UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

ESCUELA DE POSGRADO

==========

“FACTORES QUE INFLUYERON EN EL ABANDONO AL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2015”

==========

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN

SALUD PÚBLICA

GLORIA AMERICA CORAS MERINO

PUCALLPA- PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

ANEXO N° 4

ACTA DE DEFENSA DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENCION DEL GRADO DE MAESTRO O MAESTRO EN CIENCIAS

En la Sala de Grados de la Universidad Nacional de Ucayali siendo las ...13...horas, del día..21...de Diciembre-2017 ante el **Jurado** de Tesis o trabajo de investigación constituido por :

Dr. Jaime Alberto Pastor Segura ..... Presidente

Dr. César Emigdio Llaja Rojas ..... Secretario

Mg. Víctor Misael Hernandez Mendoza ..... Vocal

El aspirante al **GRADO DE MAESTRO O MAESTRO ENCIENCIAS** en: Salud Pública

Mención: Salud Pública

Don(ña) Gloria América Coras Merino

Procedió al acto de Defensa:

a. Con la exposición de la tesis o trabajo de investigación, titulada: "Factores que influyeron en el abandono al tratamiento de la Tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa 2015."

b. Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente.

Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación del aspirante a Maestro, teniendo presente los criterios siguientes:

a) Presentación personal
b) Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y Recomendaciones
c) Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente
d) Dicción y dominio de escenario

Así mismo, el Jurado plantea a la tesis **las observaciones** siguientes:

Mejorar la Redacción.

obteniendo en consecuencia el Maestrista la **Nota** de 15 (14 a 16 puntos)

Equivalente a Bueno, por lo que se recomienda .....

(aprobado ó desaprobado)

Los miembros del Jurado, firman el presente **ACTA** en señal de conformidad, en Pucallpa, siendo las 14:20 horas del 21 de Diciembre del 20 17.

PRESIDENTE

SECRETARIO

VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
DIRECCION GENERAL DE PRODUCCION INTELECTUAL

Constancia

N° 171

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND

La Dirección General de Producción Intelectual, hace constar por la presente, que el Informe Final (Tesis) titulado:

"FACTORES QUE INFLUYERON EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2015"

Cuyo autor es: **CORAS MERINO, GLORIA AMERICA**

Asesor: Dra. DELGADO SORIA, ROSA DEL CARMEN

Facultad: ESCUELA DE POSGRADO

Mención: SALUD PÚBLICA

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio, dicho documento presenta un porcentaje de similitud de 07%.

El tal que de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO (10%), en el artículo 9: "Criterios de porcentaje de similitud". Se declara, que dicho trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de plagio, por lo que SI se aprueba su originalidad.

En señal de verificación se FIRMA Y SELLA la presente constancia.

Fecha: 10/05/2019

Firma: _____

OFA. DINA PARI QUISPE
Direc. Gral. Prod. Intel

REPOSITORIO DE TESIS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

Yo, Gloria America Caras Merino

Autor de la TESIS titulada:

"Factores que influyeron en el abandono al Tratamiento de la Tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa 2015"

Sustentada el año: 2017

Con la asesoría de: Mg. Rosa Del Carmen Delgado Soria

En el Programa de: Maestria

Mención en: Salud Publica

Autorizo la publicación de mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali, bajo los siguiente términos: Primero: otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en forma digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones. Segundo: declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas. Tercero: autorizo la publicación,

- [X] Total (significa que todo el contenido de la tesis en PDF será compartido en el repositorio).
- [ ] Parcial (significa que solo la carátula, la dedicatoria y el resumen en PDF serán compartidos en el repositorio).

De mi TESIS de investigación en la página web del Repositorio Institucional de la UNU.

En señal de conformidad firma la presente autorización.

Fecha: 30/05/2019

Email: Gloria_Caras1235@hotmail.com

Firma:

Teléfono: 949872918

DNI: 20059834

DEDICATORIA

A la memoria de mis queridos padres: Alejandro y América, por haber sido fuente de inspiración y haberme impulsado al cumplimiento de esta meta, quienes me motivaron a la realización de mis sueños.

AGRADECIMIENTO

A los docentes de la Escuela de Posgrado de la universidad Nacional de Ucayali por sus conocimientos y sabiduría para culminar mis estudios de Maestría.

A Dios, por guiarme por buen camino, darme salud y paz; por llenarme de fortaleza, sabiduría y entendimiento para culminar lo emprendido, que sin su ayuda no sería, lo que he logrado a la fecha.

A mi asesora Mg. Rosa Del Carmen Delgado Soria, por ayudarme y guiarme en este camino, logrando la culminación con éxito.

A las enfermeras del Hospital Regional de Pucallpa, por el apoyo brindado en el presente trabajo de investigación.

RESUMEN

La presente investigación pretende determinar los factores que influyeron en el abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes que acuden al Hospital Regional de Pucallpa. El estudio fue descriptivo, prospectivo. La población estuvo constituida por todos los pacientes que abandonaron el tratamiento para tuberculosis, que estuvieron recibiendo en el Hospital Regional de Pucallpa, sobre el referido año, llegándose a constituir una muestra de 30 pacientes. Los resultados indican que el 16.67% de pacientes hicieron abandono del tratamiento para la tuberculosis, de ellos el 10% están sin pareja, el 13.34% son amas de casa o estudiantes, el 16.67% tienen ingreso económico familiar menor de 750 soles y el 13.34% viven en casa con 4 a más personas, 16.67% de pacientes manifestaron que durante sus tratamiento sintieron algunas molestias y que la duración del tratamiento es excesivo por eso hicieron abandono de ello, el 13.34% indicaron que la cantidad de medicamentos que reciben es demasiado, el 16.67% (5) consideraron que el personal de salud muestra interés en su enfermedad y tratamiento y 13.34% (4) que reciben buen trato del personal de salud. Concluyendo que los factores sociodemográficos, económicos y los relacionados con el tratamiento influyeron en el abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015.

Palabras claves: Estado nutricional, comortalidad, comportamientos de riesgo, factores condicionantes.

ABSTRACT

The research aims to determine the factors influencing the abandonment of tuberculosis treatment in patients attending the Regional Hospital in Pucallpa. The study was descriptive, prospective. The population was made up of all the patients who left the treatment for tuberculosis, who were receiving at the Regional Hospital of Pucallpa, on the aforementioned year, reaching to constitute a sample of 30 patients. The results indicate that 16.67% of patients had abandoned treatment for tuberculosis, of them 10% are without partners, 13.34% are housewives or students, 16.67% have family income less than 750 suns and 13.34% live at home with 4 to More people, 16.67% of patients said that during their treatment they felt some discomfort and that the duration of treatment is excessive so they abandoned it, 13.34% indicated that the amount of drugs they receive is too much, 16.67% (5) They considered that health personnel show an interest in their disease and treatment and 13.34% (4) who are treated well by health workers. Concluding that the factors demographic, economic and related to the treatment influenced the abandonment to the treatment of tuberculosis in patients of the Regional Hospital of Pucallpa, period 2015.

Keywords: Nutritional status, comortality, risk behaviors, conditioning factors.

INTRODUCCIÓN

Ucayali, ciudad amazónica por falta de políticas de salud ocupa el segundo lugar a nivel nacional en incidencia de tuberculosis, después de Lima. Ucayali por su realidad presenta factores condicionantes sociodemográficos facilitando la diseminación de la enfermedad de manera alarmante, tal como viene ocurriendo en la actualidad, es tal que las zonas más afectadas son las de mayor concentración poblacional.

La tuberculosis, principal causa de muerte por enfermedades infecciosas en adultos, ocasionando 1,9 millones de muertes cada año en el mundo, presentándose con una frecuencia anual aproximada de 8 millones de casos nuevos. La Organización Mundial de la Salud ha estimado que, de no emprenderse medidas de control adicionales, para el año 2020 el número de casos nuevos se habrá elevado a 10 millones (1).

El Perú ha emprendido actividades para el control de la tuberculosis basada en la estrategia de tratamiento breve bajo observación directa, recibiendo el reconocimiento de la Organización Mundial de la Salud en el año 2001. El Perú junto con Vietnam figuraba entre los países con alta carga de tuberculosis, habiendo alcanzado durante esa fecha los objetivos de una detección de 70% de los casos y la cura de 85% de ellos (1).

El MINSA, al abandono del tratamiento tuberculoso, considera como no concurrir a recibir tratamiento por más de treinta días consecutivos, siendo la principal limitación para lograr la cura de la enfermedad. Además de impedir la curación, el abandono guarda una relación estrecha con una pronta recaída, siendo una causa reversible constituye el mayor factor determinante del fracaso

terapéutico. El tratamiento antituberculoso es un proceso complejo que requiere un régimen terapéutico prolongado de 6 meses, ininterrumpidamente. Durante ese proceso diversos factores pueden influir en la decisión de continuarlo o abandonarlo, destacando los factores relacionados con los servicios y el personal de salud, además otros propios de los pacientes y del ambiente que los rodea (1).

Es fundamental que los servicios de salud ofrezcan gratuitamente los medicamentos, pero lo vital es que dichos medicamentos sean consumidos cuidadosamente por los pacientes bajo un seguimiento continuado de visitas domiciliarias y se brinde al usuario información adecuada y suficiente acerca de la enfermedad y el tratamiento.

Los resultados nos dan a conocer la incertidumbre del paciente para lograr la cura al final de tratamiento, teniendo carencia de apoyo familiar, imposibilidad de faltar al trabajo o de laborar y poder acudir a la consulta terapéutica, cumplir con el horario impuesto por el Centro hospitalario, así como disponer de recursos económicos para financiar e! transporte, son algunos factores negativos en la continuidad del tratamiento del paciente tuberculoso; esto puede incrementar el abandono, así como las reacciones adversas o la intolerancia a los medicamentos y la adicción al alcohol o a las drogas (1).

ÍNDÍCE

Pág.

DEDICATORIA ii

AGRADECIMIENTO iii

RESUMEN iv

ABSTRACT v

INTRODUCCIÓN vi

LISTA DE TABLAS viii

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 1

1.1. Descripción del problema. 1

1.2. Formulación del problema 3

1.3. Objetivos 4

1.4. Hipótesis. 5

1.5. Variables 5

1.6. Justificación e importancia. 6

1.7. Viabilidad 6

1 .8. Limitaciones 6

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO 8

2.1. Antecedentes 8

2.2. Bases Teóricas. 15

2.3. Definiciones conceptuales. 25

2.4. Bases epistémicos. 26

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....36

3.1. Tipo de investigación: 36

3.2. Diseño y esquema de la investigación.....36

3.3. Población y muestra.....37

3.4. Instrumento de recolección de datos 38

3.5. Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos. 38

CAPÍTULO IV: RESULTADOS…….....40

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS..... 45

CONCLUSIONES.....50

SUGERENCIAS.....51

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA 52

ANEXOS 57

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Factores sociodemográficos según abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015…… 40

Tabla 2. Factores económicos según abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015……..….. 42

Tabla 3. Factores relacionados con el tratamiento según abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015…….. 43

Tabla 4. Factores institucionales según abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015……. 44

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

La tuberculosis enfermedad curable y prevenible, es un importante problema de salud pública que persiste en el Perú y muchos países del mundo a pesar del bajo costo del diagnóstico y tratamiento.

