

**UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN"**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



---

**FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA MULTIDROGORESISTENCIA DE  
PACIENTES CON TUBERCULOSIS, HOSPITAL REGIONAL "HERMILIO  
VALDIZÁN MEDRANO", HUÁNUCO-2015.**

---

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TESISTAS:** MORALES BRICEÑO, Lili Raquel.  
OBREGÓN MORALES, Arelina.  
SALAZAR RIVERA, Benazir.

**ASESORA:** Dra. IRENE.DEZA Y FALCÓN

**HUÁNUCO – PERÚ**

**2015**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por mostrarnos el camino en esta investigación y permitirnos lograr nuestras metas y por su infinito amor porque es quien nos da salud, vida y nos guía en todo momento.

A nuestros padres y familiares por su comprensión, aprecio, por su ejemplo de trabajo y honradez, por el cariño y por sus valores, consejos que nos imparten para enfrentar los retos de la vida y el apoyo brindado en el trayecto de nuestras vidas.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a la Universidad Nacional Hermilio Valdizán por ser nuestra alma mater y fuente del saber; así mismo a la facultad de enfermería y a sus docentes, quienes colaboraron en el desarrollo de la presente investigación y la culminación de ésta tesis.

De la misma manera agradecemos la colaboración del médico Juan Carlos Nájera Gómez encargado de la ESN de PCT del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco por sus recomendaciones brindadas y apoyo en la aplicación de la presente investigación, también a las licenciadas en enfermería de dicho hospital quienes nos acompañaron en el desarrollo de la investigación, a nuestras familias por su gran amor y apoyo incondicional para nuestra formación profesional.

Finalmente expresamos nuestro sincero agradecimiento a todos los pacientes de la ESN del PCT por haber contribuido en la realización de la presente investigación.

## RESUMEN

La investigación se realizó con el objetivo de determinar los factores que intervienen en la multidrogorresistencia de pacientes con tuberculosis, Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco- 2015. El tipo de estudio realizado fue: según el análisis y alcance de los resultados es de tipo descriptivo, según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información es de tipo prospectivo, según el periodo y secuencia del estudio es de tipo transversal. Se trabajó con una muestra de 30 pacientes de la ESN de PCT, para la recolección de datos utilizamos como instrumento es la guía de entrevista y la técnica es la entrevista; llegamos a las siguientes conclusiones: Que, entre los factores que intervienen en la multidrogorresistencia de pacientes con tuberculosis son los factores sociales y farmacológicos en un 66.6% (20), seguido de los factores nutricionales con un 56.6%(17) y los factores culturales en un menor porcentaje con un 50 % (15). La mayoría de nuestra población estudiada es: población joven (15-25 años) en 53%, el sexo predominante fue el femenino (16) en un 53%, la procedencia fue urbano (21) en un 70%, el estado civil soltero (19) conformada por un 63%, ocupación estudiante (16) con un 53%, el grado de instrucción con mayor relevancia fue secundaria (14) en un 47%.

**PALABRAS CLAVES:** Tuberculosis, tuberculosis multidrogorresistente, medicamentos, factores.

## **ABSTRACT**

The investigation was conducted to determine the factors involved in multidrug TB patients, Regional Hospital Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2015. The type of study was, according to the analysis and scope of the results is descriptive, occurrence time as the facts and registration information is prospective, depending on the time and sequence of study is transversal. We worked with a sample of 30 patients of the ESN PCT, for use as a data collection instrument is the interview guide and interview technique; we reached the following conclusions: that among the factors involved in multidrug TB patients are the social and pharmacological factors involved in multidrug in 66.6% (20), followed by nutritional factors with 56.6% (17) and cultural factors in a lower percentage at 50% (15). Most of our study population is young (15-25 years) in 53%, the majority of patients were female (16) by 53%, the source was urban (21) by 70%, single marital status (19) made up 63%, student occupation (16) with a 53% level of education was more important secondary (14) by 47%.

**KEY WORDS:** Tuberculosis, multidrug-resistant tuberculosis, drugs, factors

## INDICE

	Pag.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRAC	v
INDICE GENERAL	vi
INTRODUCCIÓN	viii
ASPECTOS BÁSICOS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	ix
FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA	ix
Justificación	xv
Propósito	xvi
FORMULACION DEL PROBLEMA	xvi
OBJETIVOS	xvi
Objetivo general	xvi
Objetivos específicos	xvi
CAPITULO I	
1. MARCO TEÓRICO	18
1.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACION	18
1.2 BASE TEORICO	25
1.3 BASES CONCEPTUALES	27
1.4 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	34
1.5 VARIABLES	34
1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	35
1.7 DEFINICION DE TERMINOS OPERACIONALES	37
CAPITULO II	
2. MARCO METODOLÓGICO	38
2.1 ÁMBITO DE ESTUDIO	38
2.2 POBLACIÓN	39
2.3 MUESTRA	39
2.4 TIPO DE ESTUDIO	40
2.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	40

2.6 TÉCNICA E INSTRUMENTO	41
2.7 PROCEDIMIENTO	43
2.8 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	43
2.9 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	44
<b>CAPITULO III</b>	
3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	46
3.1 RESULTADO	46
3.1.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO	46
3.1.2 ANÁLISIS INFERENCIAL	56
3.2 DISCUSIÓN	58
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	64
NOTA BIBLIOGRÁFICA	71

## INTRODUCCIÓN

La tuberculosis multidrogorresistente es la principal causa de morbimortalidad en la población peruana, anualmente se notifican alrededor de 29 mil casos nuevos de enfermedad activa y 17 mil casos nuevos de tuberculosis pulmonar frotis positivo, convirtiéndose el Perú en uno de los países con mayor número de casos de tuberculosis en las Américas, precedido solamente por Haití y Bolivia. El presente informe de investigación titulado "Factores que intervienen en la multidrogorresistencia de pacientes con tuberculosis, Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco-2015" tiene como objetivo determinar los factores que intervienen en la multidrogorresistencia de pacientes con tuberculosis.

El propósito de estudio está orientado a determinar y difundir los resultados de los factores que intervienen a la multidrogorresistencia en pacientes con tuberculosis a fin de lograr una mejor prevención y disminuir el número de casos por tuberculosis multidrogorresistente.

El presente estudio está estructurado en **CAPÍTULO I** marco teórico: presenta los antecedentes es decir los estudios realizados anteriormente y que guardan relación con la presente tesis, así mismo se presenta la base teórica – conceptual en la que se sustenta, constituyendo el soporte teórico-analítico del presente estudio. **CAPÍTULO II** se muestra el ámbito de estudio, población y muestra, diseño de investigación, método de investigación, técnicas e instrumentos, recolección de datos. **CAPÍTULO III** análisis y discusión de resultados.



## **ASPECTOS BÁSICOS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Tuberculosis Resistente a Múltiples Medicamentos (TB-MDR), es aquella forma de enfermedad tuberculosa producida por bacilos resistentes por lo menos a dos drogas como son la isoniazida y rifampicina.<sup>1</sup>

“La Tuberculosis fue declarada en 1993 como una “emergencia sanitaria mundial” debido a su magnitud como problema de salud pública”<sup>10</sup>

La TBC-MDR atenta contra el control de la tuberculosis que desde hace varias décadas se viene desarrollando en todo el mundo. Se estima que para el año 2008, 440.000 casos de TBC- MDR han surgido a nivel global, siendo la incidencia más alta para India y China que ocupan el 50% del total de multidrogo resistencia. Un factor preocupante es que el 75% de los pacientes diagnosticados no han sido tratados previamente.<sup>2</sup>

Asamblea mundial de salud en el 2010, sólo en 20 de los 36 países con una alta carga de TB o TB-MDR contaban con un laboratorio capaz de realizar cultivos de TB por cada 5 millones de personas. Gran parte de África y el subcontinente indio queda desatendida. A nivel mundial en 2010, sólo el 4% de los pacientes nuevos y el 6% de los pacientes con tuberculosis tratados previamente fueron evaluados según los informes de sensibilidad a la isoniazida y a la

rifampicina, mientras que los objetivos del Plan Mundial son 20% o más y 100%, respectivamente.<sup>3</sup> El número de casos de MDR-TB fue sólo el 18% del número estimado de casos entre los pacientes de tuberculosis notificado en 2010. Y sólo una cuarta parte de ellos fueron tratados de acuerdo con las directrices internacionales recomendadas. De datos (no publicados) recogidos por la OMS muestran que poco más de la mitad de los pacientes con TB-MDR terminan su tratamiento con éxito, y entre los pacientes con XDR-TB, la muerte es más común que el éxito del tratamiento, las tasas de incumplimiento y el fracaso del tratamiento también son altos.<sup>4</sup>

Cada año surgen más de 40.000 casos de TB-MDR como resultado, entre otros casos, de una poca inversión en actividades básicas para el control de la tuberculosis, poca adquisición de fármacos de acción contra el bacilo de la tuberculosis y la transmisión de las cepas drogo resistentes. El cuarto reporte anual del proyecto global de vigilancia de drogo resistencia en tuberculosis notifica que Europa del este continua documentando alta proporción de resistencia a nivel global y para todos los fármacos de primera línea, manifestando el escrito a la República de Corea y Perú como los lugares en donde se ha visto incrementada la proporción de TB-MDR; con estimaciones de alto número de casos en China e India.<sup>5</sup>

La Unión Nacional Contra La Tuberculosis de Lima informa que en el Perú cada hora cuatro a seis personas se enferman de tuberculosis (TB), esto hace que al año se vean afectados entre 35 000 a 50 000 personas; de todos ellos, el 10% contrae la tuberculosis multidrogo-resistente (TB MDR), considerada así como el mejor ejemplo de enfermedad social, relacionada a la pobreza, malnutrición, viviendas inadecuadas, hacinamiento, el grado de urbanismo, incumplimiento del tratamiento, dificultad para acceder a los servicios de salud, gestión del programa, migración interna y aspectos personales referidos al paciente entre otras.<sup>4</sup>

Según muestran los estudios realizados, en tres países de Europa oriental (Estonia, Letonia y la República de Moldova), los pacientes de tuberculosis que estén infectados por el VIH tienen un riesgo más alto de padecer tuberculosis MDR que los pacientes de tuberculosis no infectados por el VIH.

En el informe se destacan varias razones por las cuales la tuberculosis farmacorresistente puede asociarse al VIH, en particular en algunos países de Europa oriental. Sin embargo, se precisan más investigaciones para determinar si a escala mundial las epidemias de tuberculosis MDR y de VIH se solapan.<sup>1</sup>

En el Perú anualmente se notifican alrededor de 29 mil casos nuevos de enfermedad activa y 17 mil casos nuevos de tuberculosis pulmonar frotis positivo, siendo uno de los países con mayor número

de casos de tuberculosis en las Américas, precedido solamente por Haití y Bolivia.

Por otro lado, la emergencia de cepas resistentes han complicado las actividades de prevención y control. En los últimos 2 años en el país se han reportado más de 1500 pacientes con tuberculosis multidrogorresistente (MDR) por año y alrededor de 80 casos de tuberculosis extensamente resistente (XDR) por año<sup>6</sup>.

La TB y la pobreza asumen una relación recíproca, pues tanto la pobreza puede estar relacionada a las condiciones precarias de salud, como estas pueden producir la pobreza, limitando las oportunidades de trabajo y de subsistencia, formando así, un círculo vicioso que tiende a empeorar. La gravedad y el impacto negativo de la enfermedad varia en relación inversa al Índice de Desarrollo Humano (IDH) y su distribución no uniforme sufre influencia de factores como la extensión territorial, el crecimiento poblacional desordenado, y la concentración de personas en las periferias, lo cual, viene arrastrándose a lo largo de los años. La relación entre pobreza y TB está muy bien documentada con relación al riesgo relacionado a indicadores de estatus socioeconómico como aglomerados, pobreza y desempleo, sin que se encuentre una salida efectiva, a pesar de que muchas inversiones están siendo realizadas; sin embargo, las inversiones privilegian el tratamiento, no la prevención.<sup>7</sup>

La mayoría de establecimientos de salud en el Perú, no tienen la infraestructura adecuada, ni adoptan las medidas de control de infecciones necesarias para la atención de la epidemia de TB MDR por eso el gran número de personas y personal de salud contagiado de TB en dichos establecimientos.

