



**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**FACTORES DE RIESGO PARA EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE
LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGO RESISTENTE
EN LA ESTRATEGIA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
DE LA MICRO RED SANTA LUZMILA - 2014**

**PRESENTADA POR
JOSELYN FIORELLA MUÑOA GALLEGOS**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

LIMA – PERÚ

2016



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir y transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

**Facultad de Obstetricia
y Enfermería**

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**FACTORES DE RIESGO PARA EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE
LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGO RESISTENTE
EN LA ESTRATEGIA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
DE LA MICRO RED SANTA LUZMILA - 2014**

TESIS

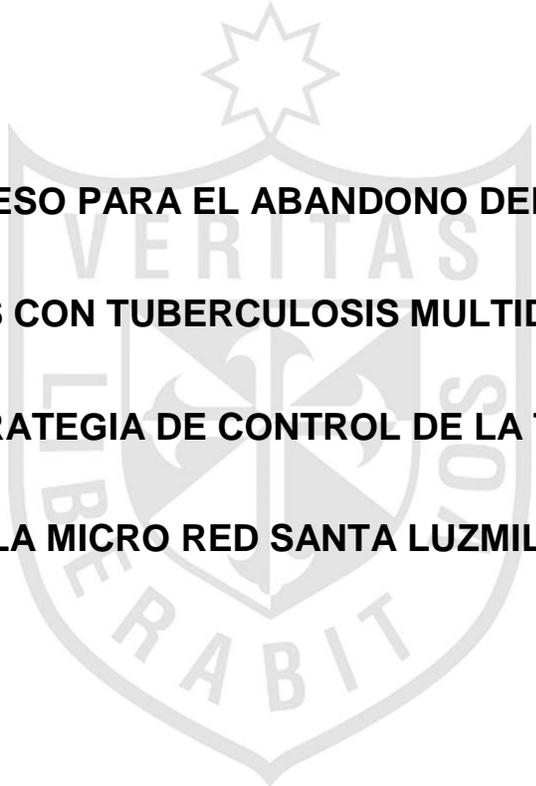
PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

Bachiller en Enfermería Muñoa Gallegos, Joselyn Fiorella

LIMA, PERÚ

2016



**FACTORES DE RIESGO PARA EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE
LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGO RESISTENTE
EN LA ESTRATEGIA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
DE LA MICRO RED SANTA LUZMILA - 2014**



DEDICATORIA

A Dios, a mis Padres, a mi Familia que son el pilar de mi formación y a dos personas que siempre formarán parte de mi vida, mis Abuelos Rebeca y Herminio.

INDICE

PORTADA

ÍNDICE

DEDICATORIA

RESÚMEN

1

INTRODUCCIÓN

3

CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODO

14

1.1. Diseño Metodológico

14

1.2. Población

14

1.3. Muestra

14

1.4. Operacionalización de la Variable

16

1.5. Técnica de Recolección de Datos

20

1.6. Técnicas para el procesamiento de la información

20

1.7. Aspectos Éticos

21

CAPÍTULO II: RESULTADOS

22

CAPITULO III: DISCUSION	29
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES	34
CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES	35
CAPÍTULO V: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
CAPÍTULO VI: ANEXO	38
Anexo 1 Cuestionario de Investigación	39
Anexo 2 Juez de Experto	40
Anexo 3 Juez de Experto	41
Anexo 4 Juez de Experto	42
Anexo 5 Juez de Experto	43
Anexo 6 Juez de Experto	44
Anexo 7 Tabla de Concordancia	45
Anexo 8 Carta de Presentación. Oficio N° 708-2015-D-FOE-USMP	46
Anexo 9 Memorando N° 207 J-MRSL-RED-SA-LV-VI-TA-2015	47

RESÚMEN

Objetivo General: Identificar los factores de riesgo para el abandono del tratamiento de los pacientes con Tuberculosis Multidrogo Resistente de la Estrategia Sanitaria de Control de la Tuberculosis de la Micro Red Santa Luzmila 2015.

Material y Métodos: El estudio se realizó considerando el enfoque Cuantitativo, de tipo Descriptiva, de diseño casos - controles, de corte transversal y prospectivo. La población estuvo conformada por 48 pacientes con diagnóstico Tuberculosis Multidrogo Resistente, considerando la relación de casos a controles de 1:2 y distribuidos de la siguiente manera: Casos: 16 - Control: 32. El instrumento fué un cuestionario se sometió a Juicio de Experto y tuvo una validez de $p=0.022$ y una confiabilidad Alpha de Cronbach 0.6

Resultados: Se han hallado dependencias significativas, predominando los factores sociodemográficos: Ocupación (OR = 2); reacciones adversas: Náuseas (OR = 2), Vómitos (OR = 11,7), Dolor de articulación (OR = 7,5), Malestar general (OR = 10), Dolor en zona de inyección (OR = 7,2); enfermedades asociadas: VIH – Sida (OR = 3,6), Drogadicción (OR = 1,9), Alcoholismo (OR = 3,1), Diabetes (OR = 3,5).

Conclusiones: Los factores de riesgo sociodemográficos como ocupación; los factores de riesgo en relación con las reacciones adversas como

náuseas, vómitos, dolor de articulación, malestar general y dolor en zona de inyección; y los factores de riesgo en relación a las enfermedades asociadas como VIH-Sida, drogadicción, alcoholismo y diabetes si se asocian al abandono del tratamiento de pacientes con tuberculosis multidrogo resistente. Los resultados de la prueba Chi cuadrado ($p \leq 0.05$) demostró que las variables mencionadas tienen dependencia significativa al abandono del tratamiento.

Palabras Claves: Abandono, Tratamiento, Tuberculosis, Multidrogo Resistente.



INTRODUCCIÓN

La tuberculosis constituye actualmente una Emergencia Sanitaria Mundial para la Organización Mundial de la Salud, y urge a los países miembros adoptar las medidas necesarias para disminuir el daño, controlarla y si es posible eliminarla como Problema de Salud Pública. Es por lo tanto, responsabilidad del Estado lograr su control y eliminación. Sólo el manejo de la enfermedad con enfoque de Salud Pública y la incorporación de las medidas de control en todos los establecimientos, permitirá la localización oportuna de los casos contagiantes y la curación de quienes cumplan y completen el tratamiento. Con ello se logrará realmente un impacto epidemiológico, que se expresará por una sostenida reducción de la incidencia.¹

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por mico bacterias (fundamentalmente *Mycobacterium tuberculosis*) con gran variedad de cuadros clínicos dependiendo del órgano al que afecte y es considerada una de las primeras enfermedades humanas de las que se tiene constancia, aunque se estima una antigüedad entre 15.000 y 20.000 años, se acepta que el microorganismo que la origina evolucionó de otros microorganismos más primitivos dentro del propio género *Mycobacterium*. Se cree que en algún momento de la evolución, alguna especie de mico bacterias saltó la barrera biológica por presión selectiva y pasó a tener un reservorio en animales. Esto

posiblemente, dio lugar a un primer espécimen del *Mycobacterium bovis*, que es la aceptada por la mayoría como la más antigua de las especies que integran el denominado complejo *Mycobacterium tuberculosis* (que incluye *M. Tuberculosis* o Bacilo de Koch, en honor a su descubridor, *M. Bovis*, *M. Africanum* y *M. Microti*). El paso siguiente sería de la *M. Bovis* a la especie humana, coincidiendo con la domesticación de los animales por parte del hombre. Se han constatado indicios de su presencia en huesos humanos datados en el Neolítico, aunque no es posible conocer con exactitud su magnitud (incidencia y prevalencia) con anterioridad al siglo XIX. Se estima, no obstante, que el periodo de mayor extensión (por porcentaje de población afectada) transcurrió entre los últimos años del siglo XVII y los últimos del XIX. ²

La propagación de esta enfermedad se da de persona a persona a través del aire, cuando un enfermo de tuberculosis tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire y basta con que una persona inhale unos pocos bacilos para quedar infectada; estas personas infectadas con el bacilo tuberculoso tienen a lo largo de la vida un riesgo de enfermar de tuberculosis de un 10 %. Sin embargo, este riesgo es mucho mayor para las personas cuyo sistema inmunitario está dañado, como ocurre en casos de infección por el VIH, malnutrición, diabetes o quienes consumen tabaco. ³

Se consideran como síntomas más frecuentes: el cansancio intenso, malestar general, sudoración abundante, pérdida de peso, sangre en los esputos; también se puede presentar con una tos seca persistente o con una temperatura corporal que oscila entre los 37 y 37.5°C.

