Iberico MM, Zevallos K, Valiente B, Montoya R, Curatola A, Tovar MA, Oberhelman R, Evans CA.
La pobreza perjudica la terapia preventiva con isoniazida para niños en Perú
Presentación de resumen PC-1248-28, 28 de octubre de 2011.

En Actas de la 42ª Conferencia Mundial sobre Salud Pulmonar de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y la Enfermedad Pulmonar (La Unión): 26–30 de octubre de 2011; Lille, Francia.
International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 2011;15(11 Suppl 3):S101-102.
Acceso abierto: <https://www.theunion.org/what-we-do/journals/ijtld/body/AbstractBook2011_Web.pdf>

**Antecedentes**: La terapia preventiva con isoniazida (IPT) reduce el riesgo de enfermedad de tuberculosis (TB) después de la exposición. Se recomienda IPT de seis meses y se ofrece gratuitamente a los contactos infantiles de pacientes con TB en Perú, pero antes de que se recete isoniazida, los contactos deben completar evaluaciones médicas. Esto requiere varias visitas al centro de salud, que son gratuitas, pero implican costos indirectos, como el transporte, que pueden ser barreras para las familias pobres. Por lo tanto, estudiamos la igualdad de cumplimiento con esta intervención de control de la tuberculosis.

**Métodos:** Estudiamos el número de meses de IPT dispensados ​​a 2339 pacientes con TB para ser administrados a sus 5280 contactos de 0 a 15 años. El estudio se realizó entre 2002 y 2010 en 16 comunidades de barrios marginales de Lima, Perú. Se generaron registros de prescripción de IPT en el punto de atención al paciente y se analizaron como la proporción de niños que comenzaron cada mes de IPT. Se midieron dos indicadores de pobreza: el número de personas que comparten cada residencia de chabolas (que eran similares en tamaño); e ingresos autoinformados por residente.

**Resultados:** La IPT fue iniciada por el 39% de los contactos infantiles de pacientes con TB y completada por el 12%. La mediana del número de residentes del hogar fue de 7 (rango intercuartil de 5 a 9). La media geométrica del ingreso per cápita fue equivalente a 29 dólares estadounidenses (IC del 95%: 27 a 30) por mes. El inicio y finalización de la IPT se redujo significativamente en los hogares más pobres, ya sea que la pobreza se evaluara por hacinamiento (P <0,0001, gráfico) o ingresos (P <0,0001). La razón de posibilidades de no completar la IPT fue 1.8 (IC del 95%: 1.5 a 2.2) para los hogares que tenían hacinamiento por encima del promedio y 1.4 (IC del 95%: 1.1 a 1.7) para los hogares que tenían un ingreso por debajo del promedio (ambos P <0.01) .

**Conclusiones**: A pesar de que la IPT se proporcionó sin cargos directos, la pobreza evaluada por el hacinamiento y el bajo ingreso per cápita se asoció con una menor iniciación y adherencia de la IPT. Se pueden requerir incentivos y facilitadores socioeconómicos para que los miembros más pobres de las comunidades accedan incluso a intervenciones gratuitas de control de la tuberculosis.