

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS
EN LAS MICROREDES DE CHICLAYO, LA VICTORIA Y
JOSE LEONARDO ORTIZ 2014 - 2016**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

Autoras:

**Bach. Palacios Carrasco, Pamela
Bach. Rodríguez Porras, Berenish Yanireth**

Asesora:

Dra. Gálvez Díaz Norma del Carmen

**Línea de Investigación:
Investigación Básica y Clínica**

**PIMENTEL – PERÚ
2017**

**FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS
EN LAS MICROREDES DE CHICLAYO, LA VICTORIA Y
JOSE LEONARDO ORTIZ 2014- 2016**

Aprobación de Tesis

Dra. Gálvez Díaz Norma del Carmen
Asesora de tesis

Mg. Avalos Hubeck Jannet
Presidenta del jurado de tesis

Mg. La Torre Ramírez Mariana Graciela
Secretaria del Jurado de Tesis

Mg. Angeles Oblitas Miriam Yahaira
Vocal del Jurado de Tesis

DEDICATORIA

A Dios. Por habernos permitido llegar hasta este punto y habernos dado la vida para lograr nuestros objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A nuestros padres, Por habernos apoyado en todo momento, por sus consejos, por sus ejemplo de perseverancia y constancia, por sus valores, por la motivación constante que nos ha permitido ser una persona de bien, por ser las persona que me enseñan a ser quien soy, pero más que nada, por su amor incondicional, por su apoyo permanente para mi superación personal y profesional.

Las autoras

AGRADECIMIENTO

A Dios por caminar siempre junto a mí, fortalecer mi fe y ser mi guía espiritual.

A nuestros padres, que siempre nos dan su apoyo incondicional y a quienes debemos este triunfo profesional, por todo su trabajo y dedicación para darnos una formación académica y sobre todo humanista y espiritual. De ellos es este triunfo y para ellos es todo nuestro agradecimiento.

A los centros de salud por el apoyo brindado al habernos facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de la recolección de datos. Un agradecimiento especial

A la asesora Norma Díaz Gálvez y al Dr. Orlando Pérez Delgado, quien con su orientación hemos podido culminar nuestra investigación.

Las autoras

Índice

	Pág.
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
Introducción.....	viii
 CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
Situación problemática.....	10
Formulación del problema.....	13
Delimitación de la investigación.....	13
Justificación e importancia de la investigación.....	15
Limitaciones de la investigación.....	16
Objetivos de la investigación.....	16
 CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
Antecedentes de estudios.....	17
Bases teóricas científicas.....	22
Definición de términos básicos.....	33
 CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	
Tipo y diseño de la investigación.....	35
Población y muestra.....	35
Variable.....	36
Operacionalización.....	37
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	38
Procedimiento para la recolección de datos.....	39
Análisis estadístico e interpretación de los datos.....	39
Principios éticos.....	39
Criterios de rigor científico.....	41
 CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	
Resultados en tablas y gráficos.....	43
Discusión de resultados.....	50
 CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Referencia.....	56
Anexos.....	60

Resumen

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad causada por *mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones. Es curable, prevenible y se transmite de persona a persona a través del aire. El abandono del tratamiento es uno de los factores más importantes que disminuye la eficiencia de la terapia, asociándose a fracasos, mayor mortalidad, desarrollo de resistencia bacteriana y un período de contagiosidad más prolongada. El objetivo fue, determinar los factores asociados al abandono del tratamiento de pacientes con tuberculosis en las microredes de Chiclayo, la Victoria y José Leonardo Ortiz 2014-2016. La investigación fue de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo, con una muestra de 50 pacientes que abandonaron el tratamiento seleccionados bajo criterios de inclusión y exclusión. La técnica que se utilizó fue el análisis de documentos, para la recolección de datos se utilizaron las historias clínicas de los pacientes. Los datos se procesaron con el software spss versión 22, en todo momento se respetaron los principios éticos y criterios de rigor científico. Los resultados revelan que se obtuvo un mayor porcentaje con 41% en los factores demográficos, un 36% están los factores biológicos y con un 23% los factores sociales. Estos resultados ameritan que el profesional de enfermería siga trabajando para contrarrestar totalmente el abandono del tratamiento de la tuberculosis. Se sugiere que las estrategias de prevención y control de la tuberculosis, garanticen la detección y diagnóstico precoz, así como el tratamiento supervisado a todos los pacientes.

Palabras clave: factores, abandono, tuberculosis, microred de salud.

Abstract

Tuberculosis (TB) is a disease caused by mycobacterium tuberculosis, a bacterium that almost always affects the lungs. It is curable, preventable and transmitted from person to person through the air. The abandonment of treatment is one of the most important factors that decreases the efficiency of the therapy, being associated with failures, increased mortality, development of bacterial resistance and a longer period of contagiousness. The objective was to determine the factors associated with the abandonment of the treatment of patients with tuberculosis in the Chiclayo, La Victoria and José Leonardo Ortiz micro-grids 2014-2016. The research was descriptive, transversal and retrospective, with a sample of 50 patients who left the treatment selected under inclusion and exclusion criteria. The technique used was the analysis of documents, for the collection of data the patients' medical records were used. The data was processed with software spss version 22, at all times the ethical principles and criteria of scientific rigor were respected. The results reveal that a greater percentage was obtained with 41% in the demographic factors, 36% are the biological factors and with 23% the social factors. These results merit that the nursing professional continues to work to completely counteract the abandonment of tuberculosis treatment. It is suggested that tuberculosis prevention and control strategies guarantee early detection and diagnosis, as well as supervised treatment for all patients.

Key words: factors, abandonment, tuberculosis, health micro-network.

Introducción

La lucha contra la tuberculosis, es uno de los compromisos más importantes del estado peruano para el abordaje de uno de los problemas de salud pública de mayor trascendencia en el país. La tuberculosis es una enfermedad social totalmente curable que afecta a la población económicamente activa, siendo los grupos de edad más afectados los comprendidos entre los 19 y 54 años, resaltando que los adolescentes y adultos mayores constituyen alrededor de la tercera parte del total de casos. La tuberculosis es producto de la combinación de una multiplicidad de factores: cambios demográficos (migraciones internas, urbanizaciones con hacinamiento), económicos (desempleo, bajo ingreso per cápita familiar), adaptación del microorganismo desarrollando resistencia a los antibióticos.

El Ministerio de Salud, a través de la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis ESN-PCT garantiza que las personas afectadas accedan en forma gratuita a la detección, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, con un enfoque de derechos humanos, sin ningún tipo de discriminación, ya sea de género, edad, nivel socioeconómico, raza o etnia u otros. En todos los pacientes es obligatorio la observación directa de la toma de medicamentos por el profesional de enfermería, cuyo objetivo es obtener la mayor posibilidad de curación y menos riesgo de resistencia y fracaso al tratamiento, cuando se brinda tratamiento autoadministrado (no observado por el personal de salud) los pacientes no cumplen estrictamente la toma de todos los medicamentos y por tanto se incrementa el riesgo de fracaso, abandono y muerte.

El objetivo principal es determinar los factores asociados al abandono del tratamiento de pacientes con tuberculosis para su logro se encuentra respaldada de los siguientes objetivos específicos: identificar los factores demográficos, sociales y biológicos asociados al abandono del tratamiento de pacientes con tuberculosis. Esta investigación se realizó porque hubo gran cantidad de personas con tuberculosis que abandonaron el tratamiento siendo así un problema de salud pública que afecta profundamente la forma de vida del paciente y del que lo rodea, su atención es compleja y requiere con frecuencia accesibilidad a los

centros asistenciales para así mejorar la calidad de vida, disminuyendo las cifras de morbi-mortalidad.

Con la presente investigación se podrá tener un panorama de la situación específica de abandono del tratamiento de la tuberculosis ya que existen escasas investigaciones referentes a este tema, también conocer diversas repercusiones que pueda tener este estudio. A través de los resultados obtenidos servirá como base para próximas investigaciones y a la vez ayudará a conocer posibles caminos y estrategias que la enfermera debe implementar en el cuidado al paciente, con el fin de concientizar e incentivar a los pacientes a llevar un mejor control de su enfermedad fomentando de esta manera una atención de calidad, a fin de favorecer la adherencia al tratamiento antituberculoso, que en sí misma implica muchos cambios para fomentar el autocuidado, prevenir en lo posible o retrasar las complicaciones.

El informe está conformado por V capítulos, el capítulo I se denomina problema de investigación, en el cual se detalla la realidad problemática, formulación del problema, objeto de estudio y campo de acción, delimitación de la investigación, justificación e importancia de la investigación, limitaciones de la investigación, objetivos de la investigación; en el capítulo II marco teórico, se encuentran los siguientes puntos: antecedentes de estudios, desarrollo de la temática correspondiente al tema investigado y la definición conceptual de la terminología empleada. El capítulo III marco metodológico está conformado por tipo y diseño de la investigación, población y muestra, variables – operacionalización, métodos y técnicas de investigación, descripción de los instrumentos utilizados, análisis e interpretación de los datos. El capítulo IV análisis e interpretación de los resultados, se presenta los resultados en tablas, gráficos y la discusión de resultados. Finalmente, el capítulo V contiene las conclusiones y recomendaciones. La presente investigación se pone en manos del lector a fin de contribuir en su hacer profesional.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Situación problemática

La enfermedad de la tuberculosis (TBC) sigue siendo a nivel mundial un importante problema de salud según las últimas estimaciones de la (OMS) Organización Mundial de la Salud, en el año 2014 la tuberculosis afectó a 9.6 millones de personas y fue responsable de la muerte de 1,5 millones de personas a nivel mundial. En nuestro país la tuberculosis es una importante causa de morbilidad en el grupo de jóvenes y adultos, se reportan nuevos casos en casi todas las regiones del país, la enfermedad se centra principalmente en las regiones como en la costa central y selva, en el año 2014 a nivel mundial, se reportó una alta mortalidad con 16 fallecidos por cada 100 mil habitantes y un 21.3% por cada 100 mil habitantes incluyéndose también fallecimientos de tuberculosis en personas que tenían la enfermedad del VIH. (1).

La resistencia a los fármacos antituberculosos, es un problema emergente que ha complicado de cierta manera el control de la enfermedad, en nuestro país se ha observado un incremento de casos de tuberculosis multidrogoresistente (TBC MDR) y de tuberculosis extensamente resistente (TBC XDR). Aproximadamente el 75% del total de muertes de tuberculosis ocurrieron en las regiones de África y el Sudeste Asiático, la mayoría de las muertes por TBC se produjeron entre los hombres, sin embargo esta enfermedad continúa siendo una de las tres principales causas de muerte en las mujeres a nivel mundial; se ha demostrado que, sin tratamiento, las tasas de mortalidad de tuberculosis son altas, por lo tanto, el éxito del tratamiento antituberculosos es un objetivo importante en el control de la tuberculosis (1).

