



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**FACTORES CONDICIONANTES PARA EL ABANDONO DEL
TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES CON
TUBERCULOSIS PULMONAR MULTIDROGORESISTENTE
HOSPITAL NACIONAL SERGIO ENRIQUE BERNALES 2016**

**PRESENTADA POR
GLORIA MILAGROS MEDINA SANTIAGO**

**ASESOR
JOSE LUIS PACHECO DE LA CRUZ**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
EN NEUMOLOGÍA**

**LIMA – PERÚ
2019**



Reconocimiento - No comercial - Compartir igual

CC BY-NC-SA

La autora permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**FACTORES CONDICIONANTES PARA EL ABANDONO DEL
TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES CON
TUBERCULOSIS PULMONAR MULTIDROGORESISTENTE
HOSPITAL NACIONAL SERGIO ENRIQUE BERNALES 2016**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN NEUMOLOGÍA

PRESENTADA POR

GLORIA MILAGROS MEDINA SANTIAGO

ASESOR

DR. JOSE LUIS PACHECO DE LA CRUZ

LIMA, PERÚ

2019

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema.....	1
1.2 Formulación del problema.....	3
1.3 Objetivos	3
1.4 Justificación	3
1.5 Viabilidad y factibilidad.....	4
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1 Antecedentes	5
2.2 Bases teóricas.....	9
2.3 Definiciones de términos básicos.....	12
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	14
3.1 Formulación de la hipótesis	14
3.2 Variable y su operacionalización.....	14
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	15
4.1 Tipos y diseño	15
4.2 Diseño muestral	15
4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos.....	16
4.4 Procesamiento y análisis de datos.....	17
4.5 Aspectos éticos	15
CRONOGRAMA	17
PRESUPUESTO	18
FUENTES DE INFORMACIÓN	20
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumento de recolección de datos	

3. Consentimiento informado

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

La tuberculosis es una enfermedad muy antigua, los afectados por este mal, presentan una infección de larga duración, ocasionado por la bacteria *Mycobacterium Tuberculosis*. Según el Ministerio de Salud del Perú, cada hora, cuatro ciudadanos peruanos son diagnosticados de tuberculosis. Existen anualmente más de 35 000 personas con tuberculosis activa, cerca del 7 a 10% son producidos por bacterias resistentes a múltiples drogas ⁽¹⁾.

Actualmente se hacen muchos esfuerzos a nivel mundial para minimizar la propagación de esta enfermedad; sin embargo, es un poco infructífero en especial en las comunidades más vulnerables. Cada 15 segundos se pierde una vida, así mismo, un enfermo con tuberculosis infecta de 10 a 15 personas por año ⁽²⁾.

Por otro lado, se hallaron aproximadamente un 60% de situaciones de tuberculosis en el mundo, en su mayoría se cura. Pero se hace importante la administración correcta del tratamiento para esta enfermedad.

El tratamiento directamente observable de corta duración es el más adecuado y aplicado mundialmente para administrarlo a personas infectadas con tuberculosis previniendo nuevas infecciones y el rechazo farmacológico. Según la Organización Mundial de la Salud, el éxito para el tratamiento fue de 82% para el lapso de 1995 hasta el 2004 con un total de 22 millones de pacientes ⁽³⁾.

Según estadísticas del Ministerio de Salud para el 2005, en el Perú, el 58.7% de los casos con tuberculosis corresponde a las direcciones de salud de Lima y Callao, la Libertad, Loreto, Arequipa, Ica y Junín ⁽⁴⁾.

El abandono del tratamiento antituberculoso tiene que ver con la interrupción del tratamiento por más de 30 días consecutivos. Las causas del abandono: prolongada duración del tratamiento (15 a 24 meses), alta cantidad de pastillas (mínimo 11) e inyectable, efectos secundarios a medicamentos antituberculosos y ignorancia sobre la enfermedad y su tratamiento ⁽⁵⁾.

En este mismo orden de ideas debe considerarse la gravedad sanitaria que representa la propagación de esta enfermedad; así mismo, sea hace mayor el riesgo de crearse una epidemia si los pacientes abandonan el tratamiento haciéndose necesario determinar los factores que condicionan a los que están infectados por este mal a dejar su tratamiento y a establecer los debidos correctivos para no caer en un estado de emergencia sanitario y público.

Por ello, con este estudio indagan sobre estudiar las causas que inducen al abandono del tratamiento para así lograr minimizar la propagación de esta penosa enfermedad, que se hace más latente con las grandes cantidades de poblaciones que tiene Perú.

Es importante destacar, que en Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales para el 2016 existen alrededor de 72 pacientes con tuberculosis pulmonar de los cuales 32 abandonaron el tratamiento antituberculoso desconociendo los factores que los incitaron a dejarlo, así como se ignora también, el tiempo que los mismos tienen sin administrarlo.

