

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E A P DE ENFERMERÍA

**Factores que condicionan el nivel de adherencia al
tratamiento de los pacientes de la E.S.N. de prevención
y control de la tuberculosis en el C.S. "Fortaleza":**

Lima, 2007

TESIS

para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Cynthia Pinedo Chuquizuta

ASESOR

Juana Echeandía A.

Lima – Perú

2008

**FACTORES QUE CONDICIONAN EL NIVEL DE
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS
PACIENTES DE LA E.S.N. DE PREVENCIÓN
Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
EN EL C.S."FORTALEZA"
LIMA 2007**

INDICE

	Pág.
INDICE DE GRAFICOS	i
RESUMEN	ii
PRESENTACION	1

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

A. Planteamiento del problema.....	2
B. Formulación del problema.....	7
C. Justificación.....	7
D. Objetivos.....	8
E. Propósito.....	8
F. Marco Teórico.....	9
G. Definición Operacional.....	34

CAPITULO II. MATERIAL Y METODO

A. Tipo, Nivel y Método de Investigación.....	36
B. Descripción de la Sede o Área de Estudio.....	37
C. Población y Muestra.....	38
D. Técnica e Instrumento de Recolección de Datos.....	40
E. Validez y Confiabilidad.....	40
F. Plan de Recolección de Datos	41
G. Plan Procesamiento y Análisis de Datos.....	42
H. Consideraciones Éticas.....	42

CAPITULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	45
---	-----------

CAPITULO IV. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y

LIMITACIONES

Conclusiones	52
Recomendaciones	53
Limitaciones	54

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

MARCO TEORICO

7.1. Tuberculosis

Generalidades

- Concepto
- Tipos
- Diagnostico
- Esquemas de Tratamiento
- Reacciones adversa al tratamiento

Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis

- Concepto
- Funciones
- Visión- Misión

Situación de la Tuberculosis en el Perú

7.2. Nivel de Adherencia

Concepto

Factores Condicionantes

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°		Pág.
1	Factores Personales y Nivel de Adherencia al Tratamiento de los Pacientes de la E.S.N.-PCT del C.S. Fortaleza	45
2	Factores del Servicio de Salud y Nivel de Adherencia al Tratamiento de los Pacientes de la E.S.N.-PCT del C.S. Fortaleza	49

RESUMEN

El presente estudio titulado “Factores que Condicionan el Nivel de Adherencia al Tratamiento de los Pacientes de la E.S.N. de Prevención y Control de la Tuberculosis en el C.S. Fortaleza” tiene como objetivo general el determinar los factores que condicionan el Nivel de Adherencia al tratamiento Antituberculoso, identificando los factores propios del Paciente y los propios del servicio de salud. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte Transversal. La población estuvo conformada por todos los pacientes que se encontraban en la 2da. Fase del esquema I de tratamiento al momento de la recolección de los datos, siendo la población estudiada de 42 pacientes.

Los resultados obtenidos fueron que los factores propios del paciente se encuentran presentes en el 100% de los pacientes pertenecientes al grupo de No Adherentes al tratamiento, mientras que estos mismos factores no se presentan en el grupo que tiene una buena adherencia al tratamiento. Respecto a los factores propios del Servicio de Salud están presentes en ambos grupos por lo que no se puede afirmar que condicionen el nivel de Adherencia en los Pacientes, en el grupo de No adherentes se encuentran presentes en un 100% y en el grupo de Adherentes en un 21.4%.

Por lo que se concluye que los factores Propios del Paciente condicionan el Nivel de Adherencia al Tratamiento Antituberculoso.

Palabras Claves: Factores Propios del Paciente, Factores Propios del Servicio de Salud, Adherentes y No Adherentes.

SUMMARY

The present titled study "Factors that Condition the Level of Adherence to the Treatment of the Patients of the E.S.N. of Prevention and Control of the Tuberculosis in the C.S. Strength" he/she has as general objective determining the factors that condition the Level of Adherence to the treatment against the tuberculosis identifying the factors characteristic of the Patient and those characteristic of the service of health. The study is of level applicative, quantitative type, descriptive method of cross section. The population was conformed by all the patients that were in 2da o'clock. Phase of the outline treatment I to the moment of the gathering of the data, being the studied population of 42 patients.

The obtained results were that the factors characteristic of the patient are present in 100% of the patients belonging to the group of Not Adherent to the treatment, while these same factors are not presented in the group that has a good adherence to the treatment. Regarding the factors characteristic of the Service of Health they are present in both groups for what one cannot affirm that they condition the level of Adherence in the Patients, in the group of not adherent they are present in 100% and in the group of Adherent in 21.4%.

For what you concludes that the factors Characteristic of the Patient condition the Level of Adherence to the Treatment against the tuberculosis.

Passwords: Factors Characteristic of the Patient, Factors Characteristic of the Service of Health, Adherent and Not Adherent.

PRESENTACION

La OMS declaro a la TBC como una “emergencia global”, reconociendo así su creciente importancia como un problemas de alud publica. Aproximadamente un tercio de la población del mundo se encuentra infectada con *M.tuberculosis*.(1)

Alrededor del 95% de los casos de TBC y 98% de las muertes por TBC ocurren en los países en vías de desarrollo. El 75% de los casos que se presentan en estos países están dentro del grupo de edad económicamente activa(de 15 a 50 años).(2)

Sin un tratamiento, el 50% de pacientes que presenten TBC pulmonar morirá en un plazo de cinco años, y el 25% seguirá enfermo con TBC crónico-infecciosa. Otro 25% se recuperara espontáneamente y sanara debido a las defensas inmunológicas fuertes pero podría recaer en cualquier momento.(3)

El Perú es un país en transición o convivencia epidemiológica, en que aun persiste sin resolver, la elevada carga de morbilidad por enfermedades transmisibles, mientras se incrementa progresivamente el desafío de las enfermedades crónicas no transmisibles. (4)

Nuestro país comparte con Brasil, la mayor carga de TBC en la Región de las Ameritas y desde los años 90 vive una creciente endemia de TBC Multidrogoresistente (TBC MDR), la forma mas peligrosa de la enfermedad.(5)

El enfoque causa de la TBC, va mas allá de los aspectos biomédicos, incorporando otros criterios, entre ellos, los socio-

económicos, culturales, geopolíticos. De tal manera, que su abordaje debe considerar la participación de todos los actores de la sociedad: paciente, familia y servicios de salud.(6)

A pesar de los avances experimentados en la medicina en general y del optimismo en el control de la TBC; esta enfermedad sigue constituyéndose en una de las principales causas infecciosas de muerte. (7)

Por lo tanto el estudio de investigación titulado “Factores que Condicionan el Nivel de Adherencia al Tratamiento de los Pacientes de la E.S.N. de Prevención y Control de la TBC en el C.S. Fortaleza Lima 2007”; tuvo como objetivo general: Determinar los factores que condicionan el Nivel de Adherencia al Tratamiento de los pacientes, con la finalidad de contribuir a un mejor conocimiento de la problemática y favorecer la planificación de acciones.

El presente estudio consta de un Capítulo I: Introducción, en la cual se presenta el planteamiento, delimitación y origen del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, antecedentes del estudio, base teórica conceptual y definición operacional de términos; Capítulo II: Material y Método, en el que se expone el nivel, tipo y método, descripción de la sede, población y muestra, técnica e instrumento, procedimiento de recolección de datos, procedimiento de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas; Capítulo III: Resultados y Discusión, Capítulo IV: Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones, finalmente se presentan las Referencias Bibliográficas, Bibliografía y Anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

A. PLANTEAMIENTO, DELIMITACION Y ORIGEN DEL PROBLEMA

La TBC enfermedad infecto contagiosa que azota a la humanidad a acompañado al hombre desde sus orígenes pues existen vestigios de su presencia en restos neolíticos precolombinos a si como en momias egipcias que datan aproximadamente del año 2400 a.c. (8).

Antes afectar al hombre la TBC fue una enfermedad propia de los animales, siendo el *Mycobacterium bovis* el agente causal de la misma, contrayéndola el hombre a través del consumo de carne o leche del animal infectado siendo este el medio de transmisión antes que la TBC sea una enfermedad contagiado por el mismo hombre.

El *Micobacterium tuberculosis* agente causal en la actualidad de la TBC en el hombre se cree que es una mutación de *M. bovis* (9) que afectaba en la antigüedad tan solo a animales y cuando el hombre comenzó a vivir en aldeas y poblados más grandes la transmisión de la TBC se hizo interhumana.

La TBC se hizo epidemia recién con el advenimiento de la revolución industrial y el hacinamiento en los medios urbanos que esto generó. En los s. XVII y XVIII la TBC fue responsable de 25% de la mortalidad en adultos que se produjera en el continente europeo.

Es en 1882 que Robert Koch logra por fin identificar el agente causal de la enfermedad que tantas víctimas había cobrado; y con el conocimiento del agente causal y el mecanismo de transmisión se inició la aparición de los famosos sanatorios en donde se aislaba a los enfermos de la población interrumpiendo de esta manera la transmisión y por otro lado, ayuda al proceso de curación con la buena alimentación y el reposo; aunque no hay una evidencia que estas medidas ayudaran a curar la TBC.

Fue en 1944, durante la II guerra mundial, que se demostró la eficacia de la estreptomina, comenzando la era moderna de la TBC y la probabilidad de cambiar el curso de la enfermedad; en 1952 se descubre la isoniacida; la rifampicina en 1960 produciéndose con todo ello descenso de casos de TBC hasta mediados de los 80. La aparición del SIDA, la inmigración desde países en los que la enfermedad es muy prevalente, formación de bolsas de pobreza, hacinamiento, adicción a drogas, escasez de recursos sanitarios han hecho de la TBC un problema creciente por la adquisición y propagación epidémica de nuevos casos.

En la actualidad a nivel mundial, 9 millones de personas desarrollaron TBC y unas 5000 personas mueren discriminadamente a causa de esta enfermedad.(10) Según OMS un tercio de la población mundial se encuentra infectada con M. Tuberculosis.(11) de estos un 90% nunca desarrollara la enfermedad y tan solo lo harán aquellos individuos con un sistema inmune comprometido.