El abandono de tratamiento antituberculoso se define como la inasistencia continua a la terapia por un mes o más. El abandono de tratamiento de la tuberculosis es uno de los factores más importantes que disminuye la eficiencia de la terapia, asociándose a fracasos, mayor mortalidad, desarrollo de resistencia bacteriana y un período de contagiosidad más prolongada. Las causas del abandono de tratamiento se han asociado clásicamente a factores del paciente, factores que se relacionan con la toxicidad de los fármacos y factores relacionados al sistema de salud. Dentro de los factores del paciente influyen especialmente la adicción a drogas o alcohol y el no tener domicilio fijo; factores relacionados a la terapia son la cantidad de fármacos y las reacciones adversas a éstos; y factores dependientes del sistema de salud son los horarios de atención limitados, el trato del personal de salud o la falta de información (2).

En Chile, el porcentaje de abandono se ha mantenido en torno al 7%, a pesar de las distintas estrategias implementadas para su prevención, las causas de abandono al tratamiento se han asociado clásicamente a factores del paciente, factores que se relacionan con la toxicidad de los fármacos y factores relacionados al sistema de salud, dentro de los factores del paciente influyen especialmente la adicción a drogas o alcohol y el no tener domicilio fijo; los factores relacionados al tratamiento son la cantidad de fármacos y las reacciones adversas a éstos; y factores dependientes del sistema de salud son los horarios de atención limitados, el trato del personal de salud o la falta de información (2).

Para el año 2014, en el Perú se reportaron 30,008 nuevos casos según el reporte mundial de tuberculosis, respecto de las formas resistentes a fármacos, se estima que 3,3% de los nuevos casos diagnosticados de TBC a nivel mundial son TBC MDR (multidrogo resistente), de los cuales 9,7% son de la forma XDR (extradrogo resistentes) en nuestro país, en los últimos años se han reportado 1500 casos de TBC MDR y 80 casos de TBC XDR por año; siendo la mayoría notificados por Lima y Callao.

Una de las principales barreras para el éxito del tratamiento antes mencionado ha sido la tasa de abandono al tratamiento que para el año 2012 alcanzaba el 5%, siendo incluso mayor en algunos departamentos del Perú. Entre los determinantes del abandono al tratamiento se ha descrito que el tiempo de duración de éste, los efectos adversos de las drogas, los pacientes con peores condiciones de vida, la pobreza, el desempleo y la mayor edad conllevan a menor probabilidad de continuar el tratamiento, otras causas son la insuficiente información proporcionada al paciente por el equipo de salud relacionado a su tratamiento, programación de los horarios para la administración del mismo, el consumo de drogas, la secundaria incompleta, el sexo masculino y tener el antecedente de abandono previo, aún es necesario realizar más indagaciones con el fin de establecer estrategias para reducir el abandono del tratamiento y, en consecuencia, la resistencia a los fármacos antituberculosos (3).

Las microredes de Chiclayo, la Victoria y José Leonardo Ortiz conforman un total de 18 centros de salud donde la microred de Chiclayo está formada por siete centros de salud; la microred de la Victoria formada por cinco centros de salud; y la microred de José Leonardo Ortiz formada por seis centros de salud.

Durante los años 2014, 2015 y 2016 las microredes de Chiclayo, la Victoria y José Leonardo Ortiz según el informe de la GERESA (gerencia regional de salud) ha reportado un total de 290 casos de tuberculosis de los cuales 235 fueron pulmonares y 55 extrapulmonares.

En cuanto al abandono la microred de Chiclayo reporto un total de 15 pacientes que abandonaron el tratamiento de la tuberculosis, la microred de la victoria reporto un total de 15 abandonos y la microred de José Leonardo Ortiz un total de 20 abandonos. Estas tres microredes reportaron un total de 50 pacientes que abandonaron el tratamiento de la tuberculosis durante el periodo 2014 – 2016.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores asociados al abandono del tratamiento de pacientes con tuberculosis en las microredes de Chiclayo, la Victoria y José Leonardo Ortiz 2014- 2016?

1.3. Delimitación de la investigación

La investigación se delimitó en los centros de salud en la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis (ESN PCT) de cada microred.

Microred de Chiclayo, establecimientos y puestos de salud que la conforman:

- C.S. José Olaya.
- C.S. Túpac Amaru.
- C.S. Jorge Chávez.
- C.S. San Antonio.
- C.S. Cerropón.
- C.S. José Quiñónez Gonzales.
- P.S. Cruz De La Esperanza.

Microred de la Victoria, establecimientos y puestos de salud que la conforman:

- C.S. La Victoria Sector I.
- C.S. La Victoria Sector II.
- C.S. Fernando Carbajal - El Bosque.
- P.S. Chosica Del Norte.
- P.S. Antonio Raymondi.

Microred de José Leonardo Ortiz, establecimientos y puestos de salud que la conforman:

- C.S. José Leonardo Ortíz.

- C.S. Pedro Pablo Atusparias.
- C.S. Paul Harris.
- P.S. Culpón.
- P.S. Santa Ana.
- C.S. Villa Hermosa.

Los servicios de tuberculosis tienen como principal eje brindar atención integral, con énfasis en la detención, diagnóstico y tratamiento; disminuir los casos de abandono al tratamiento; reducir el riesgo de infección posibles complicaciones y comorbilidades, para el cual el desempeño está orientado hacia la implementación de actividades de promoción de la salud, fomentar estilos de vida saludables, y prevención de la enfermedad. El personal responsable de la estrategia es un profesional de enfermería, la atención a los pacientes se les brinda en el turno de la mañana de lunes a sábados, en los horarios de 7:30 am a 1:30 pm en el cual los pacientes llegan a tomar su tratamiento antituberculoso, en caso de que el paciente presente algún deterioro físico que le impida desplazarse a su centro de salud el tratamiento será otorgado a un familiar cercano responsable que se haga a cargo en brindarle el tratamiento cumpliendo así con todas las dosis correspondientes. El profesional de enfermería también realiza el trabajo extramural, como las visitas domiciliarias, para comprobar el lugar donde viven, capacitar a los familiares sobre medidas de prevención y realizar el seguimiento en caso de abandono al tratamiento; se realiza la captación de sintomáticos respiratorios ya sea dentro del establecimiento de salud y fuera de él, si algún paciente no perteneciera a la jurisdicción, se sigue el mismo protocolo; se realiza la baciloscopia y si fuera positivo su muestra se le deriva o se le transfiere al establecimiento de salud que le corresponde para la toma del tratamiento antituberculoso.

1.4. Justificación e importancia de la investigación

Esta investigación se realizó porque se incrementaron las estadísticas de personas con diagnóstico de tuberculosis, así mismo se incrementó el porcentaje de abandono al tratamiento siendo así un problema de salud que afecta significativamente el estilo de vida del paciente y también de aquellas personas que lo rodean, su atención debe ser muy compleja y requiere con frecuencia accesibilidad a los centros asistenciales para así mejorar la calidad de vida, disminuyendo las cifras de morbi-mortalidad.

Porque una de las barreras más importantes es disminuir las tasas de abandono al tratamiento, incidencia y prevalencia de casos contribuyendo a evitar consecuencias graves, como la posibilidad de estimular mecanismos para la formación de resistencia bacteriana, generando así una posible propagación de la infección logrando disminuir el deterioro físico del paciente.

Para disminuir el contagio entre persona enferma a persona sana y evitar que la calidad de vida disminuya, concientizando e incentivando a los pacientes a llevar un mejor control de su enfermedad brindando de esta manera una atención de calidad, a fin de favorecer la adherencia al tratamiento antituberculoso, que en sí misma implica muchos cambios para fomentar el autocuidado, prevenir en lo posible o retrasar las complicaciones logrando de alguna u otra manera tener personas más productivas en el país.

Para que el ministerio de salud adopte estrategias de políticas de salud, para mejorar esta problemática renovando estrategias, creando metas reorientando acciones donde se elaboraron modelos de atención, logrando el desarrollo de la salud de la población en la región Lambayeque.

1.5. Limitaciones de la investigación

Como todo proceso de investigación desarrollado con unos intereses científicos específicos y en un contexto determinado, la presente tesis se ha enfrentado a diferentes limitaciones. Entre ellas cabe resaltar:

- Aumento del número de documentos por cada institución de salud para que permitan la recolección de datos.
- Falta de horario establecido para realizar los avances en campo de estudio.
- Existen pocos estudios en la región Lambayeque en cuanto a la temática.
- Falta de recursos económicos.

1.6. Objetivos de la investigación

1.6.1. Objetivo general

- Determinar factores asociados al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis de los establecimientos de salud de las microredes de Chiclayo, la Victoria y José Leonardo Ortiz 2014- 2016.

1.6.2. Objetivos específicos

- Identificar factores demográficos asociados al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis de los establecimientos de salud de las microredes de Chiclayo, la Victoria y José Leonardo Ortiz.
- Identificar factores sociales asociados al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis de los establecimientos de salud de las microredes de Chiclayo, la Victoria y José Leonardo Ortiz.
- Identificar factores biológicos asociados al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis de los establecimientos de salud de las microredes de Chiclayo, la Victoria y José Leonardo Ortiz.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudios

Torres Z, *et al*, 2015, Chile. Perfil del paciente con tuberculosis que abandona el tratamiento en Chile. Realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar las causas que mayormente influyen en este resultado. Teniendo como metodología un estudio de tipo descriptivo de la información contenida en las auditorías de abandono enviadas en los años 2009 y 2013. Los resultados fueron de las 134 auditorías que se realizaron. Se observó el cumplimiento de la actividad con un 35,9% y la mayoría de los casos presento un registro incompleto, la mayoría de pacientes son de sexo masculino, entre 15 y 45 años de edad y en el 91% en el primer episodio de tuberculosis. Presentaron algún factor de riesgo asociado al abandono con un 62,7%, como el uso de alcohol y drogas el 16,5% de personas se encuentran en la calle, la mayoría de pacientes abandonaron el tratamiento durante la fase intermitente estando la causa principalmente relacionada al factor del paciente. Se llegó a la conclusión que los hallazgos refuerzan la importancia de aplicar el “score de riesgo de abandono” en aquellos pacientes diagnosticados con tuberculosis que llegan a recibir su tratamiento se requiere implementar mecanismos que ayuden a prevenirlo (2).

Navarro C, *et al*, 2013, Colombia. Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con TBC realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso, en pacientes de tuberculosis en los municipios de Cúcuta, Villa del Rosario y el Zulia; teniendo como metodología un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal de corte con dos muestras, en el cual se analizaron dos muestras una de abandono al tratamiento (n=34) y otra para el término del tratamiento antituberculoso (n=34). Utilizaron como instrumento los “factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. Tuvo

como resultado que aquellos factores perceptivos cognitivos eran los principales determinantes para el abandono al tratamiento de la TBC, teniendo como primer lugar la falta de conocimiento la importancia de adherencia al tratamiento con un (95.8%), luego sentir mejoría del estado de salud con un (82.7%), el desconocimiento de del tiempo de duración del tratamiento con un (75%). Seguido están los factores fisiológicos y por último aquellos factores de seguridad, se llegó a la conclusión que el estudio permitió identificar variables asociadas al abandono del tratamiento, clasificando aquellos factores de riesgo y poder diseñar un instrumento que, al ser aplicado a todos los servicios de salud de la región, permita al profesional de salud detectar oportunamente a las personas con posible riesgo (4).