Si consideramos que cada persona que enferma de TB sin tratamiento efectivo, contagia el bacilo tuberculoso entre 10 a 15 personas cada año, y que las cepas resistentes y extremadamente resistentes se transmiten de la misma manera que las cepas sensibles, las cifras de ciudadanos infectados por el bacilo tuberculoso resistente a drogas, pero que aún no han desarrollado la enfermedad activa en Perú, son alarmantes. Por todo ello consideramos que el real diagnóstico de este escenario epidemiológico en el Perú, es el de una epidemia no controlada de TB MDR/XDR. Esta realidad nacional es la más grave en todo el continente americano, siendo sólo semejante a lo que sucede en países africanos, países pobres de Asia y las ex repúblicas socialistas soviéticas.<sup>8</sup>

En el 2012 la Dirección de Salud de HUANUCO ha detectado 426 casos de Tuberculosis, enfermedad que se ha incrementado en comparación a los 381 pacientes que se registraron en el 2011. Las provincias de Huánuco (227), Leoncio Prado (120), Puerto Inca (23) y Huamalíes (20) presentan más casos de TBC. Pachitea (15), Ambo (11), Marañón (5), Yarowilca (2), Huacaybamba, Dos de Mayo y

Lauricocha reportan 1 caso por provincia según el reporte de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis de la Diresa. La mayoría de enfermos son 295 adultos, 95 adultos mayores, 23 adolescentes y 13 niños.<sup>9</sup>

El Comercio en su artículo publicado el 8 de junio del 2013 menciona que Cada año unos 3.200 pacientes con TBC abandonan su tratamiento, pese a que su atención es gratuita en los hospitales del Minsa y Essalud de los cuales el 10% de afectados no concluye el proceso por descuido o depresión.<sup>10</sup>

La coordinadora de la estrategia Gladys Chogas Ruíz explicó que gracias a la implementación de más personal e insumos desde el 2011 se ha logrado registrar a más personas portadoras del bacilo de Koch que causa la Tuberculosis. En el 2012, fueron referidos a Lima 15 pacientes con tuberculosis multidrogoresistente.<sup>9</sup>

Según el Dr. Juan Carlos Nájera Gómez refiere: Que primero los pacientes ingresan al programa de P.C.T para el descarte de TBC, si el resultado es positivo le dan un tratamiento empírico, hasta obtener los resultados de la prueba de descarte de TB-MDR y una vez identificado a que medicamentos es resistente este se le brinda un tratamiento individualizado, a su vez manifiesta que los pacientes no terminan con su medicación.

## JUSTIFICACIÓN

**A nivel teórico:** La investigación teóricamente enfocada en aportar conocimientos basados en metodología científica sobre factores que intervienen a la multidrogorresistencia en pacientes con tuberculosis; el cual servirá de ayuda como antecedentes para futuras investigaciones y para la sociedad, de este modo fortalecer y contribuir teorías que nos permitan analizar e interpretar desde el ámbito preventivo.

**A nivel práctico:** Se justificó el valor práctico de este estudio debido a las escasas investigaciones actualizados, sobre todo centradas en la motivación u orientación del profesional de salud a nivel personal, profesional e institucional ante la tuberculosis para evitar la multidrogorresistencia, lo cual contribuye un vacío de conocimiento que genere inquietud por la temática planteada.

**A nivel metodológico:** La realización de la investigación generara metodologías de interés e incentivo para que otros grupos de profesionales de enfermería se inicien en esta tarea y se pueda lograr el apoyo de las autoridades de las instituciones de salud, de manera que se fomente las actividad científica de investigación serán importantes ya que se podrá conocer los factores que intervienen a la multidrogorresistencia en pacientes con tuberculosis, tomar decisiones para reforzarlos y de tal manera favorecer el preventivo.

## **PROPÓSITO**

El propósito de la investigación servirá para determinar y difundir los resultados de los factores que interviene a la multidrogorresistencia en pacientes con tuberculosis a los programas de salud a fin de lograr una mejor prevención y disminuir el número de casos de consulta por tuberculosis multidrogorresistentes. Además el estudio busca incentivar el incremento de campañas que contengan acciones como capacitación, educación y difusión por los trabajadores de salud, para disminuir los casos de multidrogorresistencia.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los factores que intervienen en la multidrogorresistencia de pacientes con tuberculosis, Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano”, Huánuco-2015?

## **OBJETIVOS:**

### **Objetivo general:**

Determinar los factores que intervienen en la multidrogorresistencia de pacientes con tuberculosis, Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano”, Huánuco-2015.

### **Objetivos específicos:**

- Identificar datos sociodemográficos de los pacientes con tuberculosis en estudio.



- Identificar los factores sociales que intervienen en la multidrogorresistencia de pacientes con tuberculosis en estudio.
- Describir los factores culturales que intervienen en la multidrogorresistencia de pacientes con tuberculosis en estudio.
- Identificar los factores farmacológicos que intervienen en la multidrogorresistencia de pacientes con tuberculosis en estudio.
- Describir los factores nutricionales que intervienen en la multidrogorresistencia en pacientes con tuberculosis en estudio.
- Identificar los casos de tuberculosis multidrogorresistentes de pacientes en estudio.

# CAPÍTULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Habiendo revisado las diferentes bibliografías sobre el problema a investigar, existen trabajos de investigación y estudios relacionados, los cuales fueron realizados tanto en el ámbito internacional, nacional y local:

#### INTERNACIONAL

**G Ferrara, L Richeldi y col. (2010)** realizaron un estudio en Italia, sobre: "Manejo de la tuberculosis multirresistente en Italia". El objetivo fue: Determinar Las principales características, el cumplimiento de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el desenlace clínico de los pacientes con tuberculosis con multidrogorresistencia (TB\_MDR), inscriptos entre enero y de 2005 y diciembre de 2010. El método fue: Estudio clínico de observación precedido de una prueba de competencia, según las recomendaciones de la OMS. Conclusión: Debe administrarse el mejor tratamiento disponible a todos los pacientes con un diagnóstico reciente de TBMDR y deben evitarse los tratamientos modificados inadecuadamente. Los pacientes con TBMDR deben remitirse a centros muy especializados.

Este antecedente de investigación nos ha permitido complementar información sobre la tuberculosis multidrogorresistente, así como datos para la elaboración de nuestro instrumento.

**Fragoso Morales Lilia, (2006)** realizó un estudio en México, sobre: "Factores de riesgo para tuberculosis farmacorresistente en San Luis Potosí, México 2003-2004", cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo de la tuberculosis farmacorresistente. El tipo de estudio fue descriptivo, analítico y transversal. Se estudió un total de 2441 baciloscopías, de las cuales las correspondientes a 27 pacientes fueron positivas, con cultivo positivo para M tuberculosis, y se les practicaron pruebas de susceptibilidad a fármacos antituberculosis. La resistencia global fue de 36% (9 pacientes), dato superior a lo reportado en zonas de alta frecuencia de resistencia.<sup>8,9</sup> Esto muestra que la magnitud de la farmacorresistencia para esta población puede ser mayor que la de aquellas que han sido consideradas como focos de alerta nacionales para este problema.<sup>10-12</sup> De los resistentes, 11.1% (1) correspondió a resistencia primaria, o sea 6.2% de resistencia primaria global, inferior al 14.1%,<sup>13</sup> reportado para México en el proyecto mundial de la OMS y la International Union against Tuberculosis and Lung Disease de vigilancia para resistencia a fármacos antituberculosis de 1996-1999. Además, 88.9% (8) desarrollaron resistencia secundaria y 32.9% si se considera, de manera global, menor a 41.1% del reporte de la OMS para México en el año citado. Un 50% (4) presentaron multifarmacorresistencia (global

16%) y coinciden con otras referencias nacionales.<sup>12, 18, 20</sup> No se encontraron casos de MFR primaria.

Este antecedente de investigación guarda similitud con el estudio que se viene realizando en el sentido de que nos ha permitido complementar información sobre los factores para la farmacorresistencia; además de datos para la elaboración de nuestro instrumento y operacionalización de variables.

## **NACIONAL**

**Flor Yesenia Musayón Oblitas (2009)** en un estudio realizado en Lima, sobre “La Dependencia alcohólica como factor de riesgo de tuberculosis multidrogo-resistente”, cuyo objetivo: Fue determinar si el consumo excesivo de alcohol es un factor asociado a tuberculosis resistente a múltiples medicamentos secundaria. El tipo de estudio fue observacional, diseño caso control. Llegando a una conclusión que el consumo excesivo de alcohol es un factor asociado a TB-MDR secundaria, el consumo excesivo de alcohol se presentó en mayor porcentaje en los casos que en los controles. El porcentaje de los casos que presentaron un consumo de riesgo fue el doble que el porcentaje de los que presentaron dependencia al alcohol.

Este antecedente de investigación nos ha servido para dimensionar nuestra variable en estudio

**Silvia Curasma Taype, en 2008**, realizó un estudio en Lima Perú titulado: “conocimientos sobre tuberculosis multidrogorresistente de pacientes que asisten A la Estrategia Sanitaria Nacional de PCT del CS “madre teresa de Calcuta”. El agustino.2008”. Su objetivo fue: Determinar el nivel de conocimientos sobre tuberculosis multidrogorresistente de pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de PCT del CS “Madre Teresa de Calcuta”. El tipo de investigación es cuantitativo, se obtienen datos susceptibles a cuantificar, de nivel aplicativo y se concluye con: El nivel de conocimientos sobre Tuberculosis Multidrogorresistente que predomina en los pacientes que asisten a la ESN- PCT del CS “Madre Teresa de Calcuta” es entre medio y bajo, lo que condiciona a no asumir una conducta preventiva y de control, predisponiendo al agravamiento de la enfermedad.

Este antecedente de investigación nos ha permitido integrar información sobre el conocimiento de la tuberculosis multidrogorresistente; para la elaboración de nuestro instrumento, la operacionalización de nuestras variables y análisis respectivo.

**Del Rio Mendoza Jeny, Guillen Castillo Graciela, Torres Chang Julio, en 2002**. Se realizó un estudio titulado: “Factores de riesgo para tuberculosis multidrogorresistente en la provincia de Ica”. Ica 200-2002. Su objetivo fue: determinar los factores de riesgo para resistencia a medicamentos antituberculosos en pacientes con tuberculosis pulmonar multidrogorresistente. El tipo de investigación es analítico, de casos y

controles, preados por edad, procedencia y sexo, concluyendo en que: los factores de riesgo encontrados en este estudio fueron los abandono de tratamiento , tener antecedentes de tratamiento, haber tenido tratamiento con drogas de segunda línea con tuberculosis tener tratamiento con esquemas diferentes al normado por el programa de tuberculosis, tomar medicamentos y casos sin supervisión, tener contacto domiciliario con pacientes con tuberculosis multidrogorresistente.

Este antecedente de investigación nos ayudó para identificar factores asociados a la multidrogorresistencia en pacientes con tuberculosis; para la elaboración de nuestro instrumento, la operacionalización de nuestras variables y análisis respectivo

**Julio Chen V., Melissa Iglesias D., Ricci Chafloque V., en 2013** .Se realizó un estudio titulado: “Factores asociados a la multidrogorresistencia en pacientes con tuberculosis en el departamento de Lambayeque”. Lambayeque 2013. Su objetivo fue: Determinar los factores asociados a la multidrogorresistencia en pacientes con tuberculosis. El tipo de investigación es analítico, retrospectivo y transversal de casos y controles, concluyendo en que: la mayor fuerza de asociación para el desarrollo de la multidrogorresistencia corresponde a la irregularidad de tratamiento. Además, el desempleo, el contacto con la TB y la presencia de comorbilidad son también factores de riesgo en paciente con TB para desarrollar TB-MDR.

