



Facultad de Medicina “Hipólito Unanue”
Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS EN EL
CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA DEL CERCADO DE LIMA EN
EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2018**

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTORA

Aguilar Cuellar, Karen Juliana

ASESOR

González Toribio, Jesús Ángel

JURADO

Zelada Gonzales, Antonio

Mena Ochara, Víctor Raúl

Barboza Cieza, Reanio

Lopez Gabriel, Wilfredo

Lima – Perú

2019

DEDICATORIA

A Dios por la gracia de este gran sueño que puso en mi corazón, por su guía y protección en la búsqueda de lograrlo y porque es el inicio de un camino que con su favor y la intercesión de Mamá María lo recorreremos un día a la vez.

A mi familia, mis padres y hermanas, por su cariño y apoyo en todo el proceso de mi formación como persona y como profesional, porque siempre fueron mi estímulo y el motivo en todo lo que realicé.

AGRADECIMIENTO

Mi sincero agradecimiento:

Dr. Jesús Ángel González Toribio, asesor docente por su guía y orientación constante para la realización de la presente investigación.

Al Dr. Dante Vargas Vasquez, por su apoyo y valiosas sugerencias durante el desarrollo del presente estudio.

A las autoridades de la Diris Lima- Centro, en especial al Dr. Gustavo Alpaca, médico jefe de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT) y a su equipo de trabajo en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja del Cercado de Lima, por su apoyo constante y por las facilidades brindadas para el desarrollo de la presente investigación.

A todos los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis que participaron del estudio y a todas las personas que colaboraron en el desarrollo de esta investigación.

CONTENIDO

| | |
|--|------------|
| DEDICATORIA..... | ii |
| AGRADECIMIENTO | iii |
| Resumen..... | 6 |
| Abstract..... | 7 |
| 1) INTRODUCCIÓN | 8 |
| 1.1 Descripción y Formulación del Problema | 8 |
| 1.2 Antecedentes | 13 |
| 1.2.1 Antecedentes internacionales..... | 13 |
| 1.2.2 Antecedentes nacionales..... | 15 |
| 1.3 Objetivos | 18 |
| 1.3.1 Objetivo general..... | 18 |
| 1.3.2. Objetivos específicos..... | 18 |
| 1.4 Justificación de la Investigación | 18 |
| 2) MARCO TEÓRICO..... | 20 |
| 2.1 Bases Teóricas Sobre el Tema de Investigación | 20 |
| 2.1.1 Tuberculosis. | 20 |
| 2.1.1.6.1 Tuberculosis pulmonar. | 25 |
| 2.1.1.6.2 Tuberculosis extrapulmonar. | 25 |
| 2.1.1.7.1 Diagnóstico de infección o primoinfección tuberculosa. | 28 |
| 2.1.1.7.Diagnóstico de la enfermedad tuberculosis | 29 |
| 2.1.1.9.1 Definición. | 38 |

| | |
|---|-----------|
| <i>2.1.1.9.2 Medición de la Adherencia terapéutica.</i> | 39 |
| <i>2.1.1.9.3 Adherencia al tratamiento de tuberculosis.</i> | 41 |
| 3) MÉTODO | 44 |
| 3.1 Tipo de Estudio | 44 |
| 3.2 Ámbito Temporal y Espacial | 44 |
| 3.3 Variables | 45 |
| 3.4 Población y muestra | 45 |
| 3.4.1 Población. | 45 |
| 3.4.2 Muestra. | 45 |
| 3.5 Instrumento | 46 |
| 3.6 Procedimientos | 47 |
| 3.7 Análisis de Datos | 47 |
| 3.8 Aspectos Éticos | 48 |
| 4) RESULTADOS | 49 |
| 4.1 Resultados de Datos Generales | 49 |
| 4.2 Resultados Específicos | 51 |
| 5) DISCUSIÓN | 60 |
| 6) CONCLUSIONES | 66 |
| 7) RECOMENDACIONES | 68 |
| 8) REFERENCIAS | 69 |
| 9) ANEXOS | 73 |

Resumen

La Tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa que se ha convertido en un problema de salud pública mundial, la adherencia al tratamiento es el grado en el que el comportamiento del paciente cumple con las recomendaciones del prestador de asistencia sanitaria. Así la adherencia al tratamiento en la tuberculosis es un factor determinante para enfrentar este problema de salud mundial, por ello el presente estudio titulado Nivel de adherencia al tratamiento de Tuberculosis en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja del Cercado de Lima en el primer semestre del año 2018. Tuvo como objetivo general determinar el nivel de adherencia al tratamiento de tuberculosis. El estudio fue de diseño descriptivo, de corte transversal, de enfoque cuantitativo y de nivel aplicativo, cuyo instrumento de investigación fue el cuestionario MBG adaptado y validado para pacientes con tuberculosis de los autores Lozano y Aranda. La muestra de estudio estuvo conformada por 28 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Como resultados se obtuvo 96.43% de pacientes con un nivel de adherencia total, 3.57% de pacientes no adherentes al tratamiento. Asimismo, se identificaron las categorías comportamental, implicación personal y relacional que evaluaron la adherencia al tratamiento de tuberculosis. Por lo que se concluye que en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja existe un nivel de adherencia total en la mayoría de pacientes, esto debido a respuestas favorables en las categorías comportamental y relacional.

Palabras claves: adherencia al tratamiento, tuberculosis.

Abstract

Tuberculosis is an infectious disease that has become a global public health problem. Adherence to treatment is the degree to which the patient's behavior complies with the recommendations of the healthcare provider. Thus, the adherence to treatment in tuberculosis is a determining factor to face this global health problem, for this reason the present study entitled "Level of adherence to the treatment of Tuberculosis in the Conde de la Vega Baja Health Center of the Cercado de Lima in the first semester of the year 2018. Its general objective was to determine the level of adherence to tuberculosis treatment. The study was of descriptive design, of cross section, of quantitative approach and of application level, whose research instrument was the MBG questionnaire adapted and validated for patients with tuberculosis of the authors Lozano and Aranda. The study sample consisted of 28 patients who met the inclusion and exclusion criteria. As a result, 96.43% of patients with a total adherence level were obtained, 3.57% of patients not adherent to the treatment. Likewise, the behavioral, personal involvement and relational categories that evaluated adherence to tuberculosis treatment were identified. Therefore, it is concluded that in the Conde de la Vega Baja Health Center there is a level of total adherence in most patients, due to favorable responses in the behavioral and relational categories.

Keywords: adherence to treatment, tuberculosis.

1) INTRODUCCIÓN

1.1 Descripción y Formulación del Problema

La Tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa ampliamente estudiada y actualmente es “una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo” de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018, p.1). La OMS denomina a la vez que “La TB es la novena causa mundial de muerte y la primera por enfermedades infecciosas, por encima del VIH/sida” (2018, p.1). Debido a ello los estudios sobre Tuberculosis son importantes, diferentes expertos en el mundo enfocan sus estudios en las incidencias y prevalencias, además de estudiar otros acápites importantes como el tratamiento y de este último la adherencia al tratamiento en aras de contribuir a mermar las estadísticas de la enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud en su informe mundial sobre la Tuberculosis durante el año 2017 dio a conocer conceptos y datos estadísticos relevantes en el cual menciona que las muertes durante el año 2016 por motivo de tuberculosis fue de 374 000 en personas VIH-positivas y de 1,3 millones VIH-negativas (OMS, 2018). La OMS además señala que

la cifra estimada de personas que contrajeron la TB ese mismo año fue de 10,4 millones: el 90% eran adultos y el 65% del sexo masculino, el 10% eran personas infectadas por el VIH (74% en África) y el 56% vivían en cinco países: India, Indonesia, China, Filipinas y Pakistán. (2018, p. 1)

Un dato importante sobre la tuberculosis con resistencia a fármacos que señaló la Organización Mundial de Salud sobre la Tuberculosis durante el año 2017 es que

la TB farmacorresistente sigue siendo una amenaza. En 2016 hubo 600 000 nuevos casos resistentes a la rifampicina (TB-RR), el fármaco de primera línea más eficaz; 490 000 de ellos tenían TB multirresistente (TB-MR). Cerca de la mitad (47%) de estos casos se produjeron en la India, China y la Federación de Rusia. (OMS, 2018, p. 1)

Respecto a las notificaciones, incidencias el ente rector de la salud, la Organización Mundial de la Salud, reveló en el informe mundial que en 2016 se notificó 6,3 millones de casos nuevos de tuberculosis lo que representa al 61% de la incidencia estimada de 10,4 millones; la información sobre el tratamiento señala que el porcentaje mundial de éxitos terapéuticos son del 83%, muy parecido a datos de anteriores años (OMS, 2018). Referentes a personas con VIH la máxima autoridad en salud, OMS, señaló que “Se notificaron 476 774 casos de TB en pacientes VIH-positivos (46% de la incidencia estimada), de los cuales el 85% estaban en tratamiento con antirretrovíricos” (2018, p. 1).

Frente a esta situación de tuberculosis con resistencia a fármacos la autoridad del ente rector de salud

inició un tratamiento contra la TB farmacorresistente en 129 689 casos, lo que representa un pequeño aumento con respecto a los 125 629 casos de 2015, pero solo un 22% de la incidencia estimada; el éxito del tratamiento sigue siendo bajo: 54% a nivel mundial. (OMS, 2018, pp.1-2)

En nuestro continente con aporte de la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017) elaboró un informe estadístico titulado La situación de la Tuberculosis en la Américas, 2016. Informe muy significativo ya que

estimó 268.500 personas enfermas de TB, una tasa de incidencia de 27.1 x 100.000. Además de 18.500 personas muertas por TB y 5.900 personas muertas por TB/VIH, se notificó 218.700 personas enfermas de TB, con una Tasa de incidencia de 22.1 x 100.000, brecha de notificación: 49.774 enfermó, 6 .000 personas con VIH desarrollaron TB y 6 .900 personas enfermaron con TB-MDR. (p.1)

Así el informe estadístico mencionado desglosa que Brasil, Perú, México, Haití, Colombia, Bolivia, Argentina, Estados Unidos, Guatemala, Ecuador, Venezuela y República Dominicana son los países con mayor prevalencia de Tuberculosis y entre ellos Haití,

Bolivia y Perú ocupan el primer, segundo y tercer lugar respectivamente con mayor prevalencia de Tuberculosis en toda América (OPS, 2017).

El Perú no es ajeno a la Tuberculosis, es una realidad que aún está muy arraigada en su población, se esperó una disminución paulatina pero sucedió lo contrario, esto no es suficiente, así para el año 2016 la tasa de morbilidad por tuberculosis a nivel nacional fue de 98.7 casos por cada 100,000 habitantes, la incidencia estimada a nivel nacional fue de 116.4 casos por cada 100,000 habitantes y la incidencia notificada fue de 86.4 casos por cada 100,000 habitantes, cuyos casos notificados en valores absolutos fueron un total de 31,079 casos (Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública y Ministerio de Salud [DGIESP y Minsa], 2018, pp.2-4). Los datos mencionados se encuentran en el informe titulado Situación de Tuberculosis en el Perú y la respuesta del Estado, el cual además dio a conocer que la morbilidad por Tuberculosis en el Perú para el año 2017 fue de un total de 31,518 casos, lo que significó 99 casos por cada 100,000 habitantes, con 27,578 casos nuevos de TB, 16,877 casos nuevos de tuberculosis pulmonar frotis positivo (TBP FP), 1,335 casos de tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR) y 83 casos de tuberculosis extremadamente drogorresistente (TB-XDR). La mayoría de los casos mencionados se encuentran en Lima y Callao, esto es el 62% del total de casos de TB o sea unos 19,692 casos, 83% del total de casos de TB-MDR o sea 1,018 casos y 88% del total de casos de TB-XDR o sea 73 casos corresponden a las dos últimas regiones mencionadas, de allí la preocupación por estas dos regiones, ya que persisten en ser notificadas como de alta incidencia (DGIESP y Minsa, 2018).

Las regiones del Perú con mayor incidencia de TB y las más priorizadas son 12 regiones: Lima, Callao, Madre de Dios, Ucayali, Tacna, Ica, Loreto, Moquegua, La Libertad, Arequipa, Lambayeque y Cusco, las seis primeras catalogadas como regiones de muy alto riesgo y las otras seis regiones catalogadas de alto riesgo, esto según el reporte del Minsa sobre la

situación de Tuberculosis para el año 2017, donde Lima es el departamento que más casos de Tuberculosis concentra en el país (55%) y es el tercer departamento con la incidencia más alta (DGIESP y Minsa, 2018). Esta idea se ve reforzada con el informe titulado Análisis de la situación epidemiológica de la Tuberculosis en el Perú 2015 del Ministerio de Salud y la Dirección General de Epidemiología (Minsa y DGEP, 2016) quienes señalan que “el mayor porcentaje de casos se concentran en la provincia metropolitana de Lima, y en sus distritos de San Juan de Lurigancho, Rímac, La Victoria, El Agustino, Ate, San Anita y Barranco” (p.13).

En general, el panorama más reciente de tuberculosis se caracteriza por una carga de enfermedad que sigue siendo elevada con progresos que no son lo suficientemente aceptables, aún hay casos por detectar y tratamiento que instaurar y monitorizar el éxito terapéutico de este (OMS, 2018).

La Organización Mundial de la Salud en el año 1993 catalogó a la tuberculosis como una emergencia mundial de salud pública, frente a ello se elaboraron estrategias y programas de salud, cuyo objetivo fue controlar las tasas de tuberculosis. Sin embargo determinantes como la pobreza, desnutrición y enfermedades entre ellas el VIH contribuyeron a la persistencia de este problema de salud pública y pese a que su tratamiento terapéutico demostró ser efectivo, la falta de adherencia del paciente a la medicación es el mayor obstáculo que no permite el control de los casos de tuberculosis en el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004).

La adherencia terapéutica o adherencia al tratamiento es “el grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”(OMS, 2004, p. 9). Adherencia terapéutica que es importante en el tratamiento de la enfermedad, más si el tratamiento instaurado es de mediano o largo plazo, ejemplo de ello la tuberculosis; se debe tener en cuenta los factores

que intervienen en la adherencia al tratamiento estos son los “factores económicos y estructurales, factores relacionados con el paciente, complejidad del régimen, las relaciones de apoyo del prestador del servicio de salud y el paciente y el modelo de la prestación de salud”(OMS, 2004, p. 164). Los autores argentinos sostienen en su investigación Análisis espacial del abandono del tratamiento de tuberculosis, Buenos Aires, Argentina, que la falta de cumplimiento terapéutico respecto del tratamiento indicado en la tuberculosis es un gran obstáculo para regular los casos de esta enfermedad, ello a causa de la suspensión del tratamiento y relacionada con la debilidad comunitaria de los pacientes (Herrero, Arrossi, Ramos y Braga , 2015).

Ante todo lo citado se describe un insuficiente progreso mundial y nacional de los casos de Tuberculosis, lo cual se refleja en las estadísticas actuales y en los factores que influyen y determinan que los casos de enfermedad persistan. “La tuberculosis es una enfermedad transmisible, por lo tanto, la adherencia deficiente a un tratamiento prescrito aumenta los riesgos de morbilidad, mortalidad y farmacorresistencia en el orden individual y comunitario” (OMS, 2004, p.163). Por ello surgen preguntas ¿cómo es la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis? ¿Cuáles son las características de los pacientes con tuberculosis que acuden a recibir tratamiento? , entre otras interrogantes que lleva a la presente investigación a plantear el siguiente problema: ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento de Tuberculosis en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja del Cercado de Lima en el primer semestre del año 2018?

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes internacionales.