Para América Latina la TBC humana es un problema de difícil erradicación; se presenta 500000 casos nuevos de TBC cada año. Brasil, Perú y México son los países con mayor carga de casos activos.

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

Pese a ello durante el año 2006 se han diagnosticado 31,1666 casos nuevos de personas enfermas de TBC pulmonar y extrapulmonar (12), incrementándose este numero en comparación al año 2005 dado que el total de casos nuevos fue de 30,226 personas (13), además que el numero de recaídas en el 2006 fue de 3145 personas y los fracasos al esquema primario 642 personas (14).

Años atrás, la principal causa de las recaídas fueron los esquemas de tratamiento inadecuados, pero en la actualidad las principales causas son la baja adherencia al tratamiento y la aparición de cepas resistentes.

El tratamiento y la curación de las recaídas presentan serios problemas en relación al paciente que acude a tratamiento por primera vez entre las cuales están: mayor costo de tratamiento, presencia RAFAS y ser infectado por cepas MDR además del riesgo de mayor contagio a miembros de la comunidad en la cual viven.

Durante mi internado comunitario, en la rotación por la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ESN-PCT) en el Centro de Salud "Fortaleza" pude observar que tienen un alto número de pacientes en tratamiento contra la TBC en el 1er esquema además de tener 16 pacientes MDR.

Al realizar la revisión de las tarjetas de asistencia a la toma de medicamentos se pudo observar que en un 38% de los pacientes que reciben tratamiento presentan más de tres inasistencias a la toma de medicamentos además al observar a los pacientes que acuden a recibir el tratamiento del primer esquema se pudo notar que algunos de ellos no dialogan con el personal ni entre ellos mismos como pacientes; al ser interrogados sobre el motivo de su inasistencia ellos manifiestan: *"...me caen mal las pastillas ..."*, *"...no tenía plata para el pasaje..."*, *"...salí tarde del trabajo..."*, *"...si faltó unos días no creo que me haga mal..."*, *"...es que estaba la Sra. renegona y me fui ..."*, estos enunciados nos reflejan las posibles causas del porque el paciente no acude a recibir su tratamiento en algunas oportunidades, ocasionando todo ello un bajo nivel de adherencia y poniendo en riesgo el éxito del tratamiento que está recibiendo.

Por lo tanto es necesario conocer cuales son los factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso en los pacientes del C.S. "Fortaleza".

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo expuesto anteriormente se formula la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores condicionantes en el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes de la ESN-PCT en el C.S. "Fortaleza". Lima 2007?

C. JUSTIFICACIÓN

Al ser la TBC un problema de magnitud no solo en el Perú sino a nivel mundial debido a la aparición de cepas multidroresistentes, incrementado ello por las recaídas y abandono al tratamiento antituberculoso causado por el bajo nivel de adherencia al tratamiento que tienen los pacientes; es necesario el conocimiento de los factores condicionantes a ello y siendo este un área específica de labor del Profesional de Enfermería es preciso profundizar en este tema.

Es en este contexto que el profesional de enfermería al tener un conocimiento mas profundo de los factores condicionantes que influyen el nivel de adherencia al tratamiento en el paciente podría identificar temprana y oportunamente aquellos factores negativos disminuyendo de esta manera la irregularidad en el tratamiento que pone en riesgo la efectividad del mismo ocasionando recaídas y resistencias a los medicamentos e incluso la muerte del paciente.

D. OBJETIVOS

General:

- Determinar los factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes de la ESN-PCT en el C.S. "Fortaleza".

Específicos:

- Identificar los factores propios del paciente que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes de la ESN-PCT en el C.S. "Fortaleza".
- Identificar los factores propios del servicio de salud que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes de la ESN-PCT en el C.S. "Fortaleza".

E. PROPÓSITO

La presente investigación esta orientada a proporcionar información actualizada, valida y especifica al equipo de salud que labora en la ESN-PCT especialmente al profesional de enfermería sobre los factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes y de esta manera elaboren estrategias y/o actividades que favorezcan un nivel de adherencia optimo, disminuyendo de esta manera la aparición de recaídas y fracasos al tratamiento garantizando una recuperación de la salud del paciente y su reinserción a la familia y comunidad sin ningún riesgo.

F. MARCO TEORICO

F.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

A continuación se presenta investigaciones realizadas anteriormente, las cuales al ser revisadas permitieron brindar una base para la realización de la presente investigación, así tenemos:

- **Clara Lina Salazar Gonzáles y colaboradores realizaron un estudio titulado “Factores de Riesgo para el Abandono del Tratamiento contra la Tuberculosis en la ciudad de Medellín. Enero 2000 – Junio 2001**, teniendo como objetivo identificar los factores de riesgo asociados a la No-Adherencia al tratamiento antituberculosos siendo las conclusiones del mismo:

“ Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol durante el tratamiento y el abandono del mismo... Hay evidencia entre la no Adherencia al tratamiento y estar desempleado, desconocimiento de la enfermedad, falta de información sobre el tratamiento y la importancia de suspender el mismo ...”

- **Noemí Baldeón Rodríguez realizo un estudio cuyo titulo fue “Relación entre el Clima Social Familiar y el Nivel de Autoestima de los Pacientes con Tuberculosis que asisten al CMI Tablada de Lurín VMT-2006”**,siendo el objetivo de la misma determinar la relación que existe entre el clima social familiar y el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis. Su población estuvo conformada por 45 pacientes de la ESN-PCT a la que se le aplico una entrevista obteniéndose como conclusiones del estudio las siguientes:

“Existe una relación significativa entre el clima social familiar y el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis, lo que deduce que cuanto mas favorables se muestre el clima social familiar mayor será el nivel de autoestima en el paciente...”

“El clima social familiar de los pacientes con tuberculosis tiene un considerable porcentaje entre los rangos medianamente favorable y desfavorable, lo cual indica que los pacientes no cuentan con una adecuado soporte familiar...”

- **Genoveva Burquez Hernández realizo la investigación titulada “Conocimientos de las Medidas Preventivas y Creencias sobre Tuberculosis que tienen los Usuarios de la Consulta Externa en el CS El Pino Lima 2006”**, cuyo objetivo fue determinar los conocimientos acerca de las medidas preventivas y creencias sobre tuberculosis que tiene los usuarios de la consulta externa. La población en estudio estuvo conformada por 103 usuarios de la consulta externa a los que se les aplico una encuesta llegando a las siguientes conclusiones:

“Un alto porcentaje (45.6%) de los usuarios de la consulta externa tiene un conocimiento medio sobre las medidas preventivas de contagio de la tuberculosis, un porcentaje también significativo (29.1%) tiene un conocimiento bajo lo cual indica que la población no esta muy preparada ni debidamente informada para prevenir el contagio y/o protegerse de la tuberculosis.”

- **Maria Ríos Hipólito, Carmen Suárez Nole, Delia Muñoz Cape y Marleny Gómez realizaron un estudio titulado “Factores Asociados a Recaídas por Tuberculosis en Lima Este. Marzo-Diciembre 2000”**, siendo su objetivo determinar los factores de riesgo asociados a recaídas por Tuberculosis en Lima Este. La población que conformo los casos fueron 184 pacientes que recibieron tratamiento en el Esquema I alguna vez y egresaron curados volviendo a presentar otro episodio de Tuberculosis BK(+) en el 1999; los controles fueron 368 pacientes nuevos con Tuberculosis BK(+) tratados en 1998 que no recayeron en 1999 y 2000; los instrumentos utilizados fueron las encuestas y los registros de la ESN-PCT obteniéndose como conclusión:

“ ... solo cuatro factores se asociaron en forma independiente a un mayor riesgo de recaídas: la residencia en área urbana, el hacinamiento, la percepción errada de la enfermedad y la irregularidad en el tratamiento, siendo estos dos últimos los que tuvieron mayor fuerza de asociación”

- **Dante Roger Culqui y Colaboradores realizaron una investigación titulado “Factores Pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú”**, cuyo objetivo fue identificar factores de pronóstico del abandono del tratamiento antituberculoso en la Provincia de Ica 1998-2000. obteniéndose como conclusiones:

“ Se identificaron como actores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso los siguientes: considerar insuficiente la información proporcionada por el personal de

salud sobre el tratamiento, considerar inadecuados los horarios para recibir el tratamiento y consumir drogas ilícitas.”

- **Guadalupe Del Carmen Álvarez Gordillo y colaboradores realizaron un estudio de investigación titulado “percepciones y Practicas Relacionadas con la TBC y la Adherencia al Tratamiento en Chiapas-México”**, cuyo objetivo fue conocer las percepciones y practicas que los enfermos de TBC tienen sobre su enfermedad y la Adherencia al tratamiento, obteniéndose como conclusiones:

“ El desconocimiento sobre la enfermedad propicio la elección de diferentes alternativas para su atención. Los servicios de salud y la inadecuada relación medico paciente influyo en el retardo en el diagnostico y la falta de Adherencia al tratamiento”.

