

Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis. Pereira 2012 – 2013

Magally Dueños Gómez

**Universidad Autónoma de Manizales
Facultad de Salud Pública
Maestría en Salud Pública
Manizales
2015**

Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis. Pereira 2012 – 2013

Magally Dueños Gómez

Trabajo de investigación para optar al título de Magistra en Salud Pública

Asesor

**Dora Cardona Rivas Doctora en Ciencias sociales
Profesora Maestría en salud Pública**

**Universidad Autónoma de Manizales
Facultad de Salud Pública
Maestría en Salud Pública
Manizales
2015**

Nota de aceptación

Jurado 1:

Jurado 2:

Jurado 3:

Pereira, Junio de 2015

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por regalarme la oportunidad de crecer, apoyando el crecimiento de otros y por permitirme encontrar manos extendidas con generosidad que me recuerdan la fe en la vida y en la lucha por reconocermelo como un mejor ser humano

A la Secretaria de Salud Municipal de Pereira por su colaboración y disposición incondicional

A las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que aceptaron y permitieron participar en la investigación con una actitud amable y solicita

A la Fundación Universitaria del Área Andina, Seccional Pereira, por su apoyo incondicional, por su respaldo económico y por su incentivo al espíritu investigador

A la Doctora Dora Cardona Rivas, Asesora metodológica, por su constante apoyo, por los aportes para el diseño y acompañamiento durante la ejecución del trabajo

A la Doctora Marisol Carreño y la enfermera María Nelcy Muñoz por todas sus enseñanzas y aportes, por estar dispuestas ante mis múltiples consultas

A los auxiliares de investigación por su tiempo, participación y ejecución de los trabajos de campo

A todos los pacientes, ellos fueron los protagonistas de este trabajo y gracias a su colaboración se pudo llevar a cabo. Gracias, a todos, por su paciencia y por su confianza.

A mis padres, por todo lo que me han enseñado, por inculcarme la importancia del trabajo, el estudio y por estar ahí cada vez que los necesito.

A mi hijo, Melquis Andres, al cual le robe tiempo que debí haberle dedicado, él me dio la energía necesaria para culminar el trabajo

A mi esposo, Melquisedec, por su constante apoyo, ayuda incondicional y especialmente por su amor

A todas aquellas personas e instituciones que hicieron posible esta investigación y que de una u otra forma han aportado a este proceso de formación

DEDICATORIA

A mi familia, especialmente a mi hijo Melquis Andres quien es mi razón de ser, a quien debo el ejemplo, la constancia, el amor, la perseverancia y el legado de la búsqueda constante, por ser alguien productivo para su entorno, pero sobre todo alguien muy feliz, con las decisiones de vida que siempre deben involucrar una vocación de servicio.

A mis padres, Olinto Dueños, Esperanza Gómez, mis hermanos, Fernando Dueños, Leonardo Dueños y a mi esposo, Melquisedec Gutierrez que siempre me tuvieron en sus oraciones durante este proceso.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	13
1. INTRODUCCIÓN	15
2. JUSTIFICACIÓN	22
3. OBJETIVOS	25
3.1. Objetivo general	25
3.2. Objetivos específicos	25
4. REFERENTE TEÓRICO	26
4.1. Referente teórico contextual de la TB	26
4.2. Diagnóstico de la TB	30
4.3. Epidemiología del bacilo de Koch	33
4.4. Fármacos antiTB ²⁷	34
4.5. Justificación del tratamiento multifarmacológico antiTB ²⁷	35
4.6. Esquema de tratamiento normatizado en Colombia para pacientes con TB	37
4.7. Adherencia al tratamiento anti TB	43
4.7.1. Determinación de adherencia al tratamiento anti TB	44
4.7.2. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento anti TB	45
4.7.3. Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento.	49
4.7.4. Pruebas sobre la efectividad de las intervenciones orientadas a mejorar la adherencia	50
5. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	53
6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	54

6.1.	Adherencia al tratamiento anti TB	54
6.2.	Variables independientes	58
6.3.	Unidad de análisis de factores socio familiares, socioeconómicos, significado de la enfermedad, del equipo de atención en salud, del tratamiento , relacionados con la adherencia al tratamiento de la TB	70
7.	ESTRATEGIA METODOLÓGICA	74
7.1.	Enfoque	74
7.2.	Tipo de estudio	74
7.3.	Población	75
7.4.	Muestra.....	75
7.5.	Criterios de participación.....	76
7.5.1.	Criterios de inclusión.....	76
7.5.2.	Criterios de exclusión.....	77
7.6.	Técnicas e instrumentos de recolección de información	77
7.7.	Procedimiento de recolección y organización de información	78
8.	RESULTADOS	84
8.1.	Resultados de la fase cuantitativa.....	84
8.1.1.	Caracterización de la población de estudio.....	84
8.1.1.1.	Descripción de la población.....	84
8.1.1.2.	Características sociodemográficas.....	84
8.1.1.3.	Características sociales.....	89
8.1.1.4.	Características socio-económicas.....	90
8.1.1.5.	Características clínicas.....	91
8.1.1.6.	Características de los antecedentes clínicos.	93

8.1.2.	Características relacionadas con el tratamiento Anti TB	94
8.1.3.	Atención en salud.	97
8.1.4.	Características de la adherencia al tratamiento	97
8.1.5.	Características de la no adherencia al tratamiento Anti TB	105
8.1.6.	Indicadores del Programa de TB; Cohorte de pacientes nuevos con TB pulmonar BK positivo	109
8.2.	Resultados de la fase cualitativa	110
8.2.1.	Categoría Significado que tienen para los pacientes no adherentes los factores sociofamiliares durante el tratamiento	111
8.2.2.	Categoría significado que tienen para los pacientes no adherentes los factores socio económicos durante el tratamiento	112
8.2.3.	Categoría significados que tienen para los pacientes no adherentes los factores relacionados con la atención en salud durante el tratamiento	113
8.2.4.	Categoría significado que tienen para los pacientes no adherentes las vivencias con la enfermedad	115
8.2.5.	Categoría:Significado que tienen para los pacientes el tratamiento anti TB en su decisión de no adherir al tratamiento	120
9.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	124
10.	CONCLUSIONES.....	130
11.	RECOMENDACIONES	133
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	135
	ANEXOS	144

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1 Esquema de tratamiento para TB Categoría I – Adultos.....	38
Tabla 2. Esquema de tratamiento para TB en pacientes sin comorbilidades ⁵² :	40
Tabla 3. Esquema de tratamiento para TB en pacientes con Insuficiencia renal ⁵² :	40
Tabla 4. Esquema de tratamiento para TB en pacientes con Diabetes ⁵² :	41
Tabla 5. Esquema de tratamiento para TB en pacientes con coinfección VIH – TB ⁵² :.....	41
Tabla 6. Cambios en el esquema de tratamiento frente al desabastecimiento	42
Tabla 7. Factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento para la TB e intervenciones para mejorarla ³²	51
Tabla 8. Porcentaje de curación.....	56
Tabla 9. Porcentaje de tratamientos terminados	56
Tabla 10. Porcentaje de no adherencia.....	57
Tabla 11. Características sociodemográficas	58
Tabla 12. Variables clínicas	60
Tabla 13. Manifestaciones de intolerancia medicamentosa	63
Tabla 14. Características del tratamiento y seguimiento	66
Tabla 15. Variables sociales	69
Tabla 16. Categorías de análisis cualitativo	70
Tabla 17. Distribución de las características sociodemográficas de los participantes	86
Tabla 18. Distribución de la población de estudio frente a la atención en salud	88
Tabla 19. Distribución de la población de estudio frente a la presencia de cuidador durante el tratamiento según género (n=174).	89
Tabla 20. Distribución de la población de estudio por características socioeconómicas según género (n=174).	90
Tabla 21. Condición de ingreso de la población de estudio según género (n=174).....	91
Tabla 22. Tipo de TB diagnosticada en la población de estudio según género (n= 174)	92
Tabla 23. Antecedentes clínicos presentes en la población de estudio (n=174).....	94
Tabla 24. Características del tratamiento en la población de estudio (n=174).....	95
Tabla 25. Manifestaciones de intolerancia medicamentosa en la población de estudio (n=174).	96
Tabla 26. Distribución de la población de estudio por adherencia al tratamiento según género (n=174).	99

Tabla 27 Distribución de la población de estudio por adherencia al tratamiento según variables sociodemográficas (n=174).....	100
Tabla 28 Adherencia al tratamiento de la población de estudio según tipo de TB (n=174).....	102
Tabla 29. Manifestaciones de intolerancia medicamentosa relacionadas con la adherencia al tratamiento en la población de estudio (n=174).....	102
Tabla 30. Antecedentes clínicos presentes en la población de estudio según adherencia al tratamiento (n=174).....	104
Tabla 31. Causas de no adherencia reportadas en la población de estudio (n=15).....	105
Tabla 32. Dosis reportadas en el grupo de no adherentes al tratamiento anti TB por fases (n=15)	106
Tabla 33. Inasistencias reportadas en el grupo de no adherentes al tratamiento anti TB por fases (n=15)	107
Tabla 34. Cargo del supervisor del tratamiento anti TB en el grupo de estudio (n=174).....	108
Tabla 35. Indicadores del Programa de Control de TB: Cohorte de casos nuevos con TB pulmonar BK positivo (n=115).....	109

LISTADO DE GRÁFICAS

Grafico 1. Distribución de la edad por Género.....	85
Grafico 2. Tipo de TB diagnosticada en el total de la población	92
Grafico 3.Localización anatómica de la TB extra pulmonar	93
Grafico 4.Cargo del supervisor del tratamiento anti TB en el grupo de estudio.	97
Grafico 5. Tiempo de tratamiento Anti TB	108
Grafico 6. Significado que tienen para los pacientes no adherentes los factores socio familiares durante el tratamiento	111
Grafico 7.Significado que tienen para los pacientes no adherentes los factores socio – económicos durante el tratamiento	112
Grafico 8.Significados que tienen para los pacientes no adherentes los factores relacionados con la atención en salud durante el tratamiento	113
Grafico 9.Significado que tienen para los pacientes no adherentes las vivencias con la enfermedad	115
Grafico 10.Significado que tienen para los pacientes el tratamiento anti TB en su decisión de no adherir al tratamiento	120

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA TARJETA INDIVIDUAL DE CONTROL DE TRATAMIENTO DE TB.....	144
ANEXO 2. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	146
ANEXO 3. GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA	148
ANEXO 4. CATEGORÍAS AXIALES A PARTIR DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR PACIENTES NO ADHERENTES AL TRATAMIENTO ANTI TUBERCULOSIS	151
ANEXO 5. RESULTADOS/PRODUCTOS ESPERADOS Y POTENCIALES BENEFICIARIOS.	167
ANEXO 6. IMPACTOS ESPERADOS	170
ANEXO 7. PRESUPUESTO.....	172

RESUMEN

Introducción: Se asume el concepto de adherencia al tratamiento de la Tuberculosis definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el grado en que los antecedentes del paciente sobre toma del medicamento terapéutico coinciden con el tratamiento diario prescrito.

Objetivos: Determinar la relación entre adherencia al tratamiento anti tuberculosis y factores sociodemográficos, sociales, económicos, antecedentes clínicos, intolerancia medicamentosa, características del tratamiento y comprender el significado que para los pacientes tienen los factores socio familiares, socioeconómicos, de atención en salud, con respecto a la enfermedad y al tratamiento en su decisión de no adherir al tratamiento, en pacientes mayores de 18 años que fueron atendidos en IPS públicas y privadas de Pereira, junio 2012 - junio 2013.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal. De una población de 248 pacientes inscritos en el Programa de control de Tuberculosis (PCT), se estudió la adherencia en 174 casos que cumplieron criterios de inclusión; a éstos se le revisaron las tarjetas de control de tratamiento y se realizaron encuestas que incluyeron las variables del estudio; a 14 de ellos que no adhirieron al tratamiento se les realizó entrevista semiestructurada. Se utilizaron pruebas de χ^2 , test de Fisher y no paramétricas de Kruskal-Wallis, utilizando valor de p a dos colas $< 0,05$ para definir significancia estadística de las diferencias entre pacientes adherentes con los no adherentes. Se utilizó el paquete estadístico Stata versión 10,0. Para el análisis del contenido de las entrevistas se utilizó Atlas-Ti 6.0

Resultados: Diagnóstico: TB pulmonar el 79%, TB extrapulmonar el 19%, TB pulmonar y extrapulmonar el 2%. De los pacientes con TB pulmonar, el 64.35% se curaron, el 30.43% tratamiento terminado y el 5.22% no adhirieron al tratamiento. Se encontraron relaciones estadísticamente significativas de adherencia al tratamiento con afiliación al régimen contributivo de salud ($p=0.035$), Las manifestaciones de

intolerancia medicamentosa fueron significativamente mayores en el grupo de no adherentes: tinnitus ($p=0.002$), vértigo ($p=0.008$), mareo ($p=0.040$) e hipoacusia ($p=0.006$). La principal causa de no adherencia fue la intolerancia medicamentosa gástrica; la no adherencia se produjo alrededor de los 141 días, o sea durante la segunda fase del tratamiento; en esta fase el 50% de los no adherentes recibieron hasta 22 dosis. En las entrevistas se detectó que factores como falta de apoyo familiar, abandono del trabajo, afectación económica e insatisfacción con la oportunidad en la atención en la institución de salud, fueron importantes en la decisión de no adherencia.

Conclusiones: La tolerancia medicamentosa y la pertenencia al régimen contributivo se destacan como factores de éxito para la adherencia al tratamiento. La persistencia de la carga social y económica de la enfermedad, se relacionan con la decisión de no adherir al tratamiento. El régimen subsidiado predominó en los no adherentes. No existe relación entre la adherencia al tratamiento anti TB y factores sociodemográficos como: género, grado de escolaridad, estado civil, grupo étnico, procedencia, religión, estrato socioeconómico, ocupación. La intolerancia medicamentosa gástrica y presentar tinnitus, vértigo, mareo e hipoacusia fueron causa de no adherencia.

Palabras clave: *tuberculosis, adherencia, factores socioeconómicos, ambiente en las instituciones de salud, tiempo de tratamiento.*

Keys Word: *tuberculosis, guideline adherence, socioeconomic factor, health facility environment, time to treatment*

1. INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis (TB) en todo el mundo es la segunda patología en orden de importancia entre las enfermedades infecciosas responsables de la mortalidad de adultos ^{1,2}. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de la tercera parte de la población mundial está infectada con el bacilo *Mycobacterium tuberculosis* (MTB), siendo este el patógeno que causa mayor mortalidad en relación con cualquier otro agente infeccioso y por el hecho de ser una enfermedad transmisible, conlleva a que una adherencia deficiente al tratamiento prescrito aumente los riesgos de morbilidad, mortalidad y fármaco resistencia en el orden individual y comunitario¹⁹.

La Guía de atención a la TB pulmonar y extrapulmonar, del Ministerio de Salud de Colombia (2002) definió y estandarizó las actividades, intervenciones y procedimientos técnico-científicos y administrativos que garantizarían la atención integral de los pacientes y que contribuirían a controlar la TB en Colombia²; sin embargo reportó que las muertes por TB correspondieron al 25% de la mortalidad evitable en países en desarrollo de los cuales, un 98% de muertes ocurrieron en estos países, siendo un 75% de los casos presentados en población económicamente productiva (entre 15-50 años de edad) ². En abril de 1993 la OMS declaró que la TB adquirió carácter de urgencia mundial debido a falta de atención a la enfermedad por parte de los gobiernos, con programas de control mal administrados, influenciados además, por el crecimiento demográfico y recientemente por la asociación entre TB y la infección con el Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ³. Esta coinfección es uno de los mayores problemas de Salud pública para el mundo ⁷.

También agrega Machado et al, que en África Sub Sahariana y sudeste de Asia una tercera parte de los pacientes con TB, tenían asociada una infección por VIH, al igual que en algunos países de Latinoamérica donde se informó de seroprevalencias para VIH en pacientes con TB que alcanzó un 10% a 20%, llevando esta co - infección a uno de los mayores factores de riesgo para desarrollar TB ⁷, porque el virus al reducir la capacidad de respuesta inmune, hace que el enfermo sea más susceptible a

desarrollar TB; también señaló como factores predisponentes la desnutrición, hacinamiento, malas condiciones higiénicas, infección porVIH, algunas enfermedades debilitantes y anergizantes, inmunosupresores, diabetes, estrés, silicosis, alcoholismo, drogadicción e indigencia entre otros, incrementaban la susceptibilidad de las personas a la TB.

Alrespecto, De la Parte M. et al (2001), refirieron que otros estudios realizados en Estados Unidos y el mundo demostraron que la TB ocurre con mayor frecuencia en personas de género masculino con predominio en mayores de 25 años; además, de una mayor prevalencia en personas de raza negra. Asimismo, indicó que existen factores genéticos humanos que inciden sobre la susceptibilidad a la TB, pero ninguno es significativo, y la exposición al MTB y al ambiente del individuo, cumplen un papel importante para determinar el desarrollo de la enfermedad⁸.

Algunosfactores como la situación socioeconómica, pobreza, desempleo, salario, nivel de educación y escasa asistencia social están relacionados con TB, agregando el riesgo de contagio, especialmente en profesiones del área de salud, como terapeutas respiratorios y otros⁸.

De acuerdo al informe Global de TB de la OMS, se reportó que en el año 2012 se presentaron 8.6 millones de casos de TB, equivalente a 125 casos por 100.000 habitantes; de los cuales 1.3 millones de personas murieron por esta enfermedad, (incluyendo 320.000 muertes de pacientes con TB/HIV)⁹.

El número de muertes por TB es inaceptablemente grande, si se tiene en cuenta que la mayoría son prevenibles, pero es importante anotar que para el 2012 el porcentaje de mortalidad por TB se redujo en un 45% con relación a las ocurridas en 1990 y la meta es reducirlo al 50% para el 2015.

De igual manera, el índice de TB activa en la comunidad (prevalencia) ha caído en un 37% en relación con la presentada en 1990 y se aspira que para el 2015 la meta se reduzca al 50%.

En el 2012 la mayoría de casos nuevos se presentaron en el sureste asiático (29%), África (27%), regiones del pacifico oriental (19%), India (26%) y China (12%) respectivamente ⁹.

De los 8.6 millones de personas que desarrollaron TB en el 2012 se estimo que el 1.1 millones de personas (13%) fueron HIV positivos; de estos, el 75% de los casos fueron de África.

La mayoría de casos de TB y muertes por esta enfermedad ocurrieron en hombres, pero la TB permanece como una de las tres principales causas de muerte en las mujeres (410.000 casos en el 2012), de las cuales la mitad tenían la comorbilidad TB/HIV⁹.

De los 8.6 millones de casos nuevos de TB en el 2012 en todo el mundo, 2.9 millones eran mujeres⁹.

En relación con el nivel sociocultural de los países, la incidencia varió en forma ostensible como en el caso de África del sur donde la prevalencia fue de 1.000 casos por 100.000 habitantes, y menos de 10 casos por 100.000 habitantes en algunas regiones de las Américas, varios países de Europa oriental, Japón, Australia y Nueva Zelanda⁹.

De otra parte la OMS (2011), informó que en Colombia, anualmente se presentaban más de 11.000 casos de TB en todas sus formas, con una prevalencia reportada de TB en el 2010 de 48 casos por cada 100.000 habitantes y una incidencia de 34 casos por cada 100.000 habitantes, una mortalidad en pacientes sin infección por VIH de 2.8 por cada 100.000 habitantes ¹⁰, resultando en la cuarta causa de mortalidad por

enfermedades transmisibles, lo que equivale a un 10% de muertes por estas patologías¹¹.

Así mismo, en Colombia, durante el año 2011 en la Semana epidemiológica N° 52, periodo del 25 a 31 de diciembre, se notificaron 11.809 casos de TB, de los cuales 252 se notificaron en dicha semana; el reporte evidenció que del total de casos notificados, el 80.2% correspondieron al tipo de TB pulmonar y el 17.7% correspondieron a TB extrapulmonar. De igual manera este informe epidemiológico reveló 4 muertes por TB, de las cuales, 3 fueron de tipo pulmonar procedentes de Antioquia, Bogotá, Cundinamarca y un caso de tipo extrapulmonar procedente del Tolima¹².

Risaralda es una de las 36 entidades territoriales que se encuentra en el grupo de baja carga para esta enfermedad, con un promedio inferior a 383 casos nuevos detectados al año y que en promedio no obtuvieron el 85% de éxito del tratamiento durante el periodo 2004 – 2007, lo cual la clasificó en el escenario epidemiológico N° 4¹¹. Entre los departamentos que conforman este grupo se diagnosticaron en promedio el 30.2% de los casos de todas las formas de TB del país, presentando un comportamiento irregular en el número de casos diagnosticados por año durante dicho periodo, detectándose inconvenientes en su sistema de información, permitiendo evidenciar la falta de oportunidad en la entrega de informes a nivel central y poca correlación entre las fuentes de información (informes trimestrales de casos y análisis de cohortes) ¹¹.

En el año 2010 el municipio de Pereira reportó 315 casos de ingreso de pacientes al Programa de control de Tuberculosis(PCT), de los cuales 23 abandonaron el tratamiento¹³. Para enfrentar este problema se sugirió realizar actividades específicas como supervisión estricta a la estrategia Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES), cuya expresión anglófona es Directly Observed Treatment Strategy : (DOTS) y seguimiento a los pacientes, para alcanzar los objetivos, metas y líneas de acción propuestas en el Plan Colombia libre de Tuberculosis 2010 – 2015, fortaleciendo además el trabajo interprogramático mediante el desarrollo de acciones

de prevención y control de TB en comunidades indígenas y población privada de libertad en articulación con el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC¹¹.

Aunque existen medios preventivos para evitar el incremento de TB en la comunidad, es necesario cortar la cadena de transmisión de enfermo a sano mediante la búsqueda activa, localización precoz y tratamiento oportuno, adecuado y supervisado de enfermos, como el seguimiento y evaluación de la adherencia al esquema terapéutico². Sin embargo, se habla de falta de adherencia al tratamiento cuando el paciente no asiste a recibir medicamentos durante un mes o más, siendo éste el obstáculo más importante para el control de la TB. En 1996 se informó una proporción de abandono para América del 6% y en el 2002 para Colombia del 8% ¹⁴, lo que contribuye directamente en la prevalencia, el riesgo de transmisión y desarrollo de multirresistencias, por lo cual debe ser abordado de manera multidimensional.

En estudios anteriores realizados por Meissner et al.¹⁵, Rocha et al. (2002)¹⁶, Salazar C. et al. (2001)³ y Culqui D et al. (2005)⁵ encontraron algunas razones por las cuales los pacientes no presentaban adherencia adecuada y algunos factores pronósticos de abandono al tratamiento, encontrando entre otros, una relación significativa entre el consumo de drogas ilícitas, principalmente endovenosas y la probabilidad de abandono del tratamiento; permitiendo identificar a estos pacientes como un grupo específico de riesgo.

Culqui et al. relacionaron la baja escolaridad con una mayor probabilidad de abandono del tratamiento, pues consideraron que tenía más influencia en su decisión de continuar o desistir del tratamiento, analizando en diferente forma la información recibida sobre su enfermedad y los métodos para tratarla, así como el sistema de salud al que acude, son factores que tienen gran repercusión en la continuidad del tratamiento, más que el mismo grado de escolaridad del enfermo. También encontraron que la separación o disolución del núcleo familiar por temor a contagio, y el hecho de convivir en un entorno familiar conflictivo, también fueron factores predisponentes para abandonar el tratamiento antiTB⁵.

Alvarez Gordillo G et al (2000)⁶agregarónque para el desarrollo de un adecuado tratamiento anti TBera fundamental obtener información precisa sobre los conocimientos, las percepciones y prácticas que el personal de la salud tenía acerca de la patología, de los enfermos y de la calidad de atención que se les ofrecía; cuando se habla de personal de la salud incluye profesionales y no profesionales a los que acuden los pacientes. Algunos pacientes desconocían la duración del tratamiento, las molestias ocasionadas por la aplicación de estreptomycin, siendo también factores predisponentes para el abandono del tratamiento⁶.

G E Silva et al (2005) ¹⁷ consideraronque la no adherencia alos esquemas de tratamiento es la mayor causa de falla terapéutica; aunque el comportamiento adherente puede cambiar en el tiempo debido a la percepción del individuosobre la eficacia y / o deficiencia en el uso de la medicación , por la polifarmacia, cuando varios medicamentos deben ser tomados al mismo tiempo y afectan el desempeño cotidiano, por factores económicos, socioculturales, ambientales. La frecuencia de la no adherencia al tratamiento puede variar; incluso, un paciente puede cumplir con el esquema de una medicación, pero no con el de otra o de otras¹⁷.

Entre los motivos por los cuales unos lograron terminar el tratamiento se encontrarón el apoyo familiar brindado, la propia convicción, temores y otras³.

Al iniciar el tratamiento y durante su desarrollo, muchos pacientes hacen un análisis del riesgo – beneficio de la necesidad versus conveniencia de tomar la medicación; su decisión dependerá de la evaluación de los siguientes cuatro factores:

- La prioridad de tomar la medicación
- La percepción de gravedad de la enfermedad
- La credibilidad en la eficacia de la medicación
- La aceptación personal de los cambios recomendados¹⁷.

La estrategia (DOTS -TAES), adoptada en los establecimientos de salud, requiere además de la administración supervisada de los medicamentos, brindar a cada paciente la información apropiada siguiendo un criterio personalizado, al tiempo que se promueve el reforzamiento y la motivación para proseguir el régimen. En este contexto, el personal de salud está en situación ideal para identificar cualquier intento de abandono o interrupción del esquema terapéutico, para intervenir oportunamente.

Por lo anteriormente planteado, se formulan los siguientes interrogantes: ¿Qué relación existe entre los factores sociodemográficos, sociales, económicos, antecedentes clínicos, manifestaciones de intolerancia medicamentosa y características del tratamiento con la adherencia al tratamiento anti TB, en individuos mayores de 18 años atendidos en el Programa de Control de TB de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas del municipio de Pereira en el periodo comprendido entre el 1° de junio 2012 y 30 de junio 2013 ?.

¿Cuál es el significado que para los pacientes en su decisión de no adherir al tratamiento, tienen factores socio familiares, socioeconómicos, de atención en salud, la enfermedad y el tratamiento , en individuos mayores de 18 años atendidos en el programa de TB de las IPS públicas y privadas del municipio de Pereira, en el periodo comprendido entre 1° junio de 2012 a 30 junio de 2013 ?.

2. JUSTIFICACIÓN

La adherencia al tratamiento de la TB ha sido considerada en diversas investigaciones como uno de los principales factores determinantes del éxito del tratamiento; por esa razón desde 1991 la OMS, promovió la estrategia DOTS - TAES que trata cinco elementos²¹:

- Compromiso político
- Detección de casos mediante examen microscópico de esputo de quienes consultan por tos crónica
- Ciclos cortos estandarizados de quimioterapia en condiciones adecuadas de tratamiento del caso
- Suministro regular de medicamentos
- Sistema estandarizado de notificación y registro que permita la evaluación individual de los pacientes y el desempeño general del programa²²

Desde febrero del año 2000 el Ministerio de Salud de Colombia, hoy Ministerio de la Protección Social (MPS) expidió la Guía de atención de la TB pulmonar y extra pulmonar como un documento que incorpora lineamientos de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional, pero sin embargo aunque se cuenta con esta guía, aún hay falencias en la aplicación de las directrices para la ejecución de actividades de vigilancia, prevención y control de la enfermedad a nivel local⁴.

Si bien es cierto que desde el año 2000 se adoptó normativamente la estrategia DOTS - TAES, no es posible establecer cuál es su cobertura real debido a que hay debilidades generadas por escasez de personal suficiente y calificado para ejecutar las actividades. A esto se suman fallas en las acciones de inspección, vigilancia y control por parte de los niveles territoriales a la red prestadora de servicios de salud, que conduce a falta de oportunidad y calidad en la generación de información con subregistros¹¹.

El control de la TB está sometido a un constante cambio y los resultados son compatibles con una necesidad evidente de realizar investigaciones enfocadas a factores relacionados con la conducta de los pacientes con respecto al tratamiento anti TB; lo cual reduciría las tasas de abandono del tratamiento⁵.

Los tratamientos para TB pulmonar y extra pulmonar son eficaces, sin embargo hay una serie de factores relacionados en cada paciente para cumplir con el esquema de tratamiento y adherencia, frente a lo cual este estudio permitirá reconocer los factores más relevantes relacionados con la adherencia al tratamiento anti TB en el municipio de Pereira, dando la oportunidad a las instituciones públicas y privadas de salud para reevaluar la adherencia al tratamiento, además de sensibilizarlas en la responsabilidad que tienen con el PCT y lo más importante con el paciente; considerando que esta enfermedad es grave, crónica e incapacitante y puede llevar a un desenlace fatal, más aún si se considera que estos usuarios en su mayoría según base de datos corresponden a población de estrato bajo con escasos ingresos, entre otros.

Uno de los estudios realizados en Colombia en el departamento de Córdoba por investigadores de la Universidad Industrial de Santander, encontró que ingerir alcohol durante el tratamiento y no informar a la familia acerca de la enfermedad, son factores de riesgo para el abandono³.

Salazar C. et al. (2004), encontraron que no se conocían bien las causas relacionadas con el abandono, aunque se tuvieron algunas aproximaciones, provenientes del programa de control, pero no sustentadas por investigaciones epidemiológicas³.

Otros estudios reportarán que entre las causas más frecuentemente informadas por los pacientes durante el tratamiento fueron: reacciones adversas producidas por medicamentos, molestias estomacales, náuseas, mareos, cambios en la piel (manchas, prurito, brote), anorexia, desaliento, tinnitus y molestias visuales²⁰.

Por otra parte Machado J. et al. (2005) mostrarón que en Pereira casi el 90% de los pacientes son diagnosticados por la red pública del municipio, encontrando que por su localización el 90.4% de las TB fueron a nivel pulmonar. Una vez que se hizo el diagnóstico, se inicio el tratamiento en los organismos de salud de la red pública o privada, pero el seguimiento lo retomaba el programa del Instituto Municipal de Salud de Pereira para garantizar la adherencia al tratamiento y buscar los no asistentes con el fin de evitar su pérdida; el autor sugirió que para lograrlo se deberían mejorar los procesos de diligenciamiento de las tarjetas de seguimiento de los pacientes en los organismos de salud y capacitar al personal en forma adecuada ⁷.

Con base en lo planteado, este estudio busca identificarlos factores que están relacionados con la adherencia al tratamiento anti TB para que con su conocimiento las instituciones de salud establezcan estrategias que les permitan conseguir mejores resultados.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

- Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento anti TB y los factores sociodemográficos, sociales, económicos, antecedentes clínicos, manifestaciones de intolerancia medicamentosa y características del tratamiento en pacientes mayores de 18 años atendidos en el Programa de TB de las IPS públicas y privadas del municipio de Pereira, en el periodo comprendido entre 1° junio de 2012 a 30 junio de 2013.
- Comprender el significado que para los pacientes tienen en su decisión de no adherir al tratamiento, los factores socio familiares, socioeconómicos, de atención en salud, la enfermedad y el tratamiento, en individuos mayores de 18 años atendidos en el programa de TB de las IPS públicas y privadas del municipio de Pereira, en el periodo comprendido entre 1° junio de 2012 a 30 junio de 2013.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar características sociodemográficas, sociales y económicas de los pacientes del estudio.
- Identificar variables clínicas, antecedentes clínicos, manifestaciones de intolerancia medicamentosa y características del tratamiento anti TB relacionadas con adherencia al tratamiento en pacientes del estudio.
- Describir factores socio-familiares, socio-económicos y de atención en salud relacionados con la adherencia al tratamiento anti TB, en la población de no adherentes
- Indagar el significado que para los pacientes no adherentes tiene la enfermedad de TB y su tratamiento.

4. REFERENTE TEÓRICO

4.1. Referente teórico contextual de la TB

En 1882, Robert Koch identificó el agente etiológico de la TB, el MTBparásito obligado humano, intracelular, también denominado Bacilo de Koch (BK) y mal llamado bacilo tuberculoso. En aquel momento, la TB era la causa de muerte en uno de cada 7 fallecidos en Europa y uno de cada 3 fallecidos en edad productiva. En la actualidad, la TB continúa siendo un problema de salud mundial de dimensiones inmensas. Se calcula que están infectados en el mundo mil (1000) millones de personas, el 20% de la población mundial, con 10 millones de nuevos casos y tres millones de muertos por TB anuales⁸.