Murcia (2014) en el desarrollo de su estudio titulado Evaluación de la adherencia al tratamiento para Tuberculosis en el Departamento del Amazonas 2009-2012, señaló como objetivo: Evaluar el cumplimiento y el índice de adherencia al egreso de los pacientes diagnosticados con TB pulmonar que ingresaron a tratamiento en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2009 al 31 de diciembre del 2012, en el departamento del Amazonas. Metodología: estudio descriptivo, retrospectivo; implicó la recolección de variables personales, sociales y económicas de la cohorte de pacientes en el departamento del Amazonas durante el periodo de tiempo establecido. Resultados: Se registró un total de 249 casos de TB pulmonar en el departamento del Amazonas; el 90% ingresaron como casos nuevos; el 83% ingresó por baciloscopía positiva. Al egreso un 83.5% fueron adherentes al tratamiento; el tiempo total en tratamiento en el grupo de pacientes adherentes al tratamiento para TB osciló entre 116 a 262 días, con un promedio de 188.18 días y una desviación estándar de 20.2 días; el índice de adherencia en este grupo osciló entre 100% y 69.4% [...]. Con ello arribó a la conclusión que la evaluación del tratamiento y seguimiento hasta la curación de los pacientes que ingresan a una cohorte son aspectos que deben ser tenidos en cuenta dentro de un programa de control, el abandono como la irregularidad en el tratamiento son aspectos que deben ser vigilados con el fin de contribuir a minimizar la aparición de la TB – MDR; este tipo de estudios aportan en la construcción de nuevas políticas públicas acordes a la población. (p. 7)

Heredía, Puc, Camaal y Vargas (2012) realizaron el estudio denominado Determinantes sociales relacionados con el tratamiento de tuberculosis en Yucatán, México, los autores señalaron “El presente trabajo explora determinantes sociales del paciente durante el tratamiento de la enfermedad” (p. 113). En la metodología de investigación el estudio se

caracterizó por ser “estudio cuantitativo, no experimental, transeccional descriptivo, de un grupo de 31 pacientes del Estado de Yucatán, a quienes se aplicaron encuestas [...] para medir determinantes sociales y adherencia al tratamiento” (Heredia et al., 2012,p.113).

Respecto a los resultados Heredia et al. (2012) enunciaron que

el 83.8% de los entrevistados pertenece a un nivel socioeconómico bajo. El 61.3% se encuentra en pobreza extrema. El 83.4% acudió a centros de salud cercanos a su domicilio y refirieron que las instrucciones del personal médico fueron confusas y los procedimientos diagnósticos incómodos y molestos. El 54.8% sabía muy poco o nada sobre la enfermedad y temía al rechazo de su familia o comunidad. Los fármacos causaron malestar en 80.6% de los pacientes y el 16.1% abandonó el tratamiento. (p. 113)

Herrero et al. (2015) realizaron la investigación Análisis espacial del abandono del tratamiento de tuberculosis, Buenos Aires, Argentina, en el cual refieren que el objetivo fue identificar patrones de distribución espacial de la proporción de la no-adherencia al tratamiento de la tuberculosis y sus factores asociados. Método: 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 [...]. Resultados: 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 ($p = 0,070$). Conclusiones: 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. (p.1)

Cadena (2011) en su investigación Eficacia de una intervención promotora de salud en la adherencia al tratamiento y estilo de vida en enfermos de TBP, tuvo el objetivo de “determinar si una intervención educativa de enfermería promotora de salud mejora la adherencia al tratamiento y los estilos de vida específicos promotores de salud, en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar” (p. 49). “El estudio fue descriptivo, con diseño cuasiexperimental con abordaje cuantitativo” (p. 50). Los resultados demostraron que una intervención en la educación de los pacientes sobre la enfermedad en la adherencia al tratamiento y en los estilos de vida fueron significativos, hallándose una varianza de 69% (Cadena, 2011).

1.2.2 Antecedentes nacionales.

Suarez (2015) en su estudio titulado Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un centro de salud. 2014, tuvo como “objetivo determinar la relación que existe entre el nivel de adherencia al tratamiento y la participación de la familia en el tratamiento de pacientes con tuberculosis, en el Centro de Salud Max Arias Schreiber” (p. 9). La metodología de investigación fue “con enfoque cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal” (Suarez, 2015, p. 9). El estudio estuvo conformado por 70 pacientes con tuberculosis del Centro de Salud mencionado, en quienes se utilizó como instrumento a la encuesta con sus respectivas preguntas de evaluación (Suarez, 2015). Los resultados de acuerdo con Suarez (2015) señalan que “fueron: 23(46%) de la población presenta un nivel medio de adherencia y 27(54%) presenta un nivel medianamente favorable de participación de la familia” (p. 9). Con tales resultados se concluyó que es de un nivel medio la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis, que es medianamente favorable el nivel de participación de las familias en

el tratamiento de los pacientes afectados por tuberculosis y que se halla asociación importante entre el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis y el nivel de participación de la familia (Suarez, 2015).

Castañeda, Sanchez, Manchego y Musayón (2016) en la investigación Efectividad de la consejería en enfermería en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con tuberculosis de la micro red de salud Jaime Zubieta Calderón en San Juan de Lurigancho, Lima, Perú, precisan que la investigación tuvo por objetivo

determinar la efectividad de la consejería en enfermería en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes nuevos con tuberculosis sensible al tratamiento, en la Micro red de salud Jaime Zubieta Calderón perteneciente a la DISA IV de Lima Este en San Juan de Lurigancho durante los meses de octubre 2013 hasta agosto 2014. (p. 10)

El estudio fue de diseño “cuasi experimental con grupo control histórico” (Castañeda et al., 2016, p. 10). Estudio compuesto por 30 pacientes nuevos con diagnóstico de tuberculosis drogossensible, con sus respectivos controles, para recolectar los datos se utilizó los registros de asistencia y toma de medicamentos de cada participante del estudio (Castañeda et al., 2016). Cuyos resultados fueron favorables, ya que hubo un incremento de adherencia al tratamiento en el al grupo donde intervino la consejería de enfermería, respecto al grupo control histórico, por lo cual se concluyó que los consejos del personal de enfermería influyeron de forma positiva en la adherencia al tratamiento de tuberculosis drogossensible (Castañeda et al., 2016).

Asimismo, Lozano y Aranda (2017) en su investigación sobre adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” – Huancayo, señaló que “El objetivo de la presente investigación es determinar los niveles de adherencia al tratamiento en pacientes ambulatorios con tuberculosis” (p.9). Para la metodología los autores mencionaron “se aplicará el método

científico, cuyo tipo de investigación es básico y el nivel de investigación es descriptiva” de acuerdo con (Lozano y Aranda, 2017, p. 9). Como instrumento para la recolección de datos se aplicó la encuesta a través del cuestionario MBG (Lozano y Aranda, 2017). Como resultado de la investigación se obtuvo que “El 52% de pacientes ambulatorios con tuberculosis tienen un nivel total de adherencia al tratamiento; asimismo, el 44% tienen un nivel parcial de adherencia al tratamiento; y el 4% no tiene adherencia al tratamiento” (Lozano y Aranda, 2017, p. 103).

Arriola, Castillo, Quispe y Torres (2011) en el estudio Factores asociados a la asistencia del paciente al tratamiento antituberculoso, los autores desarrollaron el objetivo de “determinar algunos factores asociados a la asistencia al tratamiento antituberculoso en pacientes del Programa de Control de Tuberculosis (PCT) en el Hospital de Puente Piedra y en Centro Materno Infantil Zapallal de Puente Piedra – 2008” (p.86). El estudio fue de corte transeccional con diseño descriptivo, cuya población de 77 pacientes con tuberculosis de tipo pulmonar con edades desde 18 años hasta 60 años de edad registrados en el Programa de control de Tuberculosis, los datos se recolectaron a través de una ficha y un cuestionario (Arriola et al., 2011). Luego con programas estadísticos específicos se arribó a los siguientes resultados

del total de pacientes, el 39% presenta asistencia discontinua al PCT, los factores asociados a la asistencia discontinua son: hacinamiento (OR: 7,11); tipo de trabajo independiente (OR: 7,27); condición de trabajo eventual (OR: 9,60); ingreso económico bajo (OR: 4,04); falta de apoyo familiar (OR: 2,83), y falta de información básica sobre la enfermedad (OR: 7,00). (Arriola et al, 2011, p. 86) Las conclusiones del estudio fue que “los factores asociados a la asistencia discontinua con mayor significancia fueron: hacinamiento, tipo de trabajo independiente y eventual, no tener apoyo familiar, y no tener información básica sobre la enfermedad” (Arriola et al., 2011, p. 86).

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general.

Determinar el nivel de adherencia al tratamiento de Tuberculosis en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja del Cercado de Lima en el primer semestre del año 2018.

1.3.2. Objetivos específicos.

1. Determinar el porcentaje de pacientes con tuberculosis respecto al sexo, edad, grupo étnico y comorbilidades.
2. Identificar el porcentaje de pacientes con tuberculosis con adherencia al tratamiento en la categoría cumplimiento del tratamiento (indicador comportamental), de acuerdo al Cuestionario MBG adaptado y validado para pacientes con tuberculosis de los autores Lozano y Aranda.
3. Identificar el porcentaje de pacientes con tuberculosis con adherencia al tratamiento en la categoría implicación personal (indicador implicación personal), de acuerdo al Cuestionario MBG adaptado y validado para pacientes con tuberculosis de los autores Lozano y Aranda.
4. Identificar el porcentaje de pacientes con tuberculosis con adherencia al tratamiento en la categoría relación transaccional (indicador relacional), de acuerdo al Cuestionario MBG adaptado y validado para pacientes con tuberculosis de los autores Lozano y Aranda.

1.4 Justificación de la Investigación

La presente investigación se justifica con el propósito de contribuir con información científica sobre la adherencia al tratamiento de tuberculosis en un Centro de Salud del Cercado de Lima, ya que la “insuficiente adherencia al tratamiento aumenta los riesgos de morbilidad, mortalidad y farmacoresistencia en el orden individual y comunitario” (OMS, 2004, p.163), lo que lleva al Perú a ocupar el segundo lugar en Latinoamérica respecto a

incidencias y morbilidad de la enfermedad (OPS, 2017). Este estudio brindará información válida y confiable a las autoridades del Área de Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT) del Centro de Salud Conde de la Vega Baja del Cercado de Lima, información que podrá servir para elaborar medidas pertinentes de estrategias en la adherencia al tratamiento, prevención y control de Tuberculosis en su población, ello en aras de contribuir a mermar los casos actuales de esta problemática de salud pública nacional.

2) MARCO TEÓRICO

2.1 Bases Teóricas Sobre el Tema de Investigación

2.1.1 Tuberculosis.

2.1.1.1. *Definición.*

La tuberculosis como definición toma varios puntos de vista, desde la Patología Clínica hasta el punto de vista de la Salud Pública, los cuales se ven interrelacionadas, así la Patología Clínica señala que “La Tuberculosis es una infección producida por el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch” de acuerdo con (Morán y Lazo, 2001, p. 33).

Los autores mencionados refieren que la Tuberculosis

se caracteriza por un período de latencia prolongado entre la infección inicial y las manifestaciones clínicas en el que predomina la neumopatía (aunque también puede afectar a otros órganos) y una respuesta granulomatosa con inflamación y lesión de los tejidos. (Morán y Lazo, 2001, pp. 33-34)

En la investigación de García, Cervantes y Reyes (2016) precisan que la tuberculosis es una enfermedad ancestral, reemergente, infectocontagiosa, crónica y altamente letal. Se le considera un complejo de fenómenos microbiológicos e inmunológicos y está catalogada entre las enfermedades infecciosas más relevantes de nuestro tiempo. Asimismo, representa un problema de salud pública a nivel mundial. (p. 91)

Dalens (2012) en su estudio Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis. Red de Salud Lima Norte V Rímac- San Martín-Los Olivos, precisó que “la tuberculosis es un problema de salud pública asociado y es la principal causa de muerte por enfermedad infecciosa en adultos” (p.10).

2.1.1.2 Etiología.

La tuberculosis es causada por

M. tuberculosis perteneciente al género *Mycobacterium*, familia *Mycobacteriaceae*, orden *Actinomycetaceae*. Bacteria que forma parte del complejo *Mycobacterium tuberculosis* en el que se incluyen además de *M. tuberculosis* a *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium canettii*, *Mycobacterium microti*, *Mycobacterium pinnipedi* y *Mycobacterium caprae*. De estas especies, *M. tuberculosis* ocasiona la mayoría de los cuadros clínicos y es la más importante desde el punto de vista patógeno y sanitario. Son organismos de morfología variable, de aspecto bacilar, rectos o ligeramente curvos o cocoides, no forman esporas, flagelos, ni cápsula [...] miden de 0.2 a 0.6 μm de diámetro por 1.0 a 10.0 μm de longitud, [...] se consideran bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR) sobre su base tintorial. Rara vez se tiñen con la tinción de Gram; sin embargo, se les describe como Gram positivos débiles. (García et al., 2016, p. 92)

Entre todas las especies que presentan esta bacteria de tuberculosis las “más importantes son la humana, la bovina y la aviaria, de las cuales las dos primeras son patógenas para el hombre” (Morán y Lazo, 2001, p.32).

2.1.1.3 Cadena epidemiológica.

La cadena epidemiológica de la TB necesita cuatro elementos importantes: Primero un agente causal que produzca la enfermedad, esto son los bacilos del complejo *M. Tuberculosis* ellos son los siguientes: *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum* y *Mycobacterium microti*, donde *Mycobacterium tuberculosis* es la más importante ya que produce la mayoría de casos de enfermedad. Segundo un reservorio y fuente de infección donde se aloje el microorganismo; este es el hombre, solo cuando el hombre sano infectado pasa a ser enfermo es cuando se convierte en fuente de infección. Recordemos también que el ganado bovino es reservorio de *M. bovis* y los demás animales

sobre todo los domésticos, ellos podrán desarrollar la enfermedad, pero no posee la capacidad de contagiar. Tercero un mecanismo de transmisión, donde la vía aérea o respiratoria es la más importante respecto a *M. tuberculosis* pues las microgotas (donde se encuentran las bacterias) de la persona enferma al hablar, estornudar y en especial al toser estará diseminando las bacterias en el ambiente que al ser respiradas por un huésped susceptible llegará a sus alveolos pulmonares y en ese momento este se contagió. Existe otros mecanismos de transmisión menos frecuentes, es la vía digestiva al consumir ganado vacuno infectado por *M. bovis*, que luego infectara linfáticos a área intestinal y cuarto componente de la cadena epidemiológica es el huésped susceptible de enfermar, el cual puede ser cualquier persona sana, pero con mayor riesgo de enfermar incluso las personas con comorbilidades (Caminero, 2003).

De acuerdo con Kumar, Abbas, Fausto y Aster (2010) las comorbilidades importantes en tuberculosis son la “diabetes mellitus, linfoma de Hodgkin, enfermedad pulmonar crónica, sobre todo silicosis, insuficiencia renal crónica, malnutrición, alcoholismo e inmunosupresión” (p. 367). Dentro de la inmunosupresión mencionada por Kumar et al. (2010) está implícita la infección por VIH, que la menciona Caminero (2003) dentro de los “factores de riesgo para contraer enfermedad tuberculosa”(p.50).

Así en el Perú el 4.8% y 5.9% de todos los pacientes con TB tienen de enfermedad agregada al VIH y diabetes mellitus respectivamente, estos son datos respecto a estadísticas del año 2016 (DGIESP y Minsa, 2018).

2.1.1.4 Patogenia.

La patogenia según Caminero (2003) consta de una infección y de la enfermedad. La infección llamada también primoinfección tuberculosa es “el conjunto de fenómenos biológicos que tienen lugar cuando un individuo entra en contacto por primera vez con el bacilo tuberculoso” (p. 54). En este primer contacto la primera línea de defensa los

neutrófilos y luego los macrófagos a nivel alveolar tratan de contener a los bacilos, pero no lo logran, así las bacterias empiezan a proliferar (Caminero, 2003). Kumar et al. (2010) llama a este estadio tuberculosis latente y señalan que “en este estadio precoz de la tuberculosis da lugar a una bacteriemia y siembran en múltiples localizaciones y a pesar de ello la mayoría de los pacientes son asintomáticos o tiene una enfermedad leve de tipo gripal” (p.367). Después de cuatro a ocho semanas sucede la activación de la inmunidad específica mediados por linfocitos T y la reacción de hipersensibilidad, gracias a ellos se forman los granulomas y la necrosis en el mismo parénquima pulmonar invadido por bacilos, granulomas que retendrán a los bacilos en condiciones desfavorables, así estos dejan de multiplicarse. Luego estos granulomas se calcifican, con lo que la infección queda controlada (Caminero, 2003). “El residuo final de la infección primaria es una cicatriz calcificada en el parénquima pulmonar y en el ganglio linfático hiliar, conjunto denominado complejo de Ghon” (Morán y Lazo, 2001, p. 36).