F.2. BASE TEÓRICA

1. TUBERCULOSIS

CONCEPTO

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa causada por un organismo denominado *Mycobacterium tuberculosis*, también conocido como bacilo tuberculoso o bacilo de Koch. (15). Generalmente la tuberculosis afecta los pulmones denominándose TBC Pulmonar siendo esta el tipo mas común de Tuberculosis. (16)

Entre los principales síntomas que presenta esta enfermedad se incluyen los siguientes:

- Tos con expectoración (flema)
- Pérdida de peso
- Fiebre
- Sudoración
- Cansancio
- Dolor en el pecho o de espalda
- Dificultad para respirar
- Hemoptisis (expectoración de sangre)

PREVENCIÓN

La prevención tiene como finalidad evitar la infección por tuberculosis y en caso se produzca tomar las medidas para evitar el contagio de la enfermedad; es decir la prevención esta dirigida a evitar la diseminación del Bacilo de Koch.(17)

Las principales medidas preventivas son:

- **Diagnostico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar:** es la medida preventiva de mayor eficacia para evitar el contagio, pues elimina las fuentes de infección presentes en la comunidad. “el tratamiento de uno es la prevención de todos”. (18)
- **Vacunación de BCG:** la vacuna BCG contiene bacilos vivos atenuados. Su importancia radica en la protección que brinda contra las formas graves de tuberculosis: meningoencefalitis

tuberculosa y tuberculosis miliar; debiendo ser aplicada a todo recién nacido de forma gratuita. (19)

- **Control de Contactos:** se denomina contactos a la personas que conviven con una persona con tuberculosis pudiendo ser este intradomiciliario o extradomiciliario. El control de contactos se define como la evaluación integral y seguimiento de estas personas cuyo objetivo es prevenir la infección y desarrollo de la enfermedad. (20)
- **Quimioprofilaxis:** Consiste en la administración diaria de Isoniacida (H) 5 mg/kg /día durante seis meses, a los contactos examinados menores de diecinueve años de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar con Baciloscopía Positiva (BK+) de esta manera se disminuye el riesgo de desarrollar la enfermedad en los niños infectados. (21)
- **Educación y comunicación para la salud:** Está dirigida al enfermo, su familia y a la población en general. El objetivo es reducir la transmisión de la enfermedad en la comunidad. (22)

El contenido de la educación está orientado a:

- ✓ Que los sintomáticos respiratorios acudan a los servicios de salud.
- ✓ Que los enfermos reciban tratamiento completo y supervisado.
- ✓ Que los contactos sean examinados por personal de salud y que los niños menores de cinco años, contactos de

pacientes con Tuberculosis Pulmonar con BK (+), reciban quimioprofilaxis.

- ✓ Que los pacientes no abandonen el tratamiento.
- ✓ Que la comunidad organizada se interese en el problema de la Tuberculosis y forme comités de Vigilancia Comunal.

DIAGNOSTICO

La Tuberculosis además de las principales signos y síntomas que presenta se puede diagnosticar a través de diferentes pruebas tales como:

1.- El Examen de Esputo: La tos y expectoración por más de 15 días es el síntoma más frecuente e importante. Cuando una persona tiene este síntoma se le denomina ***Sintomático Respiratorio***.

Para descartar la enfermedad se debe acudir a un Establecimiento de Salud para que se le tome al paciente una Muestra de Esputo (ESTE EXAMEN SE REALIZA DE MANERA TOTALMENTE GRATUITA) el cual consiste en:

- Pedir al paciente que deposite la "flema" o esputo en el envase de plástico descartable que se le entrega y taparlo bien. Debe ser rotulado con su nombre (etiqueta).
- Entregar un segundo envase con tapa y rotulado con su nombre, para que traiga al día siguiente una segunda muestra de esputo apenas se despierte.

2.- En aquellos pacientes que los resultados del examen de esputo sean negativos ingresan a un proceso de seguimiento diagnóstico, en donde se incluyen otras pruebas como la **radiografía de tórax**. En niños es difícil realizar el diagnóstico, por lo que además de los exámenes mencionados se realiza la **Prueba Cutánea de la Tuberculina** esta prueba puede mostrar si la persona ha sido infectada con las bacterias causantes de la tuberculosis. Hay varias clases de pruebas. La mejor se llama la prueba por el **método de Mantoux PPD**.

TRATAMIENTO

Una vez diagnosticada la enfermedad el tratamiento a recibir es **GRATUITO** durante el todo el tiempo necesario según el esquema de tratamiento a seguir.

El tratamiento se basa en diversos regímenes de terapia combinada de corta duración formulados en los decenios de 1970 y 1980, y que han ido mejorando a través de los años, teniendo en cuenta tres propiedades fundamentales de estos medicamentos: capacidad bactericida, capacidad esterilizante y capacidad de prevenir la resistencia. La Isoniazida y la Rifampicina son consideradas como el Núcleo básico del tratamiento antituberculoso a la que se le agrega posteriormente la Pirazinamida; todas ellas pueden eliminar al Bacilo de la Tuberculosis en cualquier localización, a nivel intracelular y extracelular. (23)

El tratamiento farmacológico considera dos fases:

- **PRIMERA FASE** de inducción o bactericida: de administración diaria, sirve para reducir rápidamente la población bacilar de crecimiento y multiplicación rápida y para prevenir la resistencia y con ello el fracaso.
- **SEGUNDA FASE** de mantenimiento o esterilizante: de administración intermitente. Incluye menor número de medicamentos, suficientes para conseguir la eliminación de los bacilos persistentes y evitar así recaídas.

El tratamiento de los enfermos de Tuberculosis es ambulatorio y supervisado por el personal de salud, asegurándose que el paciente ingiera los medicamentos en una sola toma al día.

En el Perú se aplican Esquemas de Tratamientos Antituberculosos Diferenciados, los cuáles son recomendados por la Organización Mundial de la Salud y cuentan con la aprobación de asesores nacionales e internacionales. (24)

Se aplican los siguientes esquemas de tratamiento:

ESQUEMA UNO: 2RHEZ/4R2 H2

Los medicamentos que se administran son: Rifampicina, Etambutol, Pirazinamida e Isoniazida medicamentos de primera línea. La duración es de 6 meses. El tratamiento está dividido en dos fases, la primera de dos meses, con administración diaria de las drogas antes mencionadas excepto los domingos y feriados siendo en total 52 dosis y la segunda fase

de 4 meses que se administra dos veces por semana solo con Rifampicina e Isoniazida con 32 dosis en total. (25) Esta indicado para:

- Todo paciente NUEVO con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y/o extrapulmonar con BK positivo o BK negativo (incluyendo a aquellos con cultivo BK positivo o negativo).
- Todo paciente NUEVO con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y/o extrapulmonar con BK positivo o BK negativo (incluyendo a aquellos con cultivo BK positivo o negativo) asociado a infección VIH/SIDA.

ESQUEMA DOS : 2RHEZS - 1RHEZ / 5R 2 H2 E 2

Para pacientes con Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar antes tratados (recaídas o abandonos recuperados) con BK o cultivo positivo. Los medicamentos que se administran son: Estreptomina, Rifampicina, Etambutol, Pirazinamida e Isoniacida. La duración del tratamiento es de 8 meses. En la primera fase que es de 3 meses, el paciente recibirá todos los fármacos antes señalados de manera diaria a excepción de los domingos y feriados durante los primeros dos meses de tratamiento, al tercero se excluirá la Estreptomina, continuando con la segunda fase por espacio de 5 meses, dos veces por semana con Rifampicina, Isoniacida y Etambutol. (26)

Este esquema de tratamiento esta indicado en:

- Todo paciente antes tratado con diagnóstico de TBC pulmonar y/o extrapulmonar con BK positivo o BK negativo (incluyendo aquellos con cultivo BK positivo o negativo)

- Todo paciente antes tratado con diagnóstico de TBC Pulmonar y/o extrapulmonar con BK positivo o BK negativo (incluyendo aquellos con cultivo BK positivo o negativo) asociado a infección VIH/SIDA

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE (TB MDR)

La mejor opción de manejo para la TB MDR es el retratamiento individualizado, pero las personas con tuberculosis no siempre cuentan con resultados de prueba de sensibilidad en el momento de la decisión terapéutica, lo cual condiciona la necesidad de esquemas de tratamientos intermedios empíricos, en el país denominado esquema estandarizado de retratamiento o esquema empírico de retratamiento. (27)

- ESQUEMAS DE RETRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO TB MDR

Esquema aprobado por el CERI en base a los resultados de la prueba de sensibilidad. Dicho esquema deberá ser propuesto por el médico consultor y puesto a consideración del CERI y/o CERN para su decisión final. Tiene una duración aproximada de 24 meses.(28) Esta indicado en:

Personas con tuberculosis que cuenten con resultados de pruebas de sensibilidad para fármacos antituberculosis de primera y/o segunda línea del INS o de laboratorios acreditados por el INS para este fin.

- ESQUEMAS DE RETRATAMIENTO EMPIRICO PARA TB MDR

Es un esquema de tratamiento TRANSITORIO, que la persona con tuberculosis recibirá hasta que cuente con una Prueba de Sensibilidad.

Dicho esquema deberá ser propuesto por el médico consultor y puesto a consideración del CERI y/o CERN para su decisión final. Tiene una duración de 18 a 24 meses. (29)

Todo paciente con indicación de retratamiento empírico para TB MDR debe ser evaluado directamente por el Médico Consultor Intermedio quien remitirá el caso al CERI del ámbito de la jurisdicción correspondiente. Asimismo, se debe asegurar el envío de dos muestras para CULTIVO y Prueba de Sensibilidad, previo al inicio del retratamiento. (30)

Se indica e inicia sin disponer de los resultados de la prueba de sensibilidad del paciente.

Para la elaboración de dicho esquema se tendrá en consideración lo siguiente:

- El antecedente de fármacos previamente recibidos.
- La prueba de sensibilidad del caso índice (TB MDR documentado)

- El esquema de retratamiento recibido por el caso índice.
- El patrón de resistencia local (áreas de alto riesgo) o regional.

Indicado en:

- Paciente NT o AT contacto de TB MDR documentado.
- Fracaso a Retratamiento estandarizado, que no cuenta con resultados de pruebas de sensibilidad. Esta es una situación excepcional, recordar que el esquema estandarizado es un esquema transitorio y debe agotarse todos los medios de contar con una prueba de sensibilidad y diseñar un esquema individualizado.
- Abandono recuperado de retratamiento estandarizado que no cuenta con resultados de prueba de sensibilidad.
- Persona con tuberculosis con antecedente de haber recibido drogas de segunda línea por enfermedad TB y que no cuenta con resultados de Prueba de Sensibilidad.
- Persona con enfermedad activa TB y contacto de un caso índice que recibió o recibe retratamiento para TB MDR (el caso índice no cuenta con Prueba de Sensibilidad).

El esquema de retratamiento empírico debe ser reajustado de acuerdo al resultado de la Prueba de Sensibilidad (PS) con lo que se diseñará un esquema individualizado , previa presentación al CERI y CERN.

- ESQUEMAS DE RETRATAMIENTO ESTANDARIZADO PARA TB MDR

Es un esquema de tratamiento TRANSITORIO, normalizado, que la persona con tuberculosis recibirá hasta que cuente con una Prueba de Sensibilidad.

