



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Conocimiento sobre complicaciones de tuberculosis y adhesión
al tratamiento en pacientes de un programa de tuberculosis.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTOR:

Amador Monzon, Santos Milder (orcid.org/0000-0001-6375-2793)

ASESORA:

Dra. Llaque Sánchez, María Rocío Del Pilar (orcid.org/0000-0002-6764-4068)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades Infecciosas y Transmisibles

LÍNEA DE REponsabilidad Social y Universitaria:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO – PERÚ

2023

Dedicatoria

A Dios: por haberme dado la vida, cuidarme y protegerme en todo momento, por la fortaleza y sabiduría que me brinda en diversos contextos, iluminarme y guiarme de forma espiritual por la senda del bien durante todo mi trayecto de vida, que me permite de esta forma ser implacable en mis objetivos trazados en mi formación profesional, entorno familiar y social.

A mis padres y hermanos: a mi padre YSIDRO AMADOR RODRIGUEZ, mi madre LUISA MONZON JULCA, hermanos: LIDIA, FRANCISCA, MARTHA, MANUEL, SEGUNDO, JOSE, EBERT, EDWIN, demás familiares, los que no están presentes y están en el más allá. Quienes contribuyeron en mi formación en todas las etapas de mi vida hasta la actualidad, que siempre me apoyaron desde cualquier lugar en el que se encuentran.

A mis compañeros y amigos: por haberme motivado en las situaciones difíciles, brindarme consejos, compartir experiencias y apoyarme en diversas circunstancias motivo por el cual algunos de ellos se han convertido en mis amigos, cómplices y hermanos. Gracias por el tiempo compartido, los trabajos ejecutados en equipo, experiencias e historias vividas en distintos lugares e instituciones.

Agradecimiento.

A la Universidad César Vallejo, asesor, tutores y docentes: por haberme permitido hacer realidad mis sueños respecto a mi formación académica dentro de la institución, agradecimiento especial y profundo a mi asesora de tesis: **Dra. ROCIO LLAQUE SANCHEZ** por su enseñanza, paciencia, dedicación para el desarrollo de la investigación.

A mis docentes y tutores gracias por todos sus consejos, conocimientos compartidos y metodología de enseñanza, estarán presentes siempre en mi memoria en mi futuro y desarrollo profesional.

Al personal de salud de diversos centros de salud y hospitales en donde tuve la oportunidad de realizar prácticas e internado o ser partícipe de diversas experiencias laborales, en especial en la Microred el Porvenir donde fue el contexto y por haberme permitido y facilitado el desarrollo de la investigación.

Índice de contenidos.

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	5
III. METODOLOGÍA.....	14
3.1. Tipo y diseño de investigación	14
3.2. Variables y operacionalización	14
3.3. Población, muestra y muestreo	14
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	15
3.5 Procedimientos:	16
3.6 Método de análisis de datos	17
3.7 Aspectos éticos.....	17
IV. RESULTADOS.....	18
V. DISCUSIÓN.....	21
VI. CONCLUSIONES.....	26
VII. RECOMENDACIONES.....	27
REFERENCIAS	
ANEXOS	

Índice de tablas.

Tabla 1. Tabla de distribución de pacientes Según el Nivel de Conocimiento sobre Complicaciones de Tuberculosis y Adhesión al Tratamiento Antituberculoso - Microred El Porvenir, 2022.....	18
Tabla 2. Relación entre el Conocimiento sobre Complicaciones de Tuberculosis y la Adhesión al Tratamiento en pacientes con Tuberculosis, Trujillo 2022.....	18
Tabla 3. Características de pacientes con Tuberculosis, Según el Grado de Conocimiento sobre Complicaciones de Tuberculosis-Microred El Porvenir, 2022.....	19
Tabla 4. Características de pacientes con Tuberculosis según la Adhesión al tratamiento Antituberculosos - Microred El Porvenir, 2022.....	20

Resumen

El estudio de diseño cuantitativo no experimental, transversal descriptivo, correlacional, realizado bajo los lineamientos de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control De Tuberculosis en la Microred el Porvenir, Trujillo 2022. Con la finalidad de determinar si el conocimiento sobre complicaciones de tuberculosis, está relacionado a la adhesión al tratamiento en pacientes con tuberculosis. La muestra estuvo conformada por 52 pacientes con tuberculosis, confirmada y en tratamiento. Se utilizó dos instrumentos: cuestionario, que evalúa el nivel cognitivo sobre tuberculosis y la adhesión al tratamiento. Los resultados se muestran en tablas con frecuencias porcentuales y numéricas de doble entrada, el 50% tuvo nivel alto de conocimientos, 26.9% nivel medio y 23.1% nivel bajo. En cambio, el 69.2% tiene alta adhesión y 30.8% baja adhesión al tratamiento. Respecto a la relación entre variables del 50% que presenta nivel de conocimiento alto, el 50% tuvo alta adhesión. Del 26.9% con nivel medio, el 19.2% tiene alta adhesión y 7.7% baja adhesión, sin embargo, del 23.1% con nivel bajo el 23.1% tuvo baja adherencia. En conclusión, existe relación entre el conocimiento sobre complicaciones de tuberculosis y la adhesión al tratamiento en pacientes con tuberculosis, con alta significancia estadística $X^2= 38.5$, razón de verosimilitud 47.4 y $p=0.000$ ($p<0.01$).

Palabras clave: conocimientos, tuberculosis, adhesión y tratamiento.

Abstract

The study of non-experimental, cross-sectional, descriptive, correlational quantitative design, carried out under the guidelines of the National Health Strategy for the Prevention and Control of Tuberculosis in the Microred El Porvenir, Trujillo 2022. In order to determine if the knowledge about tuberculosis complications, It is related to adherence to treatment in patients with tuberculosis. The sample consisted of 52 patients with tuberculosis, confirmed and under treatment. Two instruments were used: questionnaire, which evaluates the cognitive level on tuberculosis and adherence to treatment. The results are shown in tables with percentage and numerical frequencies of double entry, 50% had a high level of knowledge, 26.9% medium level and 23.1% low level. Instead, 69.2% have high adherence and 30.8 low adherence to treatment. Regarding the relationship between variables of the 50% that present a high level of knowledge, 50% had high adherence. Of the 26.9% with a medium level, 19.2% have high adherence and 7.7% low adherence, however, of the 23.1% with a low level, 23.1 had low adherence. In conclusion, there is a relationship between knowledge about tuberculosis complications and adherence to treatment in patients with tuberculosis, with high statistical significance $X^2= 38.5$, likelihood ratio 47.4 and $p=0.000$ ($p<0.01$).

Keywords: knowledge, tuberculosis, adherence and treatment

I. INTRODUCCIÓN.

Según la Organización Mundial De La Salud, la tuberculosis es un inconveniente para salud integral pública muy relevante que tiene como causa el *Mycobacterium tuberculosis*, este es un microorganismo bacteriano que tiene tropismo y afecta principalmente a los pulmones, se caracteriza por ser una patología tratable y prevenible. El modo de transmisión de tuberculosis (TBC) es de persona a persona, mediante microgotas o gotas de Flügge en el aire por diversos mecanismos como el toser, estornudar o escupir.¹

A nivel mundial, la TBC figura como la décimo tercera patología causante de defunciones y es la morbilidad infectocontagiosa más mortal que solo es superada por el SARS-COV2, además, se estima que en el año 2020 se contagiaron con la enfermedad tuberculosis 9,9 millones huéspedes de diversas condiciones en todo el mundo: de los cuales 5,5 millones fueron varones, 3,3 millones mujeres y 1,1 millones menores de edad, muchos de estas personas infectadas desconocen sobre las consecuencias de la enfermedad ante un diagnóstico tardío o tratamiento inoportuno. La tuberculosis tiene incidencia y prevalencia en todos los países y afecta a todos los grupos etarios. Poner fin a esta epidemia de patología tuberculosa en el 2030 es una de las grandes metas esperadas trazados durante el diseño de los Objetivos de Desarrollo Sostenible por diversas naciones con interés en fortalecer la salud pública integral.¹

Bajo este contexto la Organización internacional Panamericana en Salud (OIPS), afirma, que la patología tuberculosa actualmente predomina y sigue siendo una de las muchas enfermedades infecciosas transmisibles más mortales del mundo. Cada día a nivel mundial, más de 4 000 personas infectadas fallecen a consecuencia de la tuberculosis y aproximadamente 30.000 enferman de esta enfermedad, que puede diagnosticarse y tratarse a tiempo. En América, cada día mueren más de 70 personas y aproximadamente 800 se contagian de esta enfermedad infecciosa. Se estima que en el año 2020 había 18.300 niños con TBC en las Américas, el 50% fueron pre escolares o niños con edad inferior a 5 años.²

En todo el Perú se tiene el 14% de los casos de TBC y es el segundo país con mayor recuento de casos confirmados a nivel regional en las Américas, y el primer lugar en América del Sur; además, se encuentra dentro de los 30 países a nivel mundial con mayor carga a la resistencia terapéutica, en donde el 79% es TB de carácter multidrogo resistente (TB-MDR) y el 70% es TB de carácter extremadamente resistente (TB-XDR).³

Por lo tanto, actualmente para el Perú es todavía un relevante problema en salud pública que incluye a todas sus regiones, sin embargo, según la distribución de casos identificados o diagnosticados de TBC se evidencia que el 57 % pertenecen a Lima metropolitana, provincias de Lima y el Callao, el porcentaje restante se distribuye a nivel regional, dentro de las cuales la regiones con mayor reporte en número de casos con confirmación diagnóstica, son las regiones selváticas: Ucayali, Loreto y Madre de Dios. Región del sur (Tacna); Región del centro (Ica); región del norte (La Libertad), entre otros. La vigencia actual de pandemia por SARS COV-2 o COVID-19, recargó evidentemente y superó las capacidades de respuesta del sistema de atención en salud del Perú, provocando que los pacientes diagnosticados y sin diagnóstico de enfermedad tuberculosa acortaran su acceso a las actividades preventivo promocionales, diagnóstico y tratamiento oportuno.⁴

En la Región la Libertad en el año 2021, según el Ministerio de Salud se ha reportado 1221 diagnosticados de tuberculosis (TB) y de los cuales 45 casos fueron multidrogo-resistentes, motivo por el cual la región La Libertad está dentro de las prioridades nacionales por su alto número de casos. El diagnóstico temprano estuvo debilitado por la pandemia covid-19, como consecuencia originó un cierto grado de descuido en la atención de diversas patologías prevenibles como es el caso de la tuberculosis.⁵