El otro estadio de la patogenia es la enfermedad en sí, también denominada por Morán y Lazo (2001) como

secundaria reactivación ya que es el resultado de la reinfección exógena o de la reactivación de la infección primaria. Esto puede deberse a que la cepa del *Mycobacterium* sea particularmente virulenta o que el huésped sea especialmente susceptible. Los granulomas de la tuberculosis secundaria suelen localizarse en el vértice de los pulmones, aunque también pueden estar ampliamente diseminados en pulmón, meninges, médula ósea y otros órganos. Estos granulomas que no consiguen contener la expansión de la infección de la micobacteria, son la causa principal de la lesión tisular en la tuberculosis y reflejan una hipersensibilidad de tipo retardada. Dos rasgos característicos de la tuberculosis secundaria son la presencia de necrosis caseosa y de cavidades, que, al romperse en los vasos sanguíneos, extienden las micobacterias por todo el organismo, y

cuando se abren a las vías respiratorias liberan micobacterias infecciosas en aerosoles. (pp. 36-37)

Estadio cuya sintomatología precozmente se caracteriza por “malestar general, anorexia, pérdida de peso y fiebre. [...] sudoración nocturna” (Kumar et al., 2010, p. 369). Existe además una expectoración progresiva desde esputo de aspecto mucoide hasta aspecto purulento, algunos casos se acompañan de hemoptisis y otros síntomas dependiendo de la gravedad de la progresión de la enfermedad (Kumar et al., 2010).

En la patogenia Caminero (2003) señala “que el 90% de las personas tendrán controlados los bacilos en estado latente para toda la vida, por medio de sus defensas inmunes” (p. 57). Además el autor referido agrega que “Un 5% presentará TB primaria progresiva y el otro 5% presentará la enfermedad en estados tardíos de la vida, lo que se denomina TB de reactivación o post-primaria” (Caminero, 2003, p. 57).

2.1.1.5 Manifestaciones clínicas.

De acuerdo con Morán y Lazo (2001) los huéspedes con inmunocompetencia tienden a limitar la infección a los pulmones u otra región aislada, mientras que aquellos con defensas más débiles experimentan la variedad multifocal o diseminada. Del total de adultos sanos, cerca del 85 % padece la variedad parenquimatosa pulmonar, el 15 % la extrapulmonar y el 4 % la variedad intra y extratorácica simultánea. (p. 40)

La tuberculosis primaria o primoinfección es asintomática o desarrolla un leve proceso gripal (Kumar et al., 2010). Respecto a la tuberculosis secundaria o enfermedad tuberculosa aproximadamente “el 5 % de los casos restantes la infección inicial puede evolucionar de manera directa hacia la enfermedad (tuberculosis pulmonar) o tener localización extrapulmonar (renal, ósea, linfática, etc.), estas últimas formas son menos frecuentes” (Morán y Lazo ,2001, p. 40). “ Cualquiera sea su localización, la TB con frecuencia presenta

manifestaciones sistémicas independiente del órgano comprometido” (PARS y MPS, 2007, p. 40). Estas manifestaciones sistémicas al inicio son la fiebre, sudores nocturnos, malestar general, astenia, anorexia y pérdida de peso (PARS y MPS, 2007).

2.1.1.6 Tipos de tuberculosis.

2.1.1.6.1 Tuberculosis pulmonar.

La tuberculosis pulmonar representa aproximadamente del 80% al 85% de los casos totales de tuberculosis, es el tipo más importante por su característica de contagiosidad debido a su forma de transmisión. Si además de los síntomas sistémicos mencionados líneas arriba, se presenta una tos, seca al comienzo, luego tos con expectoración mucopurulenta y en algunas ocasiones hemoptisis o no y la tos persiste por más de 15 días, entonces la persona se convierte en un sintomático respiratorio (SR), allí la sospecha de un posible caso de tuberculosis pulmonar, para lo cual se realizará el diagnóstico respectivo, que más adelante se señalará (PARS y MPS, 2007).

2.1.1.6.2 Tuberculosis extrapulmonar.

La tuberculosis extrapulmonar representa del 15% al 20% de todas las formas de tuberculosis es menos frecuente y no tiene la contagiosidad como la forma pulmonar. Así (PARS y MPS, 2007) señala que los

órganos extrapulmonares se infectan inmediatamente después de la primoinfección, cuando los bacilos al pasar a los ganglios linfáticos y a la corriente sanguínea pueden localizarse en la parte superior de los pulmones, pleura, meninges, diáfisis de huesos largos y ganglios, pero, en general, ningún órgano es indemne a esta siembra precoz. Luego, muchos años después, esos bacilos contenidos por las defensas intrínsecas del huésped, por razones no completamente aclaradas, presentan un proceso de reactivación en uno o en varios de esos órganos. (p.45)

Entre las diferentes formas extrapulmonares se encuentran las siguientes:

1. Tuberculosis pleural es la tuberculosis extrapulmonar más común, afecta a la pleura y su sintomatología es variable, presenta desde fiebre, dolor, o un cuadro tórpido crónico de astenia, pérdida de peso y en ocasiones disnea ello debido al desarrollo de un derrame pleural y del tamaño de este (PARS y MPS, 2007).
2. Tuberculosis ganglionar es la tuberculosis que afecta a los ganglios linfáticos, cuyo cuadro clínico se caracteriza por ser “indolente, de evolución crónica, con adenopatías con frecuencia localizadas en las cadenas lateral y posterior del cuello, con masas que pueden conglomerarse, de aspecto inflamatorio y fístulas que cierran y abren, alternativamente” (PARS y MPS, 2007, p. 47).
3. Tuberculosis genitourinaria la cual es caracterizada por “disuria, hematuria (...) tiene presentación indolente es de diagnóstico tardío y por ello puede convertirse en una forma grave de tuberculosis” (PARS y MPS, 2007, p. 48).
4. Tuberculosis osteoarticular es la tuberculosis que abarca el 10% de las tuberculosis extrapulmonares y 50% de ellas sucede en las vértebras, en este caso denominada enfermedad de Pott, en los jóvenes afecta mayormente las primeras vértebras dorsales, y en los adultos en las últimas torácicas y primeras lumbares, cuando afecta las vértebras causa dolor local y limitación en la locomoción (PARS y MPS, 2007).
5. Tuberculosis en el Sistema nervioso central , esta tuberculosis se presenta bajo la forma de meningitis y tuberculoma donde

la forma meníngea puede resultar de la siembra postprimaria en las meninges o de una ruptura de un foco cerebral al espacio subaracnoideo (...) Por lo general el proceso se localiza en la base del cerebro con cefalea, confusión, rigidez de la nuca, compromiso del nervio óptico, convulsiones y coma (...). (PARS y MPS, 2007, p. 49).

Respecto al tuberculoma este sucede “cuando el tubérculo cerebral se rodea de una cápsula y, por tanto, desarrolla un cuadro clínico de masa ocupando espacio más que un proceso inflamatorio” (PARS y MPS, 2007, p. 49). Las manifestaciones clínicas en casos de tuberculoma son las convulsiones, otros solo presentan síntomas de hipertensión endocraneana (PARS y MPS, 2007).

6. Tuberculosis abdominal es el tipo de tuberculosis que afecta con más frecuencia el peritoneo [...] el compromiso peritoneal con dolor abdominal crónico, posterior ascitis que puede ser libre o tabicada [...]. Síndrome crónico que presenta períodos de diarreas que alternan con constipación y aún obstrucción intestinal. (PARS y MPS, 2007, p. 50)
7. Tuberculosis pericárdica, donde este tipo de tuberculosis es menor del 10% de las tuberculosis extrapulmonares y sucede por continuidad de órganos vecinos como la pleura, los pulmones o los ganglios (PARS y MPS, 2007). Cuya manifestaciones clínicas se debe al compromiso del músculo cardíaco, así “el cuadro clínico con derrame mostrará dolor y disnea y, ocasionalmente, signos de taponamiento cardíaco” (PARS y MPS, 2007, p. 50).
8. Tuberculosis hematógena, esta forma de tuberculosis sucede generalmente en infantes (TB primaria masiva progresiva), o en ancianos y adultos debilitados (VIH) por reactivación de un foco latente en cualquier órgano, que al romperse a un vaso sanguíneo sembrará muchos otros, pero especialmente el pulmón en la forma llamada “miliar” [...], al evidenciar tuberculosis en un órgano, no hay mayor interés en buscarla en otros, ya que el tratamiento es el mismo. Debido al compromiso multisistémico, las manifestaciones clínicas son proteiformes, dependiendo del órgano más comprometido y de las condiciones generales del paciente; los síntomas pueden

ser larvados con solo fiebre prolongada, o catastróficos con fiebre, disnea, sepsis, meningitis y el síndrome de insuficiencia respiratoria aguda. (PARS y MPS, 2007, p. 51)

2.1.1.7 Diagnóstico de tuberculosis.

El diagnóstico de este problema de salud pública debe de hacerse de forma precoz y segura ya que depende ello el inicio del tratamiento. De acuerdo con (García et al., 2016) refieren que

generalmente el diagnóstico de tuberculosis se basa en la historia clínica, la sintomatología, prueba de la tuberculina, radiografía de tórax, baciloscopía y cultivo del agente causal. Sin embargo, su sensibilidad y especificidad son bajas o se carece de ambas, lo cual dificulta el diagnóstico de tuberculosis. (p. 95) Esto “sobre todo cuando se está ante un paciente pediátrico paucibacilar, asintomático o un paciente con tuberculosis en estado de latencia” (García et al., 2016, p. 95). En los últimos años se han avanzado estudios respecto a su diagnóstico, de ese modo la tuberculosis puede diagnosticarse sea esta una infección (tuberculosis latente o primoinfección) o la misma enfermedad (tuberculosis secundaria) o sea cuando esta ha desarrollado la sintomatología florida conocida por el común denominador (Caminero, 2015).

2.1.1.7.1 Diagnóstico de infección o primoinfección tuberculosa.

Para este diagnóstico hay dos métodos: la prueba de tuberculina y la liberación de interferón-gamma (interferón- γ release assays o IGRA) (Caminero, 2015).

Primero: la prueba de tuberculina (PT) denominada PPD (purified protein derivative) o Mantoux, “pone de manifiesto un estado de hipersensibilidad del organismo frente a las proteínas del bacilo tuberculoso que se adquiere, la mayoría de las veces, después de una infección por *M. tuberculosis*, aunque también puede ser ocasionado por vacunación BCG o infección por micobacterias ambientales” (Caminero, 2015, p. 2). Se inyecta 0,1 cc de la

prueba de tuberculina en la dermis de la cara anterior o posterior del antebrazo, puede realizarse en otra zona cutánea (Caminero, 2003). La tuberculina da lugar a

una reacción inflamatoria con una importante infiltración celular de la dermis que produce una induración visible y palpable en la zona, pudiéndose acompañar de edema, eritema y, en raras ocasiones, vesiculación, necrosis y linfadenitis regional. La positividad aparece entre 2 y 12 semanas después de la infección (...). El resultado se expresa a las 48 o 72 horas de la inoculación; en milímetros de induración y un diámetro ≥ 5 mm se considera positivo. La PT debe limitarse a los niños e inmunodeficientes con sospecha de enfermedad TB, así como para el diagnóstico de infección en sujetos inmunodeprimidos, convivientes íntimos de enfermos con TB y personal sanitario para detectar a los convertidores recientes. (Caminero, 2015, p. 2)

Segundo: la IGRA que hoy en día es más utilizada en otros países, utilizan como medio la prueba de ELISA que medirá el interferón gamma liberado en la sangre del sujeto a estudio en el momento de ser expuesto a antígenos específicos de *Mycobacterium tuberculosis* (Caminero, 2015). Si en el suceso mencionado

el suero pertenece a un paciente previamente infectado por *M. tuberculosis*, los linfocitos T de memoria responden a esta estimulación antigénica y liberan interferón gamma (...). Si el resultado es superior a 0,35 se considera positivo, y si es inferior se considera negativo. (Caminero, 2015, p. 2)

Así, “en pacientes en los que interese mucho descartar infección tuberculosa, se debe realizar primero una de estas pruebas (PT o IGRA) y si es negativa recurrir a la otra. Si cualquiera de estas dos pruebas es positiva se acepta el diagnóstico” (Caminero, 2015, p. 2).

2.1.1.7.2 *Diagnóstico de la enfermedad tuberculosis*

El diagnóstico de la TB sigue recayendo en la sospecha clínica, la radiología y las pruebas microbiológicas, en los últimos años, sucedió sobre todo la aparición de técnicas moleculares

rápidas. Frente a la sospecha clínica, debemos tener en cuenta la poca especificidad de los síntomas y signos de TB, ya que son parecidas a otras enfermedades respiratorias (Caminero, 2015). Así el diagnóstico de la TB se debe acompañar de un conjunto de exámenes auxiliares frente a la sospecha clínica (Caminero, 2003). Exámenes auxiliares que a continuación se señalan:

1. Radiografía de tórax, la radiografía como primer instrumento

a pesar de ser una técnica muy sensible, la radiografía simple no es tan específica y no hay ningún signo radiológico patognomónico de TB. Por lo tanto, aunque existan lesiones radiológicas altamente sugestivas de TB en un contexto clínico y epidemiológico favorable, nunca se debe admitir el diagnóstico de la enfermedad solo por los datos radiológicos (...) dada su sensibilidad, la radiología de tórax sigue siendo una buena técnica para descartar TB, de forma que si un paciente inmunocompetente tiene una radiografía normal, es prácticamente seguro que no tendrá una TB pulmonar. (Caminero, 2015, p. 3)

2. Diagnóstico microbiológico, este método diagnóstico de acuerdo con Caminero (2015) señala que

el único diagnóstico de certeza de TB es el aislamiento de *M. tuberculosis* en una muestra del enfermo, bien por cultivo o por una técnica molecular. Por ello, se deben realizar todos los esfuerzos posibles para poder obtener muestras válidas que sean analizadas para baciloscopía, cultivo y técnicas moleculares. De esta forma, el diagnóstico microbiológico de la TB comprende cuatro etapas sucesivas. (p. 3)

A continuación se mencionan las cuatro etapas de este diagnóstico microbiológico:

2.1 La baciloscopía, que es el método diagnóstico de inicio ante la sospecha de tuberculosis y consiste en la visión al microscopio de “la muestra de esputo y de otras muestras extrapulmonares debe ser procesada por el método de Ziehl-Neelsen, siguiendo el protocolo del INS” (Minsa, 2014, p. 41). En esta etapa el Establecimiento de salud solicita al sintomático respiratorio que deje muestras de esputo (flema de por lo menos 5ml), el primer frasco el día que acude al Centro de salud, el segundo frasco al día siguiente y el último frasco antes de retirarse del Centro de salud cuando entrega el segundo frasco. En caso de riesgo de no acudir por segunda vez, se tomaran las dos últimas muestras el mismo día con un intervalo de 30 minutos (Minsa, 2014).