Los factores de riesgos para el abandono del tratamiento tuberculoso en todas sus formas son múltiples, entre los cuales se encuentran algunos derivados del paciente y su entorno económico, cultural y social; de otros derivados de la enfermedad en si del tratamiento farmacológico y sus características, así como aquellos derivados de los servicios de salud y del personal que atiende al paciente.

- Relacionados con el paciente: edad, genero, estrato socioeconómico, nivel de instrucción, lugar de procedencia, problemas con la justicia, comorbilidad, conocimiento de la enfermedad, percepción de los programas del tratamiento, creencia de bienestar y sensación de mejoría, temor de señalamiento y el rechazo, fallas en el tratamiento previo e incentivos, enfermedades asociadas: VIH, enfermedades mentales, drogadicción, alcoholismo, tabaquismo, diabetes.
- Relacionados con el tratamiento: duración, número de fármacos, incomodidad por inyecciones y efectos adversos de los medicamentos.
- Relacionados con el ambiente: familiar, laboral y social.

- Relacionados con los servicios de salud: organización de los servicios de salud, distancia al centro de salud, relación entre el paciente y el personal de salud. ⁴

Es determinante que una persona con tuberculosis simple pase a desarrollar tuberculosis Multidrogo resistente (TB MDR), se deben de considerar múltiples factores que intervienen como: toma irregular de tratamiento, disminución personal de numero de medicamentos, recaídas, pacientes provenientes de otras regiones del país donde la tuberculosis Multidrogo resistente es frecuente o ser contacto intra o extra domiciliario de un paciente.

El término Multidrogo Resistente es utilizada en la primera mitad de la década de los 90 ya que se describen las primeras epidemias en Estados Unidos y Europa, afectando mayoritariamente a pacientes infectados por VIH, con patrones de transmisión “explosivos”, con altas tasas de ataque y cortos periodos de incubación motivados por el estado de inmunodepresión de los pacientes y la ausencia de medidas adecuadas de prevención de la transmisión aérea de la tuberculosis en las unidades hospitalarias, albergues e instituciones penitenciarias afectadas por esto brotes. En España, una cepa de Mycobacterium Bovis resistente a todas las drogas de primera línea,

quinolonas, inyectables y a la práctica total de los fármacos de segunda línea disponibles causó un importante brote epidémico. ⁵

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2013, 9 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,5 millones murieron por esta enfermedad, más del 95 % de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos; y esta enfermedad es una de las cinco causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años. Actualmente considera que La India, China, La Federación de Rusia y Sudáfrica suman casi el 60 % de los casos mundiales de Tuberculosis Multidrogo Resistente, las mayores proporciones se encuentran en Europa y Asia Central, debido también a las condiciones de vida, además del crecimiento de la población en este sector. ⁶

Según un boletín de la OMS “Obstáculos al éxito del tratamiento de la tuberculosis en Tomsk (Federación de Rusia): incumplimiento y abandono del tratamiento y adquisición de multiresistencia”; tiene como resultado que: El abuso de sustancias se asoció estrechamente al incumplimiento del tratamiento (OR ajustada: 7,3; IC 95%: 2,89-18,46) y a su abandono (OR ajustada: 11,2; IC 95%: 2,55-48,17) y finalmente a la conclusión: En esta cohorte de pacientes rusos con tuberculosis, el abuso de sustancias predijo bien el incumplimiento y el abandono del tratamiento. ⁷

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) declara que el tratamiento no ha alcanzado el éxito de las metas en las Américas; a nivel de los países, la mayor proporción de casos y de tratamiento desfavorables (muerte, fracaso o abandono del tratamiento) correspondió a Guyana (25%), Trinidad y Tobago (23%) y Panamá (20%). Siendo esto el abandono al tratamiento tuberculoso en todas sus formas un obstáculo importante u es el responsable de la disminución de la eficiencia en un esquema de tratamiento. Se afirma que cuando el porcentaje de abandono supera el 5%, deficiencia atribuible a la calidad de atención en el servicio; si el porcentaje de abandonos es menor al 5%, los problemas estarían principalmente en el paciente.⁸

Perú padece una severa endemia de tuberculosis Multidrogo resistente, la mayor proporción de casos en tratamiento para tuberculosis Multidrogo resistente se encuentra en la costa peruana (96.7%). En general, es aceptado que en el litoral se encuentran el mayor número de casos, especialmente en Lima – Callao donde se concentra el 83% de los casos.⁹

El Ministerio de Salud (MINSA) indica que a nivel nacional los departamentos de Lima/Callao, Ica, Ucayali, Madre de Dios y Tacna son los más afectados con casos de abandonos de tuberculosis multidrogo resistente, aunque desde el

2008, la tasa de abandono de los tratamiento haya pasado del 6% al 10%, es decir 3.200 afectados.

El instituto Nacional de Salud – MINSA en el 2011 presenta la Nota Técnica Intervenciones dirigidas a disminuir el abandono al tratamiento antituberculoso ya que “El Perú ha venido experimentando durante los últimos años un incremento en la tasa de abandono al tratamiento antituberculoso. Esto tiene serias implicancias tanto para los pacientes, quienes se exponen a la progresión de su enfermedad y al aumento de riesgo de mortalidad, como para los otros miembros de la comunidad, puesto que también implica perpetuar la transmisión e incluso la posibilidad de generación de resistencia a drogas.”¹⁰

En el 2013 el Director de EsSalud, Lecca García Leonid observó que “Los pacientes de TBC afrontan dos graves obstáculos: el estigma y la marginación de la enfermedad, y los fuertes efectos de las medicinas, como mareos, náuseas o depresión, y no siempre cuentan con el apoyo emocional de familiares para afrontarlos”. Esta entidad atiende a unos 4.800 pacientes (15% del total en el país). Según el especialista, anualmente 500 de ellos truncan su tratamiento.¹¹

Declara además que “Del 10% de pacientes que abandona el tratamiento, una parte padece de tuberculosis sensible, la forma más común del mal, pero otra,

unos 2.000 pacientes tienen tuberculosis multidrogo resistente, que es la más larga de curar. Como demora, muchos se desaniman”.¹¹

En lo que respecta a la región Lima, la proporción de abandonos se incrementó año tras año hasta llegar a oscilar, según reportes oficiales, entre los 50% y 70%, los distritos de San Juan de Lurigancho, Ate, Comas, Villa María del Triunfo, La Victoria, Independencia y Carabaylo registraron un 87% de abandonos y 4% de decesos.