La adhesión o comúnmente denominado adherencia al esquema terapéutico o tratamiento, hace referencia y tiene como significado que el usuario o paciente está siguiendo una trayectoria recomendada basada en un esquema de tratamiento, lo que implica recibir y tomar en su totalidad los fármacos indicados

durante todo el tiempo preciso, además de realizarse los exámenes y pruebas de monitoreo; También implica realizarse y cumplir todas las medidas recomendadas por los profesionales de salud, en el control o seguimiento de TBC basándose bajo el principio de su responsabilidad como persona con derechos y deberes lo que implica a un paciente con diagnóstico de tuberculosis.⁶

Actualmente bajo el contexto de pandemia covid-19, existe diversos motivos por lo que un paciente podría tener dificultades en cumplimiento con el esquema terapéutico antituberculoso, algunos de estos son: trato inadecuado por personal asistencial en los diversos establecimiento de salud, recursos humanos no capacitados, déficit del principio confidencial, desabastecimiento o stock limitado en insumos farmacéuticos o de laboratorio, difícil acceso a los centros de salud, cuando el paciente siente mejoría clínica sin finalizar un esquema terapéutico, déficit de conocimiento sobre su enfermedad, dogmas étnico-culturales o personales, alteración en la capacidad física o mental y estigmatización social. Todas estas dificultades presentes durante la detección y control o monitoreo de tuberculosis conducen al incremento en la resistencia bacteriana y morbimortalidad.⁶

Por esta razón, se planteó en esta investigación el siguiente **problema: ¿El conocimiento sobre complicaciones de tuberculosis está relacionado a la adhesión al tratamiento en pacientes con tuberculosis, Trujillo 2022?**

Entonces teniendo a la tuberculosis a nivel mundial, en América Latina, en Perú, en la Región La Libertad con un alto número de casos diagnosticados, perfil de morbimortalidad con tendencia al incremento y con resistencia al tratamiento evidenciado por datos estadísticos con alto porcentaje de casos de TB-MDR y TB-XDR; nos hace inferir que existe una brecha entre el sistema de atención en salud y el compromiso de los pacientes durante la prevención y manejo antituberculoso.

En nuestra realidad peruana existe cierto grado de irresponsabilidad relativa para el cumplimiento o adherencia en el régimen de tratamiento en los pacientes diagnosticados por tuberculosis y otras enfermedades, configurándose de este modo como una causal para la resistencia, refractariedad terapéutica y progreso patológico. Para una adhesión inadecuada al esquema de tratamiento

antituberculoso existe muchos factores asociados como el trato inadecuado por profesionales sanitario durante la atención, dificultades en el acceso a establecimientos de salud, paciente con conocimientos débiles sobre su patología y el sentir mejoría clínica temporal sin haber finalizado un esquema terapéutico, etc. Superar estos factores implicaría todo lo contrario y como respuesta se favorece la adhesión a la terapia antituberculosa.

Sin embargo, resulta de gran valor e importancia saber el nivel cognitivo que se obtiene de los pacientes respecto a su enfermedad actual o tuberculosis y probables complicaciones que podrían aparecer. Estos conocimientos que ayudan a comprender la realidad patológica en los pacientes, podrían contribuir o ser un factor determinante para el fin de la cadena de transmisión, garantizar un tratamiento adecuado, control eficaz, reducción de la morbimortalidad asociado a esta causa y favorecer el desarrollo nacional.

En consecuencia, el **objetivo general** es: Determinar si el conocimiento sobre complicaciones de tuberculosis está relacionado a la adhesión al tratamiento en pacientes con tuberculosis, Trujillo 2022. **Objetivos específicos:** Establecer el nivel cognitivo de los pacientes sobre complicaciones de tuberculosis. Estimar la adherencia al esquema de tratamiento antituberculoso. Relacionar sí el nivel de conocimiento está asociado a la adherencia al tratamiento antituberculoso.

Las hipótesis que se plantea son: **H1:** El conocimiento sobre complicaciones de tuberculosis está relacionado a la adhesión al tratamiento en pacientes con tuberculosis, Trujillo 2022 y **Ho.** El conocimiento sobre complicaciones de tuberculosis no está relacionado a la adhesión al tratamiento en pacientes con tuberculosis, Trujillo 2022.

II. MARCO TEÓRICO.

Jang Y. et. al. (Korea, 2022), Investigaron el impacto del conocimiento sobre tuberculosis y el soporte familiar en la adherencia al esquema de tratamiento antituberculoso, realizaron un estudio descriptivo cuantitativo en 160 pacientes con diagnóstico de TBC en varios hospitales generales a los que se les aplicó un cuestionario validado. Se obtuvo que, $15,85 \pm 5,87$ (25 puntos) fue la media de la puntuación sobre conocimientos en tuberculosis, $22,03 \pm 9,20$ (35 puntos) en soporte familiar y $5,11 \pm 2,68$ (8 puntos) sobre adherencia al esquema antituberculoso. Se mostró diferencias significativas entre el conocimiento sobre tuberculosis, el soporte familiar y la adhesión al tratamiento antituberculoso. Concluyeron que, la importancia del tratamiento completo, el conocimiento sobre TBC y el soporte familiar son muy significativas para incrementar la tasa de adherencia al esquema terapéutico. Es por esto, que el profesional médico responsable de atención a pacientes con TBC debe realizar un seguimiento continuo.⁷

Adisa R. et. al. (Nigeria, 2021), en 140 pacientes con TB-DS; evaluaron los conocimientos sobre TBC, las probables causas para la falta de adhesión al tratamiento y evaluaron la respuesta a la terapia TB-DS llevada durante 5 años. Aplicaron un cuestionario y la revisión de archivos clínicos. Obtuvieron que, 97,9% (137) sabía que la TBC es tratable, 91.4% (128) que era prevenible, 46,1% (107) precisaron que el no cubrirse la boca al toser es la forma más importante de contagio, solo 4% (10) precisó que cumplir con el esquema terapéutico es lo más importante y efectivo para prevenir el contagio. Las causas principales para la no adhesión terapéutica fue 55% (33) indicaron acceso difícil a la atención médica y 16,7% (10) la cantidad de tabletas. En la evaluación del tratamiento en los pacientes, 53,5% se recuperaron, 25,6% terminaron el esquema terapéutico, 10,6% evadieron la terapia farmacológica, 2,3% fracasaron y 7,8% fallecieron. Concluyendo que el conocimiento sobre TB-DS es elevado, sobre todo en la forma de contagio y las formas de prevención, sin embargo, un gran número no comprende de cómo garantizar la adhesión al tratamiento.⁸

Balakrishnan N. et. al. (Malasia, 2021), determinaron el nivel cognitivo y percepción del manejo terapéutico entre los usuarios diagnosticados con tuberculosis que acuden a consultorios externos. Realizaron un estudio transversal con 208 personas diagnosticadas con TBC, emplearon un cuestionario aprobado y autoadministrado por los mismos pacientes que acuden a consultorios de atención primaria. Se encontró que, 88,9% de pacientes sabía que podemos infectarnos con TBC con inhalación de la bacteria bacilo de Koch, 68,2% atribuyeron al hábito de fumar, 69,2% cuando se comparte alimentos y 66,8% por compartir un mismo plato, son causas de la TBC. Además, persiste la percepción desfavorable relacionado al manejo terapéutico. Concluyeron que existió vacíos de conocimientos entre los pacientes con tuberculosis que impactaron de forma negativo en el tratamiento, las asesorías en fases del tratamiento fortalecen las capacidades cognitivas, finalmente recomiendan consejerías estandarizadas sobre TBC y la mejora de competencias del personal de salud mediante la actualización de sus conocimientos.⁹

Marahatta S. et. al. (Nepal, 2021), determinaron los elementos que inducen a no cumplir el esquema terapéutico farmacológico en pacientes con diagnóstico de tuberculosis. Ejecutaron estudios de casos y controles para lo cual aplicaron entrevistas a profundidad y cuestionarios validados a 120 personas. Se obtuvo que en 56,2% de controles y 72,5% de casos fueron varones, donde identificaron cinco causas de riesgo significativas que alteran el cumplimiento del esquema antituberculoso como: acceso difícil a los centros de atención, conocimiento deficiente sobre tuberculosis o fases de tratamiento, bajos recursos económicos, dificultades para persuadir u observar directamente a los pacientes y tiempo de medicación prolongado. Concluyeron que, los conocimientos que tienen los pacientes tuberculosos sobre su patología y el compromiso familiar son determinantes vitales para el cumplimiento adecuado del esquema terapéutico, además, el manejo farmacológico directamente observado es un determinante significativo para lograr una adherencia óptima.¹⁰

Fang H. et. al. (China, 2019), determinaron la tasa de omisión sobre adhesión terapéutica en pacientes con diagnóstico de TBC pulmonar e investigaron los factores que influyen. Utilizaron el método de muestreo estratificado y aplicaron un

cuestionario estructurado a 339 pacientes con tuberculosis. Se obtuvo que el 33,63% omitió el tratamiento. Los conocimientos en relación a tuberculosis, la tasa de cognición en personas con cumplimiento terapéutico adecuado fue más representativo que en el grupo con cumplimiento inadecuado ($P < 0,05$), la tasa del no cumplimiento terapéutico con monitoreo profesional fue de 26,10% y fue inferior que sin monitoreo o supervisión establecida con 64,18%, ($P < 0,001$). Concluyeron que la tasa de no adhesión al esquema antituberculoso en pacientes con diagnóstico establecido de TBC es relativamente elevado, además está relacionada con los conocimientos previos sobre la patología tuberculosa, ingresos económicos bajos y la poca frecuencia de visitas domiciliarias médicas.¹¹

