

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



TESIS

**Percepción y preferencia de pacientes con tuberculosis sobre
aplicación del “Tratamiento Acortado Directamente Observado”
en 3 distritos de Chiclayo 2019.**

Para Optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Bach, Flores Naquiche Eliseo

Bach, Távora Saavedra Cristóbal Raúl

Asesor:

Dr. Patazca Ulfes Julio Enrique

Lambayeque, 2020

APROBADO POR:



Dr. Elmer Orlando Huangal Naveda
Presidente



Dr. Alfonso Heredia Delgado
Secretario



Dr. Néstor Manuel Rodríguez Alayo
Vocal



Dr. Julio Enrique Patazca Ulfe
Asesor

ACTA DE SUSTENTACIÓN

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Távara Saavedra Cristóbal Raúl y Flores Naquiche Eliseo investigadores principales, y Dr. Patazca Ulfe Julio Enrique asesor del trabajo de investigación "Percepción y preferencia de pacientes con tuberculosis sobre aplicación del "Tratamiento Acortado Directamente Observado" en 3 distritos de Chiclayo 2019" declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrara lo contrario, asumo responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Que pueda conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 08 de Marzo del 2020



Távara Saavedra Cristóbal Raúl
Investigador principal



Flores Naquiche Eliseo
Investigador principal



Dr. Julio E. Patazca Ulfe
MÉD. FAMILIAR Y COMUNITARIA
CMP. 36665 - RNE. 28209

Patazca Ulfe Julio Enrique
Asesor

DEDICATORIA

A Dios por darme la dicha de llegar a este momento especial. A mi madre Maritza por tanto amor, trabajo, confianza y apoyo constante, a mi hermano Elías por creer en mí y motivarme, a mi padre Valentín, y a todas esas personas especiales que hicieron agradable mi camino.

Eliseo Flores Naquiche

A Dios por haberme dado las fuerzas para seguir mis metas. A mis maestros por la paciencia, motivación y guía en este proceso académico. A mis padres por su amor, sacrificio, consejos, valores y principios que me han inculcado y ayudado a seguir adelante en mis objetivos y poder culminar mi carrera profesional.

Cristóbal Raúl Távara Saavedra

AGRADECIMIENTO

A Dios por habernos guiado y acompañarnos en nuestro camino.

A mis maestros por ser guía, la paciencia y ejemplo de superación.

A nuestro asesor por habernos guiado, por su tiempo y esfuerzo durante la investigación para poder culminar esta meta trazada, la cual fue lograda con mucho esfuerzo y dedicación.

A nuestros familiares por el apoyo incondicional y por ser el motor de nuestros objetivos.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS.....	7
ÍNDICE DE FIGURAS.....	8
RESUMEN.....	9
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPITULO I: DISEÑO TEÓRICO	15
1.1 ANTECEDENTES:.....	15
1.2 BASE TEÓRICA.....	18
CAPÍTULO II: MÉTODOS Y MATERIALES	28
2.1. DISEÑO DE INVESTIGACION.....	28
2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	28
2.3. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS, EQUIPOS Y MATERIALES	29
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIONES.....	32
3.1 RESULTADOS	32
3.2 DISCUSIONES.....	45
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES	52
CAPITULO V: RECOMENDACIONES	54
BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA	55
ANEXOS.....	60
ANEXO 1: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	60
ANEXO 2: INSTRUMENTO	63
ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO	67
ANEXO 4: OPERALIZACIÓN DE VARIABLES	68
ANEXO 5: PERMISO DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD	75
ANEXO 6: INFORME DE SIMILITUD DE SOFTWARE TURNITIN	76

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Pacientes de Tuberculosis con tratamiento acortado directamente observado según su lugar de procedencia. Chiclayo. 2019.....	32
Tabla 2: Percepción de los pacientes con tuberculosis de acuerdo al componente compromiso político del DOTS. Provincia de Chiclayo. 2019	33
Tabla 3: Percepción de los pacientes con tuberculosis de acuerdo al componente diagnóstico oportuno del DOTS. Provincia de Chiclayo. 2019	34
Tabla 4: Percepción de los pacientes con tuberculosis de acuerdo al componente tratamiento con observación directa y suministro regular de medicamentos del DOTS. Provincia de Chiclayo. 2019.....	36
Tabla 5: Percepción de los pacientes con tuberculosis de acuerdo al componente suministro regular de medicamentos del DOTS. Provincia de Chiclayo. 2019.....	37
Tabla 6: Pacientes de Tuberculosis con tratamiento acortado directamente observado según su género. Chiclayo. 2019	38
Tabla 7: Pacientes de Tuberculosis con tratamiento acortado directamente observado según su edad. Chiclayo. 2019	39
Tabla 8: Pacientes de Tuberculosis con tratamiento acortado directamente observado según su grado de instrucción. Chiclayo. 2019.....	40
Tabla 9: Pacientes de Tuberculosis con tratamiento acortado directamente observado según su ocupación. Chiclayo. 2019	40
Tabla 10: Pacientes de Tuberculosis con tratamiento acortado directamente observado según sus ingresos mensuales. Chiclayo. 2019	41
Tabla 11: Características percibidas durante la ejecución de la estrategia DOTS en los centros de salud de José Leonardo Ortiz, Chiclayo y La Victoria. 2019	42
Tabla 12: Preferencias de los pacientes con tuberculosis acerca del tratamiento acortado directamente observado. Chiclayo 2019.....	43

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Pacientes con tuberculosis según el distrito de procedencia, Chiclayo 2019 .	33
Figura 2: Percepción de los pacientes con tuberculosis de acuerdo al componente compromiso político y apoyo financiero en el tratamiento con estrategia del DOTS....	34
Figura 3: Percepción de los pacientes con tuberculosis de acuerdo al componente diagnóstico oportuno en el tratamiento con estrategia del DOTS	35
Figura 4: Percepción de los pacientes con tuberculosis de acuerdo al componente diagnóstico oportuno en el tratamiento con estrategia del DOTS	37
Figura 5: Pacientes con tuberculosis según su género, Chiclayo 2019.....	38
Figura 6: Pacientes con tuberculosis según su edad, Chiclayo 2019.....	39
Figura 7: Pacientes con tuberculosis según su ingreso mensual, Chiclayo 2019.....	41

RESUMEN

Introducción: La tuberculosis (TBC) constituye todavía un gran problema en salud pública, por ello la Organización mundial de la salud, estableció la estrategia de tratamiento directamente observado (DOTS). **Objetivo:** determinar la percepción y preferencia de la aplicación de la estrategia DOTS en pacientes con tuberculosis en los distritos de José Leonardo Ortiz, Chiclayo y La Victoria en el 2019. **Materiales y métodos:** el estudio es descriptivo, la población diana en los 3 distritos de Chiclayo consta de 277 pacientes con tuberculosis (TB), y mediante criterios de inclusión y exclusión, se consideraron 149 pacientes. Se utilizó el “Instrumento sobre la percepción de la estrategia DOTS para pacientes con tuberculosis” validado por juicio de expertos y con un alfa de Crombach 0.89, los datos sobre percepción y preferencias se analizaron con el programa SPSS v.25. **Resultados:** se registra que 64% son varones, un 54 % adultos, y el 49% se desempeñan en ocupaciones elementales. Además una percepción global satisfactoria (94%) para la estrategia DOTS en los 3 distritos de Chiclayo, sin embargo el 70% prefieren tomar el tratamiento en su domicilio por falta de tiempo (60%) y falta de recursos económicos (57%). **Conclusión:** existe gran satisfacción de los pacientes TB con respecto a la percepción de la estrategia DOTS en los tres distritos de Chiclayo estudiados, así mismo más de las dos terceras partes de la población estudiada prefiere tomar el medicamento en casa debido a, principalmente, falta de disponibilidad de tiempo, falta de recursos económicos para trasladarse al centro de salud y más de la mitad muestran aceptación frente a la inclusión de nuevos avances tecnológicos como la supervisión indirecta por video-llamada.

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis (TB) is still a major problem in public health, so the World Health Organization established the directly observed treatment strategy (DOTS). **Objective:** to determine the perception and preference of the application of the DOTS strategy in patients with tuberculosis in the districts of José Leonardo Ortiz, Chiclayo and La Victoria in 2019. **Materials and methods:** the study is descriptive, the target population in the 3 districts Chiclayo consists of 277 patients with tuberculosis (TB), and by inclusion and exclusion criteria, 149 patients were considered. The “Instrument on the perception of the DOTS strategy for patients with tuberculosis” was used, validated by expert judgment and with a cronbach's alpha 0.89, the data on perception and preferences were analyzed with the SPSS v.25 program. **Results:** 64% of patient were registered as male, 54% adult, and 49% work in elementary occupations. In addition, a satisfactory overall perception (94%) for the DOTS strategy in the 3 districts of Chiclayo, however 70% prefer to take the treatment at home due to lack of time (60%) and lack of economic resources (57%). **Conclusion:** There is great satisfaction of TB patients with respect to the perception of the DOTS strategy in the three districts of Chiclayo studied, and more than two thirds of the population studied prefer to take the medication at home because, mainly, it is missing of availability of time, lack of financial resources to move to the health center and more than half show acceptance of the inclusion of new technological advances such as indirect videophone supervision.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad transmisible que se puede prevenir y curar, no obstante constituye todavía un gran problema en salud pública debido a la alta morbimortalidad y la farmacorresistencia que se notifican anualmente en el informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), dicho informe relata la existencia de 10 millones de casos de tuberculosis (carga más elevada en varones, 57%), entre ellos existe 1.2 millones de muertes en pacientes VIH negativos y 251 000 de muertes en pacientes VIH positivos en el 2018 (1).

El Perú constituye uno de los principales países con más casos estimados en América, ocupando en el año 2017 el segundo lugar con 37 000 casos estimados de tuberculosis, después de Brasil (91 000 casos), afectando principalmente a los estratos sociales con menor nivel económico (2, 3). Para el año 2018 la incidencia estimada total de tuberculosis es de 39 000 casos (30 – 50 000), 123 casos por 100 000 habitantes, y el número total de casos notificados son 32 642 pacientes con una tasa de éxito de tratamiento de 86% (4).

A nivel local, en Lambayeque en el año 2019 se notifica 433 casos de Tuberculosis. Siendo los distritos con más casos en orden de frecuencia decreciente: Chiclayo (129 casos); José Leonardo Ortiz (124 casos) y La Victoria (24 casos) (5).

En el 2014 la estrategia Fin a la tuberculosis establece metas para los años 2015 – 2035, entre los cuales se citan: disminuir la mortalidad e incidencia de tuberculosis en 95% y 90% respectivamente, y la ausencia de hogares de pacientes TB que generen gastos catastróficos por la enfermedad; además se establecieron metas intermedias para el 2020: disminuir en la mortalidad e incidencia en 35 % y 20 %, respectivamente (1). A pesar de los esfuerzos por disminuir la morbimortalidad se reporta que entre los años 2015 y 2018 solo hubo una disminución de la incidencia del 6.3%, muy inferior a la meta intermedia establecida para el

año 2020. Asimismo, se reporta una disminución de la mortalidad entre los años 2015 y 2018 del 11 %, siendo menos de la tercera parte de la meta intermedia establecida para el año 2020 (1). Por consiguiente, la OMS sugiere la necesidad de inclusión de avances tecnológicos que puedan acelerar la disminución de la tasa anual de incidencia mundial a un 17% (1); la referida entidad, para lograr sus metas, recomienda rastreadores y / o monitor de medicación digital, con el término “rastreadores” se hace referencia al dialogo con el paciente, esto engloba las visitas a su lugar de residencia o por mensajes de texto (SMS), llamadas telefónicas (de voz); Tratamiento de video observado (VOT) sobre DOT (6). Debido a esto se están realizando estudios para mejorar la eficacia del “Tratamiento Acortado Directamente Observado” (DOTS) que es la base de la estrategia alto a la tuberculosis (1).

La estrategia DOTS es definida por la OMS como la observación directa en tiempo real de la toma de medicamentos antituberculosos y a la adherencia como la toma de más del 90% de los medicamentos con esta estrategia (6, 7). Esta estrategia ha sido la base del tratamiento de la tuberculosis, pero esta requiere muchos recursos por lo que puede ser una barrera para lograr el éxito del tratamiento (7). Así tenemos que según estudios la estrategia DOTS no se enfrenta a los problemas de base de la tuberculosis, tales como la pobreza e inequidad, malnutrición, hacinamiento y vivienda, sumados a la discriminación y exclusión social, desempleo, menor grado de educación, servicios de salud inadecuados (dificultad para llegar al establecimiento de salud, gastos elevados en movilidad al acudir al establecimiento de salud, horario para recibir tratamiento), depresión, percepción de efectos indeseados del tratamiento, no recibir información sobre la enfermedad, falta de información sobre estilo de vida, mala relación con el personal de salud, falta de conocimiento del esquema de tratamiento, e inseguridad social, que se incluyen dentro de los Determinantes Sociales en Salud (DSS), ello se traduce en el registro de elevadas tasas de deserción e incumplimiento

y mala adherencia de tratamiento en países en vías de desarrollo como el nuestro, siendo esto la dificultad más importante para lograr el éxito del tratamiento, así pues en un estudio realizado en Lima se registra una tasa de abandono de 5 % a pesar del planteamiento de esta estrategia (8,9,10, 11). Así mismo durante el periodo 2014-2016, las microrredes Chiclayo, La Victoria y José Leonardo Ortiz registraron un total de 50 pacientes que abandonaron el tratamiento contra la tuberculosis, distribuidos en 15, 15 y 20 pacientes respectivamente (12).

Al respecto se están realizando estudios para mejorar la eficacia de la estrategia DOTS, utilizando medios de comunicación audiovisuales (videollamada, mensajes de texto), en los cuales se han encontrado resultados favorables para con el uso de estos medios, concluyendo por ejemplo que el uso de video para la administración del tratamiento es más flexible y conveniente que el DOTS en persona generando ahorro en tiempo y gastos en acudir al establecimiento de salud (13, 14), teniendo una buena adherencia, incluso mencionan que nunca o rara vez tuvieron problemas para grabar videos, el 92% de los pacientes en un estudio prefirió el VideoDOT sobre el DOT en persona por lo que el 100% manifestó que recomendaría el VDOT a otros pacientes con tuberculosis (15); entre otros estudios para mejorar la eficacia del tratamiento se está capacitando al personal de salud acerca de la estrategia DOTS con el propósito de administrar el tratamiento en casa y/o trabajo, entre los cuales cabe mencionar el estudio realizado en Jeddah- región de Arabia Saudita donde se denota la superioridad de la eficacia del empleo de equipo móvil para la ejecución de DOTS en domicilio (profesionales de salud) sobre el DOTS administrado en centros de salud, teniendo este último una tasa de incumplimiento del 22% sobre un 3% registrado para el DOTS en equipo móvil, resultado similar a otro estudio en donde se determinó una tasa de éxito del 92% con aquellos que reciben tratamiento con equipos móviles (16, 17, 18).

