y Suddarth (2004) sostienen los siguientes factores de riesgo: contacto cercano con alguien que tiene tuberculosis activa, el estado inmunodeficiente, abuso de

sustancias, habitar en viviendas de mala calidad y en condiciones de hacinamiento, emigración de países con alta prevalencia de tuberculosis, enfermedades preexistentes o tratamientos especiales, cualquier persona sin atención a la salud adecuada.

3.1.7. Transmisión.

La Organización Panamericana de la Salud (2010) también describe que la tuberculosis se transmite a través del aire cuando personas con tuberculosis pulmonar o de las vías respiratorias tosen, hablan, escupen o estornudan. Esto produce núcleos de microgotas menores a 5 micras que contienen bacilos tuberculosis y que son inhaladas por personas en contacto con el enfermo. La tuberculosis por *M. bovis* se produce por ingestión de leche o productos lácteos no pasteurizados provenientes de ganado enfermo. La tuberculosis extra pulmonar, con excepción de la laríngea, no se considera transmisible (Repetto, 2003).

Reiterando, Shifren (2014) refiere que la *Mycobacterium tuberculosis* se transmite a través de partículas aerotransportadas. La infección aparece cuando se depositan unas cuantas bacterias en un alveolo.

3.1.8. Signos y síntomas.

- **Tos por más de 15 días:** Martin & Cano (2008) afirman que las tos es el síntoma respiratorio más frecuente y que en nuestro medio, ante una tos que persiste más de 3 semanas debe descartarse siempre la tuberculosis. Así mismo LeMone y Burke (2009) indican que se desarrolla una tos seca, que posteriormente se vuelve productiva con aparición de esputos purulentos, sanguinolentos o de ambos tipos.

- **Debilidad y cansancio:** La persona con tuberculosis manifiesta debilidad y cansancio, es decir no tiene ganas de hacer las cosas, se siente débil, sin fuerza y la mayor parte del día cansado. Si la persona es un escolar, en la clase se siente cansado, se puede quedar dormido, está débil, no quiere participar en las actividades grupales (Hurst, 2013).
- **Pérdida de peso:** Smith, Duell y Martin (2009) sostienen que la persona con tuberculosis pierde peso, de manera evidente puede observarse físicamente y la propia persona se va dando cuenta de ello. Es recomendable en tal sentido que todas las personas también debemos tener un control de nuestro peso, a fin de saber si hay cambios bruscos en el peso.
- **Fiebre:** Aumento de temperatura corporal por encima de lo que se considera normal. La temperatura normal del cuerpo humano es de 37 grados centígrados. La fiebre es una respuesta adaptativa que ayuda a combatir a las bacterias y virus que entran al cuerpo. En el caso de la tuberculosis la fiebre es una señal que nos indica que está respondiendo ante la presencia de las bacterias en el organismo (LeMone y Burke, 2009).
- **Sudoración nocturna:** otro síntoma de la tuberculosis es también los sudores nocturnos, particularmente son sudores fríos, que se deben al descenso de una fiebre leve que la persona a veces no la percibe (Rubín & Strayer, 2012).
- **Pérdida del apetito:** Este es otro síntoma de la tuberculosis, donde la persona afectada pierde el apetito, no tiene ganas de comer. Siente rechazo a los alimentos (López, 2013).

3.1.9. Diagnóstico.

Según Shifren (2014) el diagnóstico de la TB se basa en el aislamiento del microorganismo en material de una muestra infectada.

Por otro lado, el Ministerio de Salud (2013) refiere que el diagnóstico clínico de la TB pulmonar debe centrarse en el estudio de los pacientes con síntomas respiratorios (tos, expectoración, dolor torácico, disnea) asociados a síntomas generales. Los síntomas de tuberculosis extra – pulmonar depende del órgano afectado.

Lo esencial para diagnosticar la tuberculosis es mantener siempre un alto índice de sospecha sobre esta enfermedad, para luego confirmarla o rechazarla con las pruebas y/o exámenes existentes (Quispe, 2011).

Prueba de esputo.

Para confirmar el diagnóstico de TB es necesario asegurar la presencia del *Mycobacterium tuberculosis*. Esto se realiza a través del análisis microscópico de las secreciones pulmonares del paciente (Checa, 2013).

Consiste en una prueba seriada (3 días consecutivos), donde se toma una muestra de esputo para ver qué bacteria se encuentra presente. Para esta prueba se recomienda hacerse en las mañanas y sin cepillarse, debido a que puede haber micro bacterias inocuas en el agua, produciendo así un resultado falso positivo (Soto & Coronel, 2013).

Además, Vargas (2012) sostiene que la persona deposita la flema o esputo en el envase de plástico descartable que se le entrega y lo tapa bien. Este envase debe ser rotulado con su nombre. Así mismo le entregarán un segundo envase con tapa y rotulado con su nombre, para que la persona sospechosa traiga al día siguiente una segunda muestra de flema o

esputo apenas se despierte. En aquellas personas donde los resultados del examen de esputo sean negativos ingresan a un proceso de seguimiento, donde se incluyen otras pruebas como la radiografía de tórax.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2010) menciona que toda muestra de esputo con baciloscopía positiva debe ser conservada refrigerada en el laboratorio para ser remitida al Laboratorio Regional para realizar la prueba de sensibilidad rápida.

Radiografía del tórax.

Galindo (2009) refiere que la radiografía de tórax es el método más sensible para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar ya que certifica, con la baciloscopía la enfermedad. Se realiza para diagnosticar y evaluar una TB. Los hallazgos típicos en la Tb pulmonar incluyen unas lesiones densas en los segmentos apical y posterior del lóbulo superior y posible formación de cavidades (LeMone y Burke, 2009).

La tuberculosis de reactivación, la imagen radiológica más frecuente es la aparición de un infiltrado en los segmentos apicales de los lóbulos superiores, y en los segmentos superiores de los lóbulos inferiores. Además del infiltrado puede aparecer cavitación (Gonzales, 2012).

Diagnóstico de TB extra pulmonar.

En cada muestra de tejido o fluido extra pulmonar, obtenidos a través de cirugía u otros procedimientos, deberá realizarse, la baciloscopía, cultivo en medios líquidos (MODS, MGIT) o sólidos, prueba de sensibilidad (prueba a partir de cultivos positivos) y según disponibilidad, pruebas moleculares y tipificación.

Las manifestaciones clínicas dependientes del órgano afectado y debe complementarse con exámenes auxiliares de bacteriología, histopatología, inmunología, estudio cito – químico, estudio de imágenes, entre otros (Galindo, 2009).

Diagnóstico de la TB latente.

El Ministerio de Salud (2013) define que la prueba de la tuberculina es el método de diagnóstico de tuberculosis latente en personas sin enfermedad activa. Se considera un resultado positivo si la induración es 10 mm o más para la población en general. En el paciente con inmunodeficientes (VIH/SIDA, desnutridos, coticoterapia prolongada, tratamiento antineoplásico, entre otros), este valor es de 5 mm o más.

3.1.10. Tratamiento.

Cruz (2010) menciona que la tuberculosis es perfectamente curable, pero es necesario un diagnóstico temprano, pues es una enfermedad grave si no se sigue el tratamiento adecuado. En seguida, es indispensable no abandonar el tratamiento, al suspenderlo, la enfermedad se empeora rápidamente y permite que el bacilo se haga resistente a los medicamentos. El tratamiento de los enfermos de Tuberculosis es ambulatorio y supervisado por el personal de salud, asegurándose que el paciente ingiera los medicamentos en una sola toma al día (Quispe, 2009).

Existen, según la Norma técnica de Salud para el control de la Tuberculosis, Esquemas de Tratamiento, para la elección del esquema en favor de un paciente se toman en cuenta lo siguiente: Condición bacteriológica inicial por baciloscopia o cultivo; antecedente del tratamiento antituberculoso previo; localización de la enfermedad: pulmonar o extra

pulmonar; gravedad y pronóstico de la enfermedad; antecedente personal y/o familiar de reacción medicamentosa, entre otros (Tacuri, 2009).

Tratamiento farmacológico.

La Organización Mundial de la Salud (2015) indica que la forma activa que es sensible a los antibióticos se trata con una combinación estándar de medicamentos, bajo supervisión y apoyo del paciente por un agente sanitario o un voluntario capacitado. Se debe agregar que el tratamiento exitoso de la tuberculosis requiere una estricta adherencia al esquema farmacológico prescrito. Esto significa que se debe garantizar el suministro de medicamentos de modo estable y confiable (Tacuri, 2009).

TB sensible.

El Ministerio de Salud (2013) menciona el esquema para adultos y niños:

- **Primera Fase:** 2 meses (HREZ) diario (50 dosis) de lunes a sábado.
- **Segunda Fase:** 4 meses (H₃R₃) tres veces por semana (54 dosis) lunes, miércoles y viernes o martes, jueves y sábado.

Tabla 1
Dosis de medicamentos antituberculosis de primera línea para personas de 15 años a más

Medicamentos	Primera Fase Diaria		Segunda Fase Tres veces por semana	
	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima diaria	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima por toma
Isoniacida (H)	5 (4-6)	300 mg	10 (8 - 12)	900 mg
Rifampicina (R)	10 (8-12)	600 mg	10 (8 - 12)	600 mg
Pirazinamida (Z)	25 (20 - 30)	2000 mg		
Etambutol (E)	20 (15-25)	1600 mg		

Fuente: Ministerio de Salud, Norma Técnica (2013)

TB MDR/XDR

Los medicamentos anti TB se clasifican en grupos según su eficacia, propiedades y evaluación clínica de su efectividad anti tuberculosis.

- Grupo 1, agentes de 1ra línea: Isoniacida (H), rifampicina (R), etambutol (E), pirazinamida (Z), ribafutina (Rfb), estreptomina (S).
- Grupo 2, agentes inyectables de 2da línea: Kanamicina (Km), amikacina (Am), capreomicina (Cm)
- Grupo 3, fluoroquinolonas: Levofloxacino (Lfx), moxifloxacino (Mfx)
- Grupo 4, agentes de 2da línea bacteriostáticos orales: Etionamida (Eto), cicloserina (Cs), ácido para-amino salicílico (PAS)

- Grupo 5, agentes con evidencia limitada: Clofazimina (Cfz), linezolid (Lzd), amoxicilina/clavulánico (Amx/ Clv), meropenem (Mpm), imipenem/cilastatina (Ipm/Cln), dosis altas de isoniacida, claritromicina (Clr), tioridazina (Tio)

Reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFAS)

Las reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFAS) más frecuentes son: náuseas, dolores gástricos, insomnio, euforia, síndrome gripal y anorexia, pero se presentan otras reacciones que se presenta según cada fármaco del tratamiento, así por ejemplo según los medicamentos se puede presentar (Tacuri, 2009).

Medicamentos de Primera Línea:

- Isoniacida: Incremento de transaminasas, hepatitis, neuropatía periférica, reacciones cutáneas.
- Rifampicina: Incremento de transaminasas, elevación transitoria de bilirrubinas, hepatitis colestásica, anorexia, síntomas gastrointestinales (náuseas y vómitos), reacciones cutáneas.
- Pirazinamida: Hepatitis, síntomas gastrointestinales, poliartralgias, mialgias, hiperuricemia, reacciones cutáneas.
- Etambutol: Neuritis retrobulbar, neuritis periférica, reacciones cutáneas.
- Estreptomina: Toxicidad vestibular-coclear y renal dependiente de dosis.

Medicamentos de segunda línea:

- Cicloserina: Cefalea, insomnio, cambio de conducta, irritabilidad, ansiedad, depresión, psicosis, convulsiones, vértigo.

- Etionamida: Síntomas gastrointestinales (nauseas, vómitos, dolor abdominal), hepatitis, hipotiroidismo.
- Aminoglucosidos (amikacina, kanamicina), capreomicina: dolor en el sitio de inyección, hipocalcemia e hipomagnesemia, nefrotoxicidad, ototoxicidad vestibular y coclear, parestesias.
- Acido P- Amino salicílico: síntomas gastrointestinales (nauseas, vómitos, dolor abdominal), hepatitis, hipotiroidismo, síndrome de malabsorción.
- Fluoroquinolonas: Generalmente bien tolerados, artralgias, mialgias, síntomas gastrointestinales, prolongación del intervalo QT (moxifloxacino).

En el caso de presentarse una RAFA, el paciente o familia debe comunicarlo de inmediato al médico tratante.

Tratamiento Complementario.

- **Nutrición:** El Ministerio de Salud (2010) señala que debe asegurarse una nutrición adecuada del paciente con la finalidad de lograr un incremento de peso significativo. Esta debe ser rica en proteínas de alto valor biológico. En pacientes crónicos con tendencia a retener CO₂, deben recibir dieta baja en carbohidratos. Se debe medir el índice de masa corporal en forma periódica. De acuerdo a la complejidad del establecimiento de salud solicitar evaluación del nutricionista en todos los casos donde se cuente con este recurso. Hay que recordar que se debe dar suplemento de vitaminas (Piridoxina), para evitar los efectos adversos en todos aquellos casos necesarios (diabetes, pacientes con TB MDR en retratamiento, desnutridos, gestantes, alcohólicos, adultos mayores de más de 65 años).

- **Cirugía:** El Ministerio de Salud (2010) indica para aquellos pacientes TB MDR/XDR con lesiones localizadas persistentes, en quienes existe el riesgo de fracaso al tratamiento; múltiples fármacos de primera y segunda línea y en caso de pacientes con TB XDR. Por otro lado, la Norma Técnica (2013) describe que está indicada en caso documentado con un complejo perfil de resistencia (TB MDR/XDR) y con lesiones extirpales; pacientes con TB resistente con criterios o riesgo de fracaso (cirugía de rescate) y en pacientes con complicaciones o secuelas de la tuberculosis.
- **Reposo físico:** El Ministerio de Salud (2010) recomienda reposo físico total o relativo por lo menos durante la primera fase del tratamiento. Esta indicación corresponde al tratante. El descanso médico procede según las normas legales nacionales y debería ser de al menos dos meses. En el caso de TB MDR el descanso médico debería ser por lo menos 6 meses consecutivos desde el inicio de retratamiento. Se recomienda rehabilitación respiratoria en el curso del tratamiento en aquellos pacientes con lesión pulmonar importante.
- **Terapia psicológica y social:** El Ministerio de Salud (2010) refiere que la terapia psicológica es importante durante el tratamiento, pues muchos pacientes, presentan depresión reactiva al conocer su diagnóstico o en el curso de un tratamiento prolongado o tienen previamente comorbilidad asociada a salud mental. Algunos medicamentos como isoniacida, ciprofloxacino, ethionamida y cicloserina tienen efectos colaterales neuro – psiquiátricos. Asimismo, el Ministerio de Salud (2013) refiere que a todo paciente se le debe aplicar una ficha de tamizaje para descartar problemas de depresión, violencia y consumo de

alcohol y otras drogas en EESS del primer nivel de atención. Si el tamizaje saliera positivo, el paciente debería pasar al servicio de salud mental y al médico general para su evaluación respectiva. En caso que el problema que presente el paciente supere la capacidad resolutive del establecimiento, debe ser referido para una evaluación especializada.