En 1996, Armas Pérez L et al ²⁴definieron la TB como una enfermedad micobacteriana humana clásica infecciosa y transmisible de evolución aguda, sub aguda o crónica, que afecta más al aparato respiratorio²⁴. En La Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extra pulmonar de la Dirección General de Promoción y Prevención publicada en el año 2002 por el Ministerio de Salud de Colombia, se menciona que es causada por el BK (*Mycobacteria Tuberculosis*, *M. Bovis*, *M. africanum*)².

La forma de contagio de la TB es de persona a persona, se efectúa por vía aérea, contacto interpersonal íntimo a través de la inhalación de aire o esputo con partículas infectadas que exhala el enfermo al toser, hablar o estornudar, lo cual se presenta en más del 90% de los casos de TB pulmonar, siendo esta la etapa más contagiosa de la enfermedad. El único reservorio natural es el humano. Cada enfermo bacilífero, sin tratamiento, puede infectar entre 10 a 15 personas por año².

Donde hay TB bovina se trasmite del ganado al hombre a través de la ingesta de leche cruda, no pasteurizada. El periodo de incubación del bacilo varía entre 2 a 12 semanas. Una vez ocurrida la infección, se estima que alrededor del 10% de las personas infectadas desarrollará la enfermedad en alguna época de la vida. Si el paciente

infectado de TB adquiere el VIH, el riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa es del 50%. En Colombia una proporción importante de las TB secundarias se deben a re – infección².

El crecimiento irrefrenable de los bacilos y la destrucción hística continúan en la TB activa y progresiva, pero en la mayoría de los casos la respuesta inmune celular consigue detener la enfermedad en esta fase y los únicos hallazgos de infección son una prueba cutánea (Derivado de proteína purificada, PurifiedProteinDerivated – PPD) positiva que se mantiene durante toda la vida y los signos radiológicos de calcificación de los focos inicialmente activos en el pulmón o en otros órganos. La reactivación de los bacilos latentes puede ocurrir años después de que desaparezca la respuesta inmunológica, ya sea como consecuencia del envejecimiento, de enfermedades inmunosupresoras o de ciertos tratamientos⁸.

Los órganos más comúnmente afectados son los pulmones, pero la enfermedad puede comprometer también riñones, huesos, ganglios linfáticos, sistema nervioso central, órganos genitales, pericardio, peritoneo, articulaciones o diseminarse por todo el organismo. Como resultado del proceso patológico y de acuerdo con la historia natural de la enfermedad se puede producir la curación espontánea o bajo tratamiento, la cronificación del proceso o la muerte².

Con respecto a la localización de las diversas formas de TB que mostro el estudio de Machado, JE en Pereira, permitió apreciar que el 90.4% fueron formas pulmonares y 9.6 % fueron formas extra pulmonares. Se estableció que la prevalencia de coinfección con VIH en pacientes con TB durante el periodo de estudio en el año 2003 fue de 3,2%, Sin embargo, entre los enfermos que tuvieron la coinfección se encontró 1 caso de TB meníngea (33%) y 2 casos de TB pulmonar (67%)⁷.Dicho estudio recomendó que a todos los pacientes con TB, el PCT les debería garantizar la visita domiciliaria, la educación a su familia, a la comunidad y la búsqueda de contactos con énfasis en otros posibles infectados, además de determinar condiciones especiales como la resistencia a los medicamentos anti TB⁷.

Según la OMS, cerca de la tercera parte de la población mundial está infectada con el MTB. En el año 1995 se reportaron más de nueve millones de casos nuevos de TB con más de 3 millones de muertes. El MTB causa mayor mortalidad que cualquier otro agente infeccioso. Las muertes por TB corresponden al 25% de la mortalidad evitable en países en desarrollo. El 95% de los casos nuevos y el 98% de las muertes por TB ocurren en estos países en desarrollo y el 75% de estos casos ocurren en la población económicamente productiva (15-50 años)².

Entre los años 1995 y 2012, 56 millones de personas fueron tratadas exitosamente contra la TB en aquellos países que adoptaron las estrategias promulgadas por la OMS, salvando 22 millones de vidas.

En el 2012 se notificaron al Programa Nacional de TB (PNCT), 6.1 millones de casos, de los cuales 5.7 millones eran nuevos, diagnosticados en el año 2012 y 0.4 millones habían sido diagnosticados previamente, pero cuyo régimen de tratamiento había cambiado.

En el 2011 el porcentaje de éxito en el tratamiento en los casos nuevos fue del 87% con relación a los 2.9 millones de casos perdidos, (no diagnosticados o diagnosticados pero no reportados al PNCT, el 75% eran de 12 países, de los cuales India aportaba el 31% y el resto eran de Suráfrica, Bangladesh, Pakistán, Indonesia China, República Democrática del Congo, Mozambique, Nigeria, Etiopía, Filipinas y Myanmar.

El porcentaje de tratamiento exitoso en las regiones europeas aún permanece muy bajo, alcanzando solo el 72% en el año 2011⁹.

Chaparro P et al. (2004), informaron que en América Latina en el año 2001 se notificaron 229.873 casos, de los cuales, el 56,4% correspondió a casos nuevos de TB pulmonar con baciloscopia positiva. Los países que reportaron el mayor número de casos fueron Brasil (74.446) y Perú (37.197) aunque, según las tasas, primero fue Perú

con 143 casos por 100.000 habitantes, seguido de Haití y Bolivia con 124 casos por 100.000 habitantes, cada uno¹.

En el 2007, fueron notificados al PNCT 7.488 casos nuevos de TB pulmonar BK positivo, de los cuales fueron evaluados por medio de análisis de cohortes 7.027 (94%), de estos, el 76,7% fueron tratamientos exitosos¹¹.

La asociación infecciosa entre TB y VIH debido a la coinfección por el VIH como factor de riesgo que agrava la situación epidemiológica de la TB ocurre especialmente en países en desarrollo. Este virus induce una inmunodepresión progresiva que favorece la reactivación de la TB en personas con una infección tuberculosa latente y la progresión hacia la enfermedad en aquellas con primo infección o reinfección tuberculosa². Una tercera parte de los 42 millones de personas con VIH/Sida en el mundo están coinfectadas con TB; aproximadamente, el 90% muere pocos meses después de enfermarse con TB si no reciben un tratamiento adecuado¹.

En Porto Alegre (Brasil), en el 2000 se encontró que el 47% de los pacientes con TB tenían la coinfección con VIH. En Santiago de Compostela(España) , fue posible demostrar que la coinfección era 2.4% en el año 2002. En el 2004 en Nueva Delhi (India), se vio que entre 421 individuos con VIH, 24.9% eran positivos para TB. Entre mineros de oro en África se observó una prevalencia de 1.7% en la asociación. En varios estudios en Colombia las prevalencias de la asociación TB-VIH van desde 1.4% en Bogotá, 2% en Cali y 8% en un hospital de Bogotá. En Pereira la investigación de Llano et al. describieron en 1993, una prevalencia de 9% para VIH en los individuos con diagnóstico de TB⁷.

De los 9.288 casos de TB reportados por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) durante el año 2008, 956 presentaron coinfección TB/VIH-Sida (10,29%), 635 de ellos asociados a TB pulmonar y 321 a TB extra pulmonar; de acuerdo al comportamiento observado y al aumento de la población afectada por el VIH, se esperaba un aumento del número de casos de coinfección, sin embargo en

más de la mitad de los casos de TB se desconoce si hay asociación a VIH/Sida porque la asesoría y oferta de la prueba voluntaria solo cubre a un 62.8% de los casos¹¹.

La asociación TB y VIH en el municipio de Pereira es similar a la encontrada en ciudades como Santiago de Compostela, en España, y baja con relación a las prevalencias vistas en Nueva Delhi, África, Bogotá y Brasil donde la coinfección está en 47% de los casos. Esto es validado por el hecho que se sigue presentando la TB pulmonar como principal forma de la enfermedad en más de 90% de los casos, hecho común en lugares donde la coinfección no es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de TB⁷.

El aumento de los casos de TB en Pereira se debe en gran medida a que el municipio destina recursos para la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios, lo que demostró un mayor número de enfermos con esta estrategia⁷. El incremento de casos de TB en esta ciudad no se asoció con un mayor número de personas con la coinfección con VIH, sino con una mayor búsqueda de sintomáticos respiratorios⁷. La oficina de estadística del Instituto Municipal de Salud de Pereira (Risaralda) informó que la red pública diagnóstica más de 90% de los casos de TB del municipio.

4.2. Diagnóstico de la TB

Los criterios apropiados para diagnosticar TB pulmonar y extrapulmonar deben incluir una completa historia clínica, prueba cutánea a la tuberculina, radiografía de tórax y un examen bacteriológico o histológico.

Según el Ministerio de la Protección Social (MPS) de Colombia, desde el punto de vista epidemiológico, el hecho de ser un contacto de un caso bacilífero hace positivo este criterio (signo de Combe positivo), por tanto toda persona con este nexo epidemiológico deberá ser canalizada para valoración médica y realización de pruebas diagnósticas². El estudio bacteriológico es pilar fundamental para diagnosticar la enfermedad²⁶, y el cultivo es el goldstandard, el cual además, indicará la

sensibilidad de los medicamentos anti TB para ese germen. La baciloscopia debe ser el primer método a emplear dado su sencillez, rapidez y bajo costo para detectar una micobacteria; en lo posible no se debe iniciar un tratamiento sin una comprobación bacteriológica²⁷.

La radiografía de tórax es una ayuda diagnóstica útil que, aunque poco específica, es muy sensible ($\geq 90\%$), siempre deberá realizarse de forma simultánea con las pruebas bacteriológicas o histopatológicas.

Para el diagnóstico de la TB extra pulmonar, se requiere tomar muestras de secreciones, líquidos corporales o biopsia de tejidos, para practicar estudios histopatológicos y cultivos de las biopsias (pleural, ganglionar, genitourinaria, osteoarticular, del sistema nervioso central, peritoneal, pericárdica)²⁷.

Actualmente el tratamiento de TB se resume en una sola palabra: Quimioterapia; se dispone de un variado número de medicamentos, entre ellos, los más potentes y conocidos internacionalmente son: Isoniacida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z), Estreptomicina (S) o Etambutol (E)²⁷.

El poder de la quimioterapia es tal que, asumiendo que los bacilos sean sensibles a los medicamentos, su administración correcta por un tiempo prudencial, curará 100% de las veces todos los casos de TB. Todas las formas de TB se pueden curar, si se conocen y respetan cuatro condiciones esenciales que deben tener los tratamientos: Ser asociados, que sean prolongados, que sean supervisados y que sean facilitados.

En este estudio se definen los siguientes términos técnicos relacionados con TB:

Adherencia al tratamiento de la TB: Se asume el concepto de adherencia al tratamiento de la tuberculosis definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el grado en que los antecedentes del paciente sobre toma del medicamento

terapéutico coinciden con el tratamiento diario prescrito¹⁹. Este concepto se ampliará posteriormente en el referente teórico de esta investigación.

Caso nuevo: Paciente que nunca recibió tratamiento anti TB o solo lo recibió por menos de cuatro semanas²⁷.

Curado: Caso con baciloscopia inicial positiva que terminó el tratamiento y tuvo baciloscopias de esputo negativas en por lo menos dos ocasiones, una de ellas al concluir el tratamiento. El tratamiento concluye al cumplir el número de dosis establecidas²⁷.

Recaída: Situación en paciente previamente tratado para TB quien ha sido declarado curado o con tratamiento completo y es diagnosticado nuevamente como TB bacteriológicamente positivo (baciloscopia o cultivo)²⁷.

Fracaso: Todo paciente con baciloscopia de esputo positiva al quinto mes o más durante el tratamiento. Se debe sospechar el fracaso cuando la baciloscopia continúa positiva al cuarto mes, caso en el cual se solicitará baciloscopia al quinto mes; si esta es positiva se deberá realizar cultivo y pruebas de sensibilidad de la muestra que no logra negativizar su cultivo de esputo, al completar correctamente todas las dosis del esquema de tratamiento ordenado²⁷.

Abandono: Paciente que complete treinta o más días sin ingerir medicamentos, en cualquier esquema y fase del tratamiento, aun cuando la institución de salud no haya perdido contacto con el paciente²⁷.

Transferido: Paciente diagnosticado, y por motivos diferentes, fue remitido a otra institución y el resultado final del tratamiento no se conoce²⁷.

Fallecido: Paciente que falleció por cualquier causa durante el tratamiento²⁷.

Caso crónico: Paciente que sigue presentando baciloscopia positiva, tras haber terminado un esquema de retratamiento supervisado²⁷.

Contacto: Toda persona que comparta el mismo hábitat con un paciente con TB y por tanto, amerita descartarle infección o enfermedad tuberculosa²⁷.

4.3. Epidemiología del bacilo de Koch

Existen tres sub poblaciones del mismo bacilo tuberculoso dentro del huésped, con variaciones en la velocidad de sus multiplicaciones, y son interferidas en formas diferentes por los distintos fármacos. Las de crecimiento continuo, localizadas en las paredes de las cavernas, en contacto con el medio ambiente, que son las causales de las baciloscopias positivas y transmiten la enfermedad; son destruidas rápidamente por la Isoniacida. Para la población de los bacilos persistentes, causantes de las recaídas actúa eficazmente la Pirazinamida. Una población pequeña con crecimiento esporádico para los cuales la Rifampicina administrada durante todo el tratamiento cubre esos crecimientos casuales y por último una población sin actividad metabólica, latente totalmente, a las cuales al parecer solo las defensas propias del huésped pueden controlarla. Por esta razón es necesario administrar por un tiempo suficiente los diferentes fármacos para poder destruir todas esas poblaciones bacilares²⁷.

Los esquemas modernos, considerados como “Tratamiento Acortado” es la estrategia promulgada por la OMS y conocida universalmente como Tratamiento directamente supervisado Directly Observed Treatment Short course (DOTS - TAES), se ha extendido y es obligatoria en la mayor parte del mundo y, consiste en que los pacientes deben recibir los medicamentos anti TB, en cualquier sitio (Centro de salud, lugar de trabajo y aun en casa) bajo la observación de una persona que asegure su ingesta²⁷.

Cada tratamiento DOTS - TAES debe ser diseñado de tal manera que se ajuste al lugar de aplicación, situación y necesidad individual de cada paciente, y no a un diseño

rígido que lo obligue a acudir todos los días al centro de salud, algunas veces lejano; siendo flexible en ciertas circunstancias, un familiar, un conviviente, un vecino debidamente capacitado por el programa, pueden ser los encargados del DOTS, y también de recoger semanalmente los medicamentos y responder ante el programa²⁷.

Chaulk en 1998, demostró los beneficios de la estrategia, identificando tempranamente las no adherencias, los efectos adversos de los fármacos y la mala evolución clínica. Por tanto, usando el DOTS, por lo menos el 90% de los pacientes pueden ser tratados de una manera humana hasta completar la terapia²⁸.

4.4. Fármacos antiTB²⁷

La medicación para tratar la TB es amplia; existen de primera línea que son los más potentes y de menor toxicidad, y los de segunda línea, menos bactericidas y con mayores efectos secundarios.

Los de primera línea son:

Isoniacida (H), es el fármaco anti TB por excelencia. Actúa en todas las formas de la enfermedad y es el más eficaz contra bacilos en multiplicación activa, se absorbe por vía oral, su dosis calculada es de 5 mg/kg para adulto, con una dosis diaria suficiente de 300 mg.

Rifampicina (R), agente bactericida. Su notable acción se manifiesta por la rapidez con que actúa sobre los bacilos, y ello explica su eficacia contra los bacilos persistentes de crecimiento esporádico y también contra los bacilos en multiplicación activa, pero en menor capacidad que la isoniacida. La dosis recomendada por vía oral es 10 mg/kg para adulto, con dosis total de 600 mg diarios.

Pirazinamida (Z), bactericida. Por actuar eficazmente en medio ácido, ejerce acción esterilizante sobre los bacilos intracelulares. Se emplea en dosis de 30 mg/kg con dosis

diaria en adulto de 1500 mg. Produce ocasionalmente hepatitis en la dosis recomendada y artralgias por aumento del ácido úrico.

Estreptomicina (S), primer bactericida empleado contra la TB en la década del 40; al comenzar a usarla se evidenció: primero, que los pacientes presentaron una rápida y dramática mejoría de sus síntomas, de las lesiones radiológicas y negativización de las baciloscopias y cultivos; después de esa mejoría, siguió una recaída de un gran porcentaje causada por bacilos resistentes. Por ser de aplicación inyectable y con más frecuente resistencia primaria, ha disminuido su uso en condiciones operativas. Su dosis es de 1 gm diario por vía intramuscular, que generalmente puede disminuirse a la mitad en pacientes ancianos y debilitados. Su principal toxicidad está a nivel del nervio acústico con sordera o vértigos, y también sobre el riñón cuando hay enfermedad renal previa.

Etambutol (E), fármaco bacteriostático, disminuye la resistencia a los medicamentos bactericidas. Inhibe componentes de la pared micobacteriana, y su dosis por vía oral oscila de 15 a 20 mg/kg diarios. Su efecto adverso más temido es la neuritis óptica retrobulbar, con disminución de la agudeza visual hasta la pérdida total de la visión.

4.5. Justificación del tratamiento multifarmacológico antiTB²⁷

El tratamiento existente en Colombia se caracteriza por la eficacia de la asociación de medicamentos que emplea (cuatro bactericidas), la duración mínima necesaria (seis meses), la supervisión requerida (DOTS) y la facilitación de su uso (dos fases, una de ellas intermitente y la asociación H+R a dosis fija), con evidencia científica (A-II) que asegura la curación en el 99% de los casos y evita la recaída en el 97% de ellos. Además de ser gratuitos, tanto los métodos diagnósticos como el tratamiento.

Es importante que ambas fases del tratamiento cuenten con estricto DOTS (A-III).

Si se dejara de tomar alguna dosis, ella deberá ser repuesta al final del tratamiento.

El esquema descrito sirve tanto para la TB pulmonar como para la extra pulmonar (A-II).

Se recomienda prolongar la segunda fase a siete meses en las siguientes circunstancias: TB y VIH, severa enfermedad cavitaria en la radiografía de tórax inicial, cultivo positivo al terminar la primera fase.

Los exámenes de esputo mediante baciloscopia y cultivo deberán practicarse a los dos, cuatro y seis meses y al finalizar el tratamiento (A-III). Las pruebas de sensibilidad bacteriana deberán practicarse en pacientes con cultivos positivos después de tres meses de tratamiento, y si son cultivos positivos después de cuatro meses de tratamiento, considerarlas como un fracaso y manejarlas como tal (A-III).

Los tratamientos de menos de seis meses de duración no son recomendados por sus altas tasas de recaídas y fracasos (E-I).

No son esenciales los controles radiológicos antes de terminar el tratamiento, pero si es recomendado al finalizar, por si es necesario cualquier control en el futuro (B-III).

Además de la evaluación bacteriológica, los pacientes deben tener control clínico mensual durante la primera fase para observar su evolución, los efectos secundarios de los fármacos y reforzar la adherencia, luego al cuarto y sexto mes cuando se haya finalizado el tratamiento.

Para los pacientes con TB extra pulmonar, la frecuencia de sus controles dependerá del órgano comprometido²⁷.

4.6. Esquema de tratamiento normatizado en Colombia para pacientes con TB

Tratamiento Acortado Supervisado

Colombia dispone de un tratamiento que emplea cuatro bactericidas, durante una duración mínima de seis meses, con una supervisión requerida DOTS, a través de dos fases.

El tratamiento debe hacerse de manera ambulatoria, la hospitalización se realiza solo en casos especiales según criterio médico o condición del paciente en relación con su enfermedad. La administración del tratamiento debe ser supervisada; el paciente toma medicamentos bajo estricta observación. Los medicamentos se administran simultáneamente y toda la dosis diaria a la misma hora, no se debe fraccionar la toma.

El 11 de septiembre de 2009 el MPS emitió la circular externa 000058, donde estableció ajustes a los lineamientos que se venían aplicando a los esquemas y categorías del tratamiento de TB como fueron:

- Los casos nuevos de TB deben recibir el esquema estandarizado denominado categoría I
- Casos definidos como reingreso por abandono e ingreso por recaídas se debe realizar baciloscopia, cultivo y pruebas de sensibilidad. El esquema de tratamiento inicial para estos casos debe ser el denominado categoría I, el cual se ajustara de acuerdo a los resultados del laboratorio y a la información clínica y epidemiológica del caso.
- Para los casos definidos como fracaso se debe realizar baciloscopia, cultivo y pruebas de sensibilidad. El esquema de tratamiento inicial será el determinado por la guía para el manejo de TB multidrogorresistente (MDR), vigente para el país⁵⁰.

Al respecto, en el año 2010 El PNCT del MPS realizó ajustes al esquema de tratamiento debido a cambio de presentaciones de algunas asociaciones de

medicamentos y dosificación acorde al peso de los pacientes, es importante aclarar que dichos ajustes no se aplicaron en el municipio de Pereira por la existencia de presentaciones de medicamentos del esquema anterior, pero se solicitó que a partir del 01 de marzo de 2011 todo paciente que ingresara al PNCT a primera o segunda fase debería recibir el nuevo esquema de tratamiento, el cual se presenta a continuación⁵¹

Tabla 1 Esquema de tratamiento para TB Categoría I – Adultos

Uso de medicamentos en tabletas de dosis fija combinada primera y segunda fase		
Peso en Kilogramos (kg)	Primera Fase 2 meses (8 semanas) / 48 dosis Diaria. Lunes a Sábado.	Segunda Fase 4 meses (18 semanas) / 54 dosis Tres veces por semana
	Número de tabletas Combinación de HRZE* 75 mg + 150 mg + 400 mg + 275 mg	Número de tabletas Combinación de HR** 150 mg + 150 mg
30 - 37	2 y 1/2	2 y 1/2
38 - 40	3	3
41 - 50	3 y 1/2	3 y 1/2
51 - 54	4	4
55 - 70	4 y 1/2	4 y 1/2
71 ó más	5	5

ESQUEMA DE TRATAMIENTO PARA TUBERCULOSIS

CATEGORÍA I - ADULTOS

* Adicionalmente a la presentación de la Dosis Fija Combinada de HRZE, el Ministerio de la Protección Social MPS dispone de : R en suspensión, H 100 mg, Z 400 mg, E 400 mg y Estreptomicina 1 g.
 * Si se dispone de Dosis Fija Combinada de HRZ se debe adicionar E en dosis de 15 mg por Kg de peso según recomendación de OMS.
 ** IMPORTANTE: La presentación de medicamentos de la segunda fase es de 150 mg de R y 150 mg de H. En caso de disponer de otra presentación realice los ajustes de acuerdo a las dosis por peso.

Fuente: Circular 0005 de 2011 de Secretaria de Salud Departamental de Risaralda saludable⁵¹

La finalización del tratamiento se basa en el número de dosis tomadas y no únicamente en el tiempo. En Colombia, el paciente debía asistir al tratamiento todos los días durante la primera etapa, excepto los domingos, durante 8 semanas y el número mínimo de dosis era de 48. Durante la segunda fase, el paciente debía acudir tres veces por semana, durante 18 semanas (4 meses), para un total mínimo de 54 dosis.

El tratamiento debe ser completo; si por cualquier circunstancia se ha dejado de tomar algunas dosis, estas deben reponerse al final de la fase correspondiente hasta alcanzar 48 dosis en la primera fase y 54 dosis en la segunda fase.

En el caso de presentar TB y VIH, insuficiencia renal ó diabetesse recomienda prolongar la segunda fase a siete meses (98 dosis).Se aconseja administrar la totalidad de los medicamentos diarios en una sola toma, y solo en caso de intolerancia se justifica el fraccionamiento⁵¹.

Sin embargo se recomendó el monitoreo de las reacciones adversas de los fármacos anti TB (RAFAS) debido a que pueden generar dificultades en la adherencia, si no se detectan y tratan adecuadamente, señaló que cuando se presenten, el trabajador de la salud debe reconocerlas y remitir a los pacientes para valoración y manejo médico integral.

Los efectos adversos que se pueden presentar, son: nauseas, vómito, dolor epigástrico, diarrea,artralgias, mareo, vértigo, trastornos auditivos, trastornos visuales, cefalea, trastornos del sueño, desequilibrio hidroelectrolítico, reacciones alérgicas (rash, prurito), entre otros. Se destaca lahepatitis medicamentosa, como uno de los efectos adversos más importantes y complejos demanejar. Estos efectos se deben monitorear y en caso de presentarse alguno, debe ser registrado en la tarjeta individual de tratamiento⁵¹.

A todo paciente con bajo peso o desnutrición, alcoholismo crónico, diabetes, enfermedad hepática,enfermedad renal, se le debe administrar durante la primera fase, piridoxina (vitamina B6)⁵¹.

Por otra parte el 06 de mayo de 2013 la Secretaria de salud de Risaralda emitió la circular 030 donde informó el cambio de esquema de tratamiento que se implementó a partir de enero de 2013 para pacientes que no presentaran ninguna comorbilidad, así como también para pacientes con insuficiencia renal, diabetes y coinfección VIH – TB⁵².

Tabla 2. Esquema de tratamiento para TB en pacientes sin comorbilidades⁵²:

Peso en Kilogramos (kg)	Primera Fase 56 dosis – Diaria	Segunda Fase 56 dosis Tres veces por semana Interdiaria
	Número de tableta combinada RHZE 150 mg + 75 mg + 400 mg + 275 mg	Número de tableta combinada RH 150 mg + 150 mg
20 –30 kg	2	2
31 – 50 kg	3	3
51 – o más	4	4

Fuente: Circular 030 de 2013 de Secretaria de Salud Departamental de Risaralda⁵²

Tabla 3. Esquema de tratamiento para TB en pacientes con Insuficiencia renal⁵²:

Peso en Kilogramos (kg)	Primera Fase 56 dosis - Diaria	Segunda Fase 98 dosis Tres veces por semana Interdiaria
	Número de tableta combinada RHZ 150 mg + 75 mg + 400 mg	Número de tableta combinada RH 150 mg + 150 mg
20 –30 kg	2	2
31 – 50 kg	3	3
51 – o más	4	4

Fuente: Circular 030 de 2013 de Secretaria de Salud Departamental de Risaralda⁵²

Tabla 4. Esquema de tratamiento para TBen pacientes con Diabetes ⁵²:

Peso en Kilogramos (kg)	Primera Fase 56 dosis - Diaria	Segunda Fase 98 dosis Tres veces por semana Interdiaria
	Número de tableta combinada RHZE 150 mg + 75 mg + 400 mg + 275 mg	Número de tableta combinada RH 150 mg + 150 mg
20 –30 kg	2	2
31 – 50 kg	3	3
51 – o más	4	4

Tabla 5. Esquema de tratamiento para TB en pacientes con coinfección VIH – TB⁵²:

Peso en Kilogramos (kg)	Primera Fase 56 dosis - Diaria	Segunda Fase 98 dosis Tres veces por semana Interdiaria
	Número de tableta combinada RHZE 150 mg + 75 mg + 400 mg + 275 mg	Número de tableta combinada RH 150 mg + 150 mg
20 –30 kg	2	2
31 – 50 kg	3	3
51 – o más	4	4

Fuente: Circular 030 de 2013 de Secretaria de Salud Departamental de Risaralda⁵²

La circular 030 de 2013 de la Secretaría de Salud del departamento de Risaralda, también reportó que en ese momento el país se encontraba en desabastecimiento de varios de los medicamentos que se requerían para el tratamiento de TB, por lo cual se realizó una modificación temporal al esquema normal de tratamiento vigente, recalcando que ante la carencia de medicamentos por parte del programa de TB, la responsabilidad de las EPS era integral, y eran ellas las directas responsables de suministrar a cada uno de sus pacientes los respectivos tratamientos y si era necesario, debían realizar la adquisición directa de los mismos.

Frente al desabastecimiento se sugirió utilizar para la primera fase en adultos la combinación HRZ adicionando el etambutol por separado y como para la segunda fase no había disponibilidad de dosis combinada de Isoniazida – Rifampicina, el MPS autorizó el uso de la combinación de Rifabutina con Isoniazida según el siguiente esquema⁵²:

Tabla 6. Cambios en el esquema de tratamiento frente al desabastecimiento

Peso	Dosis
Pacientes entre 30 y 37 Kg	2 TabRifabutina 150 mg + 3 Tabisoniazida de 100 mg, tres veces por semana 56 dosis
Pacientes entre 38 y 56 Kg	2 TabRifabutina 150 mg + 5 Tabisoniazida de 100 mg, tres veces por semana 56 dosis
Pacientes con 57 Kg y más	2 TabRifabutina 150 mg + 6 Tabisoniazida de 100 mg, tres veces por semana 56 dosis

Fuente: Circular 030 de 2013 de Secretaría de salud de Risaralda⁵²

La no adherencia (abandono del tratamiento) es uno de los factores más importantes que condicionan la aparición de cepas resistentes y determina la transmisión prolongada del MTB; lo anterior lleva implícito un aumento en incidencia de aparición, complicaciones y mortalidad^{3,5,25} porque el tratamiento de la enfermedad será más complejo con la aparición de gérmenes MDR y extensivamente droga resistentes (XDR) que es frecuente que se desarrollen con la no adherencia al tratamiento²⁹.

Con respecto a la posibilidad de desarrollar TB-MDR, se han enumerado además otros factores de riesgo entre los cuales se encuentran la falla de un tratamiento previo para TB, el contacto de un caso con multirresistencia, ser trabajador del sector salud, estar en prisión, hospitalización en una institución donde se haya detectado un brote de TB - MDR ²⁰.

4.7. Adherencia al tratamiento anti TB

Se ha definido la adherencia al tratamiento anti TB como el grado en que los antecedentes del paciente sobre la toma del medicamento coinciden con el tratamiento prescrito, en cuanto a cantidad, oportunidad y duración del mismo. Esta adherencia puede medirse mediante indicadores adaptados al proceso o al resultado. Los indicadores adaptados al proceso usan variables intermedias, como el cumplimiento de citas o recuentos de comprimidos, para medir la adherencia terapéutica³⁰. Los indicadores adaptados al resultado utilizan los datos del resultado final del tratamiento, como es el caso de la tasa de curación, como un indicador de éxito para medir adherencia.

El punto que separa la adherencia de la “no adherencia” se definió como en la historia natural de la enfermedad, que el resultado terapéutico probable sea el deseado (adherencia) o resultado improbable (no adherencia). La no adherencia al tratamiento se ha definido como “el subproducto inevitable del choque entre el mundo clínico y los otros mundos en competencia del trabajo, la distracción, las amistades y la vida familiar³². La suma de pacientes que se curan y los que han finalizado el tratamiento de acuerdo con la estrategia DOTS, es un indicador pragmático de la adherencia al tratamiento¹⁹.

Silva G. et al., (2005), definieron adherencia al tratamiento, como un todo, donde el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a las consultas programadas,

tomar los medicamentos como se prescribieron, realizar los cambios de estilo de vida recomendados y completar los análisis o pruebas solicitadas. De igual manera, definieron la no adherencia al tratamiento como la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas de forma voluntaria o inadvertida con respecto a los medicamentos, falla en seguir los esquemas de tratamiento indicados por el médico o el personal de salud³³.

También Amuha M, (2009) definió la no adherencia como la suspensión por un día al tratamiento anti TB en cinco días de terapia²⁹, mientras que la adherencia al tratamiento ha sido medida de acuerdo a tres criterios diferentes: número de dosis tomadas (tratamiento completo), el tiempo empleado para completar el tratamiento (programa largo o programa corto supervisado) y el intervalo de tiempo entre las dosis (regularidad)³⁴.

4.7.1. Determinación de adherencia al tratamiento anti TB

Según la guía del MPS se considera adherente al tratamiento de TB a todo paciente que después de revisársele su tarjeta individual de tratamiento presente continuidad diaria en las dosis administradas en la primera y segunda fase del tratamiento de acuerdo con la normatividad vigente³.

La interrupción del tratamiento conlleva la posibilidad de fracaso, dependiendo de la etapa y la duración de la no adherencia. Es de mayor riesgo la interrupción en la primera fase, cuando es más urgente destruir la población bacilar en multiplicación activa. Es difícil predecir con certeza cuáles pacientes no serán adherentes con el tratamiento, aunque la no adherencia se ha relacionado con los efectos colaterales indeseables de los medicamentos y con que los pacientes experimentan una rápida mejoría de sus síntomas y desconocen la importancia de continuar tomando la medicación³.

