

**UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”**

**ESCUELA DE POST GRADO**



---

**FACTORES DE RIESGO Y SU INFLUENCIA EN EL  
ABANDONO DEL TRATAMIENTO PARA TB MDR EN  
PACIENTES QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE  
TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO,  
YARINACOCHA - UCAYALI 2012-2015**

---

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE  
DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Mg. Orison Armando, LEVEAU BARTRA

**HUÁNUCO - PERÚ**

**2016**

**DEDICATORIA**

A MIS PADRES: ORISON LEVEAU Y  
TEODORA BARTRA POR HABER  
SEMBRADO EN MI, EL GERMEN DE LA  
SUPÉRACIÓN E INVESTIGACIÓN  
PERMANENTE.

**DEDICATORIA**

A MI SEÑORA ESPOSA, A MIS DOS HIJOS  
Y A MI NIETA LUCIANA; QUE  
CONSTITUYEN ESA ENERGIA INVISIBLE  
QUE ME IMPULSA A SUPERARME  
PERMANENTEMENTE

## **AGRADECIMIENTO**

A MI ASESOR DRA: NANCY VERAMENDI VILLAVICENCIOS, POR SU INVALORABLE APOYO CON SU EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTOS QUE ME ENRRUMBARON A UN BUEN PUERTO RESPECTO A LA PRESENTE INVESTIGACIÓN.

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Explicar la influencia de los factores de riesgo en el abandono del tratamiento para TB MDR.

**MÉTODOS:** Se llevó a cabo un estudio tipo caso-control, con 14 pacientes del grupo de caso y 14 pacientes del grupo control que acuden al programa de tuberculosis en el Hospital Amazónico del Distrito de Yarinacocha, Ucayali 2012 – 2015. En la recolección de los datos se utilizó una ficha de recolección de datos. Para el análisis inferencial de los resultados se utilizó pruebas de Chi cuadrada y T de Student.

**RESULTADOS:** Los factores de riesgo que influyen significativamente en el abandono del tratamiento para TB MDR fueron: la ocupación desocupado ( $p \leq 0,023$ ); la condición laboral desempleado ( $p \leq 0,018$ ); el consumo de alcohol ( $p \leq 0,053$ ); drogas psicoactivas ( $p \leq 0,043$ ); la marihuana ( $p \leq 0,022$ ); la reacción adversa a tratamiento gastrointestinal ( $p \leq 0,031$ ); antecedente de tratamiento ( $p \leq 0,029$ ) y antecedentes de contacto ( $p \leq 0,053$ ).

**CONCLUSIONES:** Existe influencia significativa de los factores de riesgo sociodemográficos, antecedentes personales de consumo, reacción adversa a tratamiento y antecedentes de tuberculosis en el abandono del tratamiento para TB MDR.

*Palabras clave: tuberculosis, multidrogo resistente, factores de riesgo, paciente.*

## SUMMARY

**OBJECTIVE:** Explain the influence of risk factors in the abandonment of treatment for MDR TB.

**METHODS:** Case - control type study was conducted, 14 patients in the case group and 14 control patients who come to the tuberculosis program in the Amazon District Hospital Yarinacocha, Ucayali 2012 - 2015. The data collection a form of data collection was used. For the inferential analysis of results Chi square test was used and T Student

**RESULTS:** Risk factors that significantly influence the abandonment of treatment for MDR TB were the idle occupation ( $p \leq 0,023$ ); employment status unemployed ( $p \leq 0,018$ ); alcohol ( $p \leq 0,053$ ); psychoactive drugs ( $p \leq 0,043$ ); marijuana ( $p \leq 0,022$ ); gastrointestinal adverse reaction to treatment ( $p \leq 0,031$ ); history of treatment ( $p \leq 0,029$ ) and a history of contact ( $p \leq 0,053$ ).

**CONCLUSIONS:** There is significant influence of sociodemographic risk factors, past consumption, adverse reaction to treatment and a history of tuberculosis in the abandonment of treatment for MDR TB.

*Keywords: tuberculosis, multidrug-resistant, risk factors, patient.*

## RESUMO

**OBJETIVOS:** Explicar a influência dos fatores de risco no abandono do tratamento da tuberculose MDR.

**MÉTODOS:** Tipo estudo de caso-controle, com 14 pacientes no grupo caso e 14 pacientes de controle que vêm para o programa de tuberculose no Amazon Hospital Yarinacocha, Ucayali 2012 foi realizada - 2015. A coleta de dados foi utilizada um formulário de coleta de dados. Para a análise inferencial dos resultados do teste do qui-quadrado foi utilizado e T Student.

**RESULTADOS:** Os fatores de risco que influenciam significativamente o abandono do tratamento para a tuberculose MDR foram a ocupação ociosa ( $p \leq 0,023$ ); situação de emprego de desempregados ( $p \leq 0,018$ ); álcool ( $p \leq 0,053$ ); drogas psicoativas ( $p \leq 0,043$ ); marijuana ( $p \leq 0,022$ ); reação adversa ao tratamento gastrointestinal ( $p \leq 0,031$ ); história de tratamento ( $p \leq 0,029$ ) e uma história de contato ( $p \leq 0,053$ ).

**CONCLUSÕES:** Há uma influência significativa de fatores de risco sociodemográficos, consumo passado, reação adversa ao tratamento e uma história de tuberculose no abandono do tratamento para a tuberculose MDR.

*Palavras-chave: tuberculose, multirresistente, fatores de risco, paciente.*

## INTRODUCCIÓN

La tuberculosis pulmonar es un problema creciente de salud mundial y la resistencia a los antibióticos un elemento de preocupación (1).

La multidrogo-resistencia es la forma más grave de la tuberculosis. Sin un tratamiento adecuado evoluciona hacia la destrucción pulmonar progresiva con riesgo de incapacidad y muerte (2).

La resistencia a drogas antituberculosas es para el Perú y para el mundo una de las principales amenazas para el control de la tuberculosis y para el progreso de la humanidad (3). A pesar de los 17 años de la aplicación de la estrategia DOTS propuesta por la OMS en el Perú, no se ha logrado controlar la tuberculosis (TB), en cambio han emergido en el país las epidemias de TB multidrogo-resistente (TB MDR) y de TB extremadamente – resistente (TB XDR), convirtiendo al país en el segundo del continente americano en tener la mayor carga de enfermedad producida por la tuberculosis inmediatamente después de Haití y en el primero con TB MDR y TB XDR (4,5).

La alta resistencia a drogas por el M. tuberculosis en el Perú, además de ser una penosa realidad nacional, ya que actualmente es un problema tangible para la población pobre y extremadamente pobre del país, se ha constituido en una permanente amenaza para las otras clases sociales que cada vez se ven más comprometidas, y más aún es un riesgo para la economía nacional al afectar, principalmente, a la población económicamente productiva y poner en riesgo el turismo según los informes que ya se están dando por los organismos internacionales sobre nuestro país (6).

Jaramillo (1) funcionario de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la revista Biomédica del Instituto Nacional de Salud de Colombia, da un punto de vista que merece ser parafraseado: “*La respuesta de los estados, los servicios de*

*salud y la sociedad civil debe ser masiva, bien planeada y rápida. Es, quizá, la mejor manera de evitar que los historiadores de la salud pública no tengan que escribir, dentro de cien años, la tragedia de millones de seres humanos que murieron por la incompetencia de sus líderes de salud pública”.*

Bajo este panorama, el estudio se organizó en cinco capítulos. En el primero comprende el problema, la formulación del problema, los objetivos, la hipótesis, las variables, la justificación e importancia y la factibilidad y limitaciones del estudio.

El segundo capítulo se compone por el marco teórico, el cual incluye los antecedentes de investigación, las bases teóricas para el sustento del problema, las definiciones conceptuales y la base epistémica.

En el tercer capítulo se ostenta la metodología de la investigación, la cual está compuesta de las siguientes partes: tipo de estudio, diseño, población y muestra, y las técnicas de recolección y procesamiento y análisis de datos.

En el cuarto capítulo se presenta los resultados de la investigación. Y, en el quinto capítulo se menciona la discusión de los resultados. Posteriormente se presentan las conclusiones y las recomendaciones. También se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.



**ÍNDICE DE CONTENIDO**

	<b>Pág.</b>
<b>DEDICATORIA</b>	II
<b>AGRADECIMIENTO</b>	III
<b>RESUMEN</b>	IV
<b>SUMMARY</b>	V
<b>RESUMO</b>	VI
<b>INTRODUCCIÓN</b>	VII
<b>CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Descripción del problema	11
1.2. Formulación del Problema	13
– Problema general	13
– Problemas específicos	13
1.3. Objetivos	15
1.4. Hipótesis y/o sistema de hipótesis	16
1.5. Variables	18
1.6. Justificación e importancia	20
1.7. Viabilidad	21
1.8. Limitaciones	21
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes	22
2.2. Bases teóricas	26
2.3. Definiciones conceptuales	28

2.4. Bases epistémicos	30
<b>CAPÍTULO III. METODOLOGÍA</b>	
3.1. Tipo de estudio	32
3.2. Diseño y esquema de la investigación	32
3.3. Población y muestra	33
3.4. Instrumentos de recolección de datos	34
3.5. Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos	36
<b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS</b>	
4.1. Presentación y análisis descriptivo de los resultados	38
4.2. Análisis inferencial de los resultados	54
<b>CAPÍTULO V. DISCUSIÓN</b>	
4.3. Discusión de los resultados	67
<b>CONCLUSIONES</b>	70
<b>SUGERENCIAS</b>	71
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	72
<b>ANEXOS</b>	76

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. Descripción del problema**

La tuberculosis multidrogo-resistente (TB-MDR) es un problema creciente de salud pública a nivel mundial (8).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (9) más de 9 millones de casos nuevos de tuberculosis son diagnosticados en todo el mundo, de los cuales alrededor del 5% corresponden a TB multirresistente (MDR-TB), con una tasa de mortalidad que alcanza el 98% en países en desarrollo. El 23% de estos son casos fatales y más del 50% se da en pacientes coinfectados con VIH, lo que otorga a la TB el segundo lugar en términos de carga mundial de las enfermedades infecciosas (10,11).

La OMS reporta también que de los casos de tuberculosis se estima que han tenido MDR-TB un aproximado de 480 000 personas en el año 2013 y que el 9% de estos tenía tuberculosis extremadamente farmacorresistente (TB-XDR) (12).

El Perú es uno de los países con mayor proporción de tuberculosis en su población; con solo el 5% del total de población de América Latina y el Caribe, aporta con 25% de los enfermos de TB de la región. De todos los pacientes con TB, el 10% contrae la TB- MDR (13).

Por otro lado, el abandono del tratamiento se considera uno de los principales obstáculos para el control de la tuberculosis, porque disminuye la eficacia de los programas nacionales al incrementar el riesgo de transmisión del

bacilo y aumentar la probabilidad de resistencia bacteriana a los antibióticos, la cual predispone a una mayor frecuencia de recidivas y fracasos (14).

La OMS considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas, fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costos sanitarios; un tema prioritario de salud pública. Se estima que, en general, un 20-50% de los pacientes no toma sus medicaciones como están prescritas (15).

Asimismo, existen estudios acerca de los factores determinantes para la adherencia del tratamiento antituberculosis; los de mayor frecuencia son los sociodemográficos, en los que se involucra con mayor frecuencia la pobreza, además de la edad, género, la falta de conocimiento de la enfermedad por los pacientes, el grado de instrucción y el alcoholismo (16). El otro factor determinante con importancia clínica y social es por temor a las reacciones adversas, percepción de ausencia de mejoría o de curación sin finalizar el tratamiento, creencia de que la medicación es innecesaria o excesiva (17).

Soza, Pereira y Barreto (18) concluyeron que son factores de riesgo para abandonar la farmacoterapia antituberculosa en Nicaragua: sexo masculino, residencia inestable o en la calle, cambios de domicilio durante el tratamiento, consumo de bebidas alcohólicas, uso de drogas ilícitas, dificultades de acceso a los servicios de salud y un concepto negativo de la atención recibida. Resulta evidente la necesidad de lograr una pronta identificación de estas características a fin de establecer medidas que disminuyan el riesgo de que se abandone el tratamiento.

Morales (19) encontró en sus resultados que la depresión se asocia a la mala adherencia al tratamiento antituberculoso en los pacientes con tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR).

El Distrito de Yarinacocha, ubicada en la Región Ucayali, Provincia de Coronel Portillo no escapa a esta problemática, el Hospital Amazónico mantiene vigente el Programa de Tuberculosis, el tema de abandono se convierte en un problema que repercute en problemas familiares, institucionales y sociales. Conocer los factores de riesgo, cómo es su accionar en los pacientes resulta importante porque permitiría establecer lineamientos de políticas de la institución para superar el problema.

De ahí la importancia que tiene realizar este estudio, debido a que proporciona evidencia sobre la conducta futura para enfrentar el abandono del tratamiento de TB MDR.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es la influencia de los factores de riesgo en el abandono del tratamiento para TB MDR en pacientes que acuden al programa de tuberculosis en el Hospital Amazónico del Distrito de Yarinacocha, Ucayali 2012 - 2015?

### **1.2.2. Problemas específicos**

¿Cuál es la influencia de los factores sociodemográficos en el abandono del tratamiento para TB MDR en pacientes que acuden al programa de tuberculosis en el Hospital Amazónico del Distrito de Yarinacocha, Ucayali 2012 - 2015?

¿Cuál es la influencia de los factores de antecedentes personales de consumo en el abandono del tratamiento para TB MDR en pacientes que

acuden al programa de tuberculosis en el Hospital Amazónico del Distrito de Yarinacocha, Ucayali 2012 - 2015?

¿Cuál es la influencia de los factores de comorbilidad en el abandono del tratamiento para TB MDR en pacientes que acuden al programa de tuberculosis en el Hospital Amazónico del Distrito de Yarinacocha, Ucayali 2012 - 2015?

¿Cuál es la influencia de los factores de antecedentes médicos en el abandono del tratamiento para TB MDR en pacientes que acuden al programa de tuberculosis en el Hospital Amazónico del Distrito de Yarinacocha, Ucayali 2012 - 2015?

¿Cuál es la influencia de los factores de reacción adversa a tratamiento en el abandono del tratamiento para TB MDR en pacientes que acuden al programa de tuberculosis en el Hospital Amazónico del Distrito de Yarinacocha, Ucayali 2012 - 2015?

¿Cuál es la influencia de los factores de antecedentes de tuberculosis en el abandono del tratamiento para TB MDR en pacientes que acuden al programa de tuberculosis en el Hospital Amazónico del Distrito de Yarinacocha, Ucayali 2012 - 2015?

¿Cuál es la influencia de los factores de apoyo psicológico en el abandono del tratamiento para TB MDR en pacientes que acuden al programa de tuberculosis en el Hospital Amazónico del Distrito de Yarinacocha, Ucayali 2012 - 2015?

### **1.3. Objetivos**

#### **Objetivo general**

Explicar la influencia de los factores de riesgo en el abandono del tratamiento para TB MDR en pacientes que acuden al programa de tuberculosis en el Hospital Amazónico del Distrito de Yarinacocha, Ucayali 2012 – 2015.

#### **Objetivos específicos**

- Valorar la influencia de los factores sociodemográficos en el abandono del tratamiento para TB MDR en pacientes que acuden al programa de tuberculosis en el Hospital Amazónico del Distrito de Yarinacocha, Ucayali 2012 - 2015.
- Analizar la influencia de los factores de antecedentes personales de consumo en el abandono del tratamiento para TB MDR en pacientes que acuden al programa de tuberculosis en el Hospital Amazónico del Distrito de Yarinacocha, Ucayali 2012 - 2015.
- Establecer la influencia de los factores de comorbilidad en el abandono del tratamiento para TB MDR en pacientes que acuden al programa de tuberculosis en el Hospital Amazónico del Distrito de Yarinacocha, Ucayali 2012 - 2015.
- Conocer la influencia de los factores de antecedentes médicos en el abandono del tratamiento para TB MDR en pacientes que acuden al programa de tuberculosis en el Hospital Amazónico del Distrito de Yarinacocha, Ucayali 2012 - 2015.
- Identificar la influencia de los factores de reacción adversa a tratamiento en el abandono del tratamiento para TB MDR en pacientes que acuden al

programa de tuberculosis en el Hospital Amazónico del Distrito de Yarinacocha, Ucayali 2012 - 2015.