Toda persona con tuberculosis con indicación de retratamiento estandarizado para TB MDR debe ser evaluado directamente por el Médico Consultor Intermedio quien remitirá el caso al CERI del ámbito de la DISA correspondiente. Asimismo, se debe asegurar el envío de dos muestras para CULTIVO y prueba de Sensibilidad, previo al inicio del retratamiento (31). Este es un esquema de tratamiento transitorio, hasta tener la Prueba

El presente esquema incluye las siguientes drogas:

Etambutol, Pirazinamida, Kanamicina, Ciprofloxacino. Ethionamida, Cicloserina, PAS.

Los aminoglicósidos pueden aplicarse en forma diaria durante 2-4 meses y luego de manera intermitente (2-3 veces por semana) , hasta tener por lo menos el resultado de 6 cultivos mensuales negativos consecutivos u ocho meses de tratamiento cronológico, a partir de la conversión.

Indicaciones:

- Persona con diagnóstico de TB activa y antecedente de dos tratamientos previos y que no cuenta con Prueba de Sensibilidad al momento de decidir la terapia.
- Recaída en tiempo menor de seis meses después de haber recibido esquema UNO o DOS y que no cuenta con Prueba de Sensibilidad al momento de decidir la terapia.
- Persona con TBC en esquema UNO y DOS con sospecha de fracaso y con alto riesgo de fallecimiento, esta es una situación excepcional que debe ser adecuadamente documentada y contar con la auditoria del caso por parte de la Unidad Técnica de TB MDR, quienes autorizaran el tratamiento.

ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

La desarticulación de los antiguos Programas y el paso al Modelo de Atención Integral conllevó a que estos estuvieran inmersos dentro de desarrollo de las etapas de vida; surgiendo de esta manera las Estrategias Sanitarias Nacionales siendo estas herramientas necesarias para el reforzamiento de las capacidades técnicas y operativas las cuales fueron mejorando y cambiando el trabajo vertical de los Programas hacia el trabajo transversal de las Estrategias encausando todo hacia un objetivo común que es la ***Salud de las Personas***.

CONCEPTO

La Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT) (32) es un órgano técnico normativo dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud. (33).

FUNCIONES

Las funciones del Ministerio de Salud a través de la ESN-PCT es establecer la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú; garantizando la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y supervisado a todos los enfermos con tuberculosis, con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad; asegurando las buenas practicas de atención con un enfoque de derechos humanos y sin ningún tipo de discriminación. (34)

VISIÓN- MISIÓN-FINALIDAD

Visión

Lograr hacia fines del 2010 que el Perú consolide y mantenga elevados niveles de eficiencia, eficacia y efectividad, garantizando la disminución progresiva y sostenida de la incidencia de tuberculosis (bajas tasas de incidencia, morbilidad y mortalidad por tuberculosis, las cuáles no constituyan más, un problema de salud pública). (35)

Misión

Garantizar a nivel nacional la detección, diagnóstico precoz, así como el tratamiento apropiado, oportuno, gratuito y supervisado de las personas afectadas con TB en todos los servicios de salud del país, brindando atención integral de calidad con la finalidad de disminuir la

morbimortalidad por TB y sus repercusiones sociales y económicas.
(36)

Finalidad

La finalidad de la ESN-PCT es hacia fines del 2010, consolidar y amplificar la Estrategia DOTS y DOTS PLUS, permitiendo el fortalecimiento de la atención de las personas con tuberculosis sensible, tuberculosis resistente y coinfectados con VIH-SIDA, en los establecimientos de salud del MINSA, en particular, y en los demás establecimientos del Sector Salud, priorizando las regiones con mayor carga de tuberculosis. (37)

DOTS Y DOTS PLUS

El control de la Tuberculosis en el Perú tiene varias décadas de aplicación con resultados variables. Se inicia en los años 40, cuando se suponía que el pilar de control residía en la vacunación con BCG. (38) Aunque los sanatorios antituberculozo ya habían llegado al Perú con anterioridad.

En los años 60 se inicia la medicación antituberculosa gratuita, en el 70 el seguro social ingresa un esquema de tratamiento pero el cual era autoadministrado al igual que en los hospitales del Ministerio de Salud.

A fines de los años 80 se incrementa los fondos asignados a la lucha contra la tuberculosis y los medicamentos obtenidos por donaciones y cooperación externa suelen ser insuficientes para detener el incremento de enfermos con tuberculosis; unido esto a

serios problemas de organización, estructura y logística no permitían una adecuada cobertura de casos y acceso al tratamiento gratuito de la totalidad de casos diagnosticados lo que empeoró la elevada proporción de abandonos y fracasos al tratamiento.

Es por ello que a inicios de la década de los 90 se aplica con éxito la Estrategia DOTS o TAES (Tratamiento Acortado Directamente Observado) estrategia recomendada internacionalmente por la OMS para el control de la Tuberculosis en respuesta a la emergencia global que constituye la propagación de la Tuberculosis. (39)

La estrategia DOTS tiene cinco componentes claves:

- **Compromiso político** para garantizar recursos humanos y financieros suficientes y adecuados para hacer del control de la TB una prioridad a escala nacional, integrada al sistema de salud nacional.
- **Acceso a bacteriología** de calidad garantizada para la detección de casos de TB entre personas que se presentan con síntomas de TB, o en las que a través del despistaje se han identificado síntomas de TB (particularmente presencia de tos por un tiempo prolongado).
- **Quimioterapia estandarizada** de corta duración para todos los casos de TB bajo condiciones apropiadas de manejo de casos, incluyendo la **observación directa del tratamiento**.
- **Suministro ininterrumpido de medicamentos de calidad**.

- **Sistema de registro y reporte** de todos los pacientes y evaluación del desempeño de todo el proceso de tratamiento. (40)

El compromiso político es fundamental para establecer y mantener los otros cuatro componentes del DOTS. (41)

2. NIVEL DE ADHERENCIA

CONCEPTO

La adherencia al tratamiento significa que el paciente está siguiendo el curso recomendado de tratamiento, tomando todos los medicamentos prescritos durante todo el tiempo que sea necesario, realizándose los exámenes y pruebas de control; asimismo, que está cumpliendo las medidas de control de la TB y ejerciendo sus derechos y deberes como persona con TB. La adherencia es importante porque la TB es casi siempre curable si los pacientes cumplen con su tratamiento. (42)

La NO ADHERENCIA es la incapacidad o la oposición del paciente a cumplir con todos los componentes del tratamiento descritos anteriormente. Cuando un tratamiento se complica o dura un largo periodo, como en el caso de la TB, a menudo los pacientes se cansan o se desaniman de continuar con el tratamiento. Esta conducta es uno de los más grandes problemas en el control de la TB y puede provocar serias consecuencias. (43) Un paciente no adherente a todo el proceso de tratamiento puede:

- Permanecer enfermo por más tiempo o agravar su enfermedad.

- Continuar transmitiendo la TB a otros.
- Desarrollar y transmitir la TB drogorresistente.
- Fallecer como resultado de un tratamiento interrumpido.

FACTORES CONDICIONANTES

Hay muchas razones por las que una persona podría tener problemas para cumplir con el tratamiento para la TB. En muchos casos, tanto las condiciones del establecimiento de salud como las de su personal pueden presentar barreras a la adherencia del paciente. Sin embargo, durante la entrevista de enfermería se pueden detectar en el paciente factores de riesgo para la no adherencia con el consecuente abandono de la persona al tratamiento. (44) Aquí tenemos algunos factores:

FACTORES DEL SERVICIO

Mala relación con el personal de salud

Algunas personas con TB tienen una mala relación con el equipo de salud. Cuando los pacientes y trabajadores de salud no establecen una relación basada en respeto y confianza, esta relación inadecuada puede influenciar en la adherencia de las personas con TB. Si un paciente cree y confía en el personal de salud, es más probable que dicha persona siga las instrucciones y los consejos para cooperar con su trabajador de salud. También es más probable que los pacientes hagan preguntas y muestren sus inquietudes con respecto al tratamiento.

Personal no entrenado

Para una atención adecuada de TB se requiere de personal sensibilizado, motivado y entrenado en todo el manejo de la TB, lo cual incluye la prevención, detección, tratamiento, seguimiento y educación. Si la persona con TB siente que el personal de salud no sabe manejar su tratamiento, pierde confianza y respeto al servicio brindado, lo cual puede dificultar su adherencia.

Falta de confidencialidad

La TB es una enfermedad muy estigmatizada por lo que es necesario respetar siempre la confidencialidad de las personas con TB, e incluso de aquellas con sospecha de tener TB. El no guardar confidencialidad puede resentir al paciente y provocar el abandono del tratamiento para no ser identificado. No deberíamos, por ejemplo, poner el nombre del paciente en su caja de medicamentos. No es necesario ni correcto hacerlo; un número de caso o el código son suficientes. Ésta es una falta de confidencialidad porque cualquier persona puede leer los nombres en el área de tratamiento.

Falta de medicamentos e insumos de laboratorio

Si no hay suficientes medicamentos y/o insumos de laboratorio para la detección, tratamiento y control de las personas con TB, es posible que pierdan continuidad y confianza en el servicio que se les está brindando.

Ambiente inadecuado

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

Falta de personal y servicios

La escasez de personal contribuye a demoras en la atención, la disminución del tiempo de atención por paciente y que éste sienta rechazo por el servicio brindado. También se debe considerar que para el caso de personas con TB con esquemas más complejos, se requiere el apoyo de servicios y especialistas que, tal vez, algunos establecimientos de salud no tengan. La persona con TB tiene que movilizarse a muchos lugares diferentes para sus controles y exámenes solicitados; puede cansarse y, consecuentemente, no cumplir con los mismos.

Accesibilidad al servicio de salud

La falta de acceso a la atención de salud puede, también, ser un obstáculo significativo para completar un esquema de TB. Se deben hacer esfuerzos especiales para lograr y proporcionar atención para pacientes sin un domicilio permanente o sin medios de transporte. Las personas con TB que trabajan pueden tener horarios de trabajo que interfieren con el horario del establecimiento de salud. También, en algunos casos

(especialmente en las personas con TB MDR), no pueden pagar el costo de transporte, exámenes de control y medicamentos para tratar las RAFAS, todo lo cual puede dificultar el cumplimiento del esquema.

