

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**PLAN DE INTERVENCIÓN EN EL FORTALECIMIENTO DE LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS EN LOS
PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MILITAR DEL CUARTEL
GENERAL DEL EJÉRCITO – LIMA, 2021**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE SALUD FAMILIAR Y
COMUNITARIA**

KARLA YENNIFER LAZARTE HEMERYTH

Callao - 2022
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA PRESIDENTA
- DRA. VILMA MARÍA ARROYO VIGIL SECRETARIA
- DRA. VANESSA MANCHA ALVAREZ VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: 043-2022

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 16 de Febrero del 2022

Resolución de Consejo Universitario N° 099-2021-CU/FCS, de fecha 30 de Junio del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

A mi familia, por brindarme su apoyo diario

tanto en mi trabajo como en la culminación de mis estudios

AGRADECIMIENTO

Agradecer principalmente a Dios por la vida y por las oportunidades a lo largo de mi vida, a mi familia por ser mi motor y motivo de lucha, a mis profesores por su constante asesoría y motivación, a mis colegas de trabajo, por la colaboración dada en mis labores, y por último pero no menos importante, a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Callao por abrir el curso taller y poder así obtener mi especialidad en salud familiar y comunitaria.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico es un plan de intervención de enfermería para establecer o afianzar la adherencia al tratamiento de la tuberculosis en pacientes del Centro de Salud Militar del Cuartel General del Ejército (CGE).

Se realiza con el fin de poder detectar los casos de tuberculosis actuales e identificar a quienes han interrumpido el tratamiento para orientarlos a que lo reinicien y recuperen la totalidad de su salud, previniendo así el contagio al personal militar en conjunto.

Se espera el poder realizar no solo la detección de los casos, sino además brindar información al personal del CGE en general acerca de lo que es la tuberculosis, su forma de contagio, diagnóstico y tratamiento, además de las campañas médicas que se puedan realizar para detectar nuevos casos y brindarles pronto tratamiento.

El presente plan de intervención de enfermería cuenta con los siguientes capítulos:

Capítulo I: Descripción de la situación problemática

Capítulo II: Marco Teórico

Capítulo III: Desarrollo de actividades para el plan de mejoramiento en relación a la situación problemática

Conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

Se espera que el presente trabajo académico sirva para brindar una mayor información de acerca de la tuberculosis y oriente a aplicar otros planes de intervención dentro de la unidad del CGE.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Contreras (2007) refiere que la tuberculosis pulmonar es una enfermedad infectocontagiosa que necesita una inmediata atención pues se considera un problema de salud pública a nivel mundial, esta enfermedad es causada por bacterias que ataca con mayor frecuencia a los pulmones pero también se puede propagar en otras partes del cuerpo. Los factores que predisponen a las personas a contraer esta enfermedad son: pobreza, viviendas precarias, aglomeración de personas en un mismo lugar, personas que son contactos de pacientes con tuberculosis y dificultad para asistir a un Centro de Salud, la tuberculosis de complica aún más por la aparición de la tuberculosis multidrogo resistente (MDR), siendo esta la consecuencia de los tratamiento incompletos o irregulares. (1)

Acosta (2017) también dice que la tuberculosis es una enfermedad que afecta a la salud pública por su elevada incidencia, siendo el factor principal el desconocimiento acerca de la enfermedad lo cual ocurre en varios países por su carencia económica, falta de educación e información y por ende es primordial educar e instruir a las personas para que obtengan una buena conducta en su salud y que pongan en práctica sus conocimientos para poder disminuir la enfermedad de la tuberculosis. (2)

Considerándose la tuberculosis un problema a nivel mundial, cada año tiene cerca de dos millones de personas que adquieren la tuberculosis, teniendo un mayor índice de víctimas en las edades de 15 – 54 años siendo una parte de su vida donde la persona se va desarrollar más ya sea personal o profesionalmente, considerándose una etapa más provechoso de sus vidas.

Según la OMS (2017), el ritmo de disminución anual es de aproximadamente un 3% para la tasa mundial de mortalidad y un 2% para la incidencia; el 16% de los casos de tuberculosis mueren por esta causa, estas cifras tendrían que aumentar al 4–5% y 10% anual, respectivamente, para que se pudieran alcanzar las metas

fijadas para 2020 en la Estrategia Fin a la tuberculosis, la mayoría de las muertes por tuberculosis podrían evitarse con un diagnóstico precoz y un tratamiento apropiado. (3)

Según los reportes de la Organización Mundial de la salud (OMS, 2019), La tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo, en el año 2019 cerca de 10 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,6 millones murieron por esta enfermedad (4). Se estima que en 2017 enfermaron de tuberculosis un millón de niños y que 230 000 niños murieron debido a esta causa, la tuberculosis sigue constituyendo una crisis de salud pública y una amenaza para la seguridad sanitaria, según las estimaciones de la OMS, hubo 558 000 nuevos casos de resistencia a la rifampicina (el fármaco de primera línea más eficaz). (3)

A nivel mundial, la OMS (2019) dice que la incidencia de la tuberculosis está reduciéndose a un ritmo del 2% anual aproximadamente, esta cifra debe aumentar al 4-5% con el fin de alcanzar las metas para 2020 de la Estrategia Fin a la TB, se estima que entre 2000 y 2017 se salvaron 54 millones de vidas gracias a la dispensación de servicios de diagnóstico y tratamiento contra la tuberculosis. (4)

La OPS (organización panamericana de la salud) (2017) menciona que la tuberculosis es un problema que aqueja la salud pública en todas las regiones de las Américas donde nos muestran que la cifra es de 270.000 casos y 23.000 de fallecidos Por año. Siendo las poblaciones más afectadas como son los sitios más vulnerables y con bajos recursos económicos o condiciones de salud deficiente. La concentración de esta enfermedad la podemos encontrar en las ciudades de Guayaquil, Lima y Montevideo por lo que se registraron más del 50% de casos infectados en el país. (5)

Según la OMS (2017), la cifra estimada de personas que contrajeron la tuberculosis 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 de las cuales el 74% era de África y el 56% vivían en cinco países: India, Indonesia, China, Filipinas y Pakistán. (6)

El Banco Mundial (2016) (The World Bank) menciona que la tuberculosis es una de las enfermedades más mortales en el mundo ocasionando el fallecimiento de una

persona cada tres minutos, hoy en día 9 millones de personas contraen la infección y 1.5 millones mueren a causa de esta enfermedad. Este es un problema que afecta al sector de África meridional pudiéndose observar que 2.500 a 3.000 casos por 100.000 habitantes lo que es 10 veces más en los años anteriores, los factores que originan a que esta tasa de incidencia se eleve es a causa de malas condiciones de vida, la alta prevalencia del VIH, la pobreza, la exposición del polvo y la mala alimentación. (7)

AIC (Agencia Informativa Conacyt) en México, interpretado por Cacho (2015), muestra que tiene una incidencia de mortalidad por la tuberculosis demostrando que cada año se rastrearon más de 15 mil nuevos casos por esta infección pulmonar y casi de 2 mil defunciones y que el 60 % afecta al género masculino donde cuya información nos dio a saber la doctora epidemiológica Graciela Solache Alcarraz. (8)

Por su parte, Bandera & otros (2018), refiere que las estadísticas de Cuba nos mencionan sobre la enfermedad pulmonar según datos del ministerio de salud pública (MINSAP) donde el 2015 y 2016 hubo un aumento de 5.8 y 5.7 por cada 100 mil habitantes mostrando un riesgo de mortalidad. En otro punto se registró que hubo una diferencia de 42 casos en el 2015 y 55 en el 2016, las autoridades de este país han considerado puntos razonables para los avances de la carga de mortalidad por tuberculosis y así alcanzar la vigilancia y el monitoreo para esta enfermedad. (9)

En Brasil, Víctor (2017) da a saber que tiene una de las altas tasas de incidencia de la tuberculosis ubicado en la zona del sur de Rio de Janeiro que cuenta con más de 100.000 personas que habitan en ese lugar lo cual nos refiere que es un foco infeccioso de alto riesgo en la ciudad del país, el porcentaje que se muestra es de 372 casos de tuberculosis por 100.000 habitantes siendo 11 veces mayor en todo el país. En el 2014 se notificaron 68.467 casos de esta tisis en todo Brasil quedando en el puesto 17 de 22 países. (10)

MSP (Ministerio de Salud Pública) en Ecuador (2017) señala que en el 2015 se notificaron 8.400 casos nuevos de tuberculosis y 19.000 muertes a causa de esta enfermedad que representa una alta tasa de incidencia de mortalidad con un

porcentaje de 29.4% y 2.1% por 100.000 habitantes. Que por la misma situación se elaboró un plan estratégico nacional para la prevención y control de la tuberculosis 2017-2020. Lo que representa un desafío importante para el país de Ecuador. (11)

En Colombia en el 2017, López, indica que se detectaron 14.480 casos de tuberculosis que representa un 64.3% en el cual 12.817 pertenecen a las personas étnicas afectando así la población vulnerable, personas privadas de su libertad y los que habitan en la calle. Por otro lado, existe el hacinamiento en que viven, de esa manera se facilita la transmisión activa de la enfermedad. (12)

En el país vecino de Bolivia el Ministerio de Salud (2018), muestra una tasa de tuberculosis teniendo un registro de 7.538 en el 2017 lo que significa un porcentaje de 79% mientras 192 en los centros penitenciarios por la misma razón el estado está empleando un plan de control de TB en Bolivia 2016-2020 para que todo usuario cumpla los compromisos sobre la estrategia para poder disminuir y fortalecer el control de la enfermedad. (13)

Según Soto (2016) la Tuberculosis pese a la pandemia a causa del COVID-19 continua siendo un problema de alto impacto en salud pública, y es de especial realce en países en desarrollo tal como el nuestro, según la Dirección General de Epidemiología en Perú, cerca de 27 000 casos nuevos de enfermedad activa son notificados cada año (14), siendo la forma pulmonar la más frecuente pues aproximadamente es el 82% de todos los casos; para Andueza y otros (2000), existen ciertas condiciones que favorecen la aparición de la enfermedad tales como la calidad de la fuente de infección, el contacto con sintomáticos respiratorios, el tiempo de exposición, edad, nivel socioeconómico, hacinamiento, desnutrición, entre otros. (15)

A nivel nacional Minsa informó que en el año 2017 se detectaron 31.087 nuevos casos de tuberculosis de esa manera nos indica un riesgo alto, en más de 10 regiones del Perú (Lima, Metropolitana, Callao, Ica, La Libertad, Loreto entre otros con un porcentaje del 75% de morbilidad a nivel del país. En el cual el estado invertirá 142 millones de soles para crear un plan de intervención contra la tuberculosis 2018-2020 cuyo objetivo es disminuir esta enfermedad progresiva. (16)

En el Perú según el boletín de MINSA (2013) cada año se hace saber que son aproximadamente 29 mil casos nuevos de personas con enfermedad activa y 17 mil casos nuevos de tuberculosis pulmonar encontrándose la presencia de bacterias de la tuberculosis en la baciloscopia considerándose como frotis positivo, considerándose así el país con mayor número de pacientes con TBC. (17)

En el Centro de Salud Militar del cuartel general del ejército, es un establecimiento de nivel I.3 pertenece a la DIRIS Centro y se halla en el Cuartel General del Ejército (CGE), ubicado en la Av. Boulevard s/n San Borja, atienden los servicios de medicina general, medicina física, obstetricia, psicología, odontología, laboratorio, farmacia, tópico de emergencias, triaje, vacunatorio, inmunizaciones, oftalmología, otorrinolaringología, endocrinología, sala de observación y servicio de urgencias, programa de tuberculosis y asistencial social. Los asistentes a este centro de salud son tanto militares como empleados civiles, siendo una población de 7490 personas atendidas por este centro ya que en el Cuartel General del Ejército es la cantidad entre militares y empleados civiles que existe hoy en día actualmente.