- Establecer la influencia de los factores de antecedentes de tuberculosis en el abandono del tratamiento para TB MDR en pacientes que acuden al programa de tuberculosis en el Hospital Amazónico del Distrito de Yarinacocha, Ucayali 2012 - 2015.
- Evaluar la influencia de los factores de apoyo psicológico en el abandono del tratamiento para TB MDR en pacientes que acuden al programa de tuberculosis en el Hospital Amazónico del Distrito de Yarinacocha, Ucayali 2012 – 2015.

#### **1.4. Hipótesis y/o sistema de hipótesis**

##### **1.4.1. Hipótesis general**

**H<sub>a</sub>:** Existe influencia significativa de los factores de riesgo en el abandono del tratamiento para TB MDR en pacientes que acuden al programa de tuberculosis en el Hospital Amazónico del Distrito de Yarinacocha, Ucayali 2012 - 2015.

##### **1.4.2. Hipótesis específicas:**

**H<sub>a1</sub>:** Existe influencia significativa de los factores sociodemográficos en el abandono del tratamiento para TB MDR en pacientes que acuden al programa de tuberculosis en el Hospital Amazónico del Distrito de Yarinacocha, Ucayali 2012 - 2015.

**H<sub>a2</sub>:** Existe influencia significativa de los factores de antecedentes personales de consumo en el abandono del tratamiento para TB MDR



en pacientes que acuden al programa de tuberculosis en el Hospital Amazónico del Distrito de Yarinacocha, Ucayali 2012 - 2015.

**H<sub>a3</sub>:** Existe influencia significativa de los factores de comorbilidad en el abandono del tratamiento para TB MDR en pacientes que acuden al programa de tuberculosis en el Hospital Amazónico del Distrito de Yarinacocha, Ucayali 2012 - 2015.

**H<sub>a4</sub>:** Existe influencia significativa de los factores de antecedentes médicos en el abandono del tratamiento para TB MDR en pacientes que acuden al programa de tuberculosis en el Hospital Amazónico del Distrito de Yarinacocha, Ucayali 2012 - 2015.

**H<sub>a5</sub>:** Existe influencia significativa de los factores de reacción adversa a tratamiento en el abandono del tratamiento para TB MDR en pacientes que acuden al programa de tuberculosis en el Hospital Amazónico del Distrito de Yarinacocha, Ucayali 2012 - 2015.

**H<sub>a6</sub>:** Existe influencia significativa de los factores de antecedentes de tuberculosis en el abandono del tratamiento para TB MDR en pacientes que acuden al programa de tuberculosis en el Hospital Amazónico del Distrito de Yarinacocha, Ucayali 2012 - 2015.

**H<sub>a7</sub>:** Existe influencia significativa de los factores de apoyo psicológico en el abandono del tratamiento para TB MDR en pacientes que acuden al programa de tuberculosis en el Hospital Amazónico del Distrito de Yarinacocha, Ucayali 2012 - 2015.

## 1.5. Variables

### a. IDENTIFICACIÓN DE LA VARIABLES:

#### VARIABLE DEPENDIENTE

Abandono del tratamiento para TB MDR.

#### VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores de riesgo

### b. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLES:

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b>				
Abandono del tratamiento para TB MDR	Abandono del tratamiento para TB MDR	SI NO	Cualitativa	Nominal
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b>				
Factores de riesgo	Factores socio demográficos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad joven</li> <li>• Sexo masculino</li> <li>• Escolaridad inferior a instrucción secundaria</li> <li>• Estado civil soltero</li> <li>• Ocupación desocupado</li> <li>• Condición laboral desempleado</li> </ul>	Cualitativa	Nominal
	Factores de antecedentes personales de consumo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcohol</li> <li>• Tabaco</li> <li>• Drogas psicoactivas</li> <li>• Marihuana</li> <li>• PBC (pasta base de cocaína)</li> <li>• EV (endovenoso)</li> <li>• TK (terokal)</li> </ul>	Cualitativa	Nominal

	Comorbilidad	SI NO	Cualitativa	Nominal
	Factores de antecedentes médicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alergia a algún medicamento</li> <li>• Peso al inicio del tratamiento</li> <li>• Talla al inicio del tratamiento</li> <li>• Hematocrito al inicio del tratamiento</li> </ul>	Cualitativa	Nominal
	Factores de reacción adversa a tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacción dérmica</li> <li>• Angiodema</li> <li>• Hepática</li> <li>• Gastrointestinal</li> </ul>	Cualitativa	Ordinal
	Factores de antecedentes de tuberculosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de tuberculosis anterior al diagnóstico</li> <li>• Antecedente de tratamiento</li> <li>• Tiempo que transcurrió desde el tratamiento menor de 1 año</li> <li>• Esquema uno de tratamiento recibido en el último tratamiento</li> <li>• Antecedentes de contacto</li> </ul>	Cualitativa	Nominal
	Factores de apoyo psicológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencia traumática durante el tratamiento</li> <li>• Falta de apoyo familiar</li> </ul>	Cualitativa	Nominal

## **1.6. Justificación e importancia**

El presente estudio de investigación se justificó por las siguientes razones:

Porque la tuberculosis es considerada un problema de salud pública y la resistencia a los fármacos antituberculosis es una realidad, debido a que la enfermedad es contagiosa y es causa importante de muerte.

Por otra parte, porque el abandono del tratamiento, no solo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito contra la tuberculosis, sino que produce un aumento de la morbilidad y mortalidad, y desde el punto de vista social significa un enorme costo para las instituciones de salud, proporcionar servicios que son utilizados en forma inadecuada, se prolongan innecesariamente los tratamientos, además se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse. Es así como aumenta los costos de la asistencia sanitaria. Es así que genera grandes pérdidas en el aspecto personal, familiar y social.

Porque es necesario crear conciencia en el equipo de salud del programa de control de la tuberculosis, no solo por la necesidad de dar la medicación sino el preocuparse por identificar los factores asociados que tienen una incidencia mayor en la población con TB-MDR, que llevaría como consecuencia el abandono del tratamiento ya que genera en la actualidad una creciente preocupación, pues incrementan la generación de nuevos casos de desarrollar Tuberculosis Multidrogorresistente (TB-MDR) o Tuberculosis de Extremada resistencia (TB-XDR).

Y, porque considerando la salud pública, la investigación contribuye a mejorar la comprensión del problema de la no-adherencia y planificar sus posibles soluciones y, más aún, para promover la evaluación de los programas de control de la TBC en sí mismos, examinando su desempeño y su impacto en la población beneficiaria en cuanto a accesibilidad, equidad y calidad de la atención. El

problema de personas con tuberculosis es un problema de salud pública, en consecuencia, tenemos la responsabilidad de abordarlo desde diferentes frentes, el estudio constituye uno de ellos.

### **1.7. Viabilidad**

El estudio ha sido viable, porque contamos con la orientación teórica necesaria para poder encaminar y encuadrar bien la investigación; las características de la población encierran cierta homogeneidad por su asistencia al programa; lo que permite trabajar el estudio y alcanzar los objetivos que nos hemos propuesto.

### **1.8. Limitaciones**

Ninguna según lo planificado y ejecutado.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES**

A continuación, se describen a los antecedentes relacionados al tema de investigación que abordamos:

##### **A nivel extranjero**

En Chile, Torres y Herrera (20) llevo a cabo un estudio que corresponde al análisis de las auditorías que se realizan en los casos de abandono y busca definir el perfil del paciente “abandonador” y determinar las causas que mayormente influyen en este resultado. Estudio descriptivo de la información contenida en las auditorías de abandono enviadas entre los años 2009 y 2013. Se analizaron 134 auditorías de abandono. Se observa un cumplimiento de la actividad de un 35,9% y en la mayoría de los casos el registro es incompleto. La mayoría de los pacientes son de sexo masculino, entre 15 y 45 años de edad y en el 91% es su primer episodio de tuberculosis. El 62,7% presenta algún factor de riesgo asociado al abandono, especialmente alcoholismo y drogadicción y el 16,5% corresponde a personas en situación de calle. La mayoría de los casos abandonó durante la fase intermitente del tratamiento y la causa del abandono estuvo fundamentalmente asociada a factores del paciente, como abuso de sustancias, sensación de mejoría e inestabilidad laboral.

En Colombia, Navarro, Rueda y Mendoza (21) efectuaron un estudio con el objetivo de determinar los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso, en pacientes de tuberculosis en los municipios de Cúcuta, Villa

del Rosario y el Zulia. Estudio cuantitativo de tipo descriptivo retrospectivo transversal de corte con dos muestras, donde se analizó una muestra de abandono al tratamiento (n=34) y otra que terminó el tratamiento antituberculoso (n=34). Se adoptó el instrumento "factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. Los factores perceptivos cognitivos se establecieron como los principales determinantes directos de abandono al tratamiento antituberculoso, entre estos en primer lugar el desconocimiento de la importancia de adherencia al tratamiento (95.8%), seguido de mejoría del estado de salud (82.7%), desconocimiento de la duración del tratamiento (75%). En segundo lugar los factores fisiológicos y por último los factores de seguridad.

Soza, Pereira y Barreto (22) realizaron un estudio con el objetivo de identificar factores relacionados con el abandono (deserción) del tratamiento de la tuberculosis en centros de salud de los departamentos de Managua y Matagalpa, en Nicaragua. Se diseñó un estudio de casos y testigos pareados por edad y por municipio de tratamiento. Se seleccionaron como casos 251 pacientes mayores de 15 años que abandonaron el tratamiento antituberculoso y como testigos pacientes que concluyeron la farmacoterapia (razón 1:1) durante el periodo de enero de 1998 a diciembre de 2001. Se obtuvieron datos de aspectos demográficos y socioeconómicos, hábitos de vida y características de la atención. Las variables se seleccionaron y agruparon utilizando un modelo teórico jerarquizado. Por medio de un análisis de regresión logística condicional, se estimó la razón de posibilidades (odds ratio, OR), con un intervalo de confianza de 95% (IC95%). Son factores de riesgo de abandono de la farmacoterapia antituberculosa: sexo masculino (OR: 2,51; IC 95%: 1,63 a 3,94), residencia inestable o en la calle (OR: 3,08; IC95%: 1,57 a 6,49), cambio de domicilio durante el tratamiento (OR: 4,22; IC95%: 2,06 a 9,93), consumo de bebidas

alcohólicas (OR: 5,25; IC95%: 2,43 a 12,94), uso de drogas ilícitas (OR: 5,25; IC95%: 2,43 a 12,94), dificultad de acceso a los servicios de salud (OR: 2,64; IC95%: 1,39 a 5,29) y un concepto negativo de la atención recibida (OR: 5,33; IC95%: 1,52 a 28,56).

### **A nivel nacional**

En el año 2015, Morales (23) llevó a cabo un estudio con el objetivo de determinar si la depresión influye en la adherencia al tratamiento en los pacientes multidrogorresistentes (TB-MDR) de la Red Asistencial Almenara en EsSalud-Lima. Estudio analítico transversal prospectivo se desarrolló con una población de 81 pacientes con TB-MDR. Para la medición del nivel de depresión se utilizó el Test de depresión de Zung; mientras que para la medición de la adherencia al tratamiento antituberculoso se utilizó el Test de Morisky- Green y la revisión de las Fichas de control de tratamiento antituberculoso de cada paciente. El análisis de los resultados se realizó mediante la Prueba de la Exacta de Fisher para lo cual se consideró un intervalo de confianza de 95% ( $p < 0.05$ ). Los pacientes que no presentan depresión tienen el 82.14% de adherencia al tratamiento, además los que presentan depresión leve tienen 76.67% de adherencia al tratamiento. Mientras que los pacientes con depresión moderada presentan 17.65%. Es decir, se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre la Depresión y la adherencia al tratamiento ( $p < 0.05$ ).

Dalens (24) ejecutó un estudio con el objetivo de identificar los factores que pueden inducir al abandono del tratamiento de la tuberculosis esquema I, en la Red de Salud Lima Norte V Rímac-San Martín-Los Olivos. Estudio de tipo cuantitativo, método observacional, diseño descriptivo realizado en la Red de Salud Rímac-San Martín-Los Olivos. La población estuvo conformada por todas las personas en situación de abandono al I esquema de tratamiento en el primer



semestre 2010, considerando una muestra no probabilística intencional constituida 70 pacientes afectados por tuberculosis. En la recolección de datos, inicialmente se identificó los casos en la HC y después, mediante visita domiciliaria se aplicó un cuestionario estructurado. En el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva mediante Programa Excel 2007. El proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación Institucional de la Disa V Lima Ciudad respetando los principios éticos. Se estudiaron 258 casos. El abandono de tratamiento fue predominantemente masculino (94,6%), siendo que el 45% tenía edad entre 21-40 años y el 60,9% estaba en condición de soltero, caracterizados por tener bajos ingresos económicos (67,8%), reportar consumo de alcohol (58,1%), cigarrillo (39,9%) y drogas (32,9%), haber presentado efectos secundarios al tratamiento (45,3%) y utilizar movilidad para trasladarse al centro de salud a recibir terapia medicamentosa (65,1%); el 89,5% recibió visitas domiciliarias por faltas al tratamiento y 69,8% consideró que las pastillas que recibía eran demasiadas, siendo que el 30,2% había presentado náuseas, vómitos, entre otros problemas digestivos.

Arriola, Castillo, Quispe y Torres (25) realizaron un estudio con el objetivo de determinar algunos factores asociados a la asistencia al tratamiento antituberculoso en pacientes del Programa de Control de Tuberculosis (PCT) en el Hospital de Puente Piedra y en Centro Materno Infantil Zapallal de Puente Piedra - 2008. El estudio fue de diseño descriptivo transversal. La población estuvo conformada por 77 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar de 18 - 60 años inscritos en el PCT. La recolección de datos se realizó a través de dos instrumentos: la ficha de revisión documental y un cuestionario estructurado. El análisis de los datos fue realizado con el programa SPSS. Del total de pacientes, el 39% presenta asistencia discontinua al PCT, los factores asociados

a la asistencia discontinua son: hacinamiento (OR: 7,11); tipo de trabajo independiente (OR: 7,27); condición de trabajo eventual (OR: 9,60); ingreso económico bajo (OR: 4,04); falta de apoyo familiar (OR: 2,83), y falta de información básica sobre la enfermedad (OR: 7,00).

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. Multidrogo resistente**

#### **2.2.1.1. Definiciones**

La tuberculosis multirresistente (TB-MDR) es una tuberculosis resistente a por lo menos dos de los medicamentos contra la tuberculosis más eficaces: isoniacida y rifampina. Estos medicamentos se consideran de primera línea y se usan para tratar a todas las personas que tienen el tipo de TB sensible a los medicamentos (26).

La resistencia simultánea a Isoniacida (H) y Rifampicina (R), a diferencia de la resistencia individual o en otras combinaciones, origina tasas de fracaso altas de los esquemas de categoría uno, y se ha definido como multidrogorresistencia (MDR), para diferenciarla de la monorresistencia y la polirresistencia (resistencia a varios fármacos pero no a la combinación simultánea de H y R) (27).