Es relevante abordar esta situación teniendo en cuenta que esta enfermedad se transmite de persona infectada a una sana a través del aire; es decir, al estornudar, escupir se expulsan los bacilos tuberculosos al aire, lo que puede adquirir fácilmente una persona sana, considerándose proponer estrategias para contrarrestar dicho abandono.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles fueron los factores que condicionaron el rechazo del tratamiento antituberculoso en pacientes con tuberculosis pulmonar multidrogoresistente, Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales para el 2016?

1.3 Objetivos

Objetivo general

Determinar los factores que condicionan el rechazo de la medicación para antituberculosis a infectados con tuberculosis pulmonar multidrogoresistente en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales para el 2016.

Objetivos específicos

Identificar los factores socioeconómicos, epidemiológicos que condicionan el abandono de tratamiento antituberculoso a infectados con tuberculosis pulmonar multidrogoresistente.

Determinar la cuantía de situaciones de tuberculosis pulmonar multidrogoresistente notificados como abandono.

Proponer estrategias para contrarrestar el abandono del tratamiento por parte de los pacientes con tuberculosis.

1.4 Justificación

La deserción al tratamiento antituberculoso, se incrementó debido a diferentes situaciones de riesgos siendo un problema social, sumándose la farmacoresistencia, propagación de la infección y con aumento en los costos asociados a los medicamentos. Los pacientes con tuberculosis multidrogo resistente el abandono ocasiona resistencia, progresando a tuberculosis extremadamente resistente.

En el Perú la tuberculosis pulmonar es catalogada como una dificultad de salud pública incentivando al Estado a asignar recursos financieros, técnicos y sociales para ya dejar de ser considerados un país endémico, siendo esta enfermedad altamente contagiosa y una causa de muerte.

Este trabajo tiene relevancia social por su contribución a minimizar diversos casos de tuberculosis pulmonar, contrarrestar más contagios, concientizar y ofertar información sobre el desarrollo de la enfermedad a los familiares del paciente y personas en general.

Tendrá un aporte relevante en el ejercicio de los profesionales de la salud en la efectividad y eficiencia en el programa control de la tuberculosis.

1.5. Viabilidad y factibilidad

El proyecto presentado es viable, y se realizarán sus investigaciones y recopilación de datos en enero del 2016, el mismo concluirá en el mes de diciembre 2016 en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, y tendrá la disponibilidad financiera, bibliográfica, humana, tiempo y espacio.

Se cuenta con acceso al hospital y pacientes para los requerimientos de información necesarias, entre ellos la consulta de las historias clínicas para la extracción de datos de los pacientes.

Así mismo, se considerará factible dicho proyecto de investigación ya que permitirá analizar los factores que condicionan el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con tuberculosis pulmonar multidrogoresistente en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales para el 2016 siendo un estudio operativo que está ideada para la solución de un problema específico como es el abandono del tratamiento y de esa manera proponer estrategias para contrarrestar dicho abandono.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

Vivas B, et al. (2015) realizaron un estudio cuyo objetivo consistió en describir los conocimientos sobre la tuberculosis pulmonar de los estudiantes de último semestre de medicina de la Universidad del Tolima y de los profesionales de la salud en una IPS pública de Ibagué a través de un estudio cualitativo, descriptivo e interpretativo, de tipo etnografía. Entre sus resultados están que el personal de salud y los estudiantes de medicina, quienes tienen conocimientos satisfactorios sobre tuberculosis pulmonar y su manejo de acuerdo a las normas de control establecidas. Concluyeron que es necesario orientar esfuerzos desde la formación para implementar medidas de bioseguridad y fortalecer los conocimientos sobre el tratamiento farmacológico entre los nuevos estudiantes ⁽⁶⁾.

Casas L, et al. (2015) realizaron un estudio que tuvo como propósito analizar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antituberculosis. Cali, Colombia, enmarcándose en un estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo. Entre los resultados destacaron que un 58% refieren efectos secundarios a los medicamentos, (43%) ineficiente servicio del personal de salud y dificultad de acceso al servicio (32%). Concluyeron que las variables psicológicas y sociales son factores de abandono y los efectos secundarios generados por los fármacos son una de las causas con mayor porcentaje que propicia el abandono del tratamiento para la tuberculosis ⁽⁷⁾.

