



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“CONOCIMIENTOS Y MEDIDAS PREVENTIVAS SOBRE LA
TUBERCULOSIS EN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES
MULTIDROGORESISTENTE QUE ACUDEN A LA ESN-PCT EN
EL CENTRO MATERNO INFANTIL “SANTA ANITA” 2014”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

BACHILLER: CORDOVA GUTIERREZ MARIA ROSA

LIMA - PERÚ

2016

**“CONOCIMIENTOS Y MEDIDAS PREVENTIVAS SOBRE LA
TUBERCULOSIS EN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES
MULTIDROGORESISTENTE QUE ACUDEN A LA ESN-PCT EN
EL CENTRO MATERNO INFANTIL “SANTA ANITA” 2014”**

A DIOS todo poderoso por darnos la fe y la sabiduría, guiándonos en todo momento, ayudándonos a seguir adelante con perseverancia y optimismo para lograr unas de nuestras metas y otorgándonos paz y alegría

Quiero expresar mi gratitud a la Universidad Alas Peruanas por la intensa labor que realizan brindando conocimientos valores y experiencias durante nuestra preparación profesional. Agradezco a la Dr. Fernanda Gallegos de Bernaola Directora de la Escuela Profesional de Enfermería por la formación académica impartida. A mi familia, amigos, compañeros que siempre creyeron en mí. A mis docentes, eternos educadores, por su ejemplo día a día, sus conocimientos, y sus experiencias compartidas.

RESUMEN

La presente investigación titulada “Conocimientos y medidas preventivas sobre la tuberculosis en los familiares de los pacientes multidrogoresistente que acuden a la ESN-PCT en el centro materno infantil “santa anita” 2014” cuyo objetivo general fue determinar los conocimientos y medidas preventivas sobre la tuberculosis en los familiares de los pacientes multidrogoresistente que acuden a la ESN-PCT en el centro materno infantil Santa Anita. Fue tipo cuantitativo, de diseño descriptivo correlacional, no experimental y de corte transversal. Cuya La muestra estuvo conformada por los 73 familiares de los 37 pacientes que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita”. A través de los resultados se llegaron a las siguientes conclusiones:

La mayoría de los familiares de los pacientes multidrogoresistente que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita”, entre las edades de 37 a 42 años, son de género femenino, sus casa son de esteras, conviven con sus parejas, su condición laboral es independiente, sus ingresos mensuales son de 750 soles mensuales, y solo tienen estudios de secundaria. A través de los resultados obtenidos podemos observar que hay un gran desconocimiento, falta de información y por ende poca aplicación de las medidas de prevención. Los familiares de los pacientes que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita”, tienen escaso conocimiento sobre la definición de la TB, TB-MDR, los signos y síntomas y tratamiento. Los familiares de los pacientes que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita”, muy pocos aplican las medidas preventivas en la vivienda, la alimentación y en las forma de transmisión.

Palabras claves: conocimiento, TBC multidrogo resistente, familia

ABSTRAC

The present research entitled "Knowledge and preventive measures on tuberculosis in the relatives of multidrug-resistant patients attending the ESN-PCT in the maternal and child center" santa anita "2014" whose general objective was to determine the knowledge and preventive measures on tuberculosis In the families of multidrug-resistant patients who attend the ESN-PCT in the Santa Anita maternal and child center. It was quantitative type, descriptive correlational, non-experimental and cross-sectional design. The sample consisted of the 73 relatives of the 37 patients who attended the ESN-PCT in the "Anita" Maternal and Child Health Center. Through the results the following conclusions were reached:

Most of the relatives of multidrug-resistant patients attending the ESN-PCT in the "Santa Anita" Maternal and Child Center, between the ages of 37 and 42, are female, their homes are mats, they live with their partners , Their work status is independent, their monthly income is 750 soles per month, and only have secondary education. Through the obtained results we can observe that there is a great ignorance, lack of information and therefore little application of the prevention measures. Family members of patients attending the ESN-PCT in the "Santa Anita" Maternal Child Center have little knowledge about the definition of TB, MDR-TB, signs and symptoms and treatment. The relatives of the patients who attend the ESN-PCT in the "Santa Anita" Maternal and Child Health Care Center very few apply the preventive measures in housing, food and in the form of transmission.

Keywords: knowledge, multidrug resistant TBC, family

INDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRAC

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	
1.2.1. Problema General	5
1.2.2. Problemas Específicos	5
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. Justificación del estudio	6
1.5. Limitaciones de la investigación	7

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio	8
2.2. Base teórica	17
2.3. Definición de términos	29
2.4. Variables	30
2.4.1. Definición conceptual de la variable	30
2.4.2. Definición operacional de la variable	31
2.4.3. Operacionalización de la variable	31

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	32
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	33
3.3. Población y muestra	33
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	33
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	33
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	34
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	35
CAPÍTULO V: DISCUSION	41
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	Pág.
Tabla 1	
Perfil de los familiares de los pacientes multidrogoresistente que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita” 2014	36
Gráfico 1	
Conocimientos y medidas preventivas sobre la tuberculosis en los familiares de los pacientes multidrogoresistente que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita” 2014	38
Gráfico 2	
Conocimientos sobre la tuberculosis multidrogoresistente en los familiares de los pacientes que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita” 2014	39
Gráfico 3	
Medidas preventivas sobre la tuberculosis multidrogoresistente en los familiares de los pacientes que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita” 2014	40

INTRODUCCIÓN

Hoy, el Perú está afrontando un grave incremento de los casos de TB multirresistente. La tuberculosis (TB) es una enfermedad transmisible (actualmente se prefiere el término “comunicable”) producida por el *Mycobacterium tuberculosis*, que ataca principalmente a los pulmones, por lo que resulta fácilmente transmisible a través de la respiración (el 80% de los casos de TB son de tipo pulmonar).

Cuando el germen o bacilo de la TB se vuelve resistente a por lo menos los dos principales antibióticos (R y H), 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 que lo cuidan, a sus amigos que lo apoyan, a sus compañeros de trabajo y al resto de la sociedad. Cuando no se accede a tratamiento anti TB apropiado, aproximadamente 80% de los enfermos fallecerá en el curso de los ocho años siguientes.

Cada año la TB infecta a más de 100 millones de personas. Aproximadamente 1.600 millones de personas de todo el mundo, niños y adultos, están infectados con la TB. De ellos, cada año enferman unos 8 millones de personas (12% de los cuales tienen además infección por el virus de VIH/SIDA). Cada enfermo infecta a otras 10-15 personas por año, en promedio. Tres cuartos de todos los enfermos son adultos jóvenes. El 95% de los casos se encuentra en los países de bajos y medianos ingresos (países en desarrollo). De ellos, 2,5 millones fallecen cada año (14% de ellos serían personas con VIH/SIDA). Eso significa una vida cada 15 segundos. Globalmente hay un 3% de incremento de casos nuevos cada año (en África es del 10% anual).

En 1996, el Perú actualizó sus normas nacionales abandonando su antigua decisión de tratar todos los casos de TB con un único esquema

medicamentoso, estableciendo esquemas de tratamiento diferenciado. En 1996 y 1999 se realizaron en el Perú dos grandes estudios a escala nacional para conocer la magnitud de la TB drogorresistente y multirresistente. Aproximadamente 15% de los que enferman de TB en el Perú tienen TB multidrogorresistente. El 3% de los casos nuevos y 15% de las recaídas y los interruptores de tratamiento tienen TB multirresistente (TBMDR), con lo que el país se sitúa entre los 10 países con más altas tasas de TB multirresistente en el mundo.

La presente investigación para fines de estudio contiene

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tuberculosis es una enfermedad de origen infecciosa que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la segunda causa mundial de mortalidad, después del sida, a nivel mundial, causada por un agente infeccioso (1)

La Tuberculosis es una de las enfermedades infectocontagiosas de mayor incidencia en la población del mundo y un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo, a nivel mundial cada año, 8 millones de personas se enferman con la tuberculosis pulmonar, y 2 millones de personas mueren de la enfermedad a escala mundial, el 98 % de ellos pertenecientes a países pobres (2).

La Tuberculosis fue declarada en 1993 como una “emergencia sanitaria mundial” debido a su magnitud como problema de salud pública. (3)

Asimismo, la OPS según estimaciones recientes refiere que “cada año mueren tres millones de personas a consecuencia de esta enfermedad y

un tercio de la población se encuentra infectada por el bacilo tuberculoso".
(4).

En países desarrollados, entre el 50% y 60% de los usuarios no cumplen el tratamiento médico, cuya razón aún no encuentra una respuesta satisfactoria. El abandono al tratamiento es uno de los 3 factores más importantes que condicionan cepas más resistentes, lo que determina la transmisión prolongada de M. Tuberculosis; traduciéndose en aumento de la incidencia y mortalidad (5).

Este panorama es más crítico en el Perú donde el modelo de desarrollo económico ha generado consecuencias negativas como: sub-empleos, desempleos, bajo ingreso per cápita que genera pobreza extrema, las cuales son el origen de los múltiples factores que condicionan la permanencia del foco infeccioso de la enfermedad, los cuales son el déficit de saneamiento ambiental, hacinamiento, poca accesibilidad a los servicios de salud, deficiente educación para la salud y estrés social (6).

Así mismo la OPS, asevera que el Perú, es el segundo país con más carga de tuberculosis en todas sus formas, así en el 2010 se notificaron 31,000 casos que representa el 12% de la carga total para las Américas y el 5to lugar en 4 incidencia más alta (106 por 100,000 hab.) después de Haití, Surinam, Bolivia y Guyana. (7)

A pesar de todos los avances en la quimioterapia de la tuberculosis, todavía siguen ocurriendo en todos los países fracasos terapéuticos y generán un número inaceptable de enfermos portadores de cepas resistentes a una o varias drogas antituberculosas.

Según la OMS cada año surgen 425,000 nuevos casos de TB – MDR las tasas más altas corresponden a la antigua URSS y China, donde hasta

14% de los casos nuevos de tuberculosis no responden al tratamiento farmacológico convencional.

La Tuberculosis Multidrogorresistente (TB-MDR) se ha convertido en una epidemia en ascenso desde mediados de la década de los 90, época en la cual predominaba la resistencia a 2 drogas, actualmente la resistencia se da en 3 o más drogas.