En un estudio realizado por Jave (28) que tuvo como objetivo revisar el estado actual de la TB-MDR en el año 2003 indica que cuando el germen o bacilo de la TB se vuelve resistente a por lo menos los dos principales antibióticos: rifampicina e isoniazida, se dice que se ha producido la multirresistencia (MDR), con lo que una enfermedad curable se torna casi incurable, pues el tratamiento moderno primario se vuelve ineficaz, con riesgo de morir lentamente si no recibe pronto tratamiento para MDR, pero además con el riesgo de transmitir esta forma grave a sus familiares, a sus amigos, a sus compañeros de trabajo y al resto de la

sociedad; que se encuentra en contacto con él. Cuando no se accede a tratamiento anti TB apropiado, aproximadamente 80% de los enfermos fallecerá en el curso de los ocho años siguientes.

#### **2.2.1.2. Diagnóstico**

El contagio con bacilos farmacorresistentes produce una tuberculosis resistente que antiguamente, antes de la existencia de las pruebas de sensibilidad, se diagnosticaba solamente cuando después de 3-5 meses de tratamiento, se comprobaba que éste no había sido efectivo (29).

El diagnóstico de la tuberculosis (TB) requiere con frecuencia un alto nivel de sospecha, especialmente en áreas de baja prevalencia. Al existir sospecha de TB, deben recolectarse muestras de esputo y otros especímenes para baciloscopia (detección de BAAR), cultivo y pruebas de sensibilidad. La posibilidad de fármacorresistencia debe sospecharse al mismo tiempo que se recolecta la muestra y se selecciona el tratamiento inicial. La evaluación incorrecta de la posibilidad de la existencia de TB fármacorresistente y la larga espera, semanas o meses, por los resultados de las pruebas de fármaco susceptibilidad, puede conllevar a la innecesaria administración de esquemas de tratamiento inapropiados (30).

#### **2.2.1.3. Transmisión**

La tuberculosis multidrogo resistente (TB MDR) se transmite de la misma forma que la TB sensible a los medicamentos. Los brotes iniciales de TB MDR corroboran que no es más infecciosa (y hasta podría ser menos infecciosa) que la TB sensible a los medicamentos (31).

Entre los contactos de personas con TB MDR, las tasas de infección parecen ser similares a los contactos de personas con TB sensible a medicamentos. Sin embargo, debido a que pueden tener una respuesta deficiente al tratamiento y

que los medicamentos de segunda línea no son tan eficaces, las personas con enfermedad TB MDR son a menudo contagiosas por más tiempo y por lo tanto, tienen posibilidad de infectar a más contactos (32).

### **2.2.2. Abandono de tratamiento**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (33) considera como abandono el incumplimiento por el paciente del régimen farmacoterapéutico por un período mayor de dos meses. Algunos autores lo definen como la inasistencia continua del paciente a la unidad de salud por un período mayor de 29 días (34); otros, como la inasistencia a los servicios de salud por tiempo indefinido, independientemente del tiempo que dure el tratamiento (35). La normativa nacional de Nicaragua define como abandono la inasistencia por 30 días consecutivos a los servicios de salud (36).

### **2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES**

- **Abandono de tratamiento:** es una situación de alejamiento a la continuidad del tratamiento por parte del paciente.
- **Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis:** Organismo dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud, encargado de prevenir y controlar la tuberculosis en todo el país.
- **Factores de riesgo:** elemento o conjunto de elementos condicionante que afectan el tratamiento sostenible de los pacientes con TB MDR.
- **Resistencia inicial:** se define como un paciente nuevo de tuberculosis nunca tratado de quien se aísla *Mycobacterium tuberculosis* resistentes a uno o más fármacos antituberculosos.

- **Resistencia adquirida:** se define como un paciente de tuberculosis antes tratado, de quien se aísla *Mycobacterium tuberculosis* resistente a uno o más fármacos antituberculosos.
- **Tuberculosis:** enfermedad producida por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* que afecta predominantemente al ser humano produciendo una enfermedad crónica que compromete principalmente a los pulmones, aunque puede causar enfermedad en cualquier otro órgano. Su principal peligro es su forma de transmisión mediante la vía aérea a través del contacto con una persona enferma, al hablar, toser, reír, cantar, etc.; y el desarrollo de resistencia a los actuales antimicrobianos disponibles, llegando a ser virtualmente incurable.
- **Tuberculosis extremadamente resistente:** cuando la bacteria que es multidrogo-resistente ha ampliado su resistencia a por lo menos dos de las drogas más efectivas de segunda línea: una fluoroquinolona (ciprofloxacina, levofloxacina, moxifloxacina) y una droga inyectable (amikacina, kanamicina o capreomicina). Se abrevia como TB XDR. Esta forma de la enfermedad es virtualmente incurable, cursa con alta mortalidad y es transmitida por vía aérea de persona a persona.
- **Tuberculosis multidrogo resistente:** cuando la bacteria se hace resistente a por lo menos dos de las drogas antituberculosas más efectivas: isoniacida y rifampicina. Esta es una de las formas más graves de la enfermedad, que requerirá tratamiento con drogas de segunda línea, que son menos efectivas y con mayores efectos adversos y cuya duración ya no es de seis meses sino por lo menos dieciocho meses, tiempo durante el cual estos pacientes son potencialmente contagiantes.

- **Tuberculosis sensible:** forma de tuberculosis cuyo patrón de susceptibilidad no muestra resistencia a drogas antituberculosas.

## 2.4. BASES EPISTÉMICAS

El problema de la resistencia a los fármacos antituberculosos no es un fenómeno nuevo, sino un proceso paralelo al desarrollo de la quimioterapia frente a la tuberculosis (37).

La demostración clínica de desarrollo de resistencia a los fármacos antituberculosos fue ya descrita por los investigadores británicos del Medical Research Council en 1948 al poco tiempo de utilizar la estreptomina en monoterapia para el tratamiento de la tuberculosis (38); los conceptos de resistencia primaria y secundaria se pusieron pronto en evidencia con la primeras experiencias terapéuticas con isoniazida y estreptomina, de forma que junto con la investigación microbiológica llevada a cabo por autores pioneros como Mitchison, Canetti y Grosset (39) quedaron pronto establecidas las bases de la actual quimioterapia antituberculosa en dos fases, con combinaciones de fármacos incluyendo una rifamicina e isonazida, con las que se consiguen altas tasas de curación de la enfermedad tuberculosa activa cuando se acompañan de un adecuado cumplimiento terapéutico; por el contrario, el uso de pautas inadecuadas, por errores de prescripción, toxicidad, o falta de recursos, y la mala adherencia a los tratamientos conlleva un alto riesgo de fracaso terapéutico, y la selección de aislados resistentes que pueden ser transmitidos a la comunidad, produciendo resistencias “primarias” que disminuyen sustancialmente las tasas de curación de los regímenes de primera línea (40).

La pobreza, la sobrepoblación y la falta de recursos y programas adecuados para el tratamiento de la tuberculosis, han motivado, junto con la aparición del VIH, la

aparición y diseminación de cepas de tuberculosis multirresistente para las que apenas hay opciones terapéuticas (41).

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo de estudio**

De acuerdo al análisis y alcance de los resultados el estudio fue **de tipo Caso y Control**. Se definieron como casos, aquella persona con tuberculosis que no acude a recibir su retratamiento por más de 30 días consecutivos. Y como controles sujetos que finalizaron el tratamiento presentando un cultivo de control negativo. Sujetos sin síntomas, que no expectoran y concluyeron su tratamiento, sin frotis de control. Definiciones de acuerdo a los conceptos de Abandono Terapéutico y curación, de la Norma Peruana para la atención de los pacientes con TB.

De acuerdo a la planificación de la toma de datos, fue **retrospectivo**, pues los datos necesarios para el estudio fueron recogidos de datos secundarios.

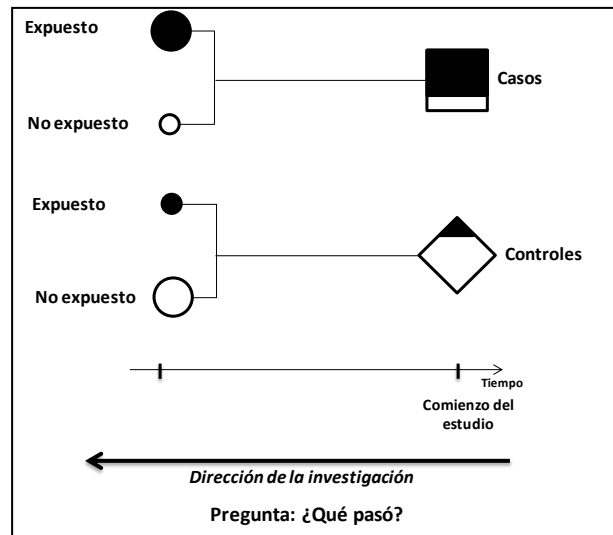
Por el número de ocasiones en que mide la variable de estudio, fue **longitudinal**, porque todas las variables fueron medidas mediante seguimiento.

Y, según el número de variables de interés, fue **analítico**, porque plantea y pone a prueba hipótesis explicativas (finalidad cognoscitiva); su nivel más básico establece la asociación entre factores (propósito estadístico).

#### **3.2. Diseño y esquema de investigación**

El diseño de investigación fue de Caso y Control, como se muestra a continuación:





### 3.3. Población y muestra

#### 3.3.1. Población

La población de estudio la constituyeron 28 personas que recibieron tratamiento en el Programa para Tuberculosis Multidrogoresistente supervisado por el personal de salud entre los años 2012-2015 en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Coronel Portillo, región Ucayali.

#### Características de la población:

- **Criterios de inclusión:**

- Sujeto que ingreso a tratamiento TBMDR supervisado por el personal de salud entro los años 2012 y 2015.

- **Criterios de exclusión.** Se excluyeron del estudio:

- Paciente que presenta información incompleta en su historia clínica.
- Ser menor de 15 años.
- No contar al menos con una prueba de sensibilidad.

- Toda persona que a diciembre del 2015 no hubiese culminado su tratamiento.
- Paciente con transferencia sin confirmar.

### **Ubicación de la población en espacio y tiempo:**

- **Ubicación en el espacio.** El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Coronel Portillo, región Ucayali.
- **Ubicación en el tiempo.** La duración del estudio fue en el periodo 2015.

### **3.3.2. Muestra**

#### **Unidad de análisis**

Cada paciente.

#### **Unidad de muestreo**

La unidad seleccionada igual que la unidad de análisis.

#### **Tamaño de la muestra**

28 pacientes con TB MDR que recibieron tratamiento en el Hospital Amazónico de Yarinacocha con supervisión del profesional de salud, en el periodo comprendido entre 2012 - 2015. Por lo tanto, se trabajó con un grupo de casos de 14 pacientes y un grupo de controles de 14 paceutes.

### **3.4. Instrumentos de recolección de datos**

#### **3.4.1. Instrumentos:**

##### **Ficha de recolección de datos**

La recolección de datos se realizó mediante un instrumento diseñado, estructurado que nos permitió la recolección de los datos a partir del análisis de las Historias Clínicas y tarjetas de tratamiento de los casos y controles (Anexo 01).

### 3.4.2. Validez de los instrumentos

Para la validez del instrumento en estudio, se tuvo que requerir el juicio de 5 expertos, donde emitieron su juicio del instrumento Consolidado de recolección de datos (Anexo 02).

Luego en la concordancia se utilizó el coeficiente de V de Aiken, como se muestra a continuación:

**Cuadro 01. Concordancia de las respuestas de los jueces.**

Preguntas	JUECES					TOTAL ACIERTOS	V de Aiken
	1	2	3	4	5		
Pregunta1	A	A	A	A	A	5	1,00
Pregunta2	A	A	A	A	A	5	1,00
Pregunta3	A	A	A	A	A	5	1,00
Pregunta4	A	A	A	A	A	5	1,00
Pregunta5	A	A	A	A	A	5	1,00
Pregunta6	A	A	A	A	A	5	1,00
Pregunta7	A	A	A	A	A	5	1,00
Pregunta8	A	A	A	A	A	5	1,00
Pregunta9	A	A	D	A	A	4	0,80
Pregunta10	A	A	A	A	A	5	1,00

A: Acuerdos; D: Desacuerdos

Fuente. Elaboración propia

Se ha considerado:

1 = Si la respuesta es aprobado.

0 = Si la respuesta es no aprobado.

Se consideró que existe validez del instrumento cuando el valor del coeficiente de V de Aiken fuera igual o mayor de 0,80. En la valoración de los jueces ninguna pregunta obtuvo un valor inferior a 0,80; por lo cual concluimos que estos ítems presentan validez de contenido.

### 3.5. Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos

#### 3.5.1. Plan de recolección de datos

Para el estudio se realizó los siguientes procedimientos:

- Solicitud de permiso al Hospital en estudio.
- Se tuvo en cuenta el estudio de validez.
- Se aplicó el instrumento para la toma de datos durante la investigación.
- Selección, cómputo, o tabulación y evaluación de datos.
- Se interpretó los datos según los resultados, confrontando con otros trabajos similares o con la base teórica disponible.
- Ejecución del informe final.

#### 3.5.2. Plan de tabulación de datos

Se planteó las siguientes fases:

- **Revisión de los datos:** se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos que se utilizaron y se hizo el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.
- **Codificación de los datos:** se efectuó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos respectivos, según las variables del estudio.
- **Clasificación de los datos:** se realizó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.
- **Presentación de datos:** se presentó los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

### 3.5.3. Análisis e interpretación de datos

- **Análisis descriptivo**

Se detallaron las características de cada una de las variables, de acuerdo al tipo de variable con que se trabajó (cualitativa, cuantitativa); se tuvo en cuenta las medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y de frecuencias para las variables categóricas. Se emplearon figuras, para facilitar la comprensión, en cada caso tratamos de que el estímulo visual sea simple y resaltante.

- **Análisis inferencial**

Aplicamos la Prueba Chi cuadrada de independencia y la Prueba de T de Student. Para la significancia estadística de estas pruebas se tuvo en cuenta una  $p < 0,05$ . Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 19.0 para Windows.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1. Presentación y análisis descriptivo de los resultados

Tabla 01. Características sociodemográficas de pacientes con tuberculosis multidrogo resistente según grupos de estudio que acuden al Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

Características sociodemográficas	Grupo caso (n=14)		Grupo control (n=14)	
	N°	%	N°	%
<b>Edad en años</b>				
20 a 29	8	57,1	6	42,9
30 a 59	5	35,7	7	50,0
60 a más	1	7,1	1	7,1
<b>Género</b>				
Femenino	4	28,6	2	14,3
Masculino	10	71,4	12	85,7
<b>Grado de instrucción</b>				
Sin instrucción	1	7,1	0	0,0
Primaria	3	21,4	5	35,7
Secundaria	8	57,1	9	64,3
Superior Universitario	1	7,1	0	0,0
Superior Técnico	1	7,1	0	0,0
<b>Estado civil</b>				
Soltero	7	50,0	6	42,9
Casado	1	7,1	0	0,0
Conviviente	6	42,9	8	57,1
<b>Ocupación</b>				
Obrero	1	7,1	2	14,3
Empleado	0	0,0	1	7,1
Comerciante	1	7,1	3	21,4
Ama de casa	2	14,3	2	14,3
Independiente	0	0,0	2	14,3
Desocupado	10	71,4	4	28,6
<b>Condición laboral en el momento de inicio del tratamiento</b>				
Dependiente privado	0	0,0	1	7,1
Independiente estable	1	7,1	3	21,4
Independiente eventual	1	7,1	4	28,6
Desempleado	12	85,7	6	42,9

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

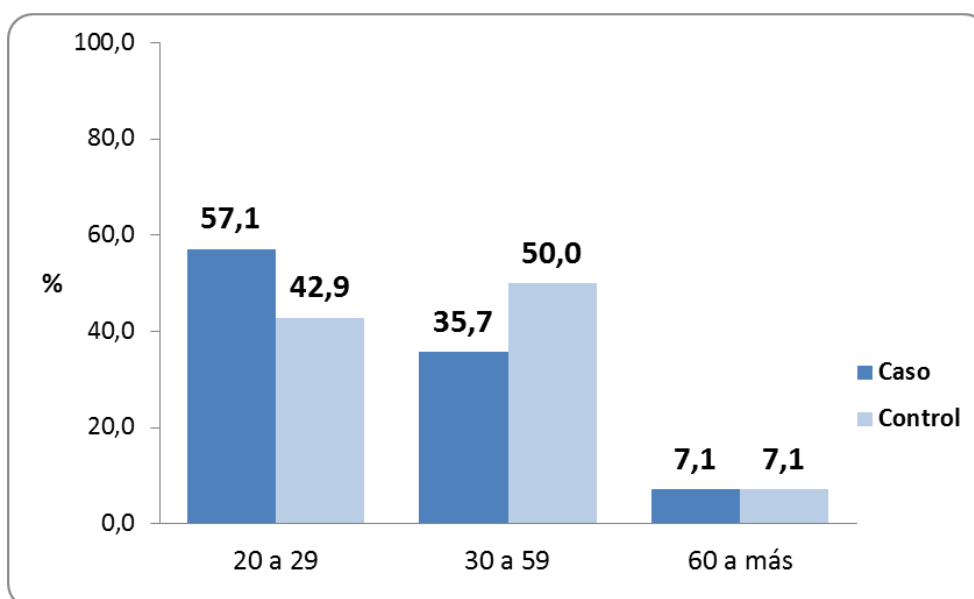


Gráfico 01. Porcentaje de pacientes con tuberculosis multidrogo resistente según edad en años. Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

En cuanto a las características sociodemográficos, en el grupo caso, el 57,1% (8 pacientes) pertenecieron entre las edades de 20 a 29 años, el 71,4% (10 pacientes) fueron de sexo masculino, el 57,1% (8 pacientes) alcanzaron la secundaria, el 50,0% (7 pacientes) fueron solteros, el 71,4% (10 pacientes) se encontraban desocupadas y el 85,7% (12 pacientes) tuvieron la condición laboral de desempleado.