4.7.2. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento anti TB

Se han descrito múltiples factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento entre los que se incluyen las características al sistema de salud, el tipo de esquema de administración de los medicamentos, las características del paciente, la adecuada relación médico paciente y la supervisión directa del tratamiento³.

Algunos estudios realizados en países desarrollados revelaron que aproximadamente entre un 50 a 60% de los pacientes no cumplían el tratamiento médico, pero la razón por la cual los pacientes no seguían las instrucciones médicas fueron un tema que se ha estudiado pero no se ha encontrado la respuesta satisfactoria³. Por otro lado se ha encontrado, que las percepciones culturales y las causas sociales de la enfermedad dificultan la implementación del PNCT, ya que las prácticas culturales limitan la aceptación de los servicios médicos. De igual manera, algunos pacientes tratan de ocultar las manifestaciones de la enfermedad porque temen el rechazo de sus familiares y amigos por el estigma de la enfermedad al enfatizar demasiado en los cuidados, las manifestaciones exageradas por temor al contagio o la percepción de que la TB es incurable⁶.

Awofeso N, (2008) expresó que se debe aspirar a que los pacientes con TB tengan niveles de adherencia mayores del 90%, con el objeto de facilitar su curación¹⁸, puesto que la experiencia obtenida a partir de numerosos PCT evidenciaron que la interrupción del tratamiento prolongaba la transmisibilidad de la enfermedad y contribuía con el desarrollo de resistencia y multirresistencia a los medicamentos, convirtiéndose en uno de los principales obstáculos y desafíos para reducir la expansión de la epidemia²³.

Amuha M et al (2009) y Li J et al (2010), concluyeron que entre los factores asociados con la no adherencia se encontraban aquellos que incluían condiciones relacionadas con el sistema de salud, con el paciente, condiciones socioeconómicas y factores relacionados con la terapia^{29,35}.

La OMS considera la influencia de una serie de factores en la adherencia al tratamiento anti TB como son las características del paciente, la relación entre la IPS y el paciente, el régimen de tratamiento y el entorno de atención en salud. Aquellos pacientes no adherentes que no se ajustan a estas expectativas a veces han sido considerados como díscolos, pasando por alto que el comportamiento ante este tipo de tratamiento es complejo y además resulta influenciado por otro sinnúmero de factores, como son el entorno sociocultural de los pacientes, sus creencias de salud y la experiencia subjetiva de la enfermedad¹⁹.

Los factores que constituyen barreras a una buena adherencia a los medicamentos del tratamiento anti TB se pueden clasificar de la siguiente manera:

- **Factores económicos y estructurales:**

La TB afecta generalmente a personas difíciles de localizar, como aquellas personas que carecen de hogar, de empleo y pobres, aunque por estas razones no quiere decir que no pueda afectar a cualquier persona que no se encuentre entre el universo mencionado anteriormente. Las faltas de redes de apoyo social y las circunstancias de inestabilidad de vida(laboral, socioeconómica, familiar, etc) son factores adicionales que crean un ambiente desfavorable para asegurar la adherencia al tratamiento³⁶.

- **Factores relacionados con el paciente:**

La OMS notificó que la incidencia de TB es mayor en el sexo masculino (70%).

La conclusión de un taller de investigación sobre la relación entre el género y la tuberculosis fue que una combinación de factores biológicos y sociales era responsable de estas diferencias.

Existen retrasos en la búsqueda de atención en ambos sexos, pero en las mujeres es mayor debido a las limitaciones físicas, geográficas y económicas para el acceso a la

atención médica, debido a que las mujeres tienen una doble o triple carga de trabajo, por ejemplo, el cuidado de la familia, el hogar y labores extra domiciliarias, además de poca disponibilidad de tiempo y de recursos económicos.

Con respecto a la edad se encontró que el rango oscilaba entre los 15 y 44 años y que era mas frecuente en los grupos afrodescendientes repercutiendo con la adherencia en diversos entornos^{37,38}. El conocimiento acerca de la TB y el creer en lo efectivo que son los medicamentos influye en la decisión de culminar el tratamiento el paciente³⁹, además, la influencia de las creencias culturales los lleva a apoyarse en curanderos en conflicto con la medicina alopática, algunos pacientes con TB pueden presentar episodios de ansiedad, depresión y estrés psicológico frente a los posibles efectos adversos que pueden generar los medicamentos, algunos no son conscientes de la necesidad del tratamiento y sienten que no es importante tomar la medicación. Otros manifiestan temor a adquirir dependencia al medicamento. Los anteriores factores mencionados pueden influir en su comportamiento frente a la adherencia al mismo⁴⁰.

- **Complejidad del régimen terapéutico:**

El número de comprimidos que deben tomarse, su toxicidad y los efectos colaterales asociados a la medicación pueden actuar como un obstáculo a continuar y terminar el tratamiento⁴¹.

- **Relaciones de apoyo entre el prestador de servicios de salud y el paciente:**

La satisfacción que refiera el paciente con la atención prestada en los servicios de salud se considera un determinante importante en la adherencia al tratamiento, pero las relaciones de empatía son difíciles de lograr en estas Instituciones, donde el personal no es suficientemente calificado o simplemente está muy recargado de trabajo⁴²; a esto se le puede agregar la poca disponibilidad de tiempo y la inadecuada calidad de la atención que este tipo de pacientes requieren, lo cual trae como consecuencia desmotivación para completar el esquema de tratamiento.

Orozco et al. reportaron que la adecuada información suministrada por el personal de salud, reduce la probabilidad de que el paciente abandone el tratamiento, mostrando en su estudio que el desconocimiento o la falta de buena información sobre la enfermedad se relacionaban con mayor riesgo de deserción⁴⁹.

- **El modelo de la prestación de atención en salud:**

La disponibilidad de especialistas, la articulación con los sistemas de apoyo del paciente y los horarios flexibles de atención en las entidades de salud, son factores que también pueden influir para alcanzar una buena adherencia al tratamiento¹⁹.

Este concepto esta reforzado en la publicación de Culqui (2005), quien dice que entre los inconvenientes que presenta el suministro del tratamiento bajo el programa DOTS – TAES , se encuentran la apreciación de que los horarios establecidos para ese suministro son inadecuados, porque el horario de atención de los establecimientos de salud suele coincidir con el horario de la mayor parte de las actividades laborales, lo cual implicaría, en el caso de los pacientes que trabajan, una frecuente ausencia temporal de sus centros de trabajo, con los riesgos, temores y consecuencias negativas que esto puede acarrear⁵. Además el hecho de que estos esquemas requieran el desplazamiento del paciente hacia el establecimiento de salud, con la consiguiente inversión de tiempo y dinero, es muy probable que a muchos de ellos les resulte incómodo y costoso, poniendo en riesgo la continuidad del tratamiento⁵.

Se han descrito otros factores que predisponen al incumplimiento del tratamiento, entre los cuales se encuentra el que el mismo paciente se ha observado como el receptor de un régimen de tratamiento largo, multi medicado y con medicamentos que en algunos casos le han ocasionado efectos colaterales molestos, que debe obedecer las indicaciones del personal de salud y por estas razones, con frecuencia modifican su motivación para continuar con el esquema de tratamiento y admiten que en muchas oportunidades han considerado incumplirlo ⁴³.

Se han propuesto proyectos psicosociales que intentan proporcionar un modelo conceptual para influir en el comportamiento de la salud de los pacientes con TB, como es el modelo de aptitudes Informativas – Motivacionales- Comportamentales IMC⁴⁴, desarrollando intervenciones que mejoren la adherencia al tratamiento anti TB. Este modelo ha demostrado que una adecuada información es un requisito fundamental en la génesis de una buena adherencia al tratamiento, pero a la vez es insuficiente para modificar el comportamiento de las personas ¹⁹.

4.7.3. Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento.

La OMS (2004) publicó las siguientes medidas que pueden mejorar la adherencia al tratamiento¹⁹:

- **Motivación y supervisión del personal:**

Hace referencia a la orientación y creación de procesos de gestión para mejorar la manera como el personal de salud atiende a los pacientes en tratamiento anti TB.

- **Acción sobre los pacientes que no siguen el tratamiento:**

Establece recomendaciones de como debería actuar el personal de salud cuando un paciente no asiste a una cita pre acordada, mediante recordatorios corrientes para que los pacientes cumplan las citas, impartiendo educación con información acerca de la enfermedad e importancia de acudir al tratamiento, cuando sea necesario utilizar incentivos y apoyo para favorecer las implicaciones económicas requeridas para asistir al tratamiento.

También recomienda realizar acuerdos escritos entre el paciente y el personal de salud, para su regreso a la próxima cita, involucrando a las personas que apoyan al paciente en el tratamiento, motivándolo para que lo sigan acompañando.

- **Tratamiento Directamente Observado:**

Esta estrategia se comenzó a emplear en los ensayos sobre fármacos anti TB en Madrás (India) y Hong Kong(Japón) en 1960 y consiste en designar a una persona previamente identificada, capacitada y supervisada (ya sea trabajador de salud, voluntario de la comunidad o un miembro de la familia) para que vigile directamente la toma adecuada de los medicamentos; Significa algo más que “ingestión supervisada”⁴⁵.

Varios países con alta prevalencia de TB han indicado que eliminar las barreras socioeconómicas brindándoles auxilios económicos y de apoyo social a los pacientes que se encuentran en tratamiento, aumenta la adherencia y las tasas de curación. En países como EEUU donde la prevalencia de TB es baja, los programas manejan varios componentes como: apoyo social, vivienda, vales alimentarios, entre otros⁴⁶.

4.7.4. Pruebas sobre la efectividad de las intervenciones orientadas a mejorar la adherencia

Se carece de investigación rigurosa sobre los efectos de las intervenciones para promover la adherencia al tratamiento de la TB. La investigación cuantitativa aborda interrogantes sobre eficacia y efectividad debiendo ser completada por la investigación cualitativa para responder los interrogantes sobre por qué una intervención tuvo un efecto determinado en un entorno particular.

Entre las estrategias para promover el cumplimiento de las citas al tratamiento se encuentran las visitas domiciliarias por parte de un trabajador de la salud y los recordatorios telefónicos anticipados de dichas citas²².

Lograr terminar exitosamente el tratamiento es una prioridad de salud pública y de los programas de control de TB, más que de los pacientes. Las distancias, condiciones y

factores de la población no pueden ser modificados por dichos programas, pero estos se pueden intentar adaptar a las necesidades del paciente para lograr el mayor impacto posible³¹.

Tabla 7. Factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento para la TB e intervenciones para mejorarla³²

TUBERCULOSIS	FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA	INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPEUTICA
Factores socioeconómicos	1. Faltan redes de apoyo social. 2. Circunstancias de vida inestables. 3. Creencias culturales y populares acerca de la enfermedad y el tratamiento. 4. Grupo étnico, sexo y edad. 5. Costo elevado del transporte 6. Implicado en la justicia criminal 7. Implicado en tráfico de drogas	1. Evaluación de las necesidades sociales, apoyo social, vivienda, vales alimentarios, medidas legales. 2. Provisión de transporte, asistencia de compañeros, movilización de organizaciones comunitarias, 3. optimizar la cooperación entre los servicios.
Factores relacionados con el sistema y el equipo de atención sanitaria	1. Servicios de salud poco desarrollados 2. Relación inadecuada entre personal de la salud y el paciente 3. Personal de la salud poco calificado, recargados de trabajo, por tanto no supervisan el tratamiento 4. Incapacidad de predecir que pacientes son potencialmente no adherentes 5. Buena relación entre el médico y el paciente. Disponibilidad de especialistas, enlaces con sistemas de apoyo de pacientes 6. Flexibilidad en el horario de atención en los centros hospitalarios	1. Disponibilidad pronta y continua de la información 2. Flexibilidad en el tratamiento disponible 3. Adiestramiento y procesos de gestión Orientados a mejorar el modo en que los prestadores atienden a los pacientes con TB. 4. Manejo de enfermedades y tratamiento conjuntamente con los pacientes. 5. Atención multidisciplinaria. Supervisión intensiva del personal. 6. formación en monitoreo de la adherencia, estrategia DOTS.

Factores relacionados con la enfermedad	1. Pacientes asintomáticos, uso de drogas, estados mentales alterados por abuso de sustancia psicotrópicas, depresión y estrés psicológico. 2. (+) Conocimiento acerca de la TB.	1. Educación en el uso de los medicamentos. 2. Provisión de información acerca de TB y sobre la necesidad de cumplir al tratamiento.
Factores relacionados con el tratamiento	1. Régimen de tratamiento complejo, efectos adversos del tratamiento, toxicidad.	1. Educación en el uso de los medicamentos. 2. Educación en la adherencia. 3. Tratamiento adaptado a las necesidades de los pacientes en riesgo de no adherencia. 4. Compromisos escritos para regresar al tratamiento y valoración continua y permanente.
Factores relacionados con el paciente	1. Motivación 2. Olvido 3. Abuso de drogas 4. Depresión, estrés psicológico. 5. Creencia en la efectividad del tratamiento.	1. Relación terapéutica, fijación de metas mutuas, ayudas de memoria y recordatorios, incentivos y refuerzos 2. Comunicados de recordatorio 3. Recordatorio telefónico 4. Visitas a domicilio a quienes no cumplen con la asistencia al centro de atención

Fuente: Naidoo P, Dick J , Cooper D. Exploring tuberculosis patients' adherence to treatment regimens and prevention programs at a Public Health Site. *Qualitative Health Research*. 2009; 19(1): 55-70.

5. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Existe relación entre los factores sociodemográficos, sociales, económicos, los antecedentes clínicos, las manifestaciones de intolerancia medicamentosa, las características del tratamiento y la adherencia al tratamiento en pacientes atendidos en el programa de control de TB de las IPS públicas y privadas del municipio de Pereira en el año 2012 – 2013

6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

En el presente estudio se tuvieron en cuenta las siguientes variables

Variable dependiente: Adherencia al tratamiento anti TB

Variables independientes: Características sociodemográficas, sociales, económicas, clínicas, intolerancia a medicamentos, relacionadas con el tratamiento.

Categorías de análisis: factores socio familiares, socioeconómicos, significado de la enfermedad, del equipo de atención en salud, del tratamiento, relacionados con la adherencia al tratamiento de la TB.

A continuación se presenta la operacionalización de la variable dependiente.

6.1. Adherencia al tratamiento anti TB

Para efectos del presente estudio se denomina adherencia al tratamiento de la TB a la condición de los pacientes que asistieron al PCT y que egresaron del programa con denominación de tratamiento curado o terminado. Los pacientes que no cumplieron este criterio se consideran pacientes no adherentes.

Para estas definiciones se tuvieron en cuenta los indicadores definidos por el Plan Nacional para el Control de TB adoptados mediante la circular 058 de 2009 en su anexo 3, en concordancia con el “protocolo de vigilancia de TB” en Colombia dado por el Instituto Nacional de Salud INS; la OMS y la Organización Panamericana de la Salud OPS, permitiendo monitorizar las actividades para el control de la enfermedad, así como, el cumplimiento y resultado de las metas propuestas. Los indicadores del tratamiento de la TB se han dividido en 3 grupos, indicadores de gestión, de seguimiento y de impacto. Para efectos del trabajo de investigación se analizaron los indicadores de seguimiento, los cuales se calcularon con los datos de la cohorte de

pacientes tratados en el periodo de estudio; buscando evaluar la efectividad de los programas locales del municipio de Pereira para tratar a sus pacientes^{11,53}.

Se trabajó con las siguientes definiciones operacionales:

Adherentes al tratamiento: Incluye curados y tratamiento terminado

- **Curados:** Número de pacientes inicialmente con baciloscopia positiva que completaron el tratamiento y tuvieron baciloscopias de esputo negativas en por lo menos dos ocasiones, una de ellas al concluir el tratamiento⁵³.
- **Tratamiento terminado:** Número de pacientes con baciloscopia positiva que concluyeron el tratamiento, con baciloscopia negativa al final de la primera fase, pero sin ningún examen de esputo negativo, o uno solamente en la fase de continuación y ninguno al final del tratamiento⁵³.

No adherentes al tratamiento: Abandono

- **Abandono:** Número de pacientes que en cualquier momento después de haberse registrado en el programa de control de TB, dejaron de recibir el tratamiento durante un mes o más⁵³.

Tabla 8. Porcentaje de curación

NOMBRE	Porcentaje de curación
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Numerador: Número de casos nuevos con TB pulmonar BK positiva curados registrados en el periodo de estudio Denominador: Total de pacientes nuevos con TB pulmonar BK + que ingresaron a la cohorte (en el periodo de estudio) Coeficiente de multiplicación: x 100
FUENTE DE INFORMACIÓN	Resultado de consulta en las IPS de las tarjetas de control de tratamiento de TB de pacientes que participaron en el estudio
INTERPRETACIÓN	Mide la efectividad del tratamiento y la gestión del programa
PARÁMETRO	Óptimo: Curación mayor o igual a 85%

Fuente: Ministerio de la Protección Social, Republica de Colombia, Guía de atención integral de la TB pulmonar y extrapulmonar, 2011⁵³

Tabla 9. Porcentaje de tratamientos terminados

NOMBRE	Porcentaje de tratamientos terminados
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Numerador: Número de casos nuevos TB pulmonar con BK positiva al diagnóstico que egresaron como tratamiento terminado (del periodo de estudio) Denominador: Total de pacientes nuevos con BK + que ingresaron a la cohorte (en el periodo de estudio) Coeficiente de multiplicación: x 100
FUENTE DE INFORMACIÓN	Resultado de consulta en las IPS de las tarjetas de control de tratamiento de TB de pacientes que participaron en el estudio
INTERPRETACIÓN	Mide la capacidad de gestión del programa en el seguimiento bacteriológico al paciente
PARÁMETRO	Óptimo: 0% Aceptable 10%

Fuente: Ministerio de la Protección Social, Republica de Colombia, Guía de atención integral de la TB pulmonar y extrapulmonar, 2011⁵³

Tabla 10. Porcentaje de no adherencia

NOMBRE	Porcentaje de abandono
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Numerador: Número de pacientes nuevos con BK positiva al diagnóstico que abandonaron o fracasaron en el tratamiento del periodo de estudio Denominador: Total de pacientes nuevos con BK + que ingresaron a la cohorte en el periodo de estudio Coeficiente de multiplicación: x 100
FUENTE DE INFORMACIÓN	Resultado de la consulta en las IPS de las tarjetas de control de tratamiento de TB de pacientes que participaron en el estudio
INTERPRETACIÓN	Mide la efectividad del tratamiento y la gestión del programa
PARÁMETRO	Óptimo: 0% Aceptable 5-10%

Fuente: Ministerio de la Protección Social, Republica de Colombia, Guía de atención integral de la TB pulmonar y extrapulmonar, 2011⁵³

Con base en esta información se seleccionaron los pacientes que adhirieron (tratamiento terminado y curados) y los pacientes que no adhirieron al tratamiento anti TB.

A todos los pacientes del estudio se les solicito la autorización para participar voluntariamente, mediante el diligenciamiento del consentimiento informado(Anexo 2), buscando que permitieran aplicar los instrumentos del estudio (Anexo 1 y 3) de adherencia al tratamiento anti TB. Estas variables se operacionalizaron en los cuadros siguientes.

6.2. Variables independientes

Variables sociodemográficas

Tabla 11. Características sociodemográficas

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	VALORES POSIBLES	INDICADORES
Régimen de salud	Régimen de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud al que pertenece el paciente reportado en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente	Categoría nominal	Contributivo Subsidiado Régimen especial PNA (Población no asegurada)	Porcentaje
Aseguradora	Entidad Prestadora de Servicio de Salud a la que se encuentra afiliado el paciente reportado en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente	Categoría Nominal		Porcentaje
IPS	Institución Prestadora de servicio de salud en donde recibió el tratamiento de TB y que aparece reportado en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente	Categoría Nominal		Porcentaje
Procedencia	Lugar de procedencia que aparece reportado en la tarjeta de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente	Categoría Nominal	Urbano Rural	Porcentaje
Grupo étnico	Afinidad racial, lingüística, cultural a la que pertenece el paciente y aparece reportado en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente	Categoría nominal	Mestizo Afro descendiente indígena	Porcentaje

Edad en años cumplidos	Corresponde a los años de vida cumplidos del paciente reportados en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente.	Numérica continua	n años	Media Mediana Moda Desviación estándar
Genero	Característica fenotípica ya sea femenina o masculina del paciente reportado en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente.	Categoría nominal	Masculino Femenino	Porcentaje
Ocupación	Actividad principal en el último mes que le permite ganar su sustento reportada en la tarjeta individual de control del tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente.	Categoría nominal	Pensionado Desempleado Trabajador Hogar Otra Cuál?	Porcentaje
Estado civil	Relación del estado marital del paciente al momento en que asistió al PNCT y que respondió al momento de realizar la encuesta para diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual de control de tratamiento de TB	Categoría nominal	Casado Soltero Viudo Unión libre Separado	Porcentaje
Escolaridad	Años aprobados según sistema educativo colombiano reportados por el paciente al momento de responder la encuesta y diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente de control de tratamiento de TB	Categoría ordinal	Ninguno Primaria Secundaria Técnico Tecnólogo Universidad Posgrado	Porcentaje
Practica alguna religión	Actividad humana, creencia y práctica de tipo existencial, moral y sobrenatural que reporto el paciente que asistió al Programa de control de tratamiento de tuberculosis al momento de responder	Categoría nominal	Sí No Cuál?	Porcentaje

	la encuesta y diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente de control de tratamiento de TB.			
Estrato socio – económico	Clasificación del estrato del sitio de residencia que reportó el paciente que asistió al Programa de control de TB al momento de responder la encuesta y diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual de control de tratamiento de TB	Categoría ordinal	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5 Estrato 6	Porcentaje
Ingreso socioeconómico	Disponibilidad real del recurso económico para su subsistencia reportado por el paciente que asistió al programa de control de tratamiento de TB al momento de responder la encuesta y diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual de control de tratamiento de TB.	Categoría ordinal	<1 SMLV _____ = 1 SMLV _____ De 2 a 3 SMLV _____ >3 SMLV _____ Ocasional _____	Media Mediana Moda Desviación estándar

Fuente: Elaboración propia

Variables clínicas

Tabla 12. Variables clínicas

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	VALORES POSIBLES	INDICADORES
condición de ingreso del paciente	Condición de ingreso del paciente reportado en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente	Categoría nominal	Nuevo Recaída Reingreso después de abandono Remitido	Porcentaje

Tipo de Tuberculosis	Localización de la TB reportada en tarjeta individual de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente.	Categoría nominal	Pulmonar Extra pulmonar Localización Extrapulmonar?	Porcentaje
			-Pleural -Meníngea - Peritoneal - Ganglionar - Renal - Miliar - Intestinal -Osteoarticular -Genitourinaria - Pericárdica - Cutánea	
Antecedente clínico Enfermedad renal	Registra en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB alteración en la función renal en el momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente.	Categoría nominal	Sí No	Porcentaje
Antecedente clínico Enfermedad hepática	Registra en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB alteración en la función hepática en el momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente.	Categoría nominal	Sí No	Porcentaje
Antecedente clínico Asociación VIH / SIDA	Coexistencia de VIH que aparece reportado en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente	Categoría nominal	Sí No	Porcentaje
Antecedente clínico Diabetes mellitus	Registra en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB diagnóstico de diabetes mellitus en el momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente.	Categoría nominal	Si No	Porcentaje
Antecedente	Registra en la tarjeta individual de	Categoría		

clínico Desnutrición	control de tratamiento de TB haber padecido de desnutrición en el momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente.	nominal	Sí No	Porcentaje
Antecedente clínico Alcoholismo	Registra en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB adicción a bebidas que contienen alcohol en el momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente.	Categórica nominal	Sí No	Porcentaje
Antecedente clínico otra enfermedad	Registra en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB diagnóstico de otra enfermedad diferente a las mencionadas en el formato de recolección de información al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente	Categórica nominal	Sí No Cuál?	Porcentaje
Antecedente clínico Embarazo	Registra en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB haber tenido previamente embarazos en el momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente.	Categórica nominal	Sí No	Porcentaje
Antecedente clínico Cáncer	Registra algún tipo de diagnóstico de cáncer en el momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente.	Categórica nominal	Sí No Dónde?	Porcentaje
Antecedente Consumo de sustancias psicoactivas	Registra algún tipo de conducta de consumo de sustancias psicoactivas en el momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente de control de tratamiento de TB.	Categórica nominal	Sí No Cuál?	Porcentaje
Antecedente clínico Otra enfermedad inmunosupre	Registra enfermedad inmunosupresora diferente al cáncer o al VIH en el momento de diligenciar el formato de recolección	Categórica nominal	Sí No Cuál?	Porcentaje

sora	de datos de la tarjeta individual de control de tratamiento de TB.			
------	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

Variables Manifestaciones de intolerancia medicamentosa

Tabla 13. Manifestaciones de intolerancia medicamentosa

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	VALORES POSIBLES	INDICADORES
Ictericia	Signo de toxicidad o intolerancia registrado como ictericia en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente.	Categórica nominal	Sí No	Porcentaje
Dispepsia	Signo de toxicidad o intolerancia registrado como dispepsia en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente.	Categórica nominal	Sí No	Porcentaje
Vomito	Signo de toxicidad o intolerancia registrado como vomito en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente.	Categórica nominal	Sí No	Porcentaje
Nauseas	Signo de toxicidad o intolerancia registrado como nauseas en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente.	Categórica nominal	Sí No	Porcentaje
Mareo	Signo de toxicidad o	Categórica		Porcentaje

	intolerancia registrado como mareo en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente	nominal	Sí No	
Vértigo	Signo de toxicidad o intolerancia registrado como vértigo en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente	Categórica nominal	Sí No	Porcentaje
Hipoacusia	Signo de toxicidad o intolerancia registrado como hipoacusia en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente	Categórica nominal	Sí No	Porcentaje
Tinnitus	Signo de toxicidad o intolerancia registrado como hipoacusia en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente	Categórica nominal	Sí No	Porcentaje
Artralgia	Signo de toxicidad o intolerancia registrado como artralgia en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente	Categórica nominal	Sí No	Porcentaje
Rash	Signo de toxicidad o intolerancia registrado como Rash en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual	Categórica nominal	Sí No	Porcentaje

	del paciente			
Prurito	Signo de toxicidad o intolerancia registrado como prurito en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente	Categórica nominal	Sí No	Porcentaje
Diarrea	Signo de toxicidad o intolerancia registrado como diarrea en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente	Categórica nominal	Sí No	Porcentaje
Polineuritis	Signo o síntoma clínico registrado como polineuritis en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente	Categórica nominal	Sí No	Porcentaje
Epigastralgia	Signo o síntoma clínico registrado como epigastralgia en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente	Categórica nominal	Sí No	Porcentaje
Alteraciones visuales	Signo o síntoma clínico registrado como alteración visual en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente	Categórica nominal	Sí No	Porcentaje

Fuente: Elaboración propia

Variables características del tratamiento y seguimiento

Tabla 14.Características del tratamiento y seguimiento

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	VALORES POSIBLES	INDICADORES
Medicamentos suministrados en la primera fase	Nombre de los medicamentos que le suministraron al paciente en la primera fase que aparecen reportados en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente.	Categórica nominal	Rifampicina (R) Isoniazida (H) Pirazinamida (Z) Etambutol (E) Estreptomicina (S) Otro, cuál?	Porcentaje
Medicamentos suministrados en la segunda fase	Nombre de los medicamentos que le suministraron al paciente en la segunda fase del tratamiento que aparecen reportados en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente.	Categórica Nominal	Rifampicina (R) Isoniazida (H) Pirazinamida (Z) Etambutol (E) Estreptomicina (S) Otro, cuál?	Porcentaje
Peso	Registro del peso del paciente al inicio de tratamiento en kilogramos que aparece reportado en la tarjeta de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente	Numérica continua	n Kilogramos	Media Mediana Moda Desviación estándar
Número de	Número de dosis	Numérica	n dosis	Media

dosís recibidas en la primera fase	consecutivas de medicamentos que recibió el paciente en la primera fase que aparecen reportados en la tarjeta de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente	Discreta		Mediana Moda Desviación estándar
Número de dosís recibidas en la segunda fase	Número de dosís consecutivas de medicamentos que recibió el paciente en la segunda fase que aparecen reportados en la tarjeta de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente	Numérica Discreta	n dosís	Media Mediana Moda Desviación estándar
Número de inasistencias en la primera fase	Número de veces que el paciente no recibió dosís de medicamentos durante la primera fase que aparecen reportados en la tarjeta de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente	Numérica Discreta	n inasistencias	Media Mediana Moda Desviación estándar
Número de inasistencias en la segunda fase	Número de inasistencias que el paciente no recibió dosís de medicamentos durante la segunda fase que aparecen reportados en la tarjeta de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente	Numérica Discreta	n inasistencias	Media Mediana Moda Desviación estándar

Quien superviso el tratamiento de TB en la IPS	Cargo de la persona que superviso el tratamiento reportado en la tarjeta de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente.	Categórica Nominal	Auxiliar enfermería Enfermera-o profesional Médico general Otro	Porcentaje
Recibió terapia antirretroviral en caso de coinfección con VIH	Durante el tratamiento de TB recibió terapia antirretroviral para coinfección por VIH reportado en la tarjeta de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente.	Categórica Nominal	Si No No Aplica	Porcentaje
Resultado del tratamiento anti TB	Dato de egreso del tratamiento del paciente registrado en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente.	Categórica nominal	- Curado (BK – al final del tratamiento) - Tratamiento terminado (sin Bk al final del tratamiento) - Fracaso (Bk + al final del cuarto mes) - Esmultidrogorresistente? - Abandono - Falleció por TB - Falleció por otras causas - Traslado	Porcentaje
Tiempo de abandono del tratamiento	Espacio de tiempo transcurrido entre la suspensión del tratamiento de TB reportado en la fecha de egreso comparado con la fecha de inicio de la fase por la cual	Numérica Discreta	Abandono a los n días	Media Mediana Moda Desviación estándar

	está cursando el tratamiento del paciente registrado en la tarjeta de control de tratamiento de TB al momento de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente			
--	---	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

Variables sociales

Tabla 15. Variables sociales

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	VALORES POSIBLES	INDICADORES
Personas con las que vivía cuando recibía el tratamiento	Personas con las que convivía el paciente durante el tratamiento y que al momento de realizar la encuesta el paciente refiere para diligenciar el formato de recolección de datos.	Categórica nominal	Solo (a) Padres Conyugue Hijos Familiares Amigos Otros (comparte la vivienda)	Porcentaje
Cabeza de hogar	El paciente tuvo bajo su carga económica o en forma permanente, menores u otras personas incapacitadas para trabajar, cuando recibía el tratamiento y que al momento de realizar la encuesta el paciente refiere para diligenciar el formato de recolección de datos.	Categórica nominal	Sí No	Porcentaje
Número de personas a cargo	Total de personas que dependían económicamente del paciente reportado por el al momento de responder la encuesta y diligenciar el formato de recolección de datos de	Numérica discreta	1,.....n	Media Mediana Moda Desviación estándar

	la tarjeta individual del paciente.			
Tuvo cuidador cuando recibía el tratamiento	Conto con una persona encargada de su cuidado personal a causa de la enfermedad, eso refiere el paciente al momento de responder la encuesta y diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente.	Categórica nominal	Sí No	Porcentaje
Relación con el cuidador	Relación de parentesco con la persona encargada de su cuidado reportado por el paciente al momento de responder la encuesta y de diligenciar el formato de recolección de datos de la tarjeta individual del paciente	Categórica nominal	Conyugue Hijo (a) Nieto (a) Sobrino (a) Hermano(a) Padres Otro Cuál?	Porcentaje

Fuente: Elaboración propia

6.3. Unidad de análisis de factores socio familiares, socioeconómicos, significado de la enfermedad, del equipo de atención en salud, del tratamiento , relacionados con la adherencia al tratamiento de la TB

Inicialmente se proponen categorías inductivas (punto de partida) basadas en los factores de adherencia propuestos por la OMS. Esto no excluyendo que en el proceso de análisis surjan categorías emergentes.

