

FACTORES RELACIONADOS AL CUMPLIMIENTO Y ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES EN LEÓN, NICARAGUA

FACTORS RELATED TO COMPLIANCE AND ABANDONMENT OF ANTITUBERCULOSIS TREATMENT IN PATIENTS IN LEÓN, NICARAGUA

FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO E NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM PACIENTES EM LEON, NICARÁGUA

Perla Indira Zeledón Zeledón¹, Herminia Isamara Blandón Tinoco²,
Edgard Ricardo Bonilla Siu³, Alejandro José Salinas⁴

RESUMEN

Objetivo: identificar los factores relacionados al cumplimiento y abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes del Hospital Rosario Lacayo de la ciudad de León, Nicaragua. **Método:** estudio de casos y controles no pareados en pacientes con tuberculosis durante octubre 2015- agosto 2016. Se definieron como casos los pacientes que abandonaron el tratamiento por 30 días consecutivos o más; como controles los que completaron el tratamiento y fueron dados de alta por curación. Los factores se identificaron mediante el cálculo de odds ratios y los intervalos de confianza al 95%. **Resultados:** se estudiaron 28 casos y 98 controles. El abandono del tratamiento se asoció al sexo masculino, a no recibir explicación acerca de la enfermedad, a que no se brindaran consejos sobre estilo de vida, a no conocer el esquema de tratamiento empleado y a la mala relación con el personal de salud. **Conclusión:** el abandono del tratamiento antituberculoso se relacionó a factores no modificables (sexo masculino) y a otros cuyo control optimizaría el cumplimiento (no recibir explicación sobre la enfermedad y mala relación con el personal de salud). Además, es prioritario brindar atención de forma integral a los pacientes y mejorar la información recibida sobre tuberculosis.

Descriptores: Salud Publica; Tuberculosis; Cooperación del Paciente.

ABSTRACT

Objective: to identify factors related to compliance and abandonment of antituberculosis treatment in patients of the Rosario Lacayo Hospital in the city of León, Nicaragua. **Method:** study of unpaired cases and controls in patients with tuberculosis during October 2015 to August 2016. Patients who abandoned

¹Enfermera. Profesora de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-León. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. Leon - Nicaragua. E-mail: perlanov@gmail.com. **Autor principal** - Dirección de envío: 5ta Av. SE, León - Nicaragua.

²Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-León. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. Leon - Nicaragua. E-mail: minablandon@hotmail.com

³Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-León. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. Leon - Nicaragua. E-mail: siuricardo@hotmail.com

⁴Profesor de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-León. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. Leon - Nicaragua. E-mail: ajsal70@yahoo.es

treatment for 30 consecutive days or longer were defined as cases; As controls those who completed the treatment and were discharged by cure. Factors were identified by calculating odds ratios and 95% confidence intervals. Results: we studied 28 cases and 98 controls. The abandonment of the treatment was associated with the male sex, not receiving an explanation about the disease, no advice on lifestyle, not knowing the treatment scheme used and poor relationship with health personnel. Conclusion: the abandonment of tuberculosis treatment was related to non-modifiable factors (male sex) and to others whose control would optimize compliance (not receiving explanation about the disease and poor relation with health personnel). In addition, it is a priority to provide comprehensive care to patients and to improve the information received about tuberculosis.

Descriptors: Public Health; Tuberculosis; Patient Compliance.

RESUMO

Objetivo: identificar os fatores relacionados ao atendimento e ao abandono do tratamento da tuberculose em pacientes do Hospital Rosario Lacayo da cidade de Leon, na Nicarágua. **Métodos:** estudo de caso-controle não pareado em pacientes com tuberculose durante outubro de 2015 e agosto de 2016. Os pacientes que interromperam o tratamento por 30 dias consecutivos ou mais foram definidos como casos; como controles aqueles que completaram o tratamento e receberam alta por cura. Os fatores foram identificados calculando odds ratio e intervalos de confiança de 95%. **Resultados:** a idade média dos participantes foi de 19,1 anos, o sexo feminino predominou com 82,0%. 25,4% mencionado estudo e trabalho. 65,3% do total da amostra relataram níveis de estresse moderado a elevado. A prevalência do consumo de álcool no último ano e no último mês foi de 59,0 e 32,2%, respectivamente. 27,5% do total da amostra relataram consumo dependente, seguido por 16,6% do consumo prejudicial. **Conclusão:** o abandono do tratamento da tuberculose foi relacionada a fatores não modificáveis (masculinos) e a outros cujo o controle otimizaria o cumprimento (não receber uma explicação sobre a doença e má relação com o pessoal de saúde). Além disso, é prioridade ofertar atenção integral aos pacientes e melhorar as informações recebidas sobre a tuberculose.