Asimismo, el 50,0% (7 pacientes) pertenecieron a las edades de 30 a 59 años, el 85,7% (12 pacientes) fueron de sexo masculino, el 64,3% (9 pacientes) alcanzaron la secundaria, el 57,1% (8 pacientes) fueron convivientes, el 28,6% (4 pacientes) se encontraban desocupadas y el 42,9% (6 pacientes) tuvieron la condición laboral de desempleado.

Tabla 02. Características de antecedentes personales de consumo de pacientes con tuberculosis multidrogo resistente según grupos de estudio que acuden al Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

Características de antecedentes personales de consumo	Grupo caso (n=14)		Grupo control (n=14)	
	N°	%	N°	%
<b>Alcohol</b>				
Actualmente consume	6	42,9	1	7,1
Lo consumió en el pasado	5	35,7	5	35,7
Nunca lo ha consumido	3	21,4	8	57,1
<b>Tabaco</b>				
Actualmente consume	6	42,9	2	14,3
Lo consumió en el pasado	3	21,4	5	35,7
Nunca lo ha consumido	5	35,7	7	50,0
<b>Drogas psicoactivas</b>				
Actualmente consume	5	35,7	1	7,1
Lo consumió en el pasado	2	14,3	1	7,1
Nunca lo ha consumido	7	50,0	12	85,7
<b>Marihuana</b>				
Actualmente consume	6	42,9	1	7,1
Lo consumió en el pasado	3	21,4	2	14,3
Nunca lo ha consumido	5	35,7	11	78,6
<b>PBC (pasta base de cocaína)</b>				
Actualmente consume	3	21,4	1	7,1
Lo consumió en el pasado	3	21,4	3	21,4
Nunca lo ha consumido	8	57,1	10	71,4
<b>EV (Endovenoso)</b>				
Actualmente consume	2	14,3	0	0,0
Lo consumió en el pasado	1	7,1	2	14,3
Nunca lo ha consumido	11	78,6	12	85,7
<b>TK (terokal)</b>				
Actualmente consume	2	14,3	0	0,0
Lo consumió en el pasado	1	7,1	1	7,1
Nunca lo ha consumido	11	78,6	13	92,9

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).



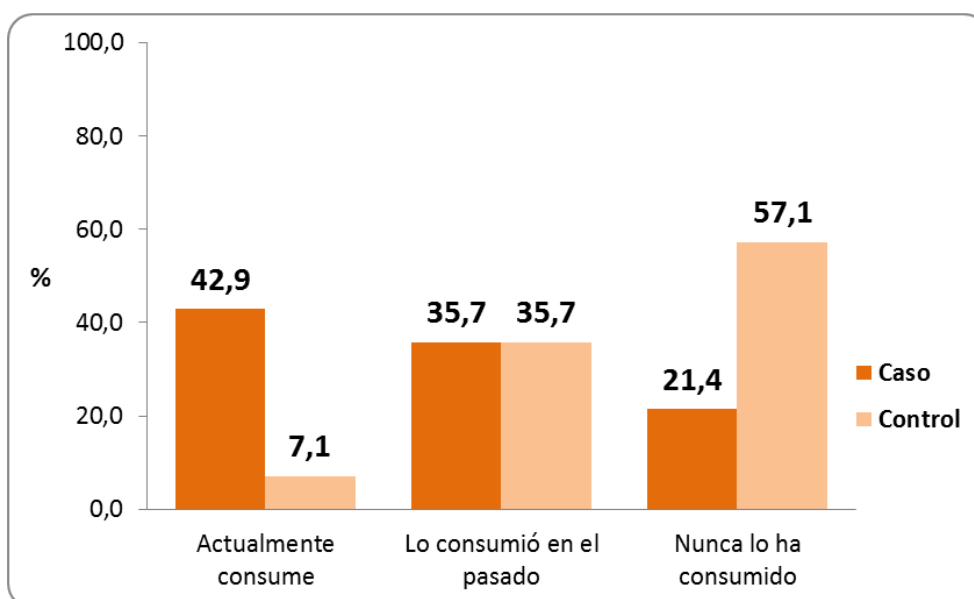


Gráfico 02. Porcentaje de pacientes con tuberculosis multidrogo resistente según consumo de alcohol. Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

Respecto a las características de antecedentes personales de consumo, en el grupo caso, el 42,9% (6 pacientes) consumen alcohol y tabaco actualmente, cada una, el 50,0% (7 pacientes) nunca han consumido drogas psicoactivas, el 42,9% (6 pacientes) actualmente consumen marihuana, el 57,1% (8 pacientes) nunca han consumido PBC, el 78,6% (11 pacientes) nunca han consumido endovenoso y terokal, cada una.

En el grupo control, el 57,1% (8 pacientes) nunca han consumido alcohol, el 50,0% (7 pacientes) nunca han consumido tabaco, el 85,7% (12 pacientes) nunca han consumido drogas psicoactivas, el 78,6% (11 pacientes) nunca han consumido marihuana, el 71,4% (10 pacientes) nunca han consumido PCB, el 85,7% (12 pacientes) nunca han consumido EV y 92,9% nunca han consumido PCB terokal.

Tabla 03. Características de co-morbilidades de pacientes con tuberculosis multidrogo resistente según grupos de estudio que acuden al Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

Características de co-morbilidades	Grupo caso (n=14)		Grupo control (n=14)	
	N°	%	N°	%
<b>Diabetes</b>				
SI	0	0,0	1	7,1
NO	14	100,0	13	92,9
<b>VIH</b>				
SI	1	7,1	0	0,0
NO	13	92,9	14	100,0
<b>Cáncer</b>				
SI	0	0,0	0	0,0
NO	14	100,0	14	100,0
<b>Insuficiencia renal crónica</b>				
SI	0	0,0	0	0,0
NO	14	100,0	14	100,0
<b>Hepatitis crónica o cirrosis</b>				
SI	1	7,1	0	0,0
NO	13	92,9	14	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

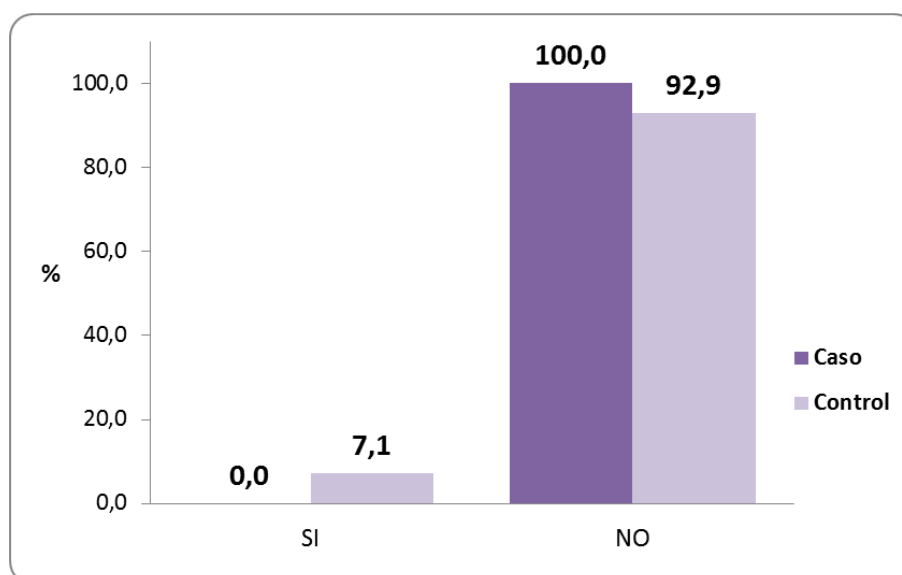


Gráfico 03. Porcentaje de pacientes con tuberculosis multidrogo resistente según presencia de diabetes. Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

En razón a las características de co-morbilidades, en el grupo caso, el 100,0% (14 pacientes) no presentaron diabetes, cáncer e insuficiencia renal crónica, cada una

y sin embargo, el 7,1% (1 paciente) presentó VIH y hepatitis crónica o cirrosis, cada una.

Por otro lado, en el grupo control, también el 100,0% (14 pacientes) no presentaron VIH, cáncer, insuficiencia renal crónica y hepatitis crónica o cirrosis, cada una y sin embargo, el 7,1% (1 paciente) presentó diabetes.

Tabla 04. Características de antecedentes médicos de pacientes con tuberculosis multidrogo resistente según grupos de estudio que acuden al Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

Características de antecedentes médicos	Grupo caso (n=14)		Grupo control (n=14)	
	N°	%	N°	%
<b>Presencia de alergia a algún medicamento</b>				
SI	1	7,1	0	0,0
NO	13	92,9	14	100,0
<b>Peso al inicio del tratamiento</b>				
31 a 42	3	21,4	0	0,0
43 a 53	6	42,9	4	28,6
54 a 64	2	14,3	6	42,9
65 a 76	3	21,4	4	28,6
<b>Talla al inicio del tratamiento</b>				
1,50 a 1,61	8	57,1	7	50,0
1,62 a 1,73	5	35,7	6	42,9
1,74 a 1,83	1	7,1	1	7,1
<b>Hematocrito al inicio del tratamiento</b>				
28 a 35	2	14,3	3	21,4
36 a 42	8	57,1	3	21,4
43 a 50	4	28,6	8	57,1

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

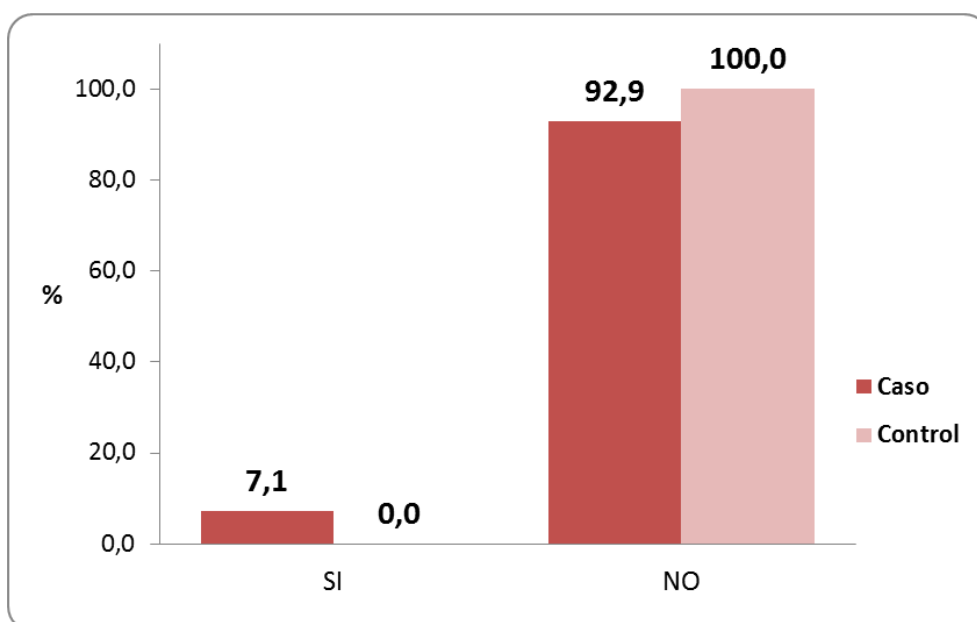


Gráfico 04. Porcentaje de pacientes con tuberculosis multidrogo resistente según presencia de alergia. Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

En relación a las características de antecedentes médicos, en el grupo caso, el 7,1% (1 paciente) presentó alergia a algún medicamento, el 42,9% (6 pacientes) pesaron entre 43 a 53 kg, el 57,1% (8 pacientes) la talla fue entre 1,50 a 1,61 metros y el 57,1% (8 pacientes) tuvieron hematocrito entre 36 a 42%.

En el grupo control, el 100,0% (14 pacientes) no presentaron alergia a algún medicamento, el 42,9% (6 pacientes) pesaron entre 54 a 64 kg, el 50,0% (7 pacientes) la talla fue entre 1,50 a 1,61 metros y el 57,1% (8 pacientes) tuvieron hematocrito entre 43 a 50%.

Tabla 05. Características de reacción adversa a tratamiento de pacientes con tuberculosis multidrogo resistente según grupos de estudio que acuden al Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

Características de reacción adversa a tratamiento	Grupo caso (n=14)		Grupo control (n=14)	
	N°	%	N°	%
<b>Reacción dérmica</b>				
SI	1	7,1	0	0,0
NO	13	92,9	14	100,0
<b>Angiodema</b>				
SI	1	7,1	2	14,3
NO	13	92,9	12	85,7
<b>Stevens-Johnson</b>				
SI	0	0,0	0	0,0
NO	14	100,0	14	100,0
<b>Hepática</b>				
SI	9	64,3	8	57,1
NO	5	35,7	6	42,9
<b>Gastrointestinal</b>				
SI	10	71,4	14	100,0
NO	4	28,6	0	0,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

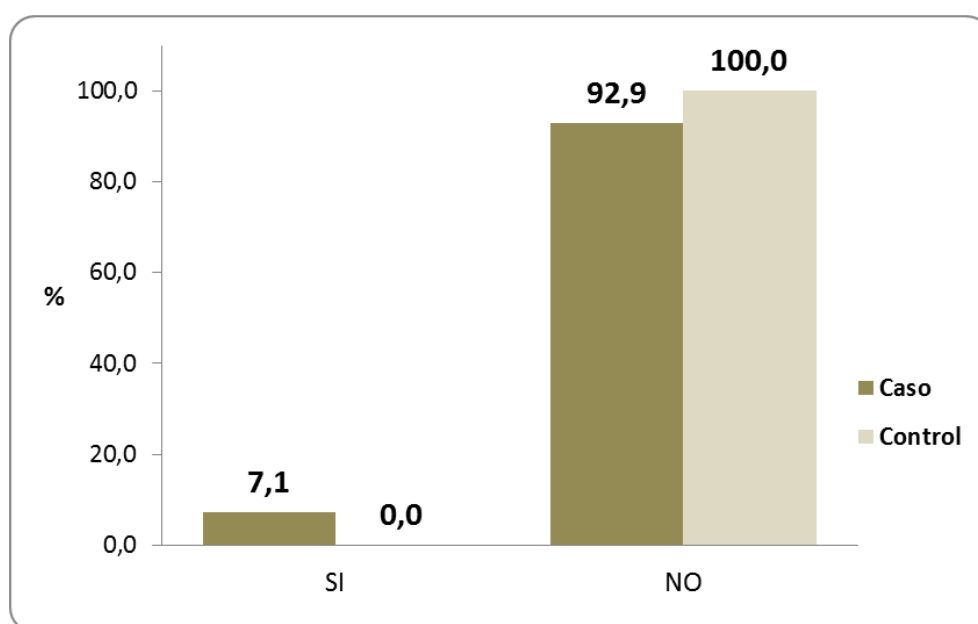


Gráfico 05. Porcentaje de pacientes con tuberculosis multidrogo resistente según reacción dérmica. Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

Con respecto a las características de reacción adversa a tratamiento, en el grupo caso, el 7,1% (1 paciente) presentó reacción dérmica y angiodema, cada una, el 100,0% (0 pacientes) no presentó stevens-Johnson, el 64,3% (9 pacientes) tuvo reacción hepática y el 71,4% (10 pacientes) tuvieron reacción gastrointestinal.