Falta de trabajo en equipo

Si el equipo de TB no trabaja junto, será más probable que se cometan errores o no se cumplan los deberes oportunamente. Esto hará que el servicio se vea perjudicado.

FACTORES DE LA PERSONA CON TB

El paciente se siente mejor

Una vez que las personas con TB ya no se sienten enfermas, pueden creer que está bien dejar de tomar sus medicamentos antituberculosis. Los síntomas de TB pueden disminuir drásticamente durante la primera fase del tratamiento. Sin embargo, a menos que las personas con TB continúen con su tratamiento durante el tiempo indicado, algunos bacilos tuberculosos pueden sobrevivir, poniendo a los pacientes en riesgo de una recaída en la enfermedad de TB y, además, del desarrollo de organismos drogorresistentes.

Falta de conocimiento y comprensión

Algunas veces hay ciertos temas que las personas con TB no entienden del todo: el proceso de la enfermedad y su tratamiento, la prevención, el cómo tomar sus fármacos, los exámenes de control y las razones por las que la duración del tratamiento de TB es tan prolongada.

Por eso no sólo es importante orientar a la persona con TB, sino hacerlo con palabras sencillas y otros métodos. Esta falta de conocimiento y comprensión puede llevar a una incapacidad o a una falta de motivación para terminar el tratamiento.

Creencias culturales o personales

Algunas personas con TB tienen fuertes creencias culturales o personales respecto de la enfermedad de la TB, de cómo se debe tratar y a quién pueden acudir para pedir ayuda. Cuando el tratamiento de TB entra en conflicto con estas creencias, las personas con TB se pueden volver temerosas, ansiosas o, en última instancia, se pueden distanciar del personal de salud.

Falta de capacidad física y mental

Ciertas personas con TB no tienen la capacidad necesaria para seguir las instrucciones de un trabajador de atención de salud y adherirse a un esquema prescrito. Los grupos que están particularmente en riesgo de problemas de adherencia son: los pacientes ancianos con movilidad o destreza manual limitada, las personas con TB con problemas mentales y los niños pequeños.

El abuso de drogas y alcohol

Las personas con TB que abusan de las drogas y el alcohol pueden no dar prioridad al tratamiento de la TB porque se encuentran sumergidos en su adicción. Además, estas personas pueden tener malas relaciones

con su familia y amigos, lo que perjudica el apoyo que puedan recibir de ellos. Además, los medicamentos les pueden ocasionar reacciones adversas con mayor frecuencia.

Falta de motivación

Algunas personas pueden tener una falta de motivación para adherirse al tratamiento de TB. Las personas con TB pueden sentir que se les cortan sus expectativas de vida por el largo y difícil proceso del tratamiento, o se sienten estigmatizadas (marcadas y/o rechazadas).

También, si las personas con TB tienen muchas prioridades con las que lidiar en sus vidas, tales como: falta de trabajo o trabajo mal remunerado, falta de vivienda, falta de alimentación, problemas de salud ocasionados por otras enfermedades (por ejemplo: VIH/SIDA), o el abuso de drogas, alcohol; es posible que no consideren como prioridad el seguir todo el tratamiento para la TB.

Tanto las personas con TB como los trabajadores de salud son responsables de asegurar que las personas con TB cumplan con el tratamiento. Todos los días o semanas, deben decidir entre tomar o no tomar sus medicamentos. Lo que decidan los pacientes depende, a menudo, de la calidad de atención que reciban de los trabajadores de salud. (45)

Para ayudar a las personas con TB a que completen el tratamiento, el trabajador de atención de salud necesitará calcular hasta qué punto dichos problemas representan barreras a la adherencia. Se puede utilizar

un diagnóstico de comportamiento para encontrar qué es lo que le está causando problemas a una persona con TB en términos de adherencia y desarrollar estrategias para mejorar el plan de tratamiento de cada paciente.(46)

G. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- **PACIENTE DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS**

Son todas las personas de sexo masculino y femenino que reciben tratamiento antituberculoso en el Esquema I 2da. fase de tratamiento del Centro de Salud “Fortaleza”

- **FACTORES CONDICIONANTES**

Son hechos o fenómenos presentes que favorecen o limitan el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso del paciente. Se han considerado dos tipos de factores:

- Factores del paciente: características propias del paciente las cuales pueden ser etáreas, económicas, culturales, sociales, familiares.
- Factores del servicio de salud: características propias de los servicios de salud siendo estas el tipo de atención, la rapidez en ello, la educación brindada y el trato al paciente.

- **NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

Es el grado de cumplimiento del paciente en la toma de medicamentos antituberculosos según esquema de tratamiento.

- Adherente: cuando el cumplimiento en la toma de medicamentos es mayor del 95%.
- No Adherente: cuando el cumplimiento en la toma de medicamentos es menor del 95%

CAPITULO II

MATERIAL Y METODO

A. TIPO, NIVEL Y METODO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo, pues los datos que se obtienen son susceptibles de cuantificar y realizar un análisis estadístico acerca de los factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento en los pacientes de la ESN-PCT del Centro de Salud “Fortaleza”.

El nivel es aplicativo pues nos ayudara elaborar las estrategias necesarias para mejorar el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso y de esta manera reducir el abandono al tratamiento, recaídas y la aparición de cepas multidrogo resistentes.

El método utilizado en esta investigación es el descriptivo pues nos permite mostrar y describir la información obtenida tal y como se

encuentra en la realidad además es de corte transversal pues se realizó en un determinado tiempo haciendo un corte.

B.- DESCRIPCIÓN DE LA SEDE O AREA DE ESTUDIO

La presente investigación se llevo a cabo en el C.S. “Fortaleza” ubicado en Asociación Fortaleza s/n Santa Anita, El C.S. “Fortaleza” es un establecimiento de salud perteneciente a la DISA IV Lima-Este; ubicado en el Primer Nivel de Atención dirigido actualmente por la Dra. Ana Díaz Baltazar, este establecimiento presta servicios de Medicina General, Gineco-Obstetricia, Dental, Psicología, Laboratorio, Nutrición y Emergencias; desarrollando también las diferentes Estrategias Sanitarias como Planificación Familiar, ESNI, Programa de Control del Crecimiento y Desarrollo y ESN-PCT; además también cuenta con un área administrativa, secretaria, estadísticas entre otras.

La infraestructura del Centro de salud consta de una planta física de un nivel distribuidos en 4 partes; la principal en la que se encuentran los servicios de medicina, dental, ginecología y farmacia; la segunda donde se encuentra la Estrategia de control de Crecimiento y Desarrollo e Inmunizaciones; una tercera zona donde se encuentra admisión, triaje y almacén; una ultima zona donde se encuentra la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de TBC.

Referente a la infraestructura de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de TBC esta cuenta con dos ambientes; uno de ellos donde se encuentra el personal técnico e interno de enfermería que administra los medicamentos para los pacientes, y el otro ambiente donde se realiza las consultas medicas para los pacientes de la ESN-PCT al mismo tiempo que es usado para la administración de los

inyectables; además cuenta con dos patios uno en la parte anterior donde se realizan las entrevistas de enfermería y otro posterior en el cual los pacientes toman sus medicamentos, la zona de recolección de muestras se encuentra en la zona que une ambos patios.

El personal con que cuenta las ESN-PCT esta compuesto por un medico quien es el encargado de evaluar a los pacientes al ingreso al tratamiento, el cambio de fase y al finalizar el tratamiento además de atenderlos cuando los pacientes lo requieren por algún malestar que presenten; esta atención es brindada a partir de mediodía cuando el medico asignado para la Estrategia culmina con la atención en Consulta Externa; una interna de Enfermería quien cumple la labor de la Enfermera en la atención al paciente durante la duración del tratamiento quien se encuentra en las mañanas en la Estrategia; un personal técnico quien es el encargado de brindar los medicamentos a los paciente además de realizar la verificación de domicilios cuando inician el tratamiento.

Este personal se encuentra distribuido en dos turnos; en la mañana permanece el interno de enfermería con el personal técnico y en la tarde tan solo el personal técnico de enfermería se encuentra en la atención teniendo este que consultar cualquier duda que tuviera con la enfermera que se encuentra atendiendo en la Estrategia de Control de Crecimiento y Desarrollo e Inmunizaciones.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población en estudio estuvo conformada por los pacientes de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la TBC del Centro de Salud "Fortaleza" que se encuentran en tratamiento del Esquema I y

que al momento de la recolección se encuentran en la 2da. Fase del esquema de tratamiento, siendo estos en total 42 pacientes.

Los criterios de Inclusión y Exclusión utilizados para el estudio son:

Criterios de Inclusión

- Pacientes que reciben tratamiento en el Esquema I de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis en el Centro de Salud “ Fortaleza”
- Pacientes del Esquema I que se encuentren en la 2da. fase de tratamiento en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis en el Centro de Salud “ Fortaleza”.
- Pacientes que tiene una o mas inasistencias al recibir el tratamiento en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis en el Centro de Salud “ Fortaleza”.
- Aquellos pacientes que acepten voluntariamente ser parte del estudio.

Criterios de Exclusión

- Pacientes que acudan al Centro de Salud Fortaleza y no reciban tratamiento en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis
- Pacientes menores de 14 años que reciben el tratamiento en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis.
- Pacientes que tengan algún impedimento físico o mental: sordos, mudos, Síndrome de Down.

- Pacientes del Esquema II y pacientes que reciben el tratamiento multidrogo-resistentes en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis.
- Pacientes que por indicación medica han recibido un mes mas de ampliación de la Primera Fase del tratamiento antituberculoso.
- Pacientes que sean VIH positivo.
- Aquellos que no deseen participar en el estudio.

D.- TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica utilizada en la presente investigación fue la entrevista y los instrumentos utilizados para la recolección de la información fueron: la tarjeta de asistencia a la toma de medicamento para evaluar la regularidad en la asistencia al tratamiento, además de un formulario para determinar los factores que condicionan la adherencia al tratamiento antituberculoso.