Martínez J. et. al. (Lima, Perú, 2019). Evaluó el grado cognitivo sobre TBC pulmonar y la adhesión al esquema de tratamiento en varones adultos de 20 a 50 años que pertenecen al área de transmisibles en un establecimiento de salud. Ejecutó un estudio descriptivo, cualitativo e interpretativo que como muestra tuvo a 7 varones adultos a los que se les hizo entrevistas profundas, abiertas y bases teóricas. Los resultados mostraron que, el 70 % de los sujetos de estudio tienen conocimiento basados en fundamentos científicos en patología tuberculosa, el éxito en la adhesión al manejo terapéutico está influenciado por: apoyo dentro del círculo familiar y una interacción adecuada con profesionales de la salud. Concluyeron que el nivel cognitivo que los pacientes con diagnóstico de TBC han adquirido, lo fueron interiorizando paralelo a las asistencias que recibieron durante las fases de su tratamiento. De esta manera, mientras mayor sea el tiempo de duración del tratamiento el conocimiento sobre su patología y la adhesión al tratamiento será directamente proporcional.¹²

Meza E. et. al. (Nuevo Chimbote, Perú 2019). Determinaron la relación existente entre el conocimiento sobre enfermedad tuberculosa pulmonar y el cumplimiento del esquema de manejo antituberculoso en pacientes del Programa Nacional de Enfermedades Transmisibles (TBC) en un establecimiento de salud. Elaboraron un estudio descriptivo, correlacional, transversal, con 33 personas diagnosticadas de TBC a los cuales les aplicó un cuestionario de nivel cognitivo validado y de alta confiabilidad. Se obtuvo que, 48.5 % tenía un nivel de conocimiento intermedio, 12.1% nivel cognitivo alto, 51.5% con adherencia al esquema de tratamiento. De

este modo se demostró una relación significativa con $p= 0,010$ entre variables donde el indicador RHO de la medida Spearman fue de $+0.442$, que evidenció asociación paralela y de intensidad significativa moderada. Concluyeron afirmando que existe una asociación fuerte o significativa entre el nivel cognitivo sobre enfermedad tuberculosa y el cumplimiento del esquema terapéutico.¹³

Aguilar M. et. al. (Pacasmayo, Perú, 2019). Determinaron la relación entre nivel cognitivo sobre tuberculosis y probabilidad de evadir al esquema de tratamiento en el programa de tuberculosis mediante un estudio cuantitativo descriptivo, correlacional, transversal con 27 personas con tuberculosis pulmonar y esquema de tratamiento vigente. Aplicaron un cuestionario semiestructurado sobre grado de conocimientos. Se obtuvo que, 63.0% tenía un nivel medio, 29.6 % tenía un alto nivel y solo el 7.4 % tenía nivel bajo. El 66.7% con baja probabilidad de abandono al esquema de tratamiento y 33.3% con alta probabilidad. En la asociación entre variables se determinó, 55.6% tiene nivel medio de conocimientos y baja probabilidad de abandono terapéutico, 25.9% tiene un nivel alto y también la probabilidad alta de abandono y solo 7.4% tanto su nivel cognitivo como la probabilidad de dejar el tratamiento es bajo. Concluyeron que existe relación fuerte y significativa entre variables tanto del nivel cognitivo sobre tuberculosis y la probabilidad de abandono al esquema de tratamiento con $p 0.001$.¹⁴

La enfermedad infectocontagiosa prevalente en nuestro medio es la tuberculosis pulmonar activa, esta es una patología altamente infecciosa en personas con factores de riesgo, es causada por la infección del *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch, considerada en la actualidad como la causa principal de morbimortalidad producida por un solo agente patógeno infeccioso, con mayor proporción en naciones subdesarrolladas como en África y América latina que se caracteriza por ser tratable y prevenible.¹⁵

El mecanismo de transmisión de la TBC es de persona a persona, mediante microgotas o gotas de Flügge en el aire por diversos mecanismos como el toser, estornudar, escupir, hablar o cantar. También tiene una de sus características importantes como la de mantenerse en un prolongado estado de latencia desde la infección en relación con la expresión clínica, en este periodo existe predominio de la neumopatía (también puede lograr infectar o diseminarse a otros órganos) y

se produce una respuesta inflamatoria granulomatosa con injuria del tejido pulmonar. Las bacterias por su naturaleza son aeróbicas (afectan principalmente a lóbulos pulmonares superiores), bacilos inmóviles, y no formadoras de esporas, con una envoltura lipídica que les permite retener la tinción roja después de ser expuestas al ácido, de ahí su nombre también denominados como bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR).¹⁵

El mecanismo fisiopatológico de la TBC pulmonar es, una vez que se transmite de una persona con la patología tuberculosa activa a un individuo sano, mediante los mecanismos mencionados anteriormente, estas microgotas o micropartículas viajan por las vías respiratorias, en estas vías los bacilos pueden quedar retenidos por las células específicas caliciformes secretoras de mucosidad, que cuya misión bloquear la puerta de ingreso y/o eliminar agentes reconocidos como extraños. Sin embargo, en determinados casos, estas microgotas pueden evadir este mecanismo mucociliar de defensa de primera línea, lo que les permitirá y favorecerá ingresar a las zonas más aireadas que se encuentran en los lóbulos superiores pulmonares.¹⁶

Es en este punto aireado (lóbulos pulmonares superiores) es cuando durante el proceso de infección, se activan los mecanismos de defensa inmunitarios innatos considerados como defensa de segunda línea del huésped susceptible. Es aquí donde las células inmunitarias pueden ser reclutados por diversos mecanismos de señalización, a través de los cuales los macrófagos alveolares fagocitan los bacilos infectantes e inducen su destrucción usando su sistema enzimático proteolítico y diversas citocinas, uno de los cuales es factor de necrosis tumoral α y el interferón gamma.¹⁶

En el cuadro clínico de la TBC son más frecuentes las manifestaciones respiratorias. Dentro de las cuales, la tos como síntoma más común; esta se caracteriza por ser persistente o seca, y puede prolongarse por varias semanas o inclusive meses, sin embargo, debido a su mecanismo fisiopatológico lo más evidente y común es que se caracteriza por ser de tipo mucopurulenta o mucosidad. En el momento que coexisten injurias inflamatorias traqueobronquiales o laríngeas, la tos siempre se asocia a un impreciso dolor torácico que muchos pacientes lo refieren como sensación de opresión y/o tensión. La tos con

expectoración sanguinolenta o hemoptoica y la hemoptisis persistente son manifestaciones sugestivas de alta probabilidad de TBC.¹⁷

Algunos síntomas pueden manifestarse y ser ligeros o tornarse graves, algunos también pueden ser manifestaciones generales e inespecíficas, como por ejemplo la fatiga, disminución del peso corporal, diaforesis, astenia, fiebre matutina y reducción en el apetito. La clínica disneica se evidencia fundamentalmente en las fases avanzadas de la enfermedad tuberculosa o cuando ya existen algunas complicaciones como derrame pericárdico o pleural con volúmenes considerables. Las características semiológicas respiratoria de la TBC no es lo suficiente expresiva; por tanto, es frecuente la disparidad entre la carencia de los signos y la severidad de las lesiones observadas en el examen radiográfico.¹⁷

El diagnóstico de la tuberculosis se realiza con diferentes métodos según el patrón de actividad bacteriológica como TBC latente y activa. Para el diagnóstico de tuberculosis latente se hace a través de la prueba cutánea de tuberculina (derivado proteico purificado-PPD), el resultado es positivo si la induración tiene un diámetro mayor o igual a 10 mm en población en general y en personas con inmunodeficiencias (infección con VIH, uso prolongado de corticoides, desnutridos, terapia farmacológica antineoplásica) mayor o igual a 5 mm. Además del PPD se usa la prueba sanguínea (Interferón Gamma Reléase Assay- IGRA) que determina y mide la liberación o concentración del interferón gamma, si es positivo (indica TBC activa o latente), reacción negativa (No existe TBC latente) y se repite la prueba cuando la reacción es inespecífica.¹⁸

Para TBC activa, existen métodos diagnóstico bacteriológicos y clínicos radiológicos. En el diagnóstico bacteriológico tenemos a la Baciloscopia directa (se procesa mediante el método Ziehl-Neelsen o método Auramina-O). Prueba rápida molecular (es complementaria o reemplaza a las pruebas convencionales como baciloscopia o cultivo), se realiza en pacientes identificados como casos probables de TBC pulmonar o extrapulmonar. Cultivo (realizados en medios sólidos Lowenstein-Jensen, medio de cultivo líquido MGIT del inglés Mycobacteria Growth Indicator Tube y en medio Ogawa), todos disponibles en Perú, se indican en resultado de baciloscopia negativa, pero con patrón radiológico anormal de tórax, baciloscopia con resultado paucibacilar, muestras de población con alto

riesgo en TBC, niños, inmunocomprometidos, etc.¹⁹

El diagnóstico clínico radiológico y el criterio clínico de TBC pulmonar, deben estar enfocados a investigar a personas con signos o síntomas respiratorios (expectoración, tos, disnea, dolor torácico) a los cuales se pueden agregar manifestaciones generales (diaforesis o alza térmica, bajo peso gradual y constante). La clínica de TBC extrapulmonar depende de la ubicación del órgano afectado. Los hallazgos y característicos radiológicos son nódulos miliares, evidencia de lesiones cavitarias, signos de difusión bronquial, derrame pleural unilateral o bilateral, adenopatías mediastínicas, signos de consolidación y opacidades en vidrio esmerilado, ningún hallazgo radiográfico es considerado específico de TBC, por lo cual se debe realizar una tomografía de tórax en aquellos pacientes en que los hallazgos radiográficos no son suficientes para establecer el diagnóstico.^{18,20.}

El tratamiento está dirigido a toda persona con diagnóstico confirmado de tuberculosis, es gratuito, priorizando una atención de calidad concentrada en el paciente que facilite la adherencia terapéutica. Los esquemas de tratamiento y el tiempo de duración es según la condición clínica: esquema de TBC sensible en pacientes sin VIH: el tiempo de duración es 6 meses divididos en 2 fases, primera fase por 2 meses (isoniacida, rifampicina, etambutol, pirazinamida-HREZ) de dosis diaria (total 50 dosis) y segunda fase por 4 meses (H3R3) tres veces semanales (total 54 dosis) indicados en personas con TBC pulmonar, TBC extrapulmonar, pacientes con diagnóstico reciente o tratados con anterioridad (pérdida en el seguimiento y recaídas) y no está indicado en casos de compromiso miliar, sistema nervioso central(SNC) y osteoarticular.^{18,21}