Herrero M, *et al*, 2015, Argentina. Análisis espacial del abandono del tratamiento de tuberculosis, Buenos Aires, Argentina. Realizaron una investigación cuyo objetivo fue identificar patrones de distribución espacial de la proporción de la no-adherencia al tratamiento de la tuberculosis y sus factores asociados teniendo como metodología un estudio ecológico con datos secundarios y primarios en municipios seleccionados del área Metropolitana de Buenos Aires se realizó un análisis exploratorio de las características del área y de las distribuciones de los casos incluidos en la muestra (proporción de no-adherencia) y un análisis de múltiples factores por regresión lineal. Se analizaron variables referidas a las características de la población, las viviendas y los hogares. Los resultados fueron que las áreas con mayor proporción de población que no realizaba aportes jubilatorios ($p = 0,007$) y con mayor proporción de hogares con necesidades básicas insatisfechas según capacidad de subsistencia presentaron mayor riesgo de no-adherencia ($p = 0,032$). La proporción de no-adherencia fue más elevada en las áreas con mayor proporción de viviendas sin servicio de transporte público a menos de 300 m ($p = 0,070$). Se llegó a la conclusión que existe un área de riesgo para la no-adherencia al tratamiento, caracterizada por tener una población que vive en

condiciones de pobreza y precariedad laboral, con dificultades de acceso al servicio de transporte público (5).

Anduaga A *et al*, 2016, Perú. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú. Realizaron una investigación el cual tuvo como objetivo identificar factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en un centro de salud de atención primaria del distrito de Chorrillos, Lima, Perú. Teniendo como metodología un estudio de casos y controles retrospectivos no pareados. Incluyeron como caso a aquellos pacientes que dejaron el tratamiento por 30 días seguidos o más y aquellos controles a pacientes que finalizaron su tratamiento de la TBC. Se obtuvo como puntaje de riesgo de abandono realizándose en el centro de salud (≥ 22), así como variables demográficas. Se calculó el odds ratio (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC95%) usaron una regresión logística. Tuvieron como resultado que se incluyó 34 controles y 102 casos, el análisis multivariado se encontró que quienes cursaban menos de seis años de educación (OR: 22,2; IC95%: 1,9-256,1) también aquellos que tenían un puntaje mayor igual a 22 puntos en la prueba de riesgo de abandono (OR= 21,4; IC95%: 6,3-72,4) tenían un alto porcentaje de abandonar el tratamiento antituberculoso, se llegó a la conclusión que el abandono al tratamiento se relaciona con tener menos de seis años de estudio y un score mayor a 22 puntos en la prueba de abandono al tratamiento (3).

Culqui D, *et al*, 2012, Perú. Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú. Realizaron una investigación el cual tuvo como objetivo identificar los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso convencional en Perú. Teniendo como metodología el estudio de casos y controles no pareado en pacientes con TBC en los años 2004 y 2005 finalizando el tratamiento en el mes de septiembre del año 2006. Se definió a los pacientes que abandonaron el

tratamiento como casos presentando un abandono de 30 días a más y como control aquellos que finalizaron el tratamiento sin interrupción. Se lograron identificar aquellos factores utilizando una regresión logística, calculándose los odds ratios (OR) y los intervalos de confianza al 95% (IC), tuvieron como resultado que se estudiaron 265 casos y 605 controles. El abandono del tratamiento en este estudio se asoció al género masculino (OR = 1,62; IC: 1,07-2,44), el hecho de sentir malestar durante el tratamiento (OR = 1,76; IC: 1,19-2,62), tener antecedente de abandono previo (OR = 7,95; IC: 4,76-13,27) y tener consumo de drogas recreativas (OR = 3,74; IC: 1,25-11,14). Así mismo, si tenemos en cuenta la interacción antecedente de abandono previo y pobreza, el riesgo de abandono aumenta (OR = 11,24; IC: 4-31,62). Por el contrario, se debe recibir una buena información sobre la enfermedad (OR = 0,25; IC: 0,07-0,94) y poder acceder al sistema sanitario en los horarios adecuados (08.00-20.00 h) (OR = 0,52; IC: 0,31-0,87) se asociaron a un mejor cumplimiento. Teniendo como conclusiones que el abandono del tratamiento antituberculoso está asociado a factores no modificables como son el sexo masculino, abandono previo y a otros se incluyó el control mejoraría el cumplimiento malestar durante el tratamiento, consumo de drogas recreativas y pobreza. Es prioritario facilitar el acceso a los servicios de salud y mejorar la información recibida sobre la enfermedad de la tuberculosis (6).

Plata L, 2015, Colombia. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento anti tuberculosis. Realizaron una investigación cuyo objetivo fue describir los factores de riesgo asociados para abandonar el tratamiento en los pacientes pertenecientes al programa de TBC en el Municipio Villavicencio, cohorte. Teniendo como metodología un estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo. Se obtuvieron datos de caracterización sociodemográfica sobre factores de riesgo de personas que abandonaron el tratamiento para la enfermedad- cohorte 2012, mediante la aplicación de un instrumento diseñado por el investigador y revisado por expertos. Los datos fueron tabulados y analizados mediante la herramienta

Microsoft Excel 2007 y Epi-info 7.0. Los resultados fueron el 75% de los pacientes pertenecen al género masculino; el promedio de edad es de 30 años, el 63% pertenecen al régimen subsidiado de salud. Las principales causas de abandono fueron: efectos adversos a los medicamentos (58%), inadecuada atención del personal de salud (43%), dificultad de acceso al servicio (32%). Los factores sociales encontrados fueron hacinamiento 67% y desempleo 62%. Llegaron a la conclusión que algunos factores no modificables como la edad y el género, así como factores modificables como estilos de vida inadecuados y efectos adversos; cuyo control mejoraría el cumplimiento; contribuyen al abandono del tratamiento. Las variables psicológicas y sociales deben ser evaluadas para que se conviertan en predictores de probables abandonos o irregularidades en el tratamiento antituberculoso (7).

Chen J, *et al*, 2013, Lambayeque. Factores asociados para multidrogorresistencia de pacientes con tuberculosis en el departamento de Lambayeque. Realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar aquellos factores asociados para Multidrogorresistencia en pacientes tuberculosos, teniendo como metodología un estudio analítico, retrospectivo y transversal de casos y controles fue realizado en 41 pacientes Multidrogorresistentes (casos) y 3 controles por cada caso (Tuberculosis Pulmonar no MDR). La información fue recolectada específicamente de historias clínicas y de las fichas empleadas por la DIRESA de Lambayeque. Se realizó el análisis a través del programa estadístico SPSS 13. Los resultados fueron que se encontró una irregularidad en el tratamiento siendo un factor de riesgo con OR = 6,857 (IC: 95%, [2,480 - 18,961]). También se mostró la presencia de comorbilidad con un OR = 3,068 (IC: 95%, [1,439 - 6,541]), mientras que el contacto con tuberculosis tuvo un OR = 2,119 (IC: 95%, [1,004 - 4,472]), el desempleo un OR = 2,143 (IC: 95%, [1,035 - 4,439]). Se llegó a la conclusión que la mayor fuerza de asociación para el desarrollo de multidrogorresistencia corresponde a la irregularidad en el tratamiento.

Además, el desempleo, el contacto con TBC y, la presencia de comorbilidad son también factores de riesgo en paciente con tuberculosis para desarrollar TBC-MDR (8).

2.2. Base teórica científicas

2.2.1. Modelo teórico autocuidado de Dorothea E. Orem

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E. Orem en 1969, estableció esta teoría como un modelo global compuesto por otras tres teorías relacionadas, la del autocuidado, déficit de autocuidado y sistemas de enfermería, como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería. El autocuidado es definido por Orem como la actividad del individuo aprendida por este estando encaminada hacia un objetivo, siendo la conducta aquella que aparece en una situación concreta de nuestra vida y que la persona lleva consigo mismo hacia su entorno regulando así causas que afecten su desarrollo y actividades realizadas para la contribución del mejoramiento de su vida la actividad para beneficio de su vida, su propia salud y bienestar (9).

Establece los requisitos para el autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo, forman parte de la valoración del paciente. El término "Requisito" es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Orem propone a este respecto 3 tipos de requisitos: requisitos de autocuidado universal, requisitos de autocuidado del desarrollo, requisitos de autocuidado sobre la desviación de la salud.

Requisitos de autocuidado universal: son frecuentes en casi todos los seres vivos estos incluyen la conservación del agua, oxígeno, eliminación, descanso y actividad, e interacción social, prevención de riesgo.

Requisitos autocuidado del desarrollo: se busca mejorar aquellas condiciones necesarias para la vida y la maduración, previniendo así la aparición de condiciones adversas, mitigar efectos de dichas situaciones,

en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: en las etapas de niñez, adolescencia, adulto y vejez.

Requisitos para el autocuidado de desviación de salud: estos surgen o están vinculados a estados de salud (9).

Dorothea Orem también en su teoría hace referencia a los factores condicionantes básicos y los denomina como los factores internos o externos a las personas que afectan a sus capacidades para ocuparse de su propio autocuidado o afectan al tipo o cantidad de autocuidado requerido fueron identificados en 1958 y desde entonces se ha trabajado con ellos los cuales se incluye la edad, el sexo, el estado de desarrollo, el estado de salud, orientación socio- cultural, los factores del sistema de cuidados de salud, los factores del sistema familiar, los factores relacionados con el ambiente, disponibilidad y adecuación de recursos.

Naturaleza del Autocuidado: autocuidado podría definirse como aquella capacidad o actividades necesarias para vivir y sobrevivir, el autocuidado es la totalidad de un individuo que incluye sus necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él; es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar, puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades: apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal, mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales, prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones, prevención de la incapacidad o su compensación promoción del bienestar (9).

Agencia de Autocuidado: Es la compleja capacidad adquirida de satisfacer los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura y el funcionamiento y desarrollo humanos, y promueven el bienestar, la agencia

de autocuidado de los individuos varía dentro de una gama con respecto a su desarrollo desde la infancia hasta la ancianidad, varía con el estado de salud, con factores influidos por la educación y con las experiencias vitales en la medida en que permiten el aprendizaje, la exposición a influencias culturales y el uso de recursos en la vida diaria, la agencia de autocuidado de los individuos está condicionada por factores que afectan a su desarrollo y operatividad; su adecuación se mide por comparación con las partes componentes de la demanda de autocuidado. Orem usa la palabra agente para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica, cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado (9).

Orem reconoce que hay situaciones en que las personas cuidan unas de otras sin que esto implique directamente cuidados de enfermería y se denomina agencia de cuidado dependiente es la capacidad de algunas personas maduras de reconocer que otras tienen requisitos de autocuidado a los que no pueden responder por sí mismos, y satisfacerlos total o parcialmente. La agencia de enfermería se usa en las situaciones en que la enfermera proporciona los cuidados.