Este antecedente de investigación nos ha permitido completar información sobre factores asociados a la multidrogorresistencia en pacientes con tuberculosis; para la elaboración de nuestro instrumento, la operacionalización de nuestras variables y análisis respectivo.

### **ÁMBITO LOCAL:**

**Sergio R. Mitma Loayza (2002)**, en Tingo María (Huánuco), realizó un estudio titulado Tuberculosis multidrogorresistente: casuística (1997-2002)-Resistencia a drogas de primera línea (hospital de Tingo María). Tuvo como **objetivo** determinar la Tuberculosis multidrogorresistente: casuística (1997-2002)-Resistencia a drogas de primera línea (Hospital de Tingo María. Cuya conclusión fue que la resistencia que presentaron los pacientes al ingreso del esquema de RTTO S son de causa indeterminada (inicial - natural) en un 50%, adquirida 28.5 % y primaria 21.5 %. La isoniacida y rifampicina, drogas principales de primera línea, son resistentes en un 100% y la Pirazinamida, la de menor resistencia.

La población afectada está en el grupo etáreo comprendido entre 15 - 40 años, población económicamente activa en que se incluyen 3 estudiantes. Casi todos los pacientes presentan reacciones adversas,

siendo la etionamida la droga causante y en menor proporción la ciprofloxacina.

**Victoria Maruja Manzano Tarazona (2003)**, en Huánuco (Perú), realizó un estudio titulado: "Técnicas educativas con carácter participativo en el cambio de conocimientos y estilos de vida de pacientes con tuberculosis pulmonar - frotis positivo del programa control de tuberculosis en el Centro de Salud 'Carlos Showing Ferrari', Amarilis – Huánuco, 2003", trabajo cuya conclusión es:

- Luego de aplicada la intervención educativa, el conocimiento sobre el pronóstico de la tuberculosis pulmonar fue de 59.1% (cuadro N° 21), el nivel alto de conocimiento sobre esta enfermedad en general fue de 45.5% (cuadro N° 20), sobre su transmisión y factores de riesgo de 50.0% (cuadros 15,16) cada uno, sobre las manifestaciones clínicas de 63.6% (cuadro N° 24) y sobre las medidas preventivas de un 45.5% (cuadro N° 18). En cuanto a los estilos de vida, el 63.6% (cuadro N° 26) de los pacientes en estudio tuvieron estilos de vida adecuados tras la intervención.
- Se encontró diferencias significativas (antes-después) en el nivel alto de conocimiento sobre la tuberculosis en general ( $P = 0.039$ ) tal como se indica en el cuadro N° 20; en el pronóstico ( $P = 0.002$ ) se muestra en el cuadro N° 21; en la transmisión ( $P = 0.001$ ) se observa el cuadro N° 22; en los factores de riesgo ( $P = 0.010$ ) se muestra en el cuadro N° 23; en las manifestaciones clínicas ( $P = 0.013$ ) tal como se presenta en el cuadro N° 24, y en las medidas preventivas ( $P = 0.007$ )



cuadro N° 25. De igual modo fue significativo (antes-después) el estilo de vida adecuado ( $P = 0.004$ ) como se muestra en el cuadro N° 26.

- Existe asociación significativa entre el nivel de conocimiento alto sobre la tuberculosis pulmonar y los estilos de vida adecuados de estos pacientes ( $P = 0.023$ ), después de la intervención.

## **1.2 BASES TEÓRICAS**

### **TEORÍA DE LA DIVERSIDAD Y LA UNIVERSALIDAD DE LOS CUIDADOS CULTURALES**

**Madeleine Leininger:** El término de Enfermería Transcultural hace referencia al área de estudio y práctica formal centrado en los valores, creencias y prácticas de salud de individuos y grupos de una cultura determinada. Leininger ha propuesto una teoría amplia y objetiva llamada cuidado de la diversidad y universalidad cultural, cuya finalidad es proporcionar cuidados de enfermería congruentes, desde el punto de vista cultural, para mejorar la atención a personas de culturas diferentes o similares.

Según Leininger, el cuidado está presente en todas las culturas pero tiene características diferentes en cada una de ellas. La autora entiende por cultura el "conocimiento aprendido, compartido y transmitido sobre los valores, creencias y estilos de vida de un grupo particular, el cual es transmitido de generación en generación e influencia los pensamientos, las decisiones y las acciones de patrones o formas ya establecidas". Y el cuidado que tiene en cuenta el aspecto

cultural, o "cuidado cultural", se define como "los valores, creencias y patrones de estilo de vida aprendidos y transmitidos profesional y popularmente y que se usan para asistir, facilitar o capacitar a individuos o grupos para mantener su bienestar o su salud o mejorar una condición humana o estilo de vida".

Leininger propone que el cuidado cultural incluye el "cuidado genérico" referido al conocimiento aprendido y transmitido, tradicional y popularmente usado hábilmente por la cultura, y el "cuidado profesional" se refiere al conocimiento aprendido cognitiva y formalmente y practicado hábilmente. El cuidado cultural implica acciones o decisiones con respecto a las expresiones, patrones y prácticas de cuidado, pues luego de analizarlos a la luz del contexto cultural, se debe decidir si se mantienen, se negocian o se reestructuran.

## **MODELO DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD**

Bayés (1995) <sup>12</sup>: Expone que las personas aunque posean la información sobre los riesgos para su salud y conozcan la manera de evitarlos, en muchas ocasiones no ponen en práctica los comportamientos preventivos. Este autor propone un modelo multifactorial e interactivos de prevención de la enfermedad en el cual se enfatizan los aspectos temporales de los elementos que lo componen. Es un modelo psicosocial y dinámico, de forma que los resultados inmediatos (consecuencias positivas o negativas) y a largo plazo pasan a ser continuamente historia y a influir en todo el proceso por

retroalimentación, es decir, las consecuencias experimentadas tras la realización de una conducta pasan a ser los antecedentes de la misma en el futuro

### **1.3 BASES CONCEPTUALES: factores y multidrogorresistencia.**

#### **FACTORES**

**Según Robert G, R:** Entendemos por “factores” a aquellos **elementos que pueden condicionar una situación**, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios.

#### **MULTIDROGORRESISTENTE**

**Según la OMS-2012:** La TB-MR se define como la tuberculosis resistente a la isoniazida y la rifampicina, con o sin resistencia a otros fármacos de primera línea. La TB-XR se define como la tuberculosis resistente al menos a la isoniazida y la rifampicina, y a algún tipo de fluoroquinolona, así como a alguno de los tres fármacos inyectables de segunda línea (amikacina, capreomicina y kanamicina).<sup>1</sup>

**Según Milagros Trujillo Mucha:** Se produce cuando los bacilos se vuelven más fuertes y no son vencidos por los medicamentos antituberculosos. La resistencia es a más de un

medicamento. La única manera de confirmar el diagnóstico de TB MDR es realizando una prueba de sensibilidad a los medicamentos antituberculosos en el cultivo de BK del paciente y demostrando resistencia por lo menos a Isoniacida y Rifampicina. Esta prueba demora entre 3 a 6 meses actualmente, pero se puede lograr que sea más rápida en caso de que se tome la decisión política de implementar nuevas pruebas en el país.

## **Definiciones relacionadas a la Tuberculosis multidrogorresistente**

### **Definiciones**

- 1. TB pansensible:** Caso en el que se demuestra sensibilidad a todos los medicamentos de primera línea por pruebas de sensibilidad convencional.
- 2. TB multidrogorresistente (TB MDR):** Caso con resistencia simultánea a isoniacida y rifampicina por pruebas convencionales.
- 3. TB extensamente resistente (TB XDR):** Caso con resistencia simultánea a isoniacida, rifampicina, una fluoroquinolona y un inyectable de segunda línea (amikacina, kanamicina o capreomicina) por prueba rápida molecular o convencionales.
- 4. Otros casos de TB drogorresistente:** Caso en el que se demuestra resistencia a medicamentos anti-tuberculosis sin cumplir criterio de TB MDR. Pueden ser:

- a) **TB monorresistente:** Caso en el que se demuestra, a través de una Prueba de Sensibilidad (PS) convencional, resistencia solamente a un medicamento anti-tuberculosis.
- b) **TB polirresistente:** Caso en el que se demuestra, a través de una PS convencional, resistencia a más de un medicamento anti-tuberculosis sin cumplir criterio de TB MDR.

## **FACTORES DE RIESGO**

Los principales factores de riesgo para TB resistente son:

1. Fracaso a esquema con medicamentos de primera línea.
2. Contacto de caso confirmado de TB resistente.
3. Recaída dentro de los 6 meses de haber sido dado de alta de un esquema con medicamentos de primera línea.
4. Recaída luego de haber sido dado de alta con medicamentos de segunda línea.
5. Personas privadas de su libertad y residentes de albergues, Comunidades terapéuticas.
6. antecedentes de tratamiento múltiples (más de episodios previos de TB).
7. Antecedente de irregularidad al tratamiento, abandono o terapia no supervisada.
8. Contacto con persona que ya falleció por TB.

9. COMORBILIDADES: diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, tratamiento inmunosupresor, otros y coinfección con VIH.

10. Trabajadores de salud.

## **DIAGNÓSTICO**

### **1. Diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis**

#### **Baciloscopía directa:**

La baciloscopía directa de la muestra de esputo y de otras muestras extrapulmonares debe ser procesada por el método de Ziehl - Neelsen, siguiendo el protocolo del INS.

Toda muestra de esputo con baciloscopía positiva debe ser conservada refrigerada en el laboratorio para ser remitida al Laboratorio Regional para realizar pruebas de sensibilidad rápidas.

El INS es el responsable de organizar, monitorear y evaluar el control de calidad de la baciloscopías de acuerdo a sus disposiciones vigentes.

Todo profesional o técnico que realiza la baciloscopía en laboratorios locales o intermedios, de la práctica pública y privada, debe estar capacitado de acuerdo a las disposiciones del INS.

### **Cultivo de micobacterias:**

Los métodos de cultivo para el aislamiento de micobacterias aceptados en el país son: los cultivos en medios sólidos Lowenstein — Jensen, Ogawa y agar 7H10; los sistemas automatizados en medio líquido MGIT (del inglés Mycobacteria Growth Indicator Tube) y la prueba MODS (del inglés Microscopic Observation Drug Susceptibility), disponibles en los laboratorios de la red de salud pública según nivel de capacidad resolutive.

Las indicaciones para el cultivo de M. tuberculosis son las siguientes:

#### **a. Para diagnóstico:**

- Muestras de SR con baciloscopía negativa y radiografía de tórax anormal.
- Muestras paucibacilares
- Muestras clínicas consideradas valiosas: biopsias, tejidos y fluidos (Pleural, pericárdico, peritoneal, líquido cefalorraquídeo, orina, otros) de casos con sospecha de tuberculosis extra-pulmonar.

#### **b. Para control de tratamiento:**

- Muestras de pacientes con persistencia de baciloscopía positiva después del segundo mes de tratamiento con medicamentos de primera línea.
- Muestras mensuales de todos los pacientes en tratamiento por TB resistente a medicamentos (MDR, XDR y otras TB resistencias).

**c. Para realizar pruebas de sensibilidad indirecta:** a partir de muestras pulmonares o extra- pulmonares.

## **2. Diagnóstico clínico-radiológico de la tuberculosis**

El diagnóstico clínico de la TB pulmonar debe centrarse en el estudio de los pacientes con síntomas respiratorios (tos, expectoración, dolor torácico, disnea) asociados a síntomas generales. Los síntomas de tuberculosis extra-pulmonar dependen del órgano afectado.