Herrero M, (2015), realizó un estudio cuyo propósito fue analizar el abandono del tratamiento de tuberculosis, Buenos Aires, Argentina". Desarrollado a través de un análisis exploratorio de las especificaciones del área y de la dispersión de los casos. Entre los resultados se encontró que la probabilidad de mayor riesgo la tienen las zonas con habitantes que no realizan asignaciones jubilatorias ($p = 0.007$) y con mayoría de

viviendas con carencias básicas sin cubrir y con evidencia de riesgo de no-adherencia ($p = 0.032$). Las incidencias de no-adherencia son altas en áreas con mayor cantidad de viviendas con ausencia de servicio de transporte público a menos de 300 m ($p = 0.070$). Llegaron a la conclusión que existe un área de riesgo para la no-adherencia al tratamiento, en los habitantes de zonas que viven en condiciones precarias, que obedece a escasos recursos económicos y limitaciones en el servicio de transporte público ⁽⁸⁾.

Araya F, (2014) realizó un estudio con el objetivo de describir la tuberculosis multidrogoresistente en Santiago de Chile, periodo 2008 - 2011". Metodológicamente se desarrolló a través de un estudio descriptivo. Los resultados señalan que del 2008 al 2011, se observa un total de 9.847 casos de tuberculosis y 41 casos de tuberculosis multidrogo. No encontró diferencia significativa entre los casos de tuberculosis y tuberculosis multidrogo según sexo ($p=0.158$), la mediana de edad ($p=0.059$) y la condición de alcohólico ($p=0.272$). Concluyendo, la tuberculosis multidrogo resistente predomina en el sexo masculino, en un grupo etario de adulto joven – adulto ⁽⁹⁾.

Acevedo G, (2013) realizó un estudio cuyo propósito fue estudiar la "Tuberculosis Multidrogoresistente". Cali, Colombia, a través de un enfoque observacional, descriptivo, transversal. Entre los resultados se encontró que en el 2010 se registran 8.8 millones de casos en el mundo, los últimos años las agrupaciones bacterianas de mycobacterias con rechazo a los fármacos de primera línea. Evidenciando el rechazo a rifampicina e isoniacida como multidrogoresistencia, con estudios de talla mundial aproximada de 3.6%. Concluyendo, se destaca que los mecanismos de rechazo del microorganismo, los genes contenidos en la misma y las situaciones de riesgo relacionados a la generación de resistencia en algunas zonas o grupos ⁽¹⁰⁾.

Rojas C, et al. (2010) realizaron una investigación cuyo objetivo fue establecer las características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas y el desenlace de la terapia antituberculosa, en una cohorte de pacientes nuevos con diagnóstico de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva en Cali, Colombia.” Desarrollaron bajo un estudio descriptivo. Entre los resultados se destacó que el 7.5% rechazó cualquier medicamento y 1.9% rechazo inicial a los medicamentos de primera línea, 8.5% de presencia de efectos secundarios por tratamiento. El 86.8% de los pacientes completó la terapia con diagnóstico de curación. Concluyendo que la brecha existente entre la etapa comprendida entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico de la enfermedad, se cataloga como un factor de riesgo que induce al rechazo del tratamiento ⁽¹¹⁾.

Matos L, (2017) realizó una investigación cuyo objetivo fue conocer la prevalencia de tuberculosis extrapulmonar en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2016. Metodológicamente se desarrolló a través de un estudio de diseño observacional, descriptiva, transversal y retrospectivo. Entre los resultados se encontró que la tuberculosis extrapulmonar se conforma del 60.5% de los 86 pacientes examinados, con afectaciones en su mayoría en los ganglios linfáticos. La mayor presencia de los casos fue en personas obesas y jóvenes. De ambos grupos un tercio de los pacientes evidenciaban diabetes. Concluyendo, la prevalencia de tuberculosis extrapulmonar se relaciona con el peso y daños linfáticos ⁽¹²⁾.

Chagua E, (2017) realizó un estudio con el propósito de determinar el nivel de conocimiento de la tuberculosis sensible en pacientes del Centro de Salud Santa Clara – Ate, enero – mayo 2017. El estudio fue cuantitativo, descriptivo y transversal. En cuanto, a los resultados se encontró que el 60% representan un nivel medio de información de la tuberculosis, el 93% tiene un nivel bajo acerca de información del tratamiento. Mientras que el 77% con nivel de medio de información de tratamiento sin fármacos y el 93% tiene nivel bajo de los efectos secundarios del tratamiento.

Concluyendo, la mayoría de enfermos tiene información media de la enfermedad de la tuberculosis ⁽¹³⁾.

Cabrera C, (2017) realizó un estudio con el objetivo de determinar los factores asociados a riesgo e multidrogorresistencia en pacientes con tuberculosis pulmonar no adherente al tratamiento. Desarrolló mediante un estudio analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. Entre los resultados se identificó la desnutrición como factor relacionado a riesgo de tuberculosis multidrogo (IC: 95%, [3.586 – 14.767]). El suministro de dosis incompletas mostró un OR = 3.74 (IC: 95%, [1.81 – 7.71]). Se concluye que dentro de las causas que propician el abandono del tratamiento son desnutrición, toma de dosis incompleta e infección por VIH ⁽¹⁴⁾.