Según el último reporte de la Enfermera responsable del Programa de Control de Tuberculosis de la Micro Red Santa Luzmila refiere que en el año 2014 se confirmaron 16 casos de abandono de pacientes con tuberculosis multidrogo resistente y 37 pacientes con tratamiento actual; a opinión personal refiere que los posibles factores para el abandono al tratamiento fueron la falta de apoyo de familiares, consumo de droga, discriminación, factores institucionales, fallas en el tratamiento, entre otros.

El aumento progresivo de casos de abandono de tratamiento multidrogo resistente a nivel mundial y hoy en día en nuestro país viene siendo una alarmante preocupación para el sector salud, ya que la Tuberculosis

actualmente ha ido mutando y poniéndose más resistente, disminuyendo los pacientes con tuberculosis de esquema I y por otro lado incrementando de una manera descontrolable los pacientes multidrogo resistente y con ello va de la mano el abandono de tratamiento estos pacientes y como consecuencia de ello la propagación y el contagio a personas susceptibles como niños, mujeres, adultos mayores, etc., que se convierte en un peligro latente para una población que se encuentra en medio de una enfermedad que no respeta condición social, económica o cultural que puede llegar hasta la muerte.

Por tal motivo con esta investigación se dará a conocer cuáles son los factores de riesgo que hacen que los pacientes multidrogo resistente abandonen su tratamiento para que así el Profesional de Enfermería de La Micro Red Santa Luzmila, tomen acciones creando estrategias de acuerdo a la realidad de su población, fomentando de esta manera la calidad en la atención a fin de favorecer la adherencia al tratamiento.

Por lo expuesto me planteo el siguiente problema ¿Cuáles son los factores de riesgo para el abandono del tratamiento de los pacientes con Tuberculosis Multidrogo Resistente de la Estrategia Sanitaria de Control de la Tuberculosis de la Micro Red Santa Luzmila – Comas 2015?; con el Objetivo general de

Identificar los factores de riesgo para el abandono del tratamiento de los pacientes con Tuberculosis Multidrogo Resistente.

Los objetivos específicos fueron: A. Determinar si los factores sociodemográficos se muestran como predictores de riesgo significativo para el abandono del tratamiento de los pacientes con Tuberculosis Multidrogo Resistente. B. Determinar si las reacciones adversas de los esquemas terapéuticos se muestran como predictores de riesgo significativo para el abandono del tratamiento de los pacientes con Tuberculosis Multidrogo Resistente. C. Determinar si las enfermedades asociadas se muestran como predictores de riesgo significativo para el abandono del tratamiento de los pacientes con Tuberculosis Multidrogo Resistente. D. Determinar si los factores institucionales se muestran como predictores de riesgo significativo para el abandono del tratamiento de los pacientes con Tuberculosis Multidrogo Resistente.

La Hipótesis planteada fué: Los factores institucionales son factores de riesgo para el abandono del tratamiento en pacientes con Tuberculosis Multidrogo Resistente en el Programa de Control de Tuberculosis en la Micro Red Santa Luzmila-Comas.

La investigación consta de lo siguiente: Material y Método donde se incluye el diseño metodológico, población y muestra, Operacionalización de variables e instrumentos; Resultados: presentadas en Tablas – Gráficos; Discusión: que se realizó comparando los resultados con otras investigaciones; Conclusiones y recomendaciones, que se obtuvieron después del análisis de los datos encontrados en el estudio, confrontados con la literatura; Referencias Bibliográficas y finalmente los Anexos, donde se incluye el instrumento empleado para la obtención de los datos del presente estudio.



CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1.1. Diseño Metodológico

El presente estudio es de enfoque Cuantitativa, de tipo Descriptiva, de diseño casos - controles, de corte transversal y de periodo prospectivo.¹²

1.2. Población

La población estuvo conformada por 48 pacientes con diagnóstico Tuberculosis Multidrogo Resistente, según el registro Anual de la Micro Red Santa Luzmila 2014, conformada por los siguientes C.S.: C.S. Santa Luzmila, C.S. Carlos Phillips, C.S. Carlos Protzel, C.S. Carmen Medio, C.S. Carmen Alto, C.S. Clorinda Málaga, C.S. Comas, C.S. Húsares de Junín, C.S. El Álamo, C.S. Santiago Apóstol, P.S. Santa Luzmila II, P.S. Señor de los Milagros.

Considerando la relación de casos a controles de 1:2 y distribuidos de la siguiente manera:

Grupo de casos: 16 casos según informe anual de la Micro Red Santa Luzmila.

Se considera casos a los pacientes con Dx. TB MDR y que hayan abandonado el tratamiento según norma técnica y registro anual en cada Centro de Salud que conforma la Micro Red Santa Luzmila.

Grupo control: 32 controles.

Se considera controles a los pacientes con Dx. TBC MDR según CERN, que no hayan abandonado el tratamiento con anterioridad, que están dentro del rango de edad y que pertenezcan a la jurisdicción de Comas.

Tabla de 2 x 2 en los estudios de casos y controles

	ABANDONO DE TTO		Total
	Casos (SI)	Controles (NO)	
Expuestos	a	b	a + b
No Expuestos	c	d	c + d
Total	a + c	b + d	a + b + c + d

$$\text{Odds Ratio} = a \times d / b \times c$$

$$IC95\% = OR * e^{(\pm 1.96 * \sqrt{\frac{1}{a} + \frac{1}{b} + \frac{1}{c} + \frac{1}{d}})}$$

1.3. Operacionalización de la Variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	MEDIDA
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">FACTORES DE RIESGO PARA EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO MULTIDROGO RESISTENTE</p>	<p style="text-align: center;">FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS</p>	<p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Nivel de Instrucción</p> <p>Ocupación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Adolescente ○ Adulto ○ Adulto Mayor ○ Masculino ○ Femenino ○ Analfabeto ○ Primaria ○ Secundaria ○ Superior ○ Trabaja

		<input type="radio"/> Estudia <input type="radio"/> Su casa
	Lugar de Procedencia: Comas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
FACTORES RELACIONADOS REACCIONES ADVERSAS	Náuseas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Vómitos	
	Dolor de cabeza	
	Dolor de articulaciones	
	Malestar general	
	Dolor en zona de inyección	

FACTORES RELACIONADOS ENFERMEDADES ASOCIADAS	VIH	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Enfermedad Mental	
	Drogadicción	
	Alcoholismo	
	Tabaquismo	
	Diabetes	
FACTORES INSTITUCIONALES	Trato amable	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Responde sus inquietudes	
	El horario de tratamiento interfiere	

con sus obligaciones

El C.S. queda cerca de su domicilio



1.4. Técnicas de Recolección de Datos

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la Entrevista, por ser la más adecuada para cumplir con el objetivo del estudio.

El instrumento es un cuestionario de elaboración propia, que consta de 20 preguntas dicotómicas, divididas en 4 dimensiones; este cuestionario se aplicó a pacientes con abandono de tratamiento multidrogo resistente en el Programa del Control de la Tuberculosis.^{ANEXO 1}

Para la validez, el instrumento fue sometido a un juicio de expertos, quienes determinaron que tiene una validez de $p= 0.022$, por tanto válido^{ANEXO 2-7} y una confiabilidad Alpha de Cronbach de 0.6

La entrevista se realizó a los pacientes de la Estrategia Sanitaria de Control de la Tuberculosis de Lunes a Viernes en el horario de 8 am. a 2 pm.; con una duración por entrevista de 15 a 20 minutos aproximadamente por cada paciente.