Se han registrado entre el 2020 y el 2021, 105 pacientes con tuberculosis de los cuales, 75 están haciendo tratamiento ambulatorio (civiles) desde sus casas y 30 casos han sido aislados dentro del Centro de Salud del cuartel por ser militares, no permitiéndoseles salir de las instalaciones del hospital hasta su completo restablecimiento ya que por ser una enfermedad muy contagiosa se corre el riesgo de que se propague a pesar de que los pacientes sigan estrictamente con el tratamiento.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes internacionales

BACILIO & ROMERO (Ecuador, 2019), realizaron la tesis “Adherencia al tratamiento de la tuberculosis en los pacientes atendidos en el Centro de Salud de Santa Elena. 2019”, tuvieron como objetivo evaluar la adherencia terapéutica a los pacientes que se encuentran en tratamiento antituberculoso en el Centro de Salud de Santa Elena. Tiene un enfoque cuantitativo, transversal y el universo es de 30 pacientes que están incluidas en la Estrategia de Prevención y Control de la TB, para la recolección de datos se utilizó una encuesta que fue aplicada y analizada estadísticamente, donde se evidencia la problemática que conllevan a la no adherencia al tratamiento de la enfermedad según normas del Ministerio de Salud Pública. Los resultados del análisis evidencian que los afectados tienen un déficit de conocimientos ya que el 62% desconoce los efectos adversos de los medicamentos; al determinar los factores asociados que influyen al abandono del tratamiento, el 75% manifestaron reacciones adversas al tratamiento, el 87% se han sentido deprimidos por padecer la patología, el 25% no tiene el apoyo familiar, el 87% consideran que la ubicación del establecimiento se encuentra lejos de su domicilio y el 25% que el personal sanitario no es receptivo a sus inquietudes acerca de su enfermedad. Con base a los datos obtenidos se concluye que no existe una buena adherencia terapéutica en los pacientes de este establecimiento de salud.

(18)

Comentario.- La Tesis maneja la variable de adherencia al tratamiento de la TBC, la cual fue manejada en un Centro de Salud, donde se mostró que la mayoría desconoce los efectos adversos de los medicamentos para el tratamiento de la TBC, en el presente plan de intervención se enfermería, también se vio acerca de cuántos pacientes han terminado el tratamiento o lo continúan llevando a cabo, y cuántos han desertado y los motivos de ello.

MARTÍNEZ Y COLS (México, 2017), realizaron el estudio “Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar. México”, tuvo como objetivo identificar los factores familiares que favorecen el apego al tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Material y métodos, estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, realizado en la unidad de medicina familiar (UMF) No. 33 de Reynosa, Tamaulipas. Se incluyó al total de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar de primera vez seleccionados mediante censo nominal. Resultados, se identificó a 57 pacientes con tratamiento de tuberculosis pulmonar. Fue determinada una prevalencia de 0.02%, con predominio del sexo masculino (56%). La edad mínima fue de 18 años y la máxima de 83, con una media de 39 ± 12 años, moda de 26 y mediana de 50.5; 85% de los pacientes inició con un tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES), 66.6% logró la curación al final del tratamiento, 19.2% continuó en retratamiento y 12% abandonó el tratamiento; 92.2% refirió afectación en su vida personal después del diagnóstico de TBP. De los pacientes con abandono al tratamiento, 75% presentaba algún grado de disfunción familiar. Conclusiones, la prevalencia de TBP en la UMF fue de 0.02%, cifra notoriamente inferior a la media nacional, que es de 15 por cada 100 mil habitantes. Se observaron niveles más altos de disfunción familiar y rechazo social en los pacientes con abandono al tratamiento que en aquellos con diagnóstico de curación, quienes presentaron mayor funcionalidad familiar. (19)

Comentario.- En la investigación se determinaron los factores que favorecieron al apego del tratamiento de la tuberculosis pulmonar, al igual que el presente plan de intervención la idea central es que los pacientes se adhieran al tratamiento y los continúen hasta que lleguen a su culminación.

Mesén & Chamizo (Costa Rica, 2018), realizaron un estudio sobre “Determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Estudio de un caso urbano, el cantón de Desamparados”. Costa Rica. El objetivo fue identificar las condiciones que conllevan a la suspensión del tratamiento. Materiales y métodos: El método que se utilizó fue Cuantitativo descriptivo correlacional de corte trasversal. Los resultados que se obtuvieron

fueron, de los 47 pacientes se encontró a 43 casos denominados como nuevos, 9 no se han adherido al tratamiento; esto porque en su mayoría son indigentes que por uno u otro motivo acudieron a los servicios de salud, pero no se pudo precisar su dirección o esta no era correcta. Entre las conclusiones: se evidencia la importancia del contexto familiar y el apoyo que este ofrece al paciente en el proceso de curación, pero también la escasa importancia que este significa en el proceso de gestión de los servicios de salud. Se ha evidenciado que existen muchos pacientes portadores que se quedan fuera del tratamiento debido a problemas sociales y de otra índole que ellos presentan, razón por la que se les pierde el rastro y no se les vuelve a buscar. Se explica que no existe una red de información adecuada que permita la comunicación continua y oportuna entre las diferentes áreas de atención del paciente portador de tuberculosis. (20)

Comentario.- en Esta investigación también se lleva a cabo la variable adherencia al tratamiento, pero este estudio se enfoca más hacia los motivos de la interrupción del tratamiento de la tuberculosis. En el presente plan de intervención en una parte de ella se determina cuántos pacientes han interrumpido el tratamiento y el porqué de ello.

2.1.2 Antecedentes nacionales

ILLA (Callao, 2020) realizó la tesis “La adherencia al tratamiento antituberculoso y la relación comunicativa entre el personal de salud y la persona afectada por tuberculosis en el A.H. Bocanegra – Callao”, siendo su objetivo describir la relación comunicativa entre el personal de salud y la persona afectada por tuberculosis (PAT) en el proceso de adherencia al tratamiento contra esta enfermedad en el A.H. Bocanegra entre agosto 2019 y enero del 2020. Para ello primero se determinó el tipo de relación existente entre el personal de enfermería y la PAT, el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso y los factores comunicativos que influyen en esta. Se utilizó una metodología mixta con énfasis cualitativo y de alcance descriptivo para lo cual se hizo uso de cuestionarios y fichas de observación. De los resultados se concluye que una mala relación con el personal de salud influye de manera negativa en la adherencia al tratamiento; Además que existe una mayor

participación del paciente en el cuidado de su salud en aquellos que mostraron mejor adherencia. (21)

Comentario.- En este estudio se ve también el tema de la adherencia al tratamiento, pero a través de la comunicación entre el personal de salud y el paciente. En el presente plan de intervención se busca que los pacientes se adhieran al tratamiento hasta que lo culminen en su totalidad, haciendo un seguimiento e internando al personal que padece tuberculosis.

ROSALES (Junín, 2020), realizó la tesis “Factores de adherencia terapéutica en adultos con tuberculosis en la Red Valle del Mantaro – 2018”, siendo su objetivo determinar los factores más influyentes en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos con tuberculosis Pulmonar de los Centros de Salud: Juan Parra del Riego, Justicia Paz y Vida, Chilca, Auquimarca, y La Libertad de la Red Valle del Mantaro del 2018. Estudio observacional, transversal, retrospectivo, analítico, en 105 pacientes seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia en Centros de Salud de la Red Valle del Mantaro – 2018, aplicando el cuestionario de Morisky-Green-Levine. Tamaño de la muestra 105 pacientes. Género masculino 56,2%. Pacientes adherentes al tratamiento 58,1%. En adherentes: rango etario más frecuente 18 a 42 años, 30,5%; terminó la secundaria 27,6% y el 39% de estrato económico bajo. Factores más influyentes para la adherencia terapéutica: abastecimiento de medicamentos $X^2=82,371$, fracaso en terapias anteriores $X^2=72,086$ y reacciones adversas al medicamento $X^2=35,438$; todos con $p=0,000$. Conclusión: los pacientes adultos con tuberculosis pulmonar tienen adherencia en un 58,1%. Los factores más influyentes en la adherencia son los relacionados a la enfermedad, al equipo de atención y al paciente. (22)

Comentario.- la investigación tiene como variable principal factores de adherencia terapéutica al tratamiento de la TBC, relacionándose con el presente plan de intervención de enfermería.

CÁRDENAS (Lima, 2020) realizó la tesis “Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud Santa Anita, 2019”, cuyo objetivo fue determinar la relación significativa entre la Agencia de Autocuidado y la Adherencia al Tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita. Material y Métodos: Estudio con enfoque Cuantitativo, tipo descriptivo correlacional, de corte transversal. La muestra de estudio quedó constituida con 80 pacientes que reciben tratamiento antituberculosis en los dos Centros de Salud. Se aplicaron los instrumentos adaptados al estudio: Cuestionario CAAUTUP y Test de Morisky Grenn; con una concordancia significativa de validez 0,97 y 0,98 y una confiabilidad de 0,83 y 0,84 respectivamente. Resultados: Se apreció una adecuada Agencia de Autocuidado 45.0%, y Adherencia al tratamiento en el 72.7%. Entre la Agencia de Autocuidado y la Adherencia al tratamiento, se evidenció una relación positiva media significativa ($r_s=0.455$). En la Agencia de Autocuidado todas sus dimensiones evidencian relación significativa con la Adherencia al tratamiento: Consumo suficiente de alimentos y agua ($r_s=0.162$); Eliminación ($r_s=0.299$); Actividad y descanso ($r_s=0.194$) e Interacción social y personal ($r_s=0.249$), poseen relación positiva media y las dimensiones Prevención de riesgos ($r_s=0.632$) y Promoción del funcionamiento y desarrollo personal ($r_s=0.509$), poseen relación positiva considerable. Para la Adherencia al tratamiento sus dos dimensiones, evidencian relación significativa positiva media con la Agencia de Autocuidado: Asistencia al tratamiento farmacológico ($r_s=0.341$) y Conductas frente al tratamiento farmacológico ($r_s=0.285$). Conclusión: La Agencia de Autocuidado se relaciona significativamente con la Adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar. (23)

Comentario.- En esta investigación se toman dos variables: agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento de la TBC, dando más importancia para el presente plan de intervención la variable adherencia al tratamiento, relacionándose ambos estudios. La investigación utilizó un cuestionario mientras que en el presente plan de intervención se han utilizado dos, uno por cada taller.

GIBSON, SAUÑE & MORENO (Lima, 2017) realizaron la tesis “Estrategias de afrontamiento que adoptan los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y su relación con la adherencia al tratamiento”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre la estrategia de afrontamiento de los pacientes frente al diagnóstico de tuberculosis pulmonar con la adherencia al tratamiento en el Centro de Salud Doctor Enrique Martín Altuna en el distrito de Puente Piedra. Material y método: estudio descriptivo de corte transversal; se utilizó como técnica de aplicación el cuestionario Brief Cope que fue adaptada y validada, el cual mostró un alfa de Cronbach entre 0.60 y 0.80 para cada estrategia; la segunda técnica que se aplicó fue el test de Morisky - Green que evalúa la conducta del paciente frente al cumplimiento del tratamiento, los instrumentos fueron aplicados en 50 pacientes que cumplieron el criterio de inclusión. Resultados: un 88% de los pacientes presentan adherencia y un 12% presentan no adherencia. Conclusiones: las estrategias de afrontamiento están relacionadas significativamente con la adherencia al tratamiento de tuberculosis. (24)

Comentario.- En la investigación se hallan dos variables, siendo la independiente la estrategia de afrontamiento de pacientes con TBC y la dependiente es la adherencia al tratamiento, la cual se utiliza en el presente plan de intervención de enfermería, en donde también se analiza el comportamiento del paciente frente a la enfermedad.

2.2 Base teórica

Varios estudios, como el de Ataíde I. et al (2016) (25), señalan que los pensamientos y actitudes de las enfermeras sobre la tuberculosis, deben ser considerados un factor de estudio en el manejo de la enfermedad puesto que condicionan el cuidado. El proceso de pensamiento influye en las emociones y actitudes que pueden aproximar a los profesionales a los pacientes, proporcionando así un alto nivel de atención, o por el contrario distanciarlos. La tuberculosis no supone solo una entidad biológica, también es un fenómeno social impregnado de significados y simbolismos que marca profundamente a las personas y los grupos sociales.