El Perú es uno de los ocho países en el mundo con mayor número de pacientes afectados con tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR), la forma más grave de la tuberculosis (OMS), es responsable de casi el 3% de casos entre los resistentes no tratados previamente y aproximadamente 15% de casos entre aquellos que tienen antecedente de tratamiento previo (8), además la aparición de un nuevo tipo de tuberculosis multidrogorresistente conocido como la Tuberculosis Extremadamente Resistente (TB-XDR)

La TB-XDR, que no responde a ningún fármaco, causa la muerte de la mitad de los pacientes que lo contraen, según un estudio surcoreano, publicado en American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. Estas tasas de mortalidad son similares a las que se daban antes del descubrimiento de la estreptomina en 1943. (9).

Las tasas de TB-XDR representan alrededor de 5% de los 9 millones de nuevos afectados por TB cada año, dijo la OMS. La multirresistencia ha aumentado significativamente, hasta alcanzar en algunas zonas el 35% del total de casos registrados.

Las tasas altas de Tuberculosis resistente a los medicamentos aumentan año tras año, aunado a ello la coinfección con el VIH siendo un gran obstáculo para su control y tratamiento. Así mismo, se sabe que la tuberculosis sigue siendo considerada como una enfermedad con muchos

estigmas; sin embargo, se debe tener en claro que la tuberculosis ataca a las personas independientemente de su raza, color o situación económica. Existen diversos factores que condicionan la transmisión de la enfermedad y severidad del cuadro clínico, como: la edad del paciente, historia previa de tuberculosis con tratamiento irregular (abandono, tratamientos prolongados).

En la actualidad el MINSA mediante la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ESN-PCT) tiene como objetivo disminuir progresiva y sostenidamente la incidencia de tuberculosis mediante la detección, diagnóstico, tratamiento oportuno gratuito y supervisado a todas las personas con tuberculosis en todos los servicios de salud, brindando atención integral de calidad con la finalidad de disminuir la morbimortalidad y sus repercusiones sociales y económicas (10).

Durante las prácticas clínicas comunitarias al interactuar con los asistentes al programa ESN-PCT algunas de ellas eran pacientes con tuberculosis multidrogorresistente y otros sus familiares, muchos de ellos con dudas y preguntaban ¿Cómo se previene la Tuberculosis Multidrogorresistente? con dificultad y duda,...”creo que se contagia por el aire o algo así ,...no me acuerdo muy bien, la enfermera solo me explicó el primer día, ahora ya no me acuerdo” y a la pregunta ¿Qué medicamentos toma y por cuánto tiempo las va tomar su familiar? Unos respondieron... “no sé como se llaman pero son varias y las va tomar por varios meses”, otros simplemente respondieron...”no sé”. A razón de ello surge la necesidad de hacer un estudio sobre los conocimientos sobre TB-MDR en los familiares que asisten a la ESNPCT del Centro Materno Infantil “Santa Anita”, con la finalidad de proyectar acciones preventivo promocionales, tomando como base la educación, contribuyendo así a disminuir la proliferación de la tuberculosis, en especial de la Tuberculosis

Multidrogorresistente (TB-MDR) y en su forma más grave Tuberculosis Extremadamente Resistente (TB MDR).

Una adecuada información y educación sobre la enfermedad fomentará comportamientos saludables y generará entornos saludables.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los conocimientos y las medidas preventivas sobre la tuberculosis en los familiares de los pacientes multidrogoresistente que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita” 2014?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuáles son los conocimientos sobre la tuberculosis en los familiares de los pacientes multidrogoresistente que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita” 2014?

¿Cuáles son las medidas preventivas sobre la tuberculosis en los familiares de los pacientes multidrogoresistente que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita” 2014?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Determinar los conocimientos y medidas preventivas sobre la tuberculosis en los familiares de los pacientes multidrogoresistente que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita” 2014

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar los conocimientos sobre la tuberculosis multidrogoresistente en los familiares de los pacientes que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita” 2014

Identificar las medidas preventivas sobre la tuberculosis multidrogoresistente en los familiares de los pacientes que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita” 2014

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El presente estudio de investigación es relevante, porque analiza un problema de salud pública a nivel mundial, en la actualidad existe un alto índice de personas que padecen de tuberculosis, pese a las permanentes actividades de promoción y prevención y la experiencia adquirida en el manejo de la tuberculosis esta enfermedad continúa siendo un serio problema.

Este estudio permitirá identificar los conocimiento y aplicación de las medidas preventivas que tienen los familiares de los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente.

Este estudio es de gran aporte, ya que servirá como fuente de información para otros trabajos de investigación relacionados con el tema, y finalmente los resultados podrán ser comparados con nuevas investigaciones referentes al tema de estudio.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La primera limitación corresponde a la población de estudio, ya que la muestra solo pertenece a los familiares de los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente

La segunda limitación corresponde a que los resultados sólo sirvieron para la institución donde se llevo a cabo la investigación.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes internacionales

RUBI.G; en su estudio titulado “Prevalencia de tuberculosis en contactos de pacientes con TB-MDR. Instituto de Salud Pública Veracruzana”. 2011. El objetivo de la investigación fue determinar la prevalencia de la Tuberculosis e identificar factores asociados al desarrollo de la enfermedad en contacto de pacientes con TB-MDR la metodología empleada fue un estudio transversal comparativo, se realizó en el estado de Veracruz, en el ámbito geográfico de las jurisdicciones sanitarias de Tuxcan, Xalapa, Córdoba y Veracruz participaron 25 pacientes con TB-MDR dictaminados por COEFAR y 62 contactos, la recolección de datos se dio a través de un cuestionario aplicado y una lista de cotejo de registros de la lista nominal de pacientes drogoresistentes, para determinar el estado actual de los pacientes se realizó una Bacilooscopia. Se llegó a la siguiente conclusión:

“Los pacientes, los hombres son los más afectados por la TB-MDR y con predominio de la enfermedad en gente joven,

existiendo alta proporción de coinfección con DM, enfermedad también presente en los contactos, existe desconocimiento de los pacientes y contactos de TB-MDR. No se realizan estudios de contactos como establece la NOM-006-SSA-1993. La prevalencia de tuberculosis encontrada en los contactos una de las más altas reportadas”.⁽¹¹⁾

ERSHOVA, J; KURBATOVA, E. en su estudio titulado “La mortalidad entre pacientes con resistencia adquirida a la segunda línea contra la tuberculosis drogorresistente. New York. 2014. Cuyo objetivo fue evaluar resistencia a la segunda línea contra la tuberculosis droga (SLD) obstaculiza gravemente las opciones de tratamiento de la resistente a los medicamentos de la tuberculosis (TB). Se evaluó la asociación entre la adquisición de resistencia (AR) para la segunda línea de drogas inyectables (SLI) o fluoroquinolonas (FQ) y la mortalidad de los casos de tuberculosis confirmada por los resultados de cultivos positivos con datos disponibles Test inicial y final de susceptibilidad a fármacos (DST). Los resultados indicaron 13/49 (26,5%) tenía tratamiento terminando con la muerte en comparación con 222 (10,0%) de los que no tienen AR a SLI (P <0,001). De 1.187 casos con el horario de verano tanto inicial como final para FQ, 32 (2,8%) la resistencia adquirida; 12/32 (37,5%) tenían tratamiento sea terminado por la muerte frente a 121 (10,9%) de los que no tienen AR a FQ (P = 0,001). Al controlar por la edad, la mortalidad fue significativamente mayor en los casos con AR a SLD que entre los casos sin AR (razón de riesgo ajustada (AHR) [SLI], 2,8; intervalo de confianza del 95% (IC) ,1.4-5 0.4; AHR [FQ], 1.9 ; 95% CI ,1.0-3 0.5) MDR TB al inicio del tratamiento, el estado positivo de VIH y enfermedad extrapulmonar también se asociaron significativamente con la mortalidad. Llegando a la conclusión:

La mortalidad fue significativamente mayor entre los casos de tuberculosis con AR de SLD. Los proveedores deben considerar AR a SLD al principio del tratamiento, seguimiento de los resultados de DST, y evitar las muertes prematuras.⁽¹²⁾

BAUMANN R., KAEMPFER S., CHEGOU NN., OEHLMANN W., LOXTON AG., KAUFMANN SH., VAN HELDEN PD., BLACK GF., SINGH M., WALZL G; en la investigación titulada “El diagnóstico serológico de la tuberculosis mediante la combinación de clases de Ig contra objetivos seleccionados por microbacterias”. Sudáfrica. 2014. Para los objetivos se necesitan pruebas precisas, sencillas y rentables de diagnóstico para el diagnóstico de activa la tuberculosis (TB). El diagnóstico serológico es atractivo, ya que puede ser aprovechada para las pruebas de punto de atención. Se evaluaron, de forma ciega, la sensibilidad y especificidad de la serología IgG, IgA y / o IgM respuestas a Apa, Hsp16.3, HSP20, PE35, Tpx y LAM 42 en Sudáfrica sin VIH pulmonar los pacientes con TB y 67 individuos de control. El estado de Mycobacterium latente de la tuberculosis infección (ITL) entre los controles se definió a través de la TST y ensayos de liberación de IFN- γ . Se evaluaron 47 definida ITL (IGRA + / ITL), 8 putativo ITL (IGRA - / TST +) y 12 (no-LTBI) sujetos con TB no infectadas. Teniendo como conclusión:

“Las respuestas de anticuerpos a algunos de M. tuberculosis antígenos a menudo reflejan también la infección latente de explicar los malos resultados de las pruebas basadas en anticuerpos para la TB activa en la configuración de la tuberculosis endémica. Nuestros resultados sugieren que en lugar de una combinación de la respuesta serológica contra proteínas y antígenos no proteicos y diferentes clases de Ig seleccionados debe ser investigado por serodiagnósticos TB.” (13)

MUWONGE A., MALAMA S., BRONSVOORT BM., BIFFA D., SSENGOOBA W., SKJERVE E. Una comparación de las herramientas utilizadas para la tuberculosis, el diagnóstico en entornos con recursos limitados en el Hospital de Referencia de Mubende, Uganda. Noruega. 2014. El objetivo de este estudio fue comparar las herramientas de diagnóstico que se utilizan en el hospital de referencia regional Mubende con un juego extra de las herramientas utilizadas durante un periodo de investigación con el fin de evaluar el desempeño de Z & N microscopia directa (DZM). Se analizaron 344 muestras de DZM en Mubende y se comparan con los duplicados analizados en la microscopía de fluorescencia directa (DFM), el crecimiento en medios sólidos y líquidos en la Universidad de Makerere. Se utilizaron las variables clínicas de un cuestionario y DZM para predecir el estado de la tuberculosis.