En cuanto a los 16 casos de abandono fueron captados según el registro anual de la Micro Red Santa Luzmila, ubicando a cada uno en sus respectivas direcciones domiciliarias.

1.5. Técnicas para el procesamiento de la información

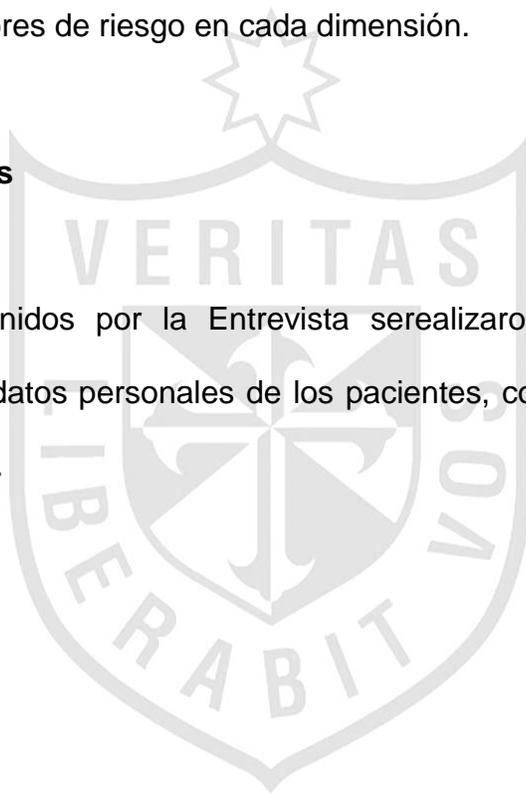
Siendo la investigación cuantitativa, los datos obtenidos del cuestionario fueron introducidos en el programa de SPSS, obteniendo una matriz general

de resultados. Luego se realizó la medición de la variable, tanto a nivel general como en sus dimensiones. Mediante esta categorización se tabularon en relación a los objetivos de estudio, analizando e interpretando en medidas porcentuales, para el resultado final de la investigación.

El análisis utilizado para medir la asociación fue a través del Chi Cuadrado, ya que se tenía que demostrar si existía dependencia significativa y el OR para obtener los factores de riesgo en cada dimensión.

1.6. Aspectos Éticos

Los datos obtenidos por la Entrevista se realizaron de manera anónima, reservando los datos personales de los pacientes, con el fin de no perjudicar su ámbito social.



CAPÍTULO II

RESULTADOS

TABLA. 1

Factores sociodemográficos para el abandono del tratamiento de los pacientes con Tuberculosis Multidrogo Resistente de la Estrategia Sanitaria de Control de la Tuberculosis de la Micro Red Santa Luzmila 2014.

Factores Sociodemográficos		Abandono de Tratamiento MDR		OR IC (95%) P
		Si	No	
Edad	Adolescente	2 (12,5%)	1 (3,1%)	OR = 0,6 IC = (0,6 – 1,1) p = 0,429
	Adulto Joven	5 (31,3%)	7 (21,9%)	
	Adulto Intermedio	9 (56,3%)	23 (71,9%)	
	Adulto Mayor	0 (0%)	1 (3,1%)	
	Total (%)	16 (100%)	32 (100%)	
Género	Masculino	8 (50%)	20 (62,5%)	OR = 0,6 IC = (1,8 – 2,0) p = 0,408
	Femenino	8 (50%)	12 (37,5%)	
	Total (%)	16 (100%)	32 (100%)	
Nivel de instrucción	Analfabeto	2 (12,5%)	0 (0%)	OR = 2 IC = (0,8 – 1,6) p = 0,147
	Primaria	6(25%)	8 (31,3%)	
	Secundaria	9 (56,2%)	16 (50%)	
	Superior	1 (6,3%)	6(18,7%)	
	Total (%)	16 (100%)	32 (100%)	
Ocupación	Trabaja	8 (50%)	22 (68,8%)	OR = 2 IC = (1,1 – 6,4) p = 0,039
	Estudia	1 (5,6%)	5(15,6)	
	Su casa	7 (44,4%)	5 (15,6%)	
	Total (%)	16 (100%)	32 (100%)	
Lugar de residencia	Comas	15(93,8%)	31 (96,9%)	OR = 2 IC = (0,8 – 2,7) p = 0,610
	Otro	1(6,3%)	1 (3,1%)	
	Total (%)	16 (100%)	32 (100%)	

En la presente tabla, podemos observar en la dimensión factores sociodemográficos que presenta el paciente con tuberculosis multidrogo resistente, respecto a los indicadores edad ($p = 0,429$), género ($p = 0,408$), nivel de instrucción ($p = 0,147$) y lugar de residencia ($p = 0,610$); no son factores de riesgo para el abandono del tratamiento MDR, según el estadístico Odds Ratio; por otro lado el factorsociodemográfico ocupación es un factor de riesgo según el análisis Odd Ratio $OR = 2$; $IC = (1,1 - 6,4)$; $p = 0,039$; es decir que es 2 veces mayor la probabilidad que abandonen el tratamiento MDR los pacientes que trabajan.



TABLA. 2

Factores asociados a las Reacciones Adversas para el abandono del tratamiento de los pacientes con Tuberculosis Multidrogo Resistente de la Estrategia Sanitaria de Control de la Tuberculosis de la Micro Red Santa Luzmila 2015.

Reacciones Adversas		Abandono de Tratamiento MDR		OR IC (95%) P
		Si	No	
Náuseas	Si	16 (100%)	10 (31,2%)	OR = 2 IC = (1,07 – 2,44) p = 0,000
	No	0 (0%)	22 (68,8%)	
	Total (%)	16 (100%)	32 (100%)	
Vómito	Si	11 (68,7%)	4 (12,5%)	OR = 11,7 IC = (2,1 – 5,7) p = 0,000
	No	5 (31,3%)	28 (87,5%)	
	Total (%)	16 (100%)	32 (100%)	
Dolor de cabeza	Si	8 (50%)	3 (9,4%)	OR = 2,9 IC = (0,6 – 14,2) p = 0,522
	No	8 (50%)	29 (90,6%)	
	Total (%)	16 (100%)	32 (100%)	
Dolor de articulación	Si	13 (81,3%)	14 (43,7%)	OR = 7,5 IC = (1,6 – 35,2) p = 0,040
	No	3 (18,7%)	18 (56,3%)	
	Total (%)	16 (100%)	32 (100%)	
Malestar general	Si	13 (81,3%)	7 (21,9%)	OR = 10 IC = (2,6 – 43,8) p = 0,000
	No	3 (18,7%)	25 (78,1%)	
	Total (%)	16 (100%)	32 (100%)	
Dolor en zona de inyección	Si	11 (68,8%)	6 (18,8%)	OR = 7,2 IC = (1,9 – 27,7) p = 0,002
	No	5 (31,2%)	26 (81,3%)	
	Total (%)	16 (100%)	32 (100%)	

En la siguiente tabla, se puede apreciar en la dimensión reacciones adversas que presenta el paciente con tuberculosis multidrogo resistente, que las náuseas ($p = 0,000$) es un factor de riesgo según el análisis Odds Ratio OR = 2; IC = (1,07 – 2,44), es decir, es 2 veces mayor la probabilidad que los pacientes que tienen náuseas abandonen el tratamiento MDR de los que no presentan, los vómitos ($p = 0,000$) según el análisis OR = 11,7; IC = (2,1 – 5,7) es un factor de riesgo, por ello es

11,7 veces mayor la probabilidad que los pacientes abandonen el tratamiento MDR de los que no tienen vómitos, el dolor de cabeza ($p = 0,522$) no es un factor de riesgo para el abandono del tratamiento MDR, los pacientes que presenten dolor de articulación ($p = 0,040$) según el análisis OR = 7,5; IC = (1,6 – 35,2) es 7,5 veces mayor la probabilidad que abandonen el tratamiento MDR de los que no presentan, el riesgo de abandonar el tratamiento MDR por malestar general ($p = 0,000$) según el análisis OR = 10; IC = (2,6 – 43,8) es 10 veces mayor de los pacientes que no presentan y el riesgo de abandonar el tratamiento MDR por dolor en la zona de inyección ($p = 0,002$) según el análisis OR = 7,2; IC = (1,9 – 27,7) es 7,2 veces mayor de los pacientes que no tienen dolor en la zona de inyección.