De acuerdo con Caminero (2015) este método diagnóstico respecto a la sensibilidad de la baciloscopía es variable (...) la especificidad oscila entre el 96-99%. Sin embargo, la ácido-alcohol resistencia que detecta la baciloscopía es una propiedad común a todas las especies del género *Mycobacterium* (no solo de *M. tuberculosis*), por lo que el diagnóstico definitivo se debe confirmar mediante cultivo o técnicas moleculares. (p.3)

2.2 Detección de *Mycobacterium tuberculosis* por técnicas moleculares, estas pruebas se han desarrollado en el último quinquenio, entre las pruebas más destacadas se halla la prueba GeneXpert que es una reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real, la cual demora aproximadamente dos horas, cuya propiedad importante es detectar el ADN de la bacteria de tuberculosis (Caminero, 2015). Respecto a la sensibilidad y especificidad de esta prueba se sabe lo siguiente la sensibilidad global de la prueba es cercana al 90%, siendo del 98% en pacientes con baciloscopía positiva, y de alrededor del 70% en aquellos con baciloscopía negativa (...). La especificidad global es del 99%; esta cifra en

comparación con el patrón oro del cultivo (...) La OMS ha recomendado recientemente que GeneXpert se utilice como prueba diagnóstica inicial (antes que la baciloscopía) en pacientes VIH con sospecha de TB, o cuando se sospecha resistencia a la rifampicina o TB-MFR. La prueba también se ha mostrado eficaz en el diagnóstico de la TB en niños y en formas extrapulmonares. (Caminero, 2015, p. 3)

2.3 Cultivo de *Mycobacterium tuberculosis*, es el diagnóstico gold estándar, ya que es muy sensible dentro de todas las técnicas microbiológicas, el inconveniente de la técnica es que los bacilos cultivados demoran en crecer hasta ocho semanas lo cual es contraproducente al momento de tomar decisiones terapéuticas para tratamiento de la enfermedad (Caminero, 2015).

2.4 Antibiograma, en este otro método microbiológico Caminero (2015) señala que en todos los casos de TB se debe realizar un estudio de sensibilidad in vitro a los fármacos antituberculosos (antibiograma), o bien detectar esta posible resistencia por técnicas moleculares (...). Las pruebas de susceptibilidad pueden ser fenotípicas o genotípicas. Las primeras tienen el inconveniente de que es necesario que *M. tuberculosis* crezca en los medios de cultivo utilizados, por lo que se demoran varias semanas. Sin embargo, las pruebas moleculares pueden aportar un resultado en 24-48 horas, al detectar, por técnicas de amplificación genética, las mutaciones genéticas del bacilo que producen la resistencia a los fármacos anti-TB. Entre estas técnicas destaca la ya comentada GeneXpert, que puede detectar resistencia a la rifampicina en 2 horas, y el GenoType o ensayo de prueba en línea (*Line Probe Assay* [LPA]), que puede detectar resistencia a isoniazida y rifampicina en 48 horas. Ambas técnicas pueden realizarse sobre muestra directa. (p. 4)

En el diagnóstico de Tuberculosis extrapulmonar PARS y MPS (2007) señala que “se debe resaltar que se requerirá de la toma de muestras de secreciones, líquidos corporales o biopsia de los tejidos” (p. 48), los cuales se utilizarán en los métodos diagnósticos ya mencionados según sea la forma de tuberculosis.

Si a pesar de haber realizado todo el proceso de diagnóstico mencionado, no se halla el agente bacteriológico, entonces de acuerdo a la investigación de (Caminero,2015) para aceptar un caso de tuberculosis debe tener al menos uno de los siguientes estipulados:

Primero; baciloscopía y/o cultivo positivo de la muestra estudiada, segundo; técnica molecular que detecte *M. tuberculosis*, Tercero; biopsia con granulomas y necrosis caseosa, Cuarto; cuadro clínico y radiología compatibles en enfermos en los que los estudios previos son negativos y se han descartado otros posibles diagnósticos.

2.1.1.8 Tratamiento de la tuberculosis.

El tratamiento de la Tuberculosis se presenta bajo dos formas, el primero es el tratamiento inicial de tuberculosis o TB sensible y el segundo es el tratamiento de tuberculosis con resistencia a fármacos o TB resistente a medicamentos (Caminero, 2015).

La investigación de Caminero (2015) sobre el tratamiento sobre tuberculosis señala que lo más importante

para asegurar al máximo la posibilidad de curación sin recaídas, todo tratamiento debería asociar al menos 4 fármacos no utilizados previamente. Al menos 2 de ellos deberían ser fármacos «esenciales», uno con buena actividad bactericida (capacidad de matar a los bacilos en replicación activa, que son los que provocan los síntomas y la muerte del paciente) y otro con buena capacidad esterilizante (capacidad de matar a los bacilos en fases latentes, productores de las recaídas) (...) Es importante destacar que si un fármaco «esencial» no se puede usar por resistencia o toxicidad, debe ser reemplazado por otro con una acción similar (bactericida o esterilizante). (p. 4)

Para la selección de los 4 fármacos que deben formar parte del tratamiento de la TB, se ha aceptado clasificarlos en 5 grupos diferentes detallado en la siguiente tabla:

Tabla 1

Clasificación de medicamentos antituberculosos

| Grupos | Medicamentos |
|---|--|
| Grupo 1: Agentes de primera línea | Isoniacida (H), rifampicina (R), etambutol (E), pirazinamida (Z), rifabutin (Rfb), estreptomycin (S). |
| Grupo 2: Agentes inyectables de segunda línea | Kanamycin (Km), amikacin (Am), capreomycin (Cm) |
| Grupo 3: Fluoroquinolonas | levofloxacin (Lfx), moxifloxacin (Mfx). |
| Grupo 4: Agentes de segunda línea bacteriostáticos orales | etionamida (Eto), cicloserina (Cs), ácido para-amino salicílico (PAS). |
| Grupo 5: Agentes con evidencia limitada | clofazimina (Cfz), linezolid (Lzd), amoxicilina/clavulánico (Amx/Clv), meropenem (Mpm), imipenem/cilastatina (Ipm/Cln), dosis altas de isoniacida, claritromicina (Clr), tioridazina (Tio) |

Fuente: Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por Tuberculosis.

1. Tratamiento inicial de tuberculosis. - en la investigación sobre el tratamiento inicial de la tuberculosis Caminero (2015) refiere que

una TB inicial que se presume sensible a todos los fármacos debería recibir los 4 medicamentos del Grupo 1; es decir, isoniazida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) y etambutol (E). Los dos primeros (H y R) a lo largo de los 6 meses de tratamiento; y los dos segundos (Z y E) solo durante los 2 primeros meses o hasta que se negativicen las baciloscopías. En situaciones muy favorables, sin resistencia a H + R y cuando el test de susceptibilidad esté disponible antes de 3 semanas, puede no utilizarse etambutol y administrar solo H + R + Z desde el inicio. Si el test de susceptibilidad evidencia sensibilidad a H + R, al final del segundo mes se puede suspender Z + E, y seguir solo con H + R hasta completar 6 meses de tratamiento. (p.5)

El autor también menciona que durante el tratamiento de tuberculosis

la medicación se debe tomar por la mañana, en ayunas. La falta de cumplimiento o, lo que es peor, un incumplimiento irregular, compromete la curación y es la forma más habitual de inducir resistencias microbiológicas. La pauta referida se mantiene igual en niños, embarazadas, periodos de lactancia, enfermos VIH y tuberculosis extrapulmonar, aunque en los infectados por VIH y en algunas formas de TB extrapulmonar (meníngea, diseminada) se puede valorar prolongarla hasta 9-12 meses. (Caminero, 2015, p. 5)

2. Tratamiento de la TB con resistencia a fármacos. - sobre la tuberculosis resistente a fármacos Caminero (2015) señala

la TB con resistencia a fármacos, especialmente aquella en la que existe resistencia a la rifampicina, se ha convertido en el principal reto (...). Por ello, los casos de TB en que no se puede utilizar este fármaco, bien por resistencia o intolerancia, son más difíciles de curar, requieren tratamientos más prolongados (al menos 18 meses) y tienen un peor pronóstico. (Caminero, 2015, p. 6)

Además en la tuberculosis farmacorresistente el autor señala que

incluir la isoniazida en la definición de TB-MFR (resistencia al menos a H + R) influye poco en el esquema terapéutico final, su duración y pronóstico (...). Del resto de los fármacos con acción frente a *M. tuberculosis*, destacan las nuevas FQ, incluidas en el grupo 2. Marcan claramente el pronóstico en la TB extensamente farmacorresistente (TB-XFR), definida como aquellos casos de TB-MFR en que, además, hay resistencia añadida a alguna FQ y al menos a uno de los 3 fármacos inyectables de segunda línea disponibles. (Caminero, 2015, p. 6)

Así todas las forma de tuberculosis farmacorresistente, ya sea TB-MFR o la TB-XFR es un gran desafío en la última década y en las indicaciones de tratamiento al igual que la tuberculosis drogossensible de debe reunir cuatro fármacos nuevos o fármacos que tengan alta probabilidad de ser susceptibles, cuyo tiempo de tratamiento será mínimo de 21 a 24 meses (Caminero, 2015, p. 6). En los pacientes con “TB-MFR se les debería dar una FQ (altas dosis de levofloxacino o moxifloxacino), un inyectable de segunda línea (capreomicina o amikacina en el caso de España) y otros dos fármacos acompañantes, preferiblemente protionamida y cicloserina” lo menciona en su investigación (Caminero, 2015, p. 6)

3. Tratamiento de la infección tuberculosa (quimioprofilaxis) .-respecto a la quimioprofilaxis Caminero (2015) señala que

la quimioprofilaxis antituberculosa es la quimioterapia específica empleada con finalidad preventiva para evitar el desarrollo de la enfermedad en un sujeto sano infectado con riesgo de padecer TB. Su beneficio se ha comprobado que persiste hasta 20 años en pacientes inmunocompetentes, aunque presumiblemente dure toda la vida (...) La quimioprofilaxis habitualmente se realiza con una toma matutina, en ayunas, de isoniazida durante 9 meses, utilizando la misma posología que para el tratamiento de la enfermedad. (Caminero, 2015, p. 7)

En el tratamiento preventivo de la quimioprofilaxis en algunos países tienen discrepancias respecto en las indicaciones para recibirla, así

solo hay cuatro colectivos en los que la indicación de quimioprofilaxis es universal: los doblemente infectados por M. tuberculosis y VIH, los infectados recientes sobre todo niños, los portadores de lesiones radiológicas sugestivas

de TB residual no tratada en el pasado, y los infectados por M. Tuberculosis que van a recibir tratamientos biológicos o en los que se prevé una inmunodepresión intensa. (Caminero, 2015, p. 7)

En el Perú el Ministerio de Salud del Perú y la Dirección General de Salud de las Personas ([Minsa y DGSP], 2018) en la Norma Técnica de Salud para la atención integral de la persona con tuberculosis señala que

toda persona afectada por tuberculosis debe recibir atención integral en el EESS durante todo su tratamiento que incluye: atención médica, atención por enfermería, asistencia social, psicología, salud sexual y reproductiva, evaluación nutricional y exámenes auxiliares basales según corresponda para el monitoreo en el tratamiento TB sensible y TB resistente. (p. 4)

A continuación, sobre los esquemas de tratamiento de tuberculosis según la Norma técnica del Perú, se detalla que

la administración de los esquemas de tratamiento antituberculosis es responsabilidad del personal de salud y es de lunes a sábado, incluido feriados. El esquema de tratamiento inicial prescrito por el médico tratante, debe ser ratificado o modificado de acuerdo a los resultados de las Pruebas de Sensibilidad (PS) rápidas, dentro de los siete (07) días calendario posteriores a su publicación en el sistema de información electrónico de laboratorio del Instituto Nacional de Salud — Netlab. Los esquemas de tratamiento antituberculosis se establecen de acuerdo al perfil de sensibilidad por PS rápida, según el siguiente flujograma de decisiones terapéuticas. (Minsa y DGSP, 2018, p. 4)

El tratamiento por infección tuberculosa o tuberculosis latente en el Perú se denomina terapia preventiva con isoniacida (TPI), este tratamiento es importante en los estudios de contactos de los pacientes con tuberculosis activa, TPI que debe indicarse en los siguientes casos

primero: Menores de 5 años que son contactos de caso índice con TB pulmonar, independientemente del resultado del frotis de esputo del caso índice y del resultado del PPD del menor. Segundo: Personas entre 5 y 19 años con PPD igual o mayor a 10 mm y que son contactos de caso índice con TB pulmonar. Tercero: Personas con diagnóstico de infección por VIH independiente del resultado del PPD. Cuarto: Conversión reciente (menos de 2 años) del PPD en personal de salud que atienden a personas que viven en centros de reclusión. Quinto: El médico tratante debe valorar individualmente la indicación de TPI en las personas con diagnóstico de TB latente que pertenezcan a los siguientes grupos de riesgo: personas con insuficiencia renal crónica, neoplasias de cabeza y cuello, enfermedades hematológicas malignas, terapias prolongadas con corticoides o inmunosupresores, silicosis, diabetes mellitus, gastrectomizados, candidatos a trasplante y personas con imagen de fibrosis residual apical en la radiografía de tórax quienes nunca recibieron tratamiento para TB. (Minsa y DGSP, 2014,p. 38)

2.1.1.9 Adherencia al tratamiento.

2.1.1.9.1 Definición.

Para hablar de adherencia al tratamiento o adherencia terapéutica se han utilizado diferentes conceptos, así los ingleses utilizan más las palabras cumplimiento, adherencia y otros términos como alianza terapéutica, observancia, adhesión. Otros autores han propuesto definiciones similares sobre la misma palabra adherencia (Martín, 2004).

Autores como Rodríguez (1995) citado por Cadena (2011) explica que la adherencia terapéutica implica una diversidad de conductas, por lo que ha sido considerada como un fenómeno múltiple y complejo. Al constituir una conducta de salud para su explicación se ha partido de los modelos de comportamientos de salud. Especialmente el modelo de creencias de salud ha sido el más utilizado y considerado adecuado para predecir el cumplimiento con

la medicación, porque tienen en cuenta la motivación por la salud, la vulnerabilidad y gravedad percibida, la valoración diferencial de costos-beneficios y las claves para la acción (Rodríguez, 1995, citado en Cadena, 2011).

La Organización Mundial de la Salud en el año 2001 en la Reunión sobre Adherencia Terapéutica señaló que definir a la adherencia como seguir instrucciones médicas, puede servir como guía en el inicio de la definición, el inconveniente de esta definición es que limita al paciente a ser un receptor pasivo, al hecho de solo recibir un tratamiento (WHO, 2001). Así la OMS para el año 2004 definió la adherencia terapéutica, a partir de la unión de definiciones de Haynes y Rand como “el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (OMS, 2004, p.9). Actualmente es la definición rectora respecto al tema de adherencia al tratamiento.

2.1.1.9.2 Medición de la Adherencia terapéutica.

La OMS señala que la medición y la evaluación de la adherencia terapéutica es importante y necesaria realizarla ya que permite crear y planificar tratamientos efectivos, eficientes y de calidad que permitan mejorar los estados de salud. Además indica que no existe un instrumento óptimo o “patrón de oro” para medir la adherencia terapéutica, sin embargo en la bibliografía existe estrategias de medición o instrumentos que cuentan con validez y fiabilidad aceptable que permiten obtener resultados en su medición (OMS, 2004).

De acuerdo con (López, Romero, Parra y Rojas, 2015) “los métodos utilizados para medir la adherencia se clasifican en directos e indirectos” (p.118). Que a continuación se detalla:

1. Métodos directos, por lo general son objetivos y específicos, pero son caros y necesitan de un centro, sea este un laboratorio u otra instalación parecida (Peralta y Carbajal, 2008). Además respecto al tratamiento “proporcionan los mayores

porcentajes de incumplimiento” (López et al., 2015, p. 120). Entre los métodos directos se encuentran “la terapia directamente observada, la medición del nivel del medicamento o su metabolito en sangre y la medición del marcador biológico en sangre” (Osterberg y Blaschke, 2005, p. 489).