Capacidad del Autocuidado: Es la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir, las personas que realizan su autocuidado son conocedoras de sí mismas, de sus estados funcionales y de los cuidados que necesitan, quieren saber, valoran, investigan, emiten juicios y toman decisiones. Se ocupan de cursos de acción para el logro de resultados y son capaces de auto dirigirse en sus ambientes.

Habilidades para el Autocuidado: Son expresiones de lo que las personas han aprendido hacer y saben hacer en la fase de investigación y toma de decisiones del autocuidado, y en su fase de producción en las presentes condiciones humanas y ambientales.

Limitaciones de Autocuidado: Son expresiones de lo que impide a los individuos proporcionar la cantidad y clase de autocuidados que necesitan

en las condiciones y circunstancias existentes y cambiantes. Se expresan en términos de influencias restrictivas en las operaciones de autocuidado. Se han identificado tres clases: restricciones de conocimiento, restricciones de juicio y toma de decisiones y restricción de las acciones para el logro de resultados, tanto en la fase de investigación como en el autocuidado (9).

2.2.2. Tuberculosis

La enfermedad de la tuberculosis es causada por *mycobacterium tuberculosis*, esta es una bacteria que en la gran mayoría afecta a los pulmones; se puede curar, prevenir, su medio de transmisión es de persona a persona por medio del aire. Si el paciente diagnosticado con TBC pulmonar estornuda, tose o escupe, arroja bacilos tuberculosos al ambiente y basta que la persona inhale los bacilos para quedar contagiado (10). Se denomina abandono al tratamiento de la TBC cuando un paciente que inicia el tratamiento lo discontinúa por más de treinta días seguidos (11).

La infección por M. tuberculosis suele ser asintomática en personas sanas, dado que su sistema inmunitario actúa y va formando una barrera alrededor de la bacteria. Dentro de las manifestaciones clínicas de TBC pulmonar activa son la tos, con esputo que puede ser sanguinolento, dolor en la parte torácica, sensación de cansancio, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna. La enfermedad de la tuberculosis puede curarse mediante la medicación de antibióticos durante seis meses (12).

2.2.2.1. Los determinantes sociales de la salud, las inequidades sociales en el control de la tuberculosis

Dentro de los “determinantes estructurales” relacionados con la tuberculosis, se han descrito la presencia de grandes focos de carencias sociales, el crecimiento económico desigual, los altos niveles de migración, la rápida urbanización y el crecimiento demográfico, estas condiciones dan lugar a distribuciones desiguales de los determinantes sociales, observándose en la población afectada por tuberculosis, mayores

porcentajes de malas condiciones ambientales y de vivienda, desnutrición, desempleo y barreras económicas y, otras condiciones que dificultan el acceso a la atención sanitaria estos determinantes sociales están entre los factores de riesgo clave, para el desarrollo de la tuberculosis en sus 4 etapas de patogénesis por ejemplo, una alta prevalencia de tuberculosis, sumado a una mala ventilación y hacinamiento en los hogares y lugares de trabajo aumentan la probabilidad de que los individuos no infectados estén expuestos a infectarse con TBC. La pobreza, la desnutrición, comorbilidades, pueden aumentar la susceptibilidad a la infección, la enfermedad y la gravedad de la enfermedad. Por otro lado, las personas enfermas con tuberculosis a menudo se enfrentan a barreras sociales y económicas que retrasan su contacto con el sistema de salud, donde pueden hacerse el diagnóstico y recibir el tratamiento oportuno (12).

El control de la tuberculosis se ha basado principalmente en la aplicación del tratamiento directamente observado (que enfatiza particularmente la detección temprana de los casos, la adherencia y el éxito del tratamiento), es considerado una de las intervenciones de salud pública más rentables jamás implementada, que ha contribuido con la reducción significativamente de la morbi-mortalidad por TBC (13).

2.2.2.2. Administración del tratamiento de la tuberculosis

Para el tratamiento farmacológico de la TBC sensible a las drogas se consideran dos fases, ambas deben ser supervisadas por el profesional de enfermería.

Primera fase: llamada inducción o bactericida: aquí la administración del tratamiento es a diario, tiene como objetivo disminuir velozmente la población bacilar del crecimiento y multiplicación rápida (lográndose eliminar el 90% de población bacteriana en los 10 primeros días previniendo la resistencia logrando la curación con ello el fracaso al tratamiento.

Segunda fase: llamada mantenimiento o esterilizante: la administración es intermitente, momento en el cual la población bacteriana se multiplica una

vez a la semana o menos frecuentemente, ya no es necesaria la administración del tratamiento a diario Incluyéndose la disminución del número de medicamentos, suficientes para lograr la radicación de los bacilos persistentes evitando así las posibles recaídas (14).

- Todos los pacientes deben ser obligatoriamente observados por el profesional de enfermería al momento de tomar sus medicamentos para lograr obtener la mayor posibilidad de curación y disminuir el riesgo de resistencia bacteriana y fracaso al tratamiento.
- Se debe utilizar la observación directa de la toma de medicamentos en ambas fases tanto en la primera como en la segunda con esto se logra mejorar sensiblemente la posibilidad curación de los pacientes con TBC. Queda prohibido dar tratamiento auto administrado.
- En el momento que se brinda tratamiento auto administrado (no observado por el profesional de enfermería) los pacientes no cumplen estrictamente la toma de todos los medicamentos y por lo tanto se eleva el riesgo de fracaso, abandono y muerte, un tratamiento auto - administrado da lugar a la potencial creación de resistencia a medicamentos y la transmisión de tuberculosis resistente a los antibióticos a trabajadores de salud y a la comunidad, por lo que se considera una gravísima falta contra la salud pública (14).

Toda persona diagnosticada con tuberculosis debe recibir una orientación y consejería y debe firmar el consentimiento informado antes del inicio del tratamiento, la administración de los medicamentos debe ser directamente supervisado en boca, los medicamentos deben administrarse de lunes a sábado (incluido feriado), puede ser una hora antes o después de ingerir alimentos en días feriados los establecimientos de salud deben implementar estrategias locales para cumplir con la administración del tratamiento correspondiente de manera supervisada, se debe garantizar el cumplimiento total de las dosis programadas si el paciente con tuberculosis no acude a recibir los medicamentos correspondientes el personal del establecimiento de salud debe garantizar su administración dentro de las 24 horas siguientes y continuar con el esquema establecido (14).

2.2.2.3. Educación, consejería al paciente antes de que inicie el tratamiento

Se debe educar a la persona con tuberculosis, también a la familia sobre su enfermedad, los medios de contagio y medidas necesarias para su prevención, se debe realizar el uso de pruebas rápidas para detectar resistencia, verificar cuales son los medicamentos que va a recibir, los horarios de atención, el tiempo de duración del tratamiento, observar si se presentan algún tipo de reacciones adversas, aconsejar sobre la importancia de la adherencia al tratamiento y las consecuencias que se pueden presentar si no toman la medicación correctamente, explicar también la importancia del estudio de los contactos y medidas de control de infecciones dentro del domicilio y la potencial necesidad de aislamiento (15).

Realizar la consejería pre-test para tamizaje de la infección por VIH, referir a las mujeres en edad fértil a la estrategia sanitaria de salud sexual y reproductiva para orientar sobre la paternidad responsable, orientar y referir al afectado con tuberculosis al servicio de nutrición, psicología y servicio social, realizar el censo de contactos y brindar educación al paciente y familiares sobre la importancia de su control, realizar la visita domiciliaria dentro de las primeras 48 horas, con el objetivo de verificar la dirección exacta del paciente, brindar educación y orientación a la familia sobre el plan del tratamiento y la importancia del apoyo familiar, explicar las medidas de prevención y control de las infecciones, confirmar el censo y organizar el estudio de contactos e identificar a los sintomáticos respiratorios (SR) entre los contactos y tomar las muestras de baciloscopia (15).

2.2.2.4. Medicamentos antituberculosos de primera línea

Los medicamentos pertenecen a la primera línea son utilizados en pacientes nuevos, recaídas y abandonos recuperados, son elevadamente eficaces y tolerados por la mayoría de pacientes.

Rifampicina (R): Es bactericida contra bacilos extra e intracelulares, 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 con 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 (14).

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 no ingerir junto con antiácidos.

Pirazinamida (Z): Ejerce efecto bactericida sobre la población bacteriana semidormida o durmiente contenida dentro de los macrófagos o en 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.

Etambutol (E): Bacteriostático a dosis de 20 mg/k/d, su función en el esquema de tratamiento es proteger contra el desarrollo de resistencia a rifampicina en donde la resistencia a isoniazida puede estar presente se puede ingerir con o sin alimentos, se espera una concentración pico de 2-6 ug/ml. Su uso es seguro en cualquier mes del embarazo y en la lactancia.

Estreptomycin (S); es el único agente de uso parenteral de 1ª línea con actividad bactericida fundamentalmente en población extracelular, actúa en pH neutro, su dosis es de 15 Mg /Kg/día y se distribuye ampliamente en tejidos y líquidos corporales con pobre penetración en barrera hematoencefálica (14).

2.2.2.5. Medicamentos antituberculosos de segunda línea

Los medicamentos de segunda línea se utilizan en pacientes con tuberculosis resistente a antibióticos estos fármacos suelen tener efectos

más tóxicos, y su acción terapéutica requiere de uso prolongado para alcanzar la curación.

Clasificación de los medicamentos para el manejo de la tuberculosis:

Grupo 1: Algunos fármacos orales de primera línea, como isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol, pueden utilizarse en el manejo de la tuberculosis multidrogo resistente si la prueba de sensibilidad (PS) indica que aún es sensible a etambutol y/o pirazinamida, deben ser considerados en el nuevo esquema, ya que son mejor tolerados que los medicamentos de segunda línea.

Grupo 2: Incluye medicamentos inyectables kanamicina, amikacina, estreptomicina, capreomicina; cuando el paciente es sensible se administra estreptomicina como primera opción en caso sea resistente a estreptomicina, la segunda opción es kanamicina, si la cepa es resistente como la estreptomicina como a kanamicina, entonces la elección es Capreomicina.

Grupo 3: Comprende a las quinolonas (en orden descendente de potencia: moxifloxacino, levofloxacino, ciprofloxacino), que son fármacos de segunda línea orales y bactericidas, se debe incluir una quinolona en cada régimen de tratamiento para MDR.

Grupo 4: Este grupo incluye a ethionamida, cicloserina, PAS son pocos tolerados que los medicamentos de los otros grupos todos ellos pueden ser incluidos en el esquema de retratamiento (14).

Grupo 5: Otros amoxicilina, ácido clavulánico, claritromicina, thioridazina, linezolid, imipenem, cilastina, meropenem, isoniacida a altas dosis, thiocetazona (14).