En este sentido, Michaels C. et al (2008) (26) concluyen su artículo afirmando que los valores y las creencias de los pacientes siempre están detrás cuando se niegan a tomar la medicación o a seguir los controles. El hecho de que sea una enfermedad infecciosa y muy estigmatizada crea un prejuicio, que no es ajeno a los profesionales, y puede llevar al paciente a un aislamiento social obligatorio o voluntario. Asimismo Calsin N et al (2015) (27) sugieren que para luchar contra el estigma es necesaria mayor difusión y conocimiento sobre el mecanismo de contagio. Para ello, James S. et al (2010) (28) y otros autores apuestan por una formación continuada, que ayude a subsanar la falta de conocimientos. El personal de enfermería es la piedra angular de los programas de control de la enfermedad, puesto que son los que más contacto tienen con el paciente durante todo el proceso de tratamiento.

Además, James (2010) destaca la figura de las enfermeras de Atención Primaria, puesto que se encuentran en una posición propicia para la educación para la salud, tal y como señalan varios autores. La adherencia no es exclusivamente responsabilidad del paciente, ni tampoco de los profesionales de la salud. Es una combinación del trabajo de ambos hacia una meta común, por lo que las intervenciones encaminadas a reducir la adherencia deben incluir a ambos). (28)

Quevedo L. et al (2015) (29), entre otros, defienden que la entrevista es el momento clave para que el personal enfermero estable una relación de ayuda con la persona que presenta la enfermedad. Para controlar eficazmente la adherencia al tratamiento antituberculoso se debe conocer a cada paciente en profundidad, indagando especialmente sobre todos aquellos factores que pueden influir en la toma de tratamiento. Además, les otorga a los pacientes la oportunidad de definirse a sí mismos y contar su realidad. James S. et al (2010) (28) apuesta porque esta es la mejor forma de detectar quienes tienen un mayor riesgo de abandonar el tratamiento, y poder así realizar una actuación primaria a temprana.

Según Quevedo (2015), la comunicación se ha convertido en la estrategia principal para trabajar la adherencia por varios motivos, entre los que destaca el hecho de que nos permite conocer las dudas, temores y angustias de los pacientes (29). En relación con esto, García MCC et al (2014) (30) añaden en su estudio que la manera de abordar los pensamientos de los pacientes debe ser mediante el uso de

preguntas abiertas focalizadas. De esta forma Ale, et al (2017) dice que “se pueden contemplar todos los miedos y mitos que los pacientes tienen sobre la enfermedad, y solventarlos mediante información y educación para la salud”. (31).

Numerosos autores (Matínez y otros, 2014) (32) han demostrado que la falta de información supone un motivo de peso en el abandono del tratamiento. Otro de los motivos es poder preparar a los pacientes ante las posibles complicaciones del tratamiento, y resaltar la importancia de los controles mensuales para un correcto seguimiento.

Autores como Gallardo C. et al (2014) (33) y Calsin N. et al (2015) (27) han recopilado en sus estudios, como reacciones adversas más comunes entre sus participantes, la sensación de quemazón, náuseas, vómitos, dolor abdominal y dolor neuropático. En ocasiones las molestias causadas por estos efectos son mucho mayores que los beneficios percibidos por los pacientes, por lo que acaban dejando el tratamiento. Para Quevedo (2015) el incumplimiento de las indicaciones médicas, no solo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito, sino que produce un aumento de la morbilidad y mortalidad (29). Ale y otros (2017) manifiesta que las enfermeras en este aspecto apuestan por mejorar la incentivación y equipar a los pacientes con conductas a adoptar en caso de empeoramiento de los síntomas. (31).

Además de todo este cuidado directo, las enfermeras también tienen un papel principal en el cuidado indirecto de la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis. En sus manos recae la responsabilidad de realizar programas de prevención y educación para la salud, promoviendo la participación de la comunidad. Por otra parte, diversos autores (Musayon, et al, 2010; Shimamura, et al, 2010) (34,35) destacan también a importancia de su participación, a nivel político y económico, en cuestiones relacionadas con la salud

Figura 1: Aspectos que más se destacan en el cuidado de la TBC por parte del personal de enfermería



Frente a lo expuesto anteriormente, se destacan las siguientes teoría y modelo de enfermería:

2.2.1 Teoría de Dorothea Orem

Vega y Gonzales (2017) dicen que la adherencia al tratamiento se sustenta en lo descrito por Dorothea Orem. (36), donde hace mención lo siguiente en la efectividad del tratamiento: “Existen tres teorías: del autocuidado, del déficit de autocuidado y de los sistemas de enfermería”. La teoría general abarca en la promoción y el mantenimiento de la salud. Mientras que el rol de enfermería es observar, examinar, y verificar problemas de salud en el usuario.

Teoría del autocuidado. Una investigación desarrollada en Colombia titulada Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem, por López y Guerrero (2006) refieren que: “La teoría del Autocuidado expresa la práctica de actividades que los individuos realizan por sí y para sí mismos, para mantener la vida, la salud y el bienestar.” (37) (p.92).

Naranjo (2019) considera que es una teoría general que se basa en la acción del mismo individuo para beneficio propio, cumpliendo una serie de requisitos universales para identificar cuando la persona necesita ayuda, además de cubrir factores que puedan alterar su propia salud y compensarlas con actividades que controlan elementos de riesgo en el desarrollo de su vida. (38)

Teoría del Déficit del Autocuidado. La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto. (39)

Esta teoría hace referencia a la incapacidad o limitaciones que el individuo enfermo padece, ocasionando un cuidado ineficiente o incompleto. El personal de enfermería tiene la responsabilidad de cubrir las necesidades de los pacientes brindando cuidados que mejoren la calidad de vida, se refleja en acciones que permiten afrontar la enfermedad identificando necesidad y ayudado a satisfacerlas, todo en un marco ético y legal.

Sistema de Enfermería. En la revista científica Ciencia y Cuidado existe un artículo acerca de la Teoría de Dorothea Orem, mencionando que: “La teoría de sistemas enfermeros es aquella que involucra el personal de enfermería, quienes ayudan a cubrir las necesidades del usuario dependiendo de la capacidad y voluntad del mismo” (36).

Las actividades que proporciona el profesional de enfermería para cubrir las necesidades de los pacientes se rigen en tres teorías: Totalmente compensatoria cuando el paciente no puede realizar ninguna actividades en su autocuidado y depende plenamente del personal de salud a cargo, parcialmente compensatoria hace referencia al autocuidado con limitaciones que el paciente no puede realizar compensándolos por el personal de enfermería y el sistema de apoyo educativo refiera a la promoción y prevención de salud por medio de la educación del paciente. (40)

2.2.2 Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender

Se relaciona a la presente investigación el Modelo de Promoción de la salud propuesto por Nola pender que consiste en: “Amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud”. (41) (p.17)

El personal encargado de la Estrategia de Prevención y Control de la tuberculosis deberá implementar actividades que ayuden al afectado y a su entorno a familiar a cambiar su perspectiva acerca de su enfermedad, de esta manera el paciente tendrá motivación, la intención de conseguir su meta es el punto clave que aumenta la probabilidad de lograr su objetivo.

2.3 Base conceptual

2.3.1 Tuberculosis

a. Concepto

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por *Mycobacterium tuberculosis* o Bacilo de Koch, una bacteria que se transmite de una persona a otra a través de pequeñas gotas de saliva expulsadas por los pacientes con enfermedad pulmonar activa al hablar, toser o estornudar. Esta infección puede ser asintomática en personas sanas si se tiene un sistema inmunológico fuerte; sin embargo, en una infección activa, los síntomas que se presentan son tos, a veces con esputo que puede ser sanguinolento, dolor torácico, debilidad, pérdida de peso, fiebre. (42)

b. Epidemiología

La TB se encuentra en la séptima posición dentro de la clasificación mundial de causas de muerte y se prevé que si no se implementan mejoras en su diagnóstico y abordaje, esta lamentable realidad podría permanecer hasta el 2030 (43), además se estima que un tercio de la población mundial está infectada con MTB. (44)

En Latinoamérica aproximadamente se reportan 500 000 nuevos casos de TB anualmente, estimándose en Sudamérica y el Caribe un total de 645 000 casos (45). En nuestro país, Lima es el departamento con más prevalencia de TB (60%); gran parte de estos casos se concentran en Lima Metropolitana, y en sus distritos: La Victoria, San Juan de Lurigancho y El Rímac. (46)

c. Etiología

El Mycobacterium Tuberculosis es una bacteria aerobia, no esporógena, bacilar, que mide 0,5 por 3 μm . Las micobacterias, suelen no teñirse con la coloración Gram (son neutras). No obstante, una vez teñidos, las bacterias no pueden cambiar de color con el alcohol ácido, una propiedad que los caracteriza como bacilos acidorresistentes. (46)

d. Fisiopatología

Lo común es que la infección tenga como punto de partida, cuando una persona sin antecedentes de infección por TB entra en contacto con un paciente bacilífero, el cual al hablar o toser expulsa micro partículas, capaces de llegar al alvéolo pulmonar del nuevo infectado, donde inicialmente el MTB es fagocitado por los macrófagos de su pared, sin embargo, estos acontecimientos dependerán de la virulencia del patógeno y de la capacidad de respuesta inmune. Si el bacilo consigue evadir la respuesta inmune, se multiplica activamente a nivel interior del macrófago. Localmente y como respuesta defensiva, se forma un foco inflamatorio, que al comienzo no es específico. (46)

Para Dorronsoro y Torroba ciertos tejidos en particular favorecen la retención y la multiplicación bacilar: riñón, epífisis de huesos largos, ganglios, cuerpos vertebrales, pero ninguna en la forma como son los segmentos ápico posteriores de los pulmones; la contribución a la gravedad y la aparición de la enfermedad clínica de estos y otros componentes de la respuesta inmunológica a la TB sigue siendo investigada. (46)

e. Manifestaciones clínicas

La sintomatología de la TB es inespecífica y muy fluctuante en cada paciente. Las manifestaciones generales típicas consisten en un cuadro clínico subagudo o crónico caracterizado por pérdida ponderal, astenia, anorexia, sensación de alza térmica a predominio vespertino y diaforesis nocturna. Estas manifestaciones, a pesar de su inespecificidad, deben alertarnos para

hacer un screening de la enfermedad, sobre todo en países considerados como endémicos de TB, como es el nuestro. (46)

f. Diagnóstico

El 80% de los casos nuevos de TB pulmonar y 55% de TB extrapulmonar se diagnostican por hallazgos microbiológicos, el porcentaje restante se diagnostican por la clínica, hallazgos imageneológicos y demás exámenes complementarios. En el Perú recientemente se cuenta con baciloscopía directa y el cultivo en medio sólido y medio líquido como métodos para el diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis. (47)

g. Tratamiento

La fase primaria consta de dos meses de tratamiento con cuatro medicamentos antituberculosos de administración diaria: H (isoniazida) + R (rifampicina) + Z(pirazinamida) + E(etambutol). Si el resultado microbiológico de esputo al final del segundo mes es positivo, se deberá efectuar una prueba de sensibilidad. Con estos resultados se tomará la decisión de hacer cambios o no en el tratamiento instaurado. La fase de continuación consta de cuatro meses de tratamiento con dos drogas: H + R. La fase de continuación puede realizarse en forma diaria o en forma intermitente. (48)

En el Perú, todos los tratamientos antituberculosos están regulados por la RM N°752 –2018/MINSA denominada Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis, aprobado por el MINSA en el 2018. En este documentos se detalla los medicamentos que debe recibir el paciente según el tipo de TBC que padezca, el tiempo que dura el tratamiento, los exámenes de control, así como el acompañamiento que debe de tener por parte del personal de salud. Para todos los casos, antes de iniciar el tratamiento, el paciente es libre de decidir si quiere o no recibirlo; esta decisión es apresada mediante un consentimiento informado luego que el personal de salud le ha brindado toda la información necesaria sobre la enfermedad, así como las consecuencias de no llevar el tratamiento y los

efectos secundarios que este puede tener. La administración del tratamiento debe ser supervisada de manera directa por el personal de enfermería de Lunes a Sábado (incluido los feriados) de esta manera se garantiza el cumplimiento de las dosis programadas. En ese sentido la norma también señala que es el personal de enfermería el responsable de “organizar la atención integral de la persona afectada por TB, su familia y la comunidad” (49) para lo que deberá:

1. Organizar la búsqueda de casos nuevos mediante la educación de la comunidad y la coordinación con el personal de otras áreas.
2. Educar y brindar consejería al paciente y a su entorno más cercano para un adecuado seguimiento del tratamiento antituberculoso, así como del control de salud de los familiares del paciente.
3. Organizar, administrar y realizar el seguimiento necesario durante el tratamiento de las PAT coordinando las acciones de las demás especialidades que influyen en el proceso de recuperación.
4. Promover la adherencia adecuada al tratamiento mediante el planteamiento de estrategias específicas para prevenir la irregularidad y el abandono del tratamiento en cada paciente
5. Coordinar el seguimiento del tratamiento, explicar los resultados de los exámenes de control a los pacientes y educar al entorno en prevención de la TBC.
6. De ser necesario, organizar, suministrar y monitorear el tratamiento preventivo brindado a niños, gestantes y adultos mayores pertenecientes al entorno cercano del paciente a fin de evitar la propagación de la enfermedad.
7. Organizar las derivaciones y transferencias de los pacientes de un centro de salud a otro.
8. Registrar y analizar la información a fin de generar estrategias de promoción y prevención de salud a nivel local.