“El estudio apoya la preocupación de que el uso de DZM solo arriesga faltante mayoría de los casos de tuberculosis, en este caso nos encontramos cerca del 60%, del que fue un caso MDR uno. Aunque la adopción de DFM sería reducir esta proporción de 19%, el uso de un algoritmo de detección de tres predictor junto con DZM era casi tan bueno como solo DFM. Es de utilidad es el que sujeta al VIH examinar a todos los sospechosos de TB”. (14)

2.1.2. Antecedentes nacionales

BRAVO Chaupis, Edson Eduardo en su estudio titulado: “Actitudes del paciente con tuberculosis hacia su condición de multidrogoresistente en el C.S. fortaleza. Lima Perú. 2010”, tiene como objetivos determinar las actitudes de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogorresistente e Identificar las características de cada uno de los componentes como son: cognitivo, afectivo y conductual. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por todos los

pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPYCTB) del C.S. "Fortaleza". Los resultados fueron que del 100% (20), 70% (14) de los pacientes presentan actitudes medianamente favorables hacia su condición de MDR. En el componente Cognitivo un 45% (9) de los pacientes presentan un conocimiento medianamente favorable acerca de la enfermedad. En cuanto al componente Afectivo un 50% (10) de los pacientes presentan sentimientos medianamente favorable acerca de su condición multidrogoresistente. En el Componente Conductual un 45% (9) de los pacientes presentan conductas medianamente favorables. Por lo que se concluye que:

"la actitud de los pacientes con Tuberculosis hacia su condición de multidrogoresistencia es de indiferencia ya que en todos los componentes presentan actitudes medianamente favorables hacia su enfermedad". (15)

PÉREZ Villacorta Rolando y MIRANDA Lozano Adrian; en su estudio titulado "Nivel de Conocimiento sobre Tuberculosis Pulmonar y la Actitud hacia el Tratamiento del Usuario de la Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II-1 Moyobamba. Julio - Diciembre 2011" El diseño del estudio es descriptivo correlacional de corte transversal, prospectivo. La muestra, no probabilística por conveniencia fue de 60 usuarios de la ESCTBC quienes cumplieron con los criterios de inclusión. Se empleo el método cuantitativo utilizando un cuestionario de veinte preguntas con 5 alternativas de respuesta que midieron el conocimiento en las dimensiones de medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis; y un test cuestionario de veinte preguntas con escala tipo Lickert, en las dimensiones de la actitud: hacia el tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y medidas preventivas con alternativas de respuesta, para medir la actitud del usuario de la ESCTBC hacia el tratamiento.

Los resultados demuestran que la mayoría de los pacientes con tuberculosis pulmonar presentan un nivel de conocimientos alto (76.3%) y medio (23.3%) sobre el tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y medidas preventivas, y una actitud de aprobación (88.3%) y una actitud indiferencia (11.7%) no encontrándose actitud de rechazo en ninguno de ellos. La prueba de correlación de pearson demuestran una relación directamente significativa ($p=0.684$) que acepta nuestra hipótesis de estudio. Se Concluyo en:

“El nivel de conocimientos sobre medidas de prevención, diagnostico y tratamiento de la TBC (alto y medio) tiene una relación visignificativa ($p < 0.05$) con la actitud (de aceptación e indiferencia) hacia el tratamiento por el usuario de la Estrategia Sanitaria de TBC, por lo que se recomienda mantener y mejorar los módulos educativos para el usuario que ingresa a la ESCTBC, a fin de mejorar la actitud hacia ella”. (16)

RODRIGUEZ, H. Alejandro, en su estudio “Factores de riesgo para tuberculosis pulmonar Multidrogoresistente en la Región la Libertad”, Perú. 2012. Cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo en pacientes con tuberculosis pulmonar multidrogoresistente de la Región La Libertad, Perú en 73 pacientes que tenían tuberculosis multidrogoresistente considerados como casos y 219 pacientes con tuberculosis sensible considerados como controles. Los datos de infección positiva a M. tuberculosis, así como de su condición de resistente o sensible al tratamiento convencional. El método tipo observacional, analítico de casos y controles. Se revisaron actas del Comité de Evaluación de Retratamiento Intermedio (CERI) de la Región La Libertad, registros de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de las Micro redes de

Salud de Trujillo y del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Concluyo:

“El estudio concluyo que Los antecedentes de fracaso a esquema primario y ser contacto de pacientes con tuberculosis multidrogo resistente fueron los factores de riesgo con mayor magnitud de asociación para multidrogo resistencia; los antecedentes de drogadicción, irregularidad o abandono de tratamiento, diabetes mellitus y multitratado de tuberculosis también mostraron asociación estadísticamente significativa como factores de riesgo para tuberculosis multidrogoresistente en pacientes de la Región La Libertad en el periodo 2008-2009. Los factores de riesgo para tuberculosis multidrogoresistente encontrados en el presente estudio coinciden con los factores mostrados en la mayoría de trabajos de otros lugares del país y del extranjero, pero con diferencias en las magnitudes de asociación”. (17)

JAVE. O. en su estudio “La Tuberculosis Multiresistente en el Perú”, el objetivo fue determinar la evolución de la TBC-MDR. 2012. Poco después del inicio del uso del primer antibiótico efectivo contra la tuberculosis (TB) se reportaron casos de recaída con resistencia al antibiótico previamente utilizado. Se descubrió entonces las ventajas de dar terapia combinada para superar la resistencia. En el Perú se empezó a usar tratamiento acortado moderno a fines de los 70. Dos décadas de tratamiento autoadministrado, irregularidad en el abastecimiento de medicinas e insumos, debilidad organizativa del programa, escasez presupuestal, etc., produjeron las condiciones necesarias para la aparición de la TB multiresistente. A principios de los 90 el programa de TB recibió fondos extraordinarios que permitieron ofrecer diagnóstico y tratamiento gratuito y apropiado al total de enfermos nuevos al tratamiento, logrando disminuir la tasa de incidencia anual, aunque con tendencia a detenerse su

disminución. El manejo adecuado de la TB sensible a antibiótico llevó a éxitos significativos en el control de esta forma de TB.

“El estudio concluyó que el manejo inapropiado de la TB drogorresistente y multirresistente, en los pacientes que recaían, interrumpían el tratamiento o fracasaban al mismo, subestimando y negando la magnitud creciente de las mismas, llevó a ejecutar temerariamente tratamientos previsiblemente inadecuados para los pacientes con TB multirresistente durante seis años, aplicándoles un único antibiótico nuevo y repitiéndoles durante ocho meses los mismos antibióticos frente a los cuales ya habían fracasado, como parte de un estudio multicéntrico internacional para evaluar el esquema de retratamiento para fracasos recomendado por un organismo internacional. Como consecuencia de ello, el número y proporción de personas con TB drogorresistente y multirresistente se ha incrementado a niveles nunca antes reportados en el Perú. Asimismo, la Defensoría del Pueblo ha aceptado la solicitud de investigación presentada por la Asociación de Enfermos de TB (ASET) por supuesta violación de los derechos humanos de los enfermos con TB multirresistente”⁽¹⁸⁾

LEE SH, KIM SW, LEE S, KIM E, KIM DJ, PARK S, LEE EJ, LEE SY, LEE JS, LIM CS, KIM WK, IN KH. En su estudio “Detección rápida de Mycobacterium Tuberculosis utilizando un nuevo Ultra-Fast Chip-Tipe Real-Time PCR System. Perú. 2014. Este estudio fue hecho para evaluar la utilidad clínica de este sistema en la detección de la tuberculosis pulmonar (TB) y evaluar su rendimiento diagnóstico en comparación con un sistema de PCR de tipo de tubo convencional. Métodos: Un total de 247 muestras de esputo se obtuvieron de los pacientes que se sospecha que tienen pulmonar TB. Después de que el proceso de descontaminación, estas muestras se examinaron por tinción de fluorescencia para bacilos ácido-alcohol resistentes, cultivos con

ambos medios sólidos y líquidos, y PCR en tiempo real con el BNE LabChip y un sistema de tipo de tubo convencional. Se evaluó la precisión diagnóstica del sistema LabChip NBS y el acuerdo entre los dos ensayos.

“El sistema NBS LabChip G2-3 pueden tener potencial como una herramienta de diagnóstico ultra rápida, rentable para pulmonar TB con una alta sensibilidad y especificidad.” (19)

ROHINI K., BHAT S., SRIKUMAR PS., MAHESH KUMAR A.

Evaluación de los niveles séricos de calcio y fósforo en tuberculosis pulmonar pacientes antes, durante y después de la quimioterapia. Perú 2013. Nuestro estudio tuvo como objetivo evaluar los niveles de calcio sérico y el fósforo en tuberculosis pulmonar los pacientes. Las muestras de sangre se obtuvieron de 40 pacientes con tuberculosis pulmonar antes del tratamiento (PTB-0), al final de los 2 meses de la fase intensiva de tratamiento (PTB-2) y después de 6 meses de tratamiento (PTB-6). La edad y el peso combinado voluntarios sanos (n = 37) sirvieron como controles normales. Se analizó el suero para el calcio y el fósforo. El calcio sérico disminuyó significativamente a los niveles de hipocalcemia y fósforo sérico disminuido significativamente, pero estaba dentro de los límites normophosphatemic en la tuberculosis pulmonar. La quimioterapia para la tuberculosis consiguió elevar los niveles séricos de tanto los iones, con hipocalcemia que aún persiste en la mayoría de los pacientes durante el tratamiento pero conseguir resuelto en un porcentaje significativo de los pacientes al final de 6 meses de tratamiento. Los resultados indican la necesidad de que los suplementos de calcio y fósforo en la tuberculosis pacientes durante la quimioterapia.

“Este estudio también justifica la necesidad de un seguimiento regular de calcio y fósforo sérico en pacientes sometidos a anti-tuberculosis tratamiento.” (20)

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. El conocimiento

El conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto.

El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte, originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades de quien aprende. Estos cambios se pueden observar en la conducta del individuo y actitudes frente a situaciones de la vida diaria, dichas actividades irán cambiando a medida que aumentan los conocimientos aunada con la importancia que se le dé a lo aprendido. El aprendizaje se lleva a cabo básicamente a través de dos formas: la informal, mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud-enfermedad y suele completarse con otros medios de información y la formal que viene a ser aquella que se imparte en el sistema educativo que incluye al nivel inicial, primario, secundario y terciario donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.

Hoy en día, el conocimiento es la reproducción de la realidad en el cerebro humano, que se manifiesta bajo la forma de pensamiento y que en última instancia es determinado por la actividad práctica. La actividad del conocimiento es una inmersión en la realidad con el propósito de reflejarla o modelarla para dominarla y adecuarla a las necesidades humanas, por eso es que el saber avanza de la

ignorancia al conocimiento, de la superficie a la esencia de los fenómenos, del rango al conjunto, de lo particular a lo general, del hecho a la ley (21).