Por lo tanto, los registros connotan que la tuberculosis es una enfermedad prevalente y, a pesar de los esfuerzos de mejora no se está alcanzando la meta establecida por la OMS, por consiguiente es relevante considerar establecer nuevos avances tecnológicos con el fin de mejorar la estrategia DOTS y poder disminuir la tasa de abandono y de farmacoresistencia, por lo que es importante describir la aceptación de los pacientes TB frente a la inclusión de estos nuevos avances como video DOTS, equipos móviles (constituidos por personal de salud) para la administración de tratamiento en casa, tratamiento en casa por familiares capacitados para la administración del medicamento a los pacientes TB. En definitiva, el presente estudio se enfoca en determinar la percepción y preferencia de la aplicación de la estrategia DOTS en pacientes con tuberculosis en los distritos de José Leonardo Ortiz, Chiclayo y La Victoria en el 2019, siendo estos distritos los más prevalentes en los últimos años. Específicamente, se busca determinar la percepción de los pacientes con tuberculosis de acuerdo a los componentes del DOTS: compromiso político, diagnóstico oportuno, tratamiento con observación directa y suministro regular de medicamentos; Describir las principales determinantes sociales de los pacientes con tuberculosis; Identificar las dificultades percibidas durante la ejecución de la estrategia DOTS en los centros de salud de José Leonardo Ortiz, Chiclayo y La Victoria y Describir las preferencias de los pacientes con tuberculosis acerca del tratamiento acortado directamente observado.

CAPITULO I: DISEÑO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES:

Chuck C et al (2016) realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar si la finalización del tratamiento con VDOT era comparable a la del DOT en persona, para determinar si el uso de VDOT para pacientes con Tuberculosis en la ciudad de Nueva York era factible y aceptable. Para el estudio se incluyó a 390 pacientes en DOT de los cuales 61 adquirieron el VDOT y 329 el DOT en persona. Completaron el tratamiento el 96% de los pacientes con VDOT y el 97% de pacientes con DOT en persona. De todas las sesiones programadas para el tratamiento (3455) se realizaron con éxito un 95% con VDOT y un 91% en pacientes con DOT en persona. Concluyendo que la finalización del tratamiento con VDOT fue alta, además VDOT constituye una alternativa más flexible y conveniente al DOT en persona (13).

Richard S. Garfein, et al (2015) realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar la viabilidad y aceptabilidad del video DOT (VDOT), donde fueron incluidos 36 pacientes con tuberculosis en San Diego y Nueva Tijuana, se utilizó un programa en teléfonos inteligentes para que se graben ellos mismos tomando las dosis completas de los medicamentos. La adherencia de los pacientes fue del 93% en San Diego y 96% en Tijuana; de estos el 92% manifestó que nunca / rara vez tuvo problemas para grabar videos, el 92% prefirió el VDOT sobre el DOT en persona, el 84% pensó que el VDOT era más confidencial y el 100% dijo que recomendaría el VDOT a otros. Concluyendo que el sistema VDOT es factible y altamente aceptable tanto para los pacientes como para los proveedores, en situaciones de altos y bajos recursos (15).

Abdullah Jaber AlSahafi et al (2019) realizaron un estudio en el Centro de Atención Primaria de Salud Madain Alfahd (PHCC) Jeddah, Arabia Saudita, cuyo objetivo fue determinar la tasa de incumplimiento y satisfacción de pacientes que recibieron

tratamiento mediante equipos de alcance móvil comunitario comparado con la administración del DOTS en el establecimiento de salud, en el cual participaron 200 pacientes divididos en dos grupos, a un grupo se le administró el tratamiento en su domicilio con un equipo móvil constituido por personal de salud, el otro grupo de paciente recibieron el tratamiento en el centro de salud. Resultando una tasa de incumplimiento para el primer grupo de 3 % y de 22% para el segundo grupo. Concluyendo que la administración del tratamiento por el grupo de alcance móvil constituido por el profesionales de salud es efectivo y aceptable (16)

Mirsaeidi M et al (2015), en su estudio tiene como objetivo evaluar la aceptabilidad y rentabilidad de video DOTS, en el cual participaron 11 pacientes con tratamiento de tuberculosis, se utilizó skype (software) para la grabación de la toma del medicamento, además se evalúa la percepción del paciente mediante un cuestionario. Dando como resultado que VideoDOTS tiene una aceptabilidad en un 100 % por el ahorro de tiempo y gastos en movilidad, teniendo un ahorro total en costos por millaje de US \$ 7583.00, al constituirse un horario más flexible para el paciente. Concluyéndose que videoDOTS tiene una alta tasa de cumplimiento y genera menos gastos en atención médica (14).

Martins de Queiroz, et al (2012) realizaron un estudio cuyo objetivo fue identificar las potencialidades y dificultades del DOTS y proponer alternativas de perfeccionamiento para su operacionalización en el cuál se entrevistaron 4 usuarios y 17 profesionales. Entre las potencialidades para los usuarios se citan la mejoría de síntomas, recibimiento de alimentos, facilidad para programar consultas, buena atención en Unidades básicas de Salud (UBS); y para los profesionales de salud los incentivos, el apoyo familiar, establecer un vínculo con el usuario y concebir su singularidad y necesidades en salud. Entre las limitaciones para los usuarios se citan el abandono de trabajo por necesidad de comparecer a las UBS para la toma de medicación; y para los profesionales de salud

fueron el tiempo y número insuficiente de funcionarios, la inseguridad del usuario en relación al tratamiento, el suministro irregular de incentivos, la difícil comunicación entre la UBS y la supervisión de salud, la conciliación entre la supervisión y necesidad del usuario de trabajar, falta de preparación y el desinterés y desmotivación de los profesionales. Se concluyó que la Tuberculosis es una enfermedad que extrapola lo biológico ya que esta enfermedad está asociada a las condiciones de vida y trabajo de los individuos por lo que es importante considerar el contexto del usuario para el éxito del tratamiento, además se considera la importante responsabilidad del profesional que acompaña el DOTS quién debe tener no solamente habilidades y capacidades si no también una visión del mundo integral y dinámica (11).

Alexander Anduaga-Beramendi et al (2016), en su estudio cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo identificables en el abandono del tratamiento contra la tuberculosis en un centro de salud del distrito de Chorrillos en Lima – Perú. En el cual de incluyó 136 pacientes divididos en 34 casos y 102 controles resultando como factores asociados tener menos de 6 años de estudio (OR: 23,22); ingresos mensuales menos de 700 (OR: 3.74) y un puntaje en la prueba riesgo de abandono de tratamiento mayor o igual a 22(OR: 21.9), esto por un menor conocimiento del tema o menor acceso a la información de su enfermedad. Concluyendo que el abandono del tratamiento está relacionado con un nivel académico menor de 6 años y un puntaje mayor a 22 de la prueba de riesgo de abandono (8).

Alqahtani S et al (2017) realizó un estudio el cual tiene como objetivo realizar una comparación entre los equipos móviles de tratamiento de la tuberculosis con los que reciben tratamiento de DOTS en persona del 2013 al 2015 en la ciudad de Riyadh – Reino de Arabia Saudita. Se incluyeron 1600 pacientes los cuales se distribuyeron en dos grupos, el de exposición a cuidado de equipo móvil y el otro a cuidado de equipo

no móvil, Descubriendo que la proporción de éxito del tratamiento entre los pacientes del equipo móvil era 1.28 mayor que entre aquellos no atendidos por equipos móviles, traduciéndose en un aumento de la tasa de éxito al 92% con equipo móvil frente a un 71% con equipo no móvil. Concluyendo que la utilización de equipo móvil es una estrategia eficaz para mejorar el tratamiento contra la tuberculosis (17).

1.2 BASE TEÓRICA

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa y una de las que genera más tasa de mortalidad a nivel mundial. Es producida por una micobacteria aerofila (*Mycobacterium tuberculosis*), la cual puede contagiarse de persona a persona a través de la vía aérea (19).

Presentando una sintomatología no muy específica como por ejemplo sudoración nocturna, febrícula a predominio vespertino, adelgazamiento y astenia (19).

Para el diagnóstico tenemos la identificación de los sintomáticos respiratorios definida como personas que presenten tos y flema por 15 días o más. Luego de la identificación del sintomático respiratorio se realizan 2 muestras de esputo (como mínimo 5ml) para baciloscopia (procesada con el método de Ziehl-Neelsen). Otros métodos diagnósticos tenemos al cultivo para pacientes con muestras de baciloscopia negativas y radiografías anormales, muestras paucibacilares (se observan 1 a 9 bacilos ácidosresistentes en 100 campos) y en caso de pensar en tuberculosis extrapulmonar para cultivo de biopsias o fluidos (20).

El tratamiento de los pacientes diagnosticados con tuberculosis es integral, se necesita la participación de todo el personal de salud médico y no médico. Para ello el paciente diagnosticado de tuberculosis sensible debe recibir el tratamiento por un tiempo de 6 meses continuos donde se le administra isoniazida, rifampicina, pirazinamida y

etambutol, los 2 primeros meses de lunes a sábado, luego se le administra isoniazida + rifampicina por 4 meses 3 veces al día, variando según la sensibilidad del paciente a los medicamentos y de acuerdo a las comorbilidad que presente (20).

De acuerdo a la afectividad del tratamiento y a la resistencia se clasifican a los pacientes con las siguientes definiciones operativas:

- **Caso de TB multidrogoresistente (TB MDR):** resistencia a isoniacida y rifampicina
- **Caso de TB extensamente resistente (TB XDR):** resistencia a isoniacida, rifampicina, fluoroquinolona y un inyectable de segunda línea.
- **Curado (en pacientes sensibles):** paciente que termina el tratamiento y presenta una baciloscopía negativa en el último mes
- **Curado (en pacientes con TB MDR y TB XDR):** paciente que termina el tratamiento y presenta 10 cultivos mensuales negativos consecutivos en los últimos 12 meses del tratamiento.
- **Abandono:** paciente que discontinúa el tratamiento por mayor o igual a 30 días consecutivos. También se refiere al paciente que toma el tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa.
- **Tratamiento completo:** paciente que termina el tratamiento pero que no se realizó la baciloscopía en el último mes de tratamiento.
- **Éxito de tratamiento:** los pacientes en tratamiento completo y curado (20).

ESTRATEGIA DOTS

Existen 5 componentes de la estrategia DOTS, la cual es la base de la estrategia Alto a la tuberculosis, los cuales son:

1. Compromiso político para garantizar una financiación aumentada y sostenida:

El compromiso político requerido por la estrategia DOTS hace referencia a los ejercidos de manera sostenida por los gobiernos, el cual debe ser integrado para obtener una cobertura a toda la nación, los cuales incluye todos los niveles (sistema de salud, establecimientos de salud periféricos y comunidad), brindando los recursos humanos y financieros nacionales y externos, necesarios para alcanzar la meta mundial del control de la Tuberculosis.

Una respuesta multisectorial constante, poniendo especial atención a los factores sociales y ambientes (aliviar la pobreza y el derecho de cada paciente con tuberculosis de acceder al tratamiento) que aumentan el riesgo de contraer tuberculosis, es requerimiento esencial para la expansión eficaz de DOTS.

Es necesario el promover la formación de alianzas tanto locales, nacionales e internacionales teniendo en cuenta los requerimientos técnicos y financieros en cada nivel de salud.

Los estados deben facilitar la movilización social promoviendo la comunicación entre los entes prestadores de asistencia en salud, pacientes y comunidad (21).

2. Detección de casos mediante pruebas bacteriológicas de calidad garantizada:

Es necesaria la microscopia de frotis de esputo a todo sintomático respiratorio que acuda al establecimiento de salud. Estos deben ser accesible y estar disponible a toda la población sin importar su condición social. (20)

Se requiere detección de casos oportuna debido a que esta no puede mejorar automáticamente con solo el acceso a la atención de salud, por consiguiente es necesario

que los prestadores de servicio sanitario se informen de manera adecuada acerca de la Tuberculosis y el uso de calidad de la microscopia de esputo (21).

Los recursos como las herramientas de diagnóstico adicionales a la microscopía de esputo contribuyen a la detección de casos de manera sistemática (21).

3. Tratamiento normalizado, con supervisión y apoyo al paciente.

a. Servicios terapéuticos: El control de la tuberculosis se basa en el tratamiento normalizado, siguiendo siempre las normas establecidas por la OMS, las cuales se centran en la aplicación de esquemas cortos sistematizados más eficaces basado en las combinaciones de medicamentos en dosis fijas, con el propósito de facilitar el tratamiento observado y detener el aumento de la resistencia a los fármacos (21).

b. Supervisión y apoyo al paciente: La identificación y resolución de factores que predispone al paciente con tuberculosis a interrumpir o abandonar su tratamiento deben ser incluidos en los servicios asistenciales (21).

Para ayudar al paciente en la toma regular de sus medicamentos es necesario el tratamiento directamente observado, de este modo lograr completar su tratamiento, la cura y disminuir la farmacoresistencia. En la supervisión se deben considerar el contexto y las necesidades del paciente, cuyo objetivo primordial es asegurar la observancia de los profesionales de salud, prestando una asistencia y un apoyo adecuados; y de los pacientes, tomando el tratamiento de forma regular. La supervisión de la toma del medicamento se realizará en un centro de salud, en el lugar de trabajo, en la comunidad o en el domicilio del paciente considerando las condiciones locales, llevada a cabo por alguien admisible para el paciente, que esté capacitado para ello y cuente con supervisión por parte de los servicios de salud. La implementación de incentivos de forma sostenida apoya a la mejora

del trabajo de los agentes de salud, complementándose con las guías de tratamiento, y adherencia al tratamiento. (6, 21, 22, 23)

c. Mejora del acceso al tratamiento: se debe implementar medidas considerando el ámbito local para mejorar el acceso al tratamiento de la tuberculosis mediante la eliminación de barreras que lo impiden; haciendo énfasis en los sectores de población en estado de pobreza y vulnerabilidad. Por ejemplo aumentar los centros de tratamiento en las zonas más pobres, con el apoyo de profesionales de la salud que trabajan cerca del domicilio del paciente, gratis o con una amplia cobertura de servicios en salud, brindar ayuda psicológica y legal, la solución de los problemas de género, la mejora de las atención del personal para permitir una buena comunicación y sensibilización (21).

4. Sistema eficaz de suministro y gestión de los medicamentos:

Debe haber un sistema integrado para obtener y repartir todos los medicamentos y así proveer sin interrupciones y de una manera sostenida los medicamentos antituberculosos. Estos deben estar disponibles (gratuitos) para toda la población en general ya que no todos cuentan con el sustento económico necesario para adquirir los medicamentos, con ello lograr la curación, aportando así beneficios a la sociedad (disminución de la transmisión).

Se deben establecer leyes vinculadas con la reglamentación farmacéutica, y se debe supervisar el uso de los antituberculosos por todos los prestadores de asistencia sanitarios (21).

5. Sistema de vigilancia y evaluación, y medición del impacto:

La creación de sistemas integrados a nivel local y nacional para registrar datos acerca del tratamiento de los pacientes con tuberculosis facilita la vigilancia de la eficacia del tratamiento y la evaluación. De este modo el análisis de los registros permite la identificación de dificultades en la aplicación del tratamiento y con ello otorga mayor

fiabilidad a los servicios de control de la tuberculosis permitiendo valorar el desempeño de cada nación. Además se debe implementar un programa dirigido a evaluar periódicamente los resultados obtenidos (21).