Descritores: Saúde Pública; Tuberculose; Cooperação do Paciente.

INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa producida por el Mycobacterium tuberculosis, cuyo tratamiento ideal fue descubierto a mediados del siglo pasado, pero que aún “diste mucho de ser erradicada como problema de salud pública de la región de las Américas”¹.

La tuberculosis ha persistido como una enfermedad infecciosa y sobre todo como una pandemia difícil de controlar a lo largo del tiempo; su manejo presentó avances significativos en la década de los noventa. En 2004, las estadísticas de mortalidad y morbilidad incluían 14,6 millones de casos activos crónicos, 8,9 millones de casos nuevos, y 1,6 millones de muertes, mayoritariamente en países en

desarrollo², pero a pesar de los esfuerzos realizados por las autoridades de salud a nivel mundial, esta patología que es prevenible y curable presentaba una prevalencia de más de 466 000 casos y ocasionó más de 50 000 defunciones en el año 2007³.

En Nicaragua, un reporte brindado por la coordinadora del Programa de Control de Tuberculosis (PCT) ha reportado que en el año 2013 hubo 2952 casos nuevos de tuberculosis, de los cuales 52% son pacientes nuevos con baciloscopía positiva⁴.

Aunque en nuestro país se implementa una estrategia conocida como “La Estrategia Del Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado” (DOTS/TAES), y el 100% de los pacientes con tuberculosis reciben el esquema de tratamiento acortado, se reporta únicamente una tasa de curación comprendida entre 78 y 82%⁵, dejando a la vista que existen factores que impiden que el porcentaje restante de la población que recibe tratamiento sea curada. A lo anterior se suma la posibilidad de que este porcentaje de pacientes con tuberculosis desarrollen multidrogorresistencia, ya sea porque éstos no han tenido un apego adecuado al tratamiento o porque el bacilo causante ya era resistente a los fármacos utilizados antes de ser empleados en el paciente.

Para el año 2013 se reportó una tasa de curación de 76% de los pacientes bacteriológicamente confirmados, el porcentaje restante fueron pacientes Factores Relacionados al Cumplimiento y Abandono Del Tratamiento Farmacológico De La Tuberculosis³ clasificados como fracaso, fallecidos, traslados y abandonos, estos últimos representan un 7% de los casos, cifra que no ha variado en los últimos 5 años⁴.

El abandono del tratamiento antituberculoso se define como la inasistencia a tomar el tratamiento por más de 30 días consecutivos; identificándose como causas del mismo, factores asociados a la falta de información sobre la enfermedad y su tratamiento, así como las reacciones adversas que pueda tener el mismo y el costo que pueda representar para el paciente; lo anterior representa una barrera para el control de la tuberculosis dando como resultado el fracaso del tratamiento⁶.

Conocer los aspectos que aumentan la probabilidad de abandonar el tratamiento farmacológico es primordial para el desarrollo de estrategia que mejoren el apego al tratamiento y el control de la enfermedad. Así este estudio

pretende identificar los factores relacionados al cumplimiento y abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes del Hospital Rosario Lacayo de la ciudad de León, Nicaragua.

MÉTODOS

Estudio de casos y controles no pareados, que describirá a pacientes no pareados con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. Desarrollado en el período comprendido entre octubre 2015 y agosto 2016 en El Hospital Rosario Lacayo de la ciudad de León, Nicaragua.

Criterios de inclusión: los individuos con registro de tuberculosis de cualquier forma clínica, sean o no estos casos positivos de VIH; cuyo egreso del programa consista en abandono; es decir, un mes consecutivo sin tratamiento farmacológico, atendidos en el Hospital Rosario Lacayo de la ciudad de León, Nicaragua en el período comprendido entre el mes de octubre 2015 y el mes de agosto del año 2016.