- **El Conocimiento Sensible:** Consiste en captar los objetos por los sentidos.
- **El Conocimiento Conceptual:** Consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La diferencia entre el nivel sensible y conceptual reside con la singularidad y universalidad que caracteriza a estos 2 tipos de conocimientos.
- **El Conocimiento Holístico:** Llamado también intuitivo; la palabra holístico se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición (holos = totalidad en griego). La diferencia entre el conocimiento holístico y conceptual reside en que el primero carece de estructuras. El concepto en cambio es un conocimiento estructurado. Es en el caso específico de la tuberculosis, una enfermedad que afecta principalmente a aquellas personas con menor acceso a los medios informativos debido a los escasos recursos económicos con que cuenta, se requiere la participación de cada una de las personas, todo ello se conseguirá con previo conocimiento sobre la enfermedad: concepto, signos y síntomas, su tratamiento, su transmisión y las medidas preventivas; todo ello en relación a los cuidados que deben realizar (21).

Según Bunge M. El conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos, clasificado en conocimiento vulgar, llamándose así a todas las representaciones que el común de los hombres se hace en su vida cotidiana por el simple hecho de existir, de relacionarse con el mundo, de captar

mediante los sentidos información inmediata acerca de los objetivos, los fenómenos naturales y sociales, se materializa mediante el lenguaje simple y natural, el conocimiento científico, que es racional, analítico, sistemático y verificable a través de la experiencia (22).

George Millar y Ulric Neisser plantean que el conocimiento es un instrumento que nos permite orientar nuestro comportamiento en la realidad, procesar la información, reproducir los formatos externos y estructuras cognoscitivas, el almacenamiento en la memoria y la elaboración de los planes y las estrategias para solucionar problemas. Por esta razón el cognitivismo aborda el aprendizaje como actividad humana y su producto: el conocimiento.

Watson y Skinner, manifiestan que el conductismo aborda el comportamiento que se puede observar, manipular y en cierta medida cuantificar. Se define, entonces, el aprendizaje como todo cambio en el comportamiento de los individuos, relativamente estable o permanente, como resultado de la práctica o experiencia personal del sujeto.

Los conocimientos científicos, sociales y médicos están evolucionando constantemente, sin embargo esto no se evidencia en una población urbano-marginal, pues ellos continúan poniendo en práctica creencias y costumbres que forman parte de su cultura, actúan frente a las enfermedades de acuerdo a la opinión y creencias que tienen sobre la salud y enfermedad, medicina popular, actitudes y su manera de prevenirlos es por ello que la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las

dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud.

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Es un instrumento de la promoción de salud y por tanto una función importante de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación. Asimismo, la educación para la salud es una parte del proceso asistencial del profesional en enfermería, incluyendo la prevención, el tratamiento y la rehabilitación (21).

2.2.2. La tuberculosis pulmonar

La Tuberculosis es una enfermedad infecto-contagiosa producida por el Bacilo de Koch (*Mycobacterium tuberculosis*) que ataca con frecuencia a los pulmones, pero puede comprometer cualquier otra parte del cuerpo (1).

Las personas que tienen tuberculosis pueden tener algunos o todos los siguientes síntomas: tos y expectoración por más de 15 días, sudoración nocturna, pérdida de peso, pérdida de apetito, debilidad y cansancio constante, fiebre, dolor en el pecho, tos con sangre (1, 23).

Su transmisión es a través de los microorganismos que son transportados en gotitas por el aire de 1 a 5 metros, la vía principal de entrada es la vía aérea, a través de la inhalación, la cual se produce cuando el enfermo bacilífero tose, conversa,

estornuda o ríe y lanza al exterior aerosoles que contienen la bacteria penetrando hasta los bronquios y alvéolos donde pueden ocasionar la enfermedad dependiendo de las defensas del huésped, el tamaño del inocuo y su virulencia (24).

Exámenes diagnósticos: el diagnóstico de la tuberculosis descansa en diferentes pilares de diferente importancia clínica: la baciloscopía, a través de la muestra de esputo y la radiología.

Baciloscopía: la baciloscopía ha sido adoptada por la mayoría de los países en desarrollo, es el procedimiento diagnóstico de elección en enfermos sintomáticos, además de ser simple, rápido, específico y barato. Es el diagnóstico seguro de tuberculosis, identificándose bacilos alcohol ácido resistentes (BAAR) a través del examen microscópico directo de la expectoración obtenidos temprano por la mañana, después que se acumula el esputo por la noche, ya que éstos tienden a ser más voluminosos y están menos contaminados; mediante la baciloscopía se confirma con una especificidad del 100% (23).

A pesar de todo es mejor disponer de más de una muestra positiva para asegurarnos bien de que se trata de tuberculosis. Es necesario instruir a los usuarios para obtener una buena muestra para evitar secreciones nasofaríngeas o saliva; la expectoración se recoge en un frasco limpio y seco provisto de una tapa y de una etiqueta donde se coloca la fecha y nombre del usuario y la eficacia del estudio bacteriológico depende de una buena muestra bien conservada aunque sea a temperatura ambiente y puede ser procesada más de una semana después de obtenida (24). Radiología (radiografía torácica): la radiografía de tórax es el método más sensible para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar ya que certifica, con la baciloscopía, la enfermedad. El

problema es el costo, la accesibilidad y es menos específico que la bacteriología, las imágenes radiológicas que produce la tuberculosis pulmonar entran en el diagnóstico diferencial de toda la patología respiratoria y de muchas enfermedades sistémicas a pesar de que se insiste mucho en su inespecificidad, con frecuencia bastante sugerentes (24). Reacción de la tuberculina (PPD): la reacción de la tuberculina por razones que no se conocen bien, es de poca ayuda diagnóstica, pero es muy útil como complemento del diagnóstico de la tuberculosis infantil (24).

Tratamiento farmacológico

La administración de los esquemas de tratamiento anti-TB es responsabilidad del personal de salud. 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 la prueba de sensibilidad (PS) rápidas a isoniacida y rifampicina.

- **Esquema para TB sensible:** Es el esquema de terapia combinada diseñado con medicamentos de Primera Línea, incluye los siguientes fármacos: isoniacida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z), etambutol (E).
- **Esquema para TB resistente:** Los medicamentos anti-TB se clasifican en grupos según su eficacia, propiedades y evaluación clínica de su efectividad anti tuberculosis y son de tres tipos: estandarizado, empírico e individualizado (25).
 - **Grupo 1:** Agente de primera línea: isoniacida, rifampicina, etambutol, pirazinamida, rifabutina, estreptomina.
 - **Grupo 2:** Agentes inyectables de segunda línea: kanamicina, amikacina, capreomicina.
 - **Grupo 3:** Fluoroquinolonas, levofloxacin, moxifloxacin.

- **Grupo 4:** Agentes de segunda línea: etionamida, cicloserina, ácido para-amino salicílico, bacteriostáticos orales.
- **Grupo 5:** Agentes con evidencia limitada: clofazimina, linezolid, amoxicilina/clavulánico, meropenem, imipenem/cilastatina, dosis altas de isoniacida, claritromicina, tioridazina.

Reacciones adversa

- **Isoniacida:** Incremento de transaminasas, hepatitis, neuropatía periférica, reacciones cutáneas.
- **Rifampicina:** Incremento de transaminasas, elevación transitoria de bilirrubinas, hepatitis colestásica, anorexia, síntomas gastrointestinales (nauseas, vómitos), reacciones cutáneas.
- **Pirazinamida:** Hepatitis, síntomas gastrointestinales, poliartralgias, mialgias, hiperuricemia, reacciones cutáneas.
- **Etambutol:** Neuritis retrobulbar, neuritis periférica, reacciones cutáneas
- **Estreptomycin:** Toxicidad vestibular- coclear y renal dependiente de dosis.
- **Cicloserina:** Cefalea, insomnio, cambio de conducta, irritabilidad, ansiedad, depresión, psicosis, convulsiones, vértigo.
- **Etionamida:** Síntomas gastrointestinales (nauseas, vómitos, dolor abdominal), hepatitis, hipotiroidismo.
- **Aminoglucósidos** (amikacina, kanamicina), capreomicina: dolor en sitio de inyección, hipokalemia e hipomagnesemia, nefrotoxicidad, ototoxicidad vestibular y coclear, parentesias.
- **Acido p-amino salicílico:** Síntomas gastrointestinales (nauseas, vómitos, dolor abdominal), hepatitis, hipotiroidismo, síndrome de malabsorción.

- **Fluoroquinolonas:** Generalmente bien tolerados, artralgias, mialgias, síntomas gastrointestinales, prolongación del intervalo QT (moxifloxacino)

La administración de tratamiento debe ser directamente supervisado en la boca. Los medicamentos deben administrarse de lunes a sábado (incluido feriados), una hora antes o después de ingerir alimentos. En días feriados, el establecimiento de salud debe implementar estrategias locales para cumplir con la administración del tratamiento correspondiente de manera supervisada. Los medicamentos de primera y segunda línea deben administrarse en una sola toma diaria, excepto etionamida, cicloserina y PAS que se deben administrar de manera fraccionada en 2 tomas para mejorar la tolerancia. Si el paciente no acude a recibir la dosis correspondiente, el personal del establecimiento de salud debe garantizar su administración dentro de las 24 horas siguientes y continuar con el esquema establecido (25).

Según la OMS los cuidados son: Apoyo familiar, cumplir con el tratamiento, no abandonarlo, realizar el despistaje de la enfermedad en las personas que viven con el enfermo, mantener las medidas higiénicas generales. (1)

2.2.3. Tuberculosis multidrogoresistente

Es aquella enfermedad infectocontagiosa aguda o crónica causada por bacilos multidrogoresistentes, que son resistentes a por lo menos Isoniacida y Rifampicina.

La Tuberculosis Multidrogoresistente es causado por el *Mycobacterium tuberculosis* resistente que es un bacilo aeróbico

acidorresistente que se desarrolla lentamente y es sensible al calor y la luz ultravioleta.

El fenómeno de resistencia se detecto poco después de la introducción de la estreptomina para el tratamiento de la tuberculosis humana. Cuando el antibiótico era administrado sólo, inicialmente se producía una sorprendente mejoría de los de los síntomas del enfermo junto con el rápido descenso del número de los bacilos en el esputo. Por lo general, la cantidad de bacilos volvía pronto a aumentar y el estado clínico del paciente se deterioraba. Los bacilos aislados del esputo de los pacientes que habían recibido estreptomina sola durante unos meses eran farmacorresistentes, es decir, que los bacilos, en lugar de ser eliminados continuaban creciendo in Vitro en presencia de altas concentraciones de fármacos” (26).