2.2.2.6. Factores asociados al abandono de tratamiento de tuberculosis

Los factores relacionados con el paciente constituyen el conjunto de características biológicas, socioculturales que están presentes en toda la población sujeto a estudio tomando aquellos que puedan ser medidos, son consideradas como las principales variables clasificatorias para el estudio

de comportamientos diferenciales en diversos temas de investigación social aquellas características de la organización del trabajo que afectan a la salud de las personas , se consideran conexiones que se dan entre la persona y la sociedad, es evidente que ejerce una clara influencia sobre hombres y mujeres factores que afectan al entorno del hombre, influyen también decisivamente en su salud (16).

- Edad: palabra que se usa para mencionar el periodo de tiempo que ha vivido un ser vivo, no existe unificación a la edad de mayor riesgo de abandono.
- Sexo: es la clasificación del sexo de una persona en función de ser mujer o varón, la literatura apoya a la premisa que los hombres tienden a abandonar el tratamiento más que las mujeres.
- Estrato económico: es el resultado del desarrollo económico que marca una pauta importante en el desenvolvimiento de una persona, se expresa en la ocupación del principal sostén y el patrimonio del hogar variable latente del cual solo se puede medir sus manifestaciones, tener bajo recursos suele ser vinculado como factor de riesgo para abandonar el tratamiento (16).
- Nivel educativo: se refiere al tiempo de años escolares, que un ser vivo ha obtenido en el sistema educativo formal, a menor nivel educativo mayor será la probabilidad de abandono, es decir mientras más bajo sea el nivel educativo más difícil se hace la comunicación tanto con la familia, como con el personal de salud.
- Estado civil o Marital: es el estado de una persona para determinar sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del vínculo, parentesco que establece ciertos derechos y deberes.
- Falta de vivienda: necesidad específica de la pobreza. Se evidencia que, en diferentes estudios realizados, la falta de vivienda, va a aumentar el riesgo de abandonar el tratamiento (16).
- Ingresos económicos: se relaciona tanto con diversos aspectos económicos, pero también sociales ya que la existencia o no de los mismos puede determinar el tipo de calidad de vida de una familia o de un

individuo. Consumo de alcohol y tabaco, el consumo de alcohol es un fenómeno que genera muchas deficiencias físicas y psicológicas dentro de un ser humano, el consumo de tabaco es el acto consistente en el haber fumado por lo menos alguna vez un cigarrillo o una fracción de él.

- Consumo de sustancias psicoactivas (Drogas): Problema social complejo y multifactorial tanto por sus causas y consecuencias, como por sus componentes e implicaciones todo consumo de drogas implica la presencia de una persona que realiza una elección conductual, pero supone una peculiar reacción del organismo ante la acción de una sustancia química, el consumo de drogas ilícitas es uno de los factores que inducen directamente a los pacientes a abandonar el tratamiento.
- Migración: movimiento de la población que consiste en dejar el lugar de residencia para establecerse en otro país o región, generalmente por causas económicas o sociales, las tasas de morbilidad y mortalidad son altas en las personas desplazadas e inmigrantes, también existen obstáculos para que el paciente cumpla el tratamiento en una población con elevados índices de migración (16).
- Falta de apoyo familiar: se considera que la falta de apoyo familiar al paciente con tratamiento contra la tuberculosis, constituye uno de los riesgos para el abandono de la misma.
- Efectos adversos al medicamento: los efectos secundarios que ocasiona la farmacoterapia contra la tuberculosis como náuseas, vómitos, diarrea, cólicos, hipersensibilidad entre otros se presentan con frecuencia y en algunos casos están relacionados con el abandono de tratamiento.
- Duración del tratamiento: tiempo que dura el tratamiento de una enfermedad, se encuentra asociadas a la adherencia y está vinculado como el obstáculo más difícil de vencer para lograr la adherencia al tratamiento contra la tuberculosis (16).

2.2.2.7. Consecuencias del abandono de tratamiento

Siendo el abandono de tratamiento antituberculoso un problema grave, tiene connotaciones graves, como son el deterioro físico de la salud del

paciente por la enfermedad, la posibilidad de activar mecanismos de resistencia bacteriana, la continuación de propagación de la infección y la perpetuación de su existencia en la humanidad, al dejar el tratamiento hay disminución de las tasas de curación, incremento de recaídas, y aumento de la susceptibilidad del paciente a otras infecciones la terapia inadecuada facilita la aparición de resistencia bacteriana que, a sumada a la coinfección con el virus del VIH, puede incrementar la diseminación de la tuberculosis multiresistente, aumentando la morbilidad o mortalidad; lo cual cataloga como una emergencia mundial de grandes dimensiones la no adherencia es la incapacidad o la oposición del paciente a cumplir con todos los componentes del tratamiento, cuando un tratamiento se complica o dura un largo periodo, como en el caso de la tuberculosis, a menudo los pacientes se cansan o se desaniman a continuar con el tratamiento, esta conducta es uno de los más grandes problemas en el control de la tuberculosis y puede provocar serias consecuencias, cuando un paciente con TBC no es adherente a todo el proceso de tratamiento puede permanecer enfermo por un largo tiempo y agravar su enfermedad, continuar transmitiendo la tuberculosis a otros, desarrollar y transmitir la tuberculosis drogo resistente, y fallecer como resultado de un tratamiento interrumpido (16).

2.3. Definición de términos básicos

Factores: Son aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios (17).

Abandono: se refiere cuando un paciente que da inicio al tratamiento y lo discontinúa por 30 días seguidos o más. Incluye al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa (18).

Tratamiento: Está basado en regímenes de terapia combinada es decir la utilización de varios medicamentos siendo estos de corta duración, formulados en los decenios 1970 a 1980, han ido mejorando en el transcurso de los años, teniendo en cuenta tres propiedades fundamentales de los medicamentos antituberculosis: capacidad bactericida, capacidad esterilizante, y capacidad para prevenir la resistencia (18).

Tuberculosis: Enfermedad infecciosa casi siempre suele afectar a los pulmones y es causada por la bacteria (*Mycobacteriu tuberculosis*). Su medio de trasmisión es de persona a otra a través de gotículas generadas en el sistema respiratorio pacientes con enfermedad pulmonar activa (19).

Microred de salud: Conformado por un conjunto de establecimientos de salud del primer nivel de atención, se constituye en la unidad básica de gestión y organización de la prestación de servicios, que agregados conforman una Red de Salud (20).

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

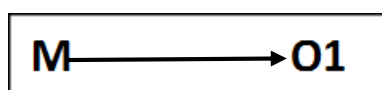
3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo de investigación

La investigación fue de tipo cuantitativa porque es un procedimiento de decisión pretendiendo señalar, entre ciertas alternativas, con el uso de magnitudes numéricas que pueden ser utilizadas como herramientas del campo de la estadística. La investigación cuantitativa está producida por la causa y efecto de las cosas (21).

3.1.2. Diseño de investigación

La investigación fue de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo; es descriptivo teniendo como objetivos el observar, describir y documentar aspectos de una situación que ocurre de forma natural y algunas veces proporciona el punto de partida para la generación de hipótesis o el desarrollo de la teoría; es trasversal porque implican la obtención de datos en un periodo de tiempo específico los fenómenos por investigar se captan según se manifiestan durante un periodo de colecta de datos, el diseño trasversal se emplea con el fin de registrar fenómenos relacionados con el tiempo, pero con frecuencia los resultados son ambiguos; y retrospectivos porque los datos son de años anteriores (21).



M: Pacientes con tuberculosis que abandonaron el tratamiento.

O1: Factores

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población y muestra estuvo constituida por 50 pacientes que fueron aquellos que abandonaron el tratamiento durante los años 2014 al 2016 en

las microredes de Chiclayo, la Victoria y José Leonardo Ortiz mostrados en la siguiente tabla.

Tabla (1)

Número de pacientes que abandonaron el tratamiento de la tuberculosis

AÑOS	MICRORED CHICLAYO	LA VICTORIA	J.L. O	TOTAL
2014	0	0	3	3
2015	8	6	6	20
2016	7	9	11	27
TOTAL	15	15	20	50

*FUENTE: Gerencia Regional de Salud Chiclayo 2014, 2015,2016
 INFORME OPERACIONAL DE TUBERCULOSIS*

Criterios de inclusión:

- Pacientes que pertenecieron a las microredes de Chiclayo, la Victoria y José Leonardo Ortiz.
- Pacientes con tuberculosis que abandonaron el tratamiento.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes que contaron con historia clínica completa.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no pertenecieron a las microredes de Chiclayo, la victoria y José Leonardo Ortiz.
- Pacientes que culminaron el tratamiento antituberculoso.
- Pacientes que abandonaron el tratamiento pero no contaban con historia clínica o estaba incompleta

3.3. Variable

Independiente: Factores asociados al abandono del tratamiento de pacientes con tuberculosis.

3.4. Operacionalización de variables

Variable	Dimensiones	Indicadores	Técnicas	Instrumentos de Recolección de Datos
Factores de Abandono	<p>Demográficos</p> <p>Sociales</p> <p>Biológicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo - Edad - Estado civil - Grado de instrucción - Tipo de ocupación - Fecha de abandono al tratamiento - Micro red a la que pertenece - Centro de salud al que pertenece - Ocupación - Ingreso económico - Antecedentes personales(alcohol, drogas, tabaco) - Cambio de domicilio o viaje - Antecedentes de tuberculosis en la familia. - Fases que abandono - Tipo de tuberculosis - Reacciones adversas - Otras patologías 	Análisis de documentos	Historia Clínica (Registro de enfermería)

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.5.1 Técnicas de recolección de datos

Se utilizó el análisis de documentos, es una investigación técnica, con un conjunto de operaciones intelectuales, buscando describir y representar los documentos de manera unificada sistemática para facilitar su recuperación. Comprende el procesamiento analítico- sintético que, a su vez, incluye la descripción bibliográfica y general de la fuente, la clasificación, indización, anotación, extracción, traducción y la confección de reseñas que fue un instrumento para la recopilación de la información, consistió en un conjunto de operaciones destinadas a representar el contenido y la forma de un documento para facilitar la recuperación (22).

3.5.2 Instrumentos de recolección de datos

Para identificar los factores que pueden inducir al abandono de tratamiento de tuberculosis se trabajó con las historias clínicas de los pacientes que abandonaron tratamiento para la cual se elaboró un registro de enfermería que estuvo estructurado por datos sobre aspectos demográficos, sociales, y biológicos , los datos demográficos constó de 8 preguntas referida a los datos generales siendo las preguntas enfocadas al día y mes que abandono el tratamiento, año que abandono, sexo, edad, estado civil, microred a la que pertenece, centro de salud al que pertenece, grado de instrucción. Los factores sociales constaron de 5 preguntas referidas a la ocupación, ingreso económico, cambio de domicilio, viaje, antecedentes personales sobre droga o alcohol. Factores biológicos constaron de 5 preguntas referidas a antecedentes de tuberculosis en la familia, fase de abandono, tipo de tuberculosis, reacciones adversas a los medicamentos y otras patologías.