Ampuero G, (2017) realizó un estudio con el fin de describir los factores asociados a recaídas por tuberculosis en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2016". El mismo se desarrolló mediante un estudio descriptivo transversal. Entre los resultados se destacó que un factor importante lo constituye el sexo (masculino) y la edad (mayores de 30 años), ser soltero, ingerir drogas o alcohol, situación familiar conflictiva, creencias en erradas de la enfermedad y estando en desacuerdo con el tratamiento. Concluyendo, los pacientes están propensos de padecer reincidencia por tuberculosis ⁽¹⁵⁾.

Sagastegui C, (2014) realizó un estudio con el fin de estudiar la tuberculosis multidrogoresistente en adultos en el distrito El Porvenir-Trujillo". El mismo se desarrolló a través de un estudio observacional, analítico de casos y controles. La presencia de la enfermedad durante el período fue de 8.94% siendo la tendencia de +0.693% por año. La edad mayor de 40 años. El nivel de instrucción pobre. La diabetes mellitus no fue factor de riesgo de tuberculosis - multidrogoresistente $p=0.225$. Concluyendo, identificó al tratamiento antituberculoso previo, el

tratamiento irregular y el contacto con paciente multidrogoresistente como factores de riesgo de Tuberculosis - Multidrogo Resistente ⁽¹⁶⁾.

Rodríguez H, (2012) realizó un estudio con el fin de conocer las principales características epidemiológicas de la tuberculosis pulmonar multidrogoresistente en la Región La Libertad – Perú. Lo desarrolló mediante un estudio descriptivo observacional. Demostró que el promedio de edad fue de 37.5 años, con prevalencia hacia los pacientes de sexo masculino (54.2%), asociadas a las personas de sexo femenino (45.8%). El 9.7% de pacientes no iniciaron tratamiento. Se concluye que el habitante más afectado fue la masa trabajadora del género masculino y con niveles altos de situaciones válidas de tuberculosis multidrogoresistente en la Región La Libertad – Perú ⁽¹⁷⁾.

2.2 Bases teóricas

Tuberculosis pulmonar

Infección propagada por una bacteria aeróbica cuyo lugar predilecto es los pulmones denominada con el nombre de Mycobacterium tuberculosis. Es importante mencionar, este microorganismo es ácido alcohol resistente y también es afectada por la luz del sol, rayos ultravioleta, entre otras cosas ⁽¹⁷⁾.

Epidemiología

Son portadoras de la infección denominada tuberculosis $\frac{3}{4}$ partes de la población mundial; sin embargo, a muy pocos se les manifiesta este. Las personas más propensas o con riesgo a desarrollar la enfermedad son sistema inmunológicos deficientes ⁽¹⁷⁾.

En el 2014, el Ministerio de Salud afirma que en el Perú ocurrieron aproximadamente 27 350 casos nuevos de tuberculosis siendo la ciudad con mayores registros Lima con un 60%. Del 2005 en adelante se reportaron un incremento en la existencia de casos de tuberculosis

pulmonar multidrogo-resistente, con un valor que superó los 1100 casos, siendo los departamentos de la costa los principales lugares que los reporta, Lima con el 83.1% y un 12% en otros departamentos de la costa (17).

Sintomatología

La tuberculosis pulmonar se relaciona con tos seca con duración aproximada de 2 semanas y expectoración con o sin hemoptisis (solo 20% a 30%); acompañado de dolor torácico y anorexia, sudoración nocturna, pérdida de peso y en algunos casos fiebre persistente (18).

Diagnóstico

Es identificar la sintomatología de sospecha, por lo general tos con o sin expectoración por un periodo mayor de 15 días, se realiza un examen radiográfico de tórax y examen baciloscópico. Posteriormente, podría confirmarse el padecimiento de la enfermedad con un cultivo y si existe la enfermedad existen exámenes de laboratorio, siendo la más empleada el derivado proteínico purificado de tuberculina. Todos los exámenes mencionados anteriormente presentan problemas de sensibilidad (18).

Medicación

Consiste en 4 los fármacos de primera línea: isoniazida, rifampicina, etambutol y pirazinamida. Se suministran vía oral, alcanzan niveles séricos máximo en un período de dos a cuatro horas de ser ingeridos y se eliminan en casi en su totalidad a las 24 horas (19).

Por otro lado, existe un grupo de fármacos de segunda línea que son indicados cuando hay resistencia a los fármacos de primera línea estos son: Aminoglucósidos inyectables, fluoroquinolonas preferentemente de tercera generación; también existe un grupo de fármacos indicados cuando hay resistencia a la primera y segunda línea, llamados fármacos de tercera línea (19).