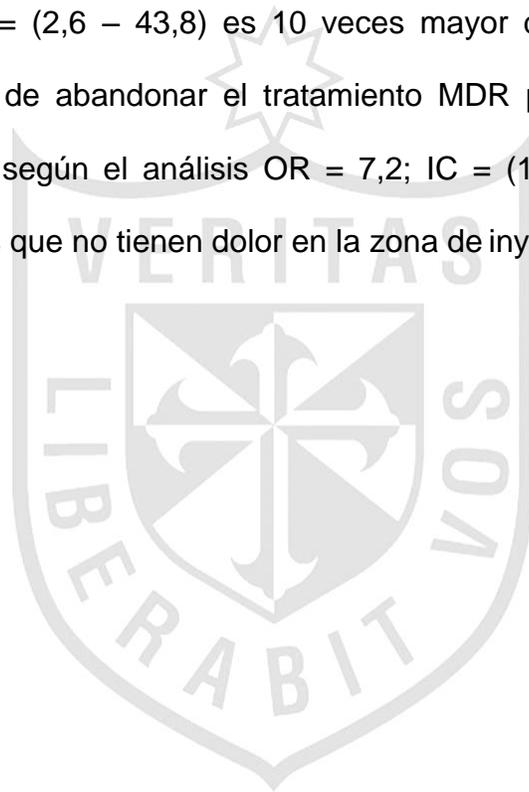


TABLA. 3

Factores relacionados con las Enfermedades asociadas para el abandono del tratamiento de los pacientes con Tuberculosis Multidrogo Resistente de la Estrategia Sanitaria de Control de la Tuberculosis de la Micro Red Santa Luzmila 2015.

Enfermedades Asociadas	Abandono de Tratamiento MDR		OR IC (95%) P	
	Si	No		
VIH – Sida	Si	13 (81,3%)	0 (0%)	OR = 3,6 IC = (2,6 – 5,9) p = 0,003
	No	3 (18,7%)	32 (100%)	
	Total (%)	16 (100%)	32 (100%)	
Enfermedad mental	Si	4 (25%)	0 (0%)	OR = 2 IC = (1,3 – 2,8) p = 0,054
	No	12 (75%)	32 (100%)	
	Total (%)	16 (100%)	32 (100%)	
Drogadicción	Si	16 (100%)	0 (0%)	OR = 1,9 IC = (1,3 – 2,6) p = 0,019
	No	0 (0%)	32 (100%)	
	Total (%)	16 (100%)	32 (100%)	
Alcoholismo	Si	15 (93,8%)	0 (0%)	OR = 3,2 IC = (2,1 – 5,1) p = 0,041
	No	1 (6,2%)	32 (100%)	
	Total (%)	16 (100%)	32 (100%)	
Tabaquismo	Si	0 (0%)	0 (0%)	OR = 11 IC = (56 – 2) p = 0,999
	No	16 (100%)	32 (100%)	
	Total (%)	16 (100%)	32 (100%)	
Diabetes	Si	14 (87,5%)	0 (0%)	OR = 3,5 IC = (2,1 – 5,4) p = 0,011
	No	2 (12,5%)	32 (100%)	
	Total (%)	16 (100%)	32 (100%)	

En la actual tabla, se puede mostrar en la dimensión enfermedades asociadas que el riesgo que abandone el paciente con tuberculosis multidrogo resistente que tiene VIH - Sida ($p = 0,003$) según el análisis OR = 3,6; IC = (2,6 – 5,9), es 3,6 veces mayor la probabilidad de los que no presentan, la enfermedad mental ($p = 0,054$) no es un factor de riesgo para el abandono del tratamiento MDR, la drogadicción ($p = 0,019$), según el análisis OR = 1,9; IC = (1,3 – 2,6) es 1,9 veces mayor la probabilidad que

abandonen el tratamiento MDR los pacientes que consuman drogas de los que no consumen, el riesgo de abandonar el tratamiento MDR por alcoholismo ($p = 0,041$) según el análisis OR = 3,2; IC = (2,1 – 5,1) es 3,2 veces mayor la probabilidad de los pacientes que no consumen alcohol, el consumir tabaco ($p = 0,999$) no es un factor de riesgo para el abandono del tratamiento MDR, por otro lado el riesgo de abandonar el tratamiento MDR por diabetes ($p = 0,011$) según el análisis OR = 3,5; IC = (2,1 – 5,4) es 3,5 veces mayor la probabilidad de los que pacientes que no presentan esta enfermedad.



TABLA. 4

Factores institucionales para el abandono del tratamiento de los pacientes con Tuberculosis Multidrogo Resistente de la Estrategia Sanitaria de Control de la Tuberculosis de la Micro Red Santa Luzmila 2015.

Factores Institucionales		Abandono de Tratamiento MDR		OR IC (95%) P
		Si	No	
Trato amable	Si	3 (18,7%)	0 (0%)	OR = 1,9 IC = (1,3 – 2,7) p = 0,109
	No	13 (81,3%)	32 (100%)	
	Total (%)	16 (100%)	32 (100%)	
Responde sus inquietudes	Si	14 (88,9%)	31 (96,9%)	OR = 1,6 IC = (0,1 – 19,9) p = 0,702
	No	2 (11,1%)	1 (3,1%)	
	Total (%)	16 (100%)	32 (100%)	
Interés por su salud	Si	13 (81,3%)	31 (96,9%)	OR = 2,6 IC = (0,2 – 28,1) p = 0,419
	No	3 (18,7%)	1 (3,1%)	
	Total (%)	16 (100%)	32 (100%)	
El horario del Tto. interfiere con sus obligaciones	Si	6 (37,5%)	15 (46,9%)	OR = 0,6 IC = (0,1 – 2,4) p = 0,476
	No	10 (62,5%)	17 (53,1%)	
	Total (%)	16 (100%)	32 (100%)	
El C.S. queda cerca de su domicilio	Si	12 (75%)	28 (87,5%)	OR = 0,3 IC = (0,05 – 1,9) p = 0,217
	No	4 (25%)	4 (12,5%)	
	Total (%)	16 (100%)	32 (100%)	

En la presente tabla, podemos observar en la dimensión factores institucionales que presenta el paciente con tuberculosis multidrogo resistente, respecto a los indicadores trato amable ($p = 0,109$), responde a sus inquietudes ($p = 0,702$), interés por sus salud ($p = 0,419$), el horario del tratamiento interfiere con sus obligaciones ($p = 0,476$) y el centro de salud queda cerca de su domicilio ($p = 0,217$); no son factores de riesgo para el abandono del tratamiento MDR, según el estadístico Odds Ratio.