3.6. Procedimiento para la recolección de datos

Una vez elaborado los instrumentos de la recolección de datos, se procedió a la aplicación de los mismos para la recolección correspondiente. Para ello se presentó el proyecto de investigación a la escuela profesional de enfermería de la universidad señor de sipán con el propósito de obtener su aprobación; luego se solicitó el permiso a la red de salud Chiclayo donde se tuvo que presentar una serie de requisitos para poder acceder a la recolección de datos de los diferentes centros de salud (Anexo N° 01). Luego se coordinó con los jefes de los Centros y Puestos de Salud y con la enfermera responsable de la estrategia sanitaria nacional de tuberculosis.

El primer instrumento que se aplicó para la recolección de datos fue el registro de abandono del tratamiento de pacientes con tuberculosis (Anexo N° 02). Seguidamente se identificó la muestra considerando los criterios de inclusión y exclusión.

3.7. Análisis estadísticos e interpretación de los datos

Para el análisis de los datos se utilizó el Software SPSS versión 22; se empleó la estadística descriptiva para resumir y los resultados serán representados en tablas y gráficos.

3.8. Principios éticos

Se basó en los principios éticos del Informe Belmont:

Principio de Confidencialidad: Constituyó una garantía de que los informes proporcionados no serán divulgados públicamente de manera que puedan ser identificados y que dicha información no quedara a disposición de terceros, exceptos quienes estén implicados en el estudio. (23).

En esta investigación se aplicó este principio para el procedimiento de recolección de datos donde se utilizó el análisis documental, en el cual los datos de los pacientes fueron obtenidos de las historias clínicas y de los registros anuales de tuberculosis, la información de cada paciente que abandono el tratamiento antituberculoso, fue estrictamente reservado respetando su intimidad y los principios éticos, los cuales no serán divulgados.

El respeto a las personas: se debe incorporar dos convicciones éticas: en primer lugar, las personas deben ser tratados como agentes autónomos, y, en segundo lugar, las personas con menos autonomía tienen derecho a protección. El principio de respeto hacia las personas se divide en dos requisitos morales separados: el requisito de reconocer la autonomía y el requisito de proteger a los que no tiene suficiente autonomía (23).

Este principio se aplicó a la investigación ya que los datos de los pacientes que abandonaron el tratamiento fueron obtenidos de las historias clínicas, estos datos fueron registrados en el registro de enfermería previamente elaborado, respetándose la identidad del paciente ocultándose su documento nacional de identidad (DNI), nombres y apellidos, historia clínica, dirección de la vivienda y número telefónico.

Principio de Beneficencia: se debe tratar a las personas de una manera ética, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar, este trato cae bajo el principio de beneficencia. Con frecuencia, el término "beneficencia" se entiende como actos de bondad o caridad que van más allá de la estricta obligación, la beneficencia se entiende en un sentido más fuerte, como obligación (23).

Este principio se aplicó a la investigación mediante el anonimato basado en el registro de aquellos pacientes que abandonaron el tratamiento de la

tuberculosis, además se informa que los datos obtenidos solo serán utilizados para fines de investigación

Principio de Justicia: Se da una injusticia cuando se niega un beneficio a una persona que tiene derecho al mismo, sin ningún motivo razonable, o cuando se impone indebidamente una carga, otra manera de concebir el principio de justicia es afirmar que los iguales deben ser tratados con igualdad. Sin embargo, esta afirmación necesita una explicación quién es igual y quién es desigual las cuestiones de justicia se han relacionado durante mucho tiempo con prácticas sociales como el castigo, contribución fiscal y representación política, ninguna de estas cuestiones ha sido generalmente relacionada con la investigación científica, hasta este momento. Sin embargo, ya fueron presagiadas en las reflexiones más primitivas sobre la ética de la investigación con sujetos humanos (23).

En la investigación se incluyó el derecho de justicia antes, durante y después de la recolección de datos en el cual dichos datos de todos pacientes que abandonaron el tratamiento fueron estrictamente reservados, sin distinción alguna ya sea raza, sexo, educación, situación económica respetando su intimidad de cada uno de ellos este principio se mantuvo presente en todo el transcurso de la investigación.

3.5. Criterios de rigor científico

Para este estudio se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

- **Validez Interna:** se refirió al grado en que es posible inferir que la variable independiente en realidad influye en la dependiente y que la relación no es espuria. Se logra cuando los resultados pueden generalizarse con confianza a situaciones externas al ámbito específico de la investigación.

En esta investigación los datos fueron validados en un registro de enfermería en el cual se describe los factores demográficos, sociales y biológicos asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis.

- **Validez Externa:** Se refirió a la posibilidad de generalizar los resultados de la investigación a otros entornos o muestras. Los estudios rara vez se llevan a cabo para descubrir relaciones entre variables para un grupo de personas en un momento determinado; antes bien, su objetivo suele consistir en poner al descubierto relaciones perdurables cuyo conocimiento pueda emplearse para mejorar la condición humana. Un estudio tiene validez externa en la medida en que la muestra es representativa de la población general y en que el contexto de la investigación y el diseño experimental sean representativos de otros entornos (23).

Se realizó la validez por expertos, buscando uniformizar criterios e identificar factores asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis.

- **Credibilidad:** Los datos obtenidos no utilizaron pronombres ni comparaciones, la investigación fue verdadera, no generó dudas de los resultados que se obtuvieron, intervino la originalidad de la información.

Esta investigación se enfocó en determinar los factores asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis el cual tuvo como instrumento el registro de enfermería.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultado en tablas y gráficos

Tabla 1. Factores asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis.

FACTORES			
FACTORES	Demográficos	Sociales	Biológicos
PUNTAJE	250	143	220
Porcentaje	41%	23%	36%



Interpretación: En la tabla 1, se puede observar, los factores asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis de las microredes de Chiclayo, victoria y José Leonardo Ortiz, en el cual se obtuvo un mayor porcentaje de 41% en los factores demográficos siendo estos los factores determinantes asociados al abandono, con un 36% están los factores biológicos y con un 23% los factores sociales.

Tabla 2. Factores demográficos asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis.

Datos	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Mes de abandono	Enero	5	10%
	Febrero	4	8%
	Marzo	5	10%
	Abril	6	12%
	Mayo	4	8%
	Junio	4	8%
	Julio	4	8%
	Agosto	8	16%
	Septiembre	2	4%
	Octubre	3	6%
	Noviembre	1	2%
	Diciembre	4	8%
Año de abandono	2014	3	6%
	2015	20	40%
	2016	27	54%
Sexo	Femenino	18	36%
	Masculino	32	64%
	Adolescente	1	2%

Edad	Adulto joven	14	28%
	Adulto maduro	29	58%
	Adulto mayor	6	12%
Estado civil	Soltero	25	50%
	Casado	10	20%
	Conviviente	15	30%
Microred	Chiclayo	16	32%
	José Leonardo Ortiz	20	40%
	La Victoria	14	28%
Centro de salud	El Bosque	5	10%
	La Victoria sector I	4	8%
	José Leonardo Ortiz	5	10%
	Atusparias	3	6%
	Villa Hermosa	5	10%
	Cerropon	2	4%
	Culpon	3	6%
	La Victoria sector II	2	4%
	Santa Ana	3	6%
	Túpac Amaru	4	8%
	Raymondi	1	2%
	San Antonio	3	6%
	Jorge Chávez	2	4%
Cruz de la Esperanza	1	2%	

	Chosica del norte	2	4%
	José Olaya	4	8%
	Paul Harris	1	2%
	Primaria	17	34%
Grado de instrucción	Secundaria	31	62%
	Analfabeto	2	4%

Fuente: Registro de Enfermería de factores asociados al abandono del tratamiento de pacientes con tuberculosis en las microredes de Chiclayo, La Victoria y José Leonardo Ortiz 2014 - 2016.

Interpretación: En la tabla 2, se observa los factores demográficos asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis de las microredes de Chiclayo, la victoria y José Leonardo Ortiz, en el cual se obtuvo de la totalidad, el 16% de abandonos se dio en el mes de agosto, durante el año 2016 con un 54%, predominó el sexo masculino con un 64%, con edades entre 30 a 59 años con un 18%, el 50% de pacientes son solteros, el 40% de abandono se registró en la microred de José Leonardo Ortiz, los centros de salud con mayor abandono al tratamiento fueron el Bosque, José Leonardo Ortiz y Villahermosa con un 10% y mayor frecuencia de estudios secundarios con un 62%.

Tabla 2. Factores demográficos asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis.

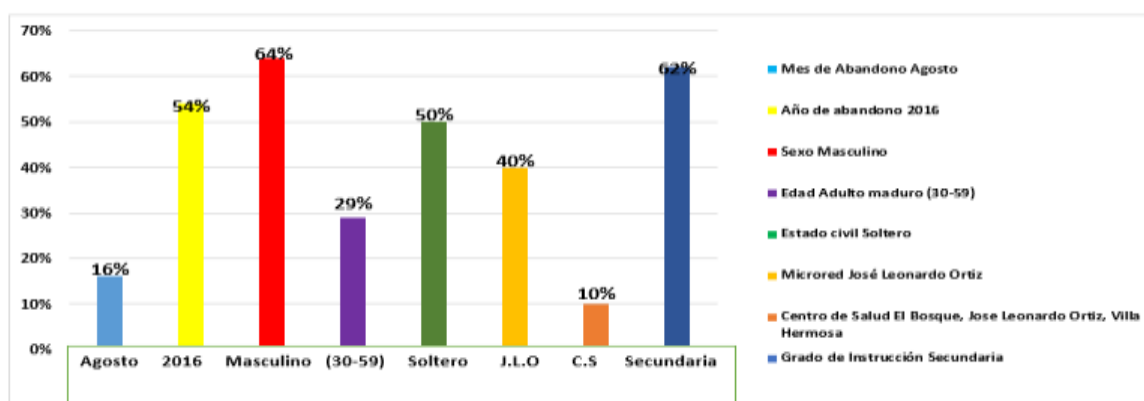


Tabla 3. Factores sociales asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis.

Datos	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Ocupación	Mototaxista	9	18%
	Agricultor	8	16%
	Comerciante	7	14%
	Desempleado	7	14%
	Cobrador	6	12%
	Obrero	8	16%
	Chofer	5	10%
Ingreso económico Mensual	500	10	20%
	700	9	18%
	900	9	18%
	1100	7	14%
	1300	8	16%
	1500	6	14%
Motivo de abandono	Cambio de domicilio	22	44%
	viaje	28	56%
Antecedentes personales	Tabaco	39	78%
	Alcohol	6	12%
	Drogas	5	10%

Interpretación: En la tabla 3, se observa los factores sociales asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis en las microredes de Chiclayo, la victoria y José Leonardo Ortiz, en el cual se obtuvo de la totalidad, el 18% de pacientes son de ocupación mototaxistas, el 20% tiene un ingreso económico de 500 mensuales, el 50% de abandonos fue por motivo de viaje, y dentro de los antecedentes personales el 78% de pacientes consume tabaco.

Tabla 3. Factores sociales asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis.