En el grupo control, el 100,0% (0 pacientes) no presentó reacción dérmica y stevens-Johnson, cada una, el 14,3% (2 pacientes) tuvo angiodema, el 57,1% (8 pacientes) tuvo reacción hepática y el 100,0% (14 pacientes) tuvieron reacción gastrointestinal.

Tabla 06. Características de antecedentes de tuberculosis de pacientes con tuberculosis multidrogo resistente según grupos de estudio que acuden al Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

Características de antecedentes de tuberculosis	Grupo caso (n=14)		Grupo control (n=14)	
	N°	%	N°	%
<b>Presencia de tuberculosis anteriormente al diagnóstico actual</b>				
SI	13	92,9	14	100,0
NO	1	7,1	0	0,0
<b>Número de veces</b>				
Una	8	57,1	10	71,4
2 ó más	5	35,7	4	28,6
<b>Tratamiento anteriormente al diagnóstico actual</b>				
SI	8	57,1	13	92,9
NO	6	42,9	1	7,1
<b>Tiempo transcurrido desde el último tratamiento al diagnóstico actual</b>				
Menos de 1 año	11	78,6	12	85,7
Entre 1-5 años	3	21,4	0	0,0
Entre 6 y 10 años	0	0,0	2	14,3
<b>Tipo de esquema del último tratamiento recibido anterior al diagnóstico actual</b>				
Esquema uno	13	92,9	14	100,0
Esquema empírico	1	7,1	0	0,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

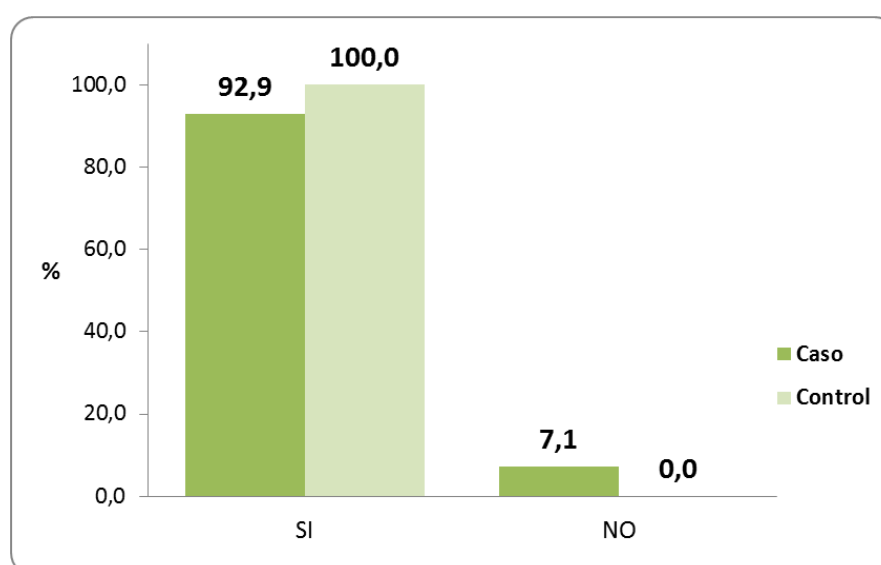


Gráfico 06. Porcentaje de pacientes con tuberculosis multidrogo resistente según presencia de tuberculosis anteriormente al diagnóstico actual. Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015



Concerniente a las características de antecedentes de tuberculosis, en el grupo caso, el 92,9% (13 pacientes) tuvo tuberculosis anteriormente al diagnóstico actual, el 57,1% (8 pacientes) solo una vez, el 57,1% (8 pacientes) tuvo tratamiento anteriormente al diagnóstico actual, el 78,6% (11 pacientes) presento menos de 1 año el tiempo transcurrido desde el último tratamiento al diagnóstico actual y el 92,9% (13 pacientes) tuvo esquema uno de tratamiento anterior al diagnóstico actual.

Por otro lado, en el grupo control, el 100,0% (14 pacientes) tuvo tuberculosis anteriormente al diagnóstico actual, el 71,4% (10 pacientes) solo una vez, el 92,9% (13 pacientes) tuvo tratamiento anteriormente al diagnóstico actual, el 85,7% (12 pacientes) presentó menos de 1 año el tiempo transcurrido desde el último tratamiento al diagnóstico actual y el 100,0% (14 pacientes) tuvo esquema uno de tratamiento anterior al diagnóstico actual.

Tabla 07. Características de antecedentes del contacto de tuberculosis de pacientes con tuberculosis multidrogo resistente según grupos de estudio que acuden al Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

Características de antecedentes del contacto de tuberculosis	Grupo caso (n=14)		Grupo control (n=14)	
	N°	%	N°	%
<b>Contacto con alguna persona con tuberculosis pulmonar</b>				
SI	8	57,1	3	21,4
NO	6	42,9	11	78,6
<b>Tipo de tratamiento que recibió el contacto</b>				
No Hay información	14	100,0	14	100,0
<b>Situación del contacto al inicio del tratamiento</b>				
Curado	1	7,1	0	0,0
Muerto	1	7,1	0	0,0
No hay Información	12	85,7	14	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

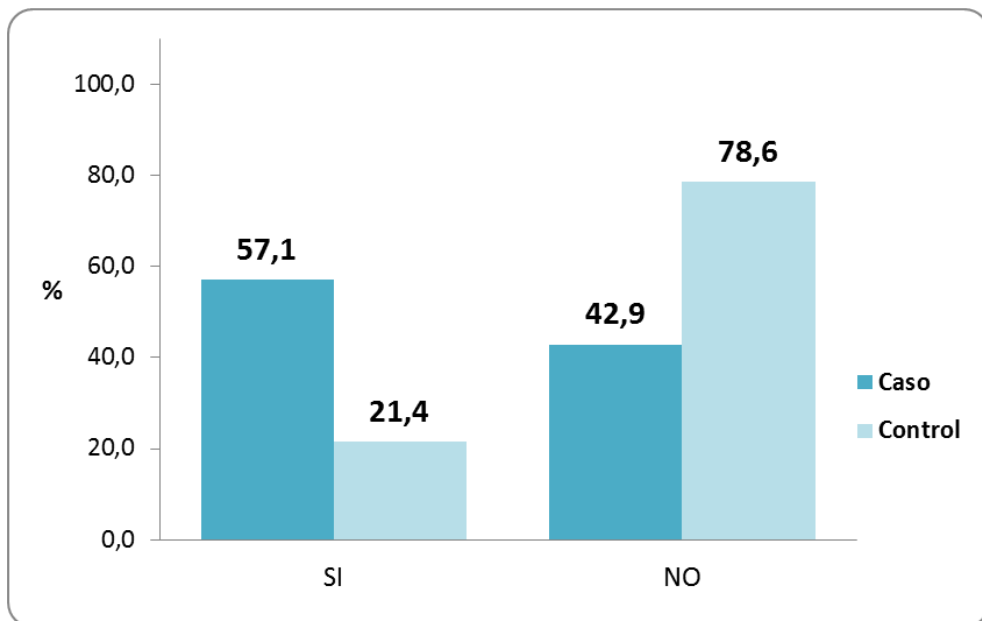


Gráfico 07. Porcentaje de pacientes con tuberculosis multidrogo resistente según contacto con alguna persona con tuberculosis pulmonar. Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

Con respecto a las características de antecedentes del contacto de tuberculosis, en el grupo caso, el 57,1% (8 pacientes) tuvo contacto con alguna persona con tuberculosis pulmonar, el 100,0% (14 pacientes) no presentó información sobre el

tipo de tratamiento que recibió el contacto y el 7,1% (1 paciente) la situación del contacto al inicio del tratamiento fue curado y muerto, cada una.

Por otro lado, en el grupo control, el 21,4% (3 pacientes) tuvo contacto con alguna persona con tuberculosis pulmonar, el 100,0% (14 pacientes) no presentó información sobre el tipo de tratamiento que recibió el contacto y sobre la situación del contacto al inicio del tratamiento, cada una.

Tabla 08. Características de incentivos de pacientes con tuberculosis multidrogo resistente según grupos de estudio que acuden al Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

Características de incentivos	Grupo caso (n=14)		Grupo control (n=14)	
	N°	%	N°	%
<b>Incentivo económico durante el tratamiento</b>				
SI	0	0,0	0	0,0
NO	14	100,0	14	100,0
<b>Incentivo en alimentos durante el tratamiento</b>				
SI	14	100,0	14	100,0
NO	0	0,0	0	0,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

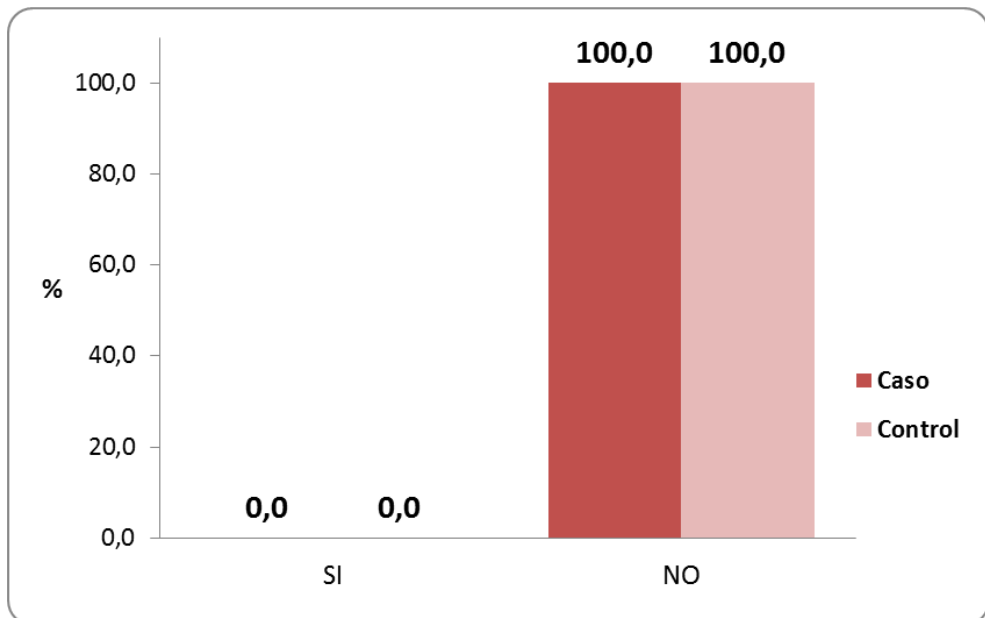


Gráfico 08. Porcentaje de pacientes con tuberculosis multidrogo resistente según incentivo económico durante el tratamiento. Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

Concerniente a las características de incentivos, en el grupo caso, el 100,0% (14 pacientes) no tuvo incentivo económico durante el tratamiento y sin embargo, el 100,0% (14 pacientes) recibieron incentivo en alimentos durante el tratamiento. Del mismo modo, en el grupo control, el 100,0% (14 pacientes) no tuvo incentivo económico durante el tratamiento y sin embargo, el 100,0% (14 pacientes) recibieron incentivo en alimentos durante el tratamiento.

Tabla 09. Características del apoyo psicológico de pacientes con tuberculosis multidrogo resistente según grupos de estudio que acuden al Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

Características del apoyo psicológico	Grupo caso (n=14)		Grupo control (n=14)	
	N°	%	N°	%
<b>Experiencia traumática durante el tratamiento</b>				
SI	1	7,1	0	0,0
NO	13	92,9	14	100,0
<b>Apoyo familiar durante el tratamiento</b>				
SI	13	92,9	14	100,0
NO	1	7,1	0	0,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

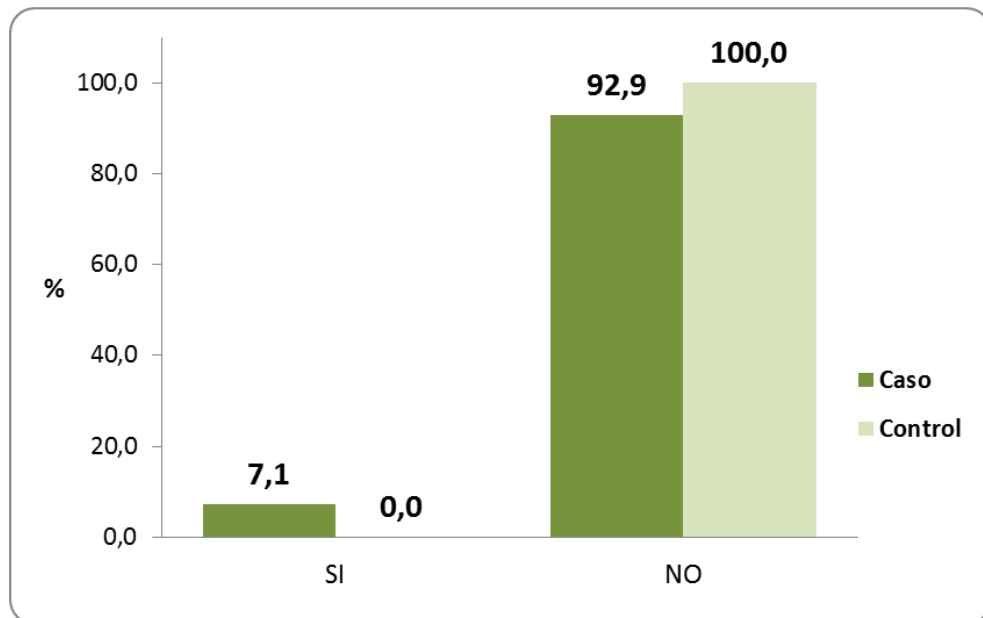


Gráfico 09. Porcentaje de pacientes con tuberculosis multidrogo resistente según experiencia traumática durante el tratamiento. Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

En relación a las características del apoyo psicológico, en el grupo caso, el 7,1% (1 paciente) tuvo experiencia traumática durante el tratamiento y el 92,9% (13 pacientes) tuvieron apoyo familiar durante el tratamiento.

Asimismo, en el grupo control, el 100,0% (14 pacientes) no tuvieron experiencia traumática durante el tratamiento y también el 100,0% (14 pacientes) tuvieron apoyo familiar durante el tratamiento.