Tipos de resistencia

- Resistencia Primaria.- Se debe a la infección con una cepa resistente, originada en un paciente que adquirió la resistencia por un tratamiento inadecuado. Así, el paciente con resistencia primaria a un fármaco nunca antes lo ha recibido, pero la fuente original de la infección debe de haberlo recibido.
- Resistencia Secundaria (adquirida).- Se produce cuando un paciente es expuesto a un fármaco dado, mientras el programa no puede asegurar la adherencia al tratamiento o debido a la toma selectiva de medicamentos , al abastecimiento irregular de los fármacos, a la mala calidad de los medicamentos, a la prescripción incorrecta, o, raramente a la absorción errática de los compuestos. Se suprime el crecimiento de los bacilos sensibles, pero continúa la multiplicación de los organismos resistentes. Implica también que el paciente inicialmente

presento un microorganismo fármaco sensible que desarrollo resistencia durante el curso del tratamiento.

Hay 2 razones principales por lo que una persona puede tener TB resistente:

- El tratamiento se hizo resistente durante el tratamiento previo: Si el paciente recibe tratamiento previo y los medicamentos no mataron completamente al bacilo. Si los medicamentos nos son tomados en los días programados. Si el personal de salud no supervisó la toma de medicamentos
- Contagio de otra persona enferma con el bacilo resistente: La infección se produce por inhalación, las gotitas infectables, aerosolizadas al toser pueden contaminar los lugares cerrados durante largo tiempo.

Factores de Riesgo

Entre los factores de riesgo identificados para TB-MDR se considera: La edad del paciente, historia previa de la tuberculosis con tratamiento irregular (abandono y tratamientos prolongados), algunos factores dependen de la biología humana, como presencia de enfermedades crónicas en el individuo (diabetes mellitus), considerando además el tiempo de enfermedad hasta el inicio del tratamiento. Algunos estudios realizados en nuestro país muestran la asociación de factores sociales y demográficos como vivir en zonas urbanas, hacinamiento, percepción errada de la enfermedad. Además la importancia de los factores de riesgo varía en cada escenario de pobreza.

2.2.4. Medidas de prevención

La medida preventiva más eficaz es evitar el contagio. Esto se logra eliminando las fuentes de infección presentes en la

comunidad a través de la detección, diagnóstico precoz y tratamiento completo de los casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopía positiva (BK+) (27).

- **Vacunación BCG:** La vacuna BCG se aplica a los recién nacidos, con esta vacuna se protege al niño contra las formas graves: meningitis tuberculosa y tuberculosis miliar. (27)
- **Quimioprofilaxis:** Consiste en la administración diaria de isoniaciada (H) 5 mg/kg/día durante seis meses, a los contactos examinados menores de diecinueve años de los pacientes con tuberculosis pulmonar con baciloscopía positiva (BK+). La quimioprofilaxis disminuye el riesgo de desarrollar la enfermedad en los niños infectados. (27)
- **Información, Educación y Comunicación para la salud** Está dirigida al enfermo, su familia y a la población en general (27).

Dorotea Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

"El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Teoría del déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

Teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos,

identificando tres tipos de sistemas: Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo. Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados. Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda. Orem define el objetivo de la enfermería como: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

Hildegard Peplau en su obra, "Relaciones interpersonales en enfermería", ofrece una definición de enfermería en la que destaca la importancia del enfermero durante el "proceso interpersonal", al que define como terapéutico, y en la que resalta la influencia de su personalidad en el aprendizaje. Mientras este recibe cuidados, la meta de la enfermería, por tanto, deberá de apuntar hacia el desarrollo de la maduración personal de ambos. Para Peplau, "La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria".

Nola J. Pender en su Modelo de Promoción de la Salud, este modelo tiene una estructura similar al de creencia en la salud, pero no se limita a explicar la conducta preventiva de la enfermedad y abarca también los comportamientos que favorecen la salud

La teoría de la **Madeleine Leininger** sobre la transculturización plantea concretamente que el conocimiento de la estructura cultural y social de una comunidad, de esta manera se prodigaron cuidados que respetan los sistemas genéricos o tradicionales, logrando así un estado de salud holístico con una asistencia de enfermería coherente con la cultura.

2.3. DEFINICION DE TERMINOS

- **Conocimientos:** Es toda información que refiere poseer la persona sobre un tema en particular
- **Familiar:** Es la persona, varón o mujer, a cargo de una persona necesitada de cuidados, con lazos o no de consanguinidad.
- **Tuberculosis:** Enfermedad infecciosa generalmente crónica causada por las especies del género *Mycobacterium*, *M. tuberculosis*.
- **Tosedor:** Toda persona que tiene tos con expectoración o hemoptisis y puede producir una muestra de esputo.
- **Baciloscopía de esputo positiva:** La demostración de cinco o más bacilos ácido-alcohol resistentes en la lectura de 100 campos del frotis de la expectoración.
- **Examen bacteriológico:** La baciloscopía o el cultivo de la expectoración o de otros especímenes.
- **Recaída:** La reaparición de bacilos en la expectoración o en otros especímenes, después de haber egresado del tratamiento por curación.
- **Tratamiento regular:** Cuando el paciente cumple el 90% o más de las citas programadas para la administración de los medicamentos.

- **Tratamiento supervisado:** El que se aplica en los establecimientos de salud proporcionado y vigilado por el personal que presta el servicio, garantizando la toma total de dosis del medicamento al enfermo tuberculoso.
- **Vacunado con BCG:** La persona a quien se ha aplicado BCG y presenta una cicatriz atribuible a la vacuna en el sitio de la inoculación.
- **Paciente:** es la persona con diagnóstico de tuberculosis pulmonar mayor de 15 años registrado en la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis.
- **Medidas Preventivas:** La prevención tiene como finalidad evitar la infección por tuberculosis y en caso que esta se produzca tomar medidas para evitar el paso de infección a enfermedad. Las medidas preventivas están dirigidas a evitar la diseminación del Bacilo de Koch.
- **Autocuidado:** Es la práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar.

2.4. VARIABLES

Variable Independiente = conocimientos sobre la tuberculosis

Variable dependiente = medidas preventivas sobre la tuberculosis en los familiares de los pacientes multidrogoresistente

2.4.1. Definición conceptual de la variable

Es el conjunto de información adquirido o aprendido por los familiares de los pacientes con tuberculosis pulmonar acerca del concepto, signos y síntomas, tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y medidas preventivas.

2.4.2. Definición operacional de la variable

Es el conjunto de medidas que deben tomar los familiares del paciente con tuberculosis multidrogoresistente para poder evitar las consecuencias de la enfermedad

2.4.3. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Conocimientos sobre la tuberculosis multidrogoresistente	<p>Concepto</p> <p>Signos y síntomas</p> <p>Tratamiento</p>	<p>Definición de la TB</p> <p>Definición de la TB-MDR</p> <p>Forma de contagio</p> <p>Tos, Fiebre</p> <p>Sudoración</p> <p>Disminución del apetito y pérdida de peso corporal</p> <p>Medicamento</p> <p>Tiempo</p> <p>Dosis</p> <p>Importancia reacciones adversas</p> <p>Resistencia bacteriana</p>
Medidas preventivas sobre la tuberculosis multidrogoresistente	<p>Vivienda</p> <p>Alimentación</p> <p>Transmisión</p>	<p>Hacinamiento</p> <p>Servicios básicos</p> <p>Ventilación</p> <p>Material de construcción</p> <p>Limpieza</p> <p>Frecuencia del consumo de alimentos</p> <p>Lugar del consumo de alimentos</p> <p>Consumo de Proteínas</p> <p>Consumo de carbohidratos</p> <p>Consumo de vitaminas y minerales</p> <p>Consumo de frutas y verduras.</p> <p>Eliminación de las secreciones</p> <p>Examen de control</p> <p>Bk de Esputo</p> <p>Control de contactos</p> <p>Consulta médica</p>

CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue tipo cuantitativo, de diseño descriptivo ya que se describe un hecho, fenómeno minuciosamente cada aspecto observado, no experimental porque no se manipula ninguna variable. Se observa los hechos tal como se dan en la realidad o en su hábitat natural (mas no hechos que han sido provocados por él) para luego analizarlos. Y de corte transversal ya que “recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único” (Hernández, Fernández y Baptista, 2000) con el propósito de describir y analizar un fenómeno o situación en un momento dado, es como tomar una instantánea y de nivel aplicativo.

Por su parte, Hernández y otros (2003) proponen que “en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para así (vélgase la redundancia) describir lo que se investiga”.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se realizara en el centro de salud materno infantil Santa Anita, perteneciente al MINSA. Su infraestructura es horizontal, es de un solo piso, esta institución cuenta con los servicios de: medicina general, control de crecimiento y desarrollo, inmunización, odontología, ESNC-PTBC, planificación familiar, consultorio obstétrico y farmacia.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población estuvo conformada por los 73 familiares de los 37 pacientes que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita”

3.3.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por los 73 familiares de los 37 pacientes que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita”

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

En la presente investigación se utilizo como técnica la encuesta, para obtener la información necesaria para el desarrollo del estudio. Y como instrumento un cuestionario el cual consta de datos generales, y preguntas relacionadas a las variables de estudio de acuerdo a la operacionalizacion de las variables.

3.5. Validez y confiabilidad del instrumento

La validez de los instrumentos se dio a través de los Jueces expertos, en donde participaran 8 enfermeras, esto permitirá hacer los reajustes necesarios al instrumento; para luego realizar una prueba piloto para la validez del instrumento el mismo que será de carácter anónimo cuidando así la individualidad y privacidad de las familiares de los pacientes.

3.6. RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Para la recolección de los datos se tuvo la autorización del Director del Centro de Salud Materno Infantil “Santa Anita”. Luego se establecerá el cronograma de recolección de datos.

Una vez recolectado los datos se elaboro el cuadro de códigos con el programa Excel, luego los resultados se presentaron en tablas y gráficos estadísticos de acuerdo al perfil de los familiares de los pacientes que acuden a la ESN-PCT y a los objetivos de la investigación para facilitar su análisis e interpretación.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Después de recolectados los datos, fueron procesados en forma manual y con el programa Excel agrupados de tal forma, que se presenta en la tabla y gráficos estadísticos para facilitar su análisis e interpretación.

Se presenta una tabla de perfil de los familiares de los pacientes multidrogoresistente que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita” y luego los gráficos, ambos relacionados con los objetivos de la investigación. En el análisis de los resultados solo se realiza en base a los 73 familiares de los pacientes con TBC multidrogoresistente.