El régimen consiste en una fase inicial de dos meses de duración en la que se administran isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol y una fase de continuación con una duración de cuatro meses donde se administran isoniazida y rifampicina. La administración de los fármacos puede ser diaria o dejando un día, teniendo que cambiar las dosis de los fármacos: Isoniazida 5mg/kg o 10mg/kg, rifampicina 10mg/kg, pirazinamida 25mg/kg o 35mg/kg, etambutol 15mg/kg o 30mg/kg ⁽¹⁷⁾.

Medidas de prevención

El control médico

Permite diagnosticar algún trastorno en sus inicios y suministrar el tratamiento adecuado; es importante tener una consulta anual sin esperar sintomatologías ⁽¹⁹⁾.

Radiografía de tórax: es empleada para la detección de variadas anomalías en los pulmones de acuerdo a sus características. Sin embargo, este sirve luego de un rechazo a la prueba cutánea de la tuberculina positiva y asintomático cutánea de la tuberculina positiva y asintomático ⁽²⁰⁾.

Tuberculosis multidrogoresistente

Las cepas de tuberculosis multidrogoresistente son por definición, aquellas resistentes a los dos fármacos antituberculosos más potentes que son la Isoniazida y la rifampicina, existen la resistencia primaria y una adquirida ⁽²⁰⁾.

Existen tres tipos de resistencia de multidrogoresistente tuberculosis frente a medicamentos tuberculosos:

Resistencia natural: Es aquella relacionada de muta o adapta al medio donde se encuba y así se propaga.

Resistencia secundaria o adquirida: Se debe al inadecuado suministro de la quimioterapia.

Resistencia primaria o inicial: Presencia de enfermos que han sido contagiados por pacientes con resistencia adquirida, con ausencia de tratamiento antituberculoso ⁽²⁰⁾.

Abandono al tratamiento

Abandono por voluntad por treinta días continuos de los fármacos ⁽²¹⁾.

Los efectos secundarios se manifiestan con algunos danos orgánicos. La presencia de incomodidades por medicación, con ignorancia de información con anterioridad, lleva en ocasiones a rechazo de la terapia o a contemplar esa opción. Por otro lado, existe otro factor a considerar, el valor del tratamiento para atacar los malestares secundarios, siendo esta población de limitados recursos, se convierte en un motivo para no continuar con el tratamiento ⁽²²⁾.

Efectos del rechazo del tratamiento

La situación el rechazo del tratamiento anti-tuberculoso trae consigo, descompensación física de la salud de las personas por la enfermedad, la propagación de la infección y el arraigo de la endemia en el los territorios ⁽²³⁾.

La inestabilidad en administración de los fármacos para contrarrestar la enfermedad trae consigo resistencia bacteriana conjugada a la coinfección con el virus del VIH ⁽²⁴⁾.

2.3 Definiciones de términos básicos

Caso de tuberculosis: Tiene que ver con las personas que se le determina tuberculosis, sin necesidad de un examen bacteriológico ⁽²⁶⁾.

Abandono: Renuncia por voluntad propia, premeditada y absoluta de algo. Paciente que presenta irregularidad durante el tratamiento ⁽²⁵⁾.

Fracaso terapéutico: Paciente que continúa con presencia positiva del bacilo de Koch hasta aproximadamente el (4) mes de tratamiento ⁽²⁶⁾.

Factor de abandono: Circunstancia que induce al abandono de tratamiento ⁽²⁶⁾.

Adherencia al tratamiento: Hace referencia a que tiene la internalización por parte del paciente para cumplir con su plan de tratamiento sin interrupciones y cumpliendo las indicaciones del profesional de la salud a su cargo, para lograr el resultado deseado ⁽²⁶⁾.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