Criterios de exclusión: los individuos con registro de tuberculosis en cualquier forma clínica que no abandonen el tratamiento farmacológico y aquellos que se encuentren en retratamiento pero que éste sea a causa de una recaída o por inasistencia, es decir, que el paciente se ausente a su tratamiento por un periodo de tiempo menor de 30 días.

Se estudió el total de pacientes con tuberculosis en todas sus formas clínicas y multidrogorresistente (126 pacientes) que estaban siendo atendidos en dicha unidad de salud al momento del estudio; de los cuales 28 pacientes serán los casos y la población restante fueron los controles (98 pacientes). La cantidad de casos se estimó mediante el registro existente en la unidad de salud de pacientes que cumplan con las características que los define como casos.

Los pacientes fueron informados acerca del propósito de este trabajo investigativo, posteriormente fue procedido la encuesta a los participantes en la unidad de salud Rosario Lacayo y/o en sus domicilios; las preguntas se limitaron mayoritariamente a respuestas cerradas. La duración aproximada de la encuesta fue de 25 minutos y determinada mediante la prueba piloto realizada al instrumento.

Plan de análisis: la variable pobreza se medirá utilizando los indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), el cual selecciona un conjunto de necesidades que se consideran básicas para la vida en sociedad, considerando como pobres los hogares o individuos que no disponen o consumen todos o una combinación de los bienes y servicios. Para evaluar si el participante era alcohólico o no, y el grado del mismo en caso de existir, se utilizó el cuestionario CAGE (Cut/Annoyed/Guilty/Eye opener) formulado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual clasifica este hábito según el número de respuestas afirmativas, que, cuanto mayor sean mayor será la dependencia creada.

Para medir las variables relacionadas con la atención brindada en la Unidad de Salud se usará el test ISQ-1, que cataloga la percepción del participante en excelente, bueno, aceptable (regular), insatisfecho y muy insatisfactorio de acuerdo a la sumatoria de los puntos dados a cada respuesta; dicho test fue reformado para poder ser utilizado de manera retrospectiva en estudios hechos anteriormente. La información recolectada fue ingresada en una base de datos en el software Excel, para ser analizadas posteriormente utilizando el programa IBM SPSS versión 22.0, evaluando la posibilidad de que la condición evaluada se presente en uno u otro grupo poblacional mediante el cálculo de odds ratio (OR) y Chi cuadrado con IC95%, con el fin de determinar la relación existente entre las variables.

Consideraciones éticas: primeramente una solicitud formal a las autoridades correspondientes de la unidad de salud Rosario Lacayo para tener acceso al expediente clínico de los pacientes que participarán en este estudio. Seguidamente se informó a los pacientes acerca del propósito de esta investigación, para proceder a hacer una formal solicitud a aquellos que estén interesados en participar en la misma, comprometiéndonos a mantener la información brindada de manera anónima y confidencial, utilizada solamente por los autores con fines de investigación. Quienes aceptaran la solicitud podrán confirmarlo mediante la firma del consentimiento informado, validando que han sido informados de manera correcta acerca del propósito de este trabajo investigativo y de los métodos por los cuales se recolectará la información necesaria, haciéndoles saber, además, que pueden retirarse en el momento que lo desee sin que esto afecte su cuidado médico y su tratamiento.

RESULTADOS

Según el estudio, con respecto a las características socio-demográficas de la población estudiada, de los 126 participantes, 57 (45.2%) de ellos son mujeres, de las cuales 50 (39.7%) eran controles y 7 (5.6%) eran casos; los 69 (54.7%) restantes son hombres, de los cuales 48 (38.1%) eran controles y 21 (16.7%) de ellos fueron considerados como casos; 78 (61.9%) de los participantes tienen 35 años o más; 23 (18.2%) pacientes del total de participantes se encuentran en edades comprendidas entre 25 y 34 años; los 25 (19.8%) participantes restantes se encuentran en edades entre 17 y 24 años; del total de personas incluidas en el estudio 83 (65.8%) viven en el área rural, de estos 63 (50%) eran controles y 20 (15.9%) casos; 43 (34.1%) pacientes viven en el área urbana, de ellos 35 (27.8%) fueron controles y 8 (6.3%) fueron casos; del total de participantes 19 (15%) tenían escolaridad comprendida en el nivel educativo de secundaria o mayor, 107 (84.9%) pacientes tenían educación inferior a la secundaria; de los 126 pacientes en estudio 56 (44.4%) se encontraron sin pareja y 70 (55.5%) se encontraron con pareja; de este mismo total de población, 109 (86.5%) no profesan ninguna religión, los 17 (13.4%) restantes si profesan alguna religión; del total de pacientes 52 (31.2%) presentaron condiciones precarias de vida, siendo 41 (32.5%) controles y 11 (8.7%) eran casos, 74 (58.7%) no presentaban condiciones precarias de vida, de ellos 57 (45.2%) fueron controles y 17 (13.5%) eran casos; en relación al hacinamiento 74 (58.7%) pacientes lo presentaron, de estos 56 (44.4%) eran controles y 18 (14.3%) fueron casos, los 52 (41.2%) restantes no presentaron hacinamiento.