En el caso de las PAT farmacosenesibles, el tratamiento tiene una duración de 6 meses. Durante ese tiempo los exámenes de control mensual incluyen la evaluación de enfermería, baciloscopia y control de peso. Solo en el segundo y en el sexto mes, se añade la evaluación por el médico tratante, evaluación

psicología, nutricional y por el área de trabajo social. En caso el paciente presente alguna otra enfermedad crónica, como VIH o Diabetes, tendrá que evaluarse con el medico de esa especialidad de manera bimestral.

Si para el segundo mes del tratamiento, ambas baciloscopias de control han dado un resultado positivo, se realizarán exámenes adicionales para determinar si es resistente a alguno de los medicamentos suministrados. En caso de resultar positivos, el esquema de tratamiento y control varía.

Para las PAT farmacorresistentes el tratamiento puede durar desde 18 meses para la TB monorresistente hasta 2 años para TB MDR. Además de los medicamentos administrados por vía oral y controles de baciloscopia mensuales, se incluyen inyectables y el monitoreo de efectos adversos de los medicamentos. A pesar de que el tratamiento para estos pacientes es más agresivo y más largo; e incluso en los casos de TB XDR incluyen el internamiento y aislamiento del paciente, la visita al servicio de trabajo social y psicología se realiza cada 6 meses, lo cual, según la evaluación del PEM 2010 – 2019 es una barrera para la lucha contra la TBC, ya que no se brinda una atención integral ni un correcto acompañamiento del paciente, recayendo toda la responsabilidad sobre el personal de enfermería, quien en ocasiones al no darse abasto, genera una sensación de maltrato en el paciente. (49)

h. Tuberculosis en el Perú

A pesar de que esta enfermedad es prevenible y curable, la OMS señala a la TBC como una de las 10 principales causas de muerte alrededor del mundo, presentándose con una incidencia del 62% en Asia Sudoriental y Pacífico Occidental y el un 25% en África. En lo que respecta a América Latina, en el documento de la OPS “Tuberculosis en las Américas 2018” se menciona que el 87% de los casos de TBC en la región se encuentran distribuidos en 10 países, concentrando más de la mitad Brasil, Perú y México. Además de ello, menciona que solo cinco países de América concentran el 70 % de carga de los casos estimados de TBC RR/MDR o TBC farmacorresistente; siendo Perú el primero en esta lista con el 30.9% y el único país del continente americano que se encuentra entre los 30 países con mayor cantidad de casos de este

tipo de tuberculosis. Así mismo, la probabilidad de contagio y muerte por esta infección se agrava en personas con VIH, personas de bajos recursos económicos, migrantes, personas privadas de su libertad, con trastornos mentales o con adicción a las drogas o alcohol. (50)

Según el Sistema de Información Gerencial de la Tuberculosis del MINSA, la tasa de incidencia de esta enfermedad en el Perú por cada cien mil habitantes subió de 85.4 en el 2017 al 88.8 en el 2019. En ese sentido, señala que las regiones con mayor incidencia de TBC en el Perú son Ucayali con 144.2, Madre de Dios con 128 y Lima metropolitana con 106.8, seguidas del Callao con 99.6 y Loreto con 96.7. Sin embargo, por la cantidad de habitantes de cada región encontramos las regiones con mayor cantidad de personas afectadas por TBC son Lima Metropolitana y Callao. Así mismo, estas cifras son preocupantes si hablamos de la presencia de la TBC en pacientes con VIH o con Diabetes Mellitus (DM) la cual supera el 90% en ambos casos. (51)

2.3.2 Adherencia al tratamiento de la tuberculosis

Según la OMS, la adherencia al tratamiento se define como “la medida en que el comportamiento de una persona – tomar su medicación, seguir una dieta y/o ejecutar cambios en su estilo de vida – corresponden con las recomendaciones acordadas con su proveedor de salud” (52)

En ese sentido, se puede identificar dos puntos relevantes. El primero, que un tratamiento no está conformado solo por un régimen de medicamentos; si no que además se acompaña de otro tipo de conductas que no corresponden al ámbito farmacológico. El segundo es que se reemplaza la idea de “instrucciones médicas” por “recomendaciones acordadas”. Esto, porque el primero implica un paciente es un mero receptor de la información, es un agente pasivo que no toma acción sobre el cuidado de su salud ni su tratamiento; mientras que el segundo, la responsabilidad de un tratamiento exitoso es compartida.

Sin embargo, si se habla precisamente de la TBC, el concepto de la adherencia al tratamiento cambia el tono; pues esta se define como el nivel

en el que los medicamentos consumidos por el paciente coinciden con aquellos prescritos por el personal médico (52). No se hablan de recomendaciones ni cambios en el estilo de vida o dieta del paciente; y tampoco de consensos entre el paciente y el personal de salud. Esto debido a que el tratamiento antituberculoso es un tratamiento quimioterapéutico; el cual, en muchos casos se brinda de manera directamente observada en el cual el proveedor de salud se asegura personalmente que el paciente tome sus medicamentos diariamente y a la hora indicada.

Hasta aquí, podría parecer que durante un tratamiento antituberculoso, la persona afectada por la TBC cumple su rol como un sujeto pasivo, similar a un niño al que hay que cuidar; sin embargo, su participación para la adherencia es importante y la responsabilidad que tiene implica no solo el cuidado de su salud sino también el de su entorno. Esto debido a que una mala adherencia al tratamiento antituberculoso incrementa los riesgos de “morbilidad, mortalidad y resistencia a los medicamentos tanto a nivel individual como comunitario” (52)

La OMS señala que existen 5 factores que influyen en la adherencia al tratamiento antituberculoso: factor socioeconómico, relacionados al paciente, relacionados al régimen farmacológico, relación entre el paciente – proveedor de salud, y los patrones de prestación de asistencia sanitaria. (52)

La incidencia de la TBC puede funcionar como un indicador socioeconómico al ser una enfermedad que afecta principalmente a poblaciones en situación de pobreza, desnutrición y hacinamiento. Si bien es cierto el tratamiento antituberculoso en el Perú se brinda de manera gratuita, este debe de ir acompañado de una alimentación saludable que permita que la persona afectada cumpla su régimen con normalidad; lamentablemente esta alimentación de calidad puede resultar costosa para muchas personas, quienes al no alimentarse bien reaccionan de manera adversa a la medicación. Por otro lado, el soporte social también juega un rol importante; la Tuberculosis trae consigo una gran carga de estigma social sobre quienes la padecen. (52)

En muchos casos las personas con TBC se rehúsan a seguir el tratamiento ya que esto implica que su entorno (vecinos, amigos, etc.) conozcan su situación; pues al ser un tratamiento directamente observado tienen que asistir al centro de salud diariamente. Los factores relacionados al paciente hacen referencia a características como edad, etnia y género dependiendo de la sociedad en la que se desenvuelvan; así como el nivel de conocimiento que se tiene acerca de la enfermedad y la confianza en la quimioterapia. Entre otros factores comunes también se encuentra el abuso de alcohol y drogas; la depresión y el estrés psicológico. (52)

El tratamiento antituberculoso varía según el tipo de TBC que se busque combatir, este puede durar desde los 6 meses hasta 2 años, en los cuales el paciente debe asistir diariamente al centro de salud a recibir su medicación la cual incluye al menos 8 pastillas y en caso más agresivos, ampollas. Es por esto que un factor que dificulta la adherencia al tratamiento es el tratamiento en sí mismo, pues este resulta tedioso para el paciente quien, en muchos casos; una vez que se siente mejor abandona el tratamiento aun cuando no lo ha terminado; lo cual resulta contraproducente para él y su entorno. Además de ellos, en algunos casos puede tener efectos secundarios, como vómitos, fatiga, cansancio, etc. lo que puede llevar al paciente a pensar que “la cura es peor que la enfermedad” por lo tanto, prefiere seguir enfermo de TBC. (42)

El cuarto factor, y del que se trata esta investigación es la relación entre el paciente y el personal de salud. La OMS indica que siempre que el paciente se sienta satisfecho con la atención recibida en el centro de salud, regresará. En el ámbito de la TBC, según señala, influye mucho la empatía y asertividad que pueda tener el personal de salud al entrevistar al paciente. –muy relacionado a esto está el siguiente factor: los patrones de prestación de asistencia sanitaria, el cual además del experto profesional, incluyen la disponibilidad de los servicios de salud, y la infraestructura del centro de salud. Según Rubio, et. al. (1998) (citado en Jaramillo et al 2004) menciona que “Los médicos juzgados como "buenos" dentro del sector de la salud, son aquellos que no sólo responden al perfil del profesional en la habilidad de tratar una enfermedad, sino también porque "prestan atención al paciente y se muestran

receptivos a la información que éste ofrece, además de brindar una información inteligible al paciente". (53)

a. Factores relacionados con la adherencia

Numerosos autores (33) señalan que, el tratamiento y vigilancia de todos los pacientes diagnosticados de tuberculosis es la estrategia más efectiva para abordar la infección tuberculosa. Conocer el perfil de aquellos que abandonan el tratamiento puede ser de gran utilidad para crear intervenciones focalizadas que favorezcan la adherencia. Según Herrero M et al (54), se considera abandono del tratamiento cuando el paciente interrumpe el tratamiento durante 2 o más meses sin que se deba a una decisión facultativa, o bien cuando se pierde el seguimiento del paciente antes de que haya finalizado su tratamiento. Este fenómeno está influenciado por la interrelación de diversos factores que se pueden clasificar en: factores socioeconómicos, factores relacionados con la enfermedad, con el régimen terapéutico y con el equipo asistencial.

Factores socioeconómicos

Las condiciones personales de cada paciente, suponen un elemento a tener en cuenta a la hora de analizar la adherencia terapéutica. Son varios los factores que dificultan una correcta adhesión al tratamiento antituberculoso (Figura 2).

Figura 2: Factores socioeconómicos relacionados



- **Género masculino:** Todos los estudios seleccionados coinciden en que los hombres tienen mayor tendencia a abandonar el tratamiento antituberculoso que las mujeres. Herrero M et al (54) muestran en su estudio como la probabilidad de abandonar el tratamiento de los hombres es tres veces mayor. Este dato lo relaciona con el papel tradicional del hombre como principal fuente de ingresos en muchas familias. El hecho de tener que llevar dinero a casa, hace que muchos trabajadores prefieran no acudir a los controles médicos antes que faltar al trabajo. Las limitaciones laborales que genera la tuberculosis desencadena un estado de tensión y cambios de humor en los pacientes, y muchos de ellos se ven obligados a escoger entre el trabajo o el tratamiento de su enfermedad (29).
- **Bajo estrato socioeconómico:** Varios autores (54) coinciden en que no solo las características individuales del enfermo determinan el trascurso de la enfermedad, sino que las circunstancias sociales también juegan un papel fundamental. Desde la antigüedad, la tuberculosis ha estado asociada a la desnutrición, a la pobreza el hacinamiento y la falta de servicios básicos. Hoy en día está también relacionada con poblaciones vulnerables, con malas condiciones de vivienda e higiene de la misma (34). Además de la vivienda, las condiciones laborales también influyen, tal y como apunta el estudio de Choi H. et al (55) en el que afirman que los trabajadores, dentro de los sectores de la industria y la construcción, son los más propensos al abandono del tratamiento.
- **Bajo nivel educativo:** Relacionado con el punto anterior, diversos autores (55,54) concluyen que, a menor nivel educativo más complicada resulta la comunicación con el personal sanitario y, por consiguiente, que los pacientes comprendan la importancia de un adecuado seguimiento del tratamiento y controles de la enfermedad. La religión también puede influir en la adherencia, tal y como señala el estudio de Tachfouti N. et al (56), que relaciona la práctica religiosa con una mejor adherencia al tratamiento y a nuevos comportamientos saludables.