Tabla 16. Categorías de análisis cualitativo

CATEGORIA	DEFINICIÓN	SUBCATEGORIA	DEFINICION	ITEM
Factores socio familiares	Sentimiento y apreciación del participante de su entorno familiar y social al momento de la entrevista	Relación con la familia	Se refiere a la reacción del núcleo familiar (incluye a las personas en grado de	Que piensan sus familiares de la TB? Como

		Relación con los amigos	consanguinidad o no) que el participante experimento con relación a la enfermedad y al tratamiento y que expreso al momento de la entrevista Sentimiento de discriminación por parte de amigos que reporta el participante al momento de la entrevista	interpreto la reacción de sus familiares frente a su enfermedad? Experimento cambios en su núcleo social por la enfermedad?
Factores socioeconómicos	Es la condición económica en términos de SMLV reportada por el participante al momento de realizar la entrevista	Condición económica durante la enfermedad		Considera que el tratamiento le afecto su estabilidad laboral? Por qué?
		Pobreza		Presento necesidades económicas durante el tratamiento de la enfermedad?
		Reducción del ingreso familiar		El ingreso familiar se vio disminuido durante el tratamiento de la enfermedad?
Factores relacionados con el sistema de salud y con el equipo de atención en salud	Apreciación del servicio y de la relación con el personal de la salud del participante al momento de realizar la	Atención de la enfermedad por parte del sistema y del personal de atención en		Cuál es su apreciación frente a la manera como lo atendieron en la institución

	entrevista	salud		donde recibió el tratamiento? Que Piensa con respecto al horario de atención establecido por la institución?
Factores relacionados con la enfermedad	Se definen como el significado que tiene de la enfermedad el participante al momento de realizar la entrevista	Conocimiento de la enfermedad por parte del participante		Qué conoce de la TB? Lo que sabe de la TB como lo aprendió? Que Sintió cuando supo que tenía la enfermedad? Que piensa con respecto a otras practicas diferentes a las medicas para curar la enfermedad? Como ha afectado su vida la enfermedad?
Factores relacionados con el tratamiento	Se definen como el significado que tiene del tratamiento el participante al momento de realizar la entrevista	Manejo del tratamiento por parte del paciente		A quien acudió para tratar la tuberculosis? Qué piensa del tratamiento de la TB? Que fue lo que menos le gusto del tratamiento? Le preocupa el

				no haber terminado el tratamiento? Por qué abandono el tratamiento? Conocía las consecuencias de abandonar el tratamiento? Que pensó cuando le explicaron como era el tratamiento?
--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

7. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

7.1. Enfoque

El estudio incluyo dos componentes:

- Un componente propio de los estudios empírico analíticos en su objetivo de determinar la relación entre adherencia al tratamiento anti TB y factores sociodemográficos, sociales, económicos, antecedentes clínicos, manifestaciones de intolerancia medicamentosa y características del tratamiento en pacientes mayores de 18 años atendidos en el Programa de TB de las IPS públicas y privadas del municipio de Pereira, periodo comprendido entre 1° junio de 2012 a 30 junio de 2013
- Un componente propio del estudio histórico hermenéutico que busca comprender el significado que para los pacientes tienen en su decisión de no adherir al tratamiento, los factores socio familiares, socioeconómicos, de atención en salud, la enfermedad y el tratamiento , en individuos mayores de 18 años atendidos en el programa de TB de las IPS públicas y privadas del municipio de Pereira, en el periodo comprendido entre 1° junio de 2012 a 30 junio de 2013.

7.2. Tipo de estudio

El estudio se inscribe en los estudios observacionales de tipo descriptivo transversal. Se trata de un tipo de estudio en el que simultáneamente se indaga sobre la causa, en este caso los factores relacionados con la adherencia al tratamiento anti TB y como resultado la adherencia o cumplimiento de dicho tratamiento.

7.3. Población

La población corresponde a los pacientes atendidos en las IPS públicas y privadas del municipio de Pereira que figuran con tarjeta de control de tratamiento en el PCT pulmonar y extra pulmonar en el período comprendido entre el 1° junio de 2012 a 30 junio de 2013

7.4. Muestra

A partir de la base de datos entregada por la Secretaria de Salud del municipio de Pereira desde el PCT (mes de noviembre 2013), se encontró un total de 286 registros de pacientes en el PCT en el periodo contemplado para esta investigación.

Con la información de la base de datos mencionada se realizaron las siguientes acciones:

- Se depuro la información por IPS y por año
- Se visitó cada IPS para verificar los datos de las tarjetas de control de tratamiento de TB, validando la información con el funcionario de las IPS, que aceptaron participar en el estudio

Con el proceso anterior se logró validar la información y consolidar una base de datos propia para la investigación, esta quedó integrada por 248 registros de pacientes que asistieron al PCT.

Los criterios de inclusión y exclusión propuestos para el estudio se aplicaron a estos 248 registros, a través de la revisión de las tarjetas de control de tratamiento de TB que reposan en las IPS, de contacto telefónico y en algunos casos donde no se contaba con datos de contacto se realizaron visitas domiciliarias, encontrando lo siguiente:

- 14 Pacientes fallecidos durante el tratamiento

- 4 Pacientes fallecidos después del tratamiento
- 17 menores de edad
- 2 paciente presentaron multidrogorresistencia
- 32 Pacientes no ubicados, es decir los que no habitaban en el domicilio reportado (algunos pacientes habían cambiado de ciudad)
- 5 Registros dobles (pacientes que iniciaron tratamiento en una IPS y que se trasladaron a recibir el tratamiento a otra IPS).

De la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión quedaron 174 registros de pacientes, con los cuales se determinó la adherencia al tratamiento anti TB.

7.5. Criterios de participación

7.5.1. Criterios de inclusión

- Instituciones Prestadoras de Salud públicas y privadas del municipio de Pereira con PCT que decidieron participar en el estudio.
- Pacientes mayores de 18 años diagnosticados con TB pulmonar y extrapulmonar que presentaron o no coinfección TB/HIV que tenían tarjeta de control de tratamiento en el PCT en las instituciones participantes del municipio de Pereira en el período comprendido 1° de junio 2012 a 30 de junio de 2013
- Que la tarjeta individual de control de tratamiento de TB estuviera disponible para acceder a la información requerida por el investigador
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio y firmaron o colocaron la huella digital para el consentimiento informado.

7.5.2. Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 18 años
- Pacientes TB – MDR multidrogoresistentes
- Pacientes TB – XDR Extensivamente drogorresistentes
- Pacientes que no estén residiendo en la ciudad y / o transferidos a otro municipio del departamento
- Pacientes que fallecieron durante o después del tratamiento

7.6. Técnicas e instrumentos de recolección de información

En coherencia con los objetivos se aplicaron los siguientes instrumentos de recolección de información:

- Formato de recolección de datos de la Tarjeta individual de control de tratamiento de TB: Se revisaron las tarjetas individuales de control de tratamiento de TB existentes en los archivos de Instituciones públicas y privadas del municipio de Pereira en el periodo de 1 de junio de 2012 a 30 de junio de 2013 (Anexo 1), con el objetivo de obtener la información de variables relacionadas con características sociodemográficas, antecedentes clínicos, manifestaciones de intolerancia medicamentosa, características del tratamiento y su seguimiento. 31 variables
- Consentimiento informado, para los pacientes que voluntariamente participaron en el estudio (Anexo 2)^{47,48}.
- Encuesta: Incluyó 5 preguntas relacionadas con la medición de las variables de características sociales (Anexo 1).
- Entrevista semiestructurada: Dirigida a pacientes que no adhirieron al tratamiento durante el periodo de estudio. Incluyó 21 (Anexo 3)

La investigadora en compañía de los encuestadores previamente capacitados realizó el ajuste a la operativa de campo 15 días antes de la aplicación de la encuesta y de la entrevistasemiestructurada con el fin de evaluar el diligenciamiento de los instrumentos

propuestos para la investigación, así como, optimizar los tiempos y recursos destinados para esta actividad de tal manera que se identificaron y se corrigieron las dificultades que se presentaron. Para esta prueba, se seleccionaron 5 pacientes aleatoriamente, empleando los mismos parámetros de obtención de información descritos a continuación.

7.7.Procedimiento de recolección y organización de información

El proceso de recolección de la información se llevó a cabo en dos momentos, uno que corresponde al paradigma cuantitativo y un segundo al cualitativo.

Primer momento cuantitativo compuesto por las siguientes fases:

- Se solicitó el aval de la propuesta de investigación al Comité Curricular de la Universidad Autónoma de Manizales
- Se solicitó el aval de la propuesta de investigación al comité de Bioética de la Universidad Autónoma de Manizales
- Se solicitó autorización a la Secretaria de Salud municipal de Pereira para acceder a la base de datos que allí reposa de los pacientes reportados por las IPS que asistieron al PCT en el periodo de estudio
- Se solicitó el aval a las IPS públicas y privadas del municipio de Pereira que tienen implementado el PCT para desarrollar la propuesta de investigación mediante la entrega de un resumen ejecutivo del proyecto
- Después de obtener el aval institucional de las IPS públicas y privadas, la investigadora y encuestadores se trasladaron a las IPS para consultar y revisar todas las tarjetas individuales de control de tratamiento de TB de pacientes que asistieron al PCT del municipio de Pereira en el periodo comprendido 1 de junio 2012 a 30 de junio 2013, en la cual se registraron datos sociodemográficos, antecedentes clínicos, manifestaciones de intolerancia medicamentosa, características del tratamiento y seguimiento(Anexo 1)
- La investigadora y encuestadores procedieron a ubicar telefónicamente a todos lospacientes que se lograron detectar mediante revisión de tarjeta de control de

tratamiento en las IPS y que permitieron el diligenciamiento del formato de recolección de datos con el fin de concretar lugar y hora de encuentro para explicar el estudio y la importancia de participar en él.

- Se explicó, se diligenció y se solicitó la firma del consentimiento informado (Anexo 2) para la realización de la encuesta (Anexo 1) características sociales a pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión propuestos para esta investigación a cargo de la investigadora y encuestadores.
- Tanto a los pacientes que culminaron el tratamiento (159 pacientes) como a los que no lo culminaron que se lograron ubicar se les aplicó la encuesta con las variables sociales y sociodemográficas que no aparecían reportadas en la tarjeta individual de control de tratamiento de TB

Para el análisis estadístico del componente cuantitativo, se realizó una auditoría de la base de datos, buscando valores extremos, no concordantes o faltantes, los datos fueron confrontados contra el formato de recolección de datos de la tarjeta individual de control de tratamiento de TB para la verificación.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables de los pacientes incluidos en el estudio. Las variables continuas fueron evaluadas inicialmente para determinar su normalidad mediante la prueba de Kolmogorov–Smirnov (para muestras mayores de 50), cuya hipótesis nula plantea que las variables tienen distribución normal. Las variables cuantitativas se describen con promedio y desviación estándar para las normalmente distribuidas y con mediana y rango intercuartil (RIC) para las no paramétricas.

Las variables nominales y ordinales fueron analizadas mediante frecuencias relativas y absolutas expresadas en número (no.) y porcentaje.

Se consideró realizar los siguientes análisis estratificados: género (masculino versus femenino), comorbilidades (presencia de VIH, y/o diabetes, y/o enfermedad renal versus ausencia de estas comorbilidades), fecha de inicio de la primera fase

(2012 versus 2013) y el objetivo principal (no adherencia versus curación y/o terminado).

La comparación de las variables continuas con distribución normal se realizó mediante la t de Student. Para variables no paramétricas se aplicó la prueba Kruskal – Wallis.

La comparación de las variables categóricas se realizó mediante la prueba de χ^2 cuadrado. Si los estratos tenían menos de 20 datos se utilizó el test exacto de Fisher asumiendo tablas de contingencia de 2 x 2.

Se aceptó significancia estadística y por lo tanto rechazo de la hipótesis nula de la prueba cuando el valor de p a 2 colas fuera menor a 0,05. Se realizó una base de datos en el paquete estadístico Stata versión 10.0.

El segundo momento fue el cualitativo que se inició con la identificación de los pacientes no adherentes al tratamiento (15 pacientes).

- Una vez se obtuvo la base de datos del estudio y se corroboró con las tarjetas de control de tratamiento en cada IPS, estos pacientes se ubicaron y se realizó la entrevista semi estructurada a 14 pacientes que aceptaron responder voluntariamente.

La selección de los participantes se realizó mediante el llamado telefónico o en su defecto visita a la dirección reportada en la tarjeta de control de tratamiento, en aquellos casos en que no aparecía reporte de número telefónico. Con los pacientes que se encontraron se entabló un diálogo a fin de crear un ambiente de confianza entre los pacientes no adherentes y la investigadora.

Se solicitó a cada uno la participación voluntaria en el estudio y la firma del consentimiento informado, explicando el aporte que podían hacer con su testimonio. El relato de cada informante se grabó y se transcribió de manera completa e inmediata.

- Luego se procedió a interpretar cada categoría de análisis que permitió identificar los factores que están relacionados con la adherencia al tratamiento anti TB en el municipio de Pereira en el periodo de estudio.

Para realizar el análisis del componente cualitativo, después de realizar, grabar y transcribir las entrevistas semiestructuradas se eligieron herramientas del análisis de la teoría fundamentada planteados por Anselm S – JulietC (2002)⁵⁴. Este proceso se apoyó utilizando el programa Atlas ti 6.0.

El propósito del análisis de la información consistió en crear categorías específicas de las experiencias vividas por los catorce participantes no adherentes al tratamiento anti TB, a quienes se les logro realizar la entrevista semiestructurada, se buscó identificar los factores relacionados con la adherencia al tratamiento anti TB. Los datos obtenidos a través de la entrevista semiestructurada y la observación de la investigadora se organizaron para el análisis de los datos en tres momentos⁵⁴

- **Momento descriptivo o de codificación abierta:** Momento en el cual se realizó la transcripción exacta de las entrevistas. El proceso descriptivo se inició con una fase exploratoria en el cual se hizo una “lectura flotante” de cada una de las entrevistas buscando que la investigadora se familiarizara con el texto. Este fue un ejercicio que permitió la apreciación de un primer tipo de categorías eminentemente descriptivas también denominadas “unidades de registro y de significación”⁵⁴ en el cual se utilizaron las expresiones textuales de los actores; dichas unidades surgieron de ese primer contacto con los datos y con su ayuda se organizó de una manera lógica y coherente la información obtenida con el objeto de reducir el número de unidades de análisis permitiendo así organizar una codificación abierta de la información obtenida de cada una de las entrevistas. Las unidades

emergentes fueron agrupadas, examinadas minuciosamente y comparadas entre sí con el objeto de buscar similitudes o diferencias; de esta manera surgieron unas “denominaciones creadas por la investigadora, pero que están apoyadas en rasgos que es posible identificar y evidenciar en los datos obtenidos y agrupados por la investigadora”⁵⁴.

Cada entrevista se codificó inicialmente luego de ser transcrita y posteriormente se repitió el proceso al terminar de realizar todas las entrevistas con el objeto de verificar si el análisis inicial se había realizado correctamente; en este proceso cabe destacar que el análisis individual y de todas las entrevistas fue realizado por la investigadora.

- **Momento analítico o de codificación axial:** En la medida que avanzan, tanto el proceso de recolección de información como el propio proceso de análisis, se fue generando un primer tipo de categorías que iban aglutinando las unidades de registro inicialmente identificadas. En este paso los datos clasificados y codificados inicialmente, fueron sometidos a un proceso de reorganización tratando de establecer categorías y subcategorías para crear unas explicaciones más precisas y completas sobre el fenómeno de estudio, los factores relacionados con la adherencia al tratamiento de la TB. Para este proceso sirvió como marco de referencia la descripción de los significados de los pacientes no adherentes frente a factores socio familiares, factores socio económicos, relacionados con la atención en salud, de las vivencias con la enfermedad, del tratamiento anti TB durante el tratamiento. Cada categoría agrupaba en su contenido un elemento importante vivenciado por los participantes de la investigación y que tenía relación con la adherencia al tratamiento de la TB.
- **Momento interpretativo o de codificación selectiva:** Hace parte del último proceso para el análisis de los datos y en él las categorías y subcategorías identificadas en el paso anterior se relacionaron a fin de refinar la explicación teórica. En este proceso se buscó dar sentido y significado al lenguaje verbal y no

verbal de los participantes con el fin de construir una visión integral del fenómeno de estudio: Los factores relacionados con la adherencia al tratamiento de la TB.

8. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados separados de acuerdo a los componentes cuantitativo y cualitativo.

8.1. Resultados de la fase cuantitativa

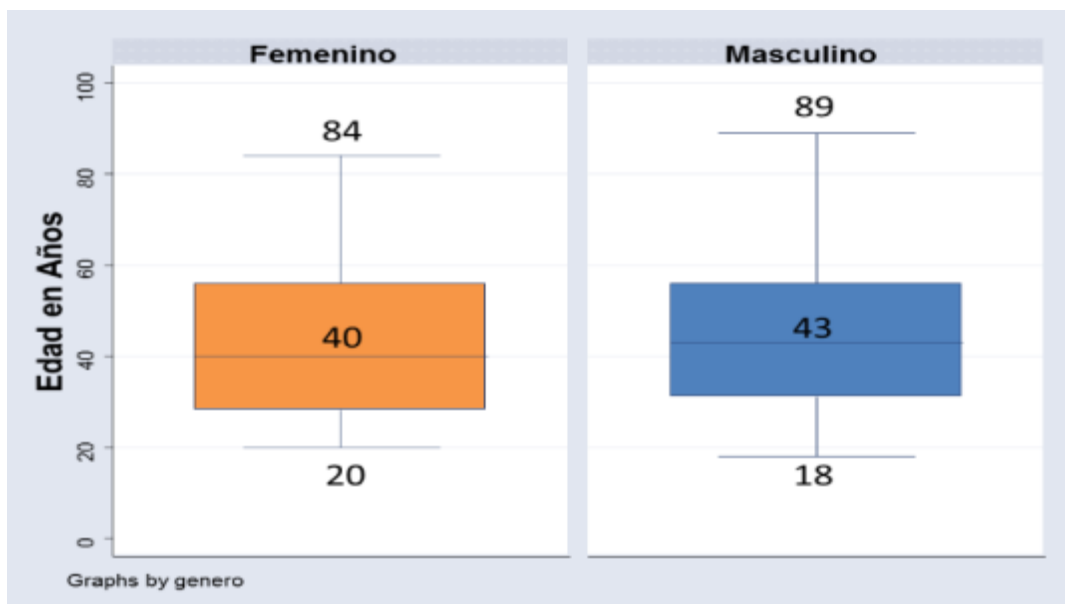
8.1.1. Caracterización de la población de estudio

8.1.1.1. Descripción de la población

Un total de 174 individuos con tratamiento anti TB pertenecientes al PCT de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas del municipio de Pereira atendidos entre el 1 junio de 2012 y el 30 de junio de 2013, cumplieron los criterios de inclusión y de exclusión. El género masculino con un 51% (89/174) fue más frecuente entre los participantes del estudio. La mediana de la edad fue de 41 años (RIC 30 - 56).

8.1.1.2. Características sociodemográficas

La edad por género se presenta en la figura 1. en la cual se observa que la mediana de edad para género masculino fue 3 años mayor en comparación con el género femenino, el rango intercuartil del género femenino fue de 28 – 56 años y el del masculino de 31 - 56 años ($p=0,54$), sin que hubiese diferencias estadísticamente significativas entre los dos generos.

Grafico 1. Distribución de la edad por Género

El estado civil soltero fue el más frecuente entre los participantes del estudio con un 34,5% (60/174), seguido de unión libre con un 27% (47/174). El grado de escolaridad del género femenino es muy similar al del género masculino, este último grupo aporta el mayor número de personas sin ninguna educación, siendo la primaria y la secundaria los grados predominantes en ambos géneros. En la tabla 17 se observan las características evaluadas en los participantes.

La mayor proporción de los participantes eran mestizos 97,1% (169/174) solo 5 pacientes eran afrodescendientes; la procedencia del 93,7% (163/174) de los participantes fue el área urbana, seguida del área rural en 11 pacientes.

En el aspecto religioso la religión católica obtuvo la mayor proporción y más del 70% de los participantes consideraron tener una filiación con alguna creencia o iglesia, entre las que se encuentran entre otras, las denominaciones cristianas y testigos de Jehová (tabla 17). Dada la alta proporción de participantes con filiación religiosa no se observó diferencias importantes entre ambos géneros.

Como se observa en la tabla 17, hasta un 90% de la población pertenece a los estratos 1, 2 y 3, sin diferencias proporcionales entre ambos generos. Hasta un 50% de los participantes tenía trabajo durante el tratamiento, sin embargo la ocupación más frecuente entre los participantes de género masculino fue el trabajo, mientras que en el genero femenino la mitad se encontraban en el hogar y hasta un 40% tenían un empleo durante el tratamiento.

Tabla 17. Distribución de las características sociodemográficas de los participantes

Variable		Género					
		Femenino		Masculino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Estado civil	Casado	19	22	24	27	43	25
	Separado	9	11	6	7	15	9
	Soltero	25	29	35	39	60	34
	Unión libre	26	31	21	24	47	27
	Viudo	6	7	3	3	9	5
	Total	85	100	89	100	174	100
Escolaridad	Ninguno	1	1	9	10	10	6
	Primaria	31	36	33	37	64	37
	Secundaria	33	39	33	37	66	38
	Técnico	12	14	3	3	15	9
	Universidad	7	8	10	11	17	10
	Posgrado	1	1	1	1	2	1
	Total	85	100	89	100	174	100
Grupo étnico	Afrodescendiente	3	4	2	2	5	3
	Mestizo	82	96	87	98	169	97
	Total	85	100	89	100	174	100
Procedencia	Rural	4	5	7	8	11	6
	Urbano	81	95	82	92	163	94
	Total	85	100	89	100	174	100
Religión	No	19	22	23	26	42	24
	Si	66	78	66	74	132	76
	Total	85	100	89	100	174	100
Cual	Católica	50	59	56	63	106	61
	Otra	16	19	10	11	26	15
	Ninguna	19	22	23	26	42	24

	Total	85	100	89	100	174	100
Estrato	Estrato 1	33	39	32	36	66	38
	Estrato 2	19	22	29	33	48	28
	Estrato 3	20	24	16	18	36	21
	Estrato 4	9	11	7	8	16	9
	Estrato 5	2	2	5	6	7	4
	Estrato 6	2	2	0	0	2	1
	Total	85	100	89	100	174	100
Ocupación	Desempleado	2	2	14	16	16	9
	Hogar	44	52	3	3	47	27
	Otro Estudiante	0	0	7	8	7	4
	Habitante de calle	0	0	1	1	1	1
	Recluso	0	0	6	7	6	3
	Pensionado	5	6	6	7	11	6
	Trabajador	34	40	52	58	86	49
	Total	85	100	89	100	174	100

Frente a la atención de los servicios de salud, se observó que por cada 2 participantes del régimen contributivo 1 se encontraba afiliado al régimen subsidiado, una proporción ligeramente superior de participantes en régimen subsidiado 27% versus 38% se observó entre mujeres y hombres respectivamente. Así mismo, cerca del 50% de la atención ocurrió en IPS privadas, con una proporción mayor para el género femenino de asistencia a IPS privadas 66% versus solo un 39% para el género masculino (tabla 18).

Las instituciones 2 y 10 tenían la mayor proporción de participantes afiliados 17% cada una, seguidas en proporción por las instituciones 3,9 y 8, sin observar diferencias entre ambos géneros (tabla 18).

En el estudio los participantes se distribuyeron en 36 IPS para recibir los tratamientos para TB, 5 IPS atendieron el 51,1% (89/174) de los participantes del estudio. No se observaron diferencias entre ambos géneros con respecto a la distribución de las IPS en las que fueron atendidos.

Tabla 18. Distribución de la población de estudio frente a la atención en salud

Variable		Género					
		Femenino		Masculino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Régimen de salud	Contributivo	58	68	47	53	105	60
	PNA	2	2	5	6	7	4
	Especial	2	2	3	3	5	3
	Subsidiado	23	27	34	38	57	33
	Total	85	100	89	100	174	100
IPS	Privadas	56	66	35	39	91	52
	Públicas	29	34	54	61	83	48
	Total	85	100	89	100	174	100
Aseguradora	Institución 1	1	1	2	2	3	2
	Institución 2	13	15	16	18	29	17
	Institución 3	13	15	14	16	27	16
	Institución 4	2	2	8	9	10	6
	Institución 5	6	7	3	3	9	5
	Institución 6	2	2	3	3	5	3
	Institución 7	3	4	3	3	6	3
	Institución 8	11	13	11	12	22	13
	Institución 9	11	13	14	16	25	14
	Institución 10	19	22	11	12	30	17
	Institución 11	1	1	2	2	3	2
	Institución 12	2	2	1	1	3	2
	Institución 13	1	1	1	1	2	1
	Total	85	100	89	100	174	100

8.1.1.3. Características sociales

Se indagó sobre aspectos relacionados con presencia o no de cuidador durante el tratamiento, más del 70% de los encuestados contó con la presencia de éste. Los conyugues, padres e hijos son las personas más relacionadas con el cuidado, aunque aparecen los sobrinos, amigos y otros, como otro grupo de personas encargadas de esta labor (Tabla 19). Es de resaltar que el grupo que no contó con cuidador, se comportó de manera similar tanto en el genero masculino como en el genero femenino.

Tabla 19. Distribución de la población de estudio frente a la presencia de cuidador durante el tratamiento según género (n=174).

Variable		Género					
		Femenino		Masculino		Total	
		n	%	n	%	N	%
Cuidador	No	20	24	18	20	38	22
	Si	65	76	71	80	136	78
	Total	85	100	89	100	174	100
Relación con el cuidador	Conyugue, padres hijos	22	26	33	37	55	32
	Amigo, sobrinos, otro	3	4	7	8	10	6
	Hermanos	4	5	8	9	12	7
	Hijos	18	21	2	2	20	11
	Ninguno	20	24	18	20	38	22
	Padres	18	21	21	24	39	22
	Total	85	100	89	100	174	100

8.1.1.4. Características socio-económicas

El ingreso mensual reportado en la mayoría de los encuestados incluidos en el estudio, fue inferior o igual a un Salario Mínimo Legal Vigente (SMLV), se resalta la condición de cabeza de hogar con personas a cargo que van desde 1 hasta 6 personas.

Como se observa en la tabla 20, la condición de cabeza de hogar fue más frecuente en el género masculino que en el género femenino y casi la mitad de la población de ambos géneros no tenía ninguna persona a cargo. Al observar las categorías de ingreso económico también es de resaltar que entre el 11% y el 24% de la población carecía de ingresos o los recibía ocasionalmente, cifra que concuerda con el porcentaje de desocupación registrado en la tabla 17.

Tabla 20. Distribución de la población de estudio por características socioeconómicas según género (n=174).

Variable		Género					
		Femenino		Masculino		Total	
		n	%	n	%	N	%
Cabeza de hogar	No	50	59	46	52	96	55
	Si	35	41	43	48	78	45
	Total	85	100	89	100	174	100
Personas a cargo	0	50	59	45	51	95	55
	1	13	15	9	10	22	13
	2	11	13	10	11	21	12
	3	4	5	18	20	22	13
	4	5	6	6	7	11	6
	5	2	2	0	0	2	1
	6	0	0	1	1	1	1
	Total	85	100	89	100	174	100
Ingresos	Sin ingreso	8	9	11	12	19	11
	Ocasional	19	22	22	25	41	24
	Menos de 1SMLV	11	13	17	19	28	16
	Un SMLV	34	40	24	27	58	33
	De 2 a 3 SMLV	11	13	14	16	25	14
	Más de 3 SMLV	2	2	1	1	3	2
	Total	85	100	89	100	174	100

8.1.1.5. Características clínicas

Como se observa en la tabla 21, más del 80% de los participantes en el estudio fueron pacientes nuevos (de primer ingreso), tanto en ambos generos. Las recaídas se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de genero femenino en una relación de 2 a 1 comparado con el genero masculino, mientras que el reingreso después de abandono y las remisiones se presentaron de manera similar por género. Sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos por condición de ingreso y género ($p=0,481$).

Tabla 21. Condición de ingreso de la población de estudio según género (n=174)

Condición de ingreso	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	n	%	n	%
Nuevo	70	82.35	75	84.3	145	83.33
Recaída	5	5.9	2	2.2	7	4
Reingreso después de abandono	2	2.4	3	3.4	5	2.9
Remitido	8	9.41	9	10.11	17	9.8
Total	85	100	89	100	174	100
Pearson $\chi^2(4) = 1.464$ Pr = 0,481						

El tipo de TB que se diagnosticó con mayor frecuencia fue la pulmonar, seguido de la extra pulmonar y en menor proporción se presentó la TB extra pulmonar y pulmonar. La TB pulmonar fue mas frecuente en la población masculina y la TB extrapulmonar fue mas frecuente en la población femenina, aunque no se observaron diferencias estadísticamente significativas, como se observa en la tabla 22.

Grafico 2. Tipo de TB diagnosticada en el total de la población

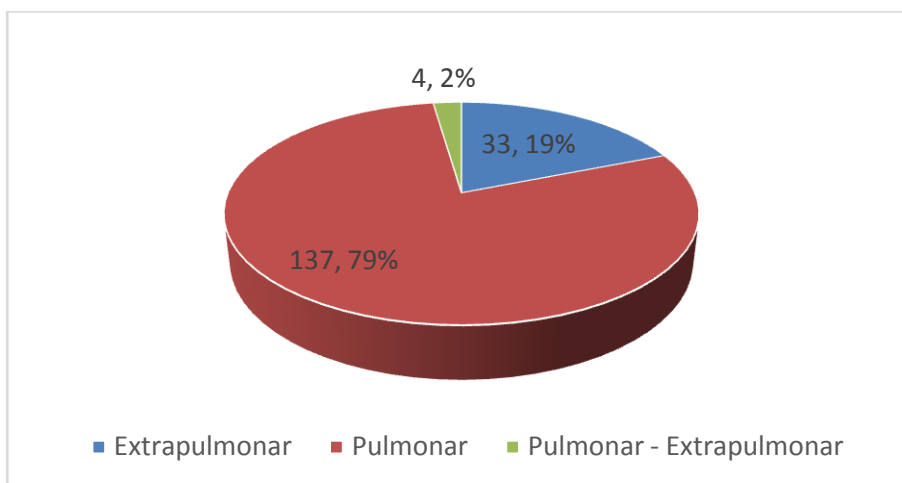
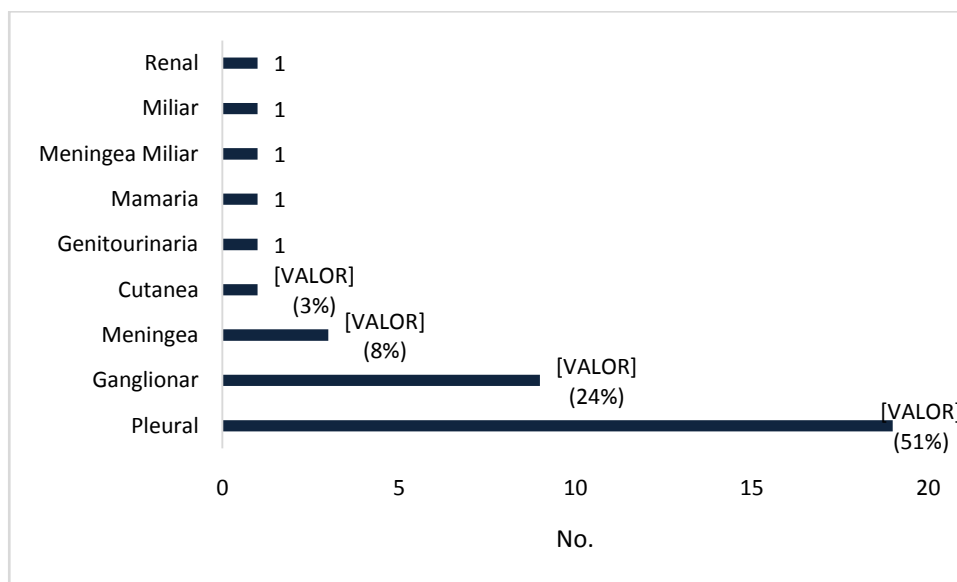


Tabla 22. Tipo de TB diagnosticada en la población de estudio según género (n= 174)

Tipo de TB	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	N	%
Extra pulmonar	22	26	11	12	33	19
Pulmonar	61	72	76	85	137	79
Pulmonar Extra pulmonar	2	2	2	2	4	2
Total	85	100	89	100	174	100
Pearson chi2(2) = 5.2198 Pr = 0.074						

Entre quienes presentaron diagnóstico de TB extra pulmonar se encuentran distintas localizaciones anatómicas como se muestra en el grafico 3, siendo el sitio más frecuente el pleural seguido por la ganglionar. En el grupo de abandono 2 personas presentaron TB pleural, 1 persona con TB ganglionar y 1 persona con TB meníngea (Grafico 3).