3.1.11. Prevención.

Huayantes (2006) refiere que debe aplicarse la vacuna BCG (Bacilo de Calmette y Guerin), esta vacuna se utiliza en muchos países para evitar la propagación de la tuberculosis, en especial entre los niños pequeños. Además se recomienda ventilar los ambientes para evitar la concentración de gérmenes y abrir las ventanas y cortinas para iluminar los ambientes, pues la luz del día elimina la bacteria (Smith, Duell y Martin, 2009).

También LeMone y Burke (2009) mencionan que otra forma de prevenir es consumir alimentos sanos y de forma balanceada, pues las personas con un estado de salud deficiente son más susceptibles a la tuberculosis, ya que su resistencia a la enfermedad es menor que en las personas sanas

Para evitar el contagio se debe cubrir la boca al toser o estornudar con un pañuelo, no escupir al suelo y botar la flema en un papel para desecharlo de inmediato. Se indica la administración de pastillas (quimioprofilaxis) a los menores de 19 años que se encuentren en contacto con una persona enferma de tuberculosis además de usar mascarilla (Tacuri, 2009).

En referente a medidas de saneamiento, cualquiera es susceptible de contraer la tuberculosis si inspira los bacilos que exhala un enfermo o portador al hablar, estornudar, toser o expectorar. Estas bacterias pueden permanecer suspendidas en el aire durante horas, incluso años. Es por ello que entre las medidas de saneamiento se incluyen la técnica del cuidado durante 30 días del tratamiento farmacológico luego del cual el paciente ya no contagia, ventilar el cuarto, abrir las ventanas para que ingrese los rayos solares que emiten radiaciones ultravioletas, que destruye al mycobacterium tuberculoso (Galindo, 2009).

También se indica descansar bien y alimentarse muy bien, en caso de los enfermos con tuberculosis se altera, ya que la enfermedad es de curso prolongado. La tos y las respiraciones profundas incrementan la demanda de energía Bravo (2008).

3.1.12. Rol de la Enfermera en el Componente de Control de la TBC.

Según Musayón et al. (2010) añaden que las cuestiones básicas a nivel local para la enfermería es valorar y promover la participación de la comunidad, en los programas de control de la calidad de atención de salud, especialmente en los programas de enfermería. Es necesario considerar como estrategia de acción, el informar acerca de quién es la enfermera, cuál es su actividad, que capacidad de liderazgo posee, cuál es su valor dentro de la sociedad.

Según Cruz (2010) refiere que las normas técnicas de la ESN-PCT, establece que la organización de la atención integral e individualizada de la persona con tuberculosis y TB MDR, su familia y la comunidad es responsabilidad del profesional de enfermería del establecimiento de salud. La atención de enfermería enfatiza la educación, control del

tratamiento y seguimiento de la persona con tuberculosis sus contactos, con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad por tuberculosis, siendo las acciones de enfermería las siguientes:

- **Visita domiciliaria:** acudir al domicilio del paciente con tuberculosis con la finalidad de educar al mismo y a su familia. En el Perú, la enfermera realiza la visita domiciliaria periódicamente para realizar el seguimiento del cumplimiento del tratamiento, esta visita se realiza principalmente en el primer nivel de atención (Musayón et al., 2010).
- **Organización y administración del tratamiento:** la enfermera es la responsable de garantizar la correcta administración del tratamiento antituberculoso. La adherencia al tratamiento depende en gran parte de la relación establecida entre la persona con tuberculosis, el personal de enfermería que lo administra y el establecimiento de salud.
- **Uso de tarjetero:** En todos los establecimientos de salud donde se atiendan como mínimo 24 personas con TBC por año, debe implementarse un sistema de tarjetero con separadoras para las tarjetas de administración de medicamentos.

3.1.13. Definiciones Operacionales.

Según el Ministerio de Salud (2013):

- **Abandono:** paciente que inicia tratamiento y lo discontinúa por 30 días consecutivos o más. Incluye al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa.
- **Abandono recuperado:** paciente que no concurrió a recibir tratamiento por más de 30 días consecutivos, es dado de alta como abandono y es captado nuevamente

por el establecimiento de salud (EESS) para reiniciar tratamiento desde la primera dosis.

3.2. Factores relacionados al abandono del tratamiento antituberculoso.

Se define como el abandono del tratamiento antituberculoso como la no asistencia a la toma del tratamiento por más de 30 días consecutivos (Culqui, 2010). Asimismo Granados (2009) añade como el incumplimiento o falta de apego del paciente a la medicación, según Vargas (2012) refiere que el abandono es, reitera cuando el paciente no acude a recibir su tratamiento por más de 30 días consecutivos. Además, un paciente en abandono es también cuando los pacientes transferidos a otros establecimientos de salud para continuar el tratamiento y no son confirmados en la recepción de los casos (Dalens, 2012).

3.2.1. Factores de riesgo del abandono al tratamiento.

Factores socio demográficos y socioeconómicos.

Constituyen el conjunto de características biológicas, socioculturales que están presentes en la población sujeto a estudio tomando aquellos que puedan ser medidos. Son considerados como las principales variables clasificatorias para el estudio de comportamientos diferenciales en diversos temas de investigación social (Dalens, 2012).

- **Edad:** Es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo. No existe unificación a la edad de mayor riesgo de abandono (Dalens, 2012).
 - **Adolescencia:** comprende de 10 a 19 años (MINSA, 2009).

- **Adulto:** comprende de los 20 a 59 años (MINSA, 2009).
- **Adulto mayor:** comprende de los 60 años a más (MINSA, 2009).
- **Sexo:** Es la clasificación de una persona en función de ser mujer o varón. Aunque existen propuestas de hacer explícito la intersexualidad. La literatura apoya a la premisa que los hombres tienden a abandonar el tratamiento más que las mujeres, (Dalens, 2012). Ratificada también por Molina, Vivaldi, & Molina (2012) quienes indican que los hombres tienden a abandonar más que las mujeres, respaldada de la misma manera por Culqui (2010) e un estudio de investigación donde los pacientes que abandonaron el tratamiento fueron del sexo masculino.
- **Ocupación:** Es el conjunto de la población económicamente activa que trabaja en una actividad económica, sea o no en forma remunerada en el periodo de referencia. En este grupo se encuentra las personas que tienen ocupación o trabajo al servicio de un empleador, ocupación remunerada, independiente; en caso contrario no realizan ninguna actividad que genere ingreso económico (Ministerio del Trabajo y Promoción del Empleo, 2012).
- **Estrato económico:** Molina, Vivaldi, & Molina (2012) refieren que vivir en un estrato bajo suele ser descrito como factor de riesgo para abandono; a la vez es el resultado del desarrollo económico que marca una pauta importante en el desenvolvimiento de una persona. Se expresa en la ocupación del principal sostén y el patrimonio del hogar variable latente del cual solo se puede medir sus manifestaciones. Vivir en un estrato bajo suele ser descrito como un factor de riesgo para el abandono del tratamiento (Dalens, 2012). También Cáceres & Orozco (2007) detallaron que el índice de abandono del tratamiento el 1,2 (IC

95% 0,9 – 2,3) vivían en un estrato bajo. Asimismo Vargas (2012) refiere que es un factor importante en la adherencia del tratamiento, ya que estudios previos señalan que la mayoría de los pacientes que abandonan el tratamiento pertenecen a estratos socioeconómicos bajos, lo cual se incrementandose hasta dos veces si viven en áreas rurales y suburbanas.

- **Nivel educativo:** Molina, Vivaldi, & Molina (2012) narran que a menor nivel educativo mayor probabilidad de abandono, debido a que la comunicación tanto con el personal de salud como con la familia es más difícil. Asimismo Dalens (2012) refiere al periodo, medido en años escolares, que una persona ha permanecido en el sistema educativo formal; mientras más bajo sea el nivel educativo más difícil se hace la comunicación tanto con la familia, como con el personal de salud.
- **Estado civil o Marital:** el estado civil es la calidad de un individuo, en cuanto le habilita para ejercer ciertos derechos o contraer ciertas obligaciones civiles (López, 2012). Otras de las características del individuo en relación con la adherencia al tratamiento tiene que ver con su estado civil, pues se ha reportado que el estado civil casado y la convivencia familiar ofrecen al paciente un mecanismo de adherencia importante al tratamiento (Vargas, 2012).
- **Falta de vivienda:** es una necesidad específica de la pobreza, se evidencia que en diferentes estudios realizados, la falta de vivienda, aumenta el riesgo de abandonar el tratamiento. Los ingresos económicos se relaciona tanto con diversos aspectos económicos como también los aspectos sociales, ya que la existencia o no de los mismos puede determinar el tipo de calidad de vida de una

familia o de un individuo (Dalens, 2012). Estudios han evidenciado la asociación entre las condiciones de la vivienda y el abandono del tratamiento, pues la falta de vivienda o lo inconveniente de la misma, tanto en espacio como en la falta de servicios básicos, provoca hacinamiento e insalubridad en los ocupantes

Factores Psicosociales y ambientales.

Las determinantes ambientales nos llevan a comprender el proceso salud – enfermedad, que representa factores de riesgo de la epidemiología, las condiciones sociales en que vive una persona influyen sobremanera en su estado de salud. En efecto circunstancias como la exclusión, la discriminación social y desigualdades que existen en las familias (Cartuccia, 2009).

Por consiguiente los factores psicosociales son condiciones presentes que pueden favorecer o perjudicar la calidad de vida de las personas (Monte, 2012)

Las conexiones que se dan entre la persona y la sociedad, ejercen una clara influencia sobre hombres y mujeres. De modo que factores que afectan al entorno del hombre, influyen también decisivamente en su salud (Dalens, 2012).

Los ambientes sucios, oscuros, poco ventilados y desordenados no permiten ofrecer un servicio adecuado, donde el paciente pueda sentirse cómodo y bien atendido. Además, la presencia de estas condiciones contradice a la educación que se brinda a la persona con TB sobre medidas de prevención y de higiene. Se debe hacer el mayor esfuerzo por mantener ambientes limpios y ordenados, con adecuado flujo de aire para la atención a la persona con TB (Montufar & Noboa, 2013).

- **Consumo de alcohol:** el consumo de alcohol es un fenómeno que genera muchas deficiencias físicas y psicológicas de un ser humano.
- **Consumo de sustancias psicoactivas (drogas):** el consumo de drogas ilícitas es uno de los factores que inducen directamente a los pacientes a abandonar el tratamiento, es un problema social complejo y multifactorial tanto por sus causas y consecuencias, como por sus componentes e implicaciones todo consumo de drogas implica la presencia de una persona que realiza una elección conductual, pero supone una peculiar reacción del organismo ante la acción de una sustancia química.
- **Falta de apoyo familiar:** se considera que la falta de apoyo familiar al paciente con tratamiento contra la tuberculosis, constituye uno de los riesgos para el abandono de la misma.

Factores relacionados al tratamiento.

La adherencia terapéutica disminuye cuando aumentan el número de fármacos y la frecuencia de administración, con la aparición de efectos adversos y cuando el tratamiento es prolongado en el tiempo (Molina, Vivaldi, & Molina, 2012).

- **Conocimiento de la enfermedad.** Algunos pacientes con tuberculosis no llegan a entender todo el proceso de la enfermedad, tratamiento, prevención, y las razones de por qué el tratamiento es tan prolongado. La falta de conocimientos puede llevar al paciente a tomar más alternativas, como la de abandonar su tratamiento (Pinedo, 2008).
- **Efectos adversos al medicamento.** Los efectos secundarios que ocasiona la farmacoterapia contra la tuberculosis como náuseas, vómitos, diarrea, cólico,

hipersensibilidad entre otros se presentan con frecuencia y en algunos casos están relacionados con el abandono de tratamiento.

- **Duración del tratamiento.** Tiempo que dura el tratamiento de una enfermedad. Se encuentra asociada a la adherencia y está relacionada como el obstáculo más difícil de vencer para lograr la adherencia al tratamiento contra la tuberculosis.

Factores relacionados a la calidad de atención del personal de enfermería.

La calidad de la atención de Enfermería es un concepto complejo que incluye el de la asistencia, en concordancia con los avances de la ciencia, con el fin de implementar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar su continuidad. Los principales componentes del cuidado que hacen posible alcanzar los objetivos son: carácter firme, fiabilidad, rapidez, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, oportunidad, comunicación y conocimiento de la situación del paciente (Ortega, Leija & Puntunet, 2014).

El cuidado de enfermería es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal. Funciona en cooperación con otros procesos humanos, hacen que la salud sea posible para los individuos, en las comunidades. En situaciones específicas en donde un equipo profesional de salud ofrece su servicio, las enfermeras participan en la organización de condiciones facilitadoras de las tendencias vigentes en los organismos humano. La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración; busca promover un movimiento de avance de la personalidad en dirección de una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria (Cutcliffe, McKenna & Hyrkas, 2010).

Ortega, Leija & Puntunet (2014) mencionan que los profesionales de enfermería son conscientes de que es necesario alcanzar altos niveles de desempeño en el trabajo asistencial

e implementar una cultura de calidad basada en experiencias documentadas. Para lograrlo deben tener la capacidad de medir este trabajo, con el fin de obtener parámetros de referencia que les permita auto compararse con sus colegas y establecer metas de actuación o estándares que guíen sus intervenciones hasta alcanzar un nivel aceptable o de excelencia en la calidad de los cuidados que proporcionan.

La calidad es el criterio técnico científico para los profesionales y el grado de satisfacción para los usuarios, es decir articula aspectos técnicos, científicos y metodológicos, así como las relaciones y percepciones (Huatuco, 2009).

La calidad es ser eficiente, es tener competencia, tener respeto al paciente y familia, calidad es hacer en forma correcta y de inmediato, también la calidad es practicar la limpieza es ser puntual, es mejorar siempre, preocupación por la innovación, es usar un vocabulario correcto propicie que los pacientes tengan confianza en el servicio que se les brinda (Aiquipa, 2004). La calidad debe entenderse como el grado en que los servicios mejoran los niveles de salud, de manera congruente con las normas profesionales y con los valores de los pacientes (Díaz, 2014).

El principio de la calidad establece los mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional (Borré, 2013).

Asimismo la calidad de atención es “aquella que se espera, maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes (Guevara, 2013).

Además la calidad de atención es el encuentro paciente-proveedor, que debe definirse como el grado en el que los medios más deseables se utilicen para alcanzar las mayores mejoras posibles en salud, juzgado por la expectativa de resultados que se podrían atribuir a la atención en el presente. (Romero, 2008).

Finalmente la calidad es ajustarse a las especificaciones del cliente, solo el cliente puede apreciar la calidad del servicio, porque la calidad como la belleza están en el ojo del observador. La medición de calidad de los servicios se puede realizar desde varias perspectivas como son la calidad percibida por el usuario, calidad administrativa (uso de recursos en forma eficiente) y calidad profesional (Bernuy, 2005).