2. Métodos indirectos, estos se caracterizan por ser baratos, sencillos y prácticos, sin embargo no evalúan de manera objetiva la adherencia, ya que los informantes tienden a el cumplimiento sobrestimar (López et al., 2015). Los instrumentos de adherencia terapéutica de estos métodos son

los cuestionarios para pacientes, autoinformes de pacientes, recuento de pastillas, tasas de recarga del medicamento, evaluación de la respuesta clínica del paciente, monitoreo electrónico de la medicación (MEMS), medición de marcadores fisiológicos (por ejemplo, frecuencia cardíaca en pacientes que toman bloqueadores beta), diario de los pacientes, cuestionario para cuidador o tutores en caso de niños.(Osterberg y Blaschke, 2005,p. 489)

Además la misma investigación de (López et al., 2015) señala que de estos métodos indirectos los más empleados

para medir la adherencia son el auto-reporte, los datos de las reposiciones de farmacia, el test de Morisky-Green, el MEMS, la observación directa, el recuento de pastillas y los cuestionarios específicos de la enfermedad y cumplimiento de citas, todos estos con ventajas y desventajas a la hora de su uso. (p. 120)

Dentro de los cuestionarios referidos a los métodos indirectos la presente investigación examinó acerca del Cuestionario Martín Bayarre Grau, que de manera abreviada es llamado “cuestionario MBG” (Martín, Bayarre y Grau, 2008).

Que a continuación se señala:

-Cuestionario Martin Bayarre Grau.- este cuestionario fue elaborado y validado por un estudio cubano en el año 2008 para evaluar la adherencia al tratamiento de hipertensión arterial, la característica de evaluación de este cuestionario es establecer niveles de adherencia. Estos niveles de adherencia son tres: adherencia total, adherencia parcial y no adherencia. El cuestionario consta de datos generales y de 12 ítems o preguntas implicadas en la adherencia al tratamiento, cada pregunta con sus alternativas de respuestas y puntuación respectiva. Así los adheridos totales podrán obtener de 38 a 48 puntos, adheridos parciales de 18 a 37 puntos y no adheridos los que obtienen entre 0 y 17. Dentro del cuestionario MBG a través de los ítems se evalúan tres categorías, llamados también componentes o indicadores importantes de la adherencia terapéutica estos son: la categoría implicación personal; referida a como se involucra y compromete el paciente en su tratamiento, esto lo evalúa los ítems 5, 6, 8, 9 y 10. Segundo, la categoría relación transaccional; referido a la relación que se establece entre el médico y paciente, lo evalúa los ítems 7,11 y 12. Tercero la categoría cumplimiento del tratamiento; referido al cumplimiento de las indicaciones médicas, ello lo evalúa los ítems: 1, 2, 3 y 4. Así este instrumento de condiciones y criterios validos como lo mencionan sus autores justifica su uso y aplicación en el terreno investigativo y la práctica médica (Martín, Bayarre y Grau, 2008).

2.1.1.9.3 Adherencia al tratamiento de tuberculosis.

Así la OMS en su informe de Adherencia a los tratamientos a largo plazo señala que puede definirse la adherencia al tratamiento de tuberculosis “como el grado en que los antecedentes del paciente sobre toma del medicamento terapéutico coinciden con el tratamiento prescrito” (2004, p.163). Además el documento mencionado refiere “El punto que separa la “adherencia” de la “no adherencia” se definiría como en la historia natural de la enfermedad,

que sea probable el resultado terapéutico deseado (adherencia) o improbable (no adherencia)” (OMS, 2004, p. 164).

Como se ha expuesto en líneas anteriores el tratamiento contra la tuberculosis es un tratamiento de varios meses. El tratamiento será efectivo, es decir llevará a la curación del paciente, si este es constante en el cumplimiento del mismo, sino de lo contrario como lo menciona Caminero (2015) “la falta de cumplimiento o, lo que es peor, un cumplimiento irregular, compromete la curación y es la forma más habitual de inducir resistencias microbiológicas” (p. 3). Frente a este problema, la Organización Mundial de la Salud ha recomendado estrategias, pero la estrategia más importante que se implementó a inicios de la última década del siglo pasado fue la estrategia TAES (tratamiento acortado estrictamente supervisado) o llamado DOTS por sus siglas en inglés, mediante la cual todos los pacientes son observados por el personal de salud encargado mientras toman sus medicamentos en las instalaciones del Centro de atención de Salud, lo cual ha contribuido sobre la vigilancia de casos de TB (Martínez, 2004).

Por otro lado en referencia a tuberculosis la OMS ha señalado que los regímenes terapéuticos instaurados “han demostrado ser sumamente efectivos para prevenir y tratar la tuberculosis, pero la adherencia deficiente a la medicación antituberculosa es una barrera principal para su control mundial” (OMS, 2004, p.163).

Frente a esto los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CCPE) en su estudio de Manejo de pacientes con tuberculosis y mejora de la adherencia al tratamiento señala que “Cada paciente es único y hay diversos motivos por los que probablemente no pueda o no quiera completar el tratamiento de la tuberculosis” (CCPE, 2014, p. 25).

Así, de acuerdo con la OMS la adherencia al tratamiento de tuberculosis está asociado a factores que relacionan “las características del paciente, la relación entre el prestador de

asistencia sanitaria y el paciente, el régimen de tratamiento y el entorno de atención de salud” (OMS, 2004, p.164).

Estos factores fueron estudiados por OMS en el año 2004 y señaló en el documento Adherencia al tratamiento a largo plazo, que los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de tuberculosis pueden clasificarse en los siguientes grupos: primero; los factores económicos y estructurales, factor que hace referencia a la situación económica del paciente, en la mayoría de los casos los afectados son los más pobres. Segundo; los factores relacionados con el paciente, estos son la edad, sexo, conocimiento sobre la enfermedad, comorbilidades y creencias culturales. Tercero; es el factor complejidad del régimen, ello en referencia a la cantidad de medicamentos y duración del tratamiento con su respectiva indicación esto depende del tipo de tuberculosis, además de tener en cuenta los efectos adversos de las medicinas. Cuarto; las relaciones de apoyo entre el prestador de servicios de salud y el paciente, este factor es importante ya que la relación empática entre el paciente y el prestador de servicio de salud puede determinar la adherencia al tratamiento. Quinto; el modelo de la prestación de atención de salud, este factor hace referencia al centro de prestación médica, ya que los programas apoyo con los que cuenta y los horarios de atención deberán facilitar la adherencia al tratamiento (OMS, 2004).

Factores que serán tomados en cuenta cuando se realice alguna evaluación de la adherencia al tratamiento de tuberculosis, ya que son las principales barreras frente al tratamiento, de esa manera conducir a los pacientes a la curación y por ende disminuirán los casos de tuberculosis que son el actual problema de salud pública.

3) MÉTODO

3.1 Tipo de Estudio

El presente trabajo de investigación es un estudio de diseño descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, de enfoque cuantitativo e investigación aplicada. Este estudio es descriptivo y transversal, ya que permite indagar, describir los diferentes valores que manifiestan una o más variables, las cuales fueron estudiadas en un solo tiempo (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Además es retrospectivo porque de acuerdo a como sucedieron los hechos, estos “se indaga sobre hechos ocurridos en el pasado” (Müggenburg y Pérez, 2007, p. 36). El estudio es de enfoque cuantitativo ya que se recolectó datos “con base en la medición numérica y el análisis estadístico” (Hernández et al., 2006, p.15) y la investigación es aplicada ya que los resultados obtenidos podrán sugerir la creación de estrategias para solucionar el problema de investigación (Müggenburg y Pérez, 2007).

3.2 Ámbito Temporal y Espacial

El estudio de investigación se realizó en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT) del Centro de Salud Conde de la Vega Baja, que se encuentra en el Cercado de Lima y es un establecimiento de primer nivel de atención (I-3) correspondiente a la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Centro (Diris- Lima Centro).

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT) está bajo la responsabilidad del equipo de salud conformado por un Médico General, una Licenciada en enfermería y una Técnica de enfermería, que labora en los horarios de atención de lunes a viernes de 08:00 a 16:00 horas. y los sábados de 08:00 a 14:00 horas.

3.3 Variables

VARIABLES DE INVESTIGACIÓN:

1. Adherencia al tratamiento: tiene tres categorías o indicadores
 - 1.1 Implicación personal
 - 1.2 Relacional
 - 1.3 Comportamental.
2. Sexo, grupo étnico y comorbilidades.

Operacionalización de variable ver en anexo A

3.4 Población y muestra

3.4.1 Población.

La población de estudio estuvo conformada por los pacientes registrados en el libro de Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT) del Centro de Salud Conde de la Vega Baja del Cercado de Lima durante el primer semestre del año 2018, este tiempo según lo planteado por la presente investigación.

3.4.2 Muestra.

Para ello se realizó el muestreo no probabilístico, en tal sentido la muestra estuvo constituida por los pacientes inscritos en el primer semestre del año 2018, que cumplieron siempre los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

1. Criterios de Inclusión:
 - 1.1 Pacientes con diagnóstico de Tuberculosis drogossensible.
 - 1.2 Pacientes que tengan una edad mayor o igual 15 años.
 - 1.3 Pacientes que hayan firmado el consentimiento informado de participación del presente estudio de investigación y si es menor de edad contar con la aceptación y presencia de su apoderado.

2. Criterios es Exclusión:

2.1 Pacientes con trastornos mentales.

En total fueron 30 pacientes los que formaron la muestra de estudio.

3.5 Instrumento.

Se utilizó el Cuestionario MBG adaptado y validado para pacientes con tuberculosis de los autores Lozano y Aranda. Cuestionario que consta de tres ítems (ver anexo B):

1. Ítem I: Consentimiento informado.
2. Ítem II: Llenado de la ficha clínica, con cuatro datos del paciente sexo, edad, grupo etario y comorbilidad.
3. Ítem III: El instrumento propiamente dicho del Cuestionario MBG (Martin Bayarre Grau) para la Evaluación de la Adherencia al Tratamiento (Martín, Bayarre y Grau, 2008). El cuestionario consta de 12 preguntas, cuyas opciones de respuestas son: Siempre, Casi siempre, Casi nunca, Nunca, el resultado del cuestionario considera tres niveles de adherencia: total, parcial y no adherencia. A partir de la puntuación del paciente en el cuestionario: la adherencia total es si obtiene puntaje entre 34 y 48 puntos; adherencia parcial si obtiene puntaje entre 33 y 18, y no adherido si obtuviera 17 o menos puntos (Lozano y Aranda, 2017).

Se consideró tres categorías que también pueden considerárseles componentes o indicadores que evalúan a partir de preguntas que integran el Cuestionario MBG. Estos son:

- 1) La categoría cumplimiento del tratamiento: ello lo evalúa los ítems: 1, 2, 3 y 4 (Martín et al., 2008).
- 2) La categoría implicación personal: referida a como se involucra y compromete el paciente en su tratamiento, esto lo evalúa los ítems 5, 6, 8, 9 y 10 (Martín et al., 2008).

- 3) La categoría relación transaccional: referida a la relación que se establece entre el médico y paciente, lo evalúa los ítems 7,11 y 12 (Martín et al., 2008).

3.6 Procedimientos

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se utilizó como técnica la encuesta, a través del cuestionario mencionado. Primero se gestionó el permiso respectivo de la Diris Lima -Centro, luego se procedió a coordinar con las autoridades del Centro de Salud Conde de la Vega Baja, y específicamente con el médico jefe a cargo de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis. En un segundo momento con el permiso de las autoridades se procedió a la recolección de datos de los pacientes durante el mes de enero del 2019 en los horarios de atención del Centro de Salud y se realizó las visitas domiciliarias a los posibles sujetos de investigación (pacientes), contando para esto con el apoyo de un personal de la institución de salud, ello para facilitar la relación entre la investigadora y el sujeto de investigación. Se explicó a los pacientes con detalle la finalidad del estudio luego con su consentimiento se procedió a aplicar el cuestionario. Se insistió hasta en dos oportunidades a los pacientes; en caso de no obtener la entrevista se le retiró del estudio. Cabe mencionar que en la recolección de datos en las visitas domiciliarias no se pudo encontrar a dos sujetos de investigación, por lo que se separó del estudio y al final la muestra fue de 28 pacientes.

3.7 Análisis de Datos

La información obtenida de las encuestas realizadas por los pacientes, se sistematizó en una base de datos creados en el Programa Excel 2013, donde fueron codificados con la finalidad de presentarlos y analizarlos de forma objetiva. El análisis de datos se realizó en este programa de forma descriptiva, para ello se elaboró cuadros de frecuencias y medidas de resumen (porcentajes) y medidas estadísticas de tendencia central y medidas de dispersión.

3.8 Aspectos Éticos

El trabajo de investigación como proyecto en un primer momento fue sometido a evaluación por el Comité de Investigación de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro (Diris Lima-Centro); dicho comité dio algunas observaciones por lo que tuvo que volverse a presentar el proyecto. Posteriormente y previa revisión de las observaciones, el comité de investigación de la DIRIS Lima-Centro aprobó el proyecto según la Constancia N° 064-2018 (ver anexo C) para aplicación del estudio en el Centro de Salud mencionado.

La información y datos obtenidos de los pacientes fueron empleados con la finalidad establecida en la presente investigación, para lo cual se consideró los principios éticos básicos de autonomía, la beneficencia, la justicia y la no maleficencia (Azulay, 2001). Asimismo, se respetó la privacidad y confidencialidad de la información brindada por los participantes del estudio explicándoles que su participación es de manera libre y voluntaria.

4) RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación y sus respectivas interpretaciones son los que a continuación se presentan:

4.1 Resultados de Datos Generales

Tabla 2

Distribución de pacientes con tuberculosis según el sexo

| Sexo | Subtotal | Porcentaje |
|-----------|----------|------------|
| Femenino | 14 | 50% |
| Masculino | 14 | 50% |
| Total | 28 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes con tuberculosis del C. S. Conde de la Vega Baja del primer semestre del 2018.

En la tabla 2 se observa que respecto al sexo, 14(50%) pacientes que tienen tuberculosis son del sexo femenino y 14 (50%) pacientes que tienen tuberculosis son del sexo masculino.

Tabla 3

Distribución de pacientes con tuberculosis según edad y grupo etáreo

| Grupo Etáreo | Subtotal | Porcentaje | Resultado de la Moda |
|------------------------------|----------|------------|----------------------|
| Jóvenes (15 - 29 años) | 11 | 39.29% | 11 |
| Adulto Joven (30 - 44 años) | 10 | 35.71% | |
| Adulto (45 - 59 años) | 3 | 10.71% | |
| Adulto Mayor (60 a más años) | 4 | 14.29% | |
| Total | 28 | 100% | |

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes con tuberculosis del C. S. Conde de la Vega Baja del primer semestre del 2018.

En la tabla 3 se evidencia que respecto a la edad 11 pacientes (39.29%) oscilan entre edades de los 15 a 29 años, seguido de una proporción significativa de 10 pacientes (35.71%) que oscilan entre los 30 a 44 años, seguido de 4 (14.29%) pacientes que oscilan entre 60 a más

años y finalmente 3 (10.71%) pacientes que oscilan entre los 45 a 59 años. Según ello los pacientes jóvenes y adultos jóvenes son los más afectados por tuberculosis. Cuya moda es 11, la cual se encuentra en la población joven.

Tabla 4

Distribución de pacientes con tuberculosis según comorbilidades

| Comorbilidades | Subtotal | Porcentaje | Resultado de la Moda |
|-------------------------------|----------|------------|----------------------|
| Ninguna | 21 | 75% | |
| Hipertiroidismo | 1 | 3.57% | |
| VIH | 1 | 3.57% | |
| Diabetes Mellitus 2 | 1 | 3.57% | |
| Miopatía | 1 | 3.57% | 21 |
| Enfermedad Cardíaca Congénita | 1 | 3.57% | |
| Bronquiectasia | 1 | 3.57% | |
| Epilepsia | 1 | 3.57% | |
| Total general | 28 | 100% | |

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes con tuberculosis del C. S. Conde de la Vega Baja del primer semestre del 2018.