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN

Objetivo Especifico 1:

Los resultados en la dimensión sociodemográficos que presenta el paciente con tuberculosis multidrogo resistente se puede apreciar que la ocupación ($p = 0,039$) es un factor de riesgo según el análisis Odds Ratio $OR = 2$; $IC = (1,1 - 6,4)$, es decir, es 2 veces mayor la probabilidad que los pacientes con ocupación abandonen el tratamiento MDR los pacientes que trabajan.

Como experiencia personal, tenemos que los pacientes que trabajan inician sus actividades laborales muy temprano, considerando esto la proximidad a sus centros de trabajos no son muy accesibles en cuanto a distancia, muchas veces es difícil para ellos regresar a la toma de sus medicamentos y siendo estos el sustento de sus familias optan por faltar al Centro de Salud.

También tenemos que tener en cuenta que no se les puede dar sus medicamentos días antes, por ser tratamiento de toma supervisada.

Como Profesional de Enfermería perteneciente al equipo multidisciplinario, tenemos que adecuarnos a las limitaciones de cada paciente, incentivando la toma de los medicamentos y evitar la propagación de la enfermedad, brindándole facilidades en cuanto a horarios para sus dosis o coordinando con otros CS para la administración de estas.

Objetivo Especifico 2:

Los resultados en la dimensión reacciones adversas que presenta el paciente con tuberculosis multidrogo resistente se puede apreciar que las náuseas ($p = 0,000$) es un factor de riesgo según el análisis Odds Ratio $OR = 2$; $IC = (1,07 - 2,44)$, es decir, es 2 veces mayor la probabilidad que los pacientes que tienen náuseas abandonen el tratamiento MDR de los que no presentan, los vómitos ($p = 0,000$) según el análisis $OR = 11,7$; $IC = (2,1 - 5,7)$ es un factor de riesgo, por ello es 11,7 veces mayor la probabilidad que los pacientes abandonen el tratamiento MDR de los que no tienen vómitos, los pacientes que presenten dolor de articulación ($p = 0,040$) según el análisis $OR = 7,5$; $IC = (1,6 - 35,2)$ es 7,5 veces mayor la probabilidad que abandonen el tratamiento MDR de los que no presentan, el riesgo de abandonar el tratamiento MDR por malestar general ($p = 0,000$) según el análisis $OR = 10$; $IC = (2,6 - 43,8)$ es 10 veces mayor de los pacientes que no presentan y el riesgo de abandonar el tratamiento MDR por dolor en la zona de inyección ($p = 0,002$) según el análisis $OR = 7,2$; $IC = (1,9 - 27,7)$ es 7,2 veces mayor de los pacientes que no tienen dolor en la zona de inyección.

Resultados similares se encontraron en el estudio "Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con TB." con una probabilidad de 3.65 veces mayor de los que no la presentaron reacciones adversas. ¹³

Según Norma técnica, las RAFA (Reacciones Adversas a Fármacos Antituberculosos) los medicamentos tienen por características ser potencialmente tóxicos, motivo por el cual su uso requiere un adecuado manejo de las mismas para prevenir potenciales complicaciones relacionadas a la enfermedad. ¹⁴

De acuerdo a mi experiencia con los pacientes, refirieron que las reacciones adversas en cuanto a las náuseas, vómitos, dolor de articulación, malestar general y dolor en zona de inyección los han llevado a faltar regularmente por miedo a volver a presentar estas reacciones, considerando así este factor como un predominante al abandono.

Como Profesional de Enfermería, tenemos que poner énfasis en la educación que se le brinde al paciente, dándole opciones para contrarrestar estas reacciones adversas como para las náuseas y vómitos que se debe de comer alimentos media hora antes de la toma de medicamentos, la toma de tratamiento debe de ser pausada, torunda de algodón con alcohol, medicamentos antieméticos prescritos por el Médico tratante; para el dolor de articulaciones, malestar general y dolor en zona de inyección se puede tratar con analgésicos prescritos por el Médico tratante, paños de agua tibia con manzanilla en zona de inyección; esto para evitar posibles abandonos que solo aumentarían la propagación de la enfermedad, la resistencia a los fármacos, la morbilidad y mortalidad.

Objetivo Especifico 3:

Los resultados encontrados con respecto a Enfermedades asociadas es que el riesgo que abandone el paciente con tuberculosis multidrogo resistente que tiene VIH - Sida ($p = 0,003$) según el análisis OR = 3,6; IC = (2,6 – 5,9), es 3,6 veces mayor la probabilidad de los que no presentan, la drogadicción ($p = 0,019$), según el análisis OR = 1,9; IC = (1,3 – 2,6) es 1,9 veces mayor la probabilidad que abandonen el tratamiento MDR los pacientes que consuman drogas de los que no consumen, el riesgo de abandonar el tratamiento MDR por alcoholismo ($p = 0,041$) según el

análisis OR = 3,2; IC = (2,1– 5,1) es 3,2 veces mayor la probabilidad de los pacientes que no consumen alcohol, por otro lado el riesgo de abandonar el tratamiento MDR por diabetes ($p = 0,011$) según el análisis OR = 3,5; IC = (2,1 – 5,4) es 3,5 veces mayor la probabilidad de los que pacientes que no presentan esta enfermedad.

Se encontró similitud con respecto a la drogadicción y al consumo de alcohol con el estudio realizado por Vargas Onofre, en su investigación titulada “Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, en el distrito La Victoria periodo 2003-2007”; tuvo como resultados que el paciente que consume drogas tiene 29 veces más riesgo de abandonar el tratamiento que aquellas que no consumen drogas OR: 29.263 (3.549 - 241.280) y que el paciente que consume alcohol tiene 4 veces más riesgo de abandonar el tratamiento que aquellas que no consumen alcohol OR: 4.575 (1.757 – 11.907).

La Drogadicción y el Alcoholismo son enfermedades sociales con características similares, el uso de estas sustancias conllevan a una pérdida del interés por la vida, por el cuidado personal y social, teniendo como resultado el desinterés por la recuperación del estado de salud y el futuro abandono del tratamiento multidrogoresistente.

Según Norma Técnica todo paciente con Tuberculosis con consumo nocivo o dependencia de alcohol u otras drogas debe ser derivado a Salud Mental para tratar dicha enfermedad y posteriormente garantizar la adherencia al tratamiento antituberculoso.

En estudios realizados a pacientes con DM, se ha comprobado que existe una probabilidad de 2.5 veces mayor de desarrollar la TBC.

El VIH-Sida y la Diabetes Mellitus, son enfermedades inmunológicamente deprimidas, que requieren de cuidados y estudios especiales. Estos pacientes necesitan un soporte psíquico, físico y emocional para que puedan trabajar sobre ambas enfermedades, esto con el aporte de la ESN ITS VIH/SIDA, Médico Endocrino y Psicólogo, para que afronten sus enfermedades como tal, lleven un tratamiento exitoso, mejoren su calidad de vida y evitar el abandono del tratamiento.



CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

1. Los factores sociodemográficos como la ocupación si se asocia al abandono del tratamiento de pacientes con tuberculosis multidrogo resistente. En cambio la edad, género, nivel de instrucción y lugar de procedencia según los resultados de la prueba Chi cuadrado ($p \leq 0.05$) demostró que las variables mencionadas no tienen dependencia significativa al abandono del tratamiento.
2. Los factores de riesgo en relación con las reacciones adversas como náuseas, vómitos, dolor de articulación, malestar general y dolor en zona de inyección si se asocian al abandono del tratamiento de pacientes con tuberculosis multidrogo resistente. En cambio el dolor de cabeza según los resultados de la prueba Chi cuadrado ($p \leq 0.05$) demostró que la variable mencionada no tiene dependencia significativa al abandono del tratamiento.
3. Los factores de riesgos en relación con las enfermedades asociadas fueron VIH-Sida, drogadicción, alcoholismo y diabetes si se asociaron al abandono del tratamiento de pacientes con tuberculosis multidrogo resistente. En cambio la enfermedad mental según los resultados de la prueba Chi cuadrado ($p \leq 0.05$) demostró que la variable mencionada no tiene dependencia significativa al abandono del tratamiento.
4. Los factores institucionales no se asocian al abandono del tratamiento de pacientes con tuberculosis multidrogo resistente. Los resultados de la prueba Chi cuadrado ($p \leq 0.05$) demostró que las variables mencionadas no tienen dependencia significativa al abandono del tratamiento. Se niega la hipótesis.

CAPÍTULO V

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a las Enfermeras encargadas de la ESN-PCT de los Centros de Salud que fueron sujetos a la presente investigación a:
 - Capacitaciones continuas al Personal de Salud para el manejo en cuanto a la atención integral del paciente, el trabajo en conjunto con el equipo multidisciplinario de salud y para la elaboración de sesiones educativas enfatizando la importancia de contrarrestar la Tuberculosis en todas sus formas.
2. Realizar investigaciones comparativas en relación a los pacientes con TBC MDR y pacientes con TBC XDR para determinar la similitud en factores de riesgo para el abandono del tratamiento.

CAPÍTULO VI

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 F. Arias, V. Pickett, C. Casar, A. Scappaticcio, V. Farga, G. Soza, T. Herrera, Z. Torres, R. Lepe, A. Yáñez, C. Martínez, M. Zúñiga, C. Peña. Normas Técnicas para el Control y Eliminación de la Tuberculosis; Santiago de Chile (Chile) 2014
- 2 F. Wikipedia; Historia de la Tuberculosis. Disponible en: URL: https://Es.Wikipedia.Org/Wiki/Historia_De_La_Tuberculosis
- 3 F. Wikipedia; Tuberculosis. Disponible en: URL: <https://es.wikipedia.org/wiki/Tuberculosis>
- 4 Flor de María Cáceres Manrique. Factores de Riesgo para Abandono (No Adherencia) del tratamiento Antituberculoso. Bucaramanga (Colombia); 2004
- 5 E. Navas Elorza, S. Moreno Guillen. Tuberculosis Multirresistente Y Extremadamente Resistente. España; 2010
- 6 Organización Mundial de la Salud (OMS); Tuberculosis [citado Marzo 2015] Disponible en: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
- 7 IY Germinaba, S Keshavjee, VT Golubchikova, VI Berezina, AK Strelis, GV Yanova, S Atwood, M Murray. Obstáculos al éxito del tratamiento de la Tuberculosis en Tomsk (Federación de Rusia): Incumplimiento y Abandono del tratamiento, y adquisición de multirresistencia. Disponible en: URL: <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/9/06-038331-ab/es/>

- 8 Organización Panamericana de la Salud. La Tuberculosis en la región de las Américas, Informe Regional 2011.
- 9 Luis Alejandro Rodríguez Hidalgo. Factores de Riesgo para Tuberculosis Pulmonar Multidrogorresistente en la Región La Libertad (Perú); 2013.
- 10 Lely Solari, Víctor Suárez, Oswaldo Jave. Intervenciones dirigidas a disminuir el abandono al tratamiento antituberculoso; Norma Técnica MINSA (Perú); 2011
- 11 Artículo de Periódico: L. Lecca “Cada año unos 3.200 pacientes con TBC abandonan su tratamiento en el país”. El Comercio 2013 Jun 08
- 12 Roberto Hernández Sampieri. Metodología de la Investigación – Quinta Edición [Cap. 7 Pág. 118].
- 13 Cecilia Navarro Quintero, Jaime Leonardo Rueda León, Jose Leonardo Mendoza Ojeda. Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con TB. Disponible en el URL: <http://documents.mx/documents/dialnet-factoresasociadosalabandonodeltratamientoantituber-4454779.html>
- 14 Norma Técnica de Salud 715/2013 MINSA



CAPÍTULO VII





RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE ABANDONO DE TRATAMIENTO MULTIDROGO RESISTENTE

SOCIODEMOGRÁFICOS		REACCIONES ADVERSAS		ENFERMEDADES ASOCIADAS		INSTITUCIONALES	
Edad:	<input type="text"/>	Náuseas:		VIH – SIDA:		Trato Amable:	
		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Género:		Vómitos:		Enfermedad Mental:		Responde sus inquietudes:	
Masculino	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Femenino	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza:		Drogadicción:		Interés por su Salud:	
		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nivel de Instrucción:		Dolor de articulaciones:		Alcoholismo:		El horario de tratamiento interfiere con sus obligaciones:	
Analfabeto	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Primaria	<input type="checkbox"/>	Malestar general:		Tabaquismo:		El C.S. queda cerca a su domicilio:	
Secundaria	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Superior	<input type="checkbox"/>	Dolor en zona de inyección:		Diabetes:			
Ocupación:		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Trabaja	<input type="checkbox"/>						
Estudia	<input type="checkbox"/>						
Su casa	<input type="checkbox"/>						
Lugar de Procedencia:							
Comas	<input type="checkbox"/>						
Otro	<input type="checkbox"/>						

ANEXO 2

DETERMINACIÓN DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO
ASPECTOS DE EVALUACIÓN

CRITERIOS	INDICADORES	DEFICIENTE 00-20%				REGULAR 21-40%				BUENO 41-60%				MUY BUENO 61-80%				EXCELENTE 81-100%			
		0	6	11	16	21	28	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.															X					
2. OBJETIVO	Está expresado en capacidades observables											X									
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación.																			X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento																				X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación															X					
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspecto de las variables de investigación														X						
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento																			X	
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones															X					
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación																			X	

MINISTERIO DE SALUD
RED DE SALUD TURAC AMARU
MICRORED TAHUANTINSUYO

FIRMA

LIC. BERTHA BARRERA COAQUIRA
SUPERVISORA DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA
C.E.P. 17901

N° DE COLEGIO:

DNI

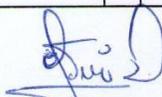
: 29568857.

ANEXO 3

DETERMINACIÓN DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO
ASPECTOS DE EVALUACIÓN

CRITERIOS	INDICADORES	DEFICIENTE 00-20%				REGULAR 21-40%				BUENO 41-60%				MUY BUENO 61-80%				EXCELENTE 81-100%			
		0	6	11	16	21	28	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.											X									
2. OBJETIVO	Está expresado en capacidades observables																				
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación.								X												
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento																				
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación																				
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspecto de las variables de investigación																				
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento																				
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones																				
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación																				

FIRMA :



N° DE COLEGIO:

46095

DNI :

02300568

MINISTERIO DE SALUD
 DISA III LIMA SUR
 RED DE SALUD TUPAC AMARU
 CENTRO DE SALUD ERMIGIANO BALO
 20
 Marisol Vaca Mamani
 Lic. Enfermería
 CEP: 46095

ANEXO 4

DETERMINACIÓN DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO
ASPECTOS DE EVALUACIÓN

CRITERIOS	INDICADORES	DEFICIENTE 00-20%				REGULAR 21-40%				BUENO 41-60%				MUY BUENO 61-80%				EXCELENTE 81-100%			
		0	6	11	16	21	28	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.											X									
2. OBJETIVO	Está expresado en capacidades observables						X														
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación.							X													
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento										X										
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación											X									
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspecto de las variables de investigación							X													
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento														X						
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones										X										
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación											X									

FIRMA : *Castro*
 N° DE COLEGIO: 46062
 DNI : 40249787

Castro
 Sandra Mabel Castro Paredes
 Lic. en Enfermería
 CEP 46062

ANEXO 5

DETERMINACIÓN DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO
ASPECTOS DE EVALUACIÓN

CRITERIOS	INDICADORES	DEFICIENTE 00-20%				REGULAR 21-40%				BUENO 41-60%				MUY BUENO 61-80%				EXCELENTE 81-100%			
		0	6	11	16	21	28	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.																				X
2. OBJETIVO	Está expresado en capacidades observables																				X
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación.																				X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento																				X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación																		X		
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspecto de las variables de investigación																				X
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento																				X
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones																				X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación																				X

FIRMA



Nº DE COLEGIO:

23773

DNI

: 09391037.