Solicitar una radiografía de tórax en todo caso probable de tuberculosis pulmonar y en aquellas personas que están en seguimiento diagnóstico.

## **3. Diagnóstico de TB extra-pulmonar.**

Se basa en las manifestaciones clínicas dependientes del órgano(s) afectado(s) y debe complementarse con exámenes auxiliares de bacteriología, histopatología, inmunología, estudio cito-químico, estudio de imágenes, entre otros.

Realizar el diagnóstico diferencial considerando las enfermedades endémicas según la zona de procedencia del paciente.

En cada muestra de tejido o fluido extrapulmonar, obtenidos a través de cirugía u otros procedimientos, deberá realizarse baciloscopía, cultivo en medios líquidos (MODS, MGIT) o sólidos, prueba de sensibilidad (a partir de cultivos positivos) y según disponibilidad, pruebas moleculares y tipificación.

La muestra obtenida del sitio de infección debe enviarse en suero fisiológico para los estudios bacteriológicos y una segunda muestra en formol al 10%, para los estudios histopatológicos correspondientes.



#### **4. Diagnóstico de la tuberculosis latente**

El diagnóstico de TB latente es responsabilidad del médico tratante.

La prueba de la tuberculina es el método de diagnóstico de tuberculosis latente en personas sin enfermedad activa. Se considera un resultado positivo si la induración es 10 mm o más para la población en general.

En pacientes con inmunodeficiencias (VIH/SIDA, desnutridos, corticoterapia prolongada, tratamiento antineoplásico, entre otros), este valor es de 5 mm o más.

El profesional de enfermería es responsable de la aplicación y lectura de la prueba de tuberculina, para lo cual debe estar debidamente capacitado.

#### **TRATAMIENTO**

La administración de los esquemas de tratamiento anti-TB es responsabilidad del personal de salud y es de lunes a sábado, incluido feriados. El esquema de tratamiento inicial debe ser ratificado o modificado dentro de los 30 días calendario de haberse iniciado, de acuerdo a los resultados de las PS rápidas a isoniacida y rifampicina y se define en la siguiente formula: **2HREZ/4H3R3**

**Donde:**

**H: isoniacida**

**R: rifampicina**

**E: etambutol**

**Z: pirazinamida**

## **1.4 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN**

**Hi:** Los factores sociales, culturales, farmacológicos y nutricionales intervienen en la multidrogorresistencia de pacientes con tuberculosis en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco-2015.

**Ho:** Los factores sociales, culturales, farmacológicos y nutricionales no intervienen en la multidrogorresistencia de pacientes con tuberculosis en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco-2015.

## **1.5 VARIABLES**

### **1.5.1. Variable Dependiente:**

- ❖ Factores que intervienen.

### **1.5.2. Variable Independiente:**

- ❖ Tuberculosis Multidrogorresistente.

### **1.5.3. Variables intervinientes**

- ❖ Edad.
- ❖ Sexo.
- ❖ Procedencia.
- ❖ Estado civil.
- ❖ Ocupación.
- ❖ Grado de instrucción.

## 1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE			
VARIABLE	DIMENCIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>FACTORES</b>	<b>Sociales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicación</li> <li>- Autoestima</li> <li>- Amistad</li> <li>- Miedo</li> <li>- Servicios básicos</li> <li>- Sobrecarga de trabajo</li> <li>- Alcoholismo</li> <li>- Tabaco</li> <li>- Maltrato</li> <li>- Comorbilidad</li> </ul>	Numérica
	<b>Culturales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creencias</li> <li>- Conocimiento</li> <li>- Costumbres</li> </ul>	Nominal
	<b>Farmacológicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abandono del tratamiento.</li> <li>- Reacciones del medicamento</li> <li>- Cumplimiento del tratamiento</li> <li>- Atención del personal de salud</li> <li>- Reacciones adversas al tratamiento.</li> </ul>	Nominal
	<b>Nutricional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consumo de alimentos proteicos y calóricos.</li> <li>- Falta de consumo de alimentos proteicos y calóricos</li> <li>- Consumo de alimentos con vitaminas y minerales.</li> <li>- Pérdida de peso</li> </ul>	Nominal

VARIABLES DEPENDIENTES			
MULTIDROGORESISTENTE	-Casos	-Nuevos -Antiguos	Nominal
VARIABLE INTERVINIENTE			
CARACTERÍSTICAS GENERALES	Edad	15-25 26-36 37 a mas	De razón
	Sexo	Masculino Femenino	Nominal
	Procedencia	Rural Urbano Urbano-marginal	Nominal
	Estado civil	Soltero Conviviente Casado(a)	Nominal
	Ocupación	Su casa Empleado Comerciante Estudiante Otros	Nominal
	Grado de instrucción	Sin estudios Primaria Secundaria Superior	Nominal

## 1.7 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONALES

- **Factor:** Elemento que actúa como causa de un resultado total. Circunstancias que contribuye, junto con otras cosas, a producir un resultado.
- **Multidrogorresistente:** Es aquella forma de enfermedad tuberculosa producida por bacilos resistentes por lo menos a dos drogas como son la isoniazida y rifampicina.
- **Socio-Demográficos:** se refiere a los parámetros que afectan los elementos de los sistemas políticos, económicos, sociales y culturales del entorno, y la demografía es el estudio de poblaciones humanas en términos de tamaño, densidad, ubicación, sexo, raza, ocupación y otros datos estadísticos.
- **Medicamentos:** los medicamentos constituyen elementos con características especiales en el contexto global de la medicina, y ello por dos razones: en primer lugar por su papel como parte en la asistencia médica y en segundo lugar por el valor que tiene conocer el modo como son utilizados en la práctica médica.
- **Hospital:** Un hospital (o nosocomio o casa de salud) es un establecimiento sanitario donde se atiende a los enfermos para proporcionar el diagnóstico y tratamiento que necesitan. Existen diferentes tipos de hospitales, según el tipo de enfermedades que atienden: como los hospitales psiquiátricos.

## CAPÍTULO II

### MARCO METODOLÓGICO

#### 2.1 ÁMBITO

##### Descripción del área de estudio

- ✓ El presente estudio de investigación se llevó a cabo en la Estrategia Sanitaria Nacional del PCT del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano ubicado en el Jr. Hermilio Valdizán N° 950 con intersección con el jirón Constitución y Progreso, paralelo al jirón Bolívar del Departamento de Huánuco. Esta institución cuenta con el servicio de medicina interna, medicina especializada, medicina física y rehabilitación, de cirugía general, servicio de pediatría, servicio de ginecología, enfermería en hospitalización, enfermería en consultas externas, de emergencia, cuidados críticos entre otros.

El personal que labora en el Hospital está constituido por Médicos, Enfermeras, Obstetras, Psicólogos, farmacéuticos, Técnicos de enfermería y otros. El Programa Nacional de la Estrategia Sanitaria del PCT dispone de un ambiente respectivamente implementado en el cual laboran 1 profesional médico encargado del programa, 1 médico infectólogo, 3 licenciadas de enfermería y 3 técnicos en enfermería, en un horario de atención de lunes a de sábado 7:00 am a 7:00 pm.

## **2.2 POBLACIÓN**

La población en estudio estuvo constituida por los pacientes con tuberculosis pulmonar que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional P.C.T del Hospital Hermilio Valdizán para su tratamiento; que hacen un total de 30 personas.

## **2.3 MUESTRA:**

Para la selección de la muestra se utilizó el método del muestreo probabilístico por conveniencia, es decir, dicha muestra estuvo representada al 100% de la población propuesta.

Estas muestras fueron seleccionadas a través de los siguientes criterios:

### **Criterios de inclusión:**

- ✓ Pacientes que asistieron a la Estrategia sanitaria Nacional del P.C.T para su tratamiento.
- ✓ Pacientes con tuberculosis pulmonar, mayores de 15 años.
- ✓ Ambos géneros.
- ✓ Que los pacientes aceptaron voluntariamente su participación en el estudio.

### **Criterios de exclusión**

- ✓ Pacientes con TBC referidos de otros nosocomios
- ✓ Pacientes que abandonan durante la investigación
- ✓ Pacientes que no están registrados en la estrategia sanitaria nacional de P.C.T del Hospital Hermilio Valdizán.
- ✓ Pacientes menores de 15 años.

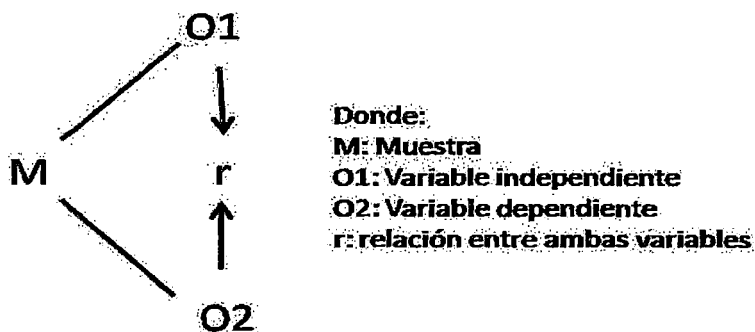
## 2.4 TIPO DE ESTUDIO.

Para el estudio se utilizaron los siguientes tipos de estudio:

- Según el análisis y alcance de los resultados, el estudio fue de tipo descriptivo, porque tiene como objetivo describir sistemáticamente lo que existe con respecto a las variables en estudio.
- Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio fue de tipo prospectivo, porque se registró la información según van ocurriendo los fenómenos durante el presente y futuro.
- Según el periodo y secuencia del estudio fue de tipo transversal, porque se estudió las variables simultáneamente, haciendo un corte en el tiempo.

## 2.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Para efecto de la investigación se utilizó el diseño de investigación correlacional, cuyo esquema es el siguiente:





## **2.6 TÉCNICA E INSTRUMENTO:**

### **Técnicas:**

- Análisis documental se usó para recabar datos generales y selección de la muestra.
- Entrevista; donde fueron entrevistados los pacientes que son tratados en el programa en estudio.

### **Instrumentos:**

- Para el análisis documental se usó como instrumento las historias clínicas de los pacientes con tuberculosis pulmonar registrados en el programa de estudio, para recabar datos importantes de la muestra en estudio.
- Para la entrevista se utilizó una guía de entrevista con preguntas relacionados a los factores que intervienen a la multidrogorresistencia en pacientes con tuberculosis.

### **CUESTIONARIO DE ASPECTO SOCIODEMOGRÁFICO (Anexo N°01):**

El instrumento consta de 15 ítems, referidas a datos del paciente como: la edad del paciente, sexo, lugar de procedencia, grado de instrucción, ocupación y estado civil.

### **CUESTIONARIO DE FACTORES SOCIALES (Anexo N° 02):**

Tuvo como objetivo Identificar las prácticas que realizaban los pacientes con TBC y TBCMDR. Este cuestionario está compuesto por 10 ítems: Falta de comunicación; autoestima; amistad; miedo; servicios básicos; sobrecarga de trabajo; consumo de alcohol; consumo de tabaco; maltrato y comorbilidad.

### **CUESTIONARIO DE FACTORES CULTURALES (Anexo N° 02):**

Tuvo como objetivo Identificar las creencias que tienen los pacientes con TBC y TBCMDR. Este cuestionario está compuesto por 3 ítems creencia sobre medicamentos, Conocimiento sobre complicaciones y la falta de costumbre para tomar los medicamentos.

### **CUESTIONARIO DE FACTORES FARMACOLÓGICOS (Anexo N°**

**02):** Tuvo como objetivo identificar el conocimiento de los fármacos que consumen los pacientes con TBC y TBCMDR. Este cuestionario está compuesto por 5 ítems: abandono del tratamiento, abandono por causa de reacciones del medicamento, cumplimiento del tratamiento, atención del personal de salud y reacciones adversas al tratamiento.