Tabla 1

Perfil de los familiares de los pacientes multidrogoresistente que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil "Santa Anita" 2014

Perfil	Familiares de los pacientes multidrogoresistente	
	f	%
Edad		
25 a 30	6	8%
31 a 36	12	16%
37 a 42	25	33%
43 a 48	19	25%
49 a 54	13	18%
Total	75	100%
Genero		
Femenino	41	55%
Masculino	34	45%
Total	75	100%
Tipo de vivienda		
Mat. Noble	12	16%
De estera	38	51%
De madera	25	33%
Total	75	100%
Estado Civil		
Soltero	6	8%
Conviviente	41	55%
Separada	7	9%
Casada	21	28%
Total	75	100%
Condición Laboral		
Dependiente	30	40%
Independiente	45	60%
Total	75	100%
Ingreso familiar		
750 soles al mes	43	57%
1000 soles al mes	32	43%
Total	75	100%
Grado de instrucción		
Secundaria	45	60%
Superior Técnico	30	40%
Total	75	100%

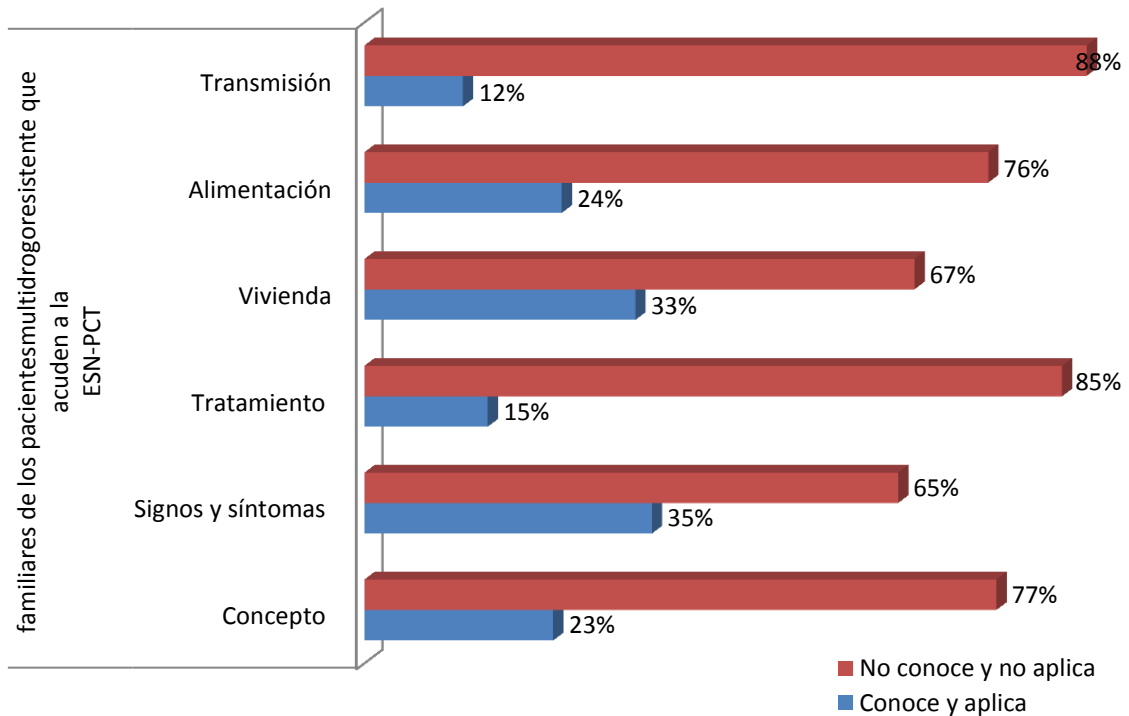
Fuente: Encuesta de los familiares de los pacientes multidrogoresistente que acuden a la

ESN-PCT en el Centro Materno Infantil "Santa Anita" 2014

Del 100% de los familiares de los pacientes multidrogoresistente que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil "Santa Anita", el 33% fluctúan entre las edades de 37 a 42 años, el 55% son de género femenino, el 51% sus casa son de esteras, el 55% conviven con sus parejas, el 60% su condición laboral es independiente, el 57% sus ingresos mensuales son de 750 soles mensuales, el 60% tienen estudios de secundaria

Gráfico 1

Conocimientos y medidas preventivas sobre la tuberculosis en los familiares de los pacientes multidrogoresistente que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita” 2014

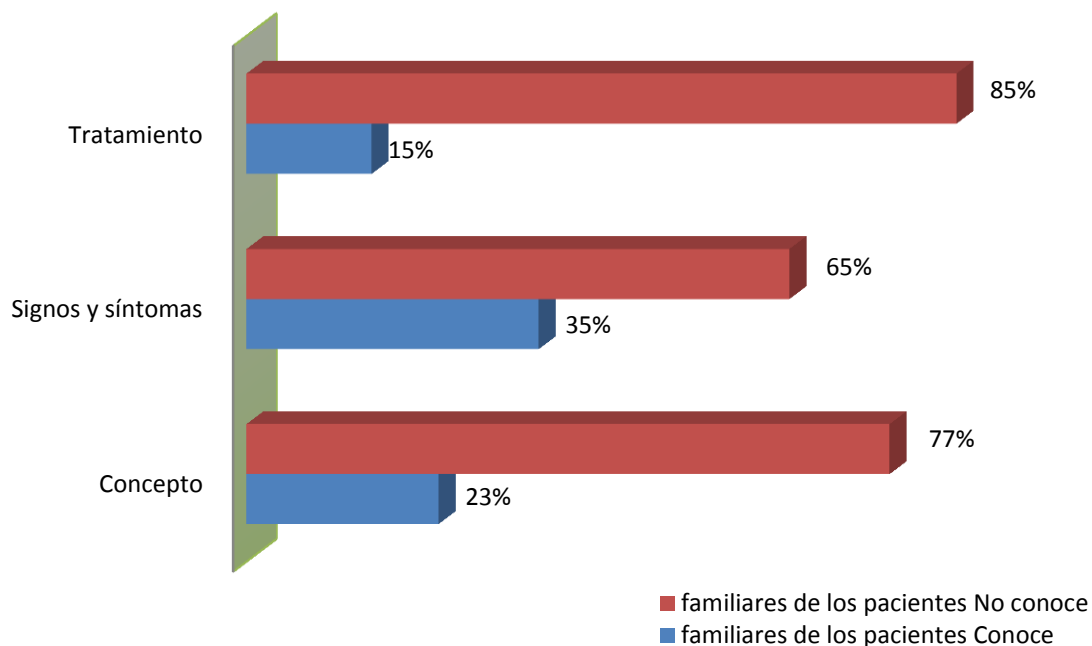


Fuente: Encuesta de los familiares de los pacientes multidrogoresistente que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita” 2014

Del 100% de los familiares de los pacientes que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita”, el 23% tienen conocimiento sobre la definición de la TB, TB-MDR, el 35% tienen conocimiento sobre los signos y síntomas y el 15% tienen conocimiento sobre el tratamiento. En tanto del 100% de los familiares de los pacientes que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita”, el 33% aplican las medidas preventivas en la vivienda, el 24% en la alimentación y el 12% en las forma de transmisión.

Gráfico 2

Conocimientos sobre la tuberculosis multidrogoresistente en los familiares de los pacientes que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita” 2014

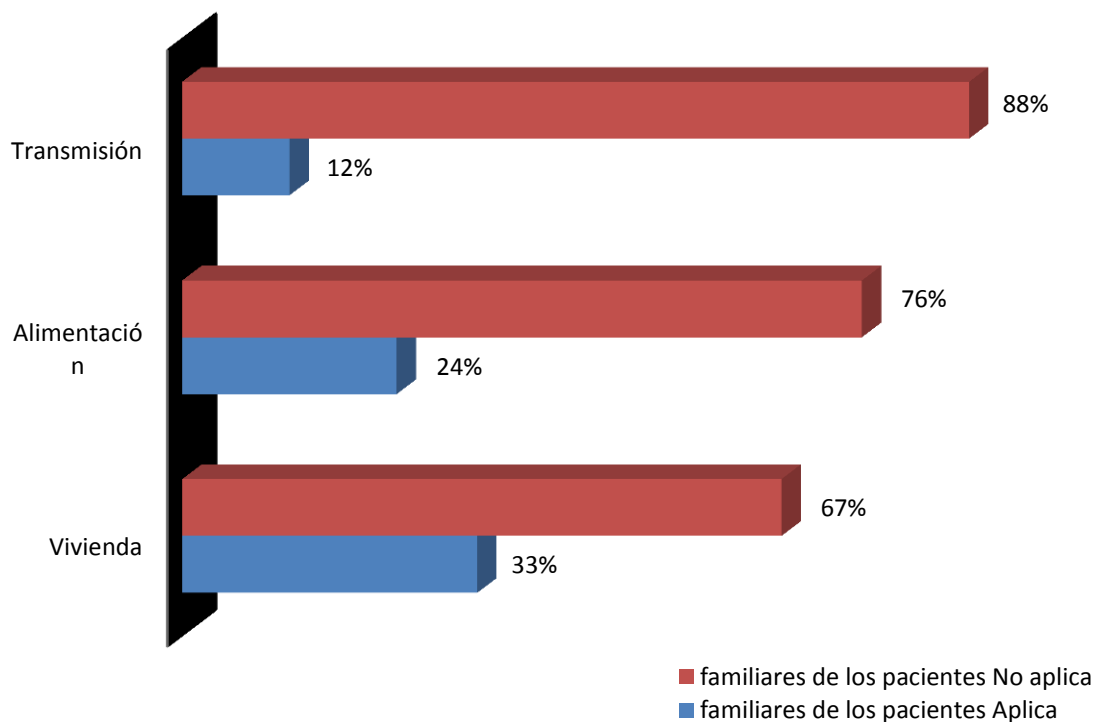


Fuente: Encuesta de los familiares de los pacientes multidrogoresistente que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita” 2014

Del 100% de los familiares de los pacientes que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita”, el 23% tienen conocimiento sobre la definición de la TB, TB-MDR, el 35% tienen conocimiento sobre los signos y síntomas y el 15% tienen conocimiento sobre el tratamiento

Gráfico 3

Medidas preventivas sobre la tuberculosis multidrogoresistente en los familiares de los pacientes que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita” 2014



Fuente: Encuesta de los familiares de los pacientes multidrogoresistente que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita” 2014

Del 100% de los familiares de los pacientes que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita”, el 33% aplican las medidas preventivas en la vivienda, el 24% en la alimentación y el 12% en las forma de transmisión.