El esquema farmacológico en TBC extrapulmonar o miliar con afección osteoarticular y del SNC es de 12 meses de duración: primera fase de 2 meses (HREZ) a dosis diaria (50 dosis en total) y 10 meses en la segunda fase donde se indica (HR) dosis diaria (250 dosis en total). El esquema para pacientes con TBC y coinfección VIH es de 6 meses: 2 meses en la primera fase (HREZ) con dosis diarias (total 50 dosis) y 4 meses en la segunda fase (HR) con dosis diarias (total 100 dosis).^{18,21}

En la enfermedad tuberculosa si no se realiza un diagnóstico temprano, se inicia en etapas tardías o no se cumple el tratamiento, entonces los pacientes afectados pueden presentar las siguientes complicaciones: dolor espino vertebral, patología osteoarticular (artritis tuberculosa), meningitis tuberculosa, enfermedad hepática y renal, trastornos cardíacos (dentro de los cuales el taponamiento cardiaco es el más mortal), derrame pleural, neumonías recurrentes, hemoptisis masiva o recurrente, fístula bronco pleural, empiema pleural, bronquiectasias, micetoma pulmonar, estenosis bronquial y tuberculoma. Estas complicaciones son prevenibles con un cumplimiento en el tratamiento indicado.²²

Se cree que el conocimiento humano es un círculo secuencial en el cual interactúan diversos individuos interesados en mejorar sus capacidades cognitivas sobre un gran número de temas e información relevante pendiente de análisis. Esto se entiende bajo la perspectiva de que las partes esenciales de cualquier proceso cognitivo, saber y aprendizaje son la persona con interés previo de saber. El objeto del conocimiento resulta ser la información seleccionada y el medio de aprendizaje es la interacción con un sujeto con capacidades de compartir conocimientos mediante diversas técnicas didácticas. Antes de establecer mencionada relación, los sujetos de interacción son solo entes e individuos que coexisten de manera independiente y forman parte del círculo epistemológico y el contexto de la realidad, los conocimientos pueden dar como resultado a hechos concretos o abstractos.²³

Según perspectivas universales y debido a que el conocer implica una creencia verídica, este podría ser dificultoso explicar por qué un hecho dado se refleja naturalmente propulsado por uno de estos elementos (cognoscente, objeto de cognición e instructor de aprendizaje), estado y situaciones que refutan a otro sujeto de interacción. Una personalización más escueta y radical del conocimiento contribuye a resolver problemas de cualquier situación de ignorancia para el bienestar individual y colectivo, de modo simultáneo apertura la sensibilización de conciencia sobre lo especial que resulta ser el aprendizaje mutuo, de sí mismo y de la sociedad.²³

El grado de conocimientos de los pacientes sobre TBC, es catalogado y representado con datos cuantitativos según instrumentos validados como:

conocimientos nivel alto:14 a 20 puntos, medio:7 a 13 puntos y bajo: 0 a 6 puntos. Así mismo para la adherencia al esquema de tratamiento anti- TBC, está basado en el cumplimiento, medido como: buena adherencia al esquema terapéutico antituberculoso: 26 a 34 puntos y baja:17 a 25 puntos.¹⁴

El ente rector mundial de la salud (OMS) ha definido “adherencia o adhesión terapéutica” con lo siguiente, “como el grado actitudinal de un paciente sobre tomar los fármacos indicados, seguir una pauta dietética alimentaria y realizar modificaciones en los estilos de vida y estos sean correspondidos con diversas indicaciones o recomendaciones brindadas por el profesional de salud médico o no médico”.²⁴

Referente a poner en práctica o ejecutar las recomendaciones o indicaciones por parte de pacientes en temas de salud y/o medidas terapéuticas se utiliza imparcialmente los siguientes términos claves “cumplimiento” y “adhesión o adherencia”. Al referirse sobre el cumplimiento destella una actitud netamente pasiva (en el paciente) o activa (en el profesional médico y no médico), otorgando de esta manera una importancia innecesaria o “culpando” de forma unidireccional a una de las partes.²⁴

En relación a la “adhesión o adherencia terapéutica” involucra una diversidad conductual, que es considerada como un fenómeno plural multidireccional, complejo y haciendo referencia al nivel de compromiso donde las actitudes o comportamientos de los pacientes es sincrónico con las indicaciones y recomendaciones consensuadas entre personal asistencial de salud y pacientes involucrados. Por consiguiente, este término utilizado comprende una responsabilidad bidireccional (paciente y profesional médico), donde sobresale tanto la intervención activa de pacientes, así como el compromiso del profesional de salud en diseñar y ejecutar estrategias a través de una comunicación adecuada que viabilice toma de decisiones bidireccionales.²⁵

III. METODOLOGÍA.

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación: aplicada.²⁶

Diseño de investigación: no experimental, transversal descriptivo, correlacional.²⁷ (Anexo N°1)

3.2. Variables y operacionalización

V1: conocimiento sobre tuberculosis y complicaciones.

V2: adhesión al tratamiento

Operacionalización de variables (Anexo N°2)

3.3. Población, muestra y muestreo

Población: estuvo conformada por 52 pacientes mayores de 18 e inferior a 60 años diagnosticados con tuberculosis, que se atienden en la ESN PCT de la Microrred El Porvenir. Trujillo, 2022.

Criterios de inclusión.

- Usuarios en estado de lucidez, orientados en lugar, tiempo, espacio y persona.
- Pacientes con confirmación diagnóstica de tuberculosis y que se encuentran en una determinada fase o esquema terapéutico según norma técnica vigente.
- Pacientes con predisposición para formar parte en el trabajo de investigación (consentimiento informado).

Criterios de exclusión.

- Pacientes con patologías psiquiátricas.
- Pacientes con trastornos del lenguaje y comunicación.
- Pacientes con menos de 2 meses de tratamiento en ESN PCT.

Muestra: El presente estudio considero incluir a todos los pacientes de la ESN PCT, respetando la predisposición de su participación que se encuentran dentro del rango de edad, entre 18 a 60 años.

Muestreo: Se considero incluir a la totalidad de pacientes del programa ESN PCT.

Unidad de análisis: Cada paciente

Unidad de muestreo: Cada paciente

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica: Se utilizo la entrevista con la aplicación de un cuestionario como medio de recolección de datos y la revisión de historias clinicas.²⁸

Instrumento: Se aplicaron dos cuestionarios.

- a. El cuestionario cuasi estructurado, para evaluar el nivel o grado cognitivo de los pacientes sobre tuberculosis en el programa de ESN PCT, diseñado y aplicado por Aguilar y Aquino¹⁴, (Anexo N°3). Está elaborado con 20 ítems, sobre conocimientos que los pacientes han obtenido sobre tuberculosis, complicaciones, terapia farmacológica y medidas preventivas.

El cuestionario fue elaborado con una lista de 20 preguntas con 5 alternativas para cada una. Para la calificación, el valor 1 corresponde a la respuesta correcta y el valor 0 para respuestas incorrectas.

El diseño de este instrumento permitió la clasificación del nivel o grado cognitivo en: nivel alto, medio y bajo.

- Nivel alto de conocimientos: 14 a 20 pts.
- Nivel medio de conocimientos: 7 a 13 pts.
- Nivel bajo de conocimientos: 0 a 6 pts.

- b. Para la variable de adhesión al tratamiento o riesgos de abandono terapéutico se utilizó y aplico un cuestionario que

consta de 17 ítems, relacionadas a las dimensiones de cumplimiento terapéutico, apoyo familiar y/o social y apoyo por parte del personal de salud. Se asignó el valor 2 para respuesta afirmativa y el valor 1 para negativa lo cual fue utilizado por Aguilar y Aquino.¹⁴(Anexo N°4). La escala permitió la clasificación de adherencia o riesgo de abandonar el tratamiento de la siguiente forma.

- Baja adherencia o alta probabilidad para el abandono del esquema de tratamiento: 17-25 puntos.
- Alta adherencia o baja probabilidad para el abandono del esquema de tratamiento: 26-34 puntos.

Validación y confiabilidad: El cuestionario que se utilizó para evaluar el nivel cognitivo o conocimientos, tuvo un alfa de Cronbach de 0.897 de confiabilidad y el cuestionario para adhesión al tratamiento con alfa de Cronbach de 0.762 de confiabilidad.¹⁴

3.5 Procedimientos:

Para el desarrollo del proyecto se solicitó y se coordinó la autorización por el director ejecutivo del hospital y el responsable de ESNPCT, posteriormente se identificó la cantidad de pacientes que se encuentran registrados con diagnóstico confirmado de TBC y que se encontraron en alguna fase de tratamiento según registros en historias clínicas. Una vez identificados se procedió a la realización de la entrevista en el área de PCT, a los pacientes que no acudieron a su cita se realizó la visita domiciliaria para efectivizar las entrevistas en la población objetivo. Se solicitó la autorización y aceptación correspondiente por parte de la familia para la participación en el trabajo de investigación. (consentimiento informado).

La aplicación, registro o llenado del instrumento, fue ejecutado por el investigador en un periodo de tiempo estimado de 30 minutos como máximo.

3.6 Método de análisis de datos

La información recolectada, fue ingresada y procesada en el programa estadístico IBM SPSS versión 26.0. Los resultados obtenidos se mostraron en tablas de una o doble entrada, con datos de frecuencias simples y porcentajes. Para la determinación de la relación entre dos variables se utilizó el estadístico “r” de correlación (correlación de Pearson o Spearman), con una “ $p \leq 0.05$ ” y prueba chi-cuadrado.

3.7 Aspectos éticos.

En esta presente investigación en la cual se tiene como sujetos de estudio a personas, se puso en énfasis los principios éticos considerados en la investigación; que garantizaron proteger los derechos, privacidad y seguridad de todos los participantes. Teniendo en cuenta que se solicitó el consentimiento informado, preservando el principio de confidencialidad y autonomía de los participantes, (Helsinki).³⁰

IV. RESULTADOS.

TABLA N°1

Tabla de distribución de pacientes Según el Nivel de Conocimiento sobre Complicaciones de Tuberculosis y Adhesión al Tratamiento Antituberculoso - Microred El Porvenir, 2022

Nivel de Conocimiento	Adhesión al tratamiento				Total	
	Alta		Baja		n	%
	n	%	n	%		
Alto	26	50	-	-	26	50
Medio	10	19.2	4	7.7	14	26.9
Bajo	-	-	12	23.1	12	23.1
Total	36	69.2	16	30.8	52	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con tuberculosis en la ESNPCT de la Microred El Porvenir-Trujillo. Perú, 2022.