En relación a los hábitos de vida de los participantes, se reportó que, del total de población estudiada, 88 (69.8%) tomaban alcohol, de estos 71 (56.3%) fueron controles y 17 (13.5%) fueron casos, los 38 (30.1%) restantes no tomaban alcohol; de acuerdo al cuestionario CAGE (Cut/Annoyed/Guilty/Eye opener) de los 88 pacientes que refirieron que sí tomaban alcohol, 72 (81.8%) eran bebedores de riesgo, 12 (13.6%) de estos eran casos; 16 (18.1%) eran bebedores sociales, de los cuales 5 (5.6%) son casos; 107 (84.9%) pacientes fumaban y los 19 (15%) pacientes restantes no fumaban; del uso de sustancias ilícitas 107 (84.9%) pacientes afirmaron haberlas usado, de los cuales 21 (16.7%) fueron casos; 19 (15%) restantes negaron el uso de estas sustancias.

Con respecto a la relación médico-paciente y la calidad de atención brindada en los servicios de salud, 87 (69%) pacientes refieren que no se les explicó acerca de la enfermedad que padecen, de los cuales 11 (8.7%) fueron casos, y 39 (30.9%) pacientes manifestaron que sí se les explicó acerca de su condición de salud, 17 (13.5%) eran casos; a 101 (80.1%) no se les brindó consejería sobre el estilo de vida que debían llevar durante el curso de su enfermedad, 13 (10.3%) fueron casos; 25 (19.8%) pacientes expresaron que sí se les brindó consejería sobre estilo de vida en relación a la patología, 15 (11.9%) eran casos; 111 (88%) participantes refirieron que no conocían el esquema de tratamiento que se estaba implementado en ellos, de estos 19 (15.1%) eran casos, los 15 (11.9%) pacientes restantes refirieron que sí conocían el tratamiento que usaban; 117 (92.8%) pacientes refirieron que, según su percepción, no reciben un tratamiento idóneo, los 9 (7.1%) restantes expresaron que sí reciben el tratamiento correcto; 53 (42%) pacientes tenían temor al tratamiento y 73 (57.9%) refirieron que no; se reportó a 62 (49.2%) pacientes que usaron medicina alternativa, los 64 (50.7%) restantes refirieron que no usaron; 110 (87.3%) participantes expresaron haber tenido una mala relación con el personal de salud que los atendía, 15 (11.9%) de ellos fueron casos, los 16 (12.6%) restantes expresaron que tenían buena relación con el personal de salud, y 13 (10.3%) eran casos; 98 (77.7%) pacientes refirieron que el personal de salud que los atendía no estaba capacitado para hacerlo, 18 (14.3%) de éstos fueron casos, 28 (22.2%) participantes refirieron que el personal de salud sí estaba capacitado para brindar adecuada atención, 10 (7.9%) fueron casos, 118 (93.6%) refirieron que el horario de atención no les permitía recibir el tratamiento de manera óptima, 25 (19.8%) eran casos; los 8 (6.3%) restantes refirieron que el horario de atención era adecuado.

DISCUSIÓN

En relación a las características socio-demográficas de la población estudiada, se reportó que el sexo predominante en los pacientes es el masculino; el grupo de edad que predomina es el de 35 años a más tanto en los casos como en los controles; también se observó que la mayoría de participantes provenían de área rural, y que cuentan con un nivel educacional de secundaria o menor de este, un

porcentaje mayor de la población refirió que tiene pareja y mayoritariamente no pertenecen a ninguna religión, utilizando los parámetros NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas) se identificó que la mayoría de participantes no viven en condiciones precarias, pero que muchos de ellos presentan hacinamiento.