CAPÍTULO V: DISCUSION

La Tuberculosis es la enfermedad social que afecta a la población económicamente activa, siendo los grupos de edad más afectados los comprendidos entre los 15 y 54 años, resaltando que los adolescentes y adultos constituyen alrededor de la tercera parte del total de casos.

Del 100% de los familiares de los pacientes que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil "Santa Anita", el 23% tienen conocimiento sobre la definición de la TB, TB-MDR, el 35% tienen conocimiento sobre los signos y síntomas y el 15% tienen conocimiento sobre el tratamiento. En vista de este resultado podemos decir que la consejería, charlas y sesiones educativas sobre tuberculosis que brinda la enfermera a los pacientes del programa y familiares, refuerzan los conocimientos y permitirá que se tomen las medidas preventivas necesarias para tener una mejor calidad de vida del paciente y de la familia disminuyendo el número de contagios. Todos sabemos que el conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto. El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte, originando cambios en el proceso del

pensamiento, acciones o actividades de quien aprende. Estos cambios se pueden observar en la conducta del individuo y actitudes frente a situaciones de la vida diaria, dichas actividades irán cambiando a medida que aumentan los conocimientos aunada con la importancia que se le dé a lo aprendido.

En tanto del 100% de los familiares de los pacientes que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil "Santa Anita", el 33% aplican las medidas preventivas en la vivienda, el 24% en la alimentación y el 12% en las forma de transmisión. Las medidas preventivas no son nada más que la actitud la cual puede ser de tipo Favorable o desfavorable manifestada a través de las actividades preventivas para evitar la diseminación de la enfermedad. Es importante mencionar que no existen actitudes neutras, por cada acontecimiento, situación o persona producen una reacción, y las reacciones siempre están polarizadas.

Por otro lado según los resultados obtenidos muestran existe una relación entre los conocimientos sobre la Tuberculosis pulmonar y las medidas preventivas. Concluyendo también que si existe relación entre las variables.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de los familiares de los pacientes multidrogoresistente que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita”, entre las edades de 37 a 42 años, son de género femenino, sus casa son de esteras, conviven con sus parejas, su condición laboral es independiente, sus ingresos mensuales son de 750 soles mensuales, y solo tienen estudios de secundaria
2. A través de los resultados se obtuvo que hay un gran desconocimiento, falta de información y por ende poca aplicación de las medidas de prevención
3. Los familiares de los pacientes que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita”, tienen escaso conocimiento sobre la definición de la TB, TB-MDR, los signos y síntomas y tratamiento.
4. Los familiares de los pacientes que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita”, muy pocos aplican las medidas preventivas en la vivienda, la alimentación y en las forma de transmisión.

RECOMENDACIONES

1. Al personal que labora en el programa de ESN-PCT, deben de brindar información clara, sencilla y oportuna para mejorar su condición de vida, vivienda, saneamiento.
2. Al profesional de enfermería que labora en el programa de ESN-PCT, del Centro deben de continuar fortaleciendo los conocimientos sobre la Tuberculosis Pulmonar a través de sesiones educativas
3. A los profesionales de la salud, mejorar y actualizar permanentemente los módulos educativos para los pacientes del programa ESN-PCT, usando diversas metodologías que permitan sensibilizar al usuario y familia.
4. A la dirección de salud que mantengan la estrategia sanitaria con una provisión de los recursos mínimos para el tratamiento y se evite el abandono por reacciones adversas, asimismo los planes de promoción y prevención ya que la TBC es una enfermedad que no está erradicada por completo dado sus factores de riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Tuberculosis. [Online].; 2015 [cited 2015 Octubre 4. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>.
2. Julia Romero Fernández, “Estudio clínico-epidemiológico de la tuberculosis pulmonar”, Ciudad de la Habana, 2007 [citado 01 – 07 - 11], disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos67/estudio-tuberculosis/estudio-tuberculosis2.shtml>
3. Neylim Blanco Hernández, Yaquelín Hernández Rodríguez y Miguel Ángel Carpio Martínez Tuberculosis en atención primaria de salud. Presentación de 2 casos diagnosticados en el área de salud “Mártires de Calabazar” Habana – Cuba 2006 [citado 04 – 07 – 11] disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mqi/vol22_3_06/mqi18306.htm
4. OPS. Condiciones de salud en las Américas”. Washington D.E. 1999.
5. Salazar Gonzales, Clara Lina, et.al. Factores de riesgo para el abandono al tratamiento contra la TBC en la Ciudad de Medellín .2001 (citado 14 – 07 - 11). Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/.../online/?>
6. MINSA. Tuberculosis en el Perú. Informe 2000. Lima. Perú 2001
7. Guyana. (7)
8. MINSA - OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA. Boletín Epidemiológico semanal. Vol. XIV- Nº 31-2005.pp.01.
9. <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2008/11/07/biociencia/1226054239.html.p.01>.
10. MINSA. Norma técnica de salud para el control de la tuberculosis. 1ra ed. Lima. 2006. p.23.
11. RUBI.G; en su estudio titulado “Prevalencia de tuberculosis en contactos de pacientes con TB-MDR. Instituto de Salud Pública Veracruzana”. 2011.
12. ERSHOVA, J; KURBATOVA, E. en su estudio titulado “La mortalidad entre pacientes con resistencia adquirida a la segunda línea contra la tuberculosis drogorresistente. New York. 2014

13. BAUMANN R., KAEMPFER S., CHEGOU NN., OEHLMANN W., LOXTON AG., KAUFMANN SH., VAN HELDEN PD., BLACK GF., SINGH M., WALZL G; en la investigación titulada “El diagnóstico serológico de la tuberculosis mediante la combinación de clases de Ig contra objetivos seleccionados por microbacterias”. Sudáfrica. 2014.
14. MUWONGE A., MALAMA S., BRONSVOORT BM., BIFFA D., SSENGOOBA W., SKJERVE E. Una comparación de las herramientas utilizadas para la tuberculosis, el diagnóstico en entornos con recursos limitados en el Hospital de Referencia de Mubende, Uganda. Noruega. 2014.
15. BRAVO Chaupis, Edson Eduardo en su estudio titulado: “Actitudes del paciente con tuberculosis hacia su condición de multidrogoresistente en el C.S. fortaleza. Lima Perú. 2010”,
16. PÉREZ Villacorta Rolando y MIRANDA Lozano Adrian; en su estudio titulado “Nivel de Conocimiento sobre Tuberculosis Pulmonar y la Actitud hacia el Tratamiento del Usuario de la Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II-1 Moyobamba. Julio - Diciembre 2011”
17. RODRIGUEZ, H. Alejandro, en su estudio “Factores de riesgo para tuberculosis pulmonar Multidrogoresistente en la Región la Libertad”, Perú. 2012.
18. JAVE. O. en su estudio “La Tuberculosis Multiresistente en el Perú”, el objetivo fue determinar la evolución de la TBC-MDR. 2012.
19. LEE SH, KIM SW, LEE S, KIM E, KIM DJ, PARK S, LEE EJ, LEE SY, LEE JS, LIM CS, KIM WK, IN KH. En su estudio “Detección rápida de Mycobacterium Tuberculosis utilizando un nuevo Ultra-Fast Chip-Tipe Real-Time PCR System. Perú. 2014.
20. ROHINI K., BHAT S., SRIKUMAR PS., MAHESH KUMAR A. Evaluación de los niveles séricos de calcio y fósforo en tuberculosis pulmonar pacientes antes, durante y después de la quimioterapia. Perú 2013.
21. Perez V, Miranda L. Relacion entre el Nivel de Conocimiento sobre la Tuberculosis Pulmonar y Actitud Hacia el Tratamiento-Hospital II-1 Moyobamba. Tesis para optar el titulo profesional de Licenciada en

- enfermeria.Tarapoto: UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN T. [Online].; 2011 [cited 2015 Agosto 15. Available from: http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_2011.
22. Bunge M. La ciencia, su método y filosofía. Tercera ed. Buenos Aires: Flama; 1995.
 23. BOJORQUEZ CH. Cristina. Conocimiento acerca de la tuberculosis pulmonar que tiene los familiares de los pacientes registrados en el Programa de Control de Tuberculosis del Centro de Salud Conde de la Vega Bajo – Cercado de Lima. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. UNMSM. Lima-Perú.1995. [citado 06 - 08 – 11] disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/huaynates_ca/pdf/huaynates_ca-TH.5.pdf
 24. MINSA. Tuberculosis en el Perú. Informe 2000. Lima. Perú 2001
 25. MINSA. Norma Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis. [Online].; 2013 [cited 2015 Febrero 10. Available from: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESN-Tuberculosis/>.
 26. KART, Toman. Tuberculosis, Detección de casos, Tratamiento y Vigilancia. 2da ed .Washington. 2006. p.123.
 27. MINSA. Tuberculosis. [Online].; 2014 [cited 2015 Enero 20. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/portada/esntbc>.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: Conocimiento y medidas preventivas sobre la tuberculosis en los familiares de los pacientes multidrogoresistente que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita” 2014

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE
<p>Problema general ¿Cuáles son los conocimientos y medidas preventivas sobre la tuberculosis en los familiares de los pacientes multidrogoresistente que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita” 2014?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuáles son los conocimientos sobre la tuberculosis en los familiares de los pacientes multidrogoresistente que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita” 2014?</p> <p>¿Cuáles son las medidas preventivas sobre la tuberculosis en los familiares de los pacientes multidrogoresistente que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita” 2014?</p>	<p>Objetivo general Determinar los conocimientos y medidas preventivas sobre la tuberculosis en los familiares de los pacientes multidrogoresistente que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita” 2014</p> <p>Objetivos específicos Identificar los conocimientos sobre la tuberculosis multidrogoresistente en los familiares de los pacientes que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita” 2014</p> <p>Identificar las medidas preventivas sobre la tuberculosis multidrogoresistente en los familiares de los pacientes que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita” 2014</p>	<p>Variable Independiente = conocimientos sobre la tuberculosis</p> <p>Variable dependiente = medidas preventivas sobre la tuberculosis en los familiares de los pacientes multidrogoresistente</p>