La investigación no cuenta con hipótesis general por su origen descriptivo. Este tipo de estudio se encarga de describir las variables, sin considera la hipótesis causales o de otra naturalezas. En esta investigación se trata de identificar esos factores que conllevan al rechazo del tratamiento y comentar acerca de ese comportamiento para entender a los pacientes en esa condición.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su Naturaleza	Indicador	Escala de Medición	Categorías y sus valores	Medio de Verificación
Factores relacionados con el enfermo	Son los elementos que alteran la condición de salud del paciente	Cualitativa	Ingerir Alcohol.	Nominal	SI NO	Ficha de Recolección de Datos
			Ingerir Drogas.		SI NO	
			Enfermedad Relacionada.		SI NO	
			Información de la enfermedad.		SI NO	
			Percepción de bienestar con aplicación del tratamiento.		SI NO	
			Percepción de ausencia de eficacia.		SI NO	
			Co-morbilidad.		POSITIVO NEGATIVO	
Factores relacionados con la medicación		Cualitativa	Periodo del tratamiento.	Nominal	POCO MODERADO BASTANTE	Ficha de Recolección de Datos
			Cuantía de medicamentos		POCO MODERADO BASTANTE	
			Molestia por las inyecciones.		SI NO	
			Efectos contrarios a medicamentos Antituberculosis-(RAFA).		SI NO	
Factores relacionados con el entorno inmediato	Condiciones inmediatas del entorno del paciente.	Cualitativa	Relaciones familiares.	Nominal	Si No	Ficha de Recolección de Datos
			Acompañamiento del grupo laboral.		Si No	
Abandono de Tratamiento.	Ausencia del tratamiento de manera consciente.	Cualitativa	Rechazo de medicación	Nominal	SI NO	Ficha de Recolección de Datos
Variable	Definición	Tipo por su Naturaleza	Indicador	Escala de Medición	Categorías y sus valores	Medio de Verificación
Sexo	Distinción del género del enfermo.	Cualitativa	Masculino Femenino	Nominal	Hombre Mujer	DNI
Grado de Instrucción.	Rango de instrucción del enfermo.	Cualitativa	Analfabeta Primaria (completa e Incompleta) Secundaria (completa e Incompleta)	Nominal	Si No	Historia Clínica

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

Según su alcance es descriptivo debido a que su objetivo es mostrar una relación causal en este caso entre los factores relacionados al paciente y el abandono del tratamiento antituberculosis.

Por otro lado, por la intervención del investigador es observacional debido a que aunque no va ver manipulación directa de las variables, se va tener un seguimiento del paciente para ver si abandona el tratamiento, para así luego indagar sobre las causas. A su vez, por la medición de las variables asociadas al tiempo es transversal, ya que es para un momento puntual el 2016.

Por último, según el momento de investigación es retrospectivo debido a que se estudia el año 2016.

4.2 Diseño muestral

Población

Pacientes que ingresan a tratamiento tuberculosis pulmonar multidrogoresistente en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales para el 2016.

Tamaño de la muestra

De los 72 pacientes curados, tiene la condición de abandonos 32 pacientes.

Muestreo o selección de la muestra

La información extraída de la historia clínica para ficha síntesis correspondió a la revisión de la historia clínica de los 32 pacientes que rechazaron el tratamiento y 40 enfermos que se sanaron para un total de 72 pacientes.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Infectados que aperturan su medicación para antituberculosis y luego rechazan el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales.
- Infectados que aperturan tratamiento antituberculoso y finalizan el plan de medicación en situación de sanados con orden de alta en el Hospital nacional Sergio Enrique Bernales en el año 2016.

Criterios de exclusión

- Historia clínicas sin datos completos o extraviados.
- Pacientes con cambio de domicilio.
- Pacientes con resistencia a participar en el estudio.

4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos

Se solicitó autorización de la Dirección del Hospital Sergio Enrique Bernales, el cual se manda solicitud de autorización para el permiso correspondiente, luego se coordinó con el Jefe del Servicio de Neumología, para contar con el acceso a las historias clínicas y así obtener los datos necesarios.

Seguidamente se efectuó un vaciado de los datos de las historias clínicas en un instrumento síntesis, si fuere necesario se contactaba al paciente para detalles puntuales. Este instrumento, fue en formato de ficha de datos elaborado de acuerdo a las diferentes variables que permitan colocar todos los datos extraídos de cada historia clínica.

4.4 Procesamiento y análisis de los datos

Para su cumplimiento se realizará una sumatoria de pasos concatenados.

- a. Revisión de los datos y los formularios.

- b. Codificación de datos, traduciéndolos la información a números.
- c. Categorización de los datos, tomando en cuenta la codificación y valoración de cada variable
- d. Tabulación y tratamiento de los datos, con el programa SPSS.
- e. Convalidación o verificación
- f. Análisis de los datos resultantes
- g. Juicio de valor final y recomendaciones producto del análisis de los datos obtenidos.

4.5 Aspectos éticos

Con anticipación fue revisado y validado el consentimiento informado por parte la agrupación de ética del Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, permitiendo el respecto o consideración a la condición de seres humanos y la información confidencial de los paciente colaboradores de la investigación. Es importante revisar minuciosamente antes de validar el consentimiento informado.