De acuerdo a la influencia de las características socio-demográficas con el abandono del tratamiento antituberculoso, se encontró en relación al sexo masculino un OR de 2.91 que indica que este factor representa un riesgo de 2 veces mayor de abandonar el tratamiento, presentando además asociación significativa ya que tiene un IC (95%) 1.217-8.021, y que las condiciones de vida precarias representan un riesgo 1.6 veces mayor de abandono; esto coincide con lo propuesto por Culqui et al⁷, quienes expresan que el abandono es relativamente más frecuente en hombres que en mujeres y que tiene relación significativa, y que la pobreza asociada a otros factores incrementan el riesgo de no apegarse de manera adecuada al tratamiento.

Se reportó que, a diferencia de lo propuesto por estudio⁸, quienes reportaron que el abandono era mayor en adultos de 20-40 años, en los pacientes estudiados existe un riesgo 1.4 (OR=1.484) veces mayor de abandonar el tratamiento en pacientes de 17 años hasta 24 años de edad, actuando como un factor protector (OR=0.717) las edades mayores al rango mencionado anteriormente, pero destacando además que ésta variable no tiene una asociación significativa con el problema de estudio ya que presenta un IC(95%) de 0.456-4.828. También se reportó que existe un riesgo 1.2 veces mayor de abandonar la medicación en aquellos pacientes con bajo nivel de escolaridad, esto coincide con lo reportado por Jiménez y López⁹ quienes reportaron que un bajo nivel educativo aumentaba el riesgo de abandono al tratamiento, aunque en lo reportado en el estudio (IC95%=0.438-6.038) y en el citado anteriormente no se encontró asociación significativa entre la variable y el problema. Tener una pareja (IC95%= 0.668-3.796) aumenta el riesgo de abandono 1.4 veces y no pertenecer a ninguna religión (IC95%= 0.498-4.872) lo aumenta 1.6 veces, aunque ninguna tenía asociación significativa con el abandono del tratamiento, ambas variables no se reportan como factores relevantes en estudios realizados previamente tanto nacionales como internacionales^{7,9}. Se reportó como factor protector el área de procedencia (OR= 0.875) y el hacinamiento (OR= 0.927), lo que no coincide con un estudio

comparativo realizado por Soza, Pereira y Barreto¹⁰, que indica que la lejanía geográfica contribuye de manera importante al riesgo de abandono (OR=2.64).

De acuerdo a la relación que guardan los hábitos de vida del paciente con el abandono de su tratamiento se encontró que tomar alcohol actúa como factor de riesgo con un OR de 1.07, éste incrementa (OR= 1.6) si el paciente es considerado un bebedor de riesgo de acuerdo a parámetros del test CAGE (Cut/Annoyed/Guilty/Eye opener), no encontrándose relación significativa (IC95% 0.707-4.096), lo cual coincide con lo que reporta Culqui et al⁷, así como Jiménez et al⁹, quienes indican que el riesgo incrementa en quienes tienen mal estilo de vida o toman alcohol, sin que comprobaran la relación existente entre las variables y el problema en estudio.

El uso de sustancias ilícitas se reportó como factor de riesgo en los pacientes, siendo éste 10.2 veces mayor en quienes consumen este tipo de sustancia, esto concuerda con lo que fue reportado por Pineda, Pereira y Barreto¹⁰, así como los autores mencionados previamente, quienes indicaron que el consumo de sustancias ilícitas representaba un mayor riesgo de abandono en los pacientes afectados. Se encontró que fumar representaba un factor protector en los pacientes (OR=0.831) y que no había clara asociación de éste con la problemática en estudio (IC95%=0.609-5.225), esto no coincide con lo que se reporta en la bibliografía relacionada con el tema en cuestión, aunque estudios realizados anteriormente sobre el tema no mencionan este aspecto como un factor relevante.