La tuberculosis es una de las principales causa de muerte a nivel mundial afectando con más frecuencia a las ciudades más vulnerables, con menos ingresos económicos, debido a esto se requiere de un tratamiento de alta calidad e integrado. Por lo que la OMS establece la estrategia “Fin a la Tuberculosis” con el objetivo de disminuir la tasa de incidencia, la mortalidad y disminuir los gastos económicos de las familias afectadas además de la farmacorresistencia. Esta estrategia menciona que es importante la asociación con otros sector diferentes al de salud como sector de protección, social, trabajo, justicia, inmigración para tener un tratamiento integrado (34). Por tal razón se han establecido metas para los años 2015 – 2035, las cuales son: reducción de la mortalidad respecto al año 2015 de un 95%, reducir la tasa de incidencia de tuberculosis respecto al año 2015 en un 90% y reducir a 0% las familias afectadas por tuberculosis que enfrentan costos catastróficos a causa de la enfermedad; estableciéndose además hitos para los años 2020 y 2025, tales como disminuir la mortalidad en un 35% y 75 % para los años 2020 y 2025 respectivamente, reducción de la tasa de incidencia de TB en 20 y 50 % para dichos años respectivamente y reducción a 0 de los gastos catastróficos para ambos años. Esta estrategia se sustenta en la atención y prevención de la tuberculosis integrada y centrada en el paciente; políticas audaces y sistemas de apoyo; e intensificación de la investigación e innovación, estos se consideran como los pilares para alcanzar el objetivo de la estrategia (24,25).

RECOMENDACIONES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD ACERCA DE LA ESTRATEGIA DOTS 2017

La estrategia DOTS es definida por la OMS como la observación directa en tiempo real de la toma de medicamentos antituberculosos y a la adherencia como la toma de más del 90% de los medicamentos con esta estrategia. (6)

Se han realizado estudios en los cuales se compara resultados entre la administración por parte de proveedores de DOT, los cuales incluye a proveedores de salud (trabajadores que hayan recibido capacitación), proveedores laicos (maestros, voluntarios de la comunidad o curanderos tradicionales) y miembros de la familia, con el tratamiento autoadministrado. Teniendo como resultado mejores tasas de éxito con la administración del DOT con proveedores que con el tratamiento autoadministrado. Así también, se comparó la tasa de éxito entre los proveedores obteniéndose como resultado que los proveedores laicos seguidos por los trabajadores de salud tuvieron más tasas de éxito que con los administrados por un miembro de la familia. Por lo que se prefiere la administración del DOT por un proveedor laico y profesional de salud. Sin embargo, sí se considera la administración por un miembro de la familia como tercera opción. (6)

Intervenciones para la eficacia de la atención del paciente y las intervenciones de apoyo.

1. Se debe dar educación de salud y orientar sobre la enfermedad y la adherencia al tratamiento a los pacientes con tuberculosis. (6)
2. Se puede ofrecer paquetes que incluyan ayuda social, material psicológico, visitas a los hogares, o medios comunicación digital, así como también la selección de una opción de administración adecuada (incluyen DOT, DOT no diario, VOT (tratamiento observado por video) o tratamiento no supervisado. (6)

3. Se puede propiciar tanto a los pacientes en tratamiento contra tuberculosis como a personal de salud que brinda atención médica, de las siguientes intervenciones complementarias para la adherencia al tratamiento:

a) Rastreadores y / o monitor de medicación digital (Recomendación condicional, certeza muy baja en la evidencia).

Con el término “rastreadores” se hace referencia al dialogo con el paciente, esto engloba las visitas a su lugar de residencia o por SMS, llamadas telefónicas (de voz).

El monitor de medicación digital, mide el tiempo entre el comienzo de las cajas de píldoras, momento en el cual puede recordar al paciente (audio o SMS) que tome su medicamento (6).

b) Apoyo material al paciente (recomendación condicional, certeza moderada en la evidencia), connota brindar recursos alimentarios o financieros (canastas de víveres, complementos alimenticios, cupones de alimentos, subvención de transporte, de vivienda, o bonificaciones financieras) mitigando de esta manera las pérdidas de ingresos relacionados con la enfermedad (6)

c) Apoyo psicológico al paciente (recomendación condicional, baja certeza en la evidencia), alude a la acción de orientar o brindar apoyo mediante grupos de compañeros (6).

d) Educación del personal (recomendación condicional, baja certeza en la evidencia) atañe la enseñanza y aprendizaje acerca de adherencia, valiéndose de herramientas gráfico- visuales, de ayudas de escritorio para favorecer la toma de decisiones (6).

4. Recomendaciones acerca de Opciones de tratamiento:

a) Tratamiento observado directamente en hogar o comunidad en relación al desarrollado en establecimientos de salud o al no supervisado (recomendación condicional, certeza moderada en la evidencia) (6).

b) tratamiento directamente observado brindado por legos adiestrados o personal de salud sobre el suministrado por familiares o el no supervisado (recomendación condicional, certeza muy baja en la evidencia) (6).

No es necesario que el agente supervisor del conjunto de acciones brindadas durante el tratamiento sea personal de salud, aunque podría ser lego competente, familiar o amigo (6).

c) Tratamiento de video observado (VOT) sobre DOT. Si se cuenta con disponibilidad de herramientas tecnológicas de comunicación de video, se puede planificar y ejecutar de forma adecuada la administración del tratamiento por parte del personal de salud hacia el paciente (6).

PERCEPCIÓN:

Es un proceso de naturaleza cognitiva que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente del entorno. Así mismo, nos permite tener una realidad estructurada y con significado concreto. La percepción tiene como característica que es subjetiva ya que varía de una persona a otra, selectiva ya que se selecciona lo que se quiere percibir y temporal puesto que es un fenómeno a corto plazo. Existiendo 3 tipo de percepción: la percepción real o percepción del objeto físico; percepción personal o percepción de una persona y percepción social o percepción de grupos y realidades sociales (26).

DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD:

Los determinantes sociales en salud son las condiciones en que vive y trabaja cada persona, el cual tiene repercusión en la salud, siendo el resultado de cómo se distribuyen los recursos económicos y no económicos influidos por el poder político y social (27).

CAPÍTULO II: MÉTODOS Y MATERIALES

2.1. DISEÑO DE INVESTIGACION

La investigación efectuada en esta tesis es de diseño descriptivo, por lo tanto no requiere formulación de hipótesis.

2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estimada con respecto al año anterior es de 277 casos de tuberculosis reportados por la oficina de epidemiología de la GERESA Lambayeque de los distritos de La Victoria, José Leonardo Ortiz (JLO) y Chiclayo. Debido a que la población es pequeña no se trabajó con muestra sino con toda la población.

✓ Criterios de inclusión:

- Pacientes con tuberculosis en tratamiento registrados en los establecimientos de salud de los distritos de José Leonardo Ortiz, La victoria y Chiclayo en el año 2019.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.
- Pacientes con tratamiento completo registrados en el 2019
- Pacientes registrados en el 2019 que hayan abandonado el tratamiento.

✓ Criterios de exclusión:

- Pacientes o apoderados de menores de edad que no acepten voluntariamente la encuesta.
- Pacientes diagnosticados con tuberculosis registrados en el 2019 que hayan fallecido.
- Pacientes diagnosticados con tuberculosis con comorbilidades que le impidan el desarrollo de la encuesta.
- Menores de 11 años de edad.

- Pacientes que no hayan completado correctamente los ítems referidos a los determinantes de la salud.

Luego de la selección de acuerdo a los criterios de exclusión e inclusión se trabajó con 149 pacientes.

2.3. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS, EQUIPOS Y MATERIALES

- Tras la identificación de la población objetivo, nos apersonamos a cada uno de los centros de salud seleccionados, y presentamos los documentos necesarios para que nos otorguen el permiso de trabajar con los pacientes en tratamiento pertenecientes al programa de TB de los mismos, los cuales fueron cedidos.

- Después de los permisos otorgados por los directores de los centros de salud, se envió personal capacitado por los autores, acerca del correcto llenado del cuestionario, a cada uno de los establecimientos, los cuales entregaron un consentimiento informado a los pacientes con tuberculosis, a través del cual se les solicitó su participación en el estudio.

(ANEXO N°03)

- La técnica empleada en el presente trabajo de investigación fue la entrevista y para la recolección de información, se utilizó un cuestionario “Instrumento sobre la percepción de la estrategia DOTS para pacientes con tuberculosis”, elaborado en base a estudios, tales como “Un marco ampliado de DOTS para el control eficaz de la Tuberculosis, Alto a la tuberculosis, Enfermedades transmisibles publicado por la OMS, entre otros (6). Para la validez de contenido del instrumento se realizó a través del juicio de expertos en la especialidad pertinente al estudio, dando un valor 0.92 en la prueba de concordancia entre los jueces; así mismo para la confiabilidad y consistencia interna se llevó a cabo una prueba piloto en el cual participaron 21 pacientes con tratamiento contra tuberculosis, tras

el análisis estadístico de los datos recogidos obteniendo un alfa de cronbach de 0.89. Certificando con ello la alta confiabilidad y validez del instrumento. (ANEXO N°01)

- El instrumento consta 65 preguntas, distribuidas en 3 ítems: el primero acerca de los datos generales (edad, dirección, distrito, provincia, departamento, grado de instrucción, ocupación e ingreso mensual), el segundo consta de 4 secciones referentes a los componentes de la estrategia DOTS (Compromiso político, Detección de casos mediante pruebas bacteriológicas de calidad, Tratamiento normalizado con supervisión del paciente, Sistema eficaz de suministro y gestión de los medicamentos), y el último connota las preferencias de los pacientes acerca de la forma del tratamiento contra la TB.

Dicho instrumento se adjunta en el ANEXO N° 02.

- Con el consentimiento informado aceptado y previa explicación para el correcto llenado de los cuestionarios ejemplificando algunas situaciones de los ítems para una mejor comprensión, se procedió a la aplicación de los cuestionarios a los pacientes TB correspondientes, por parte del personal capacitado.

- Para la calificación de percepción de la aplicación de la estrategia DOTS se utilizó la escala likert para cada ítem e interrogantes correspondientes, considerando la percepción para un interrogante determinado como totalmente de acuerdo (TA), acuerdo (A), ni de acuerdo; ni en desacuerdo, desacuerdo (D) y totalmente en desacuerdo (TD), de igual forma para los ítems referidos a las preferencias.

- Posterior a la colecta de los datos se creó una base de datos mediante el uso del programa SPSS V.25, la cual fue codificada en escala numérica del 1 al 5 para las variables politómicas, y analizada de acuerdo a nuestra operacionalización de variables (ANEXO 3), teniendo como punto de corte el valor numérico de 3 (promedio entre el máximo y el mínimo valor) para determinar la percepción, considerando para cada ítem, satisfactoria

un valor igual o superior a 3 e insatisfactoria un valor menor a 3, asimismo para el análisis de cada indicador se promediaron los resultados de cada ítem, mientras que para el análisis de cada dimensión se promedió los indicadores pertenecientes al mismo, y la percepción global de la estrategia se determinó con el promedio de los resultados de los 4 componentes. No obstante para las preferencias se efectuó un conteo sistematizado para hallar la proporción de pacientes de acuerdo a su inclinación por cada ítem.

-El procesamiento y análisis de los datos se muestra con la elaboración de tablas estadísticas de frecuencias relativas y absolutas de las variables en estudio, que permitió la descripción de los hallazgos según los objetivos de la investigación.

- El trabajo de investigación fue revisado por el comité de ética de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo y posteriormente aprobado.

- Respetando el principio de autonomía, los pacientes para llenar la encuesta primero aceptaron el consentimiento informado. Para respetar el principio de beneficencia y no maleficencia, los cuestionarios se realizaron conservando el anonimato y la confidencialidad; y para ejercer el principio de justicia se utilizó toda la población, de tal manera que todos los pacientes tuvieron la misma probabilidad de ser escogidas.

- Los resultados son presentados exclusivamente con fines académicos.

Los investigadores declaran no tener conflictos de interés en el presente estudio.

CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIONES.

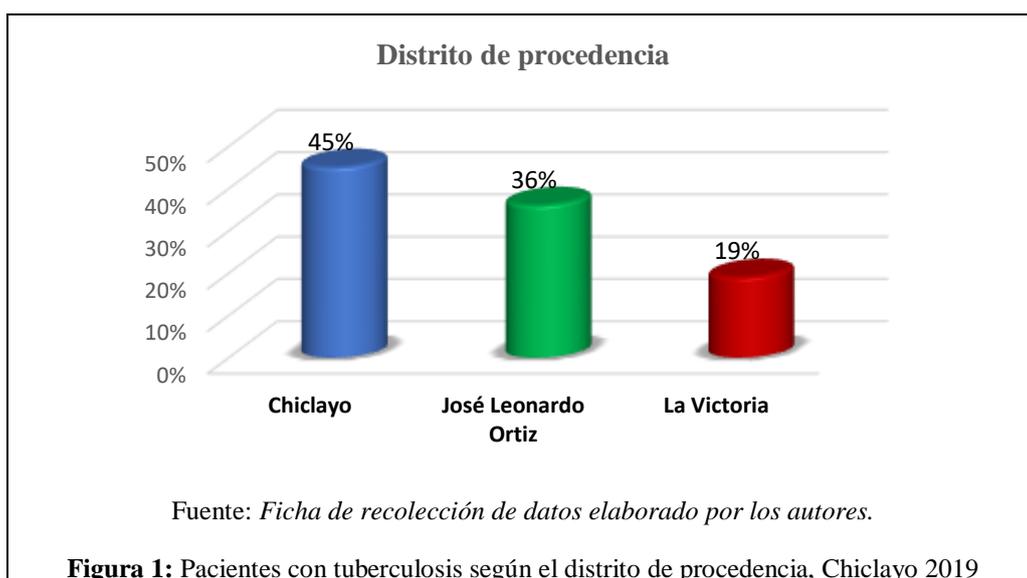
3.1 RESULTADOS

En esta sección se presenta los resultados obtenidos de la muestra de 149 pacientes de tuberculosis con tratamiento acertado directamente observado en los distritos de José Leonardo Ortiz, Chiclayo y La Victoria. Al evaluar el lugar de procedencia la muestra de pacientes de tuberculosis estuvo distribuida en 3 distritos de la provincia de Chiclayo, siendo el mayor porcentaje (45%) provenientes del distrito de Chiclayo, seguido del 36% cuya procedencia es del distrito de José Leonardo Ortiz, y sólo un 19% de pacientes pertenecían al distrito de La Victoria.

Tabla 1: Pacientes de Tuberculosis con tratamiento acertado directamente observado según su lugar de procedencia. Chiclayo. 2019

Distrito	Sector	n	%
CHICLAYO	Cerropón	11	16%
	Cruz De La Esperanza	2	3%
	Jorge Chavez	5	7%
	José Olaya	16	24%
	Quiñones	7	10%
	San Antonio	14	21%
	Tupac Amaru	13	19%
	SubTotal	68	45%
JOSÉ LEONARDO ORTIZ	Atusparias	17	32%
	Culpon	6	11%
	Jose Leonardo Ortiz	8	15%
	Paul Harris	4	8%
	Santa Ana	5	9%
	Villa Hermosa	13	25%
SubTotal	53	36%	
LA VICTORIA	Antonio Raimondi	3	11%
	Chosica Del Norte	2	7%
	El Bosque	5	18%
	La Victoria Sector I	8	29%
	La Victoria Sector II	10	36%
SubTotal	28	19%	
Total	149	100%	

Fuente: Ficha de recolección de datos elaborado por los autores.



Se obtuvo una percepción global del 94% de satisfacción entre los pacientes TB con respecto a la aplicación de la estrategia DOTS.

Objetivo específico 1: Determinar la percepción de los pacientes con tuberculosis de acuerdo a los componentes del DOTS: compromiso político, diagnóstico oportuno, tratamiento con observación directa y suministro regular de medicamentos.