CRONOGRAMA

--	--

Pasos	2019										
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Noviembre	Diciembre
Redacción final del proyecto de investigación	X										
Aprobación del Proyecto de Investigación		x									
Recolección de Datos			x	x							
Procesamiento y análisis					X						
Elaboración informes						x	x				
Correcciones de trabajo de investigación								X	x		
Aprobación del Trabajo de Investigación											
Población del artículo de investigación											x

PRESUPUESTO

Concepto

Monto estimado (Soles)

Computadora	2500.00
Soporte especializado	1000.00
Material Bibliográfico y fotocopias	300.00
Papelería	200.00
Logística	300.00
Impresiones	300.00
Refrigerio y movilidad	250.00
Total	4850.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Caminero J. Guía de la Tuberculosis para Médicos especialistas. Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades respiratorias. Paris-Francia: Editorial Granada; Febrero 2003.
2. Baral Karki D, Newell J. Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: a qualitative study. *BMMC Public Health* 2007;7(211):1-10.
3. Clendenes H, Jave E, Salazar F. Risk factors of multidrug resistant TB in HIV patients of a developing country. *Abst. Int Journ Tuber Lung Dis.* Nov 2001;5(11)(Suppl1): S158
4. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la atención integral de personas afectadas por tuberculosis. Lima-Perú Noviembre 2013
5. Orozco Hernández R, De Usta C, Cerra Camargo D. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso. *Medicas UIS*, 1998; 12-169-72.
6. Dávila D. Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis multidrogoresistente. Universidad San Martín de Porres; 2014.
7. Sagastegui C. Tuberculosis multidrogoresistente en adultos en el distrito El Porvenir - Trujillo. Universidad privada Antenor Orrego.; 2014.
8. Rodríguez Hidalgo L. Principales características epidemiológicas de la tuberculosis pulmonar multidrogoresistente en la región La Libertad – Perú. *Sciendo*; 2012; 15(1):65–74.
9. Acevedo G, Vega A, Ribón W. Tuberculosis multidrogoresistente. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud.* 2013; 45(3):87-92.
10. Araya Kutscher F. Descripción de la tuberculosis multidrogoresistente en Chile, periodo 2008 - 2011. [Tesis de Magister]. Universidad de Chile; 2014.
11. Rojas S, Piñeros H, Chamorro E, Durán C, Hernández E. Características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas de una cohorte de pacientes con tuberculosis pulmonar en Cali, Colombia. *Biomédica.* 2010; 30(4):82-91.

12. OMS. Informe mundial sobre la tuberculosis. Dirección Regional de Salud para Latinoamérica [EN LINEA]. 2016. [Fecha de acceso 19 de Diciembre del 2018]. URL Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
13. MINSA. Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú. [EN LINEA]. 2017. [Fecha de acceso 26 de Diciembre del 2018]. Url Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3446.pdf>
14. Longo H. Principios de Medicina Interna. 18.a ed. Vol. 1. México D.F: Mc Graw Hill 2013.
15. Caminero L. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Rev Clínica Esp. marzo de 2016;216(2):76-84.
16. Herrero A, Ramos S, Braga J, Herrero M, Arrossi S. Spatial analysis of the tuberculosis treatment dropout, Buenos Aires, Argentina. Rev Saúde Público.2015. [Fecha de acceso 26 de Diciembre del 2018]. URL Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102015000100231&lng=en&nrm=iso&tlng=es
17. Vilchez E. Medidas para la prevención de la tuberculosis pulmonar que aplican los estudiantes de enfermería de una Universidad Nacional de Lima, 2015. [Lima - Perú]: Universidad Mayor de San Marcos; 2016.
18. Farga, V; Caminero, J. Tuberculosis. Ed.Mediterráneo 3ra ed. 2011
19. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de la Salud para la atención Integral de las personas afectadas por Tuberculosis. Dirección General de salud de las personas 2013. 2016. [Fecha de acceso 29 de Diciembre del 2018]. Url Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180926111143.pdf>
20. Ministerio de Salud: Actualización de la Doctrina, Normas y Procedimientos para el control de la Tuberculosis en el Perú. Lima – Perú. Mayo 2006. [Fecha de acceso 9 de Diciembre del 2018]. Url Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESNtuberculosis/normaspublicaciones/NTSTBC.pdf>