- **Abuso de alcohol y otras drogas.** En este aspecto, la mayoría de estudios (55,54) señalan una relación entre el consumo de alcohol y tabaco con los problemas de adherencia entre pacientes con tuberculosis. En contraposición, el estudio realizado por Tachfouti N. et al (56) en Marruecos, no encontró relación entre el tabaquismo y una menor adherencia al tratamiento, aunque dicho estudio tiene numerosas limitaciones debido a un sesgo en la selección de pacientes y a la forma de recoger la información.
- **Migración.** El aumento de la migración desde los países de renta media/baja a otros con mayor desarrollo socioeconómico, ha promovido la aparición de un nuevo grupo vulnerable a la enfermedad. Varios artículos (57) plantean que la población inmigrante ha supuesto un aumento en la proporción de casos de tuberculosis para los países receptores. Además, los resultados del tratamiento antituberculoso son peores que en la población autóctona. En relación con esto, diferentes autores (58) realizan un estudio en el que analizan exclusivamente cuales son las variables asociadas al abandono en la población inmigrante, y concluyen que las tres causas principales son: la falta de apoyo familiar, las dificultades de acceso al sistema sanitario y la alta movilidad de esta población. Estos factores además promueven que los inmigrantes dejen de tener contacto con el sistema sanitario, tras el diagnóstico, enmascarando así los abandonos sobre el tratamiento.
- **Falta de apoyo social y familiar.** La ausencia de una buena red de apoyo no solo es un factor influyente entre la población inmigrante, sino que también genera problemas de adherencia en el resto de los pacientes. Los resultados del estudio muestran como el 75% de los pacientes que abandonaron el tratamiento refirieron algún grado de disfunción familiar, según el test de Apgar Familiar. La pérdida o ausencia de soporte familiar asociada a diferentes fuentes de estrés, entre las que se incluyen el proceso de enfermedad, potencian y crean un alto nivel de vulnerabilidad en el paciente. En este sentido, Quevedo L. et al (29) añaden que cuando el paciente percibe apoyo, ayuda y preocupación por parte de la familia,

aumenta la confianza y la motivación para completar el tratamiento y reinserirse a su vida cotidiana cuanto antes.

Factores relacionados con la enfermedad

La comorbilidad asociada a la tuberculosis es un factor de riesgo importante en la adherencia al tratamiento. La coinfección con VIH u otro tipo de enfermedades tales como la diabetes, las hepatopatías, las neoplasias, el tratamiento esteroideo prolongado, la desnutrición o las gastrectomías pueden suponer un problema para el tratamiento tuberculoso. También se han descrito casos de disminución de la adherencia terapéutica en enfermos con problemas de salud mental tales como ansiedad, depresión o estrés (56). La forma de presentación de la enfermedad también supone una característica a tener en cuenta, ya que los enfermos con localización extrapulmonar presentan mayores tasas de abandono que los que presentan tuberculosis pulmonar (57).

Factores relacionados con el régimen terapéutico

El tratamiento es la estrategia más efectiva para prevenir la propagación de la tuberculosis. Tras dos semanas de tratamiento, la tuberculosis se vuelve asintomática y muchas personas dejan de tomar los comprimidos. En su estudio, Gallardo C. et al (33) analizan las características del tratamiento autoadministrado con Isoniazida durante 6 a 9 meses, puesto que ha sido el de elección más recomendado para la infección tuberculosa durante los últimos 50 años. Debido a que la larga duración del tratamiento, la aparición de reacciones adversas y el tipo de tratamiento, son factores con un gran peso y determinación a la hora de adherirse al mismo, se ha propulsado la búsqueda de nuevas alternativas. Se está apostando por la pauta de Rifampicina autoadministrada diariamente durante 4 meses, o la combinación de una pauta semanal de Isoniazida y Rifampicina combinada durante 3 meses con terapia directamente observada. No obstante, el número de fármacos y la frecuencia de administración de los mismos también son dos factores que dificultan la adherencia.

Por otro lado, hay autores (55,27) que añaden que, actualmente, los pacientes tratados con fármacos de segunda elección son los que tienen más probabilidades

de abandonar el tratamiento, puesto que estos tienen una duración mayor, un alto nivel de toxicidad y una menor eficacia. En definitiva, tal y como apuntan Calsin N. et al (27) en su estudio, muchos pacientes abandonan el tratamiento porque es extremadamente desagradable y restrictivo.

Factores relacionados con el equipo asistencial

La relación que se establece entre el enfermo de tuberculosis y el equipo asistencial es de suma importancia. En este sentido, Herrero M. et al (54) afirman que aquellos pacientes que no reciben suficiente información sobre la enfermedad y su tratamiento tienen una probabilidad 10 veces mayor de no adherirse al mismo. La confianza, la accesibilidad, la confidencialidad y la continuidad de cuidados deben ser los pilares sobre los que se sustente la relación terapéutica. Asimismo, el personal sanitario debe llevar a cabo acciones que promuevan actitudes y aptitudes que mejoren la salud individual, familiar y colectiva.

En pacientes con especial riesgo de abandonar el tratamiento, se recomienda aplicar el sistema de “Tratamiento directamente observado” (DOT) (57), y otras estrategias que se mencionarán más adelante. Las políticas sanitarias de cada país también tienen un papel determinante, puesto que la dinámica de los programas de vigilancia y control, y el interés de los gobiernos por este problema de salud pública influyen en las proporciones de abandono (27). Por otra parte, Araujo LGP et al (59) apuntan también que la demora en la atención sanitaria y los horarios incompatibles con los turnos de trabajo hacen que muchos usuarios dejen de acudir a las consultas. Además, añade que el retraso en el diagnóstico, o el uso de medicación errónea aumentan la probabilidad de abandono del tratamiento por parte del paciente

CAPÍTULO III

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

PLAN DE INTERVENCIÓN EN EL FORTALECIMIENTO DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS EN LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MILITAR DEL CUARTEL GENERAL DEL EJÉRCITO - LIMA, 2021

3.1 Justificación

La presente investigación se justifica por cuanto se ha visto la situación de la tuberculosis, reconociendo que es un problema muy serio de salud pública, esta investigación pretende determinar el fortalecimiento de la adherencia del tratamiento antituberculoso de los pacientes en el centro de salud militar, ver los factores propios y del servicio de salud que permitan que el tratamiento sea más efectivo de tal forma que se contribuya con la reducción del índice, es decir incidencia y prevalencia de esta enfermedad, ya que la tuberculosis implica un costo económico y social muy alto para el estado.

El área geográfica donde se realiza la investigación es un área donde trabajan tanto civiles como militares, no pudiéndose impedir la cercanía debido a sus labores y con un alto riesgo de poder adquirirla debido al rol que desempeñan, y lo que se desea con la investigación es brindar un aporte que origine un cambio favorable en la incidencia de esta patología.

Con el plan de intervención de enfermería se determinará cuántos pacientes atendidos por casos de TBC siguen el tratamiento de forma constante y cuántos han desertado, asimismo se les inculcará la importancia de no interrumpir el tratamiento.

3.2 Objetivos

Objetivo general

Establecer una adherencia marcada y reforzada con respecto al tratamiento de la tuberculosis en los pacientes del Centro de Salud militar del Cuartel General del Ejército.

Objetivos específicos

Identificar cuántos pacientes con tuberculosis siguen el tratamiento fielmente y cuántos lo han interrumpido y los motivos de la interrupción

Reforzar los factores propios del paciente que permiten la adherencia al tratamiento de la tuberculosis en el Centro de Salud Militar del Cuartel General del Ejército

Reforzar mediante campañas informativas el conocimiento del personal militar del Cuartel General del Ejército en cuanto a la tuberculosis, prevención, diagnóstico, sintomatología y tratamiento.

Reforzar en el personal militar del Cuartel General del Ejército el conocimiento de los hábitos alimenticios que previenen y complementan el tratamiento de la tuberculosis

3.3 Metas

- Identificar al 100% de los pacientes que tienen tuberculosis que llevan tratamientos y a los que lo interrumpieron
- 100% de los pacientes con TBC llenó el cuestionario
- El 80% del personal asistió a la campaña informativa. 80% de los asistentes fueron encuestados
- El 50% de los asistentes se realizaron prueba de esputo y hemoglobina
- El 80% de los participantes del taller entendieron la importancia de alimentarse adecuadamente para prevenir la TBC y llenaron el cuestionario

3.4 Programación de actividades

Actividad	Unidad de medida	Indicador	Meta	Cronograma	Responsable
<p>Identificar cuántos pacientes con tuberculosis siguen el tratamiento fielmente y cuántos lo han interrumpido y los motivos de la interrupción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar las historias clínicas de los pacientes que se encuentran dentro del programa de tuberculosis • Identificar a los pacientes que interrumpieron su tratamiento anti tuberculosis • Identificar a los pacientes que realizaron al tratamiento hasta el final o continúan aun su tratamiento 	Historias clínicas	$\frac{\text{Total de pacientes TBC}}{100} \times \text{Total pacientes c/tratamiento continuo}$ $\frac{\text{Total de pacientes TBC}}{100} \times \text{Total pacientes c/tratamiento interrumpido}$	<p>100% pacientes con TBC con tratamiento continuo</p> <p>100% pacientes con TBC con tratamiento interrumpido</p>	Enero (1 mes)	Enfermera responsable
Reforzar los factores propios del paciente que permiten la adherencia al tratamiento de la tuberculosis en el Centro de Salud Militar del Cuartel General del Ejército	Centro de salud Cuestionario Tablas y gráficas	$\frac{\text{Total de pacientes TBC}}{100} \times \text{Total residentes del CGE}$	100% de pacientes con TBC encuestados	Febrero – marzo (2 meses)	Enfermera responsable

<ul style="list-style-type: none"> • Que los pacientes de tuberculosis respondan un pequeño cuestionario en donde se señale distrito de residencia, tipo de procedencia, ambientación de la vivienda, higiene de la vivienda, ventilación • Una vez llenado el cuestionario analizarlo mediante tablas y gráficas 					
<p>Reforzar mediante campañas informativas el conocimiento del personal militar del Cuartel General del Ejército en cuanto la tuberculosis, prevención, diagnóstico, sintomatología y tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar un taller informativo al personal militar del Cuartel General del Ejército, por áreas y en distintas fechas para abarcar la mayor cantidad del personal posible, en donde se brinde información acerca de la 	<p>Taller informativo Cuestionario Centro de salud Exámen de esputo y hemoglobina</p>	<p>Total personal militar asistente CGE x 100 Total personal programado</p> <p><u>Personal asistente x 100</u> Total personal encuestado</p> <p><u>Personal asistente x 100</u></p>	<p>80% personal</p> <p>80% de asistentes encuestados</p> <p>50% asistentes se realizaron</p>	<p>Abril – junio (3 meses)</p>	<p>Enfermera responsable</p>

<p>tuberculosis, su sintomatología, diagnóstico, tratamiento y prevención, ayudarse por medio de trípticos</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar un cuestionario con interrogantes referente al taller brindado para determinar cuánta información pudieron absorber los participantes. Invitar al personal militar a que se realice un examen de esputo y hemoglobina en el Centro de Salud del Cuartel General del Ejército para descarte de tuberculosis 		Total personal examinado	exámenes esputo y sangre		
<p>Reforzar en el personal militar del Cuartel General del Ejército el conocimiento de los hábitos alimenticios que previenen y complementan el tratamiento de la tuberculosis.</p> <ul style="list-style-type: none"> Elaborar un taller informativo por áreas y en distintas fechas para 	Taller informativo Trípticos encuesta	$\frac{\text{Total personal asistente} \times 100}{\text{Total personal programado}}$	El 80% del personal asistió al taller	Julio - Agosto (meses)	Enfermera responsable