Dimensión técnica: El conjunto de elementos que forma parte del proceso de prestación de servicios de salud, como la expresión de la adecuación de la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacidad de los profesionales, la estructura física, servicios, que implica la ejecución de todos los procedimientos a través de 6 aspectos fundamentales: Eficiencia, Eficacia, efectividad, competencia profesional, continuidad, accesibilidad, seguridad e integridad (Romero, 2008). Es decir, que la Enfermera cuente con los conocimientos y habilidades que le permitan brindar los cuidados, en forma continua y libre de riesgos de acuerdo a las necesidades del usuario (Huatuco, 2009).

Dimensión Interpersonal: Las buenas relaciones interpersonales dan confianza y credibilidad a través de demostraciones de respeto y confidencialidad, cortesía, responsabilidad y empatía. También es importante la comunicación afectiva, unas relaciones interpersonales inadecuadas pueden reducir la efectividad del cuidado de enfermería (Romero, 2008). Las relaciones que se muestra entre el profesional y el paciente, así como la circulación de la información de carácter logístico y sanitario. Es decir es el grado de

interacción y comunicación que se da entre el paciente y el personal de salud, que involucra una adecuada relación interpersonal en el que debe existir confianza y respeto, empatía, cordialidad, claridad en el lenguaje y veracidad en la información que brinde influyendo determinantemente en la satisfacción del paciente (Guevara, 2013).

También se refiere a la interacción, al aspecto humanístico de la atención del cuidado, es decir las relaciones que mostramos entre operadores y usuarios, evidenciando las siguientes características: respeto a los derechos humanos, a la cultura y a las características individuales de la persona, información completa, veraz, oportuna y entendida por el usuario, interés en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas, amabilidad y empatía, trato cordial y cálido. Reiterando, se refiere al aspecto humanístico de la atención, es decir las relaciones que encontramos entre operadores y usuarios (Huatuco, 2009), cuyas características son el respeto a los derechos humanos, a la cultura y a las características individuales de la persona: información completa, veraz, oportuna y entendida por el usuario, interés manifiesto de la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas, amabilidad y empatía, trato cordial y cálido (Morí, 2007).

Dimensión del entorno: Refiere que está dado por las condiciones de comodidad que se ofrece en un establecimiento de salud, es el conjunto de cosas y circunstancias que permiten al paciente sentirse a gusto, como: el orden, la ventilación e iluminación, el suministro adecuado de alimentos, el cuidado de la privacidad, los servicios públicos adecuados (teléfono, señalización, limpieza y orden de los ambientes) (Guevara, 2013).

3.2.2. Consecuencias del abandono del tratamiento.

El abandono del tratamiento se considera uno de los principales obstáculos para el control de la tuberculosis, porque disminuye la eficacia de los programas nacionales al incrementar el riesgo de transmisión del bacilo y aumentar la probabilidad de resistencia bacteriana a los antibióticos, la cual predispone a una mayor frecuencia de fracasos (Soza, Perreira & Barreto, 2005).

El problema del abandono del tratamiento antituberculoso tiene connotaciones graves, como son el deterioro físico de la salud del paciente por la enfermedad, la posibilidad de estimular los mecanismos de resistencia bacteriana, la continuación de la propagación de la infección y la perpetuación de su existencia en la humanidad. Al abandonar el tratamiento hay reducción de las tasas de curación, aumento de recaídas y aumento de la susceptibilidad del paciente a otras infecciones. La terapia inadecuada facilita la aparición de resistencia bacteriana que a sumada a la coinfección con el virus del VIH, puede incrementar la diseminación de la tuberculosis MDR, aumentando la morbilidad, la mortalidad; lo cual cataloga una emergencia mundial de grandes dimensiones (Dalens, 2012).

3.2.3. Modelos teóricos.

Teoría del autocuidado: Dorotea Orem.

Dorotea Orem etiqueta su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por las siguientes tres teorías relacionadas: La teoría de autocuidado, que describe por qué y el cómo las personas cuida de sí mismas. La teoría de déficit de

autocuidado, que describe y explica como la enfermería puede ayudar a la gente. (Marriner & Raile, 2007)

El autocuidado es la función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por si solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona (Raile & Marriner, 2011).

Hernández, De Maya, Díaz & Giménez (2010) mencionan los siguientes requisitos del autocuidado:

- **Requisitos de autocuidado universal:** Son aquellos que precisan todos los individuos para preservar su funcionamiento integral como persona.
- **Requisitos de autocuidado del desarrollo:** Son los derivados de las necesidades específicas que se plantean en determinados momentos del desarrollo vital, surgen como resultado de los procesos del desarrollo: adolescencia, embarazo, menopausia, etc. Son estados que afectan el adecuado desarrollo.
- **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:** Son los derivados de una enfermedad o lesión corporal.

Teoría del Cuidado Humano: Jean Watson.

Watson cree que la responsabilidad de las enfermeras tiene que ir más allá de los 10 factores de cuidado, y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante las acciones preventivas de salud. Esta meta se alcanza enseñando cambios personales a los pacientes para fomentar la salud, ofreciendo un apoyo situacional, enseñando métodos de

resolución de problemas y reconociendo las capacidades de superación y la adaptación a la pérdida (Marriner & Raile, 2007).

Watson afirma también que la Enfermería incluye una dimensión espiritual, incluso metafísica, del proceso del cuidado y presenta la instalación de la fe y la esperanza como un factor prioritario y característico de enfermería. Acepta como patrones de conocimiento en enfermería el estético, el personal o intuitivo, el empírico, el cuidado humano, se enfoca en las interacciones enfermera – paciente y resalta sus orientaciones espirituales, existenciales y fenomenológicas (Díaz, 2010).

- **Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, socio cultural y espiritual:** Las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables (Marriner & Raile, 2007).

3.3. Marco teórico referente a la población de estudio.

3.3.1. Adolescente.

La adolescencia se caracteriza por grandes cambios biológicos, pero hay además un incremento del riesgo por la actividad sexual temprana, la presencia de embarazos, el mayor

riesgo de contraer infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), a lo que se añaden, además, problemas con la adherencia del tratamiento. Se ha especulado sobre la influencia de factores endocrinológicos que caracterizan esta etapa de la vida, además de las conductas de riesgo a esta edad, lo cual los hace más vulnerables a la TB (Coro, Abreu, Muñoz, Gonzales, & Rodriguez, 2012).

3.3.2. *Adulto joven.*

Los adultos jóvenes tienen un mayor número de placas de Peyer ricas en tejido linfoide, lo que puede explicar la mayor incidencia de la tuberculosis intestinal entre las edades de 15 y 25 años (Molina, Quesada, & Sanchez, 2011).

3.3.3. *Adulto mayor.*

Porth (2011) sostiene que en el envejecimiento se caracteriza por un descenso en la capacidad para adaptarse a los factores estresantes del medio ambiente. Uno de los factores considerados como contribuyentes a este problema es el deceso en la capacidad de respuesta inmunitaria. Esto incluye cambios en las respuestas inmunitarias mediadas por células y humeral. Los ancianos tienden a una mayor predisposición a las infecciones, tienen más evidencia de trastornos por complejos auto inmunitario e inmunitario.

4. Definición de términos

- **Abandono del tratamiento:** Es la renuncia voluntaria a un programa de prevención y control de enfermedades (RAE, 2016). Por otro lado, según el Ministerio de Salud (2013) es el paciente que inicia tratamiento y lo discontinúa por 30 días consecutivos o más. Incluye al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa.
- **Tuberculosis:** es una enfermedad infecciosa crónica, aguda o subaguda, causada por el bacilo de Koch (Martin & Cano, 2008)
- **Calidad de la atención:** es aquella que se espera, maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes (Guevara, 2013).
- **Personal de enfermería:** la enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitación y personas en situación terminal (OMS, 2015).
- **ESN de PCT:** la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis ESN – PCT es el órgano técnico normativo dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas, responsables de establecer la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú; garantizando la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y supervisado a todos

los enfermos con tuberculosis, con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad (MINSA, 2014).

Capítulo III

Materiales y métodos

1. Diseño y tipo de investigación

El presente estudio es de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de corte transversal y de tipo descriptivo.

La investigación de enfoque cuantitativo, estudia los fenómenos desde el exterior, busca medir y cuantificar las variables a través de instrumentos válidos y confiables, y así determinar el comportamiento de las mismas (Córdova, 2013).

Fassio, Pascual & Suarez (2006) mencionan que los diseños no experimentales no se manipulan las variables, no se utiliza grupo de control, no se asigna aleatoriamente los sujetos y no se pretende medir la relación causa efecto entre una variable dependiente y una independiente

El estudio de corte transversal recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de lo que sucede (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

El tipo de investigación descriptivo tiene como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población. El procedimiento consiste en ubicar, en una o diversas variables, a un grupo de personas u otros seres vivos, objetos, situaciones, contextos, fenómenos, comunidades, y proporcionar su descripción (Valderrama, 2013).

2. Variables de la investigación

- Factor sociodemográfico
- Factor económico
- Factor ambiental
- Factor psicosocial
- Factor relacionado al tratamiento
- Factor referente a la calidad de atención

2.1. Operacionalización de las variables.

Matriz de operacionalización del factor sociodemográfico

Dimensiones	Definición Conceptual	Variable	Valores Finales	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Factor sociodemográfico	Constituye el conjunto de características biológicas, socioculturales que están presentes en la población sujeto a estudio tomando aquellos que pueden ser medidos. (Dalens, 2012)	Género	a) Femenino b) Masculino	Cualitativo	Nominal	Cuestionario de los factores sociodemográficos
		Edad	a) 15 – 19 años b) 20 – 59 años c) 60 años a más	Cualitativo	Ordinal	
		Grado de instrucción	a) Sin instrucción b) Primaria c) Secundaria d) Superior	Cualitativo	Ordinal	
		Estado Civil	a) Soltero (a) b) Conviviente c) Casado (a) d) Separado e) Viudo (a)	Cualitativo	Nominal	

Matriz de operacionalización del factor económico

Dimensiones	Definición Conceptual	Variable	Valores Finales	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Factor económico	Constituye el conjunto de características biológicas, socioculturales que están presentes en la población sujeto a estudio tomando aquellos que pueden ser medidos. (Dalens, 2012)	Condición de la vivienda	a) Alquilada b) Casa de un familiar c) Casa propia	Cualitativo	Nominal	Cuestionario de los factores económicos
		Ocupación	a) Sin ocupación Estudiante b) Independiente c) Empleado	Cualitativo	Nominal	
		Ingreso económico total de la familia	a) Menor o igual de S/.500 b) Mayor de S/. 500 c) Mayor o igual de S/. 750 d) Mayor o igual de S/. 1000.00	Cualitativo	Ordinal	

Matriz de operacionalización del factor ambiental

Dimensiones	Definición Conceptual	Variable	Valores Finales	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Factor ambiental	Las determinantes ambientales nos llevan a comprender el proceso salud – enfermedad, que representa factores de riesgo de la epidemiología, las condiciones sociales en que vive una persona influyen sobremanera en su estado de salud. (Cartuccia, 2009).	Como era el clima familiar antes del diagnóstico de la enfermedad	a) Indiferente b) Conflictiva c) Unida	Cualitativo	Nominal	Cuestionario de los factores ambientales
		Con quien vivía usted	a) Familia b) Hijos c) Esposo(a) d) Solo(a) e) Otros	Cualitativo	Nominal	
		Como reacciono su entorno familiar ante la enfermedad	a) Aceptación b) Aislamiento c) Indiferencia d) Rechazo	Cualitativo	Nominal	
		Quienes en su entorno le ofrecía fuerza emocional, para que continúe con el tratamiento	a) Familia b) Amigos c) Personal del Hospital d) Personal del Centro de Rehabilitación e) Ninguno	Cualitativo	Nominal	

Matriz de operacionalización del factor psicosocial

Dimensiones	Dimensión Conceptual	Variable	Valores Finales	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Factor psicosocial	Son condiciones presentes que pueden favorecer o perjudicar la calidad de vida de las personas (Monte, 2012)	Consumía algún tipo de drogas	a) Si b) No	Cualitativo	Nominal	Cuestionario de los factores psicosociales
		Consumía bebidas alcohólicas	a) Si b) No	Cualitativo	Nominal	
		Con que frecuencia consumía alcohol	a) Siempre b) Frecuentemente c) A veces d) Nunca	Cualitativo	Nominal	

Matriz de operacionalización del factor referente al tratamiento

Dimensiones	Definición Conceptual	Variable	Valores Finales	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Factor relacionado al tratamiento	La adherencia terapéutica disminuye cuando aumenta el número de fármacos y la frecuencia de administración, con aparición de efectos adversos y cuando el tratamiento es prolongado en el tiempo (Molina, Vivaldi & Molina, 2012).	A que esquema pertenecía	a) Esquema sensible b) Multidrogoresistente (MDR) c) Extremadamente drogo resistente (XDR)	Cualitativo	Nominal	Cuestionario de los factores referentes al tratamiento
		Cuanto fue la duración de su tratamiento	a) 6 meses b) 9 meses c) 12 meses d) Más de 18 meses	Cuantitativo	Razón	
		Qué tipo de medicamento recibía	a) Solo pastillas b) Pastillas más inyectables	Cualitativo	Nominal	
		Como considera la cantidad de medicamentos que recibía	a) Poco b) Regular c) Mucho d) Excesivo	Cualitativo	Ordinal	
		Qué tipo de molestias sintió en el transcurso de su tratamiento	a) Nauseas, vómitos, dolor de cabeza b) Sarpullidos, heridas en el cuerpo c) Dolo en la zona de inyección, depresión d) Ninguna molestia	Cualitativo	Nominal	

Matriz de operacionalización del factor relacionado a la calidad de la atención

Dimension	Definición Conceptual	Variable	Valores Finales	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Factor relacionado a la calidad de atención	Es un concepto complejo que incluye el de la asistencia, que debe concordar con los avances de la ciencia, a fin de implementar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y a para asegurar su continuidad (Ortega, Leija & Puntunet, 2014)	Cuándo usted recibía atención del personal de enfermería, se sentía satisfecho	a) Siempre b) A veces c) Nunca	Cualitativo	Ordinal	Cuestionario referente a la calidad de atención
		El personal de enfermería le incentivaba a continuar con el tratamiento	a) Siempre b) A veces c) Nunca	Cualitativo	Ordinal	
		El personal de Enfermería mostraba interés para aclarar sus dudas	a) Siempre b) A veces c) Nunca	Cualitativo	Ordinal	
		El personal de enfermería le orientaba con palabras sencillas acerca de su enfermedad	a) Siempre b) A veces c) Nunca	Cualitativo	Ordinal	
		El personal de enfermería le orientaba sobre las consecuencias, en caso de abandonar el tratamiento	a) Siempre b) A veces c) Nunca	Cualitativo	Ordinal	

		Recibía visitas domiciliarias del personal de Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> a) Dos veces a mas b) Una vez c) Nunca 	Cualitativo	Ordinal	
		Cómo consideraría el trato por parte del personal de Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> a) Optimo b) Regular c) Deficiente 	Cualitativo	Ordinal	
		Cómo considera el horario de atención del programa	<ul style="list-style-type: none"> a) Se adecua al paciente b) Es flexible c) No se adecua al horario del paciente 	Cualitativo	Nominal	

3. Delimitación geográfica y temporal

El hospital de Huaycán se encuentra ubicado en el distrito de Ate, en la provincia de Lima, departamento de Lima a $12^{\circ} 01' 18''$ de latitud sur y $76^{\circ} 54' 57''$ de longitud oeste.