### **CUESTIONARIO DE FACTORES NUTRICIONALES (Anexo N° 02):**

Tuvo como objetivo identificar el estado nutricional de los pacientes con TBC y TBCMDR. Este cuestionario está compuesto por 5 ítems:

consumo de alimentos proteicos y calóricos, falta de consumo de alimentos calóricos y proteicos, consumo de alimentos que contienen vitaminas y minerales, pérdida de peso y desnutrición.

## **2.7 PROCEDIMIENTO:**

El proceso de la investigación se realizó de la siguiente manera:

- Se solicitó permiso a la dirección del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco para la ejecución del proyecto de tesis.
- Se coordinó con el encargado de la Estrategia Sanitaria del Programa de control de la tuberculosis para seleccionar.
- Se solicitó el consentimiento a los pacientes con TBC para realizar el estudio.
- Se recolectó los datos mediante la aplicación del instrumento de investigación.
- Se seleccionó, tabuló y evaluó los datos obtenidos mediante el instrumento.
- Se analizó e interpretó los resultados confrontando con otros trabajos similares y la base teórica disponible.
- Se realizó el informe final.

## **2.8 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD:**

La validez del instrumento, se hizo mediante el juicio de expertos, participando profesionales que laboran en el área, ESN de PCT;

cuyas opiniones y recomendaciones sirvieron para mejorar el instrumento.

La confiabilidad del instrumento se determinó a través de la aplicación de una prueba piloto que se realizó en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, tomando el 10% de la muestra establecida en una con similares características a la del estudio pero que no pertenece a la población. Así se aplicaron formulas estadísticas tales como el coeficiente de alfa de Crombach para la confiabilidad de conocimientos, y practica obteniéndose Alfa de Crombach = 11.2 > 7.82. Habiéndose encontrado resultado confiable y consistente a través del tiempo.

## **2.9 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS:**

### ➤ Plan de tabulación:

Concluido el trabajo de campo y obtenida la información requerida se realizó el procesamiento de datos según el método manual (palotes) por ser sencillo, económico y preciso a la cantidad de la muestra establecida; además se realizó la selección de los datos para la respectiva confección de los cuadros estadísticos y a la vez se tuvo en cuenta como auxiliar el paquete estadístico SSPS versión 22.

### ➤ Plan de análisis:

Una vez registrado los datos se realizó una descripción simultáneamente de los mismos, realizando el mismo análisis para

cada cuadro estadístico destacando las frecuencias más significativas y que tiende a dar respuesta al problema planteado.

➤ Prueba estadístico:

La contrastación y prueba de hipótesis se realizó mediante la estadística inferencial de la prueba de significancia del chi cuadrado, porque la escala de medición es de tipo nominal, cuya fórmula está representado por:  $x^2 = \frac{(F_o - E_e)^2}{E_e}$

## CAPÍTULO III

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

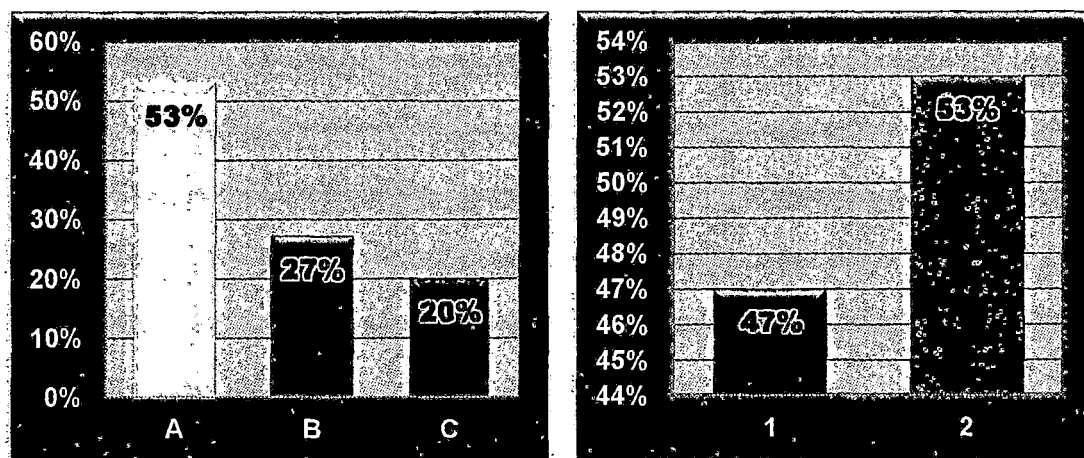
#### 3.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

**Tabla N° 01: Pacientes con tuberculosis en estudio según la edad y genero Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2015.**

EDAD	GÉNERO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
15-25	7	23	9	30	16	53
26-36	4	13	4	13	8	27
37 a Mas	3	10	3	10	6	20
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>47</b>	<b>16</b>	<b>53</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente: Guía de entrevista a pacientes con tuberculosis Huánuco -2015.

**Gráfico N° 01: Pacientes con tuberculosis en estudio según la edad y genero Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2015.**



Fuente: Guía de entrevista a pacientes con tuberculosis Huánuco -2015.

**EDAD**

**A: 15-25**

**B: 26-36**

**C: 37 a mas**

**GÉNERO**

**1: masculino**

**2: femenino**

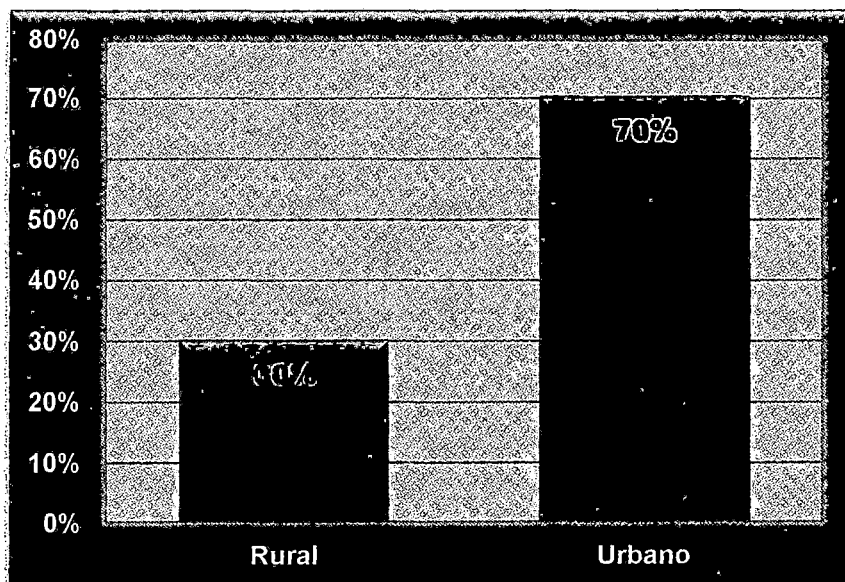
**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** El gráfico N° 01 indican que el 53%(16) de pacientes estudiados presentaron edades entre 15-25 años, el 27%(8) entre 26-36 años y el 20%(6) entre 37 a más años. De los cuales el 53 % (16) pertenecen al género femenino y el 47% (14) al masculino.

**Tabla N° 02: Pacientes con tuberculosis pulmonar según procedencia Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2015.**

Procedencia	N°	%
Rural	9	30
Urbano	21	70
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente: Guía de entrevista a pacientes con tuberculosis Huánuco -2015.

**Gráfico N° 02: Pacientes con tuberculosis pulmonar según procedencia Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2015.**



Fuente: Guía de entrevista a pacientes con tuberculosis Huánuco -2015.

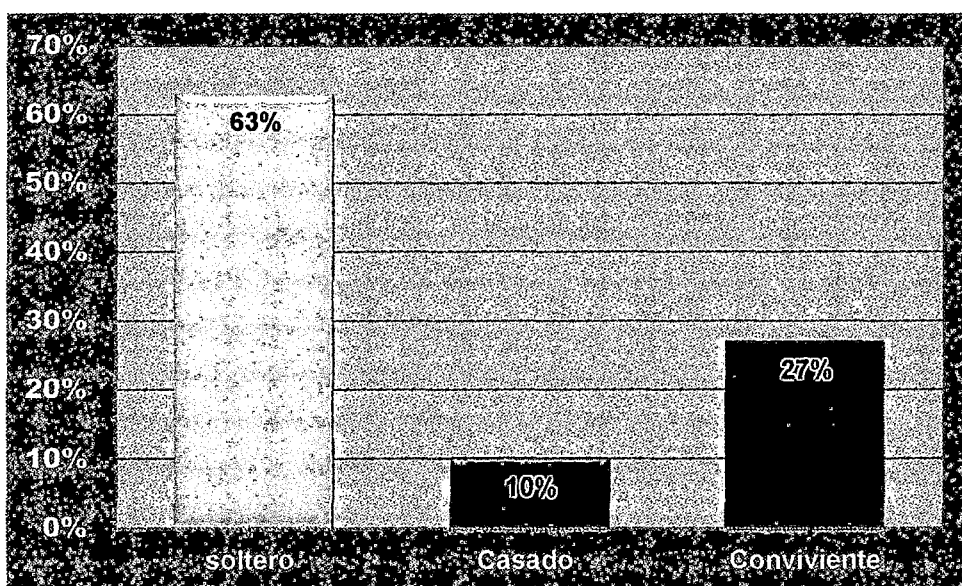
**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** El gráfico N° 02 señalan que el 70% (21) de pacientes estudiados manifestaron ser de zonas urbano y el 30% (9) de zona rural.

**TABLA N° 03: Pacientes con tuberculosis pulmonar según estado civil Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2015.**

ESTADO CIVIL	N°	%
soltero	19	63
Casado	3	10
Conviviente	8	27
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente: Guía de entrevista a pacientes con tuberculosis Huánuco -2015.

**Gráfico N° 03: Pacientes con tuberculosis pulmonar según estado civil Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2015.**



Fuente: Guía de entrevista a pacientes con tuberculosis Huánuco -2015.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** El gráfico N° 03 indican que, el 63%(19) de pacientes estudiados presentaron su estado civil soltero, el 27%(8) conviviente y el 10%(3) casado(a).

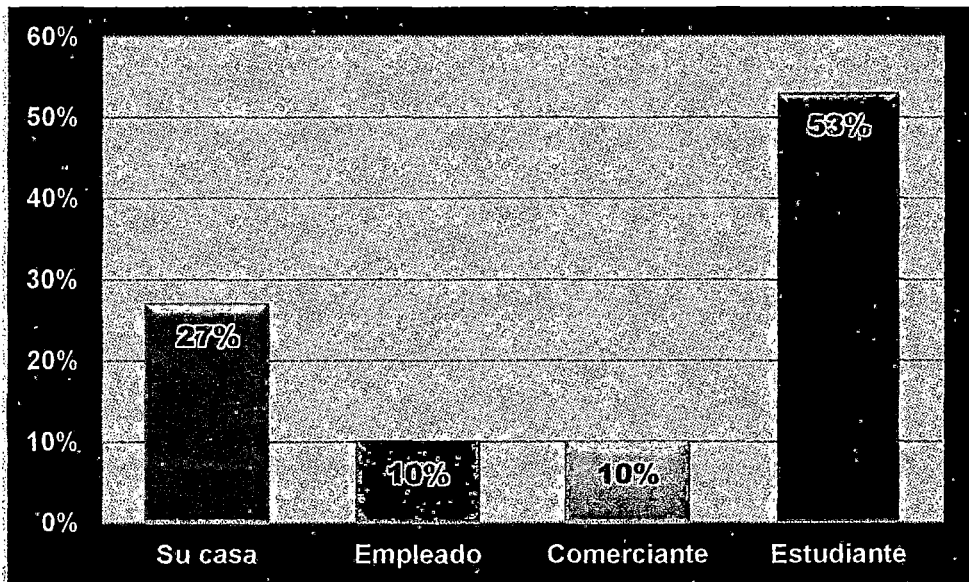


**Tabla N° 04: Pacientes con tuberculosis pulmonar según ocupación Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco-2015.**

OCUPACION	Nº	%
Su casa	8	27
Empleado	3	10
Comerciante	3	10
Estudiante	16	53
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente: Guía de entrevista a pacientes con tuberculosis Huánuco -2015.