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Conocimientos sobre la tuberculosis multidrogoresistente	<p>Concepto</p> <p>Signos y síntomas</p> <p>Tratamiento</p>	<p>Definición de la TB</p> <p>Definición de la TB-MDR</p> <p>Forma de contagio</p> <p>Tos, Fiebre</p> <p>Sudoración</p> <p>Disminución del apetito y pérdida de peso corporal</p> <p>Medicamento</p> <p>Tiempo</p> <p>Dosis</p> <p>Importancia reacciones adversas</p> <p>Resistencia bacteriana</p>
Medidas preventivas sobre la tuberculosis multidrogoresistente	<p>Vivienda</p> <p>Alimentación</p> <p>Transmisión</p>	<p>Hacinamiento</p> <p>Servicios básicos</p> <p>Ventilación</p> <p>Material de construcción</p> <p>Limpieza</p> <p>Frecuencia del consumo de alimentos</p> <p>Lugar del consumo de alimentos</p> <p>Consumo de Proteínas</p> <p>Consumo de carbohidratos</p> <p>Consumo de vitaminas y minerales</p> <p>Consumo de frutas y verduras.</p> <p>Eliminación de las secreciones</p> <p>Examen de control</p> <p>Bk de Esputo</p> <p>Control de contactos</p> <p>Consulta médica</p>

TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD
<p>La presente investigación es de tipo descriptivo ya que se desea describir un hecho, fenómeno describiendo minuciosamente cada aspecto observado, de diseño no experimental porque no se manipula ninguna variable. De hecho, las personas que se observan no se exponen a ninguna condición especial. Se observa los hechos tal como se dan en la realidad o en su hábitat natural (mas no hechos que han sido provocados por él) para luego analizarlos. Y de corte transversal ya que “recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único” (Hernández, Fernández y Baptista, 2000) con el propósito de describir y analizar un fenómeno o situación en un momento dado, es como tomar una instantánea.</p> <p>Por su parte, Hernández y otros (2003) proponen que “en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para así (vélgase la redundancia) describir lo que se investiga”.</p>	<p>Población La población estará conformada por los 73 familiares de los 37 pacientes que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita”</p> <p>Muestra La muestra estará conformada por los 73 familiares de los 37 pacientes que acuden a la ESN-PCT en el Centro Materno Infantil “Santa Anita”</p>	<p>En la presente investigación utilizara como técnica la encuesta, para obtener la información necesaria para el desarrollo del estudio. Y como instrumento un cuestionario el cual consta de datos generales, y preguntas relacionadas a las variables de estudio de acuerdo a la operacionalización de las variables.</p>	<p>La validez de los instrumentos estará dar a través de los Jueces expertos, en donde participaran 8 enfermeras, esto permitirá hacer los reajustes necesarios al instrumento; para luego realizar una prueba piloto para la validez del instrumento el mismo que será de carácter anónimo cuidando así la individualidad y privacidad de las familiares de los pacientes.</p> <p>Para la recolección de los datos se pedio la autorización del Director del Centro de Salud Materno Infantil “Santa Anita”. Luego se establecerá el cronograma de recolección de datos.</p> <p>Una vez recolectado los datos se elaborara el cuadro de códigos con el programa Excel, luego los resultados se presentaran en tablas y gráficos estadísticos de acuerdo al perfil de los familiares de los pacientes que acuden a la ESN-PCT y a los objetivos de la investigación para facilitar su análisis e interpretación.</p>

CUESTIONARIO

Presentación

Estimado paciente el presente, cuestionario tiene como objetivo cuanto saben los familiares de los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente, sobre la enfermedad y la aplicación de las medidas de prevención.

El cuestionario es confidencial. Es por ello que le pedimos que responda con veracidad.

Instrucción: Lea cada pregunta y marque con un aspa la respuesta que Ud. crea conveniente.

Datos generales del paciente

1. Edad: _____
2. Sexo _____
3. Grado de instrucción: _____
4. Ocupación: _____
5. Algún familiar padece de tuberculosis
6. SI NO
7. La tuberculosis pulmonar es producido por:
 - a. Una enfermedad producida por un bacilo de koch
 - b. Una enfermedad producida por un virus.
 - c. Una enfermedad producida por un zancudo(dengue)
8. La tuberculosis pulmonar se contagia cuando:
 - a. La persona enferma con tuberculosis tose cerca de la otra persona
 - b. La persona enferma con tuberculosis escupe en la vía publica
 - c. La persona enferma se encuentre aislado en un cuarto
9. Los síntomas de un paciente enfermo con tuberculosis son:
 - a. Tos por más de 15 días, bajo de peso, dolor de cabeza, sudoración nocturna.
 - b. vomito, sudoración nocturna, fiebre, diarrea
 - c. fiebre, dolor de cabeza, y sudoración nocturna, nauseas
10. La prueba de diagnóstico para detectar un paciente con tuberculosis son los siguientes:
 - a. Tomando una prueba de Espudo, Placa de rayos, vacuna PPD.
 - b. Muestra en sangre, ecografía, examen de heces
 - c. Examen de orina, examen de glucosa, examen VIH
11. La tuberculosis se puede presentar por la siguiente causa:
 - a. Carencia de una mala alimentación, bajo ingreso económico, hacinamiento.

- b. Contagio, baja defensa del organismo
- c. Desnutrición, factor hereditario, enfermedad

12. Las consecuencias de la tuberculosis pulmonar no tratada son:
- a. El paciente con tuberculosis pueda presentar fibrosis pulmonar.
 - b. El paciente con tuberculosis puede presentar un cáncer al pulmón
 - c. El paciente con tuberculosis puede afectar su organismo llegando a complicarse.
13. En la tuberculosis que tipo de carbohidrato debe de consumir que le proporcione energía:
- a. Papa, camote, cereales y menestras
 - b. Espinaca, lechuga, zanahoria, zapallo
 - c. Pescado, hígado, riñón, col.
14. En la tuberculosis debe consumir fruta que regeneren tejidos, heridas como:
- a. la naranja, toronja
 - b. el plátano, naranja
 - c. melón, papaya
15. El paciente con tuberculosis con qué frecuencia debe consumir una fruta:
- a. todos los días
 - b. 2 veces a la semana
 - c. 1 vez a la semana.
16. En paciente con tuberculosis dentro de su alimentación debe considerar el consumo leche y sus derivados porque:
- a. La leche fortalecer los huesos, favorece a la curación de heridas.
 - b. nutrición completa, y favorece la digestión del estómago.
 - c. La leche nos eleva las defensas, y evita las diarreas
17. El paciente con tuberculosis con qué frecuencia debe consumir la leche y sus derivados:
- a. todos los días.
 - b. 1 vez a la semana.
 - c. 2 veces a la semana.
18. El paciente con tuberculosis debe consumir alimentos que contengan proteínas como:
- a. Pollo, pavo, carnes, huevo
 - b. Pan, dulces, rellenos, pate
 - c. Cereales, mazamoras, embutidos.
19. El paciente con tuberculosis con qué frecuencia debe consumir alimentos que proporcione proteínas.

- a. todos los días
 - b. 3 veces por semana
 - c. 1 vez al día
20. El paciente con tuberculosis debe consumir verduras preferente de color:
- a. color naranjado que mejora la defensa, zanahoria, zapallo
 - b. color verde, fuente de calcio brócoli espinaca.
 - c. color rojo ayuda a prevenir el cáncer, tomate, pimiento.
21. 15. El paciente con tuberculosis con qué frecuencia debe consumir verduras
- a. todos los días
 - b. 3 vez por semana
 - c. 1 vez por semana
22. El paciente con tuberculosis cuantas comidas debe consumir al día:
- a. a.- 5 veces al día.
 - b. b.- 3 veces al día.
 - c. c.- 2 veces al día
23. El paciente con tuberculosis que cantidad de agua debe consumir 7al día
- a. 3 vasos día.
 - b. 12 vasos al día
 - c. 8 vasos al día
24. En la tuberculosis los, pacientes deben evitar el consumo de alimentos como
- a. Jugos, menestras, pudines.
 - b. Alimentos enlatados, pan blanco, pudines
 - c. Leche, alimentos enlatados pan blanco
25. En la tuberculosis la indicación del descanso físico consiste:
- a. Reposo absoluto, evitar esfuerzos físicos
 - b. Caminar permanentemente, realizar ejercicios físicos.
 - c. Evitar esfuerzos físicos.
26. En la tuberculosis la indicación precisa durante el proceso de recuperación consiste en:
- a. En que el paciente no realice actividad que demande esfuerzo físico
 - b. En que el paciente no realice trabajos forzados qué demande desgaste físico.
 - c. En que el paciente desarrolle bastante actividad corporal.
27. El paciente con tuberculosis que tipos de actividades recreativas debe realizar:
- a. Recorrer lugares de esparcimiento como parques.
 - b. Salir con familias practicar bastantes deportes
 - c. salir a un club de esparcimiento con amigos.

28. En la tuberculosis en la primera fase del esquema I el tiempo de duración de tratamiento son:
- 2 meses
 - 6 meses
 - 1 año
29. En la tuberculosis al iniciar la administración de medicamento, el paciente puede presentar:
- Presencia de náuseas, vómitos
 - Presencia de ronchas, náuseas
 - Presencia de manchas en la cara, vómitos
30. En la tuberculosis en I esquema de la primera fase los medicamentos se administrarán de la siguiente manera:
- todos los días.
 - 2 veces por semana
 - 1 vez al día
31. En la tuberculosis de la 2ª fase de los medicamentos se administrarán con la siguiente frecuencia:
- todos los días.
 - 2 veces por semana.
 - 1 vez al día.
32. En la tuberculosis cuando el paciente no cumple la primera fase del esquema I puede presentar.
- Que la enfermedad avance, y el bacilo de tuberculosis se haga resistente al tratamiento.
 - Que el resultado de su esputo sea positivo y el paciente no muestre mejoría
 - Que la vacuna PPD resulte positiva.
33. En la tuberculosis como debemos saber que el paciente está curado:
- Cuando el paciente recupera su peso adecuado, examen del esputo y placa negativa.
 - Cuando el paciente recupera su apetito, deja toser.
 - Cuando el paciente mejora sus síntomas.
34. El paciente enfermo de tuberculosis si no mejora con el tratamiento cual sería la otra posibilidad de tratarse:
- El paciente enfermo deberá someterse a una cirugía de una parte del pulmón y tratamiento.
 - El paciente enfermo deberá someterse a otros tratamientos resistentes.
 - El paciente enfermo deberá someterse a otras pruebas especiales.

35. En la tuberculosis el alimento que impide la absorción del medicamento durante su tratamiento son.
- Leche, quaker, jugo
 - Agua, jugo, te
 - Jugo, leche, agua
36. 30.- En la tuberculosis el tratamiento preventivo a la familia consiste en:
- Tratamiento quimioprofilaxis, esputo PPD.
 - Placas Rx, ecografía, aspiración de secreciones
 - Exámenes de sangre, orina, cultivo muestra