- Por el Norte: Rio Rímac
- Por el Sur: Cieneguilla
- Por el Este: Chaclacayo
- Por el Oeste: Santa Clara

En la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del Hospital de Huaycán, 112 pacientes reciben tratamiento antituberculoso desde Enero 2015.

Suelo y topografía: La zona de Huaycán se describe como una quebrada amplia con pendiente ligera, en su parte baja y media, y más pronunciada en el sector alto.

- **Sector bajo:** de relieve regular de escasa pendiente que se extiende hacia el valle del Rímac Nor-este y constituye el llamado cono de eyección común se ubican las zonas: A, B, C, Lúcumo, Villa hermosa, Pariachi y Portales de Huaycán.
- **Sector medio:** con el relieve dependiente media y presencia de varias colinas pequeñas y quebradas en forma de causes sobre las cuales se ubican las zonas de D, E F, G, y parte de las de las zonas B y C.
- **Sector alto:** conformado por tres quebradas altas, un poco más angostas de relieve accidentado y pendiente pronunciado con abundante material deslizado por los huaycos; se ubica en la quebrada este (zonas P, Q y Z), quebradas sur (H, L, M, S y T) que corresponde al Puesto de Salud la Fraternidad y Quebrada oeste

(zonas: I, J, R, U, V) que corresponden al puesto de salud Señor de los Milagros, con ampliaciones que cada vez se incrementan.

4. Población y muestra

4.1. Población.

La población objetivo estuvo constituida por 105 pacientes de ambos sexos, del hospital de Huaycán que abandonaron el tratamiento antituberculoso, desde enero del 2013 hasta agosto del 2015.

4.2. Muestra.

La selección de la muestra se realizó a través de un muestreo no probabilístico de tipo intencional.

El muestreo no probabilístico se utilizan frecuentemente en estudios cualitativos y suponen un procedimiento de selección de casos orientados por razones o propósitos de la investigación, no por una estimación del tamaño que sea representativo de la población ni por cuestiones de probabilidad. Se elige en casos, son de interés para el estudio y que cumplen con ciertos criterios. Desde luego no se pretender generalizar a la población, los resultados encontrados en la muestra (Hernández, Zapata & Mendoza, 2013).

El muestreo de tipo intencional es aquel que recoge información de la fuente que se considera calificado para ese estudio. Puede ser un tipo de persona, de fenómeno, de lugar, de tiempo, etc. Depende del problema de investigación. También se le llama informante clave, muestreo de casos extremos, muestreo de casos de máxima variación, entre otros (Ferreyra & De Longhi, 2010).

La muestra estuvo conformada por 55 pacientes que abandonaron el tratamiento.

4.2.1. Criterios de inclusión y exclusión.

Inclusión:

- Pacientes que abandonaron el tratamiento desde el año 2013 hasta Agosto del 2015
- Pacientes mayores o igual a 15 años de edad.
- Pacientes antituberculosos del esquema sensible, MDR y XDR.
- Pacientes antituberculosos de ambos sexos: Masculino y femenino.
- Pacientes que abandonaron el tratamiento y que aún residen en la zona de Huaycán.
- Todos los pacientes del hospital de Huaycán que ingresaron nuevamente al programa, con antecedente de abandono.

Exclusión:

- Pacientes que no abandonaron el tratamiento desde el año 2013 hasta Agosto del 2015

- Pacientes menores de 15 años de edad.
- Pacientes que abandonaron el tratamiento y que no residen en la zona de Huaycán.
- Todos los pacientes del hospital de Huaycán no volvieron al programa y sin antecedente de abandono.
- Pacientes que no acepten voluntariamente ser parte del estudio.
- Pacientes que son referidos de otras postas o centros, con antecedentes de abandono.

5. Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica que se utilizó fue la entrevista. Y el instrumento fue un cuestionario que consta de 28 preguntas y una escala de la calidad de atención.

5.1. Detalles del instrumento.

Se utilizó un cuestionario que fue estructurado a conveniencia de las autoras, fue tomado de tres trabajos de investigación: “Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con Tuberculosis, red de salud Lima Norte V Rímac, San Martín, Los Olivos”, cuyos autores son: Dalens Remigio, Evelyn. (2012); “Percepción de los pacientes del Programa de Control de Tuberculosis acerca del cuidado que brinda el personal de enfermería en el centro de salud Carlos Protzel, Comas, Lima”, perteneciente a Quispe Flores, Lucia (2011); así mismo “Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento

antituberculoso en pacientes en retratamiento, en el distrito La Victoria periodo 2003 - 2007”, cuyo autor es Vargas Onofre, Wilfredo (2012).

El instrumento consta de 28 ítems, incluidos en los 6 factores: Factores sociodemográficos (4 preguntas), factores económicos (3 preguntas), factores ambientales (4 preguntas), factores psicosociales (3), factores relacionados al tratamiento (4 preguntas).

Con respecto al factores de la calidad de atención del personal de enfermería (10 preguntas). Los 5 primeros factores se encuentra formulados por preguntas cerradas tipo dicotómicas y categorizadas; el factor relacionado a la calidad de atención del personal de enfermería formulado por preguntas categorizadas de escala ordinal, que contiene preguntas cerradas con enfoque multidimensional de alternativas múltiples, que permitió recoger información necesaria para cumplir el objetivo.

6. Proceso de recolección de datos

- Se realizó la entrevista con el médico y enfermera coordinadores de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis.
- Se realizó los trámites administrativos entre la Escuela Académica Profesional de Enfermería de la UPeU y el hospital de Huaycán para los permisos.
- Se coordinó con la Jefatura de Enfermería la fecha y hora para la recopilación de datos.
- El día de la aplicación del instrumento las investigadoras se presentaron a la hora indicada.

- Se explicó personalmente los objetivos del trabajo de investigación y la razón por la cual se llevará a cabo.
- Se utilizó mascarilla N 95, como medida de prevención.
- Se cumplió con la Ética en investigación, se consiguió el consentimiento informado mediante la firma de la madre o huella digital para los pacientes menores de 18 años.
- Se informó los días en que las investigadoras saldría al campo a realizar la visita domiciliaria por cada caso para la aplicación del instrumento. Asimismo, durante el proceso de recolección de datos se tuvo algunos inconvenientes: las áreas demográficas accidentadas, al igual que los sectores que están en proceso de ampliación con uso de explosivos, por el que no se pudo tener acceso. De igual modo, no se hallaron algunas viviendas debido a que proporcionaron direcciones falsas para su Historia Clínica.

7. Procesamiento y análisis de datos

- En primer lugar se codificó y colocó en cada opción de la encuesta un número.
- Luego el procesamiento de datos se inició con la descodificación e ingreso de los datos al paquete SPSS V.20.
- Se realizó la tabulación de los factores (sociodemográfico, económico, ambiental, psicosocial, referente al tratamiento y calidad de atención) de este estudio mediante tablas de frecuencia.

8. Consideraciones éticas

Se solicitó la autorización al Director del hospital de Huaycán para la ejecución del proyecto de tesis, asimismo se coordinó con la coordinadora del programa de Prevención y Control de Tuberculosis (PCT) y con el personal a cargo de Archivos, para el uso del libro de registro y seguimiento de pacientes con tuberculosis e Historias Clínicas, en el orden mencionado; para la recolección de datos. Después de la aceptación se procedió la aplicación del instrumento ya mencionado; solo a aquellas personas que aceptaron voluntariamente a participar con el llenado del cuestionario.

Capítulo IV

Resultados y Discusión

1. Resultados

En este estudio se presentan los resultados de los diferentes factores que se encuentran relacionados al abandono del tratamiento antituberculoso. Los factores que se muestran a continuación mediante tablas de frecuencia son los siguientes: el factor sociodemográfico, económico, ambiental, psicosocial, referente al tratamiento y calidad de atención.

Tabla 2

Factor sociodemográfico relacionado al abandono del tratamiento antituberculoso

Variable	n	%
Género		
Femenino	19	34,5
Masculino	36	65,5
Edad		
15 - 19 años	3	5,5
20 - 59 años	51	92,7
60 años a mas	1	1,8
Grado de instrucción		
Superior	6	10,9
Secundaria	43	78,2
Primaria	6	10,9
Estado civil		
Soltero	22	40,0
Conviviente	17	30,9
Casado	8	14,5
Separado	5	9,1
Viudo	3	5,5
Total	55	100,0

En la tabla 2 se observa que el 34.5% (19) de los participantes son de género femenino, mientras que el 65.5% (36) son de género masculino. Por otro lado, con relación a la edad, el 92,7% (51) oscilan entre las edades de 20 a 59 años, y solo el 1.8% (1) son de 60 años a más. Seguidamente, con respecto al grado de instrucción, el 78.2% (43) son de nivel secundario y el 21.8% (6) entre el nivel primario o superior. Finalmente, referente al estado

civil, el 40.0% (22) son solteros y el 45.4% (25) son convivientes o casados y un 14.6% (8) de participantes entre viudos o separados.

Tabla 3

Factor económico relacionado al abandono del tratamiento antituberculoso.

Variable	n	%
Condición de la vivienda		
Casa propia	30	54,5
Casa alquilada	13	23,6
Casa de un familiar	12	21,8
Ocupación		
Independiente	24	43,6
Sin ocupación	18	32,7
Empleado	12	21,8
Estudiante	1	1,8
Ingreso económico		
Menor o igual de S/. 500.00	13	23,6
Mayor de S/. 500.00	24	43,6
Mayor o igual de S/. 750.00	15	27,3
Mayor o igual de S/. 1000.00	3	5,5
Total	55	100,0

En la tabla 3, respecto a la condición de la vivienda, se muestra que el 54.5% (30) cuentan con vivienda propia, a diferencia del 45.4% (25) viven en viviendas alquiladas o de un familiar. Con respecto a la variable ocupación, el 43.6% (24) refieren haber contado con un trabajo independiente y el 32.7% (18) sin ocupación. Por último, el 43.6% (24) contaban con un ingreso económico mayor de S/. 500.00, mientras que el 27.3% (15) ganaban mayor o igual a S/.750.00 y solo el 23.6% (13) menor o igual a S/. 500.00.

Tabla 4
Factor ambiental relacionado al abandono del tratamiento.

Variable	n	%
Clima familiar		
Unida	39	70,9
Indiferente	10	18,2
Conflictiva	6	10,9
Con quien vivía usted		
Familia	48	87,3
Hijos	2	3,6
Esposo (a)	4	7,3
Solo (a)	1	1,8
Reacción de la familia ante la enfermedad		
Aceptación	43	78,2
Aislamiento	10	18,2
Indiferencia	2	3,6
Quienes le ofrecían fuerza emocional		
Familia	51	92,7
Amigos	4	7,3
Total	55	100,0

En la tabla 4, respecto al clima familiar, se aprecia que el 70.9% (39) de los participantes estuvieron conformados por familias unidas, a diferencia del 10.9% (6) que poseían familias conflictivas. Con relación al tipo de convivencia, el 87.3% (48) vivían con su familia y el 10.9% (6) vivían con su esposo o hijos. De igual modo, en relación a la reacción de la familia ante la enfermedad, el 78.2% (43) fueron aceptados por su familia y el 18.2% (10) fueron aislados. En relación de quienes recibía fuerza emocional, el 92.7% (51) presentaron apoyo por su familia y el 7.3% (4) por sus amigos.

Tabla 5
Factor psicosocial relacionado al abandono del tratamiento.

Variable	n	%
Consumía drogas		
Si	1	1,8
No	54	98,2
Consumía bebidas alcohólicas		
Si	22	40,0
No	33	60,0
Frecuencia de consumo de alcohol		
Siempre	3	5,5
Frecuentemente	6	10,9
A veces	14	25,5
Nunca	32	58,2
Total	55	100,0

En la tabla 5, se identifica que en la variable de consumo de drogas, el 98.2 % (54) no consumían y solo el 1.8% (1) si consumía algún tipo de droga. Por otro lado, con respecto al consumo de bebidas alcohólicas, el 60% (33) no consumían alcohol y el 40 % (22) si consumían; teniendo en cuenta la frecuencia del consumo de alcohol, el 25.5% (14) a veces consumían y el 16.4% (9) entre siempre o frecuentemente.

Tabla 6
Factor referente al tratamiento relacionado al abandono del tratamiento.

Variable	N	%
A que esquema pertenecía		
Esquema sensible	52	94,5
Multidrogorresistente (MDR)	3	5,5
Tipo de medicamento que recibía		
Solo pastillas	52	94,5
Pastillas más inyectables	3	5,5
Como considera la cantidad de medicamentos		
Regular	3	5,5
Mucho	26	47,3
Excesivo	26	47,3
Tipo de molestias que usted sintió		
Nauseas, vómitos, dolor de cabeza	29	52,7
Dolor en la zona de inyección, depresión	1	1,8
Ninguna molestia	25	45,5
Total	55	100,0

En la tabla 6, haciendo referencia al tipo de esquema, el 94.5% (52) pertenecían al esquema sensible y el 5.5% (3) al esquema MDR. Del mismo modo el 94.5% (52) recibía como tratamiento solo pastillas y el 5.5% (3) pastillas más inyectables. Por otro lado, con respecto a la consideración sobre la cantidad de medicamentos, el 94.6% (52) consideraron entre mucho o excesivo y el 5.5% (3) regular. Por último, el 52.7 % (29) presentó como molestias nauseas, vómitos, dolor de cabeza y el 45.5% (25) no evidenció ninguna molestia.

Tabla 7
Nivel de la Calidad de Atención

Calidad de atención	n	%
Malo	18	32.7
Regular	25	45.5
Bueno	12	21.8
Total	55	100.0

En la Tabla 7, referente de la calidad de atención, el 45.5% (25) de los pacientes considera la calidad de atención por parte del personal de enfermería regular, el 32.7% (18) malo y el 21.8% (12) bueno.

2. Discusión

El abandono del tratamiento es una problemática a nivel nacional como internacional, debido a múltiples factores externos o internos que obstaculizan el cumplimiento total del tratamiento. De modo que esta problemática conlleva a la inasistencia y abandono del tratamiento, causando complicaciones en su estado de salud y, finalmente a la muerte.