La tabla 4 describe que además de la Tuberculosis otras enfermedades aquejan a los pacientes estas son las siguientes: un (3.57%) paciente con Hipertiroidismo, un (3.57%) paciente con VIH, un (3.57%) paciente con Diabetes Mellitus 2, un (3.57%) paciente con Miopatía, un (3.57%) paciente con Enfermedad cardíaca congénita (paciente no específica cual), un (3.57%) paciente con bronquiectasia y un (3.57%) paciente con epilepsia. Los 21 (75%) pacientes restantes no presentan comorbilidad, solo presentan tuberculosis. Cuya moda es 21, ello con referencia a los pacientes que no padecen otra enfermedad fuera de la tuberculosis.

4.2 Resultados Específicos

Tabla 5

Nivel de adherencia al tratamiento de tuberculosis en el C. S. Conde de la Vega Baja

| Nivel de adherencia al tratamiento | Cantidad | Porcentaje |
|------------------------------------|----------|------------|
| Adherencia Total | 27 | 96.43% |
| No Adherencia | 1 | 3.57% |
| Total general | 28 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes con tuberculosis del C. S. Conde de la Vega Baja del primer semestre del 2018.

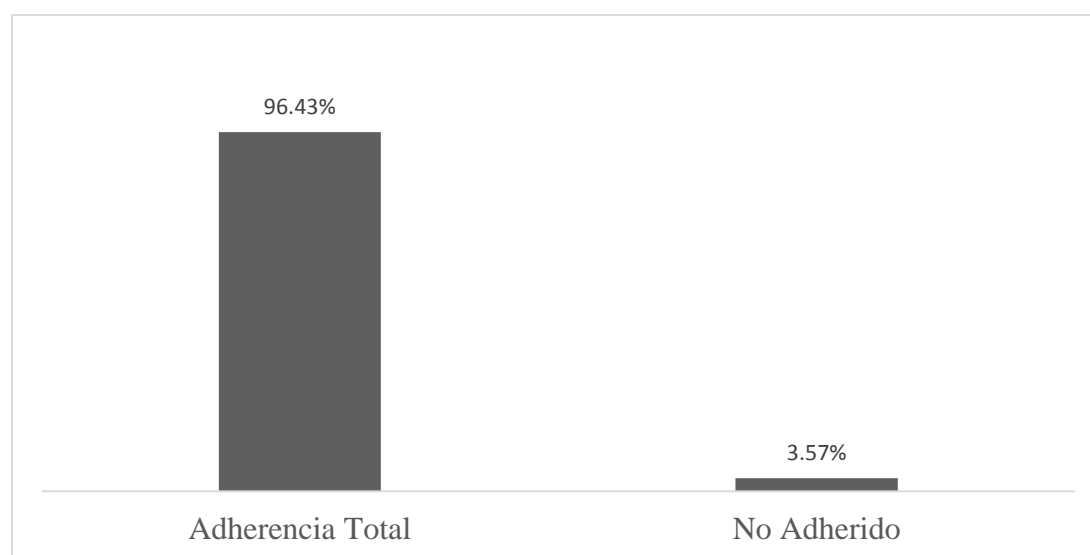


Figura 1. Nivel de adherencia al tratamiento de tuberculosis en el C. S. Conde de la Vega Baja del primer semestre del 2018.

En la tabla 5 y figura 1 se observa que 27(96.43 %) de los pacientes tienen un nivel total de adherencia al tratamiento de tuberculosis, que un (3.57 %) paciente no tiene adherencia al tratamiento de tuberculosis y no se hallaron pacientes con adherencia parcial al tratamiento de tuberculosis. Estos resultados finales fueron obtenidos a partir de la evaluación de las categorías, también llamados indicadores que a continuación se muestran:

Tabla 6

Indicador implicación personal en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis

| Implicación personal | Nunca | Porcentaje Nunca | Casi Nunca | Porcentaje Casi Nunca | Casi Siempre | Porcentaje Casi Siempre | Siempre | Porcentaje Siempre | Total | Desvstandar |
|--|-------|------------------|------------|-----------------------|--------------|-------------------------|---------|--------------------|-------|-------------|
| Realiza ejercicios físicos indicados | 3 | 10.71% | 6 | 21.43% | 11 | 39.29% | 8 | 28.57% | 28 | 3.366501646 |
| Acomoda sus horarios a la medicación | 1 | 3.57% | 1 | 3.57% | 9 | 32.14% | 17 | 60.71% | 28 | 7.659416862 |
| Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos | 7 | 25% | 5 | 17.86% | 5 | 17.86% | 11 | 39.29% | 28 | 2.828427125 |
| Lleva el tratamiento sin esfuerzo | 2 | 7.14% | 2 | 7.14% | 14 | 50% | 10 | 35.71% | 28 | 6 |
| Utiliza recordatorios que facilitan el tratamiento | 9 | 32.14% | 7 | 25% | 9 | 32.14% | 3 | 10.71% | 28 | 2.828427125 |

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes con tuberculosis del C. S. Conde de la Vega Baja del primer semestre del 2018.

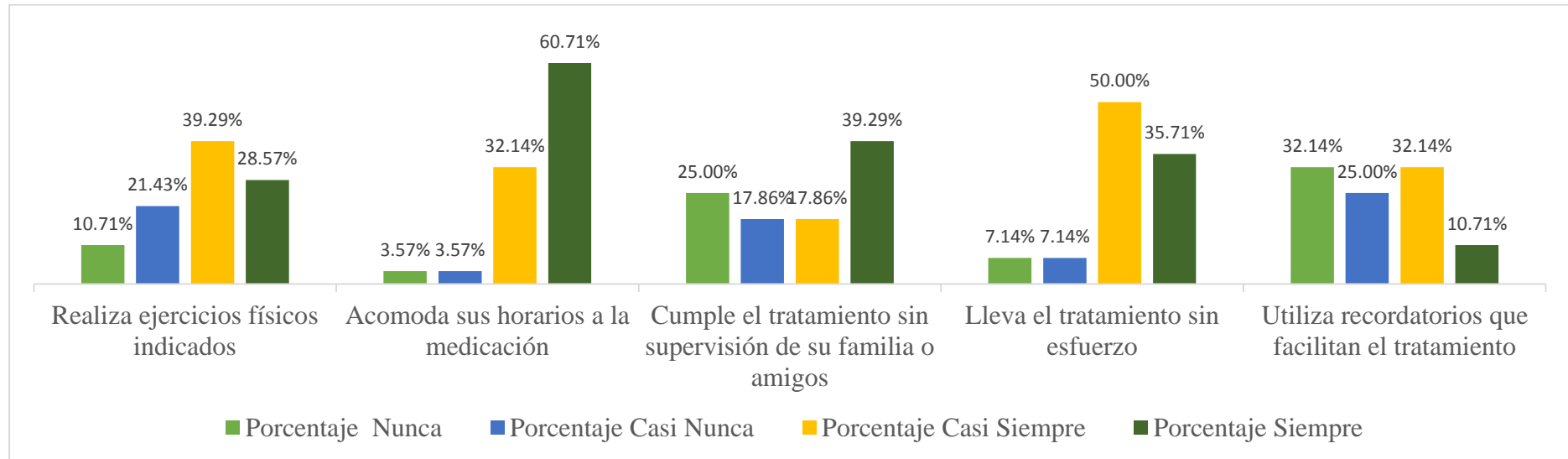


Figura 2. Categoría implicación personal al tratamiento de tuberculosis en el C. S. Conde de la Vega Baja en el primer semestre del 2018.

En la tabla 6 y figura 2 se observa la adherencia al tratamiento de tuberculosis en relación al indicador implicación personal, a través de los siguientes ítems y sus respuestas:

- 1) Realiza los ejercicios físicos indicados tres (10.71%) pacientes respondieron que nunca realizaron; seis (21.43%) pacientes respondieron que casi nunca lo realizaron; 11 (39.29%) pacientes casi siempre lo realizaron; y ocho (28.57%) pacientes siempre lo realizaron. Por tanto, la desviación estándar de los resultados antes mencionados es de 3.366501646.
- 2) Acomoda sus horarios a la medicación: un (3.57%) paciente respondió nunca y casi nunca respectivamente; nueve (32.14%) pacientes casi siempre y 17(60.71%) pacientes siempre acomodaron sus horarios. La desviación estándar de los resultados antes citados es de 7.659416862.
- 3) Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos: siete (25%) pacientes respondieron que nunca lo cumplieron sin supervisión de familia o amigos; asimismo, cinco (17.86%) pacientes respondieron casi nunca; del mismo modo, cinco (17.86%) pacientes respondieron casi siempre; y 11 (39.29%) pacientes respondieron siempre. Por consiguiente, la desviación estándar de los resultados antes referidos es de 2.828427125.
- 4) Lleva el tratamiento sin esfuerzo: dos (7.14%) pacientes respondieron nunca; dos (7.14%) pacientes casi nunca; 14 (50%) respondieron casi siempre y 10 (35.71%) pacientes respondieron siempre. Así la desviación estándar de los resultados antes citados es de 6.
- 5) Utiliza recordatorios que facilitan el tratamiento: nueve (32.14%) pacientes respondieron nunca; siete (25%) pacientes casi nunca; nueve (32.14%) pacientes respondieron casi siempre y tres (10.71%) siempre lo utilizaron. La desviación estándar de los resultados antes referidos es de 2.828427125.

Tabla 7

Indicador relacional en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis

| Implicación relacional | Nunca | Porcentaje Nunca | Casi Nunca | Porcentaje Casi Nunca | Casi Siempre | Porcentaje Casi Siempre | Siempre | Porcentaje Siempre | Total | Desvstandar |
|--|-------|------------------|------------|-----------------------|--------------|-------------------------|---------|--------------------|-------|-------------|
| Usted y su médico deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir | 0 | 0% | 1 | 3.57% | 5 | 17.86% | 22 | 78.57% | 28 | 10.23067284 |
| Usted y su médico analizan como cumplir el tratamiento | 0 | 0% | 1 | 3.57% | 6 | 21.43% | 21 | 75% | 28 | 9.695359715 |
| Tiene la posibilidad de manifestar aceptación del tratamiento | 0 | 0% | 0 | 0% | 6 | 21.43% | 22 | 78.57% | 28 | 10.39230485 |

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes con tuberculosis del C. S. Conde de la Vega Baja del primer semestre del 2018.

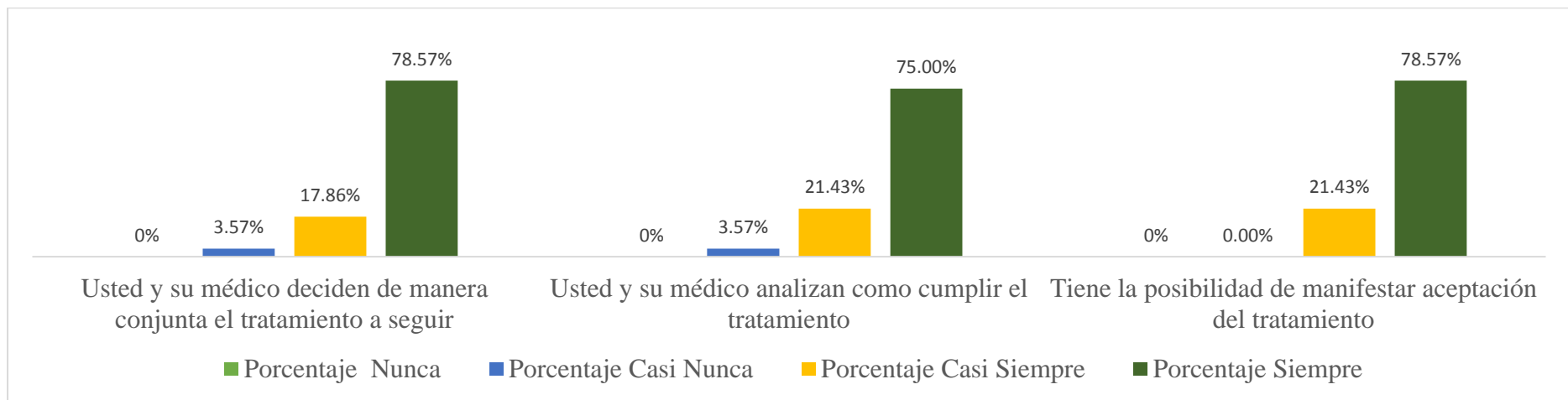


Figura 3. Indicador relacional en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis en el C. S. Conde de la Vega Baja del primer semestre del 2018.

En la tabla 7 y figura 3 se observa la adherencia al tratamiento de tuberculosis en relación al indicador relacional, el cual describe la relación del profesional de salud y el paciente, ello a través de los siguientes ítems y los resultados obtenidos:

- 1) Usted y su médico, deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir: ningún (0%) paciente respondió nunca; asimismo, un (3.57%) paciente respondió casi nunca; cinco (17.86%) pacientes casi siempre lo hicieron; y 22 (78.57%) pacientes siempre lo hicieron. Así la desviación estándar de los resultados mencionados es de 10.23067284.
- 2) Usted y su médico analizan como cumplir el tratamiento: ningún (0%) paciente respondió que nunca lo realizó; asimismo, un (3.57%) paciente respondió casi nunca; seis (21.43%) pacientes respondieron casi siempre y 21(75%) pacientes siempre lo realizaron. Por lo antes mencionado, la desviación estándar de los resultados antes referidos es de 9.695359715.
- 3) Tiene la posibilidad de manifestar aceptación del tratamiento: ningún (0%) paciente respondió nunca y casi nunca respectivamente; 6(21.43%) pacientes respondieron casi siempre; y 22 (78.57%) pacientes siempre lo realizaron. La desviación estándar de los resultados antes citados es de 10.39230485.

Tabla 8

Indicador comportamental en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis

| Implicación comportamental | Nunca | Porcentaje Nunca | Casi Nunca | Porcentaje Casi Nunca | Casi Siempre | Porcentaje Casi Siempre | Siempre | Porcentaje Siempre | Total | Desvstandar |
|---|-------|---------------------|---------------|-----------------------------|-----------------|-------------------------------|---------|-----------------------|-------|-------------|
| Toma medicamentos en el horario establecido | 1 | 3.57% | 0 | 0% | 7 | 25% | 20 | 71.43% | 28 | 9.201449161 |
| Toma las dosis indicadas | 0 | 0% | 1 | 3.57% | 3 | 10.71% | 24 | 85.71% | 28 | 11.40175425 |
| Cumple indicaciones de la dieta | 1 | 3.57% | 0 | 0% | 16 | 57.14% | 11 | 39.29% | 28 | 7.788880964 |
| Asiste a las consultas de seguimiento de su tratamiento | 1 | 3.57% | 0 | 0% | 10 | 35.71% | 17 | 60.71% | 28 | 8.041558721 |

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes con tuberculosis del C. S. Conde de la Vega Baja del primer semestre del 2018.