Grafico 3.Localización anatómica de la TB extra pulmonar



8.1.1.6. Características de los antecedentes clínicos.

El 44.8% (78/174) de los participantes tenían algún antecedente clínico asociado, dentro de los más frecuentes se encontraron la desnutrición, el VIH/SIDA, la diabetes mellitus (tabla 23), la hipertensión arterial con el 9,7% (17/174) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con 6 casos les siguen en orden de frecuencia.

La proporción de casos con coinfección VIH/TB fue de 11%(20), siendo 3 veces mayor la proporción de hombres con VIH siendo una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,02$).

El uso de sustancias psicoactivas fue del 28% (49/174), el alcoholismo fue reconocido por el 12,6% (22/174) de los pacientes. Estas dos dependencias fueron mayores en los hombres siendo esta diferencia significativa en comparación a las mujeres ($p=0,0001$)

Entre otras variables medidas en la población de estudio, se encontró que la mediana de peso de los participantes fue de 56 Kg (RIC 50-65). De las 85 participantes del

genero femenino el 37%(64) reportó haber estado en embarazo en algún momento de su vida antes del tratamiento.

Tabla 23. Antecedentes clínicos presentes en la población de estudio (n=174)

Antecedentes Clínicos	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	N	%
Enfermedad renal	6	7,1	6	6,7	12	7
Enfermedad hepática	4	4,7	6	6,7	10	6
VIH/SIDA	5	5,9	15	16,9	20	11
Diabetes mellitus	10	11,8	8	8,9	18	10
Desnutrición	14	15,5	24	26,9	38	22
Cáncer	2	2,3	1	1,1	10	6
Otra enfermedad	38	44,7	37	41,6	74	43
Artritis reumatoide	3	3,5	1	1,1	4	2
Alcoholismo	3	3,5	19	21,3	22	12,6
Sustancias Psicoactivas	5	5,9	44	48,4	49	28,1

8.1.2. Características relacionadas con el tratamiento Anti TB

8.1.2.1. Tratamiento Anti TB

Durante el esquema de tratamiento farmacológico en la primera fase, todos los participantes recibieron Rifampicina, Isoniacida, Pirazinamida y Etambutol; sólo el 3% de los participantes recibió otro medicamento como la Piridoxina. En cuanto a la segunda fase, en el esquema terapéutico el 6% de los participantes no recibió Rifampicina, un 3% no recibió Isoniacida, un 5% recibió otros medicamentos como Piridoxina y Rifabutina, debido a la presencia de antecedentes clínicos como VIH/Sida, desnutrición, alcoholismo, diabetes mellitus, enfermedad hepática y enfermedad renal.

En la tabla 24 se describen las dosis suministradas y el tiempo entre fases hasta el egreso teniendo en cuenta la estratificación por periodos de tiempo así: aquellos que iniciaron en 2012 y los que iniciaron en 2013. Del total de pacientes del estudio el 56,3% (98/174) iniciaron el tratamiento en el año 2012, el restante comenzó el tratamiento con el nuevo esquema a partir del año 2013.

La mediana general de la primera fase fue de 48 dosis y la segunda 56 dosis con rangos intercuartiles estrechos. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que comenzaron en el año 2012 versus los que comenzaron en el 2013 para las dosis o el tiempo hasta el egreso o entre fases.

No se observó multidrogoresistencia en los participantes del estudio, lo cual está por debajo de lo recomendado en la categoría I del esquema recomendado.

Tabla 24. Características del tratamiento en la población de estudio (n=174).

Características del Tratamiento	Inicio 2012		Inicio 2013		Total	
	Mediana	RIC	Mediana	RIC	Mediana	RIC
Dosis Primera Fase	48	48-48	48	48-56	48	48-49
Dosis Segunda Fase	54	54-59	56	54-56	56	54-56
Tiempo en meses Hasta segunda fase	1,9	1,8-2,2	2,1	1,9-2,4	1,9	1,9-2,3
Tiempo en meses desde la segunda fase	4,5	4,2-6,7	4,6	4,2-5,3	4,6	4.2-6,1
Tiempo en meses total hasta el egreso	6,7	6-8,7	6,9	6,3-8,2	6,8	6,1-8,5

8.1.2.2. Manifestaciones de intolerancia medicamentosa.

Dentro de las manifestaciones de intolerancia a los medicamentos durante el tratamiento observadas en los pacientes de estudio, se encontró tabla 25. que las náuseas (66%) y el mareo (57%) son las más frecuentes y las de menor frecuencia son ictericia (6%) e hipoacusia (12%).

Se revisaron las intolerancias de acuerdo al periodo de tratamiento buscando determinar si existía una mayor o menor frecuencia de manifestaciones de intolerancia teniendo en cuenta los cambios ocurridos en las dosis entre el año 2012 y 2013. Se realizó adicionalmente un análisis de las manifestaciones de intolerancia teniendo en cuenta la presencia de comorbilidades, sin encontrar diferencias significativas entre los grupos. (Tabla 25)

Tabla 25. Manifestaciones de intolerancia medicamentosa en la población de estudio (n=174).

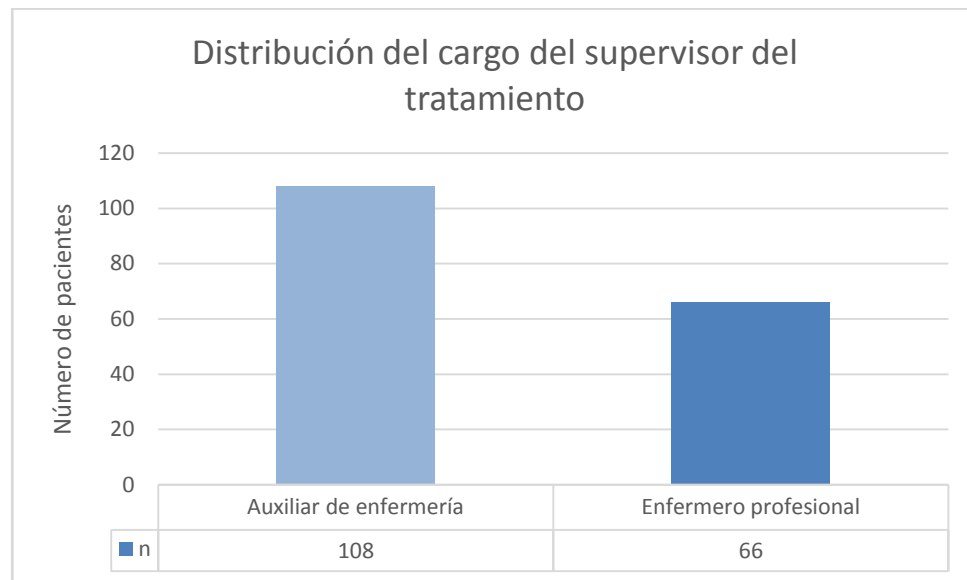
Manifestaciones de intolerancia a los medicamentos	Inicio 2012		Inicio 2013		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ictericia	7	7,1	4	5,3	11	6
Dispepsia	37	37,8	26	34,2	63	36
Vómito	33	33,7	20	26,3	53	30
Náuseas	68	69,4	46	60,5	114	66
Mareo	63	64,3	36	47,4	99	57
Vértigo	34	34,7	21	27,6	55	32
Hipoacusia	9	9,2	12	15,8	21	12
Tinnitus	19	19,4	17	22,4	36	21
Artralgia	29	29,6	24	31,6	53	30
RASH	27	27,5	25	32,9	52	30
Diarrea	19	19,4	15	19,8	34	20

Prurito	34	34,7	30	39,5	64	37
Alteraciones Visuales	18	18,4	16	21,0	34	20
Polineuritis	14	14,3	9	11,8	23	13
Epigastralgia	34	34,7	34	44,7	68	39

8.1.3. Atención en salud.

Al tener en cuenta el cargo del supervisor del tratamiento en la IPS de afiliación, se puede observar que el 62% de los pacientes que asistieron al PCT eran auxiliares de enfermería y el 38% era enfermeros profesionales.

Grafico 4. Cargo del supervisor del tratamiento anti TB en el grupo de estudio.



8.1.4. Características de la adherencia al tratamiento

Se denomina adherencia al tratamiento a la condición de los pacientes que asistieron al PCT y que egresaron del programa con denominación de tratamiento curado o terminado. Los pacientes que no cumplieron este criterio se consideran pacientes no adherentes.

El paciente curado es aquel que ingresó al programa de TB con baciloscopia positiva y completó todo el tratamiento presentando baciloscopia de esputo negativa como mínimo en dos ocasiones durante el tratamiento y al finalizar la última dosis reportó el resultado negativo⁵³.

El paciente con tratamiento terminado es aquel que ingresó al programa de TB con baciloscopia positiva y concluyó el tratamiento sin reporte de baciloscopia al finalizar el tratamiento⁵³.

El paciente denominado no adherente es aquel que después de haber ingresado al programa de control de TB deja de recibir la medicación durante un mes o más⁵³.

Para una mejor comprensión del estudio se relacionaron las variables género, nivel de escolaridad, estado civil, régimen de salud, grupo étnico, procedencia, religión, estrato socioeconómico, ocupación, tipo de TB, antecedentes clínicos, manifestaciones de intolerancia medicamentosa, cargo del supervisor del tratamiento anti TB en las instituciones de salud con la adherencia al tratamiento anti TB.

Al relacionar género y adherencia al tratamiento, no se encontraron diferencias estadísticamente significantes ($p=0.635$), aunque se observaron mayores proporciones de pacientes curados y con tratamientos terminados en el grupo de género masculino.

Tabla 26. Distribución de la población de estudio por adherencia al tratamiento según género (n=174).

Variable		Adherencia al tratamiento							
		No adherentes		Curado		Tratamiento terminado		Total	
		n	%	n	%	N	%	n	%
Genero	Femenino	9	60	44	47	32	49	85	49
	Masculino	6	40	50	53	33	51	89	51
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
	p= 0.635								

Las categorías de edad en donde se ubicaron los pacientes egresados como curados y tratamientos terminados, en su mayoría fueron de 28 a 32 y mayores de 65 años, con un comportamiento similar al grupo de no adherentes.

La escolaridad no mostró diferencias estadísticamente significativas con la adherencia ($p=0.321$). Se observó que entre los no adherentes la mayoría de los sujetos sólo alcanzó estudios de primaria, mientras que entre los egresados curados y con tratamiento terminado, el grado de escolaridad más alto alcanzado fue el universitario y una minoría solo tenía primaria (tabla 27).

Tanto el estado civil como el grupo étnico, la procedencia y las creencias religiosas, se comportaron de manera similar al comparar los grupos por adherencia al tratamiento, sin distinciones entre ellos. Sin embargo, al observar las variables de atención en salud, en el grupo de no adherentes al tratamiento, el régimen de salud predominante fue el subsidiado, mientras que quienes terminaron o se curaron pertenecían en su mayoría al régimen contributivo ($p= 0.035$). Variables como el estrato, la ocupación y el ingreso, tampoco reportaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (tabla 27).

Tabla 27 Distribución de la población de estudio por adherencia al tratamiento según variables sociodemográficas (n=174).

Variable		Adherencia al tratamiento							
		No adherentes		Curado		Tratamiento terminado		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Edad	18a 22	2	13	3	3	6	9	11	6
	23 a 27	2	13	11	12	8	12	21	12
	28 a 32	2	13	12	13	11	17	25	14
	33 a 37	1	7	12	13	5	8	18	10
	38 a 42	1	7	9	10	4	6	14	8
	43 a 47	2	13	12	13	7	11	21	12
	48 a 52	1	7	6	6	1	2	8	5
	53 a 57	2	13	8	9	6	9	16	9
	58 a 62	0	0	7	7	9	14	16	9
	Más de 65	2	13	14	15	8	12	24	14
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
p= 0.859									
Escolaridad	Ninguno	0	0	7	7	3	5	10	6
	Posgrado	0	0	0	0	2	3	2	1
	Primaria	9	60	36	38	19	29	64	37
	Secundaria	4	27	34	36	28	43	66	38
	Técnico	2	13	8	9	5	8	15	9
	Universidad	0	0	9	10	8	12	17	10
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
p= 0.321									
Estado civil	Casado	3	20	28	30	12	18	43	25
	Separado	2	13	7	7	6	9	15	9
	Soltero	3	20	33	35	24	37	60	34
	Unión Libre	4	27	23	24	20	31	47	27
	Viudo	3	20	3	3	3	5	9	5
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
p = 0.178									
Régimen de salud	Contributivo	5	33	56	60	44	68	105	60
	PNA	1	7	1	1	5	8	7	4
	Especial	0	0	3	3	2	3	5	3
	Subsidiado	9	60	34	36	14	22	57	33
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
p = 0.035									
Grupo étnico	Afrodescendiente	0	0	4	4%	1	2%	5	3%
	Mestizo	15	100	90	96	64	98	169	97
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
p= 0.472									

Procedencia	Rural	2	13	6	6	17	26	42	24
	Urbano	13	87	88	94	48	74	132	76
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
	p= 0.457								
Religión	No	2	13	23	24	17	26	42	24
	Si	13	87	71	76	48	74	132	76
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
	p= 0.575								
Cuál?	Católica	10	67	56	60	40	62	106	61
	Otra	3	20	15	16	8	12	26	15
	Ninguna	2	13	23	24	17	26	42	24
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
	p= 0.876								
Estrato	Estrato 1	7	47	35	37	23	35	65	37
	Estrato 2	5	33	26	28	17	26	48	28
	Estrato 3	1	7	22	23	13	20	36	21
	Estrato 4	1	7	8	9	7	11	16	9
	Estrato 5	0	0	3	3	4	6	7	4
	Estrato 6	1	7	0	0	1	2	2	1
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
	p= 0.496								
Ocupación	Desempleado	0	0	12	13	4	6	16	9
	Estudiante	1	7	3	3	3	5	7	4
	Habitante de calle	0	0	0	0	1	2	1	1
	Hogar	6	40	20	21	21	32	47	27
	Pensionado	1	7	6	6	4	6	11	6
	Recluso	0	0	5	5	1	2	6	3
	Trabajador	7	47	48	51	31	48	86	49
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
	p= 0.570								

La TB pulmonar fue más frecuente y estadísticamente significativa en las tres condiciones de egreso del tratamiento que fueron analizadas, ($p=0.000$), tal y como se muestra en la tabla 28.

Tabla 28 Adherencia al tratamiento de la población de estudio según tipo de TB (n=174)

Variable		Adherencia al tratamiento							
		No adherentes		Curado		Tratamiento terminado		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Tipo TB	Extra pulmonar	4	27	6	6	23	35	33	19
	Pulmonar	11	73	85	90	41	63	137	79
	Pulmonar/Extra pulmonar	0	0	3	3	1	2	4	2
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
	p= 0.000								

Dentro de las manifestaciones de intolerancia medicamentosa reportadas en los pacientes del estudio, se encontró (tabla 29) la presencia de tinitus, vértigo, mareo e hipoacusia que fueron significativamente mayores en el grupo de no adherentes ($p=0.002$, $p= 0,008$, $p=0,040$ y $p=0,006$ respectivamente).

Tabla 29. Manifestaciones de intolerancia medicamentosa relacionadas con la adherencia al tratamiento en la población de estudio (n=174).

Intolerancia medicamentosa		Adherencia al tratamiento							
		No adherentes		Curado		Tratamiento terminado		Total	
		n	%	n	%	n	%	N	%
Ictericia ($p=0.997$)	No	14	93	88	94	61	94	163	94
	Si	1	7	6	6	4	6	11	6
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
Dispepsia ($p=0.808$)	No	9	60	62	66	40	62	111	64
	Si	6	40	32	34	25	38	63	36
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
Vomito ($p=0.069$)	No	8	53	72	77	41	63	121	70
	Si	7	47	22	23	24	37	53	30
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
Nauseas ($p=0.395$)	No	3	20	32	34	25	38	60	34
	Si	12	80	62	66	40	62	114	66
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
Mareo	No	2	13	41	44	32	49	75	43

(p=0.040)	Si	13	87	53	56	33	51	99	5
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
Vértigo (p=0.008)	No	5	33	69	73	45	69	119	68
	Si	10	67	25	27	20	31	55	32
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
Hipoacusia (p=0.006)	No	11	73	81	86	61	94	153	88
	Si	4	27	13	14	4	6	21	12
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
Tinnitus (p=0.002)	No	8	53	71	76	59	91	138	79
	Si	7	47	23	24	6	9	36	21
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
Artralgia (p=0.117)	No	7	47	66	70	48	74	121	70
	Si	8	53	28	30	17	26	53	30
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
RASH (p=0.682)	No	12	80	65	69	45	69	122	70
	Si	3	20	29	31	20	31	52	30
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
Diarrea (p=0.733)	No	11	73	77	82	52	80	140	80
	Si	4	27	17	18	13	20	34	20
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
Prurito (p=0.719)	No	9	60	62	66	39	60	110	63
	Si	6	40	32	34	26	40	64	37
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
Alteraciones Visuales (p=0.672)	No	11	73	75	80	54	83	140	80
	Si	4	27	19	20	11	17	34	20
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
Polineuritis (p=0.797)	No	13	87	83	88	55	85	151	87
	Si	2	13	11	12	10	15	23	13
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
Epigastralgía (p=0.541)	No	9	60	54	57	43	66	106	61
	Si	6	40	40	43	22	34	68	39
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100

Al evaluar las características de los pacientes que no adhirieron al tratamiento se observa que hubo una mayor frecuencia de antecedentes clínicos asociados, sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (tabla 30).

Tabla 30.Antecedentesclínicos presentes en la población de estudio según adherencia al tratamiento (n=174)

Antecedentes clínicos		Adherencia al tratamiento							
		No adherentes		Curado		Tratamiento terminado		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Enfermedad renal	No	15	100	88	94	59	91	162	93
	Si	0	0	6	6	6	9	12	7
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
	p= 0.427								
Enfermedad hepática	No	13	87	90	96	61	94	164	94
	Si	2	13	4	4	4	6	10	6
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
	Pr = 0.368								
VIH/SIDA	No	11	73	86	91	57	88	154	89
	Si	4	27	8	9	8	12	20	11
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
	p= 0.119								
Diabetes Mellitus	No	14	93	82	87	60	92	156	90
	Si	1	7	12	13	5	8	18	10
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
	p= 0.520								
Desnutrición	No	9	60	76	81	51	78	136	78
	Si	6	40	18	19	14	22	38	22
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
	p= 0.192								
Cáncer	No	15	100	92	98	61	94	164	94
	Si	0	0	2	2	4	6	10	6
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
	p= 0.832								
Otra enfermedad	No	12	80	54	57	34	52	100	57
	Si	3	20	40	43	31	48	74	43
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
	p= 0.148								
Artritis Reumatoide	No	14	93	92	98	64	98	170	98
	Si	1	7	2	2	1	2	4	2
	Total	15	100	94	100	65	100	174	100
	p=0.483								

8.1.5. Características de la no adherencia al tratamiento Anti TB

Entre los 15 pacientes no adherentes al tratamiento, seis (6) de ellos registraron intolerancia medicamentosa gástrica como causas de no adherencia al tratamiento, entre otras razones listadas en la tabla 31.

Tabla 31. Causas de no adherencia reportadas en la población de estudio (n=15)

Causas de no adherencia	Frecuencia	%
Cambia mucho de lugar	1	6,66
Cambio de domicilio	1	6,66
Desinterés	1	6,66
Decisión propia	1	6,66
Intolerancia al tratamiento, gástrica medicamentosa	6	40,0
Laboral	1	6,66
Problemas familiares	1	6,66
culmino el contrato con la IPS	1	6,66
se suspendió el tratamiento por toxicidad hepática	1	6,66
No responde	1	6,66
Total	15	100

En el grupo de pacientes no adherentes al tratamiento se encontró que la mediana de dosis recibidas durante la primera fase fue 48 dosis, (RIC 46-49), donde un 40%(6) recibió 48 dosis y un 13%(2) recibió 56 dosis. Durante la segunda fase este grupo recibió una mediana de 22 dosis, (RIC 20-24), donde un 26%(4), recibió 0 dosis y un 13%(2) recibió 13 y 28 dosis respectivamente (tabla 32).

Tabla 32. Dosis reportadas en el grupo de no adherentes al tratamiento anti TB por fases (n=15)

Pacientes no adherentes	Dosis suministradas en primera fase	Dosis suministradas en Segunda fase
No adherente 1	48	33
No adherente 2	56	28
No adherente 3	60	28
No adherente 4	20	0
No adherente 5	54	43
No adherente 6	48	38
No adherente 7	13	0
No adherente 8	48	25
No adherente 9	46	40
No adherente 10	48	13
No adherente 11	41	13
No adherente 12	48	26
No adherente 13	48	0
No adherente 14	37	0
No adherente 15	56	56

Al analizar el nivel de cumplimiento al tratamiento según la inasistencia, se observaron algunas inasistencias en los grupos de tratamiento terminado y curados, la inasistencia durante la primera fase tuvo una mediana de 4 inasistencias (RIC 1-12), de los 94 pacientes que representan el grupo de los curados y tratamiento terminado el 54%(86) tuvo cero (0) inasistencias en esta fase, sin diferencias significativas entre las inasistencias y el resultado del tratamiento ($p=0.844$).

En la segunda fase la mediana de inasistencias fue de 3 (RIC 1.8) en el grupo de los curados y tratamiento terminado la mediana de inasistencias fue de 3 (RIC 2-7) de donde se destaca que el 42%(66) tuvo cero (0) inasistencias en esta fase, sin diferencias estadísticamente significativas entre la inasistencia y el resultado del tratamiento en esta fase ($p= 0.101$)

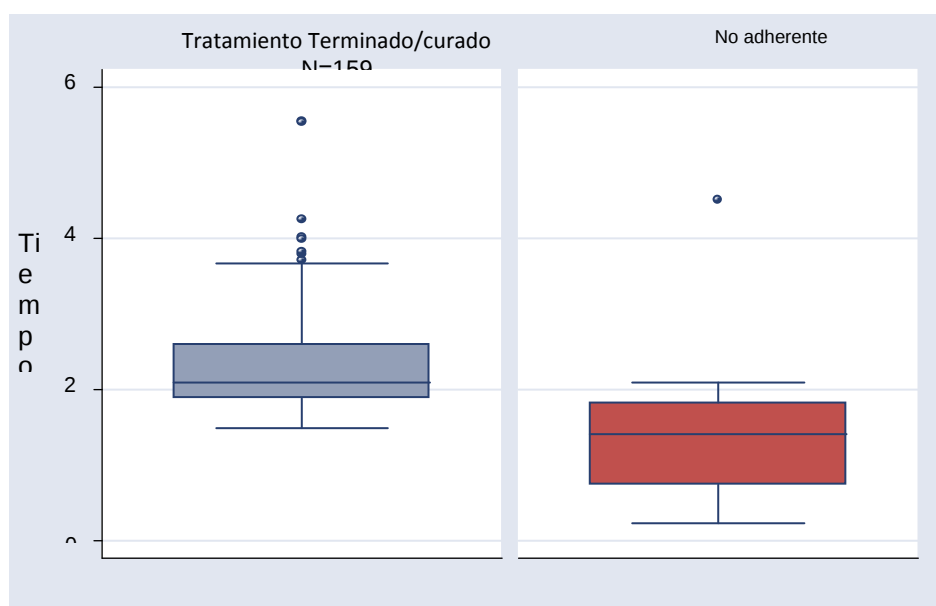
En la tabla 33, se encuentra que el grupo de no adherentes, tuvo una mediana de inasistencias en primera fase de 3,5 (RIC 1,5-6,5). A la segunda fase no ingresaron 4 personas de este grupo, con una mediana de 8,5 inasistencias (RIC 4-11,5) (tabla 33).

Tabla 33. Inasistencias reportadas en el grupo de no adherentes al tratamiento anti TB por fases (n=15)

Pacientes no adherentes	Inasistencias en primera fase	Inasistencias en Segunda fase
No adherente 1	1	5
No adherente 2	19	0
No adherente 3	2	14
No adherente 4	1	No ingreso
No adherente 5	7	9
No adherente 6	3	11
No adherente 7	0	No ingreso
No adherente 8	1	8
No adherente 9	4	12
No adherente 10	0	0
No adherente 11	6	0
No adherente 12	3	2
No adherente 13	29	No ingreso
No adherente 14	4	No ingreso
No adherente 15	Sin dato	3

En el gráfico 5 se observa el tiempo de duración en tratamiento comparando los pacientes que no adhirieron contra un grupo unificado que incluye a los curados y los de tratamiento terminado, la mediana en días para el grupo no adherente fue de 141 (RIC 74-183) y la mediana para los demás participantes fue de 209 (RIC 188-260), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p= 0,0001$)

Grafico 5. Tiempo de tratamiento Anti TB



Con respecto a la relación con el personal de salud que supervisaba el tratamiento, se encontró que en su mayoría estuvo a cargo de auxiliares de enfermería, tal y como se muestra en la tabla 34. El grupo de no adherentes, también se comportó de manera similar al resto del grupo, con 10 personas atendidas por auxiliares de enfermería y el restante por enfermeros profesionales sin diferencias entre los grupos.

Tabla 34. Cargo del supervisor del tratamiento anti TB en el grupo de estudio (n=174)

Cargo Supervisor de tratamiento	Resultado tratamiento							
	No adherente		Curado		Tratamiento terminado		Total	
	n	%	N	%	n	%	N	%
Auxiliar Enfermería	10	67	59	63	39	60	108	62
Enfermera Profesional	5	33	35	37	26	40	66	38
Total	15	100	94	100	65	100	174	100
P= 0.873								

8.1.6. Indicadores del Programa de TB; Cohorte de pacientes nuevos con TB pulmonar BK positivo

El siguiente informe se realizó con base en la información obtenida de las tarjetas de control de tratamiento de TB de los pacientes nuevos que asistieron a las IPS en donde les administraron el tratamiento de TB en el periodo de estudio.

Al analizar los indicadores de seguimiento al tratamiento de la TB se encontró que el porcentaje de curación fue de 64,35 %. Dicho porcentaje demuestra que la efectividad del tratamiento anti TB y la gestión del programa están por debajo del nivel aceptable (porcentaje igual o mayor a 85%).⁵³

Con respecto al porcentaje de tratamiento terminado se encontró que la capacidad de gestión del programa de TB durante el periodo de estudio fue de 30.43 % en las entidades participantes, observándose por encima del nivel aceptable (debe acercarse a 0%)⁵³, lo que permite inferir que se debe mejorar el nivel de seguimiento bacteriológico a los casos diagnosticados

Frente a la no adherencia al tratamiento se halló que el 5,22 % de los pacientes abandonaron el tratamiento el cual es superior al valor mínimo ó aceptable (0% - 5%)⁵³.

Tabla 35. Indicadores del Programa de Control de TB: Cohorte de casos nuevos con TB pulmonar BK positivo (n=115).

Adherencia al tratamiento	Casos nuevos	Porcentaje	Valor aceptable
Curados	74	64.35 %	Igual o mayor a 85%*
Tratamiento terminado	35	30.43 %	Óptimo 0% a 10%*
No adherentes (abandono)	6	5.22 %	Óptimo 0% Aceptable 5 % a 10%*
Fracasos	0	0%	Menor del 2%*

Fuente: Elaboración propia IPS Publicas y privadas del municipio de Pereira 1 junio 2012 – 30 junio 2013

Para analizar la cohorte se tomó como universo solo 115 pacientes nuevos con BK + que ingresaron a la cohorte en el periodo de estudio, teniendo en cuenta los lineamientos nacionales para la evaluación de la cohorte normados por la Circular 058 de 2009 en su respectivo anexo 3.

8.2. Resultados de la fase cualitativa

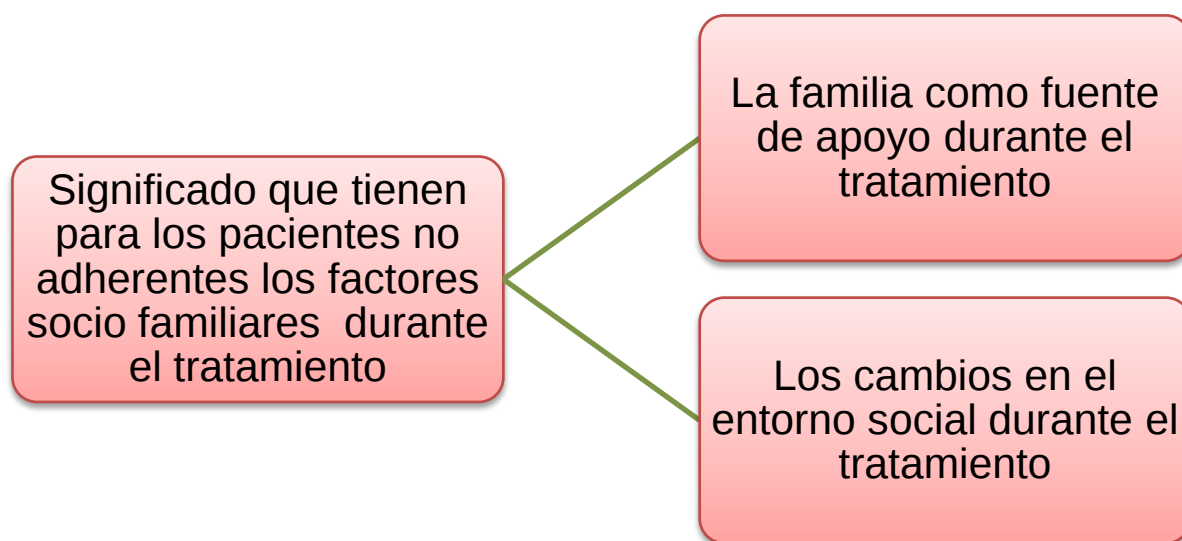
Descripción de la unidad de análisis

El análisis de la información obtenida se organizó mediante la categorización de la información suministrada por los participantes entrevistados, de los quince no adherentes 14 aceptaron responder la entrevista. Para facilitar la comprensión del análisis, la información inicialmente se presenta mediante graficas que describen las categorías construidas; en la primera posición se encuentra la categoría principal; en la segunda posición, las sub categorías. Los siguientes datos aportaron al estudio, el conocimiento y la experiencia de los entrevistados no adherentes al PCT de TB y los factores relacionados con la adherencia al tratamiento anti TB en el municipio de Pereira.

Para ilustrar el análisis de cada una de las categorías construidas, durante el desarrollo del análisis se presentó un testimonio representativo el cual fue extraído de las narrativas de los participantes, dejando como anexo 4 los demás para ser consultados.

8.2.1. Categoría Significado que tienen para los pacientes no adherentes los factores sociofamiliares durante el tratamiento

Grafico 6. Significado que tienen para los pacientes no adherentes los factores socio familiares durante el tratamiento



Fuente: Grafico construido por la autora a partir de los datos del estudio

El acompañamiento recibido por parte de los integrantes de la familia, los pacientes lo percibieron como importante, porque incluía apoyo social, emocional y económico.

Así se expresó un paciente al comentar acerca del apoyo familiar recibido durante el tratamiento:

“Siempre mis papás, mis hermanos y mi esposo me han apoyado, ellos me apoyaron al principio del tratamiento, pero al ver las molestias que me causaban ellos también me apoyaron para dejar de tomarlo”. **GAR 818**

Con respecto al apoyo del entorno social y laboral se observó que en algunos casos los estigmas sociales de la enfermedad influyeron en el apoyo social que se ofrece y en los comportamientos que las personas con TB adoptan frente a la percepción de rechazo de las demás personas.