Con respecto a la atención en salud y la relación médico-paciente, se reportó como factores de riesgo: una mala relación con el personal de salud, aumentando el riesgo hasta 23 veces, existiendo además relación significativa entre éste y el abandono (IC95%= 6.985-107.831); no conocer el esquema de tratamiento implementado con un OR= 8.64, encontrándose también relación significativa con un IC95% de 2.311- 22.824; que no se hayan brindado consejos sobre estilo de vida durante la atención (OR= 7.012; IC95%=3.774 - 27.317), que no se haya brindado explicación de la enfermedad (OR= 4.066 IC95%=2.182- 13.061), tener algún tipo de temor al tratamiento (OR= 3.413), así como considerar que no se recibía el tratamiento correcto (OR= 3.04); además se identificó que el riesgo de abandono puede incrementar hasta 2 veces más si los pacientes desconocen las consecuencias abandonar el tratamiento y si estos consideran que el personal de salud que los

atiende no está capacitado para hacerlo, aunque éstos no fueron factores que mostraran relación significativa.

Lo encontrado anteriormente coincide con otros estudios¹¹ que reportan que la desconfianza o temor al tratamiento actúan como factor de riesgo, además coincide con lo indicado por Culqui et al¹² que refiere que a mayor satisfacción con la atención recibida menor será el abandono de la terapia farmacológica, esto también lo expresó en estudio⁸ quien dijo que el abandono se asocia a una mala atención en 66% de los casos. Se reportó como factores protectores el horario idóneo de atención en el servicio de salud con OR de 0.742, lo cual coincide con lo reportado por Culqui et al⁷, que expresa que el horario amplio de atención y el confort en las unidades de salud influyen de manera positiva en el cumplimiento del tratamiento antituberculoso; no se encontró asociación entre el uso de medicina alternativa y el abandono, ya que la muestra era homogénea.

Se concluyó que los factores que están relacionados con el abandono de manera más relevante son modificables, estos son la inconformidad con la calidad de atención en salud y la mala relación que puedan entablar el médico ó enfermero(a) tratante y el paciente, causada por la escasa información brindada y las dudas y temores que los pacientes presentan durante el tratamiento y que, ya sea por la carga de pacientes, el escaso tiempo con que cuentan los médicos para brindar atención o por actitudes propias del personal de salud, no son aclaradas durante la atención; también se consideró que el bajo nivel educativo de la mayoría población afectada es una limitante para que éstos puedan comprender la severidad de su problema y los riesgos futuros que implica abandonar su terapia médica.

En relación a los hábitos de vida el factor que representa un riesgo mayor para abandonar el tratamiento antituberculoso es el consumo de sustancias ilícitas, mayoritariamente en edades jóvenes, que tienen además un riesgo mayor de abandono y que son causa también de la baja escolaridad, las predominantes condiciones precarias de vida de los participantes y los factores culturales de estos, a pesar de que no se encontró relación significativa. Como único factor significativo y no modificable relacionado con el abandono de la terapia antituberculosa se encontró el sexo, predominantemente el masculino, debido a que el entorno y la cultura de los participantes los estereotipa al hecho de que las mujeres deben

ocuparse de los quehaceres del hogar y los hijos, por lo que están adaptadas a pasar mayoritariamente en sus viviendas, contrario a lo que sucede con los hombres.

CONCLUSIÓN

En base a lo descrito, se concluye en relación a las características socio-demográficas en la población estudiada el sexo predominante es el masculino; la mayoría se encuentra en edades de 35 años a más, mayormente eran del área rural, con un nivel educacional de secundaria o inferior a este, no viven en condiciones precarias, pero si en condiciones de hacinamiento.

De acuerdo a la influencia de las características socio-demográficas con el abandono del tratamiento antituberculoso, se encontró que los pacientes masculinos presentan un riesgo mayor de abandono que las mujeres, y que los pacientes en edades entre 17 a 24 años tienen un riesgo 1.4 veces mayor de abandonar el tratamiento; que aquellos pacientes que viven en condiciones precarias tienen un riesgo 1.6 veces mayor de abandono; y que este aumenta si tienen bajo nivel de escolaridad.

El abandono del tratamiento de nuestra población guarda relación con los hábitos de vida de los pacientes donde se reportó que tomar alcohol actúa como el mayor factor de riesgo de abandono, este incrementa 1.6 veces si el paciente es considerado como un bebedor de riesgo; además el uso de sustancias ilícitas actúa como factor de riesgo, siendo éste 10.2 veces mayor en quienes tienen éste hábito.