## 4.2. Análisis inferencial de los resultados

Tabla 10. Factores sociodemográficos en el abandono del tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente en pacientes que acuden al Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

Factores sociodemográficos	Grupo caso (n=14)		Grupo control (n=14)		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	N°	%	N°	%		
<b>Edad joven</b>						
SI	8	57,1	6	42,9	0,57	0,450
NO	6	42,9	8	57,1		
<b>Sexo masculino</b>						
SI	10	71,4	12	85,7	0,85	0,357
NO	4	28,6	2	14,3		
<b>Escolaridad inferior a instrucción secundaria</b>						
SI	4	28,6	5	35,7	0,16	0,686
NO	10	71,4	9	64,3		
<b>Estado civil soltero</b>						
SI	7	50,0	6	42,9	0,14	0,705
NO	7	50,0	8	57,1		
<b>Ocupación desocupado</b>						
SI	10	71,4	4	28,6	5,14	0,023
NO	4	28,6	10	71,4		
<b>Condición laboral desempleado</b>						
SI	12	85,7	6	42,9	5,60	0,018
NO	2	14,3	8	57,1		

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

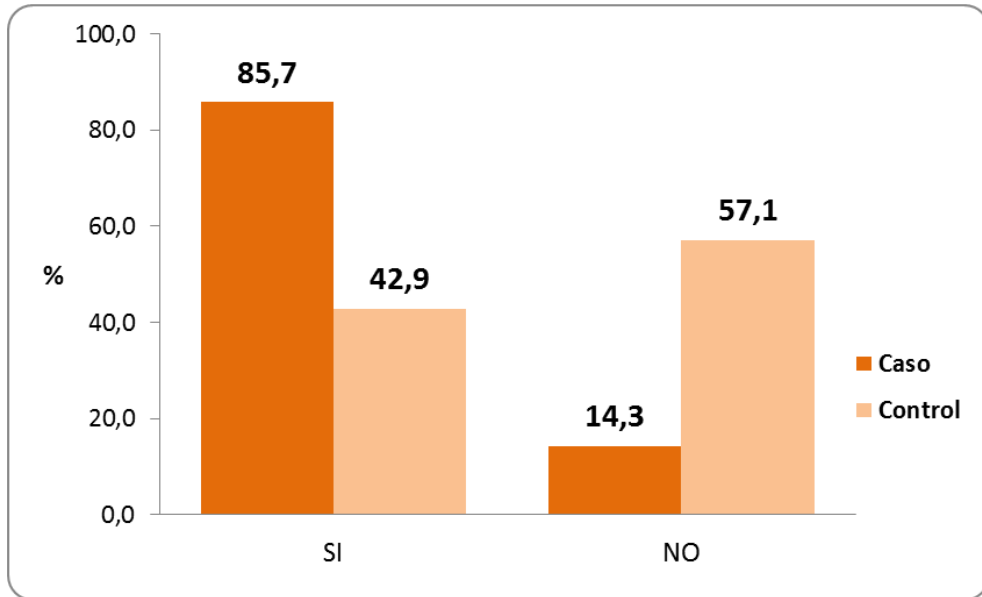


Gráfico 10. Porcentaje de pacientes con abandono de tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente según el factor de condición laboral desempleado. Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

En cuanto a la asociación entre los factores sociodemográficos y el abandono del tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente en pacientes en estudio, observamos que 71,4% y 85,7% tuvieron ocupación desocupada y condición laboral desempleada, respectivamente y a la vez se encontraban con abandono del tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente. Mediante la Prueba Chi cuadrada la ocupación desocupada y la condición laboral desempleado tuvieron significación estadística de  $p \leq 0,023$  y  $p \leq 0,018$ , respectivamente; es decir la ocupación desocupada y la condición laboral desempleado influyen en abandono del tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente.

Tabla 11. Factores de antecedentes personales de consumo en el abandono del tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente en pacientes que acuden al Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

Factores de antecedentes personales de consumo	Grupo caso (n=14)		Grupo control (n=14)		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	N°	%	N°	%		
<b>Alcohol</b>						
SI	11	78,6	6	42,9	3,74	0,053
NO	3	21,4	8	57,1		
<b>Tabaco</b>						
SI	9	64,3	7	50,0	0,58	0,445
NO	5	35,7	7	50,0		
<b>Drogas psicoactivas</b>						
SI	7	50,0	2	14,3	4,09	0,043
NO	7	50,0	12	85,7		
<b>Marihuana</b>						
SI	9	64,3	3	21,4	5,25	0,022
NO	5	35,7	11	78,6		
<b>PBC (pasta base de cocaína)</b>						
SI	6	42,9	4	28,6	0,62	0,430
NO	8	57,1	10	71,4		
<b>EV (endovenoso)</b>						
SI	3	21,4	2	14,3	0,24	0,622
NO	11	78,6	12	85,7		
<b>TK (terokal)</b>						
SI	3	21,4	1	7,1	1,17	0,280
NO	11	78,6	13	92,9		

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).



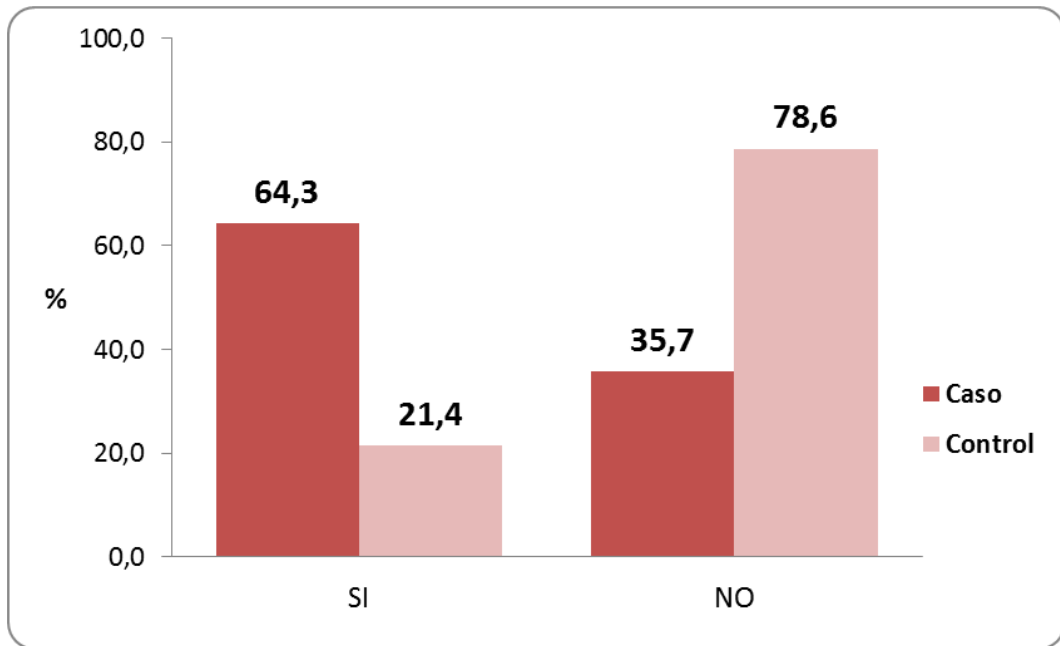


Gráfico 11. Porcentaje de pacientes con abandono de tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente según el factor consumo de marihuana. Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

Respecto a la asociación entre los factores de antecedentes personales de consumo y el abandono del tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente en pacientes en estudio, observamos que 78,6%, 50,0% y 64,3% presentaron consumo de alcohol, drogas psicoactivas y marihuana, respectivamente y a la vez se encontraban con abandono del tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente. Mediante la Prueba Chi cuadrada el consumo de alcohol, drogas psicoactivas y marihuana tuvieron significación estadística de  $p \leq 0,053$ ,  $p \leq 0,043$  y  $p \leq 0,022$ , respectivamente; es decir el consumo de alcohol, drogas psicoactivas y marihuana influyen en abandono del tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente.

Tabla 12. Factores de co-morbilidad en el abandono del tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente en pacientes que acuden al Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

Comorbilidad	Grupo caso		Grupo control		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	N°	%	N°	%		
SI	2	14,3	1	7,1	0,37	0,541
NO	12	85,7	13	92,9		
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>		

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

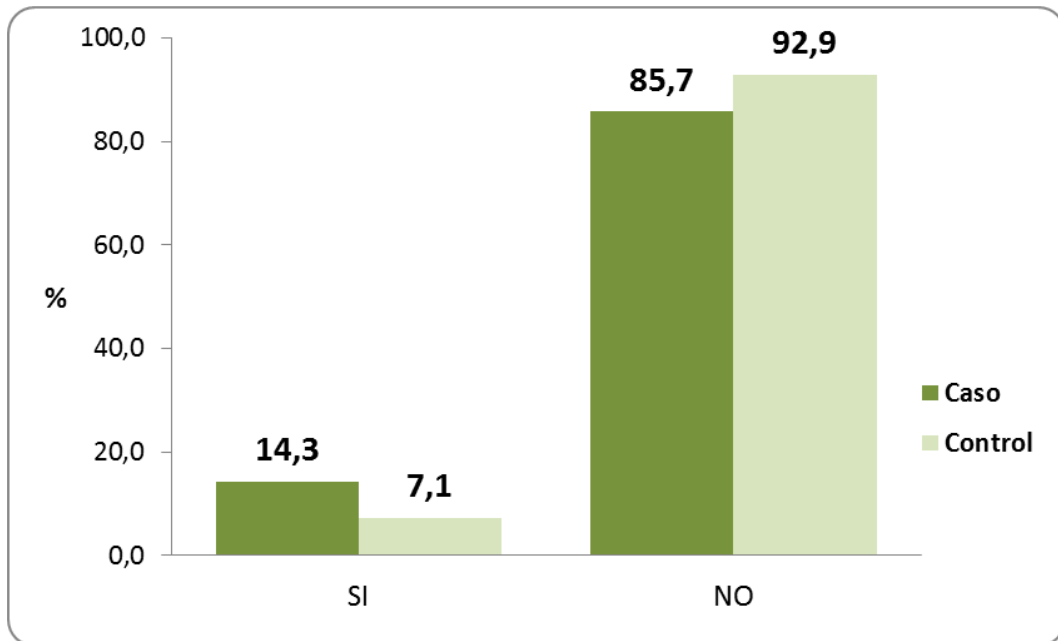


Gráfico 12. Porcentaje de pacientes con abandono de tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente según el factor de comorbilidad. Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

Con respecto a la asociación entre la comorbilidad y el abandono del tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente en pacientes en estudio, observamos que 14,3% presentó comorbilidad y a la vez se encontraba con abandono del tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente. Mediante la Prueba Chi cuadrada la comorbilidad no presentó significación estadística con  $p \leq 0,541$ ; es decir la comorbilidad no influye en abandono del tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente.

Tabla 13. Factores de antecedentes médicos en el abandono del tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente en pacientes que acuden al Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

Factores de antecedentes médicos	Grupo caso (n=14)		Grupo control (n=14)		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	N°	%	N°	%		
<b>Alergia a algún medicamento</b>						
SI	1	7,1	0	0,0	1,04	0,309
NO	13	92,9	14	100,0		
<b>Peso al inicio del tratamiento</b>						
Media	52,8		59,6		-1,64	0,113*
Desviación estándar	12,7		8,7			
<b>Talla al inicio del tratamiento</b>						
Media	1,6		1,6		-0,78	0,441*
Desviación estándar	0,1		0,1			
<b>Hematocrito al inicio del tratamiento</b>						
Media	39,9		41,4		-0,80	0,432*
Desviación estándar	4,0		5,8			

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

\* Prueba T Student.

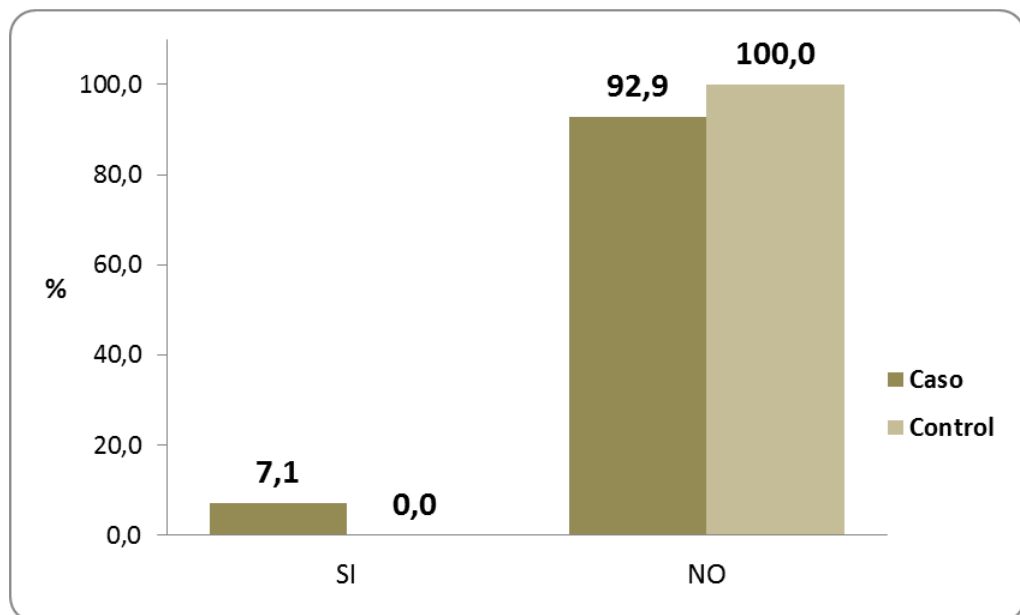


Gráfico 13. Porcentaje de pacientes con abandono de tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente según el factor de alergia a algún medicamento. Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

Respecto a la asociación entre antecedentes médicos y el abandono del tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente en pacientes en estudio, encontramos que mediante la Prueba Chi cuadrada y la prueba t Student no resultaron con significancia estadística ( $p > 0,05$ ); es decir la alergia a algún medicamento, peso al inicio del tratamiento, talla al inicio del tratamiento y hematocrito al inicio del tratamiento no influyen en abandono del tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente.

Tabla 14. Factores de reacción adversa a tratamiento en el abandono del tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente en pacientes que acuden al Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

Factores de reacción adversa a tratamiento	Grupo caso (n=14)		Grupo control (n=14)		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	N°	%	N°	%		
<b>Reacción dérmica</b>						
SI	1	7,1	0	0,0	1,04	0,309
NO	13	92,9	14	100,0		
<b>Angiodema</b>						
SI	1	7,1	2	14,3	0,37	0,541
NO	13	92,9	12	85,7		
<b>Hepática</b>						
SI	9	64,3	8	57,1	0,15	0,699
NO	5	35,7	6	42,9		
<b>Gastrointestinal</b>						
SI	10	71,4	14	100,0	4,67	0,031
NO	4	28,6	0	0,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

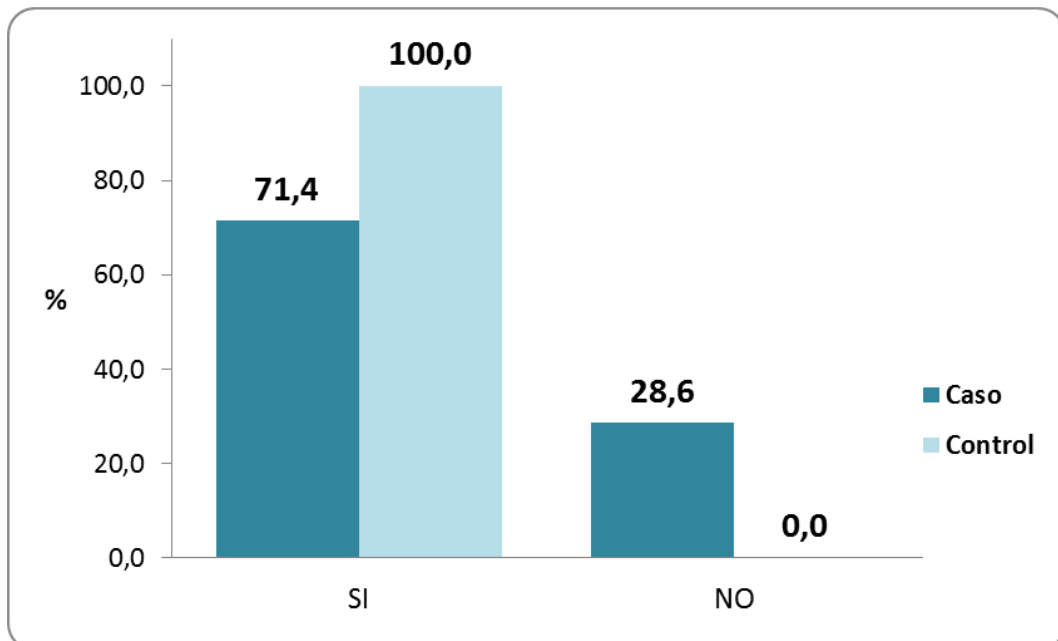


Gráfico 14. Porcentaje de pacientes con abandono de tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente según el factor de reacción adversa a tratamiento de gastrointestinal. Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

En lo que respecta a la asociación entre los factores de reacción adversa a tratamiento y el abandono del tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente

en pacientes en estudio, observamos que 71,4% tuvo reacción adversa en gastrointestinal y a la vez se encontraba con abandono del tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente. Mediante la Prueba Chi cuadrada la reacción adversa en gastrointestinal tuvo significación estadística de  $p \leq 0,031$ ; es decir la reacción adversa en gastrointestinal influye en el abandono del tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente.