La tuberculosis en nuestro país es una enfermedad social por excelencia, multifactorial y está vinculada estrechamente a la pobreza, hacinamiento, desnutrición, hambre y demás determinantes sociales, culturales, demográficos y ambientales (Palacios, 2015). El objetivo principal de este estudio ha sido describir los factores relacionados al abandono del tratamiento en pacientes atendidos en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de tuberculosis en un hospital local de Lima. Para ello, se identificaron los siguiente

factores: sociodemográficos, económicos, ambientales, psicosociales, referente al tratamiento y referente a la calidad de atención.

En los datos sociodemográficos (Tabla 2) se describió que gran parte de los pacientes que abandonaron el tratamiento son de género masculino (65,5%) y de estado civil solteros (40,0%). Estos resultados concuerdan con los resultados expresados por Dalens (2012), quien indica que la mayor probabilidad de abandonar el tratamiento corresponde al sexo masculino (94.6%) y a los solteros (60.9%).

También manifestada por Cáceres & Orozco (2007) donde los hombres tienen una alta prevalencia al abandono del tratamiento (62.1%) y, también, las personas de estado civil soltero. Navarro, Rueda, & Mendoza (2013) señalan que los que están más expuestos a abandonar el tratamiento son del género masculino (64.7%), siendo en la mayoría de estos solteros (37.5%). Del mismo modo, Torres & Herrera (2013) sostienen, que de los 81.3% de los casos de abandono corresponden a los hombres, en comparación con las mujeres (18,7%). Asimismo refuerzan que el sexo masculino se ha asociado en muchos estudios a un mayor riesgo de abandono. De la misma forma, Culqui *et al.* (2012), refieren que el abandono del tratamiento se asoció a factores no modificables como el género masculino y al hecho de padecer TBC Extra pulmonar. Dooley *et al.* (2011) mencionan que el fracaso del tratamiento se dio en gran porcentaje en el sexo masculino (ORa = 2,29; 95% CI 1,10 – 4,77).

Sin embargo, Paixão & Gontijo (2007) afirman que no hubo diferencia significativa en cuanto al género. Asimismo Vargas (2012) demostró que las mujeres (58.7%) son los que más abandonaron el tratamiento de la tuberculosis y de estado civil convivientes.

En cuanto a la edad y al grado de instrucción, se encontró que el 92,7% de los pacientes, corresponden a la edad entre 20 – 59 años y que el 78,2 % tienen un nivel secundario. Culqui (2010) demostró que cuando menor es el grado de educación, mayor es el riesgo para el abandono del tratamiento, se identificó como factor de riesgo el presentar educación secundaria (OR=1.8). Del mismo modo, Gonzales (2012) argumenta que, el grupo de 39 – 50 años, tienen más prevalencia de abandonar el tratamiento, ya que se encuentran en personas mayores de 40 años. En esta edad, el organismo empieza a disminuir sus defensas, haciéndose más sensible a la adquisición de enfermedades infecciosas. Por otro lado, Vargas (2012) reporta que los pacientes entre 24 – 34 años son los que más abandonan el tratamiento, y corresponden al nivel secundario, ya sea completo o incompleto, pues, en cuanto menos es el nivel de grado de instrucción más riesgo tiene al abandono. Igualmente Navarro, Rueda, & Mendoza (2013) indicaron que en su mayoría, los pacientes que abandonan el tratamiento, fueron las personas del nivel educativo de secundaria (50%) y predominando el rango de 45 – 54 años. Torres & Herrera (2013) sostienen que el grupo de edad de 15 a 45 años fueron los que más abandonaron el tratamiento, en concordancia con Paixão & Gontijo (2007) quienes señalan que a partir de la edad de 15 – 49 años (100%), son los que más abandonan. Por otro lado, Garrido et al. (2012) refieren que el bajo nivel educativo fue considerado como factor protector para prevenir el abandono, lo que indica que el menor nivel educativo es un factor de riesgo para que una persona llegue a abandonar el tratamiento de la tuberculosis. Biru & Bernt (2007), señalan que los pacientes mayores de 25 años de edad (HR=1,71; p=0,02) fueron los que incumplieron el tratamiento, lo que es un alto riesgo para el abandono del tratamiento.

En la Tabla 3, se hizo referencia al factor económico. Este factor se presenta cuando una sola persona es el responsable del ingreso económico. En cuanto a la condición de la vivienda, los que abandonaron son los que poseen casa propia (54,5 %), de ocupación independiente (43,6 %) y de ingreso económico total mayor de S/. 500.00 (43.6%). Dalens (2012) identificó que los que tenían casas propias también presentaron abandono del tratamiento de la tuberculosis, igualmente menciona que los bajos recursos económicos caracterizan la situación de abandono de tratamiento, identificándose un ingreso mínimo mensual de S/ 500.00. Del mismo modo, Molina, Vivaldi, & Molina (2012) señalan que vivir en un estrato bajo suele ser un factor de riesgo para abandono. De igual modo, Navarro, Rueda & Mendoza(2013) mencionan que los pacientes que abandonaron el tratamiento eran empleados independientes (50%), también argumenta que el trabajo independiente es un factor de riesgo fuertemente asociado al abandono definitivo del tratamiento antituberculoso, siendo 5 veces más frecuente en los trabajadores independiente que en los contratados. También Arriola, Castillo, Quispe & Torres (2011) mencionan que el 63.3% que no asistieron al tratamiento fueron de trabajo independiente y que presentan mayor riesgo de abandonar el tratamiento debido a que generalmente se encuentren en una búsqueda constante de un trabajo.

Del mismo modo Cáceres & Orozco (2007) reiteran que el principal factor de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso, es el estrato socioeconómico bajo, tener entre 21 y 30 años, haber estado detenido y tener VIH /SIDA, no obstante, cabe resaltar, que el instrumento usado para la presente investigación, no recolectó si el paciente presenta o no VIH/SIDA y el haber estado detenido. En cambio Jakubowiak, Bogorodskaya, Borisov,

Danilova & Kourbatova (2007) detalla que el desempleo y la falta de vivienda fueron factores que se asociaron con el incumplimiento del tratamiento.

Los factores ambientales se consideran como conexiones que se dan entre la persona y la sociedad, y es evidente que, ejerce una clara influencia sobre hombres y mujeres logrando afectar su entorno al igual que su salud (Dalens, 2012). Al analizar los datos ambientales de la Tabla 4, se observa que la mayoría de los participantes (70,9 %) estuvieron conformadas por familias unidas, vivían con su familia (87,3%) a diferencia de un mínimo porcentaje que, poseían familias conflictivas. Se considera que la falta de apoyo familiar al paciente con tratamiento contra la tuberculosis, constituye uno de los riesgos para el abandono de la misma (Dalens, 2012). En relación a la reacción de su entorno ante la enfermedad y quién le brindó apoyo, se obtuvo como resultado que, en su mayor porcentaje fueron aceptados por su familia (78,2%) y en menor porcentaje fueron aislados (18,2%), y recibieron apoyo (92,7 %) por parte de estas. Las personas que experimentan la sensación de señalamiento y rechazo por parte de las demás personas de su entorno durante el retratamiento presentan 13 veces más riesgo de abandonar el retratamiento que aquellas que no experimentan esta sensación de señalamiento y rechazo durante el retratamiento (Vargas, 2012). Los porcentajes obtenidos de la muestra evidencian que el factor ambiental favorable contribuye al no abandono del tratamiento, no obstante no se encontraron estudios donde relacionen este factor con el abandono del tratamiento.

Con respecto a los factores psicosociales, el consumo de drogas ilícitas es una de las variables que inducen directamente a los pacientes a abandonar el tratamiento, a la vez es un problema social complejo y multifactorial tanto por sus causas y consecuencias, como por sus componentes. El consumo de alcohol es un fenómeno que genera muchas deficiencias

físicas y psicológicas en el hombre (Dalens, 2012). Sin embargo, es común encontrar información incorrecta o dudosa, especialmente en referencia a los factores de riesgo, debido a que los pacientes tienden a negar o en su mayoría a minimizar la frecuencia del consumo de alcohol o las drogas. De igual modo en otros esquemas de tratamiento se da el abandono por abuso de sustancias (Holtz et al., 2006). Culqui, Grijalva, Reategui, Cajo & Suárez (2005) refuerzan en su estudio que el consumo de drogas ($p=0,047$) es el factor de riesgo más alto de abandono, por lo que resulta cruciales su identificación y seguimiento.

En la Tabla 5 se mostró que el 98.2% de la población en estudio no consumían ningún tipo de droga a diferencia de un individuo que sí consumía algún tipo de droga. Asimismo referente al consumo de bebidas alcohólicas el 60% no consumían. Por otro lado, la frecuencia del consumo de alcohol, el 25.5% manifestaron que a veces consumían. Soza, Perreira, & Barreto (2005) observaron que el 75% casos y 93.4% testigos no consumían drogas ilícitas, de igual modo el 72,4% casos y 92% testigos no consumían alcohol. Datos que parcialmente concuerdan con Ribeiro, Amado, Camelier, Fernandez & Schenkman (2000) donde tuvieron como resultado que el 36% tenía antecedente de consumo de alcohol y el 15% de consumo de drogas ilegales. Asimismo reportaron que los alcohólicos y consumidores de drogas, abandonaron el tratamiento con mayor frecuencia ($p = 0,008$ y $p = 0,002$, respectivamente). Entre los consumidores de drogas, mencionaron que el consumo de marihuana se dio en un 33%, inhalaban cocaína en un 29%, se inyectaban cocaína en un 17% y el consumo del crack en un 11%. El consumo de alcohol es un factor de riesgo de abandono del tratamiento y, asimismo, un factor relacionado con la tuberculosis pulmonar. El riesgo de tuberculosis activa es significativamente mayor en las personas que beben más de 40 g de alcohol al día y / o tienen un trastorno por consumo de alcohol. Paixaol &

Gontijo (2007) obtuvieron como resultado en su estudio que las principales razones de abandono según la percepción del paciente, es el consumo de drogas y alcohol en un 30%. También que el riesgo del incumplimiento del tratamiento entre las personas que denuncian el uso de alcohol fueron más altos que los que no informaron el consumo de alcohol ($p < 0,001$) (Kliiman & Altraja, 2010). Gelmanova et al. (2007) identificaron que en los pacientes con tuberculosis, el abuso de sustancias es un fuerte predictor de la no adherencia. Del mismo modo, Soza et al. (2005), revelaron que el riesgo de abandonar el tratamiento se dio por el consumo de bebidas alcohólicas (OR: 5,25; IC 95%: 2,06 – 9,93) o drogas ilícitas (OR: 5,25; IC 95%: 2,06 – 9,93). Cabe resaltar que no se tomó en cuenta el tipo de droga y el tabaquismo en el cuestionario que desarrollaron las investigadoras.

Cruz (2010), con respecto al factor relacionado al tratamiento, menciona que es indispensable no abandonar el tratamiento; al suspenderlo, la enfermedad se empeora rápidamente y causa que el bacilo se haga resistente a los medicamentos. Más aún Molina, Vivaldi & Molina (2012) refieren que la adherencia terapéutica disminuye cuando aumentan el número de fármacos y la frecuencia de administración, con la aparición de efectos adversos y cuando el tratamiento es prolongado en el tiempo. Por otro lado, la TB sensible considera 2 fases en su tratamiento; el primer bactericida y la segunda esterilizante, el que va a evitar el fracaso al tratamiento y las recaídas, respectivamente (Pinedo, 2008). Muture et al. (2011) afirman que la tasa del incumplimiento del tratamiento se presenta con mayor frecuencia durante los primeros meses de tratamiento. Con respecto al esquema al cual pertenecían (Tabla 6), el 94.5% (52) pertenecían al esquema sensible. Pinedo (2008) acota que la falta de conocimientos puede llevar al paciente a tomar alternativas desfavorables, como la de abandonar su tratamiento. En relación a los medicamentos que recibía, el 94.5%

(52) recibía como tratamiento solo pastillas y el 94.6% (52) consideraron entre “mucho” o “excesivo” la cantidad de medicamentos, resultados que coinciden con el estudio que realizó Dalens (2012), donde el 69.8% de su población en estudio, consideró que las pastillas que recibían eran demasiado. Asimismo Culqui (2010) observó que el 50% de los casos consideraron excesivo la cantidad de medicamentos. Además Pinedo (2008) refuerza que el tiempo que dura el tratamiento y el tipo de fármaco que recibe, se encuentra asociada a la adherencia y está relacionada como el obstáculo más difícil de vencer para lograr la adherencia al tratamiento contra la tuberculosis. Muture et al. (2011) demuestra que uno de los factores asociados con el incumplimiento del tratamiento fue el consumo de medicamentos a base de hierbas (OR 5,7; IC del 95%: 1,37 a 23,7). No obstante, no se recolectó datos sobre el consumo de medicinas naturales en la encuesta tomada por las investigadoras.

Pinedo (2008) menciona que, los efectos secundarios que ocasiona la farmacoterapia contra la tuberculosis son: náuseas, vómitos, diarrea, cólico, hipersensibilidad, entre otros. Estos se presentan con frecuencia y en algunos casos están relacionados con el abandono de tratamiento. De igual modo las personas con TB que ya no se sienten enfermas pueden creer que es mejor dejar de tomar sus medicamentos, sin tener en cuenta que los síntomas de la TB pueden disminuir drásticamente durante la primera fase de su tratamiento. En la Tabla 6 se observa que el 52.7 % (29) presentó como molestias: náuseas, vómitos, dolor de cabeza durante el tratamiento y el 45.5% (25) no evidenció ninguna molestia. Dalens (2012) encontró que el 30.2% había presentado náuseas, vómitos, entre otros problemas digestivos. Igualmente Montufar & Noboa (2013) hallaron que el 38%.de su población presentaron

reacciones adversas medicamentosas. Navarro, Rueda, & Mendoza (2013) observaron que el 82.7 % sentían mejoría en el estado de salud.

La calidad de atención del profesional de enfermería hacia los pacientes con tuberculosis debe tener como fin, satisfacer las necesidades de los pacientes y asegurar su continuidad. Los principales componentes del cuidado que hacen posible alcanzar los objetivos son: carácter firme, fiabilidad, rapidez, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, oportunidad, comunicación y conocimiento de la situación del paciente (Ortega, Leija & Puntunet, 2014). En la atención del paciente con tuberculosis, la labor que realiza el personal de enfermería, es de suma importancia, ya que de ella dependerá la integración y la adherencia al tratamiento; por ser quién se encuentra en mayor contacto con el paciente y también pudiera modificar la percepción que el usuario tiene con relación a la atención (Pajuelo, 2013).