<p>abarcó la mayor cantidad del personal posible acerca de hábitos alimenticios para prevención y complemento del tratamiento de la tuberculosis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudarse de trípticos para explicar los tipos de alimentos y sus valores nutritivos • Luego de la charla realizar una pequeña encuesta para determinar el nivel de conocimiento adquirido. 		$\frac{\text{Total personal encuestado} \times 100}{\text{Total personal programado}}$	<p>80% personal asistente encuestado</p>		
--	--	--	--	--	--

3.5 Recursos

Materiales

- Trípticos y panfletos referentes al concepto de tuberculosis, tipos, síntomas, diagnóstico, tratamiento y prevención
- Trípticos y panfletos acerca de alimentación para prevención y complemento del tratamiento de la TBC
- Historias clínicas de pacientes con tuberculosis
- Laboratorio
- Cuestionarios para los talleres
- Proyector
- Diapositivas
- Papelógrafos
- Lapiceros
- Alimentos crudos para exposición
- Ambiente para exposición
- Prueba de esputo
- Examen de hemoglobina

Humanos

- Laboratoristas
- Personal médico
- Personal de enfermería
- Nutricionista
- Laboratorista
- Personal militar (participantes)

3.6 Ejecución

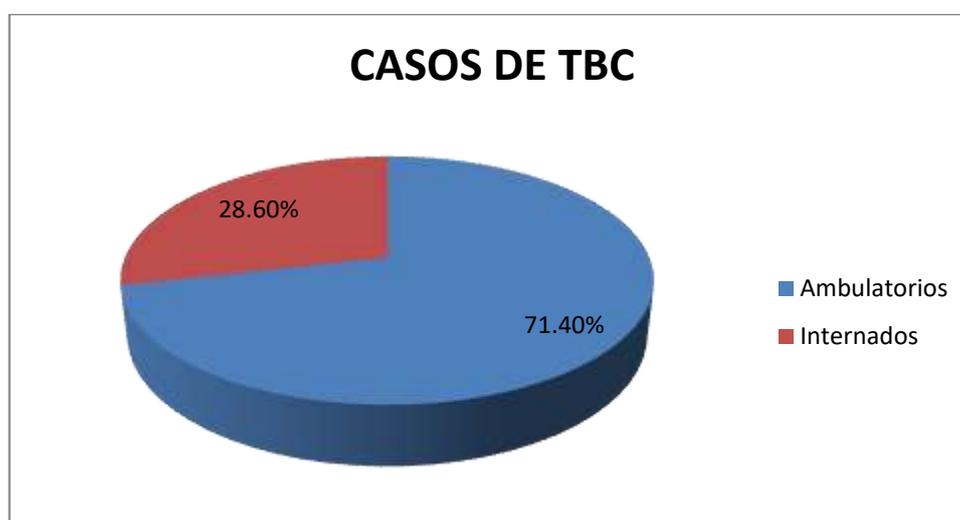
- Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con tuberculosis (105 casos) en donde se identificaron la cantidad de pacientes que llevaron a término el tratamiento correspondiente y a quienes por distintos motivos tuvieron que interrumpirlo, también a quienes fallecieron por la enfermedad. Todo este proceso duró desde el 5 de enero hasta el 27 del mismo mes.
- Se elaboró un cuestionario con las siguientes interrogantes:
 - Distrito
 - Tipo de vivienda: alquilada / propia / familiar
 - Material de construcción: mat. Noble, / adobe / madera / esteras / otro
 - Ingreso bruto mensual de la vivienda: 1000 – 1500 / 1600 – 2500 / 2600 – 3500 – 3600 – más
 - Cantidad de personas que conviven con usted: 1 – 3 / 4 – 6 / 7 – más
 - Quienes mantienen la casa: mamá / papá / mamá y papá/ yo / padres y yo / hermanos / otro
 - Cada cuanto tiempo se realiza la limpieza del hogar: diariamente / interdiario / 3 veces por semana / semanalmente / otro
- Se realizaron tablas y gráficas con los datos de la encuesta realizada. El cuestionario y su interpretación demoró 47 días, desde el 05 de febrero hasta el 23 de marzo.
- Se realizó un taller informativo acerca de la tuberculosis, sintomatología, diagnóstico, tratamiento y prevención. Luego de cada taller se realizó una pequeña encuesta para medir qué tanto de lo informado fue absorbido por el personal militar. Dicho taller se realizó en 4 fechas distintas, a saber: 12 de abril, 26 de abril, 10 de mayo y 25 de mayo. Asimismo los participantes a los talleres fueron un total de 600 militares.
- Se invitó al personal a realizarse en forma voluntaria exámenes de esputo y de hemoglobina a fin de descartar posibles enfermos de tuberculosis. Dichos exámenes se brindaron durante todo el mes de junio.
- Se realizó un taller informativo por áreas y en distintas fechas acerca de los hábitos alimenticios para prevención y complemento del tratamiento de la tuberculosis. Se repartieron trípticos y panfletos para complementar el taller. Luego de cada taller se realizó una pequeña encuesta a fin de determinar la

cantidad de información absorbida por el personal militar. El taller se realizó en un período de dos meses, dentro de los cuales se elaboró en 4 fechas: 5 de julio, 15 de julio, 26 de julio y 6 de agosto. Participaron 600 militares

- Los resultados de la encuesta se procesaron en el paquete Excel.

3.8 Evaluación

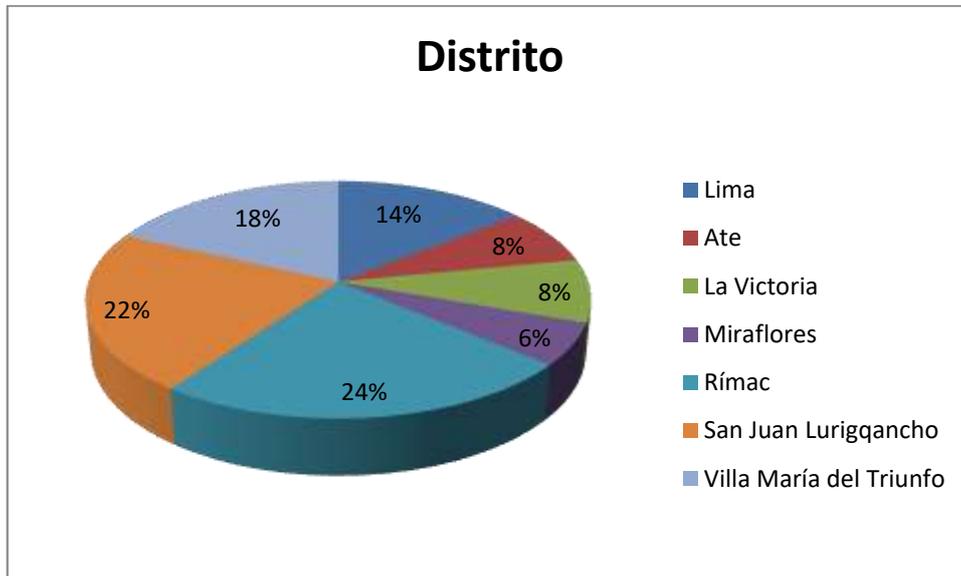
Gráfico 1: Casos de TBC



Fuente: Elaboración propia

De las historias clínicas revisadas, se detectaron 105 casos registrados entre el 2020 y el 2021, de los cuales el 71.4% (75 casos) fueron ambulatorios y el 28.6% (30 casos) fueron aislados e internados en el Centro de Salud del CGE, habiendo 0% de casos de fallecimiento, por lo que se cumplió con la primera meta al identificar a la totalidad de casos de pacientes con tuberculosis que llevaron e interrumpieron su tratamiento (105 casos = 100%).

Gráfico 2: Distrito de los Casos de TBC



Fuente: Elaboración propia

Del cuestionario realizado a los pacientes, el 100% de ellos participó, dando como resultado lo siguiente: distrito: Lima 14%, Ate 8%, La Victoria 8%, Miraflores 6%, Rímac 24%, San Juan de Lurigancho 22%, VMT 18%;

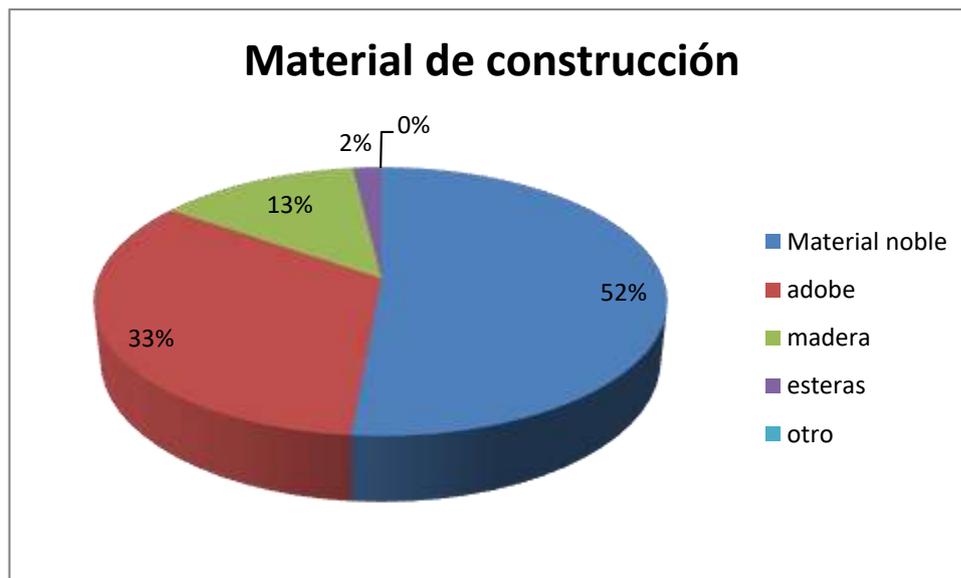
Gráfico 3: Tipo de vivienda



Fuente: Elaboración propia

Referente al tipo de vivienda: el 21% vive en vivienda alquilada, 28% vive en casa propia, y el 51% vive en vivienda familiar (casa de los padres, abuelos, etc.)

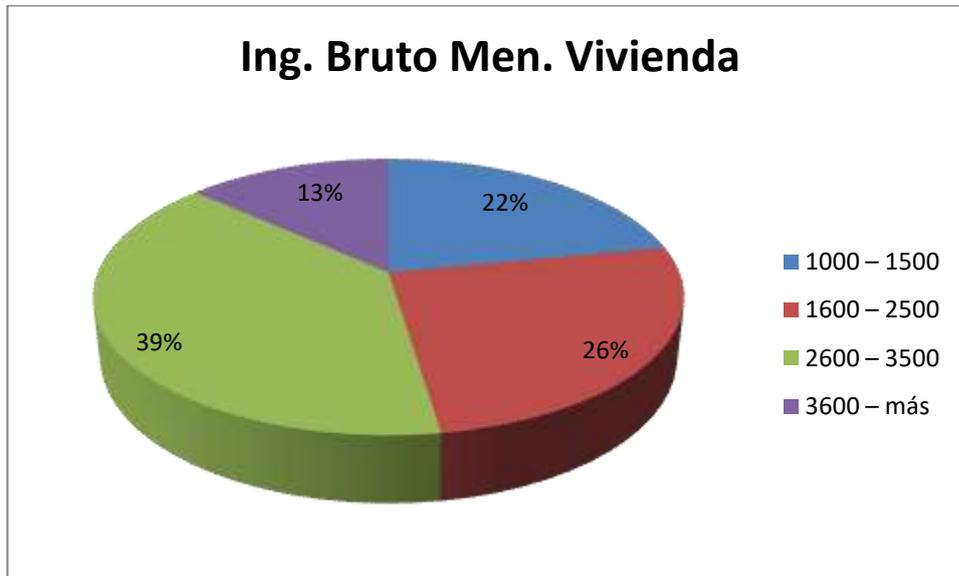
Gráfico 4: Material de construcción



Fuente: Elaboración propia

Referente a material de construcción: el 52% de las casas es de material noble, 33% de las viviendas son de adobe, 13% de las casas son de madera, y el 2% son de esteras y otros.