**Gráfico N° 04: Pacientes con tuberculosis pulmonar según ocupación Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco-2015.**



Fuente: Guía de entrevista a pacientes con tuberculosis Huánuco -2015.

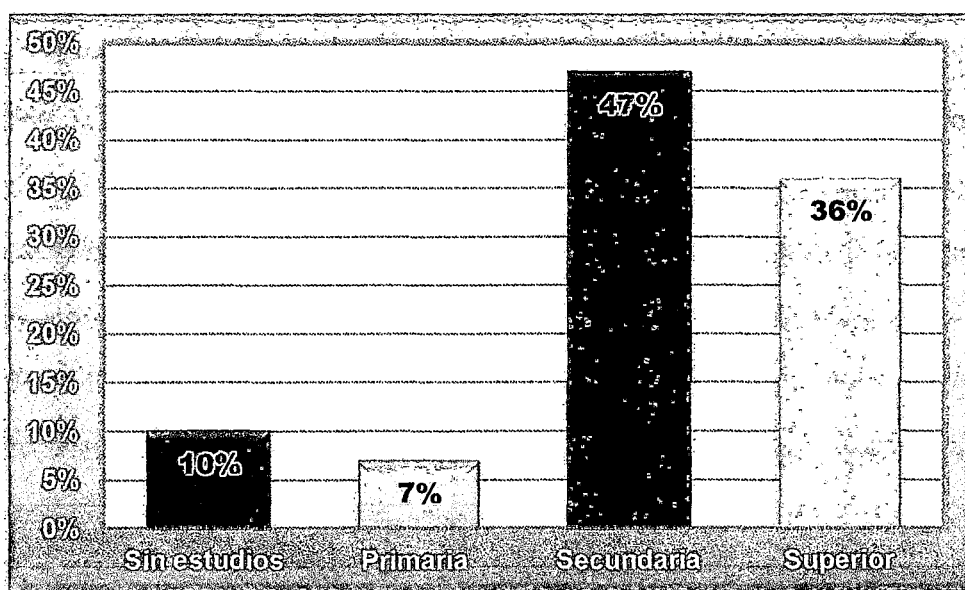
**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** El gráfico N° 04 muestran que el 53%(16) de pacientes son estudiantes, el 27%(8) son de ocupación su casa, el 10%(3) son empleados y el 10%(3) son comerciantes.

**Tabla N° 05: Pacientes con tuberculosis pulmonar según grado de instrucción Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2015.**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nº	%
Sin estudios	3	10
Primaria	2	7
Secundaria	14	47
Superior	11	36
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente: Guía de entrevista a pacientes con tuberculosis Huánuco -2015.

**Gráfico N° 05: Pacientes con tuberculosis pulmonar según grado de instrucción Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2015.**



Fuente: Guía de entrevista a pacientes con tuberculosis Huánuco -2015.

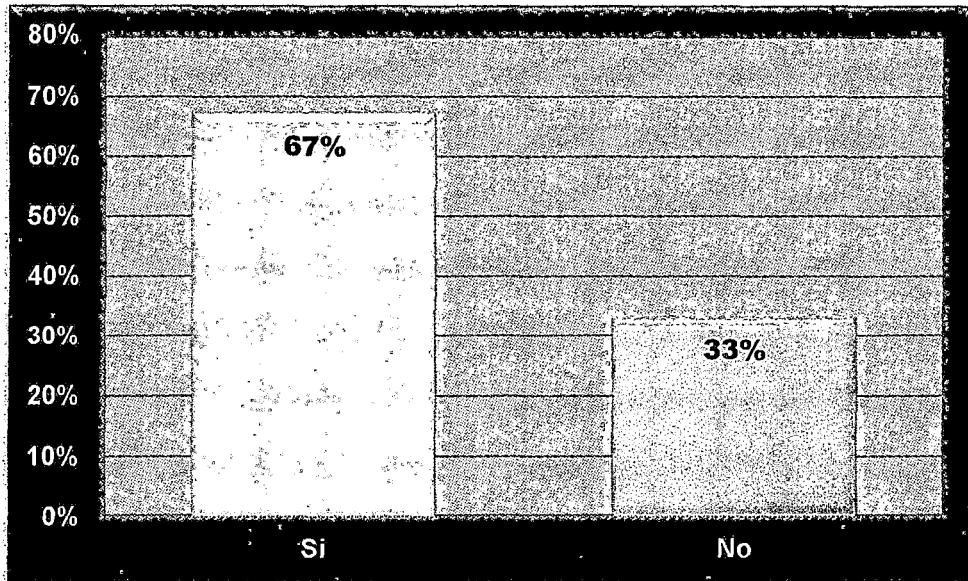
**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** El gráfico N° 05 indican que el 47% (14) de pacientes estudiados presentaron el grado de instrucción secundaria, el 36%(11) superior, el 10%(3) sin estudios y el 7%(2) primaria.

**Tabla N° 06: Factores sociales que interviene en la multidrogorresistencia de pacientes con tuberculosis Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2015.**

FACTORES SOCIALES	EVALUACIÓN				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
<b>La falta de comunicación profesional</b>	<b>24</b>	<b>80</b>	<b>6</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
<b>Se sienten lastimadas cuando se enteran que tienen la enfermedad</b>	<b>15</b>	<b>50</b>	<b>15</b>	<b>50</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
<b>Pierden amigos por su enfermedad</b>	<b>11</b>	<b>37</b>	<b>199</b>	<b>63</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
<b>Tienen de ir a centros de salud por temor a que otros lo vean.</b>	<b>21</b>	<b>70</b>	<b>9</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
<b>Cuentan con servicios básicos</b>	<b>21</b>	<b>70</b>	<b>9</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
<b>La sobrecarga de trabajo impide tomar sus medicamentos</b>	<b>24</b>	<b>80</b>	<b>6</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
<b>Creen que al consumir bebidas alcohólicas se olvidan de tomar sus medicamentos</b>	<b>26</b>	<b>87</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
<b>Creen que al consumir tabaco conlleva a la multidrogorresistencia.</b>	<b>28</b>	<b>93</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
<b>Por su enfermedad las personas le tratan de diferente manera.</b>	<b>13</b>	<b>43</b>	<b>17</b>	<b>57</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
<b>Algún miembro de su familia o vecinos presenta o presento tuberculosis.</b>	<b>19</b>	<b>63</b>	<b>11</b>	<b>37</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
<b>PROMEDIO TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>67</b>	<b>10</b>	<b>33</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente: Guía de entrevista a pacientes con tuberculosis Huánuco -2015.

**Gráfico N° 06: Factores sociales que interviene en la multidrogorresistencia de pacientes con tuberculosis Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2015.**



Fuente: Guía de entrevista a pacientes con tuberculosis Huánuco -2015.

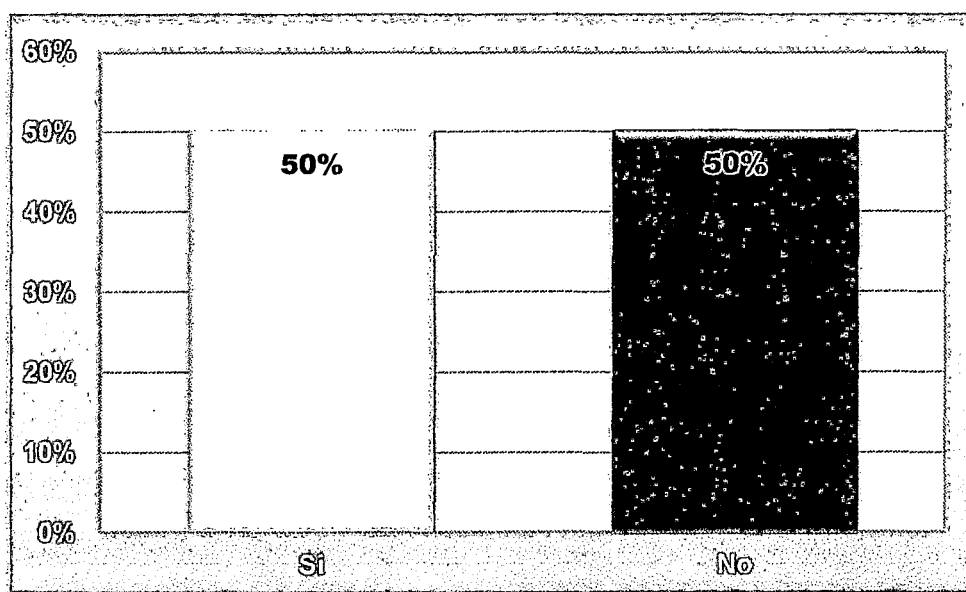
**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** El gráfico N° 06 señalan que un promedio de 67%(20) de pacientes con tuberculosis estudiados afirmaron que los factores sociales intervienen en la multidrogorresistencia y el 33%(10) afirmaron que no intervinieron dichos factores.

**Tabla N° 07: Factores culturales que intervienen en la multidrogorresistencia de pacientes con tuberculosis Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2015.**

FACTORES CULTURALES	EVALUACIÓN				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Creencia que le impide tomar sus medicamentos	4	13	26	87	30	100
Conoce las complicaciones de no tomar sus medicamentos indicados	26	87	4	13	30	100
La falta de costumbre para tomar los medicamentos provoca abandonar el tratamiento	15	50	15	50	30	100
<b>PROMEDIO TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>50</b>	<b>15</b>	<b>50</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente: Guía de entrevista a pacientes con tuberculosis Huánuco -2015.

**Gráfico N° 07: Factores sociales que interviene en la multidrogorresistencia de pacientes con tuberculosis Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2015.**



Fuente: Guía de entrevista a pacientes con tuberculosis Huánuco -2015.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** El gráfico N° 07 indican que un promedio de 50%(15) de pacientes con tuberculosis estudiados manifestaron que los factores culturales intervienen en la multidrogorresistencia y el 50%(15)

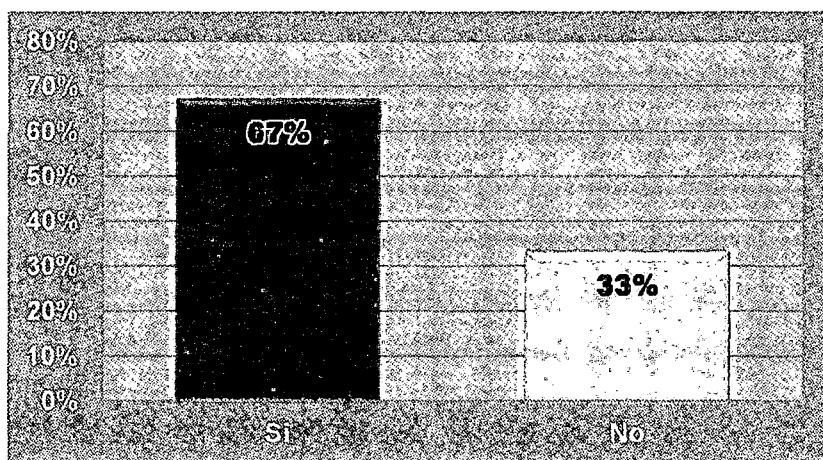
afirmaron que los factores culturales no intervienen a la multidrogorresistencia.

**Tabla N° 08: Factores farmacológicas que interviene en la multidrogorresistencia de pacientes con tuberculosis Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2015.**

FACTORES FARMACOLÓGICAS	EVALUACIÓN				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Abandono del consumo de los medicamentos de su tratamiento	28	93	2	7	30	100
A causa de las reacciones de los medicamentos abandonaría su tratamiento	17	57	13	43	30	100
Ingesta de medicamentos según la programación.	19	63	11	37	30	100
Atención del personal de salud	24	80	6	20	30	100
Presentación de reacciones adversas al tratamiento	13	43	17	57	30	100
<b>PROMEDIO TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>67</b>	<b>10</b>	<b>33</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente: Guía de entrevista a pacientes con tuberculosis Huánuco -2015.