Tabla 15. Factores de antecedentes de tuberculosis en el abandono del tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente en pacientes que acuden al Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

Factores de antecedentes de tuberculosis	Grupo caso (n=14)		Grupo control (n=14)		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	N°	%	N°	%		
<b>Presencia de tuberculosis anterior al diagnóstico</b>						
SI	13	92,9	14	100,0	1,04	0,309
NO	1	7,1	0	0,0		
<b>Antecedente de tratamiento</b>						
SI	8	57,1	13	92,9	4,76	0,029
NO	6	42,9	1	7,1		
<b>Tiempo que transcurrió desde el tratamiento menor de 1 año</b>						
SI	11	78,6	12	85,7	0,24	0,622
NO	3	21,4	2	14,3		
<b>Esquema uno de tratamiento recibido en el último tratamiento</b>						
SI	13	92,9	14	100,0	1,04	0,309
NO	1	7,1	0	0,0		
<b>Antecedentes de contacto</b>						
SI	8	57,1	3	21,4	3,74	0,053
NO	6	42,9	11	78,6		

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

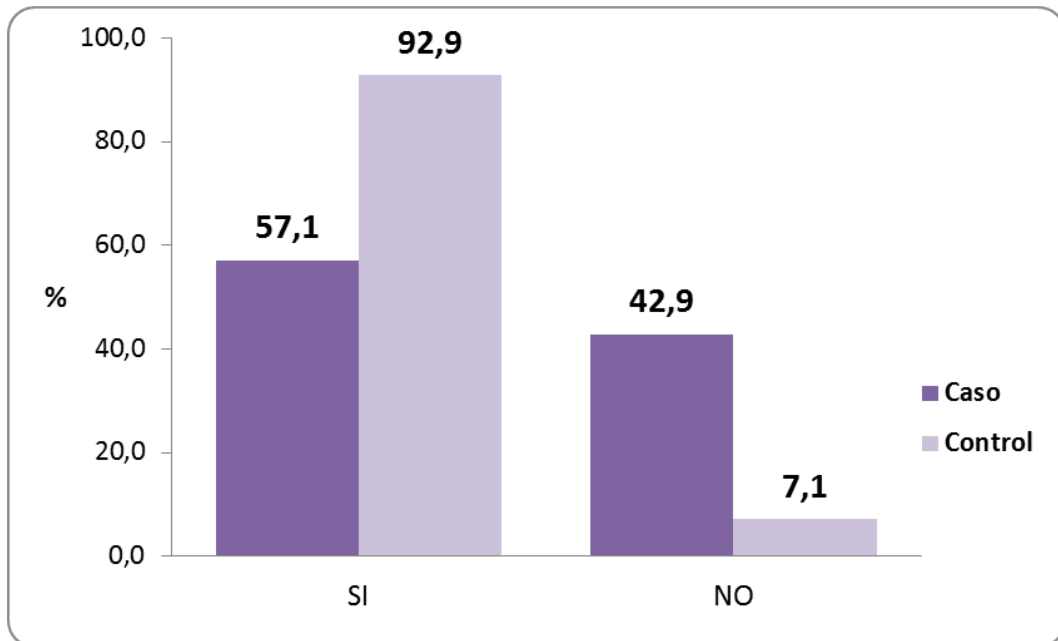


Gráfico 15. Porcentaje de pacientes con abandono de tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente según el factor de antecedente de tratamiento. Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

Concerniente a la asociación entre los factores de antecedentes de tuberculosis y el abandono del tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente en pacientes en estudio, observamos que 57,1% tuvieron antecedente de tratamiento y antecedentes de contacto, cada una y a la vez se encontraban con abandono del tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente. Mediante la Prueba Chi cuadrada el antecedente de tratamiento y el antecedente de contacto tuvieron significación estadística de  $p \leq 0,029$  y  $p \leq 0,053$ , respectivamente; es decir el antecedente de tratamiento y antecedentes de contacto influyen en abandono del tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente.



Tabla 16. Factores de apoyo psicológico en el abandono del tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente en pacientes que acuden al Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

Factores de apoyo psicológico	Grupo caso (n=14)		Grupo control (n=14)		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	N°	%	N°	%		
<b>Experiencia traumática durante el tratamiento</b>						
SI	1	7,1	0	0,0	1,04	0,309
NO	13	92,9	14	100,0		
<b>Falta de apoyo familiar</b>						
SI	1	7,1	0	0,0	1,04	0,309
NO	13	92,9	14	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

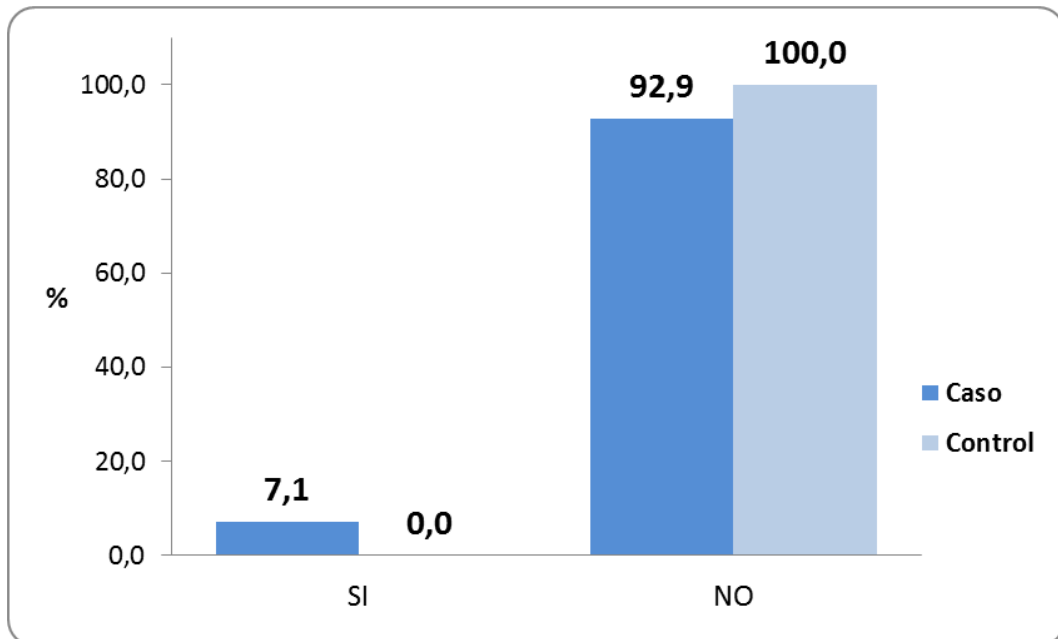


Gráfico 16. Porcentaje de pacientes con abandono de tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente según el factor de falta de apoyo familiar. Programa de Tuberculosis del Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015

Y, en cuanto a la asociación entre factores de apoyo psicológico y el abandono del tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente en pacientes en estudio,

encontramos que mediante la Prueba Chi cuadrada las variables experiencia traumática durante el tratamiento y falta de apoyo familiar no resultaron significativos estadísticamente ( $p > 0,05$ ); es decir la experiencia traumática durante el tratamiento y falta de apoyo familiar no influyen en abandono del tratamiento para tuberculosis multidrogo resistente.

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

#### **5.1. Discusión de los resultados**

La tuberculosis pulmonar continúa siendo un importante problema de salud a nivel mundial el cual aporta anualmente un número elevado de casos nuevos y fallecidos. Los elementos que han impedido el control adecuado de la misma son la deficiente búsqueda activa de los casos considerados reservorios y la multirresistencia del *Mycobacterium tuberculosis* a los medicamentos debido a tratamientos inadecuados (42).

La TB MDR significa que una enfermedad curable se vuelve incurable si no media un nuevo tratamiento. Este tratamiento es muy costoso además de muy molesto para el enfermo. Los enfermos multidrogo-resistentes son una fuente altamente peligrosa de contagio para las personas de su entorno, ya que dispersan bacilos de la TB y de cepas MDR (43).

En nuestra investigación hemos demostrado que los factores que influyen significativamente en el abandono del tratamiento para TB MDR fueron: la ocupación desocupado ( $p \leq 0,023$ ); la condición laboral desempleado ( $p \leq 0,018$ ); el consumo de alcohol ( $p \leq 0,053$ ); drogas psicoactivas ( $p \leq 0,043$ ); la marihuana ( $p \leq 0,022$ ); la reacción adversa a tratamiento gastrointestinal ( $p \leq 0,031$ ); antecedente de tratamiento ( $p \leq 0,029$ ) y antecedentes de contacto ( $p \leq 0,053$ ).

Al respecto estudios realizados por Soza, Pereira y Barreto (44) identificaron como factores de riesgo de abandono del tratamiento antituberculoso: pertenecer al sexo masculino, carecer de residencia fija o vivir en la calle, cambiar de

domicilio durante el tratamiento, consumir bebidas alcohólicas, usar drogas ilícitas, enfrentar dificultades de acceso a los servicios de salud y tener una impresión negativa de la atención clínica recibida.

Dalens (45) encontró que entre los factores que inducen al abandono del tratamiento de la tuberculosis se destacaron el pertenecer al sexo masculino, bajo ingreso económico, consumo de alcohol, cigarrillos y drogas, la necesidad de utilizar transporte para llegar al establecimiento de salud y presentar efectos secundarios a los medicamentos.

Arriola, Castillo, Quispe y Torres (46) concluyeron que los factores asociados a la asistencia discontinua al Programa de Control de Tuberculosis con mayor significancia fueron: hacinamiento, tipo de trabajo independiente y eventual, no tener apoyo familiar, y no tener información básica sobre la enfermedad.

Torres y Herrera (47) demostraron que la mayoría de los casos de tuberculosis abandonó durante la fase intermitente del tratamiento y la causa del abandono estuvo fundamentalmente asociada a factores del paciente, como abuso de sustancias, sensación de mejoría e inestabilidad laboral.

Cáceres (48), Mesen (49) y Ríos (50) muestran que las personas con trabajo eventual presentan mayor riesgo de abandonar el tratamiento debido a que generalmente se encuentran en una búsqueda constante de un trabajo; por lo tanto, tienen un horario que no se adapta para acudir al programa y recibir su tratamiento. Wardman, Knox, Muers y Page (51) reportaron que los pacientes que abandonaron el tratamiento procedían de estratos económicos bajos. El hecho de tener un ingreso económico bajo no permite satisfacer los requerimientos mínimos de alimentación, salud, vivienda, movilidad, etc., y puede traer como consecuencia incumplimiento del tratamiento.

El tratamiento antituberculoso es un proceso complejo que requiere un régimen terapéutico prolongado, durante el cual pueden influir diversos factores en la decisión de continuarlo regular o irregularmente, tales como: factores personales, ambiente que los rodea, falta de recursos humanos del personal de salud (52), así como la falta de soporte social, ya que este es importante en la supervisión del tratamiento antituberculoso (53).

Y, finalmente nuestra propuesta ante esta problemática se rige por lo siguiente: fortalecer el control de la TB mediante la estrategia Alto a la Tuberculosis; incrementar los programas de MDR-TB; expandir y mejorar los servicios de laboratorio; expandir la vigilancia de MDR-TB; prevenir la transmisión mediante el control de la infección; incrementar la disponibilidad de información; conseguir fondos y recursos y promover el desarrollo e investigación.

## CONCLUSIONES

Se llegaron a las siguientes conclusiones:

- Los factores sociodemográficos que influyen significativamente en el abandono del tratamiento para TB MDR fueron: la ocupación desocupado ( $p \leq 0,023$ ); la condición laboral desempleado ( $p \leq 0,018$ ).
- Dentro de los factores de antecedentes personales de consumo que influyen significativamente en el abandono del tratamiento para TB MDR fueron: el consumo de alcohol ( $p \leq 0,053$ ); de drogas psicoactivas ( $p \leq 0,043$ ) y la marihuana ( $p \leq 0,022$ ).
- La comorbilidad no influye significativamente en el abandono del tratamiento para TB MDR ( $p \leq 0,541$ ).
- Los factores de antecedentes médicos (alergia a algún medicamento, peso al inicio del tratamiento, talla al inicio del tratamiento, hematocrito al inicio del tratamiento) no influyen significativamente en el abandono del tratamiento para TB MDR ( $p > 0,05$ ).
- Dentro de los factores de reacción adversa a tratamiento que influyen significativamente en el abandono del tratamiento para TB MDR fue: la gastrointestinal ( $p \leq 0,031$ ).
- Los factores de antecedentes de tuberculosis que influyen significativamente en el abandono del tratamiento para TB MDR fueron: antecedente de tratamiento ( $p \leq 0,029$ ) y antecedentes de contacto ( $p \leq 0,053$ ).
- Los factores de apoyo psicológico (experiencia traumática durante el tratamiento y falta de apoyo familiar) no influyen significativamente en el abandono del tratamiento para TB MDR ( $p > 0,05$ ).

## SUGERENCIAS

Se proponen algunas recomendaciones:

- Diseñar y desarrollar un programa de educación continua dirigido a usuarios TB MDR, haciendo énfasis en la importancia del cumplimiento y el involucramiento de la familia.
- Fortalecer el trabajo multidisciplinario del programa de tuberculosis, integrando mayor contacto con el psicólogo, médico, nutricionista, asistente social y enfermero, a fin de concientizar y comprender mejor la situación del paciente, interviniendo en cada caso de modo individualizado, a fin de promover una mayor adherencia.
- Fortalecer el seguimiento riguroso mediante las visitas domiciliarias, a fin de crear y mantener un vínculo permanente entre usuario-personal de salud, en la intención de reducir el riesgo de abandono.
- Realizar controles médicos mensuales para observar la evolución clínica, radiológica y bacteriológica, reajuste de dosis/Kg peso y manejo de reacciones adversas.
- Realizar estudios experimentales para probar la eficacia de las intervenciones de salud que favorezcan la adherencia al tratamiento terapéutico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez M, De la Vega F, Bello A, Lora M, Navas D, Herazo C. Tuberculosis resistente a múltiples medicamentos. *Rev.cienc. biomed.* 2013;4(1):159-164.
2. Bonilla C. Fundamentos para el uso racional de medicamentos en el tratamiento y retratamiento de la Tuberculosis”, en Seminario Nacional de Evaluación. Informe Anual de 1992. Cuzco - Perú. Marzo. 1993.
3. Blöndal K. Barriers to reaching the targets for tuberculosis control: multidrug-resistant tuberculosis. *Bulletin of the World Health Organization* 2007;85:387-394.
4. MINSA. Evaluación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis Año 2006. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESNtuberculosis/normaspublicaciones/InfEvaluacion2006.pdf>
5. OPS. Seminario Taller: “Respuesta Sostenible Para La Vigilancia y Control de la TB-MDR y la TB-XDR” Conclusiones y Recomendaciones Claves”. República Dominicana–Boca Chica del 28 al 30 de marzo, 2007.
6. Comité de Tuberculosis Extremadamente Resistente (TB XDR). Análisis de la situación actual y propuesta de lineamientos técnicos para el control y prevención de la tuberculosis resistente en el Perú. Informe final. Lima, 2008.
7. Jaramillo E. XDR-TB, extensively drug-resistant tuberculosis. *Biomédica Instituto Nacional de Salud.* 2007;27:7-6.
8. Manejo de Tuberculosis Multidrogo Resistente en Niños: Guía de Campo. Boston, EE.UU.: Sentinel Project on Pediatric Drug-Resistant Tuberculosis; Marzo del 2015, Segunda Edición.
9. The Lancet Infectious D. The worldwide epidemic of multidrug-resistant tuberculosis. *The Lancet infectious diseases.* 2011;11(5):333.
10. Hafkin J, Modongo C, Newcomb C, Lowenthal E, MacGregor RR, Steenhoff AP, et al. Impact of the human immunodeficiency virus on early multidrug-resistant tuberculosis treatment outcomes in Botswana. *Int J Tuberc Disease.* 2013;17(3):348-353.
11. Spigelman M, Compton C, Gheuens J. Multidrug-resistant tuberculosis. *The NEngl J Med.* 2012;367(22):2155.
12. Pachi A, ratis D, Tselebis A. Psychiatric Morbidity and Other Factors Affecting Treatment Adherence in Pulmonary Tuberculosis Patients. *HPC.* 2013 Feb.