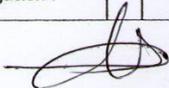

LIZ TERREROS OLVERA
Lic. en Educación
CEP 2373

ANEXO 6

DETERMINACIÓN DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO
ASPECTOS DE EVALUACIÓN

CRITERIOS	INDICADORES	DEFICIENTE 00-20%				REGULAR 21-40%				BUENO 41-60%				MUY BUENO 61-80%				EXCELENTE 81-100%			
		0	6	11	16	21	28	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.					X															
2. OBJETIVO	Está expresado en capacidades observables									X											
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación.					X															
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento							X													
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación									X											
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspecto de las variables de investigación											X									
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento								X												
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones									X											
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación							X													

FIRMA :



Elizabeth Poma Huama
LIC EN ENFERMERIA
C.E.P. 47851

N° DE COLEGIO:

47881

DNI :

28848645

ANEXO 7

**TABLA DE CONCORDANCIA
PRUEBA BINOMIAL – JUICIOS DE EXPERTOS**

CRITERIOS	JUICIO DE EXPERTOS					PROPORCION DE CONCORDANCIA		TOTAL
	I	II	III	IV	V			
1	1 0	1 0	0 1	1 0	0 0	3/5	1/5	0.6 0.2
2	1 0	1 0	0 0	1 0	1 0	4/5	0/5	0.8 0
3	1 0	1 0	0 0	1 0	0 0	3/5	0/5	0.6 0
4	1 0	1 0	0 0	1 0	0 0	3/5	0/5	0.6 0
5	1 0	1 0	0 0	1 0	0 0	3/5	0/5	0.6 0
6	1 0	1 0	0 0	1 0	1 0	4/5	0/5	0.8 0
7	0 0	1 0	0 0	1 0	0 0	2/5	0/5	0.4 0
8	1 0	1 0	0 0	1 0	0 0	3/5	0/5	0.6 0
9	1 0	1 0	0 0	1 0	0 0	3/5	0/5	0.6 0
PROMEDIO								0.2

$$\frac{0.2}{9} = 0.066$$

$$\frac{0.6}{9} = 0.066$$

ΣP

9

$$p = 0.022$$

Se ha considerado:

0 : si la respuesta es >70%

1 : si la respuesta es <70%

Si $p < 0.5$ el grado concordancia es significado de acuerdo a los resultados obtenidos por cada juez el resultado total promedio es de 0.2, por lo tanto el grado de concordancia es significativo.



Jesús María, 31 de julio de 2015

OFICIO N° 108-2015-D-FOE-USMP

Señor Doctor
ORLANDO MARTÍN CLEDENES ALVARADO
Director
Red de Salud Túpac Amaru – Comas
Ciudad-

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y asimismo presentarle a la señorita Bachiller **JOSELYN FIORELLA MUÑOA GALLEGOS** con código N° 2005219901, alumna egresada de la Facultad de Obstetricia y Enfermería – Escuela Profesional de Enfermería, quien ha elegido la Institución que usted dignamente dirige, para llevar a cabo su trabajo de investigación con el asesoramiento de la Mg. Enf. Ysabel Carhuapoma Acosta y optar el Título de Licenciada en Enfermería.

La investigación titulada: **“FACTORES DE RIESGO PARA EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGO RESISTENTE EN LA ESTRATEGIA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORRED SANTA LUZMILA - 2015”**, se desarrollará dentro del marco de tiempo estipulado por la Facultad; por lo que solicito tenga a bien brindarle las facilidades que requiere este proceso.

Agradeciéndole anticipadamente por la atención que brinde al presente, quedo de usted.

Atentamente,

Dra. Hilda Baca Neglia
Decana

10267

MINISTERIO DE SALUD
RED DE SALUD TUPAC AMARU
MESA DE PARTES
05 AGO. 2015
RECIBIDO
Hora:
Firma:

HBN:c.Garcia
Acreditada Internacionalmente por:



Facultad de Obstetricia y Enfermería
Av. Salaverry N° 1136 - Jesús María
Telf: 471-1171 / 471-9682 / 471-6791
Fax: 265-6723
foe@usmp.pe
www.usmp.edu.pe/fobstetri/index.php

ANEXO 9

	PERÚ Ministerio de Salud	Instituto de Gestión de Servicios de Salud	Dirección de Red de Salud Lima Norte VI - Tupac Amaru	"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU" "Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"
---	-----------------------------	--	---	---

MEMORANDO N°: 207 J-MRSL-RED-SA-LN-VI-TA-2015.

DE : MC. KAREN JESSICA RIOS JARA
Medico Jefe MICRORED CS Santa Luzmila

A : Medicos jefes de establecimientos

ASUNTO : facilidades para cumplimiento de actividades PCT.

FECHA : Santa Luzmila, 03 de setiembre del 2015

Mediante el presente, le saludo cordialmente y a la vez se le comunica que la Lic. en enfermería Muñoa Gallegos Joselyn Fiorella, quien esta realizando un estudio en los pacientes del programa de tuberculosis, estará acudiendo a los establecimientos por el tiempo de dos semanas en un cronograma de dos centros por día, dicha actividad consiste en realizar entrevistas a los pacientes del programa, por lo que se solicita brindar las facilidades para que se lleve a cabo dicha programación.

Atentamente.

C.c.:
RSTA
Archivo
KRJ/kdm.

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD
DIRECCION DE RED DE SALUD LIMA NORTE VI
U.E. 024 RED DE SALUD TUPAC AMARU - IGSS

DRA. KAREN JESSICA RIOS JARA
JEFATURA DE MICRORED SANTALUZMILA
C.M.P. 48126

MINISTERIO DE SALUD
RED DE SALUD TUPAC AMARU
CS. CARIBALTO
REBIBO
FECHA: 05 SEP 2015
HORA: 12:27

MINISTERIO DE SALUD
P.S. Santa Luzmila II
Juana Albino Castillo
(E) PERSONAL
9/9/15.

microredsantaluzmila@outlook.es

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE RED DE SALUD LIMA NORTE VI
U.E. 024 RED DE SALUD TUPAC AMARU - IGSS
MICRORED SANTA LUZMILA - C.S. EL ALAMBO
C.D. J. WILLY ESPINOZA ALVAREZ
JEFE DE PERSONAL
COP N° 11621 - RNE N° 492

Av. Guillermo de la Fuente s/n
Urb. Santa Luzmila - Comas
Telf. 536-8003 / 551-7693