El formulario consta de 4 partes: la primera viene a ser la introducción donde se menciona el titulo y los objetivos de a investigación además del agradecimiento. La segunda parte corresponde a los datos generales del paciente, la tercera comprende las preguntas relacionadas con los factores propios del paciente que condicionan la adherencia al tratamiento y la tercera corresponde a los factores propios del sistema de salud.

E.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez del formulario se determino mediante la Prueba Binomial de Juez de Expertos, la cual estuvo conformada por ocho

profesionales con experiencia en el tema: profesionales que laboran en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de TBC (ESN-PCT) del C.S. "Fortaleza", un estadista, una antropóloga, una psicóloga y docentes de Investigación en Enfermería de la UNMSM; siendo sus opiniones, recomendaciones y sugerencias tomadas en cuenta para mejorar el instrumento.

Los puntajes obtenidos en la Prueba Binomial muestran que el error de significancia no supera los valores establecidos para $p > 0.05$, por lo que el instrumento es válido (ANEXO C).

Luego de realizadas las correcciones pertinentes se realizó la prueba piloto correspondiente la cual se realizó a 7 pacientes que reciben tratamiento ESN-PCT del C.S. "Fortaleza" y cuya información no se tomó en cuenta al momento del análisis de datos.

Se evaluó la confiabilidad del instrumento, el cual fue sometido a la prueba de Kuder-Richarson (Anexo E) y la validez fue evaluada a través de Método de Item-Test Bisceral Puntual . (Anexo D)

F.- PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

La recolección de datos se inició luego de realizado el trámite administrativo respectivo, a través del cual se solicitaba permiso a la Dra. Ana Díaz Baltasar, Médico Jefe del C.S. "Fortaleza" para la realización del estudio de investigación.

Luego de obtenida la aceptación a lo solicitado se coordinó con la enfermera encargada de la ESN-PCT la fecha de recolección de

datos, siendo estos los correspondientes del 17 de diciembre al 15 de enero, dicha recolección se realizó los turnos de mañana y tarde pues los pacientes acuden a tomar medicamentos en ambos turnos.

Al mismo tiempo como parte de la recolección de datos se revisó también las tarjetas de control de asistencia para obtener de esa manera la información respecto a la regularidad en la asistencia al tratamiento.

G.- PLAN DE PROCESAMIENTO, PRESENTACION, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Posteriormente a la recolección de datos estos fueron procesados en forma manual mediante el sistema de paloteo a una tabla matriz codificada. Luego de la tabulación se establecieron los valores finales respecto a los factores que condicionan el nivel de Adherencia siendo estos de: Presente y Ausente.

Después de ello se procedió a la elaboración de cuadros estadísticos y la interpretación de los mismos; elaborando posteriormente las conclusiones respectivas del trabajo de investigación.

H.- CONSIDERACIONES ETICAS

Para la realización de la presente investigación se contó con la autorización de la Institución y del personal encargado de la ESN-PCT al mismo tiempo que se informaba al paciente sobre la realización de la investigación para de esta manera cumplir con el Consentimiento Informado del Paciente.

CAPITULO III

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Luego de realizada la recolección de los datos estos fueron procesados y presentados en gráficos a fin de realizar el análisis e interpretación respectiva de acuerdo al marco teórico.

Se evidencia que del total de pacientes con TBC un 69%(29) son de sexo masculino (Anexo J) y que de estos tan solo el 51.7%(14) tienen un adecuada adherencia al tratamiento (Anexo K) mientras que las pacientes de sexo femenino de un 100% (31) la totalidad de las mismas tienen una adecuada adherencia al tratamiento (Anexo L); además se observa que el rango de edad predominante entre los pacientes con TBC es del 15-24 años 66.7%(27) (Anexo M) observándose esta misma predominancia en los grupos de adherentes y no adherentes en donde el porcentaje en este rango de edad es del 50%(14) y 100%(14) respectivamente.

La edad y el género condicionan la fisiología de las personas y determinan en buena medida la probabilidad de ocurrencia de un gran número de enfermedades. Esta influencia no se aprecia sólo en las dolencias ligadas al desarrollo o al envejecimiento o en las que afectan a órganos sexualmente diferencia es, sino también en otras que aun afectando a todas las edades o a los dos sexos, lo hacen con muy diversa incidencia. La edad y el sexo propician actividades sociales específicas que, a su vez, determinan una mayor o menor incidencia de algunas afecciones. En cuanto al género, los hombres presentan tasas de morbilidad más altas que las mujeres en casi todos los grupos de enfermedades.

Los problemas endocrinológicos, los trastornos hematopoyéticos o las enfermedades osteoarticulares, como la artritis, la artrosis o la osteoporosis, tienen mayor incidencia en la mujer. Por el contrario, las enfermedades del sistema circulatorio, del aparato respiratorio y digestivo son mucho más dominantes en los varones .

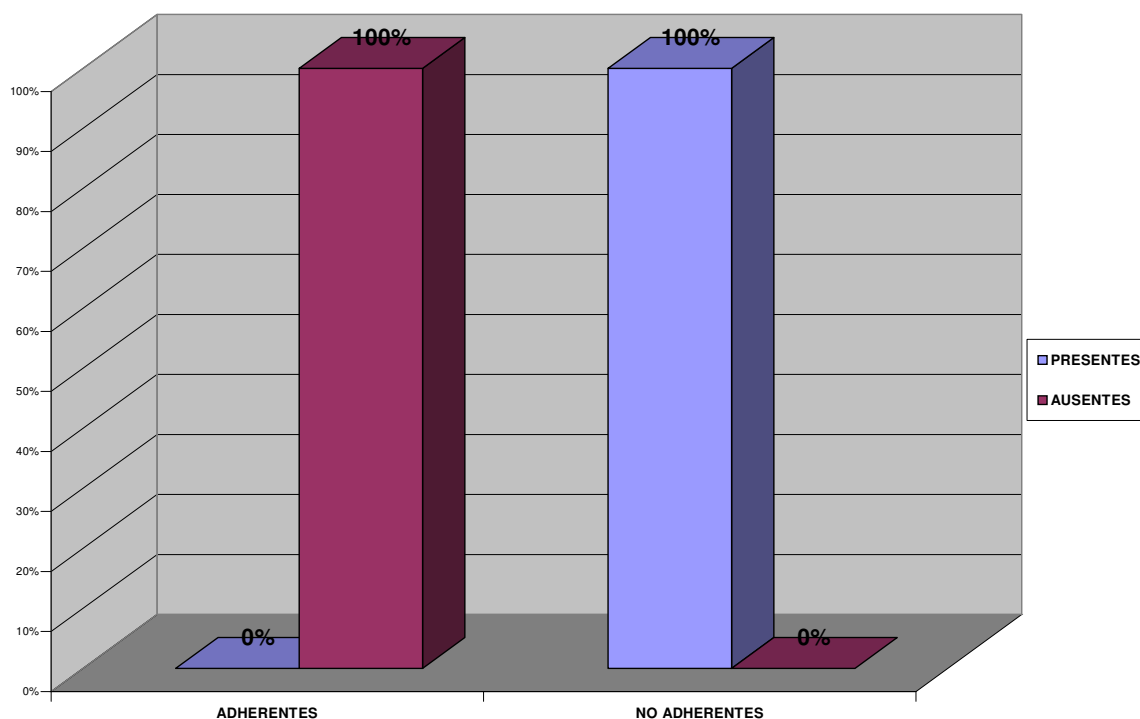
La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, señalan que cada año 8.8 millones de personas, entre niños y adultos, mujeres y hombres se enferman de TBC en todo el mundo. El 80% está en los países en vías de desarrollo, y el 75% de los enfermos se encuentran en edad más productiva (15 a 44 años).

De lo descrito anteriormente podemos deducir que el sexo masculino al encontrarse mas expuesto en relación a las actividades que realiza tiende a contraer mas las enfermedades siendo una de estas la TBC y debido a estas mismas actividades su nivel de adherencia es bajo a diferencia de las pacientes con TBC de sexo

femenino al mismo tiempo que la población económicamente activa es la más afectada.

GRAFICO N° 1

FACTORES PERSONALES Y NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON TBC DEL C.S. FORTALEZA - DICIEMBRE LIMA-PERU 2007



Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con TBC del C.S. Fortaleza 2007

Respecto a los factores personales y nivel de adherencia se observa que en el grupo de pacientes Adherentes al tratamiento del 100%(28) un 0% tiene estos factores presentes mientras que en grupo de pacientes No Adherentes el 100%(14) presenta estos factores

personales. Siendo estos principales factores: falta de apoyo familiar y el rechazo de la misma, presencia de RAFAS, temor al tratamiento y consumo de alcohol y tabaco (ANEXO H).

Al mismo tiempo se observa que el grado de instrucción en el grupo de pacientes Adherentes es de Secundaria Completa 71.4%(20) seguido por el de instrucción superior 28.6%(8) mientras que en el grupo de No Adherentes de un 100%(14) un 71.4%(10) tienen estudios secundarios completos y un 28.6%(4) tienen secundaria incompleta ; además se observa que el rol en la familia predominante en el grupo de Adherentes es el de hijo con 49.9%(10) mientras que en el de No Adherentes es el de padre con 64.3%(9).

El desarrollo de la vida humana es un proceso continuo y permanente en donde se presentan ciertas factores que permiten la ocurrencia o no de un hecho como la Adherencia al Tratamiento antituberculoso entendido esta como el cumplimiento del tratamiento recomendado en relación a la toma de medicamentos durante todo el tiempo necesario(47).

Existen muchos factores por los que una persona podría tener problemas para cumplir con el tratamiento contra la TBC pudiendo ser estos: factores de la persona con TBC y factores del Servicio de Salud.

Dentro de los factores personales se encuentran: sensación de mejoría, pues el paciente al no sentirse enfermo puede creer que esta curado y dejar de tomar sus medicamentos contra la TBC; falta de conocimiento y comprensión ya que existen algunos temas que la persona con TBC no entiende del todo tales como, proceso de enfermedad, tratamiento, duración del mismo y RAFAS por lo que es

importante dar a conocer esta información; creencias culturales ya que debido a nuestra interculturalidad y las fuertes creencias culturales respecto a la TBC se puede entrar en conflicto con estas y el nivel cultural de los pacientes.