En la Tabla 7, referente al nivel de la calidad de atención, los resultados indicaron que el 45.5% de la población consideran que la calidad de atención del personal de enfermería, es regular. Asimismo, los resultados de los sub indicadores muestran que el 87.2% (48) detallaron entre siempre o a veces que el personal de enfermería les mostraba interés para aclarar sus dudas, el 47.3% (26) respondieron que a veces le orientaban sobre los efectos adversos del tratamiento, además el 47.3% mencionó que, recibió visitas domiciliarias por parte del personal de enfermería. Guevara (2013) sostiene que las relaciones que se muestra entre el profesional y el paciente, involucra una adecuada relación interpersonal en el que debe existir confianza y respeto, empatía, cordialidad, claridad en el lenguaje y veracidad en la información que brinde influyendo determinadamente en la satisfacción del paciente. Con respecto a las dimensiones de la calidad de atención, el respeto a los derechos humanos, a la

cultura y a las características individuales de la persona, son bases fundamentales para una buena calidad de atención (Morí, 2007). Sin embargo, Culqui, Grijalva, Reategui, Cajo & Suárez (2005) identificaron que los paciente que dejaron de asistir al tratamiento, refirieron no haber recibido visita domiciliaria del personal del programa.

Resultados similares fueron encontrados por Quispe (2011), donde describe que la percepción de los pacientes del Programa de Control de Tuberculosis acerca de los cuidados que le brinda el personal de Enfermería tiene una tendencia de medianamente favorable o regular, lo que implica que, al no cumplir cabalmente, el profesional de enfermería en coordinación con su equipo técnico, según los pacientes, las actividades establecidas por la Norma Técnica de Atención, da origen a la insatisfacción del usuario respecto a los servicios prestados. Además estaría frente a una gran amenaza de la profesión: la rutina y la mecanización, perdiéndose el significado de la verdadera esencia el arte de cuidar. Igualmente Puebla, Ramirez, Ramos & Moreno (2009) agregan que la percepción que tienen los usuarios de la atención que brinda el personal de enfermería es regular (60.7%).

Sin embargo, Pajuelo (2013) halló que la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería es medianamente favorable, ya que la comunicación efectiva enfermera-paciente, brinda seguridad para la asistencia en el tratamiento farmacológico contribuyendo a disminuir el abandono del tratamiento. No obstante de Borré (2013) evidenció altos niveles de calidad percibida de la atención Enfermería, donde refiere que el principio de la calidad, garantiza a los usuarios una calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada e integral. De igual manera, en el estudio de Lenis & Manrique (2015) encontraron que la calidad del cuidado de enfermería que se brinda es buena, según la percepción de los pacientes. También Torres (2010) en su estudio demostró que los

pacientes tenían en general una percepción positiva en cuanto al cuidado de enfermería recibido. Igualmente Romero (2008) refiere que las buenas relaciones interpersonales dan confianza y credibilidad a través de demostraciones de respeto y confidencialidad, cortesía, responsabilidad y empatía, con el fin de brindar una buena calidad de atención. Sin embargo, en el estudio de Samina, Qadri, Tabish, Samiya, & Riyaz (2008) mostraron que las percepciones generales de los pacientes revelaron que el 31.6% tenía una mala percepción de la calidad de atención de enfermería.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

- En el factor sociodemográfico, se encontró que el género más predominante en el abandono del tratamiento fue el sexo masculino entre 20 – 59 años de edad, con estudios secundarios y solteros.
- En el factor económico, se identificó que la mayoría de los participantes poseían casa propia con un ingreso mínimo mensual mayor de S/. 500.00 y con trabajo independiente.
- En el factor ambiental, se encontró que la mayoría contaban con un clima familiar unido, asimismo vivían con ellos al igual que fueron aceptados por sus parientes ante el diagnóstico de la enfermedad y le ofrecieron fuerza emocional.
- En el factor psicosocial, se halló que los pacientes en mayor porcentaje no consumían alcohol ni drogas.

- En el factor referente al tratamiento, casi en su totalidad los pacientes pertenecieron al esquema sensible, considerando “mucho” o “excesivo” la cantidad de medicamentos que recibía, simultáneamente a esto, manifestaron tener efectos secundarios como: nauseas, vómitos, dolor de cabeza.
- En el factor referente a la calidad de atención, la mayoría de los participantes manifestaron una percepción regular.

2. Recomendaciones

- El hospital de Huaycán fortalezca el trabajo multidisciplinario a través del coordinador del Programa PCT, integrando al psicólogo, médico, nutricionista, asistente social y enfermero, con el fin de concientizar y comprender la situación de los pacientes.
- El hospital de Huaycán capacite al personal de enfermería del Programa PCT en calidad de atención basada en el trato humano.
- El hospital de Huaycán cuente con un grupo profesional de enfermería capacitado, exclusivamente para la realización de las visitas domiciliarias.
- El personal de enfermería de PCT realice programas educativos con respecto a la adherencia del tratamiento, dirigido a los pacientes y familiares.
- El personal de enfermería de PCT realice sesiones familiares con apoyo del profesional de psicología, ya sea en su hogar o en el hospital, para reforzar las relaciones familiares.

- El personal de enfermería de PCT diseñe y desarrolle un programa de educación continua, dirigido a pacientes que reciben tratamiento de tuberculosis, haciendo énfasis en la importancia del cumplimiento y el involucramiento de la familia.
- Los investigadores realicen un estudio de casos y controles.
- Los investigadores realicen estudios correlacionales con respecto a calidad de atención y abandono del tratamiento, utilizando otro instrumento sobre la calidad de atención, por ejemplo el SERQUAL.

Referencias Bibliográficas

- Aiquipa, A. (2004). *Calidad de atención de Enfermería según opinión de los pacientes sometidos a quimioterapia en la Unidad de tratamiento multidisciplinario del Inen, Lima, 2003*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (Tesis de Especialidad, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/aiquipa_ma/aiquipa_ma.pdf
- Americo, C., & Bogaz, C. (27 de Marzo del 2015). *Tasa de mortalidad por tuberculosis cae un 20,7 % en 10 años*. Recuperado de <http://www.aids.gov.br/es/noticia/2015/tasa-de-mortalidad-por-tuberculosis-cae-un-207-en-10-anos>
- 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. recuperado de <http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/Revistas/2011/febrero/07%20ANTITUBERCULOSO.pdf>
- Arróspide, A. (2015). EsSalud: Tuberculosis se puede curar en 6 meses si no abandona tratamiento. Recuperado de <http://rpp.pe/vida-y-estilo/salud/essalud-tuberculosis-se-puede-curar-en-6-meses-si-no-abandona-tratamiento-noticia-780120>
- Baldeon, E.** (2015). “ *Nivel De Conocimientos Sobre La Tuberculosis Pulmonar En Centros De Salud De Lima Metropolitana 2014* .” (Tesis de Licenciado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4179/1/Balde%C3%B3n_le.pdf
- Bernuy, L. (2005). *Calidad de la atención en la Clínica Central de Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. (Tesis de Cirujano, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/2796/Bernuy_tl%281%29.pdf?sequence=1
- Biru, E., & Bernt, L. (2007). Determinants of treatment adherence among smear-positive pulmonary tuberculosis patients in Southern Ethiopia. *PLoS Medicine*, 4(2), 280–287. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=0519005E7BEB4310476A3E33F1DB0572?doi=10.1.1.275.9584&rep=rep1&type=pdf>
- Borré, Y. (2013). *Calidad Percibida de la Atención de Enfermería por pacientes hospitalizados en Institución Prestadora de Servicios de Salud de Barranquilla*. (Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia). Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/10553/1/539597.2013.pdf>
- Bravo, E. (2008). *Actitud de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogorresistente en el centro de Salud Fortaleza, 2008*.(Tesis de Licenciatura,

- Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/538/1/Bravo_ce.pdf
- Brunner, A. & Suddarth, L. (2004). *Enfermería médico quirúrgico*. México: McGraw-Hill INTERAMERICANA EDITORES S.A.
- Cáceres, M., & Orozco, L. (2007). Incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. *Biomédica*, 27(4), 498–504. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v27n4/v27n4a05.pdf>
- Cacho, Y. (2015). *Epidemiología de la tuberculosis en Mexico*. Conacyt. Mexico. recuperado de <http://www.conacytprensa.mx/index.php/ciencia/salud/1103-epidemiologia-de-la-tuberculosis-en-mexico>.
- Canela, J. (2012). Abandono del tratamiento de la tuberculosis en la población de 20 a 59 años infectados por VIH. Recuperado de http://www.uninorte.edu.co/documents/327088/7669139/G5_PSP_Abandono+del+t ratamiento+de+tuberculosis+en+las+personas+coinfectedas_Sao+Paulo.pdf
- Cartuccia, L. (2009). *Factores sociales y cultura en salud*. Recuperado de <https://auditoriamedica.wordpress.com/2009/06/14/factores-sociales-y-cultura-en-salud/>
- Checa, D. (2013). *Fundamentos y bases de todas las áreas enfermeras: manual completo de enfermería*. España: BarcelBaires Ediciones S.A.
- Córdova, I. (2013). *El proyecto de investigación cuantitativa*. Perú: Editorial San Marcos
- Coro, R., Abreu, G., Muñoz, R., Gonzales, J., & Rodriguez, L. (2012). Comportamiento de la tuberculosis en adolescentes de 15 a 18 años. *Revista Cubana de Pediatría*, 84(2), 225–233. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v84n3/ped03312.pdf>
- Cruz, M. (2010). *Percepción del paciente con tuberculosis sobre el apoyo emocional que le brinda su grupo familiar y el personal de salud en la satisfacción de sus necesidades emocionales*. (Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/250/1/cruz_cm.pdf
- Culqui, D. (2010). *Factores de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso esquema I y II Perú 2004*. (Tesis de Maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2497/1/Culqui_ld.pdf
- Culqui, D., Grijalva, C., Reategui, S., Cajo, J., & Suárez, L. (2005). Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(1), 14–20. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n1/27083.pdf>

- Culqui, D., Munayco, C., Grijalva, C., Cayla, J., Horna, O., Alva, K., & Suarez, L. (2012). Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú. *Archivos de Bronconeumología, Elsevier, 48(5)*, 150–155. Recuperado de <http://www.archbronconeumol.org/index.php?p=watermark&idApp=UINPBA00003Z&piiItem=S0300289612000075&origen=bronco&web=bronco&urlApp=http://www.archbronconeumol.org&estadoItem=S300&idiomaItem=es>
- Cutcliffe, J., Mckenna, H. & Hyrkas, K. (2011). Modelos de enfermería, aplicación a la práctica. México: Manual Moderno.
- Dalens, E. (2012). *Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis, red de salud Lima Norte V Rimac - San Martin - Los olivos*. (Tesis de Licenciatura, Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza). Recuperado de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/310/1/Dalens_ei.pdf
- De White, E. (1989). *Consejos sobre el regimen alimenticio*. Florida: Asociacion Publicadora Interamericana.
- Díaz, L. (2010). *Avances en el cuidado de enfermería*. Colombia – Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Diaz, S. (2014). *Percepcion del paciente Hospitalizado sobre el trato digno otorgado por el personal de Enfermeria*. (Tesis de Maestria, Universidad Autonoma de Queretaro). Recuperado de <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/1975/1/RI001243.pdf>
- Dooley, K., Lahlou, O., Ghali, I., Knudsen, J., Elmessaoudi, M., Cherkaoui, I., & Aouad, R. (2011). Risk factors for tuberculosis treatment failure, default, or relapse and outcomes of retreatment in Morocco. *BMC Public Health, 11(1)*, 1-7. Recuperado de http://download.springer.com/static/pdf/851/art%253A10.1186%252F1471-2458-11-140.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmcpublichealth.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1471-2458-11-140&token2=exp=1453932340~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F851%2Fart%25253A10.1186%25252F1471-2458-11-140.pdf*~hmac=a4e208f0303c624f4b17f1b99a014cfdb7af05a034fe32ab83a7606058ea39e5
- Fassio, A., Pascual, L. & Suarez, F. (2006). *Introducción a la Metodología de la investigación: Aplicada al saber administrativo y al análisis organizacional*. Argentina-Buenos Aires. Macchi grupo editor S.A.
- Ferreira, A. & De longhi, A. (2010). *Metodología de la investigación II*. Argentina: Encuentro grupo editor.
- Galindo, J. (2009). *Relación Entre Nivel de Conocimientos y las Actitudes Hacia el Tratamiento que Tienen los Pacientes con Tuberculosis Pulmonar Centro de Salud Jicamarca – MINSA*. (Tesis de Licenciatura, Universidad Ricardo Palma). Recuperado de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/301/1/Galindo_jd.pdf

- Gallardo, C., Sanchez, A., & Condor, I. (2009). “*Plan de Control de infecciones intrahospitalarias por tuberculosis en Hospital de baja complejidad Huaycan.*” Lima. Recuperado de <http://www.bvcooperacion.pe/biblioteca/bitstream/123456789/6157/1/BVCI0006065.pdf>
- Garrido, M., Penna, M., Perez, T., Brito, A., Marreiro, L., Albuquerque, C. & Bühner, S. (2012). Factors Associated with Tuberculosis Treatment Default in an Endemic Area of the Brazilian Amazon: A Case Control-Study. *PLoS ONE*, 7(6), 39 – 134. Recuperado de <http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pone.0039134&representation=PDF>
- Gelmanova, I., Keshavjee, S., Golubchikova, V., Berezina, V., Strelis, A., Yanova, G., & Atwood, S. (2007). Barriers to successful tuberculosis treatment in Tomsk , Russian Federation : non-adherence , default and the acquisition of multidrug resistance. *Bulletin of the World Health Organization*, 85 (9), 703 – 714. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636414/pdf/06-038331.pdf>
- Golden, J. (2015). *La Tuberculosis: Un problema mundial con un reto local.* Recuperado de: <https://www.cityofmadison.com/news/la-tuberculosis-un-problema-mundial-con-un-reto-local>
- Gonzales, E. (2012). *Factores asociados al abandono y adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes detectados en la uniaddes operativas del area de salud N° 1 De la ciudad de Tulcan en el periodo de enero a junio del 2012 (Tesis de Licenciatura, Universidad Tecnica del Norte).* Recuperado de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2056/2/06%20ENF%20514%20INFORME%20FINAL%20DE%20TESIS.pdf>
- Granados, G. (2009). Abandono del tratamiento antituberculoso. *Revista Salud, Sexualidad Y Sociedad*, 2(3), 3–4. Recuperado de <http://www.inppares.org/revistass/Revista VII 2009/12- Abandono Tratamiento.pdf>
- Guevara, I. (2013). *Percepción de las madres acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el consultorio de cred de la red de EsSalud “ San José ” - 2012.* (Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/1040/Guevara_ss.pdf?sequence=1
- Hernández, J., De Maya, B., Díaz, A. & Giménez, M. (2010). *Fundamentos teóricos de enfermería: Teorías y modelos.* España – Merced: Diego Marín.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación.* México: Mc Graw Hill.