21. Vallenias, S: Estudio Socioantropológico de la Tuberculosis e dos zonas de alto riesgo en Lima: San Cosme y el Agustino. En "Vivir la Tuberculosis". Lima Perú Marzo ,2001. [Fecha de acceso 19 de Diciembre del 2018]. Url Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1730.pdf>
22. World Health Organization. Anti-tuberculosis drug resistance in the world. Fourth Global Report. The WHO/IUATLD Global Project on Anti-Tuberculosis Drug Resistance Surveillance: 2002–2007 [2010 Jun 17].
23. Determinantes sociales de la adherencia al tratamiento de la tuberculosis: Una discusión desde la perspectiva heurística del riesgo. Rev. cienc. adm. financ. segur. Soc. v.10 n.1 San José 2002.
24. Tuberculosis: Simposio. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2009; 26(3): 380-86
25. Sosa, N; Pereira S; Y Barreto, M. Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: Resultado de un estudio comparativo; Rev. Panam. Salud Pública 2005, 17(4): 271
26. Salazar C, Uribe M, Zuluaga. W, Ríos. F, Montes. F: Factores de riesgo para el abandono de tratamiento contra la tuberculosis en la ciudad de Medellín, Rev. Ces Medicina. Enero-Julio/2004. Vol 18 N°1.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de Investigación	Objetivos	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
Factores Condicionantes para el Abandono del Tratamiento o Antituberculosis en Pacientes con Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales 2016.	¿Cuáles fueron los factores que condicionaron el rechazo del tratamiento antituberculoso en pacientes con tuberculosis pulmonar multidrogoresistente, Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales para el 2016?	<p>Objetivo general Determinar los factores que condicionan el rechazo de la medicación para antituberculosis a infectados con tuberculosis pulmonar multidrogoresistente en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales para el 2016.</p> <p>Objetivos específicos -Identificar los factores socioeconómicos, epidemiológicos que condicionan el abandono de tratamiento antituberculoso a infectados con tuberculosis pulmonar multidrogoresistente -Determinar la cuantía de situaciones de tuberculosis pulmonar multidrogoresistente notificados como abandono. -Proponer estrategias para contrarrestar el abandono del tratamiento por parte de los pacientes con tuberculosis.</p>	Descriptivo Observacional Transversal, Retrospectivo	<p>Población: pacientes que ingresa a tratamiento tuberculosis pulmonar multidrogoresistente en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales para el 2016.</p> <p>Tamaño de la población de estudio</p> <p>De los 72 pacientes curados, tiene la condición de rechazo 32 pacientes.</p>	Verificación de historias clínicas

2. Instrumento de recolección de datos

Paciente				
Edad				
sexo	Masculino		Femenino	
Estado civil	Sotero	Viudo	Casado	Conviviente
Grado de Instrucción	Analfabeta		Primaria	Secundaria
Rechazo tratamiento	Sí		No	
Acompañamiento del grupo laboral	Sí		No	
Relaciones familiares	Sí		No	
Período de tratamiento	Poco		Moderado	Bastante
Cuantía de tratamiento	Poco		Moderado	Bastante
Molestias por las inyecciones	Sí		No	
Efectos contrarios a medicamentos Anti-Tuberculosis	Sí		No	
Ingerir Alcohol	Sí		No	
Ingerir Drogas	Sí		No	
Enfermedad Relacionada	Sí		No	
la Información de la enfermedad	Sí		No	
Percepción de bienestar con la aplicación del tratamiento	Sí		No	
Percepción de ausencia de eficacia	Sí		No	
Co-morbilidad.	Positivo		Negativo	
Miedo al señalamiento y rechazo:	Sí		No	

3. Consentimiento informado

FACTORES QUE CONDICIONAN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIRUBERCULOSO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR MULTIDROGORESISTENTE

Nombre del investigador : M.R Gloria Medina Santiago

Institución : Hospital Nacional Sergio E. Bernalles

Se le invita ser parte de manera voluntaria en la investigación conducida por la M.R Gloria Medina Santiago. Le pedimos lea totalmente este documento y aclaras sus dudas antes de tomar una decisión. Ante cualquier duda comunicarse con el autor del estudio.

RESUMEN

La Tuberculosis está expandiendo en el Perú debido a varios factores. Aunque existen grandes esfuerzos a nivel nacional desde mecanismo sanitarios de prevención y control de la tuberculosis, existe gran inquietud por el aumento de los niveles de tuberculosis, una de ellas es Hospital Nacional Sergio Enrique Bernalles. Siendo la evidencia más importante, irregularidad en la medicación, trayendo consigo el abandono. Por consiguiente, propagación de la enfermedad en su entorno inmediato, su condición es más preocupante si su estado medico es de retratamiento. Este documento busca explorar si es posible tener su colaboración para detectar las formas de solución ante esta problemática.

Procedimientos

En principio se le suministrará una guía de interrogantes a responder. Todo será en absoluta reserva y puede rehusar a contestar.

Riesgos

No existe riesgo asociado al proceso.

Beneficios

La participación activa durante el estudio permitirá hallar las mejores soluciones antes el problema de abandono de tratamiento antituberculoso en enfermos en retratamiento. Y así, podremos desarrollar alternativas que minimicen la problemática.

Confidencialidad

Toda información facilitada en la investigación se mantendrá bajo criterios de confidencialidad, no será divulgada bajo ningún concepto.

Declaración del voluntario

Yo, el firmante, voluntariamente doy fe de mi participación en la investigación y comprendo la realización de preguntas en cualquier instante dado, en caso de cualquier duda podría contactarme con la M.R Gloria Medina Santiago. El estudio fue validado por los integrantes del comité de Ética del Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales que resguarda los derechos del paciente.

Acepto pertenecer por libre voluntad en esta investigación.

Firma del colaborador

Nombre del investigador

Firma