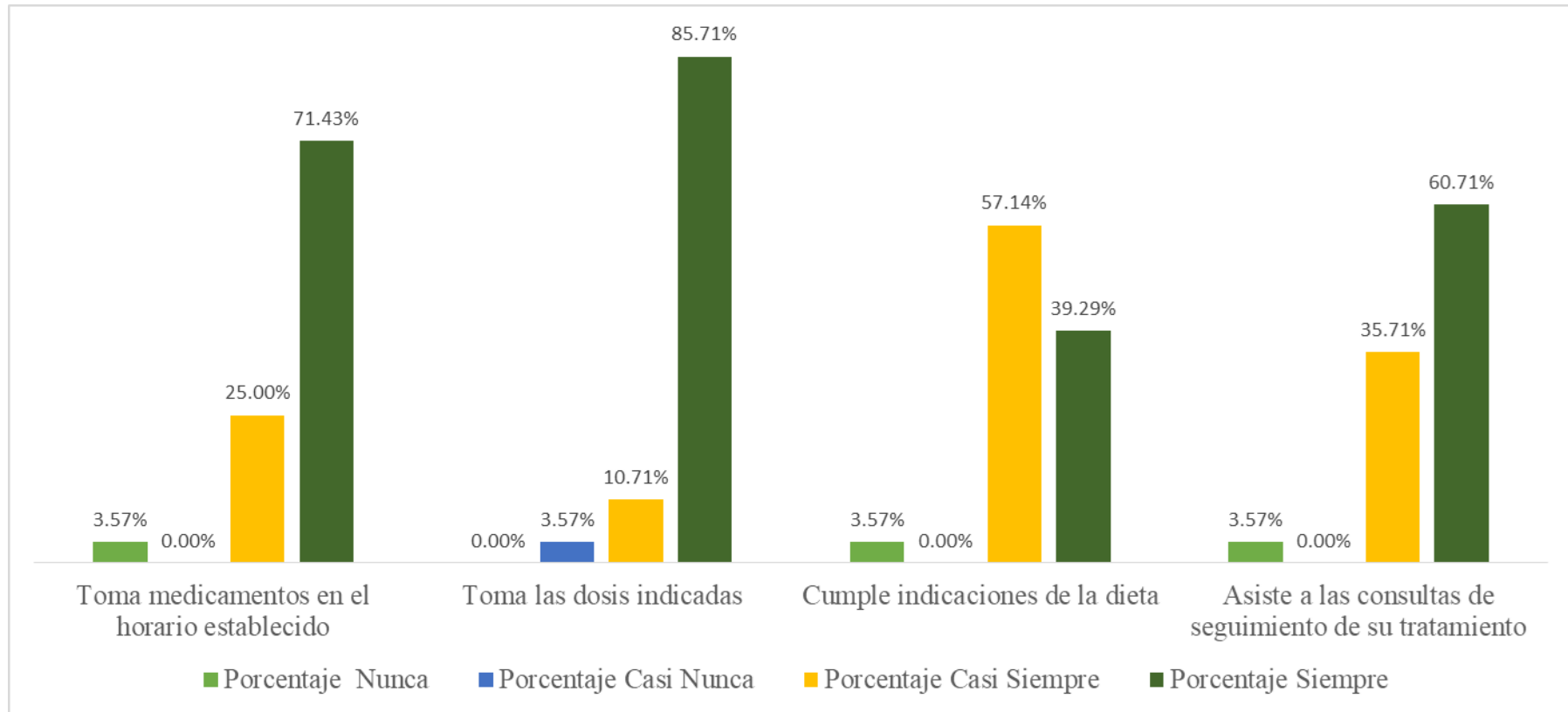


Figura 4. Indicador comportamental en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis en el C. S. Conde de la Vega Baja del primer semestre del 2018.

En la tabla 8 y figura 4 se observa la adherencia al tratamiento de tuberculosis en relación al indicador comportamental, el cual describe el cumplimiento de las indicaciones médicas, ello a través de los siguientes ítems y los resultados obtenidos:

- 1) Toma los medicamentos en el horario establecido: un (3.57%) paciente respondió nunca; asimismo, ningún (0%) paciente respondió casi nunca, siete (25%) pacientes respondieron casi siempre y 20 (71.43%) pacientes respondieron que siempre lo tomaron. Por tanto, la desviación estándar de los resultados antes citados es de 9.20144916.
- 2) Toma las dosis indicadas: ningún (0%) paciente respondió nunca, un(3.57%) paciente respondió casi nunca; tres(10.71%) pacientes casi siempre lo tomaron; y 24 (85.71%) pacientes siempre lo tomaron. Por consiguiente, la desviación estándar de los resultados antes mencionados es de 11.40175425.
- 3) Cumple con las indicaciones de la dieta: un (3.57%) paciente respondió nunca; ningún (0%) paciente respondió casi nunca; 16 (57.14%) pacientes casi siempre lo cumplieron; y 11 (39.29%) pacientes siempre lo cumplieron. La desviación estándar de los resultados antes mencionados es de 7.788880964.
- 4) Asiste a las consultas de seguimiento de su tratamiento: un (3.57%) paciente respondió nunca; ningún (0%) paciente respondió casi nunca; 10 (35.71%) pacientes casi siempre asistieron; y 17 (60.71%) pacientes siempre asistieron. La desviación estándar de los resultados antes mencionados es de 8.041558721.

5) DISCUSIÓN

En relación a los datos generales el presente estudio obtuvo que el sexo de los pacientes están distribuidos en igual porcentaje, es decir 50% de pacientes son del sexo femenino y masculino respectivamente. En la investigación Adherencia al tratamiento en pacientes ambulatorios con Tuberculosis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” – Huancayo, señalan que el 60% de pacientes con Tuberculosis tuvieron adherencia al tratamiento fueron del sexo masculino y el 40 % fueron del sexo femenino (Lozano y Aranda, 2017). Además Suarez en su estudio titulado Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un centro de salud 2014, señaló que señaló 64% de pacientes fueron del sexo masculino, 36% de sexo femenino (Suarez, 2015). Heredia et al. (2012) en Determinantes sociales relacionados con el tratamiento de tuberculosis en Yucatán, México, señalaron que el 54.8% casos de hombres y 45.2% casos de mujeres; similar con Cadena (2011) que en su investigación Eficacia de una intervención promotora de salud en la adherencia al tratamiento y estilo de vida en enfermos de TBP, señaló que el 57.8% de casos fueron masculinos y el 42.2% de casos fueron femeninos. Dichos datos no coincide con el estudio propuesto, ni con la realidad mundial, ya que según la Organización Mundial de la Salud refiere que la Tuberculosis por epidemiología es una enfermedad que predomina en el sexo masculino (OMS, 2018). Sin embargo hay que tener en cuenta el tiempo de estudio de la presente investigación, que fue solo durante el primer semestre del año 2018, he allí que resultaría mejor realizar un análisis anual de la población para poder lograr semejanza.

Respecto a la edad y grupo etáreo existe un mayor porcentaje de pacientes con tuberculosis que se encuentran entre las edades de 15 a 29 años que representan 39.29% del total y de las edades de 30 a 44 años representan el 35.71% de total, ascendiendo estas dos últimas a la suma de 75% del total de pacientes y los de menor porcentaje se ubicaron entre

las edades de 45 a 59 años que representan el 10.71% y los pacientes de 60 a más años que representan el 14.29% del total. Así para los estudios nacionales mencionados de Lozano y Aranda (2017) señalaron que el 68% de pacientes con TB se encontraron entre 20 a 40 años de edad y el autor Suarez (2015) señaló que el 28% tienen entre 18 - 20 años, 50% entre 21 – 40 años en este último estudio haciendo una suma total de 78% de casos de 18-40 años de edad. En el estudio titulado Evaluación de la adherencia al tratamiento para Tuberculosis en el Departamento del Amazonas 2009-2012 señala que la distribución de pacientes por edades fue de 51% para edades de 15 a 44 años, de 25% para las edades de 45 a 64 años y de 13% para edades de 65 años a más (Murcia, 2014) y Heredia et al. (2012) señalaron que el 71% de los pacientes se situaron entre los 20 y 50 años. Con ello se precisa que las personas afectadas por Tuberculosis son mayormente de los grupos etáreos joven y adulto joven estos datos recientemente citados se contrastan con los del presente estudio lo que permite validar sus resultados.

En relación a enfermedades crónicas o comorbilidades se halló un caso diferente de siete enfermedades, que representa el 3.57% de cada una de ellas y son las siguientes enfermedades: hipertiroidismo, Diabetes mellitus, miopatía, enfermedad cardíaca congénita, bronquiectasia, epilepsia y VIH respectivamente. Así la investigación Tuberculosis en el Perú: situación epidemiológica, avances y desafíos para su control, señala que a nivel nacional, la proporción de personas con tuberculosis y VIH; personas con tuberculosis y diabetes mellitus a la vez fue de 4,9% y 5,9 % respectivamente para el año 2015 (Alarcón, Alarcón, Figueroa y Mendoza, 2017). El estudio titulado Bronquiectasias secundarias a Tuberculosis pulmonar en pacientes de un hospital general refiere que aproximadamente el 50% de los pacientes con TB pulmonar desarrollarán alguna secuela y la más frecuente es la bronquiectasia, pero no especifican una cifra respecto a asociación de bronquiectasia y TB (Llanos y Tamayo, 2018). Y según datos a nivel nacional respecto a cifras de año 2016 se

señala que el 4.8% y 5.9% de coinfección de TB con VIH y diabetes mellitus respectivamente (DGIESP y MINSA, 2018). Además cabe recordar que otras enfermedades (comorbilidades) o condiciones clínicas aumentan el riesgo de progresión de la tuberculosis, es decir se comportan como factor de riesgo, en general por deficiencia del sistema inmunitario (Caminero, 2003). Con los datos mencionados, contrastamos que el presente estudio cuenta con resultados similares respecto a diabetes mellitus y VIH en relación a estadísticas nacionales, por lo que se validan y en relación a las otras condiciones clínicas no se puede hacer una comparación estadística ya que no se cuenta con estudios que indiquen coinfección con tuberculosis.

En el indicador comportamental de adherencia al tratamiento de tuberculosis en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja, que habla del cumplimiento del tratamiento en sí (el tratamiento farmacológico) se obtuvo mayor porcentaje de respuestas en los ítems ¿Toma medicamentos en el horario establecido? ¿Toma las dosis indicadas? Cuyos porcentajes fueron 71.43% y 85.71% de la respuesta siempre respectivamente. En la investigación Factores asociados a la asistencia del paciente al tratamiento antituberculoso, realizado en el Hospital de Puente Piedra y Centro Materno Infantil de Zapallal, Puente Piedra en el año 2008, el estudio mencionado identificó que el 61% de pacientes asistieron en forma continua a recibir el tratamiento antituberculoso, el cual consistía de un regimen de tomar los medicamentos y las dosis indicadas en el establecimiento de salud (Arriola et al., 2011). Asimismo en el estudio Evaluación de la adherencia al tratamiento para Tuberculosis en el Departamento del Amazonas 2009-2012 se señaló un 85% de éxito terapeutico en este estudio, ya que hubo cumplimiento del tratamiento farmacologico en sí (Murcia, 2014). Consecuentemente los resultados del presente estudio, se contrasta de manera semejante a los estudios antes mencionados.

En el indicador de implicación personal de adherencia al tratamiento de tuberculosis en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja, que habla de como el paciente busca estrategias y se compromete a llevar a cabo su tratamiento. Obtuvo mayor porcentaje de respuestas en los ítems ¿acomoda sus horarios a la medicación? en ¿lleva el tratamiento sin esfuerzo? y ¿Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos? Siendo las respuestas 60.71% siempre, 50% casi siempre y 39.9% siempre respectivamente para cada pregunta. En la investigación Determinantes sociales relacionados con el tratamiento de tuberculosis en Yucatán, México , se señaló que 41.9% de los pacientes que reciben tratamiento contra la tuberculosis refirieron no tener problema para seguir tratamiento ello en relación al ambiente laboral que implica organizar horarios con el proposito de no dejar su tratamiento, por ende una mejor adherencia (Heredia et al., 2012). Además la investigación Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un centro de salud 2014 se señaló que el 54% de los casos tuvo una participaciéon familiar de nivel medianamente favorable, la autora mecionó en el estudio la importancia de la familia en el proceso de curación del paciente, ya que esta influencia de forma positiva en la adherencia al tratamiento antituberculoso (Suarez, 2015). Los resulatdos del presente estudio son semejantes a los antes mencionados por lo que se corroboran.

En el indicador relacional de adherencia al tratamiento de tuberculosis en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja, indicador que habla de la relación que se establece entre el personal de la salud y el paciente, se obtuvo similares porcentajes en las respuestas de los ítems ¿Usted y su médico analizan como cumplir el tratamiento? ¿Tiene la posibilidad de manifestar aceptación del tratamiento? los resultados fueron 75% y 78.57% de la respuesta siempre respectivamente. En la investigación Eficacia de una intervención promotora de salud en la adherencia al tratamiento y estilo de vida en enfermos de TBP , precisó que el 80% de los integrantes del grupo estudiado llevó un tratamiento supervisado, lo cual se

explicó durante las intervenciones educativas que realizó el personal de salud en los pacientes del estudio, ello implicó mayor adherencia en el tratamiento (Cadena, 2011). Así mismo, en el estudio titulado Efectividad de la consejería en enfermería en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con tuberculosis de la microred de salud Jaime Zubieta Calderón en San Juan de Lurigancho, Lima, Perú, se obtuvo que los pacientes que recibieron consejería de enfermería tuvo 100% de adherencia al tratamiento; mientras que los pacientes sin intervención obtuvieron una adherencia de 86 %, lo cual indica que la intervención del profesional es influyente en la adherencia del tratamiento del paciente con tuberculosis (Castañeda et al., 2016). Así los resultados del presente estudio quedan corroborados por los estudios antes mencionados.

Y en relación al nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja se obtuvo un porcentaje de 96.43% de pacientes con adherencia total y un 3.57% de pacientes no adheridos al tratamiento, lo cual resulta semejante en el ámbito nacional con Castañeda et al. (2016) en 86% de adherencia al tratamiento y 14 % no tuvo adherencia en su estudio realizado en pacientes de San Juan de Lurigancho, Lima. Así para el año 2016 en el Perú las estadísticas nacionales señalaron 93,2 % de adherencia al tratamiento y un 6,8% de no adherencia. (DGIESP y MINSA, 2018). En el ámbito internacional también resulta semejante con Murcia, L.M. (2014) quien señaló 83.5% de adherencia al tratamiento y 16,5 % no se adhirió al tratamiento en su estudio realizado. Y la OMS en su último informe mundial de TB del 2017 refiere que “la adherencia mundial de TB fue de 83% de éxito terapéutico” (OMS, 2017, p. 1). Así los diferentes resultados de los mencionados autores contrastan y validan los resultados obtenidos en el presente estudio, cabe mencionar que estos resultados denotan un incremento en el porcentaje de pacientes adheridos al tratamiento, lo cual se vio favorecido debido a que los indicadores indicador relacional y comportamental del cuestionario obtuvieron mayores porcentajes de

respuestas favorables, lo cual evidencia fortalezas en el Centro de Salud mencionado. El indicador relacional da a conocer la adecuada relación empática entre el paciente y el profesional de la salud, lo que influye de manera positiva para que el paciente con TB se adhiera a su tratamiento, así también el indicador comportamental denota que los pacientes cumplen las indicaciones del personal de salud (Martín et al., 2008). Ello respaldado mucho por la relación presente y activa de interés por el personal de salud. Respecto al indicador de implicancia personal que es “la búsqueda de estrategias por el paciente para lograr el cumplimiento de las prescripciones con la ejecución de los esfuerzos necesarios” (Martín et al., 2008, p.1). Y este, en el presente estudio fue heterogéneo en sus respuestas, ya que en el interviene el compromiso del paciente, la intervención familiar y este último tiene poca injerencia en el tema de TB, lo cual debería mejorar ya que la familia es el primer entorno que favoreciera el comportamiento y decisiones sobre la salud de la persona y más aún si se trata de la adherencia al tratamiento del paciente (OMS, 2004).

Con este último resultado de nivel de adherencia al tratamiento de TB se muestra como ejemplo al C. S. Conde de la Vega Baja, ya que obtuvo un nivel de adherencia por encima del nivel nacional y mundial y esto es gracias a que sus indicadores relacional y comportamental son sus fortalezas dentro de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT) en el establecimiento, es decir se evidencia un compromiso del personal de salud con la estrategia TAES (tratamiento acortado estrictamente supervisado) o llamado DOTS por sus siglas en inglés, mediante la cual todos los pacientes son observados por el personal de salud encargado mientras toman sus medicamentos en las instalaciones del Centro de atención de Salud (Martínez, 2004). Además de cumplir con lo indicado en la Norma Técnica de Salud para el tratamiento de pacientes con TB.