Gráfico 5: Ingreso bruto mensual por vivienda



Fuente: Elaboración propia

Referente al ingreso bruto mensual familiar: el 22% de las familias tienen ingreso bruto entre 1000 a 1500, el 26% el ingreso bruto familiar está entre 1600 a 2500, el 39% su ingreso bruto familiar está entre 2600 a 3500, y el 13% tiene un ingreso bruto familiar entre 3600 a más.

Gráfico 6: Personas que conviven con el paciente



Fuente: Elaboración propia

Referente a cuántas personas conviven con el paciente, el 60% respondió que conviven entre 1 a 3 personas, el 37% respondió que conviven entre 4 a 6 y el 3% dijo que conviven de 7 a más personas.

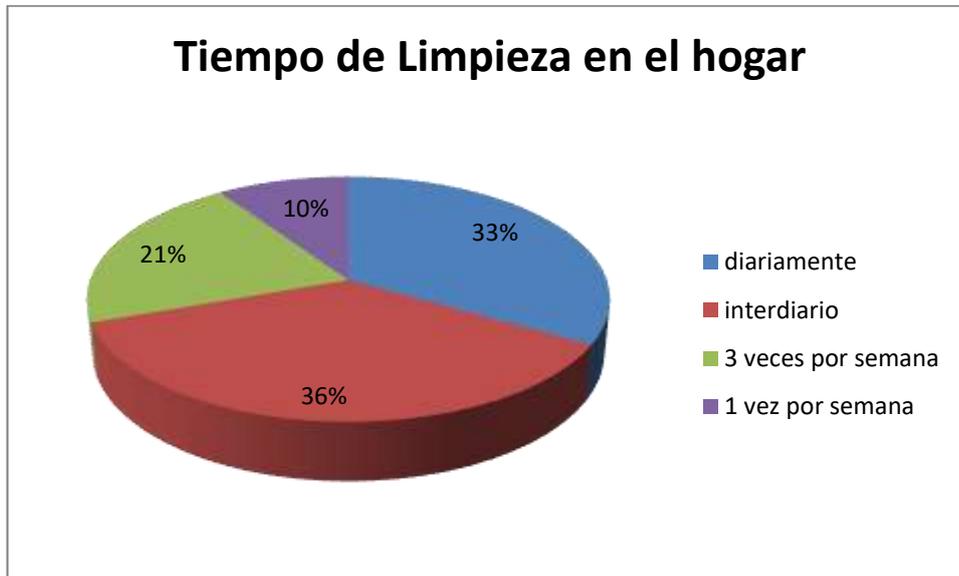
Gráfico 7: Quienes mantienen la economía del hogar



Fuente: Elaboración propia

Referente a quienes mantienen la casa: el 14% dice que la economía del hogar está a cargo de la mamá 14%, el 16% que está a cargo del papá, el 21% que la mantienen mamá y papá, el 21%, padres y yo 30%, hermanos 3%, otro 4%;

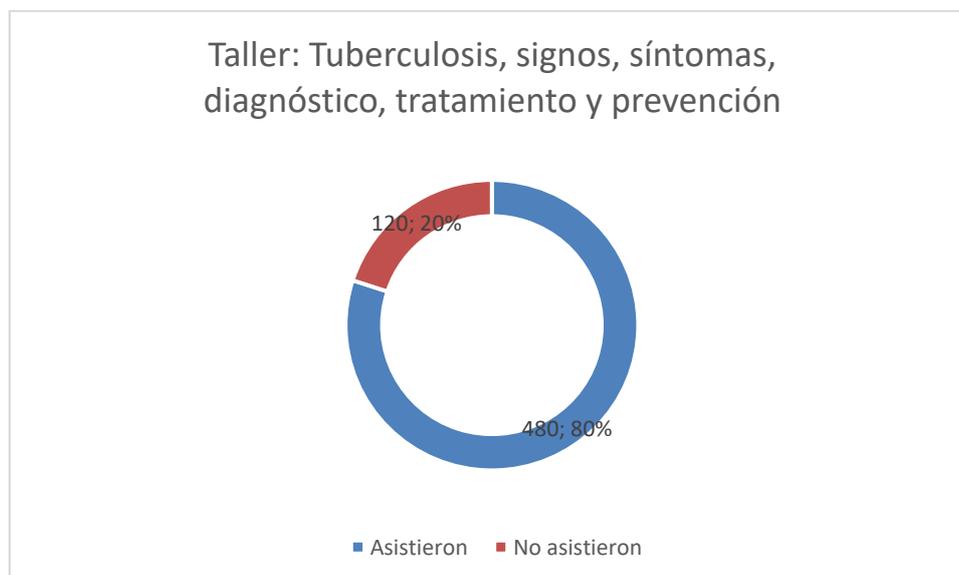
Gráfico 8: Tiempo de limpieza en el hogar



Fuente: Elaboración propia

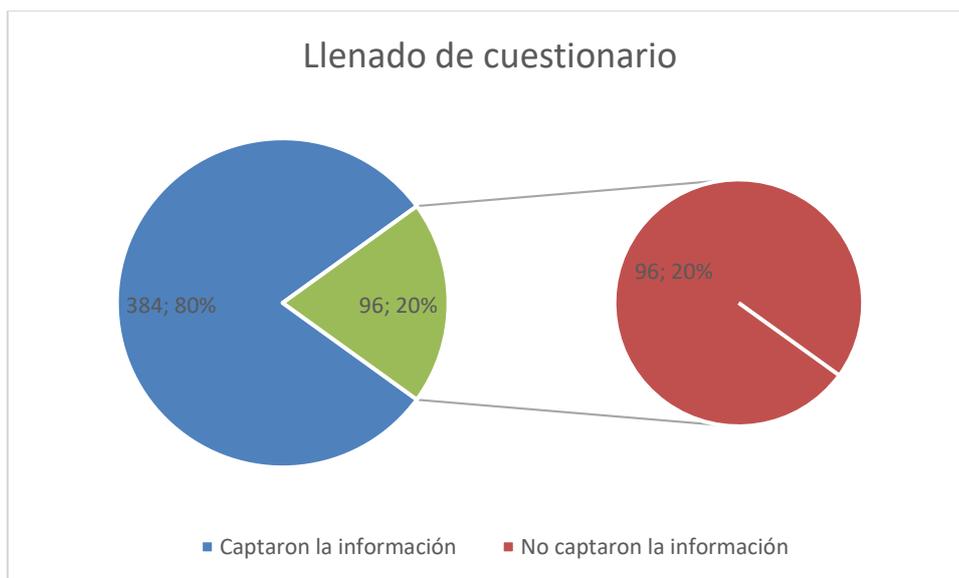
Ahora bien, referente a cada cuánto tiempo se hace limpieza en los hogares, el 33% dice que diariamente, el 36% lo hace interdiario, el 21% lo hace 3 veces por semana, y el 10% limpia 1 vez por semana.

Gráfico 9: Taller



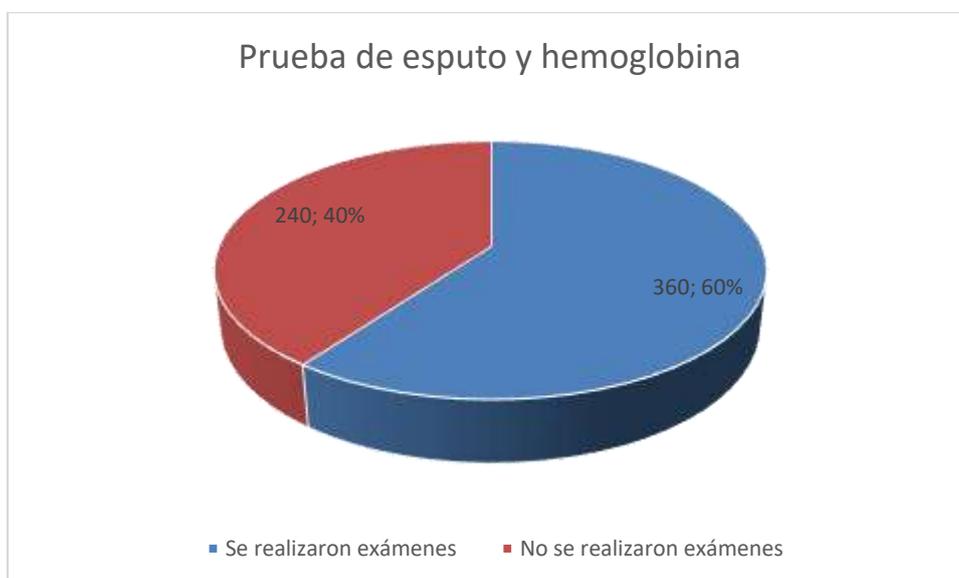
Se realizó el primer taller titulado “Tuberculosis, signos, síntomas, diagnóstico, tratamiento y prevención” en la que participaron 600 militares, de los cuales asistieron el 80% (480).

Gráfico 10: Llenado de cuestionario



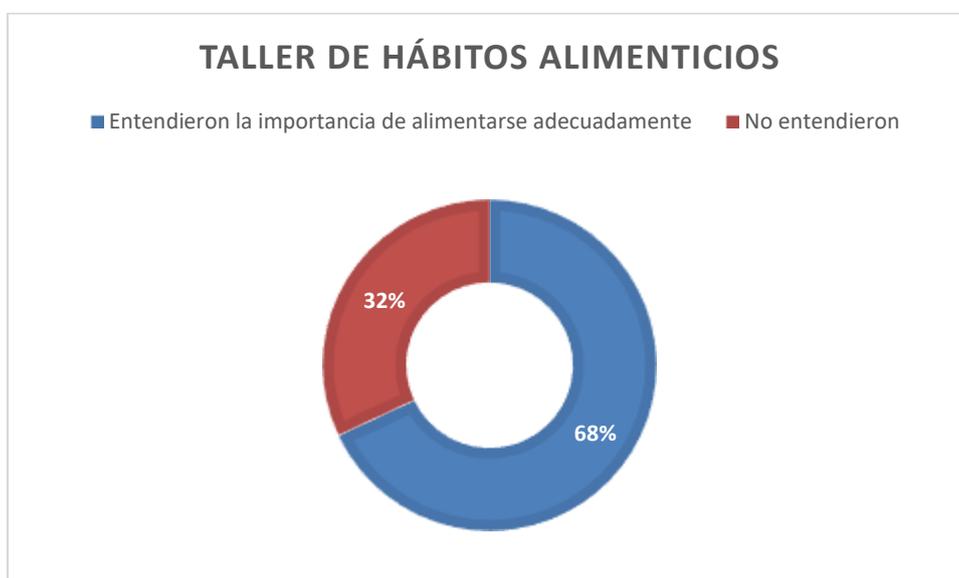
De los participantes que llenaron el pequeño cuestionario, el 80% (384) de los participantes encuestados captaron la información brindada y el 20% (96) no captaron la información.

Gráfico 11: Prueba de esputo y hemoglobina



De los 600 militares que participaron el 60% se hicieron pruebas de esputo y hemoglobina.

Gráfico 12: Taller de hábitos alimenticios



En el taller informativo acerca de hábitos alimenticios, fue un total de 600 personas, las cuales llenaron la encuesta en donde el 68% (408) entendieron la importancia de alimentarse adecuadamente para evitar la tuberculosis.

Logros Obtenidos:

1. Se llegaron a identificar a los pacientes con tuberculosis que siguen el tratamiento fielmente y a quienes lo interrumpieron, cumpliéndose con el objetivo específico 1.
2. Se reforzaron los factores propios del paciente que permiten la adherencia al tratamiento de la tuberculosis en el Centro de Salud Militar del Cuartel General del Ejército, cumpliéndose con el objetivo específico 2.
3. Se hizo el reforzamiento mediante campañas informativas acerca del conocimiento de la tuberculosis, prevención, diagnóstico, sintomatología y tratamiento, cumpliéndose con el objetivo específico 3.
4. Se hizo el reforzamiento al personal militar del Cuartel General del Ejército acerca de los hábitos alimenticios que previenen y complementan el tratamiento de la tuberculosis, cumpliéndose con el objetivo específico 4.