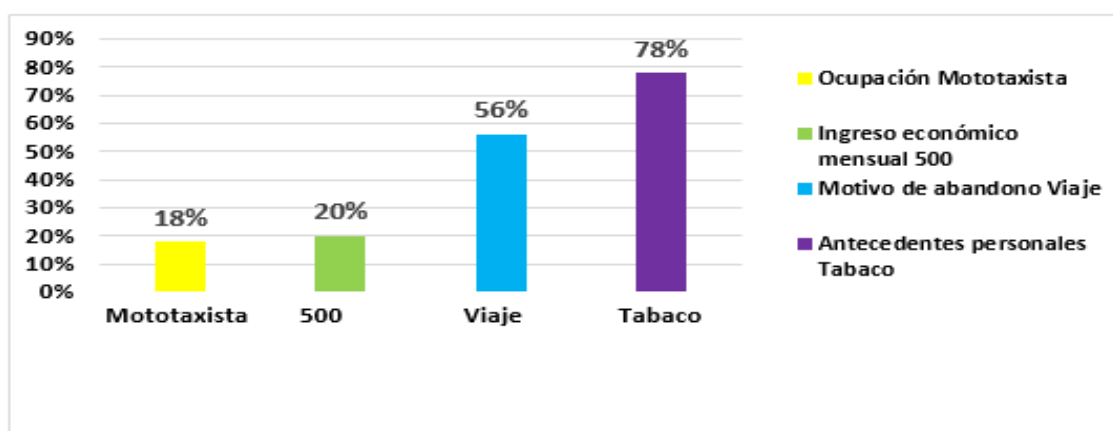


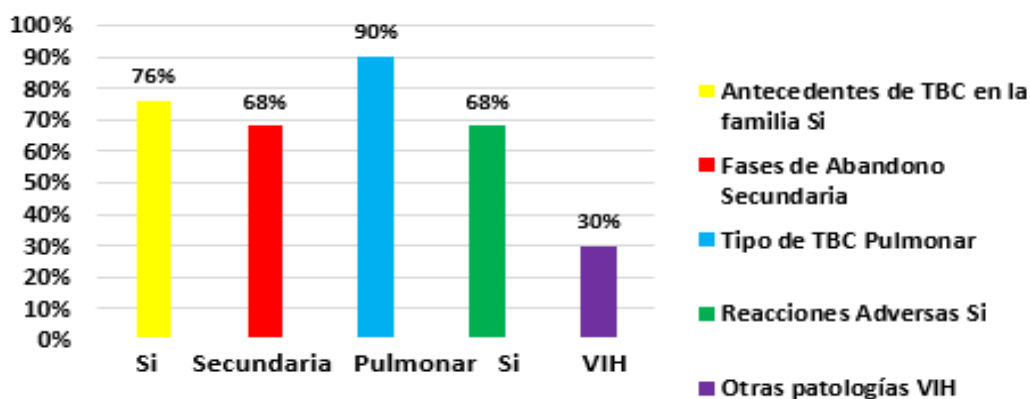
Tabla 4. Factores biológicos asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis.

Datos	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Antecedentes de TBC en la familia	Si	38	76%
	No	12	24%
Fases de Abandono	Primera	16	32%
	Segunda	34	68%
Tipo de TBC	Pulmonar	45	90%
	Extra pulmonar	5	10%

Reacciones Adversas	Si	34	68%
	No	16	32%
Otras patologías	VIH	15	30%
	Gastritis	14	28%
	Diabetes	11	22%
	Convulsiones	10	20%

Interpretación: En la tabla 4, se observa los factores biológicos asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis en las microredes de Chiclayo, la victoria y José Leonardo Ortiz en el cual se obtuvo de la totalidad, el 76% de los pacientes presentan antecedentes de tuberculosis en la familia, el 68% abandona en la segunda fase del tratamiento, el 90% tienen tuberculosis pulmonar, el 68% presentaron reacciones adversas a los medicamentos y dentro de otras patologías el 30% de pacientes presenta VIH.

Tabla 4. Factores biológicos asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis.



4.2. Discusión de resultados

El abandono al tratamiento antituberculoso es un obstáculo importante para el control de la TBC en el Perú, identificándose como una de las áreas prioritarias de trabajo por los representantes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis.

El abandono permite la progresión de la enfermedad, facilitan la presencia de complicaciones, la posibilidad latente de desarrollar cepas multidrogo-resistentes(MDR), así como también la continuidad de fuentes de contagio inadecuadamente tratadas en la comunidad, provocando la generación nuevos casos y el consecuente incremento de los costos de atención en salud.

Los resultados en este estudio muestran diversos factores relacionados con el abandono al tratamiento antituberculoso que están relacionados directamente con el paciente. En general, se aprecia que el perfil de los pacientes que abandona el tratamiento está determinado por distintos factores en nuestro estudio se consideraron los factores demográficos, sociales y biológicos siendo el factor demográfico con un mayor porcentaje con un 40,8%; los biológicos con 35.9%; y sociales con un 23.3%. Asimismo, en otra investigación se determinó factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en el año 2013 donde se obtuvo como conclusión que los factores perceptivos cognitivos se establecieron como los principales determinantes directos de abandono al tratamiento antituberculoso, entre estos en primer lugar el desconocimiento de la importancia de adherencia al tratamiento con un (95.8%), seguido de mejoría del estado de salud con un (82.7%), desconocimiento de la duración del tratamiento con un (75%), en segundo lugar los factores fisiológicos y por último los factores de seguridad, (7).

Con respecto a los factores demográficos asociados al abandono del tratamiento en nuestro estudio se obtuvo que el 16% de abandonos se dio en el mes de agosto, durante el año 2016 con un 54%, predominó el sexo masculino con un 64%, con edades entre 32 a 36 años con un 18%,

el 50% de pacientes son solteros, el 40% de abandono se registró en la microred de José Leonardo Ortiz, los centros de salud con mayor abandono al tratamiento fueron el Bosque, José Leonardo Ortiz y Villahermosa con un 10% y mayor frecuencia de estudios secundarios con un 62%. En otro estudio realizado por Laura Inés Plata-Casas denominado Factores asociados a la no adherencia al tratamiento anti tuberculosis, Colombia 2015 los resultados fueron el 75% de los pacientes pertenecen al género masculino; el promedio de edad es de 30 años, el 63% pertenecen al régimen subsidiado de salud. Las principales causas de abandono fueron: efectos adversos a los medicamentos (58%), inadecuada atención del personal de salud (43%), dificultad de acceso al servicio (32%), llegaron a la conclusión algunos factores no modificables como la edad y el género, así como factores modificables como estilos de vida inadecuados y efectos adversos; cuyo control mejoraría el cumplimiento; contribuyen al abandono del tratamiento (11).

Dentro de los factores sociales nuestro estudio obtuvo de la totalidad que, el 18% de pacientes son de ocupación mototaxistas, el 20% tiene un ingreso económico de 500 mensuales, el 50% de abandonos fue por motivo de viaje, y dentro de los antecedentes personales el 78% de pacientes consume tabaco. En el estudio realizado por Silvina 2011, el cual tuvo como objetivo identificar cuáles han sido los factores predominantemente que fueron analizados y determinar cuáles han presentado una mayor asociación con la no-adherencia al tratamiento anti-tuberculoso, sus resultados indicaron que la tendencia a abandonar el tratamiento se incrementa fuertemente conforme aumenta la condición de indigencia, precariedad y marginalidad social, como en el caso de quienes están desempleados o tienen empleos muy precarios, los analfabetos, las personas que viven en situación de calle o en residencias temporarias, los pacientes alcohólicos y los adictos a las drogas ilegales (sobre todo por vía endovenosa). Como resultado de esta revisión es posible trazar un perfil de la no-adherencia, marcado por la desigualdad socio-económica, la

vulnerabilidad psico-afectiva, la exclusión social y la inequidad en el acceso a la atención de la salud (8).

En el estudio realizado por Julio denominado Factores asociados a multidrogorresistencia en pacientes con tuberculosis en el departamento de Lambayeque, Se recolectaron los datos directamente de las historias clínicas y de las fichas empleadas por la DIRESA de Lambayeque, se llegó a la conclusión que la mayor fuerza de asociación para el desarrollo de Multidrogorresistencia corresponde a la irregularidad en el Tratamiento. Además, el desempleo, el contacto con TB y, la presencia de comorbilidad son también factores de riesgo en paciente con TB para desarrollar TB-MDR (12).

Sin embargo en el estudio realizado por Díaz O, *et al*, denominado Factores de riesgo asociados a la tuberculosis pulmonar. Municipio Guacara. El universo lo constituyó el total de los casos de tuberculosis diagnosticados en este período, y la muestra quedó conformada por 67 casos y 2 controles por casos: 134 controles, para un total de 201 personas encuestadas. Los factores de riesgo estudiados (variables independientes) se agruparon en: 1) antecedentes patológicos personales, 2) nivel socioeconómico, 3) y estilo de vida, 4) atención de salud. La información se obtuvo de una encuesta confeccionada por la autora. El procesamiento estadístico incluyó un análisis bivariado con enfoque de riesgo en tablas de contingencias y se calcularon para cada uno de los factores de riesgo el odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza (IC) al 95 % en el programa Epi-Info. Posteriormente, se aplicó en el programa SPSS la regresión logística como técnica de análisis multivariado, considerándose factores de riesgo definitivos: desnutrición, estado civil, malas condiciones de la vivienda, bajo nivel de escolaridad, poca accesibilidad a la atención médica, y hábito de fumar. (12).

En nuestro estudio como último factor tenemos los factores biológicos en el cual se obtuvo de la totalidad, el 76% de los pacientes presentan antecedentes de tuberculosis en la familia, el 68% abandona en la segunda fase del tratamiento, el 90% tienen tuberculosis pulmonar, el 68%

presentaron reacciones adversas a los medicamentos y dentro de otras patologías el 30% de pacientes presenta VIH.

Existen diversos factores asociados para que el paciente abandone el tratamiento de la tuberculosis dentro de ellos están asociados a los factores demográficos, biológicos y sociales siendo los más resaltantes que el abandono se da en pacientes de sexo masculino con edades de 32 a 36 catalogados como adultos jóvenes siendo la gran mayoría mototaxistas con un ingreso económico bajo, solteros, los cuales tienen antecedentes el consumo de tabaco y presentan otras patologías como el VIH, pertenecientes a la microred de Chiclayo aunque el tratamiento antituberculoso es totalmente asequible y gratuito a todos los diagnosticados con TBC no se ha podido detener esta enfermedad que afecta a una gran cantidad de personas; resaltando que la labor del personal de enfermería y la familia tienen una labor importante para el éxito del tratamiento.