La tuberculosis declarada como una urgencia mundial enfrenta un obstáculo muy importante para su control: el abandono del tratamiento, incumplimiento o falta de apego del paciente a la medicación, que trae graves consecuencias para el enfermo, como para la comunidad, debido a que el paciente no se cura y continúa la cadena de transmisión de la enfermedad. Adicionalmente, la bacteria puede desarrollar resistencia a los medicamentos disponibles para el tratamiento, aumentando costos del mismo, y la morbilidad de los pacientes (2).

Varios países, aunque han implementado la estrategia de tratamiento directamente observado de corta duración (DOTS), recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para reducir la no-adherencia al tratamiento, como es el caso de Argentina, país en el que se lleva a cabo desde hace 10 años, la proporción de casos que abandonó el tratamiento fue del 12,0% en 2010, una de las más elevadas en los últimos años. En el Perú en el 2006, la proporción de abandono al tratamiento se ubicó 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 (3).

El Perú ha venido experimentando durante los últimos años un incremento en la tasa de abandono al tratamiento antituberculoso, lo cual constituye 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 Tuberculosis del Perú (4), Este incremento en la tasa de abandono tiene serias implicancias tanto para los pacientes, quienes se exponen a la progresión de su enfermedad y a! aumento de riesgo de mortalidad, como para los otros miembros de la comunidad, puesto que también implica perpetuar la transmisión e incluso la posibilidad de generación de resistencia a drogas- es decir, e! abandono de! tratamiento aumenta la morbimortalidad, continúa el contagio y genera resistencia bacteriana, por lo que se hace necesario conocer la incidencia y los factores asociados al abandono para desarrollar intervenciones.

En nuestro país se ha evidenciado un incremento de casos de pacientes rnultidrogo resistentes, acumulando hasta el 2011 un total de 434 casos. El 70% de estos casos se concentran en las regiones de Lima, Madre de Dios, Ucayali, Loreto, Ica, Moquegua y el Callao, registrando tasas de morbilidad e incidencia por encima del promedio nacional (5).

En nuestra región, la tuberculosis constituye un problema de salud pública con tasa de incidencia, morbilidad y mortalidad superiores al promedio nacional, un problema a parte lo constituye la presencia de formas multidrogo resistentes (MDR). La tasa de morbilidad en el 2011 fue de 165.7

por 100,000 habitantes y una tasa de incidencia de 147.9 con 40 casos de multidrogo resistente (6).

Según datos del MINSA, la proporción de casos de TB en la Región Ucayali en el 2013 fue de 3% de un total de 31,052 casos presentados a nivel nacional, una tasa de morbilidad de 179.7 por 100,000 habitantes y una tasa de incidencia de 159.4 en relación al porcentaje que abandonó al tratamiento en el año 2012, la misma fuente indica que la Dirección Regional de Salud de Ucayali no presentó información (7). Por todo lo antes mencionado considerarnos que al tener un conocimiento más profundo de las perspectivas del paciente, se podría identificar temprana y oportunamente los factores que propician el abandono del tratamiento de la tuberculosis. Es por esta razón que se plantea el siguiente estudio.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuáles son los factores que influyeron en el abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015?

1.2.2. Problemas Específicos

1. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos que influyeron en el abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015?
2. ¿Cuáles son los factores económicos que influyeron en el

abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015?

3. ¿Cuáles son los factores relacionados al tratamiento que influyeron en el abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa periodo 2015?
4. ¿Cuáles son los factores institucionales que influyeron en el abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

Determinar los factores que influyeron en el abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015.

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Identificar los factores sociodemográficos que influyeron en el abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015?
2. Determinar los factores económicos que influyeron en el abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015?
3. Establecer los factores relacionados al tratamiento que influyeron en el abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015?

4. Identificar los factores institucionales que influyeron en el abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015?

1.4. HIPÓTESIS.

No amerita, por ser trabajo descriptivo.

1.5. VARIABLES

V_1= Factores**.**

Indicadores

Sociodemográficos

- Edad, grado de instrucción, situación conyugal, ocupación, con quien vive.

Económicos:

- Ingreso económico, condición de la vivienda y número de personas que viven en casa.

Relacionados al tratamiento

- Molestias durante el tratamiento, cantidad de medicamentos y duración del tratamiento.

Institucionales

- Interés del personal por su tratamiento y trato que recibió del personal**.**

V_2= Abandono al tratamiento.

1.6. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La causalidad del problema del abandono al tratamiento no ha sido suficientemente estudiada en nuestro medio. Si se supiera cuáles son los determinantes tanto sociales como personales y del sistema de salud por lo que los pacientes abandonan el tratamiento en este país, se podría trabajar directamente en los mismos con mayor probabilidad de éxito; por lo tanto, este estudio es de suma importancia y se justifica porque hasta la fecha en nuestra localidad no se dispone de suficientes estudios publicados que identifiquen los factores asociados a la no adherencia o que analicen el perfil de las poblaciones de pacientes que suelen abandonar el tratamiento, y por lo tanto pueda contribuir a definir mejor cómo se origina el abandono al tratamiento en nuestro medio y los factores que lo propician así mismo los resultados de esta investigación servirán para tornar las precauciones del caso sobre la tuberculosis como fenómeno en la población Ucayalina.

1.7. VIABILIDAD

Este trabajo es viable ya que como laboramos en el Hospital Regional de Pucallpa será accesible la información de los pacientes que por un lapso mayor de 30 días no acudieron a recibir su tratamiento.

1.8. LIMITACIONES

Dificultad para realizar la entrevista a la totalidad de casos de abandono de tratamiento debido a cambios de domicilio, fallecimiento y renuencia a la entrevista, por lo que el número final de casos entrevistados

no se cumpla con el tamaño de muestra.

Pacientes que comunican su cambio de residencia y no acuden a recibir su tratamiento.

Escasos antecedentes o estudios relacionados a abandono del tratamiento de tuberculosis, cuya antigüedad sea menor de 5 años.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

A nivel Internacional

Cáceres F. de M., Orozco LC, dice que el abandono del tratamiento aumenta la morbimortalidad, continúa el contagio y genera resistencia bacteriana. Su estudio fue de seguimiento a una cohorte de adultos con tuberculosis, residentes en área urbana. Definió abandono como faltar durante un mes o más al tratamiento. Los pacientes fueron entrevistados al ingreso y seguidos hasta el abandono, la muerte o el egreso del programa. La variable de salida fue tiempo al abandono. Les hizo seguimiento a 261 personas, 39 (14,9%); lC95% 10,8-19,9) abandonaron (tasa: 0,4 episodios por 1.000 días-paciente. IC95% 0,2-0,8). Fueron factores protectores: tener apoyo familiar (HR, hazard ratio=0,36, lC95% 0,15-Q,90) efectos secundarios (HR=0,22) IC95% 0,09-0,58) y recibir tratamiento donde se le hizo e diagnóstico (HR=0,28, lC95 % 0,12-0,63) Los factores de riesgo fueron los siguientes: inicio de síntomas mayor de dos meses (HR=14,25, lC95% 1,80-112,7), estrato socioeconómico bajo (HR=3,90, lC95% 2,11-99,26), tener entre 21 y 30 años (HR=20,61, IC95% 2,43-175,4), haber estado -detenido (HR=2,23, lC95% 1,00-5,36) tener más de dos faltas al tener VIH/sida (HR=2,94, IC95% 1,60-5,39), Concluye que el abandono es mayor que en los reportes anteriores y que en otros lugares (8).

Mesen M, Chamizon HA, dice que identificaron 47 pacientes con tuberculosis del Cantón de Desamparados, territorio urbano del sur del área

metropolitana de San José. De los 47 pacientes se encontró a 43 clasificados como casos nuevos, de los cuales 9 no se han adherido al tratamiento; esto porque en su mayoría son indigentes que por uno u otro motivo acudieron a los servicios de salud, pero no se pudo precisar su dirección o esta no era correcta. En el trabajo se evidencia la importancia del contexto familiar y el apoyo que este ofrece al paciente en el proceso de curación, pero también la escasa importancia que este significa en el proceso de gestión de tos servicios de salud. Pone de relieve la perspectiva del paciente y su familia sobre temas claves como son los conocimientos, actitudes y prácticas en torno a la enfermedad, el riesgo de transmisión y el tratamiento. Ha explorado la percepción que tienen los pacientes y sus familiares sobre los servicios de salud, aspecto esencial para garantizar eficiencia, equidad y sostenibilidad de la atención sanitaria y el control de la tuberculosis. Ha evidenciado que existen pacientes portadores que se quedan fuera del tratamiento debido a problemas sociales y de otra índole que ellos presentan, razón por que se les pierde el rastro y no se les vuelve a buscar (9). Sosa Nl, Pereira SIVI, Barrete ML, en un estudio cuyo objetivo fue: Identificar factores relacionados con el abandono (deserción) del tratamiento de la tuberculosis en centros de salud de los departamentos de Managua, pareados por edad y por municipio 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 de 2001. Obtuvieron datos de aspectos demográficos y socioeconómicos, hábitos de vida y características de la atención. Las variables se seleccionaron y agruparon utilizando un modelo teórico

jerarquizado. Por medio de un análisis de regresión logística condicional, se estimó la razón de posibilidades, con un intervalo de confianza de 95%, dando los siguientes resultados. Son factores de riesgo de abandono de la farmacoterapia antituberculosa: sexo masculino (OR: 2,51; IC 95%: 1,63 a 3,94), residencia inestable o en la calle (OR: 3,08; IC 95%: 1,57 a 6,49), cambio de domicilio durante el tratamiento (OR: 4,22; IC95 %: 2,06 a 9,93), consumo de bebidas alcohólicas (OR: 5,25; IC95 %: 2,43 a 12,94), uso de drogas ilícitas (OR: 5,25; IC95%: 2,43 a 12,94), dificultad de acceso a los servicios de salud (OR: 2,64; ÍC95%: 1,39 a 5,29) y un concepto negativo de la atención recibida (OR: 5,33; IC95%: 1,52a-28,56) (10).

Arrossi S., Herrero MB, Greco A. y Ramos S. (2011) en su estudio Factores asociados a la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis revisión de la literatura, encontraron que: Quedaron incluidos 43 estudios de países de ingresos altos, medios y bajos. Los resultados indican que la tendencia a abandonar el tratamiento se incrementa fuertemente conforme aumenta la condición de indigencia, precariedad y marginalidad social, como en el caso de las personas que viven en situación de calle o en residencias temporarias, los pacientes alcohólicos y los adictos a las drogas ilegales (11)

Heredia M. Puc. F, Caamal A. y Vargas A. en su investigación. Determinantes sociales relacionados con el tratamiento de tuberculosis en Yucatán. México, encontraron los siguientes resultados: El 83.8% de los entrevistados pertenece a un nivel socioeconómico bajo. El 61.3% se encuentra en pobreza extrema. El 83.4% acudió a centros de salud cercanos a su domicilio y refirieron que las instrucciones del personal

médico fueron confusas y los procedimientos diagnósticos incómodos y molestos. El 54.8% sabía muy poco o nada sobre la enfermedad y temía al rechazo de su familia o comunidad. Los fármacos causaron malestar en 80,6% de los pacientes y el 16.1% abandonó el tratamiento (12).

A nivel nacional

Culqui DR, Grijalva CG, Reátegui SR, Cajo JM, Suárez LA, en su trabajo cuyo objetivo fue identificar factores de pronóstico del abandono del tratamiento antituberculoso en la provincia de lca, Perú, entre 1998 y 2000, en un estudio de casos y testigos (razón numérica de 1:1) en el que 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. Identificó corno factores pronósticos del abandono del tratamiento anti-tuberculoso los siguientes: considerar insuficiente la información proporcionada por el personal de salud sobre el tratamiento (razón de posibilidades [odds ratio, OR]: 4,20; intervalo de confianza de 95% [1C95%]: 1,77 a 10,02), considerar inadecuados los horarios para recibir el tratamiento (OR: 9,95; IC95%: 1,97 a 50,21) y consumir drogas ilícitas (OR: 7,15; C95%: 1,69 a 30,23). Como conclusiones, para mejorar el cumplimiento del régimen antituberculoso es necesario brindar a los pacientes información personalizada sobre la enfermedad y su tratamiento, además de ofrecerles horarios flexibles y apropiados para recibirlo. El consumo de drogas es el factor de riesgo más

alto de abandono, por lo que resultan cruciales su identificación y seguimiento (1).

Navarro C, Rueda JL. Mendoza JL., encontraron 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. Llegando a concluir que: El estudio permitió identificar las variables asociadas al abandono del tratamiento antituberculoso, clasificar los factores de riesgo y construir un instrumento que, al implementarse en los servicios de salud de la región, permitiría al personal de salud detectar oportunamente a los pacientes con un posible riesgo (13).

Culqui DR, Munayco CV, Grijalva CG, Cayla JA, Horna-Campos O, Alva K, Suarez LA. En un estudio sobre Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú, en el que se estudiaron 265 casos y 605 controles, encontraron los siguientes resultados: El abandono del tratamiento se asoció al sexo masculino (OR=1,62; lC: 1,07-2,44), al hecho de sentir malestar durante e! tratamiento (OR=1,76; IC: 1,19-2,62), al antecedente de abandono previo (OR=7,95; SC: 4,76-13,27) y al consumo de drogas recreativas (OR=3,74; IC: 1,25-11,14). Así mismo, si tenemos en cuenta la interacción antecedente de abandono previo y pobreza, el riesgo de abandono aumenta (OR-11,24; IC: 4-31,62). Por el

contrario, recibir buena información sobre la enfermedad (OR=0,25; lC: 0,07-0,94) y poder acceder al sistema sanitario en los horarios ofertados (08.00-20.00h) (OR=0,52; IC: 0,31-0,87) se asociaron a un mejor cumplimiento. Arribando a la siguiente 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). Así mismo, es prioritario facilitar el acceso al sistema sanitario y mejorar la información recibida sobre tuberculosis (14),

Molina MJ, Fernández A, Rodríguez MM, López B. (2012) estudiaron Factores asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis en la provincia de Granada, el estudio fue de Cohorte retrospectiva de los casos registrados en Granada y notificados en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía durante los años 2003-2010. Se calculó la incidencia en la población nacional y extranjera. Se realizó un análisis invariante para describir las características en ambos colectivos y se creó un modelo de regresión logística para identificar los factores asociados al abandono terapéutico. Observamos una tendencia decreciente en la incidencia de TBC (20,47 casos en el año 2007 y 11,00 en el 2010 por 100.000 habitantes; tasa de descenso de 9,47 casos por 100.000 habitantes). La edad media de los pacientes extranjeros fue menor que la de los enfermos nacionales (30,8 años vs 46,0 años; p<0,001). Los primeros residían de forma predominante en el distrito Granada, mientras que los nacionales habitaban en el distrito Metropolitano. El porcentaje de pacientes que abandonaron el

tratamiento antituberculoso fue del 12,2% y fue algo superior en los enfermos extranjeros que entre los nacionales (14 vs 10%; p=0,062). Ser varón (OR: 1,65; IC del 95%: 1,04-2,60; p=0,033), extranjero (OR: 1,72; IC del 95%: 1,04-2,83; p=0,032), residente en el distrito Nordeste (OR: 3,64; IC del 95%: 1,76-7,52; p=0,005) y/o padecer TBC extrapulmonar (OR: 1,78; IC del 95%: 1,06-3,00; p=0,029) se asociaron de forma significativa con el abandono terapéutico. Concluyendo que la incidencia de TBC en la provincia de Granada se ha reducido alrededor de 10 casos por 100,000 habitantes y año. El porcentaje de enfermos que abandonan el tratamiento TBC es considerable, siendo superior en los pacientes extranjeros que en los nacionales. El abandono del tratamiento TBC se asoció a ser varón, residir en el distrito Nordeste de Granada y padecer TBC extrapulmonar (15).

A nivel Local

Ccorahua O, Sifuentes D. (2012) en sus investigación nivel de conocimientos e influencia en la actitud al tratamiento antituberculoso de usuarios de los establecimientos urbanos de la Microred San Fernando 2012, llegaron a las siguientes conclusiones: En relación al nivel de conocimientos que tienen los usuarios de la estrategia sanitaria, 55% presentan un nivel bajo de conocimiento, 35% regular conocimiento y 10% alto conocimiento. En relación a las actitudes el 65% presentan actitud de indiferencia, 25% aceptación y el 10% rechazo hacia el tratamiento. Existe influencia significativa entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia el tratamiento farmacológico con un p=0.011 y un valor de 0.373. Existe

influencia significativa entre el nivel de conocimientos y las actitudes hacia las medidas preventivas y cuidados en el hogar con un p=0.000 y un valor de 0.447(16).

Ccorahua J., Guillen C., López W. (2005) en sus investigación Factores de riesgo que influyen en el abandono del tratamiento de la tuberculosis pulmonar en los establecimientos urbanos de la Micro Red 9 de Octubre 2014 encontraron que existe influencia significativa entre los factores de riesgo y e! abandono del tratamiento de la tuberculosis pulmonar en los usuarios, llegando a las siguientes conclusiones: Los factores demográficos influyen significativamente en el abandono del tratamiento de la TBCP, siendo el género masculino y la edad comprendida entre 20 y 45 años los más predisponentes, la mayoría de los usuarios tienen un nivel socioeconómico bajo, limitando su acceso a los establecimiento de salud, el mayor porcentaje viven en zonas alejadas no logrando llegar a tiempo a! recojo de los medicamentos en el horario establecido, conllevando a! abandono del tratamiento. La mayoría de los usuarios tienen grado de instrucción de primaria y secundaria incompleta; lo cual influye en la no adherencia al tratamiento y sus consecuencias, asimismo la mayoría de los usuarios no desarrollan estilos de vida saludables (17).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Tuberculosis

Enfermedad en la que las bacterias de la tuberculosis se multiplican y atacan diferentes partes del cuerpo. Los síntomas de la enfermedad de

tuberculosis incluyen debilidad, pérdida de peso, fiebre, falta de apetito, escalofríos y sudores por la noche. Otros síntomas de la enfermedad de tuberculosis dependen del área del cuerpo donde estén proliferando las bacterias. Si la enfermedad de tuberculosis está en los pulmones (tuberculosis pulmonar), los síntomas pueden incluir tos intensa, dolor en el pecho y tos con sangre. Una persona con enfermedad de tuberculosis puede ser contagiosa y transmitir la tuberculosis a otras personas (18),

Según la OMS la tuberculosis es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria *(Mycobacferíum tuberculosis).* Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio de pacientes con enfermedad pulmonar activa.

La infección por *M. tuberculosis* suele ser asintomática en personas sanas, dado que su sistema inmunitario actúa formando una barrera alrededor de la bacteria. Los síntomas de la tuberculosis pulmonar activan son tos, a veces con esputo que puede ser sanguinolento, dolor torácico, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna. La tuberculosis se puede tratar mediante la administración de antibióticos durante seis meses (19).

2.2.2. Tratamiento de la tuberculosis

Manejo integral de la persona diagnosticada de tuberculosis

Toda persona afectada por tuberculosis debe recibir atención integral en el establecimiento de salud (EESS) durante todo su tratamiento que incluye:

atención médica, atención por enfermería, asistencia social, psicología, salud sexual y reproductiva, evaluación nutricional y exámenes auxiliares basales.

Esquemas de tratamiento para TB

La administración de los esquemas de tratamiento anti-TB es responsabilidad del personal de salud y es de lunes a sábado, incluido feriados, el esquema de tratamiento inicial debe ser ratificado o modificado dentro de los 30 días calendario de haberse iniciado, de acuerdo a los resultados de las pruebas de sensibilidad (PS) rápidas a isoniácida y rifampicina. Los esquemas de tratamiento antituberculosis se establecen de acuerdo al perfil de sensibilidad a isoniacida y rifampicina por PS rápida, según el flujograma de decisiones terapéuticas del MINSA (20).

ESQUEMA 1 DE TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

MEDICAMENTOS	Primera Fase Diaria		Segunda Fase Tres veces por semana	
	Dosis (m9/K9)	Dosis Máxima diaria	Dosis (m9/K9)	Dosis máxima por toma
ISONIACIDA	5 (4-6)	300 mg	10(8-12)	900 mg
RIFAMPICINA	10(8-12)	600 mg	10(8-12)	600 mg
PIRACINAM1DA	25(20-30)	2000 mg		
ETAMBUTOL	20(15-25)	1600mg		

Fuente. Normas Técnicas para el Control de la Tuberculosis Lima Perú noviembre 2013. pág. 29

Tanto en la primera fase como en la segunda fase, la dosis máxima no debe exceder lo dispuesto en el esquema antes mencionado.

En la primera fase se debe administrar 50 dosis diarias (de lunes a sábado) por 2 meses.

En la segunda fase se debe administrar 54 dosis tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes o martes, jueves y sábado) por 4 meses (21).

Administración del tratamiento antituberculosis

Todo paciente diagnosticado de tuberculosis debe recibir orientación y consejería y debe firmar el consentimiento informado antes del inicio del tratamiento.

La administración de tratamiento debe ser directamente supervisado en boca. Los medicamentos deben administrarse de lunes a sábado (incluidos feriados), una (1) hora antes o después de ingerir aumentos. En días feriados el EESS debe implementar estrategias locales para cumplir con la administración del tratamiento correspondiente de manera supervisada.

Los medicamentos de primera y segunda línea deben administrarse en una sola toma diaria, excepto etionamida, cicloserina y PAS que se deben administrar de manera fraccionada en 2 tomas, directamente supervisadas, para mejorar la tolerancia.

Debe garantizarse el cumplimiento total de las dosis programadas. Si el paciente no acude a recibir la dosis correspondiente, el personal del EESS debe garantizar su administración dentro de las 24 horas siguientes y continuar con el esquema establecido (22).

2.2.3. Abandono del tratamiento

Paciente que inicia tratamiento y los descontinúa por 30 días consecutivos o más. Incluye al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo descontinúa. Corresponde a la fecha de la primera dosis programada a partir de la cual el paciente dejó de recibir su tratamiento por 30 días consecutivos (23).

Abandono de tratamiento y fracaso terapéutico

El tratamiento antituberculoso es un proceso complejo que requiere un régimen terapéutico prolongado (de meses). Durante ese proceso, diversos factores pueden influir en la decisión de continuarlo o abandonarlo, destacan los factores relacionados con los servicios y el personal de salud, además de otros propios de los pacientes y del ambiente que los rodea. Es fundamental que los servicios de salud ofrezcan gratuitamente los medicamentos, realicen un seguimiento por medio de visitas domiciliarias periódicas y brinden a la paciente información adecuada y suficiente acerca de la enfermedad, y el tratamiento, así como evaluar las posibles reacciones adversas a los medicamentos y esclarecer dudas que pueda tener el paciente. Por otra parte, la baja escolaridad, la incertidumbre de si se logrará la cura al final del tratamiento y la falta de apoyo familiar, aunadas a la imposibilidad de faltar al trabajo para acudir a la consulta terapéutica, de cumplir con el horario impuesto por el centro de salud y de costear el transporte necesario, son factores que pueden influir negativamente en la continuidad del régimen específico. Otros factores que se sabe incrementan la probabilidad de abandono son el estigma social de la enfermedad, las reacciones adversas o

la intolerancia a los medicamentos y la adicción al alcohol o a las drogas (1).

Otro factor que influye en el abandono del tratamiento, es que el paciente una vez que se siente mejor considera innecesario continuar tomando los medicamentos (24).

El abandono del tratamiento anti-tuberculoso, que el Ministerio de Salud del Perú define como "no concurrir a recibir el tratamiento por más de treinta días consecutivos", es la principal limitación para lograr la cura de esta enfermedad. Además de que impide la curación, el abandono guarda una relación estrecha con una pronta recaída y, no obstante ser una causa reversible, constituye el mayor factor determinante del fracaso terapéutico (1).

2.2.4. Factores que influyen en el abandono al tratamiento de la tuberculosis

Barreras de acceso a la atención médica, es decir, las relativas a las dificultades geográficas y económicas de los pacientes, la organización y la prestación de los servicios de salud (25). Algunos estudios, aunque en una proporción minoritaria, analizan también variables referidas a actitudes ante la enfermedad, conocimiento sobre la tuberculosis y la importancia de su tratamiento y razones para interrumpir este último, considerándolas dentro del contexto de las características de la atención ofrecida por los servicios de salud, o bien como variables pertenecientes a la esfera psicosocial o subjetiva de los pacientes.

Uso de drogas, alcohol u otras sustancias adictivas; en las

personas bajo los efectos de estos productos sobreviene la desorganización y el pensamiento cognoscitivo se ve alterado, los pacientes con trastornos o retraso mental, los que sufren insuficiencia cerebrovascular, enfermedad de Alzheimer y otras alteraciones de ese tipo, tienen dificultad para recordar que deben tomar los medicamentos con regularidad. (24)

Características sociodemográficas y la no adherencia al tratamiento

Género Algunos autores atribuyen el mayor riesgo de no-adherencia observado en los pacientes de género masculino al rol social que cumple el varón, en especial en determinados contextos culturales, por ser el principal sostén del hogar (26).

Edad algunos estudios señalan que ser más joven implica mayor probabilidad de éxito terapéutico (27).

Nivel educativo, estudios realizados en diversas poblaciones y sobre distintos problemas de salud (e.g. prevención del cáncer) muestran que este influye en la probabilidad de adherencia (28); los pacientes analfabetos (o que poseen un nivel de educación básica o menor) son más proclives a abandonar el tratamiento que los pacientes alfabetizados o con mayor nivel de instrucción (29). El nivel educativo, que influye sobre aquellos aspectos de la salud que requieren el manejo de conocimientos, podría tener un efecto directo sobre la adherencia, al incidir sobre la calidad de la comunicación médico-paciente o disminuir/aumentar la capacidad de comprensión de la información provista por el personal de salud acerca de la importancia de la continuidad del tratamiento.

Condición de empleo el desempleo es un factor asociado a la no-adherencia, el empleo puede reducir la capacidad de cumplir con el tratamiento ya que para el paciente implica la pérdida de días laborales y por ende de ingresos básicos, la regularidad y frecuencia de la asistencia a los centros de salud que requiere la implementación de la estrategia DOTS (concurrir diariamente a los centros de salud) implica, muchas veces, mayores dificultades personales y económicas para los pacientes, tanto para aquéllos que están desempleados (y por lo tanto carecen de medios para acudir asiduamente a los centros de salud) así como también en el caso de los pacientes con empleo que no pueden ausentarse de su trabajo por la pérdida del ingreso laboral que esto significa.

Entorno familiar algunos estudios como el de Galiano MA. y Montesinos N., señalan que vivir solo supone alrededor de 3 veces mayor riesgo de abandono del tratamiento que contar con apoyo familiar (30), y vivir con la familia o contar con apoyo familiar tiene un efecto protector ante el riesgo de no adherencia.

Barreras de acceso a atención médica Varios autores han considerado, además del acceso geográfico (distancia y tiempo del viaje), las dificultades de tipo económico, ya sea en forma conjunta o por separado. El acceso desigual a los recursos de salud tiene importantes efectos sobre el estado de salud de los individuos. La inaccesibilidad social puede reflejarse en una inaccesibilidad geográfica, ya sea por la menor cobertura de servicios de salud en áreas socialmente desfavorecidas, o porque las poblaciones más pobres disponen de menos recursos económicos para solventar el

gasto en transporte a los establecimientos de salud. Las barreras geográficas han sido definidas de distintas maneras, ya sea en términos de lugar de residencia urbana o rural, cercana o alejada, en cuanto a la distancia con respecto al centro de tratamiento así también, según la necesidad o no de transporte público, incluyendo, en ocasiones, la consideración de la cantidad de medios de transporte necesario, el tiempo disponible para acudir a las consultas y finalmente el tiempo de traslado; de igual forma cuanto más tiene que viajar un paciente para recibir el tratamiento, menor es la probabilidad de que éste pueda cumplir con el mismo (31).

Otra de las dificultades en la atención está ligada a la organización de los hospitales de mayor complejidad (alta demanda, poco personal, largas esperas, atención menos personalizada, entre oíros aspectos). Un elevado tiempo de viaje hasta el centro de salud, sumado a deficiencias en la organización de los servicios, muchas veces implica largas demoras para ser atendido. Esto genera una pérdida de tiempo considerable y un impacto socio-económico importante en los hogares de los pacientes: el tiempo dedicado al tratamiento resulta en muchos casos incompatible con el normal desarrollo de la actividad laboral. Como consecuencia de esto el nivel de ingresos del hogar se reduce, y el paciente tiene dificultades para costear el costo del transporte al hospital, y otros gastos asociados al seguimiento del tratamiento. Se observa mejor adherencia en aquellos lugares donde el tratamiento esta descentralizado en el primer nivel de atención, donde confluyen distintos factores como la menor distancia entre el domicilio del paciente y el centro de salud, un vínculo más personalizado entre los

pacientes y los servicios, así como también horarios-de atención más accesibles para retirar la medicación (32).

Relación entre el prestador del servicio y el paciente; poseer un grado académico en medicina o enfermería, no garantiza la empatía entre el paciente y el profesional de salud, y son causa importante de falta de colaboración del paciente. Algunos de los problemas que contribuyen a la falta de comunicación en el contexto médico son el uso del vocabulario técnico especializado, diferencias culturales entre pacientes y el prestador de servicios constituye la verdadera diferencia en cuanto a la observancia del tratamiento (24).

Conocimiento la valoración de la información que tienen los pacientes sobre la tuberculosis y su tratamiento es considerado como probable factor de incidencia en la no-adherencia, el grado de conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento puede tener un efecto directo sobre la adherencia, al incidir sobre la calidad de la comunicación médico-paciente o disminuir/aumentar la capacidad de comprensión de la información provista por el personal de salud acerca de la importancia de la continuidad del tratamiento.

Efectos adversos relacionados con la medicación, son un factor de riesgo fuertemente asociado con interrupción del tratamiento, para muchos la presentación de efectos secundarios de la medicación se ha comportado como un factor protector, es posible que quienes presentan efectos secundarios perciban la enfermedad como más grave y, por lo tanto, persistan en continuar el tratamiento.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES.

- **Bacterias resistentes.** Las bacterias que no pueden ser destruidas con un medicamento específico.
- **Bacteriología.** Es la técnica de confirmación más práctica, sencilla y rápida, y puede confirmar entre el 65% y el 80% de los casos de tuberculosis. El cultivo es una técnica de mayor sensibilidad,
- **Cultivo.** Prueba para determinar si hay bacterias de la tuberculosis en las flemas o en otros líquidos corporales. Esta prueba puede tardar entre 2 y 4 semanas, en la mayoría de los laboratorios.
- **Infección de tuberculosis latente.** Afección en la que las bacterias de la tuberculosis están vivas en el cuerpo pero inactivas. Las personas con la infección de tuberculosis latente no tienen ningún síntoma, no se sienten mal, no pueden transmitir la tuberculosis a los demás y, por lo general, tienen una reacción positiva a la prueba cutánea. Sin embargo, estas personas pueden enfermarse de tuberculosis activa si no se tratan la infección de tuberculosis latente.
- **Isomiaria o INH.** Medicamento usado para prevenir la tuberculosis activa en las personas que tienen la infección de tuberculosis latente. La isoniazida también es uno de los cuatro medicamentos que suelen usarse para tratar la tuberculosis activa.
- ***Mycobacterium tuberculosis.*** Bacterias que causan la infección de tuberculosis latente y la enfermedad de tuberculosis activa.
- **Resultado Negativo.** Por lo general se refiere al resultado de una prueba. Si usted tiene una reacción negativa a la prueba cutánea de la

tuberculina, es probable que no tenga la infección por tuberculosis.

- **Resultado Positivo.** Por lo general se refiere al resultado de una prueba. Si usted tiene una reacción positiva a la prueba cutánea de la tuberculina, es probable que tenga una infección de tuberculosis.
- **Terapia por observación directa (DOT, por sus siglas en** ingles). Forma de ayudar a los pacientes a tomar sus medicamentos para la tuberculosis. Si usted recibe terapia por observación directa, se reunirá con un miembro del personal de salud todos los días o varias veces por semana. Se reunirán en un lugar acordado por ambos. Puede ser la clínica especializada en tuberculosis su casa su trabajo o cualquier otro lugar conveniente.
- **Tuberculosis.** Infección bacteriana causada por el *Mvcobacterívm tuberculosis,* también llamado Bacilo de Koch, que es un bastoncito de 2 a 4 mieras de longitud y 3 micras de espesor (33).

2.4. BASES EPISTÉMICOS

2.4.1. Informe mundial sobre la tuberculosis

La tuberculosis (TB) sigue siendo una de las enfermedades transmisibles más mortales. Se calcula que en 2013 contrajeron la enfermedad 9 millones de personas y que 1,5 millones, de los cuales 360 000 eran VIH-positivos, fallecieron por esta causa (34).

La TB va decayendo lentamente de año en año y se calcula que entre 2000 y 2013 se salvaron 37 millones de vidas gracias a diagnósticos y

tratamientos eficaces. Sin Embargo, dado que la mayoría de las muertes por TB son evitables, la mortalidad de esta enfermedad sigue siendo inaceptablemente alta y hay que acelerar la lucha contra ella si se quieren alcanzar las metas mundiales para 2015, fijadas en el contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (35).

La TB está presente en todas las regiones del mundo, y el Informe mundial sobre la tuberculosis contiene datos procedentes de 202 países y territorios. El informe de este año muestra mayores cifras mundiales totales de nuevos casos de TB y de muertes por esta causa en 2013 que en años anteriores, hecho que refleja la utilización de más y mejores datos nacionales (35).

Un suplemento especial del informe de 2014 destaca los progresos que se han hecho en la vigilancia de la TB farmacoresistente a lo largo de los dos últimos decenios, y las respuestas mundiales y nacionales que se han dado a este problema en los últimos años.

A nivel mundial, la proporción de nuevos casos de TB multiresistente (TB-MR) fue del 3,5% en 2013 y no ha cambiado en los últimos años. No obstante, resulta muy preocupante que los niveles de resistencia y los malos resultados terapéuticos sean mucho mayores en algunas partes del mundo. El suplemento, titulado TB farmacoresistente: vigilancia y respuesta, define las medidas prioritarias, desde la prevención hasta la curación (35).

2.4.2. Carga de morbilidad y progresos hacia las metas mundiales de 2015

La mejora de los datos ofrece una panorámica mundial más clara de la carga de TB; es necesario acelerar los actuales ritmos de declive para alcanzar todas las metas. Los datos disponibles para estimar la carga de TB siguen mejorando. En 2013, se disponía de mediciones directas de la mortalidad por TB en 126 países, y desde 2009 ha habido un aumento sin precedentes del número de mediciones directas de su prevalencia a partir de encuestas nacionales de carácter poblacional. En 2013 se han finalizado los resultados de encuestas en cinco nuevos países: Gambia, Nigeria, Pakistán, República Democrática Popular Lao y Rwanda. Cuando aparecen nuevos datos, pueden afectar las estimaciones mundiales sobre la TB, tanto en ese año como retrospectivamente (35).

De los 9 millones de personas que se calcula que contrajeron la TB en 2013, más de la mitad (56%) pertenecían a las regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental, y una cuarta parte a la de África, que también fue la que presentó mayores tasas de incidencia y mortalidad en relación con el tamaño de la población. Solo India y China representaron el 24% y el 11% de los casos, respectivamente (35).

Aproximadamente un 60% de los casos de TB y de las muertes ocurren en hombres, aunque la carga de la enfermedad también es elevada en las mujeres. La cifra estimada de mujeres fallecidas por TB fue de 510 000 en 2013, y más de una tercera parte de ellas eran VIH-positivas. Ese mismo año hubo 80 000 muertes por TB en niños VIH-negativos. Se calcula que 1,1 (13%) de los 9 millones de personas que contrajeron la TB en 2013 eran VIH-

positivas. El número de personas fallecidas de TB asociada al VIH viene disminuyendo desde hace casi un decenio. Cuatro de cada cinco casos de TB VIH-positivos y de muertes por TB en pacientes VIH-positivos se producen en la Región de África.

El ODM consistente en detener y comenzar a reducir la incidencia de TB se ha alcanzado a nivel mundial, en las seis regiones de la OMS y en la mayoría de los 22 países con gran carga de TB. En el mundo, la incidencia de la TB ha disminuido a un ritmo medio de aproximadamente un 1,5% al año entre 2000 y 2013.

A nivel mundial, la tasa de mortalidad por TB ha tenido una disminución estimada del 45% entre 1990 y 2013, y la tasa de prevalencia de la enfermedad disminuyó en un 41% en el mismo periodo. Es necesario acelerar los progresos para alcanzar la meta de la Alianza Alto a la Tuberculosis consistente en una reducción del 50% para 2015.

Dos de las seis regiones de la OMS (Américas y Pacífico Occidental) han alcanzado las tres metas de reducción de la carga de TB (incidencia, prevalencia y mortalidad) para 2015. La Región de Asia Sudoriental parece estar en el buen camino para alcanzar las tres metas. Las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad están disminuyendo en las regiones de África, Mediterráneo Oriental y Europa, pero no con la rapidez necesaria para alcanzar las metas (35).

2.4.3. Detección de la TB y resultados terapéuticos

La tasa de éxitos terapéuticos en nuevos casos de TB sigue siendo elevada, pero son necesarios grandes esfuerzos para lograr que todos los

casos sean detectados, notificados y tratados.

En 2013 se notificaron a la OMS 6,1 millones de casos de TB. De ellos, 5,7 millones correspondían *a* casos recién diagnosticados, y los otros 0,4 millones a casos que ya estaban en tratamiento.

La notificación de casos de TB se ha estabilizado en los últimos años. Aproximadamente un 64% de los 9 millones estimados de casos que contrajeron la TB en 2013 fueron notificados como recién diagnosticados.

Por tanto, quedan aproximadamente otros 3 millones de casos que no fueron diagnosticados, o que lo fueron, pero no se notificaron a los programas nacionales de TB. Son necesarios grandes esfuerzos para colmar esta laguna.

Aunque las tasas de éxito del tratamiento han mejorado en la Región de Europa desde 2011, en 2012 seguían estando por debajo de la media, con un valor del 75%.

2.4.4. Detección de la TB-MR y resultados terapéuticos

El uso creciente de nuevos productos diagnósticos está permitiendo diagnosticar correctamente a un número significativamente mayor de pacientes con TB, pero sigue habiendo grandes deficiencias en materia de tratamiento, y la financiación es insuficiente.

Se calcula que, a nivel mundial, en 2013, el 3,5% de los nuevos casos y el 20,5% de los casos ya tratados con anterioridad tenían TB-MR. Esto significa que en 2013 la cifra estimada de personas que contrajeron TB-MR fue de 480 000.

Por término medio, se calcula que un 9,0% de los pacientes con TB-MR tenían TB ultrarresistente (TB-XR).

Si a todos los pacientes con TB notificados en 2013 (6,1 millones entre casos nuevos y ya tratados con anterioridad) se les hubieran hecho pruebas de detección de farmacorresistencia, se calcula que se habrían detectado 300 000 casos de TB-MR, más de la mitad de ellos en tan solo tres países: India, China y Federación de Rusia.

En 2013 se diagnosticaron y notificaron 136 000 de esos 300 000 casos estimados de TB-MR que se podrían haber detectado. Esto equivale a casi uno de cada dos (45%) y supone un gran aumento en comparación con uno de cada seis en 2009. Los progresos en la detección de la TB farmacorresistente se han visto facilitados por la utilización de nuevas pruebas diagnósticas rápidas.

En 2013 se inició un tratamiento contra la TB-MR en 97 000 pacientes, es decir, tres veces más que en 2009, sin embargo, 39 000 pacientes (mas una cantidad desconocida de casos detectados en años anteriores) estaban en listas de espera y el desfase entre los diagnósticos y los tratamientos aumento entre 2012 y 2013 en varios países.

Los datos más recientes sobre los resultados terapéuticos corresponden a pacientes cuyo tratamiento para la TB-MR se inició en 2011. La tasa mundial de éxito fue del 48%. Cuatro de los 27 países con gran carga de TB-MR alcanzaron tasas de éxito iguales o superiores al 70%: Etiopía, Kazajstán, Myanmar, Pakistán y Vietnam. La debilidad de los sistemas de salud, la inexistencia de tratamiento eficaces y otros problemas terapéuticos

son los responsables de las tasas de curación inaceptable bajas, y la respuesta a la TB-MR se ve gravemente dificultada por una financiación insuficiente. Es urgente la eliminación de estos obstáculos. Son necesarias cinco acciones prioritarias desde !a prevención hasta la curación para resolver la epidemia de TB-MR: 1) tratamiento de gran calidad de la TB farmacosensible, con el fin de prevenir la TB-MR; 2) expansión de !as pruebas rápidas y la detección de los casos de TB-MR; 3) acceso inmediato a una atención de calidad; 4) control de !a infección, y 5) mayor compromiso político, en particular una financiación suficiente de las intervenciones actuales, así como de la investigación para desarrollar nuevos productos diagnósticos, fármacos y tratamientos.

2.4.5. Productos para el diagnóstico de la TB y fortalecimiento de tos laboratorios

La introducción de nuevos productos diagnósticos está permitiendo diagnosticar y tratar correctamente a más casos de TB.

La confirmación de la TB y de la farmacoresistencia mediante pruebas de laboratorio es fundamental para que las personas con signos y síntomas de TB sean diagnosticadas y tratadas correctamente. En 2013, un 58% de los 4,9 millones de casos de TB pulmonar notificados en el mundo se confirmaron bacteriológicamente mediante pruebas recomendadas por la OMS, entre ellas las pruebas rápidas tales como Xpert MTB/RIF.

A fecha de junio de 2014, 108 países con acceso a Xpert MTB/RIF a precios privilegiados habían empezado a utilizar esta técnica, y cada

trimestre se estaba adquiriendo más de un millón de cartuchos de prueba.

A finales de 2013 la OMS amplió sus recomendaciones sobre e! uso de Xpert MTB/RIF, incluyendo también el diagnóstico de la TB en niños y algunas formas de TB extrapulmonar.

2.4.6. Coepidemia de TB y VIH

Ha habido progresos continuos en la ejecución de actividades colaborativas IB/VIH, pero es necesario intensificar los esfuerzos, especialmente para garantizar el acceso universal al tratamiento antirretrovírico (TAR).

La primera intervención clave para reducir la carga de TB asociada al VIH consiste en la realización de pruebas de detección del virus a los pacientes con TB. En 2013, el 48% de los pacientes con TB tenían resultados documentados de pruebas de detección del VIH, pero los progresos en el aumento de la cobertura se han ralentizado. En la Región de África, el 76% de los pacientes con TB conocían su estado serológico con respecto al VIH.

El TAR es la intervención más importante para reducir la mortalidad en pacientes con TB VIH-positivos. En 2013, el 70% de los pacientes con TB que se sabía que eran VIH-positivos estaban recibiendo TAR. Sin embargo, esta cifra es bastante inferior a la meta de 100% fijada para 2015.

Además del inicio temprano del TAR, la principal intervención para prevenir la TB en pacientes infectados por el VIH es la profilaxis con isoniazida. En 2013, solo el 21% de todos los países y 14 de los 41 con gran carga de TBA/IH dijeron proporcionar profilaxis con isoniazida a las personas

con VIH.

2.4.7. Financiación de la lucha contra la TB

Pese al considerable crecimiento de la financiación de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la TB desde 2002, todavía queda por cubrir un déficit anual de alrededor de US$ 2000 millones.

"Se calcula que son necesarios US$ 8000 millones al año para garantizar una respuesta plena a la epidemia mundial de TB: aproximadamente dos tercios para la detección y el tratamiento de la TB farmacosensible; 20% para el tratamiento de la TB-MR; 10% paras las pruebas de diagnóstico rápido y pruebas de laboratorio asociadas, y 5% para actividades colaborativas TBA/IH. Esa cantidad excluye los aproximadamente US$ 2000 millones al año necesarios para la investigación y desarrollo de nuevos productos diagnósticos, fármacos y vacunas para la TB.

Con base en los informes presentados a la OMS por los 122 países que padecen el 95% de los casos notificados de TB, la financiación de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la TB alcanzó un total de US$ 6300 millones en 2014. Por consiguiente, hay un déficit de casi US$ 2000 millones anuales en comparación con los US$ 8000 millones necesarios. Brasil, la Federación de Rusia, India, China y Sudáfrica (BRICS), que en conjunto padecen casi el 50% de los casos mundiales de TB, están en condiciones de movilizar a partir de fuentes nacionales la totalidad o una gran parte de los fondos que necesitan. La financiación por donantes internacionales sigue siendo esencial para muchos otros países. Por ejemplo,

en el grupo de 17 países con gran carga de TB, excluidos los BRICS, la financiación por donantes internacionales representó más del 50% de la financiación total en 2014. En varios países, más del 90% de la financiación disponible en 2014 procedió de donantes internacionales. El Fondo Mundial y el Gobierno de los Estados Unidos de América son las dos fuentes principales de financiación por donantes internacionales.

El costo por paciente tratado con TB fármaco-sensible fue en 2013 del orden de US$ 100-USS 500 en la mayoría de los países con gran carga de TB. A su vez, el costo por paciente tratado con TB-MR osciló por término medio entre US$ 9235 en los países de ingresos bajos y US$ 48 553 en los de ingresos medianos altos.

2.4.9. Después de 2015

El final de 2015 marca la transición de los ODM a un marco de desarrollo posterior a 2015. En este contexto general, la OMS ha elaborado una estrategia mundial para la TB después de 2015 (la Estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015) que fue aprobada por todos los Estados Miembros en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2014. El objetivo global de la estrategia consiste en poner fin a la epidemia mundial de TB y se fija para 2035 las metas de reducir las muertes por TB en un 95% y la incidencia de la enfermedad en un 90% (en ambos casos en comparación con las cifras de 2015). Otra meta de la estrategia consiste en reducir a cero, para 2020, los costos catastróficos para las familias afectadas por la TB (36).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo - Explicativo y Retrospectivo.

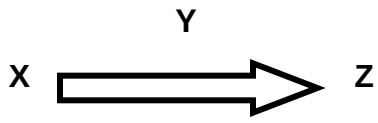
Descriptivo, porque se buscó conocer y describir los factores que influyeron en el abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes que acuden al Hospital Regional de Pucallpa.

Explicativo, mediante este estudio pretendemos explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste.

Retrospectivo, porque se consideró a aquellos pacientes que durante el año 2015 abandonaron su tratamiento.

3.2. DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño no experimental, porque se realizó sin manipular deliberadamente la variable, de acuerdo al esquema que se acompaña:



X: Pacientes con tuberculosis.

Y: Factores que influyeron en el tratamiento.

Z: Abandono al tratamiento de tuberculosis.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

Estuvo conformada por los 30 pacientes que abandonaron tratamiento para tuberculosis, que estuvieron recibiendo en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2015.

3.3.2. Muestra

Conformada por el 100% de pacientes que abandonaron el tratamiento para la tuberculosis que venían recibiendo en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2015.

Criterios de inclusión

- Pacientes de la Estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis del Hospital Regional de Pucallpa que abandonaron el tratamiento por más de 30 días y que voluntariamente desean participar en el estudio.
- Pacientes del Programa de la Estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis del hospital regional de Pucallpa que abandonaron el tratamiento por más de 30 días y que residen en la provincia de Coronel Portillo.

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 15 años de la estrategia sanitaria de prevención y control de la Tuberculosis del Hospital Regional de Pucallpa que abandonaron el tratamiento por más de 30 días.

- Pacientes de la Estrategia sanitaria de prevención y control de la Tuberculosis del Hospital Regional de Pucallpa que abandonaron el tratamiento por más de 30 días y que no residen en el domicilio registrado.

3.4. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos fueron, recolectados mediante la técnica de encuesta, teniendo como instrumento un cuestionario elaborado por la investigadora el que previamente fue sometido a juicio de expertos para su validez, en el que participaron profesionales que laboran en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención de la Tuberculosis y el área de investigación, cuyas opiniones, recomendaciones y sugerencias, nos ayudaron a mejorar el instrumento.

3.5. TÉCNICAS DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Se realizó de la siguiente manera:

- Se comunicó a las autoridades del Hospital Regional de Pucallpa sobre la investigación a realizar y se les solicitó autorización para recabar la información necesaria.
- Se procedió a extraer la dirección del domicilio de los sujetos seleccionados para el estudio.
- El cuestionario fue aplicado por la investigadora en el domicilio de cada uno de los sujetos, el mismo que tuvo una duración de 20 minutos.

- Se creó una base de datos codificados en el programa Excel, para luego ser importados al SPSS versión 22 en la que se procesaron los datos y la información presentada en tablas y gráficos estadísticos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Tabla 1. Factores sociodemográficos según abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015

Factores sociodemográficos	Abandono al tratamiento Si N	Si %	No N	No %	Total N	Total %
Años						
Menor de 20	0	0.00	4	13.34	4	13.34
De 20 a 39	4	13.34	10	33.33	14	46.66
De 40 a 59	1	3.33	6	20.00	7	23.33
De 60 a más	0	0.00	5	16.67	5	16.67
Total	5	16.67	25	83.33	30	100.0
Grado de instrucción						
Analfabeta	1	3.33	0	0.00	1	3.33
Primaria	1	3.33	8	26.66	9	30.00
Secundaria	2	6.67	10	33.33	12	40.00
Técnico superior	0	0.00	4	13.34	4	13.34
Superior universitario	1	3.33	3	10.00	4	13.33
Total	5	16.67	25	83.33	30	100.0
Situación conyugal						
Con pareja	2	6.67	13	43.33	15	50.00
Sin pareja	3	10.00	12	40.00	15	50.00
Total	5	16.67	25	83.33	30	100.00
Ocupación						
Independiente	1	3.33	15	50.00	16	53.33
Ama de casa o	4	13.34	9	30.00	13	13.34
Desempleado	0	0.00	1	3.33	1	3.33
Total	5	16.67	25	83.33	30	100.00
Con quien vive usted						
Solo con hijo	0	0.00	3	10.00	3	10.00
Pareja e hijo	2	6.67	12	40.00	14	46.67
Padres y/o hermanos	3	10.00	7	23.33	10	33.33
Solo	0	0.00	3	10.00	3	10.00
Total	5	16.67	25	83.33	30	100.00

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes del Programa de Tuberculosis del Hospital Regional.

En la tabla 1, se observa los factores sociodemográficos según abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015, encontrando que del 100% (30) pacientes, el 83.33% (25) no hicieron abandono de su tratamiento y sólo el 16.67% (5) no continuaron con su tratamiento.

Del 16%17 (5) que abandonaron el tratamiento, el 33.33% (10) tienen entre 20 y 39 años, 33.33% (10) tienen grado de instrucción secundaria, el 50% (15) viven con pareja y sin pareja respectivamente, el 53% (16) trabajan independientemente y 50% (15) viven con su pareja e hijos.

Tabla 2. Factores económicos según abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015

Factores Económicos	Abandono al tratamiento				Total	
	Si		No			
	N	%	N	%	N	%
Ingreso económico familiar						
Menor de 750 soles	5	16.67	18	60.00	23	76.67
De 750 a 1000 soles	0	0.00	4	13.33	4	13.33
Mayor de 1000 soles	0	0.00	3	10.00	3	10.00
Total	5	16.67	25		30	100.00
Condición de la vivienda						
Propia	3	10.00	15	50.00	18	60.00
Alquilada	0	0.00	3	10.00	3	10.00
Prestada	2	6.67	7	23.33	9	30.00
Total	5	16.67	25	83.33	30	100.00
Número de personas que viven en casa						
Uno	0	0.00	1	3.33	1	3.33
De dos a tres	1	3.33	5	16.67	6	20.00
De cuatro a más	4	13.34	19	63.33	23	76.67
Total	5	16.67	25	83.33	30	100.00

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes del Programa de Tuberculosis del Hospital Regional de Pucallpa, 2015.

En la tabla 2, se observa los factores económicos según abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015, encontrando que del 100% (30) pacientes, el 83.33% (25) no hicieron abandono de su tratamiento y el 16.67% (5) no continuaron con su tratamiento.

Del 16.67% (5) que abandonaron el tratamiento, 16.67% (5) tienen ingreso económico familiar menor de 750 soles, 10% (3) viven en casa propia y 13.34% (19) viven con cuatro a más personas en casa.

Tabla 3. Factores relacionados con el tratamiento según abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015. Factores relacionados al tratamiento

	Abandono al tratamiento				Total	
	Si		No			
	N	%	N	%	N	%
Durante su tratamiento ha sentido alguna molestia						
Si	5	16.67	25	83.33	30	100.00
No	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	5	16.67	25	83.33	30	100.00
Considera que la cantidad de medicamentos que recibe es demasiado						
Si	4	13.34	17	56.66	21	70.00
No	1	3.33	8	26.67	9	30.00
Total	5	16.67	25	83.33	30	100.00
Considera usted que la duración de su tratamiento es excesivo						
Si	5	16.67	25	83.33	30	100.00
No	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	5	16.67	25	83.33	30	100.00

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes del Programa de Tuberculosis del Hospital Regional de Pucallpa, 2015.

En la tabla 3, se observa los factores relacionados con el tratamiento según abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015, encontrando que del 100% (30) pacientes, el 16.67% (5) hicieron abandono de su tratamiento y el 83.33% (25) continuaron con su tratamiento.

Del 16.67% (5) que abandonaron el tratamiento, todos 16.67% (5) respondieron que sintieron alguna molestia durante el tratamiento y que la duración del tratamiento es excesivo y el 13.34% (4) respondieron que la cantidad de medicamentos que reciben es demasiado; todos estos factores influyeron para que los pacientes abandonen su tratamiento.

Tabla 4. Factores institucionales según abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015

Factor institucional	Abandono al tratamiento				Total	
	Si		No			
	N	%	N	%	N	%
Considera que el personal de salud muestra interés en su enfermedad y tratamiento						
Si	5	16.67	24	80.0	29	96.67
No	0	0.00	1	3.33	1	3.33
Total	5	16.67	25	83.33	30	100.00
Le trata bien el personal de salud						
Si	4	13.34	20	66.66	24	80.00
No	1	3.33	5	16.67	6	20.00
Total	5	16.67	25	83.33	30	100.00

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes del Programa de Tuberculosis del Hospital Regional de Pucallpa, 2015.

En la tabla 4, se observa los factores institucionales según abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015, encontrando que del 100% (30) pacientes, el 83.33% (25) no hicieron abandono de su tratamiento y el 16.67% (5) no continuaron con su tratamiento.

Del 16.67% (5) que abandonaron el tratamiento, el 16.67% (5) consideraron que el personal de salud muestra interés en su enfermedad y tratamiento y 13.34% (4) que reciben buen trato del personal de salud.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados sobre los factores sociodemográficos según abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015 indican que el 16.67% de pacientes hicieron abandono del tratamiento para la tuberculosis, de ellos el 13.34% están en la edad de 20 a 39 años, el 6.67% tienen grado de instrucción secundaria, 10% están sin pareja, el 13.34% son amas de casa o estudiantes y el 10% viven con sus padres y/o hermanos; estos resultados nos muestran que la edad y el grado de instrucción no influyen en los pacientes para el abandono de su tratamiento para la tuberculosis, en cambio, la ocupación, la situación conyugal y con quienes viven si son factores que influyen para dicho abandono, ya que al no contar con la pareja se sienten solos y preocupados. Más aún si son amas de casa que tienen que salir adelante con sus hijos.

Estos datos se corroboran con los de Molina A, Fernández MM, Rodríguez B, López H. (15) que estudiaron Factores asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis en la provincia de Granada encontrando que el porcentaje de pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso fue del 12,2%.

Mientras que Arrossi S., Herrero MB, Greco A. y Ramos S. (11) en su estudio Factores asociados a la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis, incluidos 43 estudios de países de ingresos altos, medios y bajos, los resultados indican que indigencia, precariedad y marginalidad social, como en el caso de las personas la tendencia a abandonar el tratamiento se incrementa fuertemente conforme aumenta la condición de indigencia, precariedad y marginalidad social,

como en el caso de quienes están desempleados o tienen empleos muy precarios, los analfabetos, las personas que viven en situación de calle o en residencias temporarias, los pacientes alcohólicos y los adictos a las drogas ilegales, datos diferentes a los de este estudio.

Al observar los resultados sobre factores económicos según abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015, se encontró que el 16.67% tienen ingreso económico familiar menor de 750 soles y el 13.34% viven en casa con 4 a más personas; el sólo hecho de no contar con ingreso económico digno para atenderse y atender a su familia influye para el abandono del tratamiento, considerando que el estado de salud y el tener que asistir todos los días al establecimiento de salud a recibir las pastillas genera gasto económico.

Estos datos se corroboran con los encontrados por Molina A, Fernández MM, Rodríguez B, López H. (15) estudiaron Factores asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis en la provincia de Granada encontraron que el porcentaje de pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso fue del 12,2%.

Arrossi S., Herrero MB, Greco A. y Ramos S. en su estudio Factores asociados a la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis, incluidos 43 estudios de países de ingresos altos, medios y bajos, los resultados indican que la tendencia a abandonar el tratamiento se incrementa fuertemente conforme aumenta la condición de viven en situación de calle o en residencias temporarias, los pacientes alcohólicos y los adictos a las drogas ilegales (11).

Heredia M, Puc. F, Caamal A. y Vargas A. en su investigación

Determinantes sociales relacionados con el tratamiento de tuberculosis en Yucatán. México, encontraron los siguientes resultados: El 83.8% de los entrevistados pertenecen a un nivel socioeconómico bajo. El 61.3% se encuentra en pobreza extrema (12).

Los resultados sobre los Factores relacionados con el tratamiento según abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015 muestran que el 16.67% de pacientes manifestaron que durante sus tratamiento sintieron algunas molestias y que la duración del tratamiento es excesivo por eso hicieron abandono de ello, el 13.34% indicaron que la cantidad de medicamentos que reciben es demasiado; siendo estos factores los que influyeron para que los pacientes abandonen sus tratamiento.

Estos datos guardan relación con los resultados encontrados por Molina A, Fernández MM, Rodríguez B, López H. (15) estudiaron Factores asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis en la provincia de Granada encontraron que el porcentaje de pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso fue del 12,2%.

Heredia M, Puc. F., Caamal A. y Vargas A. (12) en su investigación. Determinantes sociales relacionados con el tratamiento de tuberculosis en Yucatán. México, encontraron los siguientes resultados: El 83.4% acudió a centros de salud cercanos a su domicilio y refirieron que las instrucciones del personal médico fueron confusas y los procedimientos diagnósticos incómodos y molestos. El 54.8% sabía muy poco o nada sobre la enfermedad y temía al rechazo de su familia o comunidad. Los fármacos causaron malestar en 80,6% de los pacientes y el 16.1% abandonó el tratamiento.

Culqui D., Grijalva CG, Reátegui SR, Cajo JM, Suárez LA., en su trabajo sobre factores de pronóstico del abandono del tratamiento antituberculoso en la provincia de lca, Perú, entre 1998 y 2000, en un estudio de casos y testigos, en el que se identificaron 55 casos de abandono del tratamiento antituberculoso, donde el factor pronóstico del abandono del tratamiento anti-tuberculoso fue considerar insuficiente la información proporcionada por el personal de salud sobre e! tratamiento Concluyeron que para mejorar el cumplimiento del régimen antituberculoso es necesario brindar a los pacientes información personalizada sobre la enfermedad y su tratamiento, además de ofrecerles horarios flexibles y apropiados para recibirlo. El consumo de drogas es el factor de riesgo más alto de abandono, por lo que resultan cruciales su identificación y seguimiento (1).

En los resultados sobre los factores institucionales según abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015 se observa que del 16.67% (5) que abandonaron el tratamiento, el 16.67% (5) consideraron que el personal de salud muestra interés en su enfermedad y tratamiento y 13.34% (4) que reciben buen trato del personal de salud.

Molina A, Fernández MM, Rodríguez B, López H. estudiaron Factores asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis en la provincia de Granada encontraron que el porcentaje de pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso fue del 12,2% (15).

Heredia M, Puc. F, Caamal A. y Vargas A. en su investigación. Determinantes sociales relacionados con el tratamiento de tuberculosis en Yucatán. México, encontraron los siguientes resultados: El 83.4% acudió a centros

de salud cercanos a su domicilio y refirieron que las instrucciones del personal médico fueron confusas y los procedimientos diagnósticos incómodos y molestos. El 54.8% sabía muy poco o nada sobre la enfermedad y temía al rechazo de su familia o comunidad. Los fármacos causaron malestar en 80,6% de los pacientes y el 16.1% abandonó el tratamiento (12).

Culqui - DR, Munayco CV, Grijalva CG, Cayla JA, Horna-Campos O, Alva K, Suarez LA., en un estudio sobre Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú, en el que se estudiaron 265 casos y 605 controles, encontraron los siguientes resultados: El abandono del tratamiento se asoció al sexo masculino, al hecho de sentir malestar durante el tratamiento. Así mismo, si tenemos en cuenta la interacción antecedente de abandono previo y pobreza, el riesgo de abandono aumenta. Por el contrario, recibir buena información sobre la enfermedad y poder acceder al sistema sanitario en los horarios ofertados (08.00-20.00h) se asoció a un mejor cumplimiento (14),

CONCLUSIONES

Los factores sociodemográficos que influyeron en el abandono al tratamiento de la tuberculosis en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015, fueron la edad de 20 a 39 años, el grado de instrucción secundaria, situación conyugal sin pareja, ocupación independiente y la mayoría viven con pareja e hijo.

Los factores económicos que influyeron en el abandono al tratamiento de la tuberculosis en los pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015; fueron el ingreso económico familiar menor de 750 soles y viven con cuatro a más personas en casa.

Los factores de tratamiento que influyeron en el abandono al tratamiento de la tuberculosis en los pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015, fueron que sintieron molestia durante el tratamiento, y la cantidad de medicamentos que recibieron fue demasiado, asimismo la duración del tratamiento es excesivo.

Los factores institucionales no influyeron en el abandono al tratamiento de la tuberculosis en los pacientes del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2015, ya que las personas consideraron que el personal de salud muestra interés en su enfermedad y tratamiento y reciben buen trato de parte de ellos.

SUGERENCIAS

A la Dirección Región de Salud de Ucayali, implementar y hacer efectivas más acciones preventivas promocionales de la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis, tanto intra como extramurales y que tenga sostenibilidad en el tiempo, con tratamiento oportuno y continuado con el fin de disminuir el abandono de pacientes.

Al personal de salud que labora en la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis, cumplir con las visitas domiciliarias a los pacientes para realizar un seguimiento permanente que evite el abandono al tratamiento.

Al personal de salud, realizar difusión sobre esta enfermedad, enfatizando la necesidad de afecto que requieren los pacientes por parte de los familiares y comunidad en general.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Culqui DR, Grijalva CG, Reátegui SR, Cajo JM, Suárez LA. Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú. Rev. Panam. Salud Pública. 2005; 18(1):14–20. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/rpsp/2005.v18n1/14-20/
2. Vargas, R. La tuberculosis en el Perú y el Mundo Diagnostico 1985; 15(4): 92104.
3. Granados, G. Abandono del tratamiento antituberculoso. Revista Salud, Sexualidad y Sociedad 2(3), 2009.
4. Instituto Nacional de Salud. Intervenciones dirigidas a disminuir el abandono al tratamiento antituberculoso. Nota técnica 201 1 -10 Setiembre 2011.
5. Ministerio de Salud Dirección General de Epidemiología Análisis de situación de salud del Perú. Setiembre 2013. Pág. 101 disponible en: http://www.dae.gob.pe/portal/docs/intsan7asis2Q1 2.pdf consultado el 15dedic,2016
6. Dirección Regional de Salud de Ucayali. Análisis de situación de salud de Ucayali 2012. Pucallpa: Dirección de Epidemiología; 2012. Disponible en: http://repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/1615
7. Alarcón A. Situación de la Tuberculosis en el Perú y política nacional para su control. Arequipa-Perú: Ministerio de Salud, Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis. 2014.
8. Cáceres FD. & Orozco LC. Incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. Biomédica, 27(4), 498-504. 2007. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0120-

41572007000400005.

9. Mesen M. & Chamizo HA. Los determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Estudio de un caso urbano, el cantón de Desamparados, Costa Rica. Rev. cienc. adm. financ. segur. soc [online]. 2005, vol.13, n.1, pp. 71-82. ISSN 1409-1259. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-12592005000100007&script=sci arttext.
10. Soza Pineda NI, Pereira SM & Barreto ML. Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: resultados de un estudio comparativo. Revista Panamericana de Salud Pública, 17, 271-278. 2005.
11. Arrossi S, Herrero MB, Greco A, Ramos S. Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento de la tuberculosis: revisión de la literatura. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Consejo Nacional de investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) Buenos Aires. 2011.
12. Heredia-Navarrete MR, Puc-Franco M, Caamal-Ley Á & Vargas-González A. Determinantes sociales relacionados con el tratamiento de tuberculosis en Yucatán, México. Revista Biomédica, 23(3), 113-120. 2012
13. Navarro C, Rueda JL, Mendoza JL. Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con TBC y Revista Ciencia y cuidado. Volumen 10, N° 1, julio 2013.
14. Culqui DR, Munayco, CV, Grijalva CG, Cayla JA, Horna-Campos O, Ch KA & Suarez LA. Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú. Archivos de Bronconeumologia, 48(5), 150-155. 2012
15. Rueda MM, Ajuria AF, Del Águila MR & Hernández BL. Factores asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis en la provincia de Granada.

Revista clínica española, 212(8), 383-388. 2012

16. Ccorahua OA y Sifuentes D. Nivel de conocimientos e influencia en la actitud al tratamiento antituberculoso de usuarios de los establecimientos Urbanos de la Microred San Fernando 2012, [Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Pucallpa, Perú: Universidad Nacional de Ucayali; 2012.
17. Ccorahua JA, Guillen CT López W. Factores de riesgo que influyen en el abandono del tratamiento de la tuberculosis pulmonar en los establecimientos urbanos de la Micro Red 9 de Octubre 2014. [Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería.]. Pucallpa, Perú: Universidad Nacional de Ucayali; 2015.
18. Gobierno USAGOv Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, http://www.cdc.gov/tb/esp/publications/faqs/qlossary.htm
19. OMS (Organización Mundial de la Salud). Temas de salud. http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis. Consultado noviembre 21, 2015.
20. Ministerio de Salud. Normas Técnicas para el Control de la Tuberculosis Lima Perú Noviembre 2013. pág. 27
21. Ídem Ministerio de Salud, pág. 30
22. Ídem Ministerio de Salud, pág. 35
23. Ídem Ministerio de Salud, pág. 115
24. Miranda B. y Puente MA., "Factores asociados al apego y abandono del tratamiento de la tuberculosis pulmonar". Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Salud Pública y Nutrición. [Tesis para obtener el Grado de Maestría en Salud Pública] Méjico 2001. Disponible en:

http://eprints.uanl.mx/7760/1/1020145318.PDF

25. Castro A, Farmer P. (2003): Violence structurelle, mondialisation et tuberculose.
26. Multirésistante, Anthropologie et Sociéiés. Número especial sobre Cultura y Medicamentos, editado por Atice Desclaux y Joseph Lévy, en prensa.
27. Dodor EA. (2004): Tuberculosis treatment default at the Communicable Diseases Unit of Effia-NkwantaRegional Hospital: a 2-year experience. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, v. 8, n. 11, pp. 13371341.
28. Bao QS, Du YH, Lu CY (2007): Treatment outcome of new puimonary tuberculosis in Guangzhou, China 1993-2002: a register-based cohort study, BMC Public Health, v. 7. Disponible en: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-7-344. Consultado enero 10. 2016.
29. Arrossi S, Bossio JC, Herrero MB, Faccia K, Ramírez S, Aizemberg L, et al. (2008): Evaluación de los factores predictivos de la no-adherencia al tratamiento de la tuberculosis en municipios seleccionados del Área Metropolitana de Buenos Aires. Estudio Colaborativo Multicénírico. Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación. Resultados no publicados. Thomas 2002.
30. Galiano MA, Montesinos N. Modelo predictivo de abandono del tratamiento antituberculoso para la región Metropolitana de Chile. Revista Enfermería Clínica, v 15, n4pp. 192-198. 2005
31. Idem. Galiano P. 199.
32. Thomas C. (2002): A literature review of the problems of delayed

presentation for treatment and non - compleíion of treatment for tuberculosis in less developed countries and ways of addressing these problems using particular impiementations of the DOTS strategy. J Manag Med. 16(4-5):371-400. (2002)

33. Arrossi S, Herrero MB, Greco A & Ramos S. Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento de la tuberculosis: revisión de la literatura. CEDES, Área de Salud, Economía y Sociedad. Buenos aires, Argentina: Centro de Estudios de Estado y Sociedad, 1-37. 2011
34. Apolinario LV. y Molina KL. Factores relacionados al abandono del tratamiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis en el Hospital de Huaycán, Lima, 2015. Universidad Peruana Unión, Facultad de Ciencias de La Salud, Escuela Profesional de Enfermería,
[Tesis]. Lima 2016. Disponible en:
http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/162/Karina_Tesis_bachiller2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
35. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la tuberculosis 2014. Disponible en:
https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr14_execsummary_summary_es.pdf
36. MINSA. Tuberculosis en el Perú. Informe 2000. Lima. Perú 2001

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA: SALUD PÚBLICA

"FACTORES QUE INFLUYERON EN EL ABANDONO AL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA 2015"

INSTRUCCIONES: A continuación, le realizaremos algunas preguntas, responda usted la que crea correcto, recuerde que debe optar por una sola alternativa.

Identificación N° .....

FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Edad.....
2. Sexo:
    a. Masculino
    b. Femenino
3. Ocupación:
    a. Independiente
    b. Dependiente
    c. Ama de casa o estudiante
    d. Desempleado

4. Grado de instrucción:
    a. Analfabeta
    b. Primaria
    c. Secundaria
    d. Técnica superior
    e. Superior universitaria
5. Estado conyugal:
    a. Con pareja
    b. Sin pareja
6. Con quién vive usted:
    a. Solo con su pareja
    b. Solo con su hijo(a)
    c. Con pareja e hijos
    d. Con padres y/o hermanos
    e. Sólo
7. Tiene Hijos:
    a. Si
    b. No

FACTORES ECONÓMICOS:

1. Condición de la vivienda:
    a. Propia
    b. Alquilada
    c. Prestada
2. Material de construcción de la vivienda:
    a. Rústica
    b. Madera
    c. Material noble
3. Tipo de piso de la vivienda:
    a. Cemento y/o mayólica
    b. Madera
    c. Tierra

4. Ingreso económico de la familia:
    a. Menor de 750 soles
    b. De 750 a 1000 soles
    c. Mayor de 1000 soles
5. Número de habitaciones de la vivienda:
    a. Uno
    b. Dos
    c. Tres o más
6. Número de personas que viven en casa:
    a. Uno
    b. De dos a tres
    c. De cuatro a más
7. La vivienda cuenta con agua y desagüe:
    a. Solo con agua
    b. Solo con desagüe
    c. Con agua y desagüe

FACTORES RELACIONADOS AL TRATAMIENTO

1. Ha sentido usted algún tipo de molestias durante su tratamiento:
    a. Si
    b. No
2. Qué tipo de molestias ha sentido durante su tratamiento:
    a. Nauseas, vómitos, ardor en el estómago.
    b. Sarpullido, picazón en la piel.
    c. Dolores musculares, dolores de articulación.
3. Considera usted que la cantidad de medicamentos que recibe es mucho:
    a. Si
    b. No
4. Considera usted que la duración de su tratamiento es excesivo:
    a. Si
    b. No

5. Sintió mejoría al tomar el tratamiento:
    a. Si
    b. No
6. Recibió apoyo familiar para no abandonar su tratamiento:
    a. Si
    b. No
7. De qué familiar recibió apoyo:
    a. Hijos
    b. Pareja
    c. Padres y/o hermanos
    d. Ninguno
8. La actividad laboral le impide cumplir con su tratamiento:
    a. Si
    b. No

FACTORES INSTITUCIONALES

1. Fue informado por el personal de salud en cuanto a su enfermedad:
    a. Si
    b. No
2. Fue claro el personal de salud al informarle sobre su enfermedad:
    a. Si
    b. No
3. Le explicaron que si abandona el tratamiento es más difícil su recuperación:
    a. Si
    b. No
4. Considera que el personal de salud muestra interés en su enfermedad y tratamiento:
    a. Si
    b. No
5. Le trata bien el personal de salud:
    a. Si
    b. No

6. Ha recibido visitas domiciliarias del personal de salud:
    a. Si
    b. No
7. Por qué recibió visita domiciliaria:
    a. Para verificar el domicilio
    b. Por inasistencia al tratamiento
    c. Para evaluar personas que viven con usted
    d. No recibió visita
8. Considera adecuado el horario de atención del programa de TBC:
    a. Si
    b. No
9. Que tiempo demora usted para llegar a tomar sus medicamentos, al establecimiento de salud:
    a. Menos de 16 minutos
    b. De 16 a 30 minutos
    c. Más de 30 minutos
10. Esta de acuerdo con los alimentos que le brinda el programa de TBC:
    a. Si
    b. No

ABANDONO AL TRATAMIENTO

11. Está usted tomando todos sus medicamentos:
    a. Si
    b. No
12. Usted dejó de tomar el tratamiento porque sintió alguna molestia:
    a. Si
    b. No

Muchas gracias por su colaboración.