La elevada correlación positiva entre educación y salud permite considerar los bajos niveles de formación como un factor de riesgo. La Organización Mundial de la Salud, (OMS) considera prioritario fomentar la educación como instrumento básico de cambio tanto a nivel individual como colectivo, con el fin de comprometer a toda la sociedad en el proceso de mejora de la salud. Esta propuesta es válida para la educación en general, en tanto en cuanto el grado de educación que posee la población de un país es uno de los indicadores más relevantes del desarrollo que ésta ha alcanzado, pero también lo es en el ámbito de la educación sanitaria como conjunto de conocimientos que la población debe poseer para poder preservar y mejorar su estado de salud.

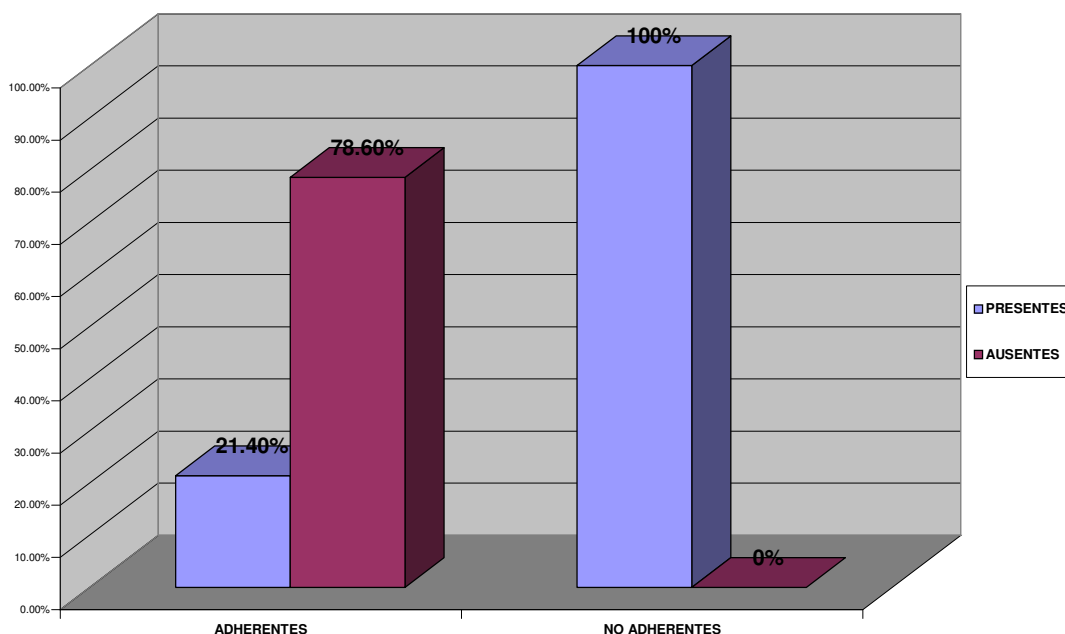
La salud depende en gran parte de los hábitos y costumbres cotidianas que se practican y del resultado de las acciones y esfuerzos que cada cual realiza para cuidar y mejorar su vida. La educación en el campo de la salud propicia la adquisición de conocimientos y aptitudes necesarias para la higiene y prevención de enfermedades. Además, favorece el desarrollo de facultades como la responsabilidad y la toma de decisiones con objeto de que el individuo alcance el máximo grado de adaptación y de autonomía en el ámbito de la salud, complementando la acción del sistema sanitario con las conductas adecuadas. Esta capacidad de adaptación de la persona a su entorno determina en gran medida su mejor salud y calidad de vida.

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. A nivel familiar se observan los ajustes de tipo económico, en los cuales resulta indispensable considerar la pérdida de capacidad económica de la familia por concepto de consultas, medicamentos y hospitalización, además de la disminución del ingreso económico por la incapacidad del enfermo para trabajar, como en el caso del padre o algún otro miembro de la familia económicamente activo. (48)

Por lo expuesto anteriormente se puede deducir que los factores personales juegan un rol muy importante en el Nivel de Adherencia al Tratamiento Antituberculosos puesto que se encuentran presentes en la totalidad de los pacientes No Adherentes y están ausentes en los pacientes Adherentes. Además que los factores personales presentes en estos pacientes son los relacionados a falta de apoyo y rechazo de la familia, RAFAS, temor al tratamiento, consumo de alcohol y tabaco.

GRAFICO N° 2

FACTORES DEL SERVICIO DE SALUD Y NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON TBC DEL C.S. FORTALEZA - DICIEMBRE LIMA-PERU 2007



Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con TBC del C.S. Fortaleza 2007

Acerca de los factores del servicio de salud y el nivel de Adherencia se observa que en los pacientes Adherentes del 100%(28) el 21.4%(6) presentan dichos factores mientras que en grupo de pacientes No Adherentes en el 100% se presentan estos factores tales como: mala atención por parte del técnico de enfermería, no recibieron educación por parte del personal, demora en resultados de pruebas de BK; compartiendo ambos grupos los factores del servicio de salud

como: no conocer a la enfermera encargada de la Estrategia y demora en la atención para el cambio de fase (ANEXO I).

Los factores del servicio de salud que según MINSA se pueden presentar en el paciente con TBC son: mala relación con el personal de salud, cuando los pacientes y trabajadores de salud no establecen una relación basada en respeto y confianza, esta relación inadecuada puede influenciar en la adherencia de las personas con TB cuando un paciente cree y confía en el personal de salud, es más probable que dicha persona siga las instrucciones y los consejos para cooperar con su trabajador de salud; personal no entrenado, para una atención adecuada de TB se requiere de personal sensibilizado, motivado y entrenado en todo el manejo de la TB, si la persona con TB siente que el personal de salud no sabe manejar su tratamiento, pierde confianza y respeto al servicio brindado, lo cual puede dificultar su adherencia; falta de confidencialidad, la TB es una enfermedad muy estigmatizada por lo que es necesario respetar siempre la confidencialidad de las personas con TB, e incluso de aquellas con sospecha de tener TB; Ambientes inadecuados, los ambientes sucios, oscuros, poco ventilados y desordenados no permiten ofrecer un servicio adecuado, donde el paciente pueda sentirse cómodo y bien atendido; Falta de personal y servicios, la escasez de personal contribuye a demoras en la atención, la disminución del tiempo de atención por paciente y que este sienta rechazo por el servicio brindado; y accesibilidad al servicio de salud, La falta de acceso a la atención de salud puede, también, ser un obstáculo significativo para completar un esquema de TB, se deben hacer esfuerzos especiales para lograr y proporcionar atención para pacientes sin un domicilio permanente o sin medios de transporte. Las personas con TB que trabajan pueden tener horarios de trabajo que interfieren con el horario del establecimiento de salud.

Luego de lo descrito se puede observar que los factores institucionales influyen en el Nivel de Adherencia al tratamiento antituberculoso principalmente la relación con el personal puesto que de esto depende el nivel de confianza que se tenga no solo en el como parte del equipo sino en todo el tratamiento presentándose mas esta situación en los pacientes No Adherentes y en grupo de Adherentes es menor el porcentaje manifestando ella la diferencia de cómo perciben la atención que brindan en el centro de salud.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A. CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se llego, luego de realizado el presente estudio de investigación son:

- La Adherencia al tratamiento de los pacientes de la ESN-PCT del Centro de Salud Fortaleza en su mayoría es buena, siendo estos pacientes adherentes al tratamiento un 66.7% de la población en estudio, la cifra de pacientes No Adherente a tratamiento es de 33.3% aunque es menor que la anterior es preocupantes debido a la permanente lucha para controlar la TBC.

- Los factores personales que condicionan el nivel de Adherencia al tratamiento antituberculoso son en su mayoría los referentes al rechazo y falta de apoyo por parte de la familia; seguido por la presencia de RAFAS, el consumo de alcohol y drogas, y el conocimiento escaso de su enfermedad y tratamiento; los cuales se encontraron presentes en la totalidad de los pacientes No Adherentes al tratamiento mientras que en los pacientes Adherentes no se encontraron dichos factores.
- Los factores institucionales se encuentran presentes en ambos grupos de pacientes tanto en los Adherentes como en los No Adherentes por lo que no se puede decir que condicionen en Nivel de Adherencia al tratamiento, estos factores son principalmente el no conocer a la enfermera encargada de la ESN-PCT y la demora en el cambio de fase y entrega de resultados de las pruebas de BK.

B. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas del presente estudio de investigación son:

- Planificar e implementar programas dirigidos a fortalecer el vínculo familiar de los pacientes de la ESN-PCT para de esta manera mejorar el nivel de Adherencia al tratamiento antituberculoso.
- Diseñar e implementar programas de educaron permanente a los pacientes de la ESN-PCT sobre su enfermedad, tratamiento

y cuidados a seguir para contribuir así a la reducción de la No Adherencia al tratamiento antituberculoso.

- Realizar estudios de tipo cualitativo para de esta manera profundizar el tema y tener mayor información para planificar estrategias de cambio.

C. LIMITACIONES

La limitación del estudio esta dada a que las conclusiones formuladas no pueden ser generalizadas para otras poblaciones, tan solo pueden generalizarse en la población de pacientes de la ESN-PCT del C.S. "Fortaleza".

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

- (1) Manual de Capacitación para el Manejo de la Tuberculosis.
MINSAs. 2006
- (2) Ídem
- (3) Ídem
- (4) Construyendo Alianzas Estratégicas para Detener la
Tuberculosis:
la Experiencia Peruana. MINSAs-DIGESA. 2006
- (5) Ídem
- (6) Ídem
- (7) Ídem
- (8) www.monografias.com/trabajos5/tuber/tuber.shtml
- (9) www.infecto.edu.uy/revisiontemas/tema24/introcursoTbc.html
- (10) Revista Latinoamericana de Microbiología: Tuberculosis
humana y bovina en Latinoamérica: de estudios sobre virulencia
hacia herramientas para su control. Vol.48 No.2 Abril-Junio 2006
pp. 173
- (11) Ídem
- (12) Informe Operacional de la ESNCP-TBC Año 2006. MINSAs
Oficina de Estadística e Informática.
- (13) Informe Operacional de la ESNCP-TBC Año 2005. MINSAs
Oficina de Estadística e Informática.
- (14) Informe Operacional de la ESNCP-TBC Año 2006. MINSAs
Oficina de Estadística e Informática.
- (15) Manual de Capacitación para el Manejo de la Tuberculosis.
MINSAs. 2006
- (16) Ídem
- (17) Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis.
Dirección General de Salud de las Personas. 2006.