Con respecto a los factores relacionados con la atención en salud y la relación médico-paciente, se reportó que guardan asociación con el abandono y que una mala relación con el personal de salud, aumenta hasta 23 veces el riesgo de abandonar el tratamiento, que los pacientes que no conocen el tipo de tratamiento implementado, que no hayan recibido explicación de la enfermedad ni consejos sobre estilo de vida tienen un riesgo más alto de abandono; además, que tener temor al tratamiento actúa como riesgo de abandono (OR= 3.413), y que considerar que no se recibe tratamiento adecuado, desconocer los riesgos del abandono y considerar que el personal de salud no está debidamente capacitado puede incrementar el riesgo de abandonar la terapia.

REFERENCIA

1. Chen JV, Iglesias M, Chafloque R, Herrera L. Factores asociados a multidrogorresistencia en con tuberculosis en el departamento de Lambayeque. Rev. cuerpo méd HNAAA. 2013; 6(2):16-19.
2. OMS. Tuberculosis Fact sheet N. 104 - Global and regional incidence. Consultado el 03 de abril de 2015.
3. Salud en las Américas. Volumen I Regional. World Health Organization. Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO Report 2005. Ginebra: OMS; 2006.
4. Guido RA. Programa de Tuberculosis Nacional: Situación de la tuberculosis en Nicaragua 2009-2013 [internet]. 2016 [cited 2016 Oct 5]. Available from: <http://congreso.inss.gob.ni/07-Situacion-Actual-De-La-Tuberculosis-En-Nicaragua>.
5. Ministerio de Salud de la República de Nicaragua. Manual De Normas Y Procedimientos Del Programa De Control De Tuberculosis “En Nicaragua estamos luchando contra la Tuberculosis”. Managua: MINSA; 2010.
6. Weis SE, Slocum PC, Blais FX, King B, Nunn M, Matney GB, et al. The effect of directly observed therapy on the rates of drug resistance and relapse in tuberculosis. In: Sai IG, Wieland ML. Current Concepts in the Management of Tuberculosis. Mayo Clinic Proceedings. 2011; 86(4): 348-61.
7. Culqui DR, Munayco C, Grijalva CG, Caylà JA, Campos OH, Chavez KPA, et al. Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú. Arch Bronconeumol. 2012; 48 (5): 150-5.
8. Montufar S, Noboa V. Factores Asociados Al Abandono De Tratamiento En Los Pacientes Nuevos Con Tuberculosis Pulmonar Bk+ En La Ciudad De Guayaquil Durante El Año 2012 [monografía]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería; 2012.
9. Jiménez GD, López PD, Medrano MJ, Valle MJ. Factores asociados al abandono de pacientes bacilíferos al programa de control de tuberculosis, Managua, Nicaragua, 1998- 1999. Managua: Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES-UNAN); 1992.
10. Pineda NIS, Pereira SM, Barreto ML. Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: resultados de un estudio comparativo. In: Ranzani OT, Carvalho

CRR, Waldman EA, Rodrigues LC. The impact of being homeless on the unsuccessful outcome of treatment of pulmonary TB in São Paulo State, Brazil. *BMC Medicine*. 2016; 14:41.

11. Jaiswal A, Singh V, Ogden JA, Porter JD, Sharma PP, Sarin R, et al. Adherence to tuberculosis treatment: lessons form the urban setting of Delhi, India. In: Vijay S, Kumar P, Chauhan LS, Vollepore BH, Kizhakkethil UP, Rao SG. Risk Factors Associated with Default among New Smear Positive TB Patients Treated Under DOTS in India. *Plos One*. 2010; 5(4): e10043.

12. Culqui DR, Grijalva CG, Reategui SDR, Cajo JM, Suarez LA. Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú 2005. In: Rosado-Quiab U, Cedillo-Rivera RM, Cabrera-Gaytan DA, Vargas-Valerio A. Influence of Family System Characteristics on Adherence to Directly Observed Treatment, Short-Course (Dots) in Pulmonary Tuberculosis-A Cohort Study. *J Mycobac Dis*. 2014; 4(5):166.

Conflicto de intereses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Como citar este artigo: Zeledón PIZ, Tinoco HIB, Siu ERB, Salinas AJ. Factores relacionados al cumplimiento y abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en León, Nicaragua. *Journal Health NPEPS*. 2017; 2(1):148-160.

Submissão:02/01/2017
Aceito:15/04/2017
Publicado:30/06/2017