TABLA N°2

Relación entre el Conocimiento sobre Complicaciones de Tuberculosis y la Adhesión al Tratamiento en pacientes con Tuberculosis, Trujillo 2022.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,5	2	0.000
Razón de verosimilitud	47.4	2	0.000
Asociación lineal por lineal	35.8	1	0.000
N de casos válidos	52		

Fuente: Salida software SPSS 26.

TABLA N°3

Características de pacientes con Tuberculosis, Según el Grado de Conocimiento sobre Complicaciones de Tuberculosis-Microred El Porvenir, 2022.

Características del paciente	Conocimiento Sobre Tuberculosis							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad / años								
21-30	7	13.5	3	5.8	1	1.9	11	21.2
31-40	5	9.6	4	7.7	5	9.6	14	26.9
41-50	7	13.5	4	7.7	5	9.6	16	30.8
51-60	7	13.5	3	5.8	1	1.9	11	21.2
Grado de Instrucción								
Analfabeto	-	-	1	1.9	3	5.8	4	7.7
Primaria	1	1.9	10	19.2	9	17.3	20	38.5
Secundaria	21	40.4	3	5.8	-	-	24	46.2
Superior	4	7.7	-	-	-	-	4	7.7
Género								
Femenino	13	25	5	9.6	6	11.5	24	46.2
Masculino	13	25	9	17.3	6	11.5	28	53.8
Total	26	50	14	26.9	12	23.1	52	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con tuberculosis en la ESNPCT de la Microred El Porvenir-Trujillo. Perú, 2022.

TABLA N°4

Características de pacientes con Tuberculosis según la Adhesión al tratamiento Antituberculosos - Microred El Porvenir, 2022.

Características del paciente	Adhesión al tratamiento					
	Alta		Baja		Total	
	n	%	n	%	n	%
Edad / años						
21-30	9	17.3	2	3.8	11	21.2
31-40	8	15.4	6	11.5	14	26.9
41-50	11	21.2	5	9.6	16	30.8
51-60	8	15.4	3	5.8	11	21.2
Grado de Instrucción						
Analfabeto	-	-	4	7.7	4	7.69
Primaria	8	15.4	12	23.1	20	38.5
Secundaria	24	46.2	-	-	24	46.2
Superior	4	7.7	-	-	4	7.7
Género						
Femenino	17	32.7	7	13.5	24	46.2
Masculino	19	36.5	9	17.3	28	53.8
Total	36	69.2	16	30.8	52	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con tuberculosis en la ESNPCT de la Microred El Porvenir-Trujillo. Perú, 2022.

V. DISCUSIÓN

Para determinar la relación entre el nivel de conocimientos sobre complicaciones de tuberculosis y la adhesión al tratamiento en pacientes con tuberculosis que acuden a la ESNPCT en la Microred el Porvenir, Trujillo 2022, se evaluaron 52 pacientes, de los cuales se cuenta con la siguiente información:

En la **tabla número 1**, se presenta la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre tuberculosis y la adhesión al tratamiento antituberculoso. Se observa que el 50% (26) presenta un nivel de conocimientos alto, y 69.2% (36) tiene alta adherencia al tratamiento; 23.1% (12) tiene bajo nivel de conocimiento y 30.8% (16) baja adherencia. Los resultados concuerdan con el estudio de Adisa R. et. al.⁸ que encuentra que el 97,9% sabía que la TBC es tratable, 91.4% que era prevenible, solo 4% precisó que cumplir con el esquema terapéutico es lo más importante y efectivo para prevenir el contagio.

Al realizar el análisis estadístico para establecer la relación entre el nivel de conocimiento y la adherencia al tratamiento (**Tabla número 2**) se observa que existe relación estadística significativa entre las variables de estudio; obteniéndose la $X^2= 38.5$ lo que proporcionó una significancia de $p=0.000$ ($p<0.01$) por lo que permite en el estudio demostrar la relación existente entre el nivel de conocimiento sobre las complicaciones de la tuberculosis y su adhesión al tratamiento.

Resultados similares reporta: Parwati NM.et. al.³¹ evidencian que el conocimiento de los pacientes contribuye a fortalecer la adherencia y el éxito al esquema terapéutico antituberculoso, (adherencia 4,5 veces mayor RRA = 4,51, $p = 0,018$) incrementando el éxito terapéutico (3,8 veces mayor RRA= 3,81, $p<0,038$). Igualmente, Gashu KD.et. al.³² (64,2% cumplieron el tratamiento de la TBC y mostraron que el buen conocimiento sobre el esquema de tratamiento; AOR=1.845, IC95% (1.012-3.362). Meza E. et. al.¹³ (48.5 % nivel de conocimiento intermedio y 12.1% nivel cognitivo alto con 51.5% relacionadas significativamente con la adherencia al esquema de tratamiento, $p= 0,010$). Aguilar M. et. al.¹⁴ (63.0% tenía un nivel medio de conocimientos, 29.6% nivel alto, de ellos 66.7% con baja

probabilidad de abandono terapéutico y 33.3% con alta probabilidad de no adherencia, $p=0.001$).

Entonces tras el análisis de diversas investigaciones realizadas por diferentes autores y en contraste con los resultados encontrados en el trabajo de investigación se resalta que el nivel de conocimientos de cada paciente está relacionado directamente con el cumplimiento en indicaciones terapéuticas y de control de la tuberculosis, por lo tanto, se fortalece la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula. Por consiguiente, si el nivel de conocimiento de los pacientes tiene impacto y efecto para una adherencia terapéutica entonces es menester fortalecer las actividades de capacitación o información, nivel educativo y concientización en la población en general.

Sin embargo, los resultados en la investigación difieren parcialmente con los reportados por Adisa R. et. al.⁸ encontró que las causas principales para la no adhesión terapéutica fueron: acceso difícil a la atención (55%) y la cantidad de tabletas prescritas (16,7%), esto podría deberse a que el estudio se realizó con población alejada de los establecimientos de salud, lo cual dificulta el acceso al tratamiento oportuno, (evidenciado porque solo el 53,5% se recuperaron, 25,6% terminaron el esquema terapéutico, 10,6% evadieron la terapia, 2,3% fracasaron y 7,8% fallecieron). En consecuencia, se debe de priorizar la atención primaria en salud y facilitar con diversas vías de comunicación facilitando de este modo el acceso a servicios de salud en los usuarios.

En el análisis de las características de pacientes con tuberculosis, según el grado de conocimiento sobre complicaciones de tuberculosis (**Tabla número 3**). se observa que la edad más frecuente es de 41 a 50 años 30.8 % (16); el grado de instrucción más predominante es secundaria 46.2% (24), a su vez con este grado de instrucción representan el mayor nivel de conocimientos 40,4% (21), bajo nivel cognitivo 17.3% (9) corresponde al grado de instrucción primaria; el género con mayor frecuencia es el masculino con 53.8% (28) que a su vez el 25% (13) tiene el más alto nivel cognitivo, el más bajo corresponde al mismo género 11.5% (6).

Resultados semejantes reporto Gautam N. et. al.³³, que el 80% conocía sobre tuberculosis y 76,92% formaron parte del tratamiento directamente observado (DOTS). Dentro de los cuales, la edad entre 50-60 años con AOR; 13,96, 95 % de IC (4,79 - 40,68), AOR; 10,84, IC: (4,09 - 28,76) tenía mayor conocimiento en TBC y el uso del servicio DOTS respectivamente, comparado al grupo de menos edad, esto puede ser consecuente a la mayor proporción de pacientes de este grupo etario. A su vez los que concluyeron la clase duodécima o grado de instrucción mayor AOR; 2.25, 95% de IC (0.46 - 11.07) y AOR;2.47, IC 95% (0.51-11.28) desarrollaron conocimientos altos y uso de DOTS comparado a los que tienen un grado de instrucción menor.

Gashu KD.et. al.³² obtuvo que el 64,2% cumplieron el tratamiento de la TBC. Tras su análisis determino que la educación secundaria AOR = 4,138, IC al 95%; (1,594-10,74); buena relación profesional de salud -paciente AOR = 1.863, IC de 95%; (1.014-3.423), conocimiento bueno sobre TBC y tratamiento AOR = 1.845, IC de 95%; (1.012-3.362) tienen relación significativa con la adherencia terapéutica. Sin embargo, 58% afirman que el desconocimiento o el olvido, seguido de 17,3% viajan fuera de casa sin los medicamentos son las principales causas de la no adhesión terapéutica.³³ Estos hallazgos tienen una gran similitud con la investigación realizada y revelan que es necesario de algunas estrategia o programas para el fortalecimiento del conocimiento, exclusivamente para usuarios de bajo grado de instrucción o situación de pobreza.

En concordancia con lo mostrado por diversos autores y contrastado con los resultados encontrados, para un mayor conocimiento de los pacientes sobre tuberculosis, estos deben de tener un determinado grado de instrucción y edad que garantice la comprensión y posesos de desarrollo cognitivo. A mayor grado de instrucción mejores son los resultados en el cumplimiento de un esquema terapéutico como el de la tuberculosis, a su vez contribuye a prevenir el aumento de incidencia y prevalencia.

Sin embargo, Vigneschow A. et. al.³⁴ difiere con los resultados. Encontró que el mayor puntaje fue para la categoría “conocimiento intermedio” 40,8 %, “buen conocimiento” 28,2 % y “bajo o pobre conocimiento” con 21,4 % y solo el 9,7% lograron un “conocimiento alto o excelente”. En este estudio se identificó que el nivel educativo de los pacientes o grado de instrucción, la clasificación de establecimientos de salud al que acuden y la capacitación en patología tuberculosa tuvieron una asociación significativa con niveles altos de conocimientos.

En el análisis donde se representa las características de pacientes con tuberculosis, según la adhesión al tratamiento antituberculoso (**tabla número 4**). Se observa que la edad más frecuente y adherente al tratamiento es de 41 a 50 años 30.8% (16) y 21.2% (11) respectivamente, la edad menos frecuente 21 a 30 años 21.2% (11) y menos adherente 31-40 años 11.5% (6). Respecto al grado de instrucción el más frecuente y adherente es secundaria con 46.2% (24) y 46.2% (24) respectivamente y el menos adherente es primaria 23.1% (12). En cuanto al género el más frecuente es masculino 53.8% (28), también este género muestra mayor adherencia 36.5% (19) a su vez también es el menos adherente 17.3% (9).