Esta enfermedad infecciosa puede tratarse, pero el tratamiento de la tuberculosis es largo y un tanto complejo, lo que nos conlleva a lo que es hoy en día uno de principales problemas para el control de la tuberculosis y la principal causa de recaídas y de surgimiento de cepas resistentes es el abandono del tratamiento antituberculoso aunque el tratamiento antituberculoso es totalmente asequible y totalmente gratuito a todos los usuarios, mismo así no se ha podido detener esta enfermedad que afecta a una gran cantidad de personas resaltando que la labor del personal de enfermería y la familia tienen una labor importante en lo que respecta al tratamiento de un paciente que fue diagnosticado con tuberculosis, la enfermera tiene una responsabilidad a cargo muy importante, ya que es la responsable directa de la estrategia sanitaria nacional de control de tuberculosis, y al tener conocimientos profundos de los factores pronósticos y la perspectiva del paciente, debería conocer temprana y oportunamente aquellas determinantes o factores que propician el abandono de tratamiento de la tuberculosis.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- El factor que está más asociado al abandono de tratamiento de la tuberculosis en los pacientes es el factor demográfico con un 41% siendo este factor una de las principales barreras para lograr el éxito del tratamiento.
- Los factores demográficos asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis, estuvo predominado por el sexo masculino con un 64%, entre edades de 30 a 59 años con un 18%, estado civil soltero el 50%, con un grado de instrucción secundaria el 62%, el mayor porcentaje de abandono se registró en el año 2016 con el 54% y la gran mayoría pertenecía a la microred de José Leonardo Ortiz con el 40%.
- En los factores sociales, destaca el consumo de tabaco con un 78% con mayor incidencia que el consumo de alcohol y drogas ilícitas, la gran mayoría de pacientes abandonaron el tratamiento por el motivo de viaje con un 56%, siendo una de las causas primordiales por la que el paciente abandona el tratamiento de la tuberculosis, siendo un riesgo altamente peligroso por la posibilidad de complicación de la enfermedad pudiendo así repercutir en su salud.
- En los factores biológicos se pudo identificar que la mayoría de pacientes tiene TBC pulmonar con un 90% y el abandono se da en la segunda fase del tratamiento con un 68 %, por ello los pacientes en esta fase tienden a descuidarse siendo un problema a nivel mundial que afecta la calidad de vida de las personas.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda realizar investigaciones a profundidad, en el abandono del tratamiento antituberculoso, con el fin de descubrir nuevas líneas de investigación que sean útiles para implementar nuevos enfoques ante dicho problema.
- Se sugiere que a los pacientes que abandonan el tratamiento de la tuberculosis se les realice el seguimiento y trabajo extramural, explicándoles que deben llevar un control de su enfermedad evitando así las complicaciones y los daños graves que puede presentar y el peligro de contagio que puede ocasionar tanto a la familia y la comunidad donde vive.
- Se recomienda a los establecimientos de salud diseñar estrategias para disminuir el consumo de tabaco alcohol y drogas en los pacientes, con el apoyo multisectorial a través de la participación de instituciones dedicadas a estos cuidados logrando así brindar una calidad de atención de calidad oportuna, eficaz y eficiente.
- Se sugiere que el ministerio de salud adopte estrategias de políticas de salud, para mejorar esta problemática renovando estrategias, creando metas reorientando acciones donde se elaboraren modelos de atención, logrando el desarrollo de la salud de la población en la región Lambayeque.

REFERENCIAS

- (1) dge.gob [Internet]. Lima: MINSA; 2015. [Citado 27 de Mayo 2017]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/tbc/asistbc.pdf>
- (2) Torres Z, Herrera T. Perfil del paciente con tuberculosis que abandona el tratamiento en Chile. Rev Chil Enf Respir [Internet]. 2015 [Citado 06 de setiembre 2016] 31 (1): 52-57. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcher/v31n1/art08.pdf>
- (3) Anduaga A, Manticorena J, Beas R, Chaname D, Veramendi M, Wiegering R, Zevallos E, Cabrera R, Suárez L. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú. Actba Med Perú [Internet]. 2016 [Citado 29 de Mayo 2017] 33 (1): 21-28. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v33n1/a05v33n1.pdf>
- (4) Navarro C, Rueda J, Mendoza J. Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con TB. Revista ciencia y cuidado [Internet]. 2013 [Citado 08 de setiembre 2016] 10 (1): 19-27. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/revista/11555/V/10>.
- (5) Herrero M, Análisis espacial del abandono del tratamiento de tuberculosis, Buenos Aires, Argentina disponible en : http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v49/es_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005391.pdf
- (6) Culqui D, Munayco C, Grijalvac C, Cayla J, Horna O, y Suarez L. Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú. Arch Bronconeumol [Internet]. 2012 [Citado 09 de setiembre 2016] 48 (5): 150 – 155. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-archivos-bronconeumologia-6-articulo-factores-asociados-al-abandono-tratamiento-S0300289612000075?referer=buscador>


- (7) Plata L. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento anti tuberculosis. Rev. cienc. cuidad [Internet].2015 [Citado 10 de setiembre 2016] 12(2): 26-38. Disponible en :
<http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/507>
- (8) Chen J, Iglesias M, Chafloque R, Herrera L, Quiñones M, Aguilar I, Torres V, Peña R, Díaz C. Factores asociados a multidrogorresistencia en pacientes con tuberculosis en el departamento de Lambayeque. Rev. cuerpo méd. HNAAA [Internet]. 2013 [Citado 10 de setiembre 2016] 6 (2): 16-19. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/cuerpomedicohnaaa/v6n2_2013/pdf/a04v6n2.pdf.
- (9) Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería séptima edición. España: Elsevier; 2011.
- (10) who.int [Internet].España: whoint; 2016. [Citado 05 de setiembre 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/features/ga/08/es/>
- (11) minsa.gob [Internet]. Lima: MINSA; 2013. [Citado 05 de setiembre 2016]. Disponible en: http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/Archivos/norma_tecnica.pdf
- (12) paho.org [Internet]. España: Pahoorg; 2017. [Citado 01 de Junio 2017]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=59&Itemid=40776&lang=es

- (13) dge.gob [Internet]. Lima: MINSA; 2015. [Citado 27 de Mayo 2017].
Disponible en: Disponible en:
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/tbc/asistbc.pdf>
- (14) Minsa.gob.pe: [Internet]; Perú; 2006 [Citado 29 May 2017]. Disponible En:
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESN-tuberculosis/normaspublicaciones/VFCapTrat.pdf>
- (15) Baldeón E. Nivel de conocimientos sobre la atención que brindan los promotores de salud y las características de su intervención con pacientes de tuberculosis pulmonar en centros de salud de Lima Metropolitana 2014. [tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015 [citada 29 May 2017]. 100 p. Disponible en:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4179>
- (16) Remigio D. factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis. red de salud lima norte v rímac-san martin-los olivos. [tesis]. Lima: Escuela de enfermería padre Luis Tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma; 2012 [citada 29 May 2017]. 67p. Disponible en:
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/310/1/Dalens_ei.pdf
- (17) Definicionabc.com: [Internet]; Brasil; 2017. [Citado 29 de mayo 2016].
Disponible en: <https://www.definicionabc.com/general/factores.php>
- (18) Minsa.gob.pe: [Internet]; Lima; 2013. [Citado 05 de setiembre 2016]
Disponible en: Disponible en:
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM715_2013_MINSA.pdf
- (19) who.int [Internet]. España: whoint; 2017. [Citado 29 de may 2016]. Disponible en Disponible en: <http://www.who.int/topics/tuberculosis/es/>

- (20) http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/deais/2007/Eventos/Evaluacion_AIS_2007Junio/06_ORGANIZACION_DSS_en_AIS.pdf
- (21) Denise F. Polit, Bernadette P. Hungler. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Vol 1. 6th edi. Mexico: McGraw-Hill; 2000.
- (22) Iglesias D, Molina A. Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso. ACIMED [Internet].2004 [citado 29 May 2017]; 12 (2): 1-5. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/aci/v12n2/aci11204.pdf>
- (23) El informe belmont [Internet]. Barcelona: bioeticayderecho; 2012. [citado 29 de May 2017]. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>

ANEXOS

ANEXO (1). Permiso otorgado por la Red de Salud Chiclayo para la recolección de los datos en las diferentes microredes.

**GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE**
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED SALUD CHICLAYO
"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

MEMORANDUM CIRC. N° 324 - 2017-G.R.LAMB/GERESAL/RESACH/AIS

A : JEFE DEL Establecimientos de las Microredes: Chiclayo
DE : DR. JOSE ADOLFO DIAZ TANTALEAN *Jose L. Ortiz de Victoria*
Gerente de la Red Salud Chiclayo
ASUNTO : SOLICITA BRINDAR FACILIDADES
FECHA : CHICLAYO, 28 DE ABRIL DEL 2017

El presente es para saludarle cordialmente y a la vez comunicarle que las Señoritas : BERENISH YANIRETH RODRIGUEZ PORRAS y PAMELA PALACIOS CARRASCO, estudiantes del décimo ciclo de la "Universidad Señor de Sipan", estarán realizando su Proyecto de Tesis denominado : "Factores Asociados al Abandono del Tratamiento de la Tuberculosis de los pacientes que pertenecen a la Red de Salud Chiclayo, 2014 - 2016"; motivo por el cual solicito brindar facilidades a dichas estudiantes para que lleven a cabo su proyecto de tesis.

Son otro particular, quedo de Ud.

Atentamente,


GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
GERENCIA RED SALUD CHICLAYO
José Adolfo Díaz Tantaleán
C.M.P. 49700
MÉDICO GERENTE

JAD/abn
TCB/AIG
CC
Archivo Gerencia Red Chiclayo
Archivo AIS Red Chiclayo

Dirección: LA GLORIA 127 - CHICLAYO
email: redchiclayo@geresalambayeque.gob.pe

DECLARACIÓN JURADA

Proyecto

Desarrollo de Tesis

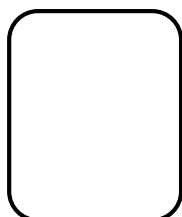
Yo, Palacios Carrasco Pamela con DNI N° 76790298 y Rodríguez Porras Berenish Yanireth con DNI N° 48383444, con Código N°2122812041 y N° 2122814256 respectivamente, estudiantes de la modalidad presencial del ciclo X de la Escuela Académico Profesional de Enfermería y de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Señor de Sipán.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

1. Somos autoras del proyecto e informe de investigación titulada: **Factores Asociados al Abandono del Tratamiento de Pacientes con Tuberculosis en las Microredes de Chiclayo, la Victoria y José Leonardo Ortiz 2014- 2016**. La misma que se presentó para optar por Licenciadas de Enfermería.
2. Que, el título de investigación es auténtico y original.
3. Que, el proyecto e informe de investigación presentado no ha sido plagiado ni de forma total o parcialmente.
4. He respetado las normas de citas y referencias para las fuentes consultadas.
5. Que, el proyecto e informe de investigación presentada no atenta contra los derechos de autor.
6. Los datos presentados en los resultados reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.
7. El proyecto e informe de investigación no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.

Asumo frente UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN cualquier responsabilidad y cargas económicas que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis. En consecuencia, me hago responsable frente a la UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN y frente a terceros, de cualquier daño que pudiera ocasionar ya sea por fraude, plagio, auto plagio, piratería o falsificación, asumiendo las consecuencias, sanciones reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido de la tesis. Bajo el sometiéndome a la normatividad vigente de la UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN.

Palacios Carrasco Pamela
DNI N° 76790298



Rodríguez Porras Berenish Yanireth
DNI N° 48383444