- Hernández, R., Zapata, N. & Mendoza C. (2013). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hill, C., Stevens, W., Hill, S., Bah, J., Donkor, S. a., Jallow, A., & Lienhardt, C. (2005). Risk factors for defaulting from tuberculosis treatment: A prospective cohort study of 301 cases in the Gambia. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 9(12), 1349–1354. Recuperado de http://docstore.ingenta.com/cgi-bin/ds_deliver/1/u/d/ISIS/85872746.1/iatld/ijtld/2005/00000009/00000012/art00009/4E082B46DAEE796B1453932492DFA1F6E3D75663FC.pdf?link=http://www.ingentaconnect.com/error/delivery&format=pdf
- Holtz, T., Lancaster, J., Laserson, K., Wells, C., Thorpe, L., & Weyer, K. (2006). Risk factors associated with default from multidrug-resistant tuberculosis treatment, South Africa, 1999 – 2001. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 10 (6), 649–655. Recuperado de <http://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtld/2006/00000010/00000006/art00010?crawler=true>
- Huatuco, G. (2009). *La Calidad del Cuidado de Enfermería y el grado de Satisfacción según Percepción del Paciente Adulto Mayor en el Servicio de Geriatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el mes de Noviembre –Diciembre*. (Tesis de Licenciatura, Universidad Ricardo Palma). Recuperado de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/303/1/Huatuco_gj.pdf
- Huayantes, A. (2006). *Relacion entre el nivel de conocimientos sobre la Tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados en la estrategia sanitaria control de la tuberculosis del centro de salud. “San Luis”*. 2006. (Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos) Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1025/1/huaynates_ca.pdf.
- Hurst, M. (2013). *Enfermería Médico-quirúrgico*. México: Editorial El Manuel Moderno.
- Jakubowiak, W., Bogorodskaya, E., Borisov, E., Danilova, D., & Kourbatova, E. (2007). Risk factors associated with default among new pulmonary TB patients and social support in six Russian regions, *INT J Tuberc Lung Dis*, 11 (1), 46–53. Recuperado de <http://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtld/2007/00000011/00000001/art00008?crawler=true>
- Kliiman, K., & Altraja, A. (2010). Predictors and mortality associated with treatment default in pulmonary tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis*, 14(4), 454–463. Recuperado de <http://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtld/2010/00000014/00000004/art00014>
- Sumi, J. (24 de Marzo del 2014). Bolivia registró 8.327 casos nuevos de tuberculosis en 2013. *La razon*, p. 2. Recuperado de: http://www.la-razon.com/sociedad/Bolivia-registro-casos-nuevos-tuberculosis_0_2021197932.html

- Lenis, C., & Manrique, F. (2015). Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. *Aquichan*, 15(3), 413–425. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3925/pdf>
- LeMone, P. & Burke, K. (2009). *Enfermería medico quirúrgica pensamiento crítico en la asistencia del paciente*. España: Pearson educación S.A.
- López, J. (2013). *Enfermería*. España: Academia de estudios MIR, S.L. (AMIR).
- López, M. (2012). *Fundamentos de enfermería práctica*. España: Elsevier
- Martin, A. & Cano, J. (2008). *Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. Barcelona: Elsevier España, S.L.
- Marriner, A. & Raile, M. (2007). *Modelos y teorías en Enfermería*. España: Editora Elsevier.
- Méndez, c. (2011). *Metodología: diseño y desarrollo del proceso de investigación con énfasis en ciencias empresariales*. México: Editorial Limusa.
- Méndez, A. (28 de Octubre del 2015). OMS: Mortalidad por tuberculosis cae un 47% pero se sitúa por encima del SIDA. *RPP noticias* Recuperado de: <http://rpp.pe/vida-y-estilo/salud/oms-mortalidad-por-tuberculosis-cae-un-47-pero-se-situa-por-encima-del-sida-noticia-908880>
- Ministerio de Salud. (2013). Norma técnica de salud para la atención de las personas afectadas por Tuberculosis. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/infecciones/RM715-2013_MINSA_TB.pdf
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (25 de Marzo del 2013). Venezuela registra 570 casos de tuberculosis durante 2013. *El Nacional*. pp 3 - 5. Recuperado de http://www.el-nacional.com/salud_y_bienestar/Venezuela-registra-casos-tuberculosis_0_160184139.html
- Ministerio de Salud. (2010). *Norma técnica de salud para el control de la tuberculosis*. Recuperado de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2010/RM579-2010-MINSA.pdf>.
- Ministerio de Salud. (2009). *Documento tecnico*. recuperado de http://www.minsa.gob.pe/servicios/serums/2009/dgps_para_serums_2009ii/documentos_generales/eje_tematico_de_habilidades_para_la_vida.pdf
- Ministerio de Salud Publica. (2014). *Día Mundial de la Tuberculosis: el MSP trabaja con éxito en prevención y control de la enfermedad*. Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/dia-mundial-de-la-tuberculosis-el-msp-trabaja-con-exito-en-prevencion-y-control-de-la-enfermedad/>
- Ministerio de Salud. (20 de marzo del 2015). Tuberculosis: Unas 4 mil personas mueren al año en el mundo por la enfermedad. *Perú 21*, pp. 3 - 5. Recuperado de

<http://peru21.pe/vida21/tuberculosis-unas-4-mil-personas-mueren-al-ano-mundo-esta-enfermedad-2214745>

Ministerio de Salud. (25 de Marzo del 2015). Perú, segundo país de Sudamérica con más casos de TBC. *La Republica*, pp. 1 - 3. Recuperado de <http://larepublica.pe/25-03-2013/peru-segundo-pais-de-sudamerica-con-mas-casos-de-tbc>

Ministerio de Salud. (2016). *Vigilancia de Tuberculosis*. Recuperado de http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=420&Itemid=358

Ministerio del Trabajo y Promocion del Empleo. (2012). Terminología. Recuperado de <http://www.trabajo.gob.pe/mostrarContenido.php?id=165&tip=909>

Molina, M., Vivaldi, A., & Molina, F. (2012). Tratamiento de la tuberculosis: ¿qué pacientes y por qué lo abandonan? *Atencion Primaria*, 44(11), 25–26. Recuperado de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90157450&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=94&accion=L&origen=zona-delectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v44n11a90157450pdf001.pdf

Molina, W., Quesada, A., & Sanchez, W. (2011). Tisiología. Tuberculosis pulmonar en adultos (Reporte de un caso). *Revista Medica de Costa Rica Y Centroamerica*, (596), 87–92. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/596/art15.pdf>

Montufar, M., & Noboa, E. (2013). “ *Factores Asociados Al Abandono De Tratamiento En Los Pacientes Nuevos Con Tuberculosis Pulmonar Bk + En La Ciudad De Guayaquil Durante El Año 2012* ”. (Tesis de licenciatura, Universidad de Guayaquil). Recuperado de: [http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/3719/1/tesis revisada lcda verduga Modificado.pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/3719/1/tesis%20revisada%20lcda%20verduga%20Modificado.pdf)

Moreno, M. (2013). Calidad y seguridad de la atención. *Ciencia Y Enfermeria*, 1(1), 7–9. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532013000100001&script=sci_arttext

Morí, E. (2007). *Relación entre la Calidad de Atención de Enfermería y Satisfacción que perciben los Familiares de la Atención que reciben los Pacientes sometidos al Ventilador Mecánico en la Unidad de Cuidados Intensivos del 7B del Hospital Nacional Edgardo Rebagliategui*. (Tesis de Licenciatura, Universidad Ricardo Palma). Recuperado de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/256/1/Mor%C3%AD_ge.pdf

Moriyama, V. (20 de setiembre del 2015). La tuberculosis en una favela revela el Brasil que se quedó en el siglo XIX. *El Pais*, pp 2 - 10. Recuperado de http://internacional.elpais.com/internacional/2015/09/01/actualidad/1441120198_053979.html

- Monte, P. (2012). riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Revista Peru, Salud Publica*, 29 (2), pp 237-41. Recuperado de <http://www.scielo.org/pdf/rpmesp/v29n2/a12v29n2.pdf>
- Musayón, F., Lonchairich, N., Salazar, M., Leal, H., Silva, I., & Velásquez, D. (2010). El rol de la enfermería en el control de la Tuberculosis : una discusión desde la perspectiva de la equidad. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 18(1), 1–9. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/es_20.pdf
- Mutare, B. N., Keraka, M. N., Kimuu, P. K., Kabiru, E. W., Ombeka, V. O., & Oguya, F. (2011). Factors associated with default from treatment among tuberculosis patients in Nairobi province, Kenya: a case control study. *BMC Public Health*, 11(1), pp 1-10. Recuperado de <http://doi.org/10.1186/1471-2458-11-696>
- Navarro, C., Rueda, J., & Mendoza, J. (2013). Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con TB. *Ciencia Y Cuidado*, 10 (1), 19-27 Recuperado de <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/275/292>
- Organizacion mundial de la salud. (2014). *Informe mundial sobre la tuberculosis 2014*. Recuperado de http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr14_execsummary_summary_es.pdf
- Organizacion mundial de la salud. (2015). 10 *Datos sobre la tuberculosis*. Recuperado de <http://www.who.int/features/factfiles/tuberculosis/es/>
- Organizacion Mundial de la Salud. (2015). *Tuberculosis*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
- Organización mundial de la salud. (2010). *Tuberculosis*. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/tb/preguntas.html>
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Coinfección TB/VIH: Guía Clínica. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*. Recuperado de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Coinfeccion_TB-VIH_Guia_Clinica_TB.pdf
- Ortega, M., Leija, C. & Puntunet, M. (2014). *Manual de evaluación de la calidad del servicio de Enfermería*. México: Editorial medica Panamericana.
- Paixão, L., & Gontijo, E. (2007). Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 205–213. Recuperado de <http://www.revclinesp.es/index.php?p=watermark&idApp=WRCEE&piiItem=S001425651200152X&origen=rce&web=rce&urlApp=http://www.revclinesp.es/&estadoItem=S300&idiomaItem=es>
- Pajuelo, V. (2013). *Percepción del paciente con tuberculosis sobre la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería en la estrategia sanitaria de*

- prevención y control de tuberculosis Hospital de Barranca-2013.* (Tesis para especialidad, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperado de http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4511/1/Pajuelo_Herrera_Veronica_Lorena_2013.pdf
- Palacios, M. (2015). *La tuberculosis en el peru: un gravísimo problema de salud pública.* Recuperado de <http://www.cmp.org.pe/inicio/56-ultimas/1762-la-tuberculosis-en-el-peru-un-gravissimo-problema-de-salud-publica.html>
- Pedrozo, N. (2008). *Madre Teresa una santidad cotidiana.* Buenos Aires: Ciudad Nueva.
- 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 ”: Lima, 2007.* (tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/515/1/Pinedo_cc.pdf.
- Porth, C. (2011). *Fundamentos de Fisiopatología.* México: Wolters Klumer Health.
- Puebla, D., Ramirez, A., Ramos, P., & Moreno, M. (2009). Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. *Revista Enfermera Institucion Mexico Seguro, 17(1501), 97–102.* Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092g.pdf>
- Quispe, L. (2011). *Percepción de los pacientes del Programa de Control de Tuberculosis acerca del cuidado que brinda el personal de enfermería en el centro de salud “ Carlos Protzel ”, Comas – Perú 2010.* (Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Mayor San Marcos). Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1022/1/Quispe_fl.pdf
- Quispe, O. (2009). *Cambios percibidos en sus estilos de vida en pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis , del Centro de Salud “ Huáscar ”, Santa Anita , 2009.* (Tesis de Licenciado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/248/1/Quispe_to.pdf
- Real Academia Española. (2016). *Diccionario de la Lengua Española.* Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=023UD0Z>
- Raile, M. & Marriner, A. (2011). *Modelos y teorías en Enfermería.* España: Editora Elsevier.
- Repetto, G. (2003). *Enfermedades infecciosas inmunoprevenibles.* Chile: Universidad Católica de Chile.
- Ribeiro, S., Amado, V., Camelier, A., Fernandez, M., & Schenkman, S. (2000). Estudio caso-control de indicadores de abandono em doentes com tuberculosedo. *Revista J. Pneumo ,26(6), pp 291–296.* Recuperado de http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=405

- Romero, L. (2008). *Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión*. (Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/482/1/Romero_al.pdf
- Rubín, R. & Strayer, D. (2012). *Patología: Fundamentos clinicopatológicos en medicina*. Barcelona: Wolters Kluwer Health S.A.
- Samina, M., Qadri, T., Tabish, S., Samiya, M., & Riyaz, R. (2008). Patient's Perception of Nursing Care at a Large Teaching Hospital in India. *International Journal of Health Sciences*, 2(2), 92–100. Recuperado de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3068745&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Sandoval, H. (2015). *Moyobamba: aumentan casos de tuberculosis en zonas rurales*. Recuperado de <http://rpp.pe/peru/san-martin/moyobamba-aumentan-casos-de-tuberculosis-en-zonas-rurales-noticia-915196>
- Sarmiento, M. (23 de Marzo del 2015). Salud registra más de 500 casos de TBC en el Cusco. *RPP Noticias*. Recuperado de <http://rpp.pe/peru/actualidad/salud-registra-mas-de-500-casos-de-tbc-en-el-cusco-noticia-780493>.
- Sausa, M. (23 de Marzo del 2014). Tuberculosis en Perú: Cifra baja, pero seguimos liderando ranking. *Peru 21*, pp. 2 - 6. Recuperado de <http://peru21.pe/actualidad/tuberculosis-peru-cifra-baja-seguimos-liderando-ranking-2175444>
- Shifren, A. (2014). *Manual Washington de especialidades clínicas*. España: Wolters Kluwer Health, S.A.
- Solari, L., Suárez, V., & Jave, O. (2011). Intervenciones dirigidas a disminuir el abandono antituberculoso. Recuperado de <http://www.ins.gob.pe/portal/jerarquia/4/825/publicaciones-unagesp/jer.825>
- Soto, I., & Coronel, H. (2013). *Calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario en tratamiento de tuberculosis, Centro de Salud Manuel Sánchez V., La Victoria, Chiclayo-Perú 2013*. (Tesis de Licenciado, Universidad Católica Santo toribio de Mogrovejo). Recuperado de http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/182/1/TL_SotoBustamanteIris_CoronelCespedesHilda.pdf
- Soza, N., Pereira, S., & Barreto, M. (2005). Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: resultados de un estudio comparativo. *Revista Panamericana Salud Pública*, 17(4), 271–278. Recuperado de http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v17n4/26136.pdf?origin=publication_detail.
- Smith, S., Duell, D. & Martin, B. (2009). *Técnicas de Enfermería clínica: de las técnicas básicas a las avanzadas*. España: Pearson educación, S.A.