Los resultados concuerdan con Laghari M. et.³⁵ encontró que existe asociación estadística significativa respecto a la falta de adherencia terapéutica antituberculosa en pacientes del sexo masculino AOR: 5,870, IC 95% (1,99 -17,29), mayores de 45 años de edad AOR: 5.627, IC 95% (1.88 -16.82), pacientes sin una educación formal completa o bajo nivel educativo AOR: 3.905 IC 95% (1.29 - 11.79), capacitación insuficiente en las instituciones prestadoras de salud AOR:5.319, IC 95% (1.62-17.42). Por lo tanto, a mayor grado de instrucción, nivel de conocimiento, mejores condiciones sociodemográficas y frecuencia en capacitaciones se asocia a alta adherencia.

Resultados similares informo Zhu QQ. et. al.³⁶ en factores que se asocian a la falta de adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis, del cual 27,4 % no cumplieron con el esquema de tratamiento. El grado de instrucción secundaria o superior, ingresos económicos suficientes tienen mayores probabilidades de adherirse al tratamiento. Sin embargo, grados de instrucción académica inferior al

nivel secundaria o pacientes que viven en áreas urbano marginales tienen menor probabilidad de adhesión, lo cual coincide con lo mostrado en la tabla 4 que a mayor nivel de instrucción existe mayor adherencia al tratamiento.

Para Rouf A. et. al.³⁷ difiere con los resultados, identifico a la depresión en 50,5% de pacientes con TBC como causa para la no adherencia IC (43 % - 57 %). Por lo tanto, encontró que la depresión está asociada al fracaso terapéutico (no adherencia terapéutica), estos tenían 4,46 veces más la probabilidad de fracaso terapéutico que en los pacientes sin cuadros depresivos. Si el cuadro depresivo persistía durante la fase intensiva tenían 34,5 veces más riesgo de baja adherencia. Este estudio nos hace deducir que no solo el nivel de conocimientos, género o grado de instrucción está relacionado a la adherencia terapéutica, sino que existe factores psicológicos, sociales y culturales que limitan al cumplimiento del tratamiento.

En el contexto de la adhesión al tratamiento por parte de pacientes con tuberculosis, según lo contrastado con los resultados obtenidos, existe diversos factores y condiciones de cada paciente muy aparte de la condición cognitiva. Esas condiciones son puntos emergentes que es necesario abordarlo como objetivos de investigación a fin de tener una visión y misión integral para reducir la morbimortalidad por tuberculosis y sus complicaciones.

VI. CONCLUSIONES

- Existe relación directa entre el conocimiento sobre complicaciones de tuberculosis y la adhesión al tratamiento en pacientes con tuberculosis; por lo tanto, se acepta la hipótesis del investigador.
- En relación al nivel de conocimiento de los pacientes con tuberculosis respecto a su enfermedad, solo la mitad de ellos tenían conocimiento alto.
- Respecto a la adhesión al tratamiento, esta fue alta en casi tres cuartos de la población encuestada.

VII. RECOMENDACIONES

- Ejecutar nuevas investigaciones orientadas en diversos factores que pueden estar relacionados con la adherencia o no adherencia al esquema terapéutico en la tuberculosis.
- Realizar estudios similares en escenarios diferentes de tal manera que permita evaluar y analizar a diversos grupos de pacientes según su realidad social, cultural, educativa, psicológica y religiosa.
- Realizar trabajos de investigación cualitativos en relación a la adherencia terapéutica o no adherencia en pacientes con tuberculosis resistente.
- Difundir la información del presente estudio a fin de motivar a los responsables del programa de incidir en el componente educativo, como un factor fundamental en el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento. Que permita concientizar a los pacientes en las consecuencias que conllevan al abandono del mismo.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial De La Salud (OMS). Tuberculosis datos y cifras [Internet]. [citado 7 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>.
2. Organización Panamericana De La Salud (OPS). ¿Cuál es la situación epidemiológica actual? [actualización del 07/04/2022] [Internet]. [citado 11 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-tuberculosis-2022>.
3. Organización Panamericana De La Salud, Organización Mundial De La Salud OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2018 -2019-2022[citado 7 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=4075:tuberculosis&Itemid=0.
<https://www.regionlambayeque.gob.pe/web/noticia/detalle/35600?pass=MTMxMA==>.https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202211_08_173444.pdf.
4. Ministerio De Salud. INS continúa fortaleciendo servicios para combatir a la Tuberculosis en el Perú [Internet]. [citado 7 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/594730-ins-continua-fortaleciendo-servicios-para-combatir-a-la-tuberculosis-en-el-peru>.
5. Ministerio de salud. Datos, cifras y Noticias [Internet]. [citado 8 de mayo de 2022]. Disponible en: http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/noticias/detalle_noticia.aspx?not=1120.
6. Ministerio de salud. Manejo de la tuberculosis. Capacitación para el personal del establecimiento de salud. Módulo 6: garantizar la continuación del tratamiento de TBC [Internet]. [citado 7 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1800.pdf>.

7. Jang Y-R, Lee M-A. A study of relationships among tuberculosis knowledge, family support, and medication adherence in tuberculosis patients [Internet]. Vol. 28, The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education. The Korean Academic Society of Nursing Education; 2022. p. 80–90. [citado 8 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5977/jkasne.2022.28.1.80>.
8. Adisa R, Ayandokun TT, Ige OM. Knowledge about tuberculosis, treatment adherence and outcome among ambulatory patients with drug-sensitive tuberculosis in two directly-observed treatment centres in Southwest Nigeria. BMC Public Health. 2021 Apr 7;21(1):677. [citado 11 de mayo de 2022]. DOI: 10.1186/s12889-021-10698-9. PMID: 33827506; PMCID: PMC8028094.
9. Balakrishnan N, Md Monoto EM, Mohd Tohit N, Abdul Wahab A. Knowledge and perception of treatment among tuberculosis patients attending primary care clinics in Malaysia. J Infect Dev Ctries. 2021 Aug 31;15(8):1205-1211. [citado 12 de mayo de 2022]. DOI: 10.3855/jidc.12891. PMID: 34516430.
10. Marahatta SB, Yadav RK, Baral S, Aryal N, Paudel S, Shah NP, Yadav P, Gurung SC, Khatri E. Barriers to Treatment Compliance of Directly Observed Treatment Shortcourse among Pulmonary Tuberculosis Patients. J Nepal Health Res Counc. 2021 Dec 10;19(3):450-459. [citado 12 de mayo de 2022]. DOI: 10.33314/jnhrc.v19i3.3478. PMID: 35140414.
11. Fang XH, Shen HH, Hu WQ, Xu QQ, Jun L, Zhang ZP, Kan XH, Ma DC, Wu GC. Prevalence of and Factors Influencing Anti-Tuberculosis Treatment Non-Adherence Among Patients with Pulmonary Tuberculosis: A Cross-Sectional Study in Anhui Province, Eastern China. Med Sci Monit. 2019 Mar 14; 25:1928-1935. [citado 13 de mayo de 2022]. DOI: 10.12659/MSM.913510. PMID: 30869079; PMCID: PMC6429981.

12. Martínez Sepúlveda SJ. Conocimiento sobre tuberculosis y adherencia al tratamiento en varones de 20 a 50 años. Centro de Salud Comas Lima 2019. Repos Inst - UCV [Internet]. 2019 [citado 15 de mayo de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/39375>.
13. Meza Liñan E, Velásquez Tubillas C. Relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y adherencia al tratamiento en los pacientes del programa de control de tuberculosis del Centro de Salud Yugoslavia durante el 2019. Repos Inst - UNS [Internet]. 2020 [citado 15 de mayo de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.uns.edu.pe/handle/UNS/3537>.
14. Aguilar Urcia LM, Aquino Aguirre MA. Conocimientos sobre tuberculosis y riesgo de abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar-Red Pacasmayo. Univ Nac Trujillo [Internet]. 25 de febrero de 2019 [citado 15 de mayo de 2022]; Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/11624>.
15. Luies L, du Preez I. The Echo of Pulmonary Tuberculosis: Mechanisms of Clinical Symptoms and Other Disease-Induced Systemic Complications. Clin Microbiol Rev. 2020 Jul 1;33(4):e00036-20. [citado 15 de mayo de 2022]. DOI: 10.1128/CMR.00036-20. PMID: 32611585; PMCID: PMC7331478.
16. Huang L, Yin C, Gu X, Tang X, Zhang X, Hu C, Chen W. Severe pulmonary tuberculosis complicated with insidious pulmonary thromboembolism: a case report and literature review. J Thromb Thrombolysis. 2020 May;49(4):644-650. [citado 18 de mayo de 2022]. DOI: 10.1007/s11239-019-01967-x. PMID: 31606827; PMCID: PMC7182625.
17. Farreras-Rozman. Medicina Interna, tuberculosis y otras infecciones causadas por micobacterias no tuberculosas - ClinicalKey [Internet]. 19 edición. España: el Sevier;2020. [citado 23 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788491135456002635?scrollTo=%23hl0000635>.