CONCLUSIONES

1. Se realizó la identificación de los pacientes con tratamiento de tuberculosis y se pudo hallar a quienes continúan con tratamiento fielmente y a los que no para incentivarlos a retomar dicho tratamiento y poder restablecer su salud.
2. Se realizó la campaña informativa acerca de la tuberculosis para que el personal del CGE conozca acerca de la enfermedad y sepa cómo prevenirla, brindando así una educación en salud al personal que le permitirá prevenir la enfermedad y/o combatirla.
3. Se habló con los pacientes con tuberculosis a fin de promocionar y acentuar la adherencia al tratamiento contra la tuberculosis, haciéndoles entender que existen tres pilares involucrados: enfermera-paciente-familia, y que si este pilar es permanente puede llevarse el tratamiento con éxito.

RECOMENDACIONES

1. Que el Centro de Salud Militar del CGE realice un seguimiento a los pacientes con TBC y orientarlos a que continúen con su tratamiento, tanto los que se encuentran internados como aquellos que están en tratamiento ambulatorio.
2. Que el Centro de Salud Militar en coordinación con el CGE realice por lo menos 2 veces al año campañas médicas con ayuda del centro médico a fin de descartar nuevos casos de TBC
3. Que el CGE junto con el Centro de Salud Militar brinde orientación nutricional al personal militar para evitar contagios de enfermedades como la TBC por tener defensas bajas.
4. Que el CGE en coordinación con el Centro de Salud Militar brinde por lo menos una vez al año charlas informativas acerca de la TBC y medidas de prevención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Contreras R. Nutrición y Tuberculosis. La atención y apoyo nutricional a pacientes con tuberculosis. Revista inst. Salud. 2007.
2. Acosta H. Nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la micro red de santa Ana –Huacavelica 2014. Tesis de licenciatura. Perú;; 2017.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la tuberculosis. [Online].; 2017. Available from: https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_executive_summary_es.pdf?ua=1.
4. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis. [Online].; 2019. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>.
5. OPS. Control de la Tuberculosis en grandes ciudades. [Online].; 2017. Available from: <http://www.buenosaires.gob.ar/noticias/presentacion-del-programa-de-ops-control-de-la-tuberculosis-en-g>.
6. Organización Mundial de la salud. Informe mundial sobre la tuberculosis. [Online].; 2017. Available from: https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_executive_summary_es.pdf?ua=1.
7. Banco Mundial. La lucha contra la tuberculosis de los mineros en África meridional. Birf- Aif. [Online].; 2016. Available from: <http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2016/02/26/fighting-tb-among-southern-africa-mine-workers>.
8. Cacho C. Epidemiología de la tuberculosis en México [en línea]consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. [Online].; 2015. Available from:

<http://conacytprensa.mx/index.php/ciencia/salud/1103-epidemiologia-de-la-tuberculosis-en-mexico>.

9. Bandera J, Romero G, Guillen G, Solís A. Casos nuevos de tuberculosis y análisis de la tendencia de la enfermedad en el municipio de Santiago de Cuba” 2018. Medisan. 2018 Enero; 22(3).
10. Víctor M. La tuberculosis en una favela revela el Brasil que se quedó en el siglo XIX. el país. [Online].; 2017. Available from: https://elpais.com/internacional/2015/09/01/actualidad/1441120198_053979.html.
11. Ministerio de salud pública. Plan estratégico nacional para la prevención y control de la tuberculosis en ecuador 2017-2020. [Online].; 2017. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/07/MANUAL-DE-PROCEDIMIENTOS-DE-TB-FINAL.pdf>.
12. López P. Informe de evento tuberculosis 2017. proceso vigilancia y análisis del riesgo en salud pública. Colombia. [Online].; 2017. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/Tuberculosis%202017.pdf>.
13. Ministerio de Salud. Salud: Bolivia está cada vez más cerca de acabar con la tuberculosis. Plaza del estudiante esq. Bolivia. [Online].; 2018. Available from: <https://www.minsalud.gob.bo/3234-salud-bolivia-esta-cada-vez-mas-cerca-de-acabar-con-la-tuberculosis>.
14. Soto M, Chávez A. Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú 2015. Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. ; 2016.
15. Andueza J, Pérez T, Suarez F, Moreno C. Factores de riesgo asociados a la tuberculosis respiratoria. Med Integr. 2000; 36(7).

16. Ministerio de salud. Perú. [Online].; 2018. Available from: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/11.pdf>.
17. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico. [Online].; 2013. Available from: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2013/10.pdf>.
18. Bacilio S, Romero Y. Adherencia al tratamiento de la tuberculosis en los pacientes atendidos en el Centro de Salud de Santa Elena. 2019. Trabajo de investigación de grado. Santa Elena, Ecuador., Facultad de ciencias sociales y de la salud; 2019.
19. Martínez Y, cols.. Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar. Rev. Atención familiar. 2017 ; 21(2): p. Pp 47-49.
20. Mesén M, Chamizo H. Determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Estudio de un caso urbano, el cantón de Desamparados. Tesis de grado. Costa Rica;; 2018.
21. Illa L. La adherencia al tratamiento antituberculoso y la relación comunicativa entre el personal de salud y la persona afectada por tuberculosis en el A.H. Bocanegra – Callao. Tesis de licenciatura. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de letras y ciencias humanas; 2020.
22. Rosales G. Factores de adherencia terapéutica en adultos con tuberculosis en la Red Valle del Mantaro - 2018. Tesis de titulación. Huancayo, Perú: Universidad Peruana Los Andes, Facultad de medicina humana; 2020.
23. Cárdenas C. Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud Santa Anita, 2019. Tesis de grado. Lima, Perú;; 2020.
24. Gibson L, Sauñe E, Moreno P. Estrategias de afrontamiento que adoptan los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y su relación con la

- adherencia al tratamiento. Tesis de grado. Lima, Perú.; Facultad de enfermería; 2017.
25. Ataíde I, Salvador M, de Assunção M. Social representations of nurses on tuberculosis. *Rev Bras Enferm.* 2016; 69(3): p. 498-503.
 26. Michaels C, Morris M, Behler D. Saying “no” to professional recommendations Client values, beliefs, and evidence-based practice. *J Am Acad Nurse Pract.* 2008; 20: p. 585-589.
 27. Calsin N, Schlindwein B, Silva A. Social representations of TB patients on treatment discontinuation. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015; 36(207): p. 204-214.
 28. James S, Watson M. Mycobacterium tuberculosis: implications for district nurses. *Br J Community Nurs.* 2010; 15(10): p. 492-495.
 29. Quevedo L, Sánchez R, Villalba F, Velásquez D. Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud. *Rev enferm Herediana.* 2015; 8(1): p. 11-16.
 30. García M, Cirino I, Elias T, Lira A, Enders B. Nurse-patient interaction in adhesión to tuberculosis treatment: reflection in the light of imogene. *King. J Nurs UFPE.* 2014; 8(1): p. 2513 - 2521.
 31. Ale A, Laine R, Halax N, da Silva R, Galvão É, Domingues A, et al. Adherence to tuberculosis treatment in Primary Health Care: perception of patients an professionals in a large municipality. *Esc Anna Nery.* 2017; 21(4).
 32. Martínez Y, Guzmán F, Flores J, Vázquez V. Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar. *Aten Fam.* 2014; 21(2): p. 47-49.

33. Gallardo C, Gea MT, Requena J, Miralles J, Rigo MV, Aranaz J. Factores asociados a la adherencia en el tratamiento de la infección tuberculosa. *Aten Primaria*. 2014; 46(1): p. 6-14.
34. Musayón F, Loncharich N, Salazar M, Leal H, Silva I, Velásquez D. El rol de la enfermería en el control de la tuberculosis: una discusión desde la perspectiva de la equidad. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18(1).
35. Shimamura T, Taguchi A, Kobayashi S, Nagata S, Magilvy J, Murashima S. The strategies of japanese public health nurses in medication support for high-risk tuberculosis patients. *PHN*. 2010; 30(4): p. 370-378.
36. Vega O, González D. Teoría de déficit del autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. *Ciencia y cuidado*. 2017;; p. 28-35.
37. López A, Guerrero S. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. *Revista Investigación y educación en Enfermería*. 2006;; p. 90-100.
38. Naranjo Y. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2019;; p. 814-825.
39. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*. 2017;; p. 2-11.
40. González M, Díaz A. Proceso enfermero a paciente pediátrico con Ependimoma grado II: estudio de caso. *Revista Facultad de Ciencias de la Salud UDES*. 2017;; p. 36-44.
41. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria, Revista Scielo*. 2011;; p. 16-23.

42. MINSA - DPCTB. Portal de Información: Perfil de la Tuberculosis - Perú. [Online].; 2019. Available from: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/DashboardDPCTB/PerfilTB.aspx>.
43. Organización Mundial de la Salud. Reporte Global de Tuberculosis. Ginebra. [Online].; 2017. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s23098en/s23098en.pdf>.
44. Organización Mundial de la Salud. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. Nota de prensa. ; 2013.
45. Cusi J, Seras E. Calidad de atención y nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con Tuberculosis Pulmonar. Hospital Regional de Ayacucho. 2018. Tesis de maestría. Ayacucho: Universidad César Vallejo, Ciencias Médicas; 2018.
46. Dorronsoro I, Torroba L. Microbiología de la tuberculosis. Revista Mexicana de Infectología. 2007; 30(2).
47. Alarcón V, Alarcón E, Mendoza.. Tuberculosis en el Perú: situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2017; 34(2).
48. Ministerio de Salud. Cosntruyendo alianzas estrategicas para detener la tuberculosis. La experiencia peruana Graf S e, editor. Lima: República del Perú; 2006.
49. MINSA. Plan de Intervención de Prevención y Control de Tuberculosis en Lima Metropolitana y Regiones Priorizadas de Callao, Ica, La Libertad y Loreto, 2018 – 2020. Documento Técnico. Lima – Perú: Ministerio de Salud; 2018.
50. Organización Mundial de la Salud. Perfil de la Tuberculosis Perú. [Online].; 2018. Available from: <https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet>.

51. MINSA. Taller Macrorregional “Presentación de la Evaluación del PEM TB 2010 – 2019 y actualización del Plan Nacional Multisectorial para la respuesta a la Tuberculosis en el Perú 2019 – 2023. Lima –Perú: Ministerio de Salud; 2019.
52. OMS. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. [Online].; 2003. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=0DB57DAE3DE19186B5FBAC17FFC5EC5E?sequence=1>.
53. Jaramillo L, Pinilla C, Duque M, González L. Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del Hospital de Caldas. Manizales (Colombia). *Índex de Enfermería*. 2004; 13(46).
54. Herrero M, Arrossi S, Ramos S, Ueleres J. Social determinants of nonadherence to tuberculosis treatment in Buenos Aires, Argentina. *Cad Saude Publica*. 2015; 31(9). 2015; 31(9): p. 1983-1994.
55. Choi H, Chung H, Muntaner C, Lee M, Kim Y, Barry E, et al. The impact of social conditions on patient adherence to pulmonary tuberculosis treatment. *Int Tuberc Lung Dis*. 2016; 20(7): p. 948-954.
56. Tachfouti N, Slama K, Berraho M, Elfakir S, Chakib M, El Rhazi K, et al. Determinants of Tuberculosis treatment default in Morocco: Results from a National Cohort Study. *Pan Afr Med J*. 2013; 14(121).
57. Molina MJ, Fernández A, Rodríguez MM, López B. Factores asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis en la provincia de Granada. *Rev Clin Esp*. 2012; 212(8): p. 383-388.
58. Sanz B, Blasco T, Galindo S. Abandono del tratamiento antituberculoso en la población inmigrante: la movilidad y la falta de apoyo familiar. *Gae Sanic*. 2009; 23(1): p. 80-85.

59. Araujo L, Azevedo R, Saldanha R. The nurse and health education, providing care to patients with tuberculosis (TB) in a basic health unit. *Fundam Care*. 2014; 6(1): p. 378-386.

ANEXOS

FOTOS

Taller informativo acerca de la tuberculosis



ANÁLISIS DE HEMOGLOBINA Y PRUEBA DE ESPUTO





LLENADO DE REGISTROS MÉDICOS POR PRUEBAS DE HEMOGLOBINA Y ESPUTO



TALLER HÁBITOS ALIMENTICIOS