- (18) Ídem
- (19) Ídem
- (20) Idem
- (21) Idem
- (22) Idem
- (23) Idem
- (24) Idem
- (25) Idem
- (26) Idem
- (27) Idem
- (28) Idem
- (29) Idem
- (30) Idem
- (31) Idem
- (32) Manual de Capacitación para el Manejo de la Tuberculosis.
MINSA. 2006
- (33) Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis.
Dirección
General de Salud de las Personas. 2006.
- (34) Resolución Ministerial N° 771-2004 del 27 de julio del 2004
- (35) Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis.
Dirección
General de Salud de las Personas. 2006.
- (36) Construyendo Alianzas Estratégicas para Detener la
Tuberculosis:
La Experiencia Peruana. MINSA-DIGESA. 2006
- (37) Ídem
- (38) Ídem
- (39) Programa Nacional de Control de Tuberculosis. Informe 1991.

(40) Manual de Capacitación para el Manejo de la Tuberculosis.

MINSA. 2006

(41) Idem

(42) Idem

(43) Idem

(44) Idem

(45) Ídem

(46) Ídem

(47) Ídem

(48) Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM Vol.47 No.6

Noviembre-Diciembre, 2004. El Impacto de la Enfermedad en la
Familia

BIBLIOGRAFÍA

- BALDEON RODRÍGUEZ, Noemí. “Relación entre el Clima Social Familiar y Nivel de Autoestima de los Pacientes con TBC”. En Tesis para obtener el Título de Lic. En Enfermería UNMSM 2007. Lima-Perú.
- HARRISON. Principios de medicina Interna. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. Vol. I
- MINSA. Norma Técnica de Salud para el Control de la TBC. Editorial Cartolon EIRL. Lima-Perú. 2006.
- MINSA. ESN-PCT. Informe operacional 2005. Lima-Perú
- MINSA. ESN-PCT. Informe operacional 2006. Lima-Perú
- MINSA. Manual de Capacitación para el Manejo de la TBC”. Centers for Disease and Control and Prevention (CDC) de los Estados Unidos de Norteamérica como parte del proyecto PARTNERS TB CONTROL (Socios de Control de TBC).
- MINSA. Construyendo Alianzas Estratégicas para detener la TBC: La Experiencia Peruana. Editorial Solvima Graf . 2006.
- ARMIJO ROJAS, Rolando. Epidemiología. Editorial Intermedica. Tomo I. Argentina.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

Anexo		Pág.
A	Operacionalizacion de la Variable	I
B	Instrumento	II
C	Tabla de Concordancia	X
D	Validez del Instrumento	XI
E	Cálculo del Coeficiente de Confiabilidad Kuder-Richardson	XIII
F	Matriz General	XIV
G	Medición de la Variable: Escala de Stanones	XVI
H	Factores Personales Presentes en los Pacientes con TBC del C.S. Fortaleza Diciembre Lima- Perú 2007	XVII
I	Factores del Servicio de Salud Presentes en los Pacientes con TBC del C.S. Fortaleza Diciembre Lima-Perú 2007	XVIII
J	Sexo de los pacientes con TBC del C.S. Fortaleza Diciembre Lima-Perú 2007	XIX

Anexo		Pág.
K	Adherencia de los Pacientes del Sexo Masculino al tratamiento contra la TBC del C.S. Fortaleza diciembre Lima – Perú 2007	XX
L	Adherencia de los Pacientes del Sexo Femenino al Tratamiento contra la TBC del C.S. Fortaleza Diciembre Lima – Perú 2007	XXI
M	Rango de Edad y Nivel de Adherencia al Tratamiento De los Pacientes con TBC del C.s. Fortaleza Diciembre Lima – Perú 2007	XXII
N	Lugar de Procedencia y Nivel de Adherencia AL Tratamiento de los Pacientes con TBC del C.S. Fortaleza Diciembre Lima – Perú 2007	XXIII
O	Grado de Instrucción y Nivel de Adherencia al Tratamiento de los Pacientes con TBC del C.S. Fortaleza Diciembre Lima – Perú 2007	XXIV
P	Estado Civil y Nivel de Adherencia al Tratamiento de los Pacientes con TBC del C.S. Fortaleza Diciembre Lima – Perú 2007	XXV

Anexo		Pág.
Q	Rol de la Familia y Nivel de Adherencia al Tratamiento de los Pacientes con TBC del C.S. Fortaleza Diciembre Lima – Perú 2007	XXVI
R	Tenencia de Vivienda y Nivel de Adherencia al Tratamiento de los Pacientes con TBC del C.S. Fortaleza Diciembre Lima – Perú 2007	XXVII
S	Medios de Transporte y Nivel de Adherencia al Tratamiento de los Pacientes con TBC del C.S. Fortaleza Diciembre Lima – Perú 2007	XXVIII

ANEXO A
OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Definición Operacional de la variable	Valor Final
Factores que condicionan el nivel de Adherencia al Tratamiento Antituberculoso	Son los hechos o fenómenos que favorecen o limitan ciertas conductas siendo una de ellas la Adherencia al tratamiento conceptualizada como el cumplimiento por parte del paciente de las recomendaciones	Propias del Paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Edad • Procedencia • Grado de instrucción • Ocupación • Ingreso mensual • Ubicación de la vivienda • Apoyo familiar • Temor al tratamiento. • Motivación 	Son hechos o fenómenos que favorecen o limitan el cumplimiento en la toma de medicamentos antituberculosos en los pacientes del C.S. "Fortaleza" pudiendo ser	Factores propios del paciente presentes. Factores propios del paciente ausentes.

	<p>dadas tales como: la toma de medicamentos prescritos durante el tiempo necesario, realización de exámenes y pruebas de control.</p>	<p>Propios de los servicios de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aparición de RAFA • Sensación de mejoría. • Consumo de Tabaco • Consumo de drogas. • Consumo de licor • Confianza en el personal • Horario de atención. • Trato personal . • Tiempo de espera en la atención • Educación brindada: clara, comprensible, completa • Ambiente de la Estrategia • Visitas domiciliarias. • Medicamentos completos. 	<p>estos propios del paciente y propios del Servicio de Salud.</p>	<p>Factores derivados del sistema de salud presentes.</p> <p>Factores derivados del sistema de salud ausentes.</p>
--	--	--	---	--	--

ANEXO B

CUESTINARIO

Buenos días, mi nombre es Cynthia Pinedo, soy interna de enfermería de la UNMSM, en esta oportunidad quiero solicitar su valiosa colaboración en la investigación sobre *Factores que Condicionan la Asistencia en la Toma de Medicamentos Antituberculosos* en el Centro de Salud “Fortaleza” para lo cual le pido a Ud. responder con sinceridad las siguientes preguntas. Las respuestas son anónimas y la información brindada es confidencial. MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

I. DATOS GENERALES

- SEXO

a) Masculino ()

b) Femenino ()

- EDAD...

- *Procedencia*

a) Lima () Otros

- *Grado de Instrucción*

- *Ocupación*

- *Estado Civil*

- a) Soltero ()
- b) Casado ()
- c) Conviviente ()
- d) Viudo ()
- e) Divorciado ()

- *Carga Familiar*

- a) 1 persona ()
- b) 2 personas ()
- c) 3 personas ()
- d) 4 personas ()
- e) mas de 4 personas ()

Especifique rol en familia

- *Ingreso Mensual*

- a) Hasta 200 ()
- b) 200-400 ()
- c) 400-600 ()
- d) mas de 600 ()

¿Quienes aportan?

- *Tenencia de Vivienda*

- a) Propia ()
- b) Alquilada ()
- c) vive con familiar ()

- *Distancia de su Casa al Centro de Salud*

- a) 5 minutos ()
- b) 10 minutos ()
- c) 20 minutos ()
- d) 30 minutos ()
- e) mas de 30 minutos ()

- *Medio de Transporte*

- a) A pie ()

b) Mototaxi ()

c) Combi ()

II. PROPIOS DEL PACIENTE

1.- ¿Durante el tiempo de tratamiento Ud. ha sentido mejoría en su estado de salud?

a) SI () b) NO ()

2.- ¿Al sentir esta mejoría, piensa Ud. Que esta curado totalmente aunque todavía no ha terminado tratamiento?

a) SI () b) NO ()

3.- ¿Ha presentado Ud. alguna molestia atribuible a la medicación que esta recibiendo?

a) SI () b) NO ()

¿Cuales?

4.- ¿Cree UD. Que estos malestares son motivo para dejar de venir a tomar los medicamentos?

a) SI () b) NO ()

¿Porqué?

5.- ¿Su familia conoce de su enfermedad?

a) SI () b) NO ()

Si respuesta. es NO ¿Por qué?

.....

6.- ¿Siente Ud. apoyo de su familia en su tratamiento?

a) SI () b) NO ()

Especifique ¿Cómo?

7.- ¿Ha sentido Ud. rechazo por parte de su familia por la enfermedad que padece?

a) SI () b) NO ()

Especifique ¿Cómo?

8.- ¿En algún momento ha sentido miedo respecto al tratamiento que recibe?

a) SI () b) NO ()

Porque?.....

9.- ¿Conoce el tipo de Esquema de tratamiento que recibe y cuanto durara?

a) SI () b) NO ()

¿Cuál es?

10.- ¿Conoce Ud. cuantas pastillas debe tomar?

a) SI () b) NO ()

¿Cómo las Identifica?

11.- ¿Confía Ud. en que el tratamiento que recibe lo curara?

a) SI () b) NO ()

12.- ¿Conoce el riesgo de no asistir a tomar sus medicamentos?

a) SI () b) NO ()