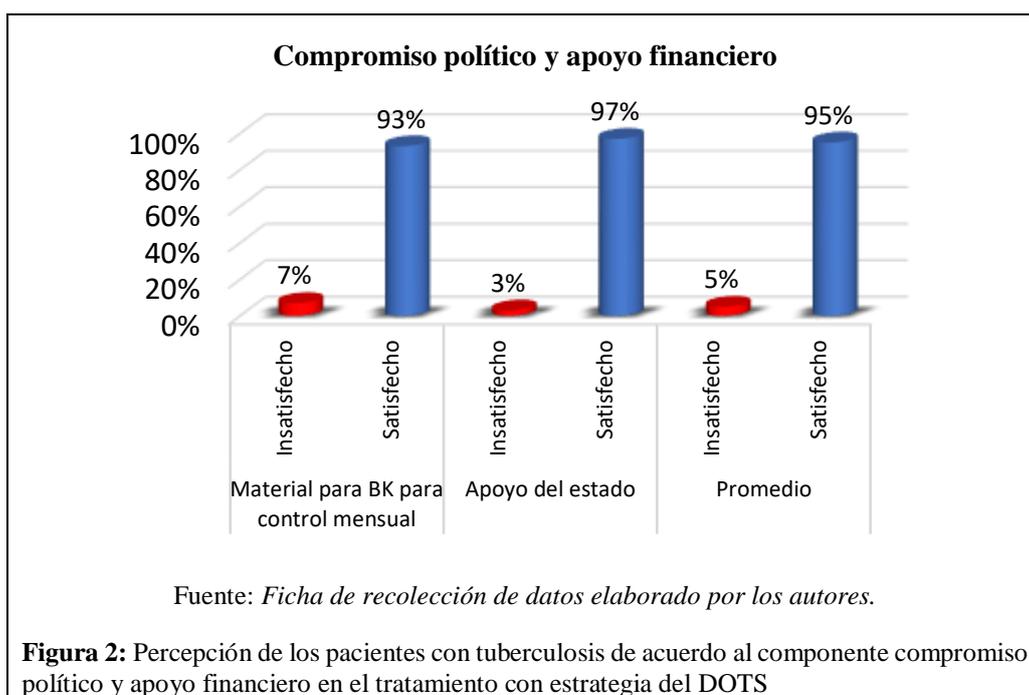
3.1.1 Características de la percepción de los pacientes con respecto al tratamiento acortado directamente observado [DOTS]

a) Percepción de los pacientes con tuberculosis de acuerdo al compromiso político.

Tabla 2: Percepción de los pacientes con tuberculosis de acuerdo al componente compromiso político del DOTS. Provincia de Chiclayo. 2019

Componente	Indicadores	categorías	n	%
Compromiso político y apoyo financiero	Material para BK para control mensual	Insatisfecho	10	7%
		Satisfecho	139	93%
	Apoyo del estado	Insatisfecho	5	3%
		Satisfecho	144	97%
	Promedio	Insatisfecho	7.5	5%
		Satisfecho	141.5	95%

Fuente: Ficha de recolección de datos elaborado por los autores.



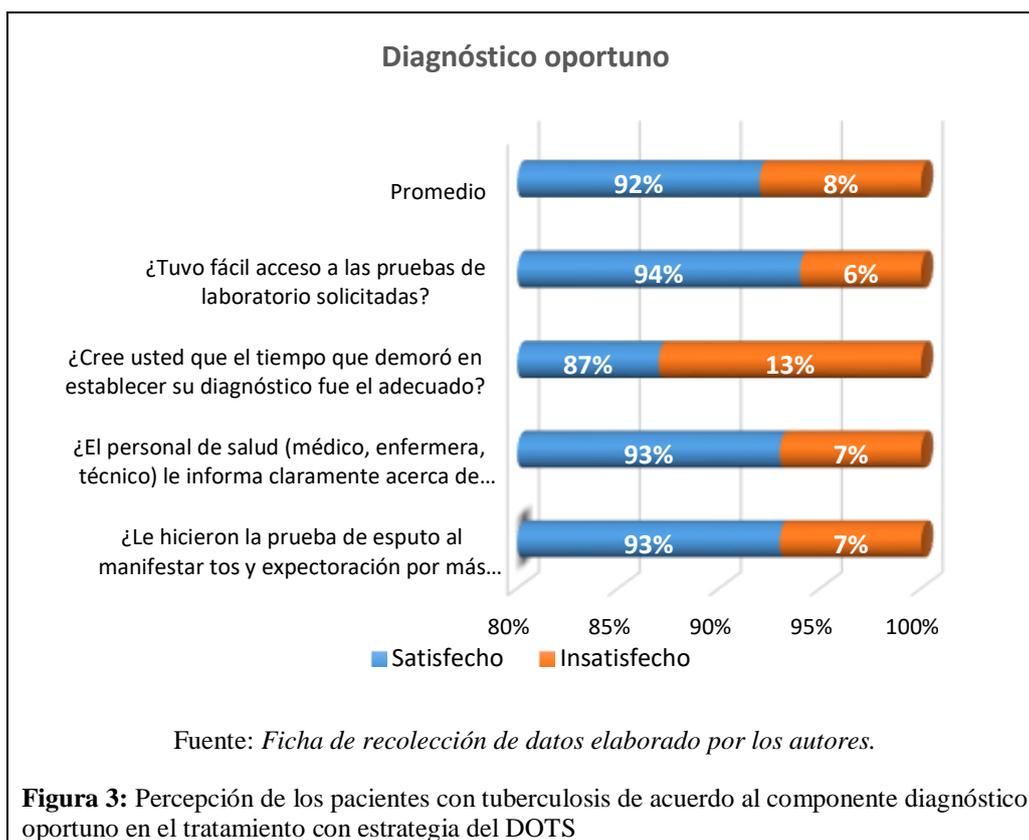
En referencia al componente sobre Compromiso político y apoyo financiero, se observó un alto porcentaje promedio de satisfacción llegando al 95%, y sólo un 5% de insatisfacción. Al analizar sus indicadores se encontró un 97% de satisfechos con el apoyo del estado y un 93% de satisfechos con el material para BK para el control mensual con el tratamiento DOTS.

b) Percepción de los pacientes con tuberculosis de acuerdo al diagnóstico oportuno.

Tabla 3: Percepción de los pacientes con tuberculosis de acuerdo al componente diagnóstico oportuno del DOTS. Provincia de Chiclayo. 2019

Preguntas del componente Diagnóstico Oportuno	Satisfecho		Insatisfecho	
	n	%	n	%
¿Le hicieron la prueba de esputo al manifestar tos y expectoración por más 14 días?	139	93	10	7
¿El personal de salud (médico, enfermera, técnico) le informa claramente acerca de la muestra de esputo (baciloscopía)?	139	93	10	7
¿Cree usted que el tiempo que demoró en establecer su diagnóstico fue el adecuado?	129	87	20	13
¿Tuvo fácil acceso a las pruebas de laboratorio solicitadas?	140	94	9	6
Promedio	137	92	12	8

Fuente: Ficha de recolección de datos elaborado por los autores.



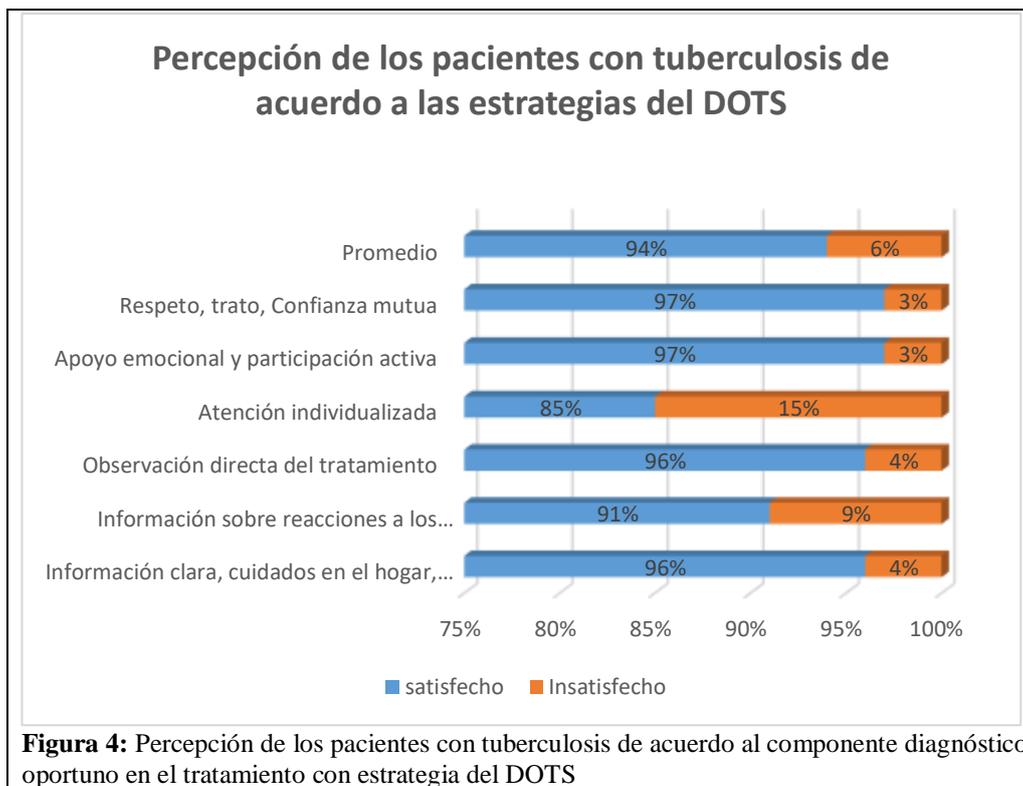
Al evaluar el componente sobre Diagnóstico Oportuno, se encontró un 92% de satisfacción, y un 8% de insatisfacción, logrando identificar que el mayor porcentaje de satisfacción (94%) se muestra en el fácil acceso a las pruebas de laboratorios solicitadas, y el mayor porcentaje de insatisfechos (13%) se mostraron en el tiempo que demoró en establecer su diagnóstico.

c) **Percepción de los pacientes con tuberculosis de acuerdo al tratamiento con observación directa.**

Tabla 4: Percepción de los pacientes con tuberculosis de acuerdo al componente tratamiento con observación directa del DOTS. Provincia de Chiclayo. 2019

Componente	Indicadores	categorías	n	%
Tratamiento con observación directa	Información clara, cuidados en el hogar, evolución de la enfermedad	Satisfecho	143	96%
		Insatisfecho	6	4%
	Información sobre reacciones a los fármacos antituberculosos	Satisfecho	136	91%
		Insatisfecho	13	9%
	Observación directa del tratamiento	Satisfecho	143	96%
		Insatisfecho	6	4%
	Atención individualizada	Satisfecho	126	85%
		Insatisfecho	22	15%
	Apoyo emocional y participación activa	Satisfecho	144	97%
		Insatisfecho	5	3%
	Respeto, trato, Confianza mutua	Satisfecho	145	97%
		Insatisfecho	4	3%
	Promedio	Satisfecho	139	94%
		Insatisfecho	10	6%

Fuente: Ficha de recolección de datos elaborado por los autores.



Al valorar el componente sobre tratamiento con observación directa y suministro regular de medicamentos, se encontró un 94% de satisfacción, y un 6% de insatisfacción, logrando identificar que el mayor porcentaje de satisfacción (97%) se percibió en el Apoyo emocional y participación activa, y el mayor porcentaje de insatisfechos (15%) se percibió en la atención individualizada.

d) Percepción de los pacientes con tuberculosis de acuerdo al suministro regular de medicamentos.

Tabla 5: Percepción de los pacientes con tuberculosis de acuerdo al componente suministro regular de medicamentos del DOTS. Provincia de Chiclayo. 2019

Componente	Indicadores	categorías	n	%
Suministro regular de medicamentos	Permanencia de suministro de medicamentos	Satisfecho	143	96%
		Insatisfecho	5	3%
	Promedio	Satisfecho	143	96%
		Insatisfecho	5	3%

Fuente: Ficha de recolección de datos elaborado por los autores.

Con respecto al suministro regular de medicamentos se encontró un 96% de insatisfacción, y un 3% de insatisfacción.

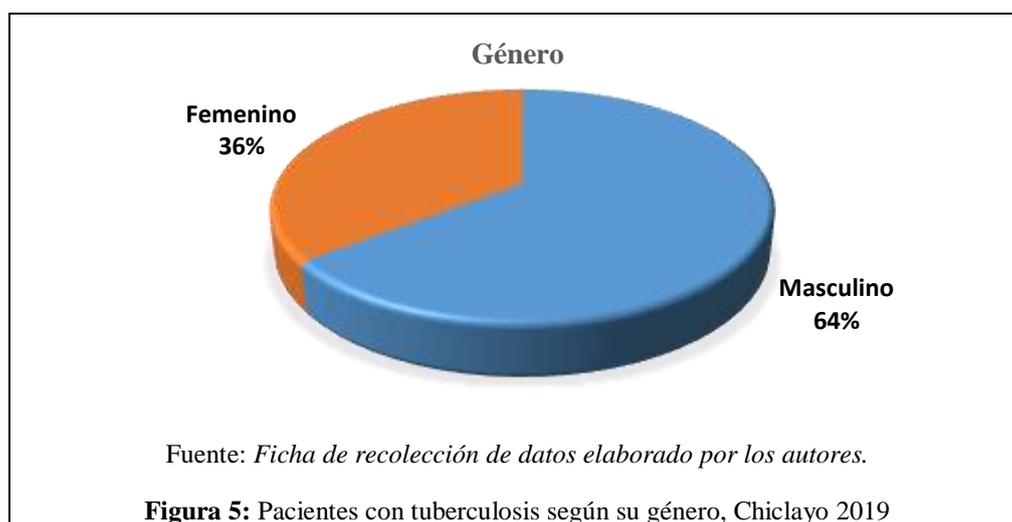
Objetivo específico 2: Describir las principales determinantes sociales de los pacientes con tuberculosis.

3.1.2 Características de las principales determinantes sociales de los pacientes con tratamiento acortado directamente observado [DOTS]

Tabla 6: Pacientes de Tuberculosis con tratamiento acortado directamente observado según su género. Chiclayo. 2019

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	96	64%
Femenino	53	36%
Total	149	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos elaborado por los autores.

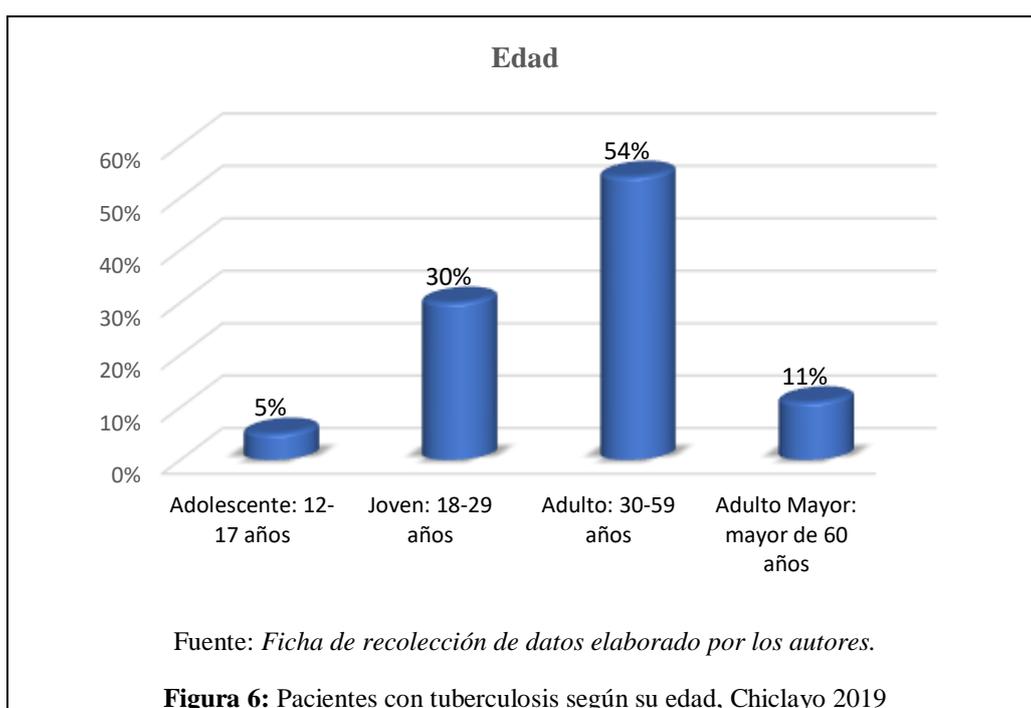


Como se puede observar en la tabla 5, el género predominante encontrado en los pacientes con tuberculosis es el Masculino con un 64%, y el restante 36% correspondiente al sexo femenino

Tabla 7: Pacientes de Tuberculosis con tratamiento acortado directamente observado según su edad. Chiclayo. 2019

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Adolescente: 12-17 años	8	5%
Joven: 18-29 años	45	30%
Adulto: 30-59 años	80	54%
Adulto Mayor: mayor de 60 años	16	11%
Total	149	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos elaborado por los autores.