18. Ministerio de salud. Norma Técnica De Salud Para El Cuidado Integral De Las Personas Afectadas Por Tuberculosis-2021 [Internet]. [citado 28 de mayo de 2022]. Disponible en:
<http://bvvsper.paho.org/share/Correspondencia/normaTecnicaSalud-CuidadoPersonasTuberculosis/NTS.DGIESP.TBC.pdf>.
19. Suárez I, Füngr SM, Kröger S, Rademacher J, Fätkenheuer G, Rybniker J. The Diagnosis and Treatment of Tuberculosis. *Dtsch Arztebl Int*. 2019 oct 25;116(43):729-735. [citado 28 de mayo de 2022]. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0729. PMID: 31755407.
20. Acharya B, Acharya A, Gautam S, Ghimire SP, Mishra G, Parajuli N, Sapkota B. Advances in diagnosis of Tuberculosis: an update into molecular diagnosis of *Mycobacterium tuberculosis*. *Mol Biol Rep*. 2020 May;47(5):4065-4075. [citado 29 de mayo de 2022]. DOI: 10.1007/s11033-020-05413-7. Epub 2020 Apr 4. PMID: 32248381.
21. Peloquin CA, Davies GR. The Treatment of Tuberculosis. *Clin Pharmacol Ther*. 2021 Dec;110(6):1455-1466. [citado 29 de mayo de 2022]. DOI: 10.1002/cpt.2261. Epub 2021 Jun 5. PMID: 33837535.
22. Taleuzzaman M, Kumar V. Recent Complications and Issues in Tuberculosis Treatment. *Recent Pat Antiinfect Drug Discov*. 2017;12(2):138-146. [citado 29 de mayo de 2022]. DOI: 10.2174/1574891X12666171006104430. PMID: 28990538.
23. Bedolla J, La esencia del conocimiento. El problema de la existencia y/o inexistencia de la realidad y sus implicaciones en la teoría educativa [Internet]. www.educacion-creadora.com. [citado 22 de junio de 2022]. Disponible en:
<http://www.educacion-creadora.com/index.php/8-numero-1-diciembre-2020-mayo-2021/7-la-esencia-del-conocimiento-el-problema-de-la-existencia-y-o-inexistencia-de-la-realidad-y-sus-implicaciones-en-la-teoria-educativa>.

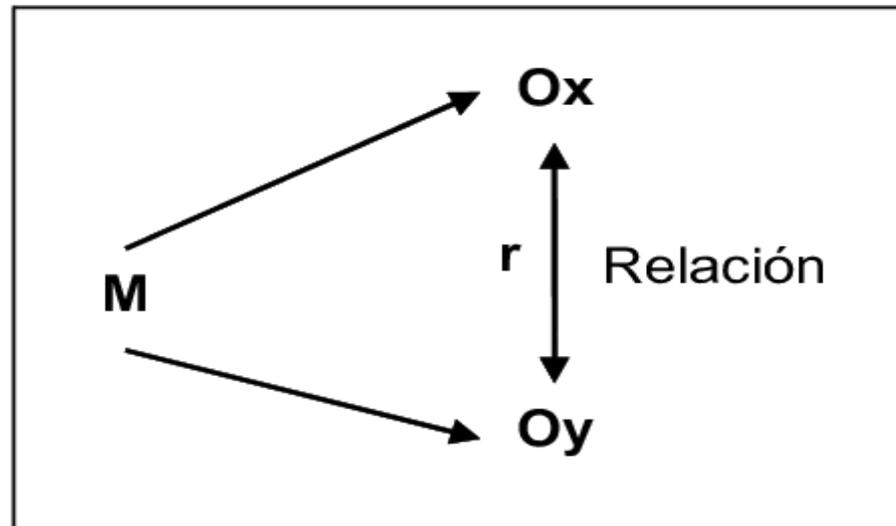
24. Valencia S, León M, Losada I, Sequera VG, Fernández Quevedo M, García-Basteiro AL. How do we measure adherence to anti-tuberculosis treatment? *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2017 feb;15(2):157-165. [citado 22 de junio de 2022]. DOI: 10.1080/14787210.2017.1264270. Epub 2016 Dec 20. PMID: 27910715.
25. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, et al. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta méd. Grupo Ángeles [revista en la Internet].* 2018 Sep [citado 2022 junio 23]; 16(3): 226-232. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es.
26. Hernández R, Fernández C y Pilar L. Metodología De La Investigación. 6a. ed. México D.F. McGraw-Hill Education; 2014 [Internet]. [citado 11 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>.
27. Abramson EL, Paul CR, Petershack J, Serwint J, Fischel JE, Rocha M, Treitz M, McPhillips H, Lockspeiser T, Hicks P, Tewksbury L, Vasquez M, Tancredi DJ, Li ST. Conducting Quantitative Medical Education Research: From Design to Dissemination. *Acad Pediatr.* 2018 Mar;18(2):129-139. [citado 12 de julio de 2022]. DOI: 10.1016/j.acap.2017.10.008. Epub 2017 Nov 5. PMID: 29117573.
28. Arias Gonzáles JL, Covinos Gallardo M. Diseño y metodología de la investigación [Internet]. *Enfoques Consulting EIRL.*; 2021 [citado 21 de junio de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.concytec.gob.pe/handle/20.500.12390/2260>.
29. González Sánchez J. Los niveles de conocimiento: El Aleph en la innovación curricular. *Innov educ [Internet].* 2014 [citado el 17 de junio de 2022];14(65):133–42. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-26732014000200009.

30. Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ*. 1994 jul 16;309(6948):184-8. [citado 18 de julio de 2022]. DOI: 10.1136/bmj.309.6948.184. PMID: 8044100; PMCID: PMC2540719. También disponible en: https://icmer.org/wp-content/uploads/2019/Etica/declarac_Helsinki_ivestigacs_medicas_serres_hum.pdf.
31. Parwati NM, Bakta IM, Januraga PP, Wirawan IMA. A Health Belief Model-Based Motivational Interviewing for Medication Adherence and Treatment Success in Pulmonary Tuberculosis Patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Dec 15;18(24):13238. [citado 11 de diciembre de 2022]. DOI: 10.3390/ijerph182413238. PMID: 34948846; PMCID: PMC8701142.
32. Gashu KD, Gelaye KA, Tilahun B. Adherence to TB treatment remains low during continuation phase among adult patients in Northwest Ethiopia. *BMC Infect Dis*. 2021 jul 31;21(1):725. [citado 11 de diciembre de 2022]. DOI: 10.1186/s12879-021-06428-6. PMID: 34332550; PMCID: PMC8325825.
33. Gautam N, Karki RR, Khanam R. Knowledge on tuberculosis and utilization of DOTS service by tuberculosis patients in Lalitpur District, Nepal. *PLoS One*. 2021 Jan 25;16(1): e0245686. [citado 11 de diciembre de 2022]. DOI: 10.1371/journal.pone.0245686. PMID: 33493188; PMCID: PMC7833137.
34. Vigneschow A, Edoa JR, Adegbite BR, Agbo PA, Adegnika AA, Alabi A, Massinga-Loembe M, Grobusch MP. Knowledge, attitudes and practices regarding tuberculosis amongst healthcare workers in Moyen-Ogooué Province, Gabon. *BMC Infect Dis*. 2021 May 27;21(1):486. [citado 12 de diciembre de 2022]. DOI: 10.1186/s12879-021-06225-1. PMID: 34039304; PMCID: PMC8157668.

35. Laghari M, Talpur BA, Sulaiman SAS, Khan AH, Bhatti Z. Assessment of adherence to anti-tuberculosis treatment and predictors for non-adherence among the caregivers of children with tuberculosis. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2021 Aug 2;115(8):904-913. [citado 13 de diciembre de 2022]. DOI: 10.1093/trstmh/traa161. PMID: 33382889.
36. Zhu QQ, Wang J, Sam NB, Luo J, Liu J, Pan HF. Factors Associated with Non-Adherence for Prescribed Treatment in 201 Patients with Multidrug-Resistant and Rifampicin-Resistant Tuberculosis in Anhui Province, China. *Med Sci Monit.* 2022 Apr 19;28: e935334. [citado 13 de diciembre de 2022]. DOI: 10.12659/MSM.935334. PMID: 35437301; PMCID: PMC9034655.
37. Rouf A, Masoodi MA, Dar MM, Khan SMS, Bilquise R. Depression among Tuberculosis patients and its association with treatment outcomes in district Srinagar. *J Clin Tuberc Other Mycobact Dis.* 2021 nov 15; 25:100281. [citado 14 de diciembre de 2022]. DOI: 10.1016/j.jctube.2021.100281. PMID: 34888421; PMCID: PMC8637130.

ANEXOS.

ANEXO N°1: DIAGRAMA DE INVESTIGACIÓN CORRELACIONAL



M: muestra: El presente estudio considerará incluir a la totalidad de pacientes con tuberculosis de la ESNPCT en la Microrred El Porvenir. Respetando la disposición de su participación.

Ox: variable X: conocimiento sobre tuberculosis y complicaciones.

Oy: variable Y: adhesión al tratamiento.

ANEXO N°2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala Medición
<ul style="list-style-type: none"> ● V1: Grado de conocimiento sobre complicaciones de tuberculosis. 	<p>El nivel o grado de conocimiento proviene y es el progreso cuantitativo en la adquisición del saber y simbolizan un aumento complejo en la forma de cómo se comprende y explica la realidad sobre complicaciones de tuberculosis.²⁹</p>	<p>Para el nivel o grado de conocimiento se tendrá en cuenta la calificación y asignación del puntaje al cuestionario aplicado por Aguilar y Aquino.¹⁴</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Alto 14-20 pts ➤ Medio 7-13 pts ➤ Bajo 0-6 pts 	<p>Cualitativa Nominal</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● V2: Adhesión al tratamiento antituberculoso. 	<p>Grado actitudinal de un paciente sobre seguir las indicaciones y recomendaciones médicas y no medicas respecto a su proceso salud enfermedad.²⁵</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Registro de cumplimiento del esquema de tratamiento en historias clínicas. ● Cuestionario sobre adherencia al tratamiento antituberculosos aplicado por Aguilar y Aquino.¹⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> ● Alta Adherencia 26-34 pts ● Baja Adherencia 17-25 pts 	<p>Cualitativa Nominal</p>

ANEXO N° 03
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

INTRUMENTO DE VALORACIÓN DEL NIVEL O GRADO DE CONOCIMIENTOS EN PACIENTES DE LA ESN PCT DE LA MICRORED EL PORVENIR.

PRESENTACIÓN: estimados participantes, este cuestionario se les realiza con la finalidad de valorar el nivel cognitivo que ustedes poseen sobre tuberculosis, complicaciones y medidas de prevención. Los resultados obtenidos servirán y permitirán diseñar nuevas estrategias, fortalecer acciones educativas para prevención y control de enfermedad tuberculosa. De esta manera, reducir la incidencia, prevalencia y resistencia farmacológica en tuberculosis. Se les pide emitir sus respuestas con sinceridad, sus datos consignados quedarán bajo el principio de confidencialidad.