13. Perú, Ministerio de Salud. Situación de la Tuberculosis en el Perú [Internet]. Lima: MINSA; 2008 [citado febrero del 2015]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/>
14. Pulido OF, Peña SR, Rubio RG, González GJ, Pérez-Herrero CJR, Vázquez RJJ, Pérez-Medel AP. Factores predictivos del abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Rev Clin Esp.* 1997;197(3):163–6.
15. Bonilla A. Situación de la tuberculosis en el Perú: current status. *Acta méd. Peruana.* 2008 jul-set;.25(3): 163-170.
16. Nebeker J, Barach P, Matthew HS. Clarifying Adverse Drug Events: A Clinician's Guide to Terminology, Documentation, and Reporting. *Rev. Ann Intern Med* 2004;(140):795-801.
17. Perú, Ministerio de Salud. Situación de la Tuberculosis en el Perú 2010 [Internet]. Lima: MINSA; 2014 [citado febrero del 2015]. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/respiravida/archivos/Ayuda\\_memoria\\_Lanzamiento\\_TB.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/respiravida/archivos/Ayuda_memoria_Lanzamiento_TB.pdf)
18. Soza NI, Pereira SM, Barreto ML. Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: resultados de un estudio comparativo. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;17(4):271–8.
19. Morales HE. Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes TB-MDR de la Red Almenara de ESSALUD- Lima, Año 2015. [Tesis]. Lima- Perú: Universidad Ricardo Palma; 2015.
20. Torres Z, Herrera T. Perfil del paciente con tuberculosis que abandona el tratamiento en Chile. *Rev Chil Enf Respir* 2015; 31: 52-57.
21. Navarro C, Rueda JL, Mendoza JL. Op. Cit. P. 19.
22. Soza NI, Pereira SM, Barreto ML. Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: resultados de un estudio comparativo. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;17(4):271–8.
23. Morales HE. Op. Cit. P. 22.
24. Dalens EI. Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis. Red de Salud Lima Norte V Rímac-San Martín-Los Olivos. [Tesis]. Lima-Perú: Universidad Ricardo Palma; 2012.
25. Arriola P, Castillo T, Quispe G, Torres C. Factores asociados a la asistencia del paciente al tratamiento antituberculoso. *Rev enfermHerediana.* 2011;4(2):86-92.

26. Sánchez J, Verga B, Sánchez L. Tuberculosis Pulmonar: reto actual para la Salud Pública cubana. Rev Ciencias Médicas. 2012 Jun;16(3):82-94.
27. Garzón MC, Angée DY, Llerena C, Orjuela DL, Victoria JE., Vigilancia de la resistencia del M. tuberculosis a los fármacos antituberculosos, Colombia 2004 – 2005. Biomédica, 2008, 28:319-26.
28. Jave O. La Tuberculosis Multirresistente en el Perú [Internet]. Lima: ForoSalud; 2014 [citado febrero del 2014]. Disponible es: [http://www.forosalud.org.pe/La\\_tuberculosis\\_multirresistente\\_en\\_el\\_Peru.pdf](http://www.forosalud.org.pe/La_tuberculosis_multirresistente_en_el_Peru.pdf)
29. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la tuberculosis y cómo se trata? [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [citado el diciembre del 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/08/es/>
30. USA, Southeastern National Tuberculosis Center. Tuberculosis Fármacorresistente: Una Guía Práctica para la Atención Médica del Paciente 2009. [Internet] Florida: SNTC; 2014 [citado febrero del 2015]. Disponible en: [http://sntc.medicine.ufl.edu/Files/drtbspanish/documents/tb\\_farmacorresistente\\_guia.pdf](http://sntc.medicine.ufl.edu/Files/drtbspanish/documents/tb_farmacorresistente_guia.pdf)
31. Espinal MA. Epidemiology of multidrug-resistant tuberculosis in low and middle-income countries. Chapter in Multidrug-resistant Tuberculosis edited by Ivan Bastian and Francoise Portales. 2000 Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, The Netherlands.
32. Centers for Disease Control and Prevention. Core Curriculum on Tuberculosis (fourth edition) 2000.
33. World Health Organization. Global Tuberculosis Control: WHO Report 2002. (WHO/CDS/TB/2002.29).
34. Oliveira HB, Moreira FDC. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas SP, Brasil, 1993–1994. Rev Saude Publica. 2000;34(5):437–43.
35. Deheinzelin D, Takagaki TY, Sartori AMC, Leite OHM, Neto VA, Carvalho CRR. Factores predictivos de abandono de tratamento por pacientes com tuberculose. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo. 1996;51(4):131–135.
36. Nicaragua. Ministerio de Salud, Departamento de Control de Tuberculosis. Manual del Programa de Control de Tuberculosis. Managua; 2001;1–56.
37. Navas E, Moreno S. Tuberculosis multirresistente y extremadamente resistente. Rev Esp Sanid Penit 2010; 12: 91-98.

38. Crofton J, Mitchison DA. Streptomycin resistance in pulmonary tuberculosis. *Br Med J* 1948 Dec 11; 2(4588): 1009-15.
39. Canetti G, Grosset J. [Late positivization of cultures of tuberculosis bacilli; its relation to isoniazid resistance.]. *Rev Tuberc* 1956 Dec; 20 (11-12):1053-61.
40. Blumberg HM, Burman WJ, Chaisson RE, Daley CL, Etkind SC, Friedman LN, et al. American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America: treatment of tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med* 2003 Feb 15; 167(4):603-62.
41. Navas E, Moreno S. Op. cit. P. 91.
42. Sánchez J, Verga B, Sánchez L. Op. Cit. P. 82.
43. Bonilla C. Op. Cit. P. 85.
44. Soza NI, Pereira SM, Barreto ML. Op. Cit. 272.
45. Dalens EI. Op. Cit. P. 15.
46. Arriola P, Castillo T, Quispe G, Torres C. Op. Cit. P. 86.
47. Torres Z, Herrera T. Op. Cit. P. 52.
48. Cáceres MM. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. Colombia. *Rev. Med UNAB* 2004; 7:173-176.
49. Mesen AM, Chamizo GH. Los determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Estudio de un caso urbano, el cantón de Desamparados, Costa Rica. *Rev. cienc. adm. financ. segur. soc* 2005;13(1):71-82.
50. Ríos HM, Suarez NC, Muñoz CD. Factores asociados a recaídas por tuberculosis en Lima este -Perú. *Rev. Perú. med. exp. salud publica. ene./mar* 2002;19(1):35-38.
51. Wardman AG, Knox AJ, Muers MF, Page RL. Profiles of noncompliance with antituberculosis therapy *Br J Dis.* En Cáceres FM. 2005.
52. Perú, Ministerio de Salud. Evaluación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis Año 2006. Lima. MINSAs 2007.
53. Mesen AM, Chamizo GH. Op. Cit. P. 71.

# ANEXOS

Nº ficha: 

Fecha: / /

**ANEXO 01****FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

**TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:** Factores de riesgo y su influencia en el abandono del tratamiento para TB MDR en pacientes que acuden al programa de tuberculosis en el Hospital Amazónico, Yarinacocha - Ucayali 2012-2015.

**INSTRUCCIONES.** Estimado Sr(a). A continuación Ud. tendrá una serie de datos relacionados a los factores de riesgo en el abandono del tratamiento para TB MDR, para ello coloque la respuesta de acuerdo a lo revisado y observado.

**GRACIAS****GRUPO DE ESTUDIO:**

Caso ( )  
Control ( )

**I. INFORMACION GENERAL:**

1. Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

2. Dirección de Salud: \_\_\_\_\_

3. Red de salud: \_\_\_\_\_

4. Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_

**II. CARACTERISTICA SOCIODEMOGRAFICA**

3. Edad en años cumplidos: \_\_\_\_\_

4. Género:

Femenino ( )  
Masculino ( )

5. Grado de Instrucción:

Sin instrucción ( )  
Primaria ( )  
Secundaria ( )  
Superior Universitario ( )  
Superior Técnico ( )  
No hay información ( )

## 6. Estado Civil:

- Soltero ( )
- Casado ( )
- Conviviente ( )
- Divorciado/separado ( )
- Viudo ( )
- No hay información ( )

## 7. Régimen de atención en salud:

- SIS ( )
- ESSALUD ( )
- FAP ( )
- PNP ( )
- Naval ( )
- Ejército ( )
- Privado ( )
- No hay información ( )

## 8. Ocupación:

- Obrero ( )
- Empleado ( )
- Comerciante ( )
- Ama de Casa ( )
- Dependiente ( )
- Independiente ( )
- Estudiante ( )
- Desocupado ( )
- No hay información ( )

## 9. Condición Laboral en el momento del inicio del tratamiento:

- Dependiente público ( )
- Dependiente Privado ( )
- Independiente Estable ( )
- Independiente Eventual ( )
- Estudiante ( )
- Jubilado ( )
- Desempleado ( )
- No hay Información ( )

**III. ANTECEDENTES PERSONALES DE CONSUMOS**

	1. Actualmente las consume	2. Lo consumió en el pasado	3. Nunca las ha consumido	4. No hay Información
Alcohol				
Tabaco				
Drogas psicoactivas				
Marihuana				
PBC (pasta base de cocaína)				
EV(Endovenoso)				
TK(TEROKAL)				
OTRA				

**IV. CO-MORBILIDADES**

Enfermedad	0. NO	1. SI	2. No hay información
Diabetes			
VIH			
Cáncer			
Insuficiencia Renal crónica			
Hepatitis crónica o cirrosis			
Otra Enfermedad Inmunosupresoras (leucemias, etc.)			

**V. PACIENTES CON VIH**

	0. NO	1. SI	2. No hay información
Recibe tratamiento antirretroviral			
Le realizaron recuento de CD4/CD8 antes de iniciar el tratamiento antituberculosis			
Le realizaron carga viral antes de iniciar el tratamiento antituberculosis			

10. Resultado del recuento de CD4 antes de iniciar el tratamiento antituberculosis:

- 500-1600 x mm<sup>3</sup> ( )  
 300-500 x mm<sup>3</sup> ( )  
 100-300 x mm<sup>3</sup> ( )  
 Menor a 100 ( )  
 No hay información ( )

11. Resultado de la carga Viral antes de iniciar el tratamiento:

- Mayor a 10.000 copias por ml ( )  
 5.000-10.000 copias por ml ( )  
 501-4999 copias por ml ( )  
 200-500 copias por ml ( )  
 Menor 200 copias por ml ( )  
 Indetectable ( )  
 No hay información ( )

**VI. ANTECEDENTES MEDICOS**

12. Presenta alergia a algún medicamento de acuerdo a los datos consignados en la historia clínica:

- No ( )  
 Si ( )  
 No hay información ( )

13. Peso al inicio del tratamiento:

\_\_\_\_\_Kg (con 1 decimal).

NO Información ( )

14. Talla al inicio del tratamiento:

\_\_\_\_\_cm

NO Información ( )



15. Resultado del hematocrito al inicio del tratamiento:

\_\_\_\_\_%

NO Información ( )

16. fecha del Hematocrito: \_\_\_/

/ \_\_\_\_\_

### VII. REACCION ADVERSAS A TRATAMIENTO

	0. NO	1. SI	2. No hay Información
Reacción Dérmica			
Angiodema			
Stevens-Johnson			
Hepática			
Gastrointestinal			

### VIII. ANTECEDENTES DE TUBERCULOSIS

17. Ha presentado tuberculosis anteriormente al diagnóstico actual:

NO ( )

Si ( )

No hay información ( )

18. Cuantas veces: \_\_\_\_\_ No hay información ( )

19. Ha recibido tratamiento anteriormente al diagnóstico actual:

NO ( )

Si ( )

No hay información ( )

20. Tiempo que ha transcurrido desde el último tratamiento al diagnóstico actual:

Menos de 1 año ( )

Entre 1 -5 años ( )

Entre 6 y 10 años ( )

Hace más de 10 años ( )

No hay Información ( )

21. Tipo de esquema del último tratamiento recibido anterior al diagnóstico actual:

Esquema uno ( )

Esquema dos ( )

Esquema tres ( )

Esquema estandarizado ( )

Esquema Empírico ( )

Esquema Individualizado ( )

No Hay Información ( )

22. Contacto con alguna persona con tuberculosis pulmonar:

NO ( )

Si ( )  
 No hay información ( )

23. Tipo de tratamiento que recibió el contacto:

Esquema uno ( )  
 Esquema dos ( )  
 Esquema tres ( )  
 Esquema estandarizado ( )  
 Esquema Empírico ( )  
 Esquema Individualizado ( )  
 No Hay Información ( )

24. Situación del contacto al inicio del tratamiento del Caso o Control:

Curado ( )  
 Fracaso ( )  
 Abandono ( )  
 En tratamiento ( )  
 Muerto ( )  
 No hay Información ( )

**IX. INCENTIVOS**

	0. No	1. SI	2. No hay información
El paciente ha recibido algún incentivo económico durante su tratamiento			
El paciente ha recibido algún incentivo en alimentos durante su tratamiento			

**X. APOYO PSICOLOGICO**

	0. NO	1. SI	2. No hay información
El paciente Refiere alguna experiencia traumática durante su tratamiento			
El paciente refiere haber recibido Apoyo familiar durante su tratamiento			

Nombre y firma del encuestador:

\_\_\_\_\_

Fecha de la encuesta: \_\_\_\_\_

## ANEXO N° 02

**TABLA DE VALORACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN  
SEGÚN EXPERTOS**

<b>VARIABLE (ítems)</b>	<b>Respuesta positiva (1 punto)</b>	<b>Respuesta negativa (0 puntos)</b>
El cuestionario permite cumplir con los objetivos de la investigación		
Existe congruencia entre el problema, el objetivo y la hipótesis de la investigación		
Las principales variables de la investigación están consideradas en el instrumento		
Los datos complementarios de la investigación son adecuados		
Están especificadas con claridad las preguntas relacionadas con la hipótesis de investigación		
El cuestionario es posible aplicarlo a otros estudios similares		
El orden de las preguntas es adecuado		
El vocabulario es correcto		
El número de preguntas es suficiente o muy amplio		
Las preguntas tienen carácter de excluyentes		

**Sugerencias:**.....

.....

.....

.....

**Experto**