*“En el lugar del trabajo yo le conté lo de mi enfermedad a ciertas compañeras y como ellas no estaban capacitadas para entender la enfermedad fueron y le dijeron a los grandes mandos que me expulsara de la empresa. En cambio mis vecinos si fueron muy bellas personas”.***M2 540**

8.2.2. Categoría significado que tienen para los pacientes no adherentes los factores socio económicos durante el tratamiento

Grafico 7.Significado que tienen para los pacientes no adherentes los factores socio – económicos durante el tratamiento

Significado que tienen para los
pacientes no adherentes los
factores socio económicos
durante el tratamiento

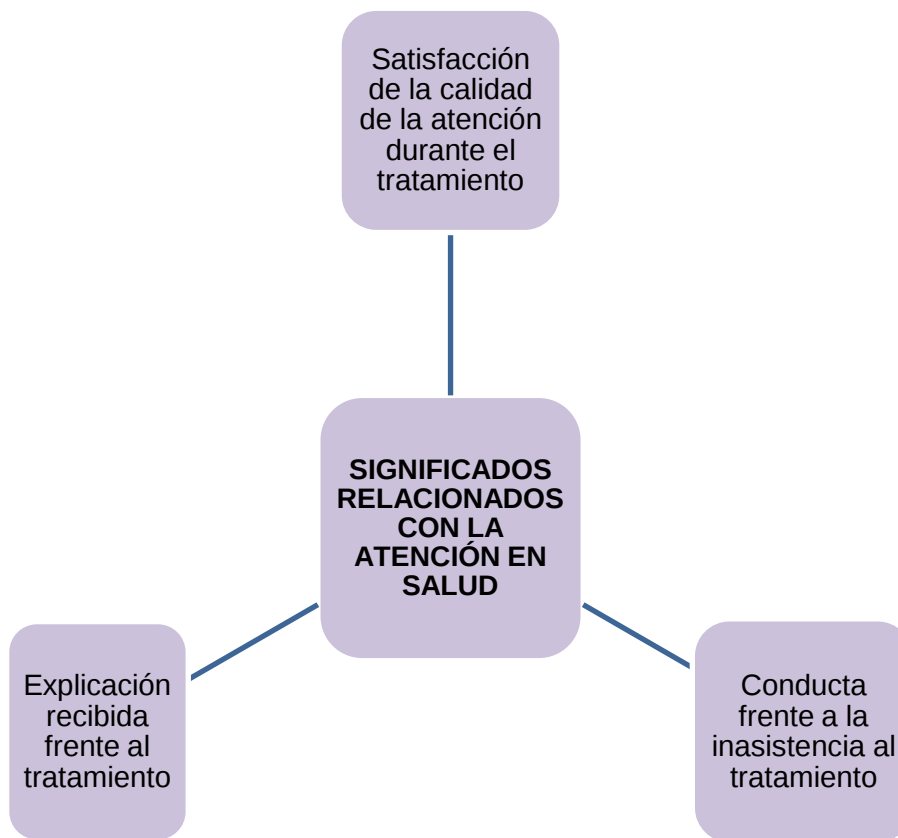
Fuente: Grafico construido por la autora a partir de los datos del estudio

Respecto a los cambios a nivel laboral y económico que generó la enfermedad y los efectos del tratamiento los entrevistados manifestaron afectación económica y cambios en el ambiente laboral, a nivel individual y familiar secundarios al padecimiento de la enfermedad. Un paciente comentaba lo siguiente:

“ Yo creería que si... porque obviamente mantenía incapacitada, se me veía enferma y decaída, es tanto así que a mí me despidieron de mi puesto laboral por tantas faltas e inasistencias a trabajar, eso me afecto horriblemente el ingreso económico, el despido fue sin ninguna causa, cualquier día a las seis de la tarde me dijeron hasta hoy trabaja”. CF 176

8.2.3. Categoría significados que tienen para los pacientes no adherentes los factores relacionados con la atención en salud durante el tratamiento

Grafico 8.Significados que tienen para los pacientes no adherentes los factores relacionados con la atención en salud durante el tratamiento



Fuente: Grafico construido por la autora a partir de los datos del estudio

Con respecto a la satisfacción frente a la calidad de la atención brindada en el programa de control de TB algunos pacientes manifestaron haber sufrido demoras

reiteradas y prolongadas las cuales atribuían al exceso de trabajo del personal que los atendía y la displicencia con la cual eran atendidos en algunas ocasiones. Otros en cambio, manifestaron haber recibido una atención buena

Algunos pacientes manifestaron quejas por la rigidez y duración de las jornadas de suministro de medicamentos, las cuales interferían con sus horarios de trabajo, ocasionándoles malestar en el manejo dado por sus jefes.

Un paciente expuso así su experiencia:

“El horario de atención era de 7 a.m. a 5 p.m., pero muchas veces que iba al mediodía por el tratamiento que era el momento en que podía ir por la droga, la enfermera no estaba y me tocaba esperar”. **CF 176**

La calidad de la información ofrecida por el personal de salud a los pacientes sobre la enfermedad y el programa de TB fue bien calificada por la gran mayoría de los participantes; así manifestó uno de ellos su opinión:

“La enfermera y el doctor me explicaron cómo era, de qué se trataba, qué pasos debía seguir, que si yo no me tomaba el medicamento juiciosa, se ponía más fuerte la enfermedad.” **CSB 185**

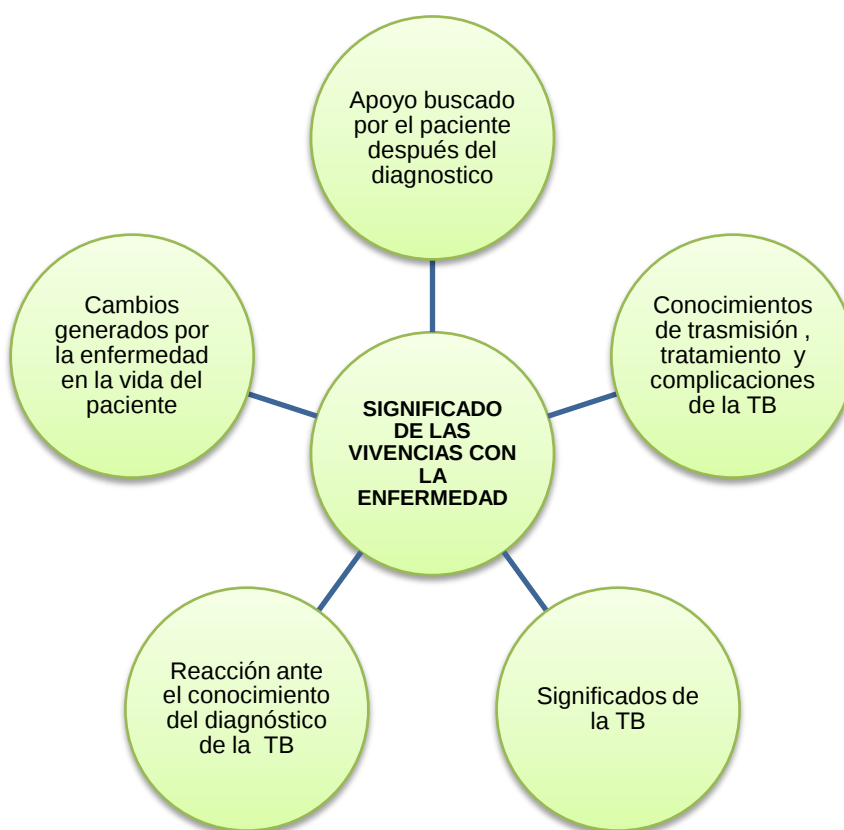
La forma mediante la cual el programa manejaba las inasistencias al tratamiento recibió muchas críticas, puesto que los pacientes comentaban que habían recibido regaños y amenazas por no cumplir con el tratamiento; por otro lado, también se encontraron relatos de personas que opinaban que les hacían seguimiento telefónico para averiguar las causas de las ausencias a recibir el tratamiento para tratar de esta manera de reinsertarlos en el programa.

Esto comentaba una paciente sobre el particular:

“Solo por un día que dejé de ir me regañaron y me amenazaron, me dijeron que si abandonaba el programa me mandaban al Bienestar familiar para que me quitaran el niño”.CSB 185

8.2.4. Categoría significado que tienen para los pacientes no adherentes las vivencias con la enfermedad

Grafico 9.Significado que tienen para los pacientes no adherentes las vivencias con la enfermedad



Fuente: Grafico construido por la autora a partir de los datos del estudio

Las vivencias con la enfermedad hace referencia a los conocimientos que los entrevistados tienen frente a la enfermedad y que están relacionados con el significado que la TB tenía para ellos, su fisiopatología, el órgano anatómico afectado, las

consecuencias de la enfermedad, el tratamiento y los cambios que le generó en su vida.

La mayoría de los participantes en el estudio expresaron que la TB era una enfermedad infecciosa, catalogada como muy grave, contagiosa, que no era una enfermedad común y corriente y que se podía localizar en los pulmones, la pleura y en otras partes del cuerpo haciendo que los pulmones “no funcionen bien”.

Como agentes causales de la enfermedad ellos opinaron que la TB era ocasionada por bacterias, virus o “bichos que le coge el cuerpo” y que la forma de transmisión era a través de la saliva, la tos y el estornudo.

Al indagar acerca de las complicaciones se encontró que ellos las asociaban con algunos síntomas como dolores de cabeza, fiebre, vómito, tos, fatiga; situaciones que en ocasiones pueden ocasionar “mucho daño al ser humano incluso la muerte”, sobre todo si no se trata a tiempo.

Existía una preocupación constante frente al curso de la enfermedad y la posibilidad de recurrencia o recaída de la misma o la posibilidad de que la enfermedad se prolongara en el tiempo.

El significado de un entrevistado fue el siguiente:

“Es una enfermedad que da más que todo en los pulmones o cuando hay una persona que la tiene y se la pega a uno por medio de la saliva o cuando estornuda”. **CSB 185**

Con respecto al impacto de conocerse como enfermo de TB se pretendía indagar acerca de los sentimientos que generó la noticia del diagnóstico de la enfermedad y sus consecuencias.

También se les pregunto acerca de cuáles fueron sus reacciones cuando se enteraron que eran portadores de la enfermedad. Las respuestas más frecuentes fueron (temor, síntomas depresivos, baja autoestima y resignación).

Llamo la atención entre los enfermos del género femenino una importante preocupación por el contagio de su núcleo familiar (hijos y esposo) o también el temor a morir y dejarlos solos.

Sobre el particular un entrevistado opino lo siguiente:

“ Juuuuuu, Me sentí muy mal porque como mi suegra había muerto meses antes por esa enfermedad, entonces yo pensé lo peor, la enfermedad me genero mucho susto y angustia porque me dijeron que podía haber contagiado a mis hijos y a mi esposo “. M2 540

A los participantes se les interrogo sobre las personas, instituciones o lugares a los que acudieron en busca de apoyo o para aclarar dudas acerca de la TB y su pronóstico una vez confirmaron el diagnóstico de la enfermedad; al respecto ellos comentaron que acudieron a los servicios de salud (Hospitales ,EPS, Centros y puestos de salud) , al personal de salud (médicos, psicólogos, enfermeros profesionales, auxiliar de enfermería), algunos también se apoyaron en su familia y otros buscaron un acercamiento espiritual, un caso debió recurrir a la tutela para lograr autorización de pruebas diagnósticas.

Un ejemplo de esta situación fue lo expresado por un paciente de la siguiente manera:

“Yo fui a la EPS y empecé el tratamiento, yo confiaba mucho en los que me atendían, en la jefe y en el niño que me daba el medicamento”. UBA 983

En relación con la forma de contagio de la enfermedad y posibles complicaciones ellos opinaron entre otras cosas que la forma de trasmisión de la enfermedad se

relacionaba con afecciones respiratorias, que se transmitía por la saliva, la tos, a través “del vapor de uno”, “del vaho de uno”, flemas, “por la escupa”, contactos con fumadores o con pacientes portadores de la enfermedad, por comer con los utensilios del enfermo, por contacto directo y relaciones sexuales, por el ambiente, por cocinar con leña, por tener las defensas bajas, por consumir sustancias psicoactivas, por ser indigente. Uno de ellos comentó que cuando una persona muere el virus puede salir e infectar a personas débiles.

Así expresaron algunos pacientes sus testimonios:

“Cuando la persona muere el virus puede salir y a las personas más débiles puede infectar, se transmite por el ambiente o por la convivencia”. **M2 540**

Los participantes hablaron sobre las formas de tratamiento de la enfermedad y opinaron que podían ser de las siguientes maneras: utilizando remedios caseros, medicamentos, antibióticos. También manifestaron conocimientos de las reacciones adversas al tratamiento como son la intolerancia medicamentosa; de igual manera, algunos desconocían la forma de tratar la enfermedad.

Así se expresó un paciente sobre el tema:

“Con los medicamentos que me estaban dando, pero mi esposo también tenía otras alternativas, porque él vio curar a varias personas de eso, con el agua del pilón del guineo, tenía que ser un palo de guineo que todavía no hubiera dado la primer cosecha”. **UBA 983**

La concepción de los pacientes sobre las posibles complicaciones inherentes a la enfermedad gran parte de los entrevistados no las conocían, otros las relacionaban con afecciones a nivel pulmonar y en otras partes del cuerpo, recaídas, o incluso llegar a ocasionar la muerte. Fundamentalmente estas complicaciones eran debidas a interrupción del tratamiento o incumplimiento en las dosis establecidas con las

consecuencias que se pueden generar por no tomar el tratamiento. Existía una preocupación constante frente al curso de la enfermedad y la posibilidad de recurrencia o recaída de la misma y la prolongación en el tiempo.

El siguiente es un testimonio expresado por un participante:

“Uno se puede complicar si uno no se toma el tratamiento, porque esa enfermedad es muy peligrosa porque ella acaba con los pulmones de uno y sin pulmones uno no puede respirar ni nada, como dice el cuento, pues se muere”.

CSB 185

La TB generó algunos cambios en la vida cotidiana de los pacientes los cuales fueron analizados como aquellas situaciones particulares que surgieron luego de haber tenido la enfermedad, entre los cuales se incluyeron el momento mismo del diagnóstico y las vivencias posteriores a este momento, circunstancias que de alguna manera modificaron la vida diaria de los pacientes.

Estas modificaciones incluían cambios físicos, psicológicos, sociales, afectivos y en su espiritualidad. Así manifestaron los pacientes los cambios en referencia:

“Entre en una depresión impresionante, casi no comía, baje mucho de peso, me sentía muy triste, muy afligida y muy aburrida, no me provocaba casi hablar, lloraba mucho, empecé a cambiar con mi esposo, con mis niños, me mantenía encerrada, no quería hablar con nadie. Pensé en tomarme un veneno porque yo estaba muy aburrida, uufffff varias veces lo pensé”. **GAR 818**

8.2.5. Categoría: Significado que tienen para los pacientes el tratamiento anti TB en su decisión de no adherir al tratamiento

Grafico 10. Significado que tienen para los pacientes el tratamiento anti TB en su decisión de no adherir al tratamiento



Fuente: Grafico construido por la autora a partir de los datos del estudio

En esta categoría se muestra el proceso mediante el cual fue tratada la enfermedad y los comportamientos que las personas adoptaron frente a él; se incluyeron cuatro subcategorías: accesibilidad al tratamiento, manejo de las molestias ocasionadas por el tratamiento, conocimiento de las complicaciones por no adherir al tratamiento y causas que motivaron la no adherencia.

Hacer accesible el tratamiento de la TB implica que los pacientes puedan controlar factores tales como económicos, desplazamiento a las instituciones de salud, disponibilidad de tiempo para asistir por la medicación a las IPS, limitaciones por discapacidad física, edad y las inherentes a la misma enfermedad, flexibilidad en los horarios de atención, requerimientos de toma del medicamento al momento de la entrega diariamente en la IPS.

Merece especial atención las implicaciones que tiene el asistir a recibir diariamente el tratamiento en las personas que tienen un empleo, por el ausentismo laboral debido a la reglamentación que tienen los programas de control anti TB.

Así se expresó un paciente sobre la accesibilidad al tratamiento:

“Pues....Yo me iba de la finca en la buseta a las seis y media de la mañana al centro de salud y el enfermero me daba las tres pastas de una sola tacada con agua, él tenía que ver que me las tomaba. Yo contaba con el tiempo para ir por el tratamiento, pero como me quedaba muy lejos debía coger dos buses, tanto que un día le pedí el favor a la enfermera que me diera las pastas siquiera cada dos o tres días para tomarlas en la casa para no tener que venir tan seguido por ellas, yo no tenía plata para los pasajes.”. GAR 818

Algunos pacientes manifestaron diferentes formas para manejar las molestias ocasionadas por el tratamiento tales como tratar de ignorarlas, adoptar medidas farmacológicas y no farmacológicas para minimizar las intolerancias a los medicamentos, buscar ayuda en familiares o personal médico e incluso suspender el tratamiento.

Este es un testimonio de un paciente:

“Yo le decía a mi familia que ya no era capaz, cuando yo le decía al médico que tenía molestias por la droga ellos me decían que eso era normal y no me

mandaban nada para las molestias. Créame que las ultimas dosis que me llevaban yo las botaba”. **UK 820**

Frente al conocimiento de las complicaciones de suspender el tratamiento se pretendía conocer lo que los participantes conocían acerca de las complicaciones provenientes de un tratamiento incompleto.

Es indudable que las personas estaban enteradas que dentro de las complicaciones que podían presentarse por no adherir al tratamiento farmacológico de la TB incluían la reactivación o recaídas de la enfermedad, contagiar a otros, no cura de la enfermedad e incluso la muerte.

Este es un concepto emitido por un participante:

“Si claro!!! Una de ellas era que recayera nuevamente y que se reactivara la enfermedad y fuera más grave” **CF 176**

Existen diferentes factores que influyeron en la no adherencia del tratamiento de la TB, entre las cuales aparecían las barreras administrativas del sistema de salud, reacciones adversas farmacológicas, poca información suministrada por parte del personal de salud, reacciones emocionales negativas ante el diagnóstico de la enfermedad, situaciones familiares y sensación de mejoría.

Dentro de las inconformidades expresadas por los entrevistados con respecto al tratamiento se hace referencia a la manera como se suministran los medicamentos: diariamente, de manera personal y únicamente en los centros de atención en salud, hecho que lleva muchas veces a no contar con el tiempo. También expresaron que influía la disponibilidad del tiempo necesario para hacer el desplazamiento de ida y regreso desde su casa a la institución de salud, a lo cual se le suma los costos económicos que esto conlleva.

Algunos pacientes se sentían acomplejados al ser vistos con tapabocas en las instituciones de salud, también por el hecho de que los vieran todos los días ingresando a los centros hospitalarios. Algunos pacientes manifestaron la inconformidad por el privilegio en la entrega de la droga semanalmente a otros pacientes y que a ellos no.

Es claro que el tamaño y la cantidad de los medicamentos y doblar la dosis cuando se dejaba de asistir por la medicación diaria generaba molestias físicas y psicológicas a los pacientes; adicional a ello, algunos participantes manifestaron una mayor preferencia por otras vías de administración, diferentes a la vía oral.

La siguiente es una explicación dada por un participante del estudio:

*“Porque las pastas no se podían dar por más días para llevar a la casa y eso me obligaba a tener que estar asistiendo muchas veces a la EPS y yo no tenía ni la posibilidad económica ni el tiempo para ir por allá. Una persona que trabaja es difícil y me exigían que tenía que ir yo personalmente a mí no me daban permiso en el trabajo para ir o salir a reclamar la droga”.***M2 540**

9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La TB es una enfermedad que afecta a un tercio de la población mundial⁵⁵. Los pilares fundamentales de la lucha contra esta enfermedad siguen siendo el diagnóstico temprano y el tratamiento supervisado⁵⁶.

Este estudio adelantado en población colombiana, cautiva de un programa para el tratamiento supervisado de TB, pretendió describir los aspectos que están relacionados con la adherencia de los pacientes al tratamiento para obtener la curación al final del tratamiento. Al indagar los pacientes, los resultados permitieron conocer las razones por las que los pacientes con este diagnóstico deciden no continuar su tratamiento de forma adecuada.

El estudio encontró que la localización del tipo de TB diagnosticada con mayor frecuencia fue la TB pulmonar (79 %), seguida de la TB extrapulmonar (19 %) y un (2%) fueron combinadas (pulmonar y extrapulmonar), datos muy similares reportados en el estudio realizado también en Pereira por Machado, JE (2005) con respecto a la localización de la TB, pero diferentes en cuanto al porcentaje , puesto que en este último estudio el 90.4% fueron formas pulmonares y 9.6 % fueron formas extrapulmonares⁷.

La adherencia general de los participantes del estudio fue de 94.78%, situación que se asemeja a los resultados presentados por otros grupos en todo el mundo en la que se reportan adherencias entre el 20 a 94% incluyendo grupos de alto riesgo⁵⁷.

Si bien hubo una mayor proporción de hombres como se ha reportado en los estudios de Ajagbe y cols, este es un factor que no afecta la adherencia o los resultados a largo plazo del tratamiento para la TB⁵⁸.

La población estudiada contaba con participantes de diferentes estratos sociales y nivel de vinculación al sistema general de seguridad social, al observar las variables de atención en salud, en el grupo de no adherentes al tratamiento, el régimen de salud predominante fue el subsidiado, mientras que quienes terminaron o se curaron pertenecían en su mayoría al régimen contributivo, encontrando diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p = 0,035$) con respecto a esta variable y su impacto en la adherencia al tratamiento, resultados similares a lo expuesto en el estudio de Shiotani y cols donde el estrato bajo y la dificultad para el acceso al sistema de salud se asociaban a problemas de adherencia⁵⁹.

Los efectos secundarios del tratamiento siguen siendo uno de los principales motivos de disfonconfort de los pacientes, en el estudio se encontró que la presencia de tinitus, vértigo, mareo e hipoacusia fueron significativamente mayores en el grupo de no adherentes ($p=0.002$, $p= 0,008$, $p=0,040$ y $p=0,006$ respectivamente). Situación reportada en estudios como el de Munro y cols y Kisambu y cols, lo que afecta de gran medida la adherencia al tratamiento muy a pesar de los inconvenientes que esta conducta genera en materia de resistencias^{60,61}.

La intolerancia medicamentosa gástrica fue la principal causa de no adherencia al tratamiento en un 40% (6), en el presente estudio, con una asociación estadísticamente significativa entre la causa de no adherencia y la condición de egreso ($p=0.000$). Situación similar fue reportada por Salazar et al (2004) quienes documentaron que una de las causas más frecuentes por las cuales no adhieren al tratamiento fueron la aparición de reacciones adversas por los medicamentos tales como molestias estomacales, náuseas, mareos, cambios en la piel (prurito, manchas, brote), anorexia, desaliento y tinitus³.

Las comorbilidades asociadas, el consumo de alcohol o de drogas no se observó relacionado con baja adherencia, como lo reportado por los estudios de Kisambycols y Vijay y cols donde estos grupos presentan la mayor proporción de baja adherencia^{61,62}.

Como se observó en este estudio la actitud displicente en algunos casos del trabajador de la salud que participó en el tratamiento del paciente influyo negativamente en la adherencia al tratamiento, al igual que la situación que fue informada por Finlay y cols⁶³ en su estudio ,como de aumento de la no adherencia debido a la pobre actitud del personal del programa.

El apoyo que recibe el paciente durante el tratamiento de la TB por parte del personal de salud se convierte en un elemento esencial que facilita el acceso a los servicios de salud, al tratamiento y a la adherencia, fueron entre otras, algunas consideraciones expresadas por los pacientes de este estudio. Al respecto Muñoz y Bertolozzi (2009) encontraron que el vínculo y el dialogo que se establece entre el profesional y el enfermo permite entre otras cosas la realización de actividades educativas, la identificación de necesidades y la disminución de las posibilidades de recidiva de la enfermedad contribuyendo a una correcta administración de los medicamentos⁶⁹.

Si bien la proporción de pacientes no adherentes fue de 5.22% encontrándose en un nivel aceptable (5% a 10%), hallandose pocas diferencias entre sus características generales, lo mismo concluyeron Munro y cols cuando informaron que la adherencia es un proceso dinámico, con amplios factores, con diferente peso que afectan el éxito del tratamiento⁶⁰.

Parte del interés del estudio incluyó el significado que para el paciente no adherente tiene la enfermedad y algunos de los factores relacionados con el tratamiento; algunos aspectos incluyeron que:

La confirmación del diagnóstico de la enfermedad es una condición que altera la dinámica cotidiana de las personas y sobre los cuales el tratamiento de la enfermedad adquiere un significado especial por las representaciones sociales que la TB tiene en el entorno; Muñoz Sánchez et al 2011 manifestaron que las ideas impregnadas en la sociedad con relación a la TB generan sentimientos de aislamiento, soledad y vergüenza, La TB es considerada como grave y contagiosa; postulados que coinciden

con este estudio en donde se evidencia la persistencia de la carga social que implica para los pacientes tener la enfermedad, lo anterior puede ser un determinante de la no adherencia al tratamiento anti TB⁶⁴.

La información reportada por Culqui et al y Alvarez Gordillo G et al coincide con la expuesta por varios participantes del estudio donde refieren que la información que el paciente recibe acerca de la enfermedad, de la forma de tratarla y el pertenecer a un entorno familiar conflictivo son factores que repercuten en la decisión de continuar o no el tratamiento^{5,6}.

En relación a los conocimientos que el paciente tiene frente a su enfermedad estudios como el de RodríguezAlviz, 2014 mostraron que los conocimientos, el manejo y control de los síntomas son factores relacionados con el paciente que afectan la adherencia a la terapia farmacológica; de igual manera ellos manifiestan que el 73,4 de los pacientes que conocían los efectos indeseados del tratamiento fueron no adherentes, datos que contrastan con el presente estudio que demostró cierto grado de desconocimiento relacionado con la enfermedad y con los efectos adversos generados por la medicación⁶⁵.

Dentro de los conocimientos que los participantes expusieron frente al contagio o al modo de transmitir la enfermedad, los hallazgos del presente estudio muestran diferencia con los presentados por Álvarez – Gordillo (2000) quien encontró que unas de las maneras de contagio de la enfermedad son el “ polvo”, “ humo ”, “ cambios de la temperatura del cuerpo”, “asolearse”, o “ beber frio”⁶, mientras que los participantes del estudio revelaron que la enfermedad era causada por agentes como bacterias, virus o “bichos que le coge el cuerpo” y que la forma de trasmisión era a través de la saliva, la tos y el estornudo.

Una queja frecuente planteada por la mayoría de los participantes en el estudio estaba relacionada con la cantidad de medicamento y numero de tabletas que se les suministraba durante el tratamiento porque les ocasionaba molestias gastrointestinales,

cefaleas y astenia. Este hallazgo concuerda con lo referido por Williams A, Manías E(2008), donde revelaron que la poli medicación durante el tratamiento de la TB en los pacientes es considerado un factor determinante en la adherencia al tratamiento farmacológico, algunos pacientes lo consideran como una carga adicional a su situación de salud dificultando el cumplimiento en la prescripción médica, al respecto diversos estudios han demostrado una asociación positiva entre la polifarmacia y la falta de adherencia, las personas que deben tomar tres o más medicamentos tienen mayor probabilidad de ser no adherentes⁶⁶.

Síntomas como nauseas, vomito, adinamia, cefalea, vértigo fueron referidos por algunos pacientes como efectos colaterales ocasionados por la medicación anti TB; esta situación fue comentada a quienes supervisaban el tratamiento encontrando respuestas como “eso es normal, es por la droga”. Esto motivo en algunos casos la no adherencia al tratamiento. Situación similar describió Dilla T, Valladares A (2009) que durante el tratamiento farmacológico es importante identificar los síntomas derivados de los efectos colaterales del tratamiento a fin de establecer estrategias de control y favorecer la adherencia, puesto que la suspensión de la medicación en forma inapropiada ocasionada por los efectos adversos causados por la misma debe ser un factor sobre el cual se debe intervenir a fin de mitigar los efectos devastadores de la enfermedad⁶⁷.

Los factores económicos tales como la imposibilidad para obtener recursos , los gastos de transporte para recibir los medicamentos desde su lugar de domicilio, las dificultades para adquirir los alimentos para el enfermo y su familia, fueron factores que influyeron negativamente en la adherencia al tratamiento, situación similar a la expuesta por Álvarez Gordillo (2000) donde informa que la falta de ingresos necesarios para subsistir se consideraron como un factor determinante que afecto la adherencia al tratamiento, encontrando que los pacientes presentaban dificultades económicas ocasionadas por los traslados al centro de salud originados por el tratamiento para la TB, algunos tuvieron que dejar de trabajar situación que genero la falta de continuidad y el cese de la actividad laboral^{6,68}.

Los resultados arrojados en este estudio, fueron concordantes con los de Munro SA, Lewin SA (2007), en donde documentaron que las personas con TB tienen que asumir cambios en su vida como consecuencia del tratamiento, porque se afectan sus condiciones socioeconómicas. En el presente estudio algunos de los pacientes encontraron dificultades en el desempeño social y laboral debido a que tuvieron que abandonar sus trabajos para desplazarse a las instituciones de salud, otros presentaban dificultades para acceder a la medicación debido a que los horarios de atención en los centros de salud coincidían con los horarios laborales, situación que implicaba tener dificultades o en algunos casos no dar continuidad a su vinculación laboral o desistir del tratamiento⁶⁸.

La organización e infraestructura de los servicios de salud se convierten en un factor que propicia la no adherencia al tratamiento, en este estudio algunos participantes manifestaban dificultades para el acceso al tratamiento ocasionados por la poca flexibilidad en los horarios de las instituciones de salud y las distancias geográficas de las mismas, datos que coinciden con lo reportado por Heredia Navarrete (2012)⁷⁰.

El estudio realizado por Gonzales Baltazar (2013) informó que la calidad de vida de las personas durante el tratamiento de la TB se puede encontrar seriamente afectada debido a las limitaciones no solo físicas sino también emocionales, es frecuente encontrar reacciones de negación frente al diagnóstico, situación que se convierte en un factor de riesgo para retraso o abandono del tratamiento, hallazgos que son similares a los encontrados en el presente estudio⁷¹.

Una de las limitaciones del estudio es el bajo número de pacientes no adherentes al programa de control de TB, lo cual disminuyó la posibilidad de obtener diferencias reales entre los grupos de tratamiento. Sin embargo esta limitación metodológica es un indicador positivo para el programa ya que representa el efecto de la gestión de las IPS para lograr tratamientos satisfactorios en esta enfermedad.

10. CONCLUSIONES

El perfil sociodemográfico de las personas con diagnóstico de TB incluidas en el estudio muestra condiciones de alta vulnerabilidad para este tipo de enfermedades: procedencia urbana, baja escolaridad y bajo nivel socioeconómico, con ingresos alrededor del salario mínimo para atender hasta tres personas a cargo. Se observó una distribución similar por género, y aunque la mayoría son personas en edad productiva, únicamente las dos terceras partes trabajan en actividades remuneradas y tienen acceso al régimen contributivo de salud. Son atendidos en proporciones similares por IPS públicas o privadas y tienen como principal cuidador a un miembro de la familia.

La adherencia al tratamiento de TB de los pacientes del PCT en el periodo de estudio fue 94.78% y la no adherencia al tratamiento de TB fue de 5.22%.

Siguiendo el comportamiento del evento en Colombia, predomina la TB pulmonar y fue estadísticamente significativa en las tres condiciones de egreso del tratamiento que fueron analizadas.

No se encontraron diferencias estadísticamente significantes en la relación entre género y adherencia al tratamiento ($p = 0.635$), aunque se observaron mayores proporciones de pacientes curados y con tratamientos terminados en el grupo de género masculino.

Se encontraron relaciones estadísticamente significativas de adherencia al tratamiento con la afiliación al régimen contributivo de salud.

Las manifestaciones de intolerancia medicamentosa fueron significativamente mayores en el grupo de no adherentes: tinnitus ($p=0.002$), vértigo ($p=0.008$), mareo ($p=0.040$) e hipoacusia ($p=0.006$). La principal causa de no adherencia fue la intolerancia medicamentosa gástrica.

La no adherencia se produjo alrededor de los 141 días, o sea durante la segunda fase del tratamiento; en esta fase el 50% de los no adherentes recibieron hasta 22 dosis.

No se encontró significancia estadística de la no adherencia al tratamiento con la presencia de diabetes, VIH/Sida o desnutrición; esto puede reflejar una mayor apropiación del riesgo y de las consecuencias de la no adherencia al tratamiento en los pacientes afectados, derivados de la condición deficitaria del sistema.