**Gráfico N° 08: Factores farmacológicas que interviene en la multidrogorresistencia de pacientes con tuberculosis Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2015.**



Fuente: Guía de entrevista a pacientes con tuberculosis Huánuco -2015.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** El gráfico N° 08 indican que un promedio de 67% (20) de pacientes con tuberculosis estudiados afirmaron que los

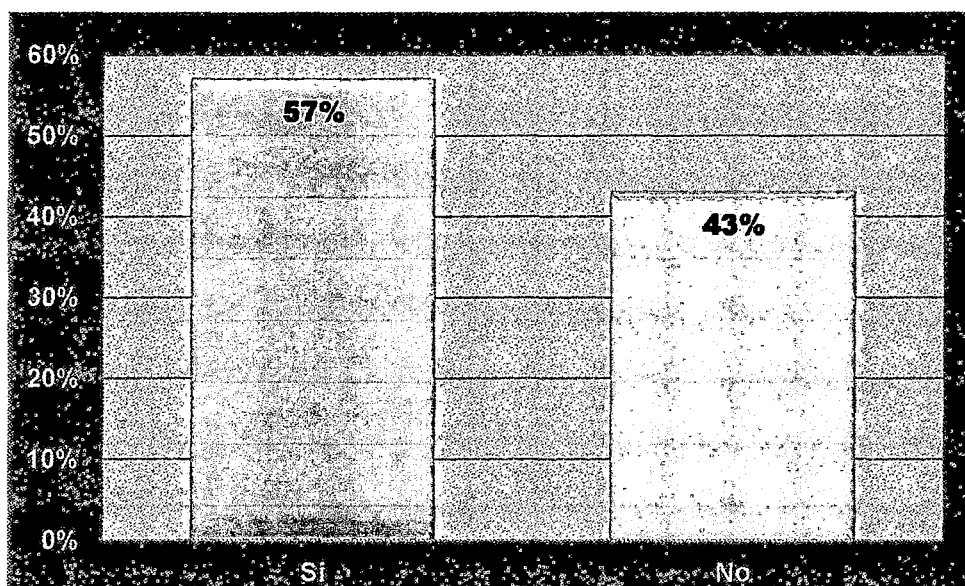
factores farmacológicas intervinieron en la multidrogorresistencia y el 33%(10) afirmaron que no intervinieron dichos factores.

**Tabla N° 09: Factores nutricionales que interviene en la multidrogorresistencia de pacientes con tuberculosis Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2015.**

FACTORES NUTRICIONALES	EVALUACIÓN				TOTAL	
	SI		NO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
<b>Ingesta de alimentos que contienen proteínas y calorías durante el tratamiento</b>	26	87	4	13	30	100
<b>Ingesta de alimentos que contienen vitaminas y minerales durante el tratamiento</b>	15	50	15	50	30	100
<b>Peso adecuado durante su tratamiento</b>	13	43	17	57	30	100
<b>Pérdida de peso</b>	24	80	6	20	30	100
<b>Ha presentado desnutrición</b>	6	20	24	80	30	100
<b>PROMEDIO TOTAL</b>	17	57	13	43	30	100

Fuente: Guía de entrevista a pacientes con tuberculosis Huánuco -2015.

**Gráfico N° 09: Factores nutricionales que interviene en la multidrogorresistencia de pacientes con tuberculosis Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2015.**



Fuente: Guía de entrevista a pacientes con tuberculosis Huánuco -2015.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** El gráfico N° 09 indican que un promedio de 57% (17) de pacientes con tuberculosis estudiados afirmaron que los factores nutricionales intervinieron en la multidrogorresistencia y el 43%(13) manifestaron que no intervinieron dichos factores.

**CONTRASTACIÓN Y PRUEBA DE HIPÓTESIS SEGÚN LA ESTADÍSTICA INFERENCIAL A TRAVÉS DE LA SIGNIFICANCIA DEL CHI CUADRADO**

$$X^2 = \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$$

Dónde:

$X^2$ : ¿ ?

$\sum$  Sumatoria

F<sub>o</sub>: frecuencia observada

F<sub>e</sub>: frecuencia esperada

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA MULTIDROGORRESISTENCIA	EVALUACIÓN		TOTAL
	SI	NO	
Sociales	20	10	30
Culturales	15	15	30
Farmacológicos	20	10	30
Nutricionales	17	13	30
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>48</b>	<b>120</b>

La tabla corresponde a 4 x 2 (4 - 1 = 3) (2 - 1 = 1) = 3 grados de libertad a alfa 0.05 = 7.82 (F<sub>o</sub>).

Para obtener la frecuencia esperada se realizó el siguiente cálculo:

$$\frac{30 \times 72}{120} = 18 \quad \frac{30 \times 72}{120} = 18 \quad \frac{30 \times 72}{120} = 18 \quad \frac{30 \times 72}{120} = 18$$



$$\frac{30 \times 48}{120} = 12 \quad \frac{30 \times 48}{120} = 12 \quad \frac{30 \times 48}{120} = 12 \quad \frac{30 \times 48}{120} = 12$$

Reemplazando la formula tenemos:

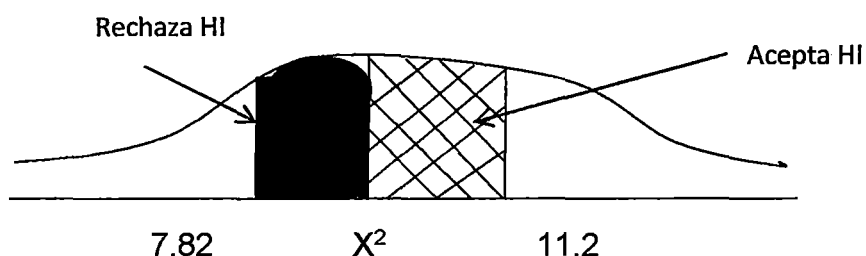
$$X^2 = \frac{(20 - 18)^2}{18} + \frac{(15 - 12)^2}{12} + \frac{(20 - 18)^2}{18} + \frac{(17 - 12)^2}{12} + \frac{(10 - 18)^2}{18} - \frac{(15 - 12)^2}{12} + \frac{(10 - 18)^2}{18} + \frac{(13 - 12)^2}{12}$$

$$X^2 = 0.2 + 0.7 + 0.2 + 2.1 + 3.6 + 0.7 + 3.6 + 0.08$$

$$X^2 = 11.2 \text{ (Fe)}$$

Por lo tanto,  $X^2 = 11.2 > 7.82$  entonces se acepta la hipótesis de investigación; que afirma: Los factores sociales, culturales, farmacológicos y nutricionales intervienen en la multidrogorresistencia de pacientes con tuberculosis en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – Hco 2015.

#### LÍNEA DE SIGNIFICANCIA SEGÚN LA CAMPANA DE GAUSS



$$X^2 = 11.2 > 7.82 \rightarrow H_1$$

## **DISCUSIÓN:**

Tanto la tuberculosis como el factor sociodemográfico son problemas de salud pública de magnitud importante, lo que conlleva a que los pacientes con tuberculosis se vuelvan multidrogosresistentes, sin embargo, podemos decir que ambos mantienen una relación estrecha. La Rev. *Latino-am Enfermagem* nos menciona que la TB y la pobreza asumen una relación recíproca, pues tanto la pobreza puede estar relacionada a las condiciones precarias de salud, como estas pueden producir la pobreza, limitando las oportunidades de trabajo y de subsistencia, formando así, un círculo vicioso que tiende a empeorar.

En cuanto a los factores sociales se obtuvo que el consumo de alcohol y tabaco, contacto con pacientes portadores de tuberculosis influye en la multidrogosresistencia de pacientes con tuberculosis. La OMS reconoce que el consumo de alcohol y tabaco es un factor de riesgo de muchas enfermedades como las cardiovasculares, cirrosis hepática y varios tipos de cáncer por lo que a los pacientes con tratamiento antituberculoso y consumidores de alcohol se les considera un grupo vulnerable. Se sabe también que algunas personas que presentan consumo de alcohol tienen mayores probabilidades de fracasar o abandonar su tratamiento antituberculoso o presenten mayor riesgo de desarrollar TB-MDR.

Pongo Rojas, Nelsi Flor de María, en el estudio realizado en Tacna sobre "Factores de Riesgo Que Condicionan el Desarrollo de la Tuberculosis Multidrogosresistente en la Red de Salud Tacna 2010-2012 arriba a conclusiones que coinciden en algunos aspectos con nuestra investigación

como que la resistencia adquirida a los fármacos antituberculosos se debe a un tratamiento mal llevado, causante de abandonos y agravamiento de la enfermedad, generando portadores crónicos que usualmente pueden transmitir la TBC a sus familias y comunidad.<sup>11</sup>

En el estudio caso-control realizado por Casal M, y cols., sobre “La tuberculosis multirresistente a los fármacos: factores de riesgo en cuatro países europeos” con un total de 138 casos y 276 controles, se encontró que el factor de mayor riesgo estadísticamente significativo fue el contacto con TB (OR = 2,01), lo que respalda a nuestro estudio, en el que se obtuvo OR = 2,119, confirmándolo como factor significativo de riesgo.

En cuanto a los factores farmacológicos se obtuvo que el incumplimiento de tratamiento, presencia de reacciones adversas influye en la multidrogorresistencia de pacientes con tuberculosis.

Del Rio Mendoza Jeny Rosana, Guillen Castillo Graciela, Torres Chang Julio, en su estudio realizado en Ica sobre “Factores de riesgo para tuberculosis multidrogorresistente en la provincia de Ica” llega a conclusión: los factores de riesgo para tuberculosis multidrogorresistente son: abandono de tratamiento, antecedente de tratamiento, tratamiento inicial con drogas de segunda línea normado por el MINSA, tomar medicamentos sin supervisión, tener contacto con pacientes con tuberculosis multidrogorresistente, tener familiar fallecido de tuberculosis.

El estudio realizado por Kimerling ME y cols., sobre “El riesgo de tuberculosis multidrogorresistente y la tuberculosis polirresistente entre la población civil de la ciudad de Tomsk, Siberia, 1999”, determinó que el abandono del tratamiento (OR= 5,3, IC 95%: 2.4 - 11,6) se asoció al desarrollo de Multidrogorresistencia. En nuestro estudio se encontró que la irregularidad en el tratamiento (OR = 6,857, IC 95%: 2,48 - 18,961) es un factor significativo de riesgo.

En cuanto a los factores nutricionales se obtuvo que la desnutrición, pérdida de peso y consumo de alimentos hipoproteícos e hipocalóricos influye en la multidrogorresistencia de pacientes con tuberculosis.

Herrera Ticona L, en su estudio de tesis realizado “factores asociados a la mortalidad en tuberculosis pulmonar multidrogorresistente durante el tratamiento individualizado dots-plus en el hospital Sergio E. Bernales en el año 2009”, concluye que hubo mayor resistencia en los pacientes del sexo masculino y que el factor de riesgo más sobresaliente para desarrollar Multidrogorresistencia era la desnutrición. En nuestro estudio los pacientes del sexo masculino representaron el 43.9%, contrastando con el resultado de la tesis precedente. Además, se demuestra que la desnutrición no representa un factor de riesgo significativo (OR=1,127;IC 95%:0.436-2.911).

## CONCLUSIONES

Luego de haber realizado el presente estudio de investigación se formularon las siguientes conclusiones:

A través de la comprobación de hipótesis se llegaron a los siguientes resultados: Ji – Cuadrado  $X^2 = 11,2 > 7,82$ ; g.l=1  $\alpha=0.95$  y un P valor (0,05), entonces se acepta la hipótesis de investigación que afirma: los factores sociales, culturales, farmacológicas y nutricionales intervienen en la multidrogorresistencia en pacientes con tuberculosis en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2015.