En la tabla 6 se observa que el 54% de pacientes con tuberculosis son adultos con edades comprendidas entre 30 y 59 años, seguido del 30% de jóvenes con edades entre 18 y 29 años, sólo hay un 5% de jóvenes adolescentes con edades entre 12 y 17 años.

Tabla 8: Pacientes de Tuberculosis con tratamiento acertado directamente observado según su grado de instrucción. Chiclayo. 2019

DISTRITO	GRADO DE INSTRUCCIÓN							Total
	Analfabeto	Primaria		Secundaria		Superior		
		Incomp.	Comp.	Incomp.	Comp.	Incomp.	Comp.	
La Victoria	1	0	1	6	18	0	2	28
Chiclayo	0	1	2	14	36	2	13	68
J.L.O	0	4	5	10	22	7	5	53
								149
%	0.70%	3.40%	5.40%	20%	51%	6%	13.40%	

Fuente: Ficha de recolección de datos elaborado por los autores.

En la tabla se observa que la mayor parte de pacientes (51%) presentar secundaria completa seguido por un 13.4 % en superior completa. Ocupando el grado de primaria en general como un 8.8%.

Tabla 9: Pacientes de Tuberculosis con tratamiento acertado directamente observado según su ocupación. Chiclayo. 2019

Grupo ocupacional	Frecuencia	Porcentaje
Grupo 2: Profesionales, Científicos Intelectuales	4	2.7
Grupo 3: Profesionales técnicos	2	1.3
Grupo 4: Empleados administrativos	4	2.7
Grupo 5: Trabajadores de servicios y vendedores	27	18.1
Grupo 6: Agricultores y trabajadores agropecuarios	9	6.0
Grupo 7: Trabajadores de la construcción, electricidad y las telecomunicaciones	10	6.7
Grupo 8: Operadores de maquinaria industrial, ensambladores y transportes	20	13.4
Grupo 9: Ocupaciones elementales	73	49.0
Total	149	100.0

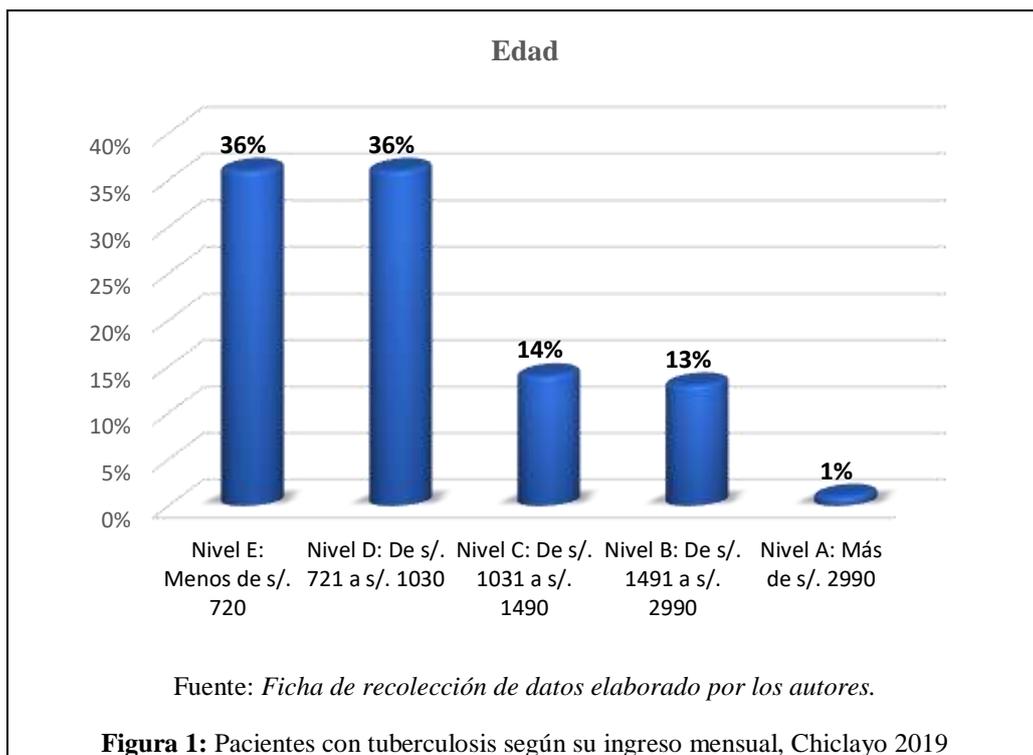
Fuente: Ficha de recolección de datos elaborado por los autores.

En la evaluación de la ocupación de la muestra de pacientes de tuberculosis en 6 grupos ocupacionales, el mayor porcentaje (49%) pertenecen al grupo 9 de ocupaciones elementales, seguido del 18% del grupo ocupacional 5 conformado por trabajadores de servicios y vendedores, y sólo un 1% son del grupo ocupacional 3 conformado por profesionales técnicos.

Tabla 10: Pacientes de Tuberculosis con tratamiento acortado directamente observado según sus ingresos mensuales. Chiclayo. 2019

Ingresos mensuales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nivel E: Menos de s/. 720	53	35.6	35.6
Nivel D: De s/. 721 a s/. 1030	54	36.2	71.8
Nivel C: De s/. 1031 a s/. 1490	21	14.1	85.9
Nivel B: De s/. 1491 a s/. 2990	20	13.4	99.3
Nivel A: Más de s/. 2990	1	0.7	100.0
Total	149	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos elaborado por los autores.



Con respecto a los ingresos mensuales de los pacientes con tuberculosis, el 36,2% tienen ingresos mensuales de 721 a 1030 soles, seguido del 35,6% que gana menos de

720 soles, lo que hacen un acumulado de 71,8% de pacientes con los ingresos más bajos pertenecientes a los niveles E y D. Sólo un 0,7% de pacientes de tuberculosis tienen ingresos superiores a los 2990 soles.

3.1.3 Características de las dificultades en la ejecución de la estrategia DOTS en los centros de salud de José Leonardo Ortiz, Chiclayo y La Victoria.

Objetivo específico 3: Identificar las dificultades percibidas durante la ejecución de la estrategia DOTS en los centros de salud de José Leonardo Ortiz, Chiclayo y La Victoria.

Tabla 11: Características percibidas durante la ejecución de la estrategia DOTS en los centros de salud de José Leonardo Ortiz, Chiclayo y La Victoria. 2019

Estrategias del tratamiento acortado directamente observado		Distrito					
		CHICLAYO		JOSE LEONARDO ORTIZ		LA VICTORIA	
		Satisfecho	Insatisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Satisfecho	Insatisfecho
Compromiso político y apoyo financiero	n	66	2	50	3	28	0
	%	97%	3%	94%	6%	100%	0%
Diagnóstico oportuno	n	64	4	52	1	27	1
	%	94%	6%	98%	2%	96%	4%
Tratamiento supervisado y apoyo al paciente	n	65	3	52	1	27	1
	%	96%	4%	98%	2%	96%	4%
Suministro regular de medicamentos	n	63	5	52	1	28	0
	%	93%	7%	98%	2%	100%	0%

Fuente: Ficha de recolección de datos elaborado por los autores.

Dentro de las dificultades que se pudieron percibir en la ejecución de las estrategias DOTS, encontramos el mayor nivel de insatisfacción (6%) de Compromiso político y apoyo financiero en el distrito de José Leonardo Ortiz, respecto al Diagnóstico oportuno en el distrito de Chiclayo se encontró una insatisfacción del 6%, en lo que respecta al Tratamiento supervisado y apoyo al paciente se encontró un 4% de insatisfacción en Chiclayo y La Victoria y en lo que corresponde al Suministro regular de medicamentos el más alto nivel de insatisfacción se percibió en el distrito de Chiclayo con el 7%.

3.1.4 Características de los Antecedentes personales

Objetivo específico 4: Describir las preferencias de los pacientes con tuberculosis acerca del tratamiento acordado directamente observado

Tabla 12: Preferencias de los pacientes con tuberculosis acerca del tratamiento acordado directamente observado. Chiclayo 2019

	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
44. ¿Preferiría tomar el tratamiento en su domicilio?	27	18%	11	7%	7	5%	39	26%	65	44%
45. Si usted recibiera el tratamiento por semana para tomar en casa, ¿Cumpliría con el tratamiento?	5	3%	9	6%	4	3%	40	27%	91	61%
46. ¿Preferiría tomar el medicamento en casa, por falta de dinero para trasladarse al establecimiento de salud?	35	23%	17	11%	12	8%	31	21%	54	36%
47. ¿Preferiría tomar el medicamento en casa, por vergüenza a que se enteren de mi enfermedad?	56	38%	46	31%	14	9%	15	10%	18	12%
48. ¿Preferiría tomar el medicamento en casa, por falta de disposición de tiempo?	33	22%	15	10%	12	8%	37	25%	52	35%
49. ¿Preferiría tomar el medicamento en casa, por presencia de efectos indeseados del tratamiento?	46	31%	43	29%	15	10%	31	21%	14	9%
50. ¿Preferiría tomar el medicamento en casa, por maltrato/indiferencia por parte del personal de salud	74	50%	48	32%	12	8%	8	5%	7	5%

51. ¿Para asegurar que va a tomar el medicamento en casa preferiría ser supervisado directamente a diario por un personal de salud?	31	21%	34	23%	17	11%	31	21%	36	24%
52. ¿Para asegurar que va a tomar el medicamento en casa preferiría establecer una persona responsable en casa que administre los medicamentos?	22	15%	17	11%	10	7%	46	31%	54	36%
53. ¿Para asegurar que va a tomar el medicamento en casa preferiría Ser supervisado indirectamente por videollamada?	34	23%	23	15%	14	9%	34	23%	44	30%
54. ¿Para asegurar que va a tomar el medicamento en casa preferiría no necesito supervisión; yo me hago responsable?	13	9%	17	11%	10	7%	47	32%	62	42%
55. ¿Para asegurar que va a tomar el medicamento en casa preferiría Supervisión por un promotor de salud?	35	23%	37	25%	13	9%	34	23%	30	20%

Con respecto a las preferencias más relevantes de los pacientes con tuberculosis encontramos que el 70% prefieren tomar el tratamiento en su domicilio, el 88% si cumpliría con el tratamiento si lo recibiera por semana para tomar en casa, el 60% preferiría tomar el medicamento en casa, por falta de disposición de tiempo, el 57% preferiría tomar el medicamento en casa, por falta de dinero para trasladarse al establecimiento de salud, el 74% dice que no necesita supervisión; yo me hago responsable, el 67% preferiría establecer una persona responsable en casa que administre los medicamentos y el 53 % prefería ser supervisado mediante videollamada.

3.2 DISCUSIONES

En nuestro estudio participaron un total de 149 pacientes para evaluar la percepción y la preferencia de los pacientes con respecto a la estrategia DOTS, teniendo como punto de partida la aplicación de la estrategia por la OMS, la misma que se le han ido aplicando mejoras para poder lograr las metas establecidas a corto, mediano y largo plazo, y poder lograr el éxito del tratamiento; sin embargo, los esfuerzos realizados no son suficientes para alcanzar dichos objetivos. Los resultados obtenidos muestran 94% de pacientes satisfechos con la aplicación de la estrategia DOTS y un 6% de insatisfacción, ello se puede contrastar con los resultados favorables del DOTS como lo determina un estudio hecho en Etiopia realizado por Chalachew Genet donde se muestra una tasa de éxito con la aplicación de la estrategia DOTS de un 90.7%, porcentaje que se encuentra dentro de los objetivos de la OMS (28). Comparable con el estudio de Sitikantha Banerjee et al, donde se refiere que existe una mejora en la calidad de vida en los pacientes que culminan el tratamiento, a diferencia de los que tienen un resultado desfavorable (29).

La población estudiada registra para los componentes de compromiso político y apoyo financiero del estado dirigido a la aplicación de la estrategia DOTS, y suministro regular de medicamentos, una satisfacción de 95% y 96%, respectivamente, demostrando así que el presupuesto destinado para los recursos y operaciones que intervienen en este programa logra cubrir gran parte del tratamiento, ello se ve reflejado en la disminución de la tasa de abandono denotado en estudios como el realizado en un establecimiento de atención primaria en Lima donde se registra una tasa de abandono 5% que se correlaciona con las estadísticas dadas por el MINSA-PERU a través del Sistema de información gerencial de tuberculosis (SIG TB), que para el año 2017 Lima registra una disminución de 44.4% del número de abandonos con respecto al año anterior, sin embargo reportó una tasa de

abandono de 6.9% no logrando alcanzar la meta propuesta menor a 5%, mientras que a nivel de la región Lambayeque se reporta una mayor tasa de abandono (9.8 %) (30,31).