- Sumi, J. (2014, March 24). Bolivia registró 8.327 casos nuevos de tuberculosis en 2013. *Ciencia Y Teconologia*, p. 2. La Paz. Recuperado de http://www.la-razon.com/sociedad/Bolivia-registro-casos-nuevos-tuberculosis_0_2021197932.html
- Tacuri, M. (2009). *Relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Primavera El Agustino*, 2009. (Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/519/1/tacuri_tm.pdf.
- Tavares, W. & Carneiro, L. (2009). *Diagnóstico y tratamiento en infectología y parasitología*. México: Editorial Manual moderno.
- Torres, C. (2010). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Av. Enferm*, 2(2), 98–110. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/viewFile/21385/22354>
- Torres, Z., & Herrera, T. (2013). Perfil del paciente con tuberculosis que abandona el tratamiento en Chile. *Revista Chilena Enfermedades Respiratorias*, 31, 52–57. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rcher/v31n1/art08.pdf>.
- Tournier, P. (2003). *Dinamica de la Sanidad*. Barcelona: CLIE, Publicaciones.
- Valderrama, S. (2013). *Pasos para elaborar proyectos de investigación científicas*. Perú: Editorial San Marcos.
- Vargas, W. (2012). *Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, en el distrito La Victoria periodo 2003 - 2007*. (Tesis de magister, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2090/1/Vargas_ow.pdf
- Vera, N. (01 de Febrero del 2015). Tuberculosis en Colombia. *Revista Nova et Vetara*, 5. Recuperado de <http://www.urosario.edu.co/revista-nova-et-vetara/Vol-1-Ed-1/Omnia/Tuberculosis-en-colombia/>
- Villena, J. (2013). Más de mil pacientes con tuberculosis abandonan tratamiento cada año. Recuperado de <http://rpp.pe/vida-y-estilo/salud/mas-de-mil-pacientes-con-tuberculosis-abandonan-tratamiento-cada-ano-noticia-578952>

Apéndices

Apéndice 1. Cuestionario



CUESTIONARIO

Muy buenos días señor(a). A continuación se presentaran una serie de preguntas, con el propósito de describir los factores relacionados al abandono del tratamiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis. Esperando contar con su consentimiento, iniciamos la encuesta.

FACTORES SOCIO DEMOGRAFICOS

1. Género:
 - a) Femenino
 - b) Masculino
2. Edad
 - a) 15 – 19 años
 - b) 20 – 59 años
 - c) 60 años a mas
3. Grado de instrucción
 - a) Superior
 - b) Secundaria
 - c) Primaria
 - d) Sin instrucción
4. Estado civil
 - a) Soltero (a)
 - b) Casado (a)
 - c) Conviviente
 - d) Separado
 - e) Viudo (a)

FACTORES ECONOMICOS

5. Condición de la vivienda
 - a) Casa propia
 - b) Casa de un familiar
 - c) Casa alquilada

6. Ocupación
 - a) Empleado
 - b) Independiente
 - c) Estudiante
 - d) Sin ocupación
7. ¿Cuánto es el ingreso económico total de la familia?
 - a) Menor o igual de S/ 500.00
 - b) Mayor de S/ 500.00
 - c) Mayor o igual de S/ 750.00
 - d) Mayor o igual de S/ 1000.00

FACTORES AMBIENTALES

8. ¿Cómo era el clima familiar antes del diagnóstico de la enfermedad?
 - a) Unida
 - b) Indiferente
 - c) Conflictiva
9. ¿Con quién vivía usted?
 - a) Familia
 - b) Hijo
 - c) Esposo (a)
 - d) Solo (a)
 - e) Otros
10. ¿Cuál fue la reacción de su entorno familiar ante la enfermedad?
 - a) Aceptación
 - b) Aislamiento
 - c) Indiferente
 - d) Rechazo
11. ¿Quiénes en su entorno le ofrecía apoyo emocional para que continúe con el tratamiento?
 - a) Familia
 - b) Amigos
 - c) Personal del Hospital
 - d) Personal del Centro de rehabilitación
 - e) Ninguno

FACTORES PSICOSOCIALES

12. ¿Consumía algún tipo de drogas?
- a) Si
 - b) No
13. ¿Consumía bebidas alcohólicas?
- a) Si
 - b) No
14. ¿Conque frecuencia consumía alcohol?
- a) Siempre
 - b) Frecuentemente
 - c) A veces
 - d) Nunca

FACTORES RELACIONADOS AL TRATAMIENTO

15. ¿A qué esquema pertenecía?
- a) Esquema Sensible
 - b) Multidrogorresistente (MDR)
 - c) Extremadamente Drogo resistente (XDR)
16. ¿Qué tipo de medicamento recibía?
- a) Solo pastillas
 - b) Pastillas más inyectables
17. ¿Cómo considera la cantidad de medicamentos que recibía?
- a) Poco
 - b) Regular
 - c) Mucho
 - d) Excesivo
18. ¿Qué tipos de molestias sintió en el transcurso de su tratamiento?
- a) Nauseas, vómitos, dolor de cabeza
 - b) Sarpullidos, heridas en el cuerpo
 - c) Dolor en la zona de inyección, depresión.
 - d) Ninguna molestia

FACTORES RELACIONADOS A LA CALIDAD DE ATENCION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

19. ¿Cuándo usted recibía atención del personal de enfermería, se sentía satisfecho?
 - a) Siempre
 - b) A veces
 - c) Nunca
20. ¿El personal de enfermería le incentivaba a continuar con el tratamiento?
 - a) Siempre
 - b) A veces
 - c) Nunca
21. ¿El personal de Enfermería mostraba interés para aclarar sus dudas?
 - a) Siempre
 - b) A veces
 - c) Nunca
22. ¿El personal de enfermería le orientaba con palabras sencillas acerca de su enfermedad?
 - a) Siempre
 - b) A veces
 - c) Nunca
23. El personal de enfermería le orientaba sobre los efectos adversos del tratamiento y como resolverlos?
 - a) Siempre
 - b) A veces
 - c) Nunca
24. El personal de enfermería le informaba acerca de la muestra de esputo, control médico y quimioprofilaxis de su familia?
 - a) Siempre
 - b) A veces
 - c) Nunca
25. El personal de enfermería le orientaba sobre las consecuencias, en caso de abandonar el tratamiento?
 - a) Siempre
 - b) A veces
 - c) Nunca
26. ¿Recibía visitas domiciliarias del personal de Enfermería?
 - b) Dos veces a más
 - c) Una vez
 - e) Nunca

27. ¿Cómo consideraría el trato por parte del personal de Enfermería?
- a) Optimo
 - b) Regular
 - c) Deficiente
28. ¿Cómo considera el horario de atención del programa?
- a) Se adecua al paciente
 - b) Es flexible
 - c) No se adecua al horario del paciente

Nivel de la calidad de atención

- Malo: 13 – 15 puntos
- Regular: 16 – 21 puntos
- Bueno: 22 – 23 puntos

Apéndice 2. Consentimiento informado

Consentimiento Informado

(Mayores de 18 años)

TITULO DEL PROYECTO: Factores relacionados al abandono del tratamiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis en el hospital de Huaycán, 2015.

Propósito y procedimiento

Esta investigación está a cargo de: Apolinario Benito Lisbeth Vanessa y Molina Reymundo Karina, estudiantes del X ciclo académico de la E.A.P. Enfermería de la Universidad Peruana Unión.

El propósito de este proyecto es: Describir los factores relacionados al abandono del tratamiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis en el hospital de Huaycán, 2015.

Donde Usted participara brindando información en un cuestionario, el que se adjunta.

Derechos del participante y confidencialidad

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Tiene el derecho de aceptar o negarse a participar en el estudio, asimismo, puede terminar su participación en cualquier momento, sin que esto afecte su relación con las investigadoras/Facultad/Escuela de Enfermería/ Institución de Salud/ Comunidad. Los datos reportados por el participante serán manejados únicamente por las investigadoras y para efectos del estudio.

DECLARACION DE INFORME DE CONSENTIMIENTO

Yo _____

He leído el contenido de este documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO dado por las investigadoras, y quiero colaborar con este estudio. Por esta razón firmo el documento.

Firma

Fecha: _____

Consentimiento Informado

(Menores de 18 años)

TITULO DEL PROYECTO: Factores relacionados al abandono del tratamiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis en el hospital de Huaycán, 2015.

Propósito y procedimiento

Esta investigación está a cargo de: Apolinario Benito Lisbeth Vanessa y Molina Reymundo Karina, estudiantes del X ciclo académico de la E.A.P. Enfermería de la Universidad Peruana Unión.

El propósito de este proyecto es: Describir los factores relacionados al abandono del tratamiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis en el hospital de Huaycán, 2015.

Donde su hijo(a) participara brindando información en un cuestionario, el que se adjunta.

Derechos del participante y confidencialidad

Su participación de su hijo(a) en este estudio es completamente voluntaria. Tiene el derecho de aceptar o negarse a participar en el estudio, asimismo, puede terminar su participación en cualquier momento, sin que esto afecte su relación con las investigadoras/Facultad/Escuela de Enfermería/ Institución de Salud/ Comunidad. Los datos reportados por el participante serán manejados únicamente por las investigadoras y para efectos del estudio.

DECLARACION DE INFORME DE CONSENTIMIENTO

Yo _____

Padre de _____

He leído el contenido de este documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO dado por las investigadoras, y doy el consentimiento para mi hijo(a) participe en este estudio. Por esta razón firmo el documento.

Fecha: _____

Firma padre y/o madre

Apéndice 3. Carta de autorización del comité de ética de investigación- carta de autorización del área de estudio.

	PERU Ministerio de Salud	Instituto de Gestión de Servicios de Salud	Hospital de Huaycán	"INFORME DE LA PRESENTACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN EL PERU" "Informe de Investigación Productiva del Fortalecimiento de la Educación"
---	--------------------------------	---	------------------------	--

PROVEIDO DE INVESTIGACION N° 004-2015

LOS QUE SUSCRIBEN:

Dr. Peter Ernesto Álvarez Meza.
Director del Hospital Huaycán.

Lic. Raúl Felipe Chuquiyaury Justo.
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.

Dejan Constancia que:

Las Srtas. Lisbeth Vanessa Apolinario Benito y Karina Lizeth Molina Reymundo,
han presentado el trabajo de investigación titulado:

“ FACTORES QUE INDUCEN AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO, EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL DE HUAYCÁN Y CENTRO DE SALUD DE SANTA CLARA, 2013-2015 ”.

El cual ha sido aprobado para su ejecución en nuestra institución, no teniendo valor alguno en acciones en contra del estado.

Lima, 40 de Noviembre del 2015.


 INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
 HOSPITAL DE HUAYCÁN
 Dr. Peter Álvarez Meza
 CIP. N° 14501
 DIRECTOR

Apéndice 4. Datos de la prueba de confiabilidad/ Validación del instrumento

Para determinar la confiabilidad del instrumento se midió con el coeficiente de confiabilidad de Alpha de Crombach. Sin embargo no se tomó la encuesta en su totalidad para la confiabilidad, debido a que está compuesta por preguntas con fines de recolección de información, por cual solo se tomó el factor referente a la calidad de atención, por contener preguntas tipo Likert.

El coeficiente obtenido, denota una aceptable consistencia interna con una puntuación de 0,712 entre los ítems que conforman el factor referente a la calidad de atención. Por tanto la escala de la calidad de atención es un instrumento confiable para esta investigación.

Tabla 8

Confiabilidad de la escala de la calidad de atención según el Alfa de Crombach.

Confiabilidad	
Alfa de Cronbach	N° de elementos
,712	10

Villa Unión 12 de Octubre del 2015

Mg. Keyla Miranda Limachi
DIRECTORA DE INVESTIGACION
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Solicita: *Validación de instrumento*

De mi consideración:

Somos: Lisbeth Apolinario Benito con DNI: 48121250 y Karina Molina Reymundo identificada con DNI 72193129, estudiantes de la escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión.

Estamos realizando un trabajo de investigación titulado “Factores relacionados al abandono del tratamiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis en el hospital de Huaycán, 2015.

Con el presente trabajo esperamos afianzar nuestros conocimientos sobre Metodología de Investigación Científica, por tal motivo solicito su apoyo al validar nuestro instrumento. Para mayor comprensión le informo los objetivos del trabajo.

OBJETIVO GENERAL:

Describir los factores relacionados al abandono del tratamiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis en el hospital de Huaycán.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir el factor sociodemográficos relacionado al abandono del tratamiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis en el hospital de Huaycán.
2. Describir el factor económico relacionado al abandono del tratamiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis en el hospital de Huaycán.
3. Describir el factor ambiental relacionado al abandono del tratamiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis en el hospital de Huaycán.
4. Describir el factor psicosocial relacionado al abandono del tratamiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis en el hospital de Huaycán.
5. Describir el factor con referente al tratamiento relacionado al abandono del tratamiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis en el hospital de Huaycán.

6. Describir el factor de la calidad de atención relacionado al abandono del tratamiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis en el hospital de Huaycán.

Agradecida por su valiosa colaboración.

Atte.

Apolinario Benito Lisbeth

Molina Reymundo Karina

CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DICTAMINADO POR EL JUEZ

Este formato permite evaluar los Factores que inducen al abandono del tratamiento, en pacientes atendidos en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de tuberculosis.

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación (instrucciones para el examinado) y estructura del instrumento?

SI

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

2) A su parecer ¿el orden de las preguntas es el adecuado?

SI

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

3) ¿Existe dificultad para entender las preguntas del instrumento?

SI ()

NO

Observaciones y/o sugerencias:

4) ¿Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del instrumento?

SI ()

NO (x)

Observaciones y/o sugerencias:

5) Los ítems del instrumento ¿tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (x)

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

Otras observaciones: _____

Fecha:

Nombre y firma del juez: Flor Pacheco Centeno

Institución donde labora: C-S Santa Clara

Años de experiencia profesional o científica: 6 años

MINISTERIO DE SALUD
DISA IV L.E. MF. AT. I
C.S. STA. CLARA
FLOR PACHECO CENTENO
MEDICO-QUIRURGO
CARRERA 40059

Apéndice 5. Resultados descriptivos

Tabla 9

Descripción de los ítems del factor relacionado a la calidad de atención

Variable	n	%
Se sentía satisfecho		
Siempre	14	25.5
A veces	39	70.9
Nunca	2	3.6
Le incentivaba a continuar con el tratamiento		
Siempre	26	47.3
A veces	23	41.8
Nunca	6	10.9
Mostraba interés para aclarar sus dudas		
Siempre	24	43.6
A veces	24	43.6
Nunca	7	12.7
Le orientaba con palabras sencillas		
Siempre	28	50.9
A veces	20	36.4
Nunca	7	12.7
Le orientaba sobre los efectos adversos del tratamiento		
Siempre	16	29.1
A veces	26	47.3
Nunca	13	23.6
Le informaba sobre la muestra de esputo, control médico y quimioprofilaxis		
Siempre	27	49.1
A veces	25	45.5
Nunca	3	5.5
Le informaba sobre las consecuencias del abandono del tratamiento		
Siempre	24	43.6
A veces	25	45.5
Nunca	6	10.9
Recibía visitas domiciliarias		
Dos veces a mas	5	9.1
Una vez	24	43.6
Nunca	26	47.3
Como considera el trato del personal		
Optimo	14	25.5
Regular	35	63.6
Deficiente	6	10.9
Como considera el horario de atención		
Se adecua al paciente	20	36.4
Es flexible	29	52.7
No se adecua al horario del paciente	6	10.9
Total	55	100.0

Apéndice 6. Mapa de ubicación del Hospital de Huaycán.