El acompañamiento social y familiar es un pilar fundamental en la adherencia al tratamiento, En las entrevistas se detectó que factores como falta de apoyo familiar, abandono del trabajo, afectación económica e insatisfacción con la oportunidad en la atención en la institución de salud, fueron importantes en la decisión de no adherencia.

Se evidenció preocupación constante en el género femenino con relación al riesgo de contagio de sus familiares.

En el ámbito laboral y social los pacientes no adherentes trataban de ocultar su enfermedad para evitar ser rechazados.

El desplazamiento diario desde la residencia o el trabajo, hasta la IPS, donde le suministraban la medicación, afectaba su capacidad económica, laboral y agravaba su condición de debilidad física propia de la enfermedad.

La mayoría de pacientes tenían la idea de que la enfermedad era de origen infeccioso pero existía confusión en relación con el agente causal y el mecanismo de transmisión, por lo general la asociaban con mecanismos respiratorios. La mayoría tenían claridad en que la enfermedad era muy grave y podía ser mortal pero a pesar de esto algunos no adhirieron al tratamiento.

El suministro de los medicamentos en forma diaria y con presencia personal, el contar con la disponibilidad de tiempo, los prejuicios sociales por visitar diariamente

las IPS y los costos económicos ocasionados por los continuos desplazamientos; también la cantidad y el tamaño de los medicamentos, motivaron a la suspensión voluntaria del tratamiento.

11.RECOMENDACIONES

Las estrategias para garantizar la adherencia al paciente y al tratamiento deben instaurarse desde el momento en que se diagnostica la enfermedad.

El personal de salud deberá asumir una actitud proactiva para orientar al paciente y su familia en el conocimiento de la enfermedad, las complicaciones, el tratamiento y sobre las actitudes que conlleven al éxito del tratamiento.

Cada tratamiento DOTS debe ser diseñado de tal manera que se ajuste a la situación y necesidad individual de cada paciente, y no a un diseño rígido que lo obligue a acudir todos los días al centro de salud, algunas veces lejano; se sugiere ser flexible en ciertas circunstancias especiales, un familiar, un conviviente, un vecino debidamente capacitado por el programa, pueden ser los encargados del DOTS, y de recoger semanalmente los medicamentos y responder ante el programa.

Es importante tener en cuenta que las distancias del lugar de domicilio o de trabajo de los pacientes, así como las condiciones sociales y familiares no pueden ser modificados por los PCT, pero deberá intentar hacer ajustes que minimicen los riesgos de no adherencia por estos factores.

La marcada labilidad física y emocional, la falta de recursos económicos para el desplazamiento personal y del acompañante conllevan a la no adherencia al tratamiento. Se debería considerar la posibilidad de implementar el tratamiento domiciliario, suministrándole directa y vigiladamente la medicación al paciente. Esto permitiría afianzar los nexos de confianza con el paciente y su familia, mejorando la calidad de la atención y la adherencia al tratamiento.

La inversión de recursos en material educativo y medidas de presión positiva como recordatorios telefónicos y electrónicos puede mejorar la adherencia de los pacientes al hacer más fuerte el vínculo entre el grupo de tratantes y el paciente.

Los costos que significarían implementar un acompañamiento más personalizado a estos tipos de pacientes serían insignificantes si se tiene en cuenta que el índice de deserción se podría disminuir en forma considerable y la posibilidad de la aparición de TB MDR tendería también a disminuir.

Es prudente recalcar sobre la necesidad de contar con personal suficiente, adecuado e idóneo, conciente de su responsabilidad ante el paciente y la sociedad, que goze de estabilidad laboral, de tal manera que se sienta empoderado, se desempeñe con calidez y humanismo, así se puede garantizar el seguimiento por parte del trabajador de salud.

El diligenciamiento de las tarjetas de control de tratamiento de los pacientes deberá realizarse de forma correcta, de tal manera que puedan aportar una información adecuada. Se debe crear conciencia en el personal, con respecto a la importancia del registro documental y realizar seguimiento y evaluación de su desempeño.

Es de gran importancia que las entidades de salud públicas y privadas apoyen y estimulen la realización de trabajos de investigación relacionados con TB, que permitan identificar y conocer el aspecto conductual de los pacientes, su entorno y las reacciones anormales a los tratamientos establecidos, como también los factores que puedan incidir en ellos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Chaparro PE, García I, Guerrero MI, León CI. Situación de la tuberculosis en Colombia, 2002. Biomédica [Internet] .2004 [citado 28 Febrero 2013]; 24 [Suple.]:102-14. Disponible en:http://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=NnB8lZ4AAAAJ&citation_for_view=NnB8lZ4AAAAJ:u5HHmVD_uO8C
2. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención. Guía de Atención de la Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar [Internet]. 2002 [citado 24 Agosto 2013]. Disponible en:<http://www.vigepi.com.co/3salpub/5guias/guias/820g%20tbc.pdf>
3. Salazar González C, Uribe Rocha M, Zuluaga Ramírez W, Ríos Cadavid J, Montes F. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento contra la tuberculosis en la ciudad de Medellín Enero 2000 - Junio 2001. CES Medicina, Norteamérica[Internet]. 2004 [citado 24 octubre 2013] ;18(1):26 - 33. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/451>
4. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución Número 412 de 2000 Febrero 25. Disponible en: <http://www.convergenciagnoa.org/images/Documentospdf/legislacion/Resolucion%20412.pdf>
5. Culqui DR, Grijalva CG, Reategui SR, Cajo JM, Suárez LA. Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú. RevPanam Salud Publica [Internet].2005 [citado 13 agosto 2013]; 18(1):14 - 20. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n1/27083.pdf>
6. Álvarez Gordillo G, Álvarez Gordillo J, Dorantes Jiménez J, HalperinFrisch D. Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. Salud Pública de México [Internet]. 2000 [citado 8 agosto 2014]; 42(6):520 - 528. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n6/3977.pdf>

7. Machado JE, Martínez JW. Asociación tuberculosis y VIH en pacientes de Pereira, Colombia. Colombia Médica [Internet]. 2005 [citado 4 septiembre 2013];36(4):239-243. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/383/387>
8. De la Parte Pérez M, Hurtado MP, Rivera M. Tuberculosis en el nuevo milenio. RFM [Internet]. 2001 [citado 22 septiembre 2013]; 24(2):104 - 119. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692001000200003
9. World Health Organization. The Global Tuberculosis Report 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf
10. World Health Organization. Global Tuberculosis Control. Geneva. 2011. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44728/1/9789241564380_eng.pdf?ua=1
11. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la salud, Instituto Nacional de salud. Plan Estratégico Colombia libre de Tuberculosis 2010-2015. Para la expansión y fortalecimiento de la estrategia Alto a la TB. Disponible en: www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&task
12. Instituto Nacional de Salud, Subdirección de vigilancia y control en salud pública. Boletín epidemiológico semanal. Semana 52 [Internet]. 2011 [consultado 23 Febrero 2013). Disponible en: http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiologico/2011%20Boletin%20epidemiologico_Semana%2052.pdf
13. Reporte Secretaria de Salud Municipal de Pereira, consultado junio de 2012
14. Cáceres FM, Orozco LC. Incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. Biomédica [Internet]. 2007 [citado 24 noviembre 2014]; 27(4):498 - 504. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572007000400005&lng=en
15. Meissner PE, Musoke P, Okwera A, Bunn JE, Coulter JB. The value of urine testing for verifying adherence to anti-tuberculosis chemotherapy in children and adults in Uganda. The international journal of tuberculosis and lung disease : the

- official journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease. 2002;6(10):903-8.
16. Rocha M, Pereira S, Ferreira L, Barros H. The role of adherence in tuberculosis HIV- positive patients treated in ambulatory regimen. EurRespir J [Internet]. 2003 [citado 15 Febrero 2004]; 21: 785 – 788. Disponible en: <http://erj.ersjournals.com/content/21/5/785.full.pdf+html>
17. Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no-adherencia. Acta Medica Colombiana. [Internet]. 2005 [citado 30 agosto 2013]; 30(4):268 - 273. Disponible en: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/v30n4a4.pdf>
18. Awofeso N. Anti-tuberculosis medication side-effects constitute major factor for poor adherence to tuberculosis treatment. Bulletin of the World Health Organization 2008; 86(3).
19. Organización Mundial de la Salud 2004. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, Pruebas para la acción. Disponible en: www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf
20. Meza Garcia M, AccinelliTanaka R, Campos Meza J, Mendoza Requena D. Factores de riesgo para el fracaso del tratamiento antituberculoso totalmente supervisado. Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. 2002;15(1):30-8.
21. Raviglione MC, Pio A. Evolution of WHO policies for tuberculosis control, 1948-2001. Lancet. 2002; 359(9308):775-80.
22. Tanke ED, Martínez CM, Leirer VO. Use of automated reminders for tuberculin skin Test return. American journal of preventive medicine. 1997; 13 (3):189–92.
23. Lienhardt, C. & Ogden, J. A. Tuberculosis control in resource – poor countries: have we reached the limits of the universal paradigm? Tropical Medicine and international Health [Internet].2004 [citado 15 noviembre 2014]; 9 (7) : 833 – 841. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2004.01273.x/pdf>
24. Armas Pérez L, González Ochoa E, Hevia Estrada G, Peláez Castro E. Elementos del diagnóstico clínico y el tratamiento de la tuberculosis. Rev Cubana Med Gen

- Integr [Internet].1996 [citado 13 junio 2014];12(1):59 - 68. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251996000100004
25. Álvarez Gordillo GC, Dorantes Jiménez JE. Tratamiento acortado estrictamente supervisado para tuberculosis pulmonar. Salud publica Mex [Internet]. 1998 [citado 13 septiembre 2014]; 40: 272 – 275. Disponible en : http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n3/Y0400308.pdf?origin=publication_detail
26. Instituto Nacional de Salud. Vigilancia y control en salud pública. Grupo enfermedades transmisibles. Protocolo de vigilancia y control de tuberculosis.[Internet]. 2011 [consultado 23 Febrero 2013). Disponible en: <http://190.26.195.115/saludpublica/Protocolos/TUBERCULOSIS.pdf>
27. Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Universidad Nacional de Colombia, Instituto de Investigaciones Públicas.Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. [Internet].Tomo II. Bogotá, DC: Editorial ScriptoLtda; 2007.[citado 15 septiembre 2013]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIAS%20DE%20ATENCION%20-TOMO%20DOS.pdf>
28. Chaulk C, Kazandjian VA, for the Public Health Tuberculosis Guidelines P. Directly observed therapy for treatment completion of pulmonary tuberculosis: Consensus statement of the public health tuberculosis guidelines panel. Jama. 1998;279(12):943-8.
29. Amuha M, Kutyabami P, Kitutu F, Odoi-Adome R, Kalyango JN. Non-adherence to anti-TB drugs among TB/HIV co-infected patients in Mbarara Hospital Uganda: Prevalence and associated factors. African Health Sciences [Internet].2009 [citado 20 julio 2014];9(S1): 8 - 15. Disponible en: <http://www.ajol.info/index.php/ahs/article/view/47806/34179>
30. Urquhart J. Patient non-compliance with drug regimens: measurement, clinical correlates, economic impact. EuropeanHeartJournal [Internet]. 1996 [citado 8 septiembre 2014]; 17 (SA):8–15. Disponible en: http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/ehj/17/suppl_A/8.full.pdf

31. Simmon M, Rubinstein F. Actualización: controversia sobre la efectividad del tratamiento supervisado en tuberculosis. Evid. Actual prácticambul [Internet]. 2007 [citado 16 octubre 2014]; 10 (1): 23 – 25. Disponible en: <http://www.foroaps.org/files/actua%20tbc.pdf>
32. Naidoo P, Dick J, Cooper D. Exploring Tuberculosis Patients' Adherence to Treatment Regimens and Prevention Programs at a Public Health Site. Qualitative Health Research. 2009;19(1):55-70.
33. Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. Acta Médica Colombiana [Internet]. 2005 [citado Mayo 2014]; 30(4):268 - 273. Disponible en: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/v30n4a4.pdf>
34. Trajman A, Long R, Zylberberg D, Dion MJ, Al-Otaibi B, Menzies D. Factors associated with treatment adherence in a randomised trial of latent tuberculosis infection treatment. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2010;14(5):551-9.
35. Li J, Munsiff SS, Tarantino T, Dorsinville M. Adherence to treatment of latent tuberculosis infection in a clinical population in New York City. International Journal of Infectious Diseases [Internet]. 2010 [citado 28 septiembre 2014];14(4):e292-e7. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S1201971209002124/1-s2.0-S1201971209002124-main.pdf?_tid=6429bfaa-73f4-11e4-99da-00000aab0f26&acdnat=1416845601_87c377b3b5105a86f8f8e1dddbf1b79b
36. Liefoghe R, Michiels N, Habib S, Moran MB, De Muynck A. Perception and social consequences of tuberculosis: a focus group study of tuberculosis patients in Sialkot, Pakistan. SocSci Med. 1995;41(12):1685-92.
37. Hudelson P. Gender differentials in tuberculosis: the role of socio-economic and cultural factors. Tubercle and lung disease : the official journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease. 1996;77(5):391-400.
38. Diwan VK, Thorson A. Sex, gender, and tuberculosis. Lancet. 1999;353(9157):1000-1.
39. Dick J, Lombard C. Shared vision--a health education project designed to enhance adherence to anti-tuberculosis treatment. The international journal of tuberculosis

- and lung disease : the official journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease. 1997;1(2):181-6.
40. Banerji DA. Social science approach to strengthening India's national tuberculosis programme. Indian Journal of Tuberculosis [Internet]. 2002 [citado 10 Agosto 2014]; 40:61–82. Disponible en: http://books.google.com.co/books?id=kcYUTH8rPiwC&pg=PA129&lpg=PA129&dq=3.+Banerji+D.A+social+science+approach+to+strengthening+India%E2%80%99s+national+tuberculosis+programme.+Indian+Journal+of+Tuberculosis,+2002,+40:61%E2%80%9382.&source=bl&ots=tA0Omr-emV&sig=K3zQuqt-XBicSB2IEhsy82sz_vQ&hl=es-419&sa=X&ei=Col0VlrgNs3iggT414OYBg&ved=0CCkQ6AEwAA#v=onepage&q=3.%20Banerji%20D.A%20social%20science%20approach%20to%20strengthening%20India%E2%80%99s%20national%20tuberculosis%20programme.%20Indian%20Journal%20of%20Tuberculosis%2C%202002%2C%2040%3A61%E2%80%9382.&f=false
 41. World Health Organization. Treatment of Tuberculosis: Guidelines for National Programmes [Internet]. Third edition. Geneva: 2003 [citado 6 noviembre 2014]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/who_cds_tb_2003.313_eng.pdf
 42. Steyn M, van der Merwe N, Dick J, Borchers R, Wilding RJ. Communication with TB patients; a neglected dimension of effective treatment? Curationis. 1997;20(1):53-6.
 43. Dick J, Van der Walt H, Hoogendoorn L, Tobias B. Development of a health education booklet to enhance adherence to tuberculosis treatment. Tubercle and lung disease : the official journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease. 1996;77(2):173-7.
 44. Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS-risk behavior. Psychological bulletin. 1992; 111(3):455–74.
 45. World Health Organization. Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes. [Internet]. Second edition. Geneva: 1997. [citado 9 Febrero 2014]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_TB_97.220.pdf

46. Chaulk CP, Kazandjian VA. Directly observed therapy for treatment completion of pulmonary tuberculosis: Consensus Statement of the Public Health Tuberculosis Guidelines Panel. *Jama*. 1998;279(12):943-8.
47. Human Experimentation: Code of Ethics of the world Medical Association (Declaration of Helsinki). *Can Med Assoc J* 1964 Sept 12; 91(11):619.
48. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993. Disponible en: http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf
49. Orozco L, Hernandez R, Usta C, Alean M, Camargo D. Factores de Riesgo para el Abandono (no adherencia) del Tratamiento Antituberculoso. *Medicas UIS*. 1998;12(4):169-72.
50. Ministerio de la Protección social. Lineamientos para el manejo programático de tuberculosis y lepra en Colombia. Circular 000058 11 septiembre de 2009
51. Gobernación de Risaralda. Secretaria de Salud Departamental. Esquema de tratamiento de tuberculosis. Circular 0005 de 2011
52. Secretaria de Salud de Risaralda. Lineamientos del manejo del programa de tuberculosis y lepra 2013. Circular número 30 06 mayo de 2013
53. Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Universidad Nacional de Colombia, Instituto de Investigaciones Públicas. Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. *Medicina & Laboratorio* [Internet]. 2011 [citado 14 septiembre 2013]; 17: 3-4. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medlab/myl-2011/myl113-4d.pdf>
54. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Primera edición. Medellín Colombia:Editorial Universidad de Antioquia; 2002
55. Liu Q, Abba K, Alejandria MM, Sinclair D, Balanag VM, Lansang MA. Reminder systems to improve patient adherence to tuberculosis clinic appointments for diagnosis and treatment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Nov 18;11:CD006594

56. Shelke SC, Adhav PS, Moonan PK, Willis M, Parande MA, Satyanarayana S, Kshirsagar VD, Ghosh S. Photovoice: a novel approach to improving antituberculosis treatment adherence in pune, India. *Tuberc Res Treat.* 2014;2014:302601.
57. Malejczyk K, Gratix J, Backon A, Monreau D, Williams G, Kunimoto D, et al. Factors associated with noncompletion infection treatment in an inner-city in Edmonton, Alberta. *Can K Infect Dis Med Microbiol* 2014; Sep:25(5) 281-4.
58. Ajagbe OB, Kabair Z, O'Connor T. Survival analysis of adult tuberculosis disease. *PLoS One* 2014 Nov 19;9(11):e112838
59. Shiotani R, Hennink M. Socio-cultural influences on adherence to tuberculosis treatment in India. *Glob Public Health* 2014 Sept 16:1-13.
60. Munro SA, Lewin SA, Smith HJ, Engel ME, Fretheim A, Volmink J. Patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research. *PLoS Med* 2007 Jul 24;4(7): e 238.
61. Kisambu J, Nuwaha F, SEkandi JN. Adherence to treatment and supervision for tuberculosis in a DOTS programme among pastoralists in Uganda. *Int J tuberc Lung Dis.* 2014 Jul; 18(7):799-803
62. Vijay s, Swaminatham S, Vaidayanathan P, Thomas A, Chauhan LS, Kumar P, Chiddarwar S. et al. Feasibility of provider – initiated HIV testing and counselling of tuberculosis patients under the TB control programme in two districts of South India. *PLoS One.* 2009 Nov 19;4 (11):e7899
63. Finlay A, Lancaster J, Holtz TH, Weyner K, Miranda A. et al. Patient and provider level risk factors associated with default from tuberculosis treatment. South Africa 2002: a case control study. *BMC public Health* 2012 Jan 20; 12:56
64. Muñoz Sánchez AI, Rubiano Mesa YL, Laza Vásquez C. Adherencia al tratamiento antituberculoso: Voces de los implicados. *IndexEnferm* [Internet]. 2011 [citado 27 Nov 2014] ; 20(1-2): 66-70. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000100014>.

65. Alviz Rodríguez E, Mondragón CH. Adherencia a la terapia farmacológica y sus factores determinantes en pacientes con tuberculosis de un centro de salud de Santiago de Cali. *Rev ColombCiencQuím Farm*. 2014; 43(1): 104 – 119
66. Williams A, Manias E, Walker R. Interventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: a systematic review. *J AdvNurs*. 2008;63:(132–43).
67. Dilla T, Valladares A, Lizan L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*. 2009; 41(6):342-48.
68. Munro SA, Lewin SA, Smith HJ et al. Patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research. *PLoS Medicine*. 2007; 4: 7, e238.
69. Muñoz A, Bertolozzi MR. Más allá del DOTS (DirectlyObservedTreatment short-course) en el control de la tuberculosis: medio que promueve la comunicación y la identificación de las necesidades. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009; 17(5): 93-99.
70. Heredia Navarrete MR, PucFranco M, Caamal- Ley P, Vargas González A. Determinantes sociales relacionados con el tratamiento de tuberculosis en Yucatán, México. *RevBiomed*. 2012; 23:113-120.
71. González Baltazar R, et al. Calidad de vida relacionada con la salud y trabajo en pacientes con tuberculosis en Guadalajara, (México). *Salud, Barranquilla* [online]. 2013 [consultada 25 Noviembre 2014]; 29 (1):13-21. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v29n1/v29n1a03.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1. FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA TARJETA INDIVIDUAL DE CONTROL DE TRATAMIENTO DE TB

FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS, PERIODO 2012-2013									
FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA TARJETA INDIVIDUAL DE CONTROL DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS									
Código del recolector de datos	Formato de recolección de datos No.			Código del encuestado	Fecha del diligenciamiento		DI	ME	AÑO
VARIABLES SOCIOECONÓMICAS									
1. MUNICIPIO/LOC. 1 Urbano 2 Rural		3. A. M. QUEDADA			5. PIS		4. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1 CC 2 CE 3 Pasaporte Número		
5. SEGURIDAD DE SALUD 1 Contributivo 2 Subsidado 3 Régimen especial 4 PMA		6. GRUPO ÉTNICO 1 Mestizo 2 Afro 3 Indígena			7. PUEBLO INDÍGENA Cual?				
MANIFESTACIONES DE INTOLERANCIA MEDICAMENTOSA									
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
8. OCUPACIÓN 1 Pensionado 2 Desempleado 3 Trabajador 4 Hogar 5 Otro 6 Cuid?									
9. EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS				10. SEXO 1 Masculino 2 Femenino					
DIRECCIÓN DEL LUGAR DE TRABAJO				BARRIO / VEREDA		TELÉFONO			
DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA				BARRIO / VEREDA		TELÉFONO			
11. ESTADO CIVIL 1 Casado 2 Soltero 3 Viudo 4 Unión Libre 5 Separado									
12. NIVEL DE EDUCACIÓN 1 Ninguno 2 Primaria 3 Secundaria 4 Técnico 5 Tecnológico 6 Universitario 7 Posgrado									
13. PRÁCTICA ALGUNA RELIGIÓN 1 Si 2 No Cual?									
14. ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 Estrato 1 2 Estrato 2 3 Estrato 3 4 Estrato 4 5 Estrato 5 6 Estrato 6									
15. INGRESO SOCIOECONÓMICO 1 Menos de 1 SMLV 2 Un SMLV 3 De 2 a 3 SMLV 4 Más de 3 SMLV 5 No sabe									
VARIABLES CLÍNICAS									
16. CONDICIÓN DE INGRESO DEL PACIENTE 1 Nuevo 2 Recidiva 3 Reingreso después de abandono 4 Remitido									
17. TIPO DE TUBERCULOSIS 1 Pulmonar 2 Extrapulmonar LOCALIZACIÓN EXTRAPULMONAR 1 Pleural 2 Mediastínica 3 Peritoneal 4 Ganglionar 5 Renal 6 Ocular 7 Intestinal 8 Osteoarticular 9 Gastrointestinal 10 Pericárdica 11 Ovariana									
VARIABLES CLÍNICAS									
18. ANTECEDENTES CLÍNICOS									
1. Enfermedad renal 1 Si 2 No									
2. Enfermedad hepática 1 Si 2 No									
3. VIH / SIDA 1 Si 2 No									
4. Diabetes mellitus 1 Si 2 No									
5. Sífilis 1 Si 2 No									
6. Desnutrición 1 Si 2 No									
7. Alcoholismo 1 Si 2 No									
8. Eritrasma 1 Si 2 No									
9. Cáncer 1 Si 2 No									
10. Consumo de sustancias psicoactivas 1 Si 2 No Cual?									
11. Otra enfermedad inmunosupresora 1 Si 2 No Cual?									
12. Otra enfermedad 1 Si 2 No Cual?									
VARIABLES RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO									
TRATAMIENTO									
20. PESO (KG)									
21. PRIMERA FASE DÍA MES AÑO									
22. SEGUNDA FASE DÍA MES AÑO									
23. MEDICAMENTO 23. DOSES en mg									
Rifampicina (R)									
Isoniazida (H)									
Pirazinamida (Z)									
Etambutol (E)									
Estreptomina (S)									
24. MEDICAMENTO 24. DOSES en mg									
Rifampicina (R)									
Isoniazida (H)									
Pirazinamida (Z)									
Etambutol (E)									
Estreptomina (S)									

VARIABLES RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO																																	
PRIMERA FASE: Anote el número consecutivo de dosis que lleva el paciente y deje en blanco cuando el paciente no recibe dosis (dormido o inasistencia)																															Nombre de la persona que supervisó el tratamiento		
MES	DÍA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	28. CARGO DE QUIEN SUPERVISÓ EL TRATAMIENTO 1. Auxiliar de enfermería 2. Enfermera profesional 3. Médico 4. Otro
27. NÚMERO DE DOSIS RECIBIDAS EN LA PRIMERA FASE:																															DIRECCIÓN DE QUIEN SUPERVISÓ	TELÉFONO	
SEGUNDA FASE: Anote el número consecutivo de dosis que lleva el paciente y deje en blanco los días que el paciente no recibe dosis.																															NÚMERO DE INASISTENCIAS EN LA PRIMERA FASE:		
MES	DÍA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29			30
28. NÚMERO DE DOSIS RECIBIDAS EN LA SEGUNDA FASE:																															NÚMERO DE INASISTENCIAS EN LA SEGUNDA FASE:		
30. EN CASO DE ASOCIACIÓN TB / VIH RECIBIÓ TERAPIA ANTIRRETROVIRAL ? 1. Si 0. No 2. No hay información																																	
31. RESULTADO DEL TRATAMIENTO (DATOS EGRESO)																VARIABLES SOCIALES																	
1. CURADO (BK - al final del tratamiento) 2. TRATAMIENTO TERMINADO (Sin BK al final) 3. FALLO (BK - al final del 4 mes) El fracaso es Multidrogasistente? { 1. Si 2. No 3. No hay información } 4. ABANDONO → Causa abandono: 5. FALLECÓ → 1. Por Tuberculosis 2. Por otra causa 6. TRASLADO																34. PERSONAS CON LAS QUE VIVÍA CUANDO RECIBÍA EL TRATAMIENTO 1. Solo(x) 2. Padres 3. Conyugue 4. Hijos 5. Familiares 6. Amigos 7. Otros (Compartir la vivienda) 35. CABEZA DE HOGAR 1. Si 0. No 36. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO 37. TUVO CUIDADOR CUANDO RECIBÍA EL TRATAMIENTO? 1. Si 0. No 38. RELACIÓN CON EL CUIDADOR 1. Conyugue 2. Hijo(x) 3. Nieto(x) 4. Sobrino(x) 5. Hermano (s) 6. Padres 7. Otro																	
32. FECHA DE EGRESO Día Mes Año 33. TIEMPO DE ABANDONO EN DÍAS																																	

ANEXO 2. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD
GRUPO DE INVESTIGACIÓN Salud pública

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN
INVESTIGACIONES**

INVESTIGACIÓN:

Título: Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis. Pereira 2012 – 2013

Ciudad y fecha: **Pereira, noviembre de 2013**

Yo, _____ una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a **MagallyDueños Gómez**, maestrante de la Universidad Autónoma de Manizales, para la realización de los siguientes procedimientos:

1. Recolección de información de Tarjeta individual de control de tratamiento de TB
2. Entrevista semiestructurada
3. Grabación en medios audiovisuales (audio)

Adicionalmente se me informó que:

Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.

No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán mejorar la situación de personas en condiciones similares a las mías.

Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico.

El archivo del estudio se guardará en la Universidad Autónoma de Manizales bajo la responsabilidad de los investigadores.

Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Esto también se aplica a mi cónyuge, a otros miembros de mi familia y a mis médicos.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma

HUELLA

Documento de identidad _____ No. _____

de _____

Huella Índice derecho:

Proyecto aprobado por el comité de Bioética de la UAM, según consta en el acta No 030 de noviembre de 2013

ANEXO 3. GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**



**FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN
PACIENTES CON TUBERCULOSIS PEREIRA, 2012 – 2013.**

Investigador: MagallyDueños Gómez. Estudiante Maestría en Salud Pública

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento anti TB y factores sociodemográficos, sociales, económicos, antecedentes clínicos, manifestaciones de intolerancia medicamentosa y características del tratamiento en pacientes mayores de 18 años atendidos en el Programa de TB de las IPS públicas y privadas del municipio de Pereira, periodo comprendido entre 1° junio de 2012 a 30 junio de 2013.
- Comprender el significado frente a los factores socio familiares, socioeconómicos, de atención en salud, con respecto a la enfermedad y al tratamiento anti tuberculosis en pacientes mayores de 18 años no adherentes, y que fueron atendidos en las IPS públicas y privadas del municipio de Pereira, periodo comprendido entre 1° junio de 2012 a 30 junio de 2013.

Código del entrevistado: _____

Fecha:

D	M	A
---	---	---

A continuación se realizara una serie de preguntas que son estrictamente confidenciales y de uso exclusivo para esta investigación, que usted acepta contestar previo consentimiento informado.

1. CREENCIAS CON RESPECTO A LA TUBERCULOSIS

1.1 Que entiende usted por Tuberculosis?

1.2 Que hizo usted cuando supo que tenía Tuberculosis?

Pregunta alternativa

1.2.1 Usted acudió al médico para su tratamiento?

1.2.2 Usted recibió tratamiento médico o empírico?

1.3 Usted sabe cómo se trata la Tuberculosis?

1.4 Usted sabe cómo se trasmite la Tuberculosis?

1.5 Para usted cuales son las complicaciones de la Tuberculosis?

1.6 Que cambios en su vida provoco la Tuberculosis?

2. COMPORTAMIENTOS DEL PACIENTE FRENTE AL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

2.1 Como fue su accesibilidad para recibir el tratamiento?

Pregunta alternativa

2.1.1 ¿El tiempo fue suficiente para acudir al tratamiento?

2.1.2 ¿La distancia al lugar de entrega del tratamiento fue adecuada?

2.1.3 ¿Usted contaba con recurso económico para desplazarse a recibir el tratamiento?

2.2 ¿Porque suspendió / abandono el tratamiento?

2.3 Usted identifico las consecuencias al suspender el tratamiento?

2.4 Qué fue lo que menos le gusto del tratamiento?

2.5 Como controlo las molestias que le provoco el tratamiento de la Tuberculosis?

3. FACTORES SOCIOFAMILIARES FRENTE AL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

- 3.1 Que apoyo familiar tuvo usted para el tratamiento de la Tuberculosis?
- 3.2 Que cambios en su vida social provoco el tratamiento de la Tuberculosis?

4. FACTORES SOCIOECONOMICOS FRENTE AL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

- 4.1 Cómo afecto el tratamiento de la Tuberculosis a su vida laboral?
- 4.2 De qué manera afecto su ingreso económico el tratamiento de la Tuberculosis?

5. FACTORES RELACIONADOS CON EL SISTEMA DE SALUD Y EL EQUIPO DE ATENCIÓN

- 5.1 Para usted como fue la atención del equipo de salud frente al tratamiento de la Tuberculosis?
- 5.2. Quien del equipo de salud le explico el tratamiento de la Tuberculosis?
- 5.3 Frente a alguna inasistencia al tratamiento, que hizo el equipo de salud?
- 5.4 El horario de atención para el Programa de Tuberculosis fue adecuado?
- 5.5 De qué forma le hubiese gustado recibir el tratamiento de Tuberculosis?
- 5.6 Cómo describiría usted la atención del programa de Tuberculosis?