Por otro lado, los resultados acerca del componente Diagnóstico Oportuno de la tuberculosis señalan una satisfacción de 92% e insatisfacción de 8%; la relevancia de este componente implica que dependiendo su abordaje influenciará de forma positiva o negativa en la morbilidad e incidencia de un país, la misma se basa en la calidad de búsqueda de sintomáticos respiratorios por los entes locales y nacionales de salud, así el MINSA PERU reporta una tendencia continua a la elevación del número de captaciones de sintomáticos respiratorios desde el año 2012, con 1 427 492 pacientes, hasta el año 2016, con 1 971 475 pacientes, no obstante se evidencio la disminución del porcentaje de pacientes TB pulmonar BK positivos identificados, de 1.6% (año 2012) a 0.9% (año 2016), ello traduciría la inadecuada ejecución de los procesos en la detección de sintomáticos respiratorios dentro de los cuales se incluyen identificación inadecuado de sintomáticos respiratorio, recaudación incorrecta de muestras de esputo, la dilación en la obtención de resultados, pacientes sin segunda muestra de esputo control; no obstante, a pesar de la gran satisfacción mostrada en nuestro estudio, se registran un 13 % que considera inadecuado el tiempo de establecimiento de diagnóstico, un 7% no tuvo fácil acceso a las pruebas de laboratorio, así mismo un 7% no recibieron información clara por parte del personal de salud y otros 7% muestra insatisfacción frente a la realización incorrecta de captación de sintomáticos, que en su conjunto podrían limitar la eficacia de la estrategia y preservar la alta transmisión de TB (31,32)

En el Tratamiento normalizado, con supervisión (observación directa) y apoyo al paciente se encontró un 94 % de satisfacción, con un 97% en apoyo emocional y participación activa, siendo el mayor porcentaje de insatisfacción en un 15% en atención individualizada lo que se refiere a si el paciente recibe atención en privado, el personal

de salud le realiza visitas a domicilio o con respecto a los horarios destinados para la toma del medicamento. Resultados similares encontrados en el estudio de Martins E et al, en donde mencionan que una de las potencialidades del tratamiento DOTS es el vínculo entre profesionales de la salud y pacientes, siendo uno de los factores principales para la atención básica en salud (11). Sin embargo, un estudio en Nicaragua, refiere que existe una mayor tasa de abandono por la mala relación que presenta el personal de salud con el paciente, esto por la escasa información que se brinda al paciente con respecto a sus dudas en el tratamiento, que se puede explicar por la falta de disposición de tiempo del personal de salud al tener una mayor carga de pacientes (10). Asimismo el estudio realizado por Palacios P, en las microrredes de Chiclayo, La victoria y José Leonardo Ortiz muestra una mayor tasa de abandono en pacientes con inadecuada atención por parte del personal de salud (43%) y dificultad de acceso al servicio (23%) (12). Los resultados obtenidos reflejan una buena relación entre el personal de salud y paciente, sin embargo la atención individualizada es baja, esto se traduce en inseguridad al momento de la toma del medicamento, generando estigmatización, lo que puede vulnerar la salud mental del paciente, como lo menciona Banerjee S en su estudio sobre calidad de vida donde se encontró un nivel de depresión de 64,6% y 16.4 % al inicio y al final del tratamiento, siendo parte importante para el tratamiento integral del paciente (29).

La mayor proporción de pacientes fue del sexo masculino 64%, siendo la edad promedio entre los 30 – 59 años (adultos), un 51 % tenía secundaria completa, siendo los pacientes con educación primaria completa e incompleta un 8.8%, según el lugar de procedencia 68 eran de Chiclayo (45%) seguido por 53 paciente en José Leonardo Ortiz (36%), entre la ocupación con mayor porcentaje fue el grupo 9 calificado como ocupaciones elementales (referidos a funciones rutinarias y sencillas que pueden requerir la ayuda de herramientas manuales y/o esfuerzo físico por ejemplo vender mercancías en la calle,

brindar servicios de vigilancia, planchar, lavar, limpiar, etc) con un 49% seguido por trabajadores de servicios y vendedores 18.1% y entre los niveles económicos la mayor proporción de pacientes 36.2 % tiene ingresos mensuales entre 721 – 1030 soles, seguido por un 35.6% que gana menos de 720 soles mensuales, resultados similares a los obtenidos por Palacios P realizado en las microrredes de Chiclayo, José Leonardo Ortiz y la victoria, encontrando un 64% de pacientes de sexo masculino, 18 % tenían entre 32 - 36 años de edad, 18% tienen por ocupación ser mototaxistas y el 20% perciben ingresos económicos menores de 500 soles mensuales considerándose estos como factores asociados con el abandono del tratamiento TB, además se observó que un 40 % de abandono al tratamiento se registró en José Leonardo Ortiz (12). En contraste el estudio realizado por H Choi menciona en su estudio que las condiciones sociales que se relacionan con una menor adherencia al tratamiento es el menor nivel educativo y el ser trabajador de la industria de construcción o manufactura considerando que los programas relacionados al tratamiento TB no se ocupa de las condiciones sociales del paciente (33). Estos resultados reflejan que existen aún determinantes de la salud afectando en la adherencia de los pacientes al tratamiento de la tuberculosis, por lo que es importante encontrar una visión integrada en el tratamiento y poder disminuir la tasa de abandono del tratamiento que en la ciudad de Lambayeque para el 2017 fue de 9.8% (30).

Por lo mismo que ningún sistema posee una efectividad plena al aplicarse en un determinado contexto real, la estrategia DOTS no es la excepción, en nuestro estudio se identificaron un pequeño porcentaje de insatisfacción en cada uno de los componentes de esta estrategia, ello reflejaría dificultades en la ejecución de la estrategia, así se revela un mayor nivel de insatisfacción (6%) de Compromiso político y apoyo financiero en el distrito de José Leonardo Ortiz, respecto al Diagnóstico oportuno en el distrito de Chiclayo se encontró una insatisfacción del 6%, siendo la demora en el establecimiento

del diagnóstico el indicador de mayor insatisfacción (13%) que muestra correlación con lo descrito por Tejada Vergara et al. donde la dilación en la sospecha clínica para el diagnóstico se tradujo en un 12.5% de casos que superaron los 15 días entre la primera consulta y el diagnóstico de la enfermedad.(31, 32, 34). En lo que respecta al Tratamiento supervisado y apoyo al paciente se encontró un 4% de insatisfacción en Chiclayo y La Victoria, sin embargo se evidenció que el indicador con mayor insatisfacción fue la atención individualizada(15%) así mismo otro de los indicadores con mayor relevancia es la accesibilidad al centro de salud que muestra una insatisfacción menor al 10%, este último se traduce en la presencia de elevados tiempos de espera de atención y dificultad para acudir en los horarios destinados por el establecimiento de salud. Estas dificultades también fueron identificadas en diferentes estudios, Lopez Santos en su estudio registra un 85% de pacientes TB XDR en el hospital Hipolito Unanue tuvieron que esperar un tiempo regular para ser atendidos (10-15min), y Mamani Figueroa mostro significancia estadística entre el elevado tiempo de espera de atención con respecto diagnóstico tardío, estos constituirían un obstáculo para alcanzar tasas de éxito optimas por la estrategia DOTS (35, 36, 37).

Con respecto a las preferencias de los pacientes acerca del tratamiento DOTS se determinó que un 70 % de los pacientes prefieren tomar su tratamiento en su domicilio, de ellos el 88% sí cumpliría con el tratamiento si recibiera por semana para tomar en casa. Por otro lado, el 60 % manifiesta que prefería tomar el medicamento en casa por falta de disposición de tiempo, seguido de un 57% que lo preferirían por falta de dinero para trasladarse al establecimiento de salud. Resultados que se podría esperar por el déficit de trabajo de algunos pacientes debido a que dicho tratamiento perjudica su condición física y se ven en la necesidad de abandonar el trabajo siendo incluso apoyados económicamente y cuidados por miembros de la familia, generando menores ingresos

económicos en la familia, como lo reportan el estudio de Banerjee et al (29), por lo que sería importante que los horarios de atención sean accesibles para la toma del medicamento y mejorar las condiciones laborales de los pacientes (11), ya que el menor ingreso económico se encuentra asociado al abandono del tratamiento (12). Además, para asegurar que van a tomar el medicamento en un 74% refieren que no necesitan supervisión, ellos se hacen responsables de la toma del tratamiento, seguido de un 67% que preferiría un responsable en casa que le administre el medicamento en su domicilio. Estos resultados se contrastan con el estudio de Gallego C et al, el cual evalúa los resultados obtenidos utilizando el tratamiento autoadministrado en pacientes TB completando el tratamiento un 71.2% y un 27.4% abandonaron el tratamiento (38), reflejando que el tratamiento autoadministrado no es una opción favorable. Hernández H menciona mejoras establecidas por la OMS en cuanto a la adherencia y con esto disminuir la tasa de abandono del tratamiento en el cual se considera el DOTS en familia y DOTS domiciliario autoadministrado con apoyo del uso de la tecnología como la comunicación móvil, ya habiendo estudios con buena tasa de éxito comparado con el tratamiento DOTS en persona, además del DOTS en la comunidad administrado por agentes comunitarios en salud (39). En nuestro estudio existe un 53% de aceptación con respecto al uso de videollamadas para asegurar que van a tomar el medicamento. Estudios realizados con la aplicación de video DOTS han dado buenos resultados teniendo una aceptabilidad hasta de un 100% completando el tratamiento con éxito, siendo recomendado por los pacientes por la facilidad de la toma del medicamento y del ahorro de tiempo y dinero para el traslado al establecimiento de salud, siendo el video DOTS una alternativa aceptable para mejorar la adherencia al tratamiento (13, 15, 14). Además, en nuestro estudio la opción de ser supervisado directamente a diario por un personal de salud para asegurar que va a tomar el medicamento obtuvo un 45% de

aceptación, sin embargo, existen estudios que muestran una buena tasa de éxito con equipos móviles conformados por personal de salud en la administración del tratamiento en su domicilio hasta de un 85% lo que resulta viable para mejorar la adherencia al tratamiento TB (16, 17, 18).

Entre las limitaciones registradas durante la ejecución de nuestro estudio, se encontraron la idiosincrasia de los pacientes manifestada a través de la falta de disposición para llenar las encuestas, así como en la fase de recolección de información se evidenció que a pesar de las instrucciones hubieron encuestas incompletas e incorrectamente llenadas, y por último la demora en los procesos burocráticos para obtener permisos de la entidad rectora regional de salud y en cada centro de atención primaria de salud.

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES

En conclusión, el presente estudio demuestra gran satisfacción entre los pacientes del programa de tratamiento contra la tuberculosis con respecto a la percepción del tratamiento directamente observado en los tres distritos más prevalentes de Chiclayo, así mismo se determina que aproximadamente más de las dos terceras partes de la población estudiada prefiere tomar el medicamento en casa debido a, en orden decreciente de frecuencia, falta de disponibilidad de tiempo, falta de recursos económicos para trasladarse al centro de salud, efectos indeseados, vergüenza que se enteren de su enfermedad, y un número reducido por indiferencia por parte del personal de salud. Por otro lado, más de la mitad prefieren hacerse responsable ellos mismos o establecer una persona responsable en casa para asegurar que el tratamiento sea cumplido en domicilio, sin embargo más del 50% muestran aceptación frente a la inclusión de nuevos avances tecnológicos como la supervisión indirecta por video-llamada, siendo esta una buena alternativa para mejorar la tasa de éxito de tratamiento.

1. La materialización de los procesos establecidos por componentes de la estrategia DOTS: compromiso político, diagnóstico oportuno., tratamiento con observación directa y suministro regular de medicamentos, se traduce en una percepción satisfactoria entre 90-95% en cada componente.
2. Las determinantes sociales de la salud identificados en los distritos de Chiclayo muestran predominancia de género masculino que constituye menos de las dos terceras partes de la población, además existe mayor concentración de población entre adultos (30-59 años) y jóvenes (18-29 años), por otro lado las ocupaciones elementales reúnen cerca del 50% de la población con respecto a los otros grupos ocupacionales, así mismo aproximadamente la tercera parte de los pacientes perciben ingresos menos de 720 soles, y más de la mitad tiene estudios secundarios completos

mientras que menos 10% solo poseen primaria, estos dificultarían la probabilidad de incremento de la tasa de éxito de la estrategia DOTS.

3. Las dificultades percibidas en la ejecución de la estrategia DOTS en los 3 distritos de Chiclayo, revela un mayor nivel de insatisfacción de Compromiso político y apoyo financiero en el distrito de José Leonardo Ortiz, respecto al Diagnóstico oportuno en el distrito de Chiclayo se encontró una insatisfacción similar al componente anterior, siendo el indicador con mayor insatisfacción la demora en el establecimiento del diagnóstico, en lo que respecta al Tratamiento supervisado y apoyo al paciente se encontró una insatisfacción reducida en Chiclayo y La Victoria, sin embargo se evidenció que el indicador con mayor insatisfacción fue la atención individualizada y en lo que corresponde al Suministro regular de medicamentos el más alto nivel de insatisfacción se percibió en el distrito de Chiclayo.
4. La gran parte de la población estudiada prefiere tomar el medicamento en casa, de modo que, en orden decreciente de frecuencia, se evidencia las siguientes dificultades: falta de disponibilidad de tiempo, falta de recursos económicos para trasladarse al centro de salud, efectos indeseados, vergüenza que se enteren de su enfermedad, y un número reducido por indiferencia por parte del personal de salud. Por otro lado, más de la mitad prefieren hacerse responsable ellos mismos o establecer una persona responsable en casa para asegurar que el tratamiento sea adecuadamente cumplido en cada domicilio, sin embargo más del 50% muestran aceptación frente a la inclusión de nuevos avances tecnológicos como la supervisión indirecta por video-llamada, y/o la supervisión por personal de salud en casa, perfilándose estas en buenas alternativas para mejorar la tasa de éxito de tratamiento.

CAPITULO V: RECOMENDACIONES

El presente estudio muestra la presencia de determinantes de la salud como el menor ingreso económico, la ocupación, entre otros, los cuales están asociados con el abandono del tratamiento, por lo que sería de vital importancia poner más atención en estos determinantes a nivel local y nacional, y mejorar el tratamiento integrado. Además, se observa que un gran porcentaje de pacientes prefieren tomar el tratamiento en casa, lo que daría mayor adherencia al tratamiento, debido a ello se recomienda realizar estudios analíticos o ensayos de intervención comunitaria en avances tecnológicos que puedan facilitar dicho tratamiento a los pacientes.

Basado en la evidencia encontrada, se sugiere informar de forma específica a las autoridades en salud pertinentes de los distritos de José Leonardo Ortiz, Chiclayo y La Victoria para elaborar, gestionar e implementar mejoras que permitan abordar las determinantes sociales de forma adecuada para cada localidad así mismo mejorar la ejecución en los procesos operativos de los indicadores diagnóstico oportuno y tratamiento individualizado que permitan incluir esos porcentajes pequeños logrando mayor tasa de éxito y menos tasa de abandono del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

1. Organización mundial de la salud. Informe mundial sobre tuberculosis 2019. https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2019_ExecutiveSummary_es.pdf?ua=1 . Consultado en febrero del 2020
2. Alarcón V, Alarcón E, Figueroa C, Mendoza-Ticona A. Tuberculosis en el Perú: Situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2017; 34(2):299-310.
3. OMS/ OPS. Tuberculosis en las Américas 2018. Washington. 2018
4. Organización mundial de la salud. Tuberculosis: perfiles de países. <https://www.who.int/tb/country/data/profiles/es/>. Consultado en febrero del 2020.
5. Boletín Epidemiológico SE N° 51- 52_2019 GERESA Lambayeque. Casos de Tuberculosis (TB) Notificados en NOTI-WEB de la GERESA Lambayeque. Año 2019 a SE. 51- 52_ 2019.
6. Organización Mundial de la Salud, “TREATMENT OF TUBERCULOSIS. Guidelines for treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care. 2017 update” WHO/HTM/TB/2017.05].
7. Lee B Reichman, MD, MPH, Alfred A Lardizabal, MD. Adherencia al tratamiento de la tuberculosis. 2018 UpToDate.
8. Anduaga A et al. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú. *Acta Med Peru*. 2016;33(1):21-8.
9. Meza W, Peralta A, Quispe F, Cáceres F. Adherencia terapéutica y factores condicionantes en su cumplimiento en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Microrred la Palma, Ica 2017. *Rev méd panacea*. 2018;7(1):22-27.