Las características sociodemográficos de nuestra población estudiada son: población joven (15-25 años) en 53%, el sexo predominante fue el femenino (16) en un 53%, la procedencia fue urbano (21) en un 70%, el estado civil soltero (19) conformada por un 63%, ocupación estudiante (16) con un 53%, el grado de instrucción con mayor relevancia fue secundaria (14) en un 47%.

Según la población en estudio podemos decir que los factores sociales y farmacológicos intervienen en la multidrogorresistencia en un 66.6% (20), seguido de los factores nutricionales con un 56.6%(17) y los factores culturales en un menor porcentaje con un 50 % (15).

## RECOMENDACIONES

1. Los profesionales de enfermería que brindan servicios a pacientes con tuberculosis en la Estrategia Sanitaria Nacional del P.C.T deben facilitar, complementar y promover sobre la calidad de vida a través de orientaciones respecto a su alimentación, especialmente a la población joven susceptible de contraer esta enfermedad.
2. Los profesionales de enfermería que laboran en la Estrategia Sanitaria Nacional del P.C.T deben crear métodos didácticos para una comunicación efectiva con el paciente. Además de educarlos para el manejo de su enfermedad y las complicaciones que esta presentaría al no consumir sus medicamentos.
3. A las autoridades del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano gestionar la implementación de un laboratorio especializado para el diagnóstico y tratamiento oportuno de la TBC- MDR.
4. Impulsar la realización de investigaciones semejantes con otras poblaciones tanto de instituciones públicas como privadas de la región Huánuco, a fin de comparar los resultados para que de esta manera podamos obtener antecedentes para la confrontación de datos y el logro de alternativas de solución.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Regional para el Control de la Tuberculosis para 2005-2015. Washington (WA): OPS/OMS; 2005 Sep. 46. a Sesión del Comité Directivo -57 Sesión del Comité Regional. CD46/18, Rev.1 (Esp.).
2. World Health Organization. WHO report: global tuberculosis control surveillance, planning, financing. Geneva: WHO: 2008.
3. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia Regional para el Control de la Tuberculosis para 2010.
4. Perú, Ministerio de Salud. Evaluación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis Año 2006. Lima: MINSA; 2007.
5. The global MDR-TB & XDR-TB response plan 2007-2008. who 2007, world health organization ([who/htm/tb/2007](http://who/htm/tb/2007)).
6. <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>, Ministerio de salud Boletín Epidemiológico del 03 al 09 de marzo de 2013, Lima <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>.
7. Rev. Latino-am Enfermagem 2007 setiembre-octubre; [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae).
8. Perú, Ministerio de Salud. Situación de la tuberculosis en el Perú. Informe de Gestión 2008. Lima: MINSA; 2008.
9. DIRESA. Dirección Regional de Salud 2012. Huánuco-Perú.
10. Periódico El Comercio sábado 8 junio del 2015.

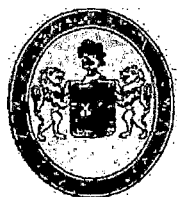
# ANEXO



Código:

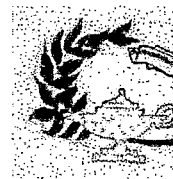
Fecha: ---/---/---

ANEXO 01



UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"

FACULTAD DE ENFERMERÍA  
HUÁNUCO



GUÍA DE ENTREVISTA SOBRE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sr(a) la presente entrevista tienen la finalidad de recoger información sobre los factores que intervienen en la multidrogorresistencia de pacientes con tuberculosis, donde será útil para el trabajo de investigación que estamos realizando. Por lo que agradeceré su colaboración al responder con veracidad esta entrevista.

Indique con una aspa(X) el resultado de las siguientes preguntas elaboradas, dicho estudio será anónima.

I. DATOS GENERALES

1. ¿Qué edad tiene Ud.?	a) De 15 a 25 años ( ) b) De 26 a 36 años ( ) c) 37 a mas
2. ¿A qué género (sexo) pertenece?	a) masculino ( ) b)femenino ( )
3. ¿De dónde proviene Ud.?	a) Zona rural ( ) b)Zona urbano ( ) c)Urbano marginal ( )

4. ¿Cuál es su estado civil?	a) Casado(a) ( ) b) Conviviente ( ) c) Soltero(a) ( )
5. ¿Cuál es su ocupación laboral?	a) Su casa ( ) b) Empleado ( ) c) Comerciante ( ) d) Estudiante ( )
6. ¿Qué grado de instrucción tiene Ud.?	a) Sin estudios ( ) b) Primaria ( ) c) Secundaria ( ) d) Superior ( )

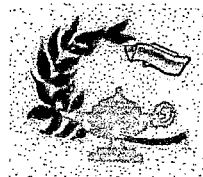
Código:

Fecha: ----/----/---

**ANEXO 02**



**UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"**



**FACULTAD DE ENFERMERÍA  
HUÁNUCO  
GUÍA DE ENTREVISTA**

Sr(a) la presente entrevista tienen la finalidad de recoger información sobre los factores que intervienen en la multidrogorresistencia de pacientes con tuberculosis, donde será útil para el trabajo de investigación que estamos realizando. Por lo que agradeceré su colaboración al responder con veracidad esta entrevista.

Indique con una aspa(X) el resultado de las siguientes preguntas elaboradas, dicho estudio será anónima.

**I. DATOS SOBRE FACTORES SOCIALES**

1. ¿cree Ud. que la falta de comunicación profesional de salud interviene para adquirir la multidrogorresistencia?

a) SI ( )                      b) NO ( )

2. ¿Usted cree que algunas personas con tuberculosis se sienten lastimadas por la manera en que los demás reaccionan cuando se enteran que tienen la enfermedad?

a) SI ( )                      b) NO ( )

3. ¿Usted cree que algunas personas con tuberculosis pierden a sus amigos/as cuando les comentan que tienen esa enfermedad?

a) SI ( )

b) NO ( )

4. ¿Usted cree que algunas personas con tuberculosis tienen miedo de ir a centros de salud por temor a que otros los vean?

a) SI ( )

b) NO ( )

5. ¿Cuenta Ud. con los servicios básicos (agua, luz y desagüe)?

a) SI ( )

b) NO ( )

6. ¿Cree Ud., que la sobrecarga de trabajo le impide tomar sus medicamentos, y es causa para adquirir la multidrogorresistencia?

a) SI ( )

b) NO ( )

7. ¿Ud., cree al consumir bebidas alcohólicas, se olvida tomar sus medicamentos y esto provoca para adquirir la multidrogorresistencia?

a) SI ( )

b) NO ( )

8. ¿al consumir tabaco Ud. se olvida tomar sus medicamentos y esto conlleva a la multidrogorresistencia?

a) SI (      )    b) NO (      )

9. ¿siente Ud. por su enfermedad que las personas le tratan de diferente manera y esto le conlleva a no asistir al centro de salud para tomar sus medicamentos?

a) SI (      )    b) NO (      )

10. ¿Algún miembro de tu familia o vecinos presenta o presentó tuberculosis?

a) SI (      )    b) NO (      )

## **II. DATOS SOBRE FACTORES CULTURALES**

1. ¿Tiene alguna creencia que le impida tomar sus medicamentos o realizar su tratamiento normalmente?

a) SI (      )    b) NO (      )

2. ¿Ud. conoce las complicaciones de no tomar sus medicamentos indicados por el profesional de salud?

a) SI (      )    b) NO (      )

3. ¿Cree Ud., que la falta de costumbre para tomar los medicamentos diariamente provoca abandonar el tratamiento?

a) SI (    )

b) NO (    )

### III. DATOS SOBRE FACTORES FARMACOLOGICAS

1. ¿Ud. cree que el abandono del consumo de los medicamentos para su tratamiento influye en adquirir la multidrogorresistencia?

a) SI (    )

NO (    )

2. ¿A causa de las reacciones que presenta el organismo por tomar los medicamentos, Ud. abandonaría su tratamiento?

a) SI (    )

b) NO (    )

3. ¿Ud. toma sus medicamentos los días indicados por el profesional de salud?

a) SI (    )

b) NO (    )

4. ¿Es buena la atención del personal de salud que le suministra el tratamiento?

a) SI (    )

b) NO (    )

5. ¿Ha presentado reacciones adversas al tratamiento (efectos secundarios)?

a) SI ( )                      b) NO ( )

#### **IV. DATOS SOBRE FACTORES NUTRICIONALES**

1. ¿Ud. Consume alimentos a base de proteínas y calorías?

a) SI ( )                      b) NO ( )

2. ¿la falta de consumo de alimentos a base de proteínas y calorías provocan para abandonar su tratamiento?

a) SI ( )                      b) NO ( )

3. ¿Cree Ud. al no consumir alimentos que contiene vitaminas y minerales interviene en el abandono de su tratamiento?

a) SI ( )                      b) NO ( )

4. ¿Ud. ha perdido peso por su enfermedad?

a) SI ( )                      b) NO ( )

5. ¿Alguna vez Ud. Ha presentado desnutrición?

a) SI ( )                      b) NO ( )

## NOTA BIOGRÁFICA

### **Morales Briceño, Lili**

Lugar y fecha de nacimiento: Ambo, 06 de diciembre de 1990.

Centro educativo de los estudios secundarios: I.E.S Julio Benavides Sanguinetti.

Universidad y Facultad: Universidad Nacional "Hermilio Valdizán", Facultad de Enfermería

Año que se obtuvo el Grado de Bachiller: 2015

### **Obregón Morales, Arelina**

Lugar y fecha de nacimiento: Huamalés, 09 de setiembre 1990.

Centro educativo de los estudios secundarios: Colegio Nacional De Menores-Tantamayo.

Universidad y Facultad: Universidad Nacional "Hermilio Valdizán", Facultad de Enfermería

Año que se obtuvo el Grado de Bachiller: 2015

### **Salazar Rivera Benazir**

Lugar y fecha de nacimiento: Amarilis, 15 de noviembre 1988.

Centro educativo de los estudios secundarios: "Colegio Nacional Nuestra Señora de las Mercedes"

Universidad y Facultad: Universidad Nacional "Hermilio Valdizán", Facultad de Enfermería

Año que se obtuvo el Grado de Bachiller: 2015





## **ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

En la ciudad universitaria de Cayhuayna, a los cinco días del mes de octubre de 2015, siendo las diecisiete horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en los ambientes del Laboratorio de Enfermería de la UNHEVAL, los miembros integrantes del Jurado Calificador, nombrados mediante la Resolución Nº 0515-2015-UNHEVAL-D-FEN, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada: **FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA MULTIDROGORESISTENCIA DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS, HOSPITAL REGIONAL "HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO", HUANUCO 2015**, de la Bachiller: **Lili Raquel MORALES BRICEÑO**

El Jurado Calificador está integrado por los siguientes docentes:

- Dra. Nancy Veramendi Villavicencios      **PRESIDENTA**
- Mg. René Castro Bravo                      **SECRETARIA**
- Mg. Luis Laguna Arias                        **VOCAL**
- Lic. Enf. Judith Galarza Silva              **ACCESITARIA**

Finalizado el acto de sustentación, los miembros del jurado procedieron a deliberar y verificar los calificativos, habiéndose obtenido el resultado siguiente: *...Aprobado...* por *unanimidad*, con el calificativo cuantitativo de *17* y cualitativo de *diecisiete*, quedando *Apto* para que proceda con los trámites necesarios, con la finalidad de obtener **EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**.

Con lo que se dio por concluido el acto de Sustentación de Tesis; en fe de lo cual firmamos.

*Nancy Veramendi*  
.....  
**PRESIDENTE (A)**

*Nancy Veramendi*  
.....  
**SECRETARIO (A)**

*Judith Galarza*  
.....  
**VOCAL**

Deficiente (11, 12, 13)  
Bueno (14, 15, 16)  
Muy Bueno (17, 18)  
Excelente (19, 20)