ANEXO 4. CATEGORÍAS AXIALES A PARTIR DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR PACIENTES NO ADHERENTES AL TRATAMIENTO ANTI TUBERCULOSIS

SIGNIFICADO QUE TIENEN PARA LOS PACIENTES NO ADHERENTES LOS FACTORES SOCIO FAMILIAIRES DURANTE EL TRATAMIENTO

Subcategoría 1. La familia como fuente de apoyo durante el tratamiento

“Mi mamá me brindo mucho apoyo materialmente, económicamente y emocionalmente”. CSB 185

“Si claro, mi esposo siempre estuvo muy pendiente y preocupado por mí. Mi mamá que no vive en el país se vino cuando supo que yo estaba hospitalizada nada más que a cuidarme”.CF 176

“Siempre mis papás, mis hermanos y mi esposo me han apoyado, ellos me apoyaron al principio del tratamiento, pero al ver las molestias que me causaban ellos también me apoyaron para dejar de tomarlo”. GAR 818

“Ayy si, gracias a Dios..... pues yo soy única hija y por obvias razones mi mamá estuvo demasiado pendiente y mi esposo estuvo muy preocupado por el tema, más que su mama había muerto de lo mismo”.M2 540

“Lógico!!!! , siempre conté con el cariño y amor, ese es un apoyo bueno que mi familia siempre me brindo y nunca me saco el cuerpo”.UK 820

“Pues.....es que yo familia no tengo, mi familia era mi esposa, y en ese momento estuvimos separados”.UK 970

“Si bastante, bastante, no tuve hermanos pero ave maría los hijos que tengo que mi dios me los bendiga ellos estuvieron muy pendientes de mí”.UBA 983

Subcategoría 2. Los cambios en el entorno social durante el tratamiento

“Pues....nosotros a ninguna persona le dijimos lo que yo tenía por miedo a que me rechazaran, y como ellos nunca se enteraron pues me trataron normal”. CSB 185

“Mis compañeros de trabajo siempre estuvieron muy pendientes”.CF 176

“Yo tengo mucho que agradecerle al padre donde trabaja mi hijo, él estaba pendiente de mandarme frutas, comida, dinero, también una vecina me mandaba todos los días el almuerzo, la sopita, aunque yo me aleje, yo evitaba salir, tanto que deje de asistir a la eucaristía, yo sentía que la gente me miraba mucho, me sentía rechazada”. UBA 983

“Algunos si se alejaron de mi..... pues me decían que para prevenir, porque de pronto los contagiaba”. GAR 818

“En el lugar del trabajo yo le conté lo de mi enfermedad a ciertas compañeras y como ellas no estaban capacitadas para entender la enfermedad fueron y le dijeron a los grandes mandos que me expulsara de la empresa. En cambio mis vecinos si fueron muy bellas personas”.M2 540

“Si sentí un poco que hablaban de mí, me entere que decían de pronto lo que no es, me miraban raro, en varias ocasiones llegue a tener inconvenientes con las personas, entonces mejor yo me entraba y casi no salía de la casa”. UK 083

“Pues no..... porque no tengo amigos, soy muy solo”.UK 970

SIGNIFICADO QUE TIENEN PARA LOS PACIENTES NO ADHERENTES LOS FACTORES SOCIO ECONOMICOS DURANTE EL TRATAMIENTO

“No me vi afectada económicamente, porque el centro de salud me quedaba muy cerca de donde yo vivía, entonces no tenía que pensar en sacar plata para el pasaje diariamente”. CSB 185

“ Yo creería que si... porque obviamente mantenía incapacitada, se me veía enferma y decaída, es tanto así que a mí me despidieron de mi puesto laboral por tantas faltas e inasistencias a trabajar, eso me afectó horriblemente el ingreso económico, el despido fue sin ninguna causa, cualquier día a las seis de la tarde me dijeron hasta hoy trabaja”. CF 176

“ Claro que sí, porque uno siempre gastaba platica para ir todos los días por la droga, mi esposo se endeudo mucho con los vecinos buscando todos los días dinero para poder ir ,eso me estresaba más”. GAR 818

“ Lógico, porque a veces no podía llegar a la hora exacta al trabajo, porque tenía primero que arrimar por las pastas, y la patrona me regañaba tanto que dejo de llamarme por un tiempo, perdí varios días la oportunidad de trabajar y yo necesitando la plática”. PDO 875.

“Yo me sentía como hospitalizado en la casa, no podía ir a trabajar, físicamente no podía y quedándome en la casa no me iba a llegar el trabajo, ni plata para poder subsistir, fue una época muy dura, se puede decir que hasta casi aguantamos hambre, yo soy cabeza de hogar, veo de mi esposa, mi suegra y mi hija, le cuento que me afectó mucho económicamente”.UK 820

CATEGORIA 3. SIGNIFICADOS QUE TIENEN PARA LOS PACIENTES NO ADHERENTES LOS FACTORES RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN EN SALUD DURANTE EL TRATAMIENTO

Subcategoría 1. Satisfacción de la calidad de la atención durante el tratamiento

“ Pues al principio muy bien, porque el horario que manejaban en el centro de salud se me facilitaba para ir por el tratamiento, pero a veces cuando yo llegaba estaban charlando y se molestaban porque las interrumpía y me hacían esperar a veces hasta una hora y después si me atendían ” **CSB 185**

“Es buena, pero yo digo que el horario debería de ser más extendido porque deben pensar que hay personas que laboran todo el día y no alcanzan a ir por la droga, por ejemplo yo entro a las 7:00 a.m y salgo a las 6:00 p.m y es obvio que no alcanzaba a ir por la droga, cuando llegaba ya no estaban las enfermeras que me entregaban los medicamentos” **M2 540.**

*“El horario de atención era de 7 a.m. a las cinco p.m., pero muchas veces que iba al mediodía por el tratamiento que era el momento en que podía ir por la droga la enfermera no estaba y me tocaba esperar”.***CF 176**

*“Cuando iba por la droga al centro de salud eran muy atentos, tanto que hasta la nutricionista me dio un tarro de ensure”***UBA 983**

“Muy bien, desde que uno llegaba eran ya voy para allá, me hacían esperar muy poquitas veces, porque la que me entregaba el tratamiento a veces estaba muy ocupada. Ella trataba de desocuparse lo más rápido posible para atenderme.

*Si yo preguntaba algo o si tenía alguna duda ellos me la aclaraban, en general muy atentos, habían pancartas, letreros que hacían que uno entendiera por qué y el cómo se da la enfermedad”.***UK 083**

“Bien y mal porque cada vez que venía me hacían esperar como una hora para que la enfermera me diera el medicamento porque ella estaba ocupada despachando toda esa mano de gente. Todos los días me tocaba esperar parado con el tarro de agua o de fresco, eso sí que me aburrió” **UK 336**

“Uysuper bien, porque estaban muy pendientes de que me tomara la droga, me llamaban las enfermeras a la casa para que fuera”. PDO 875

Subcategoría 2. Explicación recibida frente al tratamiento

“La enfermera y el doctor me explicaron cómo era, de que se trataba, que pasos debía seguir, que si yo no me tomaba el medicamento juiciosa, se ponía más fuerte la enfermedad. CSB 185

“La enfermera me explico que me iban a dar unas pastas que eran las únicas que habían para la tuberculosis, porque para esa enfermedad no hay más medicamentos, me dijo que debía tomarlas muy juiciosa por seis meses cumplidos. Si no las toma todas, entonces nada se hace me decía”. GAR 818

“La enfermera si me explico cómo iba a ser el tratamiento, pero nunca me explico que molestias podía yo presentar, eso no lo dijeron nunca”.M2 540

“La enfermera me decía que era un tratamiento largo de seis meses, que en la primera fase había que venir todos los días en la semana de lunes a viernes y cuando pasara a la segunda fase venía tres veces a la semana día de por medio los lunes, miércoles y viernes y que ya era más suave porque las pastas no eran tan grandes sino más pequeñas”.SN 414

“A mí una doctora me explico que esa droga la daba el gobierno, que era muy fuerte pero que tenía que tomármela. Me dijo que no podía faltar al puesto de salud, que me tomara la droga con mucho amor porque era la que me iba a aliviar”.PDO 875

“No muy poco, muy por encima, la auxiliar de enfermería que me daba el tratamiento me dijo que el tratamiento me iba a afectar en los primeros días en la primera fase para que el cuerpo se acostumbrara a la segunda fase, el medico nunca llego a manifestarme que era lo que debía hacer en el tratamiento”.UK 083

Subcategoría 3. Conducta frente a la inasistencia al tratamiento

“Cuando volví al centro de salud el enfermero y el doctor me llamaron la atención y ya me obligaron a ir todas las veces a tomarme la droga haciéndome ellos el seguimiento y no me volvieron a despachar la droga para llevarla para la casa”. UBA 983

“Solo por un día que deje de ir me regañaron y me amenazaron, me dijeron que si abandonaba el programa me mandaban al Bienestar familiar para que me quitaran el niño”. CSB 185

“Cuando yo deje de ir por la droga solo me llamaron una vez y me preguntaron porque no había vuelto quedaron en venir y todavía los estoy esperando, para mí a la EPS no le interesa eso”. M2 540

“Del centro de salud me atarrayaron donde mi mamá, llamaron y le dijeron que yo no había vuelto por los medicamentos y me dejaron razón que me presentara al para charlar conmigo para que volviera a tomarlos”. GAR 818

“Cuando yo faltaba algún día me llamaban del centro de salud a la casa y le decían a mi mamá o me llamaban al celular”. PDO 875

CATEGORIA 4. SIGNIFICADO QUE TIENEN PARA LOS PACIENTES NO ADHERENTES LAS VIVENCIAS CON LA ENFERMEDAD

Subcategoría 1. Significados de la TB

“Es una enfermedad que da más que todo en los pulmones o cuando hay una persona que la tiene y se la pega a uno por medio de la saliva o cuando estornuda”. CSB 185

“Uno tiene los pulmones malos, no están como funcionando bien, que uno se va sintiendo mal, es uno asfixiado, si uno sube las escalas se cansa mucho”. UBA 983

“Es una enfermedad, es como un virus, un bicho que le coge a uno el cuerpo y que se para en cierta parte, a mí se me entro en los pulmones”. **M2 540**

“Pues... es una enfermedad que tiene que ver mucho con los pulmones, ummmm, no sé, que si no es tratada a tiempo puede haber dificultades, ocasiona mucho daño al ser humano, como llegar a causar la muerte en muchas ocasiones, si no es tratada a tiempo “. **UK 083**

“Yo sé que es una infección...., una bacteria...., es un problema, eso lo mata a uno, con el tiempo uno ya queda en un problema con eso, yo entiendo que si uno no se hace tratamiento con tiempo y no se cuida pues se muere”. **UK 336**

Subcategoría 2. Reacción ante el conocimiento del diagnóstico de la TB

“ Juuuuuu, Me sentí muy mal porque como mi suegra había muerto meses antes por esa enfermedad, entonces yo pensé lo peor, la enfermedad me genero mucho susto y angustia porque me dijeron que podía haber contagiado a mis hijos y a mi esposo “. **M2 540**

“Dure hospitalizada un mes y fue muy difícil porque yo pensaba en mis hijos, en mi esposo, en mis compañeros de trabajo y yo creía que los había contagiado. Dure aislada, me visitaban poco, no podía ver mis hijos y para mí eso fue muy difícil “. **CF 176**

“Juuuu, no nonono , yo dije esto ya es lo último, yo lloraba mucho, porque yo estaba muy delgada. Yo no salía a la calle porque me sentía muy mal de que la gente me viera así. A mí me daba pena que me llevaran al médico por lo mal que me veía, yo me sentía muy deprimida “. **UBA 983**

“A mí se me bajo el autoestima todo, pues la verdad yo me pegue mucho a Dios y comencé a rezar que me diera fuerza y ánimo para terminar esa meta que era terminar el tratamiento”. SN 414

“Me dio miedo porque yo tengo cuatro hijos y ahí bendito yo me podía morir de eso y dije si mi dios es para acordarse de mí pues ni modo” PDO 875

Subcategoría 3. Apoyo buscado por el paciente después del diagnostico

“Como siempre me llevaban al hospital y me dejaban uno o dos días y me mandaban para la casa, mi mama me llevo al médico particular y ahí fue donde me diagnosticaron que tenía esa enfermedad, entonces tuve que montar tutela a la EPS porque no me quería brindar los servicios que yo necesitaba, como la baciloscopia, que me revisaran los pulmones, que me hicieran radiografías, porque solo me hacían exámenes de sangre y así me mandaban para la casa”. CSB 185

“Acudí al especialista y me dijo que tenía la enfermedad, que tenía que hacerme los exámenes y que debía esperar el cultivo en tres meses y que si salía negativo era que ya no tenía la enfermedad pero que si salía positivo si debía seguir tomándome las pastas, pero que mejor debía seguir tomándomelas para prevenir, yo le pedía mucho al señor que me ayudara, tanto que fui a Buga al señor de los milagros”. GAR 818

“Yo fui a la EPS y empecé el tratamiento, yo confiaba mucho en los que me atendían, en la jefe y en el niño que me daba el medicamento”. UBA 983

“Yo busque ayuda en todo lado con mi familia que me diera apoyo, en los médicos de allá de Caimalito y en los de aquí de San Nicolás”. SN 414

Subcategoría 4. Conocimientos de transmisión, tratamiento y complicaciones de la TB

“Por medio de la saliva cuando alguien estornuda, o por medio de un fumador y que uno esté en contacto con él, uno para conseguir esta enfermedad no necesita estar en contacto con muchas personas, una sola persona puede contagiarlo a uno”. CSB 185

“puede ser porque alguien que tenía la enfermedad tose por encima de mi o alguien paso muy cerquita y como tenía las defensas muy bajitas ahí la adquirí”. UK 581

“Puede ser por medio del cigarrillo, yo creo que a mí me paso eso fue porque en una época estuve en la calle, estaba indigente, con todos los locos y desechables consumiendo droga y uno recibe cigarrillos, la droga, la heroína”. UK 336

“Pues sé que puede ser teniendo contacto con otras personas, sea al hablar, toser o teniendo relaciones sexuales”. UK 970

“Cuando la persona muere el virus puede salir y a las personas más débiles puede infectar, se transmite por el ambiente o por la convivencia”. M2 540

“Por cocinar en leña, por hacer arepitas en carbón, por comer con las salivas de otras personas o por comer con las mismas cucharas de las personas que tengan la enfermedad”. UBA 983

“Pues.... por el vahó de uno, por cualquier persona que estornuda delante de uno y si uno tiene bajas las defensas pues lo puede contagiar” SN 414

“A este momento todavía no sé cómo se trata, con esas pastas no se trata !!!UK 820

“Con los medicamentos que me estaban dando, pero mi esposo también tenía otras alternativas, porque el vio curar a varias personas de eso, con el agua del pilón del guineo, tenía que ser un palo de guineo que todavía no hubiera dado la primer cosecha”. UBA 983

“Se trata con la droga, tomándomela como le dicen a uno, diariamente y después tres veces a la semana” **“PDO 875.**

“Es con antibiótico” **CF 176**

*“ Claro, pues primero es la primera fase por seis meses y luego la segunda fase también por seis meses o tres meses, la verdad no me acuerdo bien, a uno le dan pastas “.***SN 414**

“A mi mandaron unas pastas, como 7 pastas me tomaba todos los días, rifampicina y otras pastas blancas. Pero esa mano de pastas me ponía muy mal. Yo entiendo que si uno no se hace tratamiento con tiempo y no se cuida pues se muere”. **UK 336**

“Cuidándose uno bien y tomándose los medicamentos pero que no esté el estómago vacío”. **VS 793**

“Uno se puede complicar si uno no se toma el tratamiento, porque esa enfermedad es muy peligrosa porque ella acaba con los pulmones de uno y sin pulmones uno no puede respirar ni nada, como dice el cuento, pues se muere”. **CSB 185**

“Es muy delicada, porque esto en cualquier momento puede pasar a otras cosas, por ejemplo: Me puede generar un infarto, un coma, cualquier cosa me puede pasar, eso lo mata a uno, le quita la vida, esa infección se va prolongando y cada día la cosa es más difícil,”. **UK 336**

“Que se me vuelva a desarrollar, faltar ya o morirme” **PDO875**

“Una recaída es peor, baja uno mucho de peso, se pone uno amarillo, ya a lo último uno no es capaz de dar un paso al otro. Yo vi gente muy mal”. **UK 581**

“Las complicaciones? Pues allá me dijeron que debía estar en un cuarto solo porque contagiaba a las demás personas”. **UK 820**

“No las conozco” **M2 540**

CATEGORÍA 5. SIGNIFICADO QUE TIENEN PARA LOS PACIENTES EL TRATAMIENTO ANTI TB EN SU DECISIÓN DE NO ADHERIR AL TRATAMIENTO

Subcategoría 1. Accesibilidad al tratamiento

*“Pues.... en la primera fase se me dificultaba mucho asistir porque me quedaba muy retirado de la casa y tenía que conseguir para el pasaje todos los días y me quedaba muy duro, entonces le pedí a la enfermera que si me hacia el favor y me trasladaba el tratamiento a Boston porque allí me quedaba más cerca de la casa y se me facilitaba más. Yo contaba con el tiempo para ir todos los días por la droga, más que todo yo iba en las tardes”. **CSB 185***

*“Ahí era lo complicado... No contaba con el tiempo para ir, el medicamento me lo daban en la EPS a diario, máximo para dos días, mi esposo trabajaba y viajaba y yo trabajaba en horarios de oficina, muchas veces debía seguir derecho entonces nos quedaba muy difícil ir a reclamarlo, aunque casi siempre me lo reclamaba mi esposo, si iba en buseta me quedaba a 30 minutos. Hablamos con la jefe para que nos diera por lo menos tres o cuatro días de medicamento porque teníamos que hacer muchas maromas para recoger la droga”. **CF 176***

*“Me quedaba cerca del barrio el hospital y yo venía todos los días apenas almorzaba para que me dieran las pasta. Yo contaba con el tiempo para venir, pero yo no quería venir al hospital porque no quería que nadie se diera cuenta, lo que más me preocupa es la gente, porque ella le daña a uno la imagen y todo”. **UK 336***

“Pues..... Yo me iba de la finca en la buseta a las seis y media de la mañana al centro de salud y el enfermero me daba las tres pastas de una sola tacada con agua, él tenía

*que ver que me las tomaba. Yo contaba con el tiempo para ir por el tratamiento, pero como me quedaba muy lejos debía coger dos buses, tanto que un día le pedí el favor a la enfermera que me diera las pastas siquiera cada dos o tres días para tomarlas en la casa para no tener que venir tan seguido por ellas, yo no tenía plata para los pasajes.”. **GAR 818***

*“Me los reclamaba mi hija, ella iba corriendo a recogerlo al hospital de Kennedy para no dejarme tanto tiempo sola. Nos quedaba a dos horas caminando porque no teníamos para el pasaje, ella iba día de por medio, en las horas de la mañana porque ese era el horario que le habían dado “. **UK 123***

*“Como me quedaba tan cerquita de la casa al hospital, yo iba todos los días a pie por la mañana después del desayuno, no necesitaba coger bus porque no era tan lejos. Yo podía ir por la droga porque yo trabajaba un rato no más por las mañanas”. **VS 793***

Subcategoría 2. Manejo de molestias ocasionadas por el tratamiento

*“A veces las controlaba tomando otro medicamento y sentía que me recuperaba, otras veces dejaba que pasaran solas, yo trataba de estar tranquilo. Nunca manifesté esas molestias en el centro de salud”. **UK 083***

*“Yo tomaba omeprazol para esas molestias”. **GAR 818***

*“Las molestias las controlaba con ranitidina, pero las náuseas eran muy malucas”. **CF 176***

*“Yo le preguntaba al enfermero porque me daban mareos y él me decía que estuviera tranquila que eso era por la droga, entonces yo me acostaba para que me pasara el malestar porque no sabía que tomar”. **PDO 875***

“Tomaba arto jugo, coca cola o compraba mango maduro o una manzanita roja”.

UBA 983

“Yo le decía a mi familia que ya no era capaz, cuando yo le decía al médico que tenía molestias por la droga ellos me decían que eso era normal y no me mandaban nada para las molestias. Créame que las ultimas dosis que me llevaban yo las botaba”. **UK 820**

Subcategoría 3. Conocimiento de consecuencias por no adherir al tratamiento

“Si claro!!!! la enfermedad se vuelve resistente y cuando me volviera a tomar los medicamentos la bacteria iba a estar más fuerte y los medicamentos que me daban no me iban a servir y tendrían que cambiármelos por otros más fuertes”.

CSB 185

“Si claro!!! Una de ellas era que recayera nuevamente y que se reactivara la enfermedad y fuera más grave” **CF 176**

“Sí, yo estaba consciente de que era no solo para mi salud sino también para la gente con quien yo convivía, pero no sé....” **M2 540**

“Si lógico !!!!!, la misma enfermedad que tengo o que sigo teniendo, yo soy consciente de eso, sigo con mi enfermedad porque no me hicieron prácticamente nada. Le dije a la señora mía que si me he de morir por dejar de tomar la droga pues que me muera pero yo no sigo más con esa droga”. **UK 820**

Subcategoría 4. Causas que motivaron la no adherencia al tratamiento

“Yo no suspendí el tratamiento, sino que allá me lo suspendieron porque la persona que manejaba el programa en el centro de salud se enfermó, después ya me dijeron que se había acabado el convenio con la EPS por la que yo asistía y el centro de salud donde me estaban dando el medicamento y que tenía que irme para otra IPS a tomarme la droga. Pero después me decían que no encontraban mi historia clínica para

hacer el traslado que porque la persona que manejaba el programa se había muerto”.

CSB 185

“Tenían preferencia con otros pacientes que dejaban de ir una semana y llegaban un viernes y le entregaban el medicamento de toda la semana, Otra cosa que no me gusto fue que solo un día que no pude ir, me llamaron del centro de salud y me dijeron que si yo no iba me mandaban a Bienestar Familiar para que me quitara el niño, ellos no tienen por qué amenazar a los pacientes.”. CSB 185

“Por el tiempo.... porque se me complicaba el trabajo yo salía muy tarde, se me lleno la cara de unas plaquetas blancas horribles, era como una caspa, para mí era muy triste porque yo atendía público, yo visite el dermatólogo y me dijo que era consecuencia de la droga. También porque tenía un poco agrandado el hígado, presente dolor estomacal todo el tiempo y por último porque todo es un trámite en la EPS , el medico del programa me manda para donde el neumólogo, vaya que se lo autorice, me dan la cita y después de tres meses cuando es la hora de la cita me dicen se canceló la cita, vaya y reprográmela y eso cansa y uno trabajando es muy complicado” .CF 176

“Porque una vez tuve un problema en la casa y entonces dije ahhhh yo no voy a volver más por esa droga que pereza, pues si me he de morir pues que me muera con esa enfermedad”. PDO 875

“Porque las pastas no se podían dar por más días para llevar a la casa y eso me obligaba a tener que estar asistiendo muchas veces a la EPS y yo no tenía ni la posibilidad económica ni el tiempo para ir por allá. Una persona que trabaja es difícil y me exigían que tenía que ir yo personalmente a mí no me daban permiso en el trabajo para ir o salir a reclamar la droga”. M2 540

“Pues yo creo que es por una de las muchas razones de todos los que se enferman, porque ya se sienten bien y abandonan el tratamiento, solo por el hecho de sentirme bien” UK 083.

“Porque tuve problemas con mi pareja, nos dejamos con mi esposa y a raíz de eso me fui a vivir solo en un hotel y un día aburrido y desesperado dije que para que me tomaba mas eso, que yo no iba a volver más por allá y por eso abandone el tratamiento, otra cosa que no me gusto es que cada vez que yo entraba al hospital me decían que tenía que usar el tapabocas y en verdad pues a mí me daba pena porque ya todo el mundo iba a saber que tenía esa enfermedad”. UK 970

“Porque como yo me aburrí de vivir en Pereira, me vine a vivir con mi hermana a Armenia, esa fue la razón y como yo no tenía conocimiento de que me podía pasar si suspendía el tratamiento, a mí me gustaría que me hicieran el favor de traerme el tratamiento a la casa alguien del puesto de salud, porque a mí me llevan todos los días y por eso se tuvo que salir de trabajar mi hermana para poderme acompañar”. VS 793

“Porque me hizo daño el tratamiento, sentía mucho mareo, dolor de cabeza, de todo, vomitaba la droga que me daban, yo me tomaba una pasta y ya la devolvía, hubiera preferido que me dieran una droga que fuera inyectable o tomable así me sequen a pura inyección prefiero, que estar tragando las pastas”. UK 820

“No aguantaba la droga, me ponía muy mal !!!!!. Otra cosa era que a mí no me gustaba venir acá al hospital y como me hacían venir y no me daban la droga para tomarme en la casa, decidí no volver a tomar el medicamento. No es por nada, pero uno trata como más bien de que la gente no se dé cuenta de la enfermedad que uno tiene, hubiese preferido Inyectado cada ocho días, así fuese fuerte”. UK 336

“Cuando yo volví a la clínica por el resultado de los exámenes después del mes de estar en la casa sin poder salir, una enfermera me dijo que yo no tenía la enfermedad,

me leyó todo y me explico que todo me había salido negativo, ella me dijo que mirara a ver como hacía para que me quitaran ese tratamiento”. UBA 983

“Las pastas, por lo grandototas y me tenía que tragar cuatro al tiempo, las molestias que me causaba, me quedaba muy duro para venir por esas pastas, me tocaba venir a pie, a veces llovía y entonces yo no venía a reclamarlas”. SN 414

“En el centro de salud me amenazaban diciéndome que me las tenía que tomar porque si no me mandaban a hospitalizar porque yo estaba contagiando a las personas de la casa o si no me mandaban a la cárcel porque estaba contagiando a las demás personas de la comunidad y que venía y me caía la Secretaria de Salud con la policía y me sacaban de la casa”. GAR 818

ANEXO 5. RESULTADOS/PRODUCTOS ESPERADOS Y POTENCIALES BENEFICIARIOS.

Generación del nuevo conocimiento

Resultado/Producto esperado	Indicador	Beneficiario
Se obtuvo evidencia científica sobre los factores que se relacionaron con la adherencia al tratamiento en pacientes que asistieron al Programa de Control de Tratamiento de TB pulmonar y extra pulmonar en las IPS públicas y privadas participantes del municipio de Pereira.	Publicación de resultados en artículo científico	Se construyó una línea de base con la información recolectada que se espera sirva de referente para los entes territoriales, las IPS, Profesionales de la Salud, y otros investigadores. La población de estudio El Sistema General de seguridad Social en Salud (SGSSS)

Fortalecimiento de la comunidad científica

Resultado/Producto esperado	Indicador	Beneficiario
El aporte de este proyecto a la educación permitió promover la participación de los pacientes a través de actividades de información, educación y comunicación en lo relacionado con la enfermedad y el tratamiento de TB.	Redes en torno a la temática propuesta Publicación en revistas indexadas	Programas de formación de la Maestría en Salud Pública. Comunidad académica de pregrado y posgrado Profesionales y personal de atención en salud de Programas

La capacitación continua de los equipos de salud para promover la utilización de procedimientos eficaces para enfrentar los problemas relacionados con reacciones adversas medicamentosas que se presenten durante el tratamiento y que influyen en la adherencia del mismo. Formación de recurso humano a nivel de pregrado, y posgrado. Participación y consolidación de redes en torno a políticas públicas relacionadas con adherencia a tratamientos de enfermedades crónicas de origen infeccioso como la TB		de Control de Tratamiento de TB El Sistema General de seguridad Social en Salud (SGSSS)
---	--	---

Apropiación social del conocimiento

Resultado/Producto esperado	Indicador	Beneficiario
Formación académica en factores relacionados con adherencia al tratamiento de TB.	Foros	Comunidad académica
	Seminarios	Población Objeto de estudio
Sensibilización frente a factores que están relacionados con adherencia al tratamiento anti TB.	Publicaciones en revistas indexadas	Instituciones participantes tales como la Secretaria de

Se espera el compromiso y la participación del personal de salud responsable de la ejecución de las actividades para motivarlos a un cambio que genere impacto en el resultado del Programa control de TB. El seguimiento mediante educación y comunicación efectiva con el enfermo y su familia, tiene gran importancia en la reducción de la noadherencia y abandono del tratamiento, evitando la aparición de cepas resistentes que pueden conllevar a un aumento de la morbilidad y la diseminación de la enfermedad en la comunidad.	Encuentros de investigación institucionales, locales y nacionales Congresos de salud pública En las instituciones participantes tales como la Secretaría de Salud Municipal, por ser esta una propuesta de pertinencia científica y social incluida en el plan Nacional de Salud Pública.	Salud Municipal de Pereira IPS públicas y privadas participantes del estudio
---	--	--

ANEXO 6. IMPACTOS ESPERADOS

Impacto esperado	Plazo (años) después de finalizado el proyecto: corto (1-4), mediano (5-9), largo (10 o más)	Indicador verificable	Supuestos*
Se espera que se mejoren las herramientas administrativas que faciliten el análisis al interior de las instituciones participantes en el estudio de los factores relacionados con la adherencia al tratamiento de la TB que incrementen la adherencia al tratamiento al PCT de TB pulmonar y extra pulmonar en las instituciones de salud participantes del municipio de Pereira y que de acuerdo con las situaciones encontradas se recomiende la actualización en el programa de control de TB. Con el acercamiento a los pacientes que asistieron al programa de control de la TB se espera que se hayan aprovechado los espacios para brindar información y comunicación que permitan mejorar la adherencia al tratamiento anti TB para contribuir a mejorar la calidad de vida y	Corto Plazo	Publicación	Apoyo financiero a la publicación. Vínculo con entes territoriales y locales de salud

prevenir la morbi - mortalidad por esta causa. Conocimiento de factores que están relacionados con adherencia al tratamiento de TB y el significado que tienen los pacientes con respecto al tratamiento, la enfermedad y apreciación de la atención recibida en las instituciones de salud Aporte al diseño de Políticas y programas que atiendan la problemática abordada en la investigación			
Propuestas de programas de intervención basados en las necesidades de este grupo poblacional	Mediano Plazo	Documentos	Ejecución del proyecto. Vínculo con entes territoriales y locales de salud

ANEXO 7. PRESUPUESTO

RUBROS	VALOR \$
Personal	80.208.448
Materiales	8.955.000
Viajes socialización	1.000.000
Salidas de campo	5.825.000
Total	\$ 95.988.448

DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS DE PERSONAL

Nombre del Investigador	Formación académica	Funciones dentro del proyecto	Dedicación horas a la semana	Valor Unidad (\$)	Total (\$)
MagallyDueñes Gómez	Instrumentadora Quirúrgica Especialista en Alta Gerencia Candidata a Magistra en Salud Publica	Investigador principal	30 /16meses	\$ 34.847	\$66.906.240
Dr Santiago Elías Fadul Pérez	Médico Cirujano Epidemiólogo Especialista en Gerencia y Seguridad Social en Salud	Asesoría en el proceso investigativo Experto TBC. INS	1/16meses	\$ 34.847	\$ 2.230.208
Dra Dora Cardona R	Licenciada Bacteriología y Laboratorio clínico. Magister Desarrollo educativo y social. Epidemióloga de campo. Doctora en Ciencias Sociales.	Asesora metodológica	2 / 16meses	\$ 39.000	\$ 4.992.000

		Recolector de información	2 / 12 meses	10.000	\$ 960.000
		Recolector de información	2 / 12 meses	10.000	960.000
		Recolector de información	2 / 12 meses	10.000	960.000
Marisol Carreño	Asesor estadístico	Análisis y control de calidad de los datos	2/ 4 meses	100.000	3.200.000
		Total	41 horas semanales	\$ 238.694	\$ 80.208.448

MATERIALES, SUMINISTROS Y BIBLIOGRAFIA

MATERIALES	CANTIDAD	VALOR UNITARIO (\$)	TOTAL (\$)
Fotocopias	1.000	\$ 50	\$ 50.000
Software StataVersión 10.0	1	\$ 700.000	700.000
Software Atlasti 6.0	1	\$ 900.000	900.000
Publicaciones y patentes	1		250.000
Hojas digitadas	2500	\$ 500	1.250.000
Uso computador (horas)	1.920 horas	\$ 2.000	3.840.000
Uso internet (horas)	1.500 horas	\$1.000	1.500.000
Empastados	5	\$ 25.000	125.000
Argollados	5	\$ 15.000	75.000
Papelería y útiles de oficina	500	\$500	250.000
Discos compactos	5	\$ 3.000	15.000
Total			\$ 8.955.000

DESCRIPCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LOS VIAJES

Lugar / No de viajes	Justificación	Pasajes (\$)	Estadía	Total (\$)
Bogotá	Ponencia en Congreso académico	\$ 550.000	\$ 450.000	\$ 1.000.000
	Total	\$ 550.000	\$ 450.000	\$ 1.000.000

SALIDAS DE CAMPO

Aspecto	Valor Unitario (\$)	Cantidad	Proyectos	Valor (\$)
- Solicitud permiso de ingreso a las posibles instituciones participantes del estudio	\$ 25.000	44		\$1.100.000
- Recolección de información Formato de recolección de información	\$ 25.000	174		\$ 4.350.000
- Elaboración de entrevistas semiestructuradas	\$ 25.000	15		\$ 375.000
TOTAL	\$ 75.000	233		\$ 5.825.000