DATOS DEL PACIENTE

1. **Edad (Especificar):**
2. **Sexo:** M () F ()
3. **Grado de instrucción (Especificar):**
4. **Ocupación (Especificar):**

DATOS ESPECÍFICOS

1. **¿Qué tipo de patología es la tuberculosis?**
A. **Contagiosa** B. Hereditaria C. Viral D. Desconocida E. No sabe
2. **¿Cuál es el medio de contagio de la tuberculosis?**
A. **Por el aire con microbios que respiramos**
B. Por el agua con microbios que bebemos
C. Por las relaciones sexuales con pacientes con tuberculosis
D. Por compartir cubiertos, ropas u otros objetos con los pacientes con tuberculosis
E. No sabe

3. ¿Cuánto tiempo debe presentar tos una persona para sospechar que tiene tuberculosis:

- A. Más de 7 días sin flema
- B. Más de 15 días, con o sin flema**
- C. Más de 7 días con flema
- D. Más de 10 días sin flema
- E. No sabe

4. ¿Qué condición es necesaria para que la persona se enferme de tuberculosis?

- A. Una mala alimentación**
- B. La falta de higiene
- C. El consumo de alguna comida contaminada
- D. El uso de los mismo cubiertos o vasos
- E. No sabe

5. ¿Conoce Ud. cuanto son los esquemas de tratamiento de la tuberculosis?

- A. 1
- B. 2
- C. 3
- D. 4**
- E. No sabe

6. ¿Cuáles son los principales medicamentos que recibe un paciente con tuberculosis?

- A. Aspirina, gravol, ampicilina y etambutol
- B. Estreptomina, ampicilina, gravol y plidan
- C. Rifampicina, Isoniazida, etambutol y Pirazinamida**
- D. Furosemida, penicilina, gravol y aspirina

7. ¿Cuáles son las molestias más comunes que pueden presentar los pacientes que reciben medicamentos contra la tuberculosis?

- A. Diarrea y dolor de estómago
- B. Vómitos y diarreas
- C. Náuseas y dolor de estómago
- D. Náuseas y vómitos**
- E. No sabe

8. ¿Cuál de las siguientes acciones es necesaria para curarse de la tuberculosis?

- A. Realizar ejercicios físicos
- B. No dejar de tomar las pastillas**
- C. Alimentarse en exceso
- D. No ir a trabajar
- E. No sabe

9. ¿Qué ocurre con las tuberculosis si el paciente no inicia tratamiento oportuno?

- A. Disminuye
- B. Se mantiene igual
- C. Desaparece
- D. aparece complicaciones**
- E. No sabe

10. ¿Qué ocurre con las bacterias de las tuberculosis si no se cumple o se abandona el tratamiento?

- A. Se vuelen débiles a los medicamentos
- B. Se vuelven resistentes a los medicamentos**
- C. Desaparecen
- D. Se mantienen igual
- E. No sabe

11. ¿Con que líquidos de preferencia debe tomar el paciente los medicamentos?

- A. Agua pura y mate
- B. Leche y jugos**
- C. Café y te
- D. Gaseosa y agua
- E. No sabe

12. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes de la tuberculosis?

- A. resfriado común
- B. artrosis
- C. conjuntivitis.
- D. No sabe
- E. neumonía, derrame pleural, meningitis y diarreas.**

13. ¿Qué medida de precaución debe tener el paciente con tuberculosis al toser?

- A. Cubrirse la boca y mantenerse alejado**
- B. Cubrirse la boca y no hablar
- C. Cubrirse la boca y evitar hablar de frente
- D. Cubrirse la boca y hablar de frente
- E. No sabe

14. ¿Qué debe hacer el paciente cuando elimine flema?

- A. Eliminarlo directamente al recipiente de basura
- B. Eliminarlo en una bolsa y luego quemarlo**
- C. Eliminarlo directamente en una bolsa plástica
- D. Eliminarlo en papel higiénico y echarlo en una bolsa plástica
- E. No sabe

15. ¿Cómo deben ser las actividades diarias del paciente con tuberculosis?

- A. Continuar con las actividades diarias**
- B. Disminuir las actividades diarias
- C. Incrementar sus actividades diarias
- D. No realizar ninguna actividad
- E. No sabe

16. ¿Cómo debe mantenerse la vivienda del paciente con tuberculosis para disminuir el contagio?

- A. Iluminada y con poca ventilación
- B. Con poca iluminación y con poca ventilación
- C. Con poca ventilación y ventilada
- D. Iluminada y ventilada**
- E. No sabe

17. ¿Qué examen debe realizarse el paciente mensualmente para su control durante el tratamiento?

- A. Radiografía de tórax
- B. Análisis de esputo**
- C. Análisis de sangre
- D. Examen de orina
- E. No sabe

18. ¿Cuál de las siguientes acciones obligatoriamente debe realizar el paciente con tuberculosis al inicio de su tratamiento, cambio de fase y su alta?

- A. Asistir a la consulta medica**
- B. Asistir a la consulta nutricional
- C. Asistir a la consulta con la asistencia social
- D. Asistir a la consulta psicología
- E. No sabe

19. ¿Cada cuánto tiempo debe controlar su peso el paciente con tuberculosis?

- A. Mensualmente**
- B. Diariamente
- C. Semanalmente
- D. Quincenalmente
- E. No sabe

20. ¿Qué tratamiento farmacológico deben recibir los menores de 15 años que están en contacto con el paciente de esputo positivo?

- A. Pastillas de rifampicina **B. Pastillas de Isoniazida**
C. Pastillas de estreptomina C. Pastillas de Pirazinamida
E. No sabe

CLASIFICACION DEL GRADO O NIVEL COGNITIVO DE LOS PACIENTES DE LA ESNPCT DE LA MICRORED EL PORVENIR:

- Nivel alto de conocimientos: 14 a 20 pts.
- Nivel medio de conocimientos: 7 a 13 pts.
- Nivel bajo de conocimientos: 0 a 6 pts.

ANEXO N°4**ESQUEMA A UTILIZAR EN INSTRUMENTO**

Pregunta N°	Puntajes para los ítems	
	Si	No
1	2	1
2	2	1
3	1	2
4	1	2
5	2	1
6	2	1
7	1	2
8	2	1
9	1	2
10	1	2
11	1	2
12	2	1
13	2	1
14	1	2
15	2	1
16	1	2
17	2	1

ANEXO N° 04

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

INSTRUMENTO PARA VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA O RIESGO DE ABANDONO AL ESQUEMA TERAPÉUTICO ANTITUBERCULOSO EN USUARIOS DE LA ESN PCT DE LA MICRORED EL PORVENIR.

INFORMACIÓN GENERAL DEL PACIENTE

Edad.....Sexo.....Ocupación.....

Grado de instrucción.....

INSTRUMENTO PARA CLASIFICAR LA ADHERENCIA O PROBABILIDAD DE ABANDONO AL ESQUEMA ANTITUBERCULOSO.

N°	PREGUNTAS	Puntajes para los ítems	
		Si	No
1	¿Cree que el tratamiento antituberculoso es beneficioso para usted?	2	1
2	¿Se siente cómodo con el tratamiento que recibe contra la Tuberculosis?	2	1
3	¿Ha presentado alguna reacción adversa a los medicamentos de tratamiento antituberculoso?	1	2
4	¿Ha tenido usted algún problema al recibir el tratamiento antituberculoso?	1	2
5	¿Considera usted que el tratamiento antituberculoso es efectivo?	2	1
6	¿Considera usted necesario asistir puntualmente a recibir al tratamiento?	2	1
7	¿Tiene alguna dificultad para trasladarse al establecimiento de salud donde recibe su tratamiento?	1	2

8	¿Tiene el apoyo necesario por parte de su familia para continuar el tratamiento?	2	1
9	¿Ha sentido algún tipo de rechazo por parte de la sociedad?	1	2
10	¿Ha sentido algún tipo de rechazo por parte de su familia cuando les comunico sobre su enfermedad?	1	2
11	¿Ha sentido algún tipo de rechazo por parte del equipo de salud?	1	2
12	¿La enfermera le brinda información acerca del progreso de su tratamiento?	2	1
13	¿Su familia lo anima para que no abandone el tratamiento?	2	1
14	¿Su trabajo y/o estudios le impiden continuar con su tratamiento?	1	2
15	¿El médico le explicó que al abandonar el tratamiento su curación sería más difícil?	2	1
16	¿Ha pensado en abandonar el tratamiento?	1	2
17	¿Está consciente de los riesgos que implica abandonar el tratamiento antituberculoso?	2	1

- Baja adherencia o alta probabilidad para el abandono del esquema de tratamiento: 17-25 puntos.
- Alta adherencia o baja probabilidad para el abandono del esquema de tratamiento: 26-34 puntos.

ANEXO N° 05

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN.

El propósito de esta ficha es proporcionar a las personas que participan en esta investigación explicar de forma clara la esencia y finalidad del estudio, además del rol que cumplirán como población participante. Si usted autoriza o accede para la participación en este estudio, se le requerirá emitir su respuesta a diversas interrogantes transcritas o formuladas en una encuesta, entrevista o según lo que requiera el estudio. El tiempo estimado será en promedio 20 minutos.

Yocon uso de todas mis facultades mentales, confiero mi consentimiento para la participación en el proyecto de interés del investigador: “conocimiento sobre complicaciones de tuberculosis y adhesión al tratamiento en pacientes de un programa de tuberculosis, Trujillo 2022”. Puesto que se me ha brindado toda la información necesaria que implica este trabajo de investigación y que además recibí una explicación clara y detallada que no implica ningún riesgo personal o social.

Doy la razón que cualquier información emitida en este estudio es de carácter confidente y no será utilizada para otros fines sin mi consentimiento.

Tengo entendido que el investigador me otorgara una copia de esta ficha y que estoy autorizado (a) para pedir información de los resultados de esta investigación una vez concluida. Para efecto de pedir información estoy autorizado a contactar con el número 948940071. Dejo constancia que mi participación es voluntaria.

Firma.

EST.MED. MILDER AMADOR MONZON



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, MARIA ROCIO DEL PILAR LLAQUE SANCHEZ, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Conocimiento sobre complicaciones de tuberculosis y adhesión al tratamiento en pacientes de un programa de tuberculosis.", cuyo autor es AMADOR MONZON SANTOS MILDER, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 8.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 09 de Enero del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
MARIA ROCIO DEL PILAR LLAQUE SANCHEZ DNI: 17907759 ORCID: 000-0002-6764-4068	Firmado electrónicamente por: LLAQUES el 09-01- 2023 17:45:09

Código documento Trilce: TRI - 0515283