6) CONCLUSIONES

Luego de realizar el presente estudio sobre el Nivel de adherencia al tratamiento de Tuberculosis en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja del Cercado de Lima en el primer semestre del año 2018 las conclusiones son las siguientes:

1. El nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja fue adherencia total de 96.43% de los pacientes, 3.57% de pacientes no adherentes al tratamiento. Cuyo nivel de adherencia total se favoreció por las respuestas favorables en los indicadores comportamental y relacional.
2. El indicador comportamental presentó muchas respuestas favorables, sobre todo en los ítems ¿Toma medicamentos en el horario establecido? Y ¿Toma las dosis indicadas? con 71.43% y 85.71% de respuestas siempre respectivamente, es decir la gran mayoría de los pacientes siguieron las indicaciones o prescripciones del personal de salud.
3. El indicador implicación personal presentó un porcentaje heterogéneo de respuestas, y obtuvo mayor porcentaje los ítems ¿Acomoda sus horarios a la medicación? y ¿Lleva el tratamiento sin esfuerzos? y ¿Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos? con 60.71%, 50% y 39.9% de respuestas siempre, casi siempre y siempre respectivamente. Ello denota que la mayoría de los pacientes buscaron estrategias y formas de cumplir con el tratamiento lo que favoreció la adherencia al mismo, pese a que la familia y amigos no se ven involucradas como debería de ser durante el tratamiento de pacientes con TB.
4. El indicador relacional presentó un porcentaje homogéneo de respuestas viéndose más favorecido los ítems ¿Usted y su médico deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir? y ¿Tiene la posibilidad de manifestar aceptación del tratamiento? con 78.57% de respuestas siempre y casi siempre respectivamente. Ello denota que la relación

establecida entre el paciente y el personal de la salud del C.S. Conde de la Vega Baja fue apropiada, buena y ello contribuyó de forma positiva en la mayoría de los pacientes en la adherencia al tratamiento.

5. El sexo de los pacientes afectados por tuberculosis están distribuidos en igual porcentaje, es decir 50% de pacientes son del sexo femenino y masculino respectivamente.
6. Respecto a la edad los pacientes afectados por tuberculosis se encuentra más en el grupo etáreo joven y adulto joven que pertenece a las edades de 15 a 29 años y edades de 30 a 44 años respectivamente. Quienes son la población económicamente activa.
7. Las comorbilidades de los pacientes del estudio representan en total un 24.99% de la muestra, las cuales son importantes tratarlas sino influirán en desmedro del estado del sistema inmune y facilitará la progresión de la tuberculosis.

7) RECOMENDACIONES

Con los resultados obtenidos del presente estudio realizado en el C.S. Conde de la Vega Baja se recomienda:

1. Tomar como referencia al C.S. Conde de la Vega Baja en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT) respecto a los indicadores relacional y comportamental de adherencia al tratamiento de TB, esto debido a los buenos resultados obtenidos en la adherencia al tratamiento de TB.
2. Implementar talleres educativos para los profesionales de la salud a fin de fortalecer más el indicador relacional (relación profesional de salud- paciente) con sus pacientes.
3. Crear estrategias de adherencia al tratamiento en el indicador de implicación personal que involucra a la familia y el entorno social.
4. Realizar seguimiento continuo al paciente que no se adhirió al tratamiento, ello en aras que restablezca su salud y se evite más contagios a la comunidad.
5. Realizar la presente investigación en otros Centros de Salud a fin de identificar las falencias que obstaculicen la adherencia al tratamiento de TB.

8) REFERENCIAS

- Alarcón, E., Alarcón, V., Figueroa, C., y Mendoza, A. (2017). Tuberculosis en el Perú: Situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, 34(2), 299-310. doi: 10.17843/rpmesp.2017.342.2384
- Arriola, P., Castillo, T., Quispe, G., y Torres, C. (2011). Factores asociados a la asistencia del paciente al tratamiento. *Rev enferm Herediana*, 4 (2), 86-92. Recuperado de <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2011/febrero/07%20ANTITUBERCULOSO.pdf>
- Azulay, A. (2001). Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal. *AN. MED. INTERNA (Madrid)*, (18) 12, 650-654.
- Cadena, F. (2011). *Eficacia de una intervención promotora de salud en la adherencia al tratamiento y estilo de vida en enfermos de TBP*. (Tesis Doctoral, Universidad de Alicante, España). Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24913/1/Tesis_Francisco_Cadena_Santos.pdf
- Caminero, J. A. (2003). Guía de la Tuberculosis para médicos especialistas. Recuperado de https://www.theunion.org/what-we-do/publications/technical/spanish/pub_guia_medicos_especialistas_spa.pdf
- Caminero, J. A., (en prensa). Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar. *Rev Clin Esp*.
- Castañeda, A., Sanchez, D., Manchego, M., y Musayón, Y. (2016). Efectividad de la consejería en enfermería en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con tuberculosis de la micro red de salud Jaime Zubieta Calderón en San Juan de Lurigancho, Lima, Perú. *Rev enferm Herediana*, 9 (1), 10-16. doi: org/10.20453/renh.v9i1.2857
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2014). Manejo de pacientes con tuberculosis y mejora de la adherencia al tratamiento. Recuperado de <https://www.cdc.gov/tb/esp/publications/guides/ssmodules/spanishssmodule6.pdf>
- Dalens, E. I.,(2012). *Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis*. Red de Salud Lima Norte V Rímac-San Martín-Los Olivos. Lima, Perú(Tesis de pregrado, Lima, Perú).
- Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública y Ministerio de Salud (2018). *Situación de Tuberculosis en el Perú y la respuesta del Estado (Plan de Intervención, Plan de Acción)*. Recuperado de <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180605122521.pdf>
- García, R., Cervantes, E., y Reyes, A. (2016). Tuberculosis, un desafío en el siglo XXI. *Rev Latinoam Patol Clin Med Lab*, 63 (2), 91-99. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2016/pt162g.pdf>

- Heredia, M. R., Puc, M., Camaal, Á., y Vargas, A. (2012). Determinantes sociales relacionados con el tratamiento de tuberculosis en Yucatán, México. *Rev Biomed*, 23 (3), 113-120. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2012/bio123e.pdf>
- Hernandez, R., Fernandez, C., y Baptista, P.(2006). *Metodología de la investigación*. Recuperado de https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/1033525612-mtis_sampieri_unidad_1-1.pdf
- Herrero, M. B., Arrossi, S., Ramos, S., y Braga, J. (2015). Análisis espacial del abandono del tratamiento de tuberculosis, Buenos Aires, Argentina. *Rev Saúde Pública*, 49(49), 1-9. doi:10.1590/S0034-8910.2015049005391
- Kumar, V., Abbas, A. K., Fausto, N., y Aster, J. C. (2010). *Robbins y Contran:Patología estructural y funcional*. Barcelona, España: Elsevier.
- Llanos, F., y Tamayo, R.(2018). Bronquiectasias secundarias a Tuberculosis pulmonar en pacientes de un hospital general. *Rev Med Hered*, 29(4), 232-237. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v29n4/a05v29n4.pdf>
- Lopez, L., Romero, S., Parra, D., & Rojas, L. (2015). Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Hacia promoc. salud*, 21 (1), 117-137. doi: 10.17151/hpsal.2016.21.1.10
- Lozano, E. C., y Aranda, Y. (2017). *Adherencia al tratamiento en pacientes ambulatorios con tuberculosis que frecuentan el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión"-Huancayo* (Tesis de pregrado, Universidad Privada de Huancayo "Franklin Roosevelt", Huancayo, Perú). Recuperado de <http://repositorio.uoosevelt.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/ROOSEVELT/100/INFO RME-FINAL-ADHERENCIA-AL-TRATAMIENTO-PACIENTES-CON TUBERCULOSIS%20%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Martin, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública*, 30(4). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es&tlng=es.
- Martín, L., Bayarre, H. D., y Grau, J. A. (2008). Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Revista Cubana de Salu Pública*, 34(1).Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012&lng=es&tlng=es.
- Martinez, M. (2004). Efecto del tratamiento estrictamente acortado supervisado (TAES) sobre la adherencia y la tasa de curación de tuberculosis pulmonar. *Gac Méd Méx* , 140 (1),1-6.Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2004/gm041a.pdf>
- Ministerio de Salud y Dirección General de Epidemiología. (2016). Analisis de la situación epidemiológica de la Tuberculosis en el Peru 2015. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3446.pdf>

- Ministerio de Salud y Dirección General de Salud de las Personas. (2014). *Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por Tuberculosis*. Recuperado de <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf>
- Ministerio de Salud y Dirección General de Salud de las Personas. (2018). *Norma técnica de salud para atención integral de personas afectadas por tuberculosis*. Recuperado de <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180926111143.pdf>
- Morán, E., y Lazo, Y. (2001). Tuberculosis. *Rev Cubana Estomatol*, 38(1), 33-51. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v38n1/est05101.pdf>
- Müggenburg, M., y Perez, I. (2007). Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 4 (1), 35-38. Recuperado de www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/download/30300/28145
- Murcia, L. M. (2014). *Evaluación de la adherencia al tratamiento para Tuberculosis en el Departamento del Amazonas 2009-2012*. (Tesis de Magister, Bogotá, Colombia). Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/12605/1/599640.2014.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Informe mundial sobre la Tuberculosis 2017*. Recuperado de https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_executive_summary_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Tuberculosis*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Situación de la Tuberculosis en las Américas, 2016*. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/2017-cha-hoja-info-situacion-tb-americas.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos de largo plazo: Pruebas para la acción*. Recuperado de <http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
- Osterberg, L., y Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *The New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497. doi: 10.1056 / NEJMr050100
- Peralta, M. L., y Carbajal, P. (2008). Adherencia a tratamiento. *Rev Cent Dermatol Pascua*, 7 (3), 84-88. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2008/cd083b.pdf>
- Programa de Apoyo a la Reforma de Salud y Ministerio de la Protección Social. (2007). *Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades de la salud pública*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIAS%20DE%20ATENCION%20-TOMO%20DOS.pdf>
- Soza, N. I., Pereira, S.M., y Barreto, M. L. (2005). Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: Resultados de un estudio comparativo. *Rev Panam Salud*

- Publica*, 17(4), 271–278. Recuperado de
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/8098/26136.pdf?sequence=1>
- Suarez, C. Y. (2015). *Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un centro de salud 2014* (Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos,Lima, Peru). Recuperado de
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4220/Su%E1rez_pc.pdf;jsessionid=29DB797FD3DEA927C46792101B650642?sequence=1
- Túñez, V., García, M. R., Perez, M. L., y Lado, F. L. (2002). Epidemiología de la Tuberculosis. *Elsevier Med Integral*, 39(5), 170-180. Recuperado de
<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-pdf-13029943>
- Veliz, L., Mendoza, S., y Barriga, O. A. (2015). Adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 32 (1),51-57. Recuperado de
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v32n1/a08v32n1.pdf>
- World Health Organization. (2001). Adherence to long-term Therapies: Policy for action. Recuperado de
<https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherencerep.pdf?ua=1>

Anexo B: Instrumento

Nivel de adherencia al tratamiento de tuberculosis en el centro de salud Conde de la Vega Baja del Cercado de Lima en el primer semestre del año 2018.

El siguiente cuestionario es parte de la investigación Nivel de adherencia al tratamiento de tuberculosis en el centro de salud Conde de la Vega Baja del Cercado de Lima en el primer semestre del año 2018, cuyos resultados obtenidos serán utilizados para determinar el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis, ello con la finalidad de prevenir el incumplimiento del tratamiento médico indicado, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta de manera objetiva y veraz, este cuestionario es confidencial y desde ya agradezco su gentil colaboración.

Ítem 1: Consentimiento informado

Yo,.....

He sido informado por la señorita Karen Juliana Aguilar Cuellar estudiante de 7° año de Medicina Humana de la Universidad Nacional Federico Villareal sobre el cuestionario mencionado y su finalidad, por tanto, yo:

1. Consiento libre y voluntariamente en colaborar en su investigación relatando cual ha sido mi comportamiento en la toma de medicamentos.
2. Permito que la investigadora utilice la información sin dar a conocer mi identidad y que la utilice con el fin que postula en su investigación.
3. Acepto que las investigadoras tengan acceso a mi identidad, la que no será revelada por él manteniéndose el anonimato.
4. He sido informado que puedo retirar mi colaboración en cualquier momento sea previo o durante la aplicación del cuestionario.

FIRMA

Lima,.....de..... del....

Ítem 2: Llenado de la ficha clínica. Sexo: Masculino () Femenino ()

2. Edad: años
3. Grupo étnico:
4. Enfermedad que padece : Asma() Hipertensión() Artritis()
Diabetes () VIH/Sida() otros:_____

Ítem 3: Cuestionario de adherencia al tratamiento marque con una x en el recuadro que usted crea conveniente:

| N° | ITEM | NUNCA (1) | CASI NUNCA (2) | SIEMPRE (3) | CASI SIEMPRE (4) |
|----------------------|--|------------------------------------|----------------|---------------------------------------|------------------|
| 1 | Toma medicamentos en el horario establecido | | | | |
| 2 | Toma las dosis indicadas | | | | |
| 3 | Cumple indicaciones de la dieta | | | | |
| 4 | Asiste a las consultas de seguimiento de su tratamiento | | | | |
| 5 | Realiza los ejercicios físicos indicados | | | | |
| 6 | Acomoda sus horarios a la medicación | | | | |
| 7 | Usted y su médico deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir | | | | |
| 8 | Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos | | | | |
| 9 | Lleva el tratamiento sin esfuerzos | | | | |
| 10 | Utiliza recordatorios que facilitan el tratamiento | | | | |
| 11 | Usted y su médico analizan como cumplir el tratamiento | | | | |
| 12 | Tiene la posibilidad de manifestar aceptación del tratamiento | | | | |
| VALOR FINAL OBTENIDO | | NIVEL DE ADHERENCIA | | MARCAR CON ASPA EL RESULTADO OBTENIDO | |
| | | TOTAL (34 a 48 puntos) | | | |
| | | PARCIAL (18 a 33 puntos) | | | |
| | | NO ADHERENCIA (menos de 17 puntos) | | | |

Fuente: Lozano y Aranda - Cuestionario MBG (Martín Bayarre Grau)

Anexo C: Constancia de autorización de inicio y finalización del proyecto de investigación.

Lima, 20 de Diciembre del 2018.

CONSTANCIA N° 064 -2018

**AUTORIZACION DE INICIO Y TERMINO DE
PROYECTO DE INVESTIGACION**

ACTA N°011-2018-COM.INV-DIRIS-LC

EXPEDIENTE N° 18-053356-001

La que suscribe, Directora General de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, hace constar que:

KAREN JULIANA AGUILAR CUELLAR

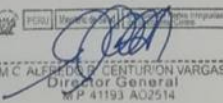
Autor del proyecto de investigación: "**NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA DEL CERCAO DE LIMA EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2018**", ha concluido satisfactoriamente el proceso correspondiente con la aprobación del Comité de Investigación de Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, AUTORIZANDO el inicio del desarrollo del proyecto de investigación.

La presente tendrá una vigencia para el **inicio a partir del 20 de Diciembre del 2018** y de **término el 20 de Febrero del 2019**, se desarrollará en el establecimiento de salud **Conde de la Vega** de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro.


Asimismo hacemos de su conocimiento, que es importante para nuestra institución contar con el informe final, así como las conclusiones y recomendaciones del estudio, para su consideración por la Dirección Ejecutiva de Monitoreo y Gestión Sanitaria, quien realizará el monitoreo del respectivo proyecto a través de la Oficina de Docencia e Investigación, Formación y Capacitación Especializada y por medio de las estrategias sanitarias correspondientes de la Oficina de Gestión Sanitaria.

De no cumplir con el presente informe, se hará de conocimiento a la universidad de procedencia o institución a la que pertenece, a fin de tomar acciones correspondientes.

Atentamente,



M.C. ALPERDA CENTURIÓN VARGAS
Directora General
M.P. 41193 AO2514



ARCV/FIECG/JMA/MS/...
CC. Archivo

Dirección: Av. Nicolás de Piérola N° 617 Cercado de Lima - Perú
Telf. (511) 207-5700