10. Zeledón P, Blandón H, Bonilla E, Salinas A. Factores relacionados al cumplimiento y abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en león, Nicaragua. *Journal Health NPEPS*. 2017; 2(1):148-160.
11. Martins E; De-La-Torre-Ugarte M; Ribeiro K; Bertolozzi M. Tuberculosis: límites y potencialidades del tratamiento supervisado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 20(2): 1- 9.
12. Palacios P, Rodríguez B. Factores asociados al abandono del tratamiento de pacientes con tuberculosis en las Microredes de Chiclayo, la Victoria y Jose Leonardo Ortiz 2014 – 2016. Repositorio de tesis de universidad señor de Sipan. Pimentel- Perú 2017. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/uss/4201>
13. Chuck C, Robinson E, Macaraig M, Alexander M, Burzynski J. Enhancing management of tuberculosis treatment with video directly observed therapy in New York City. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2016; 20(5):588-93.
14. Mehdi Mirsaiedi , Maham Farshidpour , Deborah Banks-Tripp , Sarah Hashmi , Carrie Kujoth , y Dean Schraufnagel. La terapia de video observada directamente para el tratamiento de la tuberculosis está orientada al paciente y es rentable. *Eur Respir J*. 2015 Sep; 46 (3): 871–874.
15. Garfein RS, Collins K, Muñoz F, Moser K, Cerecer-Callu P, Raab F et al. Feasibility of tuberculosis treatment monitoring by video directly observed therapy: a binational pilot study. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2015;19(9):1057-64
16. Abdullah A et al. High non-compliance rate with antituberculosis treatment: a need to shift facility-based directly observed therapy short course (DOTS) to community mobile outreach team supervision in Saudi Arabia. *BMC Public Health*. 2019; 19: 1168.

17. Alqahtani S et al. Impact of mobile teams on tuberculosis treatment outcomes, Riyadh Region, Kingdom of Saudi Arabia, 2013–2015. *J Epidemiol Global Health*. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.jegh.2017.09.005>
18. D. Kibuule et al. Effectiveness of community-based DOTS strategy on tuberculosis treatment success rates in Namibia. *INT J TUBERC LUNG DIS* 23(4):441–449.
19. Farreras P, Rozman C. *Medicina interna*. 18° ed. Barcelona, España.: Elsevier; 2016.
20. Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis /Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis -- Lima: Ministerio de Salud; 2013.
21. OMS. Proseguir la expansión y mejora de un DOTS de calidad [sede web]. 2020 disponible en: <http://www.who.int/tb/dots/es/>.
22. Ministerio de desarrollo e inclusión social. Funcionamiento de la modalidad de complementación alimentaria para la persona afectada por tuberculosis – PANTBC de programas de complementación alimentaria. RM N° 025-2017-MIDIS. Lima – Perú. 2017.
23. Ministerio de desarrollo e inclusión social. Funcionamiento de la modalidad de complementación alimentaria para la persona afectada por tuberculosis – PANTBC de programas de complementación alimentaria. RM N° 025-2017-MIDIS. Lima – Perú. 2017.
24. Organización mundial de la salud. Estrategia fin de la tuberculosis. Ginebra, Suiza. 2015.
25. Organización mundial de la salud. Estrategia Fin a la TB de la OMS [sede web]. Consultado en marzo 2020. <https://www.who.int/tb/strategy/es/>

26. Quispe A. Percepción sobre calidad de atención de la enfermera y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis. Chiclayo-Perú: Universidad autónoma de Ica; 2016.
27. Organización mundial de la salud. Determinantes sociales de la salud. Consultado marzo 2020. https://www.who.int/social_determinants/es/
28. Chalachew Genet¹, Addisu Melese and Abebaw Worede. Effectiveness of directly observed treatment short course (DOTS) on treatment of tuberculosis patients in public health facilities of Debre Tabor Town, Ethiopia: retrospective study. BMC Res Notes. 2019;12:396
29. Banerjee S, Bandyopadhyay K, Taraphdar P, Dasgupta A. Effect of DOTS on quality of life among tuberculosis patients: A follow-up study in a health district of Kolkata. J Family Med Prim Care 2019;8:1070-5.
30. MINSA, Dirección de Prevención y control de tuberculosis. Perfil de la tuberculosis – Perú. Consulto en marzo del 2020 <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/DashboardDPCTB/PerfilTB.aspx?fbclid=IwAR0r3dFdqn5Fx9Lvrkf88IsGV3deLM7xYXOeaZVoc7K6jZi-fny5Ck1w7OA>
31. Ministerio de Salud. RM N° 247-2018/MINSA: Plan de intervención de prevención y control de tuberculosis en Lima Metropolitana y regiones priorizadas de Callao, Ica, La Libertad y Loreto, 2018-2020. Lima 2018.
32. Díaz A; Ramos D, Zarut R; Armas L, González E. Demora del diagnóstico de tuberculosis pulmonar bacilosópicamente negativa en un municipio y Hospitales de La Habana. Revista Cubana de Medicina Tropical. 2015;67(1):1-10.
33. H. Choi et al. The impact of social conditions on patient adherence to pulmonary tuberculosis treatment. Int J Tuberc Lung Dis. 2016; 20(7): 948–954

34. Tejada B, Villadiego M, Amador C. Efectividad del programa de control de tuberculosis en las entidades estatales. departamento de Córdoba, Colombia 2015. AVANCES EN SALUD. 2018; 2(2): 29 – 38
35. Outomuro D, Actis andrea M. “Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica” Rev Med Chile. 2013; 141: 361-366.
36. Mamani P. Factores asociados al diagnóstico tardío de tuberculosis pulmonar, en los establecimientos de la Dirección Regional de Salud - Cusco, 2019. Repositorio digital de tesis de la Universidad Andina del Cusco. Cusco – Perú 2019.
37. Lopez R, Castañeda E. Tiempo de espera en la atención de pacientes con tuberculosis extremadamente resistente - Hospital Nacional Hipólito Unanue – 2019. Tesis para obtener el grado académico de: Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud. Lima – Perú. 2019.
38. Gallego C, Salomone C, Poropat A. Resultados obtenidos utilizando tratamiento autoadministrado en tuberculosis. RAMR. 2017;2:148-151
39. Hernández H, Ríos J. Los abandonos al tratamiento antituberculosis. Intervenciones innovadoras en desarrollo. Vol. 57(4) Octubre - Diciembre 2018.

ANEXOS

ANEXO 1: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Criterios	JUECES								Valor de P
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	
1	1	1	0	1	1	1	1	1	7
2	1	1	0	1	1	1	1	1	7
3	1	1	0	1	1	1	1	1	7
4	1	1	1	1	1	1	1	1	8
5	1	1	1	1	1	1	1	1	8
6	1	1	0	1	1	1	1	1	7
7	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Total	7	7	3	7	7	7	7	7	52

* 1: de acuerdo

2: Desacuerdo

PRUEBA DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES

$$b = \frac{T_a}{T_a + T_d} \times 100$$

PROCESAMIENTO:

T_a = 52 (N° Total de acuerdo de jueces)

T_d = 4 (N° Total de desacuerdo de jueces)

b = $(52/[52+4]) \times 100 = 92.8$ % de acuerdo entre los jueces

ACEPTABLE: 0.7 (70%)

BUENO: 0.7 – 0.8 (70 – 80%)

EXCELENTE: POR ENCIMA DE 0.9

VALIDACIÓN ESTADÍSTICA

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	21	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	21	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,890	55

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
P1	214,14	453,129	,312	,889
P2	214,43	440,157	,588	,885
P3	214,05	454,348	,269	,889
P4	214,33	447,433	,388	,888
P5	214,71	438,014	,402	,887
P6	214,86	448,329	,225	,889
P7	214,48	440,562	,503	,886
P8	214,19	443,962	,737	,886
P9	214,24	444,690	,702	,886
P10	214,57	436,857	,631	,885
P11	214,29	448,814	,514	,887
P12	214,29	457,914	,034	,891
P13	214,81	425,162	,750	,882
P14	214,33	442,133	,623	,886
P15	214,48	442,562	,482	,886
P16	215,57	451,857	,122	,891
P17	214,43	440,557	,576	,886
P18	214,57	447,057	,371	,888
P19	214,29	437,914	,693	,885
P20	214,38	441,048	,551	,886

P21	214,33	437,933	,776	,884
P22	214,43	430,457	,724	,883
P23	214,38	433,148	,736	,884
P24	214,33	435,933	,700	,884
P25	214,29	436,514	,677	,884
P26	214,57	429,257	,710	,883
P27	214,52	433,262	,634	,884
P28	214,95	435,048	,481	,886
P29	214,76	440,190	,418	,887
P30	214,76	446,290	,266	,889
P31	214,33	437,233	,572	,885
P32	214,14	443,729	,755	,886
P33	214,52	444,162	,487	,887
P34	214,86	459,829	-,016	,892
P35	214,52	438,162	,511	,886
P36	214,43	427,457	,690	,883
P37	214,33	445,133	,364	,888
P38	216,38	452,548	,104	,892
P39	214,43	433,457	,688	,884
P40	214,62	442,348	,401	,887
P41	214,71	445,414	,325	,888
P42	214,19	448,062	,285	,888
P43	216,33	476,833	-,295	,899
P44	214,81	444,862	,238	,890
P45	214,24	449,690	,203	,890
P46	215,14	463,229	-,084	,895
P47	216,14	452,229	,100	,892
P48	215,29	463,914	-,094	,896
P49	215,38	461,048	-,048	,894
P50	216,90	468,490	-,257	,894
P51	215,00	435,900	,386	,887
P52	215,33	438,633	,264	,890
P53	215,95	442,648	,253	,890
P54	214,57	443,557	,300	,888
P55	215,24	445,190	,219	,890

ANEXO 2: INSTRUMENTO

INSTRUMENTO SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA ESTRATEGIA DOTS PARA PACIENTES CON TUBERCULOSIS

INSTRUCCIONES: La presente encuesta cuenta con 55 preguntas acerca de la percepción y preferencias de la aplicación de la estrategia de tratamiento directamente observado contra la Tuberculosis (ESTRATEGIA DOTS), las cuales serán respondidas marcando una sola alternativa con una “X” el recuadro correspondiente de acuerdo a su respuesta: TD= Totalmente en desacuerdo; D= En desacuerdo; Ni A, Ni D= ni de acuerdo, ni en desacuerdo; A= de acuerdo; TA: Totalmente de acuerdo.

I. DATOS GENERALES

Edad :		Fecha y hora de entrevista :	
N° Teléfono / Celular:			
Dirección :			
Distrito :	Provincia :	Departamento:	
Grado de instrucción:	Ocupación:	Ingreso mensual:	

II. COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA DOTS Y PREFERENCIAS

PREGUNTAS	ALTERNATIVAS				
	TD	D	Ni A Ni D	A	T A
Compromiso político para garantizar una financiación aumentada y sostenida					
1. ¿El establecimiento le proporciona insumos (envases de esputo, exámenes de laboratorio) mensualmente?					
2. ¿Considera usted que existen los recursos humanos necesarios para la atención de su enfermedad?					
3. ¿Cree usted que los esfuerzos del ministerio de salud permite la cura de su enfermedad?					
Detección de casos mediante pruebas bacteriológicas de calidad garantizada					
4. ¿le hicieron la prueba de esputo al manifestar tos y expectoración por más 14 días?					
5. ¿El personal de salud (médico, enfermera, técnico) le informa de manera entendible acerca de la muestra de esputo (baciloscopia)?					
6. ¿Cree usted que el tiempo que demoró en establecer su diagnóstico fue el adecuado?					
7. ¿Tuvo fácil acceso a las pruebas de laboratorio solicitadas?					

Tratamiento normalizado, con supervisión y apoyo al paciente	TD	D	Ni A Ni D	A	T A
8. ¿El personal de salud le da indicaciones sobre el tratamiento?					
9. ¿El personal de salud le explica con un lenguaje fácil de entender acerca de los cuidados que usted debe tener en el hogar?					
10. ¿El personal de salud le ha informado sobre los efectos adversos del tratamiento para la TBC?					
11. ¿El personal de salud le explica sobre los beneficios del tratamiento?					
12. ¿El personal de salud le explica las consecuencias, en caso de abandonar el tratamiento?					
13. ¿El personal de salud le informa sobre cómo va mejorando su salud?					
14. ¿El personal de salud le observa de manera presencial al tomar sus medicamentos?					
15. ¿Cree usted que la observación directa de la toma del medicamento le ayuda a completar el tratamiento contra la TBC?					
16. ¿Si usted no puede acudir al establecimiento de salud para la toma del tratamiento, el personal de salud le realiza visitas a domicilio?					
17. ¿Considera que el personal de salud le resuelve sus preguntas e inquietudes sobre su medicación?					
18. ¿Considera que el personal de salud le resuelve sus preguntas e inquietudes sobre su tratamiento?					
19. ¿Considera que el médico le resuelve sus preguntas e inquietudes sobre la medicación ?					
20. ¿Considera que el médico le resuelve sus preguntas e inquietudes sobre tratamiento?					
21. ¿Siente que el personal de salud le ha motivado para seguir con el tratamiento?					
22. ¿El personal médico le dice que su salud es lo más importante?					
23. ¿El personal médico le dice que su recuperación es lo más importante?					
24. ¿El personal de enfermería le dice que su salud es lo más importante?					
25. ¿El personal de enfermería le dice que su recuperación es lo más importante?					
26. ¿El personal médico le da consuelo cuando está afligido (a) porque su vida personal-familiar se ve afectada a causa de su enfermedad?					
27. ¿El personal de enfermería le da consuelo cuando está afligido (a) porque su vida personal-familiar se ve afectada a causa de su enfermedad?					

28.¿Los horarios destinados para la toma de los medicamentos en el establecimiento de salud respeta los horarios de sus actividades laborales?					
29.¿Considera accesible los horarios destinados por el establecimiento de salud para la toma de los medicamentos?					
30.¿Ha recibido ayuda psicológica por parte del establecimiento de salud?					
31.¿El personal de salud le saluda cordial y respetuosamente cuando llega a la consulta?					
32.¿El personal de salud se dirige a usted por su nombre?					
33.¿El personal de salud está presto para su atención cuando usted lo solicita?					
34.¿El personal de salud lo atiende en privado?					
35.¿El personal de salud establece una relación de confianza con usted?					
36.¿Nunca se ha sentido discriminado por el personal de salud?					
37.¿Cree usted que el personal de salud le responde de manera cortés a sus preguntas?					
38.¿Además de recibir su tratamiento en el establecimiento de salud, recibe tratamiento en su domicilio o trabajo?					
39. ¿Demora menos de 30 min en ir al establecimiento de salud?*					
40.¿Gasta menos de 5 soles en ir al establecimiento de salud a tomar su tratamiento?***					
41. ¿Espera menos de 30 min para recibir los medicamentos?****					
Sistema eficaz de suministro y gestión de los medicamentos					
	TD	D	Ni A Ni D	A	T A
42.¿El sistema de salud le cubre los medicamentos para su tratamiento?					
43.¿Se ha interrumpido su tratamiento por la falta de medicamentos?					
Componentes personales (Preferencias)					
	TD	D	Ni A Ni D	A	T A
44.¿Preferiría tomar el tratamiento en su domicilio?					
45.Si usted recibiera el tratamiento por semana para tomar en casa, ¿Cumpliría con el tratamiento?					
46. ¿Preferiría tomar el medicamento en casa, por falta de dinero para trasladarse al establecimiento de salud?					
47. ¿Preferiría tomar el medicamento en casa, por vergüenza a que se enteren de mi enfermedad?					
48. ¿Preferiría tomar el medicamento en casa, por falta de disposición de tiempo?					

49. ¿Preferiría tomar el medicamento en casa, por presencia de efectos indeseados del tratamiento?					
50. ¿Preferiría tomar el medicamento en casa, por mal trato/indiferencia por parte del personal de salud					
51. ¿Para asegurar que va a tomar el medicamento en casa preferiría ser supervisado directamente a diario por un personal de salud?					
52. ¿Para asegurar que va a tomar el medicamento en casa preferiría establecer una persona responsable en casa que administre los medicamentos?					
53. ¿Para asegurar que va a tomar el medicamento en casa preferiría Ser supervisado indirectamente por videollamada?					
54. ¿Para asegurar que va a tomar el medicamento en casa preferiría no necesito supervisión; yo me hago responsable?					
55. ¿Para asegurar que va a tomar el medicamento en casa preferiría Supervisión por un promotor de salud?					

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Flores Naquiche Eliseo y Távara Saavedra Cristóbal Raúl, de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. La meta de este estudio es determinar la percepción de la aplicación de la estrategia DOTS en pacientes con tuberculosis en los distritos de JLO, Chiclayo y La Victoria en el 2019

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas completando una encuesta. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las encuestas en un programa estadístico, serán analizadas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Flores Naquiche Eliseo y Távara Saavedra Cristóbal Raúl. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es determinar la percepción de la aplicación de la estrategia DOTS en pacientes en los distritos de JLO, Chiclayo y La Victoria en el 2019

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto ocasione perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Távara Saavedra Cristóbal Raúl al teléfono 968 798 388 o a Flores Naquiche Eliseo al teléfono 959694820.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Flores Naquiche Eliseo y Távara Saavedra Cristóbal Raúl a los teléfonos anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

ANEXO 4: OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES (DEFINICIÓN OPERACIONAL)	SUBINDICADORES	ESCALA DE MIDICIÓN
Percepción sobre aplicación del DOTS.	Son las respuestas a experiencias vividas sobre las acciones realizadas en la aplicación de la estrategia DOTS por parte del personal de salud.	Compromiso político y apoyo financiero	Material para BK para control mensual	¿El establecimiento le proporciona insumos (envases de esputo, material de laboratorio) mensualmente?	nominal
			Apoyo del estado	¿Considera usted que existen los recursos humanos necesarios para el diagnóstico y seguimiento del tratamiento de su enfermedad?	Nominal
Diagnóstico oportuno		Acceso al diagnóstico oportuno.		¿Cree usted que los esfuerzos del sistema de salud y del estado confluyen en la cura de su enfermedad?	Nominal
			¿Le hicieron la prueba de esputo al manifestar tos y expectoración por más 14 días?	Nominal	
			¿El personal de salud (médico, enfermera, técnico) le informa claramente acerca de la muestra de esputo (baciloscopía)?	Nominal	
			¿Cree usted que el tiempo que demoró en establecer su diagnóstico fue el adecuado?	Nominal	
				¿Tuvo fácil acceso a las pruebas de laboratorio solicitadas?	Nominal
				¿El personal de salud le da indicaciones sobre el tratamiento?	Nominal

		Tratamiento supervisado y apoyo al paciente	Información clara, cuidados en el hogar, evolución de la enfermedad.	¿El personal de salud le explica con un lenguaje fácil de entender acerca de los cuidados que usted debe tener en el hogar?	Nominal
				¿El personal de salud le explica sobre los beneficios del tratamiento?	Nominal
				¿El personal de salud le explica las consecuencias, en caso de abandonar el tratamiento?	Nominal
				¿El personal de salud le informa sobre cómo va mejorando su salud?	Nominal
				¿Considera que el personal de salud le resuelve sus preguntas e inquietudes sobre su medicación?	Nominal
				¿Considera que el personal de salud le resuelve sus preguntas e inquietudes sobre su tratamiento?	Nominal
				¿Considera que el médico le resuelve sus preguntas e inquietudes sobre la medicación ?	Nominal
				¿Considera que el médico le resuelve sus preguntas e inquietudes sobre tratamiento?	Nominal
			Información sobre reacciones a los fármacos antituberculosos.	¿El personal de salud le ha informado sobre los efectos adversos del tratamiento para la TBC?	nominal
			Observación directa del tratamiento.	¿El personal de salud le observa de manera presencial al tomar sus medicamentos?	Nominal
¿Cree usted que la observación directa de la toma del medicamento le ayuda a completar el tratamiento contra la TBC?	Nominal				

			Atención individualizada.	¿Si usted no puede acudir al establecimiento de salud para la toma del tratamiento, el personal de salud le realiza visitas a domicilio?	Nominal
				¿El personal de salud lo atiende en privado?	Nominal
				¿Además de recibir su tratamiento en el establecimiento de salud, recibe tratamiento en su domicilio o trabajo?	Nominal
				¿Los horarios destinados para la toma de los medicamentos en el establecimiento de salud respeta los horarios de sus actividades laborales?	Nominal
				¿Considera accesible los horarios destinados por el establecimiento de salud para la toma de los medicamentos?	Nominal
			Apoyo emocional y participación activa.	¿Siente que el personal de salud le ha motivado para seguir con el tratamiento?	Nominal
				¿El personal médico le dice que su salud es lo más importante?	Nominal
				¿El personal médico le dice que su recuperación es lo más importante?	Nominal
				¿El personal de enfermería le dice que su salud es lo más importante?	Nominal
				¿El personal de enfermería le dice que su recuperación es lo más importante?	Nominal
				¿El personal médico le da consuelo cuando está afligido (a) porque su vida personal-familiar se ve afectada a causa de su enfermedad?	Nominal
				¿El personal de enfermería le da consuelo cuando está afligido (a) porque su vida personal-familiar se ve afectada a causa de su enfermedad?	Nominal

				¿Ha recibido ayuda psicológica por parte del establecimiento de salud?	Nominal
			Respeto, trato, Confianza mutua.	¿El personal de salud le saluda cordial y respetuosamente cuando llega a la consulta?	Nominal
				¿El personal de salud se dirige a usted por su nombre?	Nominal
				¿El personal de salud establece una relación de confianza con usted?	Nominal
				¿El personal de salud está presto para su atención cuando usted lo solicita?	Nominal
				¿Cree usted que el personal de salud le responde de manera cortés a sus preguntas?	Nominal
				¿Nunca se ha sentido discriminado por el personal de salud?	Nominal
			Accesibilidad al servicio de salud	¿Demora menos de 30 min en ir al establecimiento de salud?	Nominal
				¿Gasta menos de 5 soles en ir al establecimiento de salud a tomar su tratamiento?	Nominal
				¿Espera menos de 30 min para recibir los medicamentos?	Nominal
		Suministro regular de medicamentos	Permanencia de suministro de medicamentos	¿El sistema de salud le cubre los medicamentos para su tratamiento?	Nominal
				¿Se ha interrumpido su tratamiento por la falta de medicamentos?	Nominal
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES (DEFINICIÓN OPERACIONAL)	SUBINDICADORES	ESCALA DE MIDICIÓN
Componente personal		Preferencias	Preferencias sugerencias	¿Preferiría tomar el tratamiento en su domicilio?	Nominal

				Si usted recibiera el tratamiento por semana para tomar en casa, ¿Cumpliría con el tratamiento?	Nominal
				¿Preferiría tomar el medicamento en casa, por falta de dinero para trasladarse al establecimiento de salud?	Nominal
				¿Preferiría tomar el medicamento en casa, por vergüenza a que se enteren de mi enfermedad?	Nominal
				¿Preferiría tomar el medicamento en casa, por falta de disposición de tiempo?	Nominal
				¿Preferiría tomar el medicamento en casa, por presencia de efectos indeseados del tratamiento?	Nominal
				¿Preferiría tomar el medicamento en casa, por mal trato/indiferencia por parte del personal de salud	Nominal
				¿Para asegurar que va a tomar el medicamento en casa preferiría ser supervisado directamente a diario por un personal de salud?	Nominal
				¿Para asegurar que va a tomar el medicamento en casa preferiría establecer una persona responsable en casa que administre los medicamentos?	Nominal
				¿Para asegurar que va a tomar el medicamento en casa preferiría Ser supervisado indirectamente por videollamada?	Nominal
				¿Para asegurar que va a tomar el medicamento en casa preferiría no necesito supervisión; yo me hago responsable?	Nominal
				¿Para asegurar que va a tomar el medicamento en casa preferiría Supervisión por un promotor de salud?	Nominal
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES (DEFINICIÓN OPERACIONAL)	SUBINDICADORES	ESCALA DE MIDICIÓN
			SEXO	Masculino	Nominal

DETERMINANTES SOCIALES	Circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud			Femenino	Nominal
			EDAD	Adolescente: 12-17 años	Intervalo
				Joven: 18-29 años	Intervalo
				Adulto: 30-59 años	Intervalo
				Adulto Mayor: mayor de 60 años	Intervalo
			LUGAR DE PROCEDENCIA	Procedencia: Rural / Urbana	Nominal
				Distrito	Nominal
				Provincia	Nominal
				Departamento	Nominal
			GRADO DE INSTRUCCION	Analfabeto	Ordinal
				Primaria: completa/incompleta	Ordinal
				Secundaria: completa/incompleta	Ordinal
				Superior: completa/incompleta	Ordinal
			OCUPACIÓN	Gran Grupo 1 : Miembros del Poder Ejecutivo, Legislativo, Judicial y personal directivo de la administración pública y privada.	Nominal
				Gran Grupo 2 : Profesionales, Científicos Intelectuales	Nominal
				Gran Grupo 3 : Profesionales técnicos.	Nominal
				Gran Grupo 4 : Jefes y empleados administrativos	Nominal
				Gran Grupo 5 : Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	Nominal
				Gran Grupo 6 : Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios	Nominal
				Gran Grupo 7 : Trabajadores de la construcción, edificación, productos artesanales, electricidad y las telecomunicaciones	Nominal
	Gran Grupo 8 : Operadores de maquinaria industrial, ensambladores y conductores de transportes.	Nominal			

				Gran Grupo 9: Ocupaciones elementales.	Nominal
			INGRESO MENSUAL	Nivel A: 10 720 nuevos soles mensuales	Ordinal
				Nivel B: 2 990 nuevos soles mensuales	Ordinal
				Nivel C: 1 490 nuevos soles mensuales	Ordinal
				Nivel D: 1 030 nuevos soles mensuales	Ordinal
				Nivel E: 730 nuevos soles mensuales	Ordinal

ANEXO 5: PERMISO DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD



GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
UNIDAD EJECUTORA 400 SALUD LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

Firmado digitalmente por ORDEMAR VASQUEZ Juan Jorge FIR
16693134 Firm
Unidad: GERENCIA REGIONAL DE SALUD - LAMBAYEQUE
Cargo: GERENTE REGIONAL DE SALUD - LAMBAYEQUE
Fecha y hora de proceso: 28/01/2020 - 14:27:41

Id seguridad: 43680988

Año de la Universalización de la Salud

Chiclayo 28 enero 2020

OFICIO N° 000354-2020-GR.LAMB/GERESA-L [3481688 - 1]

SR. FLORES NAQUICHE ELISEO
SR. TAVARA SAAVEDRA CRISTOBAL

ASUNTO: AUTORIZACIÓN DE EJECUCIÓN DE PROYECTO DE TESIS

REFERENCIA: REFERENCIA: SOLICITUD S/N. 3481688-0

Mediante el presente me dirijo a usted y atendiendo a lo requerido mediante expediente de la referencia, comunicarle que esta Gerencia Regional de Salud Lambayeque le concede la autorización para realizar el proyecto de investigación denominado "PERCEPCION Y PREFERENCIA DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS SOBRE APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO ACORTADO DIRECTAMENTE OBSERVADOEN 03 DISTRITOS DE CHICLAYO 2019".

Por lo expuesto se AUTORIZA A los Centro de Salud de José Leonardo Ortiz, C.S Atusparias, C.S Villa Hermosa, C.S Paul Harris, C.S Santa Ana, C.S Culpon, C.S Cerropon, C.S José Olaya, C.S Túpac Amaru, C.S José Quifiones Gonzales, C.S San Antonio, C.S Cruz de la Esperanza, C.S Jorge Chávez, C.S El Bosque, C.S La Victoria Sector I, C.S La Victoria Sector II, P.S Chosica del Norte, C.S Antonio Raymondi. brindarle las facilidades para proyecto de investigación, cuya fecha de inicio es del 03/02/2020 al 03/03/2020 del presente año.

El resultado de dicha investigación deberá ser alcanzado en un ejemplar a la Oficina de Capacitación.

Sin otro particular es propicia la oportunidad para manifestarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal

Atentamente.

Firmado digitalmente
JUAN JORGE ORDEMAR VASQUEZ
GERENTE REGIONAL DE SALUD - LAMBAYEQUE
Fecha y hora de proceso: 28/01/2020 - 14:27:41

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por Gobierno Regional Lambayeque, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sisgido3.regionlambayeque.gob.pe/verificar/>

VoBo electrónico de:
- OFICINA DE RECURSOS HUMANOS
ARNULFO SECLÉN SALGADO
JEFE OFICINA DE RECURSOS HUMANOS(ej)
2020-01-28 12:21:57-05

ANEXO 6: INFORME DE SIMILITUD DE SOFTWARE TURNITIN

ANEXO 6: INFORME DE SIMILITUD DE SOFTWARE TURNITIN



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Cristobal Tavera Saavedra
Título del ejercicio:	tesis tuberculosis
Título de la entrega:	tesis tuberculosis
Nombre del archivo:	TESIS_TB.pdf
Tamaño del archivo:	741.63K
Total páginas:	49
Total de palabras:	11,703
Total de caracteres:	61,776
Fecha de entrega:	07-mar-2020 01:08a.m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega:	1271043968



Derechos de autor 2020 Turnitin. Todos los derechos reservados.



Dr. Julio E. Patanca Ufse
Méd. FAMILIAR Y COMUNITARIA
C.M.P. 3665 - R.M.P. 1 PR200

78

tesis tuberculosis

por Cristobal Tavera Saavedra

Fecha de entrega: 07-mar-2020 01:08a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1271043858

Nombre del archivo: TESIS_TB.pdf (741.63K)

Total de palabras: 11703

Total de caracteres: 61775



Dr. Julio E. Patazca Uffe
Méd. Familiar y Comunitaria
C.M.P. 30005 - R.N.P. 26209

tesis tuberculosis

INFORME DE ORIGINALIDAD

10%	6%	0%	7%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Trabajo del estudiante	3%
2	www.anlis.gov.ar Fuente de Internet	1%
3	www.scielo.br Fuente de Internet	1%
4	whqlibdoc.who.int Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad de San Martin de Porres Trabajo del estudiante	1%
6	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	<1%
8	Submitted to Universidad Autónoma de Ica Trabajo del estudiante	<1%



Dr. Julio E. Palacios Lillo
MED. FAMILIAR Y COMUNITARIA
C.M.P. 15665 - R.N.P. 12620

9	theibfr.com Fuente de Internet	<1%
10	Submitted to Universidad de San Buenaventura Trabajo del estudiante	<1%
11	Submitted to Universidad Manuela Beltrán Virtual Trabajo del estudiante	<1%
12	creativecommons.org Fuente de Internet	<1%
13	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	<1%
14	ateneo.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
15	anaaros.blogspot.com Fuente de Internet	<1%
16	www.scribd.com Fuente de Internet	<1%
17	Submitted to CONACYT Trabajo del estudiante	<1%
18	www.inei.gob.pe Fuente de Internet	<1%
19	worldwidescience.org Fuente de Internet	<1%



Dr. Julio K. Parascu Uffe
Méd. Familiar y Comunitaria
C.R.P. 26662 - R.N.E. 1 27200

Excluir citas Activo
Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 20 words


Dr. Juan E. Patasco Uña
MED. FAMILIAR Y COMUNITARIA
C.M.P. 30463 - B.N.E. 28209