

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

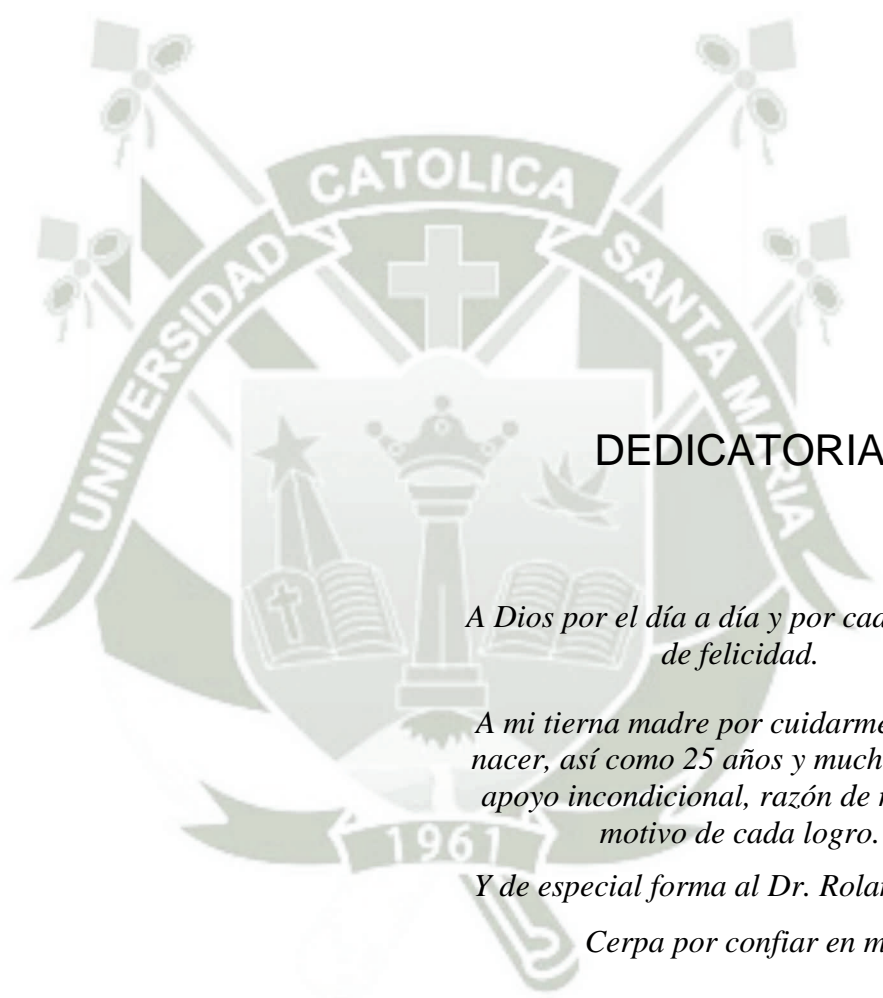
Trabajo de investigación presentado por:

Johanna Paola Zuzunaga Iquiapaza

Para optar por el título de Médico-Cirujano.

Arequipa - Perú

2015



DEDICATORIA

A Dios por el día a día y por cada instante de felicidad.

A mi tierna madre por cuidarme antes de nacer, así como 25 años y muchos más de apoyo incondicional, razón de mi vivir y motivo de cada logro.

Y de especial forma al Dr. Rolando Coila Cerpa por confiar en mí

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS.....	9
CAPÍTULO II: RESULTADOS.....	15
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	57
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	65
BIBLIOGRAFÍA.....	68
ANEXOS.....	72
Anexo 1: Proyecto de investigación.....	73
Anexo 2: Ficha de recolección de datos	107

RESUMEN

Antecedente: El abandono del tratamiento aumenta la morbimortalidad, continúa el contagio y genera resistencia bacteriana. Es necesario conocer la incidencia y los factores asociados al abandono para desarrollar intervenciones.

Objetivo: Identificar factores pronóstico del abandono del tratamiento antituberculoso en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, Perú 2010-2014.

Métodos: Revisión de historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis que sean considerados como abandonos recuperados del servicio de Neumología. Se relacionan las variables mediante correlación y análisis de varianza, así como frecuencias.

Resultados: De los 52 pacientes; 76,92% fueron de sexo masculino, encontrándose mayor frecuencia entre 18 a 28 años con el 34.6%, residentes de Arequipa en un 84.6%, 48% de los pacientes se encuentran en extrema pobreza y 42.3% son pobres, solteros en un 38.5%; el 28.8% no tienen hijos; el servicio básico que la mayoría accede es el servicio de luz eléctrica en un 90.38% y el de difícil acceso con un 65.5% es la falta de servicio de desagüe; el 30.8% de personas no cuenta con el servicio de recojo de basura, el 65.5% de la población cuenta con vivienda propia, 36.5% desempeña el papel de padre en el hogar, el 42.3% de pacientes consumen drogas ilícitas, siendo el alcohol la más frecuente en una 66.3%, del total de pacientes que abandonaron el tratamiento 38.5% presentó Reacción alérgica medicamentosa; dérmica en 35%, hepática en 25%, gástrica en 20%.

La distribución de la población según abandono de tratamiento es; 42% por presentar mejoría al inicio del tratamiento, el 30% por presentar reacciones adversas medicamentosas, 15% por presentar alguna adicción y 11.6% por motivos económicos; el 48% de pacientes estuvo una vez en hospitalización, 32.7% en 2 oportunidades, 13.5% en 3 oportunidades; la estancia hospitalaria más frecuente fue de 1 a 2 semanas con un 63.5%; solo 32.7% de pacientes se dio a la fuga durante su estancia hospitalaria; 32.7% de pacientes retomó el tratamiento pasados más de 8 meses de abandono, en relación que manifiestan el número de abandonos y el grado de instrucción si presenta significancia positiva ya que el valor p hallado $p=0.038$ la cual no supera al valor límite ($p<0.05$) presentando una relación de significancia positiva; en relación que manifiestan el número de abandonos y si reconoce su enfermedad si presenta significancia positiva ya que el valor p hallado $p=0.026$.

Conclusión: Existen factores modificables como grado de instrucción, adicciones y situación económica que influyen de manera significativa a que el paciente abandone el tratamiento, así como no modificables como presencia de reacciones adversas.

Palabras Clave: TBC-pulmonar, adhesión, factores de riesgo.

ABSTRACT

Background: Non-compliance with treatment regimes increases morbidity-mortality, perpetuates transmission and generates bacterial resistance. It is necessary to know incidence and associated factors to non-compliance for performance interventions.

Objective: Identify the factors that predict noncompliance with tuberculosis treatment in Neumology's department of Honorio Delgado Espinoza Hospital in the province of Arequipa, Perú 2010-2014.

Methods: Review of clinical histories of the patients with diagnosis of tuberculosis that are considered to be abandoned recovered of Neumology's department. The variables are related by means of correlation and analysis of variance, as well as frequencies.

Results: Of 52 patients, 76.92 % was of masculine sex, meeting major frequency between 18 to 28 years 34.6 %, residents of Arequipa city in 84.6 %, 48 % of the patients they are in extreme poverty and 42.3 % are poor, single in 38.5 %; 28.8 % don't have any children; the basic service that the majority accedes is the electrical service in 90.38 % and difficult access with 65.5 % of persons who don't possess outlet, 30.8 % of persons don't possess the service of pick up the garbage, 65.5 % of the population possesses own housing, 36.5 % recovers the father's paper in the home, 42.3 % of patients consumes illicit drugs, being the alcohol the most frequent in 66.3 %, of the total of patients who left the treatment 38.5 % presented allergic Reaction to the medicines; dermal in 35 %, hepatic in 25 %, gastric in 20 %; 42 % leaves the treatment for feeling better, 30 % for allergic reaction to the medicines, 15 % to present some addiction and 11.6 % for economic reasons; 48 % of patients was once hospitalization, 32.7 % second time, 13.5 % third time; the most frequent hospitable stay was 1 to 2 weeks with 63.5 %; only 32.7 % of patients gave itself to the escape during his hospitable stay; 32.7 % of patients took again the treatment spent more than 8 months of abandon, in relation that demonstrate the number of abandons and the degree of instruction if it presents good intensity since the value p found $p=0.038$ which does not overcome the value limit ($p < 0.05$) presenting a relation of good intensity; in relation that the number of abandons demonstrate and if his disease recognizes if he presents good intensity since the value p found $p=0.026$.

Conclusion: modifiable factors Exist as degree of instruction, addictions, economic situation that they influence in a significant way which the patient leaves the treatment, as well as not modifiable as presence of adverse reactions to the medicine.

Key words: TBC-pulmonary, adhesion, risk factors.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la tuberculosis pulmonar drogo-sensible es una enfermedad prevenible y curable sin embargo continúa siendo el mayor problema de salud pública en el mundo, debido a su gran morbilidad y mortalidad, nuestro país aún mantiene la más alta tasa de incidencia de tuberculosis en Latino América, siendo además el país con mayor número de casos de multi-fármaco-resistencia.

El abandono en el tratamiento antituberculoso no es un problema ajeno a nuestra realidad local, por el contrario ello aún persiste constituyendo una gran barrera para el control de la enfermedad que como es conocido, tiene un elevado porcentaje de prevención y cura.

Identificar los factores que influyen la probabilidad de abandonar el tratamiento es el primer paso para el diseño de intervenciones que mejoren la adherencia al tratamiento y el control de la enfermedad.

En un esfuerzo por asegurar la adherencia al tratamiento, la comunidad médico-científica ha desarrollado la modalidad o estrategia conocida como DOTS (Directly Observed Treatment Short Course), que consiste en la toma de los medicamentos antituberculosos por parte del paciente en presencia del personal de salud, en la mayoría de los casos, en el servicio de salud. La incorporación del DOTS constituye actualmente una de las principales recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los programas de control de la tuberculosis de todo el mundo en su

lucha por el control de la enfermedad, a pesar de esta gran estrategia existen muchos otros factores asociados acorde a nuestra realidad local que implican en definitiva, persistencia de la enfermedad, su transmisibilidad y desarrollo de fármaco-resistencia; situaciones relacionadas a fracaso del tratamiento farmacológico.

La prevalencia, mide la carga o volumen de enfermedad, y para el caso de la Tuberculosis, representan los casos nuevos (incidencia) más los casos que fracasaron al tratamiento, los que tuvieron recaídas y los abandonos recuperados. El año de mayor prevalencia se produjo a comienzos de los años 90, cuando se registraban alrededor de 2 000 casos por año, siendo 1992 el año en que se declara la emergencia sanitaria y se inicia un periodo de gran apoyo.

La tasa ha disminuido en la región Arequipa 28.29 casos por cada 100,000 habitantes, versus 55.4 casos del nivel nacional según cifras del 2010, cifras que pueden ser modificadas favorablemente con un enfoque multidisciplinario en reconocer tempranamente aquellos factores que determinen y/o propicien la no adherencia al tratamiento antituberculoso.

Se ha registrado al finalizar el año 2013 a 628 casos nuevos de tuberculosis, 46 casos menos que el año anterior es decir un 6,8 % menos que el año 2012, de los cuales 476 fueron casos de Tuberculosis Pulmonar (75,7 %) y 152 casos fue Tuberculosis extrapulmonar según el informe del plan de desarrollo regional Arequipa - 2013.

Estos indicadores epidemiológicos de la Tuberculosis en Arequipa nos demuestran el verdadero rostro de la enfermedad. Los casos nuevos que reflejan la incidencia, nos habla claramente de que en los últimos años el descenso es muy lento, a pesar de tener nuevos esfuerzos, relacionados con los costos del tratamiento en casos con reacciones adversas medicamentosas, o resistentes a algunas drogas. La prevalencia, representa aún los problemas relacionados con las recaídas, los abandonos recuperados y los fracasos al tratamiento respectivamente.





CAPÍTULO I

MATERIALES Y MÉTODOS

CAPÍTULO I

MATERIALES Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1. Técnicas:

El presente estudio se aplicó la técnica de observación documental de las historias clínicas, proporcionada por el servicio de Neumología en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

1.2. Instrumentos:

El instrumento que se utilizó consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1)

1.3. Materiales:

- Fichas de investigación para recolección de datos
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial

El presente estudio se realizó en la ciudad de Arequipa, en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza perteneciente a la Red Asistencial Arequipa del Ministerio de Salud.

2.2. Ubicación temporal

El estudio se realizó en forma histórica en el periodo de 5 años comprendidos entre 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014.

2.3. Unidades de estudio

Pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar sensible considerados abandonos recuperados, hospitalizados en el servicio de Neumología en el periodo 2010-2014

a) Población

Pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Nacional Honorio Delgado Espinoza que hayan abandonado el tratamiento durante el periodo 2010-2014 considerados como abandonos recuperados.

b) Muestra

Se trabajó con las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Nacional Honorio Delgado Espinoza que cumplieron con los criterios de inclusión.

• **Criterios de inclusión**

- Pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar.
- Pacientes de mínimo 18 años de edad.
- Pacientes que abandonaron el tratamiento como mínimo 30 días.
- Pacientes que hayan estado hospitalizados en el servicio de Neumología de enero 2010 a diciembre 2014.

• **Criterios de exclusión**

- Fichas de recolección de datos incompletas por Historias Clínicas con datos incompletos.
- Paciente diagnosticados con tuberculosis extrapulmonar.
- Pacientes menores de 18 años.
- Paciente con tuberculosis extrapulmonar, sin compromiso pulmonar aparente.
- Pacientes cuyas historias clínicas se encuentren incompletas o ilegibles.
- Pacientes cuyas historias clínicas se encuentren ausentes en el momento de recolección de datos.

3. Tipo de investigación:

Es un estudio descriptivo, retrospectivo.

4. Estrategia de recolección de datos

4.1. Organización

Previa autorización para la realización del estudio, se realizó recolección de datos mediante la revisión de historias clínicas del Servicio de Neumología en el Hospital Honorio Delgado Espinoza de la ciudad de Arequipa.

Una vez concluida la recolección de datos, estos fueron organizados en base de datos para su posterior interpretación y análisis.

4.2. Validación de instrumentos

No se requirió validación por tratarse de un instrumento para recoger información.

4.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en la hoja de cálculo electrónica Excel 2010.

c) **Plan de Codificación**

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

d) **Plan de Recuento:**

El recuento de datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) **Plan de Análisis:**

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias para las variables categóricas. La comparación de variables categóricas entre grupos se evaluó mediante la prueba Chi cuadrado, considerando significativo un valor de $p < 0.05$. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSS v.19.0



CAPÍTULO II

RESULTADOS

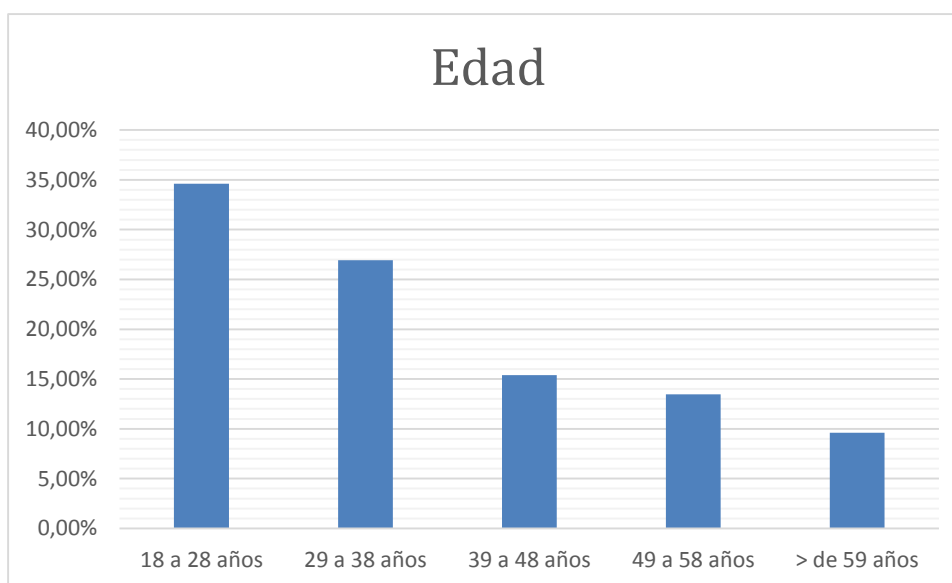
“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
18 a 28 años	18	34,6	34,6	34,6
19 a 38 años	14	26,9	26,9	61,5
39 a 48 años	8	15,4	15,4	76,9
49 a 58 años	7	13,5	13,5	90,4
Más de 59 años	5	9,6	9,6	100,0
Total	52	100,0	100,0	

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

GRÁFICA 1: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDAD



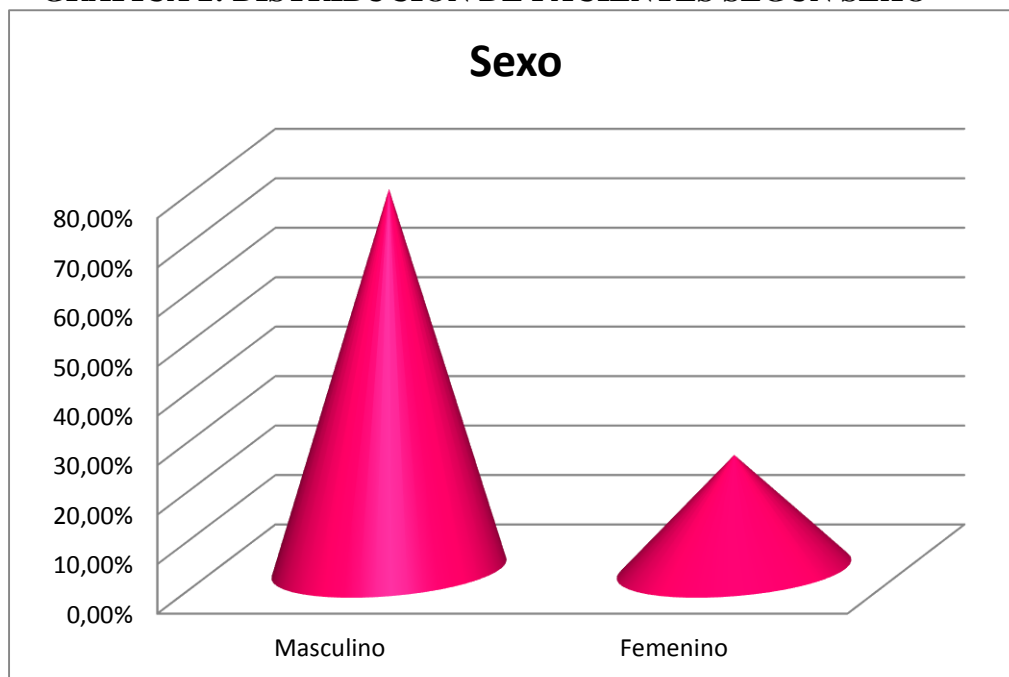
En la **Tabla 1 y Gráfico 1** de análisis de la edad del paciente se logra apreciar que el 34.62% está en la edad de 18 a 29 años, luego con el 26.92% la edad entre 29 a 38 años, seguidamente con el 15.38% está la edad de 39 a 48 años, índices menores tenemos el 13.46% entre 49 y 58 años, con el 9.61% la edad más de 50 años.

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN SEXO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	40	76,9	76,9
	Femenino	12	23,1	100,0
	Total	52	100,0	100,0

GRÁFICA 2: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN SEXO



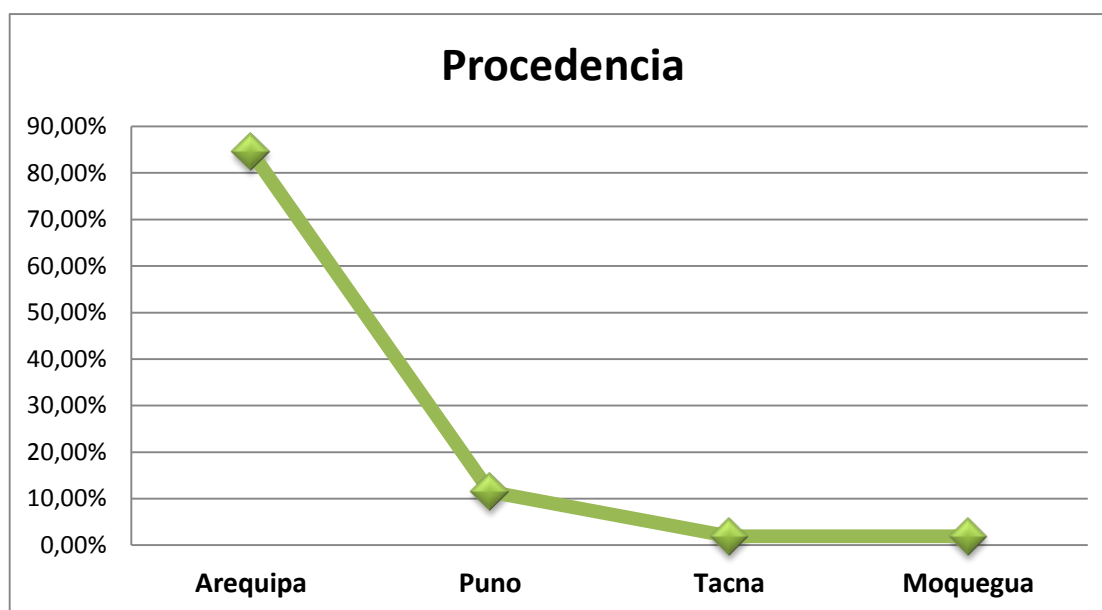
En la **Tabla y Gráfico 2** del análisis del sexo del encuestado el 76.92% es de sexo masculino y sólo el 23.08% es de sexo femenino.

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN PROCEDENCIA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Arequipa	44	84,6	84,6	84,6
Puno	6	11,5	11,5	96,2
Tacna	1	1,9	1,9	98,1
Moquegua	1	1,9	1,9	100,0
Total	52	100,0	100,0	

GRÁFICA 3: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN PROCEDENCIA



En la **Tabla y Gráfica 3** en cuanto a la Procedencia de pacientes abandonadores el 84.62% son de Arequipa, seguidamente con el 11.54% proceden de Puno y escalas menores con el 1.92 de Tacna y 1.92 de Moquegua respectivamente.

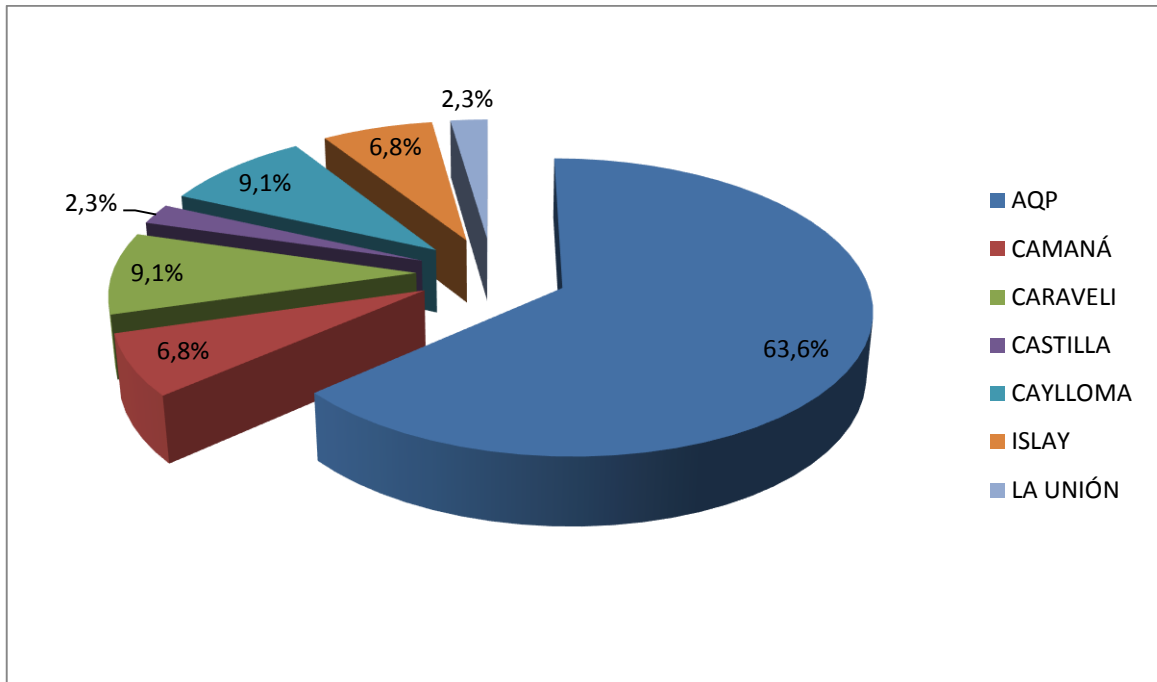
“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN DEPARTAMENTO DE AREQUIPA

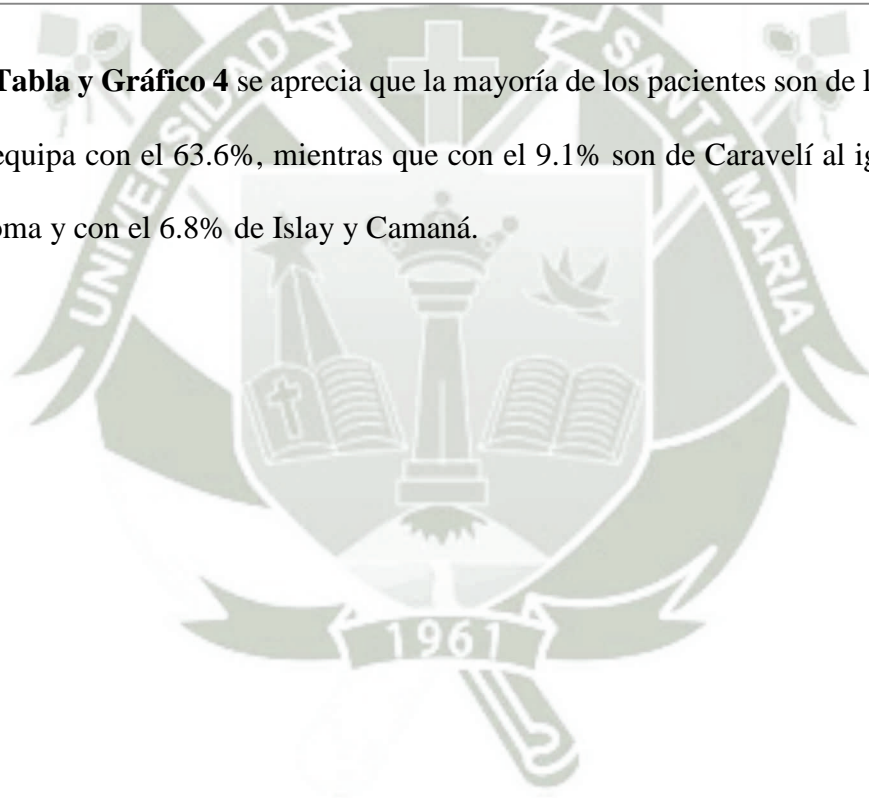
	Frecuencia	Porcentaje
AQP	28	63.6
CAMANÁ	3	6.8
CARAVELI	4	9.1
CASTILLA	1	2.3
CAYLLOMA	4	9.1
ISLAY	3	6.8
LA UNIÓN	1	2.3
Total	44	100.0

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

GRÁFICA 4: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN DEPARTAMENTO DE AREQUIPA



En el **Tabla y Gráfico 4** se aprecia que la mayoría de los pacientes son de la provincia de Arequipa con el 63.6%, mientras que con el 9.1% son de Caravelí al igual que de Caylloma y con el 6.8% de Islay y Camaná.

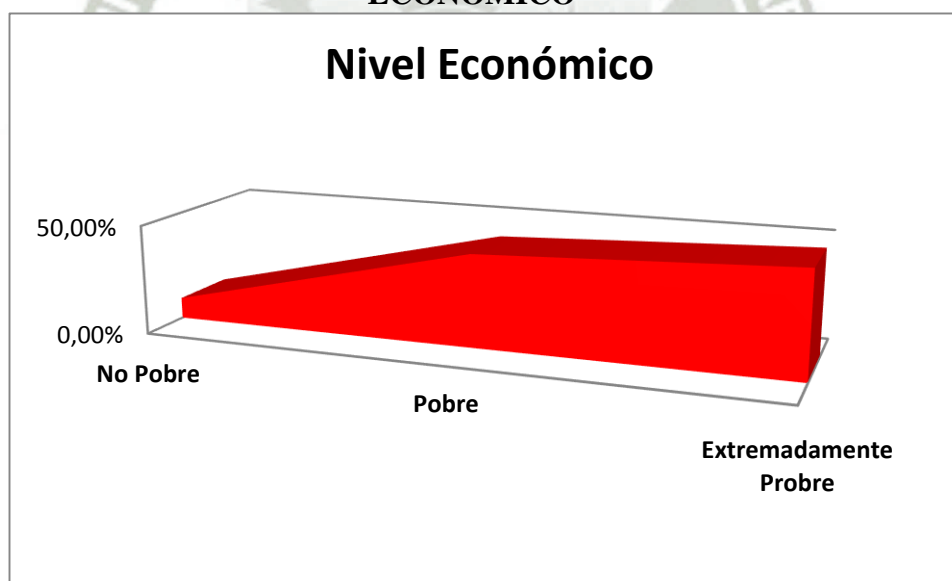


“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

TABLA 5 : DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ESTADO ECONÓMICO

		Estado económico			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No pobre	5	9,6	9,6	9,6
	Pobre	22	42,3	42,3	51,9
	Extremadamente pobre	25	48,1	48,1	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

GRÁFICA 5 : DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ESTADO ECONÓMICO



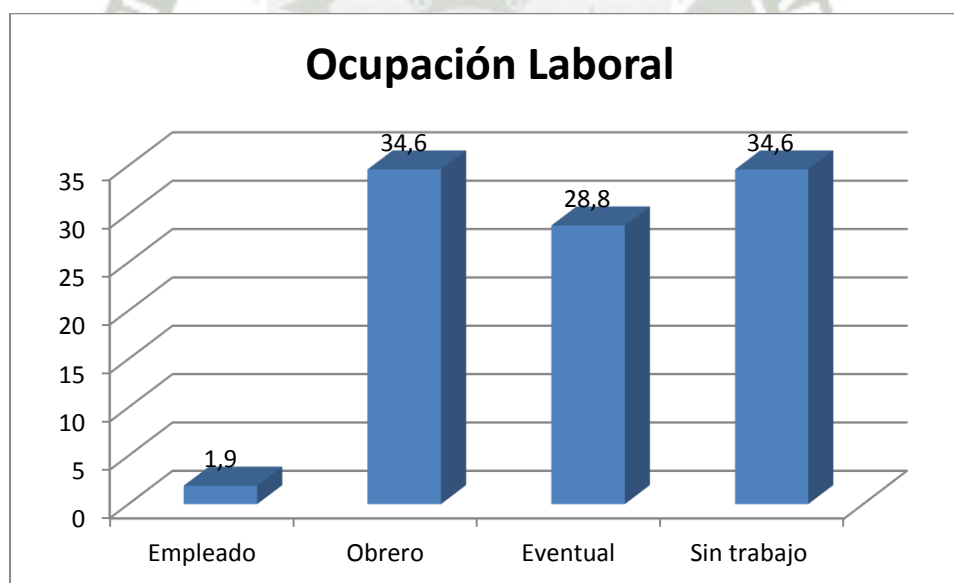
En el análisis del Estado económico descrito en la **Tabla y Gráfica 5**, la mayoría de los pacientes son de una situaciones económica extremadamente pobre con el 48.1%, mientras que una escala similar esta con el 42.31% los que son pobres y al final con el 9.6% los que no son pobres según el INEI y su escala.

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN OCUPACIÓN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Empleado	1	1,9	1,9	1,9
Obrero	18	34,6	34,6	36,5
Válidos Eventual	15	28,8	28,8	65,4
Sin trabajo	18	34,6	34,6	100,0
Total	52	100,0	100,0	

GRÁFICA 6: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN OCUPACIÓN



En el **Tabla y Gráfico 6** se aprecia que en cuanto a la Condición laboral de los pacientes se logra apreciar que el 34.62% son desempleados e igual similitud esta con los obreros, con el 28.85% son de trabajo eventual y al final con el 1.9% los que son empleados ya sean estatales o particulares.

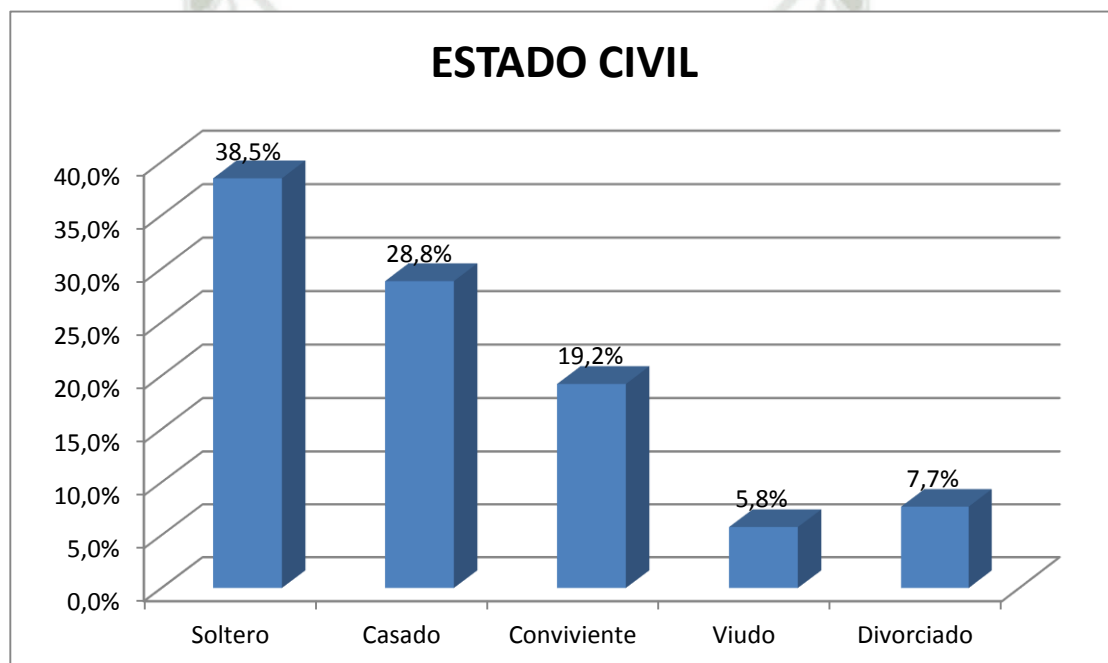
“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ESTADO CIVIL

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	20	38.5
Casado	15	28.8
Conviviente	10	19.2
Viudo	3	5.8
Divorciado	4	7.7
Total	52	100,0

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

GRÁFICA 7: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ESTADO CIVIL



En la **Tabla y Gráfica 7** se aprecia que en cuanto al estado civil de los pacientes la mayoría son solteros con el 38.5%, mientras que los casados son el 28.8%, con el 19.2% los que son convivientes y divorciados son el 7.7% al final los viudos con el 5.8%.

**“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de
tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el
servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años
2010- 2014”**

TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN CON QUIEN VIVE

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Solo	17	32,7	32,7	32,7
Válidos Acompañado	35	67,3	67,3	100,0
Total	52	100,0	100,0	

GRÁFICA 8: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN CON QUIEN VIVE



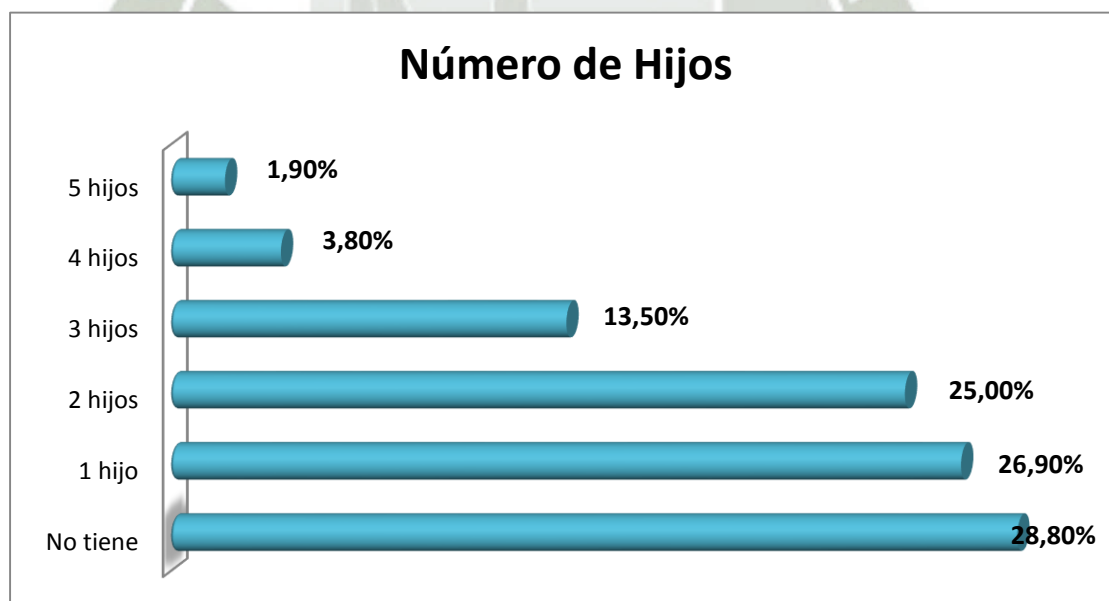
En la **Tabla y Gráfico 8** se aprecia que en cuanto al análisis de con quien viven los pacientes que lo hacen acompañados son el 67.31%, mientras que con el 32.69% viven solos.

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

TABLA 9: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN NÚMERO DE HIJOS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	15	28,8	28,8	28,8
1 hijo	14	26,9	26,9	55,8
2 hijos	13	25,0	25,0	80,8
Válidos 3 hijos	7	13,5	13,5	94,2
4 hijos	2	3,8	3,8	98,1
5 hijos	1	1,9	1,9	100,0
Total	52	100,0	100,0	

GRÁFICA 9: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN NÚMERO DE HIJOS



En la **Tabla y Gráfico 9** se observa que de los pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso no tiene hijos el 28.8%, tiene 1 hijo el 29.6%, seguidamente con dos hijos el 25% y tres hijos el 13.4%.

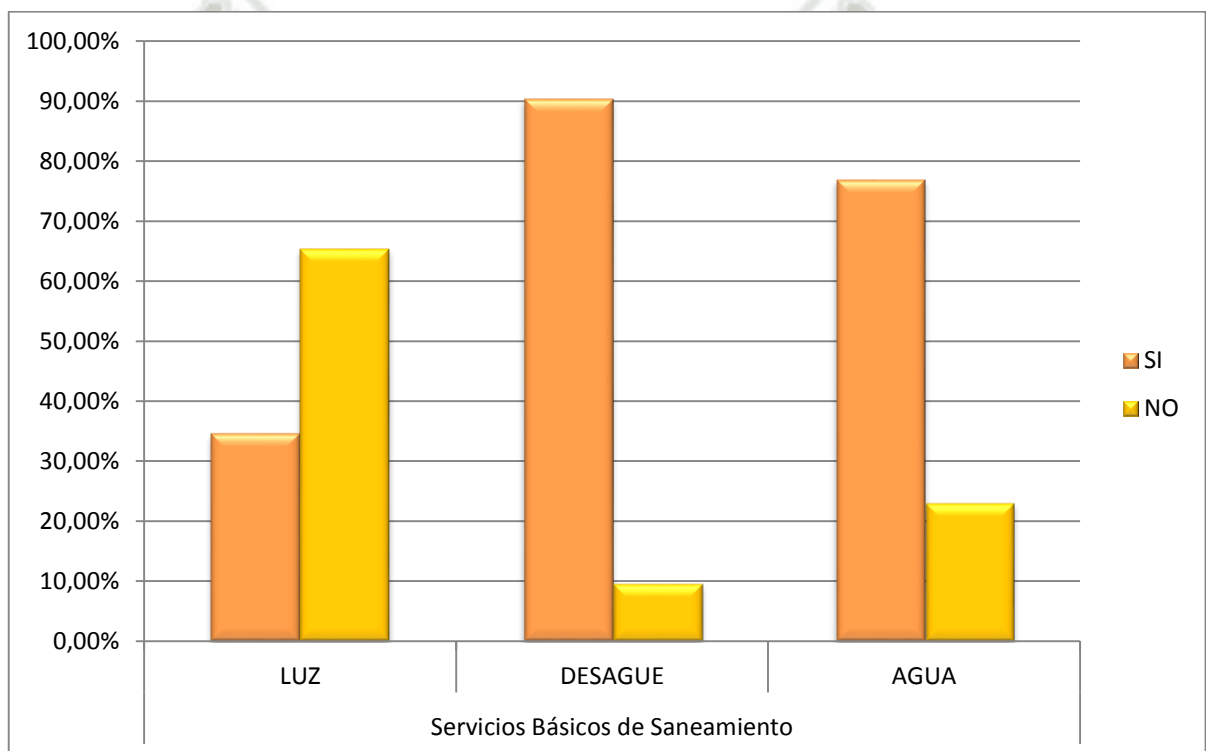
**“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de
tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el
servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años
2010- 2014”**

**TABLA 10: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ACCESO A
SERVICIOS DE SANEAMIENTO BÁSICO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Luz	No tiene	34	65,4	65,4	65,4
	Si tiene	18	34,6	34,6	100,0
	Total	52	100,0	100,0	
Desagüe	No tiene	5	9,6	9,6	9,6
	Si tiene	47	90,4	90,4	100,0
	Total	52	100,0	100,0	
Agua	No tiene	12	23,1	23,1	23,1
	Si tiene	40	76,9	76,9	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

GRÁFICA 10: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ACCESO A SERVICIOS DE SANEAMIENTO BÁSICO



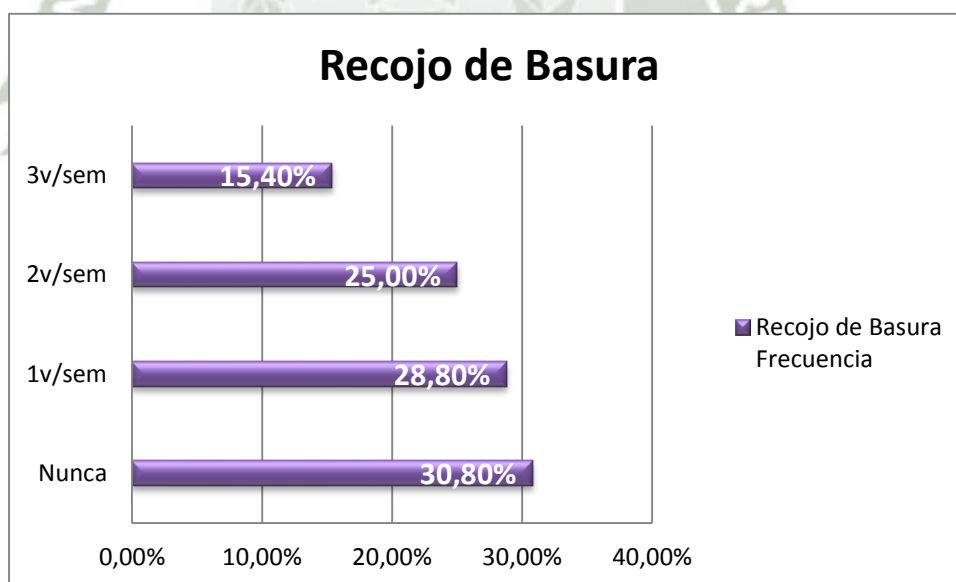
En la **Tabla y Gráfico 10** se puede apreciar que en cuanto al desarrollo del Servicio básico de agua cuentan con dicho servicio el 76.92%, mientras los que no son 23.08% así como en cuanto al desarrollo del Servicio básico de luz eléctrica; los pacientes que sí cuentan con el servicio son el 34.62%, mientras que los que no cuentan con dicho servicio son el 65.38% finalmente en cuanto al servicio básico de alcantarillado público se observa que no cuentan con él 9.61%, mientras que sí el 90.38%.

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

TABLA 11: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ACCESO A RECOJO DE BASURA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	16	30,8	30,8	30,8
1 vez a la semana	15	28,8	28,8	59,6
Válidos 2 veces a la semana	13	25,0	25,0	84,6
3 veces a la semana	8	15,4	15,4	100,0
Total	52	100,0	100,0	

GRÁFICA 11: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ACCESO A RECOJO DE BASURA



En la **Tabla y Gráfico 11** se aprecia que en cuanto al recojo de basura los pacientes que no cuentan con el servicio el 30.7%, mientras que 1 vez semanalmente son el 29.8%, de acuerdo a las zonas y los municipios son los que designan al recojo de basura en sus localidades.

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

TABLA 12: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIPO DE VIVIENDA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Propia	34	65,4	65,4	65,4
Alquilada	11	21,2	21,2	86,5
Válidos Eventual	4	7,7	7,7	94,2
No tiene	3	5,8	5,8	100,0
Total	52	100,0	100,0	

GRÁFICA 12: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIPO DE VIVIENDA



En la **Tabla y Gráfico 12** se observa que la distribución según el tipo de vivienda en los pacientes es: con el 65.3% propias, seguido del 21.1% alquilados y escalas menores de 7.6% eventual y 5.7% no tiene vivienda fija.

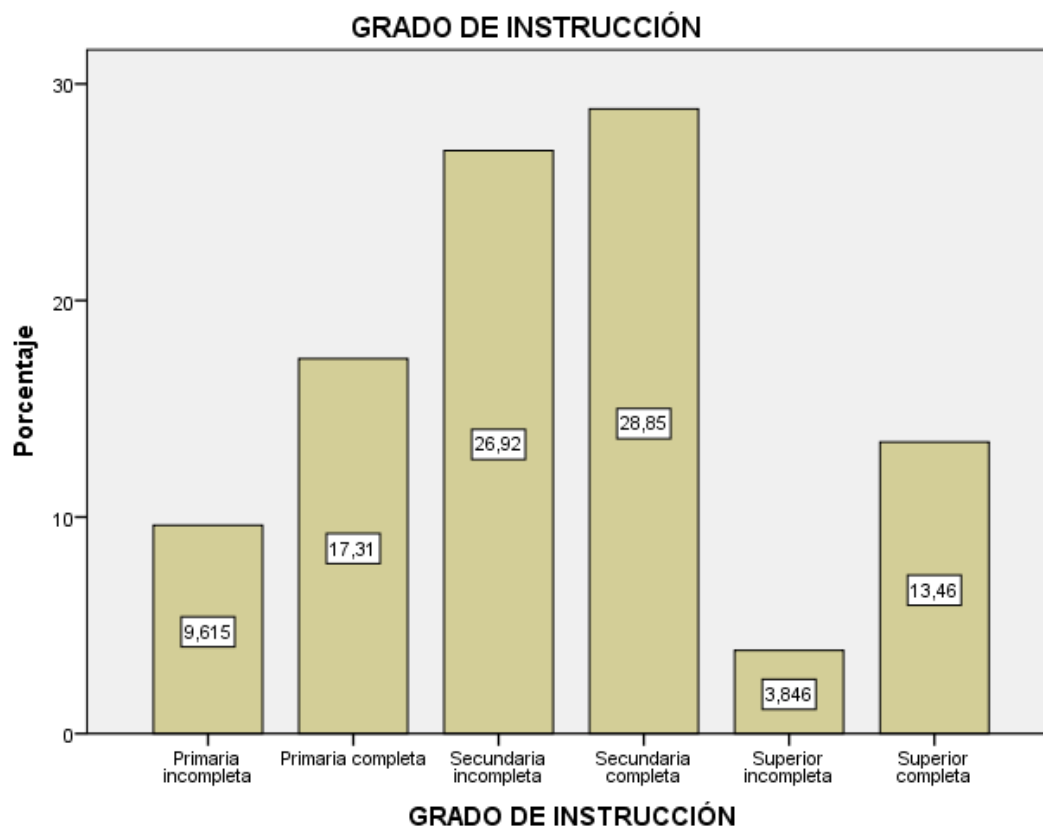
“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

TABLA 13: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primaria incompleta	5	9,6	9,6
	Primaria completa	9	17,3	26,9
	Secundaria incompleta	14	26,9	53,8
	Secundaria completa	15	28,8	82,7
	Superior incompleta	2	3,8	86,5
	Superior completa	7	13,5	100,0
	Total	52	100,0	100,0

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

GRÁFICA 13: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN



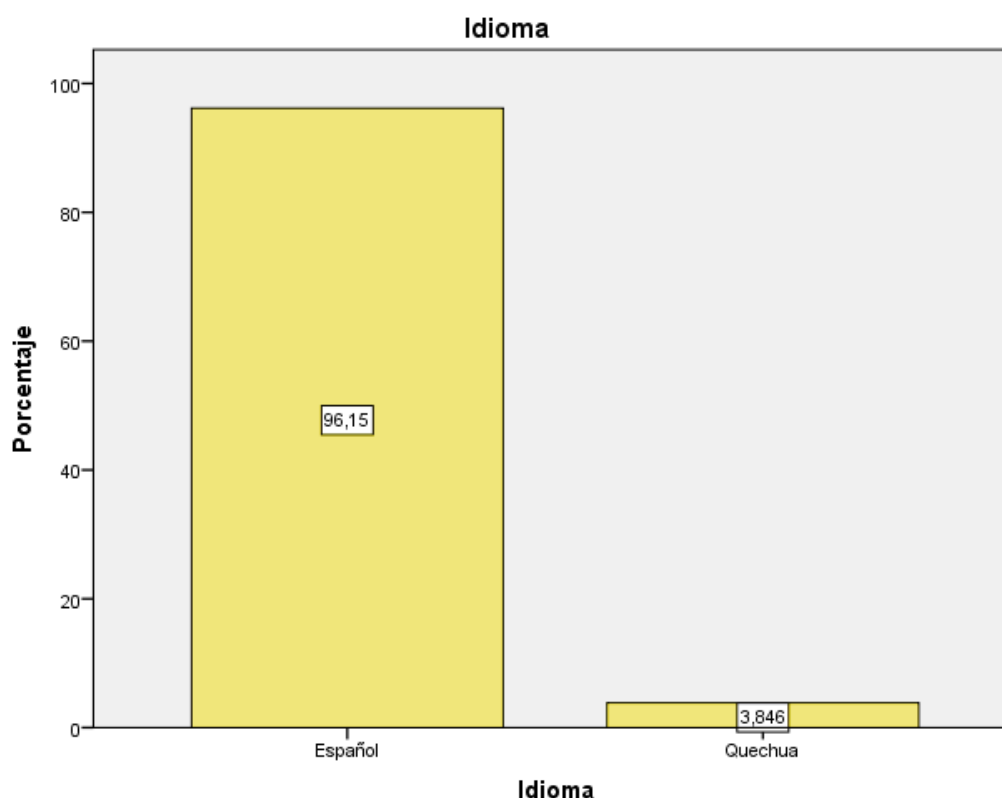
En la **Tabla y Gráfica 13** se aprecia que en cuanto al grado de instrucción el mayor índice con el 28.8% son de secundaria completa, mientras que con el 26.9% son secundaria incompleta. Aunque la suma de estudios incompletos es 40.37%.

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

TABLA 14: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN IDIOMA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Español	50	96,2	96,2
	Quechua	2	3,8	100,0
	Total	52	100,0	100,0

GRÁFICA 14: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN IDIOMA



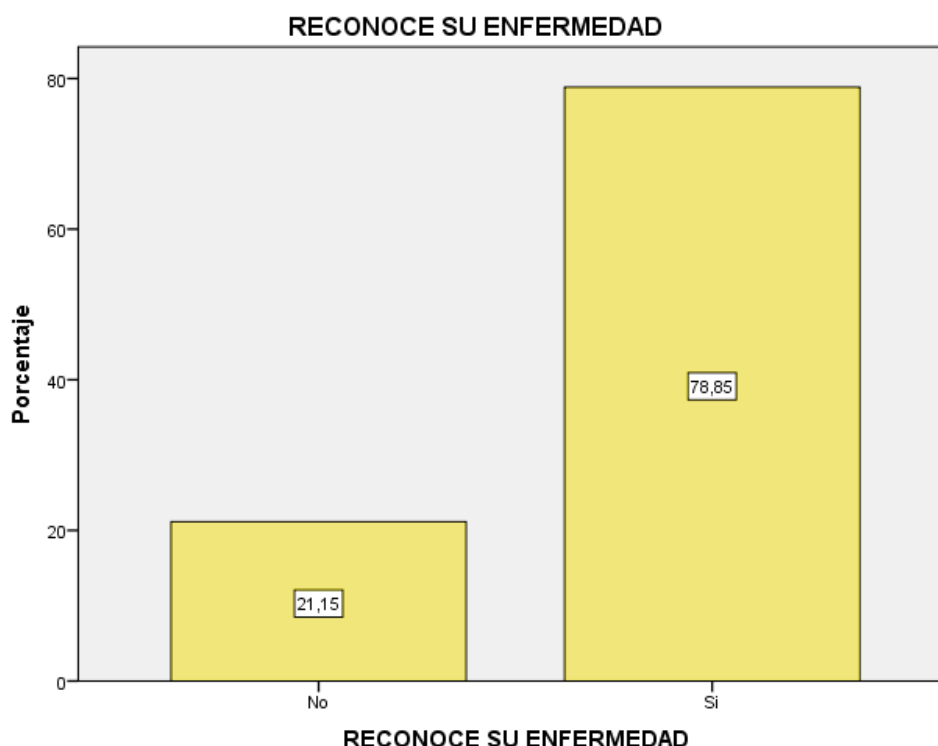
En la **Tabla y Gráfico 14** se aprecia que el idioma nativo y predominante en los pacientes es el castellano con el 96.1% mientras que los quechua hablantes son 3.8%.

**“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de
tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el
servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años
2010- 2014”**

**TABLA 15: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN RECONOCIMIENTO
DE ENFERMEDAD**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	11	21,2	21,2	21,2
Válidos Si	41	78,8	78,8	100,0
Total	52	100,0	100,0	

**.GRÁFICA 15: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN
RECONOCIMIENTO DE ENFERMEDAD**



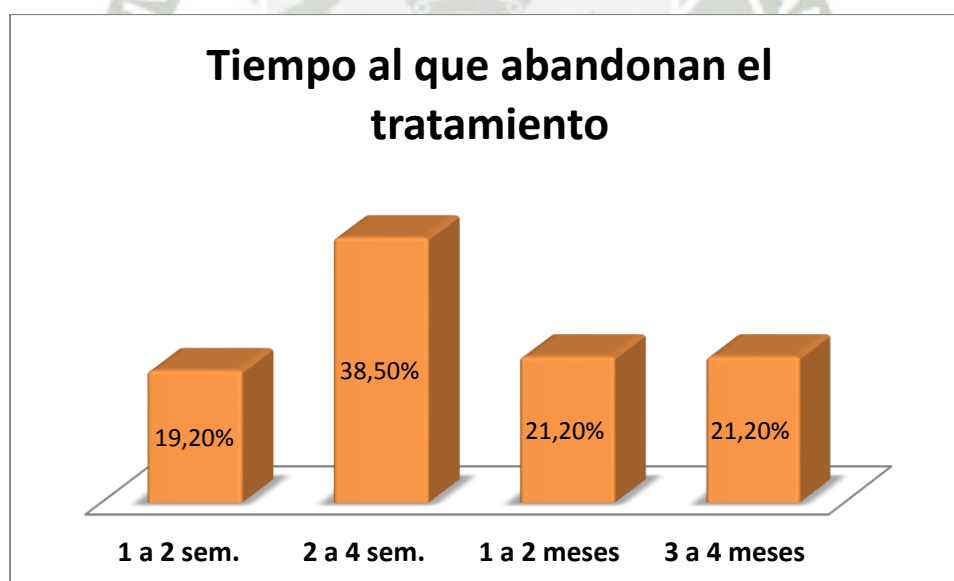
En la **Tabla y Gráfica 15** se aprecia que en cuanto al reconocimiento de su enfermedad, el 78.8% sí reconocen su enfermedad y la gravedad que conlleva tenerla en cambio solo el 21.1% no lo hace.

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

TABLA 16: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EL TIEMPO EN QUE ABANDONÓ EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 a 2 semanas	10	19,2	19,2	19,2
2 a 4 semanas	20	38,5	38,5	57,7
Válidos 1 a 2 meses	11	21,2	21,2	78,8
3 a 4 meses	11	21,2	21,2	100,0
Total	52	100,0	100,0	

GRÁFICA 16: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EL TIEMPO EN QUE ABANDONÓ EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO



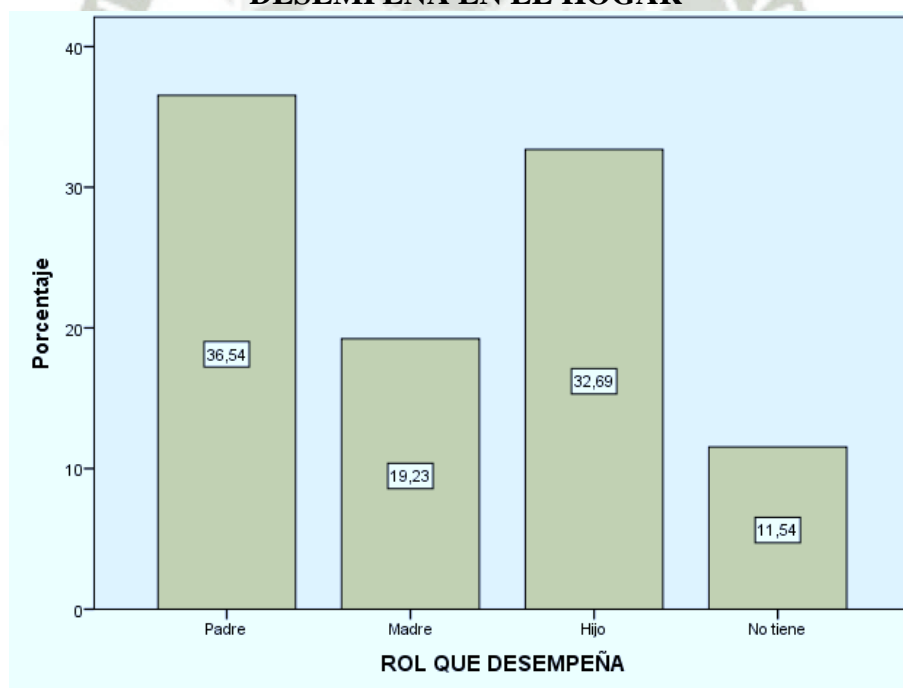
En la **Tabla y Gráfico 16** se aprecia que muchas personas abandonan el tratamiento con mayor frecuencia en el intervalo de 2 a 4 semanas con el 38,4%, y con el 21,1% de 1 a 2 semanas al igual que 3 a 4 semanas.

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

TABLA 17: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ROL QUE DESEMPEÑA EN EL HOGAR

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Padre	19	36,5	36,5	36,5
Madre	10	19,2	19,2	55,8
Válidos Hijo	17	32,7	32,7	88,5
No tiene	6	11,5	11,5	100,0
Total	52	100,0	100,0	

GRÁFICA 17: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ROL QUE DESEMPEÑA EN EL HOGAR



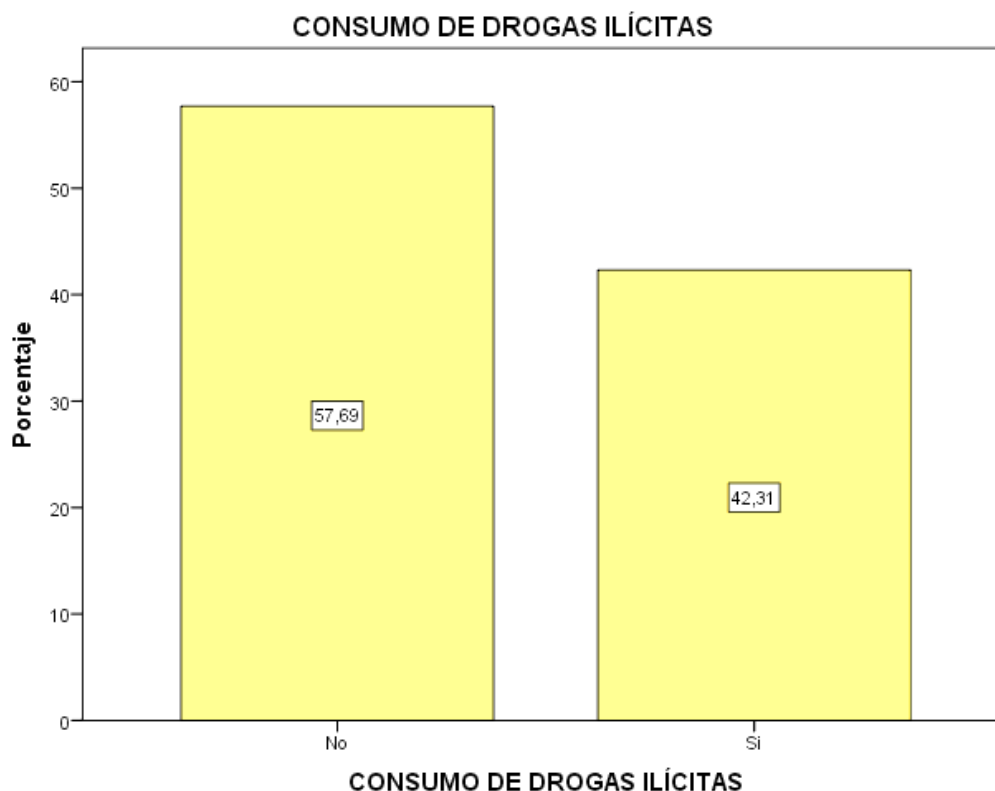
En la **Tabla y Gráfico 17** se aprecia que de las fichas de recolección de datos los pacientes en su mayoría son padres con el 36.5%, hijos con el 32.6%, madres con el 19.2%.

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

TABLA 18: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	30	57,7	57,7
	Si	22	42,3	100,0
Total	52	100,0	100,0	

GRÁFICA18: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS



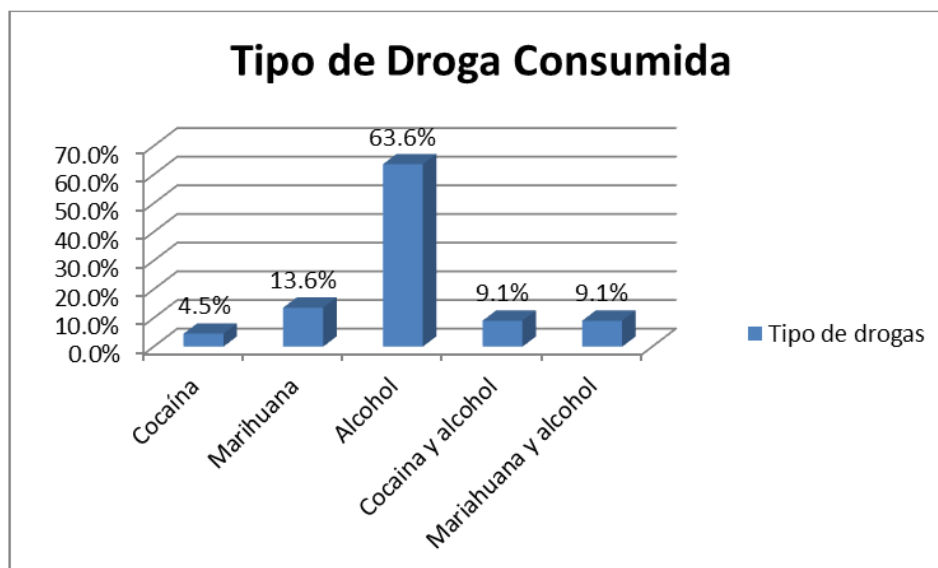
En la **Tabla y Gráfico 18** se aprecia que el consumo de drogas ilícitas en pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculosos es de 42.3%.

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

TABLA 19: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIPO DE DROGA CONSUMIDA

	Frecuencia	Porcentaje
Cocaína	1	4.5
Marihuana	3	13.6
Alcohol	14	63.6
Cocaína y alcohol	2	9.1
Marihuana y alcohol	2	9.1
Total	22	100.0

GRÁFICA 19: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIPO DE DROGA CONSUMIDA



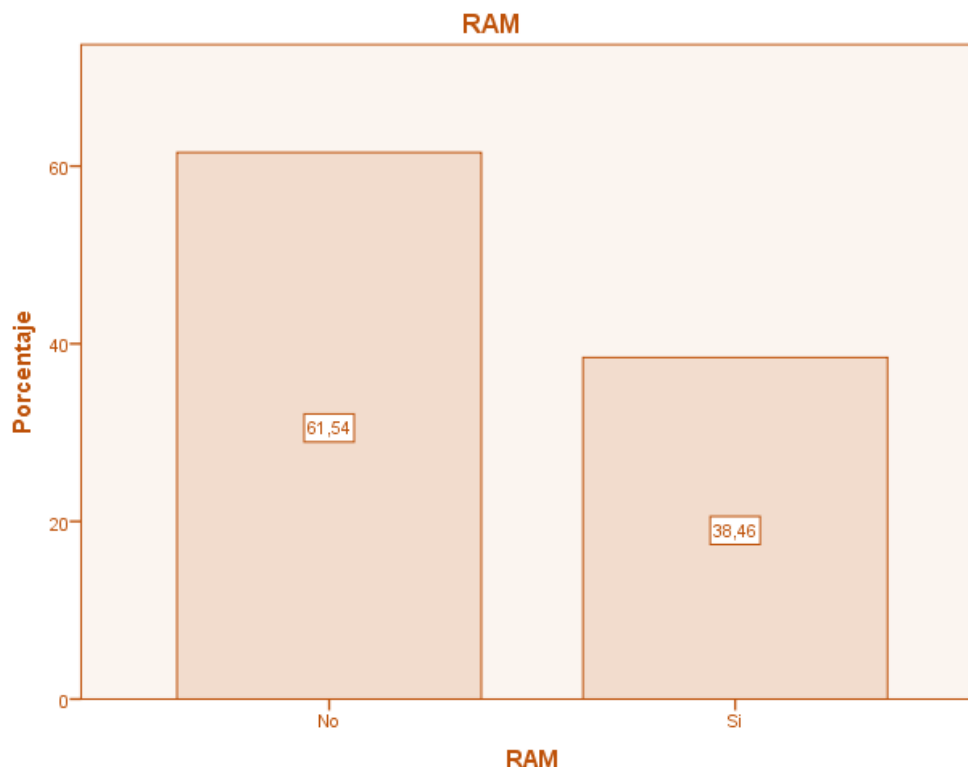
En la **Tabla y Gráfica 19** se aprecia que el tipo de drogas que más se consume en los pacientes que abandonan el tratamiento anti tuberculoso en un 63.6% es el alcohol, mientras otros pacientes optan por la marihuana con el 13.6% y combinaciones de cocaína con alcohol el 9.1% al igual proporción que la marihuana con el alcohol.

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

TABLA 20: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN PRESENTACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	32	61,5	61,5	61,5
	Si	20	38,5	38,5	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

GRÁFICA 20: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN PRESENTACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS



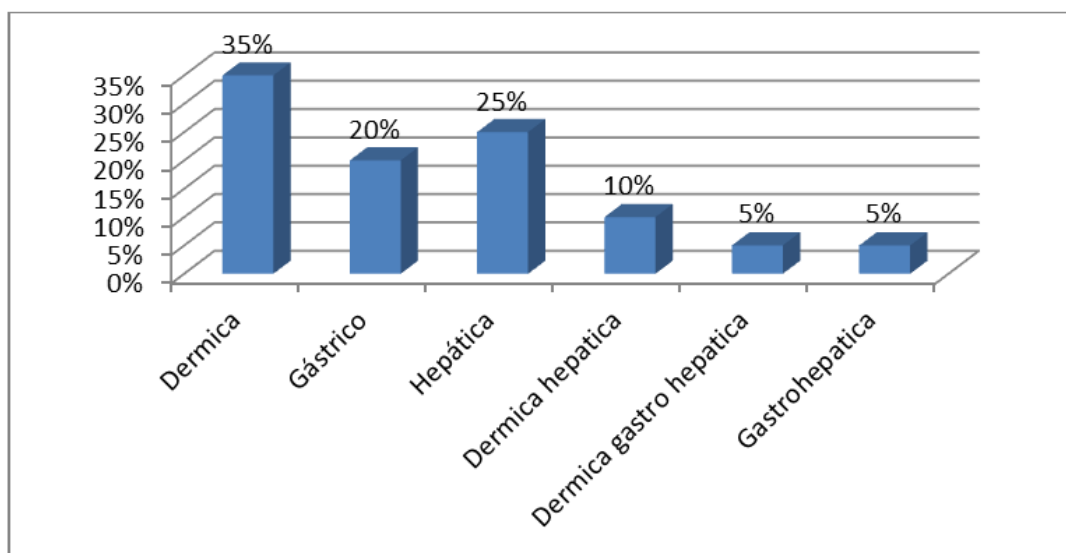
En la **Tabla y Gráfico 20** se aprecia que de los pacientes que abandonaron el tratamiento quienes presentaron reacciones adversas medicamentosas fue un 38.4%, mientras los que no presentaron fueron 61.5%.

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

TABLA 21: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIPO DE REACCIÓN ADVERSA MEDICAMENTOSA

	Frecuencia	Porcentaje
Dérmica	7	35
Gástrico	4	20
Hepática	5	25
Dérmica hepática	2	10
Dérmica-gástrica hepática	1	5
Gástrica-hepática	1	5
Total	20	100

GRÁFICA 21: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIPO DE REACCIÓN ADVERSA MEDICAMENTOSA



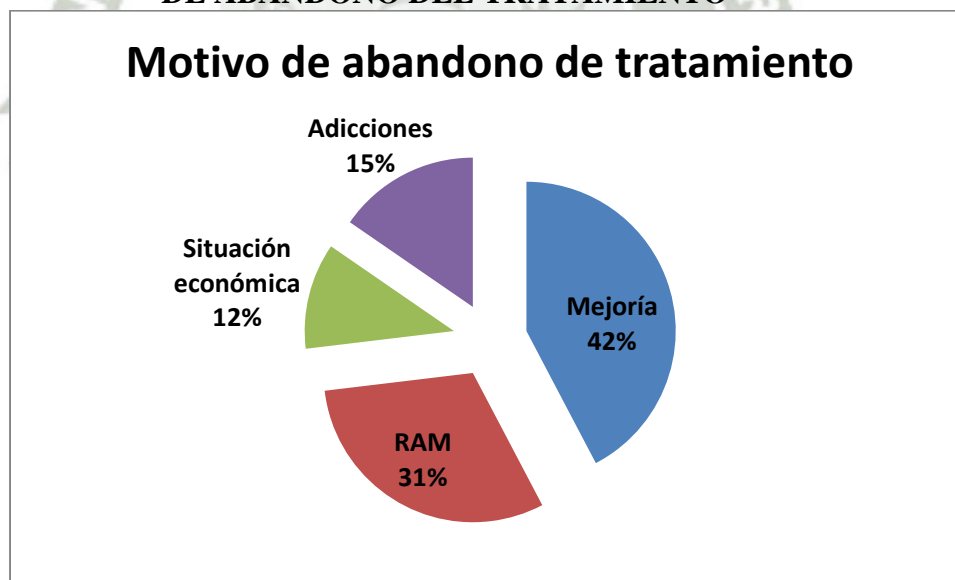
En la **Tabla y Gráfica 21** se aprecia que dentro de los pacientes que presentaron reacciones adversas; el 35% presentaron reacción dérmica, el 25% hepática, 20% gástrica y reacciones combinadas con el 10% dérmica hepática, 5% dérmica gástrica y 5% gástrica hepática.

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

TABLA 22: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN MOTIVO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mejoría	22	42,3	42,3	42,3
RAM	16	30,8	30,8	73,1
Válidos Falta de dinero	6	11,5	11,5	84,6
Adicciones	8	15,4	15,4	100,0
Total	52	100,0	100,0	

GRÁFICA 22: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN MOTIVO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO



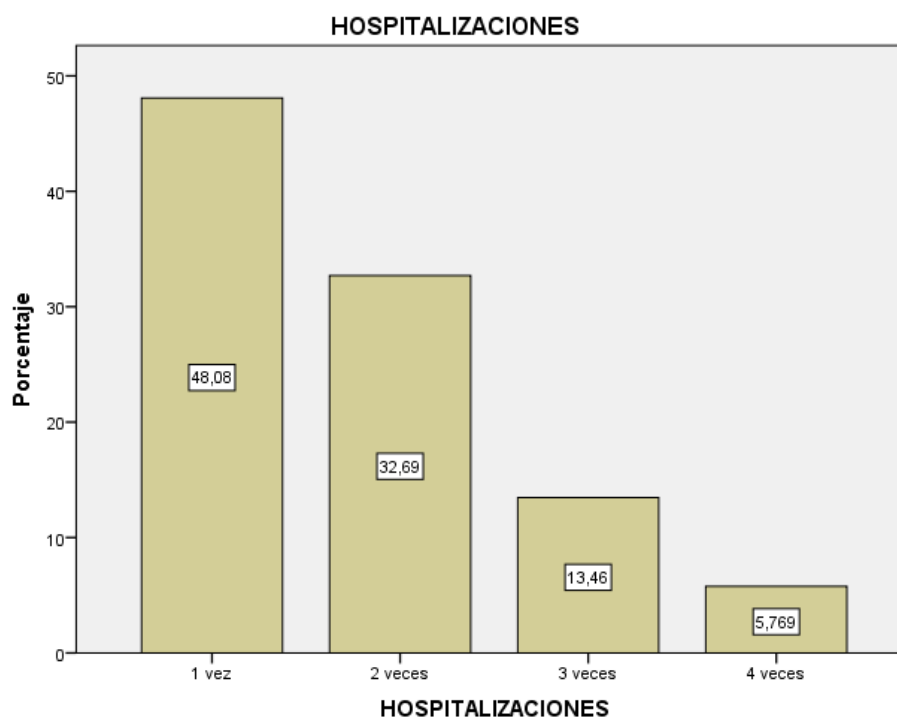
En la **Tabla y Gráfica 22** se aprecia que el motivo por el cual abandonaron el tratamiento el mayor porcentaje fue la mejoría en 42.3%, seguido de la presencia de reacciones adversas medicamentosas con el 30%. 15% abandonaron por ser adictos a alguna droga ilícita y el 11.5% por falta de dinero.

**“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de
tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el
servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años
2010- 2014”**

**TABLA 23: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN NÚMERO DE
HOSPITALIZACIONES DURANTE EL TRATAMIENTO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 vez	25	48,1	48,1	48,1
2 veces	17	32,7	32,7	80,8
Válidos 3 veces	7	13,5	13,5	94,2
4 veces	3	5,8	5,8	100,0
Total	52	100,0	100,0	

**GRÁFICA 23: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN NÚMERO DE
HOSPITALIZACIONES DURANTE EL TRATAMIENTO**



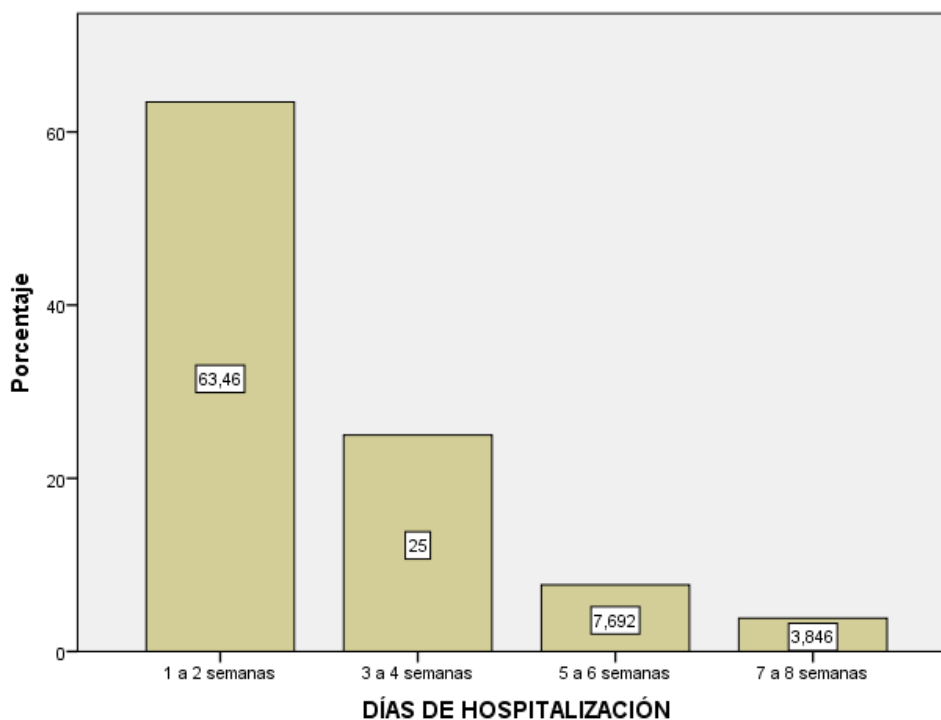
En la **Tabla y Gráfico 23** se aprecia que en cuanto a las hospitalizaciones la mayoría presentó una hospitalización con el 48.08%, mientras que con el 32.6% 2 veces y escalas menores de 13.46% 3 veces, 4 con el 5.7% los que han sido hospitalizados 4 veces.

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

TABLA 24: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 a 2 semanas	33	63,5	63,5	63,5
3 a 4 semanas	13	25,0	25,0	88,5
Válidos 5 a 6 semanas	4	7,7	7,7	96,2
7 a 8 semanas	2	3,8	3,8	100,0
Total	52	100,0	100,0	

GRÁFICA 24: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN



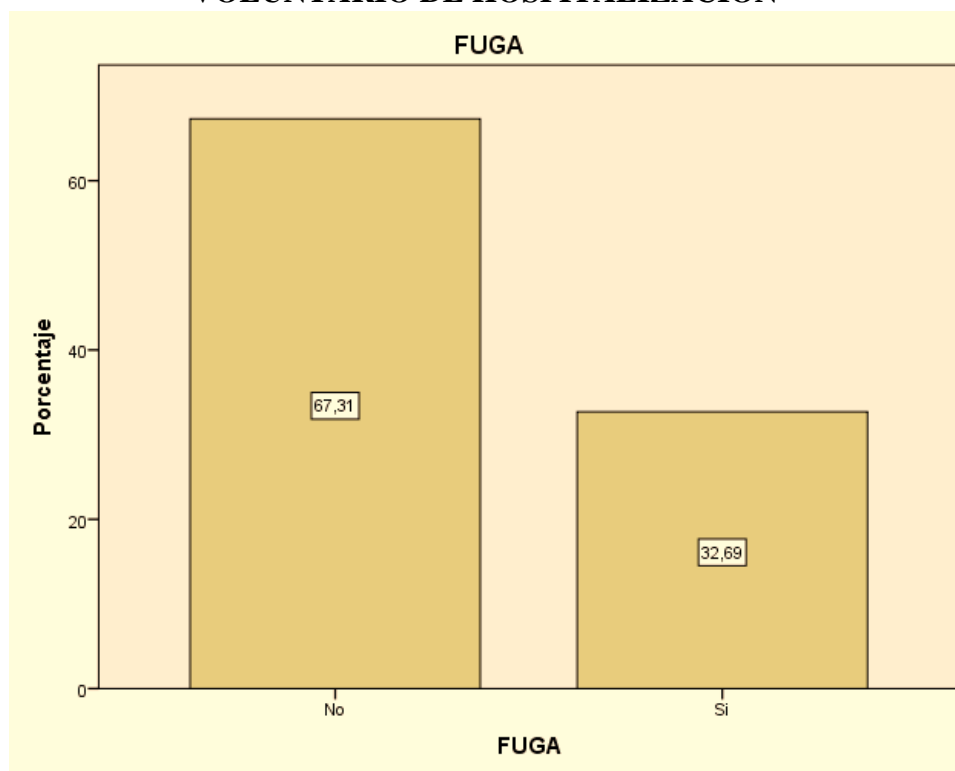
En la **Tabla y Gráfico 24** se aprecia que los días de estancia hospitalaria en su mayoría fueron de 1 a 2 semanas el 53.4%, otros con el 25% están de 3 a 4 semanas y 5 a 6 semanas son el 7.6%, al final con el 3.8% los que esta de 7 a 8 semanas.

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

TABLA 25: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ABANDONO VOLUNTARIO DE HOSPITALIZACIÓN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	35	67,3	67,3
	Si	17	32,7	100,0
	Total	52	100,0	100,0

GRÁFICA 25: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ABANDONO VOLUNTARIO DE HOSPITALIZACIÓN



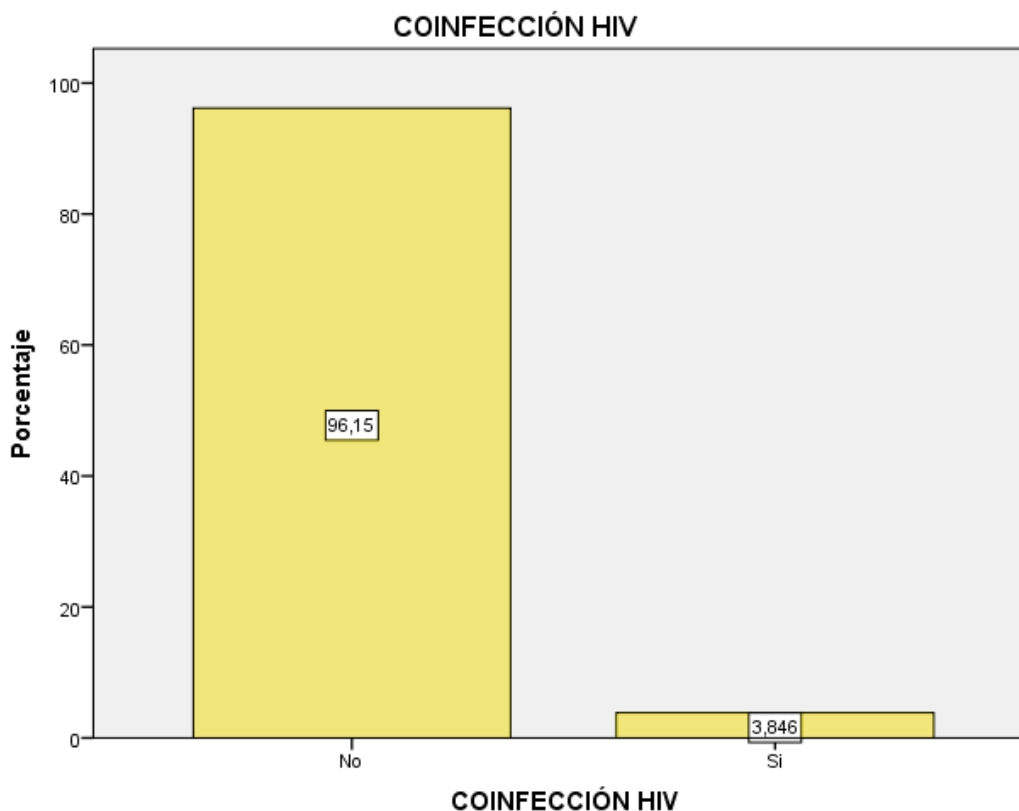
En la **Tabla y Gráfica 25** se aprecia que de los pacientes que han abandonado el tratamiento hospitalario, prefirieron la salida voluntaria de la hospitalización el 32.6% mientras que el 67.3% esperaron el Alta Médica.

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

TABLA 26: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN CO-INFECCIÓN CON HIV

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	50	96,2	96,2
	Si	2	3,8	100,0
Total	52	100,0	100,0	

GRÁFICA 26: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN CO-INFECCIÓN CON HIV



En la **Tabla y Gráfica 26** se aprecia que dentro de los pacientes que abandonaron el tratamiento el 3.8% tienen con infección con el virus de VIH.

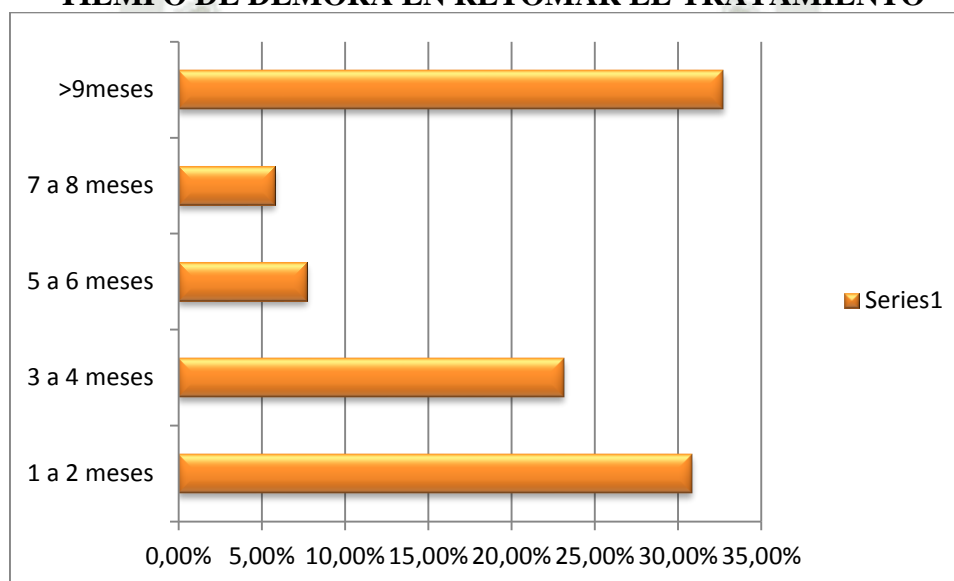
“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

TABLA 27: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN

TIEMPO DE DEMORA EN RETOMAR EL TRATAMIENTO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 a 2 meses	16	30,8	30,8	30,8
3 a 4 meses	12	23,1	23,1	53,8
5 a 6 meses	4	7,7	7,7	61,5
7 a 8 meses	3	5,8	5,8	67,3
Mas de 8 meses	17	32,7	32,7	100,0
Total	52	100,0	100,0	

GRÁFICA 27: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIEMPO DE DEMORA EN RETOMAR EL TRATAMIENTO



En la **Tabla y Gráfico 27** se aprecia que de los pacientes que abandonaron el tratamiento el 32.6% retornan después de más de 9 meses. Otros lo hacen después de 1 a 2 meses con el 30.7%, y de 3 a 4 meses con el 29.08%, en escalas menores están con el 7.6% los que retornaron entre 5 a 6 meses y al final con el 5.7% los que retornaron después de 7 a 8 meses.

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

TABLA 28: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN NÚMERO DE ABANDONOS AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 vez	37	71,2	71,2
	2 veces	13	25,0	96,2
	3 veces	2	3,8	100,0
	Total	52	100,0	100,0

GRÁFICA 28: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN NÚMERO DE ABANDONOS AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO



En la **Tabla y Gráfica 28** se aprecia que los pacientes que abandonan el tratamiento anti tuberculoso lo hacen una vez con el 71.1%, dos veces el 25% y tres veces el 3.8%.

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el

**servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años
2010- 2014”**

**TABLA 29: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN RELACIÓN ENTRE
TIEMPO EN QUE DEJÓ EL TRATAMIENTO Y TIEMPO DE RETORNO**

		TIEMPO DE RETORNO										Total	
		1 a 2 meses		3 a 4 meses		5 a 6 meses		7 a 8 meses		> de 9 meses			
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
TIEMPO EN QUE DEJÓ EL TRATAMIENTO	1 a 2 semanas	3	5.8	4	7.7	0	0.0	1	1.9	2	3.8	10	19.2
	2 a 4 semanas	6	11.5	4	7.7	2	3.8	0	0.0	8	15.4	20	38.5
	1 a 2 meses	5	9.6	2	3.8	1	1.9	0	0.0	3	5.8	11	21.2
	3 a 4 meses	2	3.8	2	3.8	1	1.9	2	3.8	4	7.7	11	21.2
Total		16	30.8	12	23.1	4	7.7	3	5.8	17	32.7	52	100.0

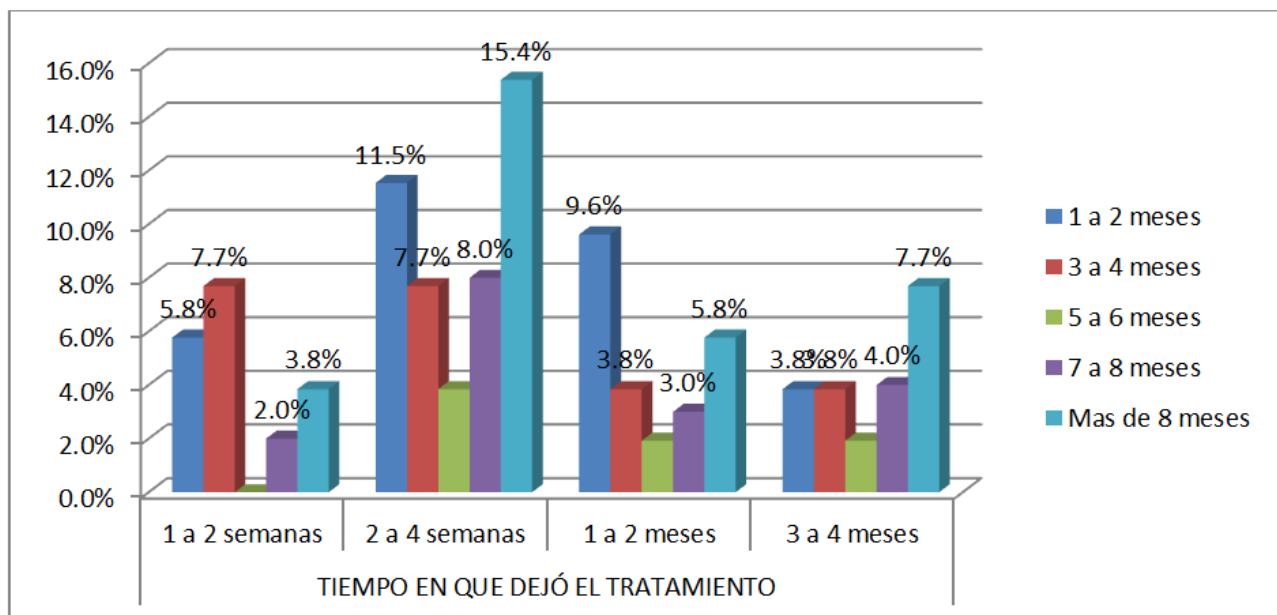
Chi2=9.858

p=0.628



“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

GRÁFICA 29: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN RELACIÓN ENTRE TIEMPO EN QUE DEJÓ EL TRATAMIENTO Y TIEMPO DE RETORNO



En la **Tabla y Gráfica 29** se aprecia la relación que manifiestan el tiempo que dejó el tratamiento y el tiempo de retorno los cuales no presentan significancia positiva ya que el valor p hallado $p=0.628$ supera al valor límite ($p<0.05$) no presentando una relación de significancia.

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

TABLA 30: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE ABANDONOS Y EL GRADO DE INSTRUCCIÓN

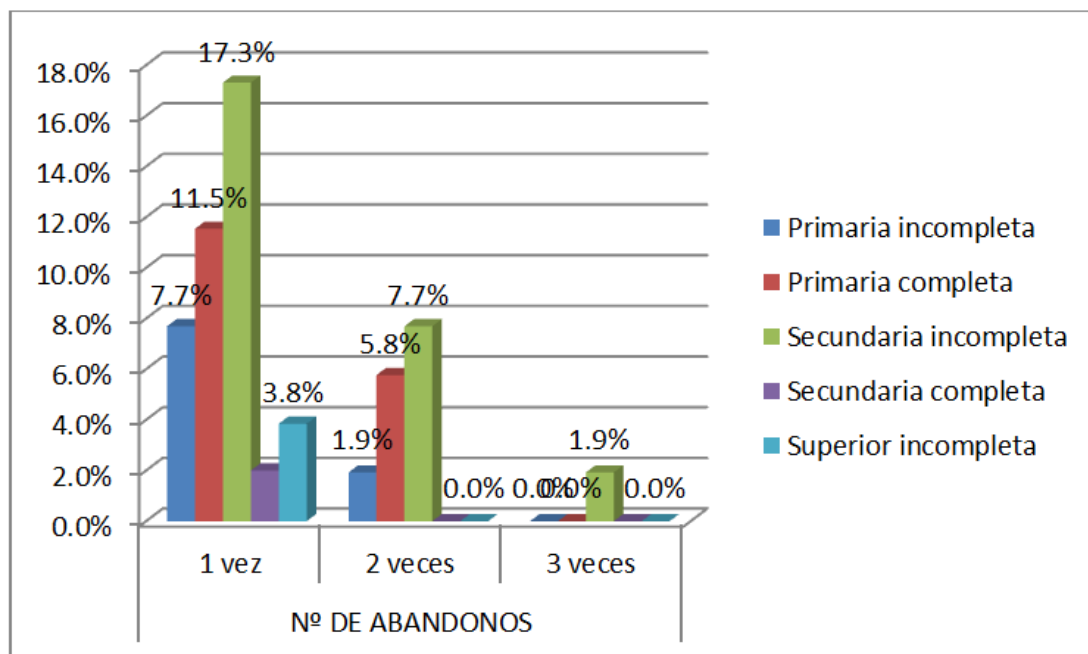
		GRADO DE INSTRUCCIÓN												Total	
		Primaria incompleta		Primaria completa		Secundaria incompleta		Secundaria completa		Superior incompleta		Superior completa			
		f	%	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%		
N° DE ABANDONOS	1 vez	4	7.7	6	11.5	9	17.3	11	21.2	2	3.8	5	9.6	37	71.2
	2 veces	1	1.9	3	5.8	4	7.7	3	5.8	0	0.0	2	3.8	13	25.0
	3 veces	0	0.0	0	0.0	1	1.9	1	1.9	0	0.0	0	0.0	2	3.8
Total		5	9.6	9	17.3	14	26.9	15	28.8	2	3.8	7	13.5	52	100.0

Chi2=3.065

p=0.038

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

GRÁFICA 30: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE ABANDONOS Y EL GRADO DE INSTRUCCIÓN



En la **Tabla y Gráfico 30** se aprecia la relación que manifiestan el número de abandonos y el grado de instrucción de los pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso, la cual sí presenta significancia positiva ya que el valor p hallado $p=0.038$ la cual no supera al valor límite ($p<0.05$) presentando una relación de significancia positiva.

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

TABLA 31: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN LA RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EL RETIRO VOLUNTARIO DE LA HOSPITALIZACIÓN

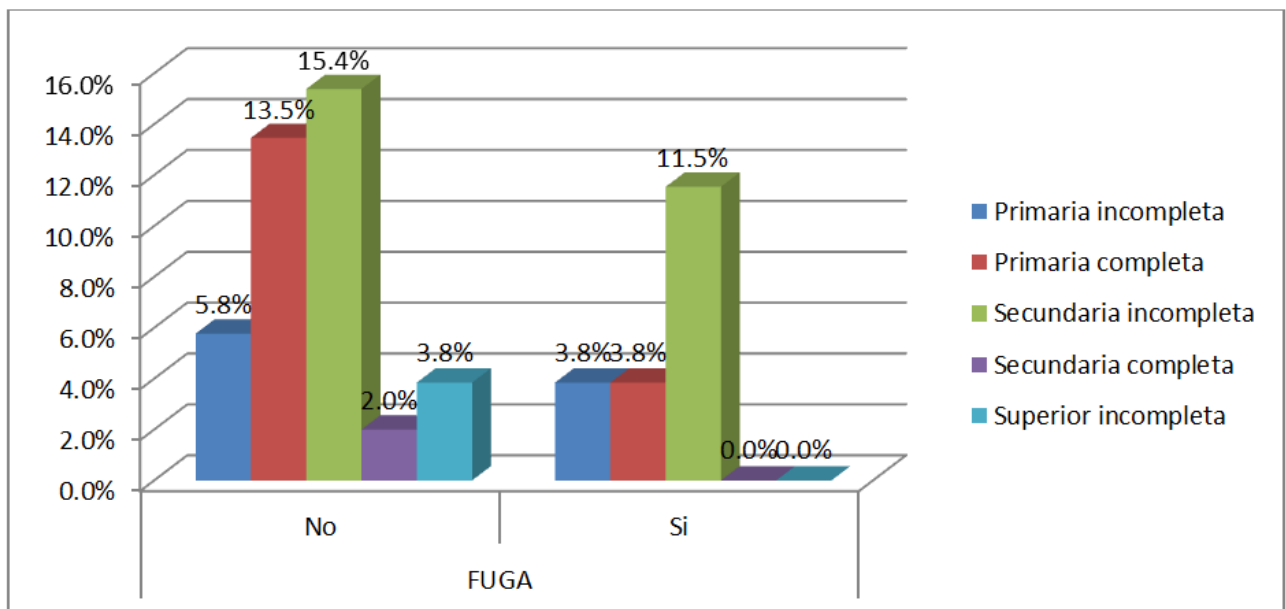
		GRADO DE INSTRUCCIÓN												Total	
		Primaria incompleta		Primaria completa		Secundaria incompleta		Secundaria completa		Superior incompleta		Superior completa			
		F	%	f	%	f	%	f	%	F	%	f	%		
FUGA	No	3	5.8	7	13.5	8	15.4	10	19.2	2	3.8	5	9.6	35	67.3
	Si	2	3.8	2	3.8	6	11.5	5	9.6	0	0.0	2	3.8	17	32.7
Total		5	9.6	9	17.3	14	26.9	15	28.8	2	3.8	7	13.5	52	100.0

Chi2=2.225

p=0.813

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

GRÁFICA 31: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN LA RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EL RETIRO VOLUNTARIO DE LA HOSPITALIZACIÓN



En la **Tabla y Gráfica 31** se aprecia la relación que manifiestan el grado de instrucción y el retiro voluntario de la hospitalización, las cuales no presenta significancia positiva ya que el valor p hallado $p=0.813$ supera al valor límite ($p<0.05$) no presentando una relación de significancia.

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

TABLA 32: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN LA RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE ABANDONOS Y EL RECONOCIMIENTO DE SU ENFERMEDAD.

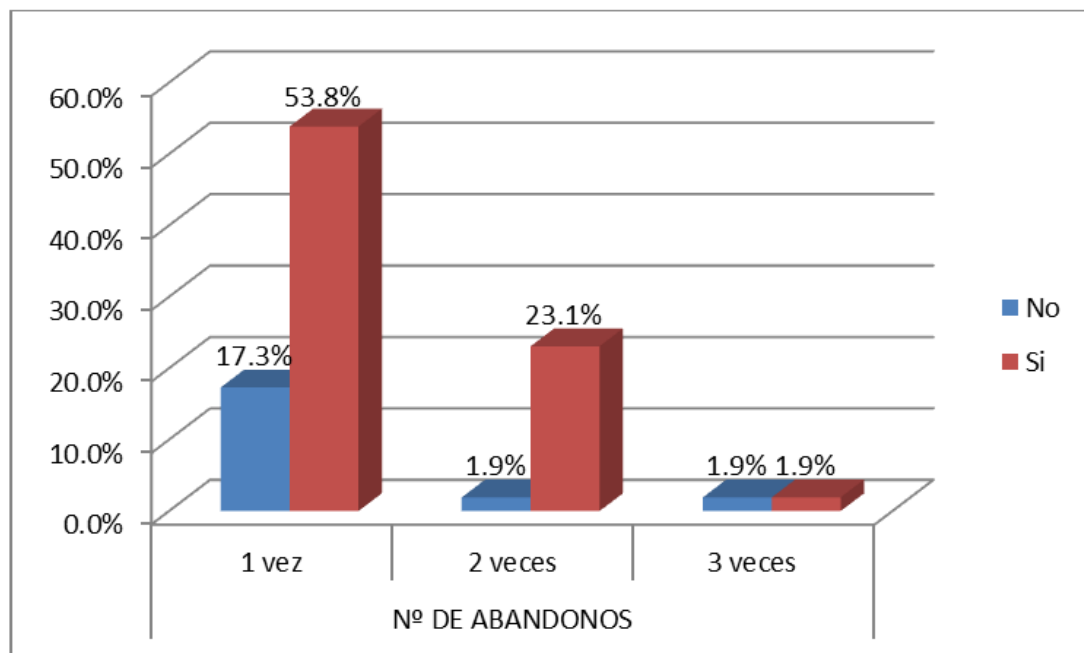
		RECONOCE SU ENFERMEDAD				Total	
		No		Si			
		f	%	f	%	f	%
N° DE ABANDONOS	1 vez	9	17.3	28	53.8	37	71.2
	2 veces	1	1.9	12	23.1	13	25.0
	3 veces	1	1.9	1	1.9	2	3.8
Total		11	21.2	41	78.8	52	100.0

Chi2=2.633

p=0.026

“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

GRÁFICA 32: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN LA RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE ABANDONOS Y EL RECONOCIMIENTO DE SU ENFERMEDAD.



En la **Tabla y Gráfica 32** se aprecia que en la relación que manifiestan el número de abandonos y si reconoce o no su enfermedad; sí presenta significancia positiva ya que el valor p hallado $p=0.026$ la cual no supera al valor límite ($p<0.05$) presentando una relación de significancia positiva.

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS



CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El control de la Tuberculosis depende en gran parte del éxito del tratamiento. En este estudio, realizado en el Hospital Regional Honorio Delgado del departamento de Arequipa, se ha identificado que el abandono del tratamiento antituberculoso es aún relativamente frecuente y se asoció a factores no modificables y a otros cuyo control mejoraría el cumplimiento, malestar durante el tratamiento, consumo de drogas recreativas, pobreza, etc.

El motivo del abandono del tratamiento en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar sensible se resumiría básicamente en 3 ámbitos, muy diferentes entre sí; el primero serían motivos personales intrínsecos propios del paciente, segundo influiría mucho el ambiente social que lo rodea ya que la persona es un ente social inminentemente, y por último el tercero pero no menos importante serían los servicios de salud, pilar fundamental para la intensidad de la adherencia o no al tratamiento antituberculoso (35).

RODRIGUEZ D.J. en su estudio realizado en el vecino país de Chile, conociendo el motivo de abandono han elaborado estrategias experimentales mucho antes de presentada la estrategia DOTS, en nuestra realidad la estrategia DOTS sin duda ha constituido el punto de partida para la elaboración de estrategias anuales para mejorar la adhesión al tratamiento.

En los resultados obtenidos según la **Tabla y el Gráfico 1** la edad más frecuente es la que oscila entre 18 a 28 años con el 34.6%, luego con el 26.92% la edad entre 29 a 38 años, seguidamente con el 15.38% está la edad de 39 a 48 años, en índices menores apreciamos el 13.46% entre 49 y 58 años y finalmente con el 9.61% la edad más de 50 años.

MEZA GONZALES, G. señala en su estudio de hace más de 10 años que la edad de mayor frecuencia oscilaba entre los 21 y 30 años, comparativamente con el estudio realizado concluimos que la edad que con más frecuencia abandona el tratamiento ha disminuido con el pasar de los años, cada vez disminuye la edad de no adherencia en comparación con el estudio precedente.

En la **Tabla y Gráfica 2** de nuestro estudio encontramos que el sexo masculino lleva el mayor porcentaje de abandono de tratamiento con el 76.92%, mientras que el femenino es el 23.08%.

Es necesario también para una mejor distribución de la población abandonadora contar con la clasificación demográfica, es así como en la **Tabla y Graficas 3 y 4** se evidencia que con el 84.62% procede de Arequipa, seguido con el 11.54% de Puno y escalas menores con el 1.92% de Tacna y 1.92% de Moquegua respectivamente. Encontrándose que en la provincia de Arequipa el número de casos oscila entre 63.6%, luego la provincia de Caravelí y Caylloma con un 9.1%.

MEZA GONZALEZ G. señala que la mayor frecuencia de abandonos ocurrió en Arequipa provincia, en contraste con la provincia de La Unión que presentó menor número en porcentaje, tal como concluye nuestro estudio.

Para una adecuada adherencia al tratamiento antituberculoso es importante que interactúen una diversidad de factores y debido a que en departamentos como Arequipa son los hombres los que tienen mayor actividad laboral; así mismo, las condiciones laborales (informalidad de trabajos, contratos sin vacaciones, falta de subsidios por enfermedad) hacen más difícil la adherencia al tratamiento.

Evidenciamos en la **Tabla y Gráfico 17** sobre el rol que desempeña el paciente dentro del hogar, el 36,54% ejerce el rol de padre constituyendo el más alto porcentaje, seguido por el de hijo con un 32.69%; la **Tabla y Gráfico 5** muestra que el 67.3% de la población vive en compañía, y que dicha variable es independiente de la adherencia o no al tratamiento; así como en la **Tabla y Gráfica 9** referente a la cantidad de hijos de cada paciente considerado como abandono recuperado, observamos que el mayor porcentaje pertenece a los pacientes que no tiene carga familiar con un 28.85% concluyendo así que el mayor porcentaje no tiene hijos, debido a que no tiene un motivo o carga familiar que impulse a concluir o seguir el tratamiento.

El abandono del tratamiento antituberculoso, 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.

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 así que se muestra en las **Tabla y Gráficas 10, 11 y 12** que el factor social constituye la segunda esfera importante en los motivos de no adhesión al tratamiento, como se evidencia en el trabajo de SALAS ABARCA P, ambos concluyen que en nuestro país el servicio de menor acceso es el alcantarillado público, recojo de basura y el agua potable constituyendo un 65.4%, 30.8% y 23.1% respectivamente.

SOZA PINEDA N. en su trabajo sobre abandono de tratamiento comparó el grado de instrucción con la incidencia de pacientes que abandonaron el tratamiento, al igual que en la **Tabla y Gráfico 30** que muestra la relación del número de abandonos con el grado de instrucción el cual sí muestra significancia positiva y apoya la teoría de dicha autora en el trabajo precedente, aunque no es absoluta dicha afirmación ya que durante la recolección de datos también se encontró pacientes con educación completa y abandonadores.

En la **Tabla y Gráfica 5** se concluye que la más alta incidencia de nivel de instrucción en pacientes del estudio es de bajo nivel, constituyendo entre analfabetos y personas de educación incompleta el 75% del total de pacientes.

Es fundamental que los servicios de salud ofrezcan gratuitamente los medicamentos, realicen un seguimiento por medio de visitas domiciliarias periódicas y brinden al paciente información adecuada y suficiente acerca de la enfermedad y el tratamiento.

Muchos factores son predeterminantes para el tratamiento seguido y constante antituberculoso es el estado económico **Tabla y Gráfica 4**, ya que el 48.1% es de estado económico extremadamente pobre según la escala del INEI y con el 42.3% en estado económico pobre lo que hace que se abandone el tratamiento para poder trabajar y subsistir económicamente.

Otro factor determinante es la condición laboral detallada en la **Tabla y Gráfica 6** ya que muchos de ellos son desempleados con el 34.6% o son obreros con el 34.6%.

Otro importante factor de riesgo de abandono del tratamiento antituberculoso es la apreciación de que los horarios establecidos para su administración son inadecuados. Además, dado que el tratamiento bajo observación directa requiere el desplazamiento del paciente hacia el establecimiento de salud, con la consiguiente inversión de tiempo y dinero, es muy probable que a muchos de ellos les resulte incómodo este esquema,

de larga duración tal como se evidencia en la **Tabla y Gráfica 22** que presenta el más alto porcentaje de 42.31% pacientes que en las primeras semanas de tratamiento presentan mejoría y se sienten por así decirlo “curados”, seguido de pacientes que presentaron reacciones adversas medicamentosas un 30.77%, es merecido también recalcar que el 11.54% abandona el tratamiento por motivos económicos, especialmente por no contar con el dinero suficiente para el traslado hacia el puesto o centro de salud en donde consume el tratamiento, y finalmente el 15.38% constituyen los pacientes que abandonan el tratamiento debido a presentar alguna adicción a alguna droga ilícita.

En el análisis del consumo de drogas **Tabla y Gráfica 18 y 19** se demostró asociación entre las drogas recreativas y el riesgo de abandono. En este caso hay que tener en cuenta que los enfermos con tuberculosis forman parte de la población con bajos recursos, y por lo tanto la droga más accesible en el país es el alcohol. No existe bibliografía que asocie este tipo de droga con el abandono, aunque en adictos a otras drogas se identificó un riesgo 5 veces mayor, como en Nicaragua, y también se observó en cocainómanos de Nueva York y en adictos a la heroína en Barcelona. Por otro lado, el consumo de alcohol se ha relacionado con el riesgo de abandono, sin que se confirmara esta relación en el análisis multivariado.

Se presenta además que 32.89% de los pacientes, prefieren el retiro voluntario durante la hospitalización, descrito en la **Tabla y Gráfica 25** por factores económicos por tener familia a la cual mantener y los escasos recursos económicos de los pacientes hacen que la fuga sea inminente ante el desasosiego económico que se presenta, el grado de

instrucción es un factor determinante para poder abandonar el tratamiento así lo manifestó la **Tabla y Gráfica 13 y 31** y ya que el valor de p es inferior al p límite ($p < 0.05$), el abandono es inminente por factores asociados a la economía del paciente.

La relación directa que presentan los paciente es del abandono y el reconocimiento de su enfermedad, muchos de ellos desearían quedarse hasta el final del tratamiento pero el tiempo es largo para el tratamiento y los horarios que proyectan los centros de salud muchas veces no se adecuan al horario del paciente y optan por retirarse del tratamiento, otros prefieren abandonar el tratamiento por que dejar de trabajar sería un factor económico en su familia y prefieren que su enfermedad siga en un lento avance, existe una relación directa entre el abandono y su reconocimiento de la enfermedad; la relación es significativa ya que la p hallada es de 0.026 menor al parámetro límite ($p < 0.05$) según la **Tabla y Gráfica 32**.

Uno de los factores claves para la deserción al tratamiento es el factor económico ya que muchos de los pacientes son sustento de familia y ello conlleva a que si no trabajan no podrán generar ingresos para la manutención familiar y optan por abandonar el tratamiento, el Ministerio de salud deberá crear un programa para adecuar los tratamientos a los pacientes o ampliar los horarios de atención en la mañana y por la tarde, así mismo debería de crear puestos ambulatorios para poder abastecer de los medicamentos respectivos a los pacientes, identificar los focos potenciales de la tuberculosis para poder combatirlo directamente.



CONCLUSIONES

Primera.- Los pacientes que habitan dentro de la provincia de Arequipa ocupan la más alta tasa de abandonos recuperados de la región.

Segunda.- El principal motivo por el cual el paciente abandona el tratamiento es la mejoría temporal, seguido de la presencia de reacciones adversas medicamentosas concomitantes.

Tercera.- Pacientes varones entre las edades de 18 a 28 años, solteros, sin carga familiar, que consuman alguna droga ilícita, con mayor frecuencia alcohol, con un grado de instrucción bajo, y extremadamente pobre, que no se reconozcan como portadores de enfermedad son en la mayoría de los casos pacientes considerados abandonos recuperados.

Cuarta.- Los factores predisponentes modificables en un paciente que abandona el tratamiento antituberculoso son: el grado de instrucción, las adicciones, la pobreza, los servicios básicos, y los no modificables son la edad, el sexo, la incidencia de reacciones adversas medicamentosas.

SUGERENCIAS

- 1) Realizar investigaciones que se enfoquen en los complejos factores que inciden en la conducta de los pacientes en tratamiento antituberculoso.
- 2) Implementar un programa en el cual se motive al paciente al autocumplimiento del tratamiento, creando conciencia de su enfermedad y se pueda desligar el programa paternalista que en la actualidad se ejecuta.
- 3) Mejorar la distribución de la inversión en el sector salud para designar mayor personal para un mejor seguimiento de pacientes.
- 4) Se recomienda hacer diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, fomentar el apoyo familiar, realizar intervenciones ante faltas al tratamiento, especialmente en personas con VIH/sida.
- 5) Se recomienda profundizar sobre el papel que desempeñan los servicios de salud en el abandono del tratamiento contra la tuberculosis; usar diseños experimentales para probar la eficacia de intervenciones que mejoren el cumplimiento terapéutico.

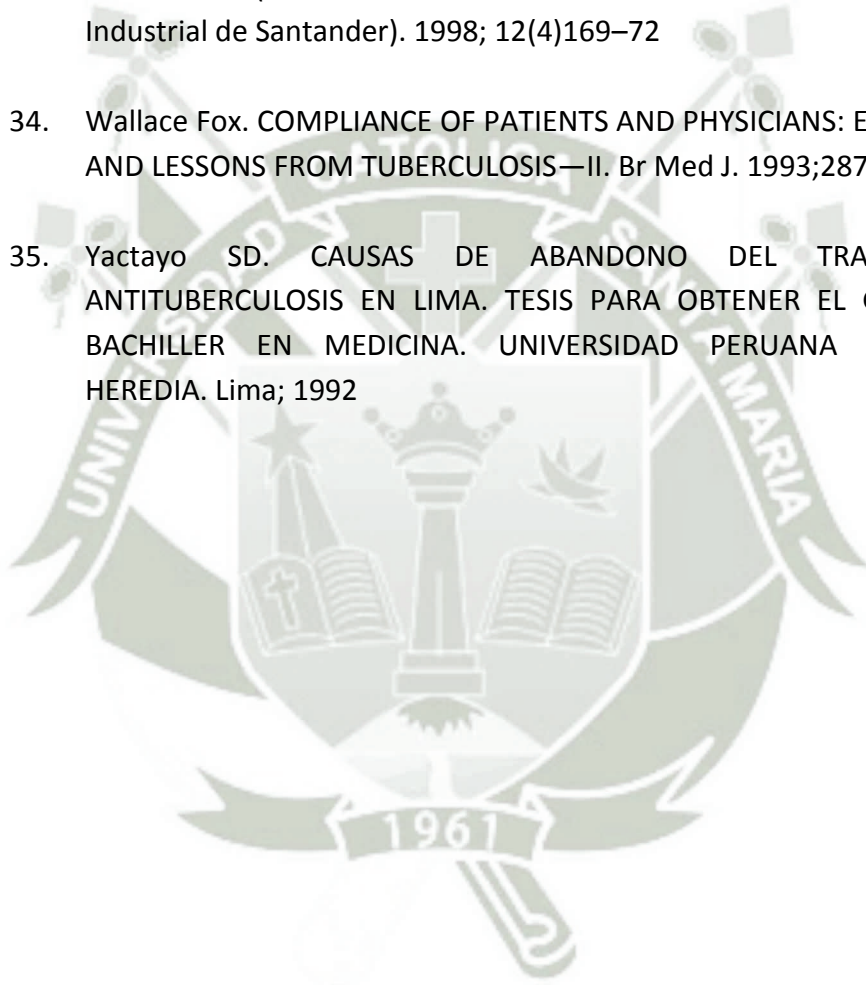
BIBLIOGRAFÍA

1. NORMAS TÉCNICAS PARA EL CONTROL Y LA ELIMINACIÓN DE LA TUBERCULOSIS , Programa Nacional para el Control y Eliminación de la Tuberculosis , Santiago de Chile 2014.
2. GUÍA PARA EL EQUIPO DE SALUD NRO. 3 ISSN 1852-1819 / ISSN 1852-219X Dirección de Epidemiología - Ministerio de Salud de la Nación, 2013.
3. REACCIONES ADVERSAS A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSIS DE PRIMERA Y SEGUNDA LÍNEA EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ JULIO 2007 JULIO 2012 Carola Cervantes Farfán.
4. MINSA, GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA COMORBILIDAD TUBERCULOSIS (TB) Y DIABETES MELLITUS (DM) EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN 31 de enero del 2012 .
5. FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO CONVENCIONAL EN EL PERÚ Dante Culqui 2011.
6. INTERVENCIONES DIRIGIDAS A DISMINUIR EL ABANDONO AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO, MINSA, 2011.
7. Ottmani SE, M.M., Jeon CY, et.al., CONSULTATION MEETING ON TUBERCULOSIS AND DIABETES MELLITUS: MEETING SUMMARY AND RECOMMENDATIONS. Int J Tuberc Lung Dis, 2010. 14(12).
8. ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO, Gabriela Granados Trigos, Revista Salud Sexualidad y Sociedad 2009.
9. ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO0020, Gabriela Granados Trigos, 2009.
10. FACTORES ASOCIADOS A LA ASISTENCIA DEL PACIENTE AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO , Arriola Huertas Patricia, 2008
11. TUBERCULOSIS, LO QUE HAY QUE SABER, Victoriano Farga V. , 2008.

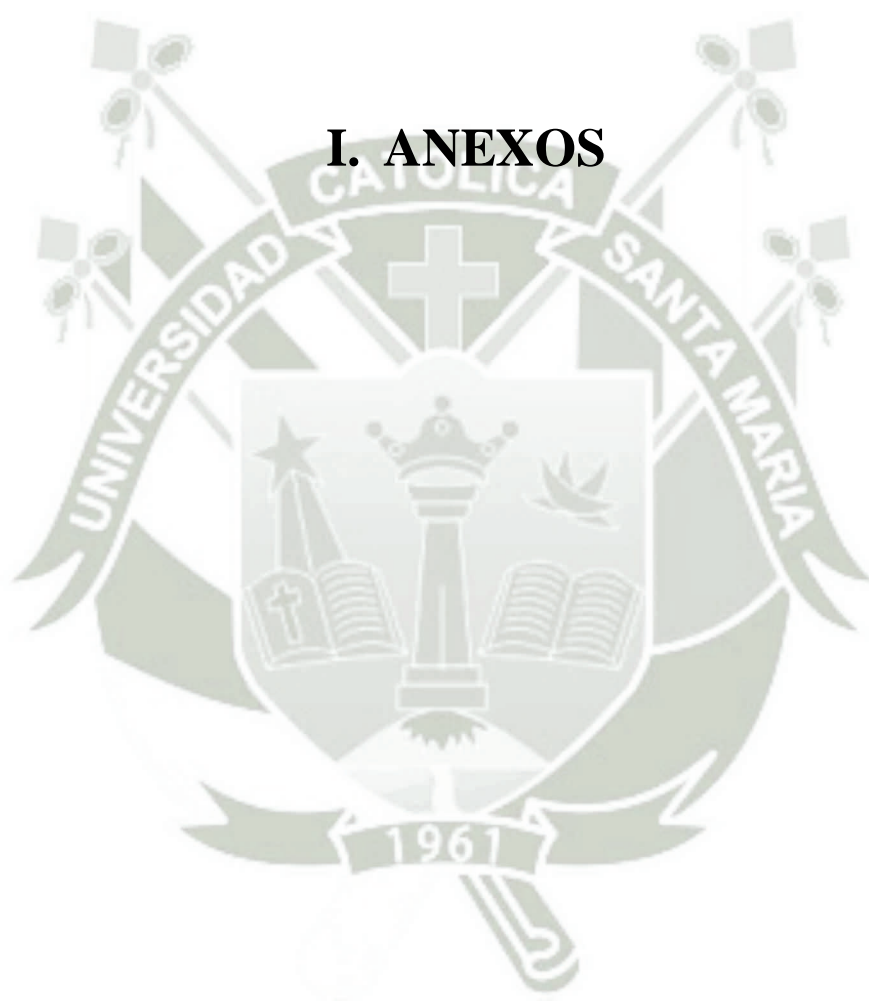
12. APUNTES HISTÓRICOS SOBRE LA EPIDEMIOLOGÍA, LA CLÍNICA Y LA TERAPÉUTICA DE LA TUBERCULOSIS EN EL MUNDO. *Lugones, Miguel; Ramírez, Marieta; Pichs, Luis; Miyar, Emilia.* Rev Cubana Hig Epidemiol [revista en la Internet]. 2007 Ago; 45(2).
13. CDC&P, EXTENSIVELY DRUG-RESISTANT TB. TB XDR. US 1993-2006, MMWR. 2007. p. 250-253.
14. FACTORES QUE CONDICIONAN EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES DE LA E.S.N. DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN EL C.S. "FORTALEZA": LIMA, 2007, Cynthia Pinedo Chuquizuta, Lima 2007.
15. FARMACOVIGILANCIA Y REACCIÓN CLÍNICA DE LAS REACCIONES ADVERSAS A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS . MINSA ESN-PTC Lima 2006.
16. WORLD HEALTH ORGANIZATION. THE STOP TB STRATEGY: BUILDING ON AND ENHANCING DOTS TO MEET THE TB-RELATED MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS(WHO/HTM/TB/2006.368). Geneva: WHO
17. MINSA, NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 041-MINSA/DGSP-V.01 "NTS PARA EL CONTROL DE LA TB" aprobada con RM N° 383- 2006 MINSA. 2006.
18. DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS. ARCH BRONCONEUMOL. Julià González-Martín, e.a. , 2010. 46: p. 255-274; 2006.
19. WHO GLOBAL TASK FORCE.MEASURES TO COMBAT XDR-TB WORLDWIDE. 2006.
20. Anibarro L, Lires JA, Iglesias F, Vilariño C, Baloria A, de Lis JM et al. FACTORES SOCIALES EL RIESGO PARA LA FALTA DE CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN PONTEVEDRA. Gac Sanit. 2004;18(1):38-44.
21. WORLD HEALTH ORGANIZATION. AN EXPANDED DOTS FRAMEWORK FOR EFFECTIVE TUBERCULOSIS CONTROL. GINEBRA: WHO; 2002. (WHO/CDS/TB/2002.297). De Fatima Militão M, de Sá CC, Leite AR Vieira W, Salustiaño A.

22. FACTORES PROGNÓSTICOS PARA O DESFECHO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PULMONAR EM RECIFE, PERNAMBUCO, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2001;9(6):368–74
23. AMERICAN THORACIC SOCIETY/CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. TARGETED TUBERCULIN TESTING AND TREATMENT OF LATENT TUBERCULOSIS INFECTION. Am J Respir Crit Care Med, 2000. 161:(Supl): p. 221-247.
24. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES — CONTROL DE LA TUBERCULOSIS. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2000
25. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES —CONTROL DE LA TUBERCULOSIS. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2000.
26. Mendoza D, Benites C, Matzuoka G, Meza M. EFICACIA Y EFICIENCIA DEL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS EN RIOJA, SAN MARTÍN, PERÚ, DURANTE EL PERÍODO DE 1996–2000. Rev Med Hered. 2001; 18(8):14–20
27. EFICACIA Y EFICIENCIA DEL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS EN RIOJA, SAN MARTIN - PERÚ DURANTE EL PERÍODO 1996 – 2000 Daniel Mendoza R1 , Carlos Benites V2 , Gustavo Matzuoka S3 , Mónica Meza G4 , José E. Velásquez H3, Luis Manrique A3
28. Ribeiro SA, Amado VM, Camelier AA, et al. A CASE-CONTROL STUDY ABOUT INDICATORS OF NONCOMPLIANCE IN PATIENTS WITH TUBERCULOSIS. J Pneumol. 2000;26(6):291–6.
29. Ribeiro SA, Amado VM, Camelier AA, et al. A CASE-CONTROL STUDY ABOUT INDICATORS OF NONCOMPLIANCE IN PATIENTS WITH TUBERCULOSIS. J Pneumol. 2000;26(6):291–6
30. Meza M, Accinelli R, Mendoza D. FACTORES DE RIESGO PARA EL FRACASO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO TOTALMENTE SUPERVISADO. Rev Sociedad Peruana Med Interna. 1999; 33(8):140–4

31. Meza M, Accinelli R, Mendoza D. FACTORES DE RIESGO PARA EL FRACASO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO TOTALMENTE SUPERVISADO. Rev Sociedad Peruana Med Interna. 1999; 33(8):140–4
32. García M, Mayar M, Ferreira L, Palacios M. EFICACIA Y EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN JURISDICCIONES SANITARIAS DE MORELOS, MÉXICO. SALUD PUBLICA MEX. 1998;40(5):421–9
33. Orozco L, Hernández R, Usta C. FACTORES DE RIESGO PARA EL ABANDONO (NO ADHERENCIA) DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO. Medicas UIS (Revista de los Estudiantes de Medicina de la Universidad Industrial de Santander). 1998; 12(4)169–72
34. Wallace Fox. COMPLIANCE OF PATIENTS AND PHYSICIANS: EXPERIENCE AND LESSONS FROM TUBERCULOSIS—II. Br Med J. 1993;287:101–5.
35. Yactayo SD. CAUSAS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSIS EN LIMA. TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE BACHILLER EN MEDICINA. UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA. Lima; 1992



I. ANEXOS



ANEXO 1:
“PROYECTO DE TESIS”



Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana Programa Profesional de Medicina Humana



“Factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado años 2010- 2014”

Autor:

Johanna Paola Zuzunaga Iquiapaza

Asesor:

Dr Rolando Manuel Coila Cerpa

Arequipa - Perú

2015

II. PREÁMBULO

En la actualidad aunque la tuberculosis es curable y prevenible continúa siendo el mayor problema de salud pública en el mundo, debido a su gran mortalidad y morbilidad, nuestro país aún mantiene la más alta tasa de incidencia de tuberculosis en Latino América, siendo el país con mayor número de casos de multifarmacoresistencia.

El abandono en el tratamiento antituberculoso(1) se define como el no asistir a tomar tratamiento durante 30 días consecutivos en cualquier esquema o fase del tratamiento, constituyendo una gran barrera para el control de dicha enfermedad he ahí la importancia del estudio en nuestra localidad.(1)

Identificar factores que influyen la probabilidad de abandonar el tratamiento es el primer paso para el diseño de intervenciones que mejoren la adherencia al tratamiento y el control de la enfermedad. Por ello, el objetivo de este estudio es identificar los factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en Arequipa, Perú.

En un esfuerzo por asegurar la adherencia al tratamiento, la comunidad médico-científica ha desarrollado la modalidad o estrategia conocida como DOTS (Directly Observed Treatment Short Course), que consiste en la toma de los medicamentos antituberculosos por parte del paciente en presencia del personal de salud, en la mayoría de los casos, en el servicio de salud(2). La incorporación del DOTS constituye actualmente una de las principales recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los programas de control de la tuberculosis de todo el mundo en su lucha por el control de la enfermedad.

El siguiente trabajo busca encontrar los motivos por el cual el DOTS no alcanza las expectativas en nuestra localidad.

III. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuáles son los factores predisponentes a la no adhesión al tratamiento de Tuberculosis Pulmonar entre los años 2010- 2014 en la provincia de Arequipa-Perú?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Neumología
- Línea: Estrategia de Control de la Tuberculosis

b) Análisis de Variables

Variable dependiente: Abandono del tratamiento en enfermos con tuberculosis pulmonar.

Variable independiente: Factores que influyen en el abandono: relacionados al enfermo.

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Personales:			
Edad	Fecha de nacimiento	Años	Discreta
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Varón, mujer	Nominal

Estado civil	Unión civil declarada	Soltero, casado, conviviente, viudo	Nominal
Procedencia	Departamentos del Perú	Arequipa, Tacna, Moquegua, Tumbes, etc	Nominal
Ocupación	Labor que desempeña	Dueño, empleado, obrero, desempleado.	Ordinal
Nivel de instrucción	Último año de estudios aprobado	Analfabeto, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, superior incompleta, superior completa.	Ordinal
Idioma	Lengua nativa	Español, Quechua, Aymara	Nominal
Consumo a drogas	Consumo de drogas ilícitas	Si, No	Nominal
Hijos	Número de embarazos o hijos	Ninguno, uno, dos, tres, cuatro, más de cinco	Ordinal
Rol dentro del hogar	Función que desempeña en el hogar	Padre, madre, hijo, no tiene hogar	Nominal
Reconocimiento de la enfermedad	Conciencia de que padece la enfermedad	Si, No	Nominal

Reacciones Adversas al tratamiento	Presencia de reacciones notificadas	Si , No	Nominal
Nivel de pobreza	Sueldo básico	No pobre >750, Pobre =750, Extremadamente pobre <750	Nominal
Tiempo en que dejó el tratamiento	Semanas	1-2 semanas, 3-4 semanas, 5-6 semanas, 7-8 semanas, >9semanas	Ordinal
Motivo de abandono del tratamiento	Razón por la cual el paciente abandonó el tratamiento específico	Mejoría, Reaccione Adversas Medicamentosas, Déficit económico, Adicciones	Discreta
Fuga	Abandonos voluntarios durante hospitalización	Si, No	Nominal
Coinfección HIV	Presencia de infección HIV	Si, No	Nominal
Tiempo de retorno	Tiempo de demora a retomar el tratamiento	1-2 meses, 3-4messes, 5-6meses, 7-8meses, >9meses	Ordinal
Número de abandonos	Veces que abandonaron el tratamiento	1, 2,3,4,5	Ordinal

Con quien vive	Compañía en el hogar	Solo, acompañado	Nominal
Social:			
Servicios	Servicios básicos	-Agua -Luz -Desagüe -Recojo de basura	Nominal
Tipo de Vivienda	Según propiedad	-Propia -Alquilada -Eventual	Nominal
Servicio de Salud:			
Días de hospitalización	Meses	1-2meses, 3-4meses, 5-6meses, 7-8meses, >9meses	Ordinal
Número de hospitalizaciones	Veces	1,2,3,4,5	Ordinal

Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la población que con mayor frecuencia no muestra adhesión al tratamiento específico?
2. ¿Cuáles son los motivos por los cuales los pacientes abandonan el tratamiento antituberculoso?
3. ¿Cuál es el perfil del paciente que no presenta adhesión al tratamiento antituberculoso?

- **Tipo de investigación:**

Es un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal.

1.3. Justificación del problema

El presente trabajo de investigación se justifica por las siguientes razones:

Originalidad:

No se ha realizado trabajo alguno en nuestra localidad desde hace más de 10 años.

Relevancia Científica

Se necesita saber el porqué de la poca adhesión al tratamiento específico, para mejorar su administración y evitar el aumento de fármaco-resistencias.

Relevancia Social

Porque durante los últimos años ha incrementado la tasa de abandono de tratamiento específico, y con este la tasa de mortalidad ha aumentado en nuestro país y al determinar los factores de falta de adhesión permitirá un mayor control de la enfermedad.

Relevancia Contemporánea

Porque es un problema que aqueja a toda nuestra población en la actualidad, y todos estamos expuestos al contagio de la enfermedad por lo cual generaría aumento de drogo-resistencia.

Por todo ello se justifica la realización del presente estudio.

2. MARCO CONCEPTUAL

La "Peste blanca" o "Tisis" ha sido una constante en la historia de la humanidad, llevando enfermedad y muerte a casi todos los colectivos humanos. Su transcurrir evidencia una fuerte carga de estigmatización de las personas que la han padecido (1). Nuevos retos en el control de la enfermedad se suman en la actualidad, después del descubrimiento del agente causal y su tratamiento: la dificultad para identificar los enfermos, poderlos incluir en el tratamiento, y más aún mantenerlos bajo tratamiento (1).

TUBERCULOSIS:

2.1 Definición:

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa granulomatosa crónica producida por el Mycobacterium Tuberculosis o bacilo de Koch, que se localiza generalmente en el pulmón, aunque puede afectar otros órganos. (10)

2.1.1 Caso de tuberculosis

Es toda persona a la que se diagnostica tuberculosis, con o sin confirmación bacteriológica y a quien se decide indicar y administrar un tratamiento antituberculoso. Desde el punto de vista epidemiológico, adquieren especial prioridad los enfermos con Tuberculosis pulmonar frotis positivo por constituir la principal fuente de transmisión (3).

2.1.2 Caso de Tuberculosis pulmonar con frotis positivo (TBP- FP) (3)

Es el caso de Tuberculosis Pulmonar, que tiene confirmación a través del frotis directo positivo.

2.1.3 Caso de Tuberculosis pulmonar cultivo positivo (TBP - CP) (3)

Es el caso de Tuberculosis pulmonar, en que luego del seguimiento diagnóstico se ha demostrado la presencia del *Mycobacterium tuberculosis* (MT) en cultivo, teniendo baciloscopías negativas. Su diagnóstico es responsabilidad del médico tratante del establecimiento de salud (3).

2.1.4 Caso de Tuberculosis Pulmonar Bk (-) y cultivo (-) (3)

Es la persona con Tuberculosis pulmonar, a la que se le ha realizado el procedimiento de seguimiento diagnóstico presentando bacteriología negativa y a quien se decide iniciar tratamiento antituberculoso por otros criterios (clínico epidemiológico, diagnóstico por imágenes, inmunológico, anatomopatológico). Su diagnóstico es de responsabilidad del médico tratante del establecimiento de salud.

2.1.5 Caso de Tuberculosis extra pulmonar (TB EP)(3, 4)

Es la persona con diagnóstico de tuberculosis en otro(s) órgano (s), que no sean los pulmones. Las formas extra pulmonares más frecuentes en el país son la pleural, ganglionar e intestinal.

Todo material biológico obtenido (líquidos o biopsia), existiendo sospecha de tuberculosis deberá ser enviado a laboratorio, garantizando el envío de DOS muestras.

- El líquido obtenido se remitirá para estudio bacteriológico (baciloscopía y cultivo)
- Con la biopsia obtenida enviar una muestra conservada en suero fisiológico, para el estudio bacteriológico (BK directo y cultivo) y la segunda muestra, conservada en formol, para estudio histopatológico (5).

La presencia de granuloma de tipo “específico” (caseoso) en tejidos a la microscopía óptica, da el diagnóstico histopatológico presuntivo de tuberculosis. Su diagnóstico es responsabilidad exclusiva del médico tratante del establecimiento de salud. Se considera como médico tratante al médico cirujano encargado de la atención de pacientes con tuberculosis en el establecimiento de salud.

En los pacientes con tuberculosis extra-pulmonar que son sintomáticos respiratorios, solicitar además baciloscopías y cultivo de esputo, para descartar Tuberculosis Pulmonar.

Los casos de Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo más Tuberculosis extra pulmonar, serán notificados como Tuberculosis Pulmonar Bk(+) multisistémica en para el informe operacional (5,6).

2.1.6 Casos de Tuberculosis Multi-drogo resistente (TB MDR) (3,5)

Es aquella tuberculosis ocasionada por bacilos multi-drogo-resistentes.

Bacilos Multidrogorresistentes: son bacilos resistentes a por lo menos Isoniazida y Rifampicina. La Multidrogorresistencia es la forma más severa de resistencia bacteriana en la actualidad (3,5).

2.1.7 Caso de TB Extremadamente resistente (TB XDR)(3, 5,6, 7)

Tuberculosis extremadamente resistente (TB XDR) se define como la resistencia simultánea a los dos núcleos principales para el tratamiento de la Tuberculosis:

- Núcleo del tratamiento de la Tuberculosis sensible: R-H
- Núcleo del tratamiento de la Tuberculosis Multi Drogo Resistente: quinolona + inyectable de 2º línea (Kanamicina, Capreomicina o Amikacina)

- Tuberculosis Extremadamente resistente será por lo tanto la enfermedad tuberculosa producida por una cepa de Mycobacterium tuberculosis que es resistente simultáneamente a: H + R + una fluoroquinolona + un inyectable de 2º línea (5).

Son raros los casos extrema resistencia que tienen resistencia únicamente a 2 drogas de segunda línea.

El grupo de personas que no cura no tiene en el momento alternativas terapéuticas con las drogas que actualmente utilizamos en el país en el manejo de la Tuberculosis sensible y Tuberculosis Multi Drogo Resistente, por ello es imprescindible brindar alternativas de tratamiento a estas formas muy severas de Tuberculosis a fin de buscar su curación y contener su transmisión y expansión.

2.1.8 Contacto TB (3)

Se denomina contacto a las personas que conviven con la persona afectada de Tuberculosis, para ello se debe tener en cuenta la definición de contacto intra-domiciliario y extra-domiciliario.

- Contacto intra-domiciliario: Es aquella persona que reside en el domicilio del paciente con tuberculosis.
- Contacto extra-domiciliario: Es aquella persona que no reside en el domicilio del paciente con TB, sin embargo comparten ambientes comunes (colegios, trabajos, guarderías, albergues). Así mismo son considerados en esta categoría parejas, amigos y familiares que frecuentan a la persona afectada.

El examen de contactos tiene como objetivo detectar casos de Tuberculosis en este grupo de personas y prevenir el riesgo de enfermar. (5,6)

El examen de contactos de un enfermo con Tuberculosis Pulmonar es prioritario porque son las personas que han estado expuestas al contagio y tienen mayor posibilidad de haberse infectado recientemente y de desarrollar la enfermedad (11,12).

2.2 Detección de caso (3)

Es la actividad orientada a identificar precozmente a las personas afectadas con tuberculosis. Se realizará permanentemente a través de la identificación y examen inmediato de los sintomáticos respiratorios que se detectan durante la atención de salud en cualquier área/servicio del establecimiento.

2.2.1 Sintomático Respiratorio (SR) (3)

Es toda persona que presenta tos con expectoración por más de 15 días. (3)

2.2.2 Sintomáticos Respiratorios Esperados (SRE) (3)

Es el número de sintomáticos respiratorios que se espera identificar en un establecimiento de salud. Se espera identificar 5 sintomáticos respiratorios por cada 100 atenciones prestadas en el establecimiento de salud en mayores de 15 años.

2.2.3 Sintomático Respiratorio Identificados (SRI) (5)

Es el sintomático respiratorio debidamente registrado en el libro de registro de sintomático respiratorio.

2.2.4 Sintomático Respiratorio Examinado (SREx) (5,6)

Es el Sintomático Respiratorio identificado en el que se ha obtenido al menos una muestra de baciloscopía de diagnóstico.

2.3 Tuberculosis Pulmonar:

Enfermedad infectocontagiosa transmisible, generalizada, causada por una bacteria (bacilo *Mycobacterium tuberculosis*) de características aeróbicas y que se asienta en el pulmón del cual se puede diseminar a los demás órganos de la economía. (4)

2.3.1 Transmisión

Se transmite de persona a persona por inhalación de aerosoles contaminados por el bacilo, que han sido eliminados por los individuos enfermos al toser, hablar o estornudar (10).

El reservorio de la tuberculosis es el hombre enfermo. Cuando la tuberculosis se localiza en el pulmón, los individuos enfermos podrán diseminar el bacilo, ya que al toser, hablar o expectorar eliminarán pequeñas gotas de saliva (gotas de Függe) que contienen bacilos, que podrán ser aspirados por individuos susceptibles (10).

Los factores determinantes del contagio incluyen la localización de la tuberculosis (pulmonar o no), características de la enfermedad (mayor o menor cantidad de bacilos en el esputo), la duración y frecuencia del contacto entre la persona sana y la enferma, las características del ambiente en que ocurre (inadecuada ventilación) y las condiciones del individuo expuesto (nutrición, enfermedades concomitantes): el 50% de los contactos cercanos de casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopías positivas (pacientes bacilíferos) podrían infectarse, mientras que solo se infectarían el 6% de los contactos cercanos de los enfermos con baciloscopías negativas(10)

La mayoría de las personas que se infectan con el bacilo tuberculoso, podrán controlarlo y no desarrollaran la enfermedad. Entre los que se enfermarán de tuberculosis, el 80% manifestará la enfermedad durante los dos primeros años posteriores al primer contacto con el bacilo primo-infección(10).

2.3.2 Diagnóstico

2.3.2.1 Baciloscopía (3)

Examen microbiológico realizado a la muestra de esputo con el propósito de buscar bacilos de *M. tuberculosis*. Es la herramienta fundamental rutinaria para el diagnóstico de la tuberculosis y para el seguimiento del tratamiento de las personas con tuberculosis.

Informe de resultados de baciloscopía:

Negativo (-): No se encuentran bacilos ácido alcohol resistente (BAAR) en 100 campos microscópicos.

Paucibacilar: 1-9 BAAR observados en 100 campos observados

Positivo (+): Menos de 10-99 BAAR promedio por campo en 100 campos observados.

Positivo (++): De 1 a 10 BAAR promedio por campo en 50 campos observados

Positivo (+++): Más de 10 BAAR promedio por campo en 20 campos observados

2.3.2.2 Cultivo (3)

Es el método bacteriológico más sensible y específico para detectar la presencia de *Mycobacterium tuberculosis* y otras micobacterias. Aporta de 20 a 25% de casos más a lo diagnosticado por baciloscopía.

2.3.2.3 Prueba de Sensibilidad (3)

Es un examen para determinar la sensibilidad o resistencia de una cepa de *Mycobacterium tuberculosis* a los fármacos antituberculosos.

En el país se ha implementado el método de las proporciones que consiste en determinar la proporción de mutantes resistentes de una población a una o más drogas.

La prueba de sensibilidad a drogas de primera línea, será de responsabilidad de los Laboratorios de Referencia Regional validados y del Instituto Nacional de Salud (INS).

La prueba de sensibilidad a drogas de primera y segunda línea (método de Agar en Placa), y el desarrollo de pruebas de sensibilidad a Micobacterias no Tuberculosas (MNT), será de responsabilidad del Laboratorio de Referencia de Micobacterias del INS.

2.3.2.4 Pruebas rápidas de Sensibilidad (3)

BACTEC 460 TB es responsabilidad del INS GRIESS, es una prueba directa a partir de muestras de esputo. Detecta resistencia a Isoniacida y Rifampicina y será de responsabilidad de los laboratorios de referencia regional y de laboratorios intermedios validados.

MODS, es otra alternativa de prueba directa a partir de muestras de esputo, detecta resistencia a Isoniacida y Rifampicina y será de responsabilidad de los laboratorios de referencia regional y de laboratorios intermedios validados.

2.3.3 Tratamiento

El tratamiento antituberculoso o esquema único para tuberculosis pulmonar sensible comprende 2 fases:

2.3.3.1 Primera Fase de inducción o bactericida

De administración diaria, sirve para reducir rápidamente la población bacilar de crecimiento y multiplicación rápida (lográndose destruir 90% de la población bacteriana en los primeros 10 días) y para prevenir la resistencia y con ello el fracaso al tratamiento (6,7).

2.3.3.2 Segunda Fase de mantenimiento o esterilizante (3,8)

De administración intermitente, en este momento la población bacteriana se multiplica 1 vez por semana o menos frecuentemente, de manera que ya no requiere tratamiento diario. Incluye menor número de medicamentos suficientes para conseguir la eliminación de los bacilos persistentes y evitar así las recaídas (28).

2.3.3.3 Tratamiento para TBC sensible

Los medicamentos antituberculosos de primera línea se utilizan en pacientes nuevos, recaídas y abandonos recuperados, son altamente eficaces y de buena tolerancia para el paciente.

- A. Rifampicina: (R) Es bactericida contra bacilo extra e intracelular. Se absorbe rápidamente una vez ingerida, pero puede ser demorada o disminuida por alimentos muy ricos en grasa. Su absorción puede ser disminuida en 30% cuando se ingiere alimentos, por lo que se sugiere ingerir con un vaso lleno de agua una hora antes o 2 horas después de los alimentos. Sin embargo, de haber intolerancia gástrica, esta puede ser ingerida acompañada de alimentos no grasos.. Su uso es seguro en cualquier mes del embarazo y en la lactancia. Tiene

un efecto post-antibiótico (EPA) de 3 días. Su concentración en el tejido pulmonar está muy por encima de su concentración sérica. No requiere ajuste en insuficiencia renal. Junto a la Isoniacida puede disminuir en algunos casos el nivel de Vitamina D. Puede cambiar el color de la saliva, orina, sudor y de las secreciones oculares, (rojo-anaranjado) sin efecto negativo para el paciente, por lo que debe estar informado (28).

- B. Isoniacida (H): Droga bactericida, especialmente contra bacilos de multiplicación rápida. Es mejor absorbida con estómago vacío; cuando se ingiere con alimentos ricos en grasas la reducción de la concentración sérica pico puede llegar a menos de 50%. Sin embargo, de haber intolerancia gástrica, esta puede ser ingerida acompañada de alimentos no grasos. Se espera una concentración pico de 3-5 ug/ml después de una dosis. Su uso es seguro en cualquier mes del embarazo y en la lactancia(27).
- C. Pirazinamida (Z): Ejerce efecto bactericida sobre la población bacteriana semidormida o durmiente contenida dentro de los macrófagos o el ambiente ácido de los focos caseosos. Puede ser tomada con o sin alimentos. La exposición al sol debe ser prudente para evitar rash cutáneo. Atraviesa el SNC logrando concentración similar a la sérica(28)
- D. Etambutol (E): Bacteriostático a dosis de 20mg/k/d. Su función en el esquema de tratamiento es proteger contra el desarrollo de resistencia a Rifampicina en donde la resistencia a Isoniacida puede estar presente. Se puede ingerir con o sin alimentos, los antiácidos interfieren con la droga. Se espera una concentración pico de 2-6 ug/ml. Su uso es seguro en cualquier mes del embarazo y en la lactancia.

Cuadro 1: Dosis y esquema de medicamentos antituberculosos de primera línea para personas de 15 años o más.

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

2.4 Abandono del tratamiento específico

El abandono del tratamiento antituberculoso, que el Ministerio de Salud del Perú define como “no concurrir a recibir el tratamiento por más de treinta días consecutivos” (18), 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.

Es también un antecedente común en pacientes que mueren de tuberculosis (19, 20–21).

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 (22); 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 al paciente información adecuada y suficiente acerca de la enfermedad y el tratamiento (23,24). 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 (25).

Situada en la costa peruana, la provincia de Ica es una región gravemente afectada por la enfermedad que nos ocupa. Presenta una de las mayores tasas de incidencia en el país y concentra una elevada proporción de abandonos del tratamiento antituberculoso (13). En 1998, la incidencia de abandono alcanzó 5,6%, cifra que rebasa el valor que

establece como límite el programa de control de la tuberculosis (PCT) (5% de abandonos).

En los últimos años se ha atestiguado una elevación progresiva de la frecuencia de abandonos, con valores de 5,7 y 5,8% para los años 2002 y 2003, respectivamente.

2.5 Adhesión al tratamiento específico en el Perú

Un programa nacional para el control de la TB eficiente y efectivo es importante para disminuir la incidencia y prevalencia de esta enfermedad, así como para evitar el surgimiento y propagación de resistencia, principalmente bajo la forma de TB-MDR(5).

Actualmente enfrentamos un incremento de cepas de *M. tuberculosis* resistente a múltiples drogas como consecuencia de la poca eficacia y eficiencia del PCT antes de la implementación de la estrategia DOTS(6,7).

Por ello, en 1997, bajo la asesoría de la OMS, se ha implementado la estrategia DOTS-Plus, que brinda un esquema de retratamiento estandarizado para pacientes con TB-MDR.

Para lograr que la TB deje de ser un problema de salud pública en nuestro país, son necesarias evaluaciones constantes del rendimiento del PCT para tomar las decisiones respectivas y corregir a tiempo los errores o deficiencias que pudieran identificarse, tanto a nivel nacional como regional y local. Pese a que la OMS ha clasificado al Perú como uno de los países que efectivamente ha implementado la estrategia DOTS a más del 90% de su población total, teniendo el PCT una eficiencia de 92,9% y una eficacia mayor al 98%(8) (en pacientes que reciben Esquema Único), se conoce poco sobre las

variaciones locales y regionales del rendimiento del PCT en nuestro país, existiendo actualmente aún áreas geográficas con alta incidencia de TB. La región Arequipa, no es la excepción a esta situación. Por tal motivo, este estudio pretende determinar la eficacia y eficiencia del PCT a través de la Estrategia Sanitaria de Control de la Tuberculosis en el ámbito Jurisdiccional del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa durante el período 2013-2014 (26).

El abandono del tratamiento tuberculoso depende del paciente, factores que se relacionan a la toxicidad a las drogas, y otros derivados al servicio de salud. Los pacientes con adicción a las drogas, los alcohólicos y los que no tienen un domicilio fijo, son los más propensos a abandonar la terapia (34).

Se establece que frente a un abandono de más de 4 semanas de tratamiento, si el paciente vuelve con baciloscopías positivas, debe reiniciar la terapia desde cero; en cambio, si vuelve con baciloscopías y cultivos negativos, se le completarán las dosis que le faltan a su esquema original; pero, si vuelve con baciloscopías y cultivos negativos, después de 3 meses de no recibir tratamiento, debe ser controlado bacteriológicamente cada 3 meses y cumpliendo 1 año, se debe considerar el caso como inactivo y curado, pese al tratamiento incompleto (35).

Las únicas formas de crear resistencia es con monoterapia directa o encubierta y con irregularidades en el tratamiento, particularmente en la fase bisemanal, se ha mostrado en estudios realizados (35).

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

3.1. **Autor:** Gloria Esther Meza Gonzales

Título: “Factores que influyen en el abandono del tratamiento en enfermos con tuberculosis pulmonar. Provincia de Arequipa 1994-1995”.

Resumen: El trabajo se realizó en la Provincia de Arequipa de octubre de 1996 a diciembre 1997, y las conclusiones a las que llegaron fueron.

-Que el porcentaje de abandono, no alcanza el nivel óptimo, lo que genera que mejore las estrategias educativas de prevención del abandono.

-Que los factores relacionados con el enfermo edad, nivel de pobreza, ocupación independiente, la no aceptación de la enfermedad, temor y/o vergüenza a la enfermedad, ingestión excesiva de alcohol, realización de actividades familiares, comunales y deportivas están disminuidas; son todos estos factores que influyen en el abandono del tratamiento antituberculoso, la mayoría de ellos son susceptibles de algún tipo de intervención que evite el abandono. Es de vital importancia, brindar educación sanitaria con metodologías innovadoras, dirigida al enfermo, familia y comunidad.

-Los factores relacionados a los servicios de salud nos revelan: poca disponibilidad de personal a tiempo completo, capacitación a coordinadores del Programa en forma trimestral, pocas facilidades económicas para resolver problemas del Programa de Control de la Tuberculosis, infraestructura inadecuada de los consultorios del mencionado programa, la necesidad de los usuarios, en un

porcentaje significativo de los establecimientos de salud el tiempo de espera para la atención es regular, en similar porcentaje el trato no es de enfermos ni se le capacita. En base a estos resultados se plantea una mejor descentralización administrativa que mejore la calidad de atención en los establecimientos de salud y siempre que funcione como una red de prestación de servicios de salud.

-El perfil del enfermo que abandona el tratamiento: edad oscila entre 21 a 20 años, de sexo masculino, que nace y procede de Arequipa, en pobreza extrema, cuya ocupación es independiente, sin ningún hijo, soltero y convive con la familia y un cuarto del total de enfermos viven solos, su nivel de escolaridad es secundario, no acepta la enfermedad y manifiesta temor y/o vergüenza, que ingiere alcohol y cuyas actividades familiares, comunales y deportivas están disminuídas.

A nivel nacional

3.2. **Autor:** Patricia Salas Abarca

Título: “Determinantes sociales de la adherencia al tratamiento de la tuberculosis: una discusión desde la perspectiva heurística del riesgo”

Resumen: El trabajo señala la importancia del tema de la adherencia al tratamiento de la tuberculosis asociado al incremento de la incidencia y prevalencia de la enfermedad, y su gravedad debido al desarrollo de multi-resistencias. Se discuten los avances de la investigación científica sobre la adherencia al tratamiento desde la perspectiva del enfoque heurístico del riesgo, en este sentido se analiza la importancia de los determinantes individuales de los

pacientes que definen su trayectoria social y vulnerabilidad ante contextos sociales. El contexto social refleja la respuesta de la sociedad, orientada por el sector salud y puede significar una amenaza para la adherencia a los fármacos por parte de los pacientes.

Se plantea que la investigación científica actual se concentra en evidenciar la importancia de los determinantes personales, pero no revela una explicación social más allá del paciente y su relación con los servicios de atención médica. La importancia del contexto social al que pertenece el paciente no ha sido considerada con fuerza, y no existen muchas referencias que caractericen las situaciones de abandono del tratamiento asociadas a las características personales, el contexto, y los momentos de la historia natural de la enfermedad. Se nota la falta de investigación completa y sistemática, lo que se ha relacionado con la carencia de Sistemas de Información para la Gestión con capacidad para aportar datos cualitativos y cuantitativos para la toma de decisiones en la gerencia social de los programas de control, y la evaluación de sus intervenciones.

3.3. **Autor:** Dante R. Culqui , César V. Munayco E., Carlos G. Grijalva, Joan A. Cayla, Olivia Horna-Campos, Kenedy Alva Ch, Luis A. Suarez O

Título: “Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú”.

Resumen: El abandono del tratamiento antituberculoso se asocia a mayor contagio, resistencia antibiótica, aumento de costes y muerte. Su objetivo fue identificar factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso

convencional en Perú. 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.

A nivel internacional

3.4. **Autor:** Arrossi, Silvina; Herrero, María Belén; Greco, Adriana; Ramos, Silvina

Título: “Factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en municipios del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina”

Resumen: El objetivo de este estudio fue identificar las características socio-demográficas de los pacientes y las características del tratamiento que influyen en la no-adherencia al tratamiento antituberculoso. Se realizó un estudio de corte transversal, en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Se encuestaron 38 pacientes que no adhirieron al tratamiento y 85 pacientes que adhirieron al tratamiento, diagnosticados durante el año 2007, residentes y atendidos en hospitales de municipios seleccionados. El análisis de los factores se llevó a cabo mediante regresión logística. Los resultados indican que los pacientes con viviendas sin agua, tuvieron 3 veces más probabilidad de no adherencia. Asimismo, los pacientes que realizaban los controles en un hospital tuvieron 3 veces más riesgo de no adherir que los que los realizaban en centros de atención primaria. Estos resultados permiten delinear un perfil de paciente en riesgo de no-

adherencia, caracterizado por estar en condiciones de pobreza, y con dificultades de acceso a la atención de su salud.

3.5. **Autor:** Dras: Elsa Bisero; Graciela Luque; María Elena Borda; Karina, Melillo; Alejandra Zapata; Silvana Varela

Título: “Evaluación de adherencia al tratamiento en un nuevo modelo de atención de niños con tuberculosis en un hospital público”

Resumen: A partir de la alta tasa de abandono del tratamiento de la tuberculosis observada durante los años 2008-2009, se implementaron intervenciones con el fin de disminuirla.

Los objetivos fueron evaluar la adherencia al tratamiento en el nuevo modelo de atención en la población pediátrica con tuberculosis atendida en un hospital público, describir las características clínico-epidemiológicas de la población pediátrica atendida con tuberculosis. Los resultados obtenidos fueron: Hubieron 25 niños con tuberculosis. La mediana correspondió a 83 meses (rango 2 m a 15 años). 84% fueron eutróficos. Se detectó foco en el 64%. La prueba tuberculínica fue positiva en el 76%. Predominó la forma pulmonar; la común o moderada se observó en 14/25 y la grave en 7/25. La ganglionar resultó la forma extrapulmonar más frecuente. El patrón radiológico predominante fue unilateral sin cavidad 11/25. El rendimiento bacteriológico fue del 64%. En el año 2010 la tasa de abandono fue del 12%. No hubo fallecidos. La mayoría de los pacientes presentó formas comunes o moderadas.

La Tuberculosis ganglionar predominó como forma extrapulmonar. La tasa de abandono descendió luego de la implementación del nuevo modelo de atención.

4. OBJETIVOS.

4.1. General

Identificar los factores predisponentes al abandono del tratamiento antituberculoso en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa años 2010-2014.

4.2. Específicos

- 1) Describir que tipo de población es la que con mayor frecuencia no muestra adhesión al tratamiento.
- 2) Identificar los motivos que influyen en el abandono del tratamiento en paciente con tuberculosis pulmonar.
- 3) Diseñar el perfil del enfermo que abandona el tratamiento de tuberculosis pulmonar en la provincia de Arequipa.

5. HIPÓTESIS

Dado que el cumplimiento del tratamiento antituberculoso conduce a la cura definitiva de la enfermedad, es probable que existan factores predisponentes que influyen en el abandono del tratamiento antituberculoso.

III PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas:

El presente estudio se aplicó la técnica de observación documental de las historias clínicas, proporcionada por el servicio de Neumología en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Instrumentos:

El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de investigación para la recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial:

El presente estudio se llevará a cabo en el ámbito jurisdiccional de la ciudad de Arequipa, específicamente en el servicio de Neumología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza perteneciente a la Red Asistencial Arequipa del Ministerio de Salud.

2.2. Ubicación temporal:

El estudio se realizará en forma histórica en el periodo de 5 años comprendidos entre 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014.

2.3. Unidades de estudio:

Las unidades de estudio estarán conformadas por pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar sensible considerados abandonos recuperados, hospitalizados en el servicio de Neumología en el periodo 2010-2014.

2.4. Población:

Pacientes hospitalizados en el servicio de Neumología del Hospital Nacional Honorio Delgado Espinoza que cumplan con los criterios de inclusión

Criterios de selección:

♦ Criterios de Inclusión

- Pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar
- Pacientes de mínimo 18 años de edad
- Pacientes que abandonaron el tratamiento como mínimo 30 días
- Pacientes que hayan estado hospitalizados en el servicio de Neumología de enero 2010 a diciembre 2014.

♦ Criterios de Exclusión

- Fichas de recolección de datos incompletas por Historias Clínicas con datos incompletos.

- Paciente diagnosticados con tuberculosis extrapulmonar
- Pacientes menores de 18 años
- Paciente con tuberculosis extrapulmonar, sin compromiso pulmonar aparente.
- Pacientes cuyas historias clínicas se encuentren incompletas o ilegibles.
- Pacientes cuyas historias clínicas se encuentren ausentes en el momento de recolección de datos.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Previa autorización para la realización del estudio, se realizó recolección de datos mediante la revisión de historias clínicas del Servicio de Neumología en el Hospital Honorio Delgado Espinoza de la ciudad de Arequipa.

Una vez concluida la recolección de datos, estos fueron organizados en base de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Validación de instrumentos

No se requirió validación por tratarse de un instrumento para recoger información.

3.3. Recursos

- a) Humanos
 - Investigador, asesor.
- b) Materiales

- Fichas de investigación para recolección de datos
 - Material de escritorio
 - Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.
- c) Financieros
- Autofinanciado

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribirán los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz será diseñada en la hoja de cálculo electrónica Excel 2010.

c) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contengan indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

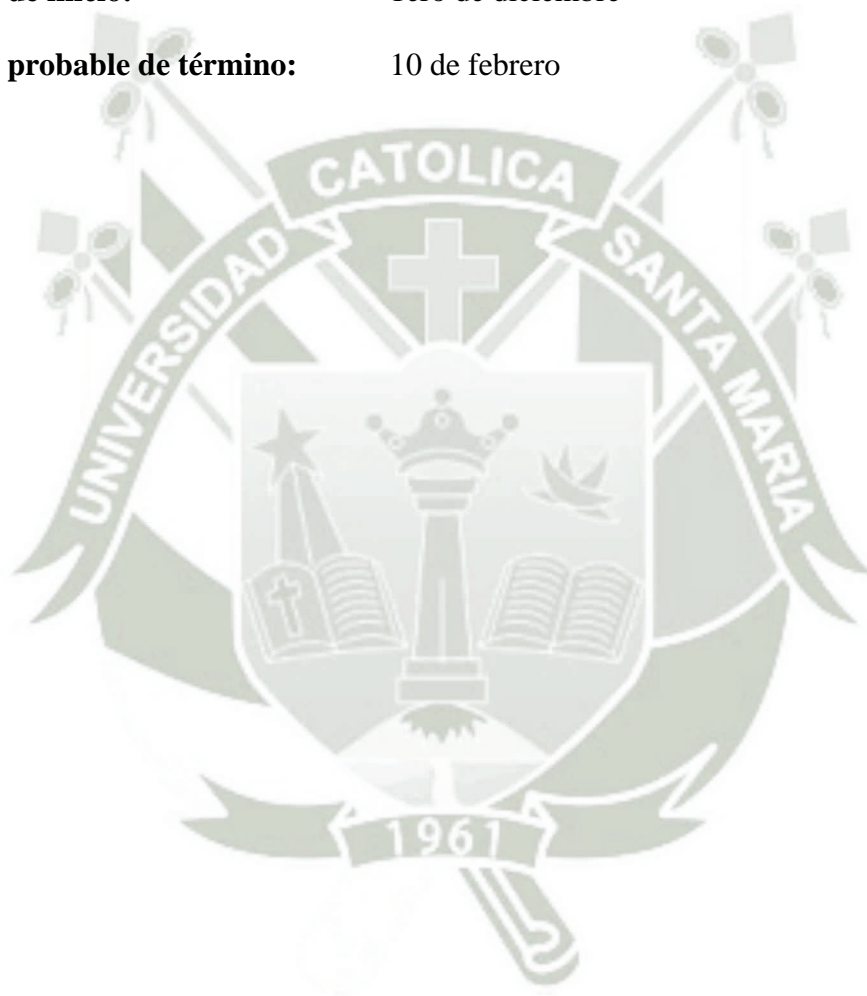
IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividades	Diciembre				Enero				Febrero			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema												

2. Revisión bibliográfica												
3. Aprobación del proyecto												
4. Ejecución												
5. Análisis e interpretación												
6. Informe final												

Fecha de inicio: 1ero de diciembre

Fecha probable de término: 10 de febrero



ANEXO 2: “FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS”

Nombre:										
# HCL										
Edad:	18-28	28-38	38-48	48-58	>58					
Sexo:	Masculino					Femenino				
Procedencia:	Arequipa	Puno	Tacna	Moquegua	Cusco					
	Islay	Caravelí	Condesuyos	La Unión	Camaná					
Nivel de Pobreza:	No pobre >750	Población pobre 750	Pobreza extrema <750							
Ocupación:	Dueño	Empleado	Obrero	Eventual	Sin trabajo					
Número de hijos:	1	2	3	4	>5					
Estado Civil:	Soltero	Casado	Conviviente	Viudo						
Con quien vive:	Solo					Acompañado				
Servicios:	Agua	Luz	Desagüe	Recojo de basura						
Tipo de vivienda:	Propia	Alquilada	Eventual	No tiene						
Nivel de escolaridad:	Analfabeto	Primaria incomp.	Prim comp.	Secun. Incomp.	Secun Comp.	Superior incompleta	Superior completa			
Idioma:	Español	Quechua	Aymara	Otro						
Reconocimiento de enfermedad:	Si					No				
Tiempo en que dejó el tratamiento	1-2semanas	3-4semanas	1-2meses	3-4meses	>4meses					
Rol que desempeña dentro del hogar	Padre	Madre	Hijo	Otro						
Ha consumido drogas ilícitas durante el tratamiento	Si	Cocaína	No							
		Marihuana								
		Alcohol								
Realiza actividades sociales con su familia	Si					No				
Presentó RAM	Si	Dérmica	No							
		Gástrica								
		Hepática								
		Otras								
Motivo por el que abandonó el tratamiento										
Hospitalización	1	2	3	4	5					
Días de Hospita.	1-2sem	3-4sem	5-6sem	7-8sem	>9sem					
Fuga	Si					No				
CoinfecciónHIV	Si					No				
Tiempo de retorno	1-2 meses	3-4meses	5-6meses	7-8meses	>9meses					
# de abandonos